

М. ГОРВИЦЪ

---

ПАТОЛОГІЯ И ТЕРАПІЯ  
ЖЕНСКОЙ  
ПОЛОВОЙ СФЕРЫ



# РУКОВОДСТВО

КЪ

## ПАТОЛОГИИ И ТЕРАПИИ

# ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ.

М. ГОРВИЦА,

Экстраординарнаго профессора акушерско-гинекологической клиники при  
Императорской Военно-медицинской Академіи, Директора Маріинскаго  
Родовспомогательнаго Дома.

Второе, значительно исправленное и пополненное издание.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

Съ 26 иллюстраціями въ текстѣ.

---

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.  
Изданіе Карла Риккера.  
Невскій проспектъ, № 14.  
1882.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

akusherlib.ru

## Предисловіе къ первому изданію.

Написать въ настоящее время руководство по той или другой специальности, которое было бы совершенно на высотѣ современнаго состоянія науки, — дѣло не легкое. Я очень хорошо сознавалъ эту простую истину и тѣмъ не менѣе считалъ себя не вправѣ уклониться отъ этого труда. Занимаясь самостоятельно въ теченіе десяти лѣтъ гинекологіей и располагая обширнымъ госпитальнымъ матеріаломъ, я долженъ былъ въ теченіе этого времени очень близко познакомиться со всеми отраслями нашей специальности. Съ другой стороны, познакомившись съ литературою почти всѣхъ сколько-нибудь извѣстныхъ систематическихъ учебниковъ по гинекологіи, я не могъ не убѣдиться въ томъ, что большинство изъ нихъ далеко не соответствуетъ тому, что отъ нихъ въ правѣ ожидать: одни отличаются такою краткостью, что даже не обнимаютъ простой фактической стороны дѣла; въ другихъ нѣкоторые отдѣлы разработаны весьма обширно, прямо въ ущербъ другимъ отдѣламъ науки. Подтвержденіемъ только что сазаннаго можетъ служить разборъ большинства руководствъ и учебниковъ по гинекологіи, приведенныхъ нами въ первой главѣ этого сочиненія. Для того, который специально занимается гинекологіей, это еще не составляетъ особенной бѣды, такъ-какъ онъ, изучая литературу своей специальности, лично можетъ пополнить недостатки одного руководства другимъ, въ которомъ данный отдѣлъ разработанъ лучше и болѣе современно. Но это ни въ какомъ случаѣ не можетъ сдѣлать учащійся, съ одной стороны потому, что у него не хватитъ на это времени, а съ другой, у него нѣтъ никакой возможности критически отнестись къ тому или другому сочиненію по той простой причинѣ, что для этого необходимо

имѣть уже извѣстный запасъ свѣдѣній. Въ затруднительности положенія учащихся въ этомъ случаѣ я могъ легко убѣдиться, начиная съ того времени, когда я сталъ преподавать гинекологию. Ко мнѣ постоянно обращались съ вопросами относительно того, — каковой учебникъ лучше и я находился въ большомъ затрудненіи, когда мнѣ приходилось отвѣчать на этотъ простой и столь законный вопросъ. Поэтому, года черезъ два уже по поступленіи моемъ въ академію, я сталъ собирать матеріалы и рѣшился издать руководство, которое соответствовало бы программѣ, которой я держался при чтеніяхъ своихъ и могло бы существенно облегчить учащихся. Вотъ главные мотивы, по которымъ я рѣшился издать настоящее руководство. Что же касается затрудненій при составленіи его, то они главнымъ образомъ состояли въ томъ, чтобы избѣгнуть слишкомъ большой сжатости съ одной стороны и вмѣстѣ съ тѣмъ сдѣлать сочиненіе не совсемъ бесполезнымъ для людей, оставившихъ уже широкую сѣанью и нуждающихся въ пополненіи своихъ свѣдѣній по гинекологіи. Въ любой литературѣ авторъ съ разу можетъ задаться мыслью написать руководство по преимуществу или для учащихся, или же для людей, уже знакомыхъ съ основаніями данной специальности. У насъ же это положительно невозможно по недостатку какъ сжатыхъ учебниковъ, такъ и обширныхъ руководствъ. На сколько мнѣ удалось выполнить существенную часть моей задачи—судить не мнѣ; одно только могу сказать, что я имѣлъ ее постоянно въ виду и старался выполнить ее на сколько могъ.

Другое, не менѣе серьезное затрудненіе представляла сама сущность нашего предмета: ни въ одной отрасли медицины, можетъ быть, нѣтъ столько спорныхъ вопросовъ, только что разрабатывающихся и ждущихъ рѣшенія, какъ въ гинекологіи. Затрудненіе именно и состояло въ томъ, чтобы дать читателю надлежащую точку зрѣнія, съ которой слѣдуетъ смотрѣть на тотъ, или другой спорный вопросъ. Избѣгая всякіе гипотетическіе приемы, нисколько не идущіе къ сочиненію, подобному этому, я старался излагать просто факты, говорящіе за и противъ, и затѣмъ высказывалъ свое мнѣніе или на основаніи личныхъ наблюденій или же на основаніи здоровой критики. Читателю такимъ образомъ дана возможность, такъ сказать, контролировать автора и не вѣрить ему на слово. Этотъ способъ изложенія требовалъ очень кропотливыхъ литературныхъ изыска-

ний, но я тѣмъ не менѣе считалъ невозможнымъ уклониться отъ этого пути, такъ-какъ генетическій способъ изложенія я считаю въ этомъ случаѣ ближе всего соответствующимъ цѣли всякаго руководства вообще. Кроме того, я особенно старался какъ можно болѣе рѣзко порѣшить спорные вопросы и указывалъ постоянно на тѣ или другія попытки къ рѣшенію ихъ, чтобы дать читателю возможность знакомиться постоянно съ поступательнымъ движеніемъ нашей специальности.

Мнѣ остается еще прибавить нѣсколько словъ относительно способа изложенія собственно по отношенію къ литературѣ гистологіи. Всякому, который хоть сколько-нибудь знакомъ съ литературой нашей специальности, слишкомъ хорошо извѣстно, до какой степени литература эта разрослась въ послѣдніе годы. Чтобы одолѣть литературу не только всего предмета, но даже небольшого отдѣла ея, требуется много усидчиваго труда. Тѣ изъ моихъ товарищей, которымъ извѣстно—съ какою любовью я всегда занимался историко-литературною стороною нашей специальности, повѣрятъ мнѣ на слово, что громадное большинство ссылокъ и цитатъ, приводимыхъ въ этомъ сочиненіи, заимствованы изъ оригинальныхъ источниковъ; тамъ же, гдѣ я не имѣлъ послѣднихъ подъ рукою, я всегда указываю авторовъ, откуда они.

Издавая теперь въ свѣтъ первую часть моего сочиненія, я не дѣлаю себѣ никакихъ иллюзій, такъ-какъ мнѣ очень хорошо извѣстны всѣ недостатки его. Но я вмѣстѣ съ этимъ надѣюсь, что критика снисходительно отнесется къ нему, принимая въ соображеніе, съ одной стороны, указанныя выше затрудненія при составленіи подобнаго рода сочиненія, — съ другой же стороны, искреннее желаніе автора принести хоть какую-нибудь пользу своимъ слушателямъ. По отношенію къ послѣднимъ я считалъ нравственною обязанностью хоть чѣмъ-нибудь высказать имъ глубокую мою благодарность за то сочувствіе, которымъ они почтили въ теченіе пяти лѣтъ мою преподавательскую дѣятельность.

## Предисловіе къ второму изданію.

Выпуская теперь въ свѣтъ вторымъ изданіемъ мое «руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы», я не могу не выразить радостнаго чувства по отношенію къ тому, какъ встрѣчено было первое изданіе этого сочиненія. Не только личныя отзывы компетентныхъ критиковъ, но и заявленія учащихъ нашихъ медицинскихъ факультетовъ, а также очень многихъ врачей, давно оставившихъ шельмную скамью, убѣдили меня въ томъ, что я не даромъ трудился надъ этой книгой. Это-то сознаніе не переставало одушевлять меня желаніемъ трудиться дальше. Въ теченіе восьми лѣтъ, прошедшихъ со времени появленія перваго выпуска этого сочиненія, я не переставалъ исправлять его на сколько могъ, собирать литературныя данныя и широко пользовался богатымъ матеріаломъ моей клиники. Смѣю надѣяться, что отъ этого не могло не выиграть это сочиненіе, для котораго я не щадилъ никакого труда въ теченіе столь многихъ лѣтъ. Тѣ, которые возьмутъ на себя трудъ сравнить это изданіе съ первымъ, надѣюсь, убѣдятся въ томъ, что только что сказанное говорится ничуть не *pro caritandâ benevolentiâ*. Всякому, занимающемуся серьезно тою или другою отраслью медицины, слишкомъ хорошо извѣстно—въ какой мѣрѣ разрослась въ послѣдніе годы литература. Для автора, желающаго держать свое руководство на высотѣ современной науки, изученіе относящейся къ его предмету литературы составляетъ громадный трудъ. Не смотря на это, я считалъ невозможнымъ уклониться отъ этого труда, такъ-какъ, по моему убѣжденію, всякое руководство должно давать читателю ясное понятіе о поступательномъ движеніи науки.

Не могу здѣсь не упомянутьъ еще объ одномъ затрудненіи, съ которымъ постоянно приходилось бороться автору при со-

ставленіи этого руководства. Различныя отрасли клинической медицины полны противурѣчій, иногда весьма рѣзкихъ, которыя не могутъ не сбивать начинающаго. Въ особенности это должно связать на счетъ гинекологіи, которая далеко еще наука не законченна, даже относительно самыхъ насущныхъ вопросовъ. Самый обыденный клиническій вопросъ возбуждалъ массу самыхъ разнорѣчивыхъ взглядовъ и притомъ со стороны людей, очень компетентныхъ и пользующихся большимъ авторитетомъ. Какъ быть начинающему? Какъ выйти ему изъ подобнаго лабиринта? Я, поэтому, постоянно имѣлъ въ виду это обстоятельство и обращалъ самое тщательное вниманіе именно на спорныя вопросы, имѣющіе какое нибудь серьезное значеніе. Приведши всевозможныя доводы про и contra, а съ возможною ясностью старался указывать читателю на тѣ изъ нихъ, которые отличаются большею логичностью и которые можно подтвердить результатами клиническаго наблюденія. Только этимъ путемъ я надѣялся облегчить начинающему его задачу. Насколько удалось мнѣ достигнуть этой цѣли, — предоставляю судить компетентной критикѣ.

Въ заключеніе мнѣ остается высказать искреннее желаніе, не перестававшее одушевлять меня съ самаго начала моей учебной дѣятельности, чтобы руководство это продолжало приносить ту пользу учащимся, которую я постоянно имѣлъ въ виду. Я считалъ бы себя совершенно удовлетвореннымъ за мой трудъ, еслибы онъ хоть до известной степени содѣйствовалъ дальнѣйшему развитію гинекологіи въ Россіи.

М. Горвицъ.



## ГЛАВА I.

### Историческій очеркъ развитія гинекологіи.

Не смотря на то, что время, въ которое мы живемъ, не особенно расположено къ изученію прошедшаго столь могущественно развившихся теперь специальностей, — тѣмъ не менѣе мы считаемъ нужнымъ предпослать нашему сочиненію полный, хотя, по возможности, краткій историческій очеркъ, по которому читатель могъ бы составить себѣ ясное понятіе о томъ—какимъ образомъ гинекологія, начиная съ самыхъ отдаленныхъ временъ, развилась до той степени, на которой она находится въ настоящее время. Если такъ называемые *практики* съ улыбкою сожалѣнія относятся ко всякаго рода историческимъ изслѣдованіямъ, считая ихъ напрасной потерей времени, то они этимъ, по истинѣ, доказываютъ только свое глубочайшее невѣденіе всего того, что выходитъ изъ узкой рамки потребностей самой обыденной практики. Не говоря ужъ о томъ, что знакомство съ прошедшимъ того отдѣла человѣческихъ знаній, которому мы посвящаемъ всю нашу жизньъ, всѣ лучшія наши стремленія, составляетъ совершенно законное требованіе человѣческаго духа,—знакомство съ историческими судьбами изучаемой специальности служить лучшимъ, а можетъ быть и единственнымъ, средствомъ къ болѣе глубокому и серьезному изученію ея съ одной стороны, а съ другой, — оно расширяетъ умственный кругозоръ нашъ и не даетъ намъ погружаться въ ту узкую колею, которая составляетъ патномоническій признакъ узкаго спеціалиста. Вотъ почему такія личности, какъ гениальный J. Simpson, посвящали много времени и не мало трудовъ литературнымъ и библиографическимъ изысканіямъ, нисколько не считая ихъ ниже своего собственнаго достоинства.

Въ настоящемъ очеркѣ мы постараемся набросить болѣе общую картину историческаго развитія гинекологіи, не вдаваясь въ особенныя подробности, такъ какъ онѣ, равно какъ и библиографическія данныя приведены въ надлежащихъ мѣстахъ нашей книги, въ возможной полнотѣ. Намъ остается еще прибавить, что, не смотря на то, что судьбы гинекологіи непрерывно связаны съ

акушерствомъ, мы тѣмъ не менѣ старались вездѣ выдѣлить первую и касались втораго только тамъ, гдѣ избѣгнуть этого не было никакой возможности.

Для большей ясности мы считаемъ нужнымъ раздѣлить исторію гинекологіи на нѣсколько, а именно 6 эпохъ или періодовъ. I-я эпоха разсматриваетъ состояніе гинекологіи въ періодъ греко-римскій; II-я эпоха обнимаетъ періодъ отъ паденія Западной Римской имперіи до возрожденія наукъ и искусствъ на Западѣ: это періодъ арабовъ и арабистовъ; III-ья эпоха начинается періодомъ возрожденія и оканчивается второю половиною XVII столѣтія; IV-я эпоха обнимаетъ періодъ времени отъ второй половины XVII до начала XIX столѣтія, до *Résamier*, то есть до введенія въ гинекологію рукавнаго зеркала; V-ая эпоха заключаетъ въ себѣ періодъ времени отъ *Résamier* до *Simpson'a*; послѣдняя же, слѣдовательно VI-ая или новѣйшая эпоха разсматриваетъ состояніе гинекологіи, начиная съ дѣятельности *Simpson'a* до послѣдняго времени.

Само собою разумѣется, что наука не могла сразу развиваться такимъ образомъ, какъ мы находимъ ее въ эпоху греко-римскую. Зачатки ея существовали гораздо раньше; но, къ сожалѣнію, объ этихъ зачаткахъ-то мы знаемъ очень мало. По отношенію ко вліянію на судьбы всего человѣчества вообще, насъ преимущественно интересуютъ два народа—евреи и египтяне.

Относительно акушерства у первыхъ мы находимъ нѣсколько отрывочныхъ свѣдѣній въ В. Завѣтѣ, какъ въ V—книжнѣ, такъ и у нѣкоторыхъ пророковъ. Изъ нихъ слѣдуетъ какъ нельзя болѣе ясно, что все, что касалось родовъ и болѣзней женщинъ вообще, было въ рукахъ бабокъ, которыя составляли нѣчто въ родѣ цеха. Что всѣ свѣдѣнія этихъ бабокъ ограничивались напештываніями и знаніемъ нѣкоторыхъ самыхъ простыхъ пріемовъ—достаточно доказывается полною беспомощностью ихъ въ затруднительныхъ случаяхъ: такъ, бабка утѣшаетъ Рахиль до тѣхъ поръ, пока она не испускаетъ послѣднее дыханіе; Тамаръ погибаетъ отъ родовъ двойнями только потому, что одинъ изъ плодовъ лежалъ поперегъ.

Если вспомнимъ—какъ строго законодательство Моисея относится ко всякимъ нечистымъ выдѣленіямъ вообще, то не трудно понять, что мужчины жрецы (каганы), въ рукахъ которыхъ сосредоточены были всѣ медицинскія свѣдѣнія того времени, не могли и не должны были имѣть никакого дѣла съ больными женщинами. Во время мѣсячныхъ женщина считается на столько нечистою, что она должна быть совершенно изолирована отъ окружающихъ; послѣ родовъ, если она родила мальчика, женщина считается нечистою 33 дня, если же это была дѣвочка, то вдвое, т. е. 66 дней.

Если многіе цитируютъ нѣкоторыя мѣста изъ талмуда въ доказательство того, что евреямъ не были чужды нѣкоторыя гинекологическія свѣдѣнія, то, относительно разсматриваемой нами

эпохи, это грубый анахронизмъ, такъ какъ составленіе талмуда относится совѣтъ къ другой эпохѣ, а именно къ тому времени, когда евреи уже хорошо знакомы были съ греко-римскою цивилизаціей, а слѣдовательно и съ ихъ медициной.

Относительно египтянъ можно повторить только то, что сказано нами о евреяхъ.

Принимая въ соображеніе, съ одной стороны, тѣсную связь, существующую между гинекологіей и хирургіей, а съ другой то, что вся медицинская дѣятельность сосредоточивалась въ рукахъ жрецовъ, презиравшихъ хирургию вообще, — то ужъ à priori должно допустить, что состояніе гинекологіи въ древнемъ Египтѣ должно было быть весьма печальное. Въ извѣстномъ литературномъ сборникѣ, состоявшемъ изъ сорока двухъ книгъ и составленіе котораго приписывалось Тауту (Гермесу-Трисмегисту), толковалось о медицинѣ вообще и гинекологіи, но научное значеніе ихъ должно было быть ничтожное, судя по тому, что *Галенъ* отзывается объ нихъ съ большимъ презрѣніемъ.

### Періодъ I — греко-римскій.

Обыкновенно начало медицины относятъ къ т. н. отцу ея — *Гиппократу* (460—370 до Р. Х.). Это вѣрно въ томъ отношеніи, что о до-гиппократовской медицинѣ древность не оставила намъ никакихъ слѣдовъ. Читая однако внимательно Гиппократовское собраніе, тотчасъ становится яснымъ, что эта громадная масса собранныхъ въ немъ фактовъ не можетъ принадлежать одному человѣку, и что онъ, безъ сомнѣнія, почерпалъ очень много свѣдѣній у своихъ предшественниковъ. Какъ бы то ни было, Гиппократовское собраніе имѣетъ для насъ весьма большой интересъ, такъ какъ, по справедливому замѣчанію *Siebold'a*, оно характеризуетъ цѣлую эпоху, начинающуюся гораздо раньше періода времени, опредѣляющаго дѣятельность Гиппократа и оканчивающуюся Рожд. Х—вымъ.

Мы не можемъ здѣсь войти въ подробный критическій разборъ сочиненій Гиппократа, а замѣтимъ только, что многія изъ его сочиненій, на основаніи изслѣдованій лучшихъ критиковъ, принадлежатъ эпохѣ гораздо болѣе поздней.

По отношенію къ занимающему насъ предмету, изъ книгъ, дѣйствительно принадлежащихъ Гиппократу, насъ особенно интересуютъ афоризмы и книга о предсказаніяхъ.

*Афоризмы*, которые Галенъ называетъ очень мѣтко компендіумомъ Гиппократовской медицины, содержатъ очень много чрезвычайно кратко и болшею частью ясно выраженныхъ истинъ, относящихся къ акушерству и собственно гинекологіи. Въ отдѣлѣ 5-мъ, начиная съ аф. 28—62, встрѣчается очень много интереснаго. Возьмемъ на выдержку нѣкоторые изъ нихъ \*. *Афоризмъ*

\* Мы цитируемъ по нижеприведенному переводу *Darstberg'a*.

28-й: *Ароматическія окуриванія вызываютъ мѣсячныя. Окуриванія эти были бы очень часто полезны и при другихъ обстоятельствахъ, если бы они не обусловливали тяжести головы*. Афоризмъ 47-й: *«Если матка, наклоненная къ сѣдалищнымъ костямъ, отдѣляется, то ее нужно перевязывать корпейными турундами*». Большинство комментаторовъ полагаетъ, что въ афоризмѣ этомъ дѣло идетъ о выпаденіи матки (prolapsus uteri). Dargemberg думаетъ, что Гиппократъ здѣсь имѣлъ въ виду боковое наклоненіе матки (lateroversio uteri).—Афоризмъ 50-й: *Если желаютъ криостановить мѣсячныя у женщины (т. е. унять слишкомъ обильныя мѣсячныя—menstr. profus.), то поставьте большія банки къ грудямъ*». Изъ этого афоризма видно, что Гиппократу очень хорошо извѣстно было, что помощью раздраженія грудныхъ железъ можно вызвать сократительную дѣятельность матки. Извѣстно, что этотъ фактъ въ новѣйшее время подаль мысль Scanzoni предложить свой способъ вызыванія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Въ книгѣ о *предсказаніяхъ* находимъ въ высшей степени интересное мѣсто, въ которомъ опредѣляются свойства, которыми должна обладать матка для того, чтобы произошло зачатіе. Мѣсто это доказываетъ какъ нельзя яснѣе, что Гиппократу должно было быть очень хорошо извѣстно гинекологическое (ручное) изслѣдованіе.

Изъ апокрифическихъ отдѣловъ Гиппократовскаго собранія не мало интереснаго представляютъ слѣдующія книги: De genitura, которую можно было бы назвать гинекологическою физиологіей, такъ какъ въ ней разсматриваются отдѣленіе сѣмяни, пути, по которымъ производится оплодотвореніе и пр. Двѣ книги «De morbis mulierum» имѣютъ очень важное историческое значеніе, такъ какъ онѣ болѣе другихъ отдѣловъ Гиппократовскаго собранія знакомятъ насъ съ тогдашнимъ состояніемъ гинекологіи.

Въ нихъ толкуется очень много объ аномаліяхъ мѣсячныхъ и послѣ—родового очищенія, различныхъ изъязвленіяхъ матки, о болѣзняхъ родильницъ и проч.

Въ книгѣ «De sterilibus» находимъ изложеніе многихъ причинъ женскаго безплодія (измѣненія въ положенія матки, чрезмерно обильныя мѣсячныя, зарощеніе маточнаго зѣва и проч.).

Книга «De natura muliebri» представляетъ тоже содержаніе, что и предъидущая книга, за исключеніемъ только того, что относится непосредственно къ акушерству.

Наконецъ, намъ остается еще упомянуть о небольшомъ трактатѣ въ гиппократовскомъ собраніи, озаглавленномъ «De his, quae ad virgines spectant», имѣющемъ для насъ интересъ въ томъ отношеніи, что противъ тяжелыхъ судорожныхъ болѣзней (эпилепсія—morbus sacer, hystericus?) какъ ultimum refugium совѣтуется зачатіе;—совѣтъ, который и теперь еще, къ сожалѣнію, дается нѣкоторыми врачами.

Послѣ этого бѣлаго очерка гинекологическаго матеріала, держащагося въ гиппократовскомъ собраніи, спрашивается: что оста-

вила древность гинекологіи? Изъ того, что приведено выше, видно, что наслѣдство это не особенно велико. Но, съ другой стороны, если сравнить то, что гиппократовское собраніе представляеть для гинекологіи въ тѣсномъ смыслѣ, съ тѣмъ, что относится собственно къ акушерству, то увидимъ, что древніе врачи были болѣе гинекологи, чѣмъ акушеры. Это совершенно въ порядкѣ вещей, такъ какъ роды были исключительно въ рукахъ бабокъ (*перерывательницъ пуповинъ*—*omphalotomoi*, какъ ихъ называетъ Гиппократъ), собственно же болѣзни женщинъ составляли уже удѣлъ врачей и поэтому-то все, что относится къ гинекологіи, запечатлѣно болѣе характеромъ истины и личныхъ наблюдений, чѣмъ то, что относится къ акушерству.

Одною изъ главныхъ причинъ отсталости гинекологіи сравнительно съ другими отдѣлами медицины того времени должно считать скудость анатомио-физиологическихъ свѣдѣній, касающихся половой сферы женщины. Клиническая сторона представляется довольно блестящею сравнительно съ терапіей, которая очень скудна, а иногда въ высшей степени наивна. Въ самомъ дѣлѣ, нѣсколько средствъ, какъ то слабительныя, ванны, окуриванія, рукавныя впрыскиванія, дѣлавшіяся самымъ первобытнымъ образомъ, нѣкоторые лекарственные вещества, вводившіяся въ рукавъ (лекарственные пессаріи), составляютъ весь терапевтической арсеналъ того времени, съ которымъ еще можно мириться. Но кромѣ этого было въ ходу множество средствъ и способовъ, которые можно извинить только младенческой эпохой, въ которой находилась тогдашняя наука.

Относительно Гиппократа въ акушерско-гинекологическомъ отношеніи см. F. A. Ritgen, die Geburtshülfe des Hippocrates въ Gemeinsame Deutsche Zeitschrift für Geburtskunde von Busch, Mende u. Ritgen, Bd. IV, Hft. 3.—C. v. Siebold, Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe, Berlin 1839, Bd. I. p. 70—Hippocrate par le Dr. Ch. V. Daremberg, Paris, 1843 (Примѣч. къ 5 отдѣл. афоризм., стр. 546).

Цельсусъ (Aulus Cornel. Celsus). О жизни этого замѣчательнаго человѣка мы знаемъ такъ мало, что даже эпоха, въ которую онъ жилъ, остается до сихъ поръ неизвѣстною. Большинство авторовъ допускаеть, что Цельсусъ жилъ въ царствованіе Августа (30 до Р. X.—14 по Р. X.), или же ни въ какомъ случаѣ не позже царствованія Тиверія. Очень вѣроятно, что Цельсусъ никогда не былъ врачомъ, покрайней мѣрѣ въ обыкновенномъ значеніи этого слова (Targa, Bianconi); тѣмъ не менѣе онъ играетъ очень важную роль въ исторіи медицины, такъ какъ въ дошедшихъ до насъ его сочиненіяхъ (*De re medica, libri octo*) онъ оставилъ намъ какъ бы медицинскую энциклопедію того времени. Содержаніе этихъ 8 книгъ почерпнуто у древнихъ греческихъ врачей, а также и у многихъ изъ александрійской школы, изъ которыхъ нѣкоторые отпралялись въ Римъ искать счастья (Цельсусъ прямо говоритъ: *Ac Romae quoque non mediocres professores... aliquid ei disciplinae (т. е. хирургіи) adjecerunt*).

Что касается гинекологіи, то у Цельса находимъ только нѣкоторые намеки о различныхъ относящихся сюда вопросахъ, причемъ онъ распространяется болѣе о вещахъ хирургическихъ. Такъ, мы находимъ у него указанія относительно леченія заращенія рукава, о врачебныхъ свѣчкахъ (Lib. V, Cap. XXI) и проч. Въ книгѣ IV цѣлая глава, именно 20, озаглавленная «De morbis vulvae», трактуетъ такъ темно разбираемый предметъ (Ex vulva quoque foeminis vehemens malum nascitur), что трудно понять—о чемъ собственно идетъ рѣчь, хотя нѣкоторые комментаторы увѣряютъ, что Цельсъ имѣетъ въ этомъ мѣстѣ въ виду выпаденіе матки. Въ книгѣ 1-й находимъ также одно мѣсто, которое подавало поводъ къ очень многимъ спорамъ. Авторъ рассказываетъ о какой-то аристократкѣ (nobilis persona), умершей отъ болѣзни *ex naturalibus partibus carne prolapsa et arente*,—сущность которой не могли узнать лучшие врачи и не сумѣли ничего сдѣлать въ этомъ случаѣ. Morgagni увѣряетъ, что здѣсь дѣло идетъ о выворотѣ (inversio) матки.

Изъ сказаннаго видно, что научныя данныя, оставленныя намъ въ собраніи Цельса, не имѣютъ никакого особеннаго значенія; но въ историческомъ отношеніи интересно то, что въ его эпоху были уже люди, серьезно и спеціально занимавшіеся женскими болѣзнями, изъ которыхъ многіе отправлялись въ тогдашнюю столицу міра искать счастья. Отъ этихъ-то спеціалистовъ Цельсъ, вѣроятно, главнымъ образомъ узнавалъ о томъ, что имѣется у него въ отношеніи къ гинекологіи. Изъ подобныхъ спеціалистовъ особеннаго вниманія заслуживаютъ сирійскій врачъ Архигенъ Апомейскій (100 л. п. Р. X.), изобрѣтатель рукавнаго зеркала, Руфъ Эфесскій, жившій вѣроятно въ царствованіе Траяна (98—117 п. Р. X.), упоминающій уже о яйцепроводахъ (Фаллопиевыхъ трубахъ) и въ особенности же Соранъ, который можетъ быть названъ гинекологомъ по преимуществу и дѣятельность котораго по этому заслуживаетъ болѣе подробнаго разбора.

Цитаты изъ Цельса приведены по превосходному принадлежавшему намъ экземпляру, напечатанному во 2-й половинѣ XVI стол.: Aurelii Cor. Celsi de re medica libri VIII. Lugduni, apud Ioan. Tornaesium, et Guilelm. Gazeum. 1554. См. также Morgagni, De caus. et sedib. morbor. 1750, epist 4—Schilling въ Allgem. Encyclopedie v. Ersch и Gruber. Leipz. 1827, 16 Theil, p. 23.—Siebold, op. cit. Bd. 1, p. 136.—Conferences historiques par les agrégés à l'école de médecine, Paris, 1866 г. (Очеркъ жизни и дѣятельности Цельса принадлежитъ Вроса).

Соранъ Эфесскій или младшій жилъ вѣроятно въ царствованіе Траяна (98—117) и практиковалъ въ Римѣ. Онъ, по собственнымъ словамъ его, сначала старался познаться отчетливо со строеніемъ различныхъ частей половой сѣры и притомъ не на животныхъ, а изслѣдованіями женскихъ труповъ (?). Оттого-то у него находимъ интересное для того времени описаніе женской половой сѣры. Такъ, онъ начинаетъ съ того, что опровергаетъ старинное господствовавшее тогда мнѣніе о животной натурѣ матки (извѣстно мнѣніе Платона: uterus animal sperma de-

siderans). Онъ сравниваетъ матку относительно формы ея съ кровососной банкой и очень хорошо описываетъ топографію ея; относительно связи матки съ другими органами онъ говоритъ: «Connectitur autem uterus tenuibus membranis a superiore cum vesica, a posteriore autem cum intestino recto, a latere utroque cum partibus a coxendicibus (подъ именемъ coxendices Соранъ, видно, нонималъ тазовую полость) et ab osse sacro exerescentibus» (Сар. III \*). Матку онъ раздѣляетъ на нѣсколько частей: vocatur enim prima ejus et prominens pars ostium; quae dein se offert collum; quae sequitur cervix; concursus vero harum partium caulis; partes utrinque latiores post colli angustiam uteri humeri; quae deni apparent latera; extrema autem pars fundus; illa quae subjacet, basis; toto vero capacitas cavum et venter et sinus (Ibid). О строеніи матки говорится: Totus autem uterus quam maxime potuit est nerveus neque enim solum e nervis compositus est sed etiam e venis et arteriis et carne (Ibid).

Сорану также очень хорошо извѣстны функціональныя отношенія, существующія не только между маткою и грудями, но также между нею съ желудкомъ и мозгомъ. Въ доказательство того, что матка не составляетъ органа абсолютно необходимаго для жизни, онъ цитируетъ фактъ экстирпаціи этого органа по Эмизону. Послѣ матки очень хорошо описываются яйцепроводы—meatus seminis; затѣмъ онъ переходитъ къ описанію рукава и наружныхъ половыхъ частей. Относительно рукава онъ замѣчаетъ, что онъ бываетъ различной длины, обыкновенно же однако послѣдняя равняется 6 поперечнымъ пальцамъ. Особенно интересны доводы, которыми онъ старается отвергнуть существованіе дѣвственной плевы: Primum enim in dissectione non reperitur; secundum autem, apud virgines in exploratione, quae specillo sit, aliquid obstaculo esse debeat, nunc vero specillum ad imum usque penetrat.

Къ величайшему сожалѣнію, многія изъ сочиненій Сорана потеряны; но однако то, что осталось, составляетъ такой важный историческій памятникъ, что съ нимъ едва ли можетъ сравниться какой либо другой древній писатель по отношенію къ гинекологіи. Отдѣльныя части его сочиненій сохранены Аэціемъ и Мошіономъ.\* Они были изданы подъ заглавіемъ: Liber de muliebribus affectionibus и распадаются на 66 главъ. Мы приведемъ названія этихъ послѣднихъ, изъ которыхъ не трудно усмотрѣть, что Соранъ касается большинства вопросовъ, относящихся къ гинекологіи.

Гл. I и II трактуютъ о раздѣленіи гинекологіи и о качествахъ необходимыхъ для бабки—quae optima sit obstetrix; гл. III занимается описаніемъ матки и другихъ частей половой сферы; гл. IV, V и VI—о физиологіи и гігіенѣ мѣсячныхъ; гл. VII—VIII—объ гігіеническомъ значеніи дѣвственности, возрастѣ, въ который должно выходить замужъ, о зачатіи и пр.; гл. XIV—о признакахъ,

\* Мы цитируемъ по нижеприведенному изданію.

по которымъ древніе писатели (secundum antiquos) судили о томъ, что данная женщина беременна плодомъ мужского или женскаго пола; гл. XIV—гигиена беременныхъ; XV—*pica gravidar.*; XVI—о леченіи ея; гл. XVII— о леченіи безплодія; гл. XVIII— о выкидышѣ; гл. XIX— о плодномъ яйцѣ (принимаются три оболочки: chorion, allantois и amnion); гл. XX—XLVI трактуютъ о родахъ и различныхъ пособіяхъ при нихъ, о послѣродовомъ очищеніи, кормленіи грудью, выборѣ кормилицы и содержатъ очень обширную дѣтскую гигиену и изложеніе главнѣйшихъ страданій новорожденныхъ. Гл. XLVII до LXXII включительно трактуютъ собственно о болѣзняхъ женщинъ и начинаются рѣшеніемъ вопроса—*num morbi sint muliebribus proprii?* Въ этой главѣ на каждомъ шагѣ видѣнъ практической гинекологъ, знакомый какъ нельзя лучше съ физиологіей и патологіей женской половой сферы. Вотъ существенное содержаніе этихъ главъ: о задержаніи и болѣзненныхъ мѣсячныхъ, о кровотеченіяхъ изъ матки, объ истеченіяхъ изъ родовыхъ путей (*de fluxu muliebri*), объ истерикѣ (*suffocatio uterina*), о полюціяхъ у женщинъ (*de seminis profuvio*), о разслабленіи матки (описаніе этого состоянія въ очень многихъ отношеніяхъ соотвѣтствуетъ картинѣ т. н. *metrit. chron.*), о смѣщеніяхъ ея (*Cap. LV: De inclinatione et aversione et sursum recessione uteri*), о тимпанитѣ матки, объ опухоляхъ матки (*de tumore laxo uteri, de mola*), о чрезмѣрномъ половомъ возбужденіи, о воспаленіи матки (мастерское описаніе клинической картины) и, наконецъ, о скіррѣ и твердыхъ опухоляхъ матки.

Чрезвычайный интересъ представляетъ *terapia* Сорана — слабѣйшая точка древнихъ. Кромѣ того, что терапия эта въ высокой степени разнообразна, ей очень часто нельзя отказать въ рациональности. Такъ, при отсутствіи мѣсячныхъ (или задержаніи ихъ) нужно прежде всего обратить вниманіе на *мѣстныя причины* и, если возможно, устранить ихъ хирургическимъ путемъ (*resecare membran. vel carunculam*). При болѣзненныхъ мѣсячныхъ—назначаются абсолютный покой въ умѣренно нагрѣтой и свѣтлой комнатѣ и сухая теплота на животъ (а также кувшины наполненные теплой водой) и къ половымъ частямъ; втирается теплое масло, внутрь тепловатое питье. Кромѣ того—различныя успокаивающія средства въ видѣ свѣчекъ, вводимыхъ въ рукавъ (*pressi qui sedandi facultate sunt praediti*). Какъ образчикъ тогдашней фармакологіи приведемъ одну изъ относящихся сюда формулъ Сорана: *Cerae Thyrenicae, piperis albi, singulorum unc. j, terebinth. dr. jv, pinguedinis anserinae unc. j, palmularum collatarum unc. jv, vitellus ovi unus, olei cum foene graeco quantum sufficit*. Говоря о причинахъ и леченіи маточныхъ кровотеченій, онъ упоминаетъ какъ о діагностическомъ средствѣ—о маточномъ зеркалѣ (*tutius autem locum affectum definire poterimus quando speculo uteri (dioptra) utimur*). Тутъ же совѣтуются противъ кровотеченій—сидячія холодныя ванны (*insessio ad inguina usque in aqua frigida*) и рукавные души помощью особенныхъ приборовъ (*fistula, quae in usum injectionum*



in uterum confecta); для душъ совѣтуются: succus plantaginis vel polygoni, vel strychni, vel psyleri и пр. Тутъ же онъ полемизируетъ съ Темизономъ и вооружается противъ общихъ кровопусканій при маточныхъ кровотеченияхъ, потому что... «venae sectio relaxat; praeterea anceps remedium est venae sectio, quia si fluxus sanguinis minime sistatur, necesse est ut aegrotans vel citius pereat, quippe quae duplici sanguinis profluvio exhauriatur».

Если мы такъ подробно разсмотрѣли сочиненіе Сорана, то это, съ одной стороны, достаточно извиняется историческимъ значеніемъ этого писателя, съ другой же стороны тѣмъ, что мы до сихъ поръ ни въ одномъ изъ руководствъ къ гинекологіи, снабженныхъ историческими введениями, не нашли, не говоримъ уже подробной, но какой бы то ни было характеристики этого перваго гинеколога древности. Такъ, въ очень объемистомъ руководствѣ Courty сказано, что о Соранѣ не стоило бы говорить, если бы онъ не упоминалъ о грыжахъ яичника (!!). Даже столь добросовѣстный историкъ какъ Siebold, удѣлилъ Сорану всего двѣ страницы въ своей обширной исторіи акушерства.

О Соранѣ см. Siebold, op. cit. T. I, p. 152.—H. Haeser, de Sorano Epheso ejusque peri gynaeketon pathon libro nuper reperto programma. Vratislaviae, 1840.—Pinoff, die Geburtshülfe des Soranes Ephesius-Janus, 1842, vol. I u. II. Мы пользовались превосходнымъ изданіемъ и переводомъ Ermerins'a: Sorani Ephesi liber de muliebribus affectionibus. Recensuit et latine interpretatus est Franciscus Zacharias Ermerins. Trajecti ad Rhenum, 1869.

Мошѣонъ. Эпоха, въ которую онъ жилъ, до сихъ поръ съ точностью неизвѣстна; нѣкоторые относятъ ее къ царствованію Адриана (117 — 138). Писатель этотъ имѣетъ несравненно болѣе значенія для исторіи акушерства, чѣмъ собственно гинекологіи, такъ какъ дошедшій до насъ его учебникъ для бабокъ, написанный имъ (какъ онъ самъ говоритъ въ предисловіи) по латыни для тѣхъ женщинъ (повив. бабокъ), которыя не знаютъ по гречески, можетъ служить отличнымъ источникомъ, характеризующимъ состояніе акушерства, а также и кругъ дѣятельности бабокъ во II стол. по Р. X. Что касается собственно женскихъ болѣзней, то, какъ видно изъ главы 151, онъ вездѣ заимствовалъ у Сорана, котораго онъ называетъ своимъ учителемъ (слово *учитель* должно понимать здѣсь въ смыслѣ источника).

Греческій текстъ сочин. Мошѣона въ извѣстномъ собраніи Шахія (Gynaecia, Argentor 1597), по отзыву всѣхъ критиковъ, очень плохъ. Лучшимъ изданіемъ до сихъ поръ остается то, которое сдѣлано по вѣнскому манускрипту Dewez'омъ: Moschionis de mulierum passionibus liber, quem ad mentem manuscripti graeci in Bibliotheca caesara reg. Vindobonensi asservati tum propriis correctionibus emendavit, additaque versione latina edidit F. O. Dewez. Viennae, 1793. О Мошѣонѣ см. Dezeimeris, Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne Paris, 1836, T. III, p. 611.—Siebold, Op. cit. p. 155.

Клавдій Галенъ (131—200 по Р. X.) — послѣ Гиппократы самый знаменитый врачъ древности. Во все время средних вѣ-

ковъ онъ считался непреложнымъ авторитетомъ и возставать противъ этого авторитета почиталось чуть-ли не преступленіемъ. Здѣсь не мѣсто входить въ разборъ того громаднаго вліянія, которое Галенъ оказалъ на все дальнѣйшее развитіе медицины; мы ограничимся только замѣчаніемъ, что Галеновскіе взгляды какъ на анатомію и физиологію, такъ почти и на всѣ вопросы практической медицины господствовали до того времени, пока Везалій и др. не пошатнули значенія этого авторитета. Что касается специально гинекологіи, то, на основаніи собственныхъ словъ Галена, должно допустить, что онъ практически никогда не занимался ею. Для насъ имѣетъ поэтому интересъ анатомо-физиологическое ученіе его о женской половой сферѣ. Изъ его описанія матки и др. половыхъ органовъ, равно какъ и изъ другихъ частей его сочиненій, слѣдуетъ какъ нельзя яснѣе, что онъ не вскрывалъ члвчвческихъ труповъ, а пользовался для этого различными животными (преимущественно обезьянами); такъ, въ книгѣ объ анатоміи женскихъ половыхъ органовъ (*de ueri dissectione*) Галенъ придерживается стараго мнѣнія на счетъ двураздѣльности матки; хотя онъ и не называетъ отдѣльныхъ частей рогами, но все таки матка, по его мнѣнію, состоитъ изъ двухъ полостей (*sinus*). Яичники у него описаны совершенно вѣрно, но онъ сохранилъ старинное названіе ихъ *testes*, такъ какъ онъ не зналъ настоящаго физиологическаго ихъ значенія. Въ книгахъ *de semine* и *de foetuum formatione* толкуется о зачатіи, способѣ его происхожденія (смѣшваніе женскаго сѣмени съ мужскимъ) и о развитіи зародыша. Въ той части Галеновыхъ сочиненій, которая пользовалась особенною славой, а именно въ физиологіи его (*de usu partium*) мы находимъ опять указанія на отправленія женской половой сферы. Между прочимъ, интересно здѣсь одно мѣсто, въ которомъ совершенно вѣрно описываются различія матки у женщинъ рожавшихъ и у тѣхъ, которыя не рожали. Все это, очевидно, заимствовано имъ у какихъ-либо другихъ писателей, или же просто, онъ узналъ объ этомъ отъ бабокъ, какъ онъ отъ нихъ, по словамъ его, узналъ о томъ—какъ раскрывается маточный зѣвъ во время родовъ.

Лучшимъ изданіемъ Галена Siebold считаетъ Кѹнне'ское: *Claudii Galeni opera omnia*. Lipsiae, 1821—1833, Tomi XX. Анатомія половыхъ органовъ была издана нѣсколько разъ отдѣльно; таковы безельское изданіе (1535) Фелициана Согнагуса (1536) и др. Галенъ заимствовалъ очень много анатомическихъ данныхъ у Герофила, сочиненія котораго погибли и поэтому въ отношеніи историческомъ эта часть Галеновскихъ сочиненій имѣетъ большой интересъ. Объ этомъ предметѣ см. Н. Марх: *Herophilus. Ein Beitrag zur Geschichte der Medicin, Carlsruhe und Baden. 1838.*—Siebold. l. c. T. I. p. 165.

Галеномъ оканчивается собственно процвѣтаніе и развитіе медицины въ греко-римскомъ мірѣ, такъ-какъ политическія событія, начиная съ этого времени, по истинѣ, не были такого свойства, чтобы они могли способствовать развитію наукъ и искусствъ. Риму, носившему уже въ себѣ зачатки какъ нравственнаго, такъ и умственнаго упадка, приходилось напрягать всѣ свои силы для

того, чтобы по возможности удалить грозившую ему катастрофу и некогда было думать о развитіи тѣхъ научныхъ данныхъ, которыя были унаслѣдованы имъ отъ прежнихъ болѣе счастливыхъ временъ. Мало того, отъ времени до времени мрачные тираны, занимавшіе римскій престолъ, побуждаемые или суевѣріемъ или же просто безотчетною злобою, воздвигали даже прямые гоненія на все, что имѣло какое либо отношеніе къ наукѣ: таково напр. было изгнаніе изъ Рима философовъ при Домиціанѣ и сожиганіе знаменитыхъ древнихъ сочиненій на римскихъ площадяхъ. Римъ дряхлѣлъ и становился суевѣрнымъ, запросъ на шарлатановъ, продавцевъ элексировъ и амулетовъ былъ гораздо больше, чѣмъ на врачей въ тѣсномъ смыслѣ слова. Вслѣдствіе этого медицина видимо стала падать и писатели, о которыхъ мы сейчасъ упомянемъ, списывали съ древнихъ авторовъ, ни на шагъ не двинули нашу специальность и были компиляторы по преимуществу. Пропуская здѣсь нѣкоторыхъ писателей, не имѣющихъ почти никакого значенія (Феод. Присціана и др.), мы должны остановиться на Аретей, Орибазіѣ, Аэціѣ и Павлѣ Эгинскомъ.

Эпоха, въ которую жилъ Аретей Каппадокійскій, не смотря на множество изслѣдованій по этому поводу, до сихъ поръ неизвѣстна съ точностью. Самымъ вѣроятнымъ должно ситать то мнѣніе, по которому жизнь этого писателя относятъ начиная съ половины I столѣт. до 138 г. по Р. Х. Гдѣ онъ жилъ—мы тоже не знаемъ хорошенько; что онъ жилъ гдѣ-то въ Италіи, заключаютъ нѣкоторые изъ того, что онъ въ сочиненіяхъ своихъ называетъ иногда большимъ итальянскія вина (?). Странно то, что Галенъ, упоминающій столь часто о врачахъ гораздо менѣе извѣстныхъ, чѣмъ Аретей, объ этомъ послѣднемъ не упоминаетъ ни однимъ словомъ.

Дошедшія до насъ сочиненія Аретея раздѣляются на восемь книгъ: двѣ—о причинахъ и признакахъ острыхъ болѣзней, двѣ—о причинахъ и признакахъ хроническихъ болѣзней; по двѣ изъ остальныхъ четырехъ книгъ трактуютъ о леченіи ихъ. Въ нихъ, между прочимъ находимъ указанія на истерику (кн. II, гл. XI), леченіе ея (Ibid. гл. X), а также и о нѣкоторыхъ другихъ болѣзняхъ матки. Новаго въ томъ, что говорится о гинекологіи, мы рѣшительно ничего не находимъ, не смотря на то, что многіе изъ историковъ медицины ставятъ Аретея очень высоко.

Лучшимъ изданіемъ Аретея считается то, которое сдѣлано Voerhavy'емъ: *Aretaei Cappadocis de causis et signis etc. cum commentariis integris Petri Petiti medici Parisiensis, atque clarissimi Joani Viggani etc. editionem curavit. Her. Voerhavius. Lugd. Batav. 1735, in folio.* Къ Греческому тексту прибавленъ латинскій переводъ I. P. Crasso.

Объ Аретей см. Haller, *artis medicae principes*; T. V—*Dezeimeris*, *Diction. histor. de la méd. anc. et. mod.* Paris, 1821. T. I, p. 162.

Орибазіѣ (Oribasius), жившій около половины IV до конца этого столѣтія по Р. Х., считается однимъ изъ важнѣйшихъ писа-

телей древности послѣ Галена. Важность значенія этого автора состоитъ не въ томъ, чтобы въ сочиненіяхъ его мы находили что нибудь особенно новаго, а исключительно въ томъ, что онъ изъ всѣхъ извѣстныхъ въ то время медицинскихъ писателей собралъ все, что ему казалось важнымъ и заслуживающимъ вниманія и составилъ такимъ образомъ очень обширный медицинскій сборникъ. Сборникъ этотъ былъ составленъ по повелѣнію императора Юліана отступника, котораго Орибазій былъ лейбъ-медикомъ, и состоялъ первоначально изъ 70 книгъ, изъ которыхъ до насъ дошли только около одной трети. Хотя, какъ уже сказано, Орибазій при составленіи своего сборника пользовался другими авторами, но всѣ критики отдають ему справедливость въ томъ, что это былъ собиратель въ высшей степени толковый. Обширность его врачебныхъ свѣдѣній доказывается тѣмъ, что во многихъ мѣстахъ его сборника изложеніе его гораздо болѣе точно и опредѣлительно, чѣмъ у тѣхъ писателей, которыми онъ пользовался. Что онъ во всякомъ случаѣ былъ недюжинный врачъ, доказывается громадною репутаціею, которою онъ пользовался въ Византіи много лѣтъ спустя послѣ смерти его покровителя, императора Юліана.

Что касается гинекологіи, то здѣсь Орибазій пользовался преимущественно при описаніи половой сферы Герофиломъ и Діоклесомъ, главнымъ же образомъ Сораномъ, (кн. XXIV, гл. 31—32). Гинеколога у Орибазія интересуетъ преимущественно IX книга (*Quae ad thoracem visceraque usque ad pudenda pertinent deque mulierum morbis*), въ которой очень много толкуется о болѣзняхъ женщинъ. Авторъ вездѣ приводитъ очень обширную терапію, по крайней мѣрѣ онъ перечисляетъ множество средствъ, о большей части которыхъ упоминается у Плинія и Галена.

*Oribasii Sardiani opera quae extant omnia tribus tomis digesta.* Joan. Bapt. Rafario interprete. Basie. 1557. Очень рѣдкимъ считается теперь московское изданіе, содержащее книги I—XV, сдѣланное Matthaei: XXI veterum et clarorum medicorum graecorum varia opuscula primo nunc impensis fratrum Zosi-madarum ex Oribasii codice Mosquensi graece edidit, interpretationem latinam J. Bapt. Rafarii, item suas animadversiones et indicem vocabulorum adjecit. Ch. F. de Matthaei. Mosquae, 1808.—О жизни и значеніи Орибазія см.: Fr. C. Hecker, *Oribasius. der Leibarzt Iulianus in ero Literar. Annalen der gesamm. Heilkunde*, Berlin, 1825 Jahrg I, p. I.—Siebold. a. c. T. I. p. 189 Dezeimeris, op. cit., T. 3, p. 652.

Аэцій Амидійскій, жившій во 2-ю половину VI столѣтія по Г. Х., первый христіанскій врачъ, сочиненія котораго, не смотря на то, что носятъ на себѣ слишкомъ рѣзкій характеръ компіляціи, имѣють однако для насъ очень важное значеніе въ томъ отношеніи, что въ нихъ сохранились такіе литературные памятники древности, которые безъ него погибли-бы навсегда. Всѣ сочиненія Аэція представляютъ обширный медицинскій сборникъ, обнимающій всю практическую медицину вообще. 16 книга этого сборника вся посвящена акушерству и женскимъ болѣзнямъ, послѣднимъ именно главы 26—111. Авторъ въ этихъ главахъ го-

ворить о причинахъ безплодія (какъ у женщинъ, такъ и у мужчинъ), о болѣзняхъ груди, матки, неправильностяхъ мѣсячныхъ и о грыжахъ у женщинъ. Вездѣ, какъ и у Орибазія, приведено множество лекарствъ, изъ которыхъ многія имѣють въ высшей степени странный характеръ, доказывающій слишкомъ ясно въ какомъ глубокомъ упадкѣ находилась тогдашняя медицина.

Азціи занималъ при византійскомъ дворѣ очень высокій постъ, а именно начальника императорской свиты. Нескер думаетъ, что онъ былъ лейбъ-медикомъ императора Юстиніана. Степень развитія, на которой находился этотъ высокій сановникъ, лучше всего доказывается тѣмъ, что онъ приводитъ въ своемъ сборникѣ массу различныхъ мазей, элексировъ и т. п., обладающихъ, по его словамъ, волшебной силой. Разказовъ этихъ постыдился бы теперь даже любой знахарь. Не менѣе интересны попадающіяся въ его сочиненіяхъ заклинанія различнаго рода. Вотъ, что говорится, между прочимъ, объ инородныхъ тѣлахъ, попадающихъ въ горло: „Если инородное тѣло застряло въ горлѣ, то, испытавъ извѣстныя средства, нужно приказатъ больному, чтобы онъ внимательно слушалъ и если это кость, то сказать слѣдующее: кость, выйди изъ горла, какъ І. Христосъ приказалъ возстать (выйти изъ) сѣгребя Лазарю, или же какъ Іона вышелъ изъ живота кита. Или, взявъ, больного за горло, сказать: кость, заклиная тебя Св. Власомъ, мученикомъ и служителемъ Христовымъ, опустишься внизъ, или же выйти наружу“.

*Actii medici contracti ex veteribus medicinae tertrabiblos hoc est quaterni, id est libri universales quatuor etc. par Ian. Cornarium med. phys. Latine conscripti.* Vas. 1542. Объ Азціи вообще см.: Dan. le Clerc, *Histoire de la médecine, La Hay, 1729, T. 1, p. 765. Dezeimeris, Op. cit. T I, p. 52.* Объ Азціи какъ гинекологѣ—Siebold, *op. cit., T. 1, p. 210.*

Павелъ Эгинскій. Эпоха, въ которую онъ жилъ, до сихъ поръ еще не выяснена положительно. Въ то время, какъ нѣкоторые относятъ его жизнь къ 4, 5 и 6 столѣтіямъ, по другимъ онъ жилъ въ 7 стол. Точно также неизвѣстно — гдѣ онъ собственно учился. Онъ путешествовалъ очень много, долго жилъ въ Александріи и отлично изучилъ всю древнюю медицинскую литературу. Хотя, какъ видно изъ его сочиненій, онъ занимался всею медициною вообще, однакоже онъ посвящалъ особенное вниманіе гинекологіи и ей то онъ обязанъ главнымъ образомъ тою славой, которой пользовался у современниковъ и въ послѣдующіе вѣка. Особенно высоко ставили авторитетъ его арабы, у которыхъ онъ слылъ подъ именемъ акушера (*alca wabeli* по арабски). По свидѣтельству арабскихъ писателей, онъ написалъ особенное сочиненіе о женскихъ болѣзняхъ, которое не дошло до насъ. Въ дошедшемъ до насъ сборникѣ Павла Эгинскаго, составленномъ по собственнымъ его словамъ, съ тѣмъ, чтобы «изложить всю медицину въ небольшомъ компендіумѣ (*epitome*), который каждый врачъ могъ бы постоянно имѣть съ собою въ путешествіяхъ» и т. п. и распадающемся на семь книгъ, 3-я и 4-я книги, трактующія о внутреннихъ болѣзняхъ, содержатъ собственно гинекологию и акушерство. Въ послѣднемъ отношеніи, т. е. специально акушерскомъ. Павелъ Эгинскій ничѣмъ не лучше своихъ предшественниковъ. Что же касается собственно гинекологіи, то во многихъ мѣстахъ его сочиненія виденъ опытный практикъ. Ему очень хорошо было знакомо изслѣдованіе ручное и помощью зеркала. Что это

былъ опытный гинекологъ, видно изъ нѣкоторыхъ въ высшей степени тщательныхъ описаній болѣзней матки, гдѣ уже появляются попытки къ дифференцированію процессовъ. Такъ напр., онъ принимаетъ тройкаго рода воспаленіе матки, а именно шейки ея, стѣнокъ и дна. Интересны также его указанія на ракъ матки и отличие его отъ простаго затвердѣнія. Въ 6-й книгѣ, посвященной хирургіи, излагаются способы леченія сращенія рукава и указана возможность удаленія выпавшей матки (частичная ампутація этого органа). Тутъ же говорится о вырѣзываніи чрезмѣрно удлиненаго клитора, который Павелъ Эгинскій вездѣ называетъ *p r h a*.

Изъ изданій (греческій текстъ) сочиненій Павла Эгинскаго особенно извѣстно первое, вышедшее въ Венеціи: *Pauli Aeginetae de re medica libri septem, graece. Venetiae, 1528*. Латинскихъ переводовъ существуетъ нѣсколько, какъ-то: *Pauli Aeginetae med. insignis opus divinum, quo vir ille vastissimum totius artis et pr. Albano Torino Vitodorensi interprete. Basil., 1532*. Въ этомъ изданіи не помѣщена VI книга, которая издана Турино въ слѣдующемъ году (1531) отдѣльно. О Павлѣ Эгинскомъ см. *Dezeimeris, Op. cit., T. III, p. 150. Siebold. Od. cit., p. 232*.

## Періодъ II.—Арабы и арабисты.

Періодъ этотъ для медицины вообще, а для гинекологіи въ особенности нельзя не считать самымъ печальнымъ. Онъ начинается господствомъ арабовъ въ большинствѣ странъ, находившихся прежде подъ римскимъ владычествомъ и оканчивается возрожденіемъ наукъ на Западѣ. Арабамъ ничуть, нельзя отказать въ извѣстной степени культуры даже въ то время, когда они впервые столкнулись съ христіанскимъ міромъ; напротивъ, въ нихъ мы замѣчаемъ особенное стремленіе къ приобрѣтенію свѣдѣній вездѣ, гдѣ только они могли добывать ихъ.

Вслѣдствіе-то этого, что-бы ни говорили, арабы оказали наукамъ вообще немаловажную услугу въ томъ отношеніи, что они сохранили для насъ очень много научныхъ источниковъ древняго міра. Что же касается ихъ заслугъ относительно нѣкоторыхъ наукъ, въ особенности математическихъ, то онѣ не подлежатъ никакому сомнѣнію. По отношенію же къ гинекологіи, этого, къ сожалѣнію, нельзя сказать, такъ-какъ, въ силу религиозныхъ вѣрованій, ни одинъ посторонній мужчина, причемъ для врачей не дѣлалось исключенія, не долженъ не только прикасаться, но и видѣть женщину.

Изъ этого не трудно понять, что гинекологія во весь этотъ періодъ не только не могла сдѣлать никакихъ успѣховъ, но положительно должна была сдѣлать шагъ назадъ. Все, что касалось болѣзней женщинъ, было сосредоточено въ рукахъ бабокъ, грубыхъ и невѣжественныхъ, и вся дѣятельность врачей въ этомъ отношеніи ограничивалась тѣмъ, что они подавали совѣты бабкамъ какъ поступать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ они оказывались несостоя-

тельными. Можно представить себѣ — каковы были эти совѣты. При этомъ не должно упустить изъ виду то, что, хотя арабскіе врачи были очень хорошо знакомы съ древней медициной, но изъ всѣхъ представителей ея они безусловно преклонялись предъ Галеномъ, который въ этомъ отношеніи особенно не могъ служить путеводителемъ. Вслѣдствіе-то этого, арабскіе врачи, будучи лишены совершенно возможности познакомиться наглядно съ гинекологіей, пополняли эти пробѣлы продуктами своей фантазіи, что объясняется ихъ естественною склонностью ко всему чудесному, баснословному. Сочиненія ихъ поражаютъ насъ нерѣдко какою-то дѣтскою наивностью, вѣрою въ чудесное дѣйствіе самыхъ невинныхъ вещей и т. п. Образчикомъ подобной наивности можетъ служить напр. извѣстное увѣреніе одного изъ замѣчательнѣйшихъ арабскихъ врачей, Разеса, о томъ, что по числу узловъ пуповины можно съ достовѣрностью заключить сколько дѣтей родитъ еще данная женщина. Онъ же увѣряетъ, что онъ много разъ убѣдился въ томъ (*expertus sum multoties*), что если беременная при ходьбѣ заноситъ сначала правую ногу, то она родитъ непременно мальчика, и наоборотъ. Недостаткомъ же прямыхъ наблюдений должно также объяснить любовь арабовъ къ очень сложнымъ лекарствамъ (*арабская полифармація*). Несмотря на все это, при глубокомъ упадкѣ наукъ въ христіанскомъ мірѣ, арабскіе врачи пользовались такимъ громаднымъ авторитетомъ, что они не могли не импонировать христіанскимъ врачамъ, обладавшимъ еще болѣе скудными свѣдѣніями. Оттого-то всѣ они почерпали свои познанія отъ арабовъ, которыхъ они считали своими учителями и поэтому ихъ совершенно справедливо называютъ арабистами (подражателями арабовъ). Такъ, Салернская школа, гремѣвшая такою славою въ XI стол., была только осколкомъ арабской медицины.

Если застой по отношенію къ гинекологіи такъ рѣзко выступаетъ у арабскихъ врачей вообще, то это еще ничего не значитъ въ сравненіи съ тѣмъ, чѣмъ была гинекологія во все продолженіе среднихъ вѣковъ, когда всѣ науки, а въ томъ числѣ и медицина, исключительно почти сосредоточены были въ рукахъ монаховъ. Какова была тогдашняя гинекологія можно судить по тому, что не мало женщинъ попадало на костеръ только оттого, что онѣ страдали выпаденіемъ матки, которое многочисленными судьями принималось за несомнѣнный признакъ плотскихъ сношеній съ нечистымъ... При различнѣйшихъ страданіяхъ матки къ половымъ частямъ прикладывались амулеты и вводились въ рукавъ куски полотна, на которыхъ писались различныя заклинанія.

Мы бы зашли слишкомъ далеко, если бы стали высчитывать всѣхъ относящихся къ этой эпохѣ писателей, имѣющихъ какое либо отношеніе къ гинекологіи: это было бы въ высшей степени утомительно для читателя и притомъ совершенно бесполезно. Мы, поэтому, ограничимся только приведеніемъ главнѣйшихъ изъ нихъ.

Серапионъ (слывшій во все время среднихъ вѣковъ, по

кающую (*vis attrahens*), удерживающую (*v. retinens*), измѣняющую (*immutans*) и изгоняющую (*v. expulsiva*).

*Liber totius medicinae necessaria continens, quem Haly filius Abas etc. edidit regique inscripsit unde et regalis dispositionis nomen assumpsit. Lugduni, 1523.*

Авиценна (род. 980 † 1036). Имя этого врача пользовалось громкою славой не только на всемъ востокѣ, но и въ христіанскомъ мірѣ и его называли то арабскимъ Галеномъ, то *princeps medicorum*. Чѣмъ обязанъ Авиценна этой громкой славой—теперь не легко рѣшить. А между тѣмъ его медицинскій канонъ былъ настольною книгою у всякаго врача почти въ теченіе цѣлыхъ шести вѣковъ. Адальбертъ Haller, неутомимѣйшій изъ когда либо жившихъ ученыхъ, откровенно признавался, что Авиценну прочесть онъ не могъ. Что это дѣйствительно задача не легкая, можно судить уже по однимъ извлеченіямъ изъ сочиненій Авиценны, приведеннымъ въ извѣстной исторіи медицины К. Sprengel'я. Авиценна, по примѣру своихъ предшественниковъ, въ своемъ сборникѣ трактуетъ о всей медицинѣ, придерживаясь вездѣ грековъ и въ очень многихъ мѣстахъ читателя поражаютъ такіа тонкости и отвлеченности, которыя можно объяснить только тою печальною эпохою. Вторю особенностью Авиценны должно считать его безцеремонность, съ какою онъ излагаетъ вещи, о которыхъ обыкновенно избѣгаютъ говорить. Такъ напр., говоря о безплодіи, онъ подаетъ мужчинамъ такіе совѣты, отъ которыхъ можетъ бросить въ краску самаго нестыдливаго читателя. Можетъ быть, эти-то мѣста въ сочиненіяхъ Авиценны и подали поводъ большинству его біографовъ толковать объ оргіяхъ, которымъ предавался этотъ арабскій Галенъ.

Что касается собственно гинекологіи, то въ самомъ извѣстномъ его сочиненіи (*canon medicinae*), состоящемъ изъ пяти книгъ, въ третьей книгѣ, трактуются о женскихъ болѣзняхъ и вездѣ слѣпо повторяется то, что толковалось объ этомъ прежними писателями. Одно, что здѣсь не безынтересно, это изложеніе способовъ удаленія маточныхъ полиповъ (*литатура и вырѣзываніе*).

Объ арабскихъ врачахъ вообще и Авиценнѣ въ собственности см. кромѣ указанныхъ выше: *Amoreux, Essai historique et litteraire sur la médecine des Arabes. Montpellier, 1815.*—*Hescker, Eben Sina* въ *Encycl. Wörterbuch der medic. Wissenschaften. Berlin, 1834, Bd. X.*—*Siebold, op. cit., p. 276.* *Dezeimeris, op. cit., T. I, p. 214.* Сочиненія Авиценны были переведены множество разъ; одинъ *Choulant* цитируетъ 23 различныхъ перевода. Арабскій оригиналъ изданъ въ Римѣ въ 1593. Изъ переводовъ болѣе извѣстны: *Canon medicinae. Pataviae, 1478 и 1493, а также венеціанское изданіе: opera omnia, 1492, 1580 и проч.*

Альбукасисъ (Абулькасемъ), родомъ изъ Цагары, близъ Кордовы, † 1122. Отъ него дошло до насъ большое сочиненіе обо всей практической медицинѣ, носящее названіе просто «Сборника» (*аль-тасривъ*). Альбукасисъ, какъ видно изъ его сочиненій, особенно занимался хирургіею. Интересно въ гинекологическомъ



отношеніи въ сборникѣ Альбукассита то, что у него приведенъ первый рисунокъ маточнаго зеркала.

Alzaharavii compendium artis medicæ; Augsburg. 1490 и 1530.

Авенъ (или Абенъ) Зоаръ родился въ Пенафлорѣ, близъ Севильи и умеръ въ 1161 г. Не смотря на то, что Авенъ-Зоаръ очень выгодно отличается отъ своихъ предшественниковъ въ томъ отношеніи, что онъ въ очень многихъ мѣстахъ своихъ сочиненій осмѣливается возставать противъ авторитета Галена, но когда говоритъ о женскихъ болѣзняхъ, онъ повторяетъ всѣ тѣ нелѣпости, которыя были уже сказаны до него и прибавляетъ къ нимъ еще новыя. Одно замѣчаніе въ сочиненіяхъ Авенъ-Зоара не можетъ не обратить на себя вниманія. Онъ рассказываетъ о томъ, что женщина можетъ страдать полнымъ выпаденіемъ матки и притомъ оставаться совершенно здоровою. Изъ этого факта онъ заключаетъ, что матка не составляетъ необходимаго органа для жизни (см. объ этомъ у Сорана).

Theisir, i. e. Rectificatio medicationis et regiminis. Venetiis. 1490, ibid. 1496 и 1497. Переводъ сочиненія Авенъ-Зоара, появившійся въ Лионѣ въ 1531, сдѣланъ съ еврейской рукописи въ концѣ 13 стол. (1285) Паравиномъ и еврейскимъ врачомъ Яковомъ. Переводъ этотъ, по отзывамъ критиковъ, въ высшей степени варварскій.

Авероесъ (Ибнъ-Рахдъ), † 1198—99 г., считался у арабовъ знаменитымъ философомъ и врачомъ и учился медицинѣ у Авенъ-Зоара. Значеніе Авероеса, какъ врача, лучше всего опредѣляется имъ самимъ. Въ одномъ мѣстѣ своего сочиненія онъ отзываясь о медицинѣ слѣдующимъ образомъ: «Порядочному человѣку можетъ понравиться теорія этого искусства, практика же должна внушать ему только страхъ. Какъ бы глубоки ни были свѣдѣнія его, онъ никогда въ точности не можетъ знать истиннаго отношенія, существующаго между темпераментомъ больного, степенью его болѣзни и свойствами средства, которое приходится назначить». Изъ этихъ немногихъ словъ видно, что Авероесъ былъ болѣе теоретикъ и этимъ объясняется множество отвлеченностей, доходящихъ иногда до невозможнаго, встрѣчаемыхъ въ его сочиненіяхъ. Такъ, по его мнѣнію, яичники составляютъ совершенно бесполезные органы и поэтому онъ сравниваетъ ихъ съ грудными железами у мужчинъ (!). Онъ толкуетъ также о возможности зачатія, если женщина сѣла въ ванну, въ которой выкупался мужчина и у котораго произошла *ejaculatio seminis*... Подобныхъ парадоксовъ, которые впрочемъ повторяли до него и нѣкоторые тарлудисты, можно встрѣтить у Авероеса еще не мало.

Главное сочиненіе Авероеса носить въ латинскихъ переводахъ названіе *Golliget* (*Libri VII*) и вмѣстѣ съ *Cantica* Авиденны издано было нѣсколько разъ въ Венеціи, а именно въ 1482, 1490, 1496 и проч.

Мы уже выше упомянули о томъ, что къ эпохѣ арабовъ примыкаетъ цѣлый рядъ писателей, которыхъ справедливо называютъ арабистами, такъ-какъ они, съ одной стороны, знакомились съ древними (греческими) писателями при помощи арабовъ, а съ

относящихся къ гинекологіи, какъ напр. случай зарощенія рукава и т. д. Что это былъ въ высшей степени смѣлый практикъ, лучше всего доказывается тѣмъ, что онъ первый послѣ Антила, т. е. черезъ 14 вѣковъ послѣ него, рѣшился сдѣлать трахеотомию, помощью которой ему удалось спасти больного.

### Періодъ III—отъ возрожденія наукъ и искусствъ въ Западной Европѣ до половины XVII столѣтія.

Послѣ длиннаго ряда вѣковъ, въ теченіи которыхъ всѣ науки, а вмѣстѣ съ ними и медицина влекли печальное существованіе, питаясь исключитѣльно почти только преданіями древнихъ, а послѣ нихъ и арабовъ, наступаетъ, наконецъ, для нихъ болѣе свѣтлая эпоха, которую исторія по справедливости называетъ *возрожденіемъ*. Главнымъ толчкомъ въ этомъ отношеніи для медицины служила возродившаяся любовь къ классической древности и изученію авторовъ ея въ оригиналахъ, а не по плохимъ арабскимъ переводамъ, и второе—возрожденіе анатоміи—основанія всякой рациональной медицины. Изученіе древнихъ образцовъ должно было благотворно подѣйствовать на науки тѣмъ, что оно освободило ихъ отъ рабскаго подражанія крѣпко установившимся авторитетамъ и стало пріучать къ личному самостоятельному наблюденію фактовъ; возрожденіе же анатоміи было формальною революціею умовъ, долго порабощенныхъ темною средневѣковою наукою. Лучшимъ подтвержденіемъ сказаннаго можетъ служить великій Везалій (род. 1514†1564), которому всю жизнь приходилось бороться противъ авторитета древнихъ, въ особенности Галена. Его же извѣстный учитель Жакъ Дюбуа (†1555) преслѣдовалъ его жестокими насмѣшками, называя его сумасшедшимъ (*vesanus*). Характерною чертою для той эпохи можетъ служить то, что Дюбуа, сильно вѣруя въ авторитетъ Галена, встрѣчая при своихъ вскрытіяхъ факты, которые расходились съ ученіемъ Галена, увѣрялъ, что Галенъ все-таки правъ, такъ какъ онъ, Дюбуа, вѣроятно имѣлъ дѣло съ аномаліями. По отношенію къ гинекологіи, Везалій оказалъ громадную услугу, описавъ первый съ величайшею точностью женскій тазъ и женскую половую сферу. Такъ, послѣ очень отчетливаго топографическаго описанія матки, онъ подробно излагаетъ общій видъ ея и отдѣльных частей и чрезвычайно точно описываетъ зѣвъ ея. Въ мускулатурѣ матки онъ различаетъ троякаго рода волокна: прямыя, косые и поперечные.

Къ Везалію достойно примыкають два непосредственныхъ ученика его—Реальдо Коломбо и Габріель Фаллопій, изъ которыхъ первый, между прочимъ, очень точно описалъ клиторъ, второй же исправилъ нѣкоторые недосмотры своего великаго учителя въ описаніи женской половой сферы. Фаллопій навсегда соединилъ свое имя съ яйцепроводами (*Tubæ Fallopii*), которые

онъ описаль съ большою отчетливостью. Дальнѣйшимъ шагомъ къ развитію анатоміи половой сферы должно считать и то, что у Фаллопія уже рукавъ строго отличается собственно отъ матки. Онъ также старался опровергнуть старинное мнѣніе, о которомъ мы упоминали уже столько разъ, что яичники служатъ для приготовления женскаго сѣмени. Его взглядъ на дѣятельность яичниковъ въ высшей степени важенъ для того времени: онъ совершенно ясно указываетъ на существованіе въ нихъ пузырьковъ, которые впослѣдствіи получили названіе Граафовыхъ. Наконецъ, мы должны упомянуть здѣсь еще о Вареоломеѣ Евстахіѣ († 1574) и Цезарѣ Аранціѣ († 1589).

Изъ длиннаго ряда относящихся къ этой эпохѣ писателей, пропускаемая иныя, не имѣющихъ особеннаго значенія, мы оставимся только на тѣхъ, которые представляютъ хоть какой либо историческій интересъ. Общую характеристическую чертой ихъ должно считать то, что нѣкоторые изъ нихъ составляли сборники, обнимавшіе все, что было писано по акушерству и гинекологіи до ихъ времени, другіе же ограничивались тѣмъ, что писали по извѣстнымъ образцамъ, но у нихъ уже замѣтны попытки опираться на собственные личныя наблюденія. Этому уже нельзя не считать шагомъ впередъ послѣ того, какъ до тѣхъ поръ дѣло ограничивалось сильною вѣрою въ древніе авторитеты.

Яковъ Сильвій или Жакъ-Дюбуа (род. въ 1555, † 1578) считается въ числѣ главнѣйшихъ реставраторовъ анатоміи въ 16 стол. и извѣстенъ по своимъ нападкамъ на знаменитаго ученика своего Везалія. Дюбуа написалъ цѣлый рядъ сочиненій самаго различнаго содержанія, въ томъ числѣ и трактатъ о мѣсячныхъ и зачатіи, въ которомъ онъ однако почти буквально еще придерживается древнихъ.

*De mensibus mulierum et hominis generatione commentarius.* Venetis. 1556, Basil. 1556. Сочиненіе это вошло также въ гинекологическій сборникъ III п а х а и кромѣ того эмбриологическая часть его была переведена на французскій языкъ и издана отдѣльно Christian'омъ: *Livre de la génération de l'homme, recueil des antiques auteurs de medicine et de philosophie.* Paris, 1559.

О Петрѣ Франко мы упоминаемъ только потому, что нѣкоторые гинекологи напрасно приписываютъ ему заслугу введенія зеркала въ гинекологию. Въ сочиненіи его, изданномъ въ 1561 г. въ Лионѣ подъ заглавіемъ: *Traité des hernies contenant une ample declaration de toutes leurs espèces* и проч. говорится, правда, о трехстворчатомъ зеркалѣ, но оно имѣло цѣль чисто акушерскую, а именно извлеченіе головки. Одно только можно сказать, что Франко былъ очень близокъ къ идеѣ акушерскихъ щипцевъ. Намъ остается еще упомянуть о томъ, что Франко упорно отвергаетъ существованіе гимена.

Жанъ Виръ (Wier), род. 1515 † 1588, по разнообразію своихъ свѣдѣній и просвѣщенному взгляду на вещи въ такое время, когда вѣра въ сверхъестественныя силы была еще сильно распространена, очень выгодно отличается отъ многихъ своихъ совре-

менниковъ. Такъ, въ то печальное время, когда обыкновенно сжигали разныхъ кудесниковъ, Wier смѣло выступилъ противъ этого, доказывая, что этихъ несчастныхъ должно считать просто помѣшанными. По отношенію къ гинекологіи Виръ заслуживаетъ вниманія въ томъ отношеніи, что онъ приводитъ нѣсколько интересныхъ наблюденій, а именно о зарощеніи маточнаго зѣва, два случая *atresiae hymenaeae* и проч. Между прочимъ онъ рассказываетъ случай о томъ, какъ одинъ мясникъ вырѣзалъ яичники у своей дочери (??), случай, который послѣ Вира былъ приведенъ очень многими авторами.

*Medicarum observationum rariorum liber unus. De scorbuto, de quartano, de pestilentiali angina, de pleuritide, de pleuropneumonia, de hydropis curatione meatorum naturalium clausorum et quibusdam aliis. Amstelodami, 1557.* Базельское издание вышло черезъ 10 лѣтъ, а именно въ 1567 г.

Амбруазъ Парé (род. 1509 — 1510 г., ум. 1592 г.), справедливо названный реставраторомъ новѣйшей хирургии, имѣетъ громадную заслугу относительно акушерства въ томъ отношеніи, что возстановилъ и пропагандировалъ забытый поворотъ на ножки. Но и въ отношеніи гинекологіи нельзя пройти молчаніемъ этого знаменитаго хирурга, такъ-какъ въ сочиненіяхъ своихъ (отдѣлъ *sur la génération de l'homme*) онъ трактуетъ о многихъ болѣзняхъ женской половой сферы.

Слава, которою пользовался Парé, какъ у своихъ современниковъ, такъ и въ послѣдующіе вѣка, обуславливается главнымъ образомъ необыкновенною тщательностью и правдивостью его наблюденій и упрощеніемъ, не рѣдко гениальнымъ, хирургической техники. По отношенію къ нашему предмету мы должны упомянуть, между прочимъ, о предложенномъ имъ инструментѣ для введенія паровъ лекарственныхъ въ рукавъ и матку (?) и маточныхъ суппортерахъ (песаріяхъ).

Собраніе сочиненій А Парé появилось въ первый разъ въ Парижѣ въ 1575 году, подъ слѣдующимъ заглавіемъ: *Les oeuvres d'Ambrois Paré, conseiller et premier chirurgien du Roi, divisés en 27 livres avec les figures et portraits tant de l'anatomie que des instruments de chirurgie et des plusieurs monstres.*

Какъ популярно было имя Парé лучше всего доказывается тѣмъ, что съ 1675 по 1685 г. въ одномъ Парижѣ вышло 13 изданій его сочиненій. Въ новѣйшее время, а именно въ 1840—1841 г., сочиненія его изданы Malgaigle'емъ и это издание по справедливости считается классическимъ. Изданіе это отличается еще мастерскимъ введеніемъ издателя, излагающимъ исторію развитія хирургии. Очеркъ этотъ всѣми безъ исключенія признанъ лучшимъ изъ всего того, что принесла въ послѣднее время исторія медицины.

Людвигъ Меркадо (латинизировано — Mercatus), род. въ 1513†1599, былъ профессоромъ въ Вальядолидѣ и затѣмъ лейбъ-медикомъ королей Филиппа II и III. Онъ пользовался репутаціей знаменитаго врача въ свое время и писалъ очень много. Какъ въ медицинѣ вообще, такъ въ особенности въ гинекологіи онъ строго придерживался Галена и въ особенности арабскихъ врачей. Трактатъ его о болѣзняхъ женщинъ, поэтому, можетъ служить только образцомъ тогдашней медицины вообще и переполненъ массою

рецептныхъ формуль. Поэтому Адальбертъ Haller объ немъ между прочимъ говоритъ, что онъ plurimorum medicamentorum ubertate morbos obruit.

Gynaeciorum Lib. de mulierum, virginum, viduarum, sterilium, praegnantium, puerperarum et nutricum morbis communibus. Basil, 1586. Оно вышло также 2 раза, а именно въ 1594 и 1604 г., въ Мадридѣ.

Геронимъ Меркуріали (или Меркуріалисъ) родился 1530 † 1606, былъ одинъ изъ знаменитѣйшихъ профессоровъ 16 стол. въ нѣсколькихъ итальянскихъ университетахъ. Онъ пользовался славою перваго практика своего времени и писалъ почти по всемъ отраслямъ медицины. Сочиненіе его о женскихъ болѣзняхъ издано безъ его вѣдома Каспаромъ Боугиномъ и составляетъ рядъ лекцій, читанныхъ по этому предмету Меркуріалисомъ въ Падуанскомъ университетѣ. Лекціи Меркуріалиса производятъ весьма выгодное впечатлѣніе по чрезвычайной отчетливости описанія клиническихъ картинъ и нерѣдко поражаютъ очень тонкою діагностикой. Поэтому онъ и до сихъ поръ, помимо ихъ историческаго значенія, сохранили извѣстный интересъ.

Лекціи о женскихъ болѣзняхъ, изданныя, съ согласія Меркуріалиса, ученикомъ его Коломбо, имѣютъ слѣдующее заглавіе: De morbis muliebribus ex ore Hieron. Mercurialis jam dudum Gasp. Bauhino exceptae, ac paulo antea inscio auctore editae, nunc vero per Mich. Columbum et collatione plurium consensu auctoris locupletiores et emendatiores factae. Venet., 1587.

Мы уже выше упомянули о томъ, что характеристическою чертою гинекологической литературы XVI стол. должно считать появленіе нѣсколькихъ гинекологическихъ сборниковъ, обнимающихъ частью все, что произвела поэтому предмету древняя литература, отчасти же сочиненія современниковъ. Сборники эти (носящія названіе Gynaecia) интересны, съ одной стороны, какъ историческій источникъ, съ другой онѣ характеризуютъ интересъ, который начала возбуждать во врачахъ гинекологія.

Мы приводимъ здѣсь авторовъ этихъ сборниковъ въ хронологическомъ порядкѣ.

Касп. Вольфъ издалъ въ свѣтъ сочиненія по гинекологіи и акушерству, которыя собралъ Геснеръ въ 1566 г. Въ этомъ сборникѣ помѣщены сочиненія: Мошіона, Присціана, отрывки изъ Клеопатры, Абулькасиса, Тротули, а изъ современниковъ: Николая Рошэ (Rocheus), Людовика Меркадо и вышеприведенное нами сочиненіе Сильвія.

Gynaeciorum, hoc est de mulierum tum aliis, tum gravidarum, parientium et puerperarum affectibus et morbis, libri veterum ac recentiorum aliquot, partim nunc primo editi, partim multo quam antea castigatiores. Basil., 1566.

Каспаръ Богинъ, знаменитый анатомъ и ботаникъ 2-й половины XVI стол., издалъ собственно второй томъ гинекологическаго сборника, начатаго Вальдкирхомъ. Въ составъ этого 2 тома вошли упомянутыя выше лекціи по гинекологіи Меркуріалиса, сочиненіе Падуанскаго профессора Монтано «de uteri affectibus», Consilia muliebria Виктора Тринкавелли, трактатъ

Ботони de morbis muliebribus, трактатъ французскаго врача Le Bon'a подь заглавіемъ Therapia puerperarum и, наконецъ, вышеупомянутый нами трактатъ Парé—de la g n r. de l'homme, переведенный на латинскій языкъ.

Вотъ полныя заглавія 4 отдѣльныхъ томовъ, составляющихъ этотъ сборникъ и изъ которыхъ каждый томъ изданъ другимъ лицомъ.

Т. I: Gynaeciorum sive de muliebris affectibus commentarii Graecorum. Latinorum, Barbarorum jam olim et nunc recens editorum in tres tomos digesti et necessariis passim imaginibus illustrati. Cum indicibus. Basil, per Conrad. Waldkirch, 1586.

Т. II: Gynaeciorum physicus et chirurgus continens inter caetero H. Mercurialis muliebr. lib. vii, Francisci etiam Rousseti Hysterotomotokiam e gallico conversam Casp. Bauhini. Basil. 1586.

Т. III: Gynaeciorum in quo Hippocratis Coi liber prior de morbis mulierum a M. Cordaeo Rhemo commentariis doctissimis explicat. Basil., 1586.

Т. IV: Gynaeciorum libri IV de morbis mulierum communibus virginum и т. д. Auctore Lud. Mercato (смъ выше). Basil. 1586.

Изр. Шахъ въ 1597 году издалъ снова сборникъ, начатый Вальдкирхомъ и прибавилъ къ нему еще сочиненія Акакія. Этотъ послѣдній, называвшійся собственно Sans-Malice, былъ лейбъ-медикомъ Карла IX и преподавателемъ хирургіи въ Парижѣ. Онъ извѣстенъ единственно по сочиненію своему о женскихъ болѣзняхъ, помѣщенному въ сборникѣ Шаха. Сочиненіе Акакія раздѣлено на два отдѣла, изъ которыхъ въ первомъ излагаются собственно болѣзни женщинъ, причемъ авторъ безъ всякой критики придерживается древнихъ писателей.

Gynaeciorum sive de mulierum tum communibus, tum gravidarum, parturientium et puerperarum affectibus et morbis libri Graecorum, Aarabum, Latinorum veterum et recentium quotquot extant, partim nunc primum editi, partim denuo recogniti, emendati, necessariis imaginibus exornati et optimorum scriptorum autoritatibus illustrati, opera et studio Israelis Spachii Med-D. et Prof. Argentinisensis. Argent., 1597.

Fel. Plater, род. въ 1513 † въ 1614, считается однимъ изъ лучшихъ наблюдателей XVI столѣтія. Онъ написалъ цѣлый рядъ различныхъ сочиненій по медицинѣ и если мы упоминаемъ здѣсь о немъ, то главнымъ образомъ потому, что онъ одинъ изъ первыхъ тщательнѣе разработалъ терапію зарращеній рукава.

Praxeos medicae tomi tres: quorum primus agit de functionum laesionibus, libris duobus: quorum primus sensuum, secundus motuum laesiones continent, illarumque symptomata in generibus и проч. Basil. 1656. Объ агрезіяхъ говор. въ I томѣ, стр. 445.

Къ концу XVI-го и первой четверти XVII-го столѣтія относится нѣсколько болѣе или менѣе полныхъ трактатовъ о женскихъ болѣзняхъ, которые хотя и не заключаютъ въ себѣ ничего особеннаго, но приводятся нами только ради полноты этого очерка.

Alex. Massariae praelaectiones de morbis mulierum, conceptu et partu. Lipsiis. 1600.

Bald. Ronsei de morbis muliebribus, sive de humanae vitae primordiis въ его Opuscula medica. Lugduni Batav., 1618.—Ioan. Schenk a Grafenberg. Observationum medicarum, rararum, novarum, admirabilium et monstrosarum Tomi II, Franef., 1600. (4-я книга 2 тома содержитъ очень много наблюденій гинекологическихъ, заимствованныхъ авторомъ у различныхъ писателей).

Guinteri Andornaci, Gynaeciorum commentar. Opera et studio I. G. Schenkii. Argent. 1606.

I. Varandaei de morbis et affectibus mulierum. Op. Petri Mylaei. Lugd. 1619.

Herm. Corbei Gynaecium sive de cognosendis, praecavendis, curandisque praecipuis mulierum affectibus lib. II. Franct., 1630.

Iac. Primerosii de mulierum morbis et symptomatibus lib. quinque. Roterod., 1655.

Намъ остается еще упомянуть о нѣкоторыхъ относящихся къ этому времени писателяхъ, въ сочиненіяхъ которыхъ говорится о нѣкоторыхъ женскихъ болѣзняхъ. Сюда относятся: Маврикій Корде, Horstius, Sebezius, Fabric. Hildanus, Sennert и въ особенности Zacutus Lusitanus. Въ сочиненіи послѣдняго, (Praxis medica admiranda, in qua exempla monstrosa, rara, nova, mirabilia и проч. Amstelodami. 1634) приведено очень много относящихся къ нашему предмету весьма интересныхъ наблюдений; но многія изъ нихъ носятъ на себѣ очевидный отпечатокъ невѣроятнаго и стремленія автора ко всему баснословному и необыкновенному.

Чтобы закончить разсматриваемый нами періодъ, намъ остается еще упомянуть о двухъ писателяхъ Северинѣ Пинеѣ и Родригъ-а-Кастро.

Северинъ Pineau (латинизир. Pinaeus) принадлежитъ къ замѣчательнѣйшимъ хирургамъ своего времени († 1619) и сочиненія его по гинекологіи интересны въ томъ отношеніи, что онъ смѣло возсталъ противъ многихъ своихъ современниковъ, какъ-то Амбр. Парэ и друг., и старался доказать, что они совершенно неосновательно отвергаютъ существованіе гимена и что, наоборотъ, оболочка эта составляетъ интегральную часть женскаго организма. Пино написалъ всего два сочиненія, а именно о дѣвственной плѣвѣ и расхожденіи симфизъ таза s. partu, а также о камнесъченіи. Первое изъ этихъ сочиненій, а именно объ анатомическихъ признакахъ дѣвственности возбудило въ свое время очень большой интересъ не только между врачами, но и между профанами и поэтому имѣло множество изданій.

Opusculum physiologicum, anatom., physikos vere admirandum librisque duobus distinctum, tractans analytice primo notas integritatis et corruptionis virginum, deinde graviditatem et partum naturalium mulierum in quo ossa pubis et ilium distrahi dilucide docetur. Paris, 1598. До 1663 года сочиненіе это выдержало 8 изданій.

Родриго-а-Кастро, испанскій врачъ, практиковавшій въ Гамбургѣ, гдѣ онъ и умеръ въ 1637 г. Онъ по справедливости считался однимъ изъ ученѣйшихъ врачей своего времени и, если онъ какъ акушеръ вездѣ придерживается арабовъ, то, по отношенію собственно къ женскимъ болѣзнямъ, этого ни въ какомъ случаѣ сказать нельзя, а напротивъ, въ очень многихъ мѣстахъ его сочиненій видѣнъ опытный и просвѣщенный практикъ. Во второй части его ученія о женскихъ болѣзняхъ авторъ очень подробно говоритъ объ аномаліяхъ мѣсячныхъ, о воспаленіяхъ матки и окружающихъ ее частей, смѣщеніяхъ ея и пр. Между прочимъ

нельзя не упомянуть о томъ, что Р.-а-Кастро уже говорить о расширеніи цервикальнаго канала помощью корня горчавки (*r. gentianae*), которое нѣсколько лѣтъ тому назадъ было предложено какъ новость проф. Winckel'емъ.

Roderici a Castro Lusitani de universa mulierum medicina novo et antehac a nemine tentato ordine opus absolutissimum. Первая теоретическая часть вышла въ Гамбургѣ годомъ позже второй, которая собственно интересуеъ насъ и носить название: Pars II sive Praxis, quatour contenta libris, in quibus mulierum morbi, universi, tam, qui, cunctis foeminis sunt communes, quam qui virginibus, viduis, gravidis, puerperis et lactantibus peculiares singuli ordine traduntur etc. Hamb. 1663.

#### Періодъ IV—отъ половины XVII до начала XIX стол., т. е. до Récamier.

До половины XVII столѣтія гинекологія не могла дѣлать особенныхъ успѣховъ, такъ-какъ, на основаніи укоренившася обычая, акушерство, а съ нимъ все, что относилось къ патологіи женской половой сферы, было сосредоточено въ рукахъ бабокъ, которыя, будучи лишены всякаго научнаго образованія, даже того, которое могло доставить тогдашнее время, не умѣли, да и не могли двигать впередъ нашу науку. Но въ это время происходитъ благодѣтельный переворотъ въ судьбахъ акушерства, который долженъ былъ отозваться и на гинекологіи. Благодаря необыкновенному и блестящему развитію хирургіи во Франціи со времени Амб. Парэ и непосредственныхъ учениковъ его Mauriceau, Guillemau и многихъ другихъ, акушерство въ свою очередь стало развиваться очень быстро. Не только врачи, но и профаны убѣдились въ благодѣяніяхъ рациональныхъ пособій при родахъ и содѣйствовали сколько могли процвѣтанію его. Съ другой же стороны, врачи перестали стыдиться заниматься этою важною отраслью медицины и многіе изъ нихъ обезсмертили свое имя въ качествѣ акушеровъ. Для подтвержденія нашихъ словъ намъ стоитъ упомянуть только объ именахъ Viardel'я, Portal'я, Lamotte'a, Puzos'a, научившаго двойному изслѣдованію и пр. Необыкновенному процвѣтанію акушерства, а вмѣстѣ съ нимъ и гинекологіи, по крайней мѣрѣ во Франціи, чрезвычайно содѣйствовало то обстоятельство, что въ царствованіе Людовика XIV хирургія и представители ея — хирурги — успѣли наконецъ освободиться отъ того тяжелаго гнета, которымъ давили на нихъ медицинскіе факультеты. Хирурги составляли цехъ (Амбр. Парэ долго назывался *maitre-barbier*) и находились въ полной и унижительной зависимости отъ врачей. Поэтому люди даровитые и ученые просто стыдились посвящать себя профессіи, унижительной въ социальномъ отношеніи. Благодаря усиліямъ лейбъ-хирурга Людовика XIV — Лареуоніе, имя котораго останется навсегда бессмертнымъ въ аналахъ французской медицины, король обратилъ особенное вниманіе на жалкое состояніе тогдашнихъ хирургическихъ школъ и



послѣднія совершенно были преобразованы по плану Lareugonie, не щадившаго для этого ни своего вліянія, ни собственныхъ матеріальныхъ средствъ. Въ это время хирурги успѣли стать твердою ногой и въ социальномъ отношеніи, такъ-какъ прежнія предубѣжденія, по крайней мѣрѣ въ высшемъ кругу, стали исчезать и ихъ начали приглашать и къ обыкновеннымъ нормальнымъ родамъ \*, а не только къ такимъ, гдѣ требовалось производить тѣ или другія операціи, наводившія ужасъ на окружающихъ. Вторая заслуга Lareugonie, оказавшая также очень важное вліяніе на развитіе акушерства, это—учрежденіе имъ въ 1731 году Королевской хирургической Академіи (Academie royale de chirurgie), которой французская хирургія обязана тѣмъ блескомъ, который она сохранила въ теченіи долгихъ лѣтъ. Въ занятіяхъ этой знаменитой Академіи акушерство и гинекологія занимаютъ очень почетное мѣсто, о чемъ свидѣлствуютъ издававшіяся ею записки (Memoires de l'academie royale de chirurgie) \*\*.

Послѣ этого общаго очерка развитія гинекологіи въ разсматриваемую нами эпоху, разсмотримъ вкратцѣ дѣятельность отдѣльныхъ относящихся къ ней главнѣйшихъ писателей.

Ф. Mauriceau, род. въ 1637 † 1709, по справедливости считаемый собственно основателемъ акушерства, не только во Франціи, но и въ Европѣ вообще, хотя въ сочиненіяхъ своихъ занимается по преимуществу акушерствомъ въ тѣсномъ смыслѣ, тѣмъ не менѣе въ нихъ попадаются и чисто гинекологическія наблюденія. Таковы напр. случаи ампутаціи одной изъ малыхъ губъ и т. п.

Кромѣ его главнаго сочиненія *Traité des maladies des femmes grosses* и пр., обнимающаго собственно акушерство, для гинекологіи важны:

*Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies et celles des enfants nouveaux-nés.* Paris, 1694. До 1738 г. сочиненіе это выдержало еще три изданія.

*Aphorismes touchant la grossesse, l'accouchement, les maladies et autres dispositions des femmes,* 1694.

Пьеръ Dionis, одинъ изъ знаменитѣйшихъ хирурговъ 18 стол. († 1718), занимался очень много акушерствомъ и женскими

\* Astruc первый, а за нимъ и другіе увѣряли, что акушеры пошли въ ходъ, благодаря тому, что Людовикъ XIV поручилъ вести роды у герцогини Лавальеръ Жюлю Клеману (J. Clement). Фактъ этотъ опровергается простымъ сопоставленіемъ цифръ: Clement не могъ быть при родахъ Лавальеръ, такъ-какъ ему въ то время было 14 лѣтъ. Велъ же роды у Лавальеръ другой хирургъ, а именно Bouchet, который въ это время былъ очень извѣстный акушеръ и принималъ у королевы. См. объ этомъ *Diction. histor. de la méd. anc. et moderne par Dezeimeris.* T. I, p. 16.

\*\* Мы нѣсколько болѣе, чѣмъ можетъ быть слѣдовало для краткаго очерка, распространились о вліяніи Lareugonie на французскую хирургію, но считали это необходимымъ, такъ какъ вліяніе это вторичнымъ путемъ отозвалось на акушерствѣ и гинекологіи. Занимался-ли Lareugonie самъ акушерствомъ—не знаю; но въ спискѣ его сочиненій есть одно, касающееся гинекологіи, именно описаніе маточнаго полипа (*Observation sur une excroissance de la matrice*), помѣщенное въ *Mém. de l'academie des sciences de Montpellier*, T. I.

ности его учениками издано 257 сочиненій (программы, диссертаци и пр.), изъ которыхъ нѣкоторыя относятся къ нашему предмету.

Dissertatio de mensium muliebrum fluxu secundum naturam et suppressione praeter naturam. Jenae, 1694.

Programma de sterilitate foeminarum per aetatem. Hallae, 1699.

Dissertatio de mensium insolitis viis. Hallae, 1702.

Dissertatio de fine mensium initiis variorum morborum opportuna. Hallae, 1710.

Dissertatio de sterilitate foeminarum. Hallae, 1711.

Nicol. Puzos (род. въ 1686 † въ 1753), учился акушерству подъ наблюдениемъ знаменитаго въ свое время парижскаго практика I. Clement'a. Puzos главнымъ образомъ занимался акушерствомъ въ тѣсномъ смыслѣ и о болѣзняхъ матки въ оставленномъ имъ сочиненіи говорится очень кратко. Тѣмъ не менѣе Puzos занимаетъ очень почетное мѣсто въ исторіи нашей науки, такъ какъ онъ первый указалъ на важность и значеніе изслѣдованія помощью двойнаго приема.

Puzos вообще писалъ очень мало. При жизни своей онъ напечаталъ въ запискахъ хирургической академіи (т. I) только свой знаменитый мемуаръ о маточныхъ кровотеченияхъ у беременныхъ. Трактатъ свой объ акушерствѣ, въ которомъ говорится о болѣзняхъ матки, онъ поручилъ издать ученику своему Gervais, который, однако, этого не могъ исполнить и потому, по смерти Puzos'a, семейство его поручило сдѣлать это Morisot-Deslandes'у.

Traité des accouchement, contenant des observations importantes pour la pratique de cet art; deux petits traités, l'un sur quelques maladies de la matrice et l'autre sur les maladies des enfans du premier age; quatre mémoires dont le premier a pour objet les pertes de sang chez les femmes grosses, et les trois autres les Dépôts laiteux. Paris. 1759.

Тѣмъ болѣе мы приближаемся ко второй половинѣ 18-го столѣтія, тѣмъ число специалистовъ-гинекологовъ увеличивается все болѣе и болѣе. Само собою понятно, что, сообразно первоначальному плану этого очерка, мы не можемъ привести ихъ всѣхъ безъ исключенія; мы поневолѣ должны ограничиться, поэтому, тѣмъ, что упомянемъ только объ особенно выдающихся личностяхъ.

William Smellie († 1763) оказалъ очень важное вліяніе на судьбу акушерства въ 18-мъ стол. и поэтому вмѣстѣ съ Levret'омъ считается однимъ изъ реформаторовъ этой науки. Въ отношеніи къ гинекологіи вообще мы должны упомянуть только о превосходныхъ, изданныхъ имъ рисункахъ, въ которыхъ весьма отчетливо и изящно изображены на одной таблицѣ различные отдѣлы половой сферы.

A set of anatomical Tables with explanations and an Abridgement of the Practice of Midwifery и пр. By W. Smellie. Lond. 1754.

A. Levret \* (род. въ 1703, † въ 1780), по справедливости

\* Всѣ прозисноятъ Левре, въ то время какъ онъ самъ называлъ себя Левретомъ, какъ можно убѣдиться въ одной записки, поданной имъ въ хирургическую академію. Чрезвычайно интересный очеркъ жизни и дѣятельности Леврета читатель можетъ найти въ Conférences hystor., Paris, 1866. Очеркъ этотъ принадлежитъ Тагпјег.

считается однимъ изъ знаменитѣйшихъ представителей акушерства своего времени. Мы не можемъ коснуться здѣсь заслугъ его относительно этой науки, да впрочемъ онъ слишкомъ хорошо извѣстенъ всякому, сколько нибудь знакомому съ акушерствомъ. По отношенію собственно къ гинекологіи имя Леврета остается незабвеннымъ потому, что онъ первый разработалъ вопросъ о маточныхъ полипахъ съ такою тщательностью, что сочиненіе его по этому предмету до сихъ поръ совершенно справедливо считается классическимъ. Не говоря уже о томъ, что онъ внесъ хотя нѣкоторый свѣтъ въ классификацію этихъ новообразованій, между тѣмъ какъ до него подъ этимъ именемъ описывали самыя разнородныя опухоли половой сферы, главная его заслуга состоитъ въ усовершенствованіи терапіи маточныхъ полиповъ. Между тѣмъ, какъ до него опухоли эти рѣшались удалять только тогда, когда онъ уже прорѣзывались чрезъ родовую щель, онъ первый, помощью особеннаго придуманнаго имъ инструмента (*porte anse*), накладывалъ лигатуру на полипы, находившіеся въ рукавѣ и даже еще только въ полости матки. Кромѣ полиповъ *Levret* касается также и другихъ новообразованій половой сферы, въ особенности въ діагностическомъ отношеніи, разсматриваетъ смѣщенія матки и рукава, очень подробно излагаетъ ученіе о пессаріяхъ и проч. Вообще *Levret*, какъ видно изъ собственныхъ словъ его \*, очень много занимался гинекологіей и во многихъ приводимыхъ имъ исторіяхъ болѣзней на каждомъ шагѣ видѣнъ очень тонкій діагностъ и въ высшей степени ловкій операторъ.

*Observations sur la cure radicale des plusieurs polypes de la gorge et du nez, operée par des nouveaux moyens inventés par M. A. Levret, accoucher de Madame la Dauphine etc.* Мы имѣемъ 3-е изданіе, вышедшее въ Парижѣ въ 1771 г. Кромѣ этого главнаго сочиненія мы считаемъ нужнымъ указать еще на нѣкоторыя статьи Леврета, имѣющія отношеніе къ гинекологіи и помѣщенныя въ выходившемъ тогда *Journ. de med., chir. et pharmacie*: Т. 32: Описаніе его инструмента для операціи маточныхъ полиповъ; Т. 34: О пессаріяхъ; Т. 35: О перевязкѣ полиповъ; Т. 40: О смѣщеніяхъ матки.

*J. G. Roederer* родился въ 1726 г. и умеръ отъ чахотки въ 1763 г., имѣя только 37 лѣтъ отъ роду. Р., будучи ученикомъ Леврета и Смелли, первый пересадилъ на германскую почву обнаружившееся тогда научное движеніе въ акушерствѣ и, не смотря на свою кратковременную дѣятельность, сдѣлалъ очень много для этой науки. По гинекологіи мы имѣемъ отъ него только два сочиненія.

*Dissertatio de uteri scirrho, cum figuris.* Gott., 1754. См. также объ этомъ у *Ad. Haller'a* въ его *Disp. pathol. pract.*, t. IV, № 241.

*Programma de ulceribus utero molestis.* Gott., 1758.

*William Hunter*, род. 1718 † 1783, одинъ изъ знаменитѣйшихъ практиковъ своего времени, занимался акушерствомъ въ одно время съ Смелли, противъ акушерскихъ принциповъ кото-

\* La pratique des accouchements m'ayant procuré des occasions frequentes d'être appelé pour des maladies particulières aux femmes и пр.

раго онъ постоянно воевалъ. Изслѣдованія его о плодномъ яйцѣ и беременной маткѣ были въ высшей степени важны для того времени. Не можемъ здѣсь также не замѣтить, что большое состояніе, нажитое Hunter'омъ, онъ употребилъ какъ нельзя болѣе благородно, основавъ въ Лондонѣ знаменитый музей, носящій до сихъ поръ его имя.

Въ отношеніи къ гинекологіи мы должны упомянуть о двухъ очень интересныхъ во многихъ отношеніяхъ статьяхъ Hunter'a, помѣщенныхъ въ выходившемъ тогда журналѣ *Medical observations and inquiries by a society of Physicians in London*.

1) *Remarks on the cellular membrane and some of its desaseses*. M. O. a. I, 1762, v. II. Дѣло идетъ о водянкѣ яичниковъ.

2) *Summary Remarks on the retroverted uterus*, M. O. a. I, 1771, v. IV и 1776, v. V. (Приводится изъ практики одного провинціального врача случай наклоненія взадъ матки, гдѣ дѣло окончилось разрывомъ мочевого пузыря).

*Astruc*. Во второй половинѣ 18 столѣтія появилось систематическое руководство къ изученію женскихъ болѣзней *Astruc'a* которое, несмотря на всѣ его недостатки, навсегда сохранить почетное мѣсто въ литературѣ нашего предмета.

*J. Astruc* род. въ 1684 и умеръ въ глубокой старости, именно 82-хъ лѣтъ отъ роду, въ 1776 г. *Astruc* пользовался славою ученѣйшаго врача своего времени и въ самомъ дѣлѣ относительно громадности эрудиціи едва ли кто либо могъ бы поспорить съ нимъ въ то время. Объ этомъ свидѣлствуютъ всѣ его сочиненія, изъ которыхъ мы остановимся только на трактатѣ его о женскихъ болѣзняхъ. Послѣ безцвѣтныхъ сборниковъ по гинекологіи, о которыхъ мы упоминали выше, руководство *Astruc'a* не могло не обратить на себя общее вниманіе. Онъ раздѣляетъ всѣ болѣзни женской половой сферы на два большихъ отдѣла: въ первомъ изъ нихъ разсматриваются патологическія состоянія, обусловливаемыя аномаліями мѣсячныхъ, а во второмъ болѣзни матки, яичниковъ и фаллопиевыхъ трубъ. Въ первомъ же отдѣлѣ помѣщено очень подробное анатомико-физиологическое описаніе половыхъ органовъ.

*Astruc'a* многію критики обвиняютъ въ томъ, что онъ любитъ распространяться много о вещахъ, которыя часто оказываются несостоятельными, что онъ вообще большой теоретикъ. Обвиненіе это не всегда справедливо, хотя нельзя не сознаться, что онъ, будучи пропитанъ ученіями знаменитыхъ представителей Монпельскаго факультета, большой догматикъ. Тѣмъ не менѣе, въ разсматриваемомъ нами сочиненіи можно найти нѣсколько главъ, въ которыхъ нельзя не видѣть опытнаго и притомъ въ высшей степени рациональнаго гинеколога. Сюда должно отнести все, что *A.* говоритъ объ изслѣдованіи (много, между прочимъ, о маточномъ зеркалѣ), о ракѣ матки, объ истерикѣ и пр. Въ высшей степени интересны и важны въ книгѣ *Astruc'a* его историческія и библиографическія замѣтки, въ которыхъ обширная ученость автора выступаетъ во всемъ ея блескѣ. Мы пользовались ими въ очень многихъ мѣстахъ этого очерка.

Traité des maladies des femmes. T. VI. Paris, 1761—1765. На иѣменкій языкъ сочиненіе Astruc'a переведено было Otto и вышло въ Дрезденѣ, въ 1768—1776.

I. I. Plenck, род. въ 1738 и умеръ въ 1807 г. Точно такъ, какъ онъ въ продолженіи своей долголѣтней жизни былъ профессоромъ самыхъ разнородныхъ отраслей медицины, такъ и сочиненія его въ высшей степени разнообразны. Вездѣ видѣтъ компиляторъ, но компиляторъ очень трудолюбивый и по временамъ не безъ здравой критики. Сочиненіе его по гинекологіи издано черезъ годъ послѣ его смерти и въ свое время могло служить не безъ пользы какъ учебникъ для начинающихъ. Заслуга Plenck'a ужь не маловажна въ томъ отношеніи, что онъ, какъ видно изъ предисловія къ его учебнику, какъ профессоръ, болѣе своихъ предшественниковъ, обращалъ вниманіе на женскія болѣзни. Въ гинекологіи имя его связано съ извѣстнымъ прижигающимъ средствомъ — *sol. Plenckii* (растворъ сулемы въ спиртѣ).

*Doctrina de morbis sexus feminei. Viennae, 1808.*

Mathias Saxtorph, датчанинъ, род. въ 1740, умеръ въ 1800; онъ принадлежитъ къ числу знаменитѣйшихъ акушеровъ своего времени и всѣ сочиненія его свидѣтельствуютъ о большой и трезвой наблюдательности его. По гинекологіи большой интересъ представляютъ слѣдующія статьи его:

О различныхъ видахъ смѣшенія матки. *Collectanea societ. Havniens, 1775* Vol. II. Saxtorph отлично описалъ клиническую картину при смѣшеніяхъ и измѣненіяхъ въ очертаніи матки и нужно удивляться, какъ долго послѣ него гинекологи игнорировали этотъ вопросъ.

*De morbo et morte a tumore ovarii pilosi pendente. Ibid. 1783, T. V.* (Случай дермоидной кисты).

I. Chr. Stark, род. въ 1753 г. † въ 1811; онъ долго былъ профессоромъ акушерства въ Іенѣ и имя его останется навсегда въ исторіи нашей науки, такъ какъ онъ много содѣйствовалъ распространенію акушерскихъ и гинекологическихъ свѣдѣній въ массѣ врачей, основавъ журналъ, специально посвященный этимъ отраслямъ медицины.

Архивъ Stark'a сталъ выходить въ 1787 году и до 1804 вышло 11 томовъ.

*Archiv für die Geburtshülfe, Frauenzimmer-und neugebor.-Kinderkrankheiten. Iena, 1787—1797, 6 Bände.* Его же: *Neues Archiv f. Geburtshülfe* и пр. Iena, 1798, 2 Bände. Съ 1798—1804 вышло еще 3 части.

Кстати замѣтимъ здѣсь, что одновременно съ Штарковскимъ журналомъ сталъ выходить въ Франкфуртѣ и Лейпцигѣ другой акушерскій журналъ, котораго въ теченіи двухъ лѣтъ появилось 2 тома: *Journal f. Geburtshülfe I* и II. Frankfurt и Leipz. 1787 и 1788.

Въ концѣ рассматриваемой нами эпохи, т. е. XVIII стол., во Франціи появились два систематическихъ руководства по женскимъ болѣзнямъ, одно Chambon'a, а другое Vigaroix, которы мы считаемъ нужнымъ разсмотрѣть, такъ—какъ они въ свое время пользовались значительнымъ авторитетомъ.

Chambon de Monteaux, Николай, род. въ 1748, умеръ 1826, былъ извѣстный практикъ въ Парижѣ и болѣе года зани-

малъ мѣсто мэра этого города во время первой французской революціи. Руководство его къ женскимъ болѣзнямъ представляетъ прекрасное сочиненіе для того времени; при очень большой начитанности автора ему не трудно было собрать рѣшительно все, что было извѣстно до него; крозь того, приведенныя имъ наблюденія показывають въ авторѣ большой практической такль.

Maladies des femmes en couches et à la suite des couches. Paris, 1784, 2 vol. Maladies des filles, pour servir de suite aux maladies des femmes. Paris, 1785.

Maladies des filles, des femmes et de la grossesse, et maladies chroniques à la suite des couches, 2 edit., Paris, 1799.

Vigarius, сынъ знаменитаго хирурга въ Монпелье. Хотя трактатъ его о женскихъ болѣзняхъ менѣе извѣстенъ, чѣмъ руководство Chambona, тѣмъ не менѣе онъ замѣчателенъ во многихъ отношеніяхъ. Особенно обращаетъ на себя вниманіе принятая авторомъ классификація патологическихъ формъ женской половой сферы.

Не можемъ не упомянуть объ одномъ довольно странномъ обстоятельстве, относящемся къ руководству Vigarius. Говоря въ третьемъ отдѣлѣ своей книги о различныхъ смѣщеніяхъ матки, а именно объ опущеніи, выпаденіи, выворотѣ матки и грыжѣ ея, онъ ни однимъ словомъ не упоминаетъ о наклоненіяхъ и загибахъ матки.

Vigarius. Cours elementaire de maladies des femmes, 2 vol. Paris, 1801.

## Періодъ V: отъ Récamier до Simpson'a.

Этотъ періодъ въ развитіи гинекологіи обязанъ характерною особенностью своей счастливому открытію, сдѣланному Récamier, именно *рукавному* зеркалу. Хотя мы уже видѣли выше, что зеркало было уже отчасти извѣстно въ очень отдаленныя времена, тѣмъ не менѣе Récamier принадлежитъ несомнѣнная заслуга въ томъ отношеніи, что онъ воскресилъ почти совершенно забытую идею и показалъ всю громадную пользу, которую можетъ извлечь наука отъ зеркала не только въ діагностическомъ, но, что особенно важно, въ терапевтическомъ отношеніи. Récamier уже въ 1801 году напалъ на приложенія зеркала въ практикѣ, но только съ 1818 года оно стало извѣстнымъ большинству врачей. Энтузіазмъ, возбужденный этимъ инструментомъ, отозвался самымъ благодѣтельнымъ образомъ на гинекологіи и она, въ относительно короткое время, сдѣлала такіе успѣхи, что ей въ этомъ отношеніи могла бы позавидовать любая медицинская специальность. Особенно мы должны указать на успѣхи гинекологической терапіи, которая до того составляла самую слабую сторону этой отрасли медицины. Тотъ же Récamier убѣдилъ врачей въ томъ, что вовсе не такъ страшно нападать на внутреннюю поверхность матки при извѣстныхъ кровоизліченіяхъ изъ полости ея (внутри—маточныя выпрыскиванія), Guilbert распространилъ приставленіе пиявокъ

къ влагалищной части матки, Dupuytren, Amussat и др. сдѣлали громадный шагъ впередъ въ терапіи маточныхъ новообразованій; Lisfranc, проповѣдуя о безопасности ампутаціи маточной шейки, сдѣлалъ гинекологовъ болѣе смѣлыми, вслѣдствіе чего они чаще стали прибѣгать къ операціи; Méliér старался распространить идею о внутриматочной терапіи, именно о вырыскиваніяхъ въ полость матки и т. д. Этотъ сильный толчекъ, данный гинекологіи упомянутыми выше знаменитыми представителями Французской хирургіи, очень скоро распространился на Англію, Германію и Америку. Хотя въ этихъ странахъ гинекологія въ тѣсномъ смыслѣ продолжала по прежнему оставаться въ рукахъ акушеровъ, но они стали обращать на нее болѣе серьезное вниманіе и не третировали ее болѣе какъ придатокъ къ акушерству.

A. E. v. Siebold, отецъ знаменитаго историка акушерства, род. въ 1765 г., † въ 1825, былъ профессоромъ акушерства сначала въ Вюрцбургѣ, а затѣмъ въ Берлинѣ. A. Siebold совершенно справедливо пользуется очень почетнымъ именемъ въ исторіи германскаго акушерства, такъ-какъ онъ отлично преподавалъ этотъ предметъ и постоянно старался содѣйствовать, сколько могъ, успѣхамъ своей науки. Что касается специально женскихъ болѣзней, то онъ издалъ по этому предмету систематическое руководство, которое долго оставалось однимъ изъ лучшихъ въ германской литературѣ. Siebold всею силою своего авторитета вооружался противъ безсмысленнаго леченія женскихъ болѣзней только на основаніи субъективныхъ признаковъ и настаивалъ на необходимости въ каждомъ данномъ случаѣ установить предварительно положительную діагностику на основаніи данныхъ, полученныхъ помощію гинекологическаго изслѣдованія. Онъ также значительно обогатилъ гинекологическую терапевтику, а именно леченіе смѣщеній матки, полиповъ ея (полипныя ножницы) и пр.

Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Frauenzimmerkrankheiten. Первое изданіе вышло во Франкфуртѣ въ 1811—14 г., а второе въ 1821—1823 гг. Ueber den Gebärmutterkrebs. Berlin. 1824 г. E. v. Siebold основалъ въ 1802 году акушерско-гинекологическій журналъ Люцину (Lucina, eine Zeitschrift zur Vervollkommnung der Entbindungskunde), котораго до 1808 г. вышло въ Лейпцигѣ I—IV тома, а съ 1809—1811 г. V—VI, въ Марбургѣ. Послѣ этого, а именно въ 1813 г. Siebold издавалъ свой журналъ подъ заглавіемъ: Journal für Geburtshülfe, Frauenzimmer- und Kinderkrankheiten и до 1828 г. его вышло, въ Франкфуртѣ на Майнѣ, 8 томовъ. По смерти E. v. S. журналъ продолжалъ издаваться сыномъ его, Ed. v. Sieb. и былъ прекращенъ на XVII томѣ въ 1837 г., такъ какъ редакторъ его соединился съ Busch'e мъ, d'Outrepoint'омъ и Ritgen'омъ, основавшими новый акушерскій журналъ—Neue Zeitschrift f. Geburtskunde.

Журналъ обоихъ Зибольдовъ имѣетъ очень важное библиографическое значеніе какъ для акушерства, такъ и для гинекологіи.

C. M. Gardien былъ доцентомъ акушерства въ Парижѣ и по справедливости считался однимъ изъ ученѣйшихъ представителей этой отрасли медицины. Онъ, какъ въ курсахъ своихъ, такъ и въ оставленномъ имъ сочиненіи неразрывно соединялъ ученіе о женскихъ болѣзняхъ (а также дѣтскихъ) съ акушерствомъ и, бу-

лучи отлично знакомъ какъ со своей, такъ и съ иностранными литературами, онъ написалъ прекрасное руководство къ акушерству и гинекологіи. Изложеніе его отличается чрезвычайною ясностью и строгою послѣдовательностью, такъ что въ книгѣ Gardien'a можно до сихъ прибѣгать съ пользою.

Traité d'accouchemens, des maladies des femmes, de l'éducation medicinale des enfans, et des maladies propves à cet âge. Paris, 1807. До 1824 г. оно выдержало еще два изданія.

Du toucher. Paris, 1811.

J. Burns долго былъ профессоромъ акушерства въ Глазго и пользуется до настоящаго времени очень большою извѣстностью въ англійской литературѣ. Его руководство къ акушерству и женскимъ болѣзнямъ считается до сихъ поръ классическимъ. Дѣйствительно, какъ акушеръ Burns имѣетъ очень важное значеніе не только относительно одной Англии (въ нѣмецкой литературѣ существуетъ два изданія его руководства); относительно же гинекологіи этого сказать нельзя. Начать съ того, что весь этотъ отдѣлъ трактуется въ одной главѣ (именно X; мы цитируемъ по имѣющемуся у насъ 5-му изданію) и потому обо всемъ говорится очень кратко. Въ то время, какъ въ акушерствѣ Burns вездѣ обнаруживаетъ очень обширную личную опытность, въ гинекологіи онъ постоянно ссылается на тѣ или другіе авторитеты; особенно много онъ черпаетъ изъ Chambon'a и Vigarous. Внутреннему леченію еще уступается очень много мѣста, такъ какъ собственно гинекологическая терапія очень слаба (см. леченіе fl. albi, p. 91); о зеркалѣ нигдѣ не упоминается; изъ смѣщеній матки разсматривается только одинъ prolapsus. Впрочемъ мы должны прибавить, что эти недостатки выкупаются большою отчетливостью въ описаніи и очень обширною эрудиціей: въ рѣдкомъ англійскомъ сочиненіи можно найти столько цитатъ, какъ у Burns'a.

J. Burns, The Principles of Midwifery; including the Diseases of Women and Children. London, 1820, V edition. До 1843 года руководство Burns'a выдержало 10 изданій.

Chr. Gottfr. Jörg, род. въ 1779 г., былъ долго профессоромъ акушерства и гинекологіи въ Лейпцигѣ и писалъ очень много по обоимъ предметамъ. Jörg болѣе, чѣмъ кто-либо понималъ необходимость тѣснаго сліянія акушерства съ гинекологіей въ тѣсномъ смыслѣ и придерживался этой идеи во всѣхъ своихъ сочиненіяхъ. Онъ уже по этому одному имѣетъ большую заслугу въ томъ отношеніи, что очень много содѣйствовалъ распространенію гинекологическихъ свѣдѣній. Что онъ былъ одинъ изъ лучшихъ профессоровъ своего времени, доказывается многими вышедшими изъ его школы учениками, какъ-то Carus'омъ и др. Сочиненія Jörg'a, по обширности взглядовъ и характеризующей ихъ въ высшей степени тонкой и трезвой наблюдательности, очень много содѣйствовали блестящему развитію германской гинекологіи.

Ueber das Gebär-organ des Menschen und der Säugethiere im schwangern und nicht schwangern Zustande. Leipz., 1808—Schriften zur Beförderung der



Kenntniß des menschlichen Weibes im Allgemeinen und zur Bereicherung der Geburtshülfe im Besonderen, 2 части; первая изъ нихъ вышла (въ Лейпцигѣ) въ 1812, а вторая въ 1818 г.

Ueber das physiologische und pathologische Leben des Weibes, 2 Theile, Leipzig, 1821 г. Это второе издание его руководства къ гинекологіи, вышедшаго въ 1-й разъ въ 1809 г. подъ другимъ заглавіемъ, а именно: *Handbuch der Krankheiten des menschlichen Weibes nebst einer Einleitung in die Physiologie und Pathologie des weiblichen Organismus.* — Руководство это, не говоря уже о строгой системѣ, проведенной, по всей книгѣ, содержитъ очень много въ высшей степени интересныхъ наблюденій. Мы въ нашей книгѣ поэтому очень часто ссылаемся на это сочиненіе.

Марія Воивин, старшая повивальная бабка парижской *Maternité* и затѣмъ *Maison royale de santé*, вмѣстѣ съ другою французскою бабкою—*M-me Lachapelle* пользовалась при жизни, да и до сихъ поръ, большой славой. Часто сравнивали этихъ двухъ женщинъ и каждая изъ нихъ имѣла своихъ энтузіастовъ. О *M-me Lachapelle* мы здѣсь не можемъ распространяться, такъ какъ она писала исключительно по акушерству. Во всякомъ случаѣ, если *M-me Voivin*, вышедшая изъ школы *Ant. Dubois* и *Chaussier*, уступала *M-me Lachapelle* въ ловкости и смѣлости, то она далеко превосходила ее относительно медицинскаго образованія и въ особенности относительно свѣдѣній по анатоміи и гинекологіи. До какой степени *M-me Voivin* была изощрена въ искусствѣ изслѣдованія доказывается тѣмъ, что *Duruyn*, вообще не очень щедрый на похвалу, говаривалъ, что у нея глазъ на указательномъ пальцѣ (*M-me Voivin a un oeil au bout du doigt*). Не лишнимъ считаемъ прибавить, что Марбургскій университетъ, по случаю трехсотлѣтняго юбилея своего, удостоилъ *M-me Voivin* степени доктора медицины, вѣроятно, по предложенію *Busch'a*, который былъ большимъ почитателемъ этой знаменитой женщины. Сочиненіе, изданное *M-me Voivin*, вмѣстѣ съ племянникомъ своимъ *A. Dugés* (профессоромъ акушерства въ Монпелье), пользуется совершенно заслуженною славой не только во Франціи, но и въ гинекологической литературѣ вообще. Основаніемъ сочиненія *M-me Voivin* о женскихъ болѣзняхъ послужилъ очень обширный гинекологическій матеріалъ (болѣе 7000 больныхъ), который она собрала въ *Maison royale de santé*.

Вообще нужно сказать, что сочиненіе это въ высшей степени поучительно для всякаго специалиста, вслѣдствіе множества чрезвычайно интересныхъ наблюденій, приводимыхъ всегда совершенно кстати. Правда, въ книгѣ *M-me Voivin* нѣтъ ничего особенно новаго, но за то изъ стараго, изъ того, что было извѣстно въ то время, ничего не упущено. Нѣкоторые отдѣлы, какъ напр. о смѣщеніяхъ и новообразованіяхъ матки, изложены съ такою полнотою и тщательностью, что не оставляютъ ничего болѣе желать. Очень выгодно также отличается рассматриваемое нами сочиненіе въ томъ отношеніи, что вездѣ приводятся результаты вскрытій и что къ нему приложенъ превосходный атласъ, рисованный собственноручно *M-me Voivin*.

*Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, fondé sur un*

grand nombre d'observations cliniques, accompagné de 41 planches in folio gravées et coloriées, représentant les principales altérations morbides des organes génitaux de la femme. Par M-me veuve Boivin, Docteur en Médecine et pr. et par A. Dugès, profess. à la faculté de médecine de Montpellier et pr. Paris, 1833 г. 2 тома. M-me Boivin умерла 67 отъ роду въ 1841 г.

Нѣсколько раньше, а также вскорѣ послѣ сочиненія M-me Boivin и Dugès, появилось во Франціи нѣсколько систематическихъ трактатовъ по женскимъ болѣзнямъ. Сюда должно отнести сочиненія: Nauche'a, Caruron'a, L'Heritier, Colombat, Jmbert'a, Blatin'a и Nivet.

Nauche, Des maladies de l'utérus ou de la matrice. Paris, 1816 г. Второе изданіе въ двухъ томахъ вышло въ Парижѣ въ 1829 г. подъ названіемъ: Des maladies propres aux femmes.

Caruron, Traité des maladies des femmes depuis la puberté jusqu'à l'âge critique inclusivement. Paris 1817 г., deux. édit.

Сочиненіе Caruron'a было переведено на русскій языкъ и вышло въ Москвѣ въ 1821 г. подъ слѣдующимъ заглавіемъ: Капюрона о женскихъ болѣзняхъ, отъ возмужалости до старости (?).

L'Heritier, Traité complet des maladies des femmes. Paris, 1838 г. Вышелъ только первый томъ.

Colombat (de l'Isée), Traité des maladies des femmes et de l'hygiène speciale à leur sexe. Paris, 1839—1842.

Imbert, Traité théorique et pratique des maladies des femmes. Paris, 1839. Появился только первый томъ.

Blatin et Nivet, Traité des maladies des femmes. Paris, 1843.

Французскіе критики (Courty и другіе) отзываются очень строго о приведенныхъ сочиненіяхъ. Намъ кажется, однако, что въ этомъ случаѣ можно было бы сдѣлать исключеніе въ пользу Colombat, сочиненіе котораго вовсе не такъ плохо. Если оно очень мало оригинально, то оно составлено за то очень систематически и отличается обширною ученостью и многими весьма интересными историческими замѣчаніями.

Fr. Carl Naegele, род. въ 1777 г., одинъ изъ знаменитѣйшихъ германскихъ акушеровъ своего времени, посвящалъ также серьезное вниманіе и гинекологіи. Въ собраніи его статей по этому предмету находится очень много интересныхъ наблюденій, которыя до сихъ поръ не потеряли своего значенія.

Erfahrungen und Abhandlungen aus dem Gebiete der Krankheiten des weiblichen Geschlechts. Mannheim, 1812.

Gust. Carus, род. въ 1789, † 1869, былъ очень долгое время профессоромъ въ Дрезденѣ и лейбъ-медикомъ саксонскаго короля. Будучи ученикомъ Jörga и обладая громаднымъ медицинскимъ и философскимъ образованіемъ, онъ съ особенною любовью занимался гинекологіей и результаты своихъ наблюденій изложилъ въ обширномъ руководствѣ, получившемъ въ Германіи очень громкую извѣстность и замѣчательномъ до сихъ поръ въ очень многихъ отношеніяхъ. Carus излагаетъ собственно гинекологію въ непрерывной связи съ беременностью, родовымъ актомъ и родильнымъ періодомъ. Не говоря уже о полнотѣ разсматриваемаго сочиненія, книга Carus'a, отличнаго анатома и физиолога, заключая очень много новыхъ, оригинальныхъ взглядовъ, исчерпываетъ совершен-

но предметъ, о которомъ онъ трактуетъ. Поэтому-то сочиненіе Carius'a было долго настольною книгою всякаго акушера въ Германіи и послужило образцомъ для дальнѣйшихъ работъ въ этомъ направленіи.

Lehrbuch der Gynaecologie oder systematische Darstellung der Lehre von der Erkenntniss und Behandlung eigenthümlicher gesunder und krankhafter Zustände, sowohl der nicht schwangern, schwangern und gebährenden Frauen, als der Wöchnerinnen und neugeborenen Kinder. Leipz. 1820. 2-е издание — 1828, 3-е изд. — 1838.

Бывшій профессоръ акушерства въ нашей академіи, докторъ Хотовицкіи перевелъ это сочиненіе, съ второго изданія, на русскій языкъ: Учебная книга гинекологіи, или систематическое изложеніе ученія о распознаваніи здоровыхъ и болѣзненныхъ состояній, свойственныхъ женщинамъ небеременнымъ, беременнымъ и роженицамъ, равно также родильницамъ и новорожденнымъ младенцамъ. С.-Петербург. 1833.

Jos. d'Outrepont, род. въ 1775 г. Былъ профессоромъ акушерства въ Вюрдбургѣ послѣ Зибольда и пользовался такою репутациею, что къ нему стекалось множество больныхъ не только изъ Германіи, но и изъ другихъ странъ. d'Outrepont во всю жизнь не написалъ ни одного систематическаго руководства ни по акушерству, ни по гинекологіи, тѣмъ не менѣе заслуги его относительно обѣихъ этихъ наукъ не подлежатъ никакому сомнѣнію. Множество въ высшей степени интересныхъ статей его по гинекологіи (какъ-то: о смѣщеніяхъ матки, новообразованіяхъ ея, нѣкоторыхъ воспалительныхъ формахъ этого органа, гиперплазіяхъ миртовидныхъ сосочковъ и пр.), помѣщены въ Neue Zeitschrift für Geburtskunde, которой онъ былъ соредакторомъ въ теченіи многихъ лѣтъ.

Ludw. Jul. Casp. Mende, род. въ 1779, † въ 1832, былъ профессоромъ въ Грейфсвальдѣ и Геттингенѣ, очень много занимался судебною медициною и акушерствомъ и былъ также соредакторомъ, въ теченіи 4 лѣтъ, акушерскаго журнала: Gemeinsame deutsch-Zeitschrift f. Geburtskunde. Что касается гинекологіи, то онъ издалъ руководство по этому предмету, которое, не представляя ничего особенно оригинальнаго, отличается однако значительной полнотою и нерѣдко мастерскимъ изложеніемъ.

Die Krankheiten der Weiber nosologisch und therapeutisch bearbeitet. 2 Theile. Leipz. 1810—1811. Второе совершенно переработанное изданіе вышло въ 1831 году подъ заглавіемъ: Die Geschlechtskrankheiten des Weibes nosologisch und therapeutisch bearbeitet. 1 Th. Göttingen, 1831.

Вторая часть издана, по смерти автора, д-ромъ Balling'омъ въ 1836 г. подъ другимъ заглавіемъ: Die Geschlechtskrankheiten des Weibes von der Periode der Pubertät bis zur Involution.

Мы уже выше упомянули о томъ, что вскорѣ послѣ обнаруженія Récamier результатовъ, добытыхъ помощью рукавнаго зеркала съ цѣлью діагностическою, инструментъ этотъ старались тотчасъ примѣнить къ цѣлямъ терапевтическимъ. Кромѣ приведенныхъ уже выше врачей французской школы, оказавшихъ важныя услуги гинекологіи въ этомъ отношеніи, мы должны упомянуть въ особенности о Гюльбертѣ (Guilbert), снова введемъ въ практику непосредственное кровопусканіе изъ матки помощью

пьявокъ. Хотя, какъ увидимъ ниже, способъ этотъ далеко не имѣть тѣхъ важныхъ преимуществъ, которыя ему обыкновенно приписываютъ, тѣмъ не менѣе мы считали нужнымъ упомянуть о Guilbert'ѣ, такъ-какъ онъ сочиненіемъ своимъ далъ важный толчокъ мѣстной терапіи страданій матки.

Guilbert, *Considérations pratiques sur certaines affections de l'utérus; en particulier, sur la plegmasie chronique avec engorgement du col de cet organe et sur les avantages de l'application immédiate des sangsues méthodiquement employées dans cette maladie.* Paris, 1826, avec fig.

David Davis, бывшій долгое время профессоромъ акушерства въ University College въ Лондонѣ, † въ 1841. Siebold въ своей исторіи акушерства (т. II, p. 759) высказалъ очень не лестное мнѣніе относительно Davis'a. Оно отчасти справедливо по отношенію къ акушерству, такъ-какъ онъ удѣлялъ очень много мѣста прободенію головки и эмбриотоміи въ такое время, когда лучшіе представители нашей науки старались вводить въ практику болѣе консервативные принципы. Тѣмъ не менѣе относительно гинекологіи въ тѣсномъ смыслѣ нельзя раздѣлять мнѣніе, высказанное Siebold'омъ. Въ этомъ отношеніи Davis занимаетъ довольно почетное мѣсто въ англійской литературѣ. Сочиненіе его, обнимающее гинекологию вмѣстѣ съ акушерствомъ, въ видѣ цѣлаго ряда отдѣльныхъ разсужденій, представляетъ очень большой интересъ уже по одному тому, что авторъ располагалъ очень большимъ клиническимъ матеріаломъ, который онъ эксплуатировалъ весьма добросовѣстно. Кромѣ того Davis обладалъ очень обширною ученостью, дѣлающею чтеніе его книги полезнымъ до сихъ поръ. Большой интересъ въ разсматриваемомъ сочиненіи представляютъ приводимые авторомъ гинекологическіе инструменты, нарисованные въ высшей степени вѣрно и изящно. Особенно заслуживаетъ вниманія очень оригинальное рукояное зеркало автора.

*The Principles and Practice of Obstetric Medicine, in a Series of systematic Dissertations on Midwifery and the Diseases of Women and Children.* Illustrated by numer. Plat. London, 1836. Книга эта состоитъ изъ двухъ большихъ томовъ in folio, изданныхъ съ такою роскошью, какъ это возможно только въ Англии. Мы имѣемъ первое изданіе; второе вышло въ 1841 г.

D. H. Busch, профессоръ акушерства въ Берлинѣ, родился въ 1788, † въ 1853, сдѣлалъ очень много какъ для акушерства, такъ и для гинекологіи въ Германіи. Онъ въ теченіи многихъ лѣтъ пользовался славою одного изъ лучшихъ нѣмецкихъ акушеровъ и въ теченіи многихъ лѣтъ составленныя имъ руководства были въ рукахъ большинства учащихся. Литературная дѣятельность Busch'a была въ высшей степени плодотворная, такъ-какъ онъ неутомимо знакомилъ съ новыми успѣхами науки, развитію которой онъ самъ содѣйствовалъ очень много. Превосходный клинический наблюдатель и въ высшей степени осторожный врачъ, онъ имѣлъ всѣ задатки, необходимыя для клиническаго учителя. Кромѣ того Busch обладалъ большою оригинальностью, которая и подготовила не мало талантливыхъ учениковъ. Busch писалъ очень много отдѣльныхъ статей, которыя онъ большею частью по-

мѣщаль въ *Gemeinsame deutsche Zeitschrift f. Geburtshülfe*, которой, какъ сказано выше, онъ былъ соредакторомъ, а также въ основанной имъ *Neue Zeitschr. f. Geburtsk.*; особенною извѣстностью пользуются его систематическія руководства по акушерству и гинекологіи.

*Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und therapeutischer Hinsicht.* 5 частей. Leipz., 1829—1844.

По этому руководству составленъ проф. Кораблевымъ его извѣстный Курсъ акушерской науки и женскихъ болѣзней, вышедшій въ Москвѣ въ 1841—1845.

Rob. Lee (Ли) писалъ очень много по акушерству и гинекологіи и извѣстенъ въ особенности своими анатомическими изслѣдованіями нервовъ матки. Хотя впоследствии было доказано, что Lee сильно заблуждался относительно добытыхъ имъ результатовъ, тѣмъ не менѣе имъ нельзя отказать въ извѣстномъ значеніи, такъ-какъ онъ подалъ поводъ снова подвергнуть тщательному пересмотру этотъ важный вопросъ.

Изъ другихъ трудовъ его мы должны указать на превосходныя изслѣдованія его о различныхъ болѣзняхъ матки, изданныя въ видѣ клиническихъ трактатовъ. Вообще Lee принадлежитъ къ лучшимъ представителямъ гинекологіи 50-хъ годовъ. Онъ, между прочимъ, сильно вооружался противъ злоупотребленія рукавнымъ зеркаломъ и не мало содѣйствовалъ успѣхамъ гинекологической терапіи (леченіе полиповъ матки и пр.).

*The Anatomy of the Nerves of the Uterus.* With 2 Plates. London, 1841, in fol.

*Practical observations on diseases of the uterus.* v. II. London, 1849.

Herm. Friedr. Killian, род. въ Петербургѣ въ 1800 г., † въ 1864 г., учился въ Виленской медицинской академіи и болѣе 30-ти лѣтъ былъ профессоромъ акушерства въ Боннѣ. Имя Killian'a навсегда останется въ акушерствѣ, благодаря его изслѣдованіямъ по патологіи таза; кромѣ того, онъ написалъ отличное руководство по оперативному акушерству, въ составъ котораго входитъ и вся оперативная гинекологія. Хотя онъ въ отношеніи гинекологіи далеко не обладалъ тою обширною опытностью, какъ въ акушерствѣ, тѣмъ не менѣе и эта часть руководства Killian'a вполне заслуживаетъ вниманія спеціалиста. Никто до него не представилъ эту часть (оперативную) гинекологіи въ такой полнотѣ. Книга эта должна была стоить автору громаднаго труда, такъ какъ онъ перебралъ почти всю европейскую періодическую литературу, за послѣдніе 50 лѣтъ. Приводя почти рѣшительно все, что извѣстно было до него по каждому разсматриваемому вопросу, онъ вездѣ высказываетъ свое мнѣніе какъ на основаніи началъ здоровой критики, такъ и его собственныхъ наблюденій тамъ, гдѣ онъ ихъ имѣетъ. Кромѣ того Killian удачно видоизмѣнилъ нѣкоторые гинекологическіе снаряды, какъ напр. суппортеры для выпаденія матки и проч.

*Operationslehre f. Geburtshelfer.* In zwei Theilen. 1-е изданіе вышло въ Боннѣ въ 1834—1835 гг., второе тамъ же въ 1856 г. Оперативная гинекологія

составляет особый томъ подъ заглавіемъ: Die rein chirurgischen Operationen des Geburtshelfers. 2-te. durchweg vergrösserte und umgearbeitete Auflag. Mit 9 lithographischen Tafeln. Bonn, 1856 г.

Lisfranc, знаменитый профессоръ хирургіи въ Парижѣ въ 30-хъ годахъ, чрезвычайно много содѣйствовалъ успѣхамъ гинекологіи, которою онъ занимался съ особенною любовью. Хотя онъ не мало увлекался нѣкоторыми предвзятыми идеями, какъ напр. относительно ампутаціи маточной шейки и проч., тѣмъ не менѣе его лекціи о болѣзняхъ матки представляютъ до сихъ поръ не малый интересъ по своей оригинальности во многихъ отношеніяхъ. Lisfranc училъ изслѣдовать всегда двумя пальцами и этого до сихъ поръ строго придерживаются всѣ ученики его. Всѣмъ гинекологическимъ больнымъ почти безъ исключенія онъ предписывалъ продолжительный абсолютный покой, такъ какъ во всей гинекологической патологіи онъ видѣлъ главный и существенный факторъ въ хроническомъ воспаленіи (инфарктѣ),

Lisfranc, *Maladies de l'utérus d'après les leçons cliniques faites a l'hôpital de la Pitié. Paris, 1836.*

Du rarque извѣстенъ въ гинекологіи по сочиненію своему о карциномѣ матки главнымъ образомъ потому, что онъ старался доказать (?), что новообразование это генетически находится въ тѣсной связи съ воспаленіемъ маточной ткани, или, другими словами, что ракъ матки развивается постоянно и исключительно на воспалительной почвѣ. Отсюда само собою разумѣется, что Du rarque и въ терапіи рака болѣе всего ожидалъ пользы отъ противувоспалительнаго метода. Мнѣніе это до извѣстной степени прежде высказывалось уже Mackenzie, а впослѣдствіи, отчасти, и Scanzoni.

Du rarque, *Traité théorique et pratique sur les altérations simples et cancéreuses de la matrice. Paris, 1813; второе изданіе вышло въ 1839.* Сочиненіе это переведено было на англійскій языкъ и очень часто цитируется англійскими и въ особенности американскими гинекологами.

## Періодъ VI—отъ Simpson'a до послѣдняго времени.

Періодъ этотъ обнимаетъ около 40 лѣтъ и характеризуется такою блестящею и многостороннею разработкой нашей науки, какою она не достигала ни въ одну изъ упомянутыхъ выше эпохъ. Особенно мы должны указать на усовершенствованіе диагностики и введеніе болѣе смѣлой и раціональной терапіи. Гинекологія, имѣвшая, какъ и всякая другая наука, свои собственныя задачи, свои завѣтныя стремленія, нѣкоторыя изъ нихъ успѣла выполнить какъ нельзя болѣе блестящимъ образомъ. Сюда мы, между прочимъ, относимъ экстирпацію большихъ опухолей яичника (овариотомія), лечение фистулъ рукава и терапію міомъ матки. То, что казалось невозможнымъ за нѣсколько десятковъ лѣтъ, теперь составляетъ явленіе обыденной практики. Но не только чисто практическая, но и научная сто-

рона гинекологіи обогатилась въ это время очень важными приоб- рѣтеніями. Въ этомъ отношеніи мы въ особенности должны ука- зать на результаты изслѣдованій относительно мѣсячныхъ Vi- schoff'a, Coste'a, Follin'a, Robin'a и др. Дѣятельность, обнаружившаяся въ послѣдніе годы на поприщѣ гинекологіи, по истинѣ, изумительная и особенно плодотворнымъ оказалось въ этомъ отношеніи содѣйствіе нашей специальности со стороны луч- шихъ представителей патологической анатоміи и гистологіи, а именно Virchow'a, Рокитанскаго, Klob'a, Waldeyer'a и многихъ другихъ. Не менѣе важною характеристическою чер- той разсматриваемой эпохи должно считать попытки къ система- тизированію, т. е. къ подведенію разнородныхъ патологическихъ состояній половой сѣры подъ извѣстныя начала. Накопившійся клиническій матеріалъ былъ уже очень значителенъ, такъ что оказывалось необходимымъ освѣтить его теоріей. Отсюда попытки Bennet'a привести всю патологію матки къ одному общему зна- менателю — воспаленію маточной шейки, Velpeau — объяснять все смѣщеніями и измѣненіями въ очертаніи матки и пр. Всѣ эти попытки, возбуждая отдѣльные и общіе дебаты (въ 1854 г. въ па- рижской медицинскій академіи, въ 1870 году въ British Medic. Association и пр.) имѣли очень важное значеніе въ томъ отноше- ніи, что обыкновенно содѣйствовали обобщенію и разъясненію про- тиворѣчивыхъ мнѣній и взглядовъ на самые важные и насущные вопросы нашей науки.

J. Simpson (Sir James Joung Simpson, Bt.), род. въ 1811, † 1870, извѣстенъ не только всякому гинекологу, но и всякому врачу по тому великому открытію (хлороформъ), которое обезсмер- тило его имя. Вліяніе его на развитіе нашей науки таково, что можно безъ преувеличенія сказать, что всѣ тѣ, которые слѣдова- ли за успѣхами этой отрасли медицины въ послѣдніе 30 лѣтъ, не могутъ не считать себя учениками этого великаго врача. Изуми- тельная дѣятельность и многосторонность этого человѣка не оста- вили незатронутымъ рѣшительно ни одного вопроса въ гинеколо- гии и онъ былъ, если не единственною, то главною причиною по- чти всѣхъ новѣйшихъ успѣховъ ея. Чтобы говорить только о важ- нѣйшихъ заслугахъ этого знаменитаго гинеколога, мы напомнимъ только о маточномъ зондѣ, введеніи прессованныхъ губокъ съ ді- агностическою цѣлью, изученіи кокцигодиніи, внутри маточной механургии и леченіи механической дисменореи. Simpson до са- мой смерти своей былъ профессоромъ акушерства въ Единбургѣ и еще одною изъ немаловажныхъ заслугъ его должно считать ту, что онъ приготовилъ цѣлую фалангу учениковъ (M. Duncan, Priestley, H. Storer, и др.), дѣлающихъ величайшую честь своему учителю. При громадной практикѣ Simpson'a и его про- фессорскихъ обязанностяхъ, онъ не могъ и думать о составленіи систематическихъ учебниковъ; но за то, начиная съ 1843 года почти до самой смерти своей, онъ не переставалъ работать для науки, которой онъ посвятилъ всю свою жизнь, печатая постоян-

но въ журналахъ въ высшей степени интересныя и важныя статьи по акушерству и гинекологіи.

Собрание его статей по акушерству и гинекологіи издано его учениками Н. Storer'омъ и Prystley'емъ въ 1855—1856 гг. подъ заглавіемъ: „The obstetric. Memoirs and Contributions“. 2 тома. Edinburgh. Первый изъ нихъ почти цѣликомъ посвященъ гинекологіи. Во второй разъ Contributions изданы въ 1867 году. Lectures on diseases of Women t. I. Philadelphia, 1865.—Clinical Lectures on the diseases of Women by S. I. Simpson, edited. by Alex. R. Simpson. Edinburgh, 1872. Обѣ эти книги не составляютъ систематическаго цѣлаго, а только собраніе лекцій по гинекологіи (а отчасти по акушерству), которыя въ 1859—1861 гг. читались въ Medical Times and Gaz.

Кромѣ того докторъ Watt-Black, въ Лондонѣ, издалъ избранныя сочиненія Simpson'a, въ 1870 году, подъ заглавіемъ: Selectad Obstetrical and Gynaecological Works of sir I. Simpson.

Мы выше упомянули о чрезвычайной многосторонности Simpson'a и лучшимъ доказательствомъ ея могъ бы служить простой перечень статей его по различнымъ отраслямъ медицины. При этомъ мы не можемъ не указать на то, что большая часть статей Simpson'a отличается солидною эрудиціею и совершеннымъ знаніемъ исторіи и библиографіи, изученію которыхъ онъ посвящалъ очень много времени. Если нѣкоторыя изъ его печатныхъ работъ отличаются на первый взглядъ какъ бы недостаточною отдѣлкою, то это зависѣло отъ того, что, по собственнымъ его словамъ, многія статьи онъ обдумывалъ и даже писалъ у постели больныхъ и въ вагонѣ.

О томъ что такое была практика Simpson'a, можно составить себѣ нѣкоторое понятіе по тому, что отъ прѣѣзжихъ больныхъ, стекавшихся къ нему за совѣтомъ, содержатели гостиницъ въ Единбургѣ получали изъ года въ годъ около 80,000 ф. стерл. (560,000 р. с.).

Что касается характера Simpson'a, то и враги его, въ которыхъ не было недостатка, не могутъ не отдавать полную справедливость его прямоѣ и какому-то добродушію, съ перваго раза располагавшему въ его пользу. Какъ о характерной чертѣ нельзя не упомянуть о томъ, что, вслѣдствіе потери любимаго сына, Simpson, сильно потрясенный этимъ несчастіемъ, впасть въ экзальтированную набожность, граничившую съ пѣтизмомъ. Настроеніе это высказывалось тѣмъ, что онъ нѣрѣдко издавалъ различныя богословски—нравственныя брошюры, а иногда даже въ поэтической формѣ.

Simpson былъ одинъ изъ популярнѣйшихъ людей въ Англіи и Америкѣ и состоялъ членомъ множества ученыхъ обществъ, которыя считали за честь имѣть въ средѣ своей знаменитаго гинеколога. За нѣсколько лѣтъ предъ смертью онъ былъ сдѣланъ барономъ и почетнымъ гражданиномъ города Единбурга. Онъ долженъ былъ быть похороненъ въ Вестминстерскомъ абатствѣ въ Лондонѣ, наряду съ великими людьми Англіи, но семейство его воспротивилось этому, желая, чтобы онъ успокоился въ той средѣ, гдѣ онъ жилъ и гдѣ такъ плодотворно дѣйствовалъ.

Жизнь и дѣятельность Simpson'a породила цѣлую литературу. Мы указываемъ только на очень тщательно составленную брошюру Goussérow'a о Simpson'ѣ, въ которой читатель можетъ найти всевозможныя указанія.

Prof. A. Gusserow, Zur Erinnerung an sir I. Simpson. Berlin, 1871 г

Fr. Ludw. Meissner былъ приватъ-доцентомъ въ Лейпцигѣ и въ 1842 году началъ издавать очень обширное руководство къ гинекологіи, послѣдній (третій) томъ котораго вышелъ въ 1846 г. Руководство это не содержитъ почти ничего оригинальнаго, но оно тѣмъ не менѣ замѣчательно потому, что оно составлено на основаніи такого необыкновеннаго знанія литературы, что до сихъ поръ сохранило большой интересъ. При историческомъ изученіи какаго нибудь гинекологическаго вопроса книга Meissner'a положительно необходима. Еще мы считаемъ нужнымъ указать на



одно важное преимущество сочиненія Meissner'a, а именно—чрезвычайно подробную и тщательную обработку патологии наружной половой сферы, которая до него (да и теперь очень многими) описывалась обыкновенно очень поверхностно.

Die Frauenzimmerkrankheiten nach den neuesten Ansichten und Erfahrungen zum Unterricht für praktische Aerzte bearbeitet v. Fr. Ludw. Meissner. Leipzig, 1842—1846.

Henri Bennet, бывший въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ интерномъ въ парижскихъ госпиталяхъ, посвятилъ особенное вниманіе изученію гинекологіи и, какъ уже сказано выше, старался подвести извѣстные клиническіе факты подъ опредѣленную систему. Почти вся гинекологическая патологія, по Bennet'у, сводится на воспаленіе матки и притомъ почти исключительно шейки ея. Всѣ другія патологическія формы этого органа, а именно смѣщенія и измѣненія въ очертаніи, составляютъ только продуктъ этого воспаленія. Изъ этого онъ пришелъ къ выводу, что въ терапіи главную роль должно играть противувоспалительное леченіе; терапія же механическая должна отступать на задній планъ, или же вовсе оказывается не нужною. Развитію этихъ идей посвящены почти всѣ сочиненія Bennet'a и они не остались безъ значительнаго вліянія на Англію и въ особенности на Америку, ограничивъ въ этихъ странахъ злоупотребленія механической терапіи.

Des ulcerations et des engorgements du col uterin. Paris, 1843 (Диссертация).

A practical treatise on inflammation of the uterus, its cervix and its appendages. Londont 1845; 2-е изданіе въ 1849. Сочиненіе это надѣлало въ свое время столько шума и ему приписывали такое важное значеніе, что A. G. n перевелъ его на французскій языкъ: Traité pratique de l'inflammation de l'uterus, de son col et des ses annexes. Paris, 1850.

On the present state of uterine Pathology. London, 1856.

C. Braun, профессоръ акушерства въ Вѣнѣ, пользуется, какъ извѣстно, европейскимъ именемъ. Онъ вмѣстѣ съ Chiari и Späth'омъ издалъ клиническій сборникъ по акушерству и гинекологіи, содержащій весьма много интереснаго. Braun большой приверженецъ механической терапіи и очень много содѣйствовалъ распространенію ея въ Германіи.

Chiari, Braun и Späth, Klinik der Geburtshülfe und Gynäkologie. Erlangen, 1855. Въ 1880 году Braun издалъ руководство къ акушерству вмѣстѣ съ гинекологіей подъ заглавіемъ: Lehrbuch der gesammten Gynecologie. Wien, 1881.

Franz A. Kiwisch von Rotterau былъ профессоромъ акушерства въ Вюрцбургѣ и Прагѣ, гдѣ онъ умеръ отъ чахотки въ 1851 году. То, что былъ для Англии Simpson, былъ для Германіи Kiwisch. Обладая чрезвычайно тонкимъ врачевнымъ тактомъ и большою наблюдательностью и будучи очень основательно знакомъ съ новѣйшею патологическою анатоміей, онъ имѣлъ всѣ задатки къ тому, чтобы сильно двинуть впередъ свою специальность. Заслуги его относительно гинекологіи по этому составляютъ истинную эпоху въ исторіи ея. Почти одновременно съ Simpson'омъ онъ изучалъ дѣйствіе зонда какъ діагностическаго и терапевтическаго средства, съ особенною любовью занимался тера

пией смѣщенной и искривленій матки въ такое время, когда это въ Германіи было совершенно ново. Особенно тщательно разработана имъ діагностика различныхъ новообразованій половой сферы и онъ одинъ изъ первыхъ въ Германіи рѣшился на экстирпацію кистъ яичника. Клиническія лекціи Kiwisch'a по гинекологии останутся навсегда классическими и до сихъ поръ составляютъ настоящую книгу для всякаго гинеколога.

Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechts. Prag. 1845. Bd. I. Bd. II—1849. Kiwisch не успѣлъ окончить этого сочиненія и 3-й томъ (патологія наружной половой сферы и нервныя болѣзни женщинъ) изданъ Scanzoni въ 1853—1854 гг.

Одна часть сочиненія Kiwisch'a, именно патологія и терапия яичниковъ переведена на англійскій языкъ Cleu'e мъ и пользуется въ англійской литературѣ очень большимъ авторитетомъ.

Женскія болѣзни Kiwisch'a переведены въ 1857 г. на русскій языкъ.

Fr. W. Scanzoni, ученикъ и ассистентъ Kiwisch'a, занялъ его кафедру въ Вюрцбургѣ, на которой остается до сихъ поръ. Ни одному изъ нѣмецкихъ гинекологовъ не посчастливилось такъ, какъ Scanzoni: имя его какъ профессора и практика принадлежит до сихъ поръ къ самымъ популярнѣйшимъ въ Германіи. Репутація эта основана на несомнѣнныхъ заслугахъ, изъ которыхъ главнѣйшая та, что Scanzoni, обладая несомнѣннымъ клиническимъ талантомъ, сумѣлъ написать руководство къ гинекологии, которое по изложенію и эксплуатаціи его собственнаго клиническаго матеріала не имѣетъ ничего подобнаго себѣ въ германской литературѣ. Это доказывается главнымъ образомъ тѣмъ, что на руководствѣ Scanzoni выросли цѣлыя поколѣнія и что оно было переведено на многіе европейскіе языки. Этою чрезвычайною популярностью книга Scanzoni, по моему мнѣнію, обязана, главнымъ образомъ, мастерскому изложенію. Тѣмъ не менѣе однако мы не можемъ не указать на важные недостатки ея. Начать съ того, что Scanzoni очень мало обращаетъ вниманія на генетическое развитіе гинекологии и оттого поступательное движеніе ея для читателя пропадаетъ совершенно. Очень важные вопросы изложены слишкомъ кратко и притомъ почти исключительно съ личной точки зрѣнія автора, напр. статьи о маточномъ зондѣ, внутри—маточныхъ снарядахъ и пр. Вообще должно сказать, что Scanzoni очень трудно и въ высшей степени осторожно поддается новымъ взглядамъ. Такъ, онъ еще только за нѣсколько лѣтъ до этого очень недовѣрчиво относился къ такому факту, какъ существованіе haematocoele (!!). Всѣ усовершенствованія гинекологической техники, и въ особенности, если они исходятъ изъ Америки, онъ ставитъ ни во что, называя ихъ нерѣдко пустяками (Spielerei). Хотя онъ въ послѣднемъ изданіи своего руководства во многихъ отношеніяхъ сдѣлалъ не мало уступокъ, тѣмъ не менѣе книга его, особенно по отношенію къ терапіи, могла бы выйти еще лучше. Во всякомъ случаѣ сочиненіе Scanzoni еще долго будетъ занимать почетное мѣсто въ германской литературѣ и нельзя не пожалѣть, что нѣсколько лѣтъ тому назадъ русская

литература приобрѣла его въ очень плохомъ переводѣ. Европейское значеніе авторитета Scanzoni поддерживается постоянно литературною дѣятельностью его и нельзя не поставить ему въ особенную заслугу то, что онъ, достигши апогея врачебной репутаціи, не перестаетъ работать самъ и заставляетъ работать своихъ учениковъ.

Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Wien. 2 Bde. Первое изданіе вышло въ 1856, 4-ое въ 1867 г. и затѣмъ послѣднее, въ 1875 г. Кроме того очень много интересныхъ работъ какъ по акушерству, такъ и гинекологіи печатались и печатаются имъ до сихъ поръ въ издаваемыхъ имъ Beiträge zur Geburtskunde und Gynaecologie, которыхъ до настоящаго времени вышло 6 томовъ.

Die chronische Metritis. Wien, 1863.

Говоря о Kiwischъ и Scanzoni, изъ которыхъ первый пролилъ такой блескъ на пражскую школу, не можемъ не упомянуть объ одномъ изъ ученыхъ его, именно профес. Seyfertъ, занявшемъ его кафедру и умершемъ только нѣсколько лѣтъ тому назадъ. Онъ заимствовалъ отъ своего знаменитаго учителя и блестящій клинической тактъ, и мѣткую наблюдательность; но, къ сожалѣнію, какъ бы par dépit, не хотѣлъ слѣдовать за успѣхами науки въ послѣднее время и относился къ нимъ съ какою-то особенною недоброжелательностью. Seyfert писалъ очень мало, но его лекціи, въ высшей степени интересныя, большею частью практическаго характера и дышавшія не рѣдко ѣдкимъ сарказмомъ, привлекали въ теченіе многихъ лѣтъ въ Прагу врачей почти изъ всей Европы. Какъ его непосредственныхъ учениковъ мы должны назвать д-ра Брейскаго, профессора акушерства въ Прагѣ и д-ра Sâxinger'a въ Эрлангенѣ\*.

Приближаясь къ новѣйшимъ, большею частью еще живымъ дѣятелямъ на поприщѣ гинекологіи, мы невольно должны становиться осторожнѣе въ нашихъ приговорахъ. Мы искренно желали избѣгнуть всякаго духа полемики въ руководствѣ, назначаемомъ для учащихся, и потому ограничимся здѣсь приведеніемъ только главнѣйшихъ трудовъ по гинекологіи за послѣдніе годы, высказывая объ нихъ мнѣніе по крайнему нашему разуменію. Такъ какъ въ послѣднія два десятилѣтія гинекологическая литература разрослась очень значительно, то мы должны ограничиться здѣсь только разборомъ въ особенности руководствъ и учебниковъ.

Ch. West, врачъ при Лондонскомъ Barthelemew Hospital, написалъ руководство къ гинекологіи, которое пользуется очень почетнымъ именемъ не только въ англійской, но и въ европейской литературѣ. West очень хорошо знакомъ съ германской литературой и въ этомъ отношеніи книга его выгодно отличается отъ многихъ англійскихъ учебниковъ. Серьезнымъ недостаткомъ книги West'a мы считаемъ то, что онъ очень мало принялъ въ соображеніе успѣхи новѣйшей патологической анатоміи и оттого въ ней встрѣчается много устарѣлыхъ взглядовъ.

Lectures on the diseases of Women. London, 1856—1858. Около 20 лѣтъ тому назадъ оно вышло третьимъ изданіемъ.

Sam. Ashwell (Ашвелъ) написалъ въ началѣ 50-хъ годовъ учебникъ гинекологіи, о которомъ критика отозвалась очень лестно.

\* О взглядахъ Seyfert'a, относящихся къ различнымъ вопросамъ по гинекологіи, см. статью Sâxinger'a: Ueber Krankheiten des Uterus, помѣщенную въ Prager Vierteljahrsschrift, 1866. Bd. 1 и 4.

Въ 1854 г. вышелъ нѣмецкій переводъ, сдѣланный уже съ 3-го изданія. Учебникъ Ashwell'я ужъ черезъ-чуръ практичeskій и оттого-то мы находимъ въ немъ такую массу рецептовъ и формулъ. Патологическая анатомія разработана еще хуже, чѣмъ въ учебникѣ West'a.

Dr. Sam. Ashwell, Practisches Handbuch ueber die Krankheiten des weiblichen Geschlechts. Uebers. v. Otto und Edm. Friedrich. Leipzig. 1854. (Англійскаго оригинала мы не имѣли въ рукахъ).

Г. А. Аган очень много занимался гинекологіей и лекціи его по этому предмету во многихъ отношеніяхъ далеко превосходятъ все то, что появилось въ это время въ гинекологической литературѣ во Франціи. Такого мастерскаго описанія клиническихъ картинъ едва ли можно встрѣтить въ любомъ учебникѣ. Въ высшей степени тщательно разработана также діагностика.

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes, recueillies par le Dr. A. Gauchet et revues par l'auteur. 3 части. Paris, 1858—1860.

Весquere l. Учебникъ этого автора представляетъ очень прилежную компиляцію, но за то, какъ справедливо замѣчаетъ Courty, лишенъ всякой оригинальности. Тѣмъ не менѣе книга эта была не бесполезна для учащихся, такъ-какъ знакомила ихъ достаточно съ тогдашнимъ состояніемъ гинекологіи.

Traité clinique des maladies de l'uterus et de ses annexes. Avec atlas de 18 planches. 2 vol. Paris, 1859.

Исаакъ В. Brown (Бэкеръ-Браунъ) былъ однимъ изъ самыхъ извѣстныхъ практиковъ послѣдняго времени въ Лондонѣ. Онъ съ особенною любовью занимался хирургическою частью гинекологіи и немало содѣйствовалъ успѣхамъ ея. Извѣстно какого шуму надѣлалъ въ медицинскои прессѣ его процессъ въ лондонскомъ акушерскомъ обществѣ по поводу вырѣзыванія клитора (см. патологию клитора). Какъ бы то ни было, но не подлежить сомнѣнію, что В. Brown былъ въ высшей степени талантливый и смѣлый гинекологъ. Сочиненіе его о хирургической патологіи половой сферы содержитъ очень много оригинальнаго, какъ напр. терапію міомъ матки, леченіе фистулъ, разрывовъ промежности и пр. и можетъ быть причислено къ лучшимъ произведеніямъ новѣйшей гинекологической литературы.

On surgical diseases of Women. London, first edit. 1854; Sec. edit. 1861.

Nonat былъ долгое время врачомъ при Charité въ Парижѣ, гдѣ онъ завѣдывалъ женскимъ отдѣленіемъ. Я имѣлъ возможность слѣдить за нимъ въ теченіи семестра и впечатлѣніе, сдѣланное на меня этимъ клиницистомъ, я не могу назвать очень выгоднымъ. Nonat можетъ служить самымъ рѣзкимъ представителемъ французскихъ гинекологовъ-терапевтовъ: множество лекарствъ, припарокъ и—общія кровопусканія и притомъ нерѣдко coup sur coup; при простомъ катаральномъ метритѣ—кровопусканіе изъ руки! Мѣстная, чисто-гинекологическая терапія отстываетъ на задній планъ. Nonat въ своемъ сочиненіи съ особенною любовью разра-

боталь различныя воспалительныя формы тазовой соединительной ткани (phlegmon périutérin) и въ этомъ отношеніи онъ имѣеть несомнѣнную заслугу, такъ какъ онъ, съ клинической стороны, исчерпалъ этотъ предметъ до послѣдней возможности. Клиницистъ нерѣдко съ пользою можетъ прибѣгнуть къ сочиненію Nonat, такъ-какъ въ немъ приведено очень много интересныхъ наблюденій.

Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris 1860.

Traité pratique des maladies de l'utérus, de ses annexes et des organes génito-externes par le d-r Nonat и пр. 2-е édition, revue et augmentée, avec la collaboration du d-r Linas. Paris, 1870—74.

Отличается очень выгодно отъ перваго изданія, такъ-какъ авторъ сдѣлалъ очень много уступокъ новѣйшимъ успѣхамъ науки. Кромѣ того прибавлено подробное изложеніе болѣзней наружной половой сферы.

Bernutz и Gourpil въ 1860 г. издали собраніе клиническихъ трактатовъ по гинекологіи, которые справедливо обратили на себя общее вниманіе. Авторы, отчаяваясь въ томъ, чтобъ, при современномъ состояніи гинекологіи, можно было написать сколько-нибудь сносное руководство къ этой наукѣ (?), рѣшились пока собирать только клиническіе факты, по возможности группировать ихъ и дать имъ посильное объясненіе, гдѣ возможно, на основаніи анатомико-патологическихъ изслѣдованій.

Во всей гинекологической литературѣ я не знаю другаго сочиненія, въ которомъ бы съ такой полнотой и такими подробностями разбирались трактуемые вопросы. Чтобы дать понятіе объ этомъ читателю, незнакомому съ разсматриваемымъ сочиненіемъ, приведемъ только то, что статья о задержаніи мѣсячныхъ занимается ни болѣе, ни менѣе, какъ 345 страницъ убористой печати!! Такимъ же образомъ разработаны и главы объ haematosele, пельвиперитонитѣ и пр.: non multa, sed multum....! Сочиненіе G. и V. имѣеть множество неоспоримыхъ достоинствъ и мы въ подлежащихъ главахъ нашей книги нерѣдко возвратимся къ нимъ; но не можемъ здѣсь не замѣтить, что способъ изложенія нерѣдко приводитъ въ отчаяніе читателя, до такой степени оно растянуто. Важное достоинство разсматриваемаго сочиненія составляетъ также очень тщательная разработка библіографіи разбираемыхъ вопросовъ.

Clinique medicale sur les maladies des femmes. 2 тома. Paris, 1860—1862 г.

P. C. Huguier, умершій нѣсколько лѣтъ тому назадъ, очень много содѣйствовалъ успѣхамъ новѣйшей гинекологіи во Франціи популяризированіемъ маточнаго зонда и въ особенности своими классическими изслѣдованіями о различныхъ патологическихъ формахъ наружной половой сферы, главнымъ же образомъ объ гипертрофіи маточной шейки. Если, какъ увидимъ ниже, Huguier въ этомъ отношеніи не свободенъ отъ нѣкоторой односторонности, тѣмъ не менѣе онъ навсегда связалъ свое имя съ этимъ вопросомъ, такъ какъ онъ первый указалъ на всю важность его клиническаго значенія.

Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus dans les affections désignées sous le noms de descente, de precipitation de cet organe et sur leur traitement par la résection ou l'amputation de la totalité du col, suivant la variété de la maladie. Paris, 1860.

De l'hysterometrie. Paris, 1866.

Эдуардъ Martin, бывший профессоромъ акушерства и гинекологии въ Берлинѣ. Будучи приверженцемъ механической терапіи и имѣя очень большой гинекологическій матеріалъ, онъ много содѣйствовалъ успѣхамъ новѣйшей гинекологіи въ Германіи. Нельзя упомянуть также о томъ, что Martin одинъ изъ первыхъ въ Германіи писалъ въ пользу овариотоміи и уже въ 50 годахъ обнародовалъ нѣсколько удачныхъ случаевъ экстирпаціи кистъ яичниковъ.

Ueber Ovariometrie. Jena, 1851.

Hand-Atlas der Gynaecologie und Geburtshülfe. Berlin, 1862.

Die Neigungen und Beugungen der Gebärmutter. Berlin, 1866. 2-е издание—1871. Очень тщательно разработанная монографія, представляющая много интереснаго какъ въ клиническомъ отношеніи, такъ и въ особенности по отношенію къ этиологіи.

Кромѣ того Martin много лѣтъ былъ соредакторомъ прежняго акушерско-гинекологическаго журнала Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, въ которомъ помѣщено очень много его статей. Martin принадлежалъ также къ числу самыхъ дѣятельныхъ членовъ акушерскаго общества въ Берлинѣ и въ трудахъ этого общества (Beiträge zur Gynaecologie) печатались постоянно статьи Martin'a по различнымъ отдѣламъ гинекологіи.

Henry Savage (Сэведжъ) издалъ въ 1863 г. рядъ изслѣдованій по описательной и топографической анатоміи женской половой сфѣры, представляющихъ очень высокій интересъ потому, что изслѣдованія эти имѣютъ постоянно въ виду вопросы чисто-клиническіе. Въ этомъ отношеніи мы въ особенности должны указать на смѣщенія матки, значеніе смѣщенія рукава и пр.

Henry Savage, On the female pelvic organs. London, 1863.

Fleedwood Churchill написалъ очень обширное руководство къ гинекологіи, къ которому нѣкоторые критики, какъ напр. Courty, отнеслись, мнѣ кажется, слишкомъ строго. Руководство это, правда, отстало во многихъ отношеніяхъ (напр. изложеніе новообразованій половой сфѣры и пр.), но за то въ немъ можно встрѣтить столько интересныхъ личныхъ наблюденій автора, что чтеніе его книги представляетъ очень большой интересъ. Кромѣ того Churchill очень хорошо знакомъ съ литературой, особенно старой и въ этомъ отношеніи можетъ служить отличнымъ подспорьемъ для справокъ. Впрочемъ, въ англійской литературѣ имя Churchill'я пользуется большимъ почетомъ.

On the diseases of Women. 5-th edition. Dublin, 1864. Оно переведено на французскій языкъ, о также и на русскій (Криштофомъ). Москва 1867.

M. Clintock (Мэкъ-Клинтокъ), бывший директоръ родильнаго дома въ Дублинѣ, издалъ цѣлый рядъ трактатовъ по гинекологіи, представляющихъ большой интересъ для практика. Всѣ они написаны на основаніи личныхъ наблюденій, сгруппированныхъ очень удачно, такъ что выводы изъ нихъ проистекаютъ какъ-бы сами со-

бою. M. Clintock сдѣлалъ очень много для изученія гиперплазій влагалищной части, терапіи новообразованій и смѣщенной матки.

Clinical memoirs on diseases of Women. With Engravings. Dublin, 1863.

Graily Hewitt (Грейли-Юитъ) нѣсколько лѣтъ тому назадъ издалъ руководство къ гинекологіи, которое въ короткое время выдержало по два изданія на англійскомъ языкѣ и въ нѣмецкомъ переводѣ. Не смотря однако на это, мы не можемъ рекомендовать его, въ особенности начинающимъ изучать гинекологию. Въ книгѣ этой до такой степени мало системы, что и человѣку, близко знакомому съ дѣломъ, оріентироваться очень трудно. Изъ желанія показаться оригинальнымъ, авторъ держится въ изложеніи совершенно своеобразнаго способа, который дѣйствительно отличаетъ его учебникъ отъ всѣхъ другихъ, но едва-ли съ очень выгодной стороны. Это тѣмъ болѣе жаль, что въ книгѣ этой есть дѣйствительно много хорошаго, такъ какъ авторъ ея принадлежитъ къ лучшимъ представителямъ современной гинекологіи въ Англии.

The diagnosis and treatment of diseases of Women. London. I-е изданіе въ 1864, 2-е въ 1867.

Jul. Klob, не будучи гинекологомъ по ремеслу, оказалъ нашей наукѣ очень важную услугу тѣмъ, что первый разработалъ гинекологию съ точки зрѣнія исключительно анатомико-патологической. Авторъ, будучи ученикомъ Рокитанскаго, воспользовался громаднымъ анатомическимъ матеріаломъ его по отношенію къ гинекологіи и составленную имъ такимъ образомъ монографію можно назвать безукоризненною во всѣхъ отношеніяхъ.

Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. Wien, 1864.

G. Veit (Фейтъ), занявшій мѣсто Kilian'a въ Боннѣ, извѣстенъ по многимъ очень интереснымъ статьямъ по гинекологіи. Virchow поручилъ ему написать для своего большаго руководства (Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie) учебникъ гинекологіи, который въ 1867 г. вышелъ вторымъ изданіемъ. Учебникъ Veit'a мы положительно считаемъ лучшимъ въ германской литературѣ во многихъ отношеніяхъ и нельзя не пожалѣть, что онъ не переведенъ на русскій языкъ въ то время, какъ этой чести удостоились такія сочиненія, какъ компендіумъ Steinhause'n'a и др. Книга Veit'a даетъ полную картину современнаго состоянія гинекологіи и если ее въ чемъ можно упрекнуть, то развѣ въ излишней сжатости (напр. патологія наружной половой сферы, глава объ гиперплазіяхъ влагалищной части, патологія яичниковъ и нѣкот. друг.).

Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Erlangen, 1867.

Spencer Wells (Спэнсеръ Уэлсъ), бывший долгое время врачомъ при спеціальной женской больницѣ (Samaritan Hospital) въ Лондонѣ, получилъ громадную извѣстность какъ первый оваріотомистъ не только въ Англии, но и во всемъ мірѣ. Sp. W. одинъ изъ первыхъ началъ писать о необходимости и законности

овариотоміи и до настоящаго времени онъ насчитываетъ болѣе тысячи этихъ операций, сдѣланныхъ имъ въ теченіи какихъ нибудь двадцати съ чѣмъ то лѣтъ. Откуда можно набрать такое число кистъ даже въ такомъ громадномъ городѣ, какъ Лондонъ,—было бы для насъ совершенно загадкой, еслибы это не объяснялось европейскимъ именемъ Wells'a, привлекающимъ къ нему больныхъ изъ англійскихъ колоній и провинцій и даже съ континента. Въ 1865 г., располагая уже 114 случаями, онъ издалъ первый томъ своего сочиненія о болѣзняхъ яичниковъ, справедливо обратившаго на себя общее вниманіе; вторая часть вышла 10 лѣтъ тому назадъ. Сочиненіе Wells'a исчерпываетъ до такой степени разбираемый предметъ и въ немъ столько оригинальнаго, что оно составляетъ истинное приобрѣтеніе не только для англійской, но и для европейской литературы вообще. Въ первой части приведены со всевозможными подробностями 114 оvariотомій; во второй же авторъ трактуетъ объ анатоміи и физиологіи половыхъ органовъ (у женщины) вообще и въ особенности подробно о яичникахъ. Во 2-й главѣ разсматривается патологическая анатомія новообразованій яичниковъ и авторъ воспользовался здѣсь не только своими личными наблюденіями, но и изслѣдованіями новѣйшихъ авторовъ, писавшихъ по этому предмету. Особенно оригинальность отличается глава VI о распознаваніи новообразованій яичниковъ и здѣсь-то чрезвычайно рѣзко выступаетъ громадная клиническая опытность автора. Тоже самое мы должны сказать о главахъ: IX (различные способы леченія кистъ) и X—о выборѣ случаевъ для оvariотоміи. Sp. W. болѣе кого либо содѣйствовалъ распространенію оvariотоміи и заслуги его въ этомъ отношеніи останутся навсегда въ исторіи гинекологіи.

Diseases of the Ovaries, their diagnosis and treatment. Vol. II. London 1865 — 1872. Сочиненіе Wells'a переведено на французскій языкъ Bodaert'омъ и на нѣмецкій Grenser'омъ сыномъ.

A. Courty, проф. хирургіи въ Монпелье, нѣсколько лѣтъ тому назадъ издалъ очень обширное руководство къ гинекологіи, занявшее почетное мѣсто во французской литературѣ, которая за послѣдніе годы въ этомъ отношеніи значительно поотстала отъ другихъ европейскихъ литературъ. Руководство Courty по многимъ отдѣламъ можно назвать безукоризненнымъ (напр. патологія мѣсячныхъ, новообразованія матки и пр.), но за то, съ другой стороны, оно имѣетъ очень много недостатковъ, именно какъ пособие для учащихся. Въ этомъ отношеніи мы должны указать въ особенности на чрезвычайно большой объемъ книги, обусловливаемый главнымъ образомъ тѣмъ, что авторъ слишкомъ распространяется о вещахъ, которыя этого вовсе не заслуживаютъ или даже о такихъ предметахъ, которые вовсе не относятся къ гинекологіи, какъ напр. о леченіи болѣзней матки вообще, гдѣ говорится о вещахъ, относящихся къ области общей терапіи. Авторъ, будучи пропитанъ традиціями монпельской школы, до сихъ поръ не могъ отдѣлаться отъ взглядовъ, которые шокируютъ въ настоящее время читателя,



выросшаго въ другихъ понятіяхъ о патологіи. Таково напр. дѣленіе слабости на атонію, астению и а динамію и пр. Классификацію предметовъ, входящихъ въ составъ гинекологіи и которой придерживается авторъ, тоже нельзя назвать безукоризненною. Такъ напр. патологію мѣсячныхъ онъ относитъ къ особенному отдѣлу измѣненій въ отправленіяхъ матки (*alterations des fonctions*), причѣмъ матеріальныя, т. е. анатомико-патологическія измѣненія не играютъ вовсе никакой роли, или же имѣютъ значеніе только второстепенное (?). Не смотря однако на эти недостатки, сочиненіе Courty составляетъ одно изъ лучшихъ новѣйшихъ руководствъ по нашему предмету. Какъ на одно изъ достоинствъ разсматриваемаго сочиненія, мы должны указать на то, что авторъ его отлично знакомъ съ иностранными литературами.

*Traité pratique des maladies des l'utérus, des ovaires et des trompes, considérées principalement au point de vue du diagnostic et du traitement, contenant un appendice sur les maladies du vagin et de la vulve.* 2-e édit. revue, corrigée et considérablement augmentée. Paris. 1872. Въ настоящее время ходитъ второе изданіе, значительно дополненное и исправленное.

Gallard, врачъ при госпиталѣ Pitié въ Парижѣ, ученикъ Valleix'a, Jobert'a, Huguier'a и другихъ, написалъ нѣсколько интересныхъ статей по гинекологіи о воспаленіи яичниковъ, haematosele и пр. и издалъ въ 1873 году рядъ лекцій по этому предмету, не представляющихъ впрочемъ учебника или руководства въ строгомъ смыслѣ. Въ то время, какъ авторъ съ особеными подробностями излагаетъ нѣкоторые отдѣлы гинекологіи, какъ напр. о воспаленіи яичниковъ, маточной ткани, воспаленіи внутренней поверхности матки, *phlegmone periuter.* и пр., онъ другихъ отдѣловъ едва касается. Впрочемъ, лекціи эти, не представляя ничего особенно новаго, интересны въ томъ отношеніи, что они очень хорошо знакомятъ читателя съ современнымъ состояніемъ гинекологіи во Франціи.

*Leçons cliniques sur les maladies des femmes. Avec 94 figures intercalées dans le texte.* Paris, 1873. Вышедшее въ 1881 году второе изданіе этого сочиненія очень выгодно отличается отъ перваго между прочимъ и тѣмъ, что авторъ помѣстилъ въ немъ историческій очеркъ развитія гинекологіи, интересный въ особенности по отношенію къ Франціи.

R. Barnes, извѣстный акушеръ въ Лондонѣ, издалъ очень объемистое руководство по гинекологіи, которое, безъ сомнѣнія, займетъ почетное мѣсто въ англійской литературѣ. Чрезвычайно тщательно разработана клиническая сторона. Въ отношеніи анатомико-патологическомъ руководство Barnes'a представляетъ много интереснаго потому, что онъ описалъ въ немъ очень много интересныхъ патолого-анатомическихъ препаратовъ, хранящихся въ лондонскихъ музеяхъ.

*A. Clinical Hystory of the medical and surgical diseases of Women.* London, 1873.

Изъ руководствъ, появившихся въ германской литературѣ за послѣднее время, мы должны въ особенности указать на сочиненія Schroedera, Hegara и Kaltensbacha'a и большое руководство Billotha'a.

Руководство Schrod'er'a—Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane—въ короткое время выдержало пять изданій (послѣднее въ 1881 г.), пользуется, слѣдовательно, большою популярностью въ Германіи. Оно дѣйствительно изложено мастерски и единственный и главный упрекъ, который можно ему дѣлать, это чрезвычайная сжатость его. Начинаящему нѣрѣдко трудно будетъ понимать автора. Кромѣ того Schr. во многихъ случаяхъ излагаетъ дѣло черезъ-чуръ односторонне, касаясь только вскользь мнѣній другихъ. Нельзя не пожалѣть о томъ, что это прекрасное руководство нѣсколько лѣтъ тому назадъ появилось въ русскомъ переводѣ, представляющемъ очень много существенныхъ недостатковъ.

Руководство къ оперативной гинекологіи Hegar'a и Kaltenbach'a (2-е изд. въ 1881 г.) представляетъ истинное обогащеніе гинекологической литературы. Авторы этого сочиненія, обладая чрезвычайно большою опытностью, излагаютъ оперативную гинекологию въ такой полнотѣ и съ такимъ глубокимъ знаніемъ дѣла, что въ настоящее время сочиненіе это сдѣлалось настольной книгой для всякаго гинеколога. Первое изданіе переведено на русскій языкъ д-ромъ Штолемъ.

Что касается большаго руководства къ гинекологіи, изданнаго подъ редакціей Vilguth'a, то оно имѣетъ всѣ достоинства и недостатки подобнаго рода сочиненія. Руководство, написанное нѣсколькими авторами, будетъ по неволѣ лишено системы и представлять только сборникъ монографій весьма различнаго качества. Въ самомъ дѣлѣ, рядомъ съ монографіями по истинѣ безукоризненными встрѣчаются такія, которыя отзываются какою то поспѣшностью, а иногда даже болѣе существенными недостатками.

Beigel, Krankheiten des Weiblichen Geschlechts 203, 1874—1875. Руководство В. рѣзко отличается отъ другихъ нѣмецкихъ руководствъ въ особенности въ томъ отношеніи, что оно главнымъ образомъ написано по англійскимъ источникамъ. В. популяризовалъ въ германіи англійскую гинекологическую терапію и это одна изъ главныхъ заслугъ его. Разсматриваемое руководство можетъ служить, поэтому, хорошимъ подспорьемъ для всякаго, кто не знакомъ по источникамъ съ англійскою гинекологическою литературою.

J. Matthews Duncan, извѣстный всякому акушеру по своимъ замѣчательнымъ трудамъ по акушерству, два года тому назадъ издалъ собраніе лекцій по гинекологіи (Clinical Lectures on the diseases of women. London, 1879). Лекціи этихъ обнаружено всего нѣсколько и нѣкоторыя изъ нихъ (напр. о периметритѣ, о дисменорее и пр.) представляютъ несомнѣнный интересъ. Книжка Д. переведена недавно на русскій языкъ подъ редакціей д-ра Шварца (въ Кіевѣ).

Winckel издалъ сочиненіе по гинекологіи, очень выгодно отличающееся отъ большинства руководствъ, составляемыхъ по обыкновенному шаблону. Это есть собраніе замѣчательныхъ препаратовъ, представленныхъ въ фотографическихъ изображеніяхъ и сопровождаемыхъ очень подробнымъ описаніемъ. Авторъ всего больше обращаетъ вниманіе на патологию въ тѣсномъ смыслѣ.

Winckel, Pathologie der weiblichen Sexualorgane. 2 Bd. Leipzig, 1808—1879.

Для полноты нашего очерка намъ остается привести еще нѣсколько библиографическихъ данныхъ относительно американо-американской гинекологіи, причемъ мы укажемъ главнымъ образомъ на руководства.

Meigs былъ профессоромъ акушерства въ Филадельфіи, занимался очень много гинекологіей и имя его извѣстно въ наукѣ по его многочисленнымъ попыткамъ, направленнымъ къ леченію смѣщеній матки. Онъ написалъ систематическое руководство по гинекологіи, въ которомъ хотя придерживался главнымъ образомъ образецъ англійскихъ и французскихъ, но тѣмъ не менѣе въ немъ есть и не мало оригинальнаго (леченіе endometritis и пр.).

Diseases peculiar to femals. Philadelphia, 1844.

C. S. Bedford (Кэннингъ Бедфордъ), профессоръ въ Нью-Йоркѣ, издалъ довольно систематическій рядъ лекцій по гинекологіи и дѣтскимъ болѣзнямъ, представляющій довольно хорошій обзоръ тогдашняго состоянія науки.

Clinical Lectures on the diseases of Women and Childern. New-York, 1855.

M. Sims (Симсъ). Въ 60-хъ годахъ, со времени переѣзда этого врача въ Европу, заговорили очень много объ американской гинекологіи, чему онъ много содѣйствовалъ, издавъ свои клиническія замѣтки о маточной хирургіи. Симсъ имѣетъ очень много хулителей и еще болѣе жаркихъ приверженцевъ. Истина, какъ вездѣ, такъ и здѣсь, занимаетъ середину. Sims'у никто не можетъ отказать въ большой оригинальности, чрезвычайно мѣткой наблюдательности и смѣлости, съ какою онъ прилагаетъ свои воззрѣнія къ практикѣ. Какъ на положительныя, неоспоримыя заслуги Sims'a мы укажемъ только на его зеркало, изслѣдованія о вагинизмѣ, леченіе новообразованій матки и, наконецъ, его результаты въ области половыхъ свищей и въ особенности на разработку вопроса о женскомъ безплодіи. Съ другой же стороны, нельзя не сдѣлать Sims'у нѣсколько серьезныхъ упрековъ. Главный изъ нихъ состоитъ въ томъ, что онъ нерѣдко, совершенно игнорируя результаты, добытые новѣйшею наукою, какъ бы щеголяетъ своимъ эмпиризмомъ. Другой кардинальный недостатокъ Sims'a—это страсть его къ ножу и притомъ очень нерѣдко въ такихъ случаяхъ, гдѣ можно очень хорошо обойтись и безъ него. Не смотря однако на все это, Sims оказалъ несомнѣнное вліяніе на новѣйшую гинекологію какъ своими оригинальными трудами, такъ и въ особенности тѣмъ, что онъ популяризовалъ въ Европѣ результаты американскихъ специалистовъ.

Clinical Notes on uterine Surgery. London, 1866. Это собраніе статей по гинекологіи, напечатанныхъ прежде въ различныхъ журналахъ. Сочиненіе это переведено на нѣмецкій, французскій, русскій, а также и другіе языки. Подробный разборъ его мы помѣстили въ Военно-Медиц. журналѣ за 1867.

On Ovariotomy. New-York, 1872. Переведено на нѣмецкій языкъ Н. Вейгеремъ. Брошюра эта далеко уступаетъ вышеприведенному сочиненію. Авторъ, по странному стеченію обстоятельствъ, до сихъ поръ очень мало оперировалъ кисты яичника; тѣмъ не менѣе онъ недоволенъ результатами другихъ гинекологовъ и предлагаетъ свой новый способъ, состоящій въ томъ, что, по удаленіи кисты, проводитъ дренажную трубка изъ брюшной полости чрезъ рубавъ, для того, чтобы чрезъ нее стекали жидкости изъ брюшной полости, разложеніе которыхъ ведетъ къ септикеміи, единственной (?) почти причинѣ смертельныхъ исходовъ послѣ овариотоміи.

T. Gaillard Thomas, профессоръ акушерства въ Нью-Йоркѣ, издалъ руководство по гинекологіи, которое въ теченіи четырехъ лѣтъ выдержало три изданія. Руководство Thomas'a можетъ имѣть для насъ только интересъ потому, что оно знакомитъ насъ съ современнымъ состояніемъ американской гинекологіи и въ этомъ отношеніи оно совершенно соотвѣтствуетъ цѣли. Очень непріятное впечатлѣніе на читателя дѣлаетъ изложеніе, котораго

придерживается авторъ, а именно, оно слишкомъ афористическое и мѣстами въ высшей степени сжато.

A practical treatise on the diseases of Women. Third edition enlarged and throghly revised. Philadelphia, 1872

Вифорд (Вайфордъ), профессоръ акушерства въ Чикаго, издалъ въ высшей степени интересное сочиненіе о воспаленіи и смѣщеніяхъ матки. Такъ-какъ авторъ излагаетъ очень подробно способы изслѣдованія и этиологію разсматриваемыхъ вопросовъ, причѣмъ онъ невольно долженъ касаться почти всей гинекологіи вообще, то книга его во многихъ отношеніяхъ замѣняетъ обыкновенные систематическіе учебники. Ни въ одномъ изъ извѣстныхъ намъ сочиненій разбираемые вопросы не исчерпаны съ такими подробностями, какъ въ книгѣ Вифорд'а. Въ особенности мы указываемъ на изслѣдованіе внутренней поверхности матки и на леченіе эндометрита.

A treatise on the chronic Inflammation and displacements of the inimpragnated uterus. Second edition, enlarged. Philadelphia, 1871.

Однимъ изъ лучшихъ американскихъ руководствъ по гинекологіи должно считать сочиненіе Emmet'a: The Principles and Practice of Gynaecology. Philadelphia, 1879. Авторъ самъ называетъ его практическимъ по преимуществу и дѣйствительно напрасно мы искали бы въ немъ то, чего мы требуемъ отъ подобнаго рода сочиненій, написанныхъ европейскими авторами. За то, съ другой стороны, книга Emmet'a можетъ служить прекраснымъ пособіемъ для всякаго, кто желаетъ познакомиться съ теперешнимъ состояніемъ американской гинекологіи.

По изложеніи собственно фактической стороны нашего очерка развитія гинекологіи, намъ остается еще охарактеризовать въ общихъ чертахъ современное состояніе ея въ различныхъ странахъ, съ одной стороны, и затѣмъ указать на то, какое мѣсто гинекологія занимаетъ въ ряду другихъ медицинскихъ спеціальностей.

Въ настоящее время, когда различные народы, благодаря небывалымъ до сихъ поръ средствамъ передвиженія, физически гораздо тѣснѣе сближаются между собою, сближеніе это невольно должно было отразиться и въ сферѣ умственного труда. Оттого-то теперь школы потеряли свое прежнее значеніе исключительности или замкнутости. Тѣмъ не менѣе однако, въ силу историческихъ обстоятельствъ умственного развитія народовъ, не смотря на кажущееся однообразіе, наука каждаго народа, по крайней мѣрѣ тѣхъ, которые двигали ее, сохраняетъ свои особенныя отѣнки, своего рода самобытность. Что касается спеціально гинекологіи, то въ этомъ отношеніи можно различать четыре школы, а именно: французскую, нѣмецкую, англійскую и американскую.

Мы видѣли выше, что гинекологія собственно зародилась на французской почвѣ и именно въ то время, когда ею занялись лучшие представители французской хирургіи. Но, къ сожалѣнію, сдѣлавъ большіе успѣхи въ одно время (2-ая половина XVIII и первая четверть настоящаго столѣтія), гинекологія во Франціи

отступила на задній планъ и въ послѣдніе годы развитіе ея далеко уступило тому, что мы видимъ въ другихъ странахъ. Если французы въ послѣднее время принимали участіе въ развитіи гинекологіи, особенно по нѣкоторымъ отдѣламъ ея, то это былъ отголосокъ движенія, исходившаго изъ Англіи. Доказательствомъ этого можетъ служить оваріотомія. Nelaton'у приходилось ѣздить въ Лондонъ для того, чтобы познакомиться съ этимъ вопросомъ въ то время, когда онъ въ Англіи уже давно получилъ право гражданства. Причиною этого мы считаемъ то, что французы, признавая только дѣленіе медицины на двѣ большихъ отрасли, именно патологию внутреннюю и наружную (хирургію), очень косо посматриваютъ на людей, посвящающихъ всю свою жизнь изученію одного какого-либо отдѣла той или другой отрасли науки. Такъ было и съ гинекологіей. Какъ отдѣльная самостоятельная специальность она до сихъ поръ не существуетъ во Франціи \*. Предметы, входящіе въ составъ ея, раздѣляются между терапевтами и хирургами. Аномалии мѣсячныхъ, воспалительныя формы и пр. относятся къ области дѣятельности терапевтовъ; хирурги же присвоили себѣ все тѣ гинекологическія формы, гдѣ требуется леченіе болѣе или менѣе хирургическое. Сочиненіе Courty составляетъ въ этомъ отношеніи выгодное исключеніе изъ общаго правила. Эта-то разрозненность гинекологіи и послужила, по нашему мнѣнію, главною причиною того, что эта часть медицины не сдѣлала во Франціи такихъ успѣховъ, какихъ мы вправѣ были ожидать отъ специальности, развившейся на французской почвѣ. Правда, въ самое послѣднее время нѣкоторые дѣятели достойно поддержали старую славу французской медицины (Koeberle, Courty, Péan и др.) и остается только пожелать, чтобы движеніе это впередъ коснулось массы врачей, а не было сосредоточено въ рукахъ немногихъ.

Пожеланіе это, высказанное нами нѣсколько лѣтъ тому назадъ, въ послѣдніе годы выполняется все болѣе и болѣе. Цѣлый рядъ молодыхъ дѣятелей, труды которыхъ будутъ приведены нами въ подлежащихъ мѣстахъ въ этомъ сочиненіи, дѣятельно за-

\* По крайней мѣрѣ такъ было дѣло еще очень недавно. Теперь только замѣтна нѣкоторая реакція противъ этого направленія, когда многие изъ представителей французской гинекологіи убѣдились — насколько подобныя взгляды тормозили развитіе гинекологіи во Франціи. Эта перемена къ лучшему доказывается появившимися въ 1874 году въ одно время двумя журналами, специально посвященными акушерству и женскимъ болѣзнямъ. Еще нѣсколько лѣтъ тому назадъ это было-бы невозможное явленіе во Франціи, такъ-какъ подобныя предпріятія встрѣтили бы очень мало сочувствія въ массѣ врачей. Во главѣ одного изъ этихъ изданій (*Archives de toxicologie, maladies des femmes et des enfants nouveau-nés*) стоитъ теперешній профессоръ акушерской клиники въ Парижѣ Depaul; сотрудникъ его: Bailly, Bernutz, Blot, Charpentier, Guéniot, Hervieux и De Souge. Другой акушерско-гинекологическій журналъ (*Annales de gynécologie*) издается Pajot вмѣстѣ съ Courty, Tranier, Galard'омъ и др.

нялись гинекологіей и они, безъ сомнѣнія, займутъ почетное мѣсто въ современномъ движеніи этой науки.

Германская гинекологическая школа занимаетъ очень высокое мѣсто въ настоящее время. Послѣ движенія, сообщеннаго ей Kiwisch'емъ, она безостановочно развивалась и результаты этого движенія таковы, что они признаются всѣми, нѣкоторыми съ радостью, другими не охотно. Рѣзкою особенностью нѣмецкой гинекологіи мы считаемъ чрезвычайно добросовѣстную разработку патологической анатоміи и гистологіи и примѣненіе выводовъ ихъ къ клиническимъ задачамъ. Съ самаго начала развитіе гинекологіи въ Германіи находилось въ рукахъ акушеровъ, которые нерѣдко были отличными врачами, но плохими хирургами. Это не могло не отразиться на характерѣ нѣмецкой гинекологіи: она отличалась какъ-бы какою то трусливостью и не особенно жаловала ножа.

Если это еще только нѣсколько лѣтъ тому назадъ можно было говорить на счетъ направленія нѣмецкой гинекологіи, то въ настоящее время характеръ ея измѣнился самымъ радикальнымъ образомъ. Благодаря такимъ личностямъ, каковы Simon, Veit, Spiegelberg, Hegar, Schroeder, A. Freund и др., въ нѣмецкой гинекологіи замѣчается явное стремленіе расширить предѣлы хирургической терапіи въ примѣненіи къ женской половой сферѣ до крайней возможности. Всѣмъ какъ бы надоѣло добиваться терапевтическихъ результатовъ, примѣняя въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени тѣ или другіе методы, а съ какою то особенной охотой, при малѣйшей возможности, берутся за ножъ. Этимъ объясняется столь быстрое распространеніе въ Германіи такихъ смѣлыхъ операцій, каковы экстирпація матки по Freund'у и пр. Что направленіе это, безъ сомнѣнія, очень сильно двинуло нѣмецкую гинекологию,—никто спорить не станетъ. Но, съ другой стороны, направленіе это нерѣдко заходитъ за предѣлы позволительнаго и объ этомъ мы не разъ будемъ имѣть случай говорить на страницахъ этого сочиненія.

Английская школа. Начиная съ Simpson'a, вліяніе английской школы на еропейскую гинекологию до такой степени сильно, что многіе гинекологию считаютъ какъ-бы наукой английской по преимуществу. Главною характеристикою английской школы должно считать ея безпрерывныя стремленія къ обогащенію гинекологической терапіи. Стоить только открыть любой английскій учебникъ, чтобы убѣдиться въ какой мѣрѣ разработана тамъ эта часть нашей науки. Кромѣ того английская гинекологическая терапія отличается чрезвычайною смѣлостью съ тѣхъ поръ, какъ гинекологія ближе примкнула къ хирургіи. Поэтому эта часть гинекологіи разработана въ Англии такъ, какъ нигдѣ. Кто можетъ напр. насчитать столько оваріотомій, какъ Sp. Wells и кто можетъ похвастать такими результатами въ этомъ отношеніи, какъ Keith, въ Эдинбургѣ? О блестящемъ

состояніи англійской гинекологіи, съ наружной, такъ сказать, формальной стороны, можно судить ужъ по одному очень значительному числу врачей, посвящающихъ ей свою дѣятельность: ни одна страна не можетъ насчитать столько гинекологовъ, какъ Англія.

Школа американская заняла почетное мѣсто въ наукѣ не болѣе, какъ лѣтъ 20-ть тому назадъ. Она, будучи отраслью англійской гинекологіи и, сохранивъ въ общихъ чертахъ главный ея характеръ, въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ опередила ее. Благодаря особеннымъ условіямъ американской жизни, гинекологическая терапія въ этой странѣ не встрѣтила тѣхъ затрудненій, съ которыми приходилось и постоянно приходится бороться европейскимъ специалистамъ и оттого-то американская гинекологія, какъ по результатамъ, такъ и по попыткамъ и стремленіямъ своимъ, невольно приводитъ насъ въ изумленіе. Американская больная прежде всего хочетъ быть вылечена какъ можно скорѣе; поэтому-то врачъ главнымъ образомъ имѣетъ въ виду это обстоятельство и нисколько не заботится насчетъ «tuto», связывающаго столь часто по рукамъ европейскую терапію. Мы бы могли привести множество примѣровъ, подтверждающихъ нашу мысль, но остановимся на одномъ, самомъ эксивизитномъ. Одна молодая особа страдаетъ каждый мѣсяцъ сильными *polim. menstr.* Пользующій врачъ, употребивши безъ успѣха всѣ извѣстныя ему средства, намекаетъ матери больной, что можно ожидать благопріятнаго результата только отъ операціи, а именно вырѣзать оба яичника. Мать и больная не только соглашаются на это, но настойчиво требуютъ исполненія этого плана. Врачъ дѣлаетъ запросъ объ этомъ гинекологическому обществу въ Бостонѣ; члены послѣдняго высказываются за операцію, которая дѣйствительно сдѣлана съ успѣхомъ: вырѣзываніе обоихъ яичниковъ ради *polim. menstr.*.....!! Какой врачъ на европейскомъ континентѣ посмѣлъ бы поступить такимъ образомъ? Эта то смѣлость, чтобы не сказать болѣе, американской гинекологіи такъ рѣзко отличаетъ ее отъ обще-европейской и даже англійской. Успѣхи ея по различнымъ отдѣламъ нашей науки, а именно леченію нѣкоторыхъ воспалительныхъ формъ матки, половыхъ свищей, смѣщеній матки и пр., таковы, что игнорировать ихъ въ настоящее время нѣтъ никакой возможности. Имена такихъ гинекологовъ каковы: Hodge, Vozeman, Emmet, Marion Sims, Barker, Peasley, H. Storer, Kimbal и множество другихъ пользуются совершенно заслуженнымъ авторитетомъ и мы нерѣдко въ нашемъ сочиненіи будемъ ссылаться на нихъ.

Разсмотрѣвъ значеніе и характеристику европейскихъ гинекологическихъ школъ, намъ остается сказать нѣсколько словъ о состояніи гинекологіи въ Россіи. Всякому, знакомому съ исторіей нашей медицины, должно быть понятно безъ дальнихъ словъ, что состояніе это еще очень недавно должно было быть не совсѣмъ блестящее. Мы учились по учебникамъ, приходившимъ

къ намъ изъ заграницы и строго придерживались тѣхъ или другихъ авторитетовъ. О самобытномъ движеніи впередъ не было и рѣчи. Поэтому гинекологическая литература наша очень бѣдна, бѣдна даже относительно литературной разработки у насъ другихъ отраслей медицины. Мы говоримъ это на основаніи того, на сколько мы могли лично познакомиться съ этой литературой, подробной библиографіи которой, къ сожалѣнію, до сихъ поръ не существуетъ. Мы видѣли уже выше, что въ различныя времена переводились у насъ гинекологическіе учебники; такъ къ сожалѣнію дѣло идетъ до настоящаго времени. Это особенно печально теперь, когда гинекологія у насъ достигла уже довольно значительной степени развитія. Доказательствомъ этого могутъ служить, съ одной стороны, руководство проф. А. А. Китера (Руководство къ изученію женскихъ болѣзней. С.-Петербург., 1858) и Курсъ акушерства и женскихъ болѣзней проф. Флоринскаго, останавившійся на 2-мъ выпускѣ. Первое изъ упомянутыхъ сочиненій, изложенное въ очень сжатой формѣ, въ свое время могло служить очень хорошимъ учебникомъ и оно, сколько намъ извѣстно, еще недавно находилось въ рукахъ учащихся. Курсъ проф. Флоринскаго задуманъ по очень обширному плану и, хотя критика достаточно выяснила всѣ недостатки его, тѣмъ не менѣе остается все таки пожелать, что сочиненіе это осталось неоконченнымъ въ виду бѣдности нашей литературы по сочиненіямъ догматическаго характера. Но гораздо болѣе положительнымъ доказательствомъ того, что гинекологія у насъ вступила въ періодъ самостоятельной разработки, могутъ служить труды многихъ русскихъ гинекологовъ. Во главѣ ихъ мы должны поставить предшественника моего по кафедрѣ проф. А. Я. Крассовскаго, оказавшаго важную услугу русской наукѣ тѣмъ, что пересади на нашу почву овариотомію и придавъ оперативной гинекологіи такое развитіе, о какомъ у насъ прежде не было и рѣчи. Послѣ проф. Крассовскаго мы должны упомянуть о проф. Э. К. Гепнерѣ. Онъ извѣстенъ всякому русскому врачу по его блестящимъ результатамъ по нѣкоторымъ отдѣламъ оперативной гинекологіи (свищи и разрывы промежности, зарощенія рукава и пр.). Мы ниже еще укажемъ на значительное число статей и нѣкоторыя монографіи гинекологическаго содержанія, дающія намъ право ожидать отъ русской гинекологіи очень многого.

При этомъ не можемъ не высказать мысли, исполненіе которой могло бы имѣть, какъ намъ кажется, благотвительное вліяніе на развитіе у насъ гинекологіи. Дѣло въ томъ, для того, чтобы развитіе гинекологіи пошло у насъ еще болѣе успѣшно, требуется два условія, а именно: усиленіе преподаванія ея въ нашихъ факультетахъ и учрежденіе специальныхъ больницъ для страданій женской половой сферы. Что касается перваго требованія, то законность его подтверждается хоть бы и тѣмъ, что старѣйшій нашъ медицинскій факультетъ, а именно московскій, вовсе не имѣетъ



гинекологической клиники (!!). Клиники же провинціальныхъ университетовъ большею частью такихъ небольшихъ размѣровъ, что онѣ не могутъ, какъ слѣдовало-бы, выполнять свою задачу. Что касается устройства специальныхъ больницъ для женскихъ болѣзней, то оно, по нашему мнѣнію, положительно необходимо. Врачъ, дѣйствующій при подобной больницѣ, пріобрѣтаетъ, относительно, очень скоро тотъ діагностическій тактъ и энергію, которыя при другихъ условіяхъ пріобрѣтаются только десятками лѣтъ. Англійская и американская гинекологія очень много обязаны этого рода учрежденіямъ, потому что только на такой почвѣ могли развиваться такіе гинекологи, какъ Sp. Wells, B. Brown, Emmet, H. Storer, M. Sims и др.

Гинекологія, какъ ученіе обо всемъ, что касается женской половой сферы въ фізіологическомъ и патологическомъ отношеніяхъ, за исключеніемъ беременности и родового акта, составляющихъ объектъ акушерства, — предметъ до такой степени обширный, что ее справедливо выдѣлили изъ числа другихъ отраслей медицины, сдѣлавъ изъ нея особенную специальность. Тѣмъ не менѣе однако она находится въ тѣсной связи не только съ акушерствомъ, но и съ другими отраслями медицины. Что касается отношенія гинекологіи къ акушерству въ тѣсномъ смыслѣ, то раздѣляя эти двѣ специальности нѣтъ никакой возможности. Онѣ постоянно другъ друга пополняютъ и успѣшное изученіе ихъ возможно, по моему мнѣнію, только сохраняя ихъ органическую связь между собою. Въ послѣдніе годы нѣкоторые изъ американскихъ гинекологовъ (Lewis, H. Storer, Vixby и др.) начали возставать противъ этого и стали ратовать противъ тяготѣнія гинекологіи къ акушерству, утверждая, что успѣшное развитіе гинекологіи должно идти особнякомъ и самостоятельно. Это имѣлось въ виду при основаніи гинекологическаго общества въ Бостонѣ, преслѣдовавшаго исключительно задачи специально-гинекологическаго характера. При этомъ они пошли еще далѣе и, желая расширить предѣлы гинекологіи, утверждали, что къ области ея относятся патологическія формы безъ исключенія всѣхъ органовъ, содержащихся въ тазу, т. е. патологія мочевого пузыря и прямой кишки. Что разорвать по произволу связь между гинекологіей и акушерствомъ невозможно, — доказывается лучше всего органомъ же гинекологическаго общества (The Journal of the Gynaecol. Society of-Boston), въ которомъ на каждомъ шагѣ почти встрѣчаемся съ предметами, относящимися прямо къ акушерству.

Что же касается расширенія предѣловъ гинекологіи въ смыслѣ Н. Storer'a, то оно тоже чисто произвольное, такъ какъ оно не соответствуетъ дѣйствительнымъ потребностямъ. Вообще говоря, строгое изолированіе специальностей, насколько научаетъ насъ исторія, всегда вредно вліяло на развитіе ихъ и поэтому и по отношенію къ гинекологіи оно нисколько не желательно.

Кромѣ акушерства, гинекологія очень тѣсно примыкаетъ так-

же и къ другимъ отраслямъ медицины. Принимая въ соображеніе вліяніе, оказываемое въ столь многихъ отношеніяхъ половую сферою женщины на различныя системы организма,—мы легко поймемъ и отношеніе этой спеціальности къ медицинѣ вообще. Оно до такой степени рѣзко выступаетъ въ практикѣ, что въ настоящее время никто болѣе въ этомъ не сомнѣвается. Всякому врачу извѣстно, что самая бурная и сложная клиническая картина обусловливается очень часто, повидимому, незначительнымъ разстройствомъ въ той или другой области половой сферы женщины. Въ послѣдніе годы многіе клиницисты (M. Mayer, H. Storer, Arendt и др.) выяснили какъ нельзя болѣе отношеніе, существующее между расстройствами половой сферы женщины съ самыми разнообразными психозами. Поэтому-то въ высшей степени желательно, чтобы каждый врачъ былъ настолько знакомъ съ гинекологіей, чтобы въ каждомъ данномъ случаѣ онъ сумѣлъ дать себѣ ясный отчетъ въ отношеніи тѣхъ или другихъ расстройствъ половой сферы къ патологическимъ проявленіямъ въ той или другой системѣ женскаго организма. Такое близкое примыканіе спеціальностей къ медицинѣ вообще можетъ оказать только плодотворное вліяніе на ихъ взаимное развитіе.

---

## ГЛАВА II.

### О гинекологическомъ изслѣдованіи.

Историческія замѣчанія и бібліографія. Въ собраніи сочиненій Гипократа находимъ многочисленныя указанія на то, что древніе врачи были знакомы съ гинекологическимъ изслѣдованіемъ. Изъ внимательнаго разбора всего того, что касается этого вопроса, нельзя не убѣдиться въ томъ, что древніе врачи гораздо менѣе были акушеры (въ тѣсномъ значеніи этого слова), чѣмъ собственно гинекологи. Въ то время, какъ о предметахъ, относящихся собственно къ акушерству, они выражаются какъ-то смутно, неопредѣленно, — о женскихъ болѣзняхъ они толкуютъ съ большею увѣренностью и знаніемъ дѣла. Такое впечатлѣніе, по крайней мѣрѣ производитъ собраніе Гипократовскихъ сочиненій. Это доказывается какъ нельзя лучше многими отдѣлами гипократовскаго собранія, какъ напр. афоризмами, книгами: *de sterilibus, de morbis mulierum* и проч. Что онъ зналъ множество патологическихъ состояній матки, которыя могутъ быть констатированы только путемъ прямого изслѣдованія, видно изъ одного мѣста его предсказаній (*praedicta*), гдѣ онъ толкуетъ объ условіяхъ, необходимыхъ для зачатія: *locus vero conceptui idoneus, quem sane uterum nominamus, sanus esse et sicus et mollis esse debet ac neque contractus, neque proclivis, neque ore distorto aut diducto*. При изслѣдованіи онъ совѣтуетъ уже приподымать крестецъ изслѣдуемой, подкладывая подъ него твердую подушку. Соранъ (Эфесскій) былъ настоящій гинекологъ и что онъ изслѣдовалъ очень много и часто, видно изъ многихъ мѣстъ его сочиненій\*. Известно, что онъ отвергалъ существованіе дѣвственной нлвы и поэтому поводу говорить, что при изслѣдованіяхъ своихъ не находилъ ея. О необходимости и важности изслѣдованія толкуютъ также Мошонъ и Павелъ Эгинскій. Въ эпоху арабовъ и арабистовъ изслѣдованіе гинекологическое не сдѣлало никакихъ дальнѣйшихъ успѣховъ, такъ какъ представители этой эпохи (Серапѳонъ, Авиценна, Альбукасемъ, Гюи де Шолякъ и др.) потворяли только то, что сказано было объ этомъ предметѣ древними авторами. Да и не могло ученіе о гинекологическомъ изслѣдованіи дѣлать успѣхи въ это время, такъ какъ бабки окончателно овладѣли женскою практикою и гинекологія переживала самое тяжелое время. Такъ обстояло дѣло до половины XVII столѣтія, т. е. до того времени, какъ акушерствомъ, а вмѣстѣ съ нимъ и гинекологіей занялись люди, имена которыхъ остались на всегда безсмертными въ нашей наукѣ. Изъ того, что сказано нами выше объ историческихъ судьбахъ гинекологіи, читатель пойметъ, что рѣчь идетъ о Маугісеаи и Ризос'ѣ. Заслуги послѣдняго выступаютъ въ этомъ отношеніи особенно рѣзко, такъ-какъ онъ первый познакомилъ гинекологовъ съ двойнымъ ручнымъ изслѣдованіемъ.

О гинекологическомъ изслѣдованіи трактуется болѣе или менѣе обширно во всѣхъ руководствахъ къ акушерству и гинекологіи. Мы поэтому считаемъ

\* Op. cit. pp. 102, 276, 281 и пр.

излишнимъ приводить ихъ здѣсь и цитируемъ только тѣ сочиненія, которыя имѣютъ особенное отношеніе къ занимающему насъ вопросу.

Gilg, G. W., De exploratione gravidarum, Arg., 1752.—Mangor, Ch., De exploratione obstetricia. Hafn., 1764.—Hensler F., De exploratione obstetricia brevis disquisitio. Lips. 1791.—Roussel, P., Des avantages du toucher dans l'exercice de l'art des accouchements. Paris, 1803.—Schnabert, G., Die Lehre von der geburtshülflichen Untersuchung von neuem bearbeitet, Eisen. 1813.—Alther, D., Die geburtshülfliche Untersuchung. Würzburg, 1823.—Hohl A. F. Die geburtshülfliche Exploration. Halle, 1833—Breslau. Die Diagnostik der Tumoren des Uterus ausserhalb der Schwangerschaft und des Wochenbetes. München 1856.—Ammann, J., Die gynaeologische Untersuchung mit diagnostischen Anhaltspuncten. München, 1861.

Гинекологическое изслѣдованіе имѣетъ цѣлью выяснитъ, помощью извѣстныхъ пріемовъ, состояніе, въ которомъ находится въ данный моментъ половая сфера изслѣдуемаго субъекта.

Само собою разумѣется, что врачъ не прямо, не съ разу приступаетъ къ гинекологическому изслѣдованію, а сначала помощью разспроса старается получить отъ больной тѣ данныя, которыя необходимо знать въ каждомъ случаѣ вообще (Субъективный экзаменъ). Разспросъ обнимаетъ возрастъ больной, эпоху наступленія мѣсячныхъ, характеръ ихъ и пр.; затѣмъ—рожала-ли больная или нѣтъ; если рожала, то сколько разъ и какимъ образомъ (т. е. благополучно ли, или нѣтъ); когда были послѣдніе роды; кормила ли она сама или нѣтъ и пр. Вообще, относительно субъективнаго экзамена въ женской практикѣ, нужно придерживаться правила—предлагать больной только такіе вопросы, отвѣты на которые могутъ имѣть какое либо дѣйствительное диагностическое значеніе и избѣгать при этомъ всего лишняго, ненужнаго.

О томъ, что вопросы, предлагаемые больной, должны дѣлаться въ приличномъ, серьезномъ тонѣ—нечего и толковать. Никогда врачъ не долженъ позволять себѣ при этомъ никакихъ шутокъ, намековъ и пр. Вообще должно помнить, что въ этомъ отношеніи трудно предписывать какія либо положительныя правила, которыя можно было бы примѣнить къ каждому отдѣльному случаю. Тутъ могутъ выручать врача главнымъ образомъ врожденный тактъ и тактива, которая пріобрѣтается годами.

Разспросивши обо всемъ, что нужно, приступаютъ къ объективному экзамену, т. е. къ гинекологическому изслѣдованію. Лучше всего прямо и просто объявить объ этомъ больной, какъ о вещи, само собою понятной, не требующей дальнѣйшихъ объясненій. Только въ случаѣ сопротивленія со стороны больной, врачъ въ короткихъ словахъ объясняетъ ей всю необходимость этого акта, безболѣзненность его и пр. Если бы и послѣ этого больная не согласилась на изслѣдованіе, то ему ничего болѣе не остается, какъ удалиться. Никогда въ подобныхъ случаяхъ врачъ не долженъ пойти на компромисъ, напр. хоть бы на то, чтобы вмѣсто него изслѣдовала бабушка. Къ счастью, мы давно пережили то время, когда врачи назначали ту или другую терапію на основаніи результатовъ изслѣдованія, дѣлавшагося бабками. Что касается того, что нѣкоторые гинекологи требуютъ, чтобы во время изслѣдованія находилось при этомъ третье лицо (родственница больной или вообще какая либо близкая ей особа и пр.), то эта предосторожность намъ кажется до извѣстной степени оскорбительною для гинеколога. Впрочемъ, врачъ никогда не долженъ противиться этому, если больная этого жаждетъ. Весьма часто случается наоборотъ и больныя категорически требуютъ, чтобы въ комнату, гдѣ производится изслѣдованіе, никого не было.

Гинекологическое изслѣдованіе раздѣляется на: наружное,

внутреннее и комбинированное; затѣмъ ислѣдованіе можетъ быть ручное и инструментальное.

### 1. *Ислѣдованіе наружное.*

Ислѣдуемый субъектъ принимаетъ горизонтальное положеніе на спинѣ, подъ тазъ подкладывается твердая подушка, ноги должны быть согнуты въ колѣняхъ, ротъ слегка приоткрытъ и подбородокъ пригнутъ къ груди. Ислѣдующій становится съ правой стороны ислѣдуемой и помощью а) ощупыванія (palpatic) верхушками пальцевъ опредѣляетъ консистенцію, форму и величину того, что находится въ брюшной полости (опухоли и пр.). Опредѣлить помощью ощупыванія неувеличенную въ объемѣ матку, нѣтъ никакой возможности, такъ-какъ этому препятствуетъ, съ одной стороны, положеніе ея въ тазу, причемъ дно ея не выходитъ изъ подъ уровня лоннаго соединенія, съ другой стороны, — ея подвижность.

Если же матка увеличена въ объемѣ на столько, что дно ея находится надъ лоннымъ соединеніемъ, то для опредѣленія ея формы, консистенціи и пр. поступаютъ такимъ образомъ, что ислѣдующій кладетъ обѣ руки по бокамъ живота (на различной высотѣ, смотря по величинѣ матки или опухоли) и, сближая ихъ между собою, захватываетъ ими такимъ образомъ то, что ислѣдуются.

Для опредѣленія формы и контуровъ матки, опухоли и пр., ислѣдующая рука (resp. руки) нажимаетъ слегка на животъ, при опредѣленіи же консистенціи и степени чувствительности того, что ислѣдуется, энергически нажимаютъ на брюшные покровы. Точности результатовъ, получаемыхъ помощью ощупыванія препятствуютъ: вздутость кишекъ (tympanites), чрезмѣрная напряженность брюшныхъ покрововъ и возвышенная чувствительность ихъ.

Вышеупомянутыя обстоятельства, въ особенности же напряженіе брюшныхъ покрововъ, весьма много препятствуютъ успѣху наружнаго ислѣдованія и оно въ особенности важно тамъ, гдѣ нѣрѣдко отъ него зависитъ рѣшеніе какой-либо стороны діагностики, напр. относительно подвижности опухоли и т. п. Рѣже всего чрезмѣрное напряженіе брюшныхъ покрововъ зависитъ отъ вздутія кишекъ; сколько намъ удалось подмѣтить, больныя, или вслѣдствіе какого-то каприза, или же, что чаще бываетъ, вслѣдствіе страха, дышатъ неправильно или же вовсе задерживаютъ дыханіе. Обладая нѣкоторою смаркою, не трудно преодолѣть это препятствіе. Въ подобныхъ случаяхъ лучше всего ислѣдовать безъ подкладной подушки, а также отвлечь вниманіе больныхъ отъ пугающаго ихъ ислѣдованія, задавая имъ различные вопросы. Наружное ислѣдованіе у очень тучныхъ субъектовъ съ перваго раза остается обыкновенно вовсе безрезультатнымъ. Иногда только послѣ нѣсколькихъ ислѣдованій удается кое-какъ ориентироваться на счетъ нѣкоторыхъ обстоятельствъ, требуемыхъ для распознаванія. Что касается мнѣнія нѣкоторыхъ англійскихъ гинекологовъ, напр. Ashwell'a и др., касательно того, что у тучныхъ субъектовъ можно, разминая животъ руками, удалить жиръ изъ подчревной области и такимъ образомъ облегчить себѣ ислѣдованіе, то это до такой степени парадоксально, что едва-ли требуетъ опроверженія.

Вспомогательными (или дополнительными) средствами ощу-

пыванія служатъ постукиваніе (percussio) и измѣреніе (mensuratio), производимыя на основаніи общихъ правилъ.

Если въкоторыя французскіе авторы совѣтуютъ производить ощупываніе при стоячемъ положеніи изслѣдуемаго субъекта, то весьма трудно понять—на чемъ основанъ подобный совѣтъ. Положеніе это чрезвычайно неловкое и принужденное для женщины; кромѣ того, оно положительнѣе мѣшаетъ изслѣдованію, такъ какъ при этомъ брюшные покровы находятся въ значительной степени напряженія.

б) Помощью наружнаго осмотра (inspectio, aspectus) убѣждаемся въ измѣненіяхъ окрашиванія брюшныхъ покрововъ и вообще во всѣхъ тѣхъ свойствахъ, для констатированія которыхъ требуется прибѣгнуть къ зрѣнію: рубцы, форма пупка, и пр. Смотри по специальной цѣли, съ какою предпринимается осмотръ, женщина при этомъ стоитъ или лежитъ.

с) В ы с л у ш и в а н і е предпринимается главнымъ образомъ съ цѣлью отличить различныя увеличенія въ объемѣ живота отъ беременности, при которой аускультация, какъ извѣстно, даетъ характерныя признаки (т. н. маточный шумъ и фетальное сердцебиеніе). При большихъ опухоляхъ, исходящихъ изъ яичниковъ (кистомы) или матки (фибро-миомы), давящихъ на аорту или на аа. іііасае, аускультация даетъ иногда шумъ, похожій на шумъ беременной матки (назыв. прежде пляцентарнымъ шумомъ).

## 2. Внутреннее изслѣдованіе.

Оно можетъ быть ручное и инструментальное. Мы рассмотримъ сначала первое.

Ручное внутреннее изслѣдованіе производится слѣдующимъ образомъ: женщина находится въ горизонтальномъ положеніи и притомъ точно такимъ же образомъ, какъ это сказано было при наружномъ изслѣдованіи. Врачъ становится съ правой стороны изслѣдуемой и весь актъ долженъ производиться безъ обнаженія больной. Смазавъ указательный палецъ правой руки какимъ-нибудь жирнымъ или слизистымъ веществомъ (лучше всего мыльной водой), проводятъ его до половой расщелины и прямо (не сверля) вводятъ въ рукавъ. Это производится такимъ образомъ, что остальные пальцы складываются въ кулакъ, которому, по введеніи указательнаго пальца, приходится лежать на промежности. Чѣмъ выше намъ нужно входить въ рукавъ, тѣмъ сильнѣе приходится отдавливать промежность. Проникнувши въ рукавъ, мы убѣждаемся въ температурѣ, степени чувствительности, консистенціи его и, наконецъ, этимъ же путемъ, т. е. изслѣдуя заднюю стѣнку рукава, мы убѣждаемся въ состояніи прямой кишки, степени переполненія ея каломъ, присутствіи какихъ-либо опухолей и пр. Послѣ этого, подвигая изслѣдующій палецъ все болѣе и болѣе кверху, мы переходимъ къ изслѣдованію матки и придаточныхъ частей ея. Такъ-какъ влагалищная часть отклонена обыкновенно нѣсколько взадъ и влѣво, то туда и направляютъ изслѣдующій палецъ. Прежде всего мы убѣждаемся въ состояніи зѣва,

т. е. формѣ, плотности его, степени зіянія, затѣмъ обводятъ палецъ вокругъ всей влагалищной части, чтобъ узнать длину ея, форму и степень чувствительности. Послѣ этого переходятъ къ изслѣдованію тѣла матки, что производится такимъ образомъ, что изслѣдующимъ пальцемъ идутъ по задней или передней поверхности влагалищной части вверхъ настолько, насколько можно отдавить задній и передній своды рукава. Во все это время другая, лѣвая рука, находится надъ симфизой и фиксируетъ брюшные покровы, или же самую матку (если послѣдняя настолько увеличена въ объемѣ, что выдается надъ лоннымъ соединеніемъ), уменьшая такимъ образомъ подвижность ея. Этимъ путемъ мы не только убѣждаемся въ состояніи матки, но также и въ томъ, что дѣлается надъ сводами рукава (опухоли, кровоизліянія, эксудаты и проч.). Чрезвычайно важно при внутреннемъ изслѣдованіи выяснитъ вопросъ насчетъ подвижности матки. Нормальная, патологически не измѣненная матка чрезвычайно подвижна. Чтобы убѣдиться въ степени подвижности ея, мы поступаемъ такимъ образомъ, что приставляемъ палецъ къ передней поверхности влагалищной части и отклоняемъ ее насколько возможно взадъ, причемъ дно матки должно отойти впередъ. Затѣмъ поступаемъ точно такимъ же образомъ, приставляя палецъ къ задней поверхности влагалищной части, причемъ при надавливаніи на нее дно отойдетъ взадъ. Степень подвижности матки по проводной линіи таза, а именно—вверхъ, узнается тѣмъ, что палецъ приставляется къ зѣву и матка приподнимается.

При комбинированномъ (двойномъ) изслѣдованіи стараются захватить матку между изслѣдующимъ пальцемъ, находящимся въ рукавѣ, и пальцами другой руки, приложенной къ нижней части живота. При этомъ поступаютъ слѣдующимъ образомъ: приставляя указательный палецъ, находящійся въ рукавѣ, къ влагалищной части, другою рукою, приложенной къ нижней части живота, нажимаютъ на брюшные покровы до тѣхъ поръ, пока ими не захватывается дно матки (или же вообще то, что изслѣдуется со стороны таза, наприм. опухоль). Захвативши такимъ образомъ изслѣдуемый объектъ, т. е. матку, опухоль и пр. между пальцами обѣихъ рукъ, балансируютъ ея внутри, т. е. со стороны таза, или же снаружи. Помощью этого приема мы убѣждаемся въ положеніи, конфигураціи (очертаніи) и величинѣ матки. Этимъ же путемъ распознаются различныя опухоли, эксудаты, экстравазаты и проч. и—главное—соотношеніе ихъ къ маткѣ и яичникамъ. Комбинированный способъ составляетъ одинъ изъ самыхъ важныхъ гинекологическихъ способовъ изслѣдованія и усваивается только послѣ продолжительнаго навыка.

Что къ внутреннему изслѣдованію должно прибѣгать во всѣхъ случаяхъ, гдѣ приходится убѣдиться въ состояніи внутренней половой сѣры, понятно само собою. Поэтому не можетъ не показаться страннымъ, если толкуютъ о противопоказаніяхъ къ нему. Противопоказаніями могли бы служить только такія пато-

логическія состоянія, которыя дѣлають внутреннее изслѣдованіе или невозможнымъ (*atresia labiorum, stenosis et atresia vaginae*) или же затрудняютъ въ очень значительной степени: *hyperaesthesia* рукава и вагинизмъ. Но и эти патологическія формы не составляютъ нисколько противопоказаній, а заставляютъ насъ только прибѣгнуть къ наркозу. Никакое кровотеченіе и никакое воспалительное состояніе не могутъ заставитьъ насъ отказаться отъ изслѣдованія, такъ какъ оно составляетъ необходимѣйшее условіе для установленія рациональнаго плана леченія. Цѣльность дѣвственной плевы не служитъ противопоказаніемъ ко внутреннему изслѣдованію (т. е. чрезъ рукавъ), такъ какъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ *hymen* настолько податливъ, что безъ труда пропускаетъ указательный палецъ. При этомъ нужно имѣть въ виду только ту предосторожность, что во время введенія пальца, приказываютъ изслѣдуемой сводить колѣна, вслѣдствіе чего свободный край дѣвственной плевы становится менѣе напряженнымъ. Если ужъ рѣшаются на изслѣдованіе недефлорированной женщины, то нужно это сдѣлать какъ слѣдуетъ, т. е. указательнымъ пальцемъ, а ничуть не мизинцемъ, какъ совѣтуютъ нѣкоторые черезъ-чуръ осторожные акушеры, потому что помощью мизинца ничего не узнаешь, слѣд., это будетъ самообольщеніе, а ничуть не гинекологическое изслѣдованіе. Для того, чтобы повредить *hymen*, требуется громадное насиліе, о которомъ никогда не можетъ быть рѣчи при изслѣдованіи, предпринимаемомъ съ обыкновенною гинекологическою цѣлью.

Внутреннее изслѣдованіе рациональнѣе всего дѣлать однимъ, а не двумя пальцами, такъ какъ при этомъ гораздо лучше отдаливается промежность, слѣдовательно можно взобраться гораздо выше, чѣмъ двумя пальцами. Кромѣ того, изслѣдованіе однимъ пальцемъ несравненно менѣе болезненно. Въ этомъ простомъ фактѣ можетъ убѣдиться всякій, сдѣлавъ нѣсколько изслѣдованій однимъ и двумя пальцами. Между тѣмъ до сихъ поръ всѣ ученики *Lisfranc's* изслѣдуютъ еще двумя пальцами. Въ Германіи изслѣдованіе двумя пальцами позже всѣхъ настоячиво совѣтовалъ *Stein* старш. Въ старину повидимому иначе не изслѣдовали, какъ двумя пальцами. Это между прочимъ видно изъ опредѣленія акушерскаго изслѣдованія, приводимаго *Deventer'омъ* \*: *tangere gravidam nil aliud est quam duos priores digitos alterutrius manus per mulieris in vaginam uteri intermittere.*

Для изслѣдующаго лучше всего стоять; если кровать, на которой лежитъ изслѣдуемый субъектъ, достаточно широка, то онъ можетъ садиться на край ея; но положеніе это гораздо менѣе удобно, чѣмъ стоячее.

Что касается положенія изслѣдуемой, то оно можетъ быть горизонтальное на спинѣ (самое выгодное), боковое (для какихъ-нибудь спеціальныхъ цѣлей) и стоячее. Если изслѣдуемая лежитъ на боку, то врачъ становится сзади, если же она стоитъ, то должна прислониться къ стѣнѣ или какой-нибудь мебели, отбросивъ верхнюю часть туловища назадъ и разставить широко ноги. Врачъ при этомъ опускается на лѣвое колѣно, причемъ локоть изслѣдующей руки покоится на другомъ, согнутомъ его колѣнѣ. Изъ сказаннаго не трудно убѣдиться въ томъ—насколько это положеніе принужденно и неловко, какъ для женщины, такъ въ особенности для изслѣдующаго. Въ гинекологіи (въ тѣсномъ смыслѣ) къ нему придется прибѣгать въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ, напр. тамъ, гдѣ имѣемъ дѣло съ патологически высокимъ стояніемъ матки (*elevatio uteri*).

\* *Nov. Lumen obstetric. P. I. Cap. XIII. p., 52;*



Введеніе пальца въ рукавъ, учили прежде, должно производить такимъ образомъ, что палецъ проводятъ ad rimam по внутренней поверхности праваго бедра изслѣдуемой. Советовали также опухать сначала головку клитора и руководствоваться имъ для того, чтобы попасть во входъ рукава. Какъ первый, такъ и второй способъ не выдерживаютъ критики. Не говоря уже о томъ, что они чрезвычайно неприятны для женщины, они кромѣ того ни къ чему не ведутъ. Для того, чтобы попасть пальцемъ куда слѣдуетъ, нужно помнить, что rima pudendorum представляетъ параболу, въ нижней трети которой находится introitus. При введеніи пальца нужно, слѣдовательно, только имѣть въ виду, чтобы верхушка пальца была направлена внизъ, а не прямо (т. е. горизонтально) вверхъ.

Къ изслѣдованію чрезъ прямую кишку въ гинекологіи прибѣгаютъ, относительно, рѣдко, а именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ о выясненіи того, что дѣлается in spatio rectovaginali: опухоли и пр. Иногда прибѣгаютъ къ нему съ цѣлью контролировать то, что найдено путемъ обыкновеннаго изслѣдованія, въ особенности относительно опухолей, сидящихъ на задней стѣнкѣ матки, или же по крайней мѣрѣ, прилегающихъ къ ней (haematocoele retro-uterina, около-маточные нарывы). Изслѣдованіе per rectum абсолютно необходимо во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ прониканіе въ рукавъ невозможно, вслѣдствіе зарощеній и суженій послѣдняго, а также тамъ, гдѣ приходится констатировать значительное уменьшеніе въ объемѣ матки (uterus foetalis, infantilis) или же отсутствіе послѣдней (anhysteria).

Лѣтъ 17 тому назадъ профессоръ акушерства въ Дерптѣ J. Holst \* предложилъ комбинировать изслѣдованіе per rectum (вмѣсто изслѣдованія чрезъ рукавъ) съ наружнымъ изслѣдованіемъ, т. е. чрезъ брюшные покровы. Способъ этотъ не имѣетъ никакихъ преимуществъ предъ обыкновеннымъ изслѣдованіемъ, а гораздо хуже его, такъ-какъ онъ болѣзненнѣе и затруднительнѣе. Не нужно забывать, что изслѣдованіе per rectum для женщины всегда неприятнѣе, чѣмъ изслѣдованіе per vaginam.

Профессоръ хирургіи въ Гейдельбергѣ Simon предложилъ изслѣдовать per rectum, вводя въ него не только всю ручную кисть, но также и часть предплечія. Изслѣдованіе дѣлается при полномъ наркозѣ, причѣмъ конически сложенная рука вводится въ прямую кишку точно такимъ образомъ, какъ это дѣлается при введеніи руки въ полость матки. Во время наивысшей степени напряженія сфинктера, на немъ дѣлаются насѣчки, точно такимъ образомъ, какъ это дѣлается на промежности при прорѣзываніи головки.

Simon и Thiersch увѣряютъ, что введеніе ручной кисти in rectum вовсе не такъ затруднительно, какъ это кажется на первый взглядъ. По словамъ ихъ, рукою можно взобраться чрезъ rectum такъ высоко, что можно опухать почки (!!). По словамъ Simon'a, ему удавалось констатировать этимъ путемъ на задней стѣнкѣ матки фиброміомы, величиною съ вишню.

Ко способу Simon'a сначала отнеслись съ большимъ энтузіазмомъ, такъ какъ ожидали отъ него какихъ-то особенныхъ результатовъ. Но впоследствии не трудно было убѣдиться въ томъ, что ожиданія эти были преувеличены.

Если гдѣ можно было общать себѣ успешныхъ результатовъ отъ способа Simon'a, то это особенно при диагностикѣ вѣстомъ яичника, главнымъ же образомъ при дифференцированіи ихъ отъ другихъ опухолей, напр. гидронефроза. Но и при подобныхъ условіяхъ можно очень хорошо обойтись безъ этого способа. Мы, по крайней мѣрѣ, до сихъ поръ прибѣгали къ нему очень рѣдко. Разсматриваемый способъ будетъ всегда казаться чѣмъ то особеннымъ

\* Beiträge zur Gynaecologie und Geburtshülfe. Tübingen, 1865 Hft. I p., а также въ Betschler's klinische Beiträge Bd. II p. I. Подробный разборъ этого способа см. въ Медиц. Новост. 1865, № 22.

для всѣхъ тѣхъ, которые плохо владѣютъ обыкновеннымъ гинекологическимъ изслѣдованіемъ. Оттого-то онъ больше въ ходу у хирурговъ по ремеслу, чѣмъ у гинекологовъ въ тѣсномъ смыслѣ.

### Изслѣдованіе помощью маточныхъ зеркалъ.

Маточнымъ или рукавнымъ зеркаломъ называется инструментъ, помощью котораго нѣкоторыя части половой сферы, а именно рукавъ и влагалищная часть обнажаются на столько, что дѣлаются доступными зрѣнію.

Истор. примѣч. и библиографія. Зеркала маточныя были извѣстны уже въ глубокой древности и хотя по устройству ихъ они могли болѣе служить для расширения рукава, тѣмъ не менѣе ими вѣроятно пользовались также и для той цѣли, съ которою мы прибѣгаемъ къ нимъ въ настоящее время. R. L. се указываетъ на бронзовое зеркало, найденное въ Помпѣи, состоящее изъ трехъ створокъ, приводимыхъ въ движеніе помощью винта. Описание и изображеніе этого самаго древняго представителя маточныхъ зеркалъ приведены подъ именемъ *Speculum magnum matricis* въ извѣстномъ атласѣ *Vulpe: Illustrazione dei tutti gli strumenti chirurgici. Napoli, 1847.* По свидѣтельству Азціи Амидійскаго, сирійскій врачъ А р х и г е н ь изъ Апомен (100 л. по Р. X.), практиковавшій въ Римѣ, былъ первый употреблявшій зеркало. У П а в л а Э г и н с к а г о, въ главѣ о *rhyrnosis* у женщинъ, упоминается о маточномъ зеркалѣ, называемомъ имъ *diortron* (употребленіе зеркала—*dioptrismus*). Зеркала были также извѣстны арабскимъ врачамъ А в и ц е н н ѣ и А л ь б у к а с е м у, описывающимъ два вида ихъ подъ именемъ *vergito*. Зеркала эти были 3-хъ-створчатые. По словамъ А m a n ѣ, по экземпляру подобнаго зеркала хранится въ собраніяхъ акушерскихъ инструментовъ въ Мюнхенѣ и Вюрцбургѣ. О маточныхъ зеркалахъ упоминаютъ также *Pierre Franco, A. Paré, Sprachius* и др. Тѣмъ не менѣе зеркало было совершенно забыто и при томъ настолько, что, когда *Récamier* описалъ свое зеркало въ 1814 г., всѣ должны были согласиться, что это настоящее новое открытіе. Зеркало R. состояло изъ деревяннаго, а затѣмъ металлическаго цилиндра, внутренней конецъ котораго былъ сдѣланъ въ видѣ кларнетнаго мундштука, наружный же заканчивался широкою воронкою. Вскорѣ затѣмъ *Du ruytren* модифицировалъ инструментъ *Récamier* въ томъ отношеніи, что укоротилъ его нѣсколько и къ наружному концу придѣлалъ рукоятку. *Mélier* (1821) прибавилъ ко всему этому деревянный цилиндръ (кондукторъ), который долженъ былъ облегчать введеніе зеркала. Маточныя зеркала скоро вошли въ общее употребленіе и подверглись весьма различнымъ модификаціямъ.

*Ph. Bozzini, Der Lichtleiter, oder Beschreibung einer einfachen Vorrichtung und ihrer Anwendung zur Erleuchtung innerer Höhlen und Zwischenräume des lebenden animalischen Körpers. Weimar, 1806.* — *S. Lair, Neue Behandlungsmethode der Geschwüre, Ulecerationen und Anschwellungen des Uterus. Weimar, 1828, p. 104.* — *Lauer, Bemerkungen ueber die Anwendung des Mutterspiegels, Zeitschr. f. d. ges. Mediz. 1838, Bd. IX, Hft. 3.* — *Schnitzer, die Metroscopie, Berlin, 1838.* — *Simpson, On the position of the patient for the use of the speculum. Edinb. medic. Journ. 1841.* — *Lisfranc. Gaz. des hôpit. 1842, Janvier.* — *Verhner, Monographie sur le dioptré ou speculum. Paris, 1848.* — *Mitchell, pract. Remarque ou the use of the speculum. Dublin, 1849.* — *Malgaigne, appréciation critique des procédés d'exploration etc. Gaz des hôpit. 1858. № 182.* — *C. Mayer, Ueber das Milchglas-speculum und ueber die Anwendung der Mutterspiegel ueberhaupt. Verhandl. der Gesellsch. der Geburts. zu Berlin, 1853, Bd. VII.* — *Marion Sims, Silver Sutures in surgery. The anniversary Discourse before the New-York Academy of Medicine. New-York. 1858; также Lancet 1864, Octob. 28.* — *Ploss, Ueber einige Hilfsmittel bei der Vaginalinspection. Monatschr. f. Geburtsk. 1859, Octob.; idem Monatschr. 1862, Juni.* — *Tobold, Ueber einen Beleuch-*

tungs-apparat in specie zu gynaccologischen Zwecken. Monatschr. f. Geburtsk. 1861, Juli. — L. Mayer, das zweckmässigste Speculum. Monatschr. f. Geburtsk. 1861, Juli.—Moulin, Note sur un uteroscope et un redresseur uterin. Union méd. 1861, № 65.—Simon, Ueber die Operationen der Blasenscheidenfistel, Rostock, 1862.—Объ английскихъ зеркалахъ см. J. Wiss, A catalogue of surgic. Instruments etc. Lond. 1863, табл. XXVIII и XXXI. Объ американскихъ зеркалахъ, кромѣ вышеприведенной статьи Sims'a, см. также: H. Storer, The Boston speculum. The Journ. of the gynaccolog. society of Bost. 1870, vol. II, p. 259 и Gaillard Thomas, Diseases of Women. Philadelphia, 1872, Thirde edit. pp. 75—81. Очень хорошо и подробно составленную исторію маточныхъ зеркалъ читатель можетъ найти въ статьѣ Hausmann'a: Geschichtliche Untersuchungen ueber das Speculum matricis. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaecol., 1878, Bd. III, Hft. 2.

Зеркала приготовляются изъ различнаго матеріала: металла, стекла (Фергюссонъ), фарфора (Мейеръ), слоновой кости, дерева (для прижиганія каленымъ желѣзомъ), гартованнаго каучука и пр.

По устройству своему, они раздѣляются на: цѣльныя, цилиндрическія и створчатыя. Къ первымъ принадлежатъ зеркала: Récamier, Ferguson'a, Mayer'a и др.; ко вторымъ: Segalas (4-хъ-створчатое), Charrière'a (4-хъ-створчатое), Robert'a (2-хъ-створчатое), Cusco (2-хъ-створчатое) и другія.

Самый простой и цѣлесообразный инструментъ—зеркало Ferguson'a (Фиг. 1). Оно состоитъ изъ стекляннаго цилиндра, на-



Фиг. 1.

Фиг. 2.

ружная поверхность котораго покрыта чернымъ лакомъ, а внутренняя поверхность амальгамирована. Внутренній конецъ зеркала косо срѣзанъ (въ видѣ кларнетнаго мундштука). Зеркало это до такой степени соотвѣтствуетъ всѣмъ требованіямъ, что оно находится почти въ общемъ употребленіи у большинства гинекологовъ.

Вообще цѣльныя цилиндрическія зеркала заслуживаютъ преимущество передъ створчатыми, такъ какъ первыя вводятся гораздо легче послѣднихъ. Если уже прибѣгать къ створчатымъ зеркаламъ, то нужно употреблять такія, которыя имѣютъ меньше створокъ. Къ зеркаламъ послѣдняго рода принадлежитъ зеркало Cusco (фиг. 2) \*. Оно особенно выгодно въ томъ отношеніи, что, будучи введено въ рукавъ, держится само собою.

Прежде въ большомъ ходу были 3-хъ-створчатыя зеркала Cha-rièrè'a (фиг. 3) и 4-хъ-створчатыя Segalas (фиг. 4). Существенная выгода ихъ, по мнѣнію тѣхъ, которые до сихъ поръ



Фиг. 3.

употребляютъ эти инструменты, состоитъ въ томъ, что одна створка ихъ (верхняя) — выдвигаемая, такъ что, вынимая ее, можно осмотрѣть стѣнки рукава. Но преимущество это далеко не соотвѣтствуетъ тѣмъ невыгодамъ, которыя присущи этимъ зеркаламъ и изъ которыхъ главная состоитъ въ томъ, что створками, при раскрытіи ихъ, можно легко захватить складки слизистой оболочки и ущемлять ихъ.

Что касается такъ назыв. американскихъ зеркалъ (фиг. 5) (Боземанъ и Симсъ), то они представляютъ одностворчатые жолоба различной ширины, снабженные рукояткою, идущею подъ прямымъ угломъ къ зеркалу (жолобу). Одна рукоятка (съемная) можетъ служить обыкновенно для цѣлой скалы зеркалъ. Выгода, представляемая этими зеркалами, не подлежитъ сомнѣнію, но далеко не въ такой степени, какъ увѣряетъ Sims. Помощью этихъ зеркалъ, правда, какъ рукавъ, такъ и влагалищная часть матки обнажаются въ такихъ широкихъ размѣрахъ, какъ едва ли

\* Идею своего зеркала Cusco заимствовалъ у Jobert'a; отъ жоберовскаго зеркала Cusco отличается существенно малыми размѣрами своими. Фиг. 2 а показываетъ зеркало закрытымъ со сложенной рукояткой, а 2 б — какъ оно вводится въ рукавъ и съ раскрытыми створками.

этого можно достигнуть при помощи какого нибудь другаго зеркала; но за то, съ другой стороны, при употребленіи Симсовскаго зеркала нужно всегда имѣть помощника и при томъ довольно сильнаго, такъ-какъ онъ долженъ въ теченіи нѣсколькихъ минутъ



Фиг. 4.



Фиг. 5.

съ весьма значительною силою оттягивать рукояткой заднюю стѣнку рукава въ бокъ и вверхъ. Кромѣ того при различныхъ смѣщеніяхъ матки (наклоненіяхъ) оно не фиксируетъ такъ, какъ цилиндрическое зеркало влагалищную часть и ее приходится оттягивать впередъ и взадъ помощью крючковъ. Зеркало Sims'a, обладая поэтому несомнѣнными преимуществами тамъ, гдѣ желательнѣе обнажить какъ можно болѣе стѣнки рукава или влагалищную часть, напр. при свищахъ рукава, далеко уступаетъ по сложности техники обыкновеннымъ зеркаламъ, въ особенности же Фергюссоновскимъ.

Тѣмъ не менѣе въ настоящее время гинекологу нѣтъ никакой возможности обойтись безъ американскихъ зеркалъ или же болѣе упрощенныхъ подъемниковъ Simon'a. Въ особенности это должно сказать относительно тѣхъ случаевъ, когда къ зеркалу прибѣгаютъ не столько въ смыслѣ діагностическомъ, сколько терапевтическомъ. Всѣ оперативныя приемы, предпринимаемые на влагалищной части, не говоря ужъ о рукавѣ, облегчаются при этомъ въ такой степени, что американское зеркало при подобныхъ условіяхъ рѣшительно ничѣмъ незамѣнимо.

Изъ американскихъ зеркалъ особенно оригинальностью отличается зеркало Thomas'a (фиг. 6), которое онъ называетъ телескопическимъ.

Изъ приведеннаго рисунка видно, что оно въ сущности представляетъ цѣльное цилиндрическое зеркало, раздѣленное на двѣ части, изъ которыхъ одна можетъ быть вдвигается въ другую помощью винта, придѣланнаго съ боку наружнаго конца.



Фиг. 6.

Способъ употребленія зеркала Фергюссона.

Женщина кладется на кровать или же на особенно приготовленный для этого столъ и при томъ, если желаютъ воспользоваться

солнечнымъ свѣтомъ, такимъ образомъ, чтобы половыя части были обращены къ окну. Положеніе, даваемое женщиной, совершенно такое, какое дается при всѣхъ манипуляціяхъ, производимыхъ на тазу (напр. камнесѣченіи). Врачъ становится между бедрами больной, но не прямо, а нѣсколько въ *trois-quart*. При всѣхъ цилиндрическихъ зеркалахъ, внутренній конецъ которыхъ срезанъ, какъ въ зеркалѣ Fergusson'a, т. е. въ видѣ кларнетнаго мундштука, кондукторъ (деревянный цилиндръ) составляетъ совершенно лишнюю, ни къ чему не нужную принадлежность, затрудняющую лишь введеніе зеркала. Смазавъ внутренній конецъ его (на протяженіи около  $1\frac{1}{2}$ " , а ничуть не большую часть зеркала), захватываютъ зеркало такимъ образомъ, что большой палецъ приходится внутрь просвѣта, а указательный и средній кладутся на заднюю стѣнку. Въ то время, какъ пальцами лѣвой руки разнимаютъ половыя губы, приставляютъ внутренній конецъ зеркала къ половымъ частямъ такимъ образомъ, чтобы онъ пришелся какъ разъ надъ уздечкой (задней спайкой большихъ губъ). Зеркало, слѣдовательно, будетъ приставлено къ половымъ частямъ подъ острымъ угломъ, причѣмъ наружный конецъ его обращенъ внизъ. Нажимая въ этомъ положеніи внутреннимъ концемъ зеркала на заднюю стѣнку рукава, разомъ поднимаютъ наружный конецъ его вверхъ, вслѣдствіе чего инструментъ быстро проникаетъ чрезъ сфинктеръ рукава. Изъ этого видно, что зеркало вводится въ рукавъ не при помощи зондирующихъ или сверлящихъ движеній, а напротивъ движенія рычага-образнаго (*mouvement de bascule*). Сверленія при введеніи зеркала должно тщательно избѣгать, такъ-какъ оно значительно затрудняетъ разсматриваемый приемъ. Чѣмъ уже рукавъ, чѣмъ крѣпче сфинктеръ, тѣмъ болѣе должно нажимать внутреннимъ концемъ зеркала на заднюю стѣнку рукава.

Когда зеркало проникло въ рукавъ, то стѣнки его можно осматривать по мѣрѣ того, какъ приближаются къ влагалищной части матки, или же тоже самое можно дѣлать, выводя потихоньку зеркало наружу. Самый важный моментъ при употребленіи зеркала составляетъ вставленіе влагалищной части въ просвѣтъ его. Для облегченія этого момента нужно знать точно направленіе влагалищной части въ каждомъ данномъ случаѣ. По этому нужно всегда придерживаться правила — предпринимать всегда ручное изслѣдованіе прежде, чѣмъ приступить къ употребленію зеркала. Такъ-какъ влагалищная часть обращена нѣсколько взадъ и влѣво, то въ этомъ направленіи и вводятъ зеркало. Однимъ словомъ, смотря по состоянію влагалищной части, мы лавируемъ зеркаломъ, т. е. то приподымаемъ, то опускаемъ наружный конецъ его. Иногда влагалищная часть такъ гиперпляривана (утолщена), что она не вставляется въ просвѣтъ зеркала, потому что она въ немъ не помѣщается: въ такомъ случаѣ вставляютъ губы зѣва въ зеркало по очереди, т. е. сначала переднюю губу и потомъ заднюю, или наоборотъ.

Вставивши влагалищную часть, стираютъ кисточкою покры-

вающую ее кровь, слизь и проч. и подвергаютъ ее тщательному осмотру, т. е. обращаютъ вниманіе на величину ея, форму, окраску, измѣненія, представляемые губами зѣва (слущиванія эпителия, изъязвленія различнаго рода и проч.), на форму послѣдняго, степень зіянія и проч. Если стѣнки рукава были осмотрѣны уже прежде, то зеркало выводятъ наружу помощью быстрога движенія, направляя наружный конецъ его внизъ; если же имѣютъ въ виду осмотрѣть стѣнки рукава, то выведение дѣлается тихо и постепенно.

Если встрѣчаются затрудненія при вставленіи влагалищной части въ просвѣтъ зеркала, то нѣкоторые прибѣгаютъ къ зонду, который вводится въ маточный зѣвъ, и помощью его, оттягивая влагалищную часть вверхъ, такимъ образомъ какъ бы вталкиваютъ ее въ просвѣтъ зеркала. Мы не можемъ достаточно предостеречь отъ этого грубаго и нерациональнаго приѣма, главнымъ образомъ потому, что при этомъ никогда нельзя обойтись безъ значительнаго насилія. Влагалищная часть матки трудно вставляется въ зеркало главнымъ образомъ при наклоненіяхъ (versiones) этого органа. Имѣя поэтому дѣло съ наклоненіемъ матки, нужно всегда предварительно редрессировать матку и затѣмъ вводить зеркало.

Способъ введенія американскаго зеркала. Женщинѣ даютъ боковое положеніе (на лѣвомъ боку), и притомъ такимъ образомъ, что лице ея обращается нѣсколько внизъ, ноги ея согнуты въ колѣняхъ и правая нога нѣсколько приподымается. Врачъ становится сзади изслѣдуемой и, введши въ рукавъ указательный палецъ, по немъ вводитъ зеркало. Когда послѣднее проникло на извѣстную высоту въ рукавъ, помощникъ беретъ рукоятку и оттягиваетъ ее взадъ и вверхъ, вслѣдствіе чего задняя стѣнка рукава удаляется отъ передней и воздухъ, проникая въ рукавъ, растягиваетъ его настолько, что стѣнки его и влагалищная часть матки становятся доступными глазу изслѣдующаго. Если-бы влагалищная часть не сдѣлалась тотчасъ доступною глазу, то, по мѣрѣ надобности, ее оттягиваютъ впередъ или взадъ помощью тонкаго крючка, вкалываемаго въ переднюю или заднюю губу маточнаго зѣва.

Въ послѣдніе годы при всѣхъ оперативныхъ приѣмахъ на стѣнкахъ рукава, влагалищной части и пр., гдѣ приходилось намъ прибѣгать къ желобоватымъ зеркаламъ, американское положеніе на боку мы всегда замѣняли такъ называемымъ положеніемъ по Simon'у. Для этого женщина кладется горизонтально на столъ такимъ образомъ, чтобы тазъ ея пришелся какъ разъ къ краю его, ноги же ея поднимаются помощникомъ перпендикулярно вверхъ, или же фиксируются такимъ образомъ, что онѣ согнуты въ колѣняхъ. Помощники, фиксирующіе ноги больной, въ тоже время могутъ удерживать верхній и нижній жолобъ, такъ что оперирующій совершенно свободно располагаетъ обѣими руками.

Показанія къ употребленію маточнаго зеркала сводятся на то, что къ нему прибѣгаютъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ одного ручнаго изслѣдованія оказывается недостаточно для діагностики. Кромѣ того зеркало нерѣдко контролируетъ то, что

найдено при ручномъ изслѣдованіи. Не должно однако никогда забывать, что зеркало можетъ выяснитъ только тѣ измѣненія, которыя сосредоточены на влагалитной части матки и рукавныхъ стѣнкахъ; поэтому къ нему должно прибѣгать только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ поводъ подозрѣвать тѣ или другія измѣненія въ этихъ частяхъ половой сферы. Примѣръ изъ обыденной практики лучше всего выяснитъ нашу мысль. Для того, чтобы опредѣлить то или другое смѣщеніе матки совершенно достаточно ручного изслѣдованія (и въ извѣстныхъ случаяхъ зонда), введение же зеркала въ этомъ случаѣ будетъ совершенно излишне. Но оно существенно необходимо, если при этомъ имѣемъ дѣло съ какимъ-нибудь усиленнымъ выдѣленіемъ изъ родовыхъ путей для того, чтобы опредѣлить источникъ его.

Противопоказаніями къ употребленію зеркала должно считать всѣ тѣ патологическія состоянія половой сферы, при которыхъ мы имѣемъ дѣло съ воспалительнымъ состояніемъ рукава, сопровождающимся чрезмѣрно возвышенною чувствительностью (resp. болѣзненностью). Сюда будутъ относиться также нѣкоторые виды воспаления рукава, hyperaesthesia vaginae, вагинизмъ. Что касается различныхъ видовъ воспаления матки, то они не могутъ служить противопоказаніемъ (по крайней мѣрѣ абсолютнымъ); но при тѣхъ воспалительныхъ формахъ матки, которыя сопровождаются значительными выпотами, фиксирующими матку и приподнимающими ее вверхъ (perimetritis), къ зеркалу должно прибѣгать только вслѣдствіе крайней необходимости. Что касается кровотеченій, то они не только не противопоказуютъ употребленія зеркала, а, напротивъ, въ большинствѣ случаевъ служатъ прямымъ показаніемъ къ введенію зеркала, съ цѣлью рѣшенія діагностики. Только при нѣкоторыхъ кровотеченияхъ, обусловливаемыхъ извѣстнаго рода новообразованіями (въ особенности раковыми), къ зеркалу должно прибѣгать съ величайшею осторожностью, такъ-какъ манипуляція эта очень часто усиливаетъ кровотечение.

Противопоказаніями къ употребленію зеркала считали прежде беременность и мѣсячныя. Съ этимъ ни въ какомъ случаѣ нельзя согласиться, такъ-какъ осторожное введеніе этого инструмента ни въ какомъ случаѣ не можетъ оказывать никакого вреднаго вліянія на эти физиологическія состоянія, если къ нимъ не присоединяются какія-либо осложненія, какъ-то возвышенная чувствительность нѣкоторыхъ отдѣловъ половой сферы и проч. Если мы въ практикѣ избѣгаемъ употребленія зеркала во время мѣсячныхъ, то ничуть не потому, чтобы боялись его вслѣдствіе могущаго произойти отъ этого вреда, а единственно отъ того, что физиологическая гиперемія (менструальная) можетъ до извѣстной степени затемнить діагностику. Если же къ зеркалу существуетъ настоящее показаніе, то мы прибѣгаемъ къ нему, не смотря на мѣсячныя.

Вообще нужно имѣть въ виду, что къ зеркалу должно прибѣгать на основаніи извѣстныхъ положительныхъ показаній и ни въ какомъ случаѣ не злоупотреблять имъ. Въ рукахъ шарлатановъ или даже неопытной добросовѣстности зеркало дѣлало не мало бѣды, противъ чего справедливо вооружались многіе изъ лучшихъ представителей гинекологіи (Rob. Lee). Кромѣ цѣлей діагности-



ческихъ, зеркало служить также, какъ увидимъ ниже, весьма важнымъ средствомъ, при помощи котораго мы направляемъ различные терапевтическіе агенты на стѣнки рукава и влагалищную часть матки.

## Способы изслѣдованія внутренней поверхности матки.

### 1. Маточный зондъ.

Существенное назначеніе этого инструмента состоитъ въ томъ, что помощью его выясняютъ состояніе полости матки, т. е. длину ея, направленіе и присутствіе или отсутствіе въ ней инородныхъ тѣлъ. Кромѣ того зондъ служитъ тоже для извѣстныхъ терапевтическихъ цѣлей.

Историч. замѣч. и библиографія. Введеніе различныхъ твердыхъ тѣлъ въ полость матки было извѣстно уже очень давно. Что Гипократу очень хорошо было извѣстно введеніе въ полость матки зондовъ, бузей или, какъ онъ ихъ просто называетъ, палочекъ, слѣдуетъ изъ многихъ мѣстъ его сочиненій, напр. de morb. mul., l. 1. c. III, de sterilitate и пр. Изъ врачей прошлаго и настоящаго столѣтій о катетеризмѣ матки (съ самыми разнообразными цѣлями, большою частью терапевтическими) толкуютъ Levret, Oslander, Löffler и др.

Первый болѣе серьезно отнесшійся къ этому былъ Sam. Lair (1828 г.). Онъ употреблялъ обыкновенный толстый хирургическій зондъ, внутренней конецъ котораго онъ изгибалъ слегка на подобіе серебряннаго женскаго катетра. Училъ онъ вводить зондъ при помощи маточнаго зеркала. Velpeau часто прибѣгалъ къ катетеризму матки и употреблялъ для этой цѣли обыкновенные катетеры. Simpson, въ Единбургѣ, и Kiwisch, въ Прагѣ, почти въ одно время, въ 1843 г., стали писать о зондѣ и приобрѣли себѣ важную заслугу въ этомъ отношеніи тѣмъ, что сильно содѣйствовали распространенію этого инструмента. Споръ о томъ, кто былъ истиннымъ изобрѣателемъ зонда—Simpson или же Kiwisch—рѣшается очень просто словами послѣдняго, прямо утверждающаго, что Simpson былъ первый, сообщившій очень подробныя изслѣдованія о зондѣ, представляющія много общаго съ его собственными изслѣдованіями\*.

Hugnier, ссылаясь на Cusco, не соглашается съ тѣмъ, что честь изобрѣтенія зонда принадлежитъ Simpson'у и приписываетъ ее себѣ, или же по крайней мѣрѣ Kiwisch'у. Если съ этимъ и нельзя согласиться, то съ другой стороны, Hugnier нельзя отказать въ очень значительныхъ заслугахъ относительно того, что онъ былъ одинъ изъ первыхъ и главныхъ популяризаторовъ зонда.

Levret, Observation sur la cure radicale de polypes. Paris 1771, éd 3. Jdem, sur un allongement considerable, qui survient quelquefois au col de la matrice. Journ. de medicine et de Pharm. de Roux, 1775.—Moeller, Diss. de pronatione uteri, p. partum morbo atroci nondum descripto. Marb. 1803.—Oslander въ Med. Chir Zeit. 1808. Bd. IV. p. 170.—Löffler въ Hufel. Journ. Bd. XVI, st. 4, p. 51.—S. Lair, Nouvelle methode de traitement des ulcerations de la matrice.—Simpson, Contribution to the pathology of the diseases of the uterus. Lond. and Edinb. Monthly Journ. 1843, Juni p. 701. Jdem, Memoir on the uterine sound. The obstetric memoirs and contrib. Edib. 1855. Vol. I. p. 33.—Kiwisch, Op. cit. p. 173.—Valleix, leçons cliniques faites à l'hôpital de la pitié, recueillies et rédigées par Gallard. Union. medic..

\* Kiwisch, Klinische Vorträge ueber spec. Pathol. u. Therap. der. Krankheiten des weibl. Geschl. Prag. 1854. Ausg. IV T. I. p. 37.

1852.—Jdem, Guide du médecin praticien, Paris, 1853, ed. 3, t. 4. p. 197—Scanzoni, Die Gebärmuttersonde. Beiträge zur Geburtskunde und Gynaekologie, 1854.—Bd. I. Hf. 2—3.—А. Крассовскій. Обь изсѣдованіи матки помощью маточнаго зонда. Военно-Мед. Журн. 1859, Мартъ.—Kugelman, eine neue Uterussonde. Monatschr. f. Geburtsk., 1862. Bd. XIX, p. 129.—И. Лазаревичъ, Ueber das Einführen des Mutterspiegels und eine neue Muttersonde въ Wien. Medic. Wochenschr. 1864, № 2. См. также его: Внимание къ дѣтямъ и матерямъ. Харьковъ, 1871. Изд. 2, стр. 411.—Hugier, de l'hystérometrie et du Cathétérisme utérine, de leur application au diagnostic et. au traitement des maladies de l'uterus et de ses annexes, et de leur emploi en obstétrique; avec quatre planches lithographiées. Paris, 1865.—Aniard, de l'hystérometre dilateur. Gaz. hebdom, 1865, № 34—38. И. Тарновскій, О механическомъ леченіи болѣзней матки. Спб., 1869, стр. 56. Warren, a new instrum. for. exploring the cavity of the uterus. Journ. of the gynecologic. Society of Bost. 1870, vol. II, p. 258.

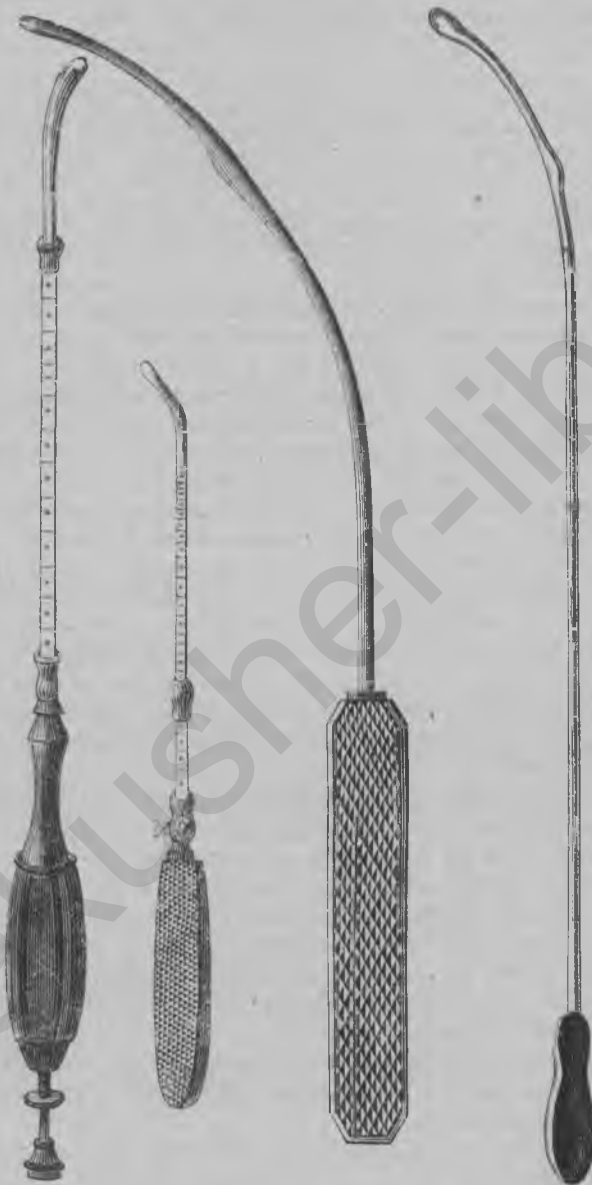
Число маточныхъ зондовъ, описанныхъ до настоящаго времени, очень значительно. Мы упомянемъ только о главнѣйшихъ изъ нихъ. Зонды Simpson'a (фиг. 7) и Kiwisch'a (фиг. 8) очень мало разнятся между собою. Они представляютъ металлическую (мѣдную) палочку, длиною около 11 дюймовъ, наружный конецъ которой снабженъ деревянною рукояткой (въ зондѣ Simpson'a только задняя поверхность рукоятки покрыта деревомъ); внутренний конецъ, вводящійся въ матку, представляетъ кривизну довольно значительную (зондъ Simpson'a первоначально имѣлъ въ виду главнымъ образомъ распознаваніе загибовъ матки взадъ (retroflexio uteri) и по этому кривизна его очень большая) и заканчивающуюся пуговкою въ небольшую горошину. На разстояніи 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>" отъ пуговки, на задней поверхности инструмента, имѣется небольшое возвышеніе (бугорокъ). Бугорокъ этотъ находится на разстояніи 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>" отъ верхушки зонда, такъ какъ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>" составляютъ нормальную длину матки. Весь зондъ по задней поверхности своей раздѣленъ на дюймы.

Во Франціи въ большомъ ходу маточный зондъ Valleix'a (фиг. 9). Тазовая кривизна его очень незначительна; кромѣ того собственно зондъ движется въ рукояткѣ, такъ что весь инструментъ можно удлинить и укоротить по произволу. Бугорка на немъ нѣтъ; вмѣсто этого онъ снабженъ подвижной гайкой, которую можно перемѣщать очень удобно. Въ зондѣ Hugier (фиг. 10), послужившемъ прототипомъ для большинства французскихъ зондовъ, гайка приводится въ движеніе помощью винта, придѣланнаго къ наружному концу инструмента.

Въ зондѣ, изобрѣтенномъ Kugelman'омъ, вмѣсто дѣленія на дюймы, придѣланъ особенный масштабъ, что значительно усложняетъ инструментъ.

Существенными условіями хорошаго зонда мы считаемъ тѣ, которыя облегчаютъ введеніе его въ полость матки, а именно: онъ не долженъ быть ни слишкомъ коротокъ, ни слишкомъ длиненъ, не очень тонокъ, а главное онъ долженъ быть сдѣланъ изъ достаточно гибкаго матеріала, чтобы можно было измѣнить кривизну его сообразно съ каждымъ даннымъ случаемъ.

Кривизна зонда играетъ весьма важную роль. Въ этомъ отношеніи двѣ



Фиг. 10.

Фиг. 9.

Фиг. 8.

Фиг. 7.

крайности представляютъ французскіе зонды, имѣющіе очень малую кривизну. и зонды англійскіе, въ особенности же американскіе (M. Sims), имѣющіе кривизну.

визну очень большую. Зондъ проф. Лазаревича (ф. 11) по кривизнѣ своей приближается къ французскому типу. Мы уже выше указали на обстоятельство, объясняющее эту особенность английскихъ зондовъ. На основаніи многочисленныхъ наблюденій мы отдаемъ преимущество зондамъ, употребляемымъ большинствомъ нѣмецкихъ гинекологовъ и имѣющимъ среднюю кривизну. И



Фиг. 11.

эту послѣднюю нерѣдко приходится еще уменьшать очень значительно. Вслѣдствіе-то этого зонды, сдѣланные изъ негибкаго матеріала, не должны быть вовсе употребляемы въ практикѣ, или же ихъ придется имѣть въ наборѣ въ болѣе или менѣе значительномъ числѣ.

Въ послѣднее время мы вовсе перестали употреблять какъ нѣмецкіе такъ и английскіе зонды и исключительно приобретаемъ къ зондамъ американскимъ. Главное преимущество ихъ состоитъ въ томъ, что они сдѣланы изъ столь гибкаго металла (смѣси олова и серебра), что имъ безъ всякаго труда можно придать какую угодно кривизну. Для цѣлей же діагностическихъ это въ высшей степени важно, такъ-какъ гибкій зондъ, встрѣчая какое либо препятствіе въ полости матки, не причиняетъ никакой травмы, а изгибается извѣстнымъ образомъ, т. е. принаправляется самъ собою къ условіямъ cadaго даннаго случая.

Способъ введенія зонда. Женщину кладутъ точно такимъ образомъ, какъ сказано было при введеніи зеркала. Врачъ стоитъ или сидитъ, но непременно между бедрами изслѣдуемой и притомъ лицомъ къ больной; приставивши верхушку одного указательнаго, а еще лучше, указательнаго и средняго пальцевъ, къ задней губѣ, зондъ лѣвою рукою, и притомъ кривизною обращенною вверхъ, проводятъ по пальцу (или пальцамъ) до зѣва. У женщинъ рожавшихъ пуговка зонда безъ всякаго труда проникаетъ въ зѣвъ и затѣмъ въ цервикальный каналъ (каналъ маточной шейки); у женщинъ же не рожавшихъ, съ круглымъ малымъ зѣвомъ, этотъ первый актъ разсматриваемой операціи нѣсколько труднѣе. Затрудненія эти преодолеваются тѣмъ, что приподымаютъ нѣсколько рукоятку вверхъ и пальцемъ, фиксирующимъ зѣвъ, какъ бы вталкиваютъ пуговку зонда въ зѣвъ. Когда инструментъ проникъ въ цервикальный каналъ, его подвигаютъ вверхъ причѣмъ рукоятку то подымаютъ, то опускаютъ. Всею болѣе затрудненій встрѣчается при прохожденіи зонда чрезъ внутренній зѣвъ, такъ-какъ этотъ послѣдній представляетъ самое узкое мѣсто канала. Затрудненія эти должно преодолевать потихоньку, исподволь, точно такъ, какъ это дѣлается при катетеризмѣ мочеиспускательнаго канала. Если пуговка зонда въ цервикальномъ каналѣ (вслѣдствіе сильно выраженныхъ складокъ) или въ области внутренняго зѣва встрѣчаетъ препятствіе, то нужно выдвинуть нѣсколько инструментъ и постараться дать ему другое направленіе. Когда зондъ прошелъ чрезъ внутренній зѣвъ, то дальнѣйшее прониканіе его въ полость матки не встрѣчаетъ обыкновенно ни-

какихъ затрудненій за исключеніемъ случаевъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ новообразованіями въ полости ея. Введеніе зонда, вообще говоря, очень мало болѣзненно; всего болѣе неприятное ощущеніе, доходящее иногда до болѣе или менѣе значительной боли, больная испытываетъ, когда зондъ проходитъ чрезъ внутренній зѣвъ.

Мы не говоримъ здѣсь о затрудненіяхъ, встрѣчаемыхъ при зондированіи матки при различныхъ смѣщеніяхъ и измѣненіяхъ въ очертаніи ея, такъ-какъ рѣчь объ этомъ будетъ при разборѣ этихъ неправильностей.

Зондъ вводится лѣвою рукою, потому что правою лучше фиксируется извѣстнымъ образомъ матка; главное же потому, что лѣвою рукою нельзя употребить такого насилія, какъ правою.

Введеніе зонда при помощи маточнаго зеркала не выдерживаетъ никакой критики и положительно вредно, потому что зеркало фиксируетъ матку въ извѣстномъ направленіи и отнимаетъ всякую возможность лавировать зондомъ.

Въ опредѣленіи зонда мы уже указали на существенное назначеніе его. Помощью его можно опредѣлить:

- a) Длину полости матки.
- b) Относительную длину собственно полости и канала маточной шейки.
- c) Состояніе внутренней поверхности маточныхъ стѣнокъ, т. е. гладкость, шероховатость ихъ, новообразованія и пр.
- d) Направленіе полости матки, измѣненія въ очертаніи (конфигураціи) матки и раздвоенія полости ея (*uterus bilocularis, serpens* и пр.).
- e) Различныя степени суженія канала маточной шейки и отверстій матки, т. е. наружнаго и внутренняго зѣва.
- f) Степень чувствительности полости матки и притомъ въ различныхъ частяхъ ея (*Huguier*).
- g) Степень подвижности матки и отношенія ея къ различнымъ опухолямъ, исходящимъ изъ таза.

Что всѣ эти цѣли могутъ быть достигнуты зондомъ—не подлежитъ сомнѣнію. Не смотря однако на всѣ выгоды эти, зондъ встрѣтилъ съ самаго начала и имѣетъ до сихъ поръ не мало противниковъ (во главѣ ихъ стоятъ *Scanzoni* и *Ashwell*) \*. Противники этого инструмента ничуть не отвергаютъ пользу его, но ратуютъ только противъ слишкомъ частаго употребленія его. Въ самомъ дѣлѣ, если зондированіе матки, при нормальныхъ условіяхъ со стороны послѣдней, не представляетъ никакихъ затрудненій, а также никакой опасности,—то, съ другой стороны, при измѣненіяхъ въ очертаніи матки, суженіи цервикальнаго канала и пр. зондъ можетъ повлечь за собою весьма печальныя послѣдствія. Въ литературѣ извѣстно не мало такихъ случаевъ, гдѣ зондированіе дѣлалось причиной, вслѣдствіе чрезвычайнаго раздраженія внутренней поверхности матки, очень тяжелыхъ бо-

\* Датье всѣхъ противниковъ разсматриваемаго инструмента заходитъ *Ashwell*, увѣряющій, что зондомъ нельзя констатировать загибы матки, а что только можно надѣлать ихъ (!). Мнѣніе это не нуждается въ опроверженіи и приведено нами только какъ обращеніе того, что все было извѣдываемо на зондѣ.

лѣзненныхъ припадковъ, какъ-то судорогъ, воспаленія внутренней поверхности матки (endometritis), распространяющагося иногда на серозный покровъ ея (perimetritis, peritonitis и проч.). Описаны даже случаи прободенія маточныхъ стѣнокъ. Хотя эти осложненія и принадлежатъ къ рѣдкимъ явленіямъ, однако уже одна только возможность ихъ должна заставить насъ быть крайне осторожными. Злоупотребленіе зондомъ въ практикѣ должно считать ничѣмъ не оправдываемымъ легкомысліемъ. Мы высказываемъ это мнѣніе съ тѣмъ болѣею положительностію, что слишкомъ частое зондированіе, сколько мы могли убѣдиться, показываетъ до извѣстной степени неопытность гинеколога. Вообще мы должны сказать, что чѣмъ неопытнѣе врачъ, тѣмъ съ болѣею охотой онъ прибѣгаетъ къ зонду и, наоборотъ, чѣмъ болѣе изощрился его палецъ, тѣмъ менѣе онъ находитъ нужнымъ прибѣгать къ этому инструменту. Ошибка, которую очень часто дѣлаютъ въ этомъ отношеніи въ практикѣ, состоитъ въ томъ, что нерѣдко прибѣгаютъ къ зонду, думая этимъ какъ-бы пополнить изслѣдованіе. т. е. сдѣлать его болѣе многостороннимъ. Въ самомъ дѣлѣ, въ то время, когда многіе для констатированія того или другаго вида измѣненія въ конфигураціи (загибы) матки, считаютъ необходимымъ прибѣгать къ помощи зонда, опытный врачъ можетъ очень хорошо опредѣлить и видъ загиба, и степень подвижности матки безъ него, а единственно только помощью комбинированнаго изслѣдованія. Изъ этого однако нисколько не слѣдуетъ, чтобы діагностика въ первомъ случаѣ, гдѣ употребленъ былъ зондъ, была въ какомъ-либо отношеніи болѣе положительна, чѣмъ во второмъ случаѣ. Если опытный гинекологъ при подобныхъ условіяхъ беретъ за зондъ, то онъ имѣетъ при этомъ существенно въ виду только одно обстоятельство, а именно—болѣе точное измѣреніе длины полости матки. Итакъ, не будучи ни въ какомъ случаѣ такимъ пессимистомъ относительно зонда, какъ Scanlon и др., мы признаемъ зондъ благодѣтельнымъ инструментомъ, если употреблять его только на основаніи твердыхъ показаній; но, съ другой стороны, считаемъ необходимымъ предостерегать отъ нераціональнаго употребленія его. Личная опытность каждаго гинеколога научаетъ его, иногда, къ сожалѣнію, слишкомъ поздно, когда можно и когда нельзя прибѣгать къ зонду. Начинаящій избѣгнетъ очень многихъ несправностей, если строго будетъ придерживаться слѣдующихъ противопоказаній. Къ зонду нельзя прибѣгать:

1. При беременности и вообще тамъ, гдѣ есть хоть малѣйшее подозрѣніе относительно послѣдней.

2. Во время мѣсячныхъ, особенно если онѣ сопровождаются извѣстною степенью болѣзненности (dysmenor.). Другаго рода кровотеченія изъ матки, напр. при новообразованіяхъ въ полости ея (полипы и пр.), не противопоказуютъ употребленія зонда, а требуютъ при этомъ только величайшей осторожности.

3. При всевозможнаго рода воспаленіяхъ, какъ самой матки,

такъ и придаточныхъ частей ея. Это должно сказать не только на счетъ острыхъ воспаленій, но и продуктовъ послѣднихъ, т. е. при старыхъ экссудатахъ въ сказанныхъ органахъ.

4. Въ родильномъ состояніи должно также избѣгать употребленія зонда, такъ какъ при этомъ въ маткѣ происходитъ процессъ инволюціи при которомъ дѣло при нѣкоторомъ насиліи можетъ дойти до прободенія маточныхъ стѣнокъ.

Для того, чтобы убѣдиться, что зондъ проникъ въ матку на достаточную высоту, т. е., что пуговка его касается дна, совѣтуютъ опускать рукоятку инструмента подъ острымъ угломъ къ горизонту и стараться затѣмъ прощупать пуговку зонда чрезъ брюшныя покровы. Нельзя достаточно вооружиться противъ этого приема, такъ-какъ онъ вреденъ и совершенно излишенъ. Вреденъ онъ потому, что подобное приподыманіе зонда, причеиъ пуговка его должна сильно нажимать на переднюю стѣнку матки, не можетъ не вызвать очень сильнаго раздраженія. Мы назвали маневръ этотъ излишнимъ, потому что для того, чтобы убѣдиться, что зондъ дѣйствительно проникъ въ матку, нужно имѣть въ виду только бугорокъ на кривизнѣ его. Исчезаніе бугорка послѣ того, какъ пуговка инструмента проникла въ зѣвъ, указываетъ какъ нельзя яснѣе на то, что кривизна зонда находится въ полости матки.

Duncan \*, а за нимъ Hildebrandt \*\* указали на замѣчательное явленіе, встрѣченное ими при зондированіи матки. Дѣло въ томъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ зондъ проникалъ въ матку (не беременную и не увеличенную никакими новообразованиями) до рукоятки. Спрашивается—куда дѣвался зондъ въ этихъ случаяхъ? Очевидно, въ маткѣ онъ не могъ помѣщаться, слѣдовательно, онъ долженъ былъ проникнуть куда нибудь далѣе. D. и H. полагаютъ, что въ этихъ случаяхъ зондъ изъ полости матки попадалъ въ одну изъ фаллопиевыхъ трубъ. Вопросъ этотъ до сихъ поръ разъясненъ однако далеко недостаточно, такъ какъ опыты на трупахъ не подтверждаютъ предположенія D. и H. Вѣроятно въ наблюденіяхъ ихъ были какія нибудь особенности, которыя не могли быть выяснены *intra vitam*.

Въ одномъ изъ засѣданій берлинскаго общества акушеровъ, за 1871 г., вопросъ этотъ былъ затронутъ по поводу въ высшей степени интереснаго сообщенія д-ровъ Rabi-Reichardt'a и Lehmusa \*\*\*. Они приводятъ пять наблюденій, гдѣ зондъ проникалъ въ брюшную полость (на 19 цент.); въ одномъ изъ нихъ констатировано было вскрытіемъ, что дѣло шло о прободеніи стѣнокъ матки, подвергшейся жировому перерожденію. Всѣ случаи, приводимые сказанными авторами, находились въ большемъ или меньшемъ отношеніи къ родильному состоянію: самое малое, что прошло послѣ родовъ, было 33, а самое большое—150 дней. Можетъ ли матка, безъ всякой связи съ родильнымъ періодомъ, подвергнуться прободенію, какъ въ приведенномъ случаѣ,—остается еще пока открытымъ вопросомъ. Нельзя впрочемъ не согласиться до извѣстной степени съ R. и L., что аналогія эта можетъ наступить въ случаяхъ, гдѣ имѣютъ дѣло съ продуктами воспаления какъ ткани самой матки, такъ и придаточныхъ частей ея.

До Duncan'a возможность прониканія зонда въ одну изъ фаллопиевыхъ трубъ утверждалъ Tylor Smith еще въ 1849 г. (см. Canstatt's Jahresber. за означенный годъ, T. IV, p. 343). О случаѣ очень глубокаго прониканія зонда въ матку упоминаетъ также Veit (Krankheiten des weiblich. Gesch. Erlangen, 1867, Bd. II p. 258), но удерживается отъ всякаго объясненія этого факта.

\* On a hitherto undescribed disease of the uterus, namely un-natural patency of the inner extremity of a fallopian tube. Edinb. medic. Journ. 1856, June.

\*\* Ueber das Sondiren der Tuben. Monatsch. f. Geburtsk. 1868, Bd. XXXI, p. 447.

\*\*\* Ueber Durchbohrung der Gebärmutter durch die Sonde. Beiträge zur Geburtsk. u. Gynäkol., herausgeg. v. der Gesellschaft f. Geburtsh. in Berlin. 1872, p. 12.

Кромѣ значенія діагностическаго зондъ имѣеть также немаловажное значеніе какъ терапевтической агентъ, какъ это увидимъ ниже.

## 2. Способы изслѣдованія, дѣлающіе внутреннюю поверхность матки доступной глазу и осязанію.

Способы эти сводятся существенно къ тому, чтобы, расширивъ предварительно каналъ маточной шейки, сдѣлать его, а также и полость матки доступными глазу и пальцу.

Что касается перваго изъ этихъ способовъ, т. е. осмотра внутренней поверхности матки, то, не смотря на всѣ усилія въ этомъ направленіи, онъ до сихъ поръ не привелъ ни къ какимъ положительнымъ результатамъ. Дѣло въ томъ, что какъ бы мы ни расширили цервикальный каналъ, мы все-таки никогда не устранимъ физиологическаго загиба, существующаго на передней стѣнкѣ матки, слѣдовательно и цилиндры (такъ наз. внутриматочныя зеркала), вводимые въ полость матки, ничего не помогутъ, такъ какъ они представляютъ прямые каналы, въ то время какъ полость матки представляетъ каналъ, изогнутый подъ извѣстнымъ угломъ. Въ этомъ заключается существенное основаніе того, почему всѣ сдѣланныя до сихъ поръ попытки осматривать внутреннюю поверхность матки привели къ ничтожнымъ результатамъ, не имѣющимъ никакого практическаго значенія.

Снарядовъ съ разбираемою цѣлью было придумано не мало. Сюда относятся: инструментъ Desormeau (нѣчто въ родѣ эндоскопа), внутри-маточное зеркало (двѣ створки, которыя, будучи сведены, представляютъ солдатскій штыкъ), Jobert'a, внутри-маточное зеркало (створчатое шарьеровское зеркало въ миниатюрѣ) проф. Крассовскаго (а также Lemenaut - De chenais), метроскопъ Грюневальда и др. Всѣ эти снаряды употреблялись такимъ образомъ, что, обнаживъ предварительно влагалищную часть, внутри-маточное зеркало, чрезъ зеркало рукавное, вводятъ въ цервикальный каналъ. Изъ этого видно, что для этого требуется, чтобы зѣвъ былъ достаточно раскрытъ. Но если мы имѣемъ дѣло съ зѣвомъ настолько раскрытымъ, что онъ пропускаетъ метроскопъ, то онъ навѣрно пропуститъ и палецъ, котораго совершенно достаточно для того, чтобы изслѣдовать внутреннюю поверхность матки.

О внутри-маточныхъ зеркалахъ смотри: E. Martin, Ueber die von der London obstertical Society am 28 März 1866 veranstalteten Ausstellung geburts-hilflicher und gynäcologischer Instrumente. Monatschr. f. Geburtsk. 1868. Bd. XXXI, p. 81.—Nonat, Maladies de l'uterus et de ses annexes. p. 52.—M. Горвицъ, Клиническія записки по гинекологіи. С.-Петербург. 1871, p. 59.—Court, Traité pratique des maladies de l'uterus et pr. Paris, 1872, ed. deux. p. 162.—Leop. Ellinger, Die extemporirte Erweiterung des Muttermundes. Arch. f. Gynäcologie, 1873, Bd. V, Hft. 2, p. 268.

Вслѣдствіе очевидной недостаточности только что описаннаго способа, въ настоящее время большинство гинекологовъ, съ цѣлью распознаванія (а также и леченія) нѣкоторыхъ болѣзней матки,



прибѣгаютъ къ методическому расширенію зѣва и канала маточной шейки. Способъ этотъ имѣетъ такую громадную практическую важность, что онъ совершенно измѣнилъ характеръ новѣйшей гинекологіи, по крайней мѣрѣ въ діагностическомъ отношеніи.

Историч. замѣч. и библиографія. И въ этой важной отрасли гинекологической діагностики, Simpson, какъ и во многихъ другихъ частяхъ нашей науки, является постояннымъ реформаторомъ. Сознавъ всю несостоятельность попытокъ прежнихъ авторовъ, сдѣлать полость матки доступною непосредственному изслѣдованію, онъ предложилъ расширять методически цервикальный каналъ. Записка объ этомъ предметѣ (Механическое расширение зѣва и канала маточной шейки, какъ средство для распознаванія и леченія нѣкоторыхъ болѣзней матки), читанная имъ въ 1844 году въ Эдинбургскомъ медико-хирургическомъ обществѣ, составляетъ поэтому настоящую эпоху въ развитіи новѣйшей гинекологіи. Способъ Simpson'a очень скоро вошелъ въ общее употребленіе и въ особенности американскіе гинекологи, какъ-то: Emmet, M. Sims, H. Storer, Vixby и др. приобрѣли себѣ несомнѣнныя заслуги въ этомъ отношеніи тѣмъ, что много содѣйствовали распространенію и усовершенствованію технической стороны разсматриваемаго метода. Корень ляминарии, какъ расширяющее средство, былъ предложенъ прежде всего Sloan'омъ, а затѣмъ уже Wilson'омъ въ 1863 году и, благодаря авторитету Nélaton'a, онъ получилъ очень скоро всеобщую извѣстность. Въ 1865 году Greenhalgh предложилъ съ цѣлью болѣе быстрого разбуханія кусковъ ляминарии, снабжать ихъ центральнымъ каналомъ. Winskel въ 1867 г. предложилъ какъ расширяющее средство корень горчавки (*radix gentianæ*), впрочемъ давно уже извѣстный Родерригу-а-Кастро.

J. Simpson, Mechanical dilatation of the cavity of the os and of the cervix of the uterus as a Means of Diagnosis and Treatment in some affections of the organ. Monthly Journ. of medic. sc. aug. 1844. См. также его Obstetr. Memoirs and Contrib. t. 1, p. 125.—Aveling, Medic. Times and Gaz. 1858.—Becquerel, Gaz. des hôp., 1858, № 32.—Wilson, Medic. Times, 1863, № 28.—C. Braun, Ueber Anwendung der Lamin. digitata, Wiener med. Wochenschr., 1863. August.—Флоринскій, Медич. Вѣстн., 1864, № 18, стр. 172.—W. O. Preatly, Med. Times and Gaz. 1864, March. 5.—Greenhalgh, о модификаціи ляминарии, какъ расширяющ. с. едства. Lancet, 1865, 8 avr.: также въ Monatschr. f. Geburtsk. 1865, Bd. XXV, p. 480.—М. Левковичъ, примѣненіе стебля lamin. digit. къ терапевтикѣ женскихъ болѣзней. Протоколы засѣданій Общества Русс. Вр. въ С.-Петербургѣ, 1864—1865, стр. 503.—M. Sims, Gebärmutterchirurgie etc, p. 38.—М. Горвицъ, ор. cit.: діагностическое и терапевтическое значеніе расширяющихъ средствъ, стр. 57.—Hausmann, Kann die Erweiterung des verengten Muttermundes durch den Pressschwamm die Empfängniss erleichtern? Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynæcol., 1878. Bd. III, Hft. 2.

Съ цѣлью расширенія цервикальнаго канала, употребляются различныя вещества, а именно:

*Прессованныя губки, laminaria и корень горчавки.*

Мы разсмотримъ сначала первыя, такъ какъ онѣ еще очень недавно находились въ исключительномъ употребленіи.

Способъ приготовленія прессованныхъ губокъ. Обыкновенная, продающаяся въ аптекахъ *spongia compressa offic.* не годится для разсматриваемой цѣли, такъ какъ она очень хрупка и приготовляемымъ изъ нея конусамъ нельзя придать надлежа-

щей формы. Для приготовления хороших губокъ должно поступать слѣдующимъ образомъ: Изъ хорошо промытой губки прирѣзаютъ куски, длиною отъ 2 до 4", и притомъ различной толщины; каждую губку по длиннику насквозь прокалываютъ раскаленною проволокою (или вязальной иглою) и затѣмъ кладутъ ее въ крѣпкій растворъ аравійской камеди. Вынувши губки изъ раствора, обматываютъ ихъ, начиная снизу, вощенною ниткою (дратвой), для того, чтобы послѣднюю легче было послѣ разматывать. Послѣ этого каждая губка обрабатывается напильникомъ до тѣхъ поръ, пока она не сдѣлается совершенно гладкой. Губки не должны имѣть, какъ утверждаютъ, рѣзко выраженную коническую, а болѣе цилиндрическую форму.

Палочки изъ ляминарии (*lamin. digitata*) получаютъ у насъ обыкновенно уже готовые. На наружномъ концѣ ихъ имѣется отверстіе, черезъ которое продѣвается крѣпкая нитка, для болѣе удобнаго удаленія введенныхъ кусковъ.

Относительно приготовления расширителей изъ *gentiana* мы ничего не можемъ сказать, такъ какъ намъ никогда не приходилось ихъ употреблять.

Способъ введенія губокъ. Смотря по данному случаю, выбирается губка извѣстной величины; чрезъ отверстіе, находящееся на наружномъ концѣ ея, продѣвается крѣпкая нитка, облегчающая выведеніе губки наружу. Больная лежитъ на поперечной или горизонтальной кровати. Влагалищная часть обнажается помощью зеркала и затѣмъ приступаютъ къ введенію губки. *Simson* употреблялъ для этого особеннаго рода зондъ съ приспособленнымъ концемъ, на который насаживалась вводимая губка; теперь придумано для этого множество различныхъ инструментовъ, безъ которыхъ однако можно обойтись очень хорошо, прибѣгая къ обыкновенному, крѣпко замыкающемуся корцангу. Итакъ, наружный конецъ губки захватывается корцангомъ, внутренній же конецъ смазывается глицериномъ, саломъ и т. п. и вводится въ зѣвъ; по мѣрѣ прониканія въ цервикальный каналъ, зеркало понемногу выдвигается наружу, для того, чтобы облегчить вхожденіе губки. Сразу очень рѣдко удается провести губку чрезъ внутренній зѣвъ; никогда поэтому не слѣдуетъ форсировать, а ограничиваться тѣмъ, чего удалось достигнуть на первый разъ. Введенную губку удерживаютъ *in loco* помощью смоченнаго въ глицеринѣ ватнаго тампона; кромѣ того, больная должна безусловно оставаться въ постели; губку никогда не слѣдуетъ оставлять въ цервикальномъ каналѣ долѣе 12 часовъ, такъ какъ производимое ею раздраженіе и могущее произойти при этомъ всасываніе детрита разможенной ткани могутъ вызвать или сильныя воспалительныя явленія, или же, что еще хуже, септихемию. Поэтому введенную губку должно удалять часовъ черезъ 8 и никакъ не позже 12. По удаленіи губки, назначаютъ слизистые души въ рукавъ съ прибавленіемъ дезинфицирующихъ и, въ случаѣ обнаруженія болѣе внизу живота (*hyperaemia uteri*), согрѣвающие компрессы на *reg. hypogastr.* и

какую нибудь среднюю соль внутрь. Вторая и т. д. губка вводится обыкновенно черезъ день, а въ случаѣ болѣе сильнаго раздраженія, даже черезъ два дня. Губки вводятся до тѣхъ поръ, пока не удастся достигнуть желаемой цѣли, т. е. пока не будемъ въ состояніи ввести палецъ въ цервикальный каналъ и полость матки.

По введеніи губки, нужно позаботиться о томъ, чтобы она удержалась на мѣстѣ, т. е. чтобы она не выскользнула изъ цервикальнаго канала. Это можетъ случиться даже при совершенно спокойномъ положеніи больной въ постели. Для этого, по введеніи, по крайней мѣрѣ, первой губки, я прибѣгаю къ ватному тампону напитываемому глицериномъ. Глицеринъ приноситъ здѣсь двойную существенную пользу: во первыхъ, онъ значительно уменьшаетъ раздраженіе рукава и, во вторыхъ, унимаетъ зловоніе секрета, составляющее одно изъ постоянныхъ явленій при употребленіи губокъ.

Иногда могутъ встрѣтиться весьма значительныя затрудненія при введеніи губокъ. Обстоятельства, затрудняющія разсматриваемую нами процедуру, слѣдующія: слишкомъ длинная влагалищная часть, неподатливость внутренняго зѣва, смѣщенія (наклоненія) и измѣненія въ очертаніи (загибы) матки. При подобныхъ обстоятельствахъ нужно дѣйствовать чрезвычайно осторожно, не форсируя, такъ какъ насильственное расширеніе чрезвычайно вредно и даже опасно, преимущественно вслѣдствіе раздраженія внутренняго зѣва.

Упомянутыя препятствія къ введенію губки могутъ быть весьма различны и мы выше ограничились приведеніемъ главнѣйшихъ изъ нихъ. При слишкомъ длинной влагалищной части и значительномъ суженіи наружнаго зѣва, мы кромѣ того, что беремъ самую тонкую изъ имѣющихся у насъ губокъ, приходится иногда еще надрѣзать наружный зѣвъ тонкими длинными ножницами, или же гистеротомомъ. Самое серьезное препятствіе составляетъ неподатливость въ внутр. зѣва. Въ этихъ случаяхъ мы вводимъ нѣсколько губокъ только до этого мѣста и происходящее вслѣдствіе этого разбуханіе ткани значительно облегчаетъ провиканіе губки черезъ зѣвъ. При наклоненіяхъ матки встрѣчаются двойнаго рода затрудненія. Первое состоитъ въ томъ, чтобы установить влагалищную часть такимъ образомъ, чтобы губка могла проникнуть въ наружный зѣвъ. Для этого при наклоненіяхъ матки впередъ, мы вводимъ зеркало такимъ образомъ, что сильно приподымаемъ наружный конецъ его. Если бы и такимъ образомъ не удалось вставить зѣвъ въ просвѣтъ зеркала, то прибѣгаемъ къ помощи тонкаго крючка, а за неимѣніемъ его къ маточному зонду. При наклоненіяхъ матки взадъ мы прибѣгаемъ къ такому же, но только обратному маневру. При измѣненіяхъ въ очертаніи матки, т. е. при загибахъ ея, препятствіе къ провиканію губки черезъ загнутое мѣсто, т. е. чрезъ внутр. зѣвъ, можетъ быть преодоляемо предварительнымъ зондированіемъ.

Дѣйствіе губокъ существенно состоитъ въ томъ, что онѣ исподоволь и мало-по-малу расширяютъ цервикальный каналъ, по мѣрѣ того, какъ онѣ всасываютъ въ себя секреты слизистой оболочки. Если, по удаленіи губки, ввести палецъ въ цервикальный каналъ, то можно убѣдиться, что ткань его болѣе или менѣе сильно размягчена: она становится какъ бы губчатою; вся матка кромѣ того гиперемирована и поэтому она представляется нѣсколько больше, чѣмъ была до введенія губки.

Показанія къ употребленію расширяющихъ средствъ су-

щественно сводятся къ тому, что къ нимъ должно прибѣгать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ тѣмъ или другимъ заболѣваніемъ полости матки, которое однако остается недоступнымъ, вслѣдствіе того, что цервикальный каналъ закрытъ и, слѣдовательно, не можетъ быть распознано обыкновенными діагностическими приемами. Сюда относятся слѣдующія патологическія состоянія:

1) Всѣ новообразования, извѣстныя подъ именемъ полиповъ, какъ фиброзныхъ такъ и слизистыхъ, въ томъ періодѣ ихъ развитія, когда они совершенно заключены въ полости матки, или сидятъ высоко въ цервикальномъ каналѣ.

2) Тоже самое должно сказать относительно фиброміомъ въ тѣсномъ смыслѣ.

3) Всѣ случаи маточныхъ кровотеченій, обусловливаемыхъ задержаніемъ кусковъ послѣда или яичныхъ пленъ, какъ послѣ срочныхъ родовъ, такъ и въ особенности послѣ выкидышей (плярные полипы).

4) Кровотеченія, зависящія отъ развитія въ цервикальномъ каналѣ грануломъ и фунгозныхъ разраженій (*endometritis granulosa et fungosa*).

Если въ приведенныхъ выше случаяхъ губки составляютъ драгоценное, ничѣмъ не замѣнимое средство, то, съ другой стороны, нельзя однако не сознаться въ томъ, что средство это, при нѣкоторыхъ условіяхъ, можетъ повлечь за собою весьма серьезныя, а иногда и очень печальныя послѣдствія. Въ самомъ дѣлѣ, по удаленіи губки, мы замѣчаемъ, что она покрыта густымъ гнойно-кровянистымъ отдѣленіемъ, отличающимся кромѣ того сильнымъ зловоннымъ запахомъ. Такъ какъ все это обусловливается разможеніемъ ткани, то этимъ данъ обильный источникъ для инфекции, т. е. септикеміи. Неблагоприятное обстоятельство это, какъ мы уже сказали выше, можетъ быть устранено тѣмъ, что губку не слѣдуетъ оставлять слишкомъ долго въ цервикальномъ каналѣ. Hausmann своими изслѣдованіями показалъ, что на губкѣ, пролежавшей извѣстное время въ цервикальномъ каналѣ, можно констатировать въ большомъ количествѣ эпителий слизистой оболочки, а въ секретѣ цервикальнаго канала массу микрококовъ и детрита. Вслѣдствіе то этого онъ вмѣстѣ съ В. Schultze настоячиво совѣтуетъ при употребленіи губокъ слѣдовать строго антисептическому методу. Другое неблагоприятное обстоятельство, сопряженное съ губками (и вообще расширяющими средствами), состоитъ въ томъ, что онѣ могутъ сдѣлаться причиною развитія чисто воспалительныхъ явленій со стороны различныхъ частей половой сферы. При обыкновенныхъ условіяхъ губка сама по себѣ рѣдко вызываетъ воспалительныя явленія, но всеѣмъ иное дѣло, если до введенія ея половая сфера находилась уже въ состояніи раздраженія, свѣжаго или давняго. Тутъ непремѣнно, въ силу травматизма, вызываемаго губкою, разовьются воспалительныя явленія и притомъ степень ихъ будетъ

прямо соотвѣтствовать степени предшествовавшаго раздраженія. На основаніи нашихъ личныхъ наблюденій, губка (resp. и всякое расширяющее средство) обостряетъ воспалительныя состоянія, предшествовавшія введенію ея. На основаніи этого положенія, противопоказанія къ употребленію губокъ не трудно резюмировать слѣдующимъ образомъ:

Губки не должны быть употребляемы:

1) При всѣхъ острыхъ воспалительныхъ состояніяхъ половой сферы, а также

2) Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ той или другой части половой сферы существуютъ явные остатки предшествовавшихъ воспалительныхъ процессовъ, какъ-то: периметрита, параметрита, оффорита и пр.

Не смотря на всю важность діагностическаго значенія губокъ, мы не можемъ достаточно предостеречь начинающихъ отъ злоупотребленія этимъ средствомъ. Особенно это должно сказать относительно способа введенія и оставленія губокъ въ цервик. каналъ. Въ періодической медицинской литературѣ находимъ очень много случаевъ, въ которыхъ употребленіе губокъ имѣло очень печальный исходъ, объясняющійся лишь тѣмъ, что губки вводили не надлежащимъ образомъ, или же тѣмъ, что ихъ оставляли очень долго въ цервикальномъ каналѣ. Мы ужъ выше упомянули о томъ, что неблагоприятный исходъ въ этомъ случаѣ обуславливается распаденіемъ ткани, сдавленной губкой; къ этому нужно еще прибавить и разложеніе распавшихся частицъ въ самой губкѣ. Весьма важное значеніе имѣетъ также форсированное проведеніе губки чрезъ внутренній зѣвъ. Этого рода травматизмъ можетъ имѣть самыя печальныя послѣдствія. Что же касается оставленія губокъ въ цервикальномъ каналѣ на относительно долгое время, напр. 24 часа и болѣе, то это мы считаемъ въ высшей степени вреднымъ и нерациональнымъ. Если это иногда безнаказанно можно дѣлать съ ламинаріей, то при губкахъ это очень нерѣдко повлечетъ за собою печальный исходъ.

Что касается относительныхъ достоинствъ различныхъ расширяющихъ средствъ, то, на основаніи накопившагося въ настоящее время матеріала, можно придти на этотъ счетъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

а) Губка больше можетъ способствовать развитію инфекціонныхъ процессовъ, но за то она скорѣе разбухаетъ, слѣд. скорѣе ведетъ къ цѣли. Ляминарія, поэтому, при одинаковыхъ условіяхъ, должна дольше оставаться въ цервикальномъ каналѣ.

б) Губка меньше раздражаетъ цервикальный каналъ, чѣмъ ляминарія (вслѣдствіе содержанія въ ней брома и іода), слѣдовательно меньше способствуетъ развитію воспалительныхъ явленій со стороны половой сферы.

в) Ляминарія никогда такъ хорошо не держится въ цервикальномъ каналѣ, какъ губка, и потому чаще выскальзывается въ руку.

Что касается корня горчавки, то кромѣ Winckel'я, предложившаго это средство, никто, сколько мнѣ извѣстно, объ немъ не говоритъ и поэтому не можемъ высказать на этотъ счетъ никакого мнѣнія.

Года 4 тому назадъ д-ръ Sussdorf, въ Ньюйоркѣ, предложилъ употреблять съ расширяющей цѣлью корень tupelo (Nyssa

aquatica). Вслѣдъ за этимъ я сталъ испытывать это средство въ клиникѣ и въ частной практикѣ и не могъ не убѣдиться въ томъ, что оно составляетъ истинное пріобрѣтеніе въ гинекологической терапіи. Turelo разбухаетъ не только скорѣе ляминаріи, но даже и прессованныхъ губокъ, и кромѣ того, мнѣ очень рѣдко приходилось замѣчать отъ него такое раздраженіе, какъ отъ другихъ расширяющихъ средствъ. Обстоятельство это я приписываю, главнымъ образомъ, одному изъ существенныхъ свойствъ разсматриваемаго корня, именно—чрезвычайно гладкой поверхности его. Разбухаетъ онъ не только очень скоро, но и въ высшей степени равномерно. Благодаря также необыкновенной мягкости его, ему очень скоро можно придать какую угодно толщину и форму. Въ виду всего этого, я въ послѣднее время вездѣ, гдѣ только оказывалось нужнымъ, прибѣгалъ къ turelo. Я не сомнѣваюсь въ томъ, что со временемъ корень этотъ изгонитъ изъ гинекологической практики всѣ другія расширяющія средства.

Чтобы устранить важное неудобство губки, именно возможности развитія инфекціонныхъ процессовъ, предлагали пропитывать всю губку карболовой кислотою.

Ellinger предложилъ расширять цервикальный каналъ *ex tempore*, т. е. разомъ. Идею этого способа онъ, по словамъ его, заимствовалъ отъ Koeberle. Идея эта, впрочемъ, какъ справедливо замѣтила редакція Archiv f. Gynaecologie, ничуть не нова, но объ ней ужъ давно толковали Busch и многіе другіе.

Расширитель, употребляемый Ellinger'омъ, представляетъ нѣчто въ родѣ обыкновенныхъ полипныхъ щипцовъ, внутренній (т. е. вводимый въ цервикальный каналъ) конецъ которыхъ изогнутъ на подобіе маточнаго зонда. Звѣнья этихъ щипцовъ расходятся при помощи двухъ шарнировъ; на наружномъ концѣ инструмента придѣланъ масштабъ, по которому можно судить о степени расхождения звѣньевъ. Инструментъ вводится не только до внутренняго звѣва, но въ полость матки и затѣмъ разомъ разводятъ верхніе концы его. По словамъ Ellinger'a, боль при этомъ не очень значительна (?). Ell. употребляетъ свой инструментъ вездѣ тамъ, гдѣ обыкновенно прибѣгаютъ къ методическому, постепенному расширенію цервикальнаго канала, и, по его словамъ, онъ не знаетъ ничего, что могло бы послужить противупоказаніемъ къ употребленію этого метода (!).

Способъ этотъ еще такъ новъ, что до сихъ поръ весьма трудно высказать относительно его какое-либо положительное мнѣніе. Что бы ни показали дальнѣйшія наблюденія, однако теперь уже можно сказать, что Ellinger слишкомъ уже надѣется на безнаказанность, или же, какъ онъ увѣряетъ, совершенную невинность этого способа.

Американскіе и англійскіе гинекологи еще въ новѣйшее время придумывали различные инструменты для расширенія цервикальнаго канала въ возможно менѣе короткій промежутокъ времени.

Такъ, Dr. Peasley \* предложилъ съ расширяющею цѣлью прибѣгать къ цѣлой скалѣ стальныхъ зондовъ различной толщины, которыя надѣваются на одну общую рукоятку. Таковую же скалку зондовъ (или—лучше цилиндрическихъ деревянныхъ палочекъ) предложилъ въ послѣдніе годы Hegar. Къ этой же категоріи должно отнести инструменты Preatsley, Perreuve'a и др. Инструменты эти ни въ какомъ случаѣ не могутъ замѣнить постепеннаго расширенія зѣва (т. е. помощью губокъ и *tupelo*), такъ какъ они примѣнимы только въ исключительныхъ случаяхъ, именно тамъ, гдѣ цервикальный каналъ очень мягокъ и удобо-растяжимъ. Да и въ подобныхъ случаяхъ растяженіе *ex tempore* еще очень болѣзненно, по словамъ тѣхъ, которые къ нему прибѣгали.

Въ гинекологической литературѣ постоянно появляются статьи, толкующія о расширеніи цервикальнаго канала. Авторы ихъ большею частью указываютъ на то, что обыкновенный способъ расширенія черезъ чуръ хлопотливъ и кромѣ того не безопасенъ. Мы ужъ выше указали на то, что опасности можно избѣгать, соблюдая извѣстныя предосторожности и придерживаясь строго антисептического метода, какъ это постоянно совѣтуетъ В. Schulze. Въ послѣдніе годы С. Schröder совѣтуетъ прибѣгать по преимуществу къ кровавому расширенію, особенно если имѣется въ виду чисто діагностическая цѣль. Наружный зѣвъ разрѣзается по обѣимъ сторонамъ вплоть до свода и затѣмъ пальцемъ проходятъ чрезъ внутренній. Послѣ этого на раны накладываются швы. Что касается недавно предложеннаго Schatz'омъ расширителя (*metron-visor*), то онъ едва ли когда войдетъ въ практику, такъ-какъ онъ дѣйствуетъ въ высшей степени грубо и потому далеко не безопасенъ.

Что касается терапевтическаго значенія расширяющихъ средствъ, то объ этомъ сказано будетъ въ своемъ мѣстѣ.

Въ заключеніе сказаннаго нами объ общихъ началахъ діагностики, приложимыхъ къ патологіи женской половой сферы, намъ остается еще упомянуть вкратцѣ о способѣ изслѣдованія и глами (Акейдоперастика). Способъ этотъ, къ которому часто прибѣгалъ Mideldorpf и который особенно выхваляетъ С. Braun \*\*, состоитъ въ томъ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ обыкновеннымъ путемъ трудно бываетъ рѣшить натуру опухоли, съ которою имѣемъ дѣло, вкалываютъ въ нѣхъ тонкія иглы и по степеніи сопротивленія судятъ о томъ—имѣемъ ли мы дѣло съ опухолью, содержащею какую-либо жидкость, или же опухолью плотною. Кромѣ того о свойствахъ жидкости судятъ по тѣмъ нѣсколькимъ каплямъ, которыя вытекаютъ при этомъ. По словамъ Braun'a, акей-

\* *Intra-uterine medication, it's uses, limitations and method. New-York Medic. Journ 1870, t. V, 465.*

\*\* Смотри его *Compendium der Frauenkrankheiten, Wien, 1853, p. 11* и Amman, *op. cit. p. 73.*

доперастика оказывается иногда весьма полезно при распознаваніи кистъ, фибромовъ, тромбовъ рукава, заматочной кровяной опухоли (haematocele) и пр. На основаніи того, что намъ пришлось до сихъ поръ видѣть, мы ни въ какомъ случаѣ не раздѣляемъ мнѣнія Braun'a. Мы увидимъ ниже, что распознаваніе упомянутыхъ патологическихъ состояній, въ большинствѣ случаевъ, до такой степени ясно, что вовсе не требуется прибѣгать къ разбираемому диагностическому методу, который можно было бы назвать кровавымъ. Случаи, въ которыхъ способъ этотъ можетъ оказать нѣкоторую пользу, будутъ въ высшей степени исключительные.

Что касается примѣненія микроскопа и химіи къ диагностикѣ, то въ гинекологіи къ нимъ прибѣгаютъ при совершенно тѣхъ же условіяхъ, какъ и въ другихъ отрасляхъ практической медицины. Мы, поэтому, считаемъ излишнимъ коснуться здѣсь этого вопроса, такъ какъ пришлось бы повторить только извѣстныя всѣмъ данныя и только тамъ, гдѣ это дѣйствительно нужно будетъ, мы приведемъ тѣ результаты микрографическаго и химическаго изслѣдованія, которые въ извѣстныхъ случаяхъ облегчаютъ или даже съ положительностью рѣшаютъ распознаваніе.

---



## ГЛАВА III.

### Общая гинекологическая терапия.

Для избѣжанія повтореній, мы рассмотримъ здѣсь нѣсколько терапевтическихъ приѣмовъ, къ которымъ часто прибѣгаютъ при леченіи различныхъ патологическихъ формъ женской половой сферы.

#### 1. Тампонада рукава.

Историч. замѣч. и литерат. Намеки на тампонаду рукава находимъ уже у Гипократа (*de morb. mulier*, I. I, cap. 76), Мошіона (Gynaec. Spach., cap. 20), Павла Эгинскаго (*lib. 7*, cap. 24) и другихъ. Рукавныя затычки древнихъ и старинныхъ авторовъ представляютъ, такъ сказать, прототипъ нашего теперешняго тампона. Настоящимъ изобрѣтателемъ тампона должно считать Leroix (1776), такъ-какъ онъ, испытавъ его въ теченіе 12-ти лѣтъ, описалъ его весьма подробно и старался объяснить его дѣйствіе. Не смотря на то, что тампонъ встрѣтилъ очень жаркихъ противниковъ въ лицѣ Millot, Demangeon'a и даже относительно недавно въ лицѣ James'a (1828), онъ очень скоро вошелъ въ общее употребленіе и въ настоящее время составляетъ одно изъ самыхъ важныхъ средствъ въ гинекологіи.

Leroix, Ant., *Observations sur les pertes de sang chez les femmes en couches et sur le moyen de les guerir*. Dijon, 1776.—Millot, *Observations sur les pertes des femmes*. Paris, 1798. Wigand, *Hufeland's Journ.*, 1816, Bd. 43, Hft. 7.—Duparque, *Bibliot. medic.* 1825, T. VIII, p. 118.—d'Outrepont, *Gemeins. deutsche Zeitschr. f. Geburtsk.* Bd. II, p. 180. Также Bd. IV, p. 40.—James, *The Lond. medic. Repert. and Review*, 1828, May.—Feldheim, *Kurzer Beitrag zur Erkenntniss und Behandlung des Gebärmutterblutfluss*. Bamberg. 1831.—Renton, *on uterin Haemorrhagie*, Lond. med. Gaz. 1838.—Henning, *Neue Zeitschr. f. Geburtsk.* Bd. II, p. 429. Michaelis, *ibid.*, Bd. V., p. 369.—Kyll, *ibid.*, Bd. VI, p. 237.—Tilt, *a handbook of uterine therapeutics*, Lond. 1863, p. 142.

Тампонъ можетъ имѣть тройкую цѣль: къ нему прибѣгаютъ: а) съ цѣлью кровоостанавливающей, б) съ цѣлью простаго разъединенія стѣнокъ рукава и с) съ тѣмъ, чтобы посредствомъ него привести въ прикосновеніе влагалищную часть, или же стѣнки рукава съ различными лекарственными веществами.

а) Если имѣютъ въ виду цѣль кровоостанавливающую, то там-

понируютъ различнымъ образомъ. Женщина лежитъ какъ обыкновенно при введеніи зеркала; затѣмъ берутъ цѣльное цилиндрическое зеркало, наружный конецъ котораго покрываютъ холстинкою, пропитанною масломъ; зеркало затѣмъ вводятъ въ рукавъ; просвѣтъ зеркала выполняютъ корпейными шариками до тѣхъ поръ, пока они не выполнятъ всего рукава. По мѣрѣ выполненія зеркала корпейными шарами, его понемногу выводятъ наружу и, по окончаніи всей процедуры, для удержанія тампона *in loco* накладываютъ еще Т—образную повязку. Тампонъ удаляется цѣликомъ, потягивая за концы холстинки, въ которой, какъ бы въ мѣшкѣ, помѣщаются корпейные шары. Накладываніе этого тампона (такъ-называемаго классическаго) отнимаетъ много времени и онъ кромѣ того не имѣетъ никакихъ особенныхъ преимуществъ. Лучше всего тампонировать такимъ образомъ, что, по введеніи зеркала, вводятъ въ просвѣтъ его отдѣльные корпейные шары, укрѣпленные на ниткахъ. Первый шаръ прикладывается непосредственно къ влагалищной части (*resp.* кровоточащему зѣву), 2-й къ первому и т. д., пока весь рукавъ не выполнится такимъ образомъ корпейными шарами. Т—образная повязка при этомъ совершенно лишняя, такъ какъ тампонъ этотъ держится очень хорошо самъ собою. Мы очень рѣдко прибѣгаемъ къ корпейнымъ тампонамъ, такъ-какъ это матеріалъ слишкомъ дорогой для госпитальной практики, а въ частной практикѣ приготовленіе его слишкомъ копотливо и отнимаетъ много времени. Мы поэтому тампонируемъ всегда помощью одного непрерывнаго куска свѣжей ваты. Матеріалъ этотъ имѣетъ ту важную выгоду, что тампонъ изъ него готовится очень скоро, и кромѣ того онъ вводится и удаляется изъ рукава за одинъ разъ. Тампонъ въ видѣ оленьяго хвоста (*tampon au queue de cerf* французовъ) есть ничто иное, какъ известное число корпейныхъ шариковъ, различной величины, связанныхъ между собою ниткою; шарики отстоятъ другъ отъ друга на известномъ разстояніи. Приготовленіе этого рода тампона еще хлопотливѣе и особенныхъ выгодъ за нимъ я не знаю.

Если тампонъ почему либо приходится оставлять въ рукавѣ довольно долго, то лучше прибѣгать къ корпейнымъ шарамъ, такъ-какъ они раздражаютъ стѣнки рукава гораздо меньше, чѣмъ вата. Тоже самое должно сказать относительно тѣхъ случаевъ, гдѣ тампонъ употребляется какъ субстратъ того или другаго лекарственнаго вещества. Тамъ, гдѣ имѣемъ дѣло съ распадающимися опухольями, язвами, отдѣляющими зловонный секретъ, обыкновенную вату замѣняютъ салициловою.

Дѣйствіе тампона, употребляемаго съ цѣлью кровоостанавливающей, главнымъ образомъ—механическое. Напрягая сводъ рукава и прижимая кровоточащій органъ (по крайней мѣрѣ часть его), тампонъ останавливаетъ кровотеченіе тѣмъ, что на верхушкѣ его скопляется нѣсколько крови, которая, не находя себѣ выхода, створаживается и образуетъ тромбы (пробки), закупоривающіе кровоточащіе сосуды. Кромѣ того, тампонъ, безъ сомнѣнія, способствуетъ остановленію кровоточенія изъ матки тѣмъ,

что усиливаетъ сократительную дѣятельность ея, раздражая въ большей или меньшей степени нижній ея отрѣзокъ.

Тампонъ, употребляемый какъ кровоостанавливающее средство, оставляется въ рукавѣ около 6—8 часовъ; долѣе можно оставлять тампонъ, имѣя въ виду только какую-нибудь специальную цѣль. Тампонъ, какой бы онъ ни былъ, оставленный въ рукавѣ слишкомъ долго, причиняетъ значительную боль и очень сильно раздражаетъ рукавъ. При кетати (т. е., на основаніи рациональнаго показанія) и должнымъ образомъ наложенномъ тампонѣ, кровотеченіе должно останавливаться почти немедленно; если же кровь течетъ мимо тампона, то его должно тотчасъ удалить и снова приступить къ наложенію его. Если тампонъ пролежитъ нѣсколько часовъ и его приходится повторить, то это должно дѣлать не тотчасъ, а подождать нѣкоторое время, чтобы дать улечься произведенному имъ раздраженію. Этою перемежкою пользуются обыкновенно для того, чтобы назначить успокоивающія впрыскиванія въ рукавъ.

Если тампонъ употребляется съ цѣлью кровоостанавливающей, то механическое дѣйствіе его можно усилить терапевтическимъ дѣйствіемъ того или другаго лекарственнаго вещества (различныя вяжущія), растворомъ котораго напITYвается верхушка тампона. Каучуковые тампоны (кольпейринтеры), къ которымъ такъ часто прибѣгаютъ въ акушерствѣ, въ гинекологической практикѣ никогда почти не употребляются, или же очень рѣдко, потому что, по размѣрамъ своимъ, этого рода тампоны могутъ дѣйствовать благоприятно лишь тогда, когда имѣютъ дѣло съ значительнымъ увеличеніемъ въ объемѣ нижняго отрѣзка матки.

Кровоостанавливающій тампонъ употребляется во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ самый выдающійся припадокъ составляетъ кровотеченіе и гдѣ другія средства (напр. рукавные души различнаго свойства) оказываются недостаточными для устраненія этого припадка. Сюда будутъ относиться слѣдовательно: кровотеченіе, обусловливаемое различными новообразованиями (фибромы, саркомы, ракъ и пр.) матки, вялостью маточныхъ стѣнокъ, обильныя мѣсячныя и пр.

Главными противопоказаніями къ употребленію тампона должно считать всякое острое воспалительное состояніе родовыхъ путей, а также чрезмѣрно возвышенную чувствительность рукава, безъ воспалительныхъ явленій.

б) Для разведенія стѣнокъ рукава, тампонъ накладывается точно такимъ же образомъ, какъ сказано выше, только онъ при этомъ бываетъ, по крайней мѣрѣ, на половину меньше объемомъ, чѣмъ въ первомъ случаѣ. Терапевтическая цѣль его состоитъ въ томъ, чтобы не давать стѣнкамъ рукава прикасаться съ отдѣленіями и выдѣленіями, которыя могутъ оказывать на нихъ неблагоприятное дѣйствіе. Кромѣ того, его также употребляютъ съ тѣмъ, чтобы отвратить прикосновеніе стѣнокъ рукава съ какимъ нибудь мѣстомъ влажной части, на которомъ желаемъ сосредоточить дѣйствіе того или другаго, употребляемаго въ дѣло лекарственнаго вещества.

с) Для приведенія въ прикосновеніе различныхъ частей половой сферы съ лекарственными веществами, тампонъ употребляется такой же величины, какъ sub b). Смотря по надобности, или только верхушка, или же вся поверхность его покрывается веществомъ, которое желаемъ употребить въ дѣло. Лекарственные вещества при этомъ могутъ быть употребляемы въ видѣ раствора, или же порошка. Чаще всего употребляются такимъ образомъ: глицеринъ. perchlor. fer., nitr. argenti, танинъ и пр., въ видѣ порошка: квасцы, танинъ и проч.

Для введенія лекарственныхъ тампоновъ, съ цѣлью сдѣлать эту процедуру исполнимою для самой больной, M. Sims и за нимъ Fürst придумали особенные снаряды (porte-tampon). Они не имѣютъ никакихъ выгодъ предъ обыкновенными маточными зеркалами. Кромѣ того они едва ли умѣстны, такъ какъ больныя сами не могутъ вводить себѣ тампонъ какъ слѣдуетъ.

## 2. Рукавные души.

Историч. замѣч. и литерат. Души или впрыскиванія въ рукавъ употреблялись очень давно и для этого прибѣгали прежде къ весьма невыгоднымъ и нераціональнымъ инструментамъ (клизирныя трубки и пр.). Только съ тѣхъ поръ, какъ мѣстная гинекологическая терапія стала развиваться все болѣе и болѣе, рукавные души, относительно дѣйствія ихъ, были изучаемы гораздо лучше и придумано для этой цѣли множество снарядовъ. Эта часть гинекологической терапевтики сдѣлала въ послѣднее время особенные успѣхи, благодаря развитію бальнеотерапіи.

Raciborsky, Speculum de bain. Gaz. des hôp., 1855, 25 Janvier.—Kivisch, Klin. Vorträge, B. I. p. 50.—Martiarta (de Bilbao), Gaz. méd. 1857, № 11.—Флоринскій, о тераневтическомъ употребленіи маточныхъ душей. Протоколы Засѣд. Рус. Вр. въ С.-Петербург. 1859—1860, стр. 429.—Sprengler, der Colpouter въ Beiträge zur Geburtsk. v. Scanzoni, 1860, IV.—R. Ellis, Lancet, 1862, May.—Grayly Hewit, Obst. Transact. Vol. IV, p. 27.—Ad. Rasch, a simple Instrument for vagin. Injections Obst. Transact., vol. VI, p. 224.—Tilt, vagin. Injections, въ его A Handb. of uter. Therap., p. 20.—Hirschfeld, die Uterusdouche. Erlangen, 1866.—Bixby, On a new Syringe. The Journ. of the Gynaecolog. Society of Boston, 1869, Aug.—Courty, Traité pract. des malad. de l'uter. et des ses annexes. Paris, 1872, éd. 2-de, p. 217.

Подъ именемъ рукавныхъ душъ разумѣютъ болѣе или менѣе продолжительное прикосновеніе съ рукавомъ и влагалищною частью матки различныхъ жидкостей, производимое впрыскиваніемъ ихъ въ рукавъ помощью различныхъ снарядовъ. Съ этою цѣлью употребляется или чистая вода, которая должна дѣйствовать просто какъ средство очищающее, или же въ силу своей низкой или высокой температуры, или же къ водѣ прибавляютъ различныя лекарственные вещества.

Что касается снарядовъ, придуманныхъ для рукавныхъ душъ, то число ихъ очень значительно; но многіе изъ нихъ далеко не достигаютъ желаемой цѣли; другіе же очень сложны; самый невыгодный изъ нихъ,—это обыкновенный (клизирный) сифонъ, такъ какъ при этомъ впрыскиванія не могутъ быть дѣлаемы самою больною и, кромѣ того, струя жидкости очень неравнобѣрна. Важный недостатокъ, присущій почти всѣмъ употребляемымъ въ

этих случаяхъ, снарядамъ, состоитъ въ томъ, что наконецъ и къ, вводимый въ рукавъ, кривой. Выпрыскиваніе, дѣлаемое подобнымъ наконечникомъ, не достигаетъ цѣли, главнымъ образомъ потому, что струя при этомъ бьетъ на очень ограниченное мѣсто, именно въ переднюю стѣнку рукава. Поэтому, какой-бы снарядъ ни употребляли для рукавныхъ душъ, наконечникъ долженъ быть всегда прямой, если при этомъ нѣтъ какого нибудь особеннаго показанія, вслѣдствіе котораго дѣйствіе струи должно быть сосредоточено на переднюю стѣнку, или же передній сводъ рукава.

Снарядовъ для рукавныхъ душъ, какъ ужъ сказано, придумано очень много. Изъ самыхъ извѣстныхъ мы назовемъ слѣдующіе: аппаратъ Charrigère'a, привинчивающійся къ сосуду съ водой и дающій очень сильную струю; ирригаторъ Эгизье, въ которомъ струя начинаетъ бить, когда приведена въ дѣйствіе (заводится) особая пружинка; ирригаторъ Maïsonneuve'a, представляющій систему трубокъ; ирригаторъ Agar'a, Meuser'a и пр. Въ Англии въ большомъ ходу снарядъ Soxhete'r'a изъ вулканизированнаго каучука, при которомъ вода изъ рукава выливается въ особый приемникъ. Въ настоящее время въ общемъ употребленіи такъ называемая кружка Esmarc'h'a, представляющая очень простой и выгодный приборъ. Онъ состоитъ изъ цилиндрической жестяной кружки, привѣшиваемой къ стѣнѣ и снабженной длиннымъ каучуковымъ рукавомъ и рукавнымъ наконечникомъ. Описанный Vixbu новый снарядъ для душъ, названный fontaine syringe, устроенъ по идеѣ Эсмарховой кружки, только въ немъ приемникъ, въ который вливается жидкость, не цилиндрической, а шаровидной формы.

Изъ многочисленныхъ придуманныхъ для рукавныхъ душъ снарядовъ должно предпочесть самый простой, а именно обыкновенную Эсмарховскую кружку.

Способъ производства рукавныхъ душъ. Обыкновенно больныя дѣлаютъ выпрыскиванія въ рукавъ такимъ образомъ, что садятся при этомъ на биде. Этотъ послѣдній представляетъ сосудъ бисквитовидной формы, на четырехъ ножкахъ и вышиною нѣсколько ниже обыкновеннаго табурета. Нѣтъ ничего невыгоднѣе этого положенія, такъ какъ при этомъ вода опять быстро изливается обратно наружу и имѣетъ, слѣдовательно, очень мало времени для того, чтобы приходить въ прикосновеніе съ больными частями. Лучше всего дѣлать рукавные души въ лежачемъ положеніи. Наконечникъ нужно вводить въ обыкновенныхъ случаяхъ не высоко, а именно на 2—3 поперечныхъ пальца; если вводить наконечникъ слишкомъ глубоко, то больная рискуетъ упереться имъ во влагалищную часть (при низкомъ стояніи матки) или въ одинъ изъ сводовъ рукава. Если души назначаются съ цѣлью разрѣшающей, то струя должна быть болѣе сильною и тогда кружку вѣшаютъ повыше.

Что касается того, какъ часто нужно употреблять души, то это зависитъ прямо отъ цѣли, какая при этомъ имѣется въ виду. Обыкновенно ихъ назначаютъ отъ 2—4 разъ въ день. Тоже самое должно сказать и относительно употребляемаго разъ количества жидкости: въ большинствѣ случаевъ оно не превышаетъ 3—4 чайныхъ стакановъ.

Ни однимъ средствомъ не злоупотребляютъ столько въ гинекологіи, какъ рукавными душами. Злоупотребленіе состоитъ въ томъ, что при назначеніи душъ (какъ лекарственныхъ, такъ и изъ простой воды) слишкомъ мало обращаютъ вниманія на  $T^{\circ}$  воды. Между тѣмъ эта послѣдняя играетъ очень важную роль. Дѣйствіе душъ будетъ существенно различно, смотря потому—употребляется-ли вода низкой или высокой температуры.

Холодная вода, впрыскиваемая вышесказаннымъ образомъ въ рукавъ, понижаетъ  $T^{\circ}$  во всей половой сферѣ и суживаетъ просвѣтъ рукава и зѣва; дѣйствіе это обуславливается тѣмъ, что вода, вслѣдствіе низкой  $T^{\circ}$ , суживаетъ просвѣтъ сосудовъ, т. е. производитъ въ теченіи извѣстнаго времени ишемію. Итакъ, холодные души будутъ умѣстны во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ въ виду уменьшить притокъ крови къ половой сферѣ. Сюда будутъ относиться, слѣдовательно, всякаго рода кровотеченія изъ родовыхъ путей, чѣмъ бы кровотеченія не обуславливались, вялость маточной ткани, а также стѣнокъ рукава и проч. Холодными должно назвать души, если  $T^{\circ}$  употребляемой жидкости равняется 6—15°. Если мы имѣемъ въ виду прибѣгнуть къ значительно низкой температурѣ, то этого не должно дѣлать разомъ, а исподволь, понижая температуру на 1° каждые 4—5 дней. Слишкомъ холодная вода нерѣдко можетъ вызвать очень неблагоприятныя явленія, какъ-то: маточную колику, ревматическія боли и пр.

Если жидкость, употребляемая для душъ, имѣетъ  $T^{\circ}$  въ 22—26° то ихъ называютъ тепловатыми; при 26—32°—теплыми, а съ 32—40° и выше—горячими. Тепловатые души унижаютъ болѣзненность и возвышенную чувствительность родовыхъ путей и потому они совершенно умѣстны при всѣхъ воспалительныхъ формахъ, сопровождающихся значительною болѣзненностью, а также и тамъ, гдѣ имѣемъ дѣло съ чрезмѣрно возвышенною чувствительностію пораженныхъ органовъ.

Теплые, а тѣмъ болѣе горячіе души оказываютъ уже дѣйствіе болѣе энергическое, состоящее существенно въ томъ, что они усиливаютъ притокъ крови къ половой сферѣ. Поэтому, при употребленіи теплыхъ (а тѣмъ болѣе горячихъ) душъ, замѣчается разбуханіе (turgescencia) стѣнокъ рукава и нижняго отрѣзка матки, усиленное отдѣленіе слизистой оболочки, жаръ и ощущение полноты въ тазовой области. Итакъ, на основаніи всего сказаннаго, теплые и горячіе души будутъ показаны во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ желательно усилить циркуляцію, слѣд. при всевозможнаго рода застарѣлыхъ экссудатахъ, атрофій маточной ткани и проч.

Что касается врачебныхъ душъ въ собственномъ значеніи этого слова, то въ составъ ихъ входятъ всевозможныя лекарственныя вещества (вяжущія, смягчительныя, наркотическія и пр.), смотря по особенностямъ cadaго даннаго случая.

Если имѣютъ въ виду болѣе или менѣе продолжительное прикосновеніе

жидкости съ рукавомъ, то поступаютъ слѣдующимъ образомъ. Большая садится въ полную или тазовую ванну и въ рукавъ вводится деревянное зеркало, стѣнки котораго снабжены маленькими отверстіями (рѣшето-видное зеркало—кольцолюторъ). Этого рода ванны въ большомъ ходу на минеральныхъ водахъ. Мы сами нерѣдко съ большою пользою прибѣгаемъ къ нимъ при гиперестезіяхъ рукава.

### 3. Кровоизвлечение изъ матки.

Историч. замѣч. и библиогр. Въ старину, когда кровопусканія вообще, какъ общія, такъ и мѣстныя, играли такую важную роль въ терапіи, вѣроятно многимъ приходила въ голову мысль о томъ, чтобы извлекать кровь изъ матки непосредственно, то есть приставляя къ ней пиявки. Въ самомъ дѣлѣ, уже въ первую половину XVII стол. Zacutus Lusitanus упоминаетъ объ этомъ способѣ и затѣмъ во вторую половину того же столѣтія Феррарскій врачъ Геронимъ Нигризоло выхваляетъ ужъ этотъ способъ какъ могущественное средство для восстановления исчезнувшихъ мѣсячныхъ, послѣ родового очищенія и пр. Не смотря однако на это, приставленіе пиявокъ къ маточной шейкѣ было совершенно забыто, пока въ первой половинѣ XIX стол. (1826) снова не заговорилъ о немъ французскій врачъ Guilbert. Старинные врачи не могли слишкомъ часто прибѣгать къ приставленію пиявокъ къ маткѣ, такъ какъ они не знали еще рукавного зеркала и потому самый методъ былъ въ высшей степени не совершенный и пиявокъ, укрѣпленныхъ на ниткахъ, приходилось вводить въ рукавъ, надѣясь на то, что пиявки по инстинкту (?) примутся скорѣе къ маточной шейкѣ, чѣмъ гдѣ либо. Послѣ Guilbert'a же, когда маточныя зеркала были уже въ рукахъ всѣхъ врачей, приставленіе пиявокъ къ влагалищной части вошло очень скоро въ общее употребленіе. Во Франціи особенно восхвалялъ этотъ способъ Аган, въ Германіи же сильно распространили его Kiwisch и въ особенности же Scanzoni. Съ 50-хъ гг. стали часто прибѣгать къ скарификаціямъ маточной шейки, для чего придуманы были различныя инструменты, какъ напр. скарификаторы Scanzoni, снарядъ въ видѣ сифона С. Мауера и др. Въ тоже время J. Simpson описалъ особенный приборъ, помощью котораго вызывается усиленный приливъ крови (съ послѣдующимъ разрывомъ сосудовъ) непосредственно къ внутренней поверхности матки, — нѣчто въ родѣ сухихъ банокъ, приставляемыхъ прямо къ внутренней поверхности матки. Simpson, а за нимъ и H. Storer имѣли въ виду, прибѣгая къ этому снаряду, главнымъ образомъ терапію аменорей. Способъ этотъ не привидся однако къ практикѣ, съ одной стороны по трудности его исполненія; съ другой же, потому что онъ не совсѣмъ безопасенъ, такъ какъ, по словамъ Storer'a, онъ вызываетъ иногда тяжелыя явленія, какъ-то продолжительные и глубокіе обмороки и пр. Лѣтъ десять тому назадъ нѣкоторые американскіе гинекологи, а именно Storer, Pinkham и др., стали описывать случаи воспаления внутренней поверхности матки (главнымъ образомъ въ области тѣла—*corporeal endometritis* амер. гинекологовъ), въ которыхъ они съ большимъ успѣхомъ прибѣгали къ скарификаціямъ внутренней поверхности матки. Съ этою цѣлью, по предварительномъ расширеніи цервикальнаго канала, въ полость матки вводится маленький ланцетовидный ножикъ, верхушкою котораго производится извѣстное число надрѣзовъ (скарифик.) слизистой оболочки. Не смотря на то, что кромѣ вышеупомянутыхъ авторовъ (Storer и Pinkham) многие изъ членовъ гинекологическаго общества въ Бостонѣ отозвались объ этомъ способѣ съ весьма выгодной стороны, онъ до сихъ поръ въ Европѣ почти совершенно игнорируется. Если мы не ошибаемся, то изъ германскихъ гинекологовъ къ нему прибѣгаютъ одинъ только Kristeller. Мы еще вернемся къ этому вопросу въ главѣ объ эндометритѣ.

Zacutus Lusitanus, Praxis historiarum, Amstelodami 1642.—Heronimus Nigrisolo, Progyrnasmata in quibus novum praesidium medicum, appositio videlicet hirudinum internae parti uteri in puerperii et mensium suppressione exponitur, rationibus et experimentis demonstratur. Ferrara,

1865.—Guilbert, Considerations pratiques sur certaines affections de l'uterus. Paris. 1826.—Duparque, Traité théorique et pratique sur les affections simples et cancéreuses de l'uterus. Paris, 1831.—J. L. Fenner, Ueber Scarificationen des Gebärmutterhalses. Schmidt's Jahrb. 1841, Bd. 31. p. 170.—Mayer (de Belfort), des scarifications multiples du col de l'uterus. Gaz. des hôp., 1852, № 3.—Pfnorr, der mechanische Ersatz der Blutegel. Würzb. Verhandl. Bd. VI, p. 43.—Scanzoni, Würzburg. med. Zeitschr. 1860, Hft. 1.—Jdem, Die chronische Metritis, Wien, 1863, p. 237.—Weber, Methode der Ansetzung der Blutegel. Wiener med. Wochenschrift 1861, № 43 и та же газета за 1862, № 2. См. о томъ же въ Schmidt's Jahrb.; Bd. 113, p. 316.—Tilt, Local Bloodletting в его a handbook on uterine Therapeutics. Lond. 1853, p. 32.—Winckel, die Pathologie u. Therapie des Wochenbettes. Berlin, 1869, p. 25.—H. Storer, Cupping the interior of the uterus. Amer. Journ. of med. scienc. 1868, January.—J. Cohnstein, Beiträge zur Therapie der chronischen Metritis. Berlin, 1868, p. 48.—Pinkham, On intrauterine scarification. Journ. of the Gynæcologic. Society of Boston, 1869, Vol. I, p. 47.—Courtly, Traité pratique des maladies de l'uterus. Paris. 2 éd. p. 209.—Wm. Byford, A treatise on the chron. inflammation and Displacements of the unimpregnated uterus. Philadelphia, sec. édit. 1871, p. 195.—O. Spiegelberg, Die puncture des Mutterhalses, Arch. f. Gynæcol., 1874, Bd. VI, p. 484.

Для приставленія пъявокъ къ маточной шейкѣ поступаютъ слѣдующимъ образомъ. Больной придаютъ такое положеніе, какъ это дѣлается обыкновенно при изслѣдованіи; влагалищная часть обнажается помощью зеркала, тщательно очищаютъ ее отъ слизи, гноя и пр. и требуемое число пъявокъ вводятъ въ просвѣтъ зеркала и поталкиваютъ ихъ, помощью корпейней кисти, къ влагалищной части. Послѣ того, какъ пъявки принялись, за ними слѣдятъ, пока онѣ не отвалятся, что обыкновенно происходитъ послѣ 20—30 минутъ. Послѣ того, какъ пъявки отвалились, влагалищная часть еще кровоточитъ нѣкоторое время; если послѣдовательное кровотеченіе оказывается недостаточнымъ для предполагаемой цѣли, то его поддерживаютъ теплыми впрыскиваніями. Приставляется за одинъ разъ обыкновенно отъ 3—5 пъявицъ.

Пъявки въ такомъ ходу въ гинекологіи, что рядъ патологическихъ формъ, при которыхъ къ нимъ прибѣгаютъ, чрезвычайно значителенъ. Вообще говоря, по мнѣнію приверженцевъ этого способа леченія, онѣ составляютъ ничѣмъ незамѣнимое средство во всѣхъ случаяхъ остраго воспаленія любаго отдѣла половой сферы (слѣдов. матки, фаллопиев. трубъ, яичниковъ), а также и тамъ, гдѣ имѣемъ дѣло съ продуктами предшествовавшихъ воспаленій. Если теперь вспомнимъ, какую важную роль въ этиологическомъ отношеніи играетъ послѣднее обстоятельство въ большинствѣ гинекологическихъ формъ, то поймемъ, какъ велико должно быть число случаевъ, въ которыхъ считается необходимымъ прибѣгать къ разбираемому способу леченія.

Не смотря однако на всю распрстраненность этого способа, онъ далеко не имѣетъ тѣхъ выгодъ, которыя приписываютъ ему его приверженцы.

Начать съ того, что онъ очень хлопотливъ и иногда можетъ быть сопряженъ съ такими неприятными явленіями, что врачъ, если хочетъ быть добросовѣстнымъ не можетъ и не долженъ по-



ручать приставленія пъявокъ кому нибудь другому, напр. бабушкѣ. Затѣмъ существенная невыгода его состоитъ въ томъ, что пъявки, опоражнивая извѣстное количество крови, актомъ сосанія по необходимости должны такое же, а можетъ быть большее количество крови привлечь къ половой сферѣ, другими словами:—онѣ усиливаютъ притокъ крови. Фактъ этотъ едва-ли требуетъ дальнѣйшихъ доказательствъ, такъ какъ онъ основанъ на простомъ физиологическомъ законѣ. Итакъ, въ острыхъ патологическихъ формахъ приставленіе пъявокъ къ влагалищной части совершенно не достигаетъ того, чего желаютъ. Остаются хроническія воспаленія; здѣсь приставленіе пъявокъ будетъ нѣсколько рациональнѣе, такъ какъ оно усиливаетъ циркуляцію. Но оно все таки происходитъ въ ущербъ больной, такъ какъ при этомъ теряется извѣстное и притомъ довольно значительное количество крови. Къ невыгодамъ разсматриваемаго метода должно отнести также довольно сильныя кровотеченія, вызываемыя иногда пъявками и для остановки которыхъ приходится прибѣгать къ смазыванію ранокъ полуторохлористымъ желѣзомъ, тампонадѣ, прижиганію азотно-кислымъ серебромъ и даже каленымъ желѣзомъ. Въ заключеніе намъ остается еще упомянуть объ одномъ неблагопріятномъ осложненіи приставленія пъявокъ къ влагалищной части, именно—о запалзываніи ихъ въ полость матки (Bennet, Siredy, Goupil, Weber и пр.), вызывающемъ иногда очень бурныя явленія. Даже безъ запалзыванія пъявокъ въ полость матки, иногда послѣ приставленія ихъ къ маточной шейкѣ, замѣчаются весьма сильныя коликообразныя боли, продолжающіяся по нѣскольку часовъ и обмороки (Scanzoni, Veit и др.). Scanzoni упоминаетъ также о такихъ случаяхъ, гдѣ послѣ приставленія пъявокъ замѣчалось весьма сильное возбужденное состояніе, выражавшееся бредомъ, головною болью и пр. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ появлялись болѣе или менѣе обширная эритема и urticaria.

Для предотвращенія запалзыванія пъявокъ въ цервикальный каналъ и полость матки, нѣкоторые (Weber и др.) совѣтовали проводить черезъ нижніе концы ихъ нитки, за которыя можно было бы всегда удерживать ихъ. Другіе предлагали прежде приставленія пъявокъ затыкать зѣвъ ватою, корпией и пр. Scanzoni думаетъ, что для этого достаточно вставлять въ просвѣтъ зеркала одну какую либо губу (переднюю или заднюю) маточнаго зѣва. Принимая въ соображеніе все вышесказанное, мы лично, по примѣру нѣкоторыхъ другихъ гинекологовъ (Winckel и др.), никогда не прибѣгаемъ къ приставленію пъявокъ къ влагалищной части. Въ самомъ дѣлѣ, если дѣло идетъ о какой нибудь острой формѣ въ томъ или другомъ отдѣлѣ половой сферы, гдѣ желательно опорожнить извѣстное количество крови, то приставляемъ пъявки внизу живота, преимущественно къ паховымъ сторонамъ. Этимъ путемъ, на основаніи извѣстной анатомической связи между сосудамн, мы можемъ опорожнить столько крови, сколько намъ нужно, не вызывая притомъ искусственнаго прилива. Если же дѣло идетъ о

мѣненія глицерина состоитъ въ томъ, что веществомъ этимъ напITYваютъ верхушку тампона или же все протяженіе его и вводятъ его въ рукавъ на болѣе или менѣе продолжительное время. Глицеринъ, вслѣдствіе присущихъ ему очень важныхъ терапевтическихъ свойствъ, получилъ въ настоящее время, благодаря американскимъ гинекологамъ, чрезвычайно обширное примѣненіе при леченіи самыхъ разнообразныхъ патологическихъ формъ женской половой сферы. Главнѣйшія его свойства приводятся къ тому, что онъ составляетъ одно изъ лучшихъ очищающихъ, разрѣшающихъ и въ то же время успокаивающихъ (мѣстное воспалительное раздраженіе) средствъ, которыя до сихъ поръ извѣстны. Мы давно уже стали примѣнять глицеринъ и на основаніи многочисленныхъ наблюденій можемъ сказать, что похвалы, расточаемыя этому средству американскими гинекологами (напр. *Mar. Sims*'омъ), насколько не преувеличены. *Mar. Sims*, указывая на различныя свойства глицерина, между прочимъ особенно настаиваетъ на разрѣшающемъ дѣйствиіи его, причеиъ онъ увѣряетъ, что, при методическомъ употребленіи тампоновъ, пропитанныхъ глицериномъ, въ случаяхъ застарѣлыхъ воспаленій матки, послѣдняя уменьшается въ объемъ и при этомъ изъ родовыхъ путей показывается очень обильное выдѣленіе бѣлесоватой жидкости. Онъ сравниваетъ это явленіе съ результатомъ дренажированія. Мы не вдаваясь въ объясненіе этого факта, можемъ только подтвердить всю справедливость его и считаемъ не лишнимъ замѣтить, что въ случаяхъ такъ называемаго хроническаго инфаркта (*metritis diffusa*) нижняго отрѣзка матки и маточной шейки, гдѣ бесполезно были употребляемы всевозможныя средства, мы получали очень блестящіе результаты, исключительно только благодаря дренажу (въ смыслѣ *Sims*'а) помощью глицеринныхъ тампоновъ.

Изъ другихъ лекарственныхъ веществъ, чаще другихъ въ жидкомъ видѣ употребляются въ гинекологіи препараты іода и брома. Изъ первыхъ особенно часто прибѣгаютъ къ *t—ra jodi per se*, или же ее смѣшиваютъ съ глицериномъ въ различной пропорціи. Мы чаще всего употребляемъ смѣсь равныхъ частей *t—rae jodi* и *t—rae gallarum*. Препараты брома (*brom. potassae*) употребляются обыкновенно въ глицеринномъ растворѣ. Іодную настойку употребляютъ такимъ образомъ, что помощью волосяной кисточки смазываютъ ею тѣ части маточной шейки, которыя желаютъ привести съ нею въ прикосновеніе. Послѣ cadaго такого смазыванія іодомъ необходимо вводить на нѣсколько времени тампонъ, чтобы избѣгнуть раздраженія рукавнаго свода.

*Mitchell* и *Aranъ* совѣтуютъ смазывать влагалищную часть коллодіемъ, для того, чтобы дѣйствовать имъ непосредственно на различныя язвы маточныхъ губъ, или же съ цѣлью изолировать влагалищную часть и предохранить ее отъ дѣйствиія секретовъ рукава. Мы никогда не прибѣгали къ этому средству, но судя потому, что говорить объ немъ *Courty* на основаніи своихъ собственныхъ наблюденій, средство ни въ какомъ случаѣ не

заслуживаетъ тѣхъ похвалъ, которыя расточаютъ ему вышеупомянутые авторы. Этимъ объясняется то, что колодій съ вышесказанною цѣлью до сихъ поръ не вошелъ въ гинекологическую практику.

б) Лекарственныя вещества въ видѣ порошка употребляютъ несравненно рѣже растворовъ. Собственно говоря, въ видѣ порошка должно было-бы употреблять только такія вещества, которыя нерастворимы, напр. каломель, киноваръ и др. Не смотря на то, что вещества эти въ гинекологіи не употребляются (мѣстно), тѣмъ не менѣе къ употребленію нѣкоторыхъ лекарственныхъ веществъ въ видѣ порошка прибѣгаютъ иногда, имѣя въ виду особенную специальную цѣль. Менѣе всего умѣстно употребленіе порошковъ въ примѣненіи къ патологическимъ состояніямъ маточной шейки. Не смотря на различные придуманные съ этою цѣлью снаряды (напр. довольно сложный снарядъ Gubler'a), нельзя ручаться за то, что употребленный въ дѣло порошокъ попадаетъ какъ разъ на тѣ части маточной шейки, которыя требуются. Кроме того стѣнки рукава скоро стираютъ его. Если-бы желали дѣйствовать на губы маточнаго зѣва, тѣмъ или другимъ лекарственнымъ веществомъ въ видѣ порошка, то ужъ болѣе цѣлесообразно употреблять его на верхушкѣ ватнаго тампона. Чаше прибѣгаютъ къ порошкамъ, когда имѣютъ въ виду подѣйствовать или непосредственно на стѣнки рукава, напр. при различныхъ видахъ воспаления рукава (colpitis), или же при вялости его стѣнокъ. Даннымъ порошкомъ посыпается ватный тампонъ, который вводится въ рукавъ на желаемое время. Что касается лекарственныхъ веществъ, чаше другихъ употребляемыхъ въ видѣ порошка, то сюда относятся: танинъ и квасцы *per se* или же они смѣшиваются пополамъ съ сахаромъ, крахмаломъ и *sem. lycoperdii*.

с) Употребленіе лекарственныхъ веществъ въ видѣ мазей, направляемыхъ непосредственно на рукавъ и маточную шейку, довольно ограничено. Мы по крайней мѣрѣ прибѣгаемъ къ нимъ весьма рѣдко на томъ основаніи, что при этомъ трудно избѣгнуть довольно значительнаго раздраженія слизистой оболочки рукава. Чаше всего употребляются: *ung. hydrarg.* въ соединеніи съ различными наркотическими, мази съ различными препаратами каломеля, іодистаго свинца и пр. При этомъ поступаютъ слѣдующимъ образомъ: по обнаженіи влагалищной части помощью зеркала, намазываютъ на внутренній конецъ продольнаго куска губки данную мазь и вводятъ губку такимъ образомъ, чтобы внутренній конецъ ея со слоємъ мази прилегалъ къ маточной шейкѣ. Затѣмъ зеркало выводятъ такъ, какъ это дѣлается при тампонадѣ, а губку больная удаляетъ сама, по истеченіи извѣстнаго времени, за прикрѣпленную къ ней нитку. вмѣсто губки можно употреблять обыкновенный тампонъ изъ ваты, или же, какъ дѣлается Courty, корпейные шарики или бурдонеты.

д) Гораздо чаше употребляются врачевныя шарики и вставники (*medicadet pessaries*), къ которымъ уже давно при-

бѣгали въ гинекологию, но затѣмъ они были какъ то забыты, пока снова не обратилъ на нихъ вниманіе J. Simpson. По формулѣ Simpson'a они состояются изъ трехъ частей жира,  $\frac{1}{2}$ —1 ч. воска или жѣ butyr. сасао: по вѣсу они равняются  $\mathfrak{J}\mathfrak{J}$ . Больная на ночь сама ихъ вводитъ въ рукавъ какъ можно глубже и на утро дѣлается впрыскиваніе изъ тепловатой воды, съ цѣлью удалить часть шарика или вставника, оставшуюся нерастворенною. Въ рассматриваемой формѣ употребляются по преимуществу вещества наркотическія и такъ называемыя разрѣшающія, а именно, препараты морфія, белладоны, атропина, іода, брома, препараты ртутные и проч.

Мы очень часто прибѣгаемъ къ рассматриваемой формѣ употребленія лекарственныхъ веществъ и вотъ тѣ результаты, къ которымъ привелъ насъ опытъ. Употреблять шарики и suppositoria столь объемистые, какъ это совѣтовалъ Simpson, не совсѣмъ цѣлесообразно, такъ какъ они очень долго остаются въ рукавѣ нерастворенными или же часть ихъ растворяется, а остальная лежитъ въ рукавѣ иногда довольно долго. Между тѣмъ всегда желательно, чтобы всасываніе употребленнаго въ дѣло лекарственнаго вещества, а слѣдовательно и дѣйствіе его, произошло возможно скорѣе. Поэтому мы въ настоящее время употребляемъ шарики и вставники не превосходящіе по вѣсу  $\mathfrak{J}\mathfrak{B}$  или  $\mathfrak{J}\mathfrak{J}$ ; какъ constituents мы употребляемъ только butyr. сасао и это послѣднее весьма часто еще раздражаетъ. Шарикъ въ  $\mathfrak{J}\mathfrak{B}$  или  $\mathfrak{J}\mathfrak{J}$  вѣсомъ растворяется обыкновенно въ теченіи 4—5 часовъ и только въ рѣдкихъ случаяхъ на другой день при впрыскиваніи извергается нѣсколько небольшихъ кусочковъ. Употребляя врачебные шарики и вставники въ гинекологической практикѣ, часто дѣлають ошибку въ томъ отношеніи, что входящія въ составъ ихъ лекарственныя вещества, въ особенности narcotica, прописываютъ въ очень малыхъ приѣмахъ. При этомъ забываютъ, что слизистая оболочка рукава, вообще говоря, всасываетъ очень медленно и притомъ довольно слабо. Сравнительно напр. со слизистой оболочкою прямой кишки, рукавъ всасываетъ вдвое слабѣе. Поэтому американскіе гинекологи уже давно придерживаются правила — лекарственныя вещества, назначаемыя для рукава, выписывать въ приѣмахъ вдвое большіе, чѣмъ для прямой кишки. Поэтому-то напр. морфія въ рукавныхъ шарикахъ назначаемъ отъ  $\frac{1}{2}$  — 1 gr., extr. Bellad. — отъ 2—5 gr. и т. д.; kali jod. и kali brom. назначаемъ сначала отъ gr. V и, если по истеченіи нѣсколькихъ дней, больная не жалуется на явленія, указывающія на гиперемію рукава, а иногда и матки, то назначаемъ для каждой свѣчки по gr. X, 2 раза въ день.

Отъ употребленія шариковъ съ іодомъ мы нерѣдко наблюдали одно непріятное послѣдствіе, которое не должно быть упускаемо изъ виду. Дѣло въ томъ, что послѣ скольконибудь продолжительнаго употребленія іодистыхъ шариковъ, больныя начинаютъ жаловаться на чувство жженія въ рукавѣ, причѣмъ изъ родовыхъ путей показывается довольно обильное, желтоватое, гнойнаго характера выдѣленіе. По введеніи зеркала, въ подобныхъ случаяхъ, въ зад-

немъ, или же въ одномъ изъ боковыхъ сводовъ, замѣчается нѣсколько кругловатыхъ, довольно глубокихъ язвенокъ, дно которыхъ покрыто желтоватымъ секретомъ. Если дѣло дошло до этого, то употребленіе іодистыхъ шаровъ должно быть тотчасъ прекращено, больная должна оставаться въ кровати нѣсколько дней и если къ этому прибавить тепловатые слизистые опіятные души, 2—3 тепловатыхъ ванны, то язвинки эти исчезаютъ довольно скоро.

#### 6. Мъстная анестезія половой сферы помощью паровъ хлороформа и углекислоты.

Hardy, On the local Application of Chloroform и пр. *Dubl. Quart. Journ.*, 1853, Nov.—Aran, Injections des vapeurs de chloroforme dans la cavité uterine. *Bullet. de Thérap.* 1855, Janvier.—Jacobovics, Localanwendung der Chloroformdämpfe bei Uteruskrankheiten. *Wiener Medic. Wochenbl.*, 1856, № 52.—J. Simpson, A few observations on carbonic acid Gaz. as a local anæsthetic in uterine diseases. *Edinb. medic. Journ.*, 1856, July.—Scanzoni, *Wiener Medic. Wochenschr.*, 1856, № 11 и 1857, № 11.—Scanzoni, Ein Todesfall hervorgerufen durch das Einströmen der Kohlensäure in die Uterushöhle. *Beiträge zur Geburtsk.*, III, p. 181.—Churchill, On the employment of carbonic acid gaz. *Dubl. Quarterly Journ.*, 1857, Aug.—Demarquay, Note sur l'emploi de l'acide carbonique dans les traitements des affections de l'uterus и пр. *Arch. génér. de médecine.* 1857, Nov.—G. Veit, *Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane*, 2-e Aufl., Erlangen, 1867, p. 181.

Послѣ того, какъ, благодаря Simpson'у, врачи познакомились съ анестетическими свойствами хлороформа, вздумали приложить мѣстную анестезію этимъ средствомъ къ самымъ различнымъ страданіямъ женской половой сферы. Hardy, въ Дублинѣ, былъ одинъ изъ первыхъ, предпринявшій цѣлый рядъ опытовъ въ этомъ направленіи и вскорѣ за нимъ послѣдовали и многіе другіе гинекологи. Для этой цѣли придумано было много аппаратовъ, но самый простой тотъ, который первоначально употреблялъ Hardy. Онъ состоитъ изъ грушевиднаго каучуковаго пузыря, соединяющагося съ металлическимъ или деревяннымъ круглымъ приемникомъ; изъ приемника идетъ каучуковая кишка, оканчивающаяся наконечникомъ, снабженнымъ нѣсколькими небольшими отверстиями. При употребленіи аппарата, поступаютъ слѣдующимъ образомъ: въ приемникъ кладется кусокъ ваты, на которой наливается извѣстное количество хлороформа. Наконечникъ вводится въ рукавъ и, нажимая на каучуковый пузырь, мы вгоняемъ въ рукавъ воздухъ, насыщенный парами хлороформа. Продолжая эту процедуру въ теченіи 5—15 минутъ, у больныхъ вызывается ощущеніе жженія въ половыхъ органахъ, которое исчезаетъ вмѣстѣ съ тѣмъ, какъ начинаютъ пропадать боли. Нѣкоторыя больныя при подобномъ употребленіи хлороформа увѣряютъ, что онѣ ощущаютъ при этомъ какъ бы чувство пустоты въ полости живота. Если-бы при этомъ боли не унимались, то Aran совѣтовалъ вгонять хлороформные пары въ прямую кишку.

Что касается употребленія паровъ углекислоты, то первый сталъ ихъ употреблять Simpson въ такихъ случаяхъ, гдѣ боли, обусловливаемыя различными патологическими состояніями половой сферы, не могли быть устраняемы другими извѣстными сред-

ствами. Для развитія углекислоты и направленія паровъ ея на рукавъ и маточную шейку, придумано не мало снарядовъ. Проще всего брать обыкновенный пузырь, который наполняется углекислотою, выгоняемой въ рукавъ чрезъ кишку, снабженную рукавнымъ наконечникомъ.

Не смотря на энтузіазмъ очень многихъ гинекологовъ, мѣстная анестезія не привилась въ гинекологической практикѣ. Это нисколько не удивительно, такъ какъ дальнѣйшія наблюденія показали, что въ большинствѣ случаевъ мѣстная анестезія помощью хлороформа дѣйствуетъ въ высшей степени невѣрно. Такъ, проф. Veit, въ Боннѣ, увѣряетъ, что онъ убѣдился въ этомъ на основаній нѣсколькихъ сотъ наблюденій.

Относительно мѣстной анестезіи углекислотою, которую особенно часто употребляли при карциномѣ матки, мы можемъ повторить только то, что сказано на счетъ хлороформа. Углекислота кромѣ того еще невыгодна въ томъ отношеніи, что при этомъ иногда наблюдались признаки отравленія, какъ напр. въ случаяхъ, описанныхъ Ch. Bernard'омъ, именно: головокруженіе, ослабленіе зрѣнія, сонливость и проч.

Такъ какъ всѣ эти данныя были уже извѣстны, когда мы самостоятельно стали заниматься гинекологіей, то мы ни разу не рѣшились употребить мѣстную анестезію ни въ госпитальной, ни въ частной практикѣ. Если же мы здѣсь коснулись этого вопроса, то нисколько не въ виду его практическаго значенія, а единственно ради полноты нашей книги и тѣхъ похвалъ, которыя когда-то расточались мѣстной анестезіи лучшими представителями гинекологіи.

Къ категоріи же мѣстной анестезіи должно отнести способъ усиленно охладженія рукава помощью охлаждающихъ смѣсей по Arnottу\* и тампонаду льдомъ по Arnottу\*\*. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что помощью различныхъ охлаждающихъ смѣсей, Т° которыхъ доводится до—5° и даже—20 (H) какъ это дѣлалъ Arnott, можно очень хорошо достигнуть желаемого результата, т. е. мѣстной анестезіи, или, что все равно, прекращенія боли на нѣкоторое время, напр. часовъ на 5 и даже болѣе; но невыгоды, съ которыми сопряженъ этотъ способъ, една ли дѣлаютъ его примѣнимымъ къ практикѣ. Дѣло въ томъ, что, по значительномъ охлажденіи, слѣдуетъ такая сильная реакція, что больнымъ отъ этого приходится страдать гораздо болѣе, чѣмъ отъ первоначальнаго страданія, противъ котораго разсматриваемый способъ былъ употребленъ въ дѣло. Тампонада льдомъ по Arnottу уже гораздо болѣе примѣнима, но все таки не въ такой обширной степени, какъ думалъ авторъ. Льдомъ можно тампонировать двоякимъ образомъ. Рукавъ просто выполняется кусочками льда и процедура эта повторяется каждый разъ, какъ послѣдній начинаетъ таять. Другой способъ состоитъ въ томъ, что въ рукавъ вводится металлическое зеркало, просвѣтъ котораго выполняется кусочками льда. Этотъ способъ дѣйствуетъ болѣе продолжительно, благодаря металлическому зеркалу. Мы много разъ употребляли ледяную тампонаду, особенно при карциномахъ матки и могли убѣдиться, что средство это на боли

\* On the mode of applying cold efficiently in diseases of the uterus. Medic. Times and Gaz. 1857, № 352.

\*\* Du Tamponement à la glace dans le traitement des affections utérines. Bullet. de Thérap., 1856, Sept. 30.

дѣйствуетъ очень преходящимъ образомъ. При кровотеченіяхъ же, обусловливаемыхъ карциномомъ, міомами и пр., ледяная тампонада дѣйствуетъ очень энергично. Недостатокъ ея тотъ, что, повторенная слишкомъ часто, она становится весьма неприятною, а иногда просто невыносимою для больныхъ. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ д-ръ Kisch, въ Мариенбадѣ, придумалъ свой снарядъ, имѣющій цѣлью продолжительное пониженіе температуры всей половой сферы. Онъ состоитъ изъ цилиндрическаго металлическаго зеркала, съ глухимъ внутреннимъ концомъ и снабженъ двумя каучуковыми трубками, изъ которыхъ одна опускается въ сосудъ съ водою желаемой Т°, а чрезъ другую трубку вода, по мѣрѣ нагрѣванія ея, можетъ быть выливаема наружу. Благодаря любезности изобрѣтателя, приславшаго мнѣ этотъ приборъ, я имѣлъ возможность испытать его нѣсколько разъ, но долженъ сказать, что особенной пользы я отъ него не замѣтилъ; но крайней мѣрѣ, получавшіеся при помощи его результаты нисколько не превышали тѣхъ, которые получаются при употребленіи обыкновенныхъ холодныхъ компрессовъ на нижнюю часть живота.

### 7. Объ употребленіи различныхъ каустическихъ средствъ.

Историч. замѣч. и библіографія. Употребленіе каустическихъ средствъ, дѣйствіе которыхъ направляется непосредственно на различныя части маточной шейки, не можетъ имѣть давняго прошедшаго, главнымъ образомъ потому, что для этого необходимо обнажить влагалищную часть помощью рукавнаго зеркала. Но за то, по распространеніи послѣдняго въ гинекологической практикѣ, прижигающія средства наши себѣ такое обширное примѣненіе, что явно стали злоупотреблять ими, такъ что уже въ 30-хъ годахъ начали указывать на это добросовѣстные практики, какъ напр. Duranque, Gibert и др. Съ особенною силою возставалъ противъ злоупотребленія каустиковъ Aган, приводящій три случая, въ которыхъ оно сдѣлалось причиною смерти больныхъ. Въ исторіи употребленія каустическихъ средствъ въ гинекологіи, нельзя не остановиться на томъ фактѣ, что тотъ или другой гинекологъ по преимуществу употребляетъ то или другое прижигающее, выхваляя его предъ всѣми другими. Такъ напр. можно указать на то, что Gendrin по преимуществу хвалитъ *past. Vien., Bois de Louisy*—смѣсь гуттаперчи съ хлористымъ цинкомъ и пр. Мы увидимъ ниже, что вслѣдствіе этого количество каустическихъ средствъ, которыя прежде и теперь еще употребляются въ гинекологіи, очень значительно. Что касается каленаго желѣза, то извѣстно—какое высокое значеніе придавали ему древніе врачи; *quod ferrum non potest, ignis potest*—гласитъ извѣстный афоризмъ Гиппократа. Первый, давшій очень подробныя указанія относительно употребленія его въ гинекологіи, былъ Larrey (см. его *Clinique chirurgicale. Paris 1830—36, t. II, pp. 114 и 829*); болѣе же всѣхъ содѣйствовалъ распространенію его Robert de Lamballe (*Plaies d'armes à feu. Paris, 1833; Mémoire sur la Cauterisation*). Этому послѣдняго совершенно справедливо упрекали въ томъ, что онъ ужъ слишкомъ часто прибѣгалъ къ каденному желѣзу. Въ справедливости этого упрека мы имѣли возможность лично убѣдиться во время посѣщенія Жоберовской клиники въ Hôtel-Dieu. Со времени введенія въ хирургию Middeldorffомъ гальванокаустики (1854), эта послѣдняя нашла себѣ также примѣненіе и въ гинекологіи, благодаря изысканіямъ Rudolph'a, Trippier, Spiegelberg'a, Грюневальдта и др. Наконецъ, намъ остается еще упомянуть о томъ, что въ концѣ 50-хъ годовъ Nélaton предложилъ для прижиганія матки свѣтлѣный газъ, струя котораго помощью особеннаго прибора направляется на болѣзнь органъ. Введеніе въ хирургическую и гинекологическую терапію термокаутера Raquelin'a составляетъ, какъ увидимъ ниже, истинное обогащеніе техники.

Изъ громадной литературы о каустическихъ средствахъ мы, вслѣдствіе важности этого предмета, приведемъ сначала нѣсколько сочиненій, трактующихъ о прижигающихъ средствахъ вообще и затѣмъ перечислимъ тѣ изъ нихъ, которыя имѣютъ непосредственное отношеніе къ гинекологіи.

G. Bartholin, Syntagma medicum et chirurgicum de cauteriis, гра-

sertim potestate agentibus.—Percy, Pyrotechnie Chirurgicale pratique, ou l'art d'appliquer le feu en chirurgie. Paris, 1811.—Morel, Memories et observations sur l'application du feu au traitement des maladies. Paris, 1813.—Hoppe, das Feuer als Heilmittel, oder die Theorie des Brennens in der Heilkunde, Bonn, 1847.—Phillippeau, Traité pratique de la cauterisation, d'après l'enseignement clinique de Bonnet. Paris, 1856.—Salmon et Maneury, Recherches experimentales et cliniques sur les caustiques. Gaz. med. de Paris, 1859.—Тѣ же авторы, Etudes historiques, experimentales et cliniques sur la cauterisation. Gaz. med. de Paris, 1861.—Вопросъ о прижигающихъ средствахъ вообще превосходно разработанъ въ Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, Paris, 1867, T. VI, p. 502.—Hardy, de l'emploi des caustiques dans le traitement des affections du col de l'uterus. Paris, 1836.—Filhos, considerations pratiques sur les affections du col de la matrice. Rev med.-chir., 1847, Novembre.—Rob. Ellis, a practical inquiry int. the propeties of nitrats of silver, with an account of a new instrument for its use in uterine diseases. Obstetr. Transact., v. IV, p. 116.—Bennet, of the present state of uterine Pathology, 1856, № 9—16.—Tyles Smith, Observ. on Dr. Bennet's etc, Lancet, 1856, № 12 и 15.—R. Barnes observations on uterine pathology and traetement. Lancet, 1856, № 23.—Bois de Loury, Sur quelques applications du caustique à la gutta-percha etc. Gaz. des hôp., 1856, № 88.—Bequerel, Du cautère actuel dans le traitement des affections chroniques de l'uterus. Gaz. des hôp., 1857, № 114.—Tilt, On the treatement of uterine inflammation by the acide nitrate of mercury, potassa fusa cum calce etc. Lancet, 1861, Op. 27.—Грюневальдъ, Ueber die Galvano-caustik in der Gynæcologie. St.-Petersb. Med. Zeitschr., 1861.—I. Архангельскій, Обь употребленіи каустическихъ средствъ въ гинекологіи. СПб., 1864.—R. Ellis, On cauterisation by electric heat. Obstetric. Transact., v. III.—T. Gallard, Lecons cliniques sur les maladies des femmes. Paris. 1873, p. 422.

Мы выше ужъ упомянули о томъ, что число испытанныхъ въ практикѣ каустическихъ средствъ весьма значительно. Извѣстно, что caustica вообще раздѣляются на такія, которыя дѣйствуютъ въ силу присущихъ имъ химическихъ свойствъ (cauteria potentia lia или, какъ говорили старинные врачи—potestate agentia) и на cauterium actuale, т. е. дѣйствующее въ силу высокой температуры (огонь, каленое желѣзо, свѣтильный газъ). Cauteria potentia lia многими дѣлятся на плотныя и жидкія; мы считаемъ это дѣленіе совершенно излишнимъ, такъ какъ одно и то же каустическое средство можетъ быть употребляемо въ твердомъ и жидкомъ видѣ, какъ напр. азотно-кислое серебро и др. Вслѣдствіе этого мы перечислимъ только главнѣйшія каустическія средства, которыя были предлагаемы различными гинекологами и затѣмъ прибавимъ нѣсколько практическихъ примѣчаній относительно употребленія нѣкоторыхъ изъ нихъ. Сюда относятся: азотно-кислое серебро, азотнокислая закись ртути, растворъ сулемы въ спиртѣ (такъ назыв. Solutio Plenckii) іодная настойка, іодоформъ, двухлористое желѣзо, хлористый антимоній и хлористый цинкъ, вѣнское тѣсто, прижигающее средство Filhos'a, креозотъ, а изъ кислотъ: ас. pyrolignosum, carbolic., sulphur., nitric., асет. и chromicum.

1) Азотнокислое серебро (Nitr. arg. fus.) составляетъ самое употребительное прижигающее средство, во первыхъ пото-



му, что дѣйствіе его можно очень хорошо сосредоточивать на то мѣсто, которое требуется и, кромѣ того, прижиганіе имъ менѣе хлопотливо, чѣмъ другими каустиками. Не смотря однако на эти преимущества, азотнокислому серебру было дѣлаемо много упрековъ и притомъ діаметрально противоположныхъ. Такъ, Scanzoni совершенно справедливо замѣчаетъ, что *arg. nitric.* дѣйствуетъ слишкомъ поверхностно, между тѣмъ какъ *Ch. West* возстаётъ главнымъ образомъ противъ *nit. arg.* потому, что оно дѣйствуетъ слишкомъ энергичски (!?) и нерѣдко причиняетъ кровотеченія. Всякій, часто употреблявшій *arg. nitric.* согласится съ мнѣніемъ Scanzoni. Мы поэтому употребляемъ азотнокислое серебро только тамъ, гдѣ не требуется слишкомъ глубокаго прижиганія, какъ напр. при простыхъ катаральныхъ изъясненіяхъ губъ маточнаго зѣва и пр. Тамъ же, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ обширными грануляціями, или же фунговыми разраженіями мы вовсе не употребляемъ азотнок. серебра *in subst.*, такъ какъ оно дѣйствительно въ этихъ случаяхъ даетъ кровотеченія и кромѣ того оно здѣсь совершенно неумѣстно, потому что струпу при этомъ получается слишкомъ поверхностный. Въ подобныхъ случаяхъ мы прибѣгаемъ къ крѣпкому раствору азотнокислаго серебра ( $\mathcal{J}$ — $\mathcal{J}^s$  на  $\mathcal{J}$ ) или же—чаще къ болѣе сильному средству.

2) Азотнокислая закись ртути (*Liq. Bellostii*) составляетъ превосходное *causticum* и мы употребляемъ его вездѣ тамъ, гдѣ желаемъ достигнуть болѣе глубокаго дѣйствія на больныя ткани. Обыкновенно мы употребляемъ его при посредствѣ простой волосяной кисточки и оно имѣетъ ту важную выгоду, что насколько не расплывается.

Многіе \* упрекали *Liq. Bell.* въ томъ, что оно вызываетъ слюнотеченіе и при томъ иногда чрезвычайно быстро, какъ напр. черезъ день или два по употребленіи его. Мы употребляемъ въ нашей практикѣ азотнокислую закись ртути *largè manu* и до сихъ поръ положительно ни разу не наблюдали не только слюнотеченія, но и вообще какихъ бы то ни было невыгодъ.

3) Растворъ сулемы въ спиртѣ \* мы прежде, слѣдуя совѣту *S. Mauger'a* употребляли очень часто, теперь же совершенно оставили его, такъ какъ онъ дѣйствуетъ слишкомъ поверхностно и поэтому не можетъ имѣть никакихъ притязаній на какія либо преимущества предъ другими каустиками.

4) Одная настойка *qua causticum* дѣйствуетъ только въ

\* Первый, указавшій на этотъ фактъ, былъ *Chomel* въ *Diction. de médecine en 30 vol. Paris, 1846. XXX*, см. о грануляціяхъ матки, стр. 260; затѣмъ упоминаютъ объ этомъ *Agan* (*Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1860 p. 236*), *Hardy*, *Courty* (*Traité prat. и пр. p. 274*) и др. Впрочемъ, упомянутые авторы сами утверждаютъ, что замѣчаемая при этомъ явленія птіализма слишкомъ незначительны для того, чтобы они могли возбудить серьезное опасеніе.

\*\* Формула *sol. Plenkii*, по фармакопей Берлинскаго *Charité*, слѣдующая: *Mercur. sublim. cor.  $\mathcal{J}$ ij, Camphorae  $\mathcal{J}$ i, Alcohol.  $\mathcal{J}$ ij*. Какое назначеніе здѣсь имѣетъ камфора—мы не знаемъ.

такомъ случаѣ, если ее приводять въ прикосновеніе съ язвами, ранами и пр. Къ препарату этому мы прибѣгаемъ лишь тогда, когда имѣемъ дѣло съ различными изъязвленіями, сидящими на воспалительной почвѣ, гдѣ, слѣдовательно, желательно достигнуть именно извѣстнаго (resp. разрѣшающаго) дѣйствія іода. Мы особенно охотно прибѣгаемъ къ этому препарату при всевозможныхъ видахъ гранулезнаго эндометрита, сопровождающаго застарѣлыя случаи хроническаго метрита въ нижнемъ отрѣзкѣ матки.

Іодоформъ предложенъ какъ *causticum*, по крайней мѣрѣ съ цѣлью чисто гинекологическою, д-ромъ Le Blond'омъ (см. Gallard, Op. cit. p. 425). Онъ готовится изъ него въ соединеніи съ gum. tragac. небольшія палочки (*stygons*), которыя вводятся въ цервикальный каналъ, какъ это дѣлали *Besquere* и др. съ палочками, приготовляемыми изъ другихъ вяжущихъ веществъ (см. ниже). Впрочемъ іодоформъ въ видѣ мазей, употребляется давно нѣкоторыми сифилитологами при шанкрахъ и, по увѣренію ихъ, съ большимъ успѣхомъ. О іодоформѣ одно время толковали очень много и думали замѣнить имъ всѣ другіе препараты іода, что однако не удалось. *Oesterlen* (*Handb. der Heilmittellehre* 2-te Aufl. Tübingen 1847, p. 375) относится къ іодоформу вообще съ большимъ недоумѣемъ, называя его химическимъ куныштокомъ (*eine chemische Künstelei*).

Въ послѣднее время, съ легкой руки нѣкоторыхъ французскихъ гинекологовъ, іодоформъ сталъ очень часто употребляться въ гинекологической практикѣ. Такъ напр. его очень сильнѣ выхваляетъ *Kisch*. Его употребляютъ то какъ разрѣшающее (*metrit. parenchym. dif.*, тазовые эксудаты и пр.) и притомъ въ видѣ шаровъ, то какъ очищающее (при изъязвленіяхъ влагалищной части, карциномахъ). Въ послѣднемъ случаѣ іодоформъ употребляется въ растворѣ, которымъ смазываются тампоны. Испытавъ іодоформъ въ вышеупомянутыхъ случаяхъ, мы скоро его оставили, такъ какъ онъ нисколько не оправдалъ тѣхъ похвалъ, которыя ему истощали въ послѣднее время. Къ одной изъ существенныхъ невгодъ іодоформа я долженъ отнести то, что онъ отличается весьма неприятнымъ запахомъ.

5) Дву или полуторохлористое желѣзо (*liq. sesquichlor. ferri*) составляетъ одно изъ тѣхъ средствъ, безъ котораго положительно не можетъ обойтись новѣйшая гинекологія. Дѣйствуя какъ и *t-га jodi*, какъ *causticum*, только въ прикосновеніи съ язвами и ранами, двухлористое желѣзо имѣетъ ту громадную выгоду что образуетъ хотя поверхностный, но очень плотный струвъ и вовсе не расплывается. Мы до сихъ поръ постоянно прибѣгаемъ къ этому средству, если имѣемъ дѣло съ обширными, легко кровоточащими язвенными поверхностями. При эндометритахъ, занимающихъ по преимуществу цервикальный каналъ и внутреннія поверхности губъ маточнаго зѣва, особенно въ пурперальномъ періодѣ, *perhlor. fer.* составляетъ, по нашему мнѣнію, ничѣмъ незамѣнимое средство. Распространеніе употребленія этого препарата составляетъ одну изъ многочисленныхъ заслугъ американской гинекологіи.

6) Хлористая сурьма и хлористый цинкъ были особенно выхваляемы французскими врачами, главнымъ же образомъ извѣстнымъ лонскимъ хирургомъ *Bonnet*. Чаще употребляемъ былъ хлористый цинкъ, въ видѣ раствора или же различнымъ образомъ приготовляемаго тѣста (*pasta*). Мы ничего не мо-

жемъ сказать относительно этихъ средствъ, такъ какъ никогда не прибѣгали къ нимъ.

7) Препараты *kali caustici* (*kali caustic. fus. v. lapis causticus chirurgorum*) были выхваляемы въ особенности французскими врачами (*Duruvtren, Gendrin* и др.), а изъ англійскихъ гинекологовъ *Bennet* омъ. *Kali caustic.* составляетъ могущественное прижигающее, но невыгоды, сопряженные съ употребленіемъ его, а именно—распыляемость его—такъ значительна, что въ настоящее время прибѣгаютъ къ нему чрезвычайно рѣдко, замѣняя его, гдѣ нужно, каленымъ желѣзомъ. Тоже самое должно сказать относительно такъ называемаго вѣнскаго тѣста, т. е. смѣси (равныхъ частей) *kali caust.* и *calc. vivae* (*potassa c. calce англичанъ*) и надѣлавшаго когда то столько шума прижигающаго средства *Filhos'a* и *Gilot*, которое есть ничто иное, какъ цилиндры, приготовленные изъ смѣси 2 ч. *kali caust.* и 1 ч. извѣсти, растопляемые въ ступкѣ надъ огнемъ. Сколько я знаю, въ настоящее время французскіе гинекологи говорятъ объ этомъ средствѣ лишь съ цѣлью историческою. Изъ англійскихъ гинекологовъ къ *kali causticum* въ настоящее время прибѣгаютъ только двое, а именно *Tilt* и *R. Barnes*.

8) Креозотъ употребляется очень рѣдко и главнымъ образомъ тамъ, гдѣ имѣютъ дѣло съ новообразованіями, дающими обильное и зловонное отдѣленіе, слѣдов. по преимуществу при различныхъ видахъ карцинома. Мы, по примѣру *C. Braun'a*, нерѣдко прибѣгаемъ къ смѣси изъ равныхъ частей *aq. creosoti* и *ac. pyrolign.*, которою смазываемъ раковыя язвы.

9) Изъ кислотъ съ цѣлью прижигающею, какъ ужъ упомянуто выше, чаще всего употребляются слѣдующія: *ac. pyrolignos.*, *carbolic.*, *sulphur, nitr.*, *acet.* и *chrom.* *Ac. pyrolignos.*, какъ ужъ сказано, мы употребляли только въ соединеніи съ креозотомъ и можемъ сказать относительно этого препарата лишь то, что онъ на нѣкоторое, хотя и непродолжительное время, можетъ благоприятно видоизмѣнять дурное состояніе раковыхъ язвъ, т. е. уменьшаетъ нѣсколько ихорозное выдѣленіе и уменьшаетъ зловоніе его.

Изъ другихъ упомянутыхъ нами кислотъ мы чаще прибѣгали къ *ac. carbolic.* и *chrom.* Употребленіе послѣдней мы въ настоящее время вовсе оставили, такъ какъ она, по нашему мнѣнію, не имѣетъ никакихъ особенныхъ выгодъ предъ другими каустиками, кромѣ того употребленіе ея довольно хлопотливо и требуетъ большой осторожности, потому что трудно сосредоточить ея дѣйствіе именно на ту поверхность, которую желаемъ прижечь. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ мы имѣли возможность наблюдать одну больную, у которой произошло сращеніе рукава (*atresia vaginae*) вслѣдствіе неосторожнаго употребленія хромовой кислоты. *Ac. carbolic.* употребляется чаще всего не какъ *causticum* въ тѣсномъ смыслѣ, а какъ средство оживляющее (т. е. усиливающее *tonus*) и очищающее язвенныя поверхности. Обыкновенно употребляютъ его въ смѣси съ глицериномъ ( $\mathfrak{Z}i$ — $\mathfrak{Z}ii$  на  $\mathfrak{Z}iv$ ). Мы прежде очень ча-

сто употребляли это средство въ пуэрперальной патологии, а также при раковых язвахъ и скоро имѣли возможность убѣдиться въ томъ, что средство это гораздо ниже своей репутаціи и далеко уступаетъ полуторо-хлористому желѣзу.

10) Что касается каленаго желѣза, то оно составляетъ самое могущественное и нерѣдко ничѣмъ незамѣнимое каустическое средство. Употребляется оно слѣдующимъ образомъ. Обнаживъ, какъ при употребленіи всѣхъ каустическихъ средствъ, влагалищную часть помощью зеркала, сдѣланнаго изъ дерева или слоновой кости, цилиндрическимъ или коническимъ желѣзомъ, раскаленнымъ до бѣла, прикасаются 3 — 4 раза того мѣста, которое требуется прижечь. Затѣмъ вводятъ чрезъ зеркало тампонъ, верхушка котораго смочена масломъ или глицериномъ. Такъ какъ влагалищная часть очень мало чувствительна, то больная при прижиганіи каленымъ желѣзомъ или вовсе не чувствуетъ никакой боли, или же жалуется только на ощущение теплоты внизу живота. Струпъ обыкновенно сваливается дней черезъ 7—8, а иногда гораздо позже.

Каленымъ желѣзомъ можно очень хорошо прижигать и безъ деревяннаго, или рогового зеркала, такъ какъ процедура эта производится обыкновенно такъ скоро, что нечего бояться, чтобы металлическое зеркало слишкомъ бы нагрѣлось отъ этого, или же чтобы стеклянное зеркало Фергюсона могло треснуть \*. Если бы пришлось долго манипулировать каленымъ желѣзомъ, то, употребляя обыкновенное металлическое зеркало, можно, въ видахъ предосторожности, прежде чѣмъ ввести его въ рукавъ, погрузить его въ холодную воду. Обыкновенно, по окончаніи прижиганія, мы пускаемъ чрезъ зеркало струю холодной воды на прижженное мѣсто. Что касается степени, до которой нужно накаливать желѣзо, то она бываетъ различна, смотря по цѣли, которая имѣется въ виду. Если мы желаемъ подѣйствовать глубоко на больныя ткани (напр. различныя новообразованія), то желѣзо накаливается очень сильно (красно—или —бѣлокальный жаръ); если же, наоборотъ, мы прибѣгаемъ къ желѣзу только съ цѣлью кровоостанавливающей, то степень жара должна быть умѣренная.

Многіе, какъ напр. Meissner и др., утверждали, что употребленіе каленаго желѣза, напр. при карциномѣ матки, сопряжено съ значительными опасностями, а именно, что оно вызываетъ сильныя воспаленія въ прижигаемомъ органѣ, брюшинѣ, прямой кишкѣ и даже въ мочевыхъ органахъ (?). Мы нисколько не отвергаемъ, что все это могло случаться, но вѣроятно при совершенно исключительныхъ обстоятельствахъ. Сотни случаевъ Laggeуа, въ особенности же Robertа и др. подтверждаютъ это какъ нельзя лучше. Мы сами очень часто прибѣгаемъ къ каленому желѣзу и до сихъ поръ положительно не видѣли ни одного случая, въ которомъ каленое желѣзо сдѣлалось бы причиною одного изъ упомянутыхъ выше неблагоприятныхъ осложнений. По прижиганіи каленымъ желѣзомъ, мы назначаемъ абсолютный покой, холодныя компрессы на низъ живота и 2—3 холодныхъ души въ теченіи дня.

Извѣстно, что Bonnafont предлагалъ замѣнять каленое желѣзо вообще придуманными имъ цилиндрами (палочками), состоящими изъ 5 граммъ gum. tragac., 15 граммъ угля и 2 граммъ селитры. Агап началъ ихъ примѣнять въ гинекологіи. Употребляются эти палочки такимъ образомъ, что ихъ предварительно зажигаютъ и затѣмъ пламенемъ ихъ дѣйствуютъ на маточную шейку. Палочки Bonnafont'a дѣйствуютъ несравненно поверхностнѣе ка-

См. Veit, Krankheiten der weiblich. Geschlechtsorgan. 2-te Ausg., Erlangen, 1867, p. 276; Горвицъ, Клиническія записки по гинекологіи. С.-Петербургъ, 1874, стр. 304.

ленаго желѣза, потому что онѣ скоро тухнуть, приходя въ прикосновеніе съ большой поверхностью, всегда отдѣляющею икорь, кровь и пр. (Gallard).

Что касается прижиганій влагалищной части матки путемъ гальванокаустики, то большинство гинекологовъ согласно въ томъ, что она не имѣетъ предъ каленымъ желѣзомъ никакихъ выгодъ; съ другой же стороны она несравненно хлопотливѣе и ужъ поэтому самому никогда не замѣнитъ въ практикѣ средство, примѣненіе котораго столь просто. Тѣмъ не менѣе однако, гальванокаустика приобрѣтаетъ въ послѣднее время все болѣе и болѣе приверженцевъ.

Съ введеніемъ въ хирургическую и гинекологическую практику термокаутера Raquelin'a, вскорѣ не трудно было убѣдиться въ томъ, что способъ этотъ не только во всѣхъ отношеніяхъ можетъ замѣнить обыкновенное каленое желѣзо, но что онъ имѣетъ передъ нимъ очень много преимуществъ. Главнѣйшія изъ нихъ состоятъ въ томъ, что способъ этотъ по идеѣ своей въ высшей степени простъ и накаливаніе платиновыхъ оконечниковъ происходитъ чрезвычайно быстро. Не говорю уже объ одномъ, не менѣе важномъ преимуществѣ способа Raquelin'a, что онъ не такъ пугаетъ больныхъ, какъ простая классическая жаровня. Если нѣкоторые французскіе гинекологи (напр. Leblond) увѣряютъ, что термокаутеръ дѣйствуетъ болѣе поверхностно, чѣмъ обыкновенное fer. candens, но подобное мнѣніе основано чисто на недоразумѣніи. Не все ли равно, что является субстратомъ высокой  $T^{\circ}$ , желѣзо ли, или платина? Если хотятъ болѣе глубоко подѣйствовать на больныя ткани, то, не давая остывать платиновому наконечнику, дѣйствуютъ имъ болѣе продолжительное время. Сколько времени должно держать раскаленный платиновый наконечникъ въ прикосновеніи съ тканью, — сказать трудно: этому постепенно научаетъ опытъ. Во всякомъ случаѣ, лучше прижигать нѣсколько дольше, чѣмъ слишкомъ торопиться. Если ужъ говорить о недостаткахъ термокаутера, то я указалъ бы на его слишкомъ высокую цѣну и на то, что каналы стержней слишкомъ часто засариваются. Тѣмъ не менѣе однако, съ тѣхъ поръ, какъ я познакомился съ термокаутеромъ, я прибѣгаю къ нему весьма часто, отдавая ему абсолютное преимущество предъ обыкновеннымъ каленымъ желѣзомъ.

Общія замѣчанія относительно каустическихъ средствъ. Ни однимъ средствомъ такъ не злоупотребляютъ въ гинекологіи, какъ прижиганіями. Многіе очень наивно убѣждены въ томъ, что вся гинекологическая терапія сводится къ прижиганіямъ извѣстныхъ отдѣловъ влагалищной части. Съ какимъ-бы страданіемъ половой сферы ни имѣли дѣло, невѣжественная и неопытная терапія нападаетъ на него тѣмъ или другимъ каустическимъ средствомъ. Едва ли можно составить себѣ понятіе о томъ, сколько зла причиняетъ подобный образъ дѣйствія, не убѣдившись въ этомъ на практикѣ. Такъ, нерѣдко приходится слышать отъ больныхъ, что ихъ въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ лечили,

причемъ имъ прижигали каждыя два дня, а иногда и каждый день!! Больныя эти удивляются, что, несмотря на это, бѣли (т. е. катарръ цервикальнаго канала) не проходили. Всѣ каустическія средства, какого бы свойства они ни были, должны употребляться на основаніи тѣхъ же показаній, по которымъ къ нимъ прибѣгаютъ въ хирургіи вообще. Caustica показаны тамъ, гдѣ мы, вслѣдствіе присущихъ имъ химическихъ свойствъ, употребляемъ ихъ съ цѣлью видоизмѣнить извѣстное состояніе тканей, т. е. гдѣ мы желаемъ ускорить заживленіе язвъ. Устраняя помощью ихъ нѣкоторые моменты, мѣшающіе заживленію язвъ, мы тѣмъ самымъ ускоряемъ рубцованіе. Въ другомъ рядѣ случаевъ мы прибѣгаемъ къ каустическимъ средствамъ, какъ къ могущественному разрушителю тканей, слѣд. это будетъ въ особенности при новообразованіяхъ различнаго рода, или же при простыхъ разраженіяхъ соединительной ткани, какъ напр. при такъ называемой *metritis chron.* Итакъ, каустическія средства употребляются или съ цѣлью видоизмѣняющею извѣстныя болѣзненные свойства тканей, или же съ цѣлью разрушающею. Въ послѣднемъ смыслѣ *caustica* замѣняютъ ножъ.

Если мы выше сказали, что показанія къ употребленію каустическихъ средствъ должны быть тѣже, что въ хирургіи, то изъ сказаннаго о дѣйствіи этихъ средствъ, не трудно вывести также и заключеніе о томъ, что главное и существенное противупоказаніе къ употребленію ихъ, будетъ не только всякое острое воспалительное состояніе, но также и всякая свѣжая гиперемія какъ матки, такъ и придатковъ ея. Держась строго этого противупоказанія, можно избѣгнуть всѣхъ тѣхъ неблагоприятныхъ осложненій, съ которыми приходится имѣть дѣло, если употреблять *caustica* безъ всякаго разбора.

Такъ какъ при употребленіи каустическихъ средствъ мы производимъ ими болѣе или менѣе толстый струпъ, то понятно, что повторять прижиганія должно только въ извѣстные періоды, т. е. по истеченіи извѣстнаго времени. Употребляя обыкновенныя *caustica*, какъ-то: *nitr. argent., liq. Bellostii* и пр., можно повторять прижиганія черезъ 5—6 дней; каленнымъ желѣзомъ не ранѣе какъ черезъ дней 8—10. Чѣмъ бы мы ни прижигали, должно стараться унимать и по возможности парализировать производимое каустическими средствами раздраженіе. Съ этою цѣлью, по производствѣ прижиганія, вводимъ въ рукавъ небольшіе ватные пампоны, верхушка которыхъ напитывается масломъ или глицериномъ, совѣтуемъ больнымъ въ теченіе нѣсколькихъ часовъ соблюдать спокойное горизонтальное положеніе и, еслибы раздраженіе было значительно, то назначаютъ холодные компрессы на нижнюю часть живота и смягчительные рукавные души.

#### 8. Введеніе лекарственныхъ веществъ въ полость матки.

Лекарственные вещества, дѣйствіе которыхъ желаютъ направить на внутреннюю поверхность матки, могутъ быть вводимы въ

полость ея въ видѣ паровъ, въ видѣ твердыхъ и жидкихъ тѣлъ.

а) О введеніи лекарственныхъ веществъ въ половую сферу въ видѣ паровъ, мы говорили уже выше. Уже древніе врачи употребляли такъ называемыя окуриванія (suffitus, fumigationes) половыхъ частей: но процедура эта была оставлена и перешла въ руки повитухъ, знахарокъ и т. п. личностей, въ рукахъ которыхъ окуриванія составляли одинъ изъ главныхъ ихъ терапевтическихъ приемовъ. Въ новѣйшее время, однако, нѣкоторые изъ лучшихъ представителей гинекологии снова желали ввести въ употребленіе этотъ способъ, имѣя въ виду приводить въ прикосновеніе различныя части матки (какъ внутреннюю поверхность ея, такъ и влагалищную часть) съ парами хлороформа (Mead, Hardy, Mojon, Agran) и угольной кислоты (Simpson, Scanzoni и др.).

О газовыхъ душахъ мы ужъ высказали наше мнѣніе въ своемъ мѣстѣ. Все, что можемъ прибавить къ сказанному нами—это то, что газовые души до сихъ поръ выхваляются очень многими бальнеологами, между тѣмъ, какъ собственно гинекологи относятся къ нимъ съ нѣкоторымъ недовѣріемъ. Если можно еще допустить значеніе нѣкоторыхъ газовъ, употребляемыхъ просто въ видѣ душъ, дѣйствіе которыхъ ограничивается только стѣнками рукава и маточною шейкой, то, съ другой стороны, дѣйствіе газа на внутреннюю поверхность матки совершенно оставлено, такъ-какъ способъ этотъ въ высшей степени хлопотливъ и—главное—не безопасенъ. Интересующихся этимъ вопросомъ относительно подробностей, отсылаемъ къ превосходной монографіи д-ра П. Погожева: Кисловодскъ и его источникъ Нарзанъ. С.-Петербург. 1873, стр. 302.

б) Введеніе лекарственныхъ веществъ въ полость матки въ твердомъ видѣ.

F. Courty, Annales cliniques de Montpellier, 1853, 25 Août; также Note sur l'innocuité et sur l'efficacité de la cauterisation des cavités uterines въ Comptes rendus de l'Ac. des sciences, T. LVII; ero же: Traité pratique des maladies de l'uterus. Paris, 1872, éd. 2-e, p. 219 et 599.—K i w i s c h, Klinische Voträge ueber spec. Pathol. u. Ther. der Krankh. des weiblich. Geschl. Aufl. IV., Prag. 1854, p. 69. Sigmund, Ueber die Anwendung aetzender Mittel auf die innere Wand der Gebärmutter, Wien, Med. Wochenschr., 1857, № 40 и 43.—Wm. H. Biford, A treatise of chron. inflammation and Displacements of the unimpregnated uterus. Sec. édit. Philadelphia, 1871, p. 174 et sqq.—L i e b m a n n, La medicazione intrauterina. An. univ. di medicina, 1876, p. 233. Работа эта мнѣ знакома по переводу въ Arch. de Tocologie, 1877, p. 206.

При этомъ способѣ имѣютъ въ виду привести въ прикосновеніе внутреннюю поверхность матки, на болѣе или менѣе продолжительное время, съ различными прижигающими и вяжущими средствами. Всѣ предложенные для этого способы состоятъ существенно въ томъ, что кусокъ азотнокислаго серебра, при помощи различно устроенныхъ снарядовъ, похожихъ впрочемъ всѣ болѣе или менѣе на извѣстный Лалемановскій инструментъ, служацій для прижиганія мочеиспускательнаго канала у мужчинъ,—во-

дится въ полость матки и поворачиваютъ инструментъ нѣсколько разъ кругомъ продольной оси и это составляетъ такъ-называемое прижиганіе полости матки. Мы сказали «такъ-называемое» прижиганіе потому, что оно въ дѣйствительности чисто фиктивное. Такъ-какъ обыкновенно прижигаютъ при катаррѣ матки, то вводимый кусокъ азотнокислаго серебра покрывается слизью и дѣйствовать прижигающимъ образомъ не можетъ; кромѣ того яписъ, скрытый во внутреннемъ концѣ инструмента, еслибы даже не было перваго препятствія, можетъ дѣйствовать лишь весьма небольшою поверхностью; наконецъ, введеніе объемистаго снаряда въ полость матки, возможно только при исключительныхъ обстоятельствахъ, а именно, когда маточный зѣвъ и цервикальный каналъ пріоткрыты до извѣстной степени. Между тѣмъ прежде, да многіе и теперь, прижигаютъ внутреннюю поверхность матки нисколько не заботясь о расширеніи цервикальнаго канала; кромѣ того, вводятъ прижигатель чрезъ маточное зеркало. На основаніи только-что сказаннаго не трудно убѣдиться въ томъ, что способъ этотъ не выдерживаетъ критики.

Что прижигающія вещества въ твердомъ видѣ, приведенныя обыкновеннымъ образомъ въ прикосновеніе съ полостью матки, очень мало или совсѣмъ не дѣйствуютъ на нее, доказывается тѣмъ, что можно значительной величины куски яписа оставлять въ полости матки безъ всякихъ послѣдствій, потому что азотнокислое серебро, приходя въ прикосновеніе съ секретомъ полости матки, составляетъ съ ними нерастворимое соединеніе (альбуминатъ) и превращается, слѣдовательно, въ вещество совершенно индифферентное.

Этотъ существенный и главный недостатокъ прижигающихъ веществъ, употребляемыхъ въ твердомъ видѣ, сознавали многіе практики и старались устранять его различнымъ образомъ. Такъ, Schlösingеръ прежде, чѣмъ ввести прижигатель въ полость матки, совѣтуетъ предварительно удалить накопившуюся въ ней слизь помощью особенной кисточки (маточной щеточки — Gebärmutterbürste); другіе, наконецъ, предлагали удалить слизь различными инструментами; таковы палочки или ложечки (uterine scarper) Routh'a, Simpson'a, Лососк'а и др. Всѣ эти выдумки однако мало помогли дѣлу и потому прижиганіе полости матки твердыми каустиками почти совершенно оставлено. Защитники его обыкновенно указываютъ на то, что способъ этотъ отлично дѣйствуетъ иногда при нѣкоторыхъ формахъ маточнаго кровоточенія. Это совершенно вѣрно, но кровоточеніе въ этихъ случаяхъ останавливается собственно не отъ прижиганія маточной полости, а потому что введеніе портыкаустива вызываетъ въ ней сократительную дѣятельность, что совершенно достаточно для того, чтобы остановить кровоточеніе, напр. при атоніи маточныхъ стѣнокъ.

То, что мы сказали собственно о прижигающихъ средствахъ, можно отнести также и къ вяжущимъ. Нѣкоторые (Вессугел, Агап) французскіе гинекологи, а за ними и другіе вводили въ полость матки различныя вяжущія средства въ видѣ палочекъ (caçons). Изъ вышесказаннаго понятно, что палочки эти не должны оказывать никакого дѣйствія, такъ-какъ онѣ, смѣшиваясь со слизью цервикальнаго канала, составляютъ нерастворимыя соединенія (альбуминаты).



Покойный проф. Martin (въ Берлинѣ) былъ жаркій защитникъ этихъ маточныхъ палочекъ (*bacilli uterini*) и придумалъ для введенія ихъ особый инструментъ, который онъ назвалъ маточнымъ пистолетомъ (*Uterin-pistolle*). См. его статью: *Ueber eine neue Applicationsweise von Medicamenten auf die Innenfläche der Gebärmutter*. Berlin. Beiträge zur Geburtsh. u. Gynaecol. 1871, Bd. I, p. 28.

Вслѣдствіе всего этого, я вовсе не прибѣгаю къ прижиганію полости матки каустическими средствами въ твердомъ видѣ. Но въ твердомъ видѣ прижиганія однако можно употреблять съ пользою тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ заболѣваніемъ собственно только цирвикальнаго канала. Удаливъ секретъ повторными интрацервикальными впрыскиваніями, можно очень хорошо дѣйствовать ляписомъ на пораженную слизистую оболочку. Если же есть показаніе къ тому, чтобы подѣйствовать каустическимъ средствомъ на полость матки, то мы всегда употребляемъ его въ видѣ раствора.

Нѣкоторые гинекологи (Kilian) думали, что возможно дѣйствовать на полость матки лекарственными веществами, вводимыми помощію особаго снаряда (*metro-phusetterion*) въ видѣ порошковъ. Понятно безъ дальнихъ объясненій, что способъ этотъ далеко не состоятеленъ, такъ-какъ порошокъ, вводимый въ полость матки, ляжетъ на стѣнки, покрытыя болѣе или менѣе толстымъ слоемъ слизи и не въ состояніи будетъ, слѣдовательно, оказать на нихъ никакого дѣйствія. Тоже самое должно сказать относительно идеи Rajot—вводить лекарственныя вещества въ полость матки въ видѣ пульверизированныхъ растворовъ.

с) Введеніе лекарственныхъ веществъ въ полость матки въ жидкомъ видѣ. (Внутриматочныя впрыскиванія).

Историч. примѣч. и библиогр. Внутриматочныя впрыскиванія были извѣстны уже въ глубокой древности, если судить по собранію гипократовскихъ сочиненій, въ которыхъ находимъ нѣсколько положительныхъ указаній на этотъ счетъ (см. *de morbis muliebr.* въ переводѣ Litré, T. VIII, p. 431). Изъ старинныхъ врачей болѣе близкой къ намъ эпохи внутриматочныя впрыскиванія особенно рекомендуютъ Roché (Roscheus), Я. Сильвій и Родерикъ-а-Кастро. Подробности относительно техники и способа употребленія внутриматочныхъ впрыскиваній можно найти въ приведенномъ ниже сочиненіи Пражскаго врача de Kržovitz'a, вышедшемъ во вторую половину XVIII столѣтія. Несмотря на это, внутриматочныя впрыскиванія были совершенно почти забыты, пока о нихъ снова не заговорили французскіе гинекологи (геср. хирурги) въ началѣ сороковыхъ годовъ. Lisfrancъ въ это время былъ одинъ изъ самыхъ жаркихъ защитниковъ этого способа леченія; но, испытавъ вскорѣ нѣсколько неудачъ, онъ сталъ указывать на сопряженныя съ нимъ опасности. Это побудило многихъ врачей предпринять цѣлый рядъ опытовъ на трупахъ, причемъ имѣлось главнымъ образомъ въ виду выяснитъ — дѣйствительно ли можетъ жидкость, впрыскиваемая въ полость матки, чрезъ фаллопиевы трубы попадать въ полость брюшины. Въ числѣ тѣхъ, которые производили подобные опыты, мы должны назвать въ особенности Astros, Petit, Vidal'a и Scanzoni, а въ послѣднее время Hennig'a, Klemm'a, Fontaine'a, и Guichard'a. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ мы предприняли рядъ опытовъ аналогическихъ съ тѣми, которые производилъ Klemm (съ впрыскиваніями окрашенныхъ жидкостей). Д-ръ Соловьевъ, въ Казани, сдѣлалъ по этому поводу рядъ очень интересныхъ опытовъ на животныхъ. Не смотря на множество изслѣдовацій по этому предмету, какъ клиническихъ, такъ и экспериментальныхъ, вопросъ относительно внутриматочныхъ впрыскиваній до сихъ поръ принадлежитъ къ тѣмъ, по поводу которыхъ всего больше спорятъ въ гинекологіи. Въ то время, какъ одни выступаютъ самыми

горячими защитниками этого способа леченія, другіе, почти абсолютно отвергаютъ его. Вслѣдствіе-то этого мы считали необходимымъ изложить этотъ вопросъ здѣсь гораздо болѣе подробно, чѣмъ это дѣлается обыкновенно въ руководствахъ къ гинекологии.

Wenzeslaus Truka de Krzowitz, *Historia leucorrhœæ omnis ævi observ. med. Vindob., 1871, P. I, § 71, p. 264.* — Hourman, *recherches sur les injections dans la cavité de l'uterus. Bulet. de Thérap., 1839, T. XIX, p. 60.* — Vidal (de Cassis), *Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de l'uterus par les injections intravaginales et intrauterines. Paris, 1840.* — Duparque, *Gas. méd., 1840, N 19.* — Oldham, *Lond. med. Gas., 1847, Febr.* — Strohle, *sur le traitement des affections de la matrice par des injections intrantrines, Gas. de Strasb., VIII, 10.* — J. Reid, *anatomical, physiological and pathological Researches, p. 539.* — Simpson, *Obstetr. mem. and contrib., v. I. p. 812.* — Vidal (de Cassis), *L'union méd., 1850, № 66.* — Oleoli, *Un mot sur les injections uterines, Presse méd. Belg. 1853, № 37.* — И. Лазаревичъ, *О вприскиваніи въ матку, Кіевъ, 1858.* — Hennig, *der Catarrh der weiblichen Sexualorgane, Leipzig, 1861, p. 12.* — Klemm, *Ueber die Gefahren der Uterin-Injectionen, Leipz. 1863.* — C. Braun, *Spritze zu Injectionen in die Gebärmutterhöhle, Monatschrift. f. Geburtsk., 1865, Juli.* — Avrard, *Congrès medic. tenu à Bordeau en 1865, p. 344 и отдѣльной брошюрой: Sur les injections intrantrines, Paris, 1865.* — Дебаты о внутриматочныхъ вприскиваніяхъ, происходившіе въ пар. Мед. Ак., помѣщены въ *Gas. méd. de Paris, 1868, p. 26.* — Cohnstein, *Beiträge zur Therapie der chronischen Metritis, Berlin, 1868, pp. 71—100.* Въ высшей степени важно относительно историко-литературныхъ данныхъ. — Gantillon, *Uterine Catarrh frequently the cause of sterility. New Treatment. London. 1868.* — Горвицъ, *Клиническія записки по Гинекологии. С.-Петербургъ, 1871, стр. 1—58.* — Соловьевъ, *О введеніи лекарственныхъ веществъ въ полость матки. Казань. 1872.*

Главнѣйшія возраженія, которыя высказывались всегда противъ внутриматочныхъ вприскиваній, состояли существенно и главнымъ образомъ въ томъ, что вприскиваемая жидкость, какая бы она ни была, можетъ черезъ фаллопиевы трубы попадать въ полость брюшины и вызвать въ ней, если не смертельное, то во всякомъ случаѣ опасное воспаленіе ея. Кромѣ того утверждали, что вмѣстѣ съ вприскиваемой жидкостью можно вгонять воздухъ въ кровяную массу — обстоятельство, какъ извѣстно, въ высшей степени опасное.

Вопросъ относительно прониканія вприскиваемой жидкости въ полость брюшины, какъ уже упомянуто выше, былъ рѣшаемъ многими \*) (*Astros, Petit, Vidal, Scanzoni, Hennig, Klemm* и мы сами) экспериментальнымъ путемъ и вотъ тѣ выводы, къ которымъ пришли на этотъ счетъ:

1) Жидкость, вприскиваемая въ полость матки, даже при очень значительной силѣ, не попадаетъ чрезъ фаллопиевы трубы въ полость брюшины; если это иногда случалось, то въ весьма рѣдкихъ случаяхъ при условіяхъ совершенно исключительныхъ (напр. случай *Haselberg'a*).

2) Впрыснутая жидкость, если воспрепятствованъ обратный

\*) Кромѣ приведенныхъ здѣсь авторовъ, опыты въ этомъ направленіи были сдѣланы Fontaine'емъ (*Recherches sur les injections après l'accouchement, Paris, 1869*) и Guichard'омъ (тоже заглавіе, 1870) и добыты имъ результаты совершенно аналогичны съ сдѣланными нами выводами.

стокъ ея изъ матки, можетъ проложить себѣ путь въ кровеносные сосуды, какъ внутренняго покрова матки, такъ и придаточныхъ частей ея.

Упомянутые выше опыты дѣлаемы были на трупахъ. Нѣсколько опытовъ, предпринятыхъ мною совместно съ докт. Михневскимъ на животныхъ, дали отрицательный результатъ относительно прониканія жидкости чрезъ фаллопьевы трубы въ полость брюшины; опыты же д-ра Соловьева (въ Казани), по словамъ его, показали, что у нѣкоторыхъ живогныхъ, вслѣдствіе особеннаго расположенія у нихъ фаллопьевыхъ трубъ, жидкость, впрыскиваемая въ полость матки, можетъ попадать въ полость брюшины.

Хотя экспериментальнымъ путемъ доказано, что прониканіе жидкости въ полость брюшины невозможно, тѣмъ не менѣе клинически констатировано, что послѣ впрыскиваній иногда развиваются болѣе или менѣе тяжелые припадки. Припадки эти можно раздѣлить на двѣ категоріи: а именно первичныя, развивающіяся быстро и непосредственно вслѣдъ за впрыскиваніемъ жидкости въ полость матки и вторичныя, развивающіяся болѣе медленно и имѣющія явно воспалительный характеръ.

Явленія первой категоріи состоятъ въ скоро преходящихъ боляхъ внизу живота и поясницѣ, какомъ-то особенно возбужденномъ состояніи, а иногда — непродолжительныхъ обморокахъ. Припадки эти чаще всего наблюдаются у нервныхъ, раздражительныхъ субъектовъ и должны быть объяснимы или законами рефлекса, или же, можетъ быть, прониканіемъ незначительныхъ количествъ воздуха въ вены. Нѣкоторые думаютъ, что припадки эти ничто иное, какъ усиленная сократительная дѣятельность матки, вызванная прикосновеніемъ жидкости, въ особенности, ели послѣдняя имѣетъ низкую температуру.

Что касается явленій, или припадковъ второй категоріи, именно воспалительныхъ, то для развитія ихъ требуется, чтобы раздраженіе, произведенное впрыскиваніемъ, было очень значительно. Развитие воспалительныхъ явленій будетъ зависеть, съ одной стороны, отъ степени раздраженія, производимаго впрыскиваніемъ, а съ другой отъ предшествовавшаго болѣзненнаго настроенія половой сферы. Что касается воспалительныхъ формъ, развивающихся въ этихъ случаяхъ, то чаще всего наблюдаются воспаление внутренняго покрова матки (endometritis), perimetritis, parametritis и, наконецъ, болѣе обширное воспаление брюшины (peritonitis). Существенную этиологическую роль въ этомъ отношеніи играетъ воспаление внутренняго покрова матки, откуда уже per contiguitatem воспалительный процессъ распространяется дальше. Множество клиническихъ наблюденій убѣдило меня въ томъ, что воспалительныя явленія послѣ впрыскиванія развиваются главнымъ образомъ тамъ, гдѣ имъ предшествуетъ воспалительное состояние (хроническое) въ томъ или другомъ отдѣлѣ половой сферы.

Что касается прониканія воздуха въ вены при внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ, то обстоятельство это бывало всегда причиною смертельныхъ исходовъ. Подобные случаи описаны O'lishauser'омъ, De Rauf-

емь, Bessems'омъ и др. Въ англійской литературѣ вопросъ этотъ былъ разработанъ весьма тщательно и мы относительно подробностей по этому вопросу отсылаемъ читателя къ J. Reide'y (anatomical, physiological and pathological Researches p. 539), Simpson'y (Obstetric Mem. and Contrib., v. I p. 812) а также Swinburn'y и Green'y (Americ Journ. of the medic. Sc. 1834, January). Много указаний можно найти также въ сочиненіи Demarquai: Pneumatolo ie. Paris, 1866, p. 18 et sqq. Мы сами имѣли возможность наблюдать въ практикѣ одного изъ нашихъ товарищей мгновенный смертельный исходъ отъ внутриматочнаго впрыскиванія, также вслѣдствіе вступленія воздуха въ вены. Но если, съ одной стороны, смертельные исходы отъ вышеказаннаго обстоятельства констатированы многими наблюдателями, то, съ другой, не подлежатъ никакому сомнѣнію и то, что вступленіе воздуха въ вены было наблюдаемо исключительно только при внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ въ связи съ беременностью, актомъ родовъ и родильнымъ періодомъ.

И такъ, зная теперь сущность неблагоприятныхъ явленій, слѣдующихъ иногда за внутриматочными впрыскиваніями, не трудно будетъ понять и сущность тѣхъ предосторожностей, которыя должно имѣть при этомъ въ виду.

1. Температура впрыскиваемой жидкости не должна быть слишкомъ низка. Особенно не должно упускать изъ виду эту предосторожность, если имѣемъ дѣло съ раздражительными субъектами, гдѣ есть поводъ опасаться рефлекторныхъ явленій.

2. Впрыскиванія можно безъ опасенія предпринимать только тамъ, гдѣ можно убѣдиться въ совершенномъ отсутствіи воспалительнаго состоянія придаточныхъ частей матки (perimetritis, parametritis, oophoritis).

3. Чрезвычайно важная предосторожность состоитъ въ томъ, чтобы впрыскиваемая жидкость приходила какъ можно менѣе долгое время въ прикосновеніе съ внутреннюю поверхность матки, т. е. чтобы она имѣла свободный обратный стокъ. Вслѣдствіе этого къ впрыскиванію должно приступать, лишь по надлежашему предварительномъ расширеніи цервикальнаго канала.

Предварительное расширеніе цервикальнаго канала составляетъ до такой степени необходимую предосторожность, что мы не можемъ достаточно настаивать на ней. Тѣ, которые впрыскиваютъ въ матку, не расширяя предварительно цервикальн. канала, доказываютъ этимъ, что всѣ успѣхи гинекологии за послѣдніе годы нисколько ихъ не коснулись. Разсматриваемую предосторожность нельзя никакъ обойти, что бы ни говорили. Сильно ошибались тѣ, которые думали, что можно обойти ее, дѣлая обратный стокъ жидкости возможнымъ помощью особенныхъ снарядовъ, а именно двойной трубки (tube a double courant по Cloquet, Ricord'y и Avgard'y).

Способъ производства впрыскиваній. Для этой цѣли придуманы различные снаряды. Лучшіе изъ нихъ пипетка C. Braun'a и обыкновенный, только значительно удлинненный правацовскіе шарикъ съ надлежащимъ образомъ пригнаннымъ наконечникомъ.

Инструментъ Braun'a состоитъ изъ тонкой каучуковой трубочки, изогнутой на внутреннемъ концѣ и имѣющей на внутреннемъ концѣ каучуковый шарикъ, служащій вмѣстилищемъ для впрыскиваемой жидкости, которая изгоняется, если надавливать на

шарикъ. Внутренній конецъ трубочки долженъ имѣть боковыя отверстія, чтобы струя разбивалась лучше.

Мы прежде очень часто прибѣгали къ пипеткѣ Braun'a; въ настоящее же время мы предпочитаемъ имѣ же видоизмѣненный вышеописаннымъ образомъ правцовскій шприцъ. Вводится трубочка по обыкновеннымъ правиламъ катетеризаціи матки съ тою только предосторожностью, чтобы конецъ ея не доходилъ до дна, т. е. чтобы между дномъ матки и концомъ трубочки оставалось разстояніе около 1 д.; такъ, если напр. полость матки имѣетъ 3 д., то трубка вводится на высоту 2 д. Впрочемъ, при внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ должно строго различать впрыскиванія собственно внутриматочныя и такія, которыя дѣлаютъ только въ цервикальный каналъ — интрацервикальныя. При этихъ послѣднихъ трубочка вводится только до внутренняго зѣва. Этого рода впрыскиванія, не представляя тѣхъ неблагопріятныхъ осложненій, которыя могутъ встрѣтиться при собственно внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ, предпринимаются обыкновенно безъ предварительнаго расширенія цервикальнаго канала.

Впрыскиваніе по возможности должно быть дѣлаемо безъ помощи маточнаго зеркала, такъ-какъ послѣднее, сжимая влагалищную часть, сдавливаетъ также цервикальный каналъ и затрудняетъ стокъ жидкости. При самомъ актѣ впрыскиванія должно поступать такимъ образомъ, чтобы жидкость проникала въ полость матки безъ всякаго насилія. т. е. чтобы она не ударяла во внутреннюю поверхность ея съ значительною силой. Количество впрыскиваемой жидкости въ обыкновенныхъ случаяхъ не должно превышать 10—12 капель. Впрочемъ, при удобномъ стока жидкости, можно съ перемежками въ одинъ сеансъ впрыснуть отъ 1—1½ др. и даже болѣе. Что касается качествъ впрыскиваемой жидкости, то они могутъ быть различны, смотря по особеннымъ показаніямъ каждаго даннаго случая. Начиная поэтому съ простой тепловатой воды, мы прибѣгаемъ къ самымъ разнообразнымъ веществамъ. Чаще всего употребляются простая вода, смѣсь глицерина съ водою, іодъ въ различныхъ видахъ, препараты желѣза, растворы азотнокислаго серебра и различныхъ щелочей. При употребленіи каустическихъ средствъ нужно всегда соблюдать извѣстную градацію въ крѣпости растворовъ и при этомъ избѣгать слишкомъ концентрированныхъ растворовъ, могущихъ слишкомъ энергически подѣйствовать на внутреннюю поверхность матки.

Дѣйствіе внутриматочныхъ впрыскиваній можетъ быть троякое: динамическое, механическое и химическое. Такъ, впрыскивая въ полость увеличенной въ объемъ и вялой матки простую воду, мы достигаемъ того, что струя, возбуждая нервную дѣятельность матки, путемъ рефлекса вызываетъ въ ней сокращеніе. Механическій образъ дѣйствія выступаетъ тогда, когда мы имѣемъ въ виду путемъ впрыскиванія устранить изъ полости матки накопившійся въ ней секретъ. Наконецъ, химическое дѣйствіе вы-

ступаетъ при тѣхъ внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ, при которыхъ имѣется въ виду привести въ прикосновеніе съ внутреннею поверхностью матки то или другое вещество, которое должно дѣйствовать на нее исключительно, или, по крайней мѣрѣ, главнымъ образомъ, своимъ химическимъ составомъ.

На основаніи того, что сказано нами о дѣйствіи внутриматочныхъ впрыскиваній, не трудно установить и показанія къ ихъ употребленію.

1. Внутриматочныя впрыскиванія приносятъ большую пользу во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣемъ дѣло съ вялостью мышечной ткани матки (т. наз. *atonia uteri*), причемъ полость ея можетъ быть нормальной величины, увеличена или же уменьшена въ объемѣ. На основаніи этого главнаго показанія, къ внутриматочнымъ впрыскиваніямъ прибѣгаемъ при:

а) аменорей (отсутствіи) и менопаузѣ (временномъ прекращеніи) мѣсячныхъ. Если при этихъ патологическихъ формахъ нѣтъ глубокихъ разстройствъ со стороны общаго состоянія, то раздражающія впрыскиванія въ матку составляютъ единственное рациональное средство при этихъ обстоятельствахъ.

б) При всевозможнаго рода кровотеченіяхъ, сопровождаемыхъ или обусловливаемыхъ увеличеніемъ матки въ объемѣ и упадкомъ дѣятельности мышечныхъ элементовъ ея. Сюда будутъ относиться различныя разстройства мѣсячныхъ (*menstr. profusa*, *menorrhagia*) и новообразованія (внутриматочныя полипы, промежуточные фиброиды, саркомы), которые не могутъ быть скоро удалены изъ полости матки, остановленіе же кровотеченія между тѣмъ составляетъ одно изъ главныхъ показаній.

2. Къ внутриматочнымъ впрыскиваніемъ мы прибѣгаемъ съ большою пользою тамъ, гдѣ имѣемъ въ виду устранить болѣзненно усиленную секреторную дѣятельность внутренней покровы какъ полости матки, такъ и цервикальнаго канала. Сюда будутъ относиться:

с) различныя виды т. н. катарра матки, причемъ мы можемъ имѣть дѣло только съ усиленною секреторною дѣятельностью полости матки (рѣдко), или всего чаще, цервикальнаго канала (*endometritis catarrhalis*); кромѣ усиленія секреторной дѣятельности при этомъ могутъ быть различныя патологическія измѣненія слизистой оболочки (*endometritis ulcerosa, granulosa, fungosa* и пр.).

д) Нѣкоторыя формы такъ назыв. хроническаго воспаленія матки (*metritis diffusa, metritis chronica* аус.), при которыхъ одинъ изъ главныхъ признаковъ составляетъ усиленное отдѣленіе слизистой оболочки.

Кромѣ впрыскиваній можно приводить жидкости въ прикосновеніе съ внутреннею поверхностью матки еще и другимъ путемъ, а именно смазываніемъ ея помощью кисточки, которая напитывается данною жидкостью и вводится въ полость матки. Для выполненія этого, понятно, требуется, чтобы каналъ маточной шейки

былъ достаточно раскрыть (самъ собою или же помощью губокъ). Кроме того, чтобы лекарственное вещество, которымъ напитывается кисточка, могло подѣйствовать на большую поверхность, требуется, чтобы она была очищена отъ покрывающаго ее секрета, что возможно опять только помощью впрыскиваний. Изъ этого видно, что смазываніе внутренней поверхности матки кисточкою ни въ какомъ случаѣ не можетъ замѣнить впрыскиваний.

Несмотря на всю нецѣлесообразность кисточекъ для смазыванія внутренней поверхности матки различными растворами, онѣ тѣмъ не менѣе все еще выхваляются нѣкоторыми гинекологами (Вифи, проф. Лазаревичъ и др.). Въ теченіи многихъ лѣтъ мы пользуемся особеннымъ простымъ средствомъ, которое, по нашему мнѣнію, можетъ принести очень значительную пользу въ обыденной гинекологической практикѣ. Для очищенія, какъ полости матки, такъ и цервикальнаго канала отъ накопляющейся въ нихъ слизи, крови и проч., мы употребляемъ гибкія палочки, имѣющія длину обыкновеннаго маточнаго зонда и внутренней конецъ которыхъ, на протяженіи  $2\frac{1}{2}$ " , покрывается слоємъ ваты и затѣмъ нѣсколькими турами бумажной нитки. Смотря по количеству туровъ нитки, внутренней конецъ означенныхъ палочекъ, называемыхъ нами маточными банниками, будетъ имѣть различную толщину.

Онѣ служатъ, во первыхъ, какъ ужъ сказано выше, для очищенія полости матки и цервикальнаго канала, а во вторыхъ, для введенія въ нихъ лекарственныхъ веществъ. Въ этомъ послѣднемъ отношеніи онѣ прекрасно могутъ замѣнять обыкновенныя внутриматочныя впрыскиванія. Введеніе ихъ въ полость матки въ высшей степени облегчается гибкостью ихъ. Чѣмъ болѣе интенсивно мы желаемъ подѣйствовать на внутреннюю поверхность матки, тѣмъ больше оставляемъ въ ней банникъ. Нерѣдко, въ случаяхъ упорныхъ язвенныхъ эндометритовъ, различныхъ новообразованій и пр., мы оставляемъ банникъ, пропитанный чистою *trâ jodi*, въ маткѣ на 7—10 часовъ. Никогда мы не наблюдали отъ этого никакихъ особенныхъ реактивныхъ явленій, кромѣ болѣе въ крестцовой сторонѣ (вызываемыхъ сокращеніями матки).

Различные лекарственные растворы можно приводить также въ прикосновеніе съ внутреннею поверхностью матки помощью корпий, кусковъ полотна и проч. Такъ, при нѣкоторыхъ кровотеченияхъ, обусловливаемыхъ особеннаго рода гиперплазіей слизистой оболочки цервикальнаго канала, мы вводимъ въ послѣдній бурдонеты корпейные, налитанные смѣсью іода и глицерина. При нѣкоторыхъ формахъ кровотеченій, обусловливаемыхъ вялостью маточной ткани, *Winkel, Kristeller, Mat. Duncan* и др. вводятъ въ полость матки куски полотна, налитанные растворомъ *perchlor fer.* и пр. (внутриматочная тампонада).

Объ остальныхъ видахъ внутриматочной терапіи, именно о введеніи въ полость ея различныхъ снарядовъ, сказано будетъ въ отдѣлѣ объ искривленіяхъ и смѣщеніяхъ матки.

ПАТОЛОГІЯ  
НАРУЖНОИ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ.

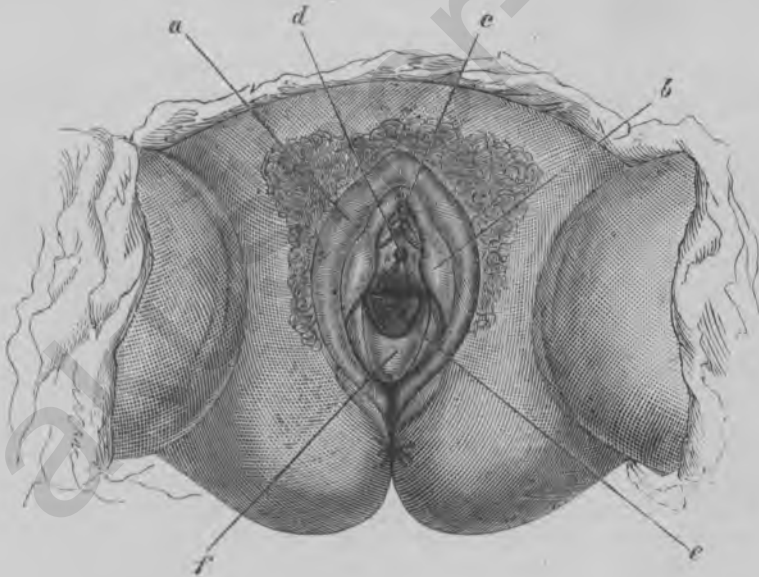
akusherlib.ru



## ГЛАВА IV.

### Большія дѣтородныя губы.

Анатомо-физиологич. замѣч. Лобокъ составляетъ треугольное пространство на нижней части живота съ обильною жировою подстилкою и общіе покровы котораго, начиная съ эпохи половой зрѣлости, покрыты обильными, короткими, толстыми и большею частью курчавыми волосами. Съ лобка до задней промежности, съ обѣихъ сторонъ, идутъ двѣ толстыя складки—большія дѣтородныя губы (*Labia pudendorum majora*). У женщинъ, не совер-



Фиг. 14\*.

шавшихъ еще coitum, онѣ прилежатъ одна къ другой; бороздка между ними называется половую расщелиною (*rima pudendorum*). Вверху и спереди большія губы сходятся между собою, образуя переднюю спайку (com-

\* Ф. 14. а—большія дѣтор. губы; б—малыя губы; с—клиторъ; d—паружное отверстие моченспуск. канала; e—входъ въ рукавъ; f—гимень.

missura super. s. anterior); то же самое онѣ дѣлаютъ внизу, образуя commissuram infer. s. poster. У задней спайки, съ внутренней поверхности одной губы къ другой, идетъ поперечная складка, называемая уздечкою б. губъ (frenulum labiorum), позади которой лежитъ ладьеобразная ямка (fossa nivicularis).

Строеніе большихъ губъ. Онѣ состоятъ изъ двухъ пластинокъ: наружной, образуемой общими покровами и покрытой волосами, и внутренней—слизистой поверхности. Между обѣими пластинками лежитъ отростокъ fasciæ superf., придающій большимъ губамъ известную плотность, которая, по мѣрѣ частаго совершенія coit., теряется мало-по-малу и губы становятся вялыми. Подъ фасціей, въ соединительной ткани лежитъ родъ большого мѣшка, наполненнаго жировымъ веществомъ (bursa serosa по Broca). Мѣшокъ этотъ простирается отъ наружнаго наховаго кольца до уровня нисходящей вѣтви сѣдалищной кости. На наружной поверхности большихъ губъ находится большое количество салныхъ железокъ, такъ что на 1 центим. ихъ приходится 20—30 (H. Leger). Железки эти груздевидныя и состоятъ изъ 4—6 долекъ, а каждая отдѣльная долька изъ 8—10 acini. Внутренняя, слизистая поверхность большихъ губъ также усѣяна очень большимъ числомъ салныхъ железокъ.—Относительно сосудовъ (вѣтвей а. и v. pudendae et perin.) большихъ губъ, должно замѣтить, что они образуютъ въ нихъ большія венозныя сплетенія (Kobelt.), которыя часто, преимущественно у беременныхъ, представляютъ варикозныя расширенія. Нервами большихъ губъ снабжаются N. pudendo и тремя нижними крестцовыми нервами (Nn. sacrales).

Что касается назначенія больш. губъ, то онѣ служатъ, съ одной стороны, до известной степени защитой для входа въ рукавъ, съ другой же стороны онѣ, по мнѣнію нѣкоторыхъ, въ особенности французскихъ, авторовъ, увеличиваютъ периферію половой расщелины во время родового акта.\*

## I. Пороки первоначальнаго развитія большихъ дѣтородныхъ губъ.

Историч. замѣч. и библиографія. Замѣтки относительно патологии большихъ дѣтородныхъ губъ и другихъ частей наружнаго полового аппарата женщины мы находимъ въ значительномъ числѣ у очень многихъ древнихъ и въ особенности старинныхъ писателей, какъ то Гипократа (De morbis mulier.), Аристотеля (De generatione animalium Lib. IV cap. 4) Цельса (Lib. VII cap. 28), Heister'a (Chirurgie, Nürnberg. 1743 p. 888), Dionis'a (Opera chir., p. 201) и многихъ другихъ. Болѣе подробныя указанія на древнюю и старинную литературу, касающуюся этого вопроса, можно найти въ известномъ руководствѣ къ патологической анатоміи Voigtel'a: Handb. der patholog. Anatomie; III, p. 419 et sqq. Старинная литература по этому вопросу носитъ на себѣ такой характеръ невѣроятнаго, баснословнаго, что ей нельзя придавать никакого серьезнаго значенія. Только во 2-ю половину настоящаго столѣтія разсматриваемый нами вопросъ подвергся тщательной разработкѣ, въ особенности въ анатомическомъ отношеніи. Желаящимъ познакомиться ближе съ эмбриологическими и анатомическими изслѣдованіями по этому вопросу мы указываемъ въ особенности на слѣдующія сочиненія:

\* Мнѣніе это высказывается Marjolin'омъ (Dictionnaire des sciences médic. Bruxelles, 1830, T. XIII, статья vulve), Lisfranc'омъ (Maladies de l'utérus d'après les leçons cliniques de M. Lisfranc par H. Pauly, Paris, 1836, p. 6) и Colombat (Traité des maladies des femmes. Paris, 1838, T. I p. 62). Противъ мнѣнія этого сильно возражаетъ Meissner и, какъ намъ кажется, не безъ основанія. Большія губы раздаются, правда, во время родового акта, благодаря известнымъ измѣненіямъ, претерпѣваемымъ ими во время беременности, но раздаваніе это или даже сглаживание ихъ—актъ чисто пассивный, который едвали можетъ увеличивать периферію половой расщелины.

Rud. Söggel, die äusseren Genitalien des Weibes in geburtshülflicher Beziehung. Würzburg. 1831.—H. Meckel, Zur Morphologie der Harn— und Geschlechtswerkzeuge. Leipz., 1848.—Leukart, das Webersche Organ, Illustr. Med. Zeit 1852. I.—Lilienfeld, Beiträge zur Morphologie der Geschlechtsorgane. Marburg, 1856.—Foerster, Missbildungen, Jena, 1861.—C. A. Martin и H. Leger, L'anatomie et pathologie des appareils sécrétoires des organes ext. de génér. de la femme. Arch. gen. de med. 1862. V. série, Jan. et Fevr.—J. M. Klob, Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. Wien, 1862, p. 449.—E. Klebs, Handbuch der pathologischen Anatomie, IV Lieferg., 1873, p. 718.

1. Совершенное отсутствіе большихъ губъ (и вообще наружныхъ половыхъ частей) было наблюдаемо иногда у нежизнеспособныхъ уродовъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ только наблюдали дефектъ обѣихъ губъ (Foville); обыкновенно же недостаётъ только одной губы (Riolan).

2. Что касается недостаточнаго (рудиментарнаго) развитія большихъ губъ, то въ особенно экзквизитной формѣ это наблюдается при клоакѣ; большія губы при этомъ представляются въ видѣ небольшихъ возвышеній (валиковъ — Klob). Такое недоразвитіе большихъ губъ описывалось нѣкоторыми авторами подъ именемъ *Vulva infantilis*.

3. Срощеніе большихъ губъ (*atresia labialis s. vulvae* \* можетъ быть полное и не полное. Въ первомъ случаѣ вмѣсто половой расщелины находятъ только слабый намекъ на нее въ видѣ продольной бороздки или же возвышенной нѣсколько линіи (*raphe*). При этомъ клиторъ нерѣдко представляется совершенно такимъ, какъ мужской членъ при *hypospadiasis* (Klob). При этой аномалии новорожденныя дѣвочки могутъ умереть оттого, что наружное мочеиспускательное отверстіе закрыто и поэтому приходится немедленно приступить къ устраненію заращенія кровавымъ путемъ. Гораздо чаще полныхъ бываютъ не полныя заращенія большихъ губъ, такъ что верхняя треть половой расщелины остается свободною и стокъ мочи и менструальной крови возможенъ. Вслѣдствіе этого подобные субъекты ищутъ врачебной помощи лишь тогда, когда выходятъ замужъ (*resp.* начинаютъ совершать *coitum*). Срощеніе можетъ быть устранено только хирургическимъ путемъ. Нахлороформировавъ больную, ее кладутъ на поперечную кровать или столъ, какъ при камнесъченіи, и по жолобоватому зонду разрѣзаютъ сросшныя губы (по *raphe*, если она существуетъ) до того мѣста, гдѣ должна быть *normaliter* уздечка. Послѣ этого разъединяютъ разрѣзанныя поверхности (до рубцованія ихъ) помощью корпейныхъ бурдонетовъ, вкладываемыхъ *in riam*.

Разрѣзъ начинаютъ обыкновенно со средины заращенія и отсюда уже продолжаютъ его внизъ и вверхъ. При этомъ нерѣдко могутъ имѣть дѣло съ довольно значительнымъ кровоте-

\* Въ высшей степени интересныя историко-литературныя данныя по этому вопросу можно найти у *Colembat* (de L'Isère) въ его *Traité des maladies des femmes*, Paris 1838 T. I. p. 124.

ченіемъ. Для избѣжанія послѣдняго, если приходится оперировать въ случаяхъ зарощенія приобрѣтеннаго (происшедшаго напр. послѣ какой либо травмы, родового акта и пр.), разрѣзь дѣлають по направленію рубца. Не можемъ не упомянуть объ интересномъ и вмѣстѣ съ тѣмъ странномъ фактѣ, приводимомъ Veit'омъ \*), а именно о томъ, что зарощеніе большихъ губъ и притомъ въ нижней трети ихъ встрѣчается довольно нерѣдко въ Мекленбургѣ и Помераніи. При этомъ нерѣдко имѣють дѣло съ очень высокою промежностью, такъ что при операціи приходится надрѣзать ее по направленію *garhe* ея.

## II. Эритема, рожа, отекъ и гангрена большихъ губъ.

1. Эритема занимаетъ обыкновенно обѣ губы и характеризуется тѣмъ, что онѣ принимаютъ ярко красный цвѣтъ, отдающій иногда даже синеватымъ отливомъ; краснота эта не сплошная, а мѣстами; пораженные губы кромѣ того представляются слегка отечными. Что касается припадковъ, то больныя при этомъ жалуются на чувство жженія въ половыхъ частяхъ, усиливающееся при всякомъ движеніи; припадокъ этотъ бываетъ тѣмъ сильнѣе, чѣмъ болѣе распространена эритема: обыкновенно она переходитъ на внутреннія поверхности бедеръ и на заднюю промежность. Нерѣдко также воспалительный процессъ распространяется и на наружное отверстие мочеиспускательнаго канала, а также на большую или меньшую поверхность слизистой оболочки рукава и тогда мы имѣемъ дѣло съ болѣзненнымъ мочеиспусканіемъ и усиленнымъ отдѣленіемъ изъ рукава.

Если эритема, вслѣдствіе различныхъ обстоятельствъ, усиливается, то она переходитъ въ настоящую рожу (*erysipelas*) большихъ губъ. При этомъ уже замѣчается болѣе сильное припуханіе пораженныхъ частей, краснота имѣетъ кирпичный оттѣнокъ, а боль и чувство жженія доходятъ до очень значительной степени, причемъ нерѣдко выступаютъ довольно сильныя лихорадочныя явленія.

Въ этиологическомъ отношеніи должно замѣтить, что самостоятельно эти патологическія формы встрѣчаются большею частью довольно рѣдко: такъ, эритема наблюдается у нечистоплотныхъ, особенно тучныхъ субъектовъ; чаще же имѣемъ дѣло съ этими заболѣваніями, являющимися интеркуррентно во время теченія нѣкоторыхъ тяжелыхъ инфекціонныхъ процессовъ, какъ то: тифа, холеры и острыхъ сыпей—оспы, скарлатины и кори. Вообще, должно замѣтить, что эритема и рожа больш. губъ встрѣчаются чаще во время беременности, чѣмъ внѣ беременнаго состоянія. Наконецъ, съ этими формами мы имѣемъ нерѣдко дѣло при карциномахъ матки и рукава, вслѣдствіе орошенія наружныхъ половыхъ частей ѣдкимъ выдѣленіемъ.

\*) *Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorg.*, p. 571.

При леченіи сказанныхъ формъ должно имѣть главнымъ образомъ въ виду спокойное и чистое содержаніе больныхъ. Одною покоя и частыхъ умываній тепловатою водою достаточно нерѣдко для устраненія слабыхъ степеней эритемы. При болѣе сильныхъ степеняхъ какъ эритемы, такъ и рожи мы назначаемъ примочки изъ теплой *Aq. Goul.*, смазываніе пораженныхъ частей *Ol. amygd.*, *Ol. camphorae* и проч. При сильномъ жженіи оказывается очень полезнымъ смазываніе воспаленныхъ поверхностей растворомъ азотнокислаго серебра (*gr. IV—XII* на *℥j*) и сухая теплота.

Имѣя дѣло съ рожей большихъ губъ, должно стараться о томъ, чтобы не произошло сращенія соприкасающихся между собою воспаленныхъ поверхностей. Съ этою цѣлью по нѣскольку разъ въ день вкладываютъ между губъ коршешные бурдонеты, смазываемые *ung. altheae*, саломъ и пр.

2. Отекъ большихъ губъ является въ большинствѣ случаевъ какъ сопутствующее явленіе при общей водянкѣ (*anasarca*), особенно же часто у беременныхъ и помимо послѣдней. Отекшія губы представляются сильно увеличенными въ объемъ, цвѣтъ ихъ блѣднѣе нормальнаго; боль при этомъ ничтожная и больныя жалуются болѣе на ощущеніе тяжести въ пораженныхъ частяхъ. Спокойное положеніе на спинѣ и сухая теплота обыкновенно скоро устраняють отекъ; если-бы этого оказалось недостаточнымъ, то нужно прибѣгнуть къ скарификаціямъ отекавшихъ частей. Для этого помощью обыкновеннаго ланцета дѣлается отъ 10—15 уколовъ на каждой губѣ (на наружной поверхности). У беременныхъ однако должно избѣгать скарификацій, такъ какъ въ литературѣ извѣстно нѣсколько случаевъ, гдѣ эта маленькая операція сдѣлалась причиною преждевременныхъ родовъ.

3. Гангрена большихъ губъ какъ самостоятельное заболѣваніе встрѣчается чрезвычайно рѣдко. Обыкновенно омертвѣніе является или какъ результатъ сильной травмы (ушибы, паданіе), или же какъ послѣдовательное заболѣваніе послѣ тяжелыхъ процессовъ, напр. тифа (подобно *gangr. scroti* у мужчинъ); чаще же всего мы имѣемъ дѣло съ омертвѣніемъ большихъ губъ въ родильномъ періодѣ, какъ послѣдствіемъ травматизма во время родового акта, или же послѣдовательно развивающихся во время теченія тяжелыхъ послѣродовыхъ процессовъ. Омертвѣніе можетъ занимать одну или обѣ губы, но въ томъ и въ другомъ случаѣ оно начинается обыкновенно съ нижней трети. Пораженные части начинаютъ становиться синеватыми и затѣмъ мало по малу, или же очень скоро принимаютъ совершенно темный цвѣтъ. Омертвѣвшія части имѣютъ склонность скоро отваливаться, послѣ чего обыкновенно остаются обширные безобразные рубцы.

Омертвѣніе большихъ губъ, даже какъ сопутствующее явленіе, составляетъ всегда серьезное страданіе и требуетъ поэтому большаго вниманія со стороны врача. Величайшая чистоплотность составляетъ необходимое условіе для успѣшной терапіи. Если замѣчаемъ склонность къ некротизированію ушибленныхъ частей,

то тотчас назначаемъ возбуждающія примочки, какъ то: *vin.*, *acet. acrom.*, *liquam. mug.* и др. Коль скоро обнаруживается склонность къ отваливанію некротизированной части, то нужно немедленно удалить ее и затѣмъ содѣйствовать скорѣйшему рубцованію посредствомъ растворовъ *oxyd. zinci*, *nitr. argenti* и др.

Омертвѣніе большихъ губъ встрѣчается нерѣдко у маленькихъ дѣвочекъ, какъ въ первые указали на это Daniel \* и V. Müller \*\*, сравнивая ее съ столь часто встрѣчающеюся у нихъ пома. Того же мнѣнія и Sauvages \*\*\*, который прямо называетъ эту форму *Necrosis infantilis*, причемъ онъ указываетъ на то, что этотъ видъ гангрены особенно часто попадаетъ въ воспитательныхъ домахъ и тому подобныхъ заведеніяхъ.

Въ родильномъ періодѣ мы очень часто имѣемъ дѣло съ болѣе или менѣе обширною гангреною какъ большихъ губъ (преимущественно въ нижней трети ихъ), такъ и входа въ рукавъ. Если гангрена ограничивается только этими мѣстами и если къ этому не присоединяется какое либо другое серьезное заболѣваніе, то гангрена въ большинствѣ случаевъ протекаетъ благопріятно, потому что всасываніе детрита не происходитъ. По отваливаніи некротизированныхъ частей, мы обыкновенно смазываемъ язвенныя поверхности смѣсью *perchlor. ferri* съ глицериномъ (aa) и, дѣлая тщательную и частую перевязку, можно устранить до известной степени образование слишкомъ безобразныхъ рубцовъ. Въ отношеніи терапіи намъ остается еще прибавить, что Guersant очень хвалитъ присыпаніе гангренизированныхъ частей порошкомъ угля. M-me Boivin \*\*\*\* и Dugés замѣчали значительную пользу отъ того, что покрывали пораженныя части тѣстомъ, главный ингредиентъ котораго составляла соляно-кислая известь.

### III. Сыпныя формы, встрѣчаемыя на большихъ губахъ.

Истор. библиограф. замѣтки. Въ отношеніи анатомико-физиологическомъ мѣшочки (фоликулы) большихъ губъ были описаны очень хорошо уже Haller'омъ, патологию же ихъ въ первые очень обстоятельно разработалъ Robert (1840) и съ тѣхъ поръ предметъ этотъ былъ изучаемъ въ высшей степени тщательно въ особенности французскими врачами и относящіяся сюда работы Nuguier останутся навсегда классическими. Мемуаръ Robert'a приведенъ очень подробно въ *Bibliothèque du medecin—praticien*, T. I: *Maladies des femmes*, Paris, 1842, въ которой эта статья обработана превосходно и очень тщательно.—Denis, *sur le traitement de l'inflammation des follicul. de la vulve*, *Annales de la chirurgie*, 1841 № X.—Oldham. *Lond. med. gaz.* 1846 Mai.—Nuguier, *Des maladies de la glande vulvovaginale et de l'appareil sécrétoire de la vulve*, *Journ. des connaissances medico-chir.*, 1852 № 6—8.—A. Guerin, *Maladies des organes externes de la femme*, Paris 1864, p. 242. (Превосходно разработана дифференціальная діагностика различныхъ сыпей большихъ губъ).

Прежде всѣ сыни большихъ губъ описывались подъ именемъ вульвита и это должно было, понятно, значительно затемнять этотъ предметъ, такъ-какъ относящіяся сюда патологическія формы могутъ быть очень разнородны. Мы рассмотримъ здѣсь каждую изъ нихъ отдѣльно и остановимся по преимуществу на тѣхъ, которыя имѣютъ болѣе важный практическій интересъ.

\* *Systema aegritudinum*, Halae, 1782.

\*\* *Med. prac. Handb. zum Gebr. für Aertze*, Leipzig, 1788 Bd I cap. 10.

\*\*\* *Nosologia methodica*, Edid. Daniel. Lipsiae, 1797, T. V, p. 223.

\*\*\*\* *Traité pratique des maladies de l'uterus et de ses annexes*, Paris, 1833, T. II p. 602.

1. Воспаленіе сальныхъ железокъ и волосныхъ мѣшковъ (*vulvitis follicularis s. folliculitis vulvaris*) характеризуется тѣмъ, что на большихъ губахъ, нѣсколько опухшихъ или отечныхъ, появляются папулы, которыя, увеличиваясь до известной степени, мало по малу превращаются въ пузырьки съ гнойнымъ содержимымъ. По вскрытіи этихъ пустулъ, изъ нихъ выдѣляется большею частью зловонный гной, послѣ чего мѣшочки или затягиваются, или же превращаются въ поверхностныя язвы. Въ началѣ страданія больныя жалуются на непріятное ощущеніе въ половыхъ частяхъ, которое постепенно переходитъ въ очень сильный зудъ, а иногда онѣ жалуются прямо на жженіе; при этомъ большія губы покрываются постоянно зловоннымъ выдѣленіемъ сальныхъ железокъ, которое засыхаетъ въ видѣ небольшихъ струпинокъ. Разсматриваемая нами сыпь развивается обыкновенно постепенно; иногда же она разомъ обхватываетъ большія поверхности губъ.

Распознаваніе *follic. vulv.* важно въ томъ отношеніи, чтобы не смѣшивать ея съ другими сыпями и въ особенности съ сифилисомъ. Вообще говоря, дифференціальная діагностика между фолликулитомъ и другими сыпями не особенно затруднительна. Такъ, отъ *herpes* онъ отличается тѣмъ, что при послѣдней большею частью замѣчаются лихорадочныя явленія, пузырьки при ней съ самаго начала представляются довольно крупными и круглыми, наполненными свѣтлымъ содержимымъ и при томъ они очень быстро подсыхаютъ. Герпетическіе пузырьки никогда не оставляютъ послѣ себя рубцовъ. По А. Guerin'у *herpes* развивается преимущественно *in pliea genito-crurali*. Кромѣ того при *herpes* мы имѣемъ обыкновенно болѣе или менѣе сильное лихорадочное состояніе. Для того, чтобы отличить вульварный фолликулитъ отъ сифилиса, нужно только помнить, что *follic.* занимаетъ всѣ пунки большихъ губъ, между тѣмъ какъ шанкры занимаютъ обыкновенно съ особенною любовью внутреннюю поверхность малыхъ дѣтородныхъ губъ. Вообще говоря, въ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ болѣе или менѣе обширными изъязвленіями большихъ губъ, безъ того, чтобы окружающія части представляли явленія обширнаго воспаленія, можно подозрѣвать сифилисъ (Guerin). Впрочемъ, пораженіе паховыхъ и другихъ железъ, состояніе зѣва, различныя сыпи на кожѣ, однимъ словомъ—совокупность явленій всегда выяснитъ діагностику.

Предсказаніе при фолликулитѣ обыкновенно благопріятно; нужно только имѣть въ виду, что ему свойственна большая склонность рецидивировать.

Этіологія разсматриваемой сыпи довольно темная. Нугуіер и нѣкотор. другіе французскіе авторы утверждаютъ, что фолликулитъ является обыкновенно послѣ злоупотребленія *in venere* и поэтому часто встрѣчается у проституттокъ; также обвиняется въ этомъ отношеніи нечистоплотность. Я видѣлъ однако нѣсколько случаевъ фолликулита у субъектовъ, гдѣ какъ эксцессы, такъ

и нечистоплотность могли быть положительно исключаемы. Нѣкоторые изъ этихъ случаевъ относятся къ беременнымъ (въ 1-ю половину), у которыхъ, по словамъ Huguier, эта форма наблюдается довольно часто, приче́мъ она у нихъ въ особенности имѣетъ наклонность часто рецидивировать.

Терапія. Больная должна оставаться въ постели и, если болѣзнь только въ началѣ, то мы ограничиваемся легкими отвлекающими на кишечникъ и прилежными обмываніями половыхъ частей тепловатою водою, а еще лучше — тепловатыми полуваннами. Если же зудъ и боль начинаютъ болѣе выступать, то назначаемъ вяжущія въ видѣ примочекъ, а именно уксу́сно-кислый свинецъ и въ особенности *nit. arg.* При образованіи струпуевъ нужно стараться удалить ихъ сначала припарками, а затѣмъ снова переходимъ къ вяжущимъ примочкамъ, отдѣльныя же язвинки прижигаютъ озонно-кислымъ серебромъ. Если же зудъ и боль очень сильно беспокоятъ больную, то назначаемъ внутрь наркотическія, снаружи же синильную кислоту въ видѣ мази, которую рекомендуетъ въ этихъ случаяхъ Oldham: *acid. hydrocyan. gr. ij, Plumbi acetici ℥j, Butyri cacao ℥j.*

2 *Herpes vulvaе* характеризуется появленіемъ на большихъ губахъ болѣе или менѣе значительныхъ островковъ, устьянныхъ пузырьками, величина которыхъ не превышаетъ горошины. Они могутъ занимать какъ наружную, такъ и внутреннюю поверхность большихъ губъ. По вскрытіи пузырьковъ, замѣчаются очень поверхностныя экскоріаціи. Сыпь эта сопровождается довольно значительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, зудомъ и жженіемъ въ половыхъ частяхъ. *Herpes* можетъ быть скоротечный и хроническій, т. е. часто рецидивирующий.

Терапія. Для пониженія температуры мы даемъ нѣсколько приѣмовъ хинина; заботимся о чистоплотности помощью ваннъ и затѣмъ назначаемъ или холодъ, или же различныя вяжущія.

При *herpes*, развивающемся на внутренней поверхности губъ, эти послѣднія сильно припухаютъ и больныя очень страдаютъ, когда моча попадаетъ на изъязвленія, которыя въ этихъ случаяхъ бывають довольно обширны. Страданія большой могутъ быть очень значительно облегчаемы, во первыхъ, соблюдая величайшую чистоплотность, а затѣмъ разъединяя губы помощью коршейныхъ пюмассо, налитанныхъ какимъ либо вяжущимъ растворомъ, или же, смотря по надобности, какою либо успокаивающею и болеутоляющею жидкостью (масло, глицеринъ съ опіемъ и пр.). — Подробности относит. *herpes vulvaris* см.: Legendre, *Gaz. des hôp.* 1853 № 23 и Bärensprung, *Annalen der Charité* VI p. 20.

3. Волчанка большихъ губъ (*Lupus vulvae*) описана въ послѣднее время французскими авторами (Huguier и Guibourt) подъ стариннымъ гипократовскимъ названіемъ *esthiomene*. Болѣзнь эта существенно распадается на три формы: поверхностную (*lupus exfoliatus s. superficialis*), язвенную (*l. ulcerativus s. exedens*) и гипертрофическую (*lup. hypertrophicus*). Первая изъ этихъ формъ, т. е. волчанка поверхностная, занимаетъ обыкновенно лобокъ, или же собственно большія губы и даже заднюю



промежность. Характеризуется она тѣмъ, что кожа становится синевато-красной, шелушится, причемъ болѣе или менѣе скоро начинается замѣчаться затвердѣніе подкожной соединительной ткани. Въ этомъ видѣ процессъ можетъ занимать болѣе или менѣе обширныя поверхности, или же только отдѣльныя мѣста—въ видѣ разсѣянныхъ бугорковъ. При второй—язвенной формѣ, процессъ начинается обыкновенно съ внутренней поверхности большихъ губъ; появляются затвердѣнія, между которыми лежатъ обширныя язвы, которыя, углубляясь все болѣе и болѣе, могутъ повлечь за собою прободенія ткани (*esthiomene perforans*). *Lupus hypertrophicus* отъ вышеприведенныхъ двухъ формъ отличается только болѣею степенью затвердѣнія соединительной ткани; къ этому, во время теченія процесса, присоединяется отекъ въ значительной степени.

Что касается припадковъ разсматриваемой болѣзни, то они обыкновенно въ началѣ очень незначительны: при всѣхъ видахъ *esthiomene* не бываетъ почти никакой боли; больныя обыкновенно не перестаютъ заниматься своимъ дѣломъ и онѣ начинаютъ страдать лишь тогда, когда болѣзнь достигла такой степени, что прямая кишка и рукавъ подвергаются механическому сжатію опухлями. При дальнѣйшемъ теченіи болѣзни обильный секретъ подрываеъ наконецъ здоровье и больныя умираютъ отъ маразма.

Распознаваніе важно особенно въ дифференціальномъ отношеніи. Прежде очень часто смѣшивали съ разсматриваемою нами патологическою формою слѣдующія болѣзненные состоянія: туберкулезный сифилидъ, канкроидъ и *elephantiasis arab.* Вотъ дифференціальныя признаки по *Huguier*: туберкулезный сифилидъ чаще занимаетъ внутреннюю, чѣмъ наружную поверхность большихъ губъ; между отдѣльными туберкулами кожа не представляется покраснѣвшею; при этомъ не замѣчается также отвердѣнія общихъ покрововъ и подлежащей клѣтчатки. Ракъ *vulvae* имѣетъ гораздо болѣе скоротечный характеръ, чѣмъ *lupus*; кромѣ того при *lupus* не замѣчается серознаго отдѣленія, а также не бываетъ склонности къ кровотеченіямъ, какъ при ракѣ. Что касается *elephant. arabum*, то при ней отекъ и затверденіе клѣтчатки составляютъ первичныя явленія, при *lupus* же они являются послѣдовательно.

Этіологія разсматриваемой патологической формы до сихъ поръ остается совершенно темною. Нѣкоторые авторы, какъ напр. *Guégin*, смотрятъ на нее единственно лишь какъ на проявленіе такъ называемаго золотушнаго худосочія (?). Вообще должно сказать, что волчанка большихъ губъ составляетъ очень рѣдкое явленіе въ практикѣ. *A. Guégin* въ теченіе 4-лѣтней службы при *Loupsine* наблюдалъ эту болѣзнь всего только одинъ разъ. Мы сами, несмотря на очень большой гинекологическій матеріалъ, прошедшій чрезъ наши руки, не видали этой болѣзни ни разу.

Предсказаніе при *lupus* очень сомнительно, такъ какъ при значительно выраженной формѣ терапія оказывается безсильною.

Кромѣ того, болѣзнь эта имѣетъ большую склонность къ рецидивамъ: исчезая съ большихъ губъ, она можетъ появляться на лицѣ. Въ то время, какъ волчанка лица очень рѣдко влечетъ за собою смертельный исходъ, *lupus vulvae*, по обширности обусловливаемыхъ имъ разстройствъ, относительно нерѣдко становится причиною смерти.

При леченіи *esthiomene* играютъ важную роль такъ назыв. *alterantia*, какъ-то іодистый потассій, іодистое желѣзо, *ol. jecoris aselli* и проч. Мѣстная терапія состоитъ въ энергическомъ употребленіи сильныхъ прижигающихъ: такъ, Martin совѣтуетъ прикасаться пораженныхъ мѣстъ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ кусками ваты, напитанной дымящеюся азотною кислотою (*acid. nitric. fumans*); по спаденіи струпуевъ, назначаютъ примочку изъ азотно-кислаго серебра (*nitr. arg. ʒj, aq. ʒvj*); можно также испытать глубокое прижиганіе ѣдкимъ кали, какъ это дѣлается при *lupus* на лицѣ.

*Cazenave* съ большимъ успѣхомъ въ этихъ случаяхъ прибѣгалъ къ тѣсту, состоящему главнымъ образомъ изъ двуіодистой ртути. Если же гипертрофія достигла значительной степени, то нужно пораженные части сначала удалить кровавымъ путемъ и затѣмъ уже прибѣгать къ каустическимъ средствамъ.

Слово *esthiomene* употреблялось уже древними врачами и происходитъ отъ *esthiein*—раздѣдать, *exedere*. Выраженіе это, какъ весьма характерный эпитетъ, снова введено было въ науку *Huguier* по поводу описанной выше патологической формы. Что форма эта ничуть не новая, — нечего и толковать; съ нею только смѣшивали самыя разнородныя пораженія большихъ губъ. Нѣсколько лѣтъ до *Huguier*, а именно въ 1843 году, одинъ изъ учениковъ *Vazin'a* — *Desguelles* описалъ одинъ случай этой болѣзни, которую онъ вмѣстѣ съ учителемъ своимъ не знали какъ назвать и поэтому остановились на названіи особенной гипертрофіи большихъ губъ (*hypertrophie particulière de la vulve*). *Huguier* же съ такою точностью описалъ эту болѣзнь, такъ глубоко изучилъ различныя формы ея проявленія, что съ того времени до настоящихъ поръ къ тому, что написано объ этомъ *Huguier*, не прибавлено рѣшительно ничего новаго.

*Guibourt*, *Sur l'Esthiomène*, *Union médic.*, 1874. — *Huguier*, *Esthiomène dartre rougeante de la région vulvo-anale*, *Mém. de l'acad. de médecine*, 1849, T. XIV. p. 501. — *Jobert (de Tyonville)*, *Esthiomène*, *Gaz. des hôp.* 1856, № 46. — *E. Martin*, *Über Lupus exulcerans der Vulva*, *Mon. f. Geburtsk.*, 1861, Nowember. — *Lorent*, *Ibid.*, 1861, Nov. — *M. Duncan*, *Lupus vulvaris*, *Edinb. medic. Journ.* 1862, Dec. — *A. Guérin*. *Op. cit.*, p. 410: *Esthiomène de la région ano-vulvaire*.

4. *Eczema vulvae* по характеру своему ничѣмъ не отличается отъ той же сыпи на другихъ частяхъ тѣла. Она можетъ имѣть острый или хроническій характеръ. Появленіе этой сыпи часто связано съ менструальнымъ періодомъ. Если болѣзнь выражена въ значительной степени, то она можетъ вызвать серьезныя явленія, вслѣдствіе того, что держать больныхъ въ постоянно возбужденномъ состояніи и совершенно лишаетъ ихъ сна. Для униманія зуда лучше всего дѣйствуетъ холодъ въ видѣ ваннъ или же примочекъ; для удаленія струпуевъ, а также для уменьшенія несноснаго зуда съ пользою прибѣгаютъ къ тепловатымъ крах-

мальнымъ компрессамъ. Полезными могутъ оказаться также вяжущія (ac. tan., nitr. arg., sulph. cupri и пр.).

5. Prurigo vulvae состоитъ въ появленіи на большихъ губахъ разсыпчатыхъ небольшихъ узелковъ, которые, вслѣдствіе расчеса, покрываются небольшими струпами. И въ этомъ случаѣ холодъ и вяжущія составляютъ отличныя средства противъ зуда.

#### IV. Нарывы большихъ губъ.

Нарывы большихъ губъ являются обыкновенно послѣ ушибовъ, паденія, травматизма во время родового акта, sub coitu и пр. Созрѣваніе нарыва обыкновенно очень болѣзненно и можетъ сопровождаться значительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ. Созрѣванію нарыва содѣйствуютъ обыкновенными средствами, т. е. припарками и затѣмъ немедленно приступаютъ къ вскрытію его. Вскрывается нарывъ съ наружной и внутренней поверхности губы, смотря потому—гдѣ лучше ощущается зыбленіе.

#### V. Воспаленіе и нагноеніе Бартолиновыхъ железъ.

Историко-библіограф. замѣч. Не смотря на то, что железки эти очень хорошо описаны были Duvergneуемъ, Bartholin'омъ, Morgagni и др., объ нихъ, въ особенности въ патологическомъ отношеніи, толковали какъ-то очень мало, пока вопросу этому не посвятили серьезное вниманіе Vidal (de Cassis) и въ особенности же Huguier. Нужно замѣтить, что Astrucу очень хорошо извѣстны были эти железки, о которыхъ онъ упоминаетъ подъ именемъ Куперовскихъ железъ, говоря, что и онѣ могутъ служить мѣстомъ развитія гонорей.

Vidal (de Cassis), Pathologie externe, T. I, p. 262.—Huguier, des maladies de la glande vulvo-vaginale. Journ. des con. medico-chir., 1852, № 6-8.—v. Bärensprung, Entzündung der Bartholin. Drüsen, Annalen der charité, VI, p. 20.—Salm on, Blennorrhagia of the excret. Duct. of the vulvo-vagin. gland. Medic. Times and. gaz., 1854. № 234.—Bréton, De la Bartholinite, Strasb. 1861.—Zeissl, Zur Physiologie u. Pathologie der Bartholin. Vulvo-vaginal Drüse. Allgem. wiener med. Zeitschr., 1866, № 45-46.—A. Guerin, op. cit. p. 260.—

Железки эти, принадлежащія къ разряду gland. conglomer., лежатъ по сторонамъ входа въ рукавъ, въ нижнихъ (заднихъ) частяхъ губъ и окружены значительнымъ слоемъ соединительной ткани. Въ топографическомъ отношеніи должно помнить, что онѣ лежатъ въ треугольникѣ, ограниченномъ прямою кишкою, рукавомъ и восходящею вѣтвью сѣдалищной кости. Величина ихъ у субъектовъ, не достигшихъ возмужалости, очень незначительна и особенно онѣ увеличиваются у женщинъ, которыя часто совершаютъ coitum. Вообще же длина ихъ=5 10, а выводящіе протоки доходятъ до 8 линій. Выводящіе протоки ихъ идутъ впередъ и кнутри и открываются въ предверье рукава (по французскимъ авторамъ выводящіе протоки, длиною около 2 сантиметровъ, открываются между миртовидными сосочками).—Железы эти снабжены многочисленными сосудами: артеріи ихъ происходятъ изъ

a. clytoridis и a. transv. perin.—вѣтви a. pud. int.; вены ихъ идутъ къ pud. и plex vagin. Нугуиер допускаетъ въ нихъ также и лимфатическіе сосуды.

Что касается функціи этихъ железокъ, то она состоитъ въ томъ, что sub coitu онѣ выдѣляютъ секретъ, сильно напоминающій по физическимъ свойствамъ своимъ отдѣленіе изъ цервикальнаго канала, т. е. онъ нѣсколько похожъ на яичный бѣлокъ. Секретъ этотъ отдѣляется не только sub coitu, но и подѣ влияніемъ всякаго сильнаго эротическаго настроенія, сладострастныхъ сновъ и т. д. (т. н. pollutiones diurnae et nocturnae). Нѣкоторые утверждаютъ, что реакція этого секрета щелочная, по другимъ же (А. Guerin) она нейтральная. Нугуиер увѣряетъ, что у брюнетокъ секретъ этотъ отдѣляется чаще и въ большемъ количествѣ, чѣмъ у женщинъ бѣлокурокъ (?!).

Воспаленіе Бартолиновыхъ железокъ встрѣчается нерѣдко при гонорейномъ вагинитѣ. Оно можетъ охватить обѣ, или только одну железу; въ послѣднемъ случаѣ чаще воспаляется лѣвая железа. Пораженная губа представляется слегка опухшею, внутренняя поверхность ея насыщено краснаго цвѣта, она отвисаетъ книзу (удлиняется) и чрезвычайно чувствительна на оцупь. При дальнѣйшемъ теченіи болѣзни бываютъ и очень сильныя произвольныя боли, усиливающіяся при каждомъ движеніи и распространяющіяся вверхъ до наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала и внизъ — ad regionem analem. Воспаленная железа представляется въ видѣ кругловатаго или овальнаго тѣла, достигающаго иногда величины голубинаго яйца. Воспаленіе можетъ разрѣшиться тѣмъ, что по освобожденіи протока желѣзы отъ скопившагося въ немъ секрета, послѣдній выдѣляется наружу. Если же этого не бываетъ, то, по прошествіи болѣе или менѣе значительнаго времени отъ начала болѣзни, именно дней черезъ 8—10, дѣло доходитъ до нагноенія, т. е. образованія нарыва. При этомъ пораженная железа представляется значительно увеличенною въ объемѣ и обыкновенно чрезъ внутр. поверхность подлежащей губы можно очень явственно ощущать зыбленіе. По примѣру Нугуиер, въ клиническомъ отношеніи различаютъ воспаленіе и нагноеніе выводящаго протока и тѣже процессы въ самой железѣ. Въ первомъ случаѣ опухоль лежитъ выше и никогда не достигаетъ такой величины, какъ во второмъ. Вслѣдствіе продолжительнаго нагноенія ткань железы можетъ быть совершенно разрушена. При хроническомъ воспаленіи железа отвердѣваетъ и выдѣляетъ постоянно слизисто-гноинный секретъ.

Какъ воспаленіе, такъ и нагноеніе бартолиновыхъ железокъ встрѣчается очень часто у проституттокъ и при томъ, какъ сказано выше, въ связи съ перелойнымъ воспаленіемъ рукава и мочеиспускательнаго канала. Нѣсколько разъ мы наблюдали воспаленіе бартолиновыхъ железокъ (съ одной только стороны) у новобрачныхъ и этиологию ихъ въ этихъ случаяхъ должны были объяснить слишкомъ частыми и бурными совокупленіями.

Что касается терапіи, то многіе въ началѣ воспаленія совѣтуютъ приставлять по нѣсколькѣ пъявокъ (3 — 5) или къ самому воспаленному мѣсту, или же вблизи его. Нельзя не согласиться съ А. Guerin'омъ, что этотъ образъ дѣйствія едва-ли рационаленъ, такъ-какъ пъявкамъ пресѣчь воспаленія нельзя и кромѣ того онѣ усиливаютъ боль. Поэтому въ началѣ мы ограничиваемся частыми тепловатыми полуваннами и успокоивающими примочками, къ которымъ прибавляютъ опіятную настойку. Если нагноеніе ужъ произошло, то нужно стараться о скорѣйшемъ опорожненіи гноя. И здѣсь, какъ вездѣ, помощью припарокъ ускоряютъ нагноеніе. Huguier совѣтуетъ помощью зонда расширить нѣскольکو протокъ железы и затѣмъ выдавливать гной. Способъ этотъ несравненно болѣзненнѣе обыкновеннаго вскрытія ланцетомъ. Разрѣзъ или проколъ железы дѣлается съ внутренней поверхности подлежащей губы. Если нагноеніе охватило всю железу, то нужно сдѣлать большой разрѣзъ вдоль всей железы и затѣмъ перевязывать рану растворомъ азотно-кислаго серебра.

Нѣкоторые авторы, какъ-то Vidal, A. Guerin и др., совѣтуютъ избѣгать разрѣза или вскрытія нарыва съ внутренней поверхности губы, чтобы не подать повода къ орошенію разрѣза секретами рукава. Если мы имѣемъ дѣло съ бленорагіей рукава, въ особенности-же съ мягкими шанкрами, то совѣтъ вышесказанныхъ авторовъ совершенно рационаленъ. Иногда приходится имѣть дѣло съ больными, у которыхъ отъ малѣйшаго повода дѣло доходитъ до образованія нарыва въ железѣ. Въ подобныхъ случаяхъ совѣтуютъ прибѣгнуть къ экстирпациі ея. Съ этою цѣлью дѣлаютъ разрѣзъ вдоль пораженной железы и, захвативъ пинцетомъ, извлекаютъ ее изъ окружающей ее соединительной ткани, причемъ приходится перевязать нерѣдко раненную при этомъ art. transv. per. и нѣскольکو вѣтвей меньшаго калибра.

## VI. Опухоли большихъ губъ.

### 1. *Elephantiasis vulvae.*

Библиографія. Larrey, Relation historique et chirurgicale de l'armée de l'Orient en Egypte et en Syrie, p. 273.—Osins, Heidelb. medic. Annalen, 1841, Bd. VII, Hft. 2.—Denonvilliers, Gaz. des hôp., 1842, 4 Août.—Herzog, Ueber die Hypertrophien der weiblichen Genitalien, Erlangen, 1842.—Desruelles, Arch. génér., 1844, mars.—Foerster, spec. pathol. Anat. p. 330.—Thompson, Monatschr. f. Geburtsk., 1856, Bd. VII, Hft. 5 и 6.—Althill, Dubl. quarterly Review, 1857, Aug.—Eggel, Monatschr. f. Geburtsk., 1863, Febr.—Canton, Lancet, 1863, 17.—Klob, Pathol. Anat. der weibl. Sexualorg., Wien 1864, p. 445.—L. Meyer, Die Elephantiasis (arabum) vulvæ. Berlin. Beiträge zur Geburtsh. u. Gynecologie, 1871, Bd. I, p. 361.

Процессъ этотъ существенно состоитъ въ гипертрофіи кожи и подкожной соединительной ткани, вслѣдствіе чего развиваются опухоли различной величины. Опухоли эти могутъ представлять

или совершенно гладкую поверхность, или же, наоборот, онѣ представляютъ многочисленныя бугры (*Elephantiasis tubercul. нѣкоторыхъ авторовъ*). Что касается консистенціи этихъ опухолей, то онѣ то эластичны, то тверды, и это прямо зависитъ отъ степени затвердѣнія клѣтчатки. Относительно гистологическаго характера ихъ, всѣ согласны въ томъ, что онѣ представляютъ совершенную аналогію съ приостренными кондиломами и на этомъ то основаніи Foerster и утверждаетъ, что *Elephantiasis* не представляетъ какого либо специфическаго процесса и что между нимъ и обыкновенными кондиломами нельзя найти никакого различія. Величина ихъ тоже очень различна: отъ небольшихъ опухолей величиною съ апельсинъ онѣ могутъ доходить до колѣнъ и достигать вѣсу въ полпуда и болѣе. Во время беременности опухоли эти растутъ шишкой (Veit).

Что касается припадковъ, вызываемыхъ *elephantiasis*, то въ началѣ они ничтожны; только значительно увеличиваясь въ объемѣ, опухоли эти, вслѣдствіе тяжести, мѣшаютъ ходить, а также служатъ препятствіемъ *sub coitu* и во время родовъ. Если же опухоли изъязвляются, то онѣ причиняютъ сильную боль и ослабляютъ больныхъ постояннымъ обильнымъ нагноеніемъ.

Этіологія разсматриваемой патологической формы совершенно темная. Нерѣдко *elephantiasis* бываетъ врожденная, или же развивается въ теченіи первыхъ недѣль жизни. Въ жаркихъ климатахъ она встрѣчается чаще, и, по мнѣнію Lagrey'я, находится нерѣдко въ связи съ отсутствіемъ мѣсячныхъ (?). Впрочемъ, что она не рѣдка и въ умѣренныхъ климатахъ, доказывается тѣмъ, что въ напечатанной L. Mayer'омъ статьѣ ему удалось собрать довольно обширную казуистику. Въ этиологическомъ отношеніи обвиняли чаще всего злоупотребленія *in venere* и сифилису. Если бы это было дѣйствительно такъ, то *elephantiasis* должна была бы встрѣчаться несравненно чаще теперешняго. Въ нѣкоторыхъ извѣстныхъ въ литературѣ случаяхъ развитіе *elephantiasis* находилось въ связи съ различнаго рода травмами (Althil, Eggel, Cantou).

Предсказаніе весьма неблагоприятно, вслѣдствіе безуспѣшности терапіи. Если болѣзнь не достигла еще слишкомъ значительной степени, то покойное положеніе, величайшая чистоплотность и употребленіе различныхъ вяжущихъ могутъ до извѣстной степени задерживать дальнѣйшее развитіе болѣзни. Если же дѣло зашло дальше, то единственно возможная терапія—кровоавое удаленіе опухолей. Но операція можетъ сулить нѣкоторые шансы на успѣхъ лишь въ такомъ случаѣ, если гипертрофія не сплошная, а частичная; въ противномъ случаѣ продолжительное нагноеніе послѣ разрѣзовъ совершенно подрываетъ силы больныхъ.

L. Mayer, въ вышеприведенной статьѣ своей, въ противуположность тому, что утверждаетъ на этотъ счетъ большинство авторовъ, убѣждаетъ, что предсказаніе въ этомъ случаѣ вовсе не

такъ серьезно, какъ обыкновенно думаютъ. По его словамъ, elephantiasis vulvae сама по себѣ не оказываетъ никакого (?) особенно вреднаго вліянія на общее состояніе больныхъ и если рассматриваемая патологическая форма встрѣчается совмѣстно съ болѣе или менѣе развитой кахеціею,—то эта послѣдняя всегда обуславливается особенною, самостоятельною причиною.

При вырѣзываніи губъ, пораженныхъ elephantiasis, нерѣдко имѣютъ дѣло съ очень обильными кровотечениями. Такъ было въ случаѣ, описанномъ Bourguet (Gaz. des hôp., 1867, № 140). Перерожденная правая губа имѣла въ объемѣ 47 центим.; операція была очень затруднительна и при этомъ кромѣ того пораненъ былъ мочевой пузырь на протяженіи 3 центим. Больная умерла на второй день послѣ операціи.

## 2. Папиллярныя опухоли большихъ губъ.

Библиографія. Папиллярныя опухоли эти описаны очень тщательно въ первый разъ шведскимъ врачомъ Cederschjöld'омъ въ 1825 г.; изъ новѣйшихъ авторовъ очень хорошее описаніе этихъ опухолей далъ Thibièrge (1856). Статья Cederschjöld'a напечатана въ шведскомъ журналѣ: Swenske Laekare-Saels-Kapets Hundlingar. Обширныя извлеченія изъ нея можно найти у Meissner'a, въ его Frauenzimmerkrankheiten, Leipzig, 1842, Bd. I, p. 167. — Thibièrge, Arch. génér., 1856, Mai. — Foerster, Spec. pathol. Anat., p. 333. — Klob, Patholog. Anat. der weibl. Sexualorg., p. 462.

Папиллярныя опухоли принадлежатъ къ нерѣдкимъ явленіямъ у беременныхъ. Происхожденіемъ своимъ онѣ обязаны разрощенію сосочковъ кожи. Онѣ могутъ имѣть различную величину и форму. То онѣ представляются въ видѣ разсѣянныхъ кругловатыхъ розовыхъ или темнокрасныхъ опухолей, сидящихъ на широкомъ основаніи, то онѣ имѣютъ видъ малины, сидятъ на болѣе или менѣе тонкихъ ножкахъ и напоминаютъ по виду своему сережки. Онѣ могутъ занимать входъ въ рукавъ, внутреннюю поверхность, а также наружную большихъ губъ и могутъ доходить usque ad anum. Онѣ обыкновенно мягки на оцупь, безболѣзненны и очень легко кровоточатъ. Предсказаніе очень благоприятно, такъ-какъ онѣ, по окончаніи беременности, обыкновенно исчезаютъ сами собою и притомъ безслѣдно. Впрочемъ, иногда онѣ рецидивируютъ въ послѣдующія беременности. Если-бы потребовалось удаленіе ихъ, то, имѣя дѣло съ широко сидящими папиломами, съ пользою употребляютъ присыпки изъ квасцовъ и каломеля; можно также прижечь ихъ беллостовскою жидкостью, или же, наконецъ, вырѣзать ихъ и затѣмъ прижечь.

Въ случаяхъ, гдѣ мы имѣли дѣло съ изъязвленными папиллярными опухолями, дававшими болѣе или менѣе значительное кровотеченіе, мы удаляли ихъ постоянно экрозеромъ. Три раза мы оперировали во время беременности и всегда съ одинаковымъ успѣхомъ.

## 3. Кисты большихъ губъ.

Библиографія. Первые указанія на этого рода новообразованія находимъ у Mauriceau, въ его Traité des maladies des femmes grosses и пр.,

Paris, 1675, p. 181. Отличнымъ описаніемъ кистъ большихъ губъ мы обязаны Bois de Lougy, помѣщеннымъ въ *Révue médic.*, 1840, Mars и въ *Annales de chirurgie*, 1841, Avril.—Kystes de la vulve въ *Maladies des femmes* (Bibliothèque des médec. pratic.), Paris, 1842, p. 32—Huguier, *Mém. de l'acad. de médec.*, 1845, T. XV, pp. 527 и 545.—Foerster, *Patholog. Anat.* p. 332.—Klob, *Pathol. Anat.* p. 463.—A. Guerin, *Mal. des org. genit. externes de la femme*, Paris, 1864, p. 429.—Hoening. *Grosse Cyste der Bartholinischen Drüse*. M. f. G., 1869, Bd. 33, p. 130.

Кисты эти встрѣчаются, относительно, рѣдко, хотя гораздо чаще, чѣмъ кисты рукава. Происхождение ихъ можетъ быть различное. Тѣ изъ нихъ, которыя развиваются изъ расширенныхъ салныхъ железокъ, не имѣютъ особеннаго интереса, такъ какъ онѣ не превышаютъ величины небольшого орѣха. Ко второй категоріи встрѣчаемыхъ здѣсь кистъ относятся тѣ, которыя лежатъ въ соединительной ткани и развиваются изъ анкистированныхъ экстравазатовъ. Наконецъ, къ третьей категоріи относятся тѣ кисты, которыя развиваются изъ постепеннаго расширенія бартолиновыхъ железокъ. Этимъ кистамъ нельзя отказать уже въ практическомъ значеніи, такъ какъ онѣ встрѣчаются гораздо чаще первыхъ двухъ категорій. Большею частью онѣ развиваются въ одной (чаще лѣвой) и чрезвычайно рѣдко въ обѣихъ губахъ въ одно и тоже время. Опухоль имѣетъ большею частью круглую форму и бываетъ величиною отъ голубиного до гусиного яйца. Въ случаѣ, упоминаемомъ Mauriceau, киста достигала величины въ два кулака. Она не болѣзненна, зыблетъ легко и занимаетъ или нижнюю треть, или середину губы. Что касается припадковъ, вызываемыхъ этими опухолями, то они обыкновенно до такой степени ничтожны, что больныя долго не подозрѣваютъ ихъ присутствія. Врачу удается находить ихъ нерѣдко случайно при изслѣдованіи, предпринимаемомъ съ какою-либо другою цѣлью. Только, достигши болѣе значительной величины, онѣ вызываютъ ощущеніе тяжести въ подлежащей губѣ, усиливающееся особенно во время ходьбы и нерѣдко также онѣ мѣшаютъ совокупленію. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы могли констатировать, что во время мѣсячныхъ онѣ значительно разбухаютъ и становятся болѣзненными.

Распознаваніе не трудно на основаніи вышесказанныхъ свойствъ опухоли; отъ нарыва бартолиновой железы кисты эти можно отличать по отсутствію воспалительныхъ явленій и болѣзненности.

Леченіе состоитъ въ томъ, что выпускаютъ накопившуюся въ полости мѣшка жидкость и затѣмъ прибѣгаютъ къ какому-нибудь каустическому средству, чтобы вызвать адгезивное воспаленіе въ мѣшкѣ. Я нѣсколько разъ оперировалъ слѣдующимъ образомъ: пораженная губа отворачивается наружу, затѣмъ помощью разрѣза, величиною въ сантиметръ, дѣлаемаго съ внутренней поверхности губы, выпускается содержимое кисты; послѣ этого мѣшокъ энергически прижигается ляписомъ. Холодные компрессы унимаютъ болѣзненность и воспалительныя явленія. Я всего одинъ



разъ наблюдавъ рецидивъ послѣ этого простаго способа. Если киста лежитъ довольно поверхностно, то нѣкоторые хирурги, какъ напр. Vidal, Amussat и другіе, совѣтуютъ экстирпировать ее цѣликомъ или же, по крайней мѣрѣ, удалить значительную часть стѣнки ея, чтобы противодѣйствовать такимъ образомъ рецидивамъ. Что касается послѣднихъ, то на одиннадцать оперированныхъ мною случаевъ, я наблюдавъ возвратъ только, какъ уже сказано выше, одинъ разъ (у довольно молодаго субъекта), по истеченіи года. Въ этомъ случаѣ киста была снова оперирована по вышесказанному способу и затѣмъ болѣе не возвращалась.

Huguier въ цитированномъ выше мемуарѣ приводитъ наблюденія надъ 34 больными. Киста 29 разъ (18 разъ съ лѣвой и 11 разъ съ правой стороны) занимала одну губу и только 5 р. она была констатирована въ обѣихъ губахъ въ одно время. Чрезвычайный клиническій интересъ представляютъ тѣ кисты, которыя, исходя изъ бартолиновыхъ железокъ и разрастаясь очень значительно, помѣщаются между стѣнкою таза и одною изъ боковыхъ стѣнокъ рукава. Подобныя кисты могутъ достигать до влагалищной части матки и поэтому самому подавать поводъ къ ошибкѣ въ распознаваніи. Весьма интересный относящійся сюда случай описанъ Hoening'омъ изъ клиники Veita.

Что касается другихъ опухолей большихъ губъ, то здѣсь встрѣчаются а) невромы (Simpson) — весьма рѣдко; б) липомы — чаще; онѣ могутъ достигать значительной величины (въ случаѣ Stiegele опухоль вѣсила 10 фунт.); в) фибромы, развиваясь въ толщѣ большихъ губъ, могутъ причинять непріятныя явленія, вызывая боль и изъязвленіе общихъ покрововъ; д) саркомы обыкновенно поражаютъ большія губы послѣдовательно, такъ-какъ онѣ начинаются гораздо выше. Чрезвычайный клиническій интересъ имѣютъ рецидивирующіе саркомы (Simpson). е) Изъ раковыхъ опухолей мы должны упомянуть о канкроидѣ и обыкновенномъ ракѣ.

Распознаваніе этихъ опухолей обыкновенно очень не трудно на основаніи свойствъ, присущихъ каждой изъ нихъ отдѣльно.

Что касается леченія, то приступаемъ къ удаленію этихъ опухолей какъ можно скорѣе, чтобы не дать имъ достигнуть слишкомъ значительной величины, которая затрудняетъ исполненіе операци. Имѣя дѣло съ фибромами, мы дѣлаемъ разрѣзъ вдоль опухоли, съ внутренней поверхности губы, и вылучиваемъ ихъ изъ окружающей ихъ соединительной ткани. Липомы могутъ быть отщепляемы экзеромъ, или же удаляются помощью гальванокаустической петли. Особенно рано, если возможно, должны быть оперируемы раковыя опухоли, такъ-какъ въ противномъ случаѣ онѣ даютъ весьма обширныя инфильтраціи. При этомъ поступаютъ такимъ образомъ, что сносятъ (ампутируютъ) всю часть губы, пораженную новообразованіемъ и рану затѣмъ прижигаютъ каленымъ желѣзомъ.

L. Mayer въ двухъ статьяхъ своихъ о злокачественныхъ новообразованіяхъ большихъ губъ (Virchow's Archiv, Bd. XXXV и Monatschr. f. Geburtsk., 1868, Bd. 32, p. 244) очень подробно разобралъ этотъ вопросъ; изъ приведенной имъ казуистики видно, что злокачественныя опухоли наружной

половой сферы поражаютъ женщинъ въ такомъ же возрастѣ, какъ это бываетъ относительно этихъ новообразованій, развивающихся въ маткѣ, что онѣ развиваются также быстро и такъ же вѣрно и скоро ведутъ къ смерти. Въ случаѣ Simon'a (M. f. G., 1859, Bd. 14) саркомъ правой губы былъ вырванъ четыре раза, пока большая и умерла отъ генерализаціи саркома. Д-ръ Клебергъ описалъ (St.-Petersb. Med. Zeitschr., 1868, Hft. 11 и 12, p. 238) случай, въ которомъ у 18-лѣтней женщины въ теченіе шести лѣтъ развилась опухоль на правой большой губѣ, вѣсившая 10 фунт. и которая, по удаленіи ея, оказалась липомо-фибро-саркомой. Особенно интересно въ этомъ случаѣ то, что во время беременности опухоль оставалась стаціонарною, между тѣмъ какъ послѣ родовъ она стала развиваться очень быстро.

Спеціально о карциномѣ большихъ губъ, а также и другихъ частей наружной половой сферы см. Hildebrandt, Krankheiten der äussern Genitalien. Stuttgart, 1874—1877.—Otto Kustner, Zur Pathologie und Therapie des Vulvacarcinoms. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäcologie 1881, Bd. VII, Hft 1, p. 70.

Недавно мы наблюдали въ госпиталѣ случай карцинома, начавшагося въ области клитора, не задѣвшаго наружнаго мочеиспускательнаго канала и поразившаго сплошь обѣ большихъ губы. Больная, страдавшая кромѣ того интерстиціальными фиброміомами матки, поступила къ намъ съ такимъ обширнымъ распространеніемъ карцинома, что объ оперативномъ пособіи нельзя было и думать. Черезъ нѣсколько недѣль она погибла отъ маразма.

#### 4. Грыжи большихъ губъ.

Библиогр. А. Соорер первый описалъ эти грыжи подъ именемъ pudendal hernia. Послѣ него два случая описаны Скарпой. Грыжи и эти принадлежатъ къ такимъ рѣдкимъ, исключительнымъ явленіямъ гинекологической практики, что тѣ, которымъ удалось наблюдать ихъ, считали долгомъ ихъ описывать. Такимъ образомъ сдѣлали это Cloquet, Dugès и др. А. Соорер, Oeuvres chirurgicales trad. par Chassaingnac et Richelot, p. 361.—Scarpa, Arch. génér. de méd. 1823, T. I.—M-me Voivin et Dugès, Traité pratique des maladies des l'uterus, Paris, 1838, T. II, p. 599.—Vidal (de Cassis) Pathologie externe, edit. 3, Paris, 1851, T. IV, p. 309.

Внутренности, помѣщающіяся въ полостяхъ живота и таза, могутъ, смѣщаясь внизъ, опускаться въ толщу большихъ губъ и образовать грыжи этихъ послѣднихъ. Способъ происхожденія ихъ двоякій. а) Паховая грыжа опускается чрезъ паховое кольцо въ толщу одной изъ большихъ губъ и образуетъ herniam inguinalem labialem s. herniam lab. majoris anteriorem. б) Брюшина опускается впереди одной изъ широкихъ связокъ, проходитъ между fascia pelvis и mus. levat. ani и, проходя по одной изъ боковыхъ стѣнокъ рукава, опускается (вмѣстѣ съ содержимымъ, т. е. петлей кишекъ, oment. и пр.), въ толщу большой губы. Это будетъ hernia vagino-labialis s. hern. lab. maj. posterior. Въ топографическомъ отношеніи должно замѣтить, что грыжи первой категоріи занимаютъ болѣе переднюю и верхнюю часть губы, грыжи же второй категоріи помѣщаются болѣе въ нижней и задней частяхъ ея. Что касается содержимаго разсматриваемыхъ грыжъ, то чаще всего его составляютъ кишки и сальникъ; въ рѣдкихъ же случаяхъ яичники (Pott, Veugat и др.), фаллошєвы трубы (Voigt) и даже мочевой пузырь (Hartmann и Vùrgns).

Въ отношеніи клиническомъ мы должны сказать, что грыжи

эти причиняютъ очень мало припадковъ, такъ-какъ онѣ обыкновенно не достигаютъ значительной величины и большею частью легко вправляются. Особенно важный практическій интересъ онѣ получаютъ во время родового акта, такъ-какъ онѣ могутъ быть прижаты подлежащею частью и подвергнуты омертвѣнію. Мы не касаемся здѣсь ближе этого вопроса, такъ-какъ онѣ принадлежатъ въ область акушерства.

Что касается діагностики этихъ грыжъ, то она не трудна, вслѣдствіе того, что ихъ легко отличить по тому, что цвѣтъ общихъ покрововъ не измѣненъ, онѣ не болѣзненны и затѣмъ, кромѣ того, онѣ измѣняются въ величинѣ, смотря по состоянію кишечника.

Терапія состоитъ въ томъ, что грыжу сначала вправляютъ и затѣмъ стараются удержать ее помощью повязки, бандажа или какого-нибудь снаряда. Вправление грыжи производится слѣдующимъ образомъ: грыжа захватывается полною рукою и верхушками пальцевъ отдавливаетъ вверхъ верхушку ея и маневръ этотъ исполняютъ до тѣхъ поръ, пока не достигнемъ желаемаго результата. Если этотъ маневръ встрѣчаетъ затрудненія, то одинъ или два пальца другой руки вводятъ въ рукавъ и одновременно съ другою рукою отодвигаютъ по боковой стѣнкѣ рукава вверхъ содержимое грыжи. Когда taxis произведена удачно, накладываютъ грыжевой бандажъ, или же какую-нибудь сжимающую T-образную повязку. Если бы мы имѣли дѣло съ *hernia vagino-labialis* то, по вправленіи грыжи, должно попытаться удержать ее помощью какого-нибудь тѣла, вводимого въ рукавъ. Съ этою цѣлью можно прибѣгать къ обыкновенной губкѣ, или же къ какому-нибудь пессарию, какъ напр. къ каучуковому пессарию G a g i e l ' я, надуваемому воздухомъ, или къ цилиндрическому деревянному пессарию (*pessaire a bondon*) и проч.

## ГЛАВА V.

### Патологія малыхъ губъ.

Анатомо-физиологическія замѣчанія. Малыя губы (lab. min., puerinae) лежатъ подъ большими губами, съ которыми онѣ идутъ параллельно. Свободныя края ихъ слегка зазубрены. Подъ клиторомъ малыя губы верхними концами своими расщепляются, такъ что происходятъ какъ бы двѣ пары складокъ, изъ которыхъ одна образуетъ praeput., а другая frenulum clytoridis. Малыя губы образуются собственно слизистою оболочкою, выстилающею внутреннюю поверхность большихъ губъ и потому онѣ въ нормальномъ состояніи имѣютъ нѣжный розовый цвѣтъ. Разсматривая внимательно малыя губы, можно убѣдиться въ томъ, что внутренняя поверхность ихъ усѣяна массой железокъ (gland. muscrae), поперечники которыхъ normaliter равняются одному миллиметру. Нимфы чрезвычайно богаты сосудами и потому разрывы ихъ во время родовъ могутъ подавать поводъ къ весьма серьезнымъ, а иногда даже смертельнымъ кровоточеніямъ. У новорожденныхъ дѣвочекъ нимфы обыкновенно значительно выступаютъ изъ подъ большихъ губъ; только впоследствии, когда жировая подстилка большихъ губъ разрастается, малыя губы покрываются большими. У женщинъ же, слишкомъ часто совершающихъ coitum, малыя губы удлиняются на столько, что выступаютъ изъ подъ уровня большихъ губъ въ видѣ выдѣхъ складокъ и изъ розовыхъ становятся коричневыми. Что касается назначенія малыхъ губъ, то увеличивать периферію половой расщелины (какъ думали нѣкоторые французскіе анатомы) онѣ не могутъ, такъ-какъ во время родового акта онѣ не сглаживаются. Обладая сильною возбуждаемостью, онѣ, вѣроятно, sub coitu играютъ роль именно въ силу этого свойства. Быть можетъ, онѣ служатъ также для того, чтобы во время испражненія мочи защищать отъ нея входъ въ рукавъ, отчего нѣкоторые нѣмецкіе авторы (Meissner и др.) называютъ ихъ Wasserleitzen.

Изъ пороковъ первоначальнаго развитія малыхъ губъ мы должны упомянуть а) о совершенномъ отсутствіи ихъ и притомъ въ такихъ случаяхъ, гдѣ какъ большія губы, такъ и другія части половой сферы вообще были развиты совершенно нормальнымъ образомъ. Такъ, сюда относятся случаи, описываемые Rubini \*, Mauger'омъ \*\*, нашимъ извѣстнымъ гинеколомъ д-ромъ Гаартманомъ \*\*\* и другими. Весьма интересный случай отсутствія какъ большой, такъ и малой губы одной стороны только, описалъ Granville \*\*\*\* у женщины,

\* Meissner, Frauenzimmerkr. Leipz. 1842, Bd. I, p. 254.

\*\* Ibid.

\*\*\* Vermischte Abhandlungen aus dem Gebiete der Heilkunde von einer Gesellschaft practischer Aerzte zu St.-Petersburg, IV Sammlung, p. 248.

\*\*\*\* Philosophic Transactions of the Royal society of London. 1818.

рожавшей одиннадцать разъ. Само собою разумѣется, что подобные недостатки въ первоначальномъ развитіи малыхъ губъ не могутъ служить объектомъ дѣятельности гинеколога и мы упомянули о нихъ здѣсь только потому, что они могутъ имѣть значеніе при экспертизѣ относительно скопчества у женщинъ.

б) Чрезмѣрное удлинненіе одной или обѣихъ малыхъ губъ встрѣчается въ нашихъ умѣренныхъ климатахъ очень рѣдко. Сущность этого явленія состоитъ въ гиперплазіи гистологическихъ элементовъ губъ. У готтентокъ же и у женщинъ бушменовъ онѣ имѣютъ чрезвычайную длину, а именно онѣ доходятъ до 8" (*tablier des hottentottes*). Тоже самое должно сказать относительно нѣкоторыхъ народовъ сѣверной Африки, у которыхъ по этому обрѣзаніе губъ (*circumcisio*) сдѣлалось религиознымъ обрядомъ.

Объ этомъ *Tablier des hottentottes* въ литературѣ циркулировало много баснословныхъ разсказовъ, благодаря легковѣрію старинныхъ путешественниковъ, которые не были врачами. Спорили также много о томъ, —откуда происходитъ собственное удлинненіе—изъ большихъ, или малыхъ губъ. Первое утверждалъ *Levaillant*, но мнѣніе это было положительно опровергнуто *Virey*омъ, *Flourens*омъ и другими, имѣвшими возможность изслѣдовать въ Парижѣ знаменитую *venus des Hottentottes*, которую показывали за деньги. Подробности относительно этого предмета можно найти у слѣдующихъ авторовъ:

*Halber*, *Elem. physiol.*, T. III, pars II, p. 28. — *Voigt's Magaz. der Naturkunde*, 1805, Bd. X, p. 265. — *Sommerville*, *Observ. quaedam de Hottent. praesert. de genital. peculiari Hottentorum. Medic.-chir. Transact.*, 1816, Vol. VII, P. I. — *Czermak*, въ *Meissner's Forschungen des XIX Jahrhunderts*, 1833, V, VI, p. 72. — *Otto*, *Ueber die sogenannte Hotentottenchürze*, *Müller's Archiv*, 1835, 2 — I. *Müller* имѣлъ возможность изслѣдовать гениталия одной бушменки и пришелъ къ такому же результату, какъ и упомянутые французскіе авторы. См. его *Archiv f. Anatomie, Physiologie u. wissenschaftl. Medicin*, 1834, p. 319. Нѣсколько тѣтъ тому назадъ *Luschka* весьма подробно разобралъ вопросъ относительно строенія наружной половой сферы у бушменокъ, такъ-какъ онъ вскрылъ бушменку Афенди, которая развѣзжала по Германіи показывать себя за деньги и умершую отъ плеурита въ Ульмѣ. См. его: *Die äusseren Geschlechtsteile eines Buschweibes. Monatschr. f. Geburstsk.*, 1868, Bd. 82, p. 343.

Гиперплазія губъ, встрѣчаемая въ умѣренныхъ климатахъ составляетъ всегда патологическое состояніе. Составляетъ ли она результатъ эксцесса *in venere* — сказать трудно. Достигши извѣстной степени, гиперплазія эта вызываетъ довольно непріятныя припадки. Вслѣдствіе постояннаго тренія объ рубашку и пр., губы изъязвляются, отдѣляютъ зловонный секретъ и мѣшаютъ ходьбѣ. *Veit* увѣряетъ, что гиперплазія, достигшая извѣстной степени, лишаетъ женщинъ *sub coitu* чувства вождѣленія. Въ одномъ изъ видѣнныхъ мною случаевъ дѣло было совсѣмъ наоборотъ. Какъ бы то ни было, гиперплазія губъ, достигнувши такой степени, что она тѣмъ или другимъ путемъ ставовится непріятною для больныхъ, требуетъ активнаго вмѣшательства искусства, т. е. ампутаціи. Съ этою цѣлью поступаютъ слѣдующимъ образомъ. Больной даютъ надлежащее положеніе, т. е. на спинѣ, съ приподнятымъ тазомъ; увеличенная губа захватывается большимъ,

указательнымъ и среднимъ пальцами, другими же двумя пальцами отодвигаютъ большую губу и, по назначенной предварительно чертѣ, отрѣзаютъ съ каждой малой губы столько, сколько нужно. Кровотечение обыкновенно при этомъ бываетъ очень слабое, такъ что холодныхъ примочекъ достаточно для остановки его. Въ противномъ случаѣ прибѣгаемъ къ перевязкѣ кровоточащихъ артерій или къ каленому желѣзу.

Что гиперплазія малыхъ губъ не всегда, по крайней мѣрѣ, какъ думаютъ нѣкоторые, составляетъ результатъ мастурбаціи или эксцессовъ in venere, — лучше всего доказываетъ одинъ изъ встрѣтившихся мнѣ случаевъ. Дѣло шло о молодой деревенской женщинѣ, не представлявшей ни малѣйшихъ признаковъ онанизма, весьма скромной на видѣ, которая убѣдительно просила меня освободить ее отъ этого срама, мѣшающаго ей ходить въ баню (sic), гдѣ ея поднимаютъ на смѣхъ. Она два раза благополучно рожала и была совершенно здорова. Обѣ нимфы были гиперплазированы, но особенно же лѣвая, поперечникъ которой доходилъ до  $1\frac{1}{2}$ ''; особенно она, по словамъ ея, отъ этого не страдала. Ампутація была сдѣлана и она выздоровѣла очень скоро.

Нѣкоторые врачи совѣтовали нимфотомію для излѣченія мастурбаціи. Сколько мнѣ извѣстно, въ послѣднее время съ успѣхомъ прибѣгали къ этой операціи съ вышеуказанною цѣлью Veit, G. Braun и нѣк. др. Мы возвратимся еще къ этому вопросу, по поводу экстирпаціи клитора. Особенное судебно-медицинское значеніе получила нимфотомія у насъ, вслѣдствіе распространенія скопчества, такъ-какъ врачу, въ качествѣ эксперта, придется иногда рѣшить — была ли сдѣлана нимфотомія у даннаго субъекта и можно ли ее оправдать какимъ либо врачебнымъ показаніемъ.

с) Катарральное воспаленіе малыхъ губъ выражается тѣмъ, что нимфы нѣсколько припухаютъ, цвѣтъ ихъ насыщено красный и фолликулы ихъ выступаютъ въ видѣ небольшихъ узелковъ; при этомъ больныя жалуются на довольно сильную боль, увеличивающуюся отъ прикосновенія къ пораженнымъ частямъ. Ко всему этому нерѣдко присоединяются болѣзненность и частый позывъ къ мочеиспусканію, такъ-какъ катарръ имѣетъ склонность переходить и на наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала.

Какъ самостоятельная форма (вслѣдствіе онанизма или же слишкомъ частыхъ и бурныхъ совокупленій) катарральное воспаленіе малыхъ губъ встрѣчается, относительно, рѣдко; обыкновенно же съ нимъ имѣютъ дѣло какъ съ осложненіемъ остраго катара рукава, воспаленія большихъ губъ и уретрита.

Терапія разсматриваемой формы существенно и главнымъ образомъ состоитъ въ томъ, что заботятся о крайне чистомъ содержаніи большихъ частей, что достигается частыми обмываніями тепловатой водой, или же полуваннами изъ такой же воды; болѣзненность унимается помощью примочекъ изъ гулярдовой воды, къ которой прибавляютъ тѣ или другія наркотическія (t-ra opii, t-ra aconiti и пр.). Когда острый періодъ прошолъ, то

переходятъ къ вяжущимъ: назначаютъ примочки изъ танина, *sulp. zinci, sulp. cupri*, холодныя обмыванія и проч.

d) Воспаленіе салныхъ желѣзокъ малыхъ губъ (*folliculitis pumpharum*) встрѣчается или одновременно съ тѣмъ же страданіемъ большихъ губъ, или же отдѣльно. Нимфы при этомъ представляются припухшими, цвѣтъ ихъ болѣе насыщенно красный, чувствительны при малѣйшемъ прикосновеніи къ нимъ и наружная поверхность ихъ усѣяна небольшими красноватыми сосочками, причемъ секретъ увеличивается и становится зловоннымъ. Относительно теченія, исходовъ и терапіи мы должны сказать тоже самое, что сказано было нами выше относительно того же процесса на большихъ дѣтородныхъ губахъ (*folliculitis vulvaris*).

e) Крупозное воспаленіе малыхъ губъ встрѣчается или какъ результатъ травмы, механическаго инсульта (онанизмъ, насильственное соитіе), или же когда малыя губы въ теченіе продолжительнаго времени орошаются зловоннымъ и ѣдкимъ или экскретомъ, какъ напр. при карциномѣ, при рукавныхъ свищахъ и пр. Малыя губы при этомъ сначала представляются припухшими, цвѣтъ ихъ становится болѣе краснымъ, на нѣкоторыхъ мѣстахъ онѣ изъязвляются, причемъ нерѣдко становятся кровоточивыми; послѣ этого на нихъ появляется довольно толстый слой сѣраго налета (пленки). Въ этомъ періодѣ боль мучить больныхъ до невыносимой степени и усиливается при всякомъ малѣйшемъ движеніи. Леченіе, смотря по существеннымъ этиологическимъ моментамъ, будетъ по преимуществу профилактическое. Имѣя дѣло съ карциномомъ рукава или съ рукавнымъ свищомъ, нужно заботиться о соблюденіи величайшей чистоты при средствѣ мѣрь, о которыхъ сказано будетъ ниже. Если же болѣзнь ужъ развилась до нѣкоторой степени, то одинъ изъ главныхъ припадковъ — боль — унимаютъ слизистыми впрыскиваніями (*d-tum sem. lini*, тепловатая вода) и такимиже примочками, къ которымъ прибавляютъ *parcoticis*. Если губы начинаютъ покрываться крупознымъ эксудатомъ, то можно испытать примочки изъ *aq. calcis*, которая иногда дѣйствуетъ благопріятно.

e) Нарывы малыхъ губъ встрѣчаются несравненно рѣже нарывовъ большихъ губъ, такъ что до сихъ поръ мы видѣли ихъ только два раза. Они могутъ встрѣчаться самостоятельно, вслѣдствіе нѣкоторыхъ травмъ или же они развиваются во время нагнаиванія бартолиновыхъ железъ. Въ видѣнныхъ мною случаяхъ меня поразила быстрота, съ какою развиваются здѣсь нарывы, что существенно отличаетъ ихъ отъ абсцессовъ большихъ губъ, формирующихся чрезвычайно медленно. Въ обоихъ нашихъ случаяхъ мы вскрыли нарывы съ внутренней поверхности губы.

## ГЛАВА VI.

### О нѣкоторыхъ патологическихъ состояніяхъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала.

Анатомическія замѣчанія. Женская уретра гораздо короче и шире мужской; она представляетъ почти прямолинейный каналъ, длина котораго не превышаетъ 3-хъ сантиметровъ. Если раздѣлить уретру на два отдѣла, то передній изъ нихъ идетъ сверху внизъ и спереди назадъ, задній же идетъ снизу вверхъ; такимъ образомъ вся уретра образуетъ слабую дугу, обращенную выпуклою стороною къ рукаву. Слизистая оболочка уретры чрезвычайно богата сосудами и усѣяна продольными складками, вслѣдствіе которыхъ каналъ можетъ значительно расширяться. Особеннаго вниманія заслуживаетъ наружное отверстие мочеиспускательнаго канала (meatus urin. extr.), которое вслѣдствіе различныхъ обстоятельствъ, имѣетъ различныя формы и положеніе. Обыкновенно meatus urin. представляетъ линейный расщепъ, часто ограниченный двумя губами--верхнею и нижнею. Иногда губы эти до такой степени развиты, что совершенно закрываютъ отверстие. Совершенно круглую форму meatus urin., по словамъ А. Guerin'a имѣетъ у женщинъ сладострастныхъ и часто предающихся половымъ наслажденіямъ (?). Что касается положенія наружнаго мочеиспускательнаго отверстия, то обыкновенно говорятъ, что оно помѣщается на столько-то линий подъ клиторомъ. Опредѣленіе это весьма не точно, такъ какъ положеніе meatus urin. ext. видоизмѣняется вслѣдствіе различныхъ обстоятельствъ. У молодыхъ женщинъ, не совершавшихъ еще coitum, meatus urinarius лежитъ сильно взадъ, глубоко въ половой расщелинѣ, такъ что добраться до него тораздо труднѣе, чѣмъ у женщинъ, совершавшихъ coitum и въ особенности у рожавшихъ, у которыхъ онъ значительно выступаетъ впередъ. Чѣмъ чаще рожала данная женщина, тѣмъ болѣе поверхностно лежитъ meatus urin. — Женщины вообще мочатся рѣже мужчинъ оттого, что онѣ меньше ихъ пьютъ и гораздо больше выдѣляютъ кожей. Кромѣ того, вслѣдствіе извѣстныхъ житейскихъ условий, онѣ пручаются дольше удерживать мочу въ пузырьѣ, такъ что многія женщины мочатся не болѣе 2—3 разъ въ сутки; опоражниваютъ ежду зыррь скорѣе мужчинъ, такъ какъ, вслѣдствіе значительной емкости ихъ уретры, онѣ мочатся широкой струей.

а) Чрезмѣрное расширеніе мочеиспускательнаго канала, наблюдается или при совершенно нормальномъ рукавѣ, или же при суженіяхъ и заращеніяхъ его, когда совокупленіе совершается чрезъ meatus urin. exter. Что мочеиспускательный каналъ у женщинъ можетъ быть расширенъ очень значительно — давно извѣстно хирургамъ, такъ какъ нерѣдко приходится наблюдать, что очень объемистые мочевые камни, безъ особенныхъ болѣзненныхъ явленій, произвольно извергаются наружу. Что coitus



можетъ быть совершаемъ въ уретру подтверждается очень многими авторами: Meissner видѣлъ нѣсколько такихъ случаевъ у проституттокъ въ Гамбургѣ; то же самое сообщаетъ Morgagni, Latour, M-me Voivin и др. Если расширение уретры достигло значительной степеніи, то наступаетъ недержание мочи, которое можетъ быть устранено радикально только устраненіемъ вызвавшей причины.

б) Послѣдствіемъ болѣе или менѣе значительнаго расширенія наружнаго отверстія уретры бываетъ выпаденіе слизистой оболочки ея (*prolapsus s. inversio mucosae urethrae*). Это патологическое состояніе можетъ обусловить цѣлый рядъ очень тягостныхъ припадковъ, такъ какъ слизистая оболочка, выпячиваясь наружу, можетъ въ болѣе или меньшей степени закрывать наружное отверстие, вслѣдствіе чего наступаютъ частыя позывы къ мочеиспусканію (*ischuria*), болѣзненность при немъ (*dysuria*) и, наконецъ, даже совершенное задержаніе мочи. Мы имѣли случай видѣть нѣсколько разъ выпаденіе слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала, осложнявшее различныя тяжелыя патологическія формы матки, а именно, при карциномахъ и застарѣлыхъ выпаденіяхъ этого органа. Если выпаденіе слизистой оболочки еще не значительно, то назначаютъ вяжущія выпрыскиванія (*sulph. zinci, nitr. arg. jj—v на ѓj*) въ уретру, которыя дѣлаются по предварительномъ вправленіи выпавшей слизистой оболочки. Если же это не помогаетъ, то вводятъ на нѣсколько часовъ въ день катетеръ, объемъ котораго долженъ быть такой, чтобы онъ механически могъ удержать *in loco* выпавшую слизистую оболочку. Если и этимъ путемъ нельзя достигнуть желаемаго результата, то болѣе ничего не остается, какъ удалить выпадающую слизистую оболочку. Съ этою цѣлью вводятъ катетеръ въ уретру и поверхъ него накладываютъ лигатуру на инвертированную часть слизистой оболочки (*Seguin \**). Или же отрѣзаютъ ее ножомъ, какъ это сдѣлалъ въ одномъ случаѣ *Sernin \*\**.

Библиографія: Clarke, *Observ. on diseases of women*, нѣм. перев. Heinecken'a ч. I, p. 184.—Voivin et Dugés, *Traité pratique des maladies de l'uterus*, Paris, 1833, Т II, p. 644.—Bärensprung, *Beiträge zur pathologischen Anatomie der Haut*, p. 58.—Kiwisch, *Prag. Vierteljahrschrift*, 1846, III.—Strenbel, *Ibid.*—Simon, *Annalen des Charité-Krankenhauses*, 1850, B. I, p. 337.—Wedl, *pathol. Histologie* Wien, 1852, p. 489.—Denné, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1857.—Scanzoni, *Krankheiten der weiblichen Brüste, Harnorgane* и пр. Wien, 1859, p. 299.—B. Brown, *on surgic diseases of women*. Lond., 1861, p. 289.—Virhow, *Krankhafte Geschw.*, Bd. III, p. 464.—Hoening, *Monatschr. f. Geburtsk.*, 1869, Bd. 33, p. 339.

с) Фунгозные разращенія наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала (*Carunculae meat. urin. ext.*, *Vascular Tumours of the Urethra*—Clarke и B. Brown).

Патологическая форма эта составляетъ очень серьезное стра-

\* *Bibliot. méd.* L 68, p. 86.

\*\* *Gaz des hop.*, 1860 № 87.

даніе, такъ какъ вызываемые ею припадки очень мучительны. Она составляетъ ничто иное, какъ гиперплазію сосочковъ слизистой оболочки уретры и въ гистологическомъ отношеніи состоитъ существенно изъ соединительной ткани и сосудовъ. Разращенія эти обыкновенно сидятъ очень близко къ наружному отверстию канала и весьма часто развиваются изъ одной изъ губъ наружнаго отверстия. Они сидятъ на широкомъ основаніи, чѣмъ они существенно отличаются отъ полиповъ и величиною бываютъ отъ горошины до порядочной вишни. Нерѣдко ихъ бываетъ по нѣскольку, тогда они сидятъ глубже въ каналѣ. Цвѣтъ ихъ ярко-или темно-красный.

Въ началѣ больныя жалуются на частый позывъ къ мочеиспусканію; впоследствии же, когда карункулы достигаютъ болѣе значительной величины, къ этому присоединяется чрезвычайно сильная болѣзненность, доходящая иногда до такой степени, что больныя цѣлыми часами удерживаются отъ опоражниванія пузыря. При мочеиспусканіи онѣ дѣлаютъ большое усиліе, натуживаются, такъ какъ струя мочи, по мѣрѣ увеличенія карункулъ, становится все болѣе тонкою. Сказанные припадки обнаруживаются нерѣдко не только при мочеиспусканіи, но также и при кашлѣ, при дефекаціи и пр. Если болѣзнь продолжается значительное время, то къ сказаннымъ припадкамъ со стороны мочевыхъ путей присоединяется цѣлый рядъ весьма мучительныхъ нервныхъ явленій, какъ то *serphalea*, подергиванія конечностей и пр. Каранкулы въ нѣкоторыхъ случаяхъ, вслѣдствіе обилія сосудовъ, могутъ также подавать поводъ къ болѣе или менѣе обильнымъ кровотеченіямъ. Нужно замѣтить, что упомянутые выше припадки усиливаются иногда еще тѣмъ, что въ каналѣ развивается хроническій катаръ (*urethritis chronica*). По словамъ *Coulson'a*, катаръ этотъ можетъ распространиться и на мочевой пузырь и вызывать *cystorrhoeam*.

Что касается этиологіи разсматриваемой патологической формы, то большинство авторовъ становятъ развитіе карункулъ въ зависимость отъ предшествовавшихъ частыхъ катаральныхъ или гоноройныхъ воспаленій уретры. На значительное число случаевъ, которые приходилось намъ наблюдать, не смотря на самый тщательный распросъ больныхъ, этотъ этиологическій моментъ не подтверждался вовсе. Противъ этой этиологіи говоритъ и то обстоятельство, что карункулы уретры были наблюдаемы даже у дѣтей (*Denncse*). Большинство авторовъ (*Clarke, Ashwell, Rigby* и др.) увѣряетъ, что болѣзнь эта чаще всего встрѣчается у молодыхъ субъектовъ; мы же наоборотъ, чаще наблюдали ее у женщинъ пожилыхъ, а у нѣкоторыхъ даже перешедшихъ уже климактерической возрастъ. Въ одномъ встрѣтившемся мнѣ случаѣ больной было подлѣ 60 лѣтъ. О подобномъ же случаѣ упоминаетъ и *V. Brown*.

Распознаваніе очень легко, такъ какъ клиническая картина выступаетъ до такой степени рѣзко, что уже одинъ рассказъ больныхъ наводитъ на мысль, что мы имѣемъ дѣло съ разстройствомъ

мочевых путей. Тѣмъ не менѣе въ практикѣ приходится часто наталкиваться на самыя грубыя діагностическія ошибки, сдѣланныя только потому, что упущено изслѣдованіе уретры, которое считаютъ себя въ правѣ не дѣлать лишь на томъ основаніи, что нѣкоторыя разстройства половой сферы влекутъ за собою разстройства въ мочеиспусканіи. Мы приняли за правило во всѣхъ случаяхъ, гдѣ въ клинической картинѣ съ нѣкоторою рѣзкостью выступаютъ разстройства со стороны мочеиспусканія, никогда не ограничиваться только изслѣдованіемъ половой сферы, а присоединить къ нему и тщательное изслѣдованіе мочевыхъ путей.

Не смотря на то, что карункулы имѣютъ большую наклонность къ рецидивамъ, предскazanіе однако очень благоприятно, такъ какъ удаленіе ихъ обыкновенно не представляетъ никакихъ особенныхъ затрудненій.

Терапія. Прежде въ большомъ ходу были прижигающія средства, начиная съ азотнокислаго серебра, азотнокислой закиси ртути и проч. до каленаго желѣза. Что касается обыкновенныхъ каустическихъ средствъ, то употребленіе ихъ—напрасная трата времени и, кромѣ того, оно значительно увеличиваетъ страданія больныхъ, такъ-какъ въ началѣ карункулы отъ прижиганія ихъ ляписомъ и пр. разбухаютъ и препятствіе при испражненіи мочи становится еще больше. Если уже рѣшиться на употребленіе каустическихъ средствъ, то лучше всего прибѣгнуть къ каленому желѣзу. *Brigham* увѣряетъ, что онъ въ теченіи многихъ лѣтъ не прибѣгалъ никогда ни къ какому другому способу и каленымъ желѣзомъ достигалъ самыхъ блестящихъ результатовъ. Для этой цѣли можетъ служить обыкновенная вязальная игла, діаметръ которой долженъ соотвѣтствовать величинѣ карункулы.—Лигатура карункулы далеко не заслуживаетъ тѣхъ похвалъ, которыя ей воздавали прежде, такъ-какъ *ligature en masse* иногда очень трудно наложить на новообразованія съ широкимъ основаніемъ, въ особенности если ихъ бываетъ нѣсколько. Кромѣ того лигатура дѣйствуетъ слишкомъ медленно. Я всего одинъ разъ прибѣгнулъ къ этому способу у трусливой больной, боявшейся ножа; черезъ два дня однако я долженъ былъ прибѣгнуть къ кровавому удаленію карункулы, такъ какъ онѣ такъ разбухли, что введеніе катетра было въ высшей степени болѣзненно. Лучшимъ способомъ поэтому я считаю вырѣзываніе, которое можетъ быть нѣсколько затруднено только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ карункулы сидятъ глубоко. Если мы имѣемъ дѣло съ подобными карункулами, то захватываемъ ихъ тонкимъ пинцетомъ и вытягиваемъ ихъ наружу; при этомъ совѣтуемъ больной сильно понатуживаться; затѣмъ изогнутыми по поверхности плоскими ножницами однимъ ударомъ вырѣзаемъ всѣ карункулы, захваченныя пинцетомъ. *W. Brown* совершенно рационально совѣтуетъ при удаленіи карункулы вырѣзать и часть слизистой оболочки, на которой они сидятъ. Нельзя сказать, чтобы кровотеченіе при этомъ было особенно сильно; оно обыкновенно останавливается

отъ прижиганія азотнокислою закисью ртути или *of. Martis*; еслибы этого оказалось недостаточно, то можно прибѣгнуть къ каленому желѣзу (*resp. вязальной иглѣ.*).

A. Rewer Jackson \*, въ Чикаго, для удаленія фунгозныхъ разраженій мочеиспускательнаго канала, придумалъ особеннаго рода уретральныя зеркала, которыя—ничто иное, какъ обыкновенное фергюссоновское зеркало въ миниатюрѣ съ внутреннимъ слѣпымъ концемъ. На одной изъ поверхностей ихъ существуетъ расщепъ, въ который, по введеніи маленькаго зеркала, вставляются карункулы. Онѣ удаляютъ ихъ помощью вырѣзыванія и затѣмъ прижигаетъ *ас. nitr. fum.*

Разсматривая патологию мочеиспускательнаго канала, мы ничего не упомянули о различныхъ формахъ воспаленія его, такъ-какъ предметъ этотъ всецѣло принадлежитъ другой специальности, именно ученію о болѣзняхъ венерическихъ.

Весьма интересное явленіе въ ряду врожденныхъ аномалій мочеиспускательнаго канала составляетъ *hypospadiasis*, т. е., такое состояніе, при которомъ мочеиспускательный каналъ открывается не наружнымъ отверстіемъ, какъ обыкновенно, а мочевой пузырь открывается прямо въ рукавъ чрезъ болѣе или менѣе значительную щель, помѣщающуюся позади лобковой дуги. Само собою разумѣется, что женщины, одержимыя этимъ недостаткомъ первоначальнаго развитія, страдаютъ непроизвольнымъ выдѣленіемъ мочи (*enuresis*). Помочь этому недостатку можно только отчасти помощью снарядовъ, которые закрываютъ отверстіе пузыря, открывающееся въ рукавъ. Впрочемъ, нужно замѣтить, что при болѣе значительныхъ степеняхъ *hypospad.* половая сфера представляетъ и другія важныя уклоненія въ развитіи своемъ, какъ напримеръ отсутствіе нѣкоторыхъ частей ея, суженія врожденнаго рукава, препятствующія исполненію полового акта и пр. Интересную казуистику и литерат. данныя см. въ статьѣ проф. Генера: *Die Hypospadiе beim Weibe. Monatsschr f. Geburtsk., 1865. Decemb.*

Какъ объ интересномъ патологическомъ состояніи со стороны *meat. urin. ext.* мы не можемъ не упомянуть объ гипертрофіи задней губы его. Въ одномъ случаѣ, который мы недавно наблюдали у субъекта подлѣ 60 лѣтъ, гипертрофія эта достигала до такой степени, что она образовала нѣчто въ видѣ треугольнаго лоскута, верхній край котораго почти совершенно закрывалъ мочеиспускательное отверстіе. Подобнаго рода лоскуты очень богаты сосудами, вслѣдствіе чего въ нашемъ случаѣ, по удаленіи гипертрофированной задней губы, пришлось прибѣгнуть къ наложенію швовъ для остановки кровотеченія.

\* *Centralbl f. Gynaecol., 1879, № 3, p. 58.*

## ГЛАВА VII.

### Патологія клитора.

Анатомическія замѣчанія. Клиторъ по строенію своему, сильно напоминаетъ мужской членъ, такъ какъ онъ подобно ему состоитъ изъ двухъ пещеристыхъ тѣлъ, головки (glans) и крайней плоти (praerutium). Вся разница въ томъ, что клиторъ не имѣетъ канала (мочеиспускательнаго). Пещеристыя тѣла начинаются съ переднихъ краевъ сѣдалищныхъ костей; клиторъ прикрѣпляется къ симфизу помощью особой связки (lig. suspensorium clytoridis). Вслѣдствіе особенныхъ свойствъ его ткани, клиторъ обладаетъ чувствительностью и способенъ эригироваться. Клиторъ въ невозбужденномъ состояніи представляется въ видѣ небольшой бородавки, in statu erectionis онъ имѣетъ до извѣстной степени форму penis'a, слегка дугообразно изогнутъ, а glans его обращенъ внизъ, такъ какъ онъ соединяется съ уретрой помощью довольно толстаго слоя соединительной ткани. У молодыхъ субъектовъ клиторъ выступаетъ болѣе впередъ и вообще кажется больше; по мѣрѣ же расхождения сѣдалищныхъ костей онъ втягивается болѣе внутрь и поэтому, относительно становится меньше (Serres).

Сальныхъ железокъ, которыхъ на губкѣ, большихъ и малыхъ губахъ столь много, на крайней плоти клитора находится только нѣсколько и то онѣ развиваются только около эпохи наступленія регулъ. По Нурт'ю, praerut. clytoridis вовсе не имѣетъ сальныхъ железокъ, но за то онъ допускаетъ, что вся поверхность крайней плоти отдѣляетъ извѣстный секретъ, такъ что praer. clytor. представляетъ, такъ сказать, одну огромную сальную железу.

Изъ аномалій въ первоначальномъ развитіи мы должны упомянуть о совершенномъ отсутствіи клитора; при этомъ обыкновенно недостаетъ и нѣкоторыхъ другихъ частей наружной половой сферы. Такъ, въ случаѣ, описанномъ Theboeuifомъ \*, недоставало также большихъ и малыхъ губъ; Rubini \*\* упоминаетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ имѣли дѣло съ заращеніемъ большихъ губъ; послѣ операціи оказалось, что недостаетъ клитора и малыхъ губъ. У нѣкоторыхъ авторовъ (Argmand и др.) упоминается объ очень интересной аномаліи, именно—раздвоеніи (расщепленіи) клитора, подобно тому, какъ это замѣчается у нѣкоторыхъ сумчатыхъ животныхъ (Meskel).

Клиторъ можетъ быть очень значительно увеличенъ въ объѣмѣ или вслѣдствіе того, что онъ поражается тѣмъ или другимъ

\* Recueil périod. de la société de med. Paris, rédigé par Seillot, 1813, T. 47, Aug.

\*\* Meissner Op. cit., p. 275.

новообразованиемъ, или вслѣдствіе простой гиперплазіи входящихъ въ составъ его гистологическихъ элементовъ, или же, наконецъ, увеличеніе это бываетъ врожденное. О перваго рода увеличеній клитора мы здѣсь говорить не станемъ, такъ какъ при этомъ поражаются, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, и другіе отдѣлы наружной половой сферы, напр. малыя губы и пр. Насъ интересуютъ здѣсь тѣ увеличенія клитора, которыя зависятъ, какъ сказано выше, отъ гиперплазіи этого органа. Начать съ того, что въ жаркихъ климатахъ клиторъ вообще развитъ несравненно болѣе, чѣмъ въ климатахъ умѣренныхъ и въ особенности холодныхъ. Вслѣдствіе то этого у нѣкоторыхъ африканскихъ племенъ (абиссинцы, мандинги и пр.) обрѣзаніе клитора (*circumcisio clitoridis*) составляетъ народный обычай, resp. религиозный обрядъ \*. По словамъ Нуртлія у нѣкоторыхъ африканскихъ племенъ, для сохраненія дѣвственности, клиторъ, помощью особенно принаровленныхъ колецъ, прикрѣпляется къ промежуточности (!!!). Отдѣльными случаями, хотя чрезвычайно рѣдко, чрезмѣрное увеличеніе клитора, и при томъ весьма значительное, попадаетъ и въ умѣренныхъ климатахъ. Хотя нѣтъ сомнѣній въ томъ, что многіе рассказы объ этомъ, разсѣянные въ литературѣ, были преувеличены, тѣмъ не менѣе нѣтъ никакого повода сомнѣваться въ справедливости этого факта вообще, какъ это сдѣлалъ Oslander. Сюда относятся случаи, очень подробно и хорошо описанные Filitz'омъ, Edwards'омъ, Pauli и др. Изъ новѣйшей литературы мы должны упомянуть о случаяхъ, описанномъ Bainbridge'омъ; дѣло шло о женщинѣ рожавшей дѣтей, у которой клиторъ имѣлъ въ длину 3" и въ объемѣ 2"\*\*\*.

Составляетъ ли подобное увеличеніе клитора результатъ какихъ нибудь особенныхъ вліяній, напр. постоянного раздраженія вслѣдствіе мастурбаци, или его должно считать врожденнымъ—рѣшить чрезвычайно трудно, такъ-какъ больныя, какъ само собою понятно, избѣгаютъ подробныхъ и правдивыхъ объясненій на этотъ счетъ. Старинные писатели, да и многіе изъ новѣйшихъ, склоняются къ первому предположенію. Въ одномъ же почти всѣ согласны, а именно въ томъ, что чрезмѣрное увеличеніе клитора въ значительной степени усиливаетъ половой инстинктъ, что, въ свою очередь, влечетъ за собою различныя эксцессы *in venere*, а именно

\* У А. Paré (*Oeuvres complète*, Paris, 1841, Т. III, р. 19) находимъ интересное, относящееся сюда мѣсто. Онъ говоритъ, что, по словамъ Льва Африканскаго, въ Африкѣ по горамъ расказываютъ люди, предлагающіе свои услуги относительно вырѣзыванія клиторовъ точно такъ, какъ у насъ расказываютъ спеціалисты, занимающіеся кастраціей лошадей.

\*\* Библиографія: Haller (*Elem. physiologiae*, Т. VII, с. 78, р. 82) увѣряетъ, что длина клитора можетъ доходить до 12" (!).—Fricke (*Dieffenbach, Fricke и Oppenheimer, Zeitschr. f. die ges. Medic. Hamb. 1836, Bd. I, Hft. 1, p. 14*) вырѣзалъ въ госпиталѣ клиторъ величиною въ обыкновенный мужской членъ *in statu erectio-nis*.—Filitz, *Stark's arch. f. die Geburtshülfe*, Bd. II, Hft. I, p. 56.—Bainbridge, *Medic. Times and Gaz.*, 1860, January 14.—Appia, *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1861, Août.

мастурбацію со всіма гибельными ея послѣдствіями. Что касается лично меня, то, обладая очень большимъ гинекологическимъ матеріаломъ и обращая тщательное вниманіе на это обстоятельство, въ особенности со времени исторіи съ В. Brown'омъ, я ни разу не видалъ клитора, который по величинѣ можно было бы назвать болѣзненнымъ. Мало того, мастурбація составляетъ столь распространенное зло, что всякому гинекологу приходится имѣть съ нимъ дѣло, относительно, довольно часто. Само собою понятно, что въ подобныхъ случаяхъ мы обращаемъ самое тщательное вниманіе на состояніе половой сферы вообще и клитора въ особенности. Я долженъ однако сказать, что и въ этихъ случаяхъ я не замѣчалъ никакого увеличенія клитора. У мастурбирующихъ женщинъ наружныя половыя части чаще всего представляются чрезвычайно вялыми: нимфы, нѣсколько удлиненыя, висятъ въ видѣ темно-коричневыхъ складокъ и эректильная способность, какъ ихъ, такъ и клитора бываетъ даже понижена. Или же мы имѣемъ дѣло съ противоположнымъ состояніемъ: наружныя половыя части очень чувствительны на ошупь, гиперэмированы и прикосновеніе къ нимъ чрезвычайно болѣзненно. Въ этомъ смыслѣ высказались большинство гинекологовъ въ то время, какъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ Лондонскомъ акушерскомъ обществѣ было возбуждено обвиненіе противъ В. Brown'a въ томъ, что онъ вырѣзываетъ клиторы слишкомъ часто, безъ того, чтобы существовало къ этому какое либо рациональное показаніе. По этому поводу завязалось дѣло, надѣлавшее много шума въ медицинскомъ мірѣ; В. Brown былъ обвиненъ на основаніи многочисленныхъ фактовъ и онъ былъ исключенъ изъ общества. Внимательно читая весь этотъ процессъ, нельзя не придти къ заключенію, что В. Brown вовсе не былъ шарлатанъ въ обыкновенномъ значеніи слова: это просто человѣкъ, задавшійся идеей вылечить больныхъ отъ множества нервныхъ формъ, причину которыхъ онъ искалъ въ мастурбаціи, а эту послѣднюю въ тѣхъ или другихъ кажущихся аномаліяхъ клитора. Этотъ знаменитый врачъ, пользовавшійся репутаціей одного изъ лучшихъ хирурговъ-гинекологовъ Англіи, стоялъ слишкомъ высоко, чтобы ему нужно было прибѣгать къ шарлатанству: это былъ болѣзненно-настроенный умъ, помраченный мистицизмомъ.

Вопросъ на счетъ вырѣзыванія клитора (Clyterodectomia), благодаря этому процессу, выясненъ въ настоящее время какъ нельзя болѣе. Операція эта производилась давно, напр. при нимфоманіи, но затѣмъ была всіма оставлена, по очевидной бесполезности ея, такъ-какъ мы имѣемъ въ этомъ случаѣ дѣло съ психозомъ въ тѣсномъ смыслѣ слова. Операція эта можетъ быть допущена только при какихъ либо новообразованіяхъ, или же такой гиперплазійи органа, что она мѣшаетъ больной. Производится операція ножемъ и кровотеченіе при этомъ бываетъ незначительно. В. Brown производилъ клитеродэктомію помощью обыкновенныхъ ножницъ, причемъ клиторъ захватывался пальцами, или

пинцетомъ. По словамъ его, онъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ ограничивался только тѣмъ, что отрѣзалъ головку (glans) клитора, въ другихъ-же случаяхъ онъ экстирпировалъ его цѣликомъ. Въ заключеніе замѣтимъ, что изъ германскихъ гинекологовъ клитеродэктомію по поводу мастурбаціи дѣлалъ Прали и, какъ онъ увѣряетъ, съ успѣхомъ (?).

акusher-lib.ru



## ГЛАВА VIII.

### Аномалии дѣвственной плевы.

Анатомич. замѣч. Во входѣ въ рукавъ слизистая оболочка послѣдняго образуетъ складку, закрывающую его такимъ образомъ, что вверху остается отверстіе для стока жидкостей (менструальная кровь и пр.). Складка эта называется дѣвственною плевою (Hymen, membrana virginitalis, valvula vaginae). Hymen расположенъ такимъ образомъ, что внизу онъ всего шире и бока его суживаются по мѣрѣ приближенія къ наружному мочеиспускательному отверстию; свободный вогнутый край его обращенъ вверхъ. Форма гимена различна: чаще всего онъ бываетъ полудунный; но онъ представляется также въ видѣ перепонки съ нѣсколькими отверстіями (рѣшетчатая дѣвственная плева—hymen srubriformis); свободный край его можетъ представляться къ какому нибудь пункту боковой сѣтки рукава (Cambel). Подобный эксквиэнтный гименъ мы имѣли случай наблюдать у одной роженицы. Толстая мясистая перемычка, длиною въ  $\frac{1}{4}$  д., начинаясь почти непосредственно подъ наружнымъ отверстиемъ мочеиспускательнаго канала, шла въ косвенномъ направленіи къ лѣвой сторонѣ входа въ рукавъ. Она была на столько плотна, что во время прорѣзыванія головки отодвинулась вверхъ и осталась неповрежденною. Въ дѣтскомъ возрастѣ и въ особенности у новорожденныхъ hymen развитъ очень слабо, имѣетъ болѣе отвѣсное направленіе и только у взрослыхъ субъектовъ принимаетъ направленіе болѣе горизонтальное (С. Devilliers). У дѣтей hymen очень тонокъ; по мѣрѣ же приближенія къ возмужалому возрасту, онъ становится все болѣе плотнымъ, такъ что представляетъ значительное противодѣйствіе первому совоушленію, при которомъ онъ обыкновенно однако болѣею частью разрывается (defloratio). Вообще какъ у профановъ, такъ и у массы врачей существуютъ слишкомъ преувеличенныя мнѣнія относительно удоборазрываемости гимена. Такъ, многіе боятся изслѣдовать недефлорированныхъ субъектовъ (intactae) и думаютъ, что hymen можетъ разорваться также отъ скачка, паденія и пр. Дѣло однако далеко не такъ, какъ полагаютъ. Гинекологическое изслѣдованіе, напр., никогда не можетъ разорвать гимена, развѣ при этомъ употребятъ насиліе, которое вовсе не требуется при обыкновенномъ изслѣдованіи; тоже самое должно сказать относительно паденія, скачковъ и проч., какъ это доказали изслѣдованія на трупахъ, сдѣланныя J. Nutt'емъ.

Какова физическая роль, которую гименъ играетъ въ организмѣ,—мы до сихъ поръ не знаемъ, Тѣ, которые вовсе отвергали существованіе этой перепонки (А. Paré, Lieutaud, Blasius и др.), зашли слишкомъ далеко, такъ какъ фактъ существованія hymen'a самъ по себѣ не подлежитъ сомнѣнію. Теорія Jörg'a, по которой гименъ составляетъ какъ-бы стражъ невинности и т. д.,

не выдерживает никакой критики, так-какъ сравнительно-анатомическія изслѣдованія Daubenton'a, Duvergne'ya и др. доказали, что гименъ составляетъ принадлежность не только одной женщины, но что онъ встрѣчается также у нѣкоторыхъ нераздѣльно-копытныхъ, пережевывающихъ жвачку и др. (кобылица, медвѣдица). По новѣйшимъ изслѣдованіямъ Bischoff'a, у обезьянъ нѣтъ гимена. Какъ объ интересномъ отличіи между половой сферой женщины и обезьянъ, В. упоминаетъ о томъ, что у этихъ послѣднихъ стѣнки рукава совершенно лишены складокъ\*.

Мы уже сказали выше, что гименъ, хотя и обладаетъ значительною крѣпостью, однако *sub impetu coeundi* разрывается, вслѣдствіе чего отъ него по обѣимъ сторонамъ остается нѣсколько лоскутковъ, которые имѣютъ треугольную форму и носятъ названіе миртовидныхъ сосочковъ (*sagunculae myrtiformes*). Ихъ бываетъ обыкновенно отъ 3—5. Большинство авторовъ ихъ считаетъ остатками гимена; другіе же, въ томъ числѣ и Kilia n, отвергаютъ это мнѣніе. Дѣло въ томъ, что не подлежитъ сомнѣнію, что до разрыва гимена по обѣимъ сторонамъ входа въ рукавъ существуютъ небольшіе сосочки, которые въ послѣдствіи (подъ вліяніемъ coitus, беременности и родовъ) значительно увеличиваются въ объемѣ; но такъ-какъ нѣтъ возможности отвергать и то, что остаткамъ разорваннаго гимена некуда дѣваться, то нельзя не согласиться съ мнѣніемъ Velpeau, а именно, что миртовидные сосочки состоятъ изъ двухъ категорій, т. е. такихъ, которые существовали до дефлорации и тѣхъ, которые образовались послѣ нея, вслѣдствіе разрыва дѣвственной плевы. Миртовидные сосочки, претерпѣвая значительное прижатіе во время прохожденія *sub partu* младенческой головки, подвергаются нѣкоторымъ измѣненіямъ. Верхушки ихъ, вслѣдствіе сказаннаго прижатія головкой, омертвѣваютъ и, по отпадении некротизированныхъ частей, представляютъ рубцовую плотную ткань. Schröder, указавшій первый на этотъ фактъ, утверждаетъ, что на основаніи этого явленія можно судить о предшествовавшихъ родахъ (т. е. рѣшитъ—рожала-ли женщина или нѣтъ). Хотя это явленіе не имѣетъ такого абсолютнаго значенія, какое думалъ придать ему Schröder, но, во всякомъ случаѣ, оно имѣетъ важное значеніе въ совокупности съ другими признаками.

Библиографія. Кромѣ вышеприведеннаго сочиненія. S. Pineau, см. Vater, Dissert. de hymene. Viteb. 1727.—Huber, dissert. de hymene. Gott., 1742.—Goering, dissert. de hymene. Argentorati, 1763.—B. S. Albinus, De hymene, въ *Annal. acad.* 1. IV, cap. 13.—Tolberg, Comment. de varietate hymen. acced. tabulae aen. hymenis specimina trium virgin. unicum puerperas sistens. Halaе. 1791.—Mende, Comment. anat.—phys. de hymene s. valvula vaginali. Gott., 1827.—Velpeau, Traité complet de l'art des accouchements, Paris, 1835, T. I, p. 29.—Colombat, op. cit., T. I, p. 66.—Meissner, Op. cit., T. I, p. 325. —Kilian, die Geburtslehre v. seiten der Wissenschaft und Kunst. Fr. a. M., 2-te Aufl. 1842, T. I, p. 83.—Schröder, Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett, p. 6, а также его Lehrb. der Geburtshilfe, Ausg. IV, p. 98.—Мержеевскій, объ изнасилованіи. Диссерт. Спб., 1872.

а) Гиперплазія миртовидныхъ сосочковъ, по нашимъ наблюденіямъ, встрѣчается, относительно, довольно часто и нельзя не удивляться, что объ этомъ почти вовсе не упоминается авторами\*\*. Во время беременности карункулы нерѣдко

\* Abhandl. der k. bayer. Acad. der Wissensch. II Cl., 1879, Bd. XIII.

\*\* Нѣкоторые авторы, правда, толкуютъ о какихъ то гиперплазіяхъ или разрошеніяхъ карункулъ, но изъ описанія ихъ трудно понять—въ чемъ собственно дѣло. Такъ: Baillie говоритъ о какихъ то бородавчатыхъ (?) разрошеніяхъ, Guéniér о полиповидномъ увеличеніи. Mende—о доброкачественномъ разрошеніи ихъ и пр. Болѣе понятнымъ намъ кажется случай Guéniér, такъ-какъ въ немъ дѣло, вѣроятно, шло о разрошеніи карункулъ, имѣющихъ нѣкоторое сходство съ полипами. Мы наблюдали недавно подобный случай: одна изъ карункулъ (вадная) торчала ex vagina въ видѣ порядочнаго полипа. См. относящуюся сюда лите-

гиперплазируются въ очень значительной степени и затѣмъ обыкновенно инволютируются, претерпѣвая вышесказанныя измѣненія въ родильномъ періодѣ. Иногда однако увеличенные карункулы не поддаются вовсе или очень мало инволюции и въ этомъ случаѣ они сохраняютъ почти ту величину, которую они приобрѣли въ предшествовавшія беременности. Обыкновенно гипертрофируются сва, рѣдко три карункула и они представляются въ видѣ бѣловатыхъ, довольно плотныхъ лепешекъ, имѣющихъ до  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  д. въ поперечникѣ и, если свободныя края ихъ сходятся, то они какъ бы совершенно закрываютъ входъ въ рукавъ. Чувствительность ихъ ничтожная и обыкновенно они нисколько не мѣшаютъ больной; только въ одномъ случаѣ мнѣ пришлось вырѣзать одинъ карункулъ, такъ какъ больная жаловалась на боль *sub coitu*, которую я не могъ иначе объяснить, какъ именно этимъ увеличеніемъ; операція увѣнчалась успѣхомъ, такъ-какъ боль послѣ этого совершенно исчезла.

b) Заращеніе входа въ рукавъ дѣвственную плевую (*Atresia hymenalis s. hymenais*).

Библиографія. Относящаяся сюда старая литература приведена очень подробно у Colombat, *Op. cit.*, T. I. p. 150.—Voigtel, *Handbuch der pathologischen Anatomie*, Bd. III. p. 430 et 199.—Davis, *Principles and Practice of Obstetric. Medic.*, T. I. p. 108.—Kilian, *Die rein chirurgischen Operationen des Geburtshelfers*, p. 38.—Scanzoni, *Lehrbuch*, p. 288.

Сущность этой патологической формы состоитъ въ томъ, что, вслѣдствіе врожденнаго ненормальнаго развитія гимена, онъ закрываетъ входъ въ рукавъ настолько, что кровь, выдѣляющаяся при мѣсячныхъ, не можетъ прокладывать себѣ путь наружу и задерживается въ родовыхъ путяхъ. Мы имѣемъ, слѣдовательно, въ этомъ случаѣ дѣло съ задержаніемъ крови сначала въ рукавѣ (*haematocolpos*), а затѣмъ въ маткѣ (*haematometra*). Изъ опредѣленія сущности разсматриваемаго страданія не трудно понять, что припадки его должны обнаружиться только съ момента наступленія мѣсячныхъ у даннаго субъекта \*. Въ первые нѣсколько менструальныхъ періодовъ больная жалуется на боли внизу живота, но съ каждымъ новымъ менструальнымъ періодомъ, т. е. съ увеличеніемъ количества накопившейся крови, страданія больной выступаютъ болѣе рѣзко: боли усиливаются все болѣе и болѣе и нерѣдко сосредоточиваются съ особенною силою въ поясничной сторонѣ; къ этому присоединяются болѣзненные явленія со стороны пузыря (*ischuria* и *dysuria*) и прямой кишки (запоры и болѣзненная дефекація). Хотя эти припадки обнаруживаются, главнымъ образомъ, въ менструальныя эпохи, но,

ратуру у Meissner'a въ *op. cit.* T. I p. 338 и его же *Forschungen des 19 Jahrhunderts* и пр. Th. 51 p. 515.

\* Въ высшей степени интересное исключеніе изъ этого правила сообщилъ Godefroy (*Gaz. des hop.* 1856, № 142). У двухъ-мѣсячной дѣвочки замѣчались запоръ и затрудненное выдѣленіе мочи, которыя обусловливались скопленіемъ слизи въ рукавѣ вслѣдствіе такого обширнаго заращенія гимена, что накопившаяся слизь не могла прокладывать себѣ путь наружу.

по прошествіи болѣе или менѣе значительнаго промежутка времени, больныя страдают и помимо регуль: постоянная почти тупая боль внизу живота, ощущеніе полноты въ тазовой сторонѣ и, наконецъ, болѣе или менѣе сильныя лихорадочныя явленія; къ этому должно прибавить, что больныя весьма значительно худѣютъ и подъ конецъ упадокъ силъ доходитъ до высокой степени.

Распознаваніе рассматриваемой болѣзни въ началѣ обыкновенно не дѣлается, потому что молодыя дѣвушки или окружающіе ихъ рѣдко въ началѣ болѣзни обращаются за врачебною помощію, такъ какъ въ первое время вышесказаннымъ припадкамъ не придаютъ никакого особеннаго значенія, относя ихъ къ такъ называемымъ болѣзненнымъ мѣсячнымъ. Но когда болѣзнь достигла уже извѣстной степени развитія, онѣ по необходимости обращаются къ гинекологу и распознаваніе устанавливается безъ всякаго труда. Въ большинствѣ случаевъ животъ надъ симфизой болѣе или менѣе чувствителенъ на оцупь; иногда животъ можетъ быть болѣе или менѣе значительно увеличенъ въ объемѣ, если мы имѣемъ дѣло съ позднимъ періодомъ болѣзни. Такъ, въ случаѣ Delignon'a \* животъ былъ увеличенъ до такой степени, что симулировалъ беременность; количество же крови, вышедшей послѣ операціи, равнялось 4-мъ фунтамъ. Если животъ не слишкомъ чувствителенъ на оцупь и не очень вздутъ, то при изслѣдованіи можно безъ всякаго труда опредѣлить дно матки на извѣстной высотѣ надъ симфизой. При осмотрѣ наружныхъ половыхъ частей—входъ въ рукавъ совершенно закрытъ гименомъ, который отдаетъ нерѣдко синеватымъ цвѣтомъ и болѣе или менѣе растянутъ накопившеюся позади его кровью. Иногда онъ сильно выпяченъ наружу.

Eason \*\* увѣряетъ, что, надавливая черезъ брюшныя стѣнки, можно замѣтить зыбленіе чрезъ выпячивающійся гимень. Но, какъ справедливо замѣчаетъ M. Cornick \*\*\*, признакъ этотъ едва ли можно будетъ констатировать, когда имѣемъ дѣло съ очень плотнымъ гименомъ.

Исходъ при *atresia hymenalis*, если въ надлежащее время прибѣгаютъ къ пособію, всегда благопріятенъ. Въ противномъ же случаѣ, если болѣзнь затягивается, дѣло можетъ кончиться плохо, такъ какъ силы больной совершенно истощаются, появляются отеки нижнихъ конечностей и больныя умираютъ при явленіяхъ истощающей лихорадки. Правда, на высотѣ страданій можетъ наступать иногда произвольное исцѣленіе, вслѣдствіе того, что гимень, подъ напоромъ накопившейся позади его крови, разрывается и больныя такимъ образомъ выздоравливаютъ. Хотя подобные слу-

\* Цитировано по Meissner'у изъ *Medic. and philosophic. Commentaries by a Society of Phys. in Edinburg. Lond. 1774. Vol. II.*

\*\* Цитиров. у Meissner'a, *op. cit.*, p. 330.

\*\*\* *Ibid.*

чаи и описаны Zannini \*, Scaible \*\*, Scanzoni \*\*\* и др., тѣмъ не менѣе рассчитывать на произвольное исцѣленіе нельзя, потому что такіе случаи чрезвычайно рѣдки.

Лечение состоитъ въ томъ, что, давши больной надлежащее положеніе, разрѣзываютъ гимень. Операция эта можетъ быть произведена двоякимъ образомъ. Такъ какъ иногда количество крови, накопившейся въ маткѣ и рукавѣ, такъ значительно, что гимень выпячивается изъ родовой щели въ видѣ порядочной опухоли, то просто ланцетомъ разрѣзываютъ его снизу вверхъ; другіе же (Meissner и др.) совѣтуютъ, разведши большія губы въ стороны, сдѣлать крестообразный разрѣзъ. Мы не видимъ никакихъ преимуществъ во второмъ способѣ, такъ какъ сращеніе лоскутовъ гимена можно очень легко предотвратить вкладываніемъ in introitum корпейныхъ бурдонетовъ, налитанныхъ масломъ, глицериномъ и пр. По разрѣзѣ гимена, тотчасъ вытекаетъ часть задержанной крови, довольно густой и обыкновенно безъ запаха; нѣкоторые (Saviard) упоминаютъ о зловонной крови; вѣроятно въ этихъ случаяхъ имѣли дѣло съ кровью, смѣшанною съ гнойными элементами. Во всякомъ случаѣ мы содѣйствуемъ скорѣйшему выдѣленію крови, назначая по нѣскольку впрыскиваній въ день тепловатой воды и, въ случаѣ нужды, прибавляемъ къ душамъ различныя дезинфицирующія вещества, какъ-то: хлоръ, kalі hypermangan. (ѢѢ на Ѣѵ; столовую ложку этого раствора на впрыскиваніе изъ двухъ чайныхъ стакановъ, (2—3% растворъ ас. carb), алкоголь и пр. Если бы маточныя стѣнки, вслѣдствіе значительнаго растяженія органа, находились въ состояніи атоніи, то стараемся возбудить сократительную дѣятельность матки помощью наружнаго употребленія холода (въ видѣ компрессовъ на нижнюю часть живота), или же назначаемъ внутрь спорынью (gr. X, 3—4 раза въ день), или эрготинъ (Ѣ на ѢѢ, 3—4 чайныхъ ложечки въ день). Такъ какъ общее состояніе больныхъ, какъ сказано выше, до операціи сильно разстроено, вслѣдствіе упадка силъ и послѣдовательной анеміи, то назначаемъ, если возможно, пребываніе въ деревнѣ, укрѣпляющую діету и roborantia (желѣзо, хининъ, амага).

Крестообразный разрѣзъ гимена съ послѣдовательнымъ удаленіемъ лоскутковъ его, совѣтовала уже Цельсъ \*\*\*\* (incidere ad similitudinem litterae X), причемъ онъ предостерегаетъ отъ раненія мочеиспускательнаго канала. Не можемъ не упомянуть также о чрезвычайно оригинальныхъ, чтобы не сказать болѣе, способахъ, предлагаемыхъ Авиценной \*\*\*\*\* и Mauriceau. Первый изъ нихъ совѣтуетъ разорвать гимень пальцемъ, обернутымъ въ тряпочку, а второй ногтями (!). Colombat \*\*\*\*\* отвергаетъ крестообразный разрѣзъ ги-

\* Meissner, op. cit. T. I, 331.

\*\* Ibid. p. 332.

\*\*\* Lehrb. der Krankh. des Weibl. Gesch, Aufl IV, p. 289.

\*\*\*\* Op. cit. lib VII, cap. 29.

\*\*\*\*\* Lib. III, f. 21, cap. 1.

\*\*\*\*\* Op. cit., T. I, p. 158.

мена, потому что опасается слишкомъ быстро излитія накопившейся крови; кромѣ того, въ видахъ возможно большаго сохраненія гимена, онъ совѣтуетъ захватить въ центрѣ его пинцетомъ небольшую складку, которая вырѣзывается ножницами, изогнутыми по поверхности. Такимъ образомъ, по мнѣнiю его, получается небольшое отверстiе (окошечко), которое всего ближе подходитъ къ нормальнымъ отношенiямъ гимена.

акusher-lib.ru

## ГЛАВА IX.

### Копчиковая боль.

Истор. замѣч. и библиогр. Кокцигодинія, какъ особенная патологическая форма, описана въ первый разъ д-ромъ Notte'омъ, въ Нью-Йоркѣ, гдѣ въ 15 до того времени, какъ съ нею ближе познакомили гинекологовъ Simpson. Notte же первый предложилъ хирургическое леченіе этой болѣзни. Тѣмъ не менѣе Simpson'у принадлежитъ заслуга всесторонняго изученія этой патологической формы. Послѣ него много занимался этой болѣзью Scanzoni, имѣвшій возможность изучить ее на основаніи многочисленныхъ личныхъ наблюденій. Notte, New. Orlean Medic. Journ., 1844, May. — Simpson, Medical Times and Gaz. 1858, July; такъ же въ Edinb. medic. and surgic. Journ., 1861, July. Особенно подробно Simpson изложилъ кокцигодинію и патологію копчика вообще въ Clinical Lectures on the diseases of women, Edinb. 1872, Lecture XII.—Scanzoni, Würzburger medic. Zeitschr., 1861, T. II, 4-te Liefer. и его Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane, 4-te Ausg., T. II, p. 325.—Гершельманъ, Petersb. medic. Zeitschr. 1862.—Gaillard Thomas, A practical Treatise on the diseases of women, thirde edit., p. 121.—Rob. Barnes, A clinic. History of the medic. and surgic. diseases of women, Lond., 1873, p. 888.

Сущность кокцигодиніи состоитъ въ томъ, что больныя, въ теченіи болѣе или менѣе долгаго времени, одержимы болью, сосредоточенною въ сторонѣ копчика и распространяющеюся оттуда вверхъ, на нижнюю часть крестца. Болѣзнь эта, хроническая по преимуществу, достигаетъ иногда весьма сильной степени и даетъ то послабленія, то ожесточенія. Боль при кокцигодиніи характерна въ томъ отношеніи, что она по преимуществу обнаруживается, или же по крайней мѣрѣ усиливается, при продолжительномъ сидѣніи, слѣдов., когда напряжены *m. glut. max.* и *mus. сосуругеус*, или же болѣе усиливается при ходьбѣ, а также при быстромъ вставаніи съ мѣста. Поэтому подобныя больныя не могутъ долго сидѣть прямо, а принимаютъ такое положеніе, что вся тяжесть туловища покоится на одномъ изъ сѣдалищныхъ бугровъ (*tuber. ischii*) или же имъ приходится сидѣть въ очень принужденномъ положеніи, а именно на кончикѣ стула. Иногда дефекація такъ болѣзненна, что клиническая картина напоминаетъ явленія, замѣчаемыя при трещинахъ задняго прохода. Вообще, что касается характера боли, то онъ можетъ быть двоякаго рода: или боль распространяется по всему копчику, или же она сосредоточена въ нѣкоторыхъ мѣстахъ.

Что касается ближайшей причины кокцигодинии, то вопросъ этотъ до сихъ поръ не рѣшенъ, такъ-какъ, сколько намъ извѣстно, ни въ одномъ случаѣ кокцигодиніи еще не пришлось изслѣдовать копчикъ съ анатомо-патологической стороны. Simpson допускаетъ чаще воспалительное состояніе (періоститъ), вслѣдствіе тѣхъ или другихъ причинъ.

Scanzoni придаетъ очень важное значеніе родовому акту и происходящимъ при немъ растяженію, смѣщенію и ушибамъ копчика. Что копчикъ въ самомъ дѣлѣ весьма часто при вскрытіяхъ представляетъ различныя анатомо-патологическія измѣненія, доказывается изслѣдованіями Люшки\* и Нуртля\*\*. На основаніи то этихъ анатомическихъ изслѣдованій нужно допустить, что ближайшею причиною кокцигодиніи должно считать воспаление надкостной плевы (periostitis) копчика или же какія нибудь патологическія измѣненія въ суставахъ его. Barnes, принимая въ соображеніе, что нерѣдко при кокцигодиніи копчикъ не представляетъ никакихъ видимыхъ измѣненій, полагаетъ, что въ этихъ случаяхъ, быть можетъ, боль обуславливается какими либо измѣненіями люшковской желѣзы (glandula cossugea), помѣщающейся, какъ извѣстно, на нижнемъ концѣ передней поверхности копчика. Мнѣніе это чисто гадательное, такъ-какъ оно не подтверждается прямыми изслѣдованіями. Хотя нельзя отрицать, что кокцигодинія чаще встрѣчается у женщинъ рожавшихъ и гдѣ притомъ родовой актъ сопровождался тѣмъ или другимъ значительнымъ травматизмомъ, тѣмъ не менѣе не подлежитъ сомнѣнію, что кокцигодинія встрѣчается также у женщинъ, не только не рожавшихъ, но даже никогда не свершавшихъ coitum (Coitus). Одинъ изъ нашихъ петербургскихъ врачей, а именно д-ръ Гершельманъ, наблюдалъ эту патологическую форму даже у дѣтей 4 — 5 лѣтъ. Scanzoni, на основаніи одного наблюденія, приписываетъ этиологическое значеніе верховой ѣздѣ. Кокцигодинія относительно часто встрѣчается какъ спутникъ различныхъ заболѣваній половой сферы и это, вѣроятно, было причиною того, что до Simpson'a не описывали ея какъ самостоятельную патологическую форму. Самостоятельную кокцигодинію, т. е. такую, гдѣ бы не было никакихъ болѣзненныхъ измѣненій со стороны половой сферы, которыми можно было бы объяснить боль въ сторонѣ копчика, мы до сихъ поръ не видали. За то мы имѣли нѣсколько разъ дѣло съ чрезвычайно сильными болями въ копчикѣ при загибахъ матки взадъ, такъ что это явленіе, т. е. копчиковая боль составляла самый выдающійся припадокъ. Тоже самое мы должны сказать и относительно нѣкоторыхъ другихъ заболѣваній матки и въ особенности же относительно хроническаго воспаления ея (metritis chronica diffusa).

\* Die Halbgelenke des menschlichen Körpers. Berlin, 1858. p. 83.

\*\* Topographische Anatomie, Aufl. 4, Bd. II, p. 17.



Scanzoni имѣлъ чаще, чѣмъ кто либо изъ гинекологовъ, дѣло съ кокцигодиной, такъ-какъ въ теченіи 4-хъ лѣтъ онъ, по словамъ его, наблюдалъ ее 24 раза.

Распознаваніе, на основаніи вышеизложенныхъ признаковъ, не трудно. Къ этому должно прибавить: субъективно можно убѣдиться въ кокцигодиніи тѣмъ, что всякое дотрогиваніе до копчика и особенно нажатіе на него чрезвычайно болѣзненно. Болѣзненность эта увеличивается очень сильно, если *per rectum* отводить копчикъ взадъ. Смѣшать можно было бы кокцигодинію съ трещинами задняго прохода; но тщательное изслѣдованіе этой области можетъ очень легко предотвратить подобную ошибку.

Предсказаніе въ кокцигодиніи, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, неблагоприятно, такъ-какъ устраненіе ея удается чрезвычайно трудно и она большею частью туго поддается терапіи. Тѣмъ не менѣе нерѣдко удается значительно облегчить страданія больныхъ, хотя, впрочемъ, при предсказаніи нужно всегда имѣть въ виду то, что кокцигодинія легко и часто рецидивируетъ.

При леченіи кокцигодиніи испытано было множество средствъ, смотря по характеру страданія и обусловливающимъ его этиологическимъ моментамъ. Если кокцигодинія сопровождается то или другое заболѣваніе половой сферы, то, понятно, мы на него и направляемъ главнымъ образомъ терапію и вмѣстѣ съ тѣмъ паллиативно дѣйствуемъ извѣстными средствами противъ болей. Если мы убѣждены въ томъ, что травматизмъ играетъ существенную этиологическую роль въ данномъ случаѣ, то можно испытать *antiphlogistica*, а именно: повторное приставленіе пиявокъ къ копчику и холодъ въ видѣ компрессовъ; при этомъ назначаемъ абсолютный покой и *essoprotica* съ цѣлью сдѣлать дефекацію менѣе болѣзненною, разжижая испражненія; съ цѣлью разрѣшающею воспалительные продукты, прибѣгаемъ къ смазыванію копчика *t-ra jodii* и мушкамъ. Противу-ревматическія средства, а именно: паровыя ванны и препараты безвременника (*colchicum*) не оказывали никакого благоприятнаго дѣйствія. Болѣе всего пользы приносятъ наркотическія; въ особенности это должно сказать на счетъ подкожныхъ впрыскиваній морфія, помощью которыхъ Scanzoni удалось не только облегчать въ значительной степени, но даже и вылечивать нѣкоторыхъ изъ его больныхъ. Сѣрно-кислый атропинъ, по словамъ того же автора, уступаетъ въ этомъ случаѣ морфію. Наркотическія можно употреблять также въ видѣ суппозиторіевъ: *extr. op. grj — jj, acet. morphii grj* и пр. на *gr. XV but. csaao*; подобныя суппозиторіи вводятся *in rectum*, смотря по надобности, 1—2 раза въ день. Имѣя въ виду упорство, съ какимъ кокцигодинія противустоитъ иногда выше изложенной терапіи, Simpson предложилъ оперативное леченіе. Оно состоитъ въ томъ, что помощью крѣпкаго тенотома перерѣзываютъ связки и сухожилія, прикрѣпляющіяся къ копчику и если этого оказывается

недостаточнымъ, то Simpson совѣтуетъ, какъ это сдѣлалъ уже до него Notte, совершенно удалить копчикъ. По словамъ Simpson'a, операція эта всегда имѣетъ полный успѣхъ, такъ какъ больныя навсегда освобождаются отъ своихъ страданій. Трудно высказать какое либо положительное мнѣнiе по этому поводу, такъ какъ, сколько намъ извѣстно, операцію эту кромѣ Notte'a и Simpson'a, производилъ только извѣстный лондонскій хирургъ Bryant.

акusher-lib.ru

## ГЛАВА X.

### О разрывах промежности.

Истор. замѣч. и библиографія. У врачей греко-римской эпохи не находимъ ничего, что указывало бы на то, что они знали что нибудь о разрывахъ промежности. Если же они во время родовъ совѣтовали увлажять родовые пути помощью маслянистыхъ веществъ, то они при этомъ имѣли въ виду ускорять роды, а ничуть не предотвращать разрывы промежности. О полныхъ разрывахъ промежности въ первый разъ упоминается въ вышеприведенномъ сочиненіи Тротули (1180). Только начиная съ 17 столѣтія, акушеры стали серьезно заботиться о предотвращеніи разрывовъ. Въ этомъ отношеніи мы должны въ особенности указать на v. Ногна (1661—1724) и Deventer'a (1651—1724). Поддерживать промежность во время родовъ совѣтовали Delamotte (во 2-ю половину 17 стол.) и Puzos, но ничуть не впервые, какъ многіе думаютъ, такъ какъ о поддержаніи промежности толкуется уже у Тротули. Вотъ что говорится у нея по этому поводу: *ad periculum evitandum (rupturae pudendorum) eis in paru sic providendum est: praeparetur panus in modum pilae oblongae et ponatur in ano ad hoc, ut in quolibet conatu ejiciendi puerum illud firmiter ano imprimatur ne fiat hujus modi continuitatis solutio* (J. Späthii Gynaec. etc. fol. 50). Мы не станемъ распространяться о другихъ профилактическихъ мѣрахъ, предложенныхъ различными авторами, такъ какъ это относится собственно къ акушерству и перейдемъ прямо къ развитію ученія о леченіи разрывовъ промежности. Что старинные врачи прибѣгали къ кровавому шву при разрывахъ промежности, ясно слѣдуетъ изъ цитированнаго сочиненія Тротули, считающей шовъ единственнымъ средствомъ къ устраненію разрывовъ промежности. О перинеографіи говорятъ также А. Paré и Guillemeau. Техническая сторона перинеографіи была разработана такъ плохо, что, не смотря на успѣшные результаты Delamotte'a, Mentzель'a, Noël'a, Saucerotte'a и др., операція эта давала столько неудачныхъ исходовъ, что многіе гинекологи (Mursina, Ггаерхе и др.) отчаявались въ томъ, что можно что либо достигнуть помощью шиванія промежности. Такъ шло дѣло до первой половины настоящаго столѣтія, пока перинеографіей не занялись лучшіе хирурги во Франціи и въ Германіи: изъ первыхъ мы должны назвать Roux и Velpeau, а изъ вторыхъ — Dieffenbach'a, Pauli и Burchard'a. Не смотря на то, что операціи Roux относятся къ 1832 г., черезъ 20 лѣтъ въ Англіи, по словамъ В. Brown'a, многіе еще сомнѣвались въ возможность успѣшнаго исхода перинеографіи, пока этотъ авторъ не доказалъ противное. Послѣ Brown'a операція эта очень много обязана усиліямъ Langenbeck'a и Simon'a въ Германіи, Verneuil'a, Laugier, Demarquai во Франціи и нѣкоторымъ американскимъ гинекологами, каковы Sims, Emmet, Bozeman, Agnew и Thompson, доведшимъ технику пери-

неорафии до высокой степени совершенства. Съ особеннымъ удовольствіемъ мы должны упомянуть о томъ, что у насъ покойный профессоръ Гелперъ, посвятившій много усилій усовершенствованію перинеорафии, достигъ въ этомъ отношеніи результатовъ, ничѣмъ не уступающихъ результатамъ вышеприведенныхъ хирурговъ и гинекологовъ.

Литературу разсматриваемаго вопроса до 1838 года можно найти въ известномъ сочиненіи Duparquet'a, переведенномъ на нѣмецкій языкъ и дополненномъ Nevermann'омъ: *Vollständige Geschichte der Durchlöcherungen, Einrisse und Zerrellsungen des Uterus, der Vagina und des Perinaeums* и т. д. Quedlinburg. u. Leipz., 1838.—Krieg, *Medic. Zeit. des Ver. f. Heilk.* in Berlin, 1842, № 2.—J. Simpson, *Edimb. medic. Journ.*, 1855, № 1.—Verhaeghe, *Deutsche Klinik*, 1854, № 31.—Cloquet, *Gaz. medic. de Paris*, 1855, №№ 17 и 18.—Tanner, *Lancet*, 1855, Novbr.—Priestley, *Med. Times*, 1858, March.—Snow Beck, *Med. Times*, 1856, Febr.—G. Simon, *Monatschr. f. Geburtsk.*, T. XIII, p. 271. а также его *Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik*, Th. II. p. 259.—Schultze, *Ibid.*, T. VII, p. 241.—Kiwisch, *Klinische Vorträge*, T. II, p. 503.—Hecker, *Klinik der Geburtsk.* I p. 143 и II p. 212.—B. Brown, *Transactions of the Obsteter Society of London*, 1871, Vol. II. p. 197 и *On the Gergic diseases of women*, p. 1.—Klaproth, *Monatschr. f. Geb.* T. XIII. p. 1.—Л. Флоринскій, О разрывахъ промежности во время родовъ. С. Петерб. 1861. (Опыты на трупахъ).—Schröder, *Monatschr. f. Geb.* XXVII, p. III и его же *Schw. Geb. u. Wochenb.*, p. 163.—H. Küchler, *Die Doppelnath zur Damm-Scham-Scheidennath und zu den Höhlennäthen ueberhaupt, nebst Bemerkungen ueber, die Tragweite dieser operation zur Heilung der Gebärmuttervorfalle*. Erlangen, 1863.—Winkel, *Die Pathologie u. Ther. des Wochenbettes*, Berlin, 1866, p. 35.—Гелперъ, *Die Doppelschlinge bei der Dammnath*. *Langenbeck's Archiv f. klinische Chirurgie*, 1869, Bd. X, Hft 2.—Борбе подробно еще Гелперъ изложилъ свой способъ перинеорафии на русскомъ языкѣ: о новомъ способѣ шиванія промежности. *Медиц. Вѣстникъ*, 1869, № 40—47. Въ этой статьѣ читатель, между прочимъ, найдетъ историко-критическій очеркъ прежнихъ способовъ. Его же, *Zur Technik der Perineographie*, *Langenbeck's Archiv*, 1872, Bd. XV.—Montfornf, *Etude sur les de chirures de la vulve et du perinée pendant l'accouchement*. Paris, 1869.—Gaillard Thomas, *Op. cit.*, p. 125. (Указанія на американскую литературу) Lefurt, *Gaz. des hôpit.*, 1869, № 25.—Olshausen, *Ueber Damverletzung und Damschutz*, *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, 1872, № 44.—Hirschberg, *Die Operation des veralteten complicirter Damrisses*, *Langenbeck's Archiv f. klin. Chirurgie*, Bd. XV, Hft. 1, p. 167.—Hue, *Etude sur la périnéographie dans les cas de rupture complète*. *Bullet. de la société de chirurgie*, 1876, p. 297.—Дебаты, происходившіе въ Париж. *Хирург. Общ. о перинеорафии*, помѣщены въ бюллетеняхъ его за 1876 г., стр. 302 и слѣд.—Kehrer, *Ueber Damrissse*, *Der practische Arzt*, 1878, № 5, 6 и 7.—Баскинъ, клиническія изслѣдованія о разрывахъ промежности. С.-Петербург., 1881. Литература перинеорафии вообще очень богата и, само собою разумѣется, мы могли привести здѣсь только то, что мы имѣли подъ рукою и что мы могли заимствовать изъ нѣкоторыхъ монографій. Относительно большихъ подробностей мы отсылаемъ читателя къ трактатамъ по оперативной хирургіи, а именно: Roux, Dupuytren'a, Dieffenbach'a, Chelius'a и въ особенности Malgaigne'я и V. de Cassis'a. Очень подробную и прекрасно составленную библиографію относительно разрывовъ промежности, начиная отъ A. Pagè до 1876 г., составленную Сопин'омъ, читатель можетъ найти въ *Arch. de Tocologie*, 1877, p. 190.

Извѣстно, что промежность, ограничиваемая спереди спайкой большихъ дѣтородныхъ губъ, а сзади заднимъ проходомъ, составляется изъ нѣсколькихъ слоевъ, расположенныхъ (снаружи внаружи) въ слѣдующемъ порядкѣ: мускулы (*constrictor suuni, sphincter ani, transversi perinaei*), фасціи, подкожная кѣтчатка и кожа. Эта послѣдняя представляется обыкновенно окрашеною въ болѣе

темный цвѣтъ, чѣмъ остальные общіе покровы, очень богата салными железами и въ высшей степени растяжима. Въ промежности мы различаемъ два размѣра: продольный ( $1-1\frac{1}{2}''$ ) и поперечный ( $2\frac{1}{2}''-3''$ ). Вообще должно сказать, что у женщинъ не рожавшихъ длина промежности гораздо меньше, чѣмъ у тѣхъ, которыя рожали по одному или нѣскольку разъ. Какъ разъ по срединѣ промежности замѣчается продольная линія—*carne*, выступающая уже по одному болѣе темному окрашиванію и идущая сверху внизъ. Благодаря сложности тканей, изъ которыхъ составляется промежность, она отличается неуступчивостью, вслѣдствіе которой, подвергаясь сильному напору со стороны плода, она такъ часто разрывается во время родового акта. Разрывы промежности (*ruptura perinaei, perineorhexis*) будутъ имѣть различную длину и различный видъ, смотря по степени и характеру насилія, которому она подвергается во время прорѣзыванія подлежащей части. Для клиническихъ цѣлей можно раздѣлять разрывы промежности на 4 степени: къ первой изъ нихъ относятся разрывы уздечки и свободного края промежности не болѣе какъ на  $\frac{1}{4}''$ ; вторая степень обнимаетъ разрывы, хватающіе до половины промежности и нѣсколько далѣе за эту границу; при разрывахъ 3-й степени промежность разорвана до сфинктера; при разрывахъ 4-й степени разорвана вся промежность и вмѣстѣ съ нею также жомъ задняго прохода, а иногда и часть передней стѣнки прямой кишки. Разрывы промежности, при которыхъ трескаются только кожа и поверхностный слой соединительной ткани, бываютъ, относительно, рѣдко и не имѣютъ особеннаго значенія. Обыкновенно разрывы промежности происходятъ по срединѣ ея, но нерѣдко они имѣютъ также косое или діагональное направленіе. Особенный интересъ представляютъ по своей рѣдкости разрывы центральные: при нихъ верхній, свободный край промежности, а также периферія жома задняго прохода остаются цѣлыми, разрывъ же происходитъ между этими границами, такъ что подлежащая часть прорѣзывается чрезъ происходящее такимъ образомъ отверстіе \*. *D'Outrepoint* \*\* упоминаетъ объ очень рѣдкой формѣ разрыва, причемъ онъ, занимая срединную линію

\* Въ акушерской литературѣ извѣстно уже довольно значительное число центральныхъ разрывовъ, собранныхъ въ *d'Outrepoint*'омъ, *Jacobson*'омъ, *Veilrean*, (30 случаевъ) и др. Изъ случаевъ болѣе новыхъ и очень тщательно описанныхъ, мы упомянемъ только о слѣдующихъ: въ случаѣ *Elsässer*'а (*Würtemb. Medic. Cor.*, 1847, № 19) весь младенецъ прорѣзался черезъ разрывъ; другой случай описанъ *Simpson*'омъ (*Edinb. medic. Journ.*, 1855, *Jules*); по заживленіи разрыва осталось сообщеніе между рукавомъ и промежностью (*fistula vagino-perinealis*). 3-й случай (*Leopold*'а) описанъ *Gensler*'омъ въ *Monatsschr. f. Geburtsk.*, 1856, p. 358. Наконецъ, подобный же случай описанъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ *Schmidberger*'омъ (*Monatsschr. f. Geburtsk.* Bd. XXVII, p. 70). Относительно подробностей по этому предмету мы отсылаемъ читателя къ статьѣ *Birnbaum*'а: *Ueber die Centralruptur des Mittelfleisches und ihr Verhältniss zu dem Einschneiden und Scarific. derselben*, *Neue Zeitschr. f. Geb.* Bd. 32. p. 154.

\*\* *Gemeins. deutsche Zeitschr. f. Geburtsk.* Bd. III, Hft., 3 p. 450.

промежности, переходить съ обѣихъ сторонъ на большія дѣтородныя губы, такъ что получается нѣчто въ родѣ буквы V.

Что касается клинической картины, замѣчаемой при разрывахъ промежности, то нужно различать свѣжіе случаи отъ старыхъ. Многіе увѣряютъ, что при свѣжихъ разрывахъ роженицы чувствуютъ боль не только въ моментъ происхожденія разрыва, но что ему даже предшествуетъ ощущеніе какой-то жгучей боли. Мы лично никогда не наблюдали ничего подобнаго. Разрывъ происходитъ такъ мгновенно, а именно при самыхъ бурныхъ потугахъ, что моментъ этотъ слишкомъ коротокъ для того, чтобы онъ далъ себя особенно почувствовать. Съ другой же стороны, при медленномъ прорѣзываніи головки (что у перворождающихъ продолжается очень долго) роженицы вовсе не жалуются особенно на боли въ сторонѣ промежности, а между тѣмъ послѣ родовъ констатируется болѣе или менѣе обширный разрывъ. Нерѣдко случается, что въ моментъ разрыва роженицы получаютъ объ этомъ очень ясное ощущеніе и обращаютъ вниманіе врача на то, что у нихъ что-то разорвалось.

Что же касается треска (?), который будто-бы слышится иногда при этомъ и о которомъ упоминаетъ Grenser \*, то мы сами ничего подобнаго не слышали и ничего подобнаго не нашли ни у одного изъ извѣстныхъ намъ авторовъ. Если роженицы, вообще говоря, мало чувствуютъ боль въ моментъ происхожденія разрыва, такъ какъ она поглощается гораздо болѣе сильною болью, причиняемою прорѣзываніемъ подлежащей части черезъ родовую щель,—за то уже черезъ самое короткое время послѣ родовъ онѣ начинаютъ жаловаться на боль и ощущеніе жженія въ мѣстѣ разрыва. Это неприятое ощущеніе продолжается различно, смотря по глубинѣ разрыва и другимъ осложненіямъ его. Что касается кровотеченія, то оно чаще всего вовсе не замѣчается, а если бываетъ, то оно очень незначительно и паренхиматознаго характера. Артеріальныя кровотеченія принадлежатъ къ величайшимъ рѣдкостямъ, вслѣдствіе внѣ-срединнаго положенія *art. perin.*, окончанія *ar. ruden. com.* Winkel увѣряетъ, что иногда являются вторичныя кровотеченія, по прошествіи 3—5 дней послѣ родовъ. Не смотря на значительное число разрывовъ, которое пришлось намъ наблюдать, мы ни разу не видали подобнаго кровотеченія. Вскорѣ послѣ разрыва губы раны отекаютъ, чаще же подвергаются болѣе или менѣе глубокому омертвѣнію и больныя очень сильно страдаютъ, когда на рану попадаетъ моча. Довольно частое явленіе при свѣжихъ разрывахъ промежности составляетъ задержаніе мочи. Болѣе значительныя поврежденія нерѣдко вызываютъ болѣе или менѣе значительную реакцію (травматическую лихорадку), но во всякомъ случаѣ не такъ постоянно и не въ такой степени (температуры до 40°!!), какъ увѣряютъ Winkel и Schröder. Мы не рѣдко наблюдали довольно обширные раз-

\* Nägele—Grenser, *Lehrb. der Geburtsk.*, 7-te Aufl., Mainz, 1859, p. 729.

рывы промежности, протекавшіе безъ всякой сколько нибудь значительной реакціи. Такіе случаи попадались намъ въ особенности въ частной практикѣ и притомъ тамъ, гдѣ не было предпринимаемо никакихъ мѣръ къ чистому содержанію раны.

Что касается старыхъ разрывовъ, то обусловливаемыя ими явленія будутъ зависѣть отъ того — скорѣ ли, или позже они зажили и какого свойства рубецъ. Само собою разумѣется, что мы имѣемъ здѣсь въ виду разрывы, при которыхъ не было наложено шва. Вообще я долженъ сказать, что значительные разрывы промежности, предоставленные сами себѣ гранулируютъ очень медленно, вслѣдствіе постояннаго орошенія ихъ послѣродовымъ очищеніемъ; края раны большею частью выворачиваются наружу, такъ что нижній отрѣзокъ родовой щели представляется зияющимъ. До тѣхъ поръ, пока не окончится рубцованіе раны, больныя жалуются на боль, большею же частью на неловкость при извѣстныхъ движеніяхъ и на ходу переваливаютъ туловище впередъ, широко разставляя ноги. Зажившая промежность представляетъ небольшой мостикъ, который болѣе или менѣе сильно измѣняетъ нормальныя отношенія задней стѣнки рукава: послѣдняя очень значительно укорачивается. Это-то укорачиваніе задней стѣнки рукава большимъ числомъ авторовъ представляется какъ причина будущаго выпаденія матки или же, по крайней мѣрѣ, *gestocele*. Мнѣ кажется, что это мнѣніе высказывается слишкомъ гадательно. До сихъ поръ на очень значительное число такъ называемыхъ выпаденій матки я ни разу не видѣлъ при этомъ разрыва промежности. Но и помимо этого, обширныя поврежденія промежности влекутъ за собою достаточно непріятныхъ явленій, дѣлающихъ ихъ очень серьезнымъ болѣзненнымъ состояніемъ. Въ особенности это должно сказать относительно тѣхъ разрывовъ, при которыхъ имѣютъ дѣло съ поврежденіемъ сфинктера задняго прохода, такъ какъ больныя при этомъ не могутъ удерживать кишечныхъ газовъ, а иногда и испражнений. Съ другой же стороны, если рубецъ очень обширный, то иногда при этомъ наблюдали весьма значительныя суженія рукава. При большихъ разрывахъ промежности, вслѣдствіе измѣненной анатомическихъ отношеній рукава и матки (*anteversio*), съ одной стороны, и различныхъ заболѣваній (*colpitis*, *endometritis chronica* и пр.) этихъ органовъ, съ другой, обыкновенно наступаетъ бесплодіе. Если же при этомъ зачатіе происходитъ, то при дальнѣйшихъ родахъ, какъ уже *Lamotte* \* указывалъ на то, нельзя ожидать особенныхъ выгодъ собственно относительно родоваго акта, такъ какъ, по его мнѣнію, уменьшеніе сопротивленія со стороны разорванныхъ мягкихъ частей не можетъ ускорять теченія родовъ, потому что ускореніе или замедленіе родовъ зависитъ исключительно (?) отъ костей таза. Въ такомъ же смыслѣ высказывается и *Velpeau* \*\*

\* *Traité complet des accouchem.*, p. 763.

\*\* *Traité complet de l'art des accouchem.* T. II, p. 639.

А priori мы прежде полагали, что при уменьшеніи сопротивленія со стороны задней стѣнки рукава и промежности, подлежащая часть не сдѣлаетъ нормальныхъ поворотовъ, т. е. произойдетъ уклоненіе въ механизмѣ въ нижней части полости таза, особенно же въ выходѣ его, и подлежащая часть напр. вмѣсто того, чтобы вставиться въ прямой размѣръ, вставится въ какой нибудь другой размѣръ, напр. косою. Эти теоретическія предположенія, однако, не оправдываются на дѣлѣ, какъ мы имѣли возможность убѣдиться въ этомъ въ двухъ случаяхъ, которые мы наблюдали въ частной практикѣ. Въ обоихъ дѣло шло о женщинахъ, рожавшихъ во 2-й разъ и вынесшихъ изъ первыхъ родовъ разрывы промежности, хватавшіе до жома задняго прохода, — тѣмъ не менѣе прорѣзываніе подлежащей части (головки) не представляло никакихъ уклоненій отъ нормы.

Намъ остается еще разсмотрѣть одинъ вопросъ, касающійся разрывовъ промежности по отношенію къ послѣдующимъ родамъ. Если разрывъ зажилъ какъ слѣдуетъ (послѣ перинеорафіи), то что должно ожидать при слѣдующихъ родахъ? Разорвется ли промежность снова, или нѣтъ? Принимая въ соображеніе, съ одной стороны, то, что у многорождающихъ разрывы промежности относительно рѣдки, — мы не видимъ никакой причины, — почему бы у нихъ разрывалась зашитая промежность скорѣе, чѣмъ промежность цѣлая. Съ другой же стороны, въ литературѣ извѣстно много фактовъ, доказывающихъ какъ нельзя яснѣе, что зашита я промежность при послѣдующихъ родахъ оставалась совершенно цѣлою. Мы упомянемъ только о случаяхъ Roux, Dupuytren'a, Danys et Guyon'a. Мы сами два раза въ послѣднее время наблюдали подобные случаи\*.

Что касается этиологическихъ моментовъ, обуславливающихъ разрывы промежности, то ихъ можно раздѣлить на три категоріи: причины, зависящія отъ роженицы, причины со стороны плода и, наконецъ, причины, обуславливаемые различными пособіями искусства. Прежде, чѣмъ перейдемъ къ подробному разсмотрѣнію этихъ причинъ, мы остановимся сначала на разсмотрѣніи вопроса относительно частоты разрывовъ промежности вообще. Въ этомъ отношеніи существуютъ очень большія разногласія. Какъ образчикъ мы приведемъ только двѣ крайности: по статистикѣ Э. К. Гугенбергера, собранной въ здѣшнемъ повивальномъ институтѣ, разрывовъ насчитывается всего

\* При этомъ не можемъ не упомянуть о томъ, что нѣсколько лѣтъ тому назадъ проф. Лазаревичъ сообщалъ въ Мед. Вѣстн. случай, въ которомъ онъ вызвалъ искусственно преждевременные роды съ цѣлю предотвратить вторичный разрывъ промежности, съ которымъ имѣли дѣло при предшествовавшихъ родахъ. Преждевременные роды, вызванные на основаніи такого показанія, составляютъ положительно ипісімъ въ гинекологической литературѣ. Очевидно, что проф. Лазаревичъ при этомъ упустилъ изъ виду вышеприведенный фактъ, что зажившіе разрывы промежности при послѣдующихъ родахъ не рецидивируютъ.



1%; Snow Beck же насчитываетъ 75%. Очевидно, что первый изъ упомянутыхъ авторовъ принялъ въ соображенія только высшя степени разрывовъ, а второй ввелъ въ свою статистику рѣшительно всѣ поврежденія промежности, т. е. и самыя легкя, какъ напр. разрывы уздечки. Очень высокимъ мнѣ кажется также отношеніе, приведенное Montfort'омъ на основаніи своихъ собственныхъ наблюденій совокупно съ случаями Guyon'a: на 1105 родовъ 247 разрывовъ!! На основаніи нашихъ личныхъ наблюденій число разрывовъ несравненно меньше. На 1000 родовъ въ завѣдываемомъ мною родовспомогательномъ домѣ мы насчитываемъ 38 разрывовъ. При этомъ не принято въ соображеніе разрывы первой степени, которые не имѣютъ почти никакого клиническаго значенія и которые въ нашихъ журналахъ относятся къ категоріи *ulcera puerperalia*. Изъ 38 разрывовъ 3 приходятся на долю много-рождающихъ, а 35 на перворождающихъ, которыхъ на упомянутые 1000 родовъ приходится 342. Такимъ образомъ мы на 342 родовъ насчитываемъ 35 разрывовъ, что составляетъ 9,7%. Цифра эта очень близко подходитъ къ выводу Winckel'я, насчитывающаго на основаніи своего матеріала 10% разрывовъ.

Въ германской литературѣ послѣднихъ годовъ появилось не мало статистическихъ данныхъ относительно частоты разрывовъ промежности, поражающихъ тѣмъ, что числа, приводимыя различными авторами, въ высшей степени расходятся между собою. Такъ напр. Litzmann \* приводитъ 1000 роженицъ, изъ которыхъ у 504 перворождающихъ констатировано разрывовъ промежности 219, т. е. 41,1%, а у 496 многорождающихъ 57, т. е. 11,4%. Winckel \*\* на 3000 родовъ въ завѣдываемомъ имъ родильномъ домѣ въ Дрезденѣ насчитываетъ 420 разрывовъ, слѣдов. 14%. Necker, \*\*\* насчитывающій въ своемъ родильномъ домѣ всего 3,66% разрывовъ, старается объяснить эти столь разнотолкающіе результаты различіемъ профилактическихъ мѣръ.

Изъ причинъ, исходящихъ отъ роженицы, указывали въ особенностяхи на слишкомъ молодой и на слишкомъ пожилой возрастъ ихъ. Въ то время, какъ второе обстоятельство допускается всѣми почти единогласно, слишкомъ молодой возрастъ роженицы какъ причина разрывовъ промежности отвергается большинствомъ новѣйшихъ наблюдателей (Montfort, Guyon, Winckel), къ которымъ должны присоединиться и мы, на основаніи нашего личнаго матеріала. Относительно слишкомъ молодыхъ перворождающимъ мы не можемъ не привести здѣсь данныхъ Montfort'a: на 7 перворождающихъ, изъ которыхъ одной было 13, одной 14, а пятерымъ 15 лѣтъ, онъ не видѣлъ ни одного

\* Ueber Dammrisse. Kiel, 1873.

\*\* Berichte u. Studien aus dem königl. sächsischen Entbindungsinstitute in Dresden, 1876, Bd. II, p. 233.

\*\*\* Arch. f. Gynaecol., 1877, Bd. XII, p. 89.

разрыва. Въ одномъ случаѣ, гдѣ я наблюдалъ роды \* у 12 лѣтней дѣвочки, промежность осталась не тронутою. Кромѣ возраста со стороны роженицы заслуживаютъ вниманія въ разсматриваемомъ отношеніи малая степень наклоненія таза (Kiwisch), узость лобковой дуги и неподатливость lig. triangul. по Schultze.

Изъ причинъ, присущихъ плоду, Necker указываетъ на то, что полъ его служить предрасполагающимъ моментомъ, именно, что разрывы случаются чаще при родахъ мужскимъ чѣмъ женскимъ плодомъ. Это можетъ быть объяснено большими размѣрами и вѣсомъ первыхъ. Вообще должно сказать, что значительный объемъ младенца, въ особенности головки, служитъ одною изъ главныхъ причинъ разрывовъ. Положеніе это подтверждается прямыми изслѣдованіями Litzmann'a \*\* младшаго. Нѣкоторые, какъ Necker, Preiter \*\*\* и др., приписывали въ этомъ случаѣ особенное вліяніе извѣстнымъ размѣрамъ головки, напр. большому поперечному размѣру, что однако не подтвердилось при изслѣдованіяхъ на этотъ счетъ Preiter'a. Что касается положеній плода, то разрывы чаще случаются при черепныхъ положеніяхъ и притомъ преимущественно при нѣкоторыхъ видахъ ихъ, а именно заднихъ видахъ затылочныхъ положеній. Прежде сильно обвиняли въ этомъ отношеніи лицевыя положенія, но едва ли это было дѣлаемо на основаніи прямыхъ и положительныхъ наблюденій. Всѣ лицевыя положенія, вошедшія въ составъ приведенныхъ выше 1000 родовъ, окончились безъ разрыва промежности. Да это понятно и a priori: лицо прорѣзывается обыкновенно такъ медленно, что промежность имѣетъ достаточно времени растянуться исподволь до послѣдней возможности.

Что касается третьей категоріи причинъ, именно зависящихъ отъ различныхъ пособій искусства, подаваемыхъ при родахъ, то въ этомъ отношеніи много нареканій приходится на долю акушеровъ и бабокъ. Что часто разрывы происходятъ отъ неумѣлости подающаго пособіе при родахъ—не подлежитъ никакому сомнѣнію. Это подтверждается ежедневнымъ опытомъ повивальныхъ школъ: въ нихъ разрывы встрѣчаются какъ бы повально въ нѣкоторыя времена, а именно тогда, когда начинаетъ принимать новая серія ученицъ, не обладающихъ еще достаточною опытностію. Это относится къ недостаточности профилактическихъ мѣръ; чтожь касается инструментальной и ручной помощи, какъ причинъ, обусловливающихъ разрывы, то на ихъ долю приходится очень значительное число разрывовъ: на 32 разрыва, оперированные В. Brown'омъ, акушерскіе инструменты при родахъ были употреблены 12 разъ. Первое мѣсто въ этомъ отношеніи занимаютъ кефалотрибъ и щипцы. Допустивши

\* О половой зрѣлости и родахъ въ очень раннемъ возрастѣ. Медиц. Вѣстн. 1867 г.

\*\* Ueber Dammrisse. Inaug.—Dissertation, Kiel, 1873. 9.

\*\*\* Диссертациі Preiter'a (ученика Necker'a) мы не имѣемъ подъ рукою и цитируемъ по вышеприведенной диссертациі Litzmann'a.

вѣрность этого факта, спрашивается: всегда ли можно обвинять акушера въ томъ, что произошелъ разрывъ? Весьма часто—нѣтъ. Есть такія промежности, при которыхъ, вслѣдствіе анатомическихъ особенностей, разрывъ составляетъ положительно какъ бы фатальную необходимость. Говоря это, мы въ особенности имѣемъ въ виду тѣ промежности, рвущіяся какъ пропускная бумага, о которыхъ упоминаетъ В. Schultze и съ которыми приходится имѣть дѣло всякому акушеру.

**Распознаваніе.** Нужно себѣ поставить за правило—всегда тщательно самому осматривать промежность послѣ всякихъ родовъ, тогда можно быть убѣжденнымъ въ томъ, что не скроется ни малѣйшее поврежденіе ея. Поврежденную промежность лучше всего осматривать въ боковомъ положеніи роженицы. О степени разрыва судятъ на основаніи вышеприведенныхъ данныхъ. При этомъ должно имѣть въ виду, что, непосредственно по происхожденіи, разрывъ кажется гораздо больше, такъ-какъ части сильно растянуты. Для того, чтобы убѣдиться въ состояніи сфинктера задняго прохода и прямой кишки, мы вводимъ въ послѣднюю указательный палецъ и верхушкою его оцупываемъ переднюю стѣнку recti.

**Предсказаніе.** Разрывы первыхъ двухъ степеней не составляютъ особенно серьезнаго патологическаго состоянія по отношенію къ послѣдствіямъ ихъ внѣ родильнаго періода. За то этого ни въ какомъ случаѣ нельзя сказать относительно родильнаго состоянія. Существенная и самая главная непріятность, по нашему мнѣнію, обуславливается тѣмъ, что края разрыва, покрываясь очень легко дифтеритическимъ налетомъ, могутъ подавать поводъ къ серьезнымъ послѣдовательнымъ заболѣваніямъ. Кромѣ того, разрывы значительно затягиваютъ *restitutio ad integrum* послѣ родовъ, что не маловажно въ госпитальной практикѣ. При разрывахъ болѣе обширныхъ, въ особенности, если при этомъ поврежденъ сфинктеръ задняго прохода, больныя, какъ мы уже видѣли выше, страдаютъ очень значительно. Если же, по происхожденіи разрыва, обратить на него надлежащее вниманіе и если при этомъ принимаютъ мѣры, о которыхъ сказано будетъ ниже, то предсказаніе довольно благопріятно. Разрывы заживаютъ или первымъ натяженіемъ, если заблаговременно наложенъ шовъ, или же чрезъ нагноеніе. Въ особенности склонность къ полному заживленію имѣютъ, согласно большинству наблюдателей, разрывы центральные. Вообще говоря, предсказаніе тѣмъ благопріятнѣе, чѣмъ менѣе разрывъ осложненъ другими патологическими состояніями (отекъ и омертвѣніе) и чѣмъ раньше приступаютъ къ леченію его.

**Леченіе.** Имѣя дѣло съ патологическимъ состояніемъ, сущность котораго состоитъ въ разъединеніи цѣлости тканей, само собою понятно, что и терапія должна и можетъ состоять единственно въ сближеніи краевъ раны и удерживаніи ихъ въ этомъ состояніи до тѣхъ поръ, пока не произойдетъ заживленіе. По

отношенію терапіи разрывовъ промежности, различаютъ разрывы свѣжіе и старые.

Свѣжіе разрывы. Констатировавши, по окончаніи родовъ, разрывъ промежности, тщательно обмываютъ поле разрыва, изслѣдуютъ его протяженіе и глубину и немедленно принимаютъ мѣры, къ которымъ считаютъ нужнымъ прибѣгнуть въ данномъ случаѣ. Въ этомъ отношеніи гинекологи и акушеры раздѣляются на два лагеря: одни ограничиваются выжиданіемъ, заботясь только о чистоплотности и извѣстномъ положеніи роженицы, а именно на боку со связанными бедрами. Число выжидающихъ въ настоящее время уменьшается все болѣе и болѣе, такъ-какъ убѣдились, что каковы бы ни были результаты активнаго вмѣшательства искусства, они все-таки благопріятнѣе тѣхъ, на которыя можно рассчитывать, поступая выжидательно. Заживленія разрывовъ можно (или старались по крайней мѣрѣ) достигнуть тройкимъ путемъ: помощью сухаго шва, серфиновъ и кроваваго шва.

Сухой шовъ состоитъ въ томъ, что обмывши хорошенько рану, сближаютъ края ея и удерживаютъ ихъ помощью лонгетовъ, перекрещивающихся на ранѣ и укрѣпленныхъ при посредствѣ коллодія. Способъ этотъ сильно выхвалялся прежде Grenser'омъ, который, однако, въ послѣднемъ (7-мъ) изданіи своего руководства сознается, что онъ совершенно оставилъ его послѣ того, какъ онъ убѣдился въ преимуществахъ кроваваго шва. Я долженъ замѣтить, что эффектъ сухаго шва чисто проблематическій, такъ-какъ, ужъ черезъ нѣсколько часовъ по наложеніи его, ленточки ослабѣваютъ и края раны расходятся.

Серфины, какъ извѣстно, предложены были Vidal'емъ, въ началѣ имѣли много приверженцевъ и относительно выгодъ или невыгодъ ихъ мнѣнія до сихъ поръ расходятся очень сильно. Такъ напр. Grenser вовсе отвергаетъ ихъ потому, что они причиняютъ значительную боль и — главное — они прорѣзаютъ края раны, вслѣдствіе чего послѣднія становятся сильно неровными и значительно затрудняютъ дальнѣйшее заживленіе ихъ. Точно такимъ же образомъ высказались относительно серфина Trogher \* и Didier \*\*. Hoogeweg же напротивъ увѣряетъ, что на 35 разрывовъ, гдѣ онъ накладывалъ серфины, онъ получилъ 27 разъ (?) полное заживленіе раны. Я лично ни разу не прибѣгалъ къ серфинамъ, такъ-какъ мнѣ всегда казалось, что было бы непростительно подвергать родильницъ напраснымъ мученіямъ въ то время, когда можно очень хорошо избѣгнуть ихъ. Если рѣшаются наложить серфины, то нужно стараться, чтобы они сидѣли не очень близко другъ отъ друга. По Hoogeweg'у между ними должно оставлять разстояніе по крайней мѣрѣ въ четыре линіи.

\* Wiener Zeitschr., 1851. VII, 9.

\*\* Révue therap., 1852. Jan.

Кровавый шовъ. Рѣшившись наложить кровавый шовъ на разорванную промежность, спрашивается—когда должно приступить къ нему? И на этотъ счетъ существуютъ самыя разногласящія мнѣнія. Одни (Mauriceau, Delamotte, Heister, Fried, Oslander, Campbell, Danyau, B. Brown и др.) совѣтуютъ это дѣлать немедленно, или же, во всякомъ случаѣ, не позже нѣсколькихъ (4—6) часовъ post partum; другіе же (Roux, Blasius, Carus, Grossheim) совѣтуютъ ждать и притомъ довольно долго, а именно до окончанія родильнаго періода, а нѣкоторые заходятъ въ этомъ отношеніи еще дальше, совѣтуя приступить къ наложенію шва только по окончаніи кормленія грудью. Тѣ, которые совѣтуютъ откладывать шовъ на столь продолжительное время, имѣли при этомъ главнымъ образомъ въ виду то, что родильное выдѣленіе, орошая постоянно рану, будетъ мѣшать заживленію ея. Нисколько не отвергая вѣскости этого возраженія, мы однако должны сказать, что невыгодное обстоятельство это можетъ быть устранено, принимая извѣстныя мѣры. Кромѣ того, непосредственное шиваніе раны имѣетъ такія важныя преимущества предъ шиваніемъ позднимъ, что оно принято въ настоящее время большинствомъ гинекологовъ. Одно изъ главныхъ преимуществъ ранняго зашиванія, состоитъ въ томъ, что при этомъ не приходится оживлять края раны, что, какъ извѣстно, составляетъ самый трудный и хлопотливый моментъ операціи. Мы уже давно въ этомъ случаѣ строго придерживаемся правила—приступать къ наложенію шва какъ можно раньше и до сихъ поръ не имѣли ни малѣйшаго повода отступить отъ него. Вотъ какъ поступаютъ обыкновенно при свѣжихъ разрывахъ. Подождавъ отъ 1½ до 4—5 часовъ по окончаніи родовъ для того, чтобы разрывъ нѣсколько инволюировался, приступаютъ къ наложенію шва. Родильница лежитъ на спинѣ или же на лѣвомъ боку, причемъ помощникъ сильно оттягиваетъ вверхъ nates, чтобы они не мѣшали операціи. Если края разрыва неровныя или же слегка омертвѣли, то они выравниваются ножницами. Шовъ накладывается обыкновенно металлическій и притомъ помощью кривой Бекеръ-Брауновской иглы, снабженной довольно длинной рукояткой. Опредѣливъ сначала—сколько, смотря по величинѣ разрыва, придется въ данномъ случаѣ наложить швовъ, начинаютъ накладывать ихъ снизу вверхъ, заботясь о томъ, чтобы швы лежали другъ отъ друга не далѣе, какъ линіи на 4—5. Чѣмъ ближе къ заднему проходу, тѣмъ дальше отъ края раны вкалывается игла; затѣмъ игла на такомъ же разстояніи и на такую же глубину вкалывается въ противоположный край раны. Послѣ этого въ ушко иглы вдѣвается серебряная проволока. Шовъ не завязывается, пока не будутъ наложены остальные швы. Скручиваніе лигатуръ начинаютъ снизу. Когда оно окончено, лигатуры срѣзываются и концы ихъ покрываются воскомъ.

По наложеніи шва, зашитая рана тщательно смывается, большую кладутъ на бокъ и связываютъ ей бедра, чтобы она не могла

метаться и слишкомъ часто мѣнять положеніе. Относительно послѣдовательнаго леченія совѣтуютъ поступать различно. Одни (Baker Brown и др.) совѣтуютъ стараться о томъ, чтобы въ теченіе нѣсколькихъ дней, не было испражнений на низъ и съ этою цѣлью назначаютъ внутрь, до и послѣ операціи, опій. Другіе же, какъ напр. Simon, совѣтуютъ, наоборотъ, давать черезъ день слабительное съ цѣлью разжидить испражненія. Reubard зашелъ въ этомъ отношеніи еще дальше другихъ, совѣтуя вводить in rectum толстый эластическій катетръ, чтобы постоянно выводить помощью его газы и жидкія испражненія. Я до сихъ поръ никогда не вызывалъ при перинеорафіяхъ искусственнаго запора; если же животъ вздувался на 3—4 день, то назначалъ легкія слабительныя или же промывательныя. Швы обыкновенно оставляются отъ 4—7 дней; они должны быть снимаемы раньше сказаннаго времени, если они прорѣзаютъ края раны, или же если края раны отекаютъ, или же, что еще хуже, если они начинаютъ омертвѣвать. Мы снимаемъ также раньше швы въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при развивающемся эндометритѣ или же какомъ-либо заболѣваніи верхнихъ отдѣловъ рукава, мы имѣемъ дѣло съ обильнымъ и часто зловоннымъ выдѣленіемъ изъ родовыхъ путей, которое, если не снять, по крайней мѣрѣ, верхнихъ швовъ, застаивается и можетъ подавать поводъ къ серьезнымъ заболѣваніямъ. Въ подобныхъ случаяхъ мы обыкновенно снимаемъ одинъ только шовъ, именно верхній, и назначаемъ души изъ различныхъ лекарственныхъ веществъ, сообразно каждому данному случаю.

Что касается результатовъ перинеорафіи, предпринимаемой непосредственно послѣ родовъ, то мы въ этомъ случаѣ далеко не были такъ счастливы, какъ Holst и Winkel, изъ которыхъ первый достигалъ полнаго заживленія почти во всѣхъ (!) случаяхъ, а второй почти около 50%. Если мы въ госпитальной практикѣ достигали заживленія около 15%, то эти результаты мы ужъ считали довольно благоприятными. Впрочемъ, мы считаемъ нужнымъ прибавить, что результаты непосредственной перинеорафіи въ частной практикѣ выходили лучше.

Главными и существенными препятствіями къ заживленію раны послѣ непосредственной перинеорафіи должно считать два обстоятельства: почти постоянное орошеніе раны послѣродовымъ очищеніемъ и сильное напряженіе сшиваемыхъ тканей. Первое обстоятельство можетъ быть устраняемо соблюденіемъ величайшей чистоплотности и это составляетъ очень важную гарантію успѣха. Что же касается чрезмѣрнаго напряженія тканей промежности, то, какъ увидимъ ниже, противъ этого были предложены различные способы.

Если непосредственное сшиваніе разрыва не удастся, то неволѣ приходится мириться съ заживленіемъ *per secundam* и ждать до тѣхъ поръ, пока можно будетъ приступить ко вторичной перинеорафіи. Въ это время мы заботимся о чистомъ содержаніи

раны, назначая впрыскиванія въ рукавъ, удерживаемъ родиньницу въ кровати сколь возможно дольше и способствуемъ лучшему гранулированію раны, смазывая ее отъ времени до времени крѣпкимъ растворомъ азотно-кислаго серебра или же каутеризируя ляписомъ in subst.

Зашиваніе застарѣлыхъ разрывовъ промежуточности уже далеко не такая простая вещь, какъ непосредственная перинеорафія и требуетъ значительной опытности и большой сноровки. Одно лишь время, сколько прошло отъ происхожденія разрыва, ничего не значитъ относительно результата операціи: вся суть въ обширности рубца и осложненіяхъ со стороны прямой кишки.

Для сшиванія застарѣлыхъ разрывовъ промежности предложено много способовъ, изъ которыхъ мы разсмотримъ здѣсь только главнѣйшіе.

Сшиваніе простое, т. е. такое, какое дѣлается при очень обширныхъ свѣжихъ разрывахъ (простая перинеорафія по Simon'u), можетъ увѣнчаться успѣхомъ только при очень небольшихъ разрывахъ. Главнымъ препятствіемъ къ заживленію раны здѣсь служить, какъ ужъ сказано выше, сильное напряженіе въ ранѣ, и то, что различныя ткани промежности, рукава, а нерѣдко и прямой кишки совершенно измѣняютъ топографическое отношеніе свое между собою. Поэтому-то простая обыкновенная перинеорафія должна была быть видоизмѣняема различнымъ образомъ.

1) Способъ Dieffenbach'a состоитъ въ томъ, что сначала на разорванную рану слизистой оболочки прямой кишки и рукава накладываютъ швы довольно поверхностные и затѣмъ уже очень глубокіе швы собственно на рану промежности. Кромѣ того, для уменьшенія напряженія въ шитой ранѣ, параллельно съ краями ея дѣлаютъ два надрѣза по промежности. Simon главнымъ недостаткомъ этого способа считаетъ то, что такъ-какъ швы собственно на разрывъ промежности накладываются очень глубокіе, то они тянутъ сильно внизъ и такимъ образомъ мѣшаютъ заживленію ранъ слизистой оболочки рукава и прямой кишки, шитыхъ поверхностными швами. Впрочемъ, Simon произвелъ перинеорафію по этому способу въ трехъ случаяхъ и во всѣхъ ихъ получилъ благопріятный результатъ, хотя въ двухъ и остались небольшіе свищи, вскорѣ впрочемъ зажившіе. Первая произведенная мною перинеорафія въ больницѣ Крестовоздвиженской Общины была сдѣлана, строго придерживаясь способа Dieffenbach'a и resultarъ былъ совершенно благопріятный.

2) Способъ Langenbeck'a (Perinaeosynthesis). Перинеорафія по этому способу производится слѣдующимъ образомъ: Помощью эллиптическаго разрѣза, начинающагося съ того мѣста, гдѣ должна была находиться уздечка, отдѣляютъ выросшую въ разрывъ часть задней стѣнки рукава и изолируютъ ее отъ сращеній съ боковыми частями и съ прямой кишкой. По поднятіи вверхъ образованнаго такимъ образомъ лоскута, подъ нимъ остается глубокая

рана съ двумя боковыми поверхностями, на которыя и накладываются швы, причемъ начинаютъ это дѣлать сверху. По окончаніи этого перваго акта операціи, пришиваютъ нижній конецъ вышеупомянутаго эллиптическаго лоскута (т. е. части задней стѣнки рукава) къ верхнему краю вновь образованной промежности. Если кромѣ промежности повреждена и прямая кишка, то операція начинается точно такимъ образомъ, какъ сказано выше; разница только въ томъ, что эллиптической лоскутъ задней стѣнки рукава образуетъ при этомъ не только заднюю периферію входа въ рукавъ, но его употребляютъ также для прикрытія дефекта прямой кишки, что производится такимъ образомъ, что лоскутъ сильно оттягивается книзу.

По словамъ Simon'a, только что описанный способъ имѣеть два существенныхъ недостатка. Во-первыхъ, послѣ него перѣдко остаются свищи. Если-бы свищъ нельзя было залѣчить, то приходится разрѣзать вновь образованную промежность и еще разъ шить ее. Второй недостатокъ лангенбековскаго способа состоитъ въ томъ, что, вслѣдствіе сильнаго сокращенія рубцовъ, промежность выходитъ очень узкою.

3) Вслѣдствіе недостатковъ, присущихъ вышеописаннымъ двумъ способамъ, Simon модифицировалъ перинеорафію въ томъ отношеніи, что онъ на разрывы слизистой оболочки прямой кишки и рукава накладываетъ очень глубокіе швы, на разрывы же собственно промежности швы накладываются поверхностные. Придерживаясь этого способа, Simon достигалъ очень блестящихъ результатовъ и притомъ очень рѣдко имѣлъ дѣло со свищами послѣ перинеорафіи.

4) Способъ В. Brown'a существенно отличается отъ вышеописанныхъ тѣмъ, что онъ широко окрываетъ края разрыва и затѣмъ глубоко разрѣзаетъ наружный жомъ прямой кишки съ каждой стороны копчика. По этому же способу оперируетъ и Parker. Въ послѣднее время и Simon сталъ прибѣгать къ разрѣзу сфинктера.

Что касается матеріала, употребляемаго для швовъ при перинеорафіи, то въ настоящее время почти всѣ шьютъ серебрянными проволоками. Чаще всего накладывается обыкновенная *sutura nodosa*. Гепнеръ накладывалъ 8-образный шовъ и притомъ слѣдующимъ образомъ. Окровачиваніе краевъ раны производится обыкновеннымъ образомъ. Гепнеръ въ послѣднее время накладывалъ свои швы помощью модифицированной имъ иглы, снабженной каналомъ, въ который вдвѣается серебрянная проволока (*pousse fil*). Отступая на  $1\frac{1}{2}$  линіи отъ края раны, иглу вкалываютъ спереди назадъ и, описавъ ею дугу, выводятъ ее въ срединѣ соответственной губы раны, затѣмъ вкалываютъ ее какъ-разъ *vis-à-vis* въ противоположную губу раны. Вытащивъ нитку, мы получимъ фигуру приблизит. слѣд.  $\{$ ; это еще только половина шва; наложивъ вторую половину точно такимъ же образомъ, мы получимъ шовъ, имѣющій совершенно 8-образный видъ. Не на всю промежность Г. накладывалъ подобные швы; въ мѣстахъ, гдѣ напряженіе ткани незначительно, онъ накладывалъ простые швы. Что касается послѣдовательнаго леченія, котораго придерживался Г., то оно существенно состоитъ въ слѣдующемъ. Кишки до операціи онъ опораживалъ помощью слабительнаго и клистировъ и послѣ операціи тогда только назначалъ промывательныя, если имѣлъ дѣло съ прони-



дающимъ разрывомъ. Въ прямую кишку вводится трубка для свободнаго выхода кишечныхъ газовъ, которые становятся перѣдко очень томительными для больныхъ. Кромѣ того, назначаются рукавные души изъ теплой воды. Результаты, полученные Г. при помощи его способа, въ высшей степени благоприятны: изъ 36 оперированныхъ имъ больныхъ совершенно выздоровѣло 30, получили облегченіе 3, умерло 3 и то вслѣдствіе родильныхъ заболѣваній (*erysipelas puerper.*, *septicaemia*).

Въ заключеніе не можемъ не упомянуть о способѣ Нейгебауера. Онъ прокалываетъ чрезъ оба края раны кривую карлсбадскую иглу, на оба конца которой навинчивается по шару изъ слоновой кости. Завинчивая все болѣе и болѣе шары, края раны сближаются очень крѣпко и затѣмъ острый конецъ иглы срѣзается. Такихъ иглъ онъ накладываетъ отъ 4—5. Остающіеся между ними промежутки шиваются простою и поверхностно наложенною *sutura nodosa*.

## ГЛАВА XI.

### Патологія грудныхъ железъ.

Хотя грудныя железы не принадлежатъ собственно къ половымъ органамъ въ тѣсномъ смыслѣ и фунгируютъ только въ извѣстныя опредѣленныя эпохи жизни женщины, тѣмъ не мѣнѣе, вслѣдствіе тѣснаго физиологическаго отношенія ихъ къ половой сферѣ вообще, а главное потому, что онѣ такъ часто подвергаются различнымъ заболѣваніямъ, онѣ имѣютъ важное значеніе въ гинекологіи и мы въ этой главѣ рассмотримъ главнѣйшія патологическія формы, съ которыми гинекологу приходится имѣть дѣло.

Анатомико-физиол. замѣч. Грудныя железы помѣщаются между 3—6 ребрами, занимаютъ почти средину передней поверхности грудной клѣтки и имѣютъ полусферическую форму. Величина ихъ различна и зависитъ отъ различныхъ состояній, въ которомъ находится женскій организмъ, а также отъ расовыхъ и климатическихъ особенностей. Красивыя женскія груди не должны превышать величину обыкновеннаго кулака и притомъ должны быть помѣщены такимъ образомъ, чтобы онѣ не отвисали прямо внизъ, но соски ихъ должны быть обращены нѣсколько въ стороны. Такими мы находимъ груди на лучшихъ скульптурныхъ произведеніяхъ классической древности. Большая или меньшая величина грудей зависитъ отъ числа предшествовавшихъ родовъ и того—сколько разъ данная женщина кормила, главнымъ же образомъ—отъ степени развитія жироваго слоя. Изъ этого не трудно понять, что большія груди сами по себѣ еще нисколько не составляютъ хорошихъ грудей, въ смыслѣ анатомико-физиологическомъ, такъ-какъ при этомъ грудная железа собственно ни причесть. Въ этомъ научаеъ насъ ежедневный опытъ при осмотрѣ и выборѣ кормилицъ: наилучшими изъ нихъ оказываются тѣ, которыя имѣютъ груди средней величины, болѣе сферической формы и плотной консистенціи. Величина грудей, какъ уже упомянуто выше, бываетъ различна, смотря по различнымъ состояніямъ, въ которыхъ находится женщина по отношенію къ половымъ отправленіямъ и дѣторожденію. Временно груди нѣсколько увеличиваются (припухаютъ) при мѣсячныхъ, а иногда

ужь за нѣсколько дней до этого, затѣмъ—во время беременности, въ особенности же 3—4 дня послѣ родовъ. Достигши извѣстнаго maximum'a, груди остаются такими большую часть времени, въ которое женщина кормитъ, и затѣмъ, къ концу этого періода, онѣ начинаютъ уменьшаться въ объемѣ. Вообще говоря, у женщинъ, не фунгировавшихъ еще въ половомъ отношеніи, груди меньше и плотнѣе, чѣмъ у тѣхъ, которыя рожали, и даже только у дефлорированныхъ. Что касается расовыхъ отличій, то все наблюдатели согласны въ томъ, что груди въ этомъ отношеніи представляютъ очень значительныя разновидности. По отношенію къ Европѣ извѣстно, что женщины южныхъ странъ (испанки, итальянки и французенки) отличаются небольшими грудями болѣе круглаго очертанія, у женщинъ же германской и скандинавской расы—груди несравненно больше. По увѣренію М. Мешан'а \*, уроженки Португаліи имѣютъ самыя большія, а Кастильянки наименьшія груди. Русскія женщины, вообще говоря, отличаются большими грудями, но за то довольно трудно встрѣтить груди, соотвѣтствующія вышеустановленному нами идеальному типу: груди у нихъ болѣею частью отвисаютъ внизъ. Вѣроятно на это должно оказывать вліяніе до извѣстной степени народный костюмъ нашихъ женщинъ, а именно—сарафанъ, который застегивается надъ грудями. Особенно большими, отвислыми грудями отличаются женщины полинезійскія и негрятянки.

Величина отдѣльныхъ грудей у каждой женщины не одинакова. До сихъ поръ большинство анатомовъ (Cruveilhier, Hurlt и др.) думали, что лѣвая грудь абсолютно больше правой. Новѣйшія же изслѣдованія Hennig'a \*\*, основанныя на измѣреніяхъ на живыхъ, а также на взвѣшиваніяхъ грудей, экстирпированныхъ на трупахъ, показали, что это не совсѣмъ такъ, какъ думали прежде. Дѣло въ томъ, что преобладаніе лѣвой груди надъ правою замѣчается только у нерожавшихъ, въ то время, какъ у тѣхъ, которыя рожали, отношенія измѣняются и правая грудь становится больше лѣвой. По его же изслѣдованіямъ оказывается, что околососковый кружокъ правой груди абсолютно больше, чѣмъ на лѣвой сторонѣ.

Въ анатомическомъ отношеніи, считая снаружи внутрь, груди состоятъ изъ кожи, очень обильнаго слоя соединительной ткани, фасціи и собственно грудной железы.

Кожа, покрывающая груди, въ высшей степени тонкая и нѣжная, такъ что чрезъ нее обыкновенно просвѣчиваютъ вены. Почти въ центрѣ каждой груди замѣчается отличающійся по болѣе темной окраскѣ околососковый кружокъ (areola),

\* *Hypermastia and Polymastia. The americ. Journ. of obstetrics, 1878, p. 719.*

\*\* Въ высшей степени интересныя изслѣдованія Hennig'a о морфологіи женскихъ грудей обнаружены въ диссертациі ученика его Losber'a: *Ein Beitrag zur Anatomie und Pathologie der weiblichen Brust. Leipzig, 1869.* Дальнѣйшія изслѣдованія о томъ же предметѣ сообщены Hennig'омъ въ *Archiv f. Gynaecologie, 1871, T. II p. 331: Ein Beitrag zur Morphologie der weiblichen Milchdrüse.*

въ срединѣ котораго выдается сосокъ (papilla), отличающійся способностью эригироваться и въ высшей степени чувствительный. Болѣе темная окраска околососковаго кружка обуславливается отложеніемъ въ этомъ мѣстѣ довольно значительнаго слоя пигментныхъ клѣтокъ.

Подкожная соединительная ткань развита очень сильно и совершенно окружаетъ со всѣхъ сторонъ грудную железу. Количество ея однакожь не вездѣ одинаково: она слабѣе развита на задней поверхности железы и представляется очень обильно на передней поверхности ея, т. е. непосредственно подъ кожей.

Фасція (f. superfic.) состоитъ изъ двухъ пластинокъ, изъ которыхъ внутренняя очень тѣсно связана съ заднею поверхностью железы.

Грудная железа, какъ извѣстно, принадлежитъ къ типу грузевидныхъ железъ и состоитъ изъ большаго числа (около 24-хъ) отдѣльныхъ долекъ, изъ которыхъ каждая, въ свою очередь, снова распадается на дольки меньшей величины, составленныя изъ пузырьковъ (vesiculae terminales). Пузырьки эти подобно тому, какъ это замѣчается въ легкихъ, окружены сѣтью волосныхъ сосудовъ и покрыты внутри цилиндрическимъ эпителиемъ. Протоки отдѣльныхъ долекъ, сливаясь вмѣстѣ, образуютъ протоки большей величины (млечныя протоки), которые направляются къ основанію соска, гдѣ они, расширяясь, образуютъ такъ называемыя млечныя пазухи (sinus lactiferi) и затѣмъ, снова суживаясь, открываются на верхушкѣ соска. Въ млечныхъ протокахъ, по изслѣдованіямъ Неніе, находятся продольныя мышечныя волокна.

Что касается сосудовъ грудныхъ железъ, то артеріи ихъ происходятъ изъ трехъ стволовъ: аа. mammaria int., ext. и thoracica; вены вливаются въ одноименные стволы и несравненно большаго калибра, чѣмъ артеріи. Лимфатическіе сосуды находятся въ связи съ лимфатическими железами mediast. ant. и подкрыльцовыхъ впадинъ.

Нервы происходятъ изъ подчелюстныхъ вѣтвей plex. cervic. и brachialis.

Что касается собственно функціи грудныхъ железъ, то, какъ извѣстно, она состоитъ въ выдѣленіи молока, служащаго пищей новорожденному. Мы здѣсь считаемъ излишнимъ ближе разсмотрѣть морфологическія и химическія отношенія молока, такъ какъ это относится непосредственно къ акушерству. Гинеколога собственно интересуютъ въ функціональномъ отношеніи нѣкоторыя явленія со стороны грудныхъ железъ, имѣющія до извѣстной степени клиническое значеніе. Давно извѣстно, что между грудями и собственно половой сферой женщины существуетъ очень тѣсная связь, которая особенно сказывается не только въ извѣстныхъ физиологическихъ переходныхъ эпохи женщины, но также при нѣкоторыхъ патологическихъ состояніяхъ. Грудь не толь-

ко увеличиваются въ объемѣ во время менструальныхъ періодовъ, но особенно при различныхъ аномаліяхъ этого отправления, при страданіяхъ яичниковъ и пр. Дѣло здѣсь не ограничивается только однимъ припуханіемъ железъ, но иногда оно доходитъ до настоящаго отдѣленія молока. Мы указываемъ въ этомъ отношеніи на новѣйшія изслѣдованія *Beigel'a* \* и *Hennig'a* \*\*. Первый наблюдалъ выдѣленіе молока у дѣвственницъ, а второй въ одномъ случаѣ дисменореи, также у субъекта не дефлорированнаго. Непріятныя ощущенія въ грудяхъ, доходящія иногда до болѣе или менѣе значительной боли, наблюдаются при очень многихъ патологическихъ состояніяхъ половой сферы. Наконецъ, разбираемое отношеніе между грудями и половой сферой подтверждается лучше всего глубокими измѣненіями, претерѣваемыми этими органами по прекращеніи половой дѣятельности, т. е. по наступленіи климактерическаго возраста. Измѣненія \*\*\* эти существенно характеризуются суживаніемъ *vesic. terminal.*, омѣлотовреніемъ млечныхъ протоковъ (*Albers*) и атрофіей железистыхъ элементовъ и даже фиброзаго скелета железы (*Henle*).

### 1. Недостатки первоначальнаго развитія грудей.

Очень подробную литературу относительно аномалій первоначальнаго развитія грудей можно найти у *Klob'a* въ его *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane*, p. 482. Мы здѣсь приведемъ только нѣкоторые болѣе интересныя сочиненія: *Flechsig, Dissert. de polymastia s. de foeminis multimammis. Schneeberg, 1839.*—*Schloezer, Ueber die angeborenen Missbildungen der weiblichen Sexualorgane. Erlangen, 1842.*—*Meskel, Illustr. medic. Zeitung, 1852, t. I, p. 142.*—*Deslongchamps, Mem. surnumer. въ Comptes rendus de la société de Biologie, 1853.*—*Scanzoni* въ обработанной имъ 5-й части лекцій *Kiwisch'a*, p. 26.—*Foerster, Missbildungen. Iena, 1861, p. 43. Tab. VIII. Billroth, Die Krankheiten der Brüste, 1879.*

Совершенное отсутствіе грудныхъ железъ до сихъ поръ было наблюдаемо у такихъ плодовъ, которые, вслѣдствіе другихъ важныхъ пороковъ первоначальнаго развитія, оказывались не-жизнеспособными. Если же имѣютъ дѣло съ отсутствіемъ только одной железы, то при этомъ обыкновенно находятъ недостаточное развитіе и въ половой сферѣ одноименной стороны; такъ напр., если недостаетъ лѣвой грудной железы, то при этомъ не оказывается и яичника той же стороны (*Renaudies, Morgagni, Scanzoni*). Въ подобныхъ случаяхъ иногда находятъ кромѣ того важныя аномаліи въ развитіи костей соответствующей половины грудной кѣтки (*Frogier*). Нѣкоторые авторы увѣряли, что совершенное отсутствіе одной изъ грудныхъ железъ наблюдается только у бесплодныхъ женщинъ.

\* *Vorläufige Mittheilung ueber die mikroskopische Zusammensetzung der Milch des Weibes. Virchow's Archiv, Bd. 42, p. 442.*

\*\* *Monatschrift f. Geburtskunde, 1869, p. 327.*

\*\*\* Подробности объ этомъ предметѣ см. у *Kiwisch'a: Das klimakterische Alter der Frauen in physiologischer u. pathologischer Beziehung. Eine Monographie. Erlangen, 1874, p. 93.*

Мнѣніе это однако опровергается многими положительными наблюдениями, по которымъ женщины, одержимыя этимъ недостаткомъ, рожали и, мало того, выкармливали своихъ дѣтей одною грудью, фунгировавшею совершенно нормально. Louzier и Geoffroy — St. Hillair упоминаютъ даже о случаяхъ, гдѣ этотъ недостатокъ былъ **наслѣдственный**.

Рудиментарное состояніе и малый объемъ грудныхъ железъ встрѣчается какъ врожденная аномалія или же приобрѣтается въ послѣдствіи. Въ первомъ случаѣ аномалія эта обыкновенно встрѣчается при какихъ либо другихъ аномаліяхъ половой сферы, у женщинъ съ слабо развитымъ женскимъ типомъ и въ особенности у такъ называемыхъ *viragines*. Кроме того, болѣе или менѣе значительное уменьшеніе объема грудей встрѣчается какъ патологическое состояніе у субъектовъ, страдающихъ глубокимъ разстройствомъ кровотоверенія (хлоро-анемія, скорбутъ), а также и конституциональнымъ сифилисомъ.

Относительно патологическихъ состояній сосковъ мы должны замѣтить, что малые соски составляютъ обыкновенный атрибутъ слабо развитыхъ грудей. Но иногда плохо развитые, очень маленькіе соски наблюдаются при относительно порядочныхъ грудяхъ; обстоятельство это имѣетъ тогда практическую важность, такъ какъ служитъ препятствіемъ къ кормленію. Нѣкоторые авторы, наконецъ, упоминаютъ также о соскахъ не прободенныхъ, т. е. такихъ, въ которыхъ не открываются млечные протоки.

Очень интересную аномалію составляетъ избытокъ грудныхъ железъ — многогрудіе (*Polymastia s. Polymasias*). Женщины съ 4 и 5-ю грудями описываются Hillaire'омъ, Percy, Gorgé и др. Избыточные груди помѣщаются или подъ нормально лежащими грудями, или же близъ подкрыльцовыхъ впадинъ. Въ случаяхъ, гдѣ наблюдаемы были пять грудей, двѣ находились на дюймъ пониже подкрыльцовыхъ впадинъ, а 5-я повыше пупка. Особенный интересъ представляютъ тѣ случаи, въ которыхъ избыточные груди помѣщались на значительномъ разстояніи отъ грудной клѣтки. Такъ, Robert упоминаетъ объ одномъ случаѣ, въ которомъ третья грудная железа помѣщалась на наружной поверхности бедра, а 4-я ниже большого вертела. Мы должны еще прибавить, что въ большинствѣ случаевъ послѣ родовъ всѣ железы отдѣляютъ молоко. Какимъ образомъ объяснить эту странную аномалію? Meskel увѣряетъ, что у каждой женщины существуютъ задатки къ развитію 5-и грудныхъ железъ, а именно: двухъ на передней поверхности грудной клѣтки, двухъ подъ крыльцовыми впадинами и, наконецъ, пятой въ срединной линіи тѣла, а именно пониже пупка. Hennig, въ упомянутыхъ выше изслѣдованіяхъ о морфологіи грудей, упоминаетъ о томъ, что въ большинствѣ случаевъ отъ грудей идутъ два отростка по направленію къ подкрыльцовымъ впадинамъ. Вѣроятно Meskel имѣлъ въ виду именно эти отростки, которые, при совершенно неизвѣст-

ныхъ для насъ эмбриональныхъ условіяхъ, могутъ достигнуть значительной степени развитія.

Къ разсматриваемой же аномаліи относится также избытокъ сосковъ (Polythelia) и притомъ при двухъ только грудныхъ железахъ. Въ высшей степени интересный подобный случай сообщил Haemeus. Дѣло шло о женщинѣ съ двумя грудями, на которыхъ помѣщалось семь сосковъ и притомъ такъ, что на лѣвой груди ихъ было 5, а на правой два. Когда младенецъ сосалъ одинъ какой либо сосокъ, изъ всѣхъ остальныхъ въ одно время выдѣлялось молоко, что очень сильно истощало эту женщину. На основаніи того, что извѣстно намъ изъ гинекологической литературы, нужно принять, что какъ полимастія, такъ и полителія составляютъ въ умѣренныхъ климатахъ въ высшей степени рѣдкое явленіе. По словамъ же Duprèreti полимастія встрѣчается на антильскихъ островахъ очень часто (?).

## 2. Заболѣванія грудныхъ сосковъ.

Библиографія. Старинную литературу см. у Meissner'a, Frauenkrankheiten, T. II, p. 505.—Scanzoni, l. c., p. 147.—Velpeau, Traité des maladies du sein et de la région mammaire, Paris, 1854, p. 8.—Bouchut, Gaz. des hôp., № 34, 35.—Bourdcl, Ibid., № 121.—Hebra, Hautkrankheiten, 1860, p. 357.—Winckel, Monatschrift f. Geburtskunde. Bd. XXVII, p. 345.—Idem, Berlin. Klinische Wochenschr., 1864. № 2; смотри также его Pathologie u. Therapie des Wochenbettes, Berlin, 1866, p. 333.—Scharlau, Berl. klinische Wochenschrift, 1864, p. p. 191, 197.

Заболѣванія грудныхъ сосковъ встрѣчаются до такой степени часто, что по одному этому уже имѣютъ важное практическое значеніе.

а) Erythema papillarium состоитъ въ томъ, что кожа сосковъ, не представляя обыкновенно никакихъ слѣдовъ инфильтраціи, становится красною, причѣмъ, какъ и вездѣ, мы имѣемъ дѣло съ краснотою, исчезающею подъ давленіемъ пальца; сосокъ же при этомъ становится болѣе или менѣе чувствительнымъ и прикосновеніе къ нему болѣзненно.

б) Воспаленіе соединительной ткани (phlegmone) соска характеризуется сильнымъ припуханіемъ его, кожа представляется темновато-синею, температура его возвышена и прикосновеніе къ нему еще болѣе болѣзненно, чѣмъ въ первомъ случаѣ.

с) Изъязвленія сосковъ представляются различно, смотря по глубинѣ ихъ. Собственно изъязвленія (erosiones), т. е. слущиванія кожицы, встрѣчаются на нѣсколькихъ мѣстахъ разомъ величиною съ булавочную головку, или же, сливаясь вмѣстѣ, дѣло можетъ дойти до полнаго слущиванія кожицы на всемъ соскѣ. Пораженный сосокъ представляется насыщенно-краснымъ, мокнущимъ и мѣстами покрывается тонкими корками красновато желтаго цвѣта. — Трещины сосковъ (Fissurae, rhagades papillae) представляютъ уже болѣе глубокія изъязвленія,

занимающія или верхушку, или же основаніе соска. Онѣ бываютъ красноватаго цвѣта и отдѣляютъ серозно-гнойный секретъ. Глубина ихъ обыкновенно не превышаетъ 1—1½ линіи; онѣ покрыты тонкими струпиками, по удаленіи которыхъ трещины нерѣдко кровоточатъ. Изъязвленія, развивающіяся на верхушкѣ сосковъ, углубляясь и сливаясь вмѣстѣ, образуютъ фи-стuleвныя язвы, влекущія за собою иногда заращеніе млечныхъ протоковъ. Состояніе это *Bouchut* назвалъ галактофоритомъ и онъ описалъ случаи, въ которыхъ за этимъ слѣдовала атрофія соответственной грудной железы.

Герпетическая сыпь около-соскового кружка (*herpes areolae*)—не что иное, какъ хроническая экзема (*Winckel*). При этомъ на околососковомъ кружкѣ образуются пузырьки, наполненные свѣтлымъ содержимымъ, которые, лопаясь, покрываются болѣе или менѣе тонкими струпиками. *Winckel* утверждаетъ, что пузырьки занимаютъ только околососковый кружокъ; въ случаяхъ однако, которые наблюдалъ *Scanzoni*, замѣчались пузырьки и на самыхъ железахъ.

Клиническая картина, обусловливаемая вышеупомянутыми патологическими состояніями сосковъ, состоитъ существенно въ большей или меньшей степени болѣзненности, вызываемой кормленіемъ. Боль при этомъ не сосредоточивается только въ одномъ пораженномъ соскѣ, но нерѣдко обхватываетъ всю грудь, а иногда даже распространяется еще дальше, а именно до подкрыльцовыхъ впадинъ. Не всѣ упомянутыя выше пораженія соска вызываютъ лихорадочное состояніе; въ то время, какъ при трещинахъ и болѣе глубокихъ изъязвленіяхъ мы можемъ имѣть дѣло съ довольно высокою температурою,—она болѣею частью вовсе не замѣчается при нѣкоторыхъ другихъ формахъ, напр. при экземѣ. Въ послѣднее время нѣкоторые указывали на то, что температура при разсматриваемыхъ страданіяхъ соска можетъ доходить до 40° (*Winckel*) и даже 42° (! *Scharlau*). Мы никогда не наблюдали ничего подобнаго даже при очень глубокихъ изъязвленіяхъ сосковъ, если они только не были осложнены какимъ либо другимъ, болѣе серьезнымъ родильнымъ заболѣваніемъ. Но если лихорадочныя явленія выступаютъ и не особенно рѣзко, тѣмъ не менѣе больныя при этомъ страдаютъ все таки очень сильно: онѣ лишаются аппетита и сна, становятся въ высшей степени раздражительными и съ ужасомъ думаютъ о минутѣ, когда имъ приходится прикладывать ребенка. Помимо всего этого, описанныя нами страданія сосковъ важны еще въ томъ отношеніи, что они иногда ведутъ къ совершенному обезображенію ихъ, а нерѣдко подаютъ также поводъ къ болѣе серьезнымъ страданіямъ груди, а именно—воспалительнымъ формамъ.

Что касается причинъ, обусловливающихъ разсматриваемыя страданія сосковъ, то уже въ нѣжности и тонкости покрывающей ихъ кожи дано много условій для ихъ заболѣванія. Къ этому



нужно прибавить еще индолентность и безпечность беременных, которыя до родовъ вовсе не заботятся большею частью о состояніи грудей. Пораженія сосковъ развиваются обыкновенно въ теченіи первыхъ 4 — 10 дней *post partum*; нерѣдко однако намъ приходилось видѣть трещины и проч. уже послѣ первыхъ 2 — 3 прикладываній младенца. Многіе увѣряютъ, что пораженія сосковъ чаще встрѣчаются у перво-рождающихъ, чѣмъ у тѣхъ, которыя уже рожали по нѣскольку разъ. Мои личныя наблюденія совершенно сходятся съ наблюденіями Winkela, а именно, что въ этомъ отношеніи многорождающія не имѣютъ никакого преимущества предъ перворождающими. Важную роль въ этиологическомъ отношеніи играютъ извѣстныя качества самихъ сосковъ, а именно — слишкомъ малые размѣры ихъ. Затѣмъ мы должны упомянуть о злоупотребленіи млечныхъ насосовъ и прижатіи сосковъ корсетами (Bouchut) и пр. Нѣкоторые авторы утверждали, что трещины сосковъ вызываються будто-бы чрезвычайной остротой (?) слюны младенца и въ особенности молочницей (*stomatitis aphthosa*). Последнее утверждалъ въ особенности Rossi (въ 1825 г.), основываясь, какъ онъ говоритъ, на значительномъ числѣ наблюденій. Мнѣніе это однако опровергается ежедневнымъ опытомъ, доказывающимъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ ротъ младенца не представляетъ при этомъ ни малѣйшихъ патологическихъ явленій, или же, если послѣднія бываютъ, то трещины имъ предшествовали за болѣе или менѣе долгое время\*.

Леченіе. Когда мы имѣемъ дѣло съ эритемой и воспаленіемъ соединительной ткани (*phlegmone*) соска, то регулируемъ прежде всего надлежащимъ образомъ кормленіе грудью, т. е. нужно по возможности рѣже прикладывать ребенка къ больному соску, чтобы избѣжать раздраженія его. Затѣмъ заботятся о чистомъ содержаніи больнаго соска, что достигается прилежными обмываніями тепловатой водой. Волѣзненность унимается компрессами, смазываемыми свинцовой водой. При поверхностныхъ изъязвленіяхъ и не очень глубокихъ трещинахъ назначаютъ слабыя растворы различныхъ вяжущихъ, какъ то: *nitr. arg.* (gr. V на  $\mathfrak{zj}$ ), таннинъ (gr. X на  $\mathfrak{zj}$ ), сѣрнокислый цинкъ (gr.  $\mathfrak{jjj}$ —V на  $\mathfrak{zj}$ ) и пр. Какъ при болѣе глубокихъ изъязвленіяхъ соска, такъ и при трещинахъ очень часто назначаютъ смазываніе ихъ бальзамическими веществами, а именно *bals. peruv.* и *soraiiv.* ( $\mathfrak{zj}$  на  $\mathfrak{zj}$  Glycer). Большинство авторовъ очень выхваляетъ эти средства; мы же можемъ сказать только то, что они въ началѣ нѣсколько уменьшаютъ боль, но затѣмъ дѣйствіе ихъ очень сомнительно. При глубокихъ ссадинахъ и трещинахъ, окружающихъ сосокъ въ видѣ ободка и какъ

\* Впрочемъ, на соскахъ могутъ культивироваться и дѣйствительно встрѣчаются растительные паразиты различнаго рода: бактеріи, *oidium lactis* и проч. Они не только не всегда переносятся сюда младенцемъ, но на оборотъ, съ сосковъ переходятъ на него самаго (Betschler, Girelli, Delpière). Подробности относительно этого см. у Hausman'a Die Parasiten der Brustdrüse. Berlin, 1873, p. p. 1—13.

бы подрывающихъ его, я постоянно назначаю холодъ и коль скоро болѣзненность хотя нѣсколько только унялась, то немедленно прибѣгаю къ прижиганію трещинъ азотно-кислымъ серебромъ in subst. Прижиганіе въ этомъ случаѣ иногда чрезвычайно болѣзненно, но за то оно дѣйствуетъ очень вѣрно и надежно.

Мы ужъ выше упомянули о томъ, что кормленіе при трещинахъ въ высшей степени болѣзненно, а потому было придумываемо множество снарядовъ съ цѣлю защитить сосокъ—такъ называемыя сосковыя шалочки. Онѣ приготавливаются чаще всего изъ каучука. Шалочки эти однако очень рѣдко достигаютъ цѣли. Лучше всего вовсе не прикладывать младенца къ больному соску и воспользоваться этимъ промежуткомъ для того, чтобы заживить изъязвленія. Въ это время нужно прилежно опоражнивать больную грудь, выжимая изъ нея почаще молоко, или же осторожно отсасывая его помощью насоса. Если поражены оба соска и они упорно не поддаются вышеизложенной терапіи, то лучше всего посоветовать бросить кормленіе, такъ какъ въ противномъ случаѣ кормящая напрасно измучается и все-таки должна будетъ оставить кормить, потому что дѣло въ этихъ случаяхъ раньше или позже оканчивается образованіемъ нарывовъ въ грудныхъ железахъ.

Если простыя трещины сосковъ, достигнувъ сколько-нибудь значительной глубины, иногда очень упорно противустоятъ терапіи, то въ особенности это должно сказать насчетъ экземы ихъ. Еслибы упомянутыя язвущія не принесли желаемой пользы, то можно еще испытать смазываніе больныхъ поверхностей мазью изъ охуd. zinci съ ol. cadinum, а въ крайнихъ случаяхъ нужно прибѣгнуть, по совѣту Гейбры, къ прижиганію ихъ сулемой (gr. v на ʒi) или же ѣдкимъ кали (ʒi на ʒij).

Нѣтъ почти ни одного гинеколога, который бы не имѣлъ своего средства противъ сосковыхъ трещинъ, ссадинъ и т. д. Вслѣдствіе-то этого ихъ извѣстно въ практикѣ очень много. Мы упомянемъ здѣсь главнымъ образомъ только о тѣхъ, которыя пользуются особенно извѣстностью.

Присыпки изъ различныхъ веществъ (pulv. lycopodii, крахмалъ, каломель и пр.) составляютъ очень старинное средство и еще въ послѣднее время снова было рекомендуемо Velreau. Что присыпки, изъ чего бы онѣ ни состояли, вообще не рациональны,—не требуютъ особенныхъ доказательствъ, такъ-какъ присыпаемое вещество, соединяясь съ жидкостью, образуетъ однородное тѣло, постоянно и сильно раздражающее большую поверхность.

Velreau же выхваляетъ смазываніе трещинъ такъ-называемымъ самаританскимъ бальзамомъ, т. е. смѣсью изъ масла и краснаго вина. Извѣстная примочка А. Соорегъа состояла изъ буры (4 ч.), спирта (15 ч.) и воды (90 ч.).

Коллодій былъ предлагаемъ очень многими per se, или же съ клещевиннымъ масломъ и скипидаромъ (Legroux). Вскорѣ послѣ того, какъ больная сосокъ смазывается коллодіемъ, боли дѣйствительно уменьшаются на нѣкоторое время, но послѣ онѣ бывають еще сильнѣе.

Росный ладанъ (Acid. benzoicum) предложенъ былъ Bougdel'emъ и Anselmauer'омъ. Его употребляютъ въ видѣ примочки, или же присыпки. Мы ни разу не прибѣгали къ этому средству и потому ничего не можемъ сказать относительно его пользы въ этихъ случаяхъ.

Greuser убѣждаетъ, что лучшее средство противъ трещинъ грудныхъ

сосковъ—с л и в и. Въ послѣднее время я въ нѣсколькихъ случаяхъ, гдѣ обыкновенныя вѣжущія не принесли никакой пользы, а больныя между тѣмъ болясь прижиганія, съ успѣхомъ употребили t-ram kino въ соединеніи съ laud. Sydenh.: t-ae kino ℞j, Aq. com. ℞iv, laud. Sydenh. ℞j. Кстати мы считаемъ пужнымъ здѣсь замѣтить, что различныхъ вѣжущихъ (какъ-то: свинцовыхъ препаратовъ и пр.), а также наркотическихъ, употребленныхъ мѣстно, нечего болясь по отношенію къ младенцу: нужно только каждый разъ, предъ прикладываніемъ его, тщательно обмывать больной сосокъ. Что касается, наконецъ, упомянутыхъ выше сосковыхъ шапочекъ, то ихъ также извѣстно очень большое число. Простой народъ нерѣдко употребляетъ коровій сосокъ; во Франціи большою извѣстностью пользовались искусственныя соски M-me Breton, Râques'a и др.

### 3. Воспалительныя формы грудныхъ железъ.

Относительно литературы смотри сочиненія, приведенныя Sub 2.

Мы различаемъ въ этомъ случаѣ: воспаленіе собственно кожи груди и подкожной соединительной ткани, окружающей железу, воспаленіе поджелезистой соединительной ткани и, наконецъ, воспаленіе самой железы.

а) Рожистое воспаленіе кожи груди (Erysipelas mammae) характеризуется, какъ и вездѣ, извѣстными явленіями, т. е. кожа становится насыщено-красной, или же кирпичнаго цвѣта, окрашеніе это исчезаетъ при давленіи пальцемъ и рѣдко бываетъ сплошное. При этомъ бываетъ обыкновенно довольно значительная боль. Рожистое воспаленіе можетъ или разрѣшиться, или же перейти въ воспаленіе подкожной кѣлѣчатки (phlegmone), причѣмъ пораженная грудь представляется напряженною и болѣе или менѣе припухшею. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ при этомъ наблюдается и пораженіе лимфатическихъ сосудовъ, характеризующееся извѣстными явленіями (Lymphangoitis).

Какъ простое рожистое воспаленіе, такъ и phlegmone, съ лимфангоитомъ или безъ него, причиняютъ очень сильныя боли и сопровождаются довольно сильными лихорадочными явленіями; особенно больныя сильно страдаютъ, когда дѣло доходитъ до нагноенія, т. е. при phlegmone, тянущагося иногда цѣлыя недѣли, такъ какъ нерѣдко, по прекращеніи въ одной груди, воспаленіе обнаруживается въ другой. Одновременное появленіе рожистаго воспаленія; а также и phlegmone на обѣихъ грудяхъ разомъ принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ.

Относительно причинъ разсматриваемыхъ патологическихъ состояній, большинство авторовъ согласны въ томъ, что онѣ бываютъ большею частью мѣстныя: сюда относятся простуда, ударъ и другія травматическія вліянія; въ особенности же важную роль играютъ въ этомъ случаѣ описанныя выше патологическія измѣненія сосковъ, т. е. ссадины, трещины и пр.

Предсказаніе при простомъ рожистомъ воспаленіи груди благопріятно, такъ-какъ оно разрѣшается, относительно, довольно скоро (въ теченіе 1—2 недѣль). При флегмонозномъ же воспаленіи предсказаніе ужъ болѣе серьезно, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣютъ дѣло съ обширнымъ некрозомъ соединительной ткани

(erysipelas gangraenosa). Въ подобныхъ случаяхъ дѣло можетъ дойти до совершенной атрофіи железы, а иногда оно оканчивается даже смертью, какъ видно изъ нѣкоторыхъ наблюдений, приводимыхъ Veilreau.

Въ одномъ случаѣ, который мы наблюдали въ госпитальной практикѣ, мы имѣли дѣло съ phlegmone лѣвой груди у беременной въ концѣ 7-го мѣсяца: phlegmone прошла черезъ всѣ свои фазы, т. е. абсцедированіе въ различныхъ мѣстахъ железы, затѣмъ воспалительный процессъ обхватилъ соединительную ткань, окружающую железу (paramastitis) и наконецъ дѣло дошло до нагноенія самой железы (mastitis parenchymatosa). Абсцессы были вскрываемы при первой возможности и затѣмъ проведено нѣсколько дренажныхъ трубокъ. Несмотря на постоянно очень высокія температуры (наивысшія 40,7), больная эта донесла до нормальнаго срока и родила живаго младенца. Въ послѣдніе дни беременности ко всему этому присоединился еще плевритъ пораженной стороны. Воспалительный процессъ груди окончился только черезъ 5-ть недѣль послѣ родовъ и пораженная грудь совершенно пропала, атрофировалась (phthisis mammae auct.). На 4 день послѣ родовъ въ правой груди показался довольно значительный наплывъ молока, исчезнувшій однако дня черезъ два и эта грудь осталась здоровою.

Леченіе. Если дѣло ограничивается только рожею покрововъ, то, какъ извѣстно, въ этихъ случаяхъ прежде совѣтуютъ смазывать пораженную грудь маслянистыми веществами (ol. camphor. и пр.) и покрывать ее тщательно ватою. Мы уже давно убѣдились въ несостоятельности сухой теплоты вообще при рожахъ и въ настоящее время вездѣ прибѣгаемъ къ методическому употребленію холода или же, по крайней мѣрѣ, влажной теплоты (согрѣвающіе компрессы). Ничто такъ не унимаетъ боль, какъ холодъ. Больныя, вслѣдствіе укоренившихся предубѣжденій, боящіяся сначала холода, вскорѣ убѣждаются въ благопріятномъ дѣйствиіи его и затѣмъ просятъ, чтобы почаще мѣняли компрессы. При высокой температурѣ назначаемъ, кромѣ того, внутрь какую-нибудь среднюю соль и лимонадъ изъ ac. muriaticum. Если воспаленіе переходитъ на подкожную соединительную ткань, то совершенно напрасно было бы пытаться разрѣшить его, какъ нѣкоторые совѣтуютъ, приставленіемъ пиявокъ вокругъ пораженнаго мѣста. И здѣсь мы въ началѣ прибѣгаемъ къ холоду, какъ средству болеутоляющему и понижающему температуру; когда же начинаетъ замѣчаться наклонность къ нагноенію, то содѣйствуемъ созрѣванію нарывовъ прикладываніемъ припарокъ и затѣмъ, при первой возможности, вскрываемъ нарывы. При глубокихъ и обширныхъ флегмонахъ, когда дѣло даже еще не дошло до нагноенія, лучше всего укорачиваютъ теченіе болѣзни глубокіе разрѣзы, дѣлаемые въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ болѣе рѣзко выступаетъ инфильтрація клѣтчатки. При обширныхъ нагноеніяхъ могущественное средство составляетъ—дренажъ. Силы большой поддерживаются питательной діетой, виномъ, хининомъ и т. п.

b) Воспаленіе поджелезистой соединительной ткани (Paramastitis) встрѣчается рѣдко какъ первичное страданіе, чаще же всего—вторичнымъ образомъ, вслѣдствіе различ-

ныхъ причинъ, какъ-то: каріознаго пораженія реберъ, плеврит. эксудата и т. п. Клиническія явленія, характеризующія эту патологическую форму груди, состоятъ въ слѣдующемъ: въ самомъ началѣ, даже и тогда, когда боли выражены уже очень сильно, общіе покровы нисколько не становятся красными, а представляются только напряженными; такъ-какъ воспаление начинается позади железы, то эта послѣдняя отодвигается впередъ и, когда дѣло дошло до нагноенія, то при изслѣдованіи получается ощущеніе, что железа лежитъ какъ-бы на эластической подкладкѣ. Боль ощущается очень глубоко и усиливается при каждомъ движеніи одноименной рукой. Пораженная грудь очень скоро начинаетъ увеличиваться въ объемѣ и притомъ такъ сильно, что иногда, по прошествіи 1—2 дней, она становится вдвое больше противъ нормальнаго. Хотя нагноеніе наступаетъ обыкновенно довольно скоро (дня черезъ 3—5), но очень рѣдко можно констатировать явственно зыбленіе. Характернымъ явленіемъ парамастита должно считать отеочное кольцо, окружающее всю железу. Нерѣдко нагноеніе происходитъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ разомъ. Механизмъ происхожденія и анатомическія отношенія разсматриваемыхъ здѣсь нарывовъ превосходно изложены Giraldès'омъ въ статьѣ его: *Les abcès de la mammelle*, *Gaz. des hôp.* 1854, № 146. По Giraldès'у, часть *fasc. pectoralis*, покрывающей грудную железу (его *lig. suspensor. mammae*), состоитъ изъ двухъ пластинокъ, изъ которыхъ одна прикрѣпляется къ краю железы, другая же опускается позади ея и образуетъ такъ-называемый имъ *loge sous-mammaire*, въ которой очень много лимфатическихъ сосудовъ. Воспаленіе лежащей здѣсь соединительной ткани и подаютъ поводъ къ образованію разсматриваемыхъ нами нарывовъ (*abcès sous-mammaires*).

Парамаститъ, вообще говоря, составляетъ очень серьезное страданіе не только вслѣдствіе сопровождающихъ его сильныхъ болей и высокой температуры, но и по тѣмъ важнымъ послѣдствіямъ, которыя онъ можетъ повлечь за собою. Если очень долго медлить вскрытіемъ нарыва, то гной можетъ проложить себѣ дорогу внизъ—въ животъ, или же вверхъ—въ шейную область, а также вызвать воспаленіе плевры и пр. Гной можетъ проложить себѣ дорогу также и чрезъ железу, причѣмъ эта послѣдняя также нагнаивается. Такъ-какъ въ этомъ послѣднемъ случаѣ мы получаемъ два нарыва—одинъ въ железнѣ, а другой въ лежащей подъ нею соединительной ткани, то оба нарыва имѣютъ въ срединѣ какъ бы перехватъ. Это такъ называемый *abcès à bouton de chemise* французскихъ авторовъ.

Леченіе. И здѣсь, какъ при изложенной выше формѣ, совѣтовали заблаговременно прибѣгать къ приставленію пьивокъ и теплымъ припаркамъ; внутрь же давать каломель, *tart. stib.* и пр. Такъ-какъ парамаститъ постоянно переходитъ въ нагноеніе, то всѣ попытки разрѣшить его, т. е. не доводить дѣло до нагноенія, окажутся бесполезными. Поэтому ограничиваемся методи-

ческим употребленіем холода и затѣмъ, при первой возможности, нужно стараться проложить гною путь наружу. Но это вовсе не такая легкая задача, какъ кажется на первый взглядъ. Мы ужъ выше упомянули о томъ, что при парамаститѣ, какъ бы онъ обширенъ ни былъ, почти никогда не удается констатировать явственное зыбленіе. Поэтому, если прошло нѣсколько дней отъ начала болѣзни и клиническія явленія указываютъ на то, что нагноеніе должно было ужъ произойти,—дѣлаемъ большой разрѣзъ кнаружи отъ нижняго края железы. Выхожденію гноя способствуютъ, нажимая на верхнія отдѣлы груди. Затѣмъ вкладываютъ турунды, чтобы мѣшать зарощенію отверстія и, въ случаѣ образованія фистулезныхъ ходовъ, накладываютъ сжимающую повязку. Если бы эта послѣдняя не принесла желаемой пользы, то впрыскиваютъ раздражающія жидкости или же, наконецъ, лучше прибѣгаютъ къ дренажу. Еслибъ и этимъ путемъ не удалось залечить фистулезные ходы, то ничего болѣе не остается какъ чрезъ наружное отверстие свища сдѣлать разрѣзъ всей нижней поверхности железы (Hey, Velpeau).

с) Воспаленіе паренхимы грудной железы.

Библиографія. Bertuch, Casper's Wochenschrift, 1840, № 31 и 32.—Kiwisch, Prager Vierteljahrschrift, 1844, I. 4.—Pétréquin, Journal de Toulouse, 1845, Juillet.—Bérard, Diagnostic différentiel des tumeurs du sein. Paris, 1847.—Chassaignac, Gaz. medic. de Paris, 1855.—Meissner, Prager Vierteljahrschrift, 1857, XIV. I.—Fano, L'Union medicale, 1859, № 14.—Seiffert, Prager Spitalzeitung, 1862, № 44—47.—Bartscher, Monatschrift. f. Geburtsk., TXXVII, p. 143.—Martin-Scharlau, Berl. klinische Wochenschr., 1864, I, p. 192.—Klob, Op. cit., p. 511.—W. Nunn, Transactions of the obstetr. society of London, Vol III, p. 197.—Winckel, Op. cit 343.

Воспаленіе можетъ обхватить или всю железу, или же только отдѣльныя дольки ея (mastitis parenchymatosa lobularis); но какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ анатомическія явленія будутъ одинаковы и разница только по отношенію къ обширности воспаленія. Пораженные части железы представляются въ началѣ твердыми, образуютъ неровныя, бугристыя припухлости, переполненные молокомъ; ткань железы представляется сильно гиперемированною и сочною. При этомъ въ отдѣльныхъ доляхъ замѣчаются иногда небольшія кровоизвліянія. Исходнымъ пунктомъ воспаленія бываютъ обыкновенно стѣнки млечныхъ каналовъ, затѣмъ оно переходитъ на пузырьки и очень скоро ведетъ къ нагноенію. Klob увѣряетъ, что нагноеніе всегда начинается въ соединительной ткани. Когда нагноеніе обхватываетъ междольчатую соединительную ткань, то формируется нарывъ въ грудной железе, открывающійся обыкновенно наружу не однимъ, а нѣсколькими отверстиями. Полость нарыва всегда представляется неровною, шероховатою и синуозною. Въ гноѣ, изливающимся наружу, иногда замѣчаются большіе или меньшіе омертвѣвшіе куски паренхимы железы.

Въ пораженной груди начинаютъ замѣчаться отдѣльныя за-

твердѣнія, которыя при дотрагиваніи къ нимъ очень чувствительны. Затвердѣнія могутъ быть очень обширны, между тѣмъ какъ покрывающая ихъ кожа остается еще нормально. Боли при этомъ обыкновенно очень сильны и нерѣдко доводятъ больныхъ до очень сильной раздражительности, совершенно лишая ихъ сна и аппетита. Съ увеличеніемъ затвердѣній кожа начинаетъ краснѣть, железы подъ мышкой припухаютъ и движенія рукою становятся болѣзненны. Начало нагноенія характеризуется усиленіемъ болей и появленіемъ болѣе или менѣе продолжительнаго озноба; кожа краснѣетъ все болѣе и болѣе, становится затѣмъ синеватою, истончѣвается и наконецъ дѣло оканчивается вскрытіемъ нарыва. Чѣмъ ближе къ общимъ покровамъ лежитъ воспаленное мѣсто паренхимы железы, тѣмъ упомянутыя явленія обнаруживаются скорѣе. Въ противномъ случаѣ, нагноеніе въ железнѣ должно сначала вызвать нагноеніе въ лежащемъ надъ нею болѣе или менѣе толстомъ слое соединительной ткани. Нарывъ, какъ уже упомянуто выше, открывается обыкновенно очень небольшими отверстіями, которыя имѣютъ наклонность заростать; поэтому подлѣ перваго показываются векорѣ другія отверстія. Съ вскрытіемъ абсцесса боли обыкновенно утихаютъ и температура падаетъ; но большею частью это бываетъ не надолго, такъ какъ, по прошествіи большаго или меньшаго промежутка времени, дѣло опять доходитъ до нагноенія въ другомъ мѣстѣ железы, причемъ снова начинаютъ выступать упомянутыя выше явленія, т. е. боли, ознобы и возвышенная температура. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ замѣчается нагноеніе въ паренхимѣ обѣихъ железъ разомъ. Обыкновенно бываетъ такъ, что, по заживленіи нарыва (гесп. нарывовъ) въ одной груди, начинаютъ образовываться нарывы въ другой.

Те ченіе паренхиматознаго мастита поэтому довольно продолжительное и онъ тянется обыкновенно по нѣскольку недѣль. Что касается исходовъ его, то они могутъ быть различны, смотря по отношенію абсцесса къ сосѣднимъ частямъ, а также и величинѣ его. Въ большинствѣ случаевъ, по прошествіи нѣсколькихъ недѣль, дѣло оканчивается обыкновенно благополучно, нагноеніе оканчивается и въ пораженной груди остаются болѣе или менѣе обширные рубцы. Выаютъ однако и такіе случаи, что дѣло принимаетъ болѣе серьезный оборотъ, а именно, нагноеніе затягивается очень долго и дѣло можетъ дойти до гноянаго зараженія крови. Въ еще болѣе рѣдкихъ случаяхъ гной прокладываетъ себѣ дорогу черезъ заднюю пластинку фасціи, покрывающей грудную железу, вызываетъ періоститъ и некрозъ реберъ, или даже можетъ излиться въ плевру (pleuritis purulenta). Неблагоприятнымъ исходомъ должно считать также и то, когда нарывъ прободаетъ стѣнку млечныхъ каналовъ и образуется молочный свищъ и изъ гнойной полости вмѣстѣ съ гноемъ выдѣляется молоко. Кромѣ того, въ мѣстѣ нагноенія паренхимы железы остаются затвердѣнія различной величины (т. н. молоч-

ные узлы—*nodi lactei*), происходящая оттого, что разросшаяся соединительная ткань атрофирует совершенно часть паренхимы, изолируя ее от остальных здоровых частей железы. Въ этихъ узлахъ находятъ расширенныя млечныя каналы. Подобное затвердѣніе железы съ изчезаніемъ элементовъ ея ведетъ къ атрофіи органа, сопровождающейся иногда сильными болями: *atrophia mammae dolorosa* по Wernher'у. Авторъ этотъ сравниваетъ это состояніе съ циррозомъ печени и называетъ его прямо *cyrrosis mammae*.

Этіологія. Прежде нѣкоторые приписывали особенное значеніе въ этомъ отношеніи тѣлосложенію, различнымъ худосочіямъ (золотуха и пр.) и т. д. Что это не такъ,—не требуетъ особенныхъ доказательствъ, такъ-какъ ежедневный опытъ убѣждаетъ насъ въ томъ, что нарывы грудной железы не падятъ никакого тѣлосложенія. Одинъ этиологическій моментъ, не подлежащій сомнѣнію, состоитъ въ томъ, что паренхиматозный маститъ почти исключительно встрѣчается только у беременныхъ и въ особенности же послѣ родовъ. Такъ на 174 случая паренхиматознаго мастита, приводимыхъ Nunn'омъ и Th. Bryant'омъ, 137 приходится на періодъ кормленія грудью, 9 во время беременности и только 28 случаевъ были наблюдаемы внѣ беременности. Что касается того, у кого чаще встрѣчаются нарывы грудной железы: у тѣхъ ли, которыя кормятъ, или нѣтъ?—то, по нашему мнѣнію, они положительно чаще бывають у кормящихъ грудью. Хотя Scanzoni, велѣдъ за Kiwisch'емъ, утверждаетъ противное, тѣмъ не менѣе оно опровергается данными, приводимыми большинствомъ наблюдателей (Martin, Winkel и др.). Winkel увѣряетъ, что, по его наблюденіямъ, паренхиматозный маститъ одинаково встрѣчается какъ у перворождающихъ, такъ и у тѣхъ, которыя рожали по нѣскольку разъ. Я же пришелъ совершенно къ другому результату и несравненно чаще встрѣчалъ паренхиматозный маститъ у перворождающихъ. Изъ непосредственныхъ причинъ воспаленія грудной железы указывали прежде, да и до сихъ поръ, въ особенности на быстрое прекращеніе выдѣленія молока, напр. на внезапное отниманіе отъ груди и пр. При этомъ объясняли себѣ патогенію мастита такимъ образомъ, что молоко, застаиваясь въ млечныхъ протокахъ, раздражаетъ ихъ, а это раздраженіе, въ свою очередь, ведетъ къ маститу. Нельзя не согласиться съ Martin'омъ, Bartuch'омъ и Winkel'емъ, что причина эта нисколько не подтверждается на дѣлѣ. Обыкновенно, и это подтверждается прямыми клиническими наблюденіями, паренхиматозный маститъ составляетъ послѣдствіе первоначальнаго пораженія элементовъ соединительной ткани сосковъ: трещинъ, ссадинъ и пр. Паренхиматозный маститъ былъ наблюдаемъ также послѣ различныхъ травмъ и простуды. Относительно времени послѣ родовъ, маститъ чаще всего наблюдается въ первый мѣсяцъ и притомъ преимущественно по прошествіи первыхъ двухъ недѣль



(Nunn, Winkel). Оттого то маститы такъ рѣдко наблюдаются въ родильныхъ домахъ, такъ-какъ родильницы обыкновенно выписываются гораздо раньше этого срока. По мнѣнію большинства авторовъ, обѣ груди одинаково часто поражаются паренхиматознымъ маститомъ; Seyffert утверждалъ, что это чаще наблюдается въ лѣвой груди. Gibb увѣряетъ, что въ поздніе періоды кормленія грудью паренхиматозный маститъ можетъ развиваться оттого, что въ молоко происходятъ нѣкоторыя химическія измѣненія, вслѣдствіе которыхъ сахарное броженіе, подавая поводъ къ развитію вибрионовъ, вызываетъ сильное раздраженіе въ железнѣ, могущее повести къ нагноенію.

Въ заключеніе сказаннаго нами объ этиологическихъ моментахъ, обусловливающихъ разсматриваемую патологическую форму, намъ остается еще упомянуть о томъ, что, по Рокитанскому, воспаленіе грудной железы можетъ развиваться метастатическимъ путемъ во время теченія тяжелыхъ родильныхъ заболѣваній. Эта форма мастита принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ и въ литературѣ до сихъ поръ извѣстна только нѣсколько отдѣльныхъ подобныхъ случаевъ.

Леченіе. Профилактика при начинающемся паренхиматозномъ маститѣ играетъ не маловажную роль. Коль скоро замѣчаютъ, что въ пораженной груди начинаютъ появляться болѣзненные узлы, ощущеніе тяжести и пр., то нужно приличною повязкою устранить отвисаніе груди и стараться объ исправномъ опоражниваніи молока, прикладывая почаще ребенка, или же отсасывая молоко помощью насосовъ.

Вообще, на счетъ кормленія при mastitis parenchymatosa нужно замѣтить, что мы не отсовѣтываемъ кормленія до тѣхъ поръ, пока не обнаружилось еще нагноеніе. Затѣмъ назначаемъ примочки изъ теплов. Aq. Goular. и какое нибудь слабительное. Если не удается разрѣшить болящіе узлы, то они навѣрно переходятъ въ нагноеніе и въ этомъ случаѣ мы содѣйствуемъ созрѣванію ихъ помощью припарокъ. Обыкновенно приходится употреблять ихъ въ теченіи 1—2 сутокъ. Коль скоро нагноеніе развилось до извѣстной степени, то дѣлаемъ въ надлежащемъ мѣстѣ разрѣзъ, причемъ этотъ послѣдній долженъ быть величиною по крайней мѣрѣ въ 1" для того, чтобы гной могъ свободно вытекать наружу. Послѣ того, какъ разрѣзъ сдѣланъ, задача состоитъ въ томъ, чтобы вызвать спаденіе гнойной полости. Для этой цѣли всѣ почти безъ исключенія предлагаютъ прибѣгать къ наложенію по правиламъ десмургіи крахмальной повязки (suspenzor. tamponé). При наложеніи сжимающей навязки вырѣзываютъ окошко въ томъ мѣстѣ, которое соотвѣтствуетъ наружному отверстию нарыва, для свободнаго скота гноя. Обыкновенно уже черезъ дня два, а иногда и раньше приходится возобновлять повязку, такъ какъ она, по мѣрѣ спаденія груди, болѣе или менѣе ослабѣваетъ. Изъ всѣхъ авторовъ, писавшихъ о паренхиматозномъ маститѣ, Kiwisch въ особенности выхваляетъ сжимающую

крахмальную повязку и уже до барона Seutin'a обнаруживать свои наблюдёнія по этому поводу. Seyffert также принадлежалъ къ числу приверженцевъ сжимающей повязки и для этой цѣли прибѣгалъ просто къ двумъ косынкамъ, перекрещивающимся на большой груди. M. Clintock замѣняетъ крахмальную повязку ленточками липкаго пластыря, которыя циркулярно накладываются на всю грудь, начиная снизу. Во всѣхъ встрѣтившихся намъ случаяхъ мы прибѣгали къ простой повязкѣ Seyffert'a, такъ какъ накладываніе крахмальной повязки хлопотливо и, кромѣ того, должно быть столь же часто возобновляемо, какъ и накладываніе самой простой повязки. Chassaing \* помощью сжимающей повязки, накладываемой на всю грудную клѣтку, имѣетъ въ виду достигнуть скорого заживленія нарывовъ *peripneumoniae* и увѣряетъ, что это имѣло мѣсто въ одной пятой всѣхъ его случаевъ. Veit однако своими наблюдёніями нисколько не подтверждаетъ этого. Съ сжимающею цѣлью было предлагаемо (Latomour, Sprengler и др.) также смазываніе всей груди коллодіемъ. По наблюдёніямъ однихъ (Veit) способъ этотъ болѣзненъ, а по другимъ (Winckel), наоборотъ, къ нему можно прибѣгать съ пользою, хотя, впрочемъ, они сознаются, что коллодій производитъ трещины, изъязвленія и пр.

Если нагноеніе продолжительно и гнойная полость не показываетъ склонности къ заживленію, то, кромѣ сжиманія большой груди, мы способствуемъ этому впрыскиваніями въ гнойникъ растворовъ азотнокислаго серебра, а въ крайнемъ случаѣ прибѣгаемъ къ дренажу. Последнее средство, по нашему мнѣнію, заслуживаетъ серьезнаго вниманія, такъ какъ помощью его скорѣе всего можно достигнуть желаемой цѣли и, кромѣ того, предотвратить затеканіе гноя.

Когда, по прекращеніи нагноенія, остаются затвердѣнія въ пораженной железѣ, то для разрѣшенія ихъ, кромѣ сжимающей повязки, употребляютъ различныя средства. Первое мѣсто въ этомъ отношеніи занимаетъ іодъ, внутрь и снаружи. Въ послѣднее время Bartscher очень сильно выхвалялъ это средство, такъ какъ оно, по его наблюдёніямъ, могущественно дѣйствуетъ на прекращеніе отдѣленія. Нѣкоторые изъ англійскихъ гинекологовъ (Harley, Braxton-Hicks, Tyler Smith и др.) прибѣгаютъ по преимуществу къ наружному употребленію белладонны. Различныя ртутныя препараты прежде были здѣсь въ большомъ ходу. Nunn увѣряетъ, что ему удавалось разрѣшать затвердѣнія железы помощью электричества. Мы въ этихъ случаяхъ чаще всего прибѣгаемъ къ препаратамъ іода, а въ случаѣ болѣзненности узловъ покрываемъ ихъ отъ времени до времени цикутиннымъ пластыремъ (*Emp. cicutaе, empr. melil. aa.*).

Еще очень недавно въ началѣ паренхиматознаго мастита нѣкоторые соѣтовали прибѣгать къ мѣстному кровопроизвлеченію помощью пиявокъ, представ-

\* *Gaz. médic. de Paris, 1855, № 3.*

лявшихся кругомъ болящаго мѣста. Въ настоящее время къ пиявкамъ въ этомъ случаѣ никто болѣе не прибѣгаетъ. Въ особенности это должно сказать на счетъ общихъ кровопусканій, выхвалявшихся Kiwisch'емъ и др.

Какъ средство, ускоряющее нагноеніе, E. Martin и Winckel хвалятъ смазываніе пораженнаго мѣста іодною пастойкой: она истончаетъ кожу и такимъ образомъ способствуетъ скорѣйшему вскрытію нарыва.

Со времени введенія въ практику аспиратора Dieulafoy, очень многіе употребляли его при абсцессахъ грудной железы. Если желаютъ прибѣгнуть къ этому снаряду, то нужно вталкивать иглу не въ томъ мѣстѣ, гдѣ кожа очень истончена, а тамъ, гдѣ общіе покровы сохранили болѣе плотность. Въ противномъ случаѣ, послѣ укола истонченная кожа заворачивается и болѣе или менѣе сильно изъязвляется.

#### 4. Аномалии въ отдѣленіи и выдѣленіи молока.

а) Недостаточное отдѣленіе молока и совершенное отсутствіе его.

Старинную литературу см. у Meissner'a. Кромѣ того: Vesquierel, Union médic, 1857, № 2.—Routh, Medic. Times and Gaz, 1859.—Verdier, Revue thérap. du Médic, 1855, Janv.—Eastlake, Transactions of the obst. Soc. of London, 1864 v. V. p. 79.—Winckel, op. cit., p. 353.

Совершенное отсутствіе отдѣленія молока (agalactia) принадлежить къ большимъ рѣдкостямъ, такъ, что при довольно обширной практикѣ можно ни разу не встрѣтить этой аномалии. Я напр. до сихъ поръ не видалъ ни разу ни одного случая ни въ госпитальной, ни въ частной практикѣ. Многіе авторы увѣряютъ, что отсутствіе молока встрѣчается часто въ случаяхъ преждевременныхъ родовъ и въ особенности мертвымъ плодомъ. Мы этого подтвердить не можемъ. Мнѣ не рѣдко приходилось наблюдать у родильницъ, разрѣшавшихся мертвыми плодами, очень сильный напоръ молока (turgescencia) къ грудямъ. Въ литературѣ однако извѣстно не мало подобныхъ случаевъ. Такъ, Pitschaft \* упоминаетъ объ одной женщинѣ, съ совершенно нормальными грудями, которая родила 5 разъ и ни разу у нея не было ни одной капли молока. Другой подобный случай описываетъ Busch \*\*. Самое интересное подобное наблюдение приводитъ Scharlau \*\*\*. Дѣло идетъ о женщинѣ, родившей 13 разъ, и ни послѣ однихъ родовъ у нея ни разу не было наблюдаемо отдѣленіе молока. Совершенное отсутствіе молока было наблюдаемо большею частью у субъектовъ съ мужскимъ habitus'омъ (viragines), а также при сильномъ ожирѣніи. Очевидно, что въ этихъ случаяхъ дѣло шло о глубокой аномалии паренхимы железы (atrophia), противъ которой искусство остается безсильнымъ.

Недостаточное отдѣленіе молока (penuria lactea) составляетъ, къ сожалѣнію, въ настоящее время очень частое явленіе въ практикѣ и потому заслуживаетъ серьезнаго вниманія всякаго гинеколога. Отдѣленіе молока можетъ быть недостаточ-

\* Hufeland's Journ. der pract. Heilkunde, 1818, December.

\*\* Handbuch der Geburtshilfe in alphabetischer Ordnung. Berl., 1840, Bd. I, p. 109.

\*\*\* У Veit'a, op. cit., p. 613.

нымъ или скуднымъ съ самаго начала и тогда оно обуславливается тѣми или другими предшествовавшими патологическими состояніями самихъ железъ (нарывы и пр.), или же оно зависитъ отъ врожденной слабости всего организма, расстройства кровообращенія (chloro-anaemia, скорбутъ) и пр. Эти случаи не имѣютъ особеннаго практическаго значенія, такъ-какъ подобные субъекты съ разу должны отказаться отъ кормленія грудью. Другое дѣло тѣ случаи, въ которыхъ отдѣленіе молока, бывшее до тѣхъ поръ совершенно нормальнымъ, начинаетъ уменьшаться и притомъ въ такой степени, что отъ этого приходится страдать младенцу. Эта неправильность въ функціи груди можетъ зависѣть отъ очень многихъ и притомъ самыхъ разнообразныхъ причинъ. Первое мѣсто въ этомъ отношеніи занимаютъ острые процессы, сопровождающіеся высокими температурами; изъ нихъ мы особенно должны указать на воспаленіе брюшины и преимущественно на состоянія септическія. Въ этихъ случаяхъ количество молока мало по малу становится все меньше и меньше и наконецъ оно совершенно пропадаетъ. Не всѣ однако острыя формы оказываютъ одинаковое вліяніе на количество молока; такъ, мы нерѣдко видали случаи, въ которыхъ воспаленіе легкихъ очень мало вліяло на количество молока. Въ послѣднюю осеннюю эпидемію мы имѣли возможность наблюдать очень поучительный случай въ этомъ отношеніи. Женщина, довольно крѣпкаго тѣлосложенія, родившая въ 3-й разъ, но кормившая только впервые, заболѣла оспою на 4-й мѣсяцъ послѣ родовъ. Оспа прошла благополучно и отдѣленіе груди не только не уменьшилось, но даже значительно увеличилось, что мнѣ удалось констатировать самымъ несомнѣннымъ образомъ. Въ числѣ причинъ, вліяющихъ на уменьшеніе количества молока, въ практикѣ чаще всего мы имѣемъ дѣло съ вліяніями нравственными или психическими и, наконецъ, съ погрѣшностями въ діетѣ. Многія изъ женщинъ выспихъ круговъ потому именно не могутъ кормить сами. Намъ нерѣдко приходилось видѣть, что подобныя женщины, у которыхъ молока было въ началѣ совершенно достаточно, начинаютъ его терять мало-по-малу только потому, что онѣ боятся не быть въ состояніи выкормить своего младенца. Опасеніе это постоянно разстраиваетъ ихъ до того, что онѣ непрерывно волнуются, теряютъ аппетитъ и—въ концѣ концовъ—должны бросить кормленіе. Эту же самую причину оскуднѣнія молока приходится нерѣдко наблюдать и у наемныхъ кормилицъ, боящихся почему либо потерять мѣсто и т. п. Очень многіе авторы указываютъ на быстрое уменьшеніе и даже совершенное прекращеніе въ выдѣленіи молока вълѣдствіе глубокихъ нравственныхъ потрясеній, какъ-то: испуга, чрезмѣрной радости и пр. Мы сами никогда не наблюдали подобныхъ случаевъ и потому ничего не можемъ сказать на счетъ того, на сколько они правдоподобны. Въ какой мѣрѣ нравственныя потрясенія (гнѣвъ, страхъ и пр.) могутъ какъ естественно повліять на молоко на столько, чтобы оно вызвало то или другое патоло-

гическое состояніе у груднаго младенца,—остается до сихъ поръ открытымъ вопросомъ, такъ какъ въ приведенныхъ до сихъ поръ наблюденіяхъ очень много баснословнаго; кромѣ того, большинство высказываемыхъ на этотъ счетъ мнѣній чисто гадательно, такъ какъ, сколько мнѣ извѣстно, они не опирались на химическіе анализы. Одно, что можно сказать, это то, что продолжительное подавленное настроеніе духа, какъ напр. у наемныхъ кормилицъ тоска по своемъ младенцѣ, оставленной семьѣ и пр., мало-по-малу оказываетъ количественное вліяніе на выдѣленіе молока. Механизмъ этого уменьшенія можно объяснить себѣ просто, не прибѣгая къ гипотезамъ, тѣмъ, что здѣсь предварительно разстраивается питаніе вообще и затѣмъ оно сказывается на отпращиваніи грудныхъ железъ.

Въ числѣ причинъ, уменьшающихъ количество молока у кормилицъ, прежде указывали да и до сихъ поръ еще указываютъ на менструацію. Это у многихъ до сихъ поръ считается непреложною истиною и притомъ не только у профановъ. Не подлежитъ сомнѣнію, что менструація у женщинъ, кормящихъ грудью, можетъ иногда оказать вліяніе на выдѣленіе молока въ томъ отношеніи, что количество его уменьшается. Но это далеко не всегда такъ, что доказывается данными, приводимыми Joux\* и Tilt'омъ\*\*. Такъ, послѣдній нашель, что на 100 женщинъ, кормившихъ грудью и получившихъ регулы болѣе или менѣе значительное время спустя послѣ родовъ, почти у половины (45) не было замѣтно ни малѣйшихъ измѣненій ни относительно количества, ни качества молока, у 8 количество уменьшилось, у одной оно совершенно пропало, у 15 выдѣленіе молока было еще очень обильно по установленіи регулъ, а у 24 — количество молока стало даже еще больше, чѣмъ оно было до регулъ. Vesquelet Vernois\*\*\* сдѣлали нѣсколько химическихъ анализовъ молока у менструировавшихъ кормилицъ внѣ регулъ и во время ихъ, причѣмъ они пришли къ слѣдующимъ результатамъ: во время регулъ уменьшено только нѣсколько количество сахара (43,80 : 40,49), казеину же и экстрактивныхъ веществъ въ немъ больше (38,69 : 47,69). Они не замѣтили ни малѣйшаго ущерба для дѣтей отъ подобныхъ кормилицъ. Мы сами наблюдали цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ женщины, кормившія грудью, получали регулы и поэтому, опасаясь за здоровье своихъ дѣтей, хотѣли бросить кормленіе. Но, убѣдивъ ихъ въ томъ, что онѣ напрасно думаютъ сдѣлать это, онѣ продолжали кормить и дѣти при этомъ оставались совершенно здоровыми. Если у кормящихъ грудью появляются мѣсячныя, то это бываетъ обыкновенно на 4—5 мѣсяцѣ послѣ родовъ; иногда также мѣсячныя при этомъ бываютъ очень обильны (mest. prof. nutri-

\* Gaz. der. hôp. 1853.

\*\* См. у Helff'a въ Berlin. Med. Zeit., 1853, № 8.

\*\*\* Union médic. 1853, № 70.

сум) и тогда я всегда совѣтую оставить кормленіе, такъ-какъ оно составляетъ единственную причину сказанной аномаліи мѣсячныхъ\*.

Что касается припадковъ, которые будто бы вызываетъ совершенное прекращеніе или уменьшеніе молока, то о нихъ старинные авторы толковали очень много. Отголосокъ этого мнѣнія остается еще до сихъ поръ у профановъ и врачу каждый день приходится бороться противъ извѣстнаго предубѣжденія о томъ, что молоко можетъ бросаться на различные органы и пр. (*Metastasis lactea*). Мы считаемъ совершенно излишнимъ входить здѣсь въ разборъ обветшалыхъ мнѣній, такъ какъ сочиненіе наше назначается не для бабокъ. При этомъ однако не можемъ не замѣтить, что лѣтъ 30 тому назадъ *Donné* считалъ еще нужнымъ предпринять по этому поводу пѣлый рядъ опытовъ. Впрыскивая молоко въ кровь различныхъ животныхъ, онъ кромѣ небольшого оглушенія не замѣчалъ при этомъ никакихъ другихъ патологическихъ явленій.

Леченіе. Въ старину много ожидали отъ такъ называемыхъ молочно-гонныхъ (*galactophera*), куда относили: *sem. anisi, foeniculi*, бобы, рисъ и пр. Исслѣдованія *Dugés* показали, что дѣйствіе этихъ средствъ чисто иллюзорное и въ этомъ убѣждаетъ насъ каждодневный опытъ. Если бы у женщины, кормящей грудью, молоко стало вдругъ уменьшаться и при этомъ нельзя было бы выяснитъ причину этого уменьшенія, то назначаемъ питательную діету (молоко, мясо), пиво, вино и проч. и вещества, усиливающія аппетитъ: *rheum, absint.* и т. п. Ребенка совѣтуемъ прикладывать къ груди какъ можно чаще и это служитъ для груди лучшимъ возбуждающимъ. *Vesquierel* упоминаетъ объ одномъ случаѣ, въ которомъ ему удалось усилить отдѣленіе молока помощью электрическаго тока. *Skinner* приводитъ 8 подобныхъ наблюденій. Вообще, врачу не должно сразу терять надежду на усиленіе выдѣленія молока, такъ-какъ это нравственно очень неблагоприятно дѣйствуетъ на кормящую грудью, что, въ свою очередь, не можетъ не отразиться на функціи железъ.

Мы ужъ упомянули выше о томъ, что во время теченія лихорадочныхъ процессовъ самѣчается уменьшеніе въ выдѣленіи молока. Уменьшеніе это часто временное и потому не рационально совѣтовать въ этихъ случаяхъ прекращать кормленіе, такъ-какъ, по прошествіи даннаго лихорадочнаго процесса, молоко снова начинаетъ выдѣляться въ надлежащемъ количествѣ и большія очень хорошо могутъ продолжать кормленіе. Посовѣтовать прервать кормленіе должно только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ предвидится очень продолжительное заболѣваніе.

б) Чрезмѣрное отдѣленіе молока и постоянное вытеканіе его изъ груди. (*Polygalactia et Galctorhoea*).

Подъ именемъ полигалактіи разумѣемъ такое патологи-

\* См. моя Клиническія записки по гинекологіи, 1874, стр.

ческое измѣненіе въ отправленіи грудныхъ железъ, при которомъ молоко отдѣляется въ такомъ избыткѣ, что оно оказываетъ извѣстное вредное вліяніе на кормилицу; галакторея же состоитъ въ непрерывномъ вытеканіи молока изъ груди, когда женщина отняла уже отъ груди. Оба эти состоянія, достигши извѣстной степени развитія, очень вредно отзываются на здоровьѣ кормящихъ. Что касается состоянія самихъ груди, то оно бываетъ различно: то онѣ представляются нѣсколько напряженными и болѣе или менѣе чувствительными, то, наоборотъ, онѣ бывають вялыми и болѣе или менѣе отвисаютъ къ низу. Количество молока также различно и иногда достигаетъ очень значительной степени. Въ началѣ полигалактія и галакторея не оказываютъ особенно вреднаго вліянія и больныя поэтому не обращаютъ на нихъ особеннаго вниманія; но, по прошествіи большаго или меньшаго промежутка времени, онѣ начинаютъ слабѣть, становятся вялыми, теряютъ аппетитъ, кожа дѣлается сухою, выдѣленіе мочи уменьшается, развивается худоба и температура тѣла падаетъ. Къ этому комплексу явленій (*tabes lactea*—старинныхъ авторовъ) могутъ присоединиться припадки еще болѣе угрожающаго характера: постоянныя и очень упорныя головныя боли, разстройства зрѣнія (*amaurosis, hemeralopia*), сердцебиеніе, одышка и контрактуры верхнихъ конечностей (*Trousseau, Verdier, Winkel*). Нѣкоторые авторы упоминають о тяжелыхъ психозахъ, находившихся въ явственномъ этиологическомъ отношеніи съ избыткомъ въ отдѣленіи молока.

Что касается причинъ, обусловливающихъ разсматриваемыя аномаліи въ отдѣленіи и выдѣленіи молока, то онѣ до сихъ поръ выяснены очень мало. Начать съ того, что аномаліи эти наблюдаются почти одинаково у женщинъ какъ крѣпкаго, такъ и посредственнаго и даже слабаго тѣлосложенія. Нѣкоторые указываютъ въ этомъ случаѣ на вліяніе темперамента (?) и приписываютъ особенное значеніе чрезмѣрному развитію лимфатической системы вообще. Въ этиологическомъ отношеніи остается, вѣроятно, не безъ значенія слишкомъ продолжительное и усердное кормленіе. Что касается галактореи, то происхожденіе ея нѣкоторые приписывали ослабленію мышечныхъ волоконъ въ млечныхъ протокахъ. Но, по справедливому замѣчанію *Winkel*'я, такая атонія мышечныхъ элементовъ можетъ точно также быть послѣдствіемъ, какъ и причиною галактореи.

Леченіе. Избытокъ количества молока должно стараться устранять, какъ только онъ начинаетъ выступать хоть сколько нибудь замѣтно. Съ этою цѣлью мы уменьшаемъ количество пищи, запрещаемъ всякія возбуждающія вещи, какъ-то вино, пиво и проч. и совѣтуемъ порѣже прикладывать младенца къ груди. Если бы подобное регулированіе діеты не принесло желаемой пользы, то назначаемъ сильныя отвлекающія на кишечникъ и холодъ на груди. Если, наконецъ, и это не помогаетъ, а между тѣмъ начинаютъ развиваться вышеупомянутые припадки, то

нужно отнять младенца отъ груди и назначаемъ, наоборотъ, питательную діету и *roboration* (желѣзо, амага, препараты хины и проч.). На грудь накладываютъ сжимающую повязку. Что касается галактореи, то въ послѣднее время большинство авторовъ съ пользою прибѣгаютъ при этомъ къ іоду: 10—15 гранъ въ сутки. При этомъ также накладывается сжимающая повязка и назначаютъ питательную діету. Изъ мѣстныхъ средствъ, предложенныхъ противъ галактореи, мы упомянемъ только о примочкахъ на соски изъ отвара дубовой коры и раствора азотнокислаго серебра и, наконецъ, о впрыскиваніяхъ въ млечные протоки ѣдкаго кали (*gr. ij* на  $\text{℥ij}$  воды), къ которымъ прибѣгали *Kromholz* и *Kiwisch*. *Abegg* \* описалъ два случая, въ которыхъ ему удалось устранить галакторею тѣмъ, что онъ вызвалъ искусственнымъ образомъ кровотеченіе изъ матки помощью маточныхъ душъ.

### е) Молочные свищи и молочныя опухоли.

Библиографія: *E. Meissner*, Prager, Vierteljahrsschrift 1857, Bd. I.—*Fano*, Union méd., 1859, № 14.—*Vaulpré*, Gaz. méd. de Lyon, 1860, № 17.—*Forget*, Bullet. gener. de Ther., 1844, Novembre.—*Birkett*, The diseases of the breast and their treatment. Lond., 1850, p. 65.—*Rokitansky*, Lehrb. der patholog. Anatomie, 1861, Bd. III, p. 529.—*Scanzoni*, op. cit., p. 96.—*Velpeau*, op. cit., p. 297.—*Virchow*, die krankhaften Geschwülste, 1863, Bd. I, p. 283. См. также въ архивѣ его статьи *Benjamin's*, Bd. IX, p. 299 и *Billroth's*, Bd. XVIII, p. 52.—*Veit*, op. cit., p. 610.

Мы видѣли ужъ выше, что при нарывахъ грудной железы нагноеніе можетъ перейти на одинъ изъ млечныхъ протоковъ, такъ что изъ отверстія нарыва вмѣстѣ съ гноемъ выдѣляется и молоко. При этомъ можетъ случиться, что нагноеніе ужъ прошло, отверстіе же въ млечномъ протокѣ не зарастаетъ, такъ что молоко продолжаетъ выдѣляться изъ него наружу: это составляетъ, такъ называемый, молочный свищъ. Особенно важнаго значенія эти свищи не имѣютъ, по крайней мѣрѣ они заживаютъ гораздо легче свищей другихъ железъ, напр. слюнныхъ. Впрочемъ, если они продолжаютъ во все время кормленія грудью, то они могутъ болѣе или менѣе подрывать силы больныхъ. По наблюденіямъ *Meissner's*, молочные свищи чаще наблюдаются при маститахъ, происшедшихъ вслѣдствіе ушибовъ. Длина этихъ фистулезныхъ ходовъ бываетъ различна и всего меньше въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наружное отверстіе свища очень близко прилежитъ къ общимъ покровамъ.

Молочные свищи нерѣдко закрываются сами собою, коль скоро больная отнимаетъ отъ груди, т. е. съ прекращеніемъ отдѣленія молока. Но еслибы, и по отнятій отъ груди, выдѣленіе молока изъ свища продолжалось, то впрыскиваемъ въ фистулезный ходъ растворы азотно-кислаго серебра и іода. Въ случаѣ крайности можно испытать сжимающую повязку, накладываемую такимъ

\* Monatschrift f. Geburtsk.. T. XVI, p. 424.



образомъ, какъ упомянуто было при паренхиматозномъ маститѣ; или же просто больную грудь сжимаютъ полосками липкаго пластыря, начиная накладывать ихъ снизу такимъ образомъ, чтобы свищевой ходъ былъ ими совершенно сжатъ.

Молочныя опухоли или молочныя кисты.

Если во время кормленія грудью или же вскорѣ по отнятїи младенца какой либо изъ молочныхъ протоковъ, будучи закупоренъ вслѣдствіе какой либо причины, расширяется и въ немъ накапливается большее или меньшее количество молока, то дѣло доходитъ до образованія такъ называемой молочной опухоли или же молочной кисты (*cystis lactea*). Молочною грыжей (*Galactocoele*) называется тоже самое патологическое состояніе, но отличается отъ перваго только болѣе скорымъ развитіемъ. Такъ дифференцируетъ эти два патологическихъ состоянія *Virchow*, другіе же авторы постоянно смѣшиваютъ ихъ между собою. При разсматриваемыхъ опухоляхъ содержимое ихъ, т. е. молоко можетъ быть заключено или въ расширенной молочной пазухѣ (настоящая молочная киста), или же оно можетъ выступить изъ нея и образовать въ окружающей соединительной ткани новую полость. Что касается количества заключеннаго въ разсматриваемыхъ опухоляхъ молока, то оно можетъ быть очень различно: начиная съ нѣсколькихъ унцовъ, оно доходитъ до нѣсколькихъ фунтовъ, какъ напр. въ случаѣ, описанномъ *Скарпой*: изъ опухоли, имѣвшей 34" въ окружности, было выпущено 10 фунтовъ молока. И свойства содержаимаго могутъ быть также весьма различны. Въ началѣ оно имѣетъ обыкновенно всѣ свойства молока, въ послѣдствїи же оно раздѣляется на сыворотку и творожистый осадокъ; жидкія части могутъ всасываться и тогда остается только болѣе или менѣе твердая сыровидная масса, которую нѣкоторые старинные авторы описывали подъ именемъ молочныхъ камней. Во многихъ случаяхъ содержимое опухолей измѣняется на столько, что оно не имѣетъ ни малѣйшаго сходства съ первоначальными свойствами его и оно бываетъ то серозное, то кровянистое, то даже коллоидное. Что касается припадковъ, вызываемыхъ молочными опухолями, то они большею частью состоятъ въ ощущенїи боли, достигающей различной степени, смотря по величинѣ и мѣсту, которое опухоли занимаютъ въ пораженной грудной железнѣ. Впрочемъ, если опухоль помѣщается поверхностно и сохранила еще большее или меньшее сообщеніе съ выводными протоками соска, то опухоль можетъ вовсе не болѣть; она представляетъ болѣе или менѣе явственное выбуленіе и при нажатїи на нее изъ соска выдѣляется молоко. Кромѣ того, при этомъ кожа сохраняетъ нормальное окрашиваніе, нѣтъ лихорадочныхъ явленїей, а также припуханїя подкрыльцовыхъ железъ. Если молоко заключено въ одномъ лишь молочномъ протокѣ и сильно растягиваетъ его, то боли, какъ произвольныя, такъ и при дотрагиванїи до опухоли, могутъ достигать очень высокой степени. Если молоко, заключенное въ

первоначальной опухоли, изливается въ окружающую соединительную ткань, то, вызывая раздраженіе въ ней, дѣло можетъ дойти до парамастита или же паренхиматознаго мастита.

Этіологія. Все, что ведетъ къ закупориванію одного или нѣсколькихъ молочныхъ протоковъ въ такое время, когда отдѣленіе молока находится въ полномъ ходу, поведетъ къ развитію рассматриваемыхъ опухолей. Онѣ наблюдаются поэтому по преимуществу во время періода кормленія грудью, или же вскорѣ послѣ отнятія младенца и характерное въ развитіи ихъ состоитъ въ быстротѣ, съ какою онѣ дѣлаются. Впрочемъ, бываютъ случаи, въ которыхъ молочныя опухоли, подъ вліяніемъ того или другаго травматизма во время кормленія грудью, развиваются въ высшей степени медленно и достигаютъ извѣстной степени развитія много лѣтъ спустя, когда кормленіе собственно уже давнымъ-давно окончено.

Распознаваніе можетъ быть очень легко и очень затруднительно. Легко оно будетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоль происходитъ очень быстро и притомъ въ періодѣ кормленія грудью или же почти непосредственно по отнятіи ребенка отъ груди. На этомъ основаніи не трудно отличить молочныя опухоли отъ другихъ кистъ грудной железы, такъ какъ послѣднія для развитія своего требуютъ болѣе или менѣе продолжительное время. Затруднительно, и иногда въ высшей степени, распознаваніе будетъ тамъ, гдѣ молочныя опухоли развиваются цѣлыми годами, какъ напр. въ наблюденіяхъ, приводимыхъ Robert'омъ. Здѣсь діагностика можетъ быть рѣшена только пробаторнымъ проколомъ и то не всегда, такъ-какъ содержимое опухоли, какъ мы уже сказали выше, можетъ совершенно измѣнить свои первоначальныя свойства. Поэтому-то молочныя опухоли въ нѣкоторыхъ случаяхъ смѣшивались съ самыми различными новообразованиями груди и даже съ карциномомъ (Velpeau). Отъ обыкновеннаго нарыва груди, опухоли эти отличаются главнѣйшимъ образомъ по быстрому происхожденію своему и отсутствію предшествовавшихъ воспалительныхъ явленій.

Въ большинствѣ случаевъ предсказаніе при молочныхъ опухоляхъ совершенно благоприятно. Оно становится серьезнымъ только тамъ, гдѣ дѣло доходитъ до обширнаго нагноенія (вълѣдствіе присоединяющагося паренхиматознаго мастита), могущаго окончиться совершенною атрофіей пораженной железы.

Леченіе. Если молочныя опухоли развиваются во время кормленія, то лучше всего будетъ прекратить его и притомъ, съ цѣлью уменьшить отдѣленіе молока, назначаемъ строгую діету, а внутрь то или другое отвлекающее на кишечникъ. Затѣмъ нужно немедленно приступить ко вскрытію опухоли и притомъ не троакаромъ, какъ нѣкоторые совѣтуютъ, а ножомъ и широкимъ отверстіемъ, чтобы доставить болѣе легкій стокъ иногда довольно густой жидкости. Послѣ этого впрыскиваемъ раздражающіе растворы, какъ то: nit. arg., іодъ и пр. Если бы по простествіи

извѣстнаго времени, это оказалось недостаточнымъ, то прибѣгаемъ къ сжимающей повязкѣ.

### 5. Новообразованія грудныхъ железъ.

а) Фиброзныя опухоли грудной железы. Опухоли эти состоятъ существенно въ гиперплазій соединительной ткани, окружающей отдѣльныя дольки железы, отсюда и названіе ихъ, *fibroma mammae lobulare*. Velpeau ихъ называетъ *Hypertrophie partielle*, а Cruveilhier просто фибридами груди. Въ процессѣ гиперплазій данная долька не принимаетъ никакого участія и она, наоборотъ, атрофируется, подвергаясь прижатію со стороны разросшейся соединительной ткани. Нерѣдко въ долькахъ железы развиваются кисты, образующіяся или изъ млечныхъ протоковъ или же изъ конечныхъ цузырьковъ (*vesicul. termin.*). Нерѣдко также фибромовъ бываетъ по нѣскольку.

Припадки, обусловливаемые фибромами грудной железы, не имѣютъ особенной важности, такъ какъ новообразованія эти развиваются очень тихо и обыкновенно не причиняютъ никакой боли. Только, когда они разрастаются и достигаютъ значительной величины, больныя обращаются къ врачебной помощи и то не ради причиняемыхъ ими особенныхъ какихъ либо неприятныхъ явленій, а главнымъ образомъ изъ опасенія на счетъ рака.

При распознаваніи этихъ опухолей и для отличія ихъ отъ другихъ новообразованій, нужно имѣть въ виду слѣдующія обстоятельства: фибромы не сростаются съ покрывающею ихъ кожей, не болятъ, и покрывающіе ихъ общіе покровы остаются не тронутыми. Кромѣ того при этомъ никогда не имѣемъ пораженія железъ. Этими то свойствами они главнымъ образомъ отличаются отъ карцинома. Отъ аденомъ въ началѣ своего развитія фиброзныя опухоли отличаются по отношенію своему къ долькамъ пораженной железы и по меньшей подвижности своей. Не смотря на это, распознаваніе фиброзныхъ опухолей при нѣкоторыхъ осложненіяхъ затруднительно и до экстирпаціи не можетъ быть сдѣлано съ надлежащею точностью.

Леченіе. По словамъ Velpeau, до тѣхъ поръ, пока въ фиброзныхъ опухоляхъ не образовались вторичнымъ образомъ кисты, съ пользою можно прибѣгать къ разрѣшающимъ средствамъ (*resolventia*) какъ внутрь, такъ и снаружи; первое мѣсто здѣсь занимаетъ іодъ; снаружи его употребляютъ въ видѣ мазей; кромѣ того прибѣгаютъ къ ртутнымъ препаратамъ, летучимъ мушкамъ и, наконецъ, къ сжимающей повязкѣ. Если же въ фибромахъ развились кисты, то, выпустивъ содержимое ихъ, вырываютъ раздражающія жидкости; иногда пользу можно ожидать отъ заволоки. Если же бы помощью этихъ средствъ нельзя было устранить рассматриваемыя новообразованія, то ничего болѣе не остается, какъ прибѣгнуть къ экстирпаціи ихъ.

в) Жировикъ грудной железы. Жировыя опухоли (липомы) представляютъ гиперплазію жировой ткани отдѣльныхъ частей груди. Липомы представляются тѣстоватыми на ощупь, контуры ихъ рѣзко очерчены и поверхность ихъ неровная, бугристая. Они достигаютъ обыкновенно незначительной величины, хотя впрочемъ въ литературѣ извѣстны случаи, въ которыхъ вѣсъ ихъ доходилъ до 8 (Wagen) и даже до 15 фунтовъ (Cooper). Обыкновенно липомы не болятъ и только въ рѣдкихъ случаяхъ они вызываютъ болѣе или менѣе сильныя боли, особенно во время мѣсячныхъ.

Коль скоро липомы, по величинѣ своей или же вслѣдствіе болей, начинаютъ беспокоить больныхъ, то приступаютъ къ выщипыванію ихъ.

### с) Аденомъ или аденоидомъ груди.

Библиографія: Müller, Ueber den feineren Bau der Geschwülste 1838, p. 56.—Birkett, Op. cit., p. 126.—Lebert, Maladies cancéreuses. Paris, 1851, p. 367.—Meckel. Illustr. Medic. Ztg., I, p. 3.—Scanzoni, Op. cit., p. 156.—Paget, Surg. Pathog., p. 249.—Velpreau, op. cit., p. 350.—Thomas Bryant, Guy's Hosp. Rep., Ser. III, vol. 10.—Veit, Op. cit., p. 617.

Подъ именемъ аденома или железистой опухоли, какъ извѣстно, въ анатомико-патологическомъ смыслѣ понимаютъ гиперплазію собственно элементовъ железы. При этомъ однако бываетъ, что гиперпластическій процессъ ограничивается или только исключительно разращеніемъ однихъ железистыхъ элементовъ, или же въ этомъ принимаетъ большее или меньшее участіе и соединительная ткань. Кромѣ того, наконецъ, при этомъ находимъ болѣе или менѣе значительныя измѣненія и въ млечныхъ протокахъ. Вслѣдствіе-то этого и физическія явленія, представляемыя аденомами, будутъ различны. Если мы имѣемъ дѣло съ разращеніемъ собственно только элементовъ железы, то получаютъ обыкновенно небольшія опухоли, бугристыя или расщепленныя и притомъ почти всегда круглаго очертанія и болѣе или менѣе мягкой консистенціи. Во второмъ случаѣ, т. е. если въ процессъ принимаетъ участіе и соединительная ткань, то аденомы гораздо больше и до такой степени тверды, что напоминаютъ фибромы. При совмѣстномъ пораженіи млечныхъ протоковъ, въ опухоли получаютъ кистовидныя полости, зависяція отъ расширенія протоковъ, или же также и vesicul. terminal. Содержимое этихъ кистъ бываетъ серозное или студенистое.

Если мы имѣемъ дѣло съ небольшими аденомами первой категоріи, то при изслѣдованіи они представляютъ слѣдующія явленія: опухоль въ разрѣзѣ представляется мягкой, расщепленною на отдѣльныя дольки (дольчатую) и при этомъ явственно выступаютъ переплетающіеся между собою пучки соединительной ткани и сосуды. Микроскопическое изслѣдованіе показываетъ, что вся опухоль состоитъ изъ пузырьковъ, по типу сво-

ему совершенно сходныхъ съ нормальными пузырьками, съ тою только разницею, что они гораздо больше и наполнены кругловатыми клѣтками, содержащими ядра.

**П р и п а д к и.** Аденомы развиваются въ высшей степени медленно, такъ что больныя ихъ очень долго не замѣчаютъ. Къ этому нужно еще прибавить, что они вовсе не болятъ. Мы уже сказали выше, что они могутъ быть различной величины и только въ тѣхъ случаяхъ достигаютъ значительнаго объема, когда въ существѣ ихъ образуются кистовидныя полости, наполненныя жидкостью. Аденомы обыкновенно развиваются въ периферіи железы, въ большинствѣ случаевъ вовсе не измѣняютъ очертанія ея и формы и въ высшей степени подвижны, потому что при этомъ никогда не замѣчается сращеній съ груднымъ мускуломъ. Большая подвижность разсматриваемыхъ опухолей обусловливается также тѣмъ, что онѣ находятся въ связи съ железю только посредствомъ одного изъ млечныхъ каналовъ. Лимфатическія железы при этомъ опухаютъ очень рѣдко и то только временно. Въ пораженной грудной железнѣ можетъ быть нѣсколько аденомъ; но очень рѣдко случается, чтобы они одновременно поражали обѣ груди.

**П р и ч и н ы,** обусловливающія развитіе аденомъ, до сихъ поръ выяснены очень мало. По статистическимъ изслѣдованіямъ Velreau, они встрѣчаются гораздо чаще у женщинъ не рожавшихъ, чѣмъ у тѣхъ, которые рожали. Что касается возраста, то, вообще говоря, ихъ встрѣчаютъ у субъектовъ гораздо болѣе молодыхъ, чѣмъ это бываетъ относительно рака: по Lebert'у средній возрастъ больныхъ съ аденомами—36 $\frac{2}{3}$  л. Тоже самое подтверждается изслѣдованіями Bruant'a; половина его больныхъ была моложе 24 лѣтъ. Правая грудь, повидимому, поражается нѣсколько чаще лѣвой. Что травматизмъ играетъ важную роль въ этиологическомъ отношеніи, видно изъ статистики Velreau и Lebert'a: на 58 случаевъ въ 31—больныя Velreau указывали на связь между развитіемъ аденомъ и толчкомъ, ударомъ и пр.; изъ 30 случаевъ Lebert'a онъ могъ констатировать это у 6-ти больныхъ.

**Р а с п о з н а в а н і е** въ началѣ болѣзни довольно легко, такъ какъ аденомы характеризуются чрезвычайною подвижностью, отсутствіемъ большею частью распуханія железъ и тѣмъ, что форма груди при этомъ не измѣняется и кожа представляется нормальною. Только при большихъ аденомахъ, если происходитъ сращеніе ихъ съ кожею и изъязвленіе послѣдней, можно смѣшать ихъ съ саркомомъ и карциномомъ. При дифференціальномъ распознаваніи нужно имѣть въ виду очень медленное развитіе аденомъ и затѣмъ, опять же, ихъ значительную подвижность. Еслибы мы имѣли дѣло съ аденомомъ, въ которомъ развилась кистовидная полость, то можетъ потребоваться пробаторный проколъ съ діагностическою цѣлью.

**П р е д с к а з а н і е.** Случаи исчезанія аденомъ въ климактери-

ческомъ возрастѣ, упоминаемые Velreau, встрѣчаются весьма рѣдко. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ д-ръ А z a m \* описалъ произвольное выдѣленіе аденома у женщины 55 л. отъ роду. Впрочемъ, помимо этихъ рѣдкихъ случаевъ предсказаніе вообще благопріятно, такъ-какъ аденомы принадлежатъ къ доброкачественнымъ опухолямъ. Рецидивы послѣ экстирпаціи ихъ встрѣчаются весьма рѣдко.

Леченіе. Такъ-какъ разсматриваемыя опухоли растутъ очень тихо и при незначительномъ объемѣ не беспокоятъ больныхъ, то въ началѣ приходится ограничиваться средствами, употребляемыми съ цѣлью остановить ростъ опухолей. Назначаютъ іодъ въ такихъ приемахъ, чтобы они не слишкомъ разстраивали пищевареніе; Velreau при этомъ кромѣ того совѣтовалъ прибѣгать къ щелочнымъ ваннамъ и легкимъ слабительнымъ. Снаружи употребляютъ также іодистыя и ртутныя мази и мушки. Если опухоль болѣе значительныхъ размѣровъ, то грудь поддерживаютъ приличной повязкой или же корсетомъ. Польза отъ этихъ средствъ очень сомнительна и въ концѣ концовъ необходимо приступить къ экстирпаціи опухоли. Операциа въ этихъ случаяхъ не представляетъ обыкновенно ни малѣйшихъ затрудненій, благодаря большой подвижности разсматриваемыхъ новообразованій. Неблагопріятное осложненіе, съ которымъ при этомъ иногда приходится имѣть дѣло, состоитъ въ послѣдовательномъ кровотеченіи, вслѣдствіе котораго можетъ произойти инфильтраціа междольчатой соединительной ткани.

#### д) Энхондромы.

Библиогр: Morgagni, de causis et sedibus morbor., epist. 50.—L. Reil, Archiv f. die Physiologie. 1799, Bd. III, p. 447.—Cooper, Krankheiten der Brustdrüse. Weimar, 1836, p. 27.—Otto, Handb. der patholog. Anatomie, p. 241.—Cruveilhier, Traité d'anat. pathol., T. III, p. 824.—Warren, Surgic. Observ. on tumours. Boston, 1848, p. 213.—Wagner, Archiv f. die Heilk., 1861, p. 275.—Virchow, Die krankhaften Geschw., T. I, p. 619.

Случай, въ которыхъ бы развился въ женскихъ грудяхъ чистый энхондромъ, т. е. безъ совмѣстнаго существованія другихъ новообразованій, принадлежатъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. Поэтому-то Virchow очень недовѣрчиво относится къ большинству подобныхъ наблюденій, представляемыхъ старинной литературой. Чаще всего энхондромъ встрѣчается вмѣстѣ съ ракомъ (Wagen, Wagner). Энхондромъ груди представляетъ твердую, бугристую опухоль, очень медленно увеличивающуюся въ объемѣ и болящую только въ извѣстное время, особенно при мѣсячныхъ. Общее состояніе больныхъ разстраивается въ болѣе или менѣе значительной степени, когда энхондромъ достигаетъ значительнаго объема и когда онъ начинаетъ изъязвляться.

\* Gaz. des hôpit. 1867, № 76; также Monatschrift f. Geburtsk., 1867, p. 468: Freiwillige Elimination eines Adenom's der Brustdrüse.

Въ старину большинство авторовъ было твердо убѣждено въ доброкачественности энхондромъ; Virchow же своими изслѣдованіями опровергъ это мнѣніе и доказалъ, что энхондромъ не только рецидивируетъ, но также и то, что онъ можетъ отломиться (генерализироваться) одновременно во многихъ органахъ и въ этомъ отношеніи нисколько не лучше злокачественныхъ новообразованій по преимуществу, какъ то карцинома и саркома. Вообще, Virchow раздѣляетъ энхондромы на двѣ категоріи: одни изъ нихъ обладаютъ способностью генерализироваться, другіе нѣтъ. Но вмѣстѣ съ этимъ однако онъ допускаетъ и то, что очень часто нѣтъ никакой возможности клинически различить эти двѣ формы разсматриваемыхъ новообразованій. Чѣмъ органъ, въ которомъ развивается энхондромъ, богаче лимфатическими и кровеносными сосудами, тѣмъ предсказаніе хуже. Вслѣдствіе всего этого нельзя болѣе полагаться на мнимую доброкачественность энхондромъ и нужно приступать къ экстирпаціи ихъ при первой возможности.

Въ то время, какъ энхондромы грудныхъ железъ у женщины встрѣчаются очень рѣдко, у мужъ они, относительно, составляютъ частое явленіе. Virchow упоминаетъ о случаѣ, описанномъ J. Müller'омъ, и приводитъ нѣсколько своихъ собственныхъ наблюденій. Подобное же наблюденіе находимъ у Lebert'a. Центр (ядро) новообразованія представляется окостѣнѣвшимъ, слѣдующіе за тѣмъ слои хрящевыми, периферія же опухоли представляется состоящею изъ многочисленныхъ и большихъ (почти саркоматовыхъ) клѣтокъ.

#### е) Миксомъ.

Библиогр.. Théophile de Bordeu, Recherches sur le tissu muqueux ou l'organe cellulaire. Paris, 1791.—Kölliker, Zeitschr. f. wissenschaftliche Zoologie. 1829, Bd, I, p. 54.—Virchow, въ его архивѣ за 1857 г., Bd. XI, p. 286; его же. Cellularpathologie, 3-e Aufl., p. 444; его же, Geschwülste, T. I, p. 426.

Извѣстно, что подъ именемъ миксомъ (myxomata, tumores mucosi) Virchow понимаетъ новообразованія, состоящія существенно изъ слизистой ткани. Опухоли эти прежними патологами и клиницистами описывались подъ очень различными именами, какъ-то: Colloid, collomena (J. Müller), sarcoma gelatinosum и пр. Что касается специально грудныхъ железъ, то въ нихъ исходною точкою развитія миксомъ служитъ интерстиціальная соединительная ткань, причемъ разсматриваемое новообразование можетъ представиться въ разлитомъ видѣ, или же оно, поражая отдѣльныя дольки, представляется въ видѣ узловъ. Что касается отношенія разсматриваемаго новообразованія къ млечнымъ каналамъ, то оно можетъ быть также различно. Если имѣемъ дѣло съ миксомами, представляющимися въ видѣ узловъ, то при этомъ нормальныя отношенія пораженныхъ частей железы совершенно исчезаютъ. При разлитыхъ же миксомахъ млечные каналы нисколько не исчезаютъ, но наоборотъ, часто даже они представляются расширенными, а мѣстами даже образуютъ настоящія кистовидныя полости. Иногда случается и такъ, что миксоматозная

масса пускает отростки во внутренность млечных каналов и тогда получается особая форма миксомы, которую Virchow называет *myxoma polyposum, proliferum, phylloides v. arborescens*.

Если патологической анатомии удалось выделить миксомы из ряда других новообразований, то в отношении клиническомъ дѣло осталось по старому, такъ какъ до экстирпации опухоли часто нѣтъ ни малѣйшей возможности опредѣлить натуру ея. Поэтому-то разсматриваемыя новообразованія, по отношенію къ прогностикѣ, а главное—леченію, примыкаютъ къ саркомамъ.

### f) Саркомъ.

Библиогр.: Brgant, Transactions of the patholog. Society of Lond. V. XII, p. 222.—Lebert, Physiol. Patholog., T. II, p. 70.—Reinhardt, Patholog. Anatom. Untersuchungen, Berlin, 1852.—R. Volkmann, Bemerkungen ueber einige von Krebs zu trennende Geschwulste p. 32. Verneuil, Bullet. de la Societé Anat., T II, p. 363.

Извѣстно, что изъ всѣхъ железъ груди чаще всего поражаются саркомомъ. Въ большинствѣ случаевъ саркоматозное новообразованіе встрѣчается здѣсь въ видѣ узловъ, или же оно представляетъ болѣе разлитую опухоль. Въ первомъ случаѣ саркомомъ поражаются только отдѣльныя дольки, во второмъ новообразованіе охватываетъ всю железу и здѣсь опухоль можетъ достигать величины съ голову взрослогаго человѣка. Поверхность этихъ опухолей чаще бываетъ неровная и бугристая; иногда, впрочемъ, онѣ представляются и совершенно ровными, какъ липомы. Что касается консистенціи разсматриваемыхъ опухолей, то, какъ извѣстно, она можетъ быть очень различна, смотря по преобладанію въ нихъ тѣхъ или другихъ гистологическихъ элементовъ, а именно соединительной, слизистой ткани и клѣтокъ. Потому-то встрѣчаются саркомы совершенно плотныя (преобладаніе соединительной ткани) и саркомы очень мягкія (преобладаніе слизистой ткани и клѣтокъ). Чаще всего саркомы развиваются въ окружности млечныхъ протоковъ и пазухъ, слѣдов., неподалеку отъ сосковъ. Саркомы нерѣдко могутъ уменьшаться, подвергаясь различнымъ метаморфозамъ и въ особенности жировому перерожденію. Они имѣютъ большую наклонность переходить съ первоначально пораженнаго органа на сосѣднія ткани и кромѣ того они очень часто изъязвляются. Вслѣдствіе то этихъ двухъ свойствъ, а также по способности ихъ рецидивировать, они очень близко примыкаютъ къ карциному. Хотя они далеко не такъ злокачественны въ клиническомъ смыслѣ, какъ карциномъ, — тѣмъ не менѣе они имѣютъ съ нимъ столь много общаго, что практически нерѣдко очень трудно дифференцировать ихъ. Если саркомъ не столь скоро изъязвляется, какъ собственно ракъ, то это зависитъ отъ чисто мѣстныхъ условій, именно отъ большей или меньшей плотности пергородки, отдѣляющей новообразованіе отъ кожи. Вслѣдствіе всего этого въ практикѣ мы нерѣдко принуждены ставить очень осто-



рожную діагностику. такъ какъ саркомъ въ большинствѣ случаевъ представляетъ слишкомъ мало точекъ опоры, на основанія которыхъ можно бы было сразу установить положительное распознаваніе. Чаще всего ихъ смѣшиваютъ съ аденомами и обыкновеннымъ ракомъ. Распознаванія еще можетъ быть болѣе затруднительно, когда имѣемъ дѣло съ саркомомъ со вторичнымъ развитіемъ въ немъ кистовидныхъ полостей (cystosarcoma). Большой бѣды, впрочемъ, отъ этого не бываетъ, такъ какъ терапия, какъ здѣсь, такъ и тамъ, одинакова: — новообразование приходится удалять кровавымъ путемъ. Да и въ отношеніи предсказанія разница тоже не велика, главнымъ образомъ по отношенію къ карциному въ тѣсномъ смыслѣ. Нерѣдко приходится имѣть дѣло съ саркомами, которые по злокачественности (Infectiosität въ смыслѣ Virchow'a) ничѣмъ не уступаютъ раку.

### г) Ракъ.

Библиографія: Bayle, F., Vues théoriques et pratiques sur le cancer въ Bibliothèque médicales, Paris, 1812.—Bayle et Cayol, Diction. des sciences médicales, 1812, T. III, статья cancer.—Rouzet, Recherches et observations sur le cancer. Paris, 1818.—Récamier, recherches sur le traitement du cancer par compression. Paris, 1829.—Tanchou, Recherches sur le traitement médicale des tumeurs cancéreuses du sein. Paris, 1844.—Carpentier-Mericoure, Traité des maladies du sein. Paris, 1845.—H. Lebert, Traité des maladies cancéreuses. Paris, 1854; Его же: Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale. Paris, 1857, T. I, p. 272.—W. H. Walste, The nature and treatment of cancer. Lond, 1856.—Virchow, Zur Entwicklungsgeschichte des Krebses въ его Archiv f. pathologische Anatomie, 1847, Bd. I; также въ его Cellularpathologie, passim.—Scanzoni, Op. cit., p. 527.—Velpeau, Op. cit. p. 421.—Wagner, Ueber Bedeutung der Bindegewebkörperchen für die Entstehung und insbesondere für das Wachsen der krebsigen Geschwülste, Archiv für physiologische Heilkunde, 1857.—Paget, Lectures on surgical Pathology. Lond, 1863.—Cornil, Du cancer et de ses caractères anatomiques въ Memoires de l'academie de médecine. Paris, 1867 f. XXVII, p. 301.

Предполагаемая анатомико-патологическія данныя касательно рака вообще, а также и гистологию его извѣстными читателю, мы не будемъ здѣсь распространяться объ этомъ и перейдемъ прямо къ разсмотрѣнію раковыхъ опухолей по отношенію ихъ къ грудямъ. Въ числѣ новообразованій, поражающихъ грудныя железы, ракъ занимаетъ положительно первое мѣсто; такъ, Billroth на 150 случаевъ новообразованій грудей насчитываетъ 130 случаевъ рака. Изъ этого видно, что ракъ съ какою то особенною любовью поражаетъ женскія груди и въ этомъ отношеніи онѣ уступаютъ только маткѣ. Изъ всѣхъ видовъ рака въ грудяхъ рѣже всего встрѣчается эпителиомъ, чаще же всѣхъ собственно карциномъ и притомъ твердый видъ его, т. е. волокнистый ракъ. Раковыя новообразованія въ значительномъ большинствѣ случаевъ поражаютъ только одну грудь и одновременное пораженіе обѣихъ грудей принадлежитъ къ рѣдкимъ случаямъ: по Birkett'у, это имѣетъ мѣсто, только въ  $\frac{1}{3}$  всѣхъ случаевъ. Что касается исходной точки развитія раковыхъ опухолей, то она можетъ быть очень различ-

на, смотря по гистологическимъ особенностямъ ихъ; поэтому то Köhler \* насчитываетъ семь различныхъ способовъ развитія карцинома груди. Вообще можно сказать, что какъ твердые такъ и мягкіе виды рака (carcin. medul., alveolare, reticulare) развиваются или въ видѣ отдѣльныхъ узловъ, болѣе или менѣе скоро сливающихся между собою, или же въ формѣ разлитой, т. е. въ видѣ инфильтраціи. Начинаютъ они развиваться обыкновенно въ периферіи железы; исключеніе изъ этого составляетъ эпителиомъ, появляющійся обыкновенно сначала въ ближайшемъ сосѣдствѣ соска. По отношенію къ росту раковыхъ опухолей должно замѣтить, что твердые виды ихъ растутъ несравненно медленнѣе мягкихъ, но какъ тѣ, такъ и другіе имѣютъ постоянную склонность приближаться къ общимъ покровамъ и поражать ихъ болѣе или менѣе скоро. Смотря по величинѣ и анатомическимъ свойствамъ раковой опухоли, она болѣе или менѣе значительно измѣняетъ очертаніе пораженной груди. Когда ракъ достигаетъ сколько нибудь значительной величины, то онъ обыкновенно срастается съ подлежащими частями (фасціи и m. pectoralis), вслѣдствіе чего опухоль представляется очень мало подвижною. Въ началѣ кожа груди не представляетъ никакихъ измѣненій, но когда опухоль приближается къ ней, то она представляется морщинистою, похожей какъ бы на лимонную корку. — (Nélaton), затѣмъ краснѣетъ и, наконецъ, изъязвляется. Въ это время начинаютъ замѣчаться измѣненія со стороны соска: онъ становится какъ бы меньше и въ большинствѣ случаевъ втягивается внутрь, такъ что на мѣстѣ его образуется воронка. Относительно того періода карцинома, когда онъ переходитъ въ изъязвленіе, нужно замѣтить, что раковыя язвы могутъ представляться различно и это прямо зависитъ отъ степени и обширности некротическаго распада периферіи опухоли. Иногда бываетъ нѣсколько изъязвленій, которыя, впрочемъ, вскорѣ сливаются въ одну язву, отличающуюся, какъ извѣстно, неровными, твердыми краями и сѣроватымъ дномъ.

Клиническая картина. Въ началѣ карциномъ развивается такъ тихо, что больныя обыкновенно и не замѣчаютъ его и иногда въ это время онъ даетъ знать о себѣ не очень сильною болью во время мѣсячныхъ. Когда же опухоль достигла болѣе значительной величины и въ особенности въ періодѣ изъязвленія, боли все больше и больше усиливаются и наконецъ достигаютъ такой степени, что нерѣдко приводятъ больныхъ въ отчаяніе. Обыкновенно въ это время начинаетъ уже замѣчаться инфильтрація подкрыльцовыхъ железъ соотвѣтственной стороны; железы эти могутъ увеличиться иногда до такой степени, что прижимая кровеносныя сосуды, обусловливаютъ отекъ пораженной конечности. Въ это время также питаніе больныхъ начинаетъ упадать и онѣ представляютъ рѣзкую картину такъ назы-

\* Die Krebs—u. Scheinkrebskrankheiten, p. 530.

ваемой раковой кахексии; къ этому присоединяются потеря аппетита, бессонница отъ постоянныхъ болей и, наконецъ, лихорадочныя явленія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ силы больной падаютъ еще скорѣе, вслѣдствіе повторяющихся отъ времени до времени болѣе или менѣе обильныхъ кровотеченій изъ язвы, зависящихъ отъ разрывленія сосудовъ болѣе значительнаго калибра. Особенно печальна участь больныхъ, когда дѣло клонится къ концу: раковое новообразование не только производитъ обширныя мѣстныя разрушенія, но, распространяясь въ глубь, можетъ разрушить межреберныя мышцы, плевру и даже перейти на легкое. Бываютъ также случаи, въ которыхъ дѣло доходитъ до отложенія карциноматозныхъ массъ въ отдаленныхъ отъ первоначальнаго мѣста органахъ, а именно: въ маткѣ, печени, мозгу и пр. Вся картина заканчивается маразмомъ, отъ котораго больныя и погибаютъ.

Этіологія. Извѣстно—какое множество причинъ, влияющихъ будто бы на развитіе рака, приводилось различными авторами. Мы бы зашли слишкомъ далеко, если бы вздумали останавливаться на каждой изъ нихъ, тѣмъ болѣе, что большинство ихъ въ высшей степени проблематическое. Мы поэтому рассмотримъ здѣсь только тѣ моменты, которымъ, по большинству авторовъ, нельзя отказать въ большемъ или меньшемъ этиологическомъ значеніи. Первое мѣсто въ ряду ихъ занимаетъ возрастъ. Хотя нѣкоторыми наблюдателями приводятся случаи развитія карцинома груди у очень молодыхъ субъектовъ, какъ напр. Birkett'омъ (у 8 лѣтней), Carmichael'емъ (у 12 лѣтней) Номе'омъ (у 15 лѣтней дѣвочки) и т. д., все таки эти случаи принадлежатъ къ исключеніямъ. Изъ значительнаго числа данныхъ, собранныхъ Birkett'омъ, Lebert'омъ, Scanzoni, Velpeau и др., видно что карциномъ груди, какъ и въ другихъ органахъ, чаще всего встрѣчается между 40—50 годами, затѣмъ между 50—60 и наконецъ между 30—40 годами. Изъ этого хотѣли вывести какую то болѣе тѣсную связь между развитіемъ карцинома и климактерическимъ возрастомъ; но, по совершенно вѣрному замѣчанію Veit'a, это не выдерживаетъ критики, такъ какъ во первыхъ, не доказано, чтобы въ послѣдніе 5 лѣтъ пятого десятка чаще развивался карциномъ, чѣмъ до этого, а во вторыхъ и потому, что и у мужчинъ разсматриваемый возрастъ даетъ также наибольшее число заболѣваній ракомъ. Гораздо болѣе вѣроятія имѣетъ за собою мнѣніе Th. Bryant'a, а именно, что развитіе карцинома находится въ извѣстной связи съ угасаніемъ отъ правленія грудныхъ железъ; такъ, 75% всѣхъ его больныхъ находились въ этомъ періодѣ, т. е. въ возрастѣ отъ 36—48 лѣтъ. Bryant подтверждаетъ свое положеніе еще и тѣмъ, что у тѣхъ изъ его больныхъ, у которыхъ ракъ развивался до 40 лѣтняго возраста, прекращеніе функціи груди наступало раньше. Наслѣдственность также играетъ не мало-важную роль, хотя изъ данныхъ, приводимыхъ на этотъ счетъ авторами, нельзя себѣ составить яснаго понятія объ этомъ мо-

ментъ, такъ какъ эти данныя расходятся слишкомъ значительно. Такъ, въ то время, какъ Velreau констатировалъ вліяніе этого момента у  $\frac{1}{2}$  всѣхъ своихъ больныхъ, а Walshe у  $24\frac{1}{2}\%$ , Вруантъ могъ констатировать это обстоятельство только у  $10\%$ . По Velreau, заболѣванія ракомъ со стороны матери въ этомъ случаѣ имѣютъ болѣе важное значеніе, чѣмъ заболѣванія со стороны отца. Что касается прежняго мнѣнія относительно того, что бесплодныя женщины чаще заболѣваютъ ракомъ груди, чѣмъ женщины рожавшія, — то оно положительно опровергнуто числовыми данными Birkett'a, по которому на 116 собранихъ имъ случаевъ приходится 79 замужнихъ и 39 незамужнихъ и на все это число было только 8 женщинъ, не имѣвшихъ дѣтей.

Что распознаваніе карцинома груди не такъ легко, какъ это казалось бы на первый взглядъ, можно видѣть изъ того, что очень извѣстные клиницисты, какъ напр. Roux и др., ошибались въ этомъ случаѣ не лучше обыкновенной посредственности. Положительно извѣстно, что Roux и A. Cooreg смѣшали въ нѣсколькихъ случаяхъ обыкновенный хроническій абсцессъ груди съ карциномомъ. Могутъ попадаться случаи, въ которыхъ сразу нѣтъ никакой возможности рѣшить—съ чѣмъ имѣешь дѣло и для установленія распознаванія требуется наблюдать больную болѣе или менѣе продолжительное время. Часто приходится довольствоваться тѣмъ, что удастся рѣшить по крайней мѣрѣ — принадлежить ли новообразованіе въ данномъ случаѣ къ доброкачественнымъ, или же къ злокачественнымъ опухолямъ. Болѣе точное, прямое распознаваніе будетъ еще очень долго составлять *prim desiderium*, такъ-какъ нѣрѣдко можно установить такое распознаваніе только по удаленіи опухоли. Для того, чтобы не смѣшала раковыхъ опухолей съ продуктами воспаленія различныхъ составныхъ частей груди,—нужно очень тщательно принять въ соображеніе анамнестическія данныя. Если мы узнаемъ отъ больной, что припухлость железы, съ которою мы имѣемъ дѣло, развилась, относительно, скоро и притомъ ей предшествовали воспалительныя явленія, то абсолютно можно исключить подозрѣніе о карциномѣ. Кромѣ того въ громадномъ большинствѣ случаевъ подобныя воспалительныя опухоли груди развиваются или во время кормленія грудью или же, по крайней мѣрѣ, вскорѣ по отнятїи отъ груди. Изъ собственно новообразованій грудной железы, можно смѣшать карциномъ съ простыми фибромами, аденомами и кистами. Но мы видѣли ужъ выше, что клиническая картина ихъ значительно разнится отъ карцинома: опухоли эти очень мало болѣзненны, обладаютъ значительною подвижностью, по крайней мѣрѣ очень долго или вовсе не даютъ инфильтраціи железъ, или же это бываетъ очень рѣдко. Въ случаяхъ сомнительнаго распознаванія между карциномомъ и кистою,—диагностика можетъ быть рѣшена пробаторнымъ проколомъ. Что касается дифференціального распознаванія между саркомомъ и карциномомъ, то, хотя нѣкоторые указываютъ на то, что при саркомѣ

дѣло рѣже доходить до инфильтраціи железъ, тѣмъ не менѣе это едвали можетъ служить точкою опоры для распознаванія. Мы уже выше указали на то, что между этими двумя новообразованіями существуетъ столько общаго въ клиническомъ отношеніи, что неудивительно, что ихъ такъ часто смѣшиваютъ между собою въ практикѣ.

**Предсказаніе.** Мы считаемъ совершенно излишнимъ распространяться о томъ, что карциномъ принадлежитъ къ болѣзнямъ смертельнымъ по преимуществу. За то, съ другой стороны, мы полагаемъ не лишнимъ указать здѣсь на нѣкоторыя обстоятельства, имѣющія вліяніе на относительное предсказаніе. Что касается продолжительности теченія карцинома груди, то она можетъ быть различна. Въ иныхъ случаяхъ болѣзнь можетъ убить больную въ очень непродолжительное время, что доказывается наблюденіями Roux и Birkett'a, въ которыхъ смертельный исходъ наступалъ уже черезъ 3—4 мѣсяца по обнаруженіи болѣзни. За то можетъ быть и другая крайность: болѣзнь можетъ тянуться годы, хотя во всякомъ случаѣ не 15—25 (!) л., какъ рассказываютъ Соорег и В. Brodie. Среднюю продолжительность теченія карцинома груди Соорег принимаетъ въ 2 $\frac{1}{2}$ —5, а Birkett отъ 2 до 4 лѣтъ. На продолжительность теченія болѣзни прямое вліяніе оказываютъ гистологическія свойства опухоли и возрастъ даннаго субъекта: чѣмъ новообразование мягче, и чѣмъ субъектъ моложе, тѣмъ скорѣе протекаетъ болѣзнь, т. е. тѣмъ скорѣе больная приближается къ фатальной развязкѣ. Предсказаніе относительно благоприятнѣе, если мы имѣемъ дѣло съ больною, перешедшею за 50-лѣтній возрастъ и если новообразование плотной консистенціи, хотя сколько нибудь подвижно, не вызываетъ слишкомъ сильныхъ болей и не повлекло за собою еще инфильтраціи железъ. При такихъ свойствахъ опухоли больныя могутъ иногда жить довольно долго. Новообразование при этихъ условіяхъ можетъ не только не увеличиться въ объемѣ, но даже болѣе или менѣе уменьшаться: опухоль твердѣетъ и съеживается. Сюда должно отнести тѣ случаи, которые нѣкоторые авторы (Chelius, Velpeau) назвали атрофическимъ ракомъ.

**Леченіе.** Такъ-какъ раковыя опухоли иногда, какъ видно изъ сказаннаго выше о клинической картинѣ ихъ, болѣе или менѣе продолжительное время даютъ еще относительно слабыя припадки, то по неволѣ придется ограничивать терапію не слишкомъ энегическими средствами. Это именно та эпоха въ развитіи карцинома, въ которую прежде обѣщали себѣ столько отъ внутренняго леченія. Мы навѣрное утомили бы вниманіе читателя, если бы вздумали перечислить здѣсь хоть небольшую часть тѣхъ средствъ, которыя въ различныя времена выхвалялись противъ карцинома груди. Мы, поэтому, упомянемъ только о главнѣйшихъ изъ нихъ. На первомъ планѣ здѣсь стоятъ такъ назыв. разрѣшающія (resolventia) и въ числѣ ихъ первое

мѣсто занимають препараты ртутные (Rust), іодистые (Ullmann) и хлористаго золота (Chrestien). Мышьякъ многими, какъ напр. Walsh'омъ, прямо считался специфическимъ средствомъ противъ рака. Затѣмъ слѣдуютъ препараты: цикуты (Stoerk), кониинъ, ol. jescor. aselli (Person и Marchal de Calvi) и др. Относительно всѣхъ этихъ средствъ должно сказать одно и тоже: въ настоящее время едва ли кто будетъ вѣрить въ благотѣльное дѣйствіе именно такого то средства, такъ-какъ опытъ, помимо уже теоретическихъ соображеній, слишкомъ достаточно доказалъ всю ихъ несостоятельность. Отвергая специфическое свойство сказанныхъ средствъ, мы нисколько не думаемъ умалять ихъ достоинство, коль скоро ихъ назначаютъ, имѣя въ виду извѣстное показаніе. Такъ, при упадкѣ силъ больной мы прибѣгаемъ къ тому же тресковому жиру, препаратамъ хинина, желѣза и пр., но не обѣщаемъ себѣ отъ этихъ средствъ ничего болѣе того, что они могутъ сдѣлать въ другихъ аналогическихъ случаяхъ. Чаще всего мы назначаемъ мышьякъ (Sol. Arsenic. Fowleri ℥j, Aq. menthae ℥j, 3 раза въ день по 15 капель) и онъ не рѣдко довольно долгое время поддерживаетъ аппетитъ и силы больныхъ. Очень часто приходится прибѣгать къ наркотическимъ средствамъ съ цѣлью болеутоляющею. Мы даемъ ихъ (препараты опиѣ и морфія) то внутрь, то употребляемъ ихъ въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній. Очень большую пользу оказываетъ хлораль въ видѣ клистировъ (9—30 на ℥j),

Что касается мѣстной терапіи карцинома груди, то она будетъ различна, смотря по состоянію опухоли. Въ началѣ, когда она еще не велика и не изъязвлена, очень многіе прежде совѣтовали прибѣгать къ сжимающей повязкѣ. Методическое сжатіе раковыхъ опухолей было предложено въ началѣ этого столѣтія Jong'омъ и очень жаркими защитниками его были послѣ этого Récahier и Maisonneuve. О способѣ этомъ толковали очень много, выставляли всѣ его выгоды и придумывали различные снаряды для этой цѣли, какъ то: повязку Begin'a, корсетъ Arnolt'a, Neil'я и др. Однако многочисленныя наблюденія Velrean показали, что и здѣсь авторы увлекались очень сильно и что во многихъ относящихся сюда случаяхъ мнимаго исцѣленія карцинома имѣли дѣло вовсе не съ раковыми опухолями.

Приставленіе пьавокъ вокругъ опухоли рекомендовалось прежде очень многими. При этомъ имѣли въ виду, съ одной стороны, дѣйствовать противъ воспалительныхъ элементовъ, лежащихъ будто бы въ основаніи (?) развитія карцинома; съ другой же стороны, хотѣли мѣстными кровопусканіями унимать боли. Лишать больную крови въ процессъ, который абсолютно ведетъ къ упадку питанія,—едва ли рационально; съ другой же стороны, въ эту эпоху карцинома боли еще вовсе не сильны и съ ними можно сладить гораздо легче другими средствами. На этомъ основаніи едва ли кто въ настоящее время станетъ прибѣгать къ при-

ставленіи пьавокъ. До тѣхъ поръ, пока карциноматозная опухоль не изъязвилась еще, нужно ограничиваться мѣстнымъ употребленіемъ разрѣшающихъ мазей изъ различныхъ іодистыхъ препаратовъ; нѣкоторые французскіе хирурги (Lisfranc, Velpeau) отдають въ этомъ случаѣ особенное преимущество іодистому свинцу (plumb. iodatum); можно также испытать дѣйствіе холода (компрессы и ледъ). Во всякомъ случаѣ, лучше въ началѣ дѣйствовать нѣсколько индифферентно, чѣмъ прибѣгать къ раздражающимъ вещамъ, такъ-какъ чѣмъ дольше мы щадимъ кожу, тѣмъ лучше и выгоднѣе для больной. Если же мы имѣемъ дѣло съ изъязвленіемъ карцинома, то дѣйствуемъ, смотря по состоянію язвы. Стараются о соблюденіи возможной чистоплотности: поэтому промываютъ ее нѣсколько разъ въ день и перевязываютъ различными вяжущими (nitri. argent., tanнинъ, sulf. cupri и пр.). Чаще всего мы прибѣгаемъ къ перевязкѣ глицириномъ съ карболовою кислотою; если же язва вяла и покрыта кровоточащими сосочками, то смазываютъ ее нѣсколько разъ liq. sesq. ferri. Въ случаѣ очень зловоннаго отдѣленія изъ язвы, прибѣгаютъ къ перевязкѣ ароматическими веществами и противугнилостными, въ особенности хлористымъ цинкомъ. Можно также испытать прыску сахаромъ (Billroth).

Прижигающія средства съ давнихъ поръ играли важную роль въ терапіи карцинома груди и мнѣнія на счетъ ихъ пользы сильно расходятся между собою. Еще очень недавно даже ихъ употребляли въ этихъ случаяхъ *larga manu* и, разумѣется, дѣло не обходилось безъ злоупотребленія. Большинство секретныхъ средствъ противъ карцинома, изъ которыхъ многія, какъ напр. тѣсто Landolfi (Zinci chlor., stib. chlor., bromid. muriat. и auri muriat. aa), пользовались большою славой,—не что иное, какъ различныя комбинаціи каустическихъ средствъ. Не малую извѣстность пользовалось также противураковое средство Rivallière, т. е. нѣчто въ родѣ студени, приготовляемой посредствомъ обливанія корнii концентрированной сѣрною кислотою. Но ни одно изъ каустическихъ средствъ не пользовалось при карциномахъ такою репутаціей, какъ мышьякъ въ различныхъ видахъ. По Houperville'ю, уже въ 1594 году Tusch прибѣгалъ къ мышьяку *qua causticum* и съ тѣхъ поръ онъ нашелъ очень обширное примѣненіе, что доказывается множествомъ прижигающихъ смѣсей, въ которыхъ мышьякъ играетъ самую важную роль: таковыя средства *père Sôme*, Rousselot, A. Dubois, Hellmund'a, Dupuytren'a и др. Въ 60-хъ годахъ много толковали о новомъ способѣ прижиганія, предложенномъ Maisonneuve'омъ \* и названномъ имъ стрѣловиднымъ прижиганіемъ (*cauterisation en flèches*). На границѣ опухоли съ здоровою тканью Maisonneuve дѣлаетъ глубокіе

\* Между прочимъ объ этомъ способѣ см. статью проф. Богдановскаго въ мед. вѣст. за 1864 и диссертацию д-ра Рейха, 1864 г.

уколы ножомъ и вставляетъ въ нихъ стрѣлы, приготовленные изъ тѣста, главная составная часть котораго—хлористый цинкъ. Во время нашего пребыванія въ Парижѣ, мы видѣли очень много случаевъ карциномовъ груди, оперированныхъ такимъ образомъ *Maisonpeuve*омъ и ни въ какомъ случаѣ не можемъ раздѣлять того энтузіазма, съ которымъ относится къ этому способу изобрѣтатель его. Что онъ мучителенъ для больныхъ и при томъ несравненно больше кровавой операціи въ тѣсномъ смыслѣ,—не подлежить для меня никакому сомнѣнію. Къ этому способу можно было бы прибѣгнуть развѣ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ возможности удалить новообразование ножомъ. Вообще, въ послѣднее время вѣра въ благотѣльное дѣйствіе каустическихъ средствъ при карциномахъ вообще ослабѣваетъ все болѣе и болѣе, особенно въ томъ смыслѣ, чтобы можно было замѣнить ими кровавое удаленіе новообразованія. Если иногда поневолѣ прибѣгаютъ къ каустическимъ средствамъ, то главнымъ образомъ потому, что больныя, думая, что прижиганія менѣе болѣзненны, не соглашались на операцію ножомъ. Каустическія средства въ терапіи карцинома имѣютъ довольно ограниченныя показанія, а именно:

1) Они умѣстны тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ карциномомъ не очень обширнымъ и при томъ довольно поверхностнымъ, что особенно будетъ имѣть мѣсто при рецидивахъ послѣ кровавыхъ операцій;

2) къ каустическимъ средствамъ прибѣгаютъ иногда отъ времени до времени при карциноматозныхъ язвахъ, которыя или причиняютъ очень сильныя боли, или же сильно кровоточатъ, или же, наконецъ, отличаются очень зловоннымъ выдѣленіемъ.

*Zegbe* \* указывалъ на то, что часто производимыя прижиганія очень быстро иногда подрываютъ силы больныхъ. Кромѣ того, уже давно извѣстно, что *caustica* вовсе не такъ безвредны, какъ многіе думали и извѣстно не мало случаевъ, въ которыхъ смерть больныхъ зависѣла единственно отъ отравленія мышьякомъ, къ которому, какъ мы видѣли выше, такъ часто прибѣгали прежде, какъ къ каустическому средству.

Оперативное леченіе карцинома, которое нѣкоторые до сихъ поръ называютъ радикальнымъ (?!), имѣетъ какъ своихъ жаркихъ защитниковъ, такъ и абсолютныхъ хулителей. Уже *Leroü d'Étiolles*, на основаніи 2781 случаевъ рака, старался доказать, что, вообще говоря, оперативное удаленіе карциноматозныхъ опухолей ведетъ скорѣе къ смертельному исходу. Въ такомъ же почти смыслѣ высказываются *Brossa*, *Lebert* и др. Защитники оперативнаго леченія и во главѣ ихъ *Velpeau* ни въ какомъ случаѣ не соглашались съ этими доводами и утверждаютъ, что оно не только можетъ продлить жизнь больныхъ, но что есть случаи, въ которыхъ кровавое удаленіе новообразованія положительно спасаетъ жизнь больныхъ. *Velpeau* напр.

\* *Bullet. de l'Academie de medecine*, t. IX. p. 454.



приводить 20 подобныхъ случаевъ, Сагра 3 и т. д. Мы бы зашли здѣсь слишкомъ далеко, если бы вздумали разобрать этотъ споръ, относящійся собственно къ области хирургіи вообще. Мы должны однако прибавить, что съ усовершенствованіемъ гистологической діагностики новообразованій, мы далеко уже не имѣемъ тѣхъ сангвиническихъ надеждъ, какъ прежде. Безъ сомнѣнія, раковыя опухоли вырѣзываются и теперь, но, приступая къ операціи, мы не дѣлаемъ себѣ тѣхъ иллюзій, которымъ предавались старинные хирурги. Ежедневный опытъ, къ сожалѣнію, только можетъ утверждать насъ въ этомъ. Нерѣдко, послѣ самаго, по видимому, тщательнаго удаленія всего раковаго, мы получаемъ рецидивъ въ такое время, когда операціонная рана даже еще не совсѣмъ зажила.

Изъ этого однако нисколько еще не слѣдуетъ, чтобы можно было абсолютно отвергать чисто оперативное леченіе рака груди. Если оно потеряло прежній смыслъ, то оно все-таки всегда будетъ имѣть извѣстное значеніе въ практикѣ. Но мы будемъ приступать къ нему безъ всякой задней мысли, нисколько не думая спасать больныхъ, а только облегчать ихъ, на сколько это можетъ зависѣть отъ врача. Если мы имѣемъ дѣло съ карциномомъ, причиняющимъ очень сильныя боли и подрывающимъ силы больной, или же, наконецъ, съ сильно кровоточащей язвой, и если выше приведенныя средства, оказались безсильными противъ этихъ припадковъ, — то мы навѣрно облегчимъ или даже вовсе устранимъ ихъ на нѣкоторое время, — если прибѣгнемъ къ оперативному удаленію новообразованія. И такъ, теперь дѣло идетъ ужъ не о томъ, чтобы рѣшить вообще принципъ относительно того, что лучше: вырѣзывать ли раковыя опухоли, или нѣтъ, — а о томъ, чтобы установить хоть нѣкоторыя практическія данныя относительно того, — когда должно оперировать, и когда нѣтъ? Вопросъ этотъ имѣетъ очень важное практическое значеніе, такъ какъ сама операція можетъ быть сопряжена съ такими послѣдствіями, которыя далеко не окупаютъ проблематическія выгоды ея. Мы напомнимъ здѣсь только то, что самъ Velpeau и сознается, что онъ послѣ вырѣзыванія грудной железы, терялъ 1 изъ каждыхъ 6-ти больныхъ отъ непосредственныхъ послѣдствій операціи (рожа, плевритъ и пр.).

Хотя въ высшей степени трудно опредѣлить въ этомъ случаѣ условія, при которыхъ можно было бы дѣйствовать въ каждомъ данномъ случаѣ, тѣмъ не менѣе они приблизительно могутъ быть выражены слѣдующимъ образомъ. Къ вырѣзыванію опухоли можно приступать:

1) Если мы имѣемъ дѣли съ карциномомъ, причиняющимъ вышеупомянутыя тяжелыя припадки (сильныя боли, кровотеченіе, прогрессивный упадокъ силъ) и если обыкновенная терапія очень мало или вовсе не приноситъ пользы.

2) Если при этомъ опухоль не очень велика, сохранила еще

нѣкоторую подвижность и, главное, если при этомъ нѣтъ еще обширной инфильтраціи железъ.

Изъ этого не трудно заключить о тѣхъ обстоятельствахъ, которыя противупоказываютъ оперативное леченіе. Сюда, главнымъ образомъ, будутъ относиться: значительные размѣры новообразования, неподвижность его, въ особенности вслѣдствіе сращенія съ подлежащими тканями, слишкомъ быстрый ростъ его и, наконецъ, обширная инфильтрація сосѣднихъ железъ. Мы не оперируемъ здѣсь потому, что, какъ уже сказали выше, мы не въ состояніи серьезно облегчить страданія больной, между тѣмъ какъ операцией рискуемъ сократить ея жизнь, минуты которой и безъ того уже сочтены. Вопросъ относительно того, — что предпочтительнѣе въ данномъ случаѣ — экстирпація ли новообразованія, или же ампутація всей железы, — большинствомъ хирурговъ рѣшается въ томъ смыслѣ, что къ экстирпаціи должно прибѣгать тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ опухолями небольшихъ размѣровъ; при опухольяхъ же большихъ нужно предпочесть ампу- тацию.

Если мы уже давно пережили эпоху, когда старались отыскивать специфическія средства противъ карцинома, — то за то послѣднее время было очень богато попытками найти такіе способы, которые бы дѣйствовали прямо противъ гистологическихъ элементовъ новообразованія. Мы назовемъ здѣсь только главнѣйшіе изъ нихъ. Broadbent \* предложилъ впрыскивать въ раковыя опухоли (паренхиматозныя впрыскиванія) уксусную кислоту, разведенную 3-мя и больше чч. воды. Moor тотчасъ испыталъ эти впрыскиванія, особенно на железахъ, инфильтрованныхъ ракомъ и сдѣлалъ объ нихъ благоприятный отзывъ въ Лондонскомъ патологическомъ обществѣ. Guéniot не впрыскивалъ уксусную кислоту, а употреблялъ ее съ полнымъ (?) успѣхомъ въ видѣ пасты (pâte aceto-tannique: смѣсь ac. acet. crystal., танина, шафрана и ликоподія). Что уксусная кислота, дѣйствительно, обладаетъ такимъ противураковымъ дѣйствіемъ, какъ утверждаетъ Guéniot, — это пока еще вопросъ; но что она можетъ принести нѣкоторую пользу при ракѣ (какъ очищающее средство), едва ли подлежитъ сомнѣнію, если принять въ соображеніе разрушающее дѣйствіе ея на эпителиальные элементы. Очень большой интересъ возбудилъ въ 1866 году способъ Thiersch'a, основная идея котораго состоитъ въ томъ, чтобы привести ткань карцинома въ непосредственное всестороннее прикосновеніе съ азотнокислымъ серебромъ, но въ такихъ слабыхъ растворахъ, чтобы оно не вызвало ни воспаления, ни омертвѣнія ткани. Для этого дѣлаютъ правоповскимъ шприцемъ впрыскиваніе раствора 1 ч. азотнокислаго серебра на 5,000 ч. ч. воды \*\* кругомъ опухоли, отступая отъ края ея на 2—3 миллиметра, на самыхъ краяхъ и на поверхности ея. Черезъ 10 минутъ послѣ впрыскиванія азотнокислаго серебра, впрыскиваютъ растворъ хлористаго натрія (1 ч. на 2,500 чч. \*\*\* воды для того, чтобы нейтрализовать слишкомъ обширное дѣйствіе ляписа образованіемъ роговаго серебра. Спрашивается: что производитъ хлористое серебро, приходя въ прикосновеніе съ кѣтками раковаго новообразованія? По мнѣнію Thiersch'a, оно дѣлаетъ то, что производитъ какія то измѣненія въ ядрахъ ячеекъ, вслѣдствіе чего пролиферація ихъ приостанавливается и онѣ должны всасываться. Каково бы ни было научное объясненіе этого метода, но какъ Thiersch такъ и Nussbaum замѣчали отъ него значительную пользу. Мы

\* On cancer. London, 1865.

\*\* Формула Nussbaum'a: Nitr. argent. grj., Aq. destil.  $\frac{3IV}{3IV}$ .

\*\*\* Формула Nussbaum'a: Natri chlor grj., Aq. destil.  $\frac{3II}{3II}$ .

поэтому нѣсколько подробнѣе изложили этотъ способъ, такъ какъ онъ кажется рациональнѣе другихъ и онъ, вѣроятно, имѣетъ хотя какую нибудь будущность. Предположеніе это, однако, на дѣлѣ не оправдалось и поэтому въ настоящее время объ этомъ никто почти болѣе не говоритъ. Мы должны прибавить, что нерѣдко послѣ вышеописанныхъ впрыскиваній замѣчаются рвота, обмороки, а иногда и довольно сильныя ознобы. Что касается впрыскиваній пепсина (по идеѣ Schiff'a), то сначала объ нихъ толковали очень много; теперь же о нихъ почти никто болѣе не говоритъ, такъ какъ они далеко не оправдали тѣхъ надеждъ, которыя на нихъ возлагались.

Чтобы покончить главу о патологіи грудныхъ железъ, намъ остается еще упомянуть о двухъ патологическихъ состояніяхъ, а именно гипертрофіи и эхинококахъ груди. Гипертрофія грудной железы можетъ быть общаѣ, т. е. процессъ поражаетъ всѣ гистологическіе элементы органа, или же только частичная, когда процессъ сосредоточивается только въ нѣкоторыхъ изъ нихъ. Больныя при этомъ страдаютъ только отъ, увеличенія тяжести пораженныхъ грудей, такъ какъ онѣ могутъ достигать громаднхъ размѣровъ, фунговъ до 20 (Huston) и даже до 52 (Porta Lupi). Въ случаяхъ, описанныхъ Bonet'омъ и Durston'омъ, гипертрофированныя груди вѣсили 64 фунта. Еще мы должны упомянуть о томъ, что при гипертрофіи грудей мѣсячныя иногда значительно оскудѣваютъ, а иногда исчезаютъ вовсе (Males). Во время беременности онѣ еще болѣе увеличиваются въ объемъ, но за то въ родильномъ періодѣ болѣе или менѣе значительно инволютируютъ. При леченіи можно ожидать успѣха только отъ ампутаціи, такъ-какъ другія средства, какъ то прижиганіе, іодистыя препараты и пр. дѣйствуютъ очень сомнительно.

Эхинококи встрѣчаются въ грудныхъ железахъ довольно рѣдко; такъ, Hausman въ вышеприведенной монографіи своей о паразитахъ грудныхъ железъ, собралъ всего 16 относящихся сюда случаевъ. Что касается принадлежностей, обусловливаемыхъ этими паразитами, то они вообще очень темныя и болѣею частью діагностика была дѣлаема только тогда, когда можно было изслѣдовать произвольно выдѣлившіеся паразиты или по удаленіи опухоли. Вообще нужно сказать, что эхинококи груди развиваются въ высшей степени медленно, нѣлыми годами, и очень долго почти вовсе не беспокоятъ больныхъ. Когда кисты, содержащія эхинококовъ, достигаютъ болѣе значительной величины, то больныя начинаютъ жаловаться на ощущеніе тяжести въ груди и боль подъ мышкой одноименной стороны. Лечение состоитъ въ проколѣ или разрѣзѣ опухоли и удаленіи содержимаго ея.

# ПАТОЛОГІЯ

ВНУТРЕННЕЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ.

akusherlib.ru

## ГЛАВА XI.

### Патологія рукава.

#### 1. Аномаліи первоначального развитія.

Анатомич. замѣч. Рукавъ составляетъ кожистый каналъ, соединяющій наружныя половыя части съ маткою. Рукавъ начинается у наружныхъ половыхъ частей какъ бы суженіемъ просвѣта своего — входомъ (*introitus s. ostium vaginae*) — и вверху оканчивается въ видѣ слѣпаго мѣшка — сводомъ (*laquear s. fornix vaginae, cul de sac*), въ который торчитъ влагалищная часть матки, помощю которой сводъ раздѣляется на передній и задній. Ось рукава совпадаетъ съ проводною линіей таза, вслѣдствіе чего передняя стѣнка его (т. е. рукава) должна быть меньше задней, а также задній сводъ глубже передняго. Рукавъ имѣетъ въ длину нѣсколько болѣе 4" (10—12 центим.); задняя стѣнка болѣе передней на  $\frac{2}{3}$ "; по *Sarreу*'ю задняя стѣнка = 95 милим., а передняя 75 милим. Рукавъ можетъ быть значительно растянутъ въ длину и длиннѣе его можетъ доходить до 7" (*Seuille*). Обыкновенно говорятъ, что въ поперечникѣ рукавъ имѣетъ отъ 1" — 1". Трудно понять, что этимъ собственно хотятъ сказать, такъ-какъ при обыкновенныхъ обстоятельствахъ стѣнки рукава плотно прикасаются другъ къ другу, такъ что требуется нѣкоторое усиліе (напр. при введеніи зеркала и пр.), чтобы удалить одну стѣнку отъ другой. Нужно замѣтить, что длина рукава различна при различныхъ обстоятельствахъ: такъ, онъ гораздо короче и своды его болѣе плоски у субъектовъ недефлорированныхъ, а также у женщинъ не рожавшихъ, чѣмъ у тѣхъ, которыя рожали; рукавъ представляется также значительно укороченнымъ у старухъ (*involutio senilis*). Кромѣ того длина рукава, какъ ниже увидимъ, видоизмѣняется сообразно различнымъ измѣненіямъ въ положеніи матки.

Что касается связи рукава съ сосѣдними органами, то относительно этого нужно замѣтить слѣдующее. Съ брюшиной рукавъ приходитъ въ соприкосновеніе на относительно небольшомъ пространствѣ, такъ-какъ она только на небольшомъ протяженіи покрываетъ часть задняго свода. Передняя стѣнка ру-

кава помощью тонкаго слоя соединительной ткани соединяется съ шейкою пузыря и мочеиспускательнымъ каналомъ (*septum urethrovaginale*); задняя стѣнка такимъ же образомъ соединяется съ прямой кишкой. При этомъ она вверху отдѣляется отъ нея дугласовымъ пространствомъ, а въ остальныхъ отдѣлахъ—помощью перегородки изъ соединительной ткани — *spatium rectovaginale*.

Рукавъ состоитъ изъ плотнаго фиброзаго слоя, изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и слизистой оболочки. Входъ въ рукавъ снабженъ запирающей мышцей (сфинктеромъ—*m. constrictor cunni*), — представляющей аналогію съ *m. bulbo-savernosus* у мужчинъ. *Constrictor cunni* рѣзко начинаетъ выступать только въ періодъ половой зрѣлости (*pubertas*). Внутренняя поверхность рукава выстлана слизистой оболочкою, усѣянною поперечными складками, рѣзко выступающими у женщинъ, не совершавшихъ еще *coitum*. Складки эти извѣстны подъ именемъ *columnae rug. anter. et poster.*; онѣ особенно рѣзко выражены на передней стѣнкѣ и служатъ главнымъ образомъ для того, чтобы рукавъ могъ удлиняться *sub partu* и затѣмъ во время совокупленія онѣ усиливаютъ *impetum coeundi*. Съ теченіемъ времени, въ особенности послѣ повторныхъ родовъ, *columnae rug.* сглаживаются и до нѣкоторой степени складки остаются только на передней стѣнкѣ. Что касается другихъ особенностей слизистой оболочки, то она интересна въ томъ отношеніи, что до сихъ поръ анатомы спорятъ между собою о томъ—имѣеть ли она железки или нѣтъ? Одни (въ особенности *Huschke*) принимаютъ ихъ, другіе отвергаютъ. Большинство однако въ настоящее время согласно съ *Henle* въ томъ, что слизистая оболочка рукава не имѣетъ собственно отдѣлительныхъ железокъ и что она снабжена только многочисленными сосочками (*papillae*) и что она покрыта плоскимъ эпителиемъ. *Glandulae conglob.*, по *Henle*, попадаютъ въ очень небольшомъ количествѣ. *Henle* въ морфологическомъ отношеніи сравниваетъ ихъ съ солитарными железками кишечника. Что касается кровеносныхъ сосудовъ, то *art. vagin.*, вѣтвь *art. epig.*, даетъ очень много вѣточекъ, распределяющихся въ мышечномъ слоѣ. Кромѣ того, въ рукавѣ развѣтвляются еще вѣтви, происходящія изъ *aa. uter., vesic. и pud. int.* Вены вливаются въ маточныя вены. Нервы происходятъ изъ *plex. hypogastricus*. Рукавъ имѣетъ пещеристое тѣло (*bulbus vaginae*), представляющее совершенную аналогію съ пещеристымъ тѣломъ мочеиспускательнаго канала у мужчинъ. *Bulbus* этотъ помѣщается вокругъ входа въ рукавъ и лежитъ въ пространствѣ, отдѣляющемъ входъ отъ клитора. Въ длину онъ имѣетъ 1,50 д., а въ толщину 0,50 д. Впрочемъ, по *Kobelt'у*, размѣры эти бываютъ различны, смотря по возрасту, болѣе или менѣе частому совершенію *coit.* и индивидуальнымъ особенностямъ.

Библиографія: *Meckel, Handb. der patholog. Anatomie. I. p. 657.—Idem, Arch. f. Anat. u. Physiologie—N e g a, de cong. genital. fem. de-*

formit. Vratisl., 1838.—Devilliers, Annales de chirurgie française et étrangère, 1845, Août.—Förster, spec. pathol. Anat., p. 322.—Kussmaul, von dem Mangel der Gebärmutter и пр. Würzburg, 1859.—Klob, Pathol. Anat. der weib. Sexualorg., 1864, p. 412.—Kiwisch, klin. Vorträge, B. II, p. 365. Breisky, Die Krankheiten der Scheide, Stuttgart, 1879.

Изъ аномалій первоначальнаго развитія рукава мы упомянемъ прежде всего объ отсутствіи его и двойномъ рукавѣ. Мы ниже увидимъ, что рукавъ вмѣстѣ съ маткою и фаллопиевыми трубами развивается изъ такъ-назыв. мюллеровыхъ нитей; поэтому-то недостатки первоначальнаго развитія рукава часто совпадаютъ съ такими-же пороками первоначальнаго развитія и со стороны матки. Совершенное отсутствіе рукава до сихъ поръ было наблюдаемо всегда при такомъ же отсутствіи матки; субъекты эти представляли вообще уродливости, вслѣдствіе которыхъ они оказывались не жизнеспособными. Случаямъ отсутствія рукава, разсѣяннымъ въ старинной литературѣ, вѣрить трудно, такъ-какъ изслѣдованіе ихъ (post mortem) было весьма недостаточно. Вообще говоря, въ большинствѣ случаевъ такъ называемаго полного отсутствія рукава всегда можно найти болѣе или менѣе явственно выступающій рудиментъ, представляющійся въ видѣ небольшой тесемки. Случаи эти въ эмбриологическомъ отношеніи должно объяснять такимъ образомъ, что нижніе отрѣзки мюллеровыхъ нитей, изъ которыхъ normaliter должны развиваться рукавъ, не превратились въ каналъ. То, что обыкновенно описываютъ какъ полное отсутствіе рукава, есть не что иное, какъ частичный дефектъ его, а именно: при этомъ мы находимъ недоразвитымъ или верхній, или нижній отдѣлъ его. Описаны также случаи, въ которыхъ какъ верхній, такъ и нижній отдѣлы канала развиты совершенно правильно и дефектъ поражаетъ только средину его. Что касается клиническаго значенія разсматриваемой аномаліи, то о немъ, а равно и леченіи ея сказано будетъ при заращеніяхъ рукава.

Двойной рукавъ (vagina duplex) представляетъ порокъ первоначальнаго развитія, происшедшій отъ того, что то мѣсто, гдѣ соприкасаются мюллеровы нити, не исчезло, вслѣдствіе чего остается продольная перегородка, раздѣляющая рукавъ на двѣ половины—правую и лѣвую. Двойной рукавъ можетъ быть весьма различенъ и мы поэтому упомянемъ только о главныхъ формахъ. Перегородка можетъ помѣщаться какъ разъ въ срединѣ рукава, т. е. раздѣляя его на двѣ равныя половины; или же она помѣщается такимъ образомъ, что одна половина представляется болѣе узкою, а другая болѣе широкою. Если при этомъ имѣемъ дѣло съ двураздѣльною маткою, то въ каждый рукавъ торчитъ по влагалищной части. Въ одномъ очень интересномъ случаѣ, который мы имѣли возможность изслѣдовать нѣсколько разъ самымъ тщательнымъ образомъ, у хорошо развитаго субъекта, никогда не рожавшаго, мы имѣли дѣло съ слѣдующею относящеюся сюда аномаліею. Наружныя половыя части и входъ въ рукавъ

не представляли ни малѣйшихъ уклоненій отъ нормы; сантиметра на  $1\frac{1}{2}$  отъ входа начиналась перегородка, доходящая до свода рукава и раздѣлявшая его на двѣ неравныя половины — лѣвую—широкую и правую, гораздо болѣе узкую. Въ то время, какъ изслѣдованіе лѣвой половины не вызывало никакихъ болѣзненныхъ ощущеній, правая половина была настолько сужена, что самое осторожное введеніе пальца вызывало значительную болѣзненность. Въ верхнихъ отдѣлахъ обоихъ рукавовъ можно было явственно ощупать по отдѣльной влагалищной части матки; послѣдняя представлялась въ обоихъ каналахъ конически приостранною, зѣвъ же имѣлъ обыкновенную форму, какъ у нерожавшей женщины. Зондъ свободно проходилъ какъ съ лѣвой, такъ и съ правой стороны. Coitus совершался только чрезъ лѣвую половину рукава.

При *vagina duplex s. septa* гимень большею частью бываетъ двойной (Klob).

Перегородка можетъ быть не полная, т. е. она раздѣляетъ рукавъ не во всю длину его, причемъ верхняя половина его можетъ остаться нераздѣленною: *vagina septa supra simplex*; или же, наоборотъ, перегородка помѣщается только въ верхней половинѣ, между тѣмъ какъ нижняя остается нераздѣленною — *vagina septa infra simplex*.

Изъ бѣлаго очерка разсматриваемой аномаліи не трудно понять, что распознаваніе ея легко. Аномалія эта не можетъ сдѣлаться объектомъ леченія, такъ-какъ она сама по себѣ не представляетъ ничего, что бы могло беспокоить больную. Она получаетъ практическое значеніе только въ томъ случаѣ, если она совпадаетъ съ двураздѣльною маткою и если притомъ въ послѣдней произойдетъ зачатіе, что, какъ увидимъ ниже, не совсѣмъ безопасно.

Одностороннимъ рукавомъ (наз. *unilateralis*) называется такое состояніе, когда изъ обѣихъ мюллеровыхъ нитей развилась только одна, а другая вовсе исчезла, или же она остается въ зачаточномъ состояніи. Подобное состояніе, какъ увидимъ ниже, имѣетъ мѣсто при однорогой маткѣ. По мнѣнію Frenid'a \*, не лишенному основанія, изъ подобной зачаточной половины рукава въ нѣкоторыхъ случаяхъ развиваются такъ называемыя кисты рукава.

Изъ различныхъ другихъ аномалій первоначальнаго развитія рукава, имѣющихъ болѣе интересъ терапевтической, мы скажемъ нѣсколько словъ о нѣкоторыхъ видахъ клоакъ. Подъ именемъ клоаки разумѣется такой порокъ первоначальнаго развитія, при которомъ нѣсколько каналовъ, при обыкновенныхъ условіяхъ раздѣльныхъ, открываются наружу вмѣстѣ; такъ напр., если мочеиспускательный каналъ открывается въ рукавъ (сообщается съ этимъ послѣднимъ), то моча постоянно орошаетъ его на извѣст-

\* Zeitschr. f. Geb. und. Gyn., Bd. I, p. 242.



номъ пространствѣ; тоже самое можетъ быть съ прямою кишкою при отсутствіи задняго прохода. Наоборотъ, можетъ случиться и такъ, что входа въ рукавъ нѣтъ, а послѣдній доступенъ только чрезъ задній проходъ, т. е. сообщается съ прямою кишкою. При клоакѣ прямой кишки, т. е. когда послѣдняя открывается въ рукавъ, субъекты, одержимые этимъ порокомъ, не всегда страдаютъ произвольнымъ выдѣленіемъ испражнений, такъ-какъ по наблюденіямъ Kiwisch'a и Veit'a, отверстіе прямой кишки въ рукавъ снабжено запираательною мышцею (сфинктеромъ). При недостаткѣ ostium vaginae, когда послѣдняя доступна только чрезъ прямую кишку, менструальная кровь изливается чрезъ эту послѣднюю. Coitus возможенъ только per anum.

Во второй половинѣ прошлаго столѣтія по этому поводу былъ поднятъ медицинско-богословскій споръ, получившій большую извѣстность. Одинъ изъ знаменитѣйшихъ хирурговъ того времени—Louis, бывшій секретарь тогдашней académie royale de chirurgie, сообщилъ этой послѣдней слѣдующій случай. У одной женщины, страдавшей разсматриваемою аномаліею, менструальная кровь выдѣлялась per anum и, совершая coitus этимъ путемъ, она забеременела и родила, причемъ плодъ вышелъ per anum. На основаніи этого факта, онъ поставилъ вопросъ: licetne coire per rectum, viis naturalibus clausis? и отвѣтилъ на него утвердительно, но за этотъ отвѣтъ былъ отлученъ отъ церкви. Сторону Louis приняли тогда извѣстные богословы Кюнуфъ и Турнеминъ, а также знаменитый казуистъ Sanchez, доказывая, что высказанное по этому поводу мнѣніе Louis нисколько не противно правиламъ нравственности. Папа Бенедиктъ XIV отмѣнилъ индигтъ своего предшественника и рѣшилъ, что въ случаяхъ подобныхъ тому, который привелъ Louis, позволительно совершать coitum ad instar bestiorum...

Болѣе важное практическое значеніе имѣетъ рудиментарное состояніе рукава. Рукавъ въ этомъ случаѣ или во всю длину представляется не прободеннымъ, т. е. канала нѣтъ вовсе, или же этотъ послѣдній развитъ очень слабо и то на небольшомъ пространствѣ. Рукавъ можетъ оставаться открытымъ или вверху или въ нижней трети. Во всякомъ случаѣ рукавъ такъ суженъ, что coitus невозможенъ. Тутъ-то и начинается практически важная сторона занимающаго насъ вопроса. Дѣло въ томъ, что субъектъ, одержимый этимъ недостаткомъ, могъ выйти замужъ и послѣ долгихъ неудачныхъ попытокъ къ исполненію супружескихъ обязанностей, обращается къ гинекологу съ просьбою о помощи. Что остается дѣлать этому послѣднему? Долженъ ли онъ приступить къ оперативному пособію, т. е. стараться кровавымъ путемъ возстановить на сколько возможно нормальныя отношенія рукава? На основаніи анатомическихъ особенностей, присущихъ этой аномаліи, и того, чему научилъ опытъ, въ большинствѣ случаевъ должно отвѣчать на этотъ вопросъ отрицательно. Дѣло въ томъ, что при этой аномаліи мы имѣемъ обыкновенно дѣло съ такимъ же состояніемъ матки, или же, по крайней мѣрѣ, такими недостатками ея (uterus unicognis), которые дѣлаютъ зачатіе или абсолютно невозможнымъ, или, по крайней мѣрѣ, нежелательнымъ, вслѣдствіе сопряженной съ этимъ опасности. Съ другой же стороны, хирургическія попытки, которыя можно пустить въ ходъ въ этомъ слу-

чаѣ, угрожаютъ такой опасностью оперируемой, что было-бы въ высшей степени неблагоразумно рѣшаться на нихъ. Мы ниже увидимъ, что оперативное леченіе простыхъ атрезій рукава нерѣдко оканчивается смертельнымъ исходомъ. И такъ, на основаніи вышесказаннаго, субъекту, одержимому рудиментарнымъ рукавомъ, мы изложимъ всѣ эти причины и откажемся отъ попытокъ къ устраненію аномаліи, противъ которой искусство оказывается безсильнымъ. Въ такомъ же смыслѣ гинекологъ выскажется и предъ судомъ, еслибы ему пришлось быть экспертомъ въ дѣлѣ, поднятомъ мужемъ подобнаго субъекта, требующимъ развода по поводу impotentia coeundi.

Мы бы могли привести здѣсь не мало случаевъ, въ которыхъ хирурги старались устранить рассматриваемую нами аномалію. Если мы выше высказались въ пользу того, что попытки подобныя неумѣстны, съ одной стороны, вслѣдствіе сопряженныхъ съ ними опасностей,—то, съ другой стороны, могутъ быть случаи, въ которыхъ невольно приходится рисковать и приступать къ оперативному пособію. Если напр. при рудиментарномъ рукавѣ, субъектѣ, одержимый этою аномаліей, менструируетъ (при нормальномъ развитіи другихъ частей половой сферы), то накопляющейся въ маткѣ крови во что бы то ни стало нужно проложить путь наружу. Здѣсь оперируютъ уже не ради восстановленія канала, который бы служилъ ad coitum, а единственно въ видахъ спасенія жизни больной. Подобный очень поучительный случай, окончившійся смертельнымъ исходомъ, описанъ Gosselin'омъ въ Gaz. des hôp., 1867, № 14.

Что касается слишкомъ узкаго и слишкомъ короткаго рукава, то въ случаяхъ—судебно-медицинской экспертизы по этому поводу должно быть весьма осторожнымъ. О чрезмѣрной узкости рукава можно сказать то, что оно устранимо, какъ увидимъ ниже, извѣстными приемами. Чрезмѣрная же короткость рукава, если она не сопровождается другими важными аномаліями со стороны матки, не дѣлаетъ невозможнымъ coitum, хотя, можетъ быть, мужъ и можетъ до извѣстной степени жаловаться на то, что coitus затрудненъ. Дѣторожденію же аномалія эта мѣшать иисколько не можетъ (Ballie, Burns, Boyer, Colombat др.). Впрочемъ, обсуждая эту аномалію, должно принять въ соображеніе длину тазоваго канала, чтобы рѣшить—имѣемъ ли дѣло съ абсолютною или же только относительною короткостью рукава.

## 2. Сужженія и заращенія рукава.

Историч. примѣч. и библиогр. О рассматриваемомъ нами патологическомъ состояніи мы находимъ очень много указаній у древнихъ и старинныхъ авторовъ. Гипократъ (de morb. mulier., I) упоминаетъ о нихъ, хотя ничего не говоритъ о томъ, что остается дѣлать въ этихъ случаяхъ врачу. Гораздо подробнѣе распространяется объ этомъ вопросѣ Аристотель (см. у Colombat, Т. I, p. 151). Онъ говоритъ, что у нѣкоторыхъ дѣвушекъ рукавъ зарощенъ съ самаго рожденія и что онъ вслѣдствіе этого очень сильно страдаютъ во время мѣсячныхъ до тѣхъ поръ, пока накопляющаяся при этомъ кровь не проложитъ себѣ путь наружу, или же пока имъ не будетъ подано надлежащаго пособія. Подобныя больныя, по словамъ Аристотеля, нерѣдко умираютъ. Цельсусъ (Lib. VII cap. 28), говоря о сужженіяхъ и заращеніяхъ, дѣлитъ ихъ ужъ на врожденныя и приобретенныя, происходящія вслѣдствіе

различнаго рода изъязвленій. Въ также довольно подробно говоритъ объ оперативномъ леченіи патологическихъ состояній. Соранъ (см. у Аэція, lib. XVI, cap. 95) говоритъ преимущественно о заращеніяхъ гименальныхъ. Кромѣ упомянутыхъ писателей объ атрезіяхъ рукава упоминаютъ *Venivieni* (*De Abdit. morb. caus.*, cap. 28), *Fabricius ab Aquapendente* (*Cent. III.*, obs. 60), *Boonhuysen* (*De claus. uteri*, I, II) и др. Изъ писателей болѣе близкой намъ эпохи, а также новѣйшихъ много занимались этимъ вопросомъ въ особенности *Boyer Amussat*, *Langenbeck*, *Roser* и др.

Для старинной литературы очень важны указанія *Columbat* (*Traité des maladies des femmes*, T. I, p. 150) и *Meissner'a* (*Frauenzimmerkrankheiten*, Bd. I p. 347).

*Boehmer*, *Programma de naturalibus foemin. clausis*. Witteb., 1768.—*Cabaret-Bas-Maison*, *Sur l'imperforation du vagin*. Paris, 1812.—*Heilbut*, *De Atresia vaginal*. Heidelberg. 1832.—*Stéphani*, *Die Atresie der Gebärmutterstheide*, Würzb. 1841.—*Fabre*, *Maladies des femmes*. Paris, 1842, p. 62. (Очень много указаній на французскую литературу).—*Kilian*, *Die rein chirurgischen Operationen des Geburtshelfers*. Bonn, 2-te Aufl., 1856, p. 37.—*Puesch*, *De l'atrisie des voies génitales*. Paris, 1864.—Его же, *Des atresies complètes des voies génitales*. *Ann. de Gynéc.*, t. III, p. 276 и t. IV, p. 120.—*Freund*, *Berl. Beitr. zur Geburts. u. Gynaecol.* Bd. II, 1 Hft.—*Breisky*, *Arch. f. Gynaecol* Bd. II.—Его же, *Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte*, 1871, Jahrg. 1.—Его же, *Arch. f. Gynaecol.*, Bd. VI.—Его же, *Prag med. Wochenschr.*, 1876, I, 7.—Его же *Die Krankh. der Vagina*, Stuttgart, 1879, pp. 13—56.—*Neugebauer*, *Arch. f. Gynaecol*, Bd. II.—*C. Braun*, *Wien. Medic. Wochenschr.*, XXIV, p. 36.—*Lefort*, *L'Union med.*, 1876, № 91.—*Johannovsky*, *Arch. f. Gynaecol.*, Bd. XI.—*Weiss*, *Prager med. Wochenschr.*, 1878, № 21.—*Jordan*, *Borh. Med. a. surg. Journ.*, 1878.—*Emmet*, *Traansact. of the amer. Gynaecol. Loichy*, 1878, p. 437.—*Hegar u. Kaltenbach*, *Die Operat. Gynaecol.* 2-te Aufl., Stuttgart, 1881, p. 558.—*Wachs*, *Ueber Scheidenstenosen*, *Monatschr. f. Geburtsk.*, 1867, B. 29, p. 73.—*Eggel*, *Fall von Ateria vaginae cong.* *Monatschr.* 1878, p. 114.—*Herzfeld*, *Ibid.* p. 233.—*Hennig*, *Die erworbenen Atresien der Scheide*, *Arch. f. Gynaecologie*, 1872, p. 372.

1. Съуженіе рукава (*stenosis vaginae*) можетъ быть двоякаго рода: врожденное и приобрѣтенное. Съуженія первой категоріи составляютъ результатъ аномалій первоначальнаго развитія и сопровождають пороки развитія другихъ частей половой сферы, въ особенности матки. Это преимущественно имѣетъ мѣсто при высшихъ степеняхъ съуженія рукава. Впрочемъ, нерѣдко имѣють дѣло съ очень значительными врожденными съуженіями рукава (проевѣтъ его не превышаетъ нѣсколькихъ линій) и тѣмъ не менѣе matka развита совершенно нормально, что доказывается тѣмъ, что въ литературѣ извѣстно не мало случаевъ, въ которыхъ подобные субъекты забеременѣвали и рожали благополучно (*Boyer* др.).

Что касается приобрѣтенныхъ суженій, то они развиваются обыкновенно послѣ тяжелыхъ травматизмовъ, въ особенности *sub partu*, а также нѣкоторыхъ инфекціонныхъ процессовъ, какъ-то: холеры, тифа, оспы, скарлатины и проч. Разъ мы наблюдали очень значительный стенозъ рукава вслѣдствіе того, что рукавъ былъ тампонируемъ ватой, смазанною хромовою кислотою. Стенозы второй категоріи происходятъ такимъ образомъ, что развивается сначала кольпитъ, влекущій за собою потери существа ткани съ послѣдовательнымъ развитіемъ рубцовъ, суживающихъ просвѣтъ рукава. Что касается степени съуженія, то, особенно

при врожденных стенозахъ, она можетъ быть очень значительна: просвѣтъ рукава можетъ доходить до 6'''—4''' (Veit). Относительно мѣста, занимаемаго суженіями должно замѣтить, что врожденные стенозы бываютъ въ верхней половинѣ, стенозы-же прибрѣтенные въ нижней половинѣ рукава.

Что прибрѣтенныя суженія рукава не всегда занимаютъ нижнюю половину рукава доказываетъ случай, приводимый Неппиг'омъ, въ которомъ послѣ опыа развилось суженіе, и притомъ весьма значительное, у самой влагалищной части матки. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ я былъ призванъ на консультацию д-ромъ Шпилидемъ къ одной больной, у которой развилось суженіе послѣ родовъ, оконченныхъ кефалотрипсіей. Суженіе въ этомъ случаѣ занимало верхнюю треть рукава, такъ что до расширенія не было возможности добраться до влагалищной части.

Что касается припадковъ, обусловливаемыхъ суженіями рукава, то они главнымъ образомъ относятся къ одной сторонѣ функциональной дѣятельности половой сферы, а именно—совокупленію. Смотря по большей или меньшей степени суженія, совокупленіе воспретяственно въ болѣе или менѣе значительной степени. При высшихъ степеняхъ суженія оно совершенно невозможно. Къ этому должно прибавить, что попытки ad coitum въ свою очередь обусловливаютъ катарръ рукава, возвышенную чувствительность и вслѣдствіе этого цѣлую группу нервныхъ явленій.

Распознаваніе суженій очень легко и констатируется безъ всякаго труда ручнымъ изслѣдованіемъ. Смѣшать его, какъ думаетъ Scanzoni, со стриктурой нерваго происхожденія, нѣтъ никакой возможности, такъ какъ послѣдняя встрѣчается чрезвычайно рѣдко и, кромѣ того, бываетъ только временная, а именно, при высшихъ степеняхъ полового возбужденія, или же подъ вліяніемъ страха и пр. Если бы существовало хоть малѣйшее сомнѣніе относительно свойства суженія, то совѣтуемъ производить изслѣдованіе подъ хлороформомъ.

Предсказаніе при значительныхъ степеняхъ суженія довольно серьезно, такъ-какъ для устраненія его требуется значительное время и, если стриктура не устранена надлежащимъ образомъ, то она имѣетъ склонность рецидивировать. Кромѣ того, врожденные суженія иногда очень мало уступаютъ даже самой энергической терапіи, потому что рукавъ остановился на низкой степени развитія и устранить это нѣтъ никакой возможности. Въ одномъ подобномъ случаѣ у женщины, хорошо развитой во всѣхъ другихъ отношеніяхъ, мы послѣ нѣсколькихъ мѣсяцевъ методическаго расширенія, могли достигнуть лишь того, что sub coitu въ рукавъ могъ проникать только glans и то это сопровождалось всегда значительною болѣзненностью.

Леченіе. Имѣя дѣло съ субъектомъ, страдающимъ суженіемъ рукава, нужно сначала опредѣлить съ точностью степень его, затѣмъ тѣ сопутствующія явленія, т. е. катарръ, возвышенную чувствительность и пр., которыя обыкновенно вызываетъ это состояніе. Настойчивыя и частыя попытки къ совокупленію,

правда, могутъ значительно расширить суженное мѣсто, но за то, съ другой стороны, онѣ влекутъ также за собою эти упомянутыя неблагоприятныя осложненія. Поэтому мы запрещаемъ на время coitum и направляемъ нашу терапію на эти осложненія. Вслѣдствіе этого назначаемъ частыя общія и мѣстныя тепловатыя ванны и слизистые души; если бы тѣ или другія патологическія измѣненія, какъ-то: ссадины, изъязвленія и пр., были сосредоточены in introitu vaginae и на внутренней поверхности дѣтородныхъ губъ, то назначаемъ примочки изъ легкихъ вяжущихъ (sulph. zinci и пр.); для пониженія возвышенной чувствительности и раздражительности вообще, прибѣгаемъ къ употребленію наркотическихъ и различныхъ противунервныхъ средствъ, какъ-то: valer., as. foet и пр. Успокоивъ такимъ образомъ больную, приступаемъ собственно къ леченію суженія, которое существенно состоитъ въ употребленіи расширяющихъ средствъ. Въ старинной гинекологіи съ этою цѣлью употреблялись расширители, имѣвшіе форму обыкновенныхъ маточныхъ зеркалъ различныхъ размѣровъ; таковы были расширители Weiss'a, Busch'a и др. При очень высокихъ степеняхъ суженія само собою разумѣется, трудно сразу прибѣгнуть къ подобному инструменту, потому что пришлось бы употребить значительное насиліе. Въ настоящее время методическое расширеніе состоитъ въ введеніи въ суженное мѣсто рукава ламинарія и прессованныхъ губокъ (см. стр. 106). Приэтомъ соблюдаемъ все тѣ предосторожности, которыя изложены въ статьѣ объ употребленіи расширяющихъ средствъ. Если намъ удалось достигнуть губками такого результата, что можемъ прибѣгнуть къ болѣе объемистымъ инструментамъ, то лучше всего употребить въ дѣло расширители Sims'a, приготовленные изъ такого же матеріала, какъ маточныя зеркала Ferguson'a. Симсовскій расширитель представляетъ ничто иное, какъ значительно уменьшенное въ размѣрахъ обыкновенное рукавное зеркало, только съ глухимъ внутреннимъ концомъ. Расширители вводятся сначала на короткое время, напр. на  $\frac{1}{4}$  или  $\frac{1}{2}$  часа и притомъ разъ въ день и затѣмъ исподоволь увеличиваютъ этотъ срокъ и вводятъ расширитель два раза въ день. Для уменьшенія раздраженія во время употребленія расширителей назначаютъ теплые слизистые рукавные души.

Если мы имѣемъ дѣло съ приобретенными суженіями, обусловливаемыми неподатливыми, плотными рубцами, то одно расширеніе мало принесетъ пользы, такъ-какъ мы постоянно будемъ имѣть дѣло съ возвратами. Въ этомъ случаѣ мы постуаемъ такимъ же образомъ какъ изложено выше и, достигши известной степени расширенія, дѣлаемъ надрѣзы въ тѣхъ мѣстахъ, которыя особенно оплотнѣли, и вслѣдъ затѣмъ снова расширяемъ. При производствѣ этихъ надрѣзовъ должно поступать очень осторожно, чтобы не поранить прямую кишку и мочевой пузырь.

2. Заращенія рукава (atresia vaginae), какъ и суженія его, бываютъ врожденныя и приобретенныя. При врожденныхъ зара-

щеніяхъ мы имѣемъ дѣло обыкновенно съ тѣмъ, что въ верхней трети рукава помѣщается перепончатая перегородка, идущая поперекъ рукава, слѣдовательно раздѣляющая его на двѣ половины: верхнюю и нижнюю (*atresia membranacea*). Можетъ быть и такъ, что атрезія произошла вслѣдствіе сращенія стѣнокъ рукава на большемъ или меньшемъ пространствѣ, въ верхней или нижней половинѣ, и просвѣтъ рукава пропадаетъ на большемъ или меньшемъ протяженіи. Съ этимъ видомъ заращеній мы имѣемъ преимущественно дѣло при атрезіяхъ приобрѣтенныхъ, развивающихся послѣ различныхъ общихъ процессовъ (тифъ по преимуществу), сопровождающихся гнойнымъ кольпитомъ, влекущимъ за собою послѣдовательное заращеніе стѣнокъ рукава. Подобный эксквизитный случай атрезіи послѣ тифа описанъ L. Maueгоmъ; случай этотъ интересенъ еще въ томъ отношеніи, что представлялъ величайшія затрудненія въ терапевтическомъ отношеніи.

Припадки, вызываемые этими атрезіями, существенно сопряжены съ менструаціей и актомъ совокупленія. Если мы имѣемъ дѣло съ перепончатою атрезіей, то, по достиженіи даннымъ субъектомъ возмужалости (*pubert.*), мы получаемъ клиническую картину, характеризующуюся періодически (каждый мѣсяць) появляющимися болями внизу живота и поясницѣ (*molimina menstrual.*), между тѣмъ какъ менструальной крови *ex sexualibus* не изливается наружу. Кровь, понятно, позади перегородки можетъ накапливаться только до извѣстной степени; не находя себѣ болѣе мѣста въ части рукава, лежащей выше сращеннаго мѣста, она должна накапливаться выше, т. е. въ маткѣ и мы получимъ, слѣдовательно, накопленіе менструальной крови въ верхней части рукава (*haematocolpos*) плу съ скопленіе крови въ маткѣ (*haematometra*). Если количество крови, накопившейся позади перегородки, довольно значительно, то и помимо мѣсячныхъ мы получаемъ патологическія явленія, сопровождающія выдѣленіе мочи (*dysuria*) и испражненіе низомъ. Явленія эти легко объясняются смѣщеніемъ пузыря и прижатіемъ прямой кишки. Что касается препятствія при совершеніи совокупленія, то оно будетъ состоять въ томъ, что, при частичномъ сращеніи въ верхней половинѣ, *immissio penis* можетъ быть совершенно только до извѣстной степени; если же заращеніе занимаетъ нижнюю половину рукава, то введеніе *penis'a* совершенно невозможно.

Очень большой клинической интересъ представляетъ атрезія рукава въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣемъ дѣло съ раздвоеніемъ маточно-рукавнаго канала и заращеніемъ одной половины его. При этомъ менструальная кровь отчасти изливается наружу чрезъ открытую половину рукава, между тѣмъ, какъ другая часть ея задерживается въ зарощенной половинѣ. Это-то, главнымъ образомъ, и сбиваетъ въ діагностикѣ этого состоянія, такъ-какъ при свободномъ выдѣленіи менструальной крови и въ голову не придетъ мысль искать *haematocolpos* въ зарощенной половинѣ поло-

ваго канала \*. Диагностика этого патологическаго состоянія *intra vitam* была сдѣлана въ одномъ случаѣ Simon'омъ \*\* а въ другомъ Veit'омъ \*\*\*. По мнѣнію Schroeder'a, сюда же должно отнести случаи, описанные Breslau, Hegar'омъ, Hirzfelber'омъ и Braun'омъ подъ именемъ *haematocoele anteuterina*. Breisky \*\*\*\* недавно описалъ два случая накопленія гноя въ маткѣ и въ заращенной рудиментарной половинѣ рукава (*ruocolpos*) при раздвоеніи послѣдняго. Случаи Брейскаго составляютъ до сихъ поръ *unicum* въ гинекологической литературѣ и чрезвычайно интересны въ клиническомъ отношеніи.

Если распознаваніе разсматриваемой аномаліи рукава не трудно въ большинствѣ случаевъ, за то оно иногда можетъ представлять величайшія затрудненія при извѣстныхъ осложненіяхъ. Больныя обращаются обыкновенно къ врачу тогда, когда онѣ уже значительно страдаютъ. Нужно остерегаться, чтобы не принять вышеупомянутыя явленія со стороны мѣсячныхъ за такъ назыв. первныя припадки и непременно приступить къ тщательному изслѣдованію половой сферы. Распознаваніе атрезіи не трудно лишь тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ перепончатымъ сращеніемъ, занимающимъ нижнюю половину рукава; накопившаяся позади его кровь отдавливаетъ перепончатыя сращенія наружу и въ расщелинѣ виднѣется иногда опухоль синеватаго цвѣта, тѣстоватой консистенціи или же съ неяснымъ зыбленіемъ. Изслѣдованіе *per gestum* выяснитъ въ этихъ случаяхъ дѣло какъ нельзя лучше, такъ какъ помощью его мы можемъ убѣдиться въ томъ, что имѣемъ дѣло со скопленіемъ крови позади перегородки. Весьма большія затрудненія для диагностики представляютъ тѣ случаи, въ которыхъ мы имѣемъ дѣло со сращеніемъ стѣнокъ рукава на большемъ или меньшемъ протяженіи. Трудность состоитъ здѣсь существенно въ опредѣленіи толщины заращеннаго мѣста. При этомъ прибѣгаютъ къ слѣдующему диагностическому приему: большой палецъ вводится какъ можно выше въ рукавъ, а указательный палецъ той же руки *in rectum*; стараясь сближать пальцы, опредѣляютъ приблизительно разстояніе между верхушками ихъ. Маневръ этотъ рекомеируется Scanzoni и другими, но едва ли онѣ можетъ давать такіе блестящіе результаты, какъ думаютъ, такъ какъ между верхушками пальцевъ кромѣ перегородки (*resp.* сращеннаго мѣста въ рукавѣ) находится еще болѣе или менѣе толстый слой накопившейся крови. Въ диагностическомъ отношеніи особенно интересны тѣ случаи, въ которыхъ, какъ упомянуто выше, мы имѣемъ дѣло съ двурою маткою (*uter. bicornis*) и раздвоеннымъ рукавомъ; одинъ изъ отдѣловъ рукава мо-

\* Decès, Bulletin de la société anatomique, 1854, Juillet.—Beronius, Preussische med. Zeitschr., 1862 № 33.

\*\* Monatschr. f. Geb., 1864.

\*\*\* Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. p. 536.

\*\*\*\* Archiv f. Gynaecologie, 1871, Bd. II p. 84 и 451.

жетъ быть заращенъ, между тѣмъ какъ менструальная кровь изливается свободно наружу. Но она также можетъ накопиться въ заращенной половинѣ рукава и тогда мы получимъ haematocolpos и haematometra одной половины. Въ подобныхъ случаяхъ изъ затрудненія могутъ вывести, во первыхъ, то, что константируютъ надъ лоннымъ соединеніемъ растянутую половину матки при другой половинѣ, представляющей болѣе или менѣе нормальною, а во вторыхъ, —растянутая кровью часть рукава, выступающая наружу и въ которой нерѣдко можно констатировать явственное зябленіе.

Предсказаніе различно, смотря потому съ какого рода заращеніемъ мы имѣемъ дѣло и затѣмъ—какъ скоро мы приступаемъ къ оперативному устраненію его. Предоставленные самимъ себѣ субъекты, одержимые разсматриваемымъ патологическимъ состояніемъ, умираютъ обыкновенно отъ двухъ причинъ: отъ маразма, подобно тому, какъ это увидимъ ниже при продолжительномъ накопленіи менструальной крови въ полости матки (haematometra), и отъ остраго перитонита, вслѣдствіе разрыва одной или обѣихъ фаллопиевыхъ трубъ, причемъ накопившаяся въ нихъ кровь (haematosalpinx) выступаетъ въ полость брюшины; впрочемъ, обстоятельство это можетъ случиться и безъ разрыва трубы. Что касается произвольныхъ исцѣленій, т. е. разрыва перепонки, запирающей рукавъ, подъ напоромъ накопившейся крови, то подобные случаи хотя и описаны (Heyfelder, M-me Voivin и др.), но они до такой степени рѣдки, что разсчитывать на нихъ нѣтъ никакой возможности. Но если даже заблаговременно приступать къ оперативному пособію, то и тогда предсказаніе весьма серьезно, потому что операція эта сама по себѣ влечетъ иногда за собою величайшую опасность, обусловливаемую тѣмъ, что при этомъ нельзя избѣгнуть раненія пузыря или прямой кишки. Кромѣ того, операція можетъ быть произведена совершенно успѣшно, тѣмъ не менѣе смертельный исходъ наступаетъ помимо ея, вслѣдствіе вышеупомянутаго выступанія крови изъ фаллопиевыхъ трубъ въ полость брюшины. Вотъ почему операція атрезіи имѣетъ столь часто неблагоприятный исходъ и притомъ даже въ рукахъ такихъ хирурговъ, каковы Langenbeck, Nélaton, и др. Изъ всего сказаннаго не трудно понять—какъ осторожно должно быть при предсказаніи, имѣя дѣло съ атрезіею рукава. Благоприятную прогностику можно сдѣлать лишь тогда, когда, путемъ тщательнаго изслѣдованія, убѣдились въ томъ, что дѣло идетъ о такомъ видѣ сращенія, при которомъ перепонка не очень толста и притомъ количество накопившейся крови еще не очень значительно. Послѣднее обстоятельство важно въ томъ отношеніи, что на этомъ основаніи можно съ вѣроятностью допустить, что мы не имѣемъ еще дѣла съ значительнымъ растяженіемъ матки, а тѣмъ болѣе фаллопиевыхъ трубъ.

Леченіе. Мы уже упомянули выше о томъ, что всего благоприятнѣе предсказаніе при атрезіяхъ рукава въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣемъ



дѣло съ перепончатымъ сращеніемъ. Предсказаніе благоприятно здѣсь главнымъ образомъ потому, что для устраненія артезій не требуется особенно энергическихъ оперативныхъ приѣмовъ. Что касается момента—когда слѣдуетъ приступить къ операціи, то здѣсь и при всѣхъ операціяхъ вообще выбираютъ эпоху, которая совпадаетъ съ близкимъ наступленіемъ мѣсячныхъ или непосредственно послѣ нихъ. Давши больной надлежащее положеніе, вводятъ въ мочевоу пузырь металлическій катетеръ, помощью котораго помощникъ оттягиваетъ пузырь впередъ; затѣмъ оперирующій вводитъ въ рукавъ указательный палецъ, верхушку котораго приставляетъ плотно къ перегородкѣ и по руководству этого пальца верхушкоу скальпеля сначала прокалываетъ перегородку и послѣ этого расширяетъ ножомъ же сдѣланное отверстіе. Употреблять въ этихъ случаяхъ обыкновенный маточный зондъ для разрыва перегородки, какъ совѣтуетъ Scanzoni, едва-ли рационально, такъ-какъ это необходимо должно дать гораздо болѣе значительный травматизмъ, чѣмъ устраненіе атрезіи помощью рѣзущихъ инструментовъ. Послѣ того, какъ отверстіе сдѣлано, тотчасъ начинаетъ истекать густая клейкая кровь, обыкновенно темная; выдѣленіе ея происходитъ иногда очень медленно, днями, даже недѣлями. Продолжительность выдѣленія крови будетъ зависѣть, съ одной стороны, отъ количества ея, съ другой же—отъ степени растяженія пер. вылости маточныхъ стѣнокъ. Крови иногда можетъ накопиться въ родовыхъ путяхъ громадное количество: отъ нѣсколькихъ унцій до 10—30 фунтовъ (Benevoli, Kiwisch). Для того, чтобы ускорить выдѣленіе ея наружу, а также противодействовать разложенію ея, мы назначаемъ первые дни тепловатыя души и затѣмъ прибавляемъ къ нимъ: хлоръ, kali hypermangan. acid. carbol., vinum atomat. и пр. Что касается другаго обстоятельства, замедляющаго выдѣленіе крови, именно вылости маточныхъ стѣнокъ, то можно бы устранить его помощью надавливанія на маточное дно. Но, по совершенно справедливому замѣчанію Veit'a, маневръ этотъ едва-ли благоприятенъ, такъ какъ при сколько нибудь энергическомъ надавливаніи мы легко можемъ произвести разрывъ растянутыхъ фаллопиевыхъ трубъ. Но за то можно попытаться вызвать или же усилить сократительную дѣятельность матки помощью холода и препаратовъ спорыньи. Такъ-какъ искусственно сдѣланное отверстіе, вслѣдствіе присутствія мышечныхъ волоконъ въ перегородкѣ, имѣетъ наклонность не только спадаться, но даже зарости снова, то нужно противодействовать этому тѣмъ, что сначала вводятъ въ рукавъ плюмассо, налитанные глицериномъ, а затѣмъ пресованныя губки различной толщины.

Какъ просты оперативныя приѣмы при перепончатыхъ атрезіяхъ рукава, въ такой же мѣрѣ они сложны и опасны при сращеніяхъ стѣнокъ рукава на значительномъ протяженіи. Установить какія нибудь постоянныя правила, которыми можно бы было руководствоваться въ подобныхъ случаяхъ, нѣтъ никакой

возможности. Старинные гинекологи прибѣгали въ этихъ случаяхъ къ особеннаго рода ножамъ, думая такимъ образомъ избѣгнуть трудностей и опасности, съ которыми сопряжены этого рода операціи. Такъ, нѣкоторые совѣтовали прибѣгать къ ножу *Savigny*, употреблявшемуся при операціяхъ фистуль; другіе хвалили нѣсколько удлиненный куперовскій герніотомъ; нѣкоторые, наконецъ, совѣтовали прибѣгать къ гистеротомамъ. Наблюденія доказали какъ нельзя лучше, что дѣло здѣсь вовсе не въ томъ или другомъ ножѣ, а въ толщинѣ заращенія, отношеніи его къ мочевому пузырю, прямой кишкѣ и т. д. И такъ, коль скоро мы рѣшились приступить къ этой операціи, то, давши больной подлежащее положеніе, помощники помощью катетера, введеннаго въ пузырь и шпателя, введеннаго *in rectum*, оттягиваютъ ихъ въ противоположныя стороны; затѣмъ оперирующей приставляетъ указательный палецъ къ заращенному мѣсту и помощью обыкновеннаго бистури разрѣзаетъ его, руководствуясь единственно обстоятельствами даннаго случая и врожденнымъ хирургическимъ чутьемъ. Не трудно понять, что, дѣйствуя совершенно въ темнотѣ и притомъ въ полномъ невѣденіи отношеній заращеннаго мѣста къ сосѣднимъ органамъ, нѣтъ почти никакой возможности избѣгнуть большаго или меньшаго раненія этихъ послѣднихъ. Вслѣдствіе-то этого, какъ сказано уже выше, большинство этого рода операцій имѣли самый печальный исходъ. Нерѣдко случалось и такъ, что начинали дѣлать операцію и принуждены бывали отказываться отъ продолженія ея, вслѣдствіе громадныхъ затрудненій. Такой извѣстный и смѣлый хирургъ, какъ *Roser*, въ одномъ изъ засѣданій общества берлинскихъ акушеровъ, въ 1855 году, прямо высказалъ сомнѣніе въ возможности успѣха этой операціи. Въ виду этихъ печальныхъ результатовъ попытокъ къ восстановленію рукава, спрашивается: что же остается дѣлать, когда мы имѣемъ дѣло съ атрезіей, гдѣ вслѣдствіе значительнаго скопленія крови въ родовыхъ путяхъ, большая угрожаетъ неминуемая смерть? При подобныхъ отчаянныхъ обстоятельствахъ, можно рѣшиться и на послѣднюю, крайнюю попытку спасти больную, проложивъ накопившейся крови выходъ не *per vias naturales*, т. е. не черезъ рукавъ, а черезъ другой искусственный путь. Съ этою цѣлью можно прибѣгнуть къ прободенію растянутаго кровью матки (*paracentesis uteri*) надъ лоннымъ соединеніемъ.

Мы уже выше упомянули о томъ, что восстановленіе рукава (*colpopoiesis*) въ случаѣ отсутствія послѣдняго должно считать одною изъ самыхъ опасныхъ хирургическихъ операцій, вслѣдствіе встрѣчающихся при этомъ громадныхъ затрудненій и невозможности избѣгнуть раненія сосѣднихъ органовъ (пузыря и прямой кишки). Ничѣмъ не оправдываемою мы считаемъ эту операцію главнымъ образомъ тамъ, гдѣ кромѣ того имѣютъ дѣло съ рудиментарной маткой (отсутствіе *molim. menstr.*). Въ случаяхъ же *haematometra*—совсѣмъ другое дѣло: тутъ прибѣгаютъ къ устраненію заращенія рукава потому, что къ операціи существуетъ *indicatio vitalis*. Мы ужъ указали на затрудненія, встрѣчаемыя въ этихъ случаяхъ ножемъ. Поэтому-то, *Fletcher* и *Amussat* предложили видоизмѣнить технику въ томъ отношеніи, что они образу-

ютъ сначала въ заращенномъ мѣстѣ углубленіе, надавливая на него въ теченіи извѣстнаго времени пальцемъ. Понятно—чѣмъ глубже будетъ образованная такимъ образомъ ямка, тѣмъ меньше придется работать ножомъ, тѣмъ меньше, слѣдовательно, опасность. Тамъ, гдѣ приходится не *per vias naturales* продолжить путь наружу крови, накопившейся въ маткѣ и рукавѣ, мнѣ кажется, выгоднѣе будетъ прибѣгнуть къ проколу чрезъ прямую кишку, чѣмъ къ прободенію матки надъ лоннымъ соединеніемъ. По крайней мѣрѣ, это подтверждается нѣкоторыми данными новѣйшей литературы. Такъ, къ этому способу въ двухъ случаяхъ съ успѣхомъ прибѣгнулъ Oldham (*Guy's Hospit. Reports*, 1857) и въ одномъ Braxton Hicks (*Medic. Times and Gaz.*, 1861). Уже въ началѣ этого столѣтія къ проколу чрезъ прямую кишку при этихъ условіяхъ совѣтовали прибѣгать Dubois и Boyer. В. Brown совѣтовала послѣ прокола стараться о томъ, чтобы отверстіе не заростало, т. е. сдѣлать искусственную маточно-кишечную фистулу. Но совѣтъ этотъ едва ли рационаленъ, такъ-какъ въ растянутый кровью мѣшокъ могутъ попадать газы и каловыя массы, что повлечетъ за собою весьма опасныя послѣдствія. Simon совѣтовала производить проколъ чрезъ мочевоу пузырь (!). Какъ бы то ни было, къ проколу *per gestum* можно прибѣгать какъ къ временной мѣрѣ, для того, чтобы избѣгнуть неминуемой опасности, а затѣмъ всетаки придется приступать къ устраненію срощенія. Въ виду столь печальныхъ результатовъ, полученныхъ до сихъ поръ, едва ли теперь кто въ этихъ случаяхъ рѣшится прибѣгнуть къ ножу. Здѣсь ничего болѣе не остается, какъ держаться способа Amussat, т. е. стараться устранить срощеніе исключительно помощью пальца и тупыхъ орудій вообще. Да и при этомъ способѣ исходы могутъ быть весьма печальныя. Такъ, два года тому назадъ мы потеряли (отъ перитонита) 17-лѣтняго субъекта, страдавшаго врожденнымъ заращеніемъ рукава и гематометрой, гдѣ мы дѣйствовали по способу Amussat и притомъ съ всевозможными предосторожностями.

## ГЛАВА XIII.

### Нервозы рукава.

#### 1. Зудъ рукава.

Библиографія: Carus, Lehrb. der Gynaecol., 1 Th., p. 420.—Boivin et Dugés, T. II, p. 659.—Schneider, Siebold's Arch. f. Geburtsh., Bd. XV, p. 399.—Kernig, Casper's Wochenshr. f. die ges. Heilk., 1841, № 3, p. 48.—Meissner, Op. cit., T. I, p. 201.—О сущности зуда вообще, съ дерматологической точки зрѣнія, см. у Нейманна, болѣзни кожи, русскій перев., 1874, стр. 286.

Мы видѣли уже выше, что зудъ наружныхъ половыхъ частей (*pruritus vulvae*) составляетъ довольно частое страданіе, встрѣчающееся то въ видѣ самостоятельной патологической формы, то какъ спутникъ другихъ страданій. Тоже самое должно сказать и насчетъ зуда рукава (*pruritus vaginae*), который есть ничто иное, какъ страданіе нервовъ рукава, выражающееся гиперестезіей въ такой степени, что больныя не могутъ удерживаться отъ механическаго инсульта пораженныхъ частей руками (расчесъ). Итакъ, сущность разсматриваемаго страданія есть гиперестезія, матеріальныя же измѣненія, а именно ссадины, царапины и т. д. составляютъ результатъ расчеса. Зудъ рукава принадлежитъ къ одному изъ самыхъ мучительныхъ страданій половой сферы. Зудъ является или приступами, напр. ночью и продолжается иногда по нѣскольку дней, больныя мучатся въ такой степени, что онѣ въ какомъ-то изступленіи не только расчесываютъ входъ въ рукавъ, но буквально терзаютъ себя ногтями, не будучи въ состояніи владѣть собою. Въ такой сильной степени зудъ является приступами; иногда же, въ слабой степени, зудъ продолжается почти постоянно, то слегка усиливаясь, то ослабѣвая. Нерѣдко зудъ смѣняется ощущеніемъ жженія въ глубинѣ рукава. Нѣкоторыя больныя жаловались намъ, что по временамъ зудъ рукава сопровождается у нихъ зудомъ задняго прохода (*pruritus podicis*). Такъ-какъ больныя сильно расчесываютъ *vulvam* и входъ въ рукавъ, то на этихъ мѣстахъ замѣчаются ссадины, струпики, подтеки и т. д. При изслѣдованіи подобныхъ субъектовъ, помимо явленій, характеризующихъ

извѣстныя патологическія состоянія, влекуція за собою нерѣдко зудъ рукава, мы часто замѣчаемъ необыкновенную сухость и чрезвычайно возвышенную чувствительность рукава, вслѣдствіе чего онѣ всѣми силами уклоняются отъ изслѣдованія.

Причины зуда рукава могутъ быть весьма различны, такъ-какъ мы сказали, что онѣ можетъ встрѣчаться въ видѣ самостоятельнаго страданія, или же какъ спутникъ другихъ разстройствъ половой сферы. Въ формѣ идиопатической, мы чаще имѣемъ дѣло съ зудомъ рукава у такъ-назыв. нервныхъ субъектовъ, расположенныхъ вообще къ гиперестезіямъ всякаго рода; зудъ у нихъ притомъ сопряженъ съ нѣкоторыми спеціальными состояніями организма, въ особенности мѣсячными и беременностью. Особенно часто встрѣчается зудъ у женщинъ, приближающихся къ климактерическому возрасту,—эпоха, когда мы вообще имѣемъ дѣло съ весьма бурными нервными явленіями различнаго свойства. Какъ явленіе сопутствующее, зудъ рукава встрѣчается довольно часто при различныхъ страданіяхъ какъ матки, такъ и рукава. Изъ первыхъ въ особенности указываютъ на карциномъ. Что касается страданій рукава, то различнаго рода воспаленія слизистой оболочки его весьма часто и притомъ въ сильной степени сопровождаются зудомъ. У одной молодой женщины, страдавшей года три хроническимъ кольпитомъ, мы могли констатировать, что зудъ, составившій одинъ изъ самыхъ мучительныхъ для больной припадковъ, то усиливался, то ослабѣвалъ, сообразно ухудшенію или улучшенію кольпита. Наконецъ, намъ остается еще упомянуть о томъ, что зудъ рукава встрѣчается иногда у старухъ, у которыхъ, какъ извѣстно, мы нерѣдко имѣемъ дѣло съ зудомъ всего тѣла (*pruritus senilis*) и при нѣкоторыхъ страданіяхъ, сопровождающихся глубокимъ разстройствомъ питанія, какъ напр. при диабетѣ (*Gaillard Thomas*). Впрочемъ, мы наблюдали нѣсколько случаевъ зуда рукава у женщинъ, давно перешедшихъ за климактерическій возрастъ и у которыхъ, кромѣ разсматриваемаго страданія, мы не могли констатировать никакого другаго заболѣванія. При этомъ питаніе было очень удовлетворительно. Не могу не упомянуть здѣсь объ одной больной, которую я наблюдалъ въ послѣднее время. Женщинѣ этой 55-й годъ отъ роду; менопауза наступила 9 лѣтъ тому назадъ. Она рожала 7 разъ совершенно благополучно и въ третью беременность очень сильно страдала зудомъ рукава. Послѣ этого никогда болѣе не страдала этимъ припадкомъ, на который стала жаловаться только въ послѣдніе мѣсяцы предъ тѣмъ, какая я ее увидѣлъ. Кромѣ сухости и возвышенной чувствительности рукава въ половой сферѣ не констатировано ничего особеннаго. У другой больной я наблюдалъ въ теченіе двухъ послѣдовательныхъ беременностей такой сильный зудъ рукава, какого до тѣхъ поръ мнѣ не приходилось видѣть. Въ заключеніе сказаннаго нами объ этиологическихъ моментахъ, обуславливающихъ зудъ рукава, я долженъ упомянуть о

томъ, что у многихъ больныхъ, у которыхъ употребляема была мною іодовая настойка для смазыванія влагалищной части, зудъ рукава являлся интеркурентно, такъ что приходилось на время оставлять это средство, послѣ чего зудъ прекращался и притомъ при самой индифферентной терапіи.

Предсказаніе хотя не абсолютно неблагоприятно, какъ многіе увѣряютъ, но во всякомъ случаѣ сомнительно: никогда сразу не нужно обѣщать много, потому что рассматриваемая патологическая форма, даже при самыхъ благопріятныхъ повидимому условіяхъ, принадлежитъ къ самымъ упорнымъ страданіямъ. Предсказаніе неблагоприятно при зудѣ, гдѣ трудно отыскать какую-либо матеріальную причину, а также во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ зудъ составляетъ припадокъ неустранимыхъ причинъ, напр. при карциномѣ и т. п. Всего благопріятнѣе прогностика въ случаяхъ хроническаго кольпита.

Леченіе. Противъ зуда предложено такое множество средствъ, что уже это одно характеризуетъ упорство, съ которымъ страданіе это уступаетъ терапіи. Успѣха можно обѣщать себѣ только отъ настойчиваго исполненія того или другаго плана леченія, а не часто мѣняя средства. Итакъ, если мы имѣемъ дѣло съ зудомъ, который, повидимому, поддерживается напр. кольпитомъ, то терапія наша будетъ состоять въ томъ, что сначала устранимъ послѣдствія расчета (ссадины, подтеки, струпики) и затѣмъ приступимъ къ леченію кольпита, на основаніи данныхъ, которыя изложены будутъ ниже. Въ первомъ отношеніи мы назначимъ тепловатыя полуванны и такія же впрыскиванія въ рукавъ, которыя дѣлаются каждые 3—4 часа; струпики удаляютъ прикладываніемъ компрессовъ, смоченныхъ теплымъ слизистымъ отваромъ (*dtm. sem. lini* и т. п.); по спаденіи струпиковъ, назначаемъ примочки изъ различныхъ вяжущихъ, къ которымъ прибавляются *opriata*, напр. *acet. plumbi* ℥j, *aq. com.* ℥vj, *tinct. op.*—℥ijj. Кромѣ этого, въ настоящемъ случаѣ съ большею или меньшею пользою были испытываемы различныя другія вяжущія, какъ-то: сѣрно-кислое желѣзо (*Colombat*), бура и т. п. Также самое должно сказать и относительно щелочей. Послѣднія могутъ принести несомнѣнную пользу тамъ, гдѣ зудъ сопровождается катарромъ рукава, или первикальнаго канала. Иногда тепло, въ какомъ бы видѣ оно ни употреблялось, усиливаетъ зудъ; въ такихъ случаяхъ мы назначаемъ холодъ также въ видѣ ваннъ и впрыскиваній. Вообще я долженъ сказать, что холодъ заслуживаетъ преимуществъ предъ тепломъ. Нерѣдко мы достигали очень благопріятныхъ результатовъ отъ холодныхъ восходящихъ душъ. Понизивъ хотъ нѣсколько чувствительность, мы переходимъ къ средствамъ болѣе энергическимъ, напр. азотнокислomu серебру. Очистивши рукавъ впрыскиваніемъ тепловатой воды, мы при помощи зеркала прижигаемъ его большими турами (*cauterisation transcurrente*). Затѣмъ вводимъ тампонъ, посыпанный смѣсью изъ равныхъ частей квасцовъ и сахара. Повторяя этотъ приѣмъ каждые 2—3 дня, мы уже

послѣ третьяго или четвертаго раза замѣчаемъ значительное облегченіе. Еслибы эта терапія, употребленная въ теченіи 2—3 недѣль, не принесла пользы, то переходимъ къ мѣстному употребленію хлороформа, употребляемаго въ видѣ линимента: chloroform. ℞—j ad ℥j ol. olivar.; пораженныя части смазываются этою смѣсью помощью кисточки, или же кусокъ ваты, налитанный этою смѣсью, прикладывается на болѣе или менѣе короткое время, смотря потому, какъ переносить его больная. Средство это сильно выхваляется. Scanzoni и мы также имѣли возможность убѣдиться въ дѣйствительности его. Наркотическія, употребленныя въ видѣ рукавныхъ свѣчекъ, приносятъ мало пользы. Нерѣдко, впрочемъ, приходится прибѣгнуть къ внутреннему или подкожному употребленію морфія съ цѣлю хотя немного облегчить больныхъ, страдающихъ продолжительною бессонницею. Нѣкоторые гинекологи увѣряютъ, что они съ большою пользою прибѣгали къ смазыванію рукава растворомъ сулемы. Simpson и Osborn увѣряютъ, что они достигали блестящихъ результатовъ отъ выпрыскиваній въ рукавъ настоя табачныхъ листьевъ (℥i и болѣе на ℥iv). Въ послѣдніе годы я съ большою пользою употреблялъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ упорнаго зуда рукава смазываніе входа растворомъ хлорала (℥i) въ водѣ (℥jij). Наконецъ, нечего говорить о томъ, что, имѣя дѣло съ страданіемъ, основаннымъ часто на общемъ разстройствѣ иннерваціи, мы нерѣдко съ пользою употребляемъ средства, имѣющія способность понижать возвышенную чувствительность вообще, какъ-то: препараты брома, цинка, мышьяка и пр. Въ случаѣ упадка питанія назначаемъ желѣзо, хининъ, питательную діету, желѣзныя минеральныя воды и морскія купанья.

## 2. Вагинизмъ.

Истор. замѣч. и библиогр. Уже Burns упоминаетъ о чрезмѣрно-возвышенной чувствительности наружной половой сферы и входа въ рукавъ, которая, по его мнѣнію обуславливается страданіемъ n. pudendi и предлагалъ устранять его хирургическимъ путемъ, т. е. разрѣзомъ. Simpson, раздѣляя этотъ взглядъ Burns'а, видоизмѣнилъ предложенное имъ леченіе только въ томъ отношеніи, что онъ производилъ невротомію подкожнымъ способомъ. Кромѣ того Simpson упоминаетъ о болѣзненности при совокупленіи, обуславливаемой трещинами слизистой оболочки входа въ рукавъ, а также настоящими невритами и описать это патологическое состояніе подъ именемъ вагинидиніи. Во французской литературѣ рассматриваемое нами патологическое состояніе было очень хорошо извѣстно Roux, Dupuytren'y и въ особенности Lisfranc'y и Tanchou, хотя они описывали его подъ различными названіями. Такъ Lisfranc въ приведенной ниже статьѣ своей, толкуя о трещинахъ и изъязвленіяхъ слизистой оболочки рукава, между прочимъ говоритъ слѣдующее... enfin cette exaltation de sensibilité qui determine de douleurs si vives pendant le coit et qui constitue le caractère essentiel de l'affection qui nous occupe. Tanchou описываетъ вагинизмъ подъ общимъ именемъ нервоза рукава, подраздѣляя его на первичный и послѣдовательный. Не смотря однако на все это, о вагинизмѣ толковали очень мало, пока о немъ не заговорилъ Sims, въ 1861 году, придумавъ для этого патологическаго состоянія названіе вагинизмъ, употребляемое въ настоящее время большинствомъ гине-

кологовъ. Оперативное леченіе, предложенное противъ этого страданія Sims омъ, хотя и возбудило противъ себя очень многихъ представителей гинекологіи, тѣмъ не менѣе оно вызвало большой интересъ и было причиною того, что на вагинизмъ стали обращать болѣе вниманія, чѣмъ это дѣлалось до тѣхъ поръ. Особенно возсталъ противъ Sims'a Scanzoni, который очень подробно изучилъ эту патологическую форму. На очень интересный видъ вагинизма въ послѣднее время обратилъ вниманіе Hildebrandt, указавъ на значеніе *m. levat. ani* при *impotentia coeundi*. Въ русской литературѣ я первый сообщилъ относящіеся сюда случаи, указавъ вмѣстѣ съ тѣмъ на пріятный мною способъ леченія. Послѣ этого о томъ же предметѣ писали д-ра Сутугинъ и Снегиревъ.

G. Burns, *The principles of midwifery*. London, 1820, 5 edit., p. 44.—Tanchou, *Névroses de la vulve* въ *Bibliothèque du médecin-praticien*. Paris. 1842, p. 18.—Lisfranc, *De l'excès de sensibilité des organes génitaux de la femme*, *Gaz. des Hôp.*, 1842, 12 Mars.—J. Simpson, *Fissures of the vagina*, *Medic. Times and Gaz.*, 1859, vol. I, p. 336. См. также его *Clinical lectures on the diseases of women*. Edinburg. 1872, p. 256.—M. Sims, *Transaction of the obstetric. society of London*, 1861, vol. VIII, p. 356; его же: *Cases of vaginismus americ. Medic. Times*, 1862, № 21—25 также: *Klinik der Gebärmutterchirurgie*, übers. v. H. Beigel. Erlangen, 1873, p. 263.—Michon, *De la contracture du sphincter vaginal et de son traitement*, *Bullet. de Thetap.* 1861, LXI, №№ 3, 4 и 7.—Putegnât, *Journ. de médecine de Bruxelles*; 1861, Novembr.—Bouchard, *Contr. spasmodique du vagin*, *ibid.*, 1862, Juil., p. 552.—Charrier, *Contracture spasmodique du sphincter vaginal*, Paris, 1862.—Bernadet, *Essai sur le vaginisme d'après les idées de Mr. Sims*, *Gaz. des Hôp.*, 1866, № 37.—М. Горвицъ, *О хроническомъ спазмѣ маточнаго рукава*. *Медиц. Новости*, 1866 №№ 34 и 37.—Scanzoni, *Ueber vaginismus*, *Wiener medic. Wochenschr.* 1867, №№ 15—18.—Его же: *Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane*, Aufl. IV, Th. II, p. 263. Hols t, *Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaecologie v. Scanzoni*, Würzb., 1869.—Scharlau, Berlin. *Beiträge zur Geburtsh. u. Gynaecol.*, 1872, Bd. I. p. 64.—M. Duncan, *on vaginismus*, *Medic. Times and Gaz.*, 1878. oct. E. Martin, *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1871, № 14.—В. Сутугинъ, *Протоколы общества русскихъ врачей въ С.-Петербургѣ*, 1872.—Hildebrandt, *Ueber Krampf des levator ani beim coitus*. *Archiv f. Gynaecologie*, 1872, Bd. III, p. 221.—В. Снегиревъ, *О вагинизмѣ*, *Московский врач. Вѣстникъ*, 1873, №№ 8—9. Breisky, *Schweiz. Corresp.*—Bl., 1873, № 5.—Lutanel, *Du vaginisme*, Paris, 1874.

Подъ именемъ вагинизма \* разумѣютъ такое патологическое состояніе, которое характеризуется главнымъ образомъ чрезмѣрною возвышенною чувствительностью входа въ рукавъ и хроническимъ спазмодическимъ сокращеніемъ запирающей мышцы рукава, что и служитъ почти непреодолимымъ препятствіемъ къ совершенію совокупленія.

Что касается припадковъ, обусловливаемыхъ хроническимъ спазмомъ рукава, то само собою разумѣется, что они обнаружива-

\* Мы уже выше упомянули о томъ, что Simpson назвалъ это патологическое состояніе вагинодиніей; слово вагинизмъ введено въ науку Sims омъ. Не смотря на то, что названіе это принято почти всѣми гинекологами, его едва ли можно назвать удачнымъ, такъ-какъ оно въ высшей степени неопредѣленно и, кромѣ того, оно можетъ подавать поводъ къ недоразумѣніямъ. Въ самомъ дѣлѣ, G. Braunъ подъ этимъ именемъ описываетъ особенное болѣзненное возбужденіе полового инстинкта подъ вліяніемъ болѣзненнаго развитія клитора и малыхъ губъ. Вслѣдствіе этого, я въ 1866 году описалъ разсматриваемую патологическую форму подъ именемъ хроническаго спазма рукава (*Colprospasmus chronicus*), такъ-какъ оно гораздо нагляднѣе передаетъ сущность этой болѣзни.



ваются только съ того времени, какъ половая сфера начинаетъ фунгировать въ извѣстномъ отношеніи, то есть съ первыхъ попытокъ къ совокупленію. При всякой подобной попыткѣ запира-тельная мышца рукава судорожно сжимается и это судорожное сокращеніе вызываетъ ощущеніе чрезвычайно мучительной боли, которая, понятно, усиливается еще болѣе отъ безплодныхъ попытокъ къ введенію penis'a въ рукавъ. Когда болѣзнь продолжалась нѣкоторое время, достаточно одной мысли о совокупленіи или врачебномъ изслѣдованіи, чтобы вызвать спазмъ. При этомъ дѣло не ограничивается только этимъ, но какъ спутники появляются самые бурные припадки со стороны различныхъ частей нервной системы: всевозможные виды судорогъ, контрактуръ конечностей, и пр.—однимъ словомъ, цѣлая группа рефлекторныхъ явленій. Подобные приступы являются не только подъ влияніемъ совокупленія (попытокъ къ нему) или гинекологическаго изслѣдованія, но также и помимо ихъ, въ неопредѣленные сроки. Чѣмъ долѣе продолжается болѣзнь, то-есть чѣмъ чаще производятся попытки къ совокупленію, тѣмъ страданія больной выступаютъ все болѣе и болѣе рѣзко.

О вышеупомянутыхъ припадкахъ мы узнаемъ не только изъ разказа больной или мужа, но и убѣждаемся въ нихъ также путемъ изслѣдованія. Мы должны замѣтить, что насъ всегда поражала фізіономія и вообще весь habitus подобныхъ больныхъ. Начать съ того, что онѣ всегда очень блѣдны, плохо упитаны, лице характерно въ томъ отношеніи, что на немъ (по крайней мѣрѣ въ присутствіи врача) написанъ какой-то страхъ: оно выражаетъ въ высшей степени тоскливость. Мнѣ казалось всегда, что больныя эти какъ-бы находятся постоянно подъ влияніемъ страха и тѣхъ нестерпимыхъ ощущеній, которыя онѣ испытывали подъ влияніемъ предшествовавшихъ попытокъ къ совокупленію или же къ гинекологическому изслѣдованію. Кромѣ того, нравственная сфера подобныхъ больныхъ страдаетъ въ сильной степени и оттого, что прежде, чѣмъ онѣ рѣшаются прибѣгнуть къ врачебной помощи, имъ приходится выслушивать нерѣдко горькіе упреки въ томъ, что онѣ устроены ненормально и проч. Поэтому мнѣ всегда казалось, что фізіономія этихъ больныхъ запечатлѣна какою-то смѣсько безотчетнаго страха и стыда. Мы распространялись нѣсколько на этотъ счетъ потому, что врачу необходимо принимать все это въ соображеніе, необходимо какъ можно мягче обойтись съ подобнымъ субъектомъ, чтобы сразу не запугать его, а, напротивъ, выраженіемъ глубокаго участія къ его страданіямъ нужно расположить его въ свою пользу и облегчить себѣ такимъ образомъ дальнѣйшую дѣятельность свою въ отношеніи къ этому субъекту.

При изслѣдованіи женщинъ, страдающихъ вагинизмомъ, нужно различать хроническій спазмъ у тѣхъ, у которыхъ гименъ цѣлъ, отъ тѣхъ, у которыхъ дѣвственная плева разорвана. Впрочемъ, въ обоихъ случаяхъ результатъ изслѣдованія, за небольшими

особенностями, будетъ одинаковъ, т. е. намъ бросится въ глаза необыкновенно возвышенная чувствительность входа въ рукавъ съ жатіемъ сфинктера его. У женщинъ съ неповрежденною дѣвственною плевою, возвышенная чувствительность сосредоточивается вверху, кругомъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала. У субъектовъ же дефлорированныхъ это бываетъ наоборотъ: по крайней мѣрѣ, въ представившихся намъ наблюденіяхъ мы могли констатировать, что чрезмѣрная чувствительность сосредоточивалась в низу, въ окружности задней спайки дѣтородныхъ губъ. Также самое говорятъ и M. Sims и нѣкоторые другіе клиницисты. Бываетъ и такъ, что самые чувствительные пункты совпадаютъ съ ближайшимъ соосѣдствомъ протоковъ бартолиновыхъ железокъ. Вообще должно принять, что возвышенная чувствительность распредѣляется во входѣ въ рукавъ неравномѣрно и что въ различныхъ случаяхъ представляются различные пункты, въ которыхъ чувствительность эта достигаетъ своего maximum. Особенно болѣзненно для больной первое прикосновеніе, потому что вслѣдъ за нимъ наступаетъ спазмъ, который собственно и причиняетъ боль. Даже въ случаяхъ, въ которыхъ большія давнымъ давно дефлорированы, или гдѣ онѣ даже рожали по одному или нѣсколько разъ, изслѣдующій палецъ не сразу попадаетъ въ рукавъ, такъ-какъ этому мѣшаютъ, съ одной стороны, тѣлодвиженія больной, а съ другой стороны — спазмъ рукава. Проникающій въ него палецъ обхватывается какъ-бы кольцомъ. Минувши это препятствіе, онъ проникаетъ далѣе безъ всякаго труда; больная перестаетъ метаться и не жалуется вовсе на боль, или же боль эта гораздо тише прежней. Выводя палецъ наружу, мы встрѣчаемъ снова препятствіе въ томъ мѣстѣ, гдѣ встрѣтили его въ началѣ изслѣдованія, хотя не въ такой степени. Вышесказанныя явленія констатируются, разумѣется, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы изслѣдуемъ безъ хлороформа; для того, чтобы можно было производить продолжительное и всестороннее изслѣдованіе приходится иногда доводить наркозъ до весьма высокой степени. И при этомъ еще случается, что какъ возвышенная чувствительность, такъ и спазмъ или вовсе не поддаются вліянію хлороформа, или же вліяніе это очень незначительно. Относительно изслѣдованія мы считаемъ еще нужнымъ замѣтить, что изслѣдуя нѣсколько разъ сряду, съ промежутками въ нѣсколько минутъ, препятствіе къ прониканію въ рукавъ уменьшается очень мало; въ одномъ изъ нашихъ наблюденій оно даже нѣсколько усиливалось: по крайней мѣрѣ больная наша при третьемъ изслѣдованіи металась и кричала болѣе, чѣмъ при первомъ изслѣдованіи. M. Sims увѣряетъ, что при спазмѣ *constr. cunni* принимается въ тоже время участіе и запирательная мышца прямой кишки. Хотя мы ни разу сами не наблюдали этого, но это совершенно понятно, принявъ въ соображеніе анатомическую связь между запирательной мышцею рукава и наружнымъ жомомъ задняго прохода.

Какъ на особенный, чрезвычайно интересный видъ вагинизма указалъ недавно Hildebrandt. Дѣло въ томъ, что судорожное сокращеніе sub coitu возможно не только во входѣ въ рукавъ, но гораздо выше и притомъ спазмъ дѣлается или на высотѣ акта совокупленія или же подъ конецъ его, такъ что penis, обхваченный судорожнымъ сжатіемъ стѣнокъ рукава, удерживается въ немъ до тѣхъ поръ, пока спазмъ не пройдетъ: дѣлается, какъ выражается Hildebrandt, penis captivus. Уже давно было замѣчено многими наблюдателями (Simpson, M. Sims, Scanlon и др.), что иногда при введеніи зеркала, если женщина находится подъ вліяніемъ страха или какого-нибудь другаго психическаго аффекта, зеркало, проникнувши въ рукавъ на высоту  $1\frac{1}{2}$  — 2", вдругъ встрѣчаетъ препятствіе къ дальнѣйшему прониканію своему, вслѣдствіе судорожнаго сжатія рукавныхъ стѣнокъ и даже выталкивается наружу. На основаніи этого M. Sims допускаетъ даже другую запирательную мышцу рукава, лежащую въ глубинѣ его и которую онъ называетъ внутреннимъ сфинктеромъ (constrictor cunni internus). Допускать существованіе этой мышцы невозможно, такъ-какъ оно недоказано прямыми анатомическими изслѣдованіями, да и не къ чему, потому что явленіе это достаточно правдоподобно объясняется другими фактами. По мнѣнію J. Simpson'a, котораго придерживается и Hildebrandt, это судорожное сокращеніе въ глубинѣ рукава зависитъ отъ пучковъ levat. ani въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ, прошедши черезъ фасцію таза и fascia rectovaginalis, соединяется съ отростками этихъ послѣднихъ.

Недавно д-ръ Rudin указалъ на то, что судорожное сокращеніе m. levator. ani можетъ служить препятствіемъ къ наступательному движенію предлежащей части sub partu. Мало того, онъ увѣряетъ, что женщина можетъ на столько по произволу сокращать этотъ мускулъ, что она, сокращая его ad libitum, можетъ такимъ образомъ препятствовать совокупленію (?). Онъ приводитъ подобнаго рода наблюденіе объ одномъ субъектѣ и притомъ рожавшемъ. Къ сожалѣнію, чисто анатомическая сторона вопроса относительно m. lev. ani остается до сихъ поръ не выясненною во многихъ отношеніяхъ.

Распознаваніе хроническаго спазма рукава не можетъ представить никакихъ затрудненій, если обратить должное вниманіе какъ на вызываемыя ими явленія, такъ и на состояніе половой сферы въ данномъ случаѣ. Основываясь только на словахъ больныхъ или же на поверхностномъ изслѣдованіи, можно смѣшать спазмъ рукава съ суженіемъ его. Между этими двумя патологическими состояніями, однако, цѣлая бездна: въ первомъ случаѣ дѣло идетъ объ опредѣленномъ нервномъ состояніи входа въ рукавъ (гиперестезіи), которое затѣмъ вызываетъ спазмотическое сокращеніе запирательной мышцы его, во второмъ же случаѣ мы имѣемъ дѣло съ невозможностью или затрудненіемъ совокупленія, обусловливаемымъ тѣмъ или другимъ матеріальнымъ измѣненіемъ стѣнокъ канала. Если-бы существовало хоть малѣйшее сомнѣніе въ сущности патологическаго состоянія, съ которымъ имѣютъ дѣло, то изъ него выведеть изслѣдованіе подѣ

глубокомъ нарѣзовомъ. Врачъ выскажетъ свое мнѣніе съ величайшею осторожностью и притомъ по многократномъ изслѣдованіи, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ отъ него потребуются мнѣніе въ судебно-медицинскомъ отношеніи (дѣло о разводѣ по поводу *impotentia coeundi*). Констатированіе хроническаго спазма рукава въ судебно-медицинскомъ отношеніи важно въ особенности еще и потому, что нѣкоторые врачи, какъ напр. Churchil, Debout и др., серьезно утверждаютъ, что хроническій спазмъ рукава не можетъ служить со стороны женщины препятствіемъ къ совершенію полового акта, коль скоро со стороны мужчины нѣтъ какихъ либо обстоятельствъ, могущихъ объяснить эту невозможность (слабость, престарѣлый возрастъ и пр.). Мнѣніе это совершенно апіористическое, такъ-какъ оно опровергается множествомъ положительныхъ наблюденій Lisfranc'a, Tanchau, M. Sims'a и др.

Относительно причинъ, обусловливающихъ вагинизмъ, существуетъ до сихъ поръ очень много разногласій. Начать съ того, что мы до сихъ поръ еще не имѣемъ сколько нибудь порядочной статистики этого патологическаго состоянія. Нѣкоторыя статистическія данныя приведены, правда, M. Sims'омъ, Scanzoni, Thomas'омъ и др., но они не имѣютъ особеннаго значенія, такъ-какъ не сказано—въ какомъ процентномъ отношеніи находятся приведенныя ими цифры къ общему числу больныхъ, которыхъ наблюдали упомянутые выше авторы. Разсматриваемое нами болѣзненное состояніе гораздо чаще другихъ наблюдали — Scanzoni: въ теченіе трехъ лѣтъ 34 случая, а M. Sims въ теченіе двухъ лѣтъ 17 случаевъ. Весьма часто, относительно, наблюдали также вагинизмъ и Gaillard Thomas (въ Нью-Йоркѣ). Мы же въ теченіе 14 лѣтъ видали только 16 случаевъ, причемъ считаемъ нужнымъ замѣтить, что ни разу не наблюдали вагинизма въ госпитальной практикѣ, не смотря на очень значительный матеріаль. Фактъ этотъ прямо говоритъ въ пользу того, что вагинизмъ встрѣчается по преимуществу у тѣхъ женщинъ, которыя по общественному своему положенію не ищутъ пособія въ госпиталяхъ, слѣд. у тѣхъ, у которыхъ невроты вообще встрѣчаются довольно часто. Lisfranc приводит нѣсколько наблюденій, въ которыхъ играетъ нѣкоторую роль наследственность, такъ-какъ спазмъ рукава случался у нѣсколькихъ членовъ одного и того же семейства. По Scanzoni, въ большинствѣ случаевъ вагинизмъ обусловливается тѣми или другими матеріальными измѣненіями входа въ рукавъ, или же другихъ частей его, какъ тс: эритемой, хроническимъ кольпитомъ, трещинами, изъязвленіями и пр. M. Sims отвергаетъ это и увѣряетъ, что онъ видали самыя экзквизитныя случаи вагинизма безъ сказанныхъ измѣненій. Я не могу не присоединиться къ этому мнѣнію, которое подтверждается большинствомъ нашихъ личныхъ наблюденій. Если нельзя отвергать, что при вагинизмѣ встрѣчаются нерѣдко тѣ или другія грубыя патологическія измѣненія во входѣ въ рукавъ, то не подлежитъ также

сомнѣнію и то, что часто они составляютъ явленія послѣдовательныя, вызываемыя болѣе или менѣе бурными попытками ad coitum. Что касается патологическихъ измѣненій со стороны матки, то нерѣдко находятъ при этомъ самыя разнообразныя патологическія формы, какъ-то: смѣщенія, измѣненія въ очертаніи, различныя воспаленія и пр.; тоже самое должно сказать и относительно яичниковъ; но едва-ли однако этимъ патологическимъ состояніямъ можно приписать какое-либо прямое этиологическое отношеніе къ вагинизму. Скорѣе должно смотрѣть на нихъ, какъ на осложненія, вызывающія различныя нервныя явленія, которыя, въ свою очередь, обуславливаютъ предрасположеніе къ вагинизму. Если бы это было не такъ, то мы имѣли бы дѣло съ вагинизмомъ гораздо чаще теперешняго. М. Sims искалъ ближайшую причину вагинизма въ какомъ-то особенномъ матеріальномъ измѣненіи нервовъ входа въ рукавъ и даже сравнивалъ его съ невромами. Мнѣніе это однако не подтвердилось никакими прямыми изслѣдованіями, хотя въ пользу его говорятъ клиническія наблюденія, доказывающія, что дѣвственная плева въ нѣкоторыхъ случаяхъ чрезвычайно чувствительна къ малѣйшему прикосновенію къ ней. Явленіе это однако не находитъ себѣ подтвержденія со стороны гистологическихъ изслѣдованій, такъ-какъ при микроскопическомъ анализѣ дѣвственныхъ плевъ, вырѣзанныхъ М. Sims'омъ, Clark не нашелъ ничего особеннаго. Simpson, впрочемъ, увѣряетъ что у нѣкоторыхъ изъ своихъ больныхъ онъ находилъ настоящіе невromы (?) подъ слизистою оболочкою рукава. Willard Parker приводитъ случай, въ которомъ небольшой чувствительный бугорокъ (an irritable tubercle) во входѣ въ рукавъ обуславливалъ вагинизмъ, такъ-какъ съ удаленіемъ его устраненъ былъ спазмъ. Къ сожалѣнію, ничего не сказано относительно ближайшихъ гистологическихъ свойствъ этого «бугорка». Нѣкоторые (Dewees), наконецъ, приписываютъ въ этомъ случаѣ этиологическое значеніе трещинамъ задняго прохода (fissura ani). М. Duncan принимаетъ двоякаго рода вагинизмъ: первичный, который, по его мнѣнію, есть ни что иное, какъ чистый двигательный неврозъ и вторичный, обуславливаемый язвинками или трещинами въ области задней спайки. Въ другихъ случаяхъ вторичный вагинизмъ зависитъ просто отъ остраго воспаленія рукава. Въ заключеніе сказаннаго нами объ этиологій вагинизма, не можемъ не упомянутьъ объ одной особенноти промежности, которая рѣзко бросалась въ глаза въ двухъ изъ нашихъ наблюденій; это именно значительный продольный размѣръ ея—слишкомъ высокая промежность. Мы констатируемъ только этотъ фактъ, воздерживаясь отъ дальнѣйшихъ объясненій его, такъ-какъ у насъ слишкомъ мало наблюденій, чтобы можно было основать на этомъ какой-либо выводъ.

Дальнѣйшія наши наблюденія подтвердили какъ нельзя болѣе мнѣніе это, высказанное нами нѣсколько лѣтъ тому назадъ. Намъ именно пришлось наблюдать еще два очень экзвивитныхъ случая вагинизма, въ которыхъ высота про-

межности бросилась въ глаза очень рѣзко. Эту аномалію имѣлъ, вѣроятно, въ виду и Schroeder \*, утверждающій, что въ случаяхъ, гдѣ имѣють дѣло съ вагинизмомъ, разстояніе между лоуною дугою и уздечной очень мало.

По отношенію къ происхожденію вагинизма, можно различать двѣ формы: одну, которая обнаруживается съ первой попыткой ad coitum, такъ сказать первоначальную, а другую, которая развивается болѣе или менѣе долгое время спустя послѣ того, какъ субъектъ дефлорированъ. Мало того, у нѣкоторыхъ женщинъ вагинизмъ обнаруживается послѣ того, какъ онѣ ужъ рожали одинъ или нѣсколько разъ. На наши 16 случаевъ было 5 рожавшихъ и 11 которыя не имѣли дѣтей; только у 2-хъ изъ нихъ coitus не былъ совершенъ ни разу, т. е. не происходило immisio. У меньшинства изъ нашихъ больныхъ могли быть констатированы грубыя матеріальныя измѣненія во входѣ въ рукавъ, какъ-то: ссадины, катарральное воспаленіе и пр. Наконецъ не можемъ не упомянуть объ гипотезѣ Люшки. По его мнѣнію, при переполненіи бартолиновыхъ железокъ, constr. cunni можетъ на столько, заварачивая ихъ внутрь, приблизить другъ къ другу, что онѣ спираютъ просвѣтъ входа въ рукавъ. Neffel \*\*, въ Нью-Йоркѣ, описываетъ три случая этиологически интересныхъ въ томъ отношеніи, что въ нихъ вагинизмъ обуславливался хроническимъ отравленіемъ свинцомъ (бѣлилами). Съ устраненіемъ главныхъ припадковъ исчезъ и вагинизмъ, противъ котораго до того напрасно были употребляемы различныя средства.

Предсказаніе. Изъ того, что сказано нами выше о припадкахъ, обуславливаемыхъ вагинизмомъ, понятно само собою, что болѣзнь эта составляетъ весьма тяжелое страданіе, которое, будучи предоставлено самому себѣ, очень сильно подрываетъ здоровье больныхъ, все болѣе разстраивая нервную систему. Къ этому должно прибавить еще два важныхъ обстоятельства: въ большинствѣ случаевъ вагинизмъ обуславливаетъ безплодіе; во вторыхъ, вагинизмъ принадлежитъ къ числу тѣхъ страданій половой сферы женщины, которыя довольно часто влекутъ за собою развитіе психозовъ. Arendt \*\*\* написалъ очень интересную статью по этому поводу, въ которой онъ приводитъ не мало случаевъ, гдѣ съ устраненіемъ вагинизма непосредственно приходили и различныя упорныя формы помѣшательства. Въ одномъ изъ представившихся намъ недавно случаевъ дѣло, правда, не доходило до рѣзко выраженной психической формы, но душевное настроеніе больной было таково, что, повидимому, можно было ожидать каждую минуту нарушенія равновѣсія въ психическихъ отправленіяхъ. Вообще, по нашему мнѣнію, предсказаніе при вагинизмѣ гораздо серьезнѣе, чѣмъ многіе думаютъ и для насъ непонятенъ оптимизмъ въ этомъ отношеніи Sims'a: «Я не знаю ни одной болѣзни», гово-

\* Handb. der Krankh. der weiblich. Geschlechtsorgane. Leipzig, 1881, 5-te Aufl., p. 503.

\*\* Centralblatt f. die medic. Wissenschaften, 1868, № 52.

\*\*\* Berlin. Klin. Wochenschr., 1870, № 28.

рить онъ, «которую можно было бы устранить столь легко, безопасно (safely) и столь вѣрно». Рецидивы при вагинизмѣ нерѣдки и притомъ даже, если удалось устранить существовавшее прежде безплодіе. На нашъ относительно небольшой матеріалъ приходится два рецидива. Въ одномъ изъ нихъ дѣло шло о женщицѣ, которая была пользуема проф. Красовскимъ и у которой вагинизмъ былъ устраненъ проф. Гепнеромъ кровавымъ путемъ. Она вскорѣ послѣ этого благополучно родила, но черезъ нѣсколько лѣтъ вагинизмъ развился въ такой же степени, какъ прежде, вслѣдствіе чего она и обратилась ко мнѣ за помощію. Вообще, предсказаніе тѣмъ благопріятнѣе, чѣмъ моложе субъектъ, а также у женщинъ рожавшихъ.

Леченіе должно сообразоваться съ причинами, если возможно ихъ открыть. Но прежде, чѣмъ приступаемъ къ терапіи чисто-мѣстной, мы стараемся регулировать образъ жизни больной. Въ большинствѣ случаевъ необходимо выяснитъ супругамъ причину impotentiae coeundi со стороны женщины, въ простыхъ словахъ изложить имъ сущность этого страданія и настоять на томъ, что до тѣхъ поръ, пока болѣзнь не будетъ устранена, имъ должно строго воздерживаться отъ попытокъ къ совокупленію. Всякій практическій гинекологъ знаетъ—какъ трудно выполняются совѣты его въ этомъ отношеніи и потому необходимо быть въ этомъ случаѣ неумолимо строгимъ. Кромѣ этого мы назначаемъ частые прогулки на свѣжемъ воздухѣ — пѣшкомъ, или въ экипажѣ, но отнюдь не позволяемъ верховую ѣзду, которая часто дѣйствуетъ возбуждающимъ образомъ на половую сферу. Больныя должны избѣгать слишкомъ серьезныхъ, удручающихъ умственныхъ занятій, а также чтенія и зрѣлищъ, могущихъ стимулировать чувственность. Съ цѣлю непосредственнаго тонизированія нервной системы, назначаютъ препараты хирина и всѣ такъ назыв. antinevina, въ особенности же цинкъ и as. foet.

Что касается прямаго леченія вагинизма, то при этомъ необходимо тщательно принимать въ соображеніе особенности каждаго отдѣльнаго случая. Иногда возвышенная чувствительность входа въ рукавъ, помимо спазма, выступаетъ такъ рѣзко, что мы невольно должны обратить на нее главнымъ образомъ наше вниманіе. Съ этою цѣлю мы назначаемъ 3—4 раза въ день тепловатые рукавные души, прибавляя въ водѣ t-га opii, на 2 стакана воды по  $\mathfrak{J}$ — $\mathfrak{J}\beta$ , затѣмъ вводимъ въ рукавъ суппозиторіи изъ различныхъ наркотическихъ, какъ-то: препараты опія, красавки (bellad.), hyosiami, stramon. и др. Въ нѣсколькихъ случаяхъ я замѣтилъ очень значительную пользу отъ supposit. изъ бромистаго кали (bromidi potassae  $\mathfrak{J}$  butyri cacao  $\mathfrak{J}$ ). Если бы введеніе свѣчекъ въ рукавъ было затруднительно, то вышеупомянутыя наркотическія можно назначить въ видѣ мазей, которыми прямо смазывается входъ въ рукавъ или же они прикладываются ad locum affectum помощію смазанныхъ ими корпейныхъ шариковъ. Peaslee особенно выхваляетъ мазь изъ атропина (atropini sulphur. gr.  $\mathfrak{jj}$

ad 3j). Я долженъ замѣтить, что всѣ наркотическія, какія бы они ни были, оказываютъ въ данномъ случаѣ весьма сомнительное дѣйствіе, вѣроятно потому, что больныя обращаются къ намъ въ такое время, когда спазмъ сфинктера беретъ уже значительный перевѣсъ надъ возвышенною чувствительностью. По крайней мѣрѣ такъ было въ нашихъ случаяхъ и мы въ настоящее время не останавливаемся долго на наркотическихъ. Если бы при спазмѣ сфинктера существовали тѣ или другія патологическія измѣненія входа въ рукавъ, какъ то erythema, ссадины, кольпитъ и пр., то они предварительно устраняются на основаніи извѣстныхъ правилъ и затѣмъ уже приступаютъ собственно къ леченію вагинизма.

Спазмъ сфинктера можетъ быть устраненъ двоякимъ образомъ: путемъ безкровнымъ и кровавымъ. Что касается перваго способа, то уже давно предлагали преодолевать судорожное сжатіе сфинктера помощью расширителей, систематически и извѣстнымъ образомъ вводимыхъ въ рукавъ. Расширители эти ничто иное, какъ рукавныя зеркала изъ различнаго матеріала (дерево, стекло, слоновая кость, металлъ) и имѣющія различный диаметръ. Введеніе первыхъ расширителей производятъ подъ хлороформомъ до тѣхъ поръ, пока спазмъ уступаетъ на столько, что можно ввести все болѣе толстые расширители и притомъ безъ хлороформа. Способъ этотъ, безъ сомнѣнія, можетъ привести къ благоприятному результату, но онъ отнимаетъ очень много времени и нерѣдко даетъ рецидивы. Я прибѣгалъ къ нему только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ спазмъ относительно возвышенной чувствительности выраженъ слабо. Здѣсь методическимъ введеніемъ расширителей я имѣлъ главнымъ образомъ въ виду притупленіе чрезмѣрной чувствительности. Съ этою цѣлью я выбиралъ деревянное зеркало такой толщины, чтобы введеніе его было не слишкомъ болѣзненно и оставляю его на первый разъ на  $\frac{1}{2}$  часа въ рукавѣ. Сначала это дѣлается черезъ день, затѣмъ каждый день, причемъ расширитель оставляется въ рукавѣ на болѣе долгое время. Тамъ же, гдѣ я имѣю дѣло съ болѣе застарѣлыми случаями, я поступаю иначе. Тутъ значило-бы напрасно терять время, думая достигнуть положительныхъ результатовъ вышесказаннымъ путемъ; поэтому я стараюсь достигнуть пониженія чрезмѣрной чувствительности болѣе грубымъ приемомъ, именно разминаніемъ (massage) входа въ рукавъ. Съ этою цѣлью въ рукавъ вводятся два пальца (указательный и средній) и оставляются тамъ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ, затѣмъ мало по малу они разводятся въ поперечномъ направленіи, причемъ особенно напирается на заднюю стѣнку рукава. Манипуляція эта производится въ теченіе 10—15 минутъ. Нечего говорить, что маневръ этотъ въ первое время очень болѣзненъ; болѣзненность эта однако съ каждымъ разомъ все болѣе и болѣе уменьшается. Приемъ этотъ на первый взглядъ долженъ показаться также весьма грубымъ; но всякому извѣстно, что чѣмъ возвышеннѣе чувствительность данной части, тѣмъ удачнѣе и



скорѣе мы можемъ понизить ее, чѣмъ грубѣе мы обходимся съ нею.

Понизивъ чрезмѣрную чувствительность входа въ рукавъ, намъ остается выполнить еще вторую—главную половину нашей задачи, именно—устраненіе собственно спазма. Нѣтъ сомнѣній, что описанное выше разминаніе не можетъ не оказать нѣкоторое благопріятное вліяніе и на спазмъ сфинктера, но устранить его оно не можетъ. Этого можно было бы достигнуть введеніемъ въ рукавъ такого посторонняго тѣла, которое, вслѣдствіе значительнаго объема своего, разорвало бы часть волоконъ судорожно сокращеннаго сфинктера. Идею эту, кажется, имѣлъ въ виду Spenceg Wells, вводя, подъ вліяніемъ хлороформа, пузырьный тампонъ и оставляя его въ рукавѣ въ теченіе нѣсколькихъ (??) дней. Достигнуть же этого методическимъ употребленіемъ все болѣе и болѣе толстыхъ расширителей—потребовало бы очень много времени. Имѣя это въ виду, я остановился на другомъ приѣмѣ, именно—на насильственномъ расширеніи. Приѣмъ этотъ приложенъ нами къ леченію вагинизма на основаніи аналогіи съ тѣмъ, что предложилъ дѣлать Récamier при трещинахъ задняго прохода. Извѣстно, что и въ этомъ случаѣ болѣзненность при испражненіи обуславливается главнымъ образомъ спазмодическимъ сокращеніемъ sphinct. ani. Для устраненія спазма Récamier предложилъ насильственно преодолѣвать спазмъ сфинктера и исполнять это двумя пальцами, введенными in anum. Растягивая сколько возможно заднепроходное отверстіе, мы достигаемъ того, что нѣкоторыя изъ волоконъ сфинктера разрываются и это главнымъ образомъ устраняетъ спазмъ его. На моихъ глазахъ Maisonneuve производилъ этотъ приѣмъ при fissura ani съ чрезвычайно благопріятнымъ результатомъ. Имѣя это въ виду, я вздумалъ приложить эту идею Récamier и къ леченію вагинизма и первая же попытка въ этомъ отношеніи превзошла всѣ мои ожиданія. Вотъ какимъ образомъ это дѣлается: больная приводится въ глубокой хлороформенный наркозъ; подъ крестецъ подкладывается толстая подушка; затѣмъ въ рукавъ быстро вводятся оба указательные пальца, вслѣдъ за чѣмъ, установивъ ихъ почти на одной поверхности (въ поперечномъ размѣрѣ выхода таза), быстро разводять ихъ въ противоположныя стороны. Приѣмъ этотъ производится всего одинъ разъ и затѣмъ быстро вводятся расширитель, оставляемый на первый разъ отъ 15 мин. до часа. Затѣмъ уже приступаемъ къ методическому расширенію въ томъ видѣ, какъ оно описано выше. Невыгода послѣдовательнаго методическаго расширенія состоитъ въ томъ, что больныхъ приходится видѣть слишкомъ часто и что онѣ при этомъ должны лежать; въ одномъ случаѣ я съ выгодою замѣнилъ введеніе расширителей цванковскимъ пессаріемъ; ширина створокъ его была уменьшена почти на половину, чтобы облегчить введеніе его. Пессарій накладывался то въ поперечномъ, то въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ и больная ходила съ нимъ и переносила его очень хо-

ропо. Важная выгода въ этомъ случаѣ отъ франковскаго пессарія та, что расширение можно усиливать исподволь, а не разомъ, какъ это имѣеть мѣсто при зеркалахъ.

Само собою понятно, что, по прошествіи нѣкотораго времени, расширение рукава вызываетъ въ немъ катарральное состояніе, которое устраняють впрыскиваніемъ сначала мягчительныхъ веществъ, а за тѣмъ слабо вяжущихъ растворовъ.

Описанный нами способъ леченія вагинизма примѣнимъ въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ дефлорированными субъектами; но если бы мы имѣли дѣло съ женщиною, страдающею вагинизмомъ и у которой дѣвственная плева цѣла, то леченіе пришлось бы начать съ разрѣза гимена; вслѣдъ затѣмъ ужъ можно приступить къ исполненію вышесказаннаго приема.

Вышеизложенный способъ леченія описанъ нами дѣтъ 15 тому назадъ, послѣ этого же способъ выхваляя Tilt и Courty. Tilt послѣ насильственнаго расширения вводитъ тампонъ.

Для полноты очерка о вагинизмѣ намъ остается сказать еще о другихъ способахъ леченія, предложенныхъ противъ этой болѣзни.

Если употребленіе успокаивающихъ средствъ и методическое расширение не приносятъ желаемой пользы, то Lisfranc совѣтовалъ прибѣгать къ энергическому прижиганію входа въ рукавъ азотнокислымъ серебромъ. Lisfranc имѣлъ въ виду главнымъ образомъ чрезмѣрно возвышенную чувствительность входа въ рукавъ и упускалъ совершенно изъ виду спазмодическое состояніе сфинктера. Способъ этотъ въ послѣднее время выхваляетъ также и Hildebrandt. Одно прижиганіе само по себѣ едва ли можетъ принести существенную пользу. Къ нему не безъ нѣкоторой выгоды можно будетъ прибѣгать тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ гипереміей входа въ рукавъ, ссадинами и пр.

Очень много говорили о кровавомъ леченіи вагинизма и преимущественно объ операціи, предложенной для этой цѣли M. Sims'омъ. Она раздѣляется на два момента. Сначала вырѣзывается весь гимень; послѣ этого проходитъ нѣсколько дней, пока не зарубцуется сдѣланная рана. По образованіи рубца, приступаютъ къ выполненію второго момента операціи, состоящаго въ томъ, что сфинктеръ рукава разрѣзывается на всемъ протяженіи его слѣдующимъ образомъ: ножъ вкальвается вверху, сначала съ одной стороны, и разрѣзъ продолжается внизъ по промежности, причѣмъ разрѣзъ имѣеть форму  $\nabla$ ; затѣмъ это дѣлается точно такимъ же образомъ съ другой стороны и нижняя часть разрѣза сливается съ первымъ, причѣмъ оба разрѣза, сливаясь вмѣстѣ, образуютъ  $\vee$ . Послѣ этого M. Sims, подобно другимъ, прибѣгаетъ къ продолжительному употребленію расширителей, состоящихъ изъ стеклянныхъ цилиндровъ, оканчивающихся тупымъ концомъ и снабженныхъ близъ наружнаго конца овальнымъ отверстіемъ. Изъ этого видно, что то, что мы разрываемъ пальцами, M. Sims раз-

рѣзываетъ ножемъ и противъ раціональности Симсовскаго приѣма вообще едва ли что можно возразить и нельзя не удивиться, что Scanzoni такъ легко и недовѣрчиво относится къ этому способу знаменитаго американскаго гинеколога, называя предложенный имъ методъ—«хирургическимъ кунштюкомъ» Отдавая полную справедливость въ этомъ случаѣ M. Sims'у, мы позволяемъ себѣ только усомниться въ пользѣ вырѣзыванія гимена во всѣхъ случаяхъ. Въ тѣхъ случаяхъ вагинизма, гдѣ гимень цѣль, кажется, совершенно достаточно разрѣзать, а не вырѣзывать его цѣликомъ. Тоже самое должно сказать и о митовидныхъ сосочкахъ, еслибы они оказались чрезмѣрно чувствительными: только въ такомъ случаѣ требуется удаление ихъ, что не трудно исполнить помощью обыкновенныхъ ножницъ. Успѣшность своего метода M. Sims подтвердилъ обширной казуистикой, именно 37 случаями. Предложенная имъ операція принялась особенно въ Америкѣ, гдѣ она производится очень часто. Мы лично ни разу не прибѣгнули къ этому методу, такъ-какъ результаты, полученные нами при помощи насильственнаго расширенія, были совершенно удовлетворительны. Въ случаѣ, гдѣ нашъ способъ оказался бы несостоятельнымъ, мы, не задумаясь, прибѣгли бы къ операціи Sims'a

Debout для устраненія вагинизма предлагаетъ очень простой оперативный приѣмъ. Сфинктеръ разрѣзается по пальцу по обѣимъ сторонамъ задней спайки; это, слѣдовательно, ни что иное, какъ эпизиотомія, какъ она дѣлается во время родового акта съ цѣлью предотвратить разрывъ промежности. Такимъ же образомъ оперируетъ и E m m e t.

---

## ГЛАВА XIV.

### Воспаленія рукава.

Воспаленіе рукава (colpitis, eulytritis, vaginitis) можетъ представляться въ видѣ воспаленія слизистой оболочки (катарръ рукава) и подслизистой соединительной ткани. Сюда же мы относимъ крупъ и дифтеритъ рукава.

#### *Катарръ рукава.*

Библиографія: Fricke, Ueber die Krankheiten der Schleimhaut der Mutterscheide. Rust's Magaz., 1830, Bd. 33.—Ph. Ricord, Mémoire sur la blenorragie de la femme. Jour. des con. medico-chirurg., 1833, p. 34.—Albert, Neue Zeitschr. f. Geburtstsk., 1837, IV.—Robert, Memoire sur l'inflammation des follic. muqueux du vagin. Arch. génér. de medecine. Paris, 1841, Août.—Andrieux de Brionde, Annales d'obstetrique, 1843, Fevrier.—A médée Deville, Mémoire sur la vaginite granuleuse. Arch. gén. de médic., 1844, Août.—Velpeau, Gaz. des hôp., 1845, № 111.—Oldhan, Lond. med. gaz. 1846, May.—Huguier, Gaz. médic. de Paris. 1847, № 37.—Boys de Loury et Bosthilles, Recherches pratiques sur la vaginite, Gaz. med. de Paris. 1847, № 29.—Kölliker und Scanzoni, Das Secret der Schleimhaut der Vagina und des Cervix uteri, Scanzoni's Beiträge 1855, Bd. II, p. 128.—Tyler Smith, The pathol. and treatment of Leucorrhoea. Lond., 1855.—C. Mandl, Zur Anatomie der weiblichen Scheide. Henle und Preuffer's Zeitschr. f. rat. Medicin. 1856, VII, №№ 1—13.—H. O'bri, The Lancet, 1857, Oct. 3.—Tilt, arch. of med. 1861, III, p. 26.—Hennig, der Catarh der innern weiblich. Geschlechtsorg., Leipz., 1862.—Klob, Op. cit., p. 436.—Hildebrandt, Ueber eine eigenthümliche Form von Vaginitis. Monatsschr. f. Gebursk., 1868, Bd. XXII, p. 128.—J. Kuhn, Die blenorrhöischen Krankheiten des männlichen u. weiblichen Geschlechts, ihre Erkenntniss und Behandlung. Leipzig, 1869.—C. Ruge, Ueber die Anatomie der Scheidenentzündung. Zeischr. f. Geburtstsk. u. Gynaecol, Bd. IV, Hft. 1.

Катарральное воспаленіе рукава встрѣчается въ острой и хронической формѣ.

а) Острое катарральное воспаленіе поражаетъ или всю слизистую оболочку рукава, или же только нѣкоторые отдѣлы ея; въ этомъ-то видѣ мы имѣемъ чаще съ нимъ дѣло и при томъ катарръ занимаетъ или верхнюю треть рукава, или же по преимуществу входитъ въ него. Катарръ верхней трети рукава въ громадномъ большинствѣ случаевъ составляетъ только спутникъ того же процесса маточной шейки (metritis s. endometritis colli

catar.). Во входѣ же катарръ составляетъ большую часть самостоятельную форму, хотя и здѣсь онъ можетъ развиваться послѣдовательно, причемъ процессъ первоначально начинается на внутренней поверхности большихъ или малыхъ дѣтородныхъ губъ, а также со стороны *meatus urin. extern.* Въ какомъ бы мѣстѣ рукава мы ни имѣли дѣло съ острымъ катарральнымъ воспаленіемъ его, анатомико-патологически оно характеризуется припуханіемъ (разбуханіемъ) слизистой оболочки, причемъ особенно рѣзко выступаютъ складки и сосочки (*papillae*), представляющіеся въ видѣ темно-красныхъ, выдающихся точекъ, которыя нѣкоторые сравнивали съ грануляціями и которыя, по Scanzoni, могутъ достигать величины небольшой горошины. Иногда при остромъ катаррѣ рукава это послѣднее анатомико-патологическое явленіе выступаетъ столь рѣзко, что Ricord сдѣлалъ изъ него особенную форму, назвавъ ее *psorélytrie*, а одинъ изъ учениковъ Ricord'a, а именно Deville пошелъ еще далѣе, назвавъ эту форму гранулезнымъ вагинитомъ. По этому автору, гранулезный вагинитъ встрѣчается почти единственно только у беременныхъ женщинъ. Мы сами наблюдали этотъ видъ вагинита весьма часто у родильницъ и притомъ въ такой экзквизитной формѣ, какъ никогда не видали ея внѣ родильнаго періода. Мнѣніе, высказанное Thibièrge'омъ на счетъ значенія этого гранулезнаго вагинита, намъ кажется весьма вѣроятнымъ. Принимая въ соображеніе, что грануляціи эти (или лучше сосочки) развиваются во время теченія беременности безъ всякихъ другихъ воспалительныхъ явленій, упомянутый авторъ и утверждаетъ, что грануляціи эти ни что иное, какъ дальнѣйшее усиленное развитіе раздраженія сосочковъ, патологически измѣненныхъ предшествовавшей бленореей рукава. Я долженъ замѣтить, что этотъ гранулезный вагинитъ проходитъ въ родильномъ состояніи весьма скоро и притомъ безъ всякаго леченія. A. Guérin отвергаетъ возможность развитія гранулезнаго вагинита вслѣдствіе раздраженія сосочковъ слизистой оболочки на томъ основаніи, что расположеніе ихъ не соответствуетъ анатомическому распредѣленію въ слизистой оболочкѣ рукава.

Преслѣдуя далѣе анатомическія измѣненія, происходящія въ сосочкахъ, можно констатировать еще другое важное измѣненіе въ нихъ, а именно—очень сильное налитіе ихъ сосудовъ, что подаетъ поводъ къ кровоизліянію. Кровь при этомъ можетъ выступать наружу и смѣшаться съ секретомъ слизистой оболочки, или же она изливается въ самыя сосочки и ближайшее сосѣдство ихъ, вслѣдствіе чего на слизистой оболочкѣ появляются темно-красныя пятна (подтеки). Этотъ-то видъ вагинита, по мнѣнію Klob'a, Ricord и описалъ подъ именемъ *herpes phlyctenoides vaginae*. Что касается эпителія, то онъ разбухаетъ и слущивается, мышечный слой рукава представляется вялымъ; паравагинальная соединительная ткань болѣе или менѣе отекаетъ, такъ что просвѣтъ канала, вслѣдствіе паренхиматознаго разбуханія, представляется нѣсколько суженнымъ (Klob).

б) Хроническій катарръ рукава характеризуется вялостью и разслабленіемъ стѣнокъ, причемъ слизистая оболочка представляется окрашенною въ красновато-фіолетовый цвѣтъ; рукавъ въ высшей степени вялъ, сосочки мукозы сглажены. Такъ-какъ эпителий слушивается какъ произвольно, такъ и въ особенности отъ малѣйшаго насилія, то при введеніи зеркала, иногда и самымъ осторожнымъ образомъ, получается небольшое кровоточеніе. Кромѣ вышесказаннаго красновато-фіолетоваго окрашиванія на слизистой оболочкѣ замѣчаются нерѣдко сѣровато-темныя точки, которыя—ничто иное, какъ атрофированныя сосочки, въ которыхъ отложился зернистый пигментъ, вслѣдствіе обветшалости ихъ сосудовъ (Klob).

С. Ruge, подробно изслѣдовавшій вопросъ о патологической анатоміи воспаления слизистой оболочки рукава, въ вышеприведенной статьѣ своей, приходитъ къ нѣсколькимъ другимъ заключеніямъ. Такъ называемая *colpitis granulosa* авторовъ обуславливается припуханіемъ отдѣльныхъ сосочковыхъ группъ, которыя, будучи пронизаны мелко-клетчатой инфильтраціею, выступаютъ надъ горизонтомъ слизистой оболочки, покрывающій же ихъ эпителий слушивается до самыхъ глубокихъ слоевъ. Вслѣдствіе переполненія кровью, а также упомянутого слушиванія эпителия, измѣненные такимъ образомъ сосочки представляются ярко-красными. Когда острый періодъ катарральнаго кольпита прошелъ, то, вслѣдствіе истонченія покрывающаго сосочки эпителия, эти послѣдніе не выступаютъ болѣе надъ горизонтомъ. Эта хроническая форма.

Особеннаго рода характерныя измѣненія получаютъ при кольпитѣ у старухъ (*colpitis senilis*). Плоскій эпителий слизистой оболочки рукава истончается и наконецъ дѣло доходитъ до разсѣянныхъ мелко-клетчатыхъ инфильтрацій съ совершенною потерей эпителия. При этомъ видѣ кольпита получаютъ тамъ и сямъ слеванія различныхъ мѣстъ рукава, однимъ словомъ то, что Hildebrandt давно описалъ какъ особую форму кольпита, именно *colpitis adhaesiva*. Хотя этотъ видъ воспаления рукава, какъ уже сказано, встрѣчается почти исключительно у старыхъ субъектовъ, тѣмъ не менѣе, по совершенно справедливому заключенію Schroedera, онъ попадаетъ иногда и у женщинъ на высотѣ полной дѣятельности. Мы не разъ имѣли возможность убѣдиться въ справедливости этого замѣчанія.

Такъ-какъ измѣненія въ секретѣ рукава составляютъ одно изъ главныхъ выдающихся явленій какъ при остромъ, такъ и хроническомъ катаррѣ его, то мы и рассмотримъ ихъ здѣсь, придерживаясь изслѣдованій Kölliker'a и Scanzoni, а также и Hennig'a.

Мы начнемъ съ свойствъ секрета рукава при совершенно нормальныхъ условіяхъ. Количество его обыкновенно весьма незначительно; онъ представляетъ совершенно свѣтлую, жидкую слизь. Иногда, впрочемъ, и при нормальныхъ условіяхъ секретъ рукава нѣсколько тягучій и желтоватый. Реакція секрета—кислая. Изъ гистологическихъ элементовъ въ немъ находятъ разрушенный или пѣльный плоскій эпителий. Немаловажный интересъ представляютъ измѣненія въ секретѣ рукава незадолго до мѣсячныхъ и вскорѣ послѣ нихъ. Количество его до наступленія мѣсячныхъ увеличивается очень значительно; онъ не столь густой и совершенно свѣтлый; дня три же отъ начала менструаціи онъ снова желтоватый и содержитъ кромѣ эпителия кровяные шарики. Реакція его не мѣняется.

При катарральномъ воспаленіи слизистой оболочки рукава количество секрета всегда болѣе или менѣе увеличивается и особенно обильно онъ отдѣляется въ верхней трети, т. е. въ сводѣ; физическія свойства его весьма различны: онъ бываетъ то блѣсоватый, то желтоватый, зеленоватый и бурый; то онъ совершенно жидкій, то тягучій, клейкій, по консистенціи напоминающій сливки. Реакція, не смотря на эти разнообразныя грубыя измѣненія, остается кислою. При микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ въ немъ разнообразныя гистологическіе элементы, смотря по консистенціи секрета; главнѣйшіе изъ нихъ: плоскій эпителий, гнойные или слизистые шарики, также кровяные шарики и, наконецъ, различные паразиты, о которыхъ сказано будетъ ниже.

Клиническая картина при остромъ катаррѣ будетъ различна, смотря по степени болѣзни и по тому, въ какомъ мѣстѣ рукава развился катаррѣ. Такъ-какъ самостоятельно острый катаррѣ развивается по преимуществу во входѣ въ рукавъ, то мѣстомъ пораженія достаточно объясняются припадки, на которые жалуются больныя. Вскорѣ послѣ развитія катарра, больныя начинаютъ жаловаться на ощущеніе жара и покальванія въ рукавѣ; къ этому присоединяются ощущеніе тяжести и, когда появляется боль, то она распространяется нерѣдко на промежность. На высотѣ болѣзни, боль бываетъ очень сильна и составляетъ весьма мучительный припадокъ. Въ нѣсколькихъ случаяхъ остраго катарра рукава, больныя наши жаловались на очень мучительный зудъ вокругъ задняго прохода. Такъ-какъ катарральное воспаление имѣетъ большую склонность распространяться на окружающія части, то нерѣдко при этомъ развивается уретритъ, вызывающій частый позывъ къ опорожненію пузыря и болѣзненное мочеиспусканіе (dysuria); самое неблагоприятное и болѣзненное осложненіе составляетъ распространеніе катарральнаго воспаления на бартолиновы железы съ послѣдовательнымъ нагноеніемъ ихъ. Если даже дѣло не доходитъ до абсцедированія, то весьма часто находимъ бартолиновы железы припухшими и болѣзненными на оупь. Въ первое время секретъ рукава нѣсколько уменьшенъ противъ нормальнаго, вслѣдствіе чего стѣнки его представляются сухими, но за тѣмъ количество секрета его увеличивается и онъ измѣняется въ физическихъ свойствахъ своихъ, какъ сказано выше. Больныя весьма часто жалуются на ѣдкость секрета при катаррѣ рукава, какъ на одинъ изъ самыхъ мучительныхъ припадковъ; дѣйствительно, секретъ, попадая на внутреннюю поверхность губъ, лишенныхъ эпителия, причиняетъ весьма мучительную боль и въ мѣстахъ прикосновенія съ тканью нерѣдко замѣчаются поверхностныя изъязвленія (ergosiones).

На высотѣ развитія болѣзни весьма часто замѣчаются лихорадочныя явленія: больныя жалуются на ознобъ, смѣняющійся жаромъ и температура можетъ достигнуть иногда значительной сте-

пени. Лихорадочное состояніе, впрочемъ, рѣдко продолжается долѣе 3—4 дней.

При хронической формѣ катарра больныя субъективно почти вовсе не страдаютъ и онѣ жалуются существенно только на усиленное истеченіе слизи изъ родовыхъ путей. Хроническій катарръ развивается преимущественно въ верхней трети рукава и притомъ, какъ уже сказано выше, чаще всего какъ спутникъ различныхъ страданій матки, вслѣдствіе чего главнымъ образомъ и выступаютъ явленія со стороны послѣдней.

Распознаваніе катарра рукава, какъ остраго, такъ и хроническаго, на основаніи вышесказаннаго, не можетъ представлять никакихъ затрудненій. Съ другой же стороны, въ діагностическомъ отношеніи могутъ представиться иногда величайшія затрудненія, когда приходится рѣшить - имѣемъ-ли мы дѣло съ простымъ вагинитомъ, или же вагинитомъ специфическимъ, т. е. гоноройнымъ. Прежде думали, что рѣшеніе этого вопроса возможно путемъ микроскопическаго изслѣдованія, именно, если доказать въ секретѣ присутствіе извѣстнаго паразита (*trichomonas*). Мы увидимъ ниже, что мнѣніе это, на основаніи многочисленныхъ положительныхъ изслѣдованій, оказалось совершенно несостоятельнымъ. Въ случаяхъ, гдѣ приходится рѣшить этотъ щекотливый дифференціально-диагностическій вопросъ, намъ не остается ничего болѣе, какъ руководствоваться нѣкоторыми грубыми физическими измѣненіями въ секретѣ и анамнестическими данными, представляемыми даннымъ случаемъ. Гоноройное свойство катарра можно подозрѣвать при чрезмѣрно быстромъ развитіи болѣзни и при томъ у женщины, не страдавшей прежде катарромъ, при осложненіи урѣтритомъ, очень обильномъ остромъ гнойнаго свойства отдѣленіи (б. ч. зеленоватаго цвѣта) и, наконецъ, если можно констатировать перенесеніе катарра *sub coitu* на мужчину.

Этіологія остраго катарра можетъ быть весьма различна. Острый самостоятельный катарръ рукава чаще всего вызывается различнаго рода раздраженіями, дѣйствующими непосредственно на слизистую оболочку: сюда относятся онанизмъ, и въ особенности эксцессы *in venere* (*coitus nimius*), тоже самое должно сказать относительно простуды. Хроническій катарръ развивается обыкновенно изъ острой формы; чаще же всего мы встрѣчаемъ его какъ спутникъ самыхъ разнообразныхъ страданій матки, какъ-то: воспаленій ея, смѣщеній, различныхъ новообразованій и пр. Въ нѣкоторыхъ изъ относящихся сюда случаевъ катарръ рукава обуславливается или измѣненіемъ въ циркуляціи крови, вслѣдствіе измѣненія нормальныхъ анатомическихъ отношеній его, или же тѣмъ, что извѣстный отдѣлъ его орошается химически и гистологически измѣненнымъ отдѣленіемъ слизистаго покрова матки. Кромѣ того, острая и хроническая форма катарра рукава обуславливается иногда острыми инфекціонными процессами, съ одной стороны, съ другой же стороны—патологическими состояніями, со-



провождающимися болѣе или менѣе глубокимъ разстройствомъ питанія. Сюда относятся случаи остраго катарра, наблюдаемые во время теченія тифа, скарлатины, оспы и пр. и хронической катаррѣ, которыми такъ часто страдаютъ субъекты, одержимые хлорозомъ, золотухою, скорбутомъ и пр. Изъ причинъ, весьма часто обуславливающихъ катаррѣ рукава, мы въ особенности должны указать на различные снаряды (пессаріи), вводимые въ рукавъ съ цѣлью устраненія различныхъ смѣщеній (наклоненія, выпаденія и измѣненія въ очертаніи матки (загибы).

Предсказаніе при остромъ катаррѣ обыкновенно очень благоприятно, такъ какъ онъ легко уступаетъ надлежащей терапіи; совсѣмъ другое дѣло—хроническая форма: она принадлежитъ къ очень упорнымъ болѣзненнымъ состояніямъ и имѣетъ большую склонность къ рецидивамъ. Это мы говоримъ не только относительно тѣхъ случаевъ хроническаго катарра рукава, которые сопровождаютъ различныя страданія матки, но иногда хроническая бленнорея рукава, существующая *per se*, очень трудно поддается леченію, такъ какъ вслѣдствіе непослушности больныхъ (напр. эксцессы *in venere*), катаррѣ по временамъ обостряется и получаетъ новую силу. Такъ, мы встрѣтили нѣсколько случаевъ, въ которыхъ мы не могли понять, какимъ образомъ столь простую патологическую форму нельзя устранить въ нѣсколько недѣль, если энергически приняться за дѣло. Но ожиданія наши не оправдались, главнымъ образомъ потому, что больныя, при сколько нибудь значительномъ улучшеніи ихъ состоянія, или бросаютъ вовсе леченіе, или же выполняютъ его небрежно. Это кажется намъ существенною причиною того, почему эти больныя годами иногда страдаютъ бленореей рукава, постоянно переходя отъ одного врача къ другому.

Говоря о предсказаніи при катаррѣ рукава, мы не можемъ не упомянуть о томъ, что въ послѣдніе годы Hildebrandt указалъ на особенный видъ его, о которомъ до сихъ поръ не упоминалось никѣмъ изъ гинекологовъ. Hildebrandt имѣлъ возможность наблюдать случаи простаго вагинита, оканчивавшіеся срощеніемъ стѣнокъ рукава, преимущественно въ верхнихъ отдѣлахъ его. При этомъ не было констатируемо и слѣдовъ дифтерита. Что касается отдѣленія пораженной слизистой оболочки, то, по словамъ Н., оно представляется клейкимъ, то блѣсоватаго цвѣта, то кровянистымъ. Этотъ видъ вагинита Hildebrandt назвалъ *Vaginitis ulcerosa adhaesiva*. Что эта форма вагинита существуетъ дѣйствительно, для меня не подлежитъ никакому сомнѣнію, такъ какъ нѣсколько разъ я наблюдалъ такое состояніе рукава, которое можно было бы объяснить только подобною формою предшествовавшаго кольпита. Мнѣ особенно памятна одна женщина 34 л. отъ роду, у которой верхній отдѣлъ передней стѣнки рукава представлялъ сплошное срощеніе съ переднею поверхностью влагалищной части почти *usque ad or. extern.*

Лечение острой формы состоитъ въ началѣ въ униманіи боли, ощущенія жженія или зуда, которыя особенно беспокоятъ больную. Съ этою цѣлью мы назначаемъ абсолютный покой въ постели; внутрь—среднія соли и кислоты, направленные главнымъ образомъ противъ лихорадочныхъ движеній; внутрь же и снаружи съ успокоивающею цѣлью назначаемъ препараты опія. Я предпочитаю наружное употребленіе ихъ, такъ какъ въ этомъ видѣ они дѣйствуютъ вѣрнѣе: назначаемъ поэтому опіатную настойку въ клистирѣ (gtt—XV ad  $\text{ʒij}$ ) раза 2 въ день; или же прибѣгаемъ къ суппозитаріямъ изъ морфія (gr. j ad  $\text{ʒj}$  butyri саsао). Предлагаемое нѣкоторыми, съ цѣлью униманія боли и другихъ воспалительныхъ явленій, приставленіе пъявокъ—едва ли примѣнимо, такъ какъ введеніе зеркала въ остромъ періодѣ катарра въ высшей степени болѣзненно и поэтому самому совершенно неумѣстно. Поэтому къ приставленію пъявокъ къ стѣнкамъ рукава едва ли теперь кто прибѣгаетъ; приставлять же пъявки во входѣ въ рукавъ, или же къ промежуности тоже не совѣтъ безопасно, такъ какъ въ этихъ мѣстахъ отъ уколовъ пъявокъ иногда развивается рожа. Вслѣдствіе этого мы совершенно отвергаемъ пъявки въ этихъ случаяхъ, а стараемся дѣйствовать другими средствами. Болѣзненность, зудъ, и пр. очень хорошо унимаются помощью тепловатыхъ рукавныхъ душъ, а также тепловатыхъ полуваннъ; тепловатые души назначается 3—4 раза въ день; можно прибавить къ нимъ также опіатную настойку (капель 30 на стаканъ воды). Если во входѣ въ рукавъ замѣчаются слущиванія эпителія (язвинки, ссадины), то прижигаемъ ихъ азотнокислымъ серебромъ in substantia, или же смазываемъ ихъ крѣпкимъ растворомъ той же соли. Дѣйствуя такимъ образомъ въ теченіе нѣсколькихъ дней, мы достигаемъ того, что страданія больной значительно ослабѣваютъ и мы имѣемъ тогда дѣло исключительно только съ усиленнымъ отдѣленіемъ слизи, противъ котораго дѣйствуемъ средствами, унимающими, съ одной стороны, это усиленное отдѣленіе, съ другой же стороны, дѣйствующими оживляющими (возбуждающимъ) образомъ на болную слизистую оболочку. Для этого, какъ только болѣзненность, ощущеніе жара и пр. унялись, мы замѣняемъ тепловатые души холодными, причемъ исподволь все болѣе и болѣе понижаемъ температуру впрыскиваемой жидкости, къ которой кромѣ того прибавляемъ различныя вяжущія въ томъ видѣ, какъ сказано будетъ ниже.

Лечение хроническаго катарра будетъ успѣшно лишь въ такомъ случаѣ, если при этомъ будетъ обращено тщательное вниманіе на обуславливающую его причину. Если, поэтому, катарръ зависитъ отъ того или другаго патологическаго состоянія матки, то прежде всего нужно приступить къ устраненію этого послѣдняго; тоже самое должно сказать и относительно тѣхъ общихъ разстройствъ организма, которыя, какъ сказано выше, влекутъ за собою хроническій катарръ рукава. Важную и существенную роль при терапіи въ этомъ случаѣ играетъ устраненіе этихъ

болѣзненныхъ состояній помощью извѣстныхъ средствъ какъ-то: укрѣпляющихъ, противозолотушныхъ и пр. Относительно собственно гинекологическаго леченія нужно имѣть въ виду то, чтобы въ употребленіи тѣхъ средствъ, которыя обыкновенно рекомендуются противъ катарра, была соблюдаема извѣстная послѣдовательность, т. е. нужно переходить только постепенно отъ средствъ болѣе слабыхъ къ дѣйствующимъ болѣе энергически. Имѣя дѣло съ хроническимъ катарромъ рукава, должно внушать больной, — какъ важно соблюденіе чистоплотности въ отношеніи къ половой сферѣ. Чѣмъ чаще смывается накапливающаяся въ рукавѣ слизь, тѣмъ менѣе она имѣетъ шансовъ разлагаться и герп. раздражать слизистую оболочку. Поэтому, чѣмъ чаще подмываетъ она половыя части, тѣмъ скорѣе мы можемъ сладить съ болѣзнию. Съ этою же цѣлью мы назначаемъ холодныя души, которые, съ одной стороны, механически удаляютъ слизь, съ другой же, стимулирующимъ и укрѣпляющимъ образомъ дѣйствуютъ на больную ткань. Души назначаемъ сначала изъ воды комнатной Т°, затѣмъ постепенно понижаемъ ее, смотря по надобности; впрыскиванія должны дѣлаться не менѣе 2—3 разъ въ день, причемъ для каждаго впрыскиванія должно брать не менѣе 2—3 большихъ стакановъ. Когда прошло нѣкоторое время и больныя привыкли нѣсколько къ раздражающему дѣйствию холодныхъ душъ, то начинаемъ прибавлять къ нимъ вяжущія. Мы ужъ сказали выше, что должно начинать съ слабыхъ средствъ: сначала назначаемъ растворъ сѣрнокислаго цинка (3j на ʒiv жидкости, по одной столовой ложкѣ на стаканъ воды), мѣднаго купороса (въ вышесказанной пропорціи), затѣмъ переходимъ къ отвару дубовой коры (*Dtn quercus ex ʒijj ad ʒiv*, по столовой ложкѣ на стаканъ), таннину (ʒj на душъ), хлористому желѣзу, сѣрнокислему желѣзу и пр. Квасцовъ, столь часто назначаемыхъ въ этомъ случаѣ, мы вовсе не употребляемъ, такъ какъ дѣйствіе ихъ гораздо менѣе вѣрно, чѣмъ вышеупомянутыхъ средствъ. Съ цѣлью привести лекарственныя вещества, назначаемыя въ душахъ, въ болѣе продолжительное прикосновеніе съ больною тканью, придуманы особенныя зеркала со слѣпымъ концомъ, снабженныя отверстіями на стѣнкахъ (рѣшетчатыя зеркала); больная вводитъ сама подобное зеркало въ рукавъ и, наливъ въ зеркало жидкость, оставляетъ его въ рукавѣ минутъ 10—15. Зеркала эти въ больномъ ходу на бальнеологическихъ станціяхъ, гдѣ употребляютъ помощь души изъ минеральной воды.

Употребленія, даже самаго настойчиваго, однихъ только врачебныхъ душъ, рѣдко бываетъ достаточно для устраненія катарра. Если измѣненія на слизистой оболочкѣ достигли очень значительной степени, то противъ нихъ приходится дѣйствовать болѣе энергически. При чрезвычайной вялости рукава, сглаженіи его складокъ и гнойномъ отдѣленіи, — отличное средство составляютъ тампоны, посыпаемые порошкомъ таннина, или же смѣсью изъ квасцовъ и сахара (aa); тампонъ оставляется въ рукавѣ часовъ 6—

8. Онъ сильно раздражаетъ и потому къ нему должно прибѣгать не чаще, какъ каждыя 2—3 дня. Въ очень упорныхъ случаяхъ мы получали весьма благоприятные результаты отъ карболовой кислоты съ глицериномъ. Прижиганія слизистой оболочки рукава помощью азотнокислаго серебра *in substantia* я теперь совершенно оставилъ, такъ-какъ прижигать можно только отдѣльныя части пусосае, а это не ведетъ къ желаемой цѣли. Если есть показаніе къ употребленію азотнокислаго серебра, то лучше всего прибѣгнуть къ крѣпкому раствору, которымъ помощью кисточки смазываютъ пораженные вѣсту слизистой оболочки. Послѣ каждого такого смазыванія мы вводимъ на нѣсколько часовъ ватный тампонъ смоченный въ глицеринѣ съ цѣлью разъединенія рукавныхъ стѣнокъ.

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ Winckel\* описалъ особенную форму страданія рукава, которую онъ назвалъ Colporhyperplasia cystica. Страданіе это впервые было наблюдаемо С. Враномъ, но онъ не обратилъ на это особеннаго вниманія. Сущность рассматриваемаго страданія состоитъ въ томъ, что въ слизистой оболочкѣ рукава, въ сводахъ его, а также на влагалищной части матки развивается цѣлый рядъ возвышеній, величиной отъ коноплянаго зерна до горошины, круглыхъ на видѣ и мягковатыхъ на ощупь, изъ которыхъ при уколѣ выдѣляется газъ, иногда даже съ замѣтнымъ шумомъ. Поэтому Zweifel\*\*) называетъ эту форму vaginitis emphysematosa. Рассматриваемая патологическая форма встрѣчается главнымъ образомъ у беременных и весьма рѣдко только, въ видѣ исключенія, внѣ беременности. Изъ сопровождающихъ ее клиническихъ явленій выступаетъ главнымъ образомъ усиленное слезотеченіе изъ рукава, имѣющее нерѣдко какой то особенный, рыбный запахъ.

Vaginitis emphysematosa представляетъ большой интересъ по отношенію къ патогеніи. Въ самомъ дѣлѣ, откуда берутся здѣсь газы и какова ихъ ближайшая натура? Всѣ писавшіе по этому вопросу, какъ то Schroeder\*\*\*, Erpinger\*\*\*\*, Nelcke\*\*\*\*, Chenevière\*\*\*\*\*, С. Ruge\*\*\*\*\* и другіе должны были сознаться въ томъ, что сущность (т. е. патогеническая) этого страданія остается до сихъ поръ загадкою. Zweifel полагаетъ, что газъ, заключающійся здѣсь въ маленькихъ кистахъ, содержитъ вѣроятно триметаминъ.

#### *Воспаленіе подслизистой соединительной ткани рукава.*

Иногда, особенно вслѣдствіе травматизма извѣстнаго рода или же произвольнымъ образомъ, воспалительный процессъ сосредоточивается преимущественно въ соединительной ткани подъ слизистой оболочкой рукава и тогда мы имѣемъ дѣло съ флегмонознымъ вагинитомъ (Perivaginitis). До сихъ поръ мы наблюдали эту форму только въ родильномъ періодѣ. Что касается клинической картины при этомъ, то мы въ этихъ случаяхъ имѣли дѣло съ значительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ и чрезвычайно сильною болью въ глубинѣ рукава. Исслѣдованіе

\* Arch. f. Gynaecol., Bd. II, p. 406.

\*\* Ibid. Bd. XII, p. 37.

\*\*\* Arch. f. Klin. Medic. v. Ziemssen u. Zenker, 1874, Bd. XII.

\*\*\*\* Vierteljahrsehr. f. pract. Heilk., Bd. 120, p. 33.

\*\*\*\*\* Arch. f. Gynaecol., Bd. IX, p. 461.

\*\*\*\*\* Ibid., Bd. XI, pr 361.

\*\*\*\*\* Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaecol., Bd. II, p. 29.

при этомъ очень болѣзненно, весь рукавъ, въ особенности же задняя стѣнка его, представляется припухшимъ, какъ бы отеченнымъ. Интересно при этой формѣ то, что воспалительный процессъ съ первоначальнаго мѣста своего развитія почти никогда не переходитъ ни на *meatus ur. exter.*, ни на мочевоу каналъ, какъ мы это видѣли при катарральномъ кольпитѣ.

Во всѣхъ случаяхъ, которые приходилось намъ наблюдать, флегмонозное воспаление рукава разрѣшалось очень скоро. Терапія ограничивалась прилежнымъ употребленіемъ слизистыхъ тепловатыхъ душъ, *per rectum* или же *per vaginam* и нѣсколькими приемами хирина.

Доцентъ акушерства въ Москвѣ, доктора Марконетъ, описалъ два случая особеннаго рода воспаления рукава; дѣло шло о нагноеніи въ подслизистой соединительной ткани, причемъ выдѣлилась цѣликомъ наружу вся слизистая оболочка рукава, а также та часть ея, которая покрываетъ влагалищную часть. Марконетъ называлъ эту форму — *Perivaginitis phlegmonosa dissecans* \*.

Нѣкоторые изъ старинныхъ авторовъ, какъ-то: Burns, Balling и др., описывали разсмотрѣнную выше форму воспаления рукава подъ именемъ *vaginitis erythematosa* и *vagin. erysipelatosa*. Ужъ одни эти названія показываютъ, что они не отдавали себѣ яснаго отчета въ сущности этой патологической формы.

Что касается нагноенія подслизистой соединительной ткани съ образованіемъ нарыва, то это встрѣчается, относительно, довольно рѣдко и подобные нарывы мы наблюдали до сихъ поръ только у роженицъ.

### *Крупозное и дифтеритическое воспаление рукава.*

Крупъ и дифтеритъ рукава занимаютъ обыкновенно отдѣльныя части его и въ громадномъ большинствѣ случаевъ они развиваются въ нижней трети его и притомъ поближе ко входу. Начинается дѣло обыкновенно такимъ образомъ, что мѣстами рукавъ представляется насыщенно-краснымъ и затѣмъ на этихъ мѣстахъ появляется сѣроватый налетъ (пленки), довольно крѣпко пристающій къ подлежащей ткани; кругомъ этихъ пленокъ слизистая оболочка гиперемирована, причемъ рѣзко иногда выступаютъ разбухшія сосочки (*papillae*): это *colpitis crouposa*. Когда пленки начинаютъ выдѣляться наружу, то нерѣдко при этомъ замѣчается кровянистое отдѣленіе изъ рукава; усиленное же слизисто-гниное отдѣленіе (изъ гиперемированныхъ частей мукозы) составляетъ постоянный спутникъ крупознаго воспаления. По отдѣленіи пленокъ, остаются поверхностныя изъязвленія, гранулирующія очень скоро. При дифтеритѣ дѣло происходитъ точно такимъ же образомъ, только пленки не такъ обширны и болѣе темнаго цвѣта; кромѣ того, по отпаденіи ихъ, остаются довольно

\* Virchow's Arch., Bd. 34, p. I. См. также Минкевичъ, тамъ-же, Bd. 41, p. 437.—Bizzozzero, Di un caso di perivaginitide dissecante. Gaz. dela clin. Torino; 1875.

глубокія неправильнаго очертанія язвы, отдѣляющія густую слизисто-гноиную, окрашенную черѣдко въ бурый цвѣтъ, жидкость.

Что касается собственно припадковъ, на которые жалуются при этомъ больныя, то они бываютъ весьма различны. Иногда они выражены весьма слабо, иногда же они очень мучительны для больной. Сами по себѣ дифтеритъ и крупозное воспаленіе рукава обуславливаютъ весьма слабыя лихорадочныя явленія. Тоже самое должно сказать и относительно мѣстной боли; иногда однако больныя страдаютъ весьма сильно; это именно въ тѣхъ случаяхъ, когда процесъ съ рукава распространяется на наружныя половыя части. Къ одному изъ самыхъ неприятныхъ припадковъ принадлежитъ судорожное сжиманіе, которое больныя ощущаютъ въ рукавѣ.

Этіологія. Крупъ и дифтеритъ рукава, какъ самостоятельныя патологическія формы, внѣ родильнаго періода принадлежать къ величайшимъ рѣдкостямъ. Внѣ пуэрперія они наблюдаются, и то весьма рѣдко, послѣ различныхъ травматизмовъ, напр. *ex coitu nimio*, и, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, они могутъ быть вызваны также сильнымъ гоноройнымъ воспаленіемъ рукава. Обыкновенно же мы имѣемъ дѣло съ крупомъ и дифтеритомъ при различнаго рода раздраженіяхъ, продолжительно дѣйствующихъ на мукозу, каковы бы ни были эти раздраженія; такъ, это бываетъ при продолжительномъ пребываніи въ рукавѣ различныхъ нессаріевъ, при постоянномъ орошеніи рукава мочею при пузырно-рукавныхъ свищахъ; тоже самое должно сказать и о нѣкоторыхъ новообразованияхъ матки и въ особенности о ракѣ; наконецъ, иногда мы имѣемъ дѣло съ дифтеритомъ рукава, развивающимся во время теченія тяжелыхъ инфекціонныхъ процесовъ, каковы: тифъ, скарлатина, оспа и пр.

При леченіи разсматриваемыхъ патологическихъ формъ должно главнымъ образомъ обращать вниманіе на величайшую чистоплотность; съ этою цѣлью мы назначаемъ (каждые 3 часа) повторные рукавные души изъ тепловатой воды, а также, если возможно, тепловатая полуванны. Прежде въ большомъ ходу были прижиганія азотно-кислымъ серебромъ; въ настоящее время мы вовсе не прибѣгаемъ къ нимъ, такъ-какъ прижиганія эти дѣйствуютъ весьма поверхностно и кромѣ того выполненіе ихъ весьма хлопотливо и очень болѣзненно, если приходится производить ихъ при помощи зеркала. Съ большою пользою мы замѣняемъ ихъ такъ-называемыми очищающими средствами, первое мѣсто между которыми, на основаніи многочисленныхъ личныхъ нашихъ наблюденій, занимаетъ полуторо-хлористое желѣзо. Покрытыя дифтеритомъ мѣста смазываются разъ въ день или чистымъ полуторо-хлористымъ желѣзомъ (*liq. sesquichlor. fer.*), или же въ смѣси съ глицериномъ; въ тяжелыхъ случаяхъ мы не ограничиваемся смазваніемъ только, а прикладываемъ къ пораженнымъ частямъ корпейные бурдонеты, налитанные растворомъ полуторо-хлористаго желѣза въ водѣ или глицеринѣ (1 ч. на 6—8

час.). Слабѣ гораздо дѣйствуетъ карболовая кислота (ac. carbolic.  $\mathcal{A}$ , glycerini  $\mathcal{B}$ ). Еще болѣ невѣрно дѣйствуетъ известковая вода, которая нѣсколько лѣтъ тому назадъ была предлагаема въ этомъ случаѣ на томъ основаніи, что она растворяетъ будто-бы крупозные эксудаты. Когда крупозный и дифтеритическій налетъ исчезаетъ, то нужно способствовать скорѣйшему гранулированію язвъ тѣми средствами, которыя обыкновенно съ этою цѣлью употребляются въ хирургіи, а именно, азотно-кислымъ себромъ. Отъ времени до времени мы прижигаемъ остающіяся язвы и послѣ cadaго прижиганія стараемся разъединить рукавныя стѣнки помощью корпейныхъ шариковъ, смоченныхъ въ глицеринѣ. Противъ усиленнаго выдѣленія изъ рукава, обусловливаемаго сопутствующимъ катарромъ, дѣйствуемъ на основаніи вышепосказаннаго, т. е. назначая души изъ различныхъ вяжущихъ. Если бы во время теченія дифтерита мы имѣли дѣло съ вышеупомянутымъ тягостнымъ для больныхъ припадкомъ, именно—судорожнымъ сжиманіемъ въ рукавѣ, то для облегченія его мы съ пользою прибѣгаемъ къ мѣстному употребленію опіатовъ, въ видѣ клистировъ или же суппозиторіевъ, вводимыхъ въ рукавъ или же въ прямую кишку.

Намъ остается еще сказать нѣсколько словъ объ омертвѣніи рукава (colpitis gangraen.), съ которымъ также чаще всего имѣютъ дѣло въ родильномъ періодѣ. Омертвѣніе въ различныхъ частяхъ рукава, чаще однако in introitu, является обыкновенно какъ послѣдствіе прижатія его подлежащей частью. Оно можетъ развиться еще sub partu, или же, какъ чаще бываетъ, скорѣ послѣ родовъ. Пораженная часть представляется болѣе или менѣ почернѣвшею; по прошествіи известнаго времени, она отваливается частями, или цѣлкомъ. Бываютъ случаи, въ которыхъ гангрена обхватываетъ всю слизистую оболочку рукава. Такъ, Schatz \* описалъ случай выдѣленія всей слизистой оболочки рукава, пораженной гангреной. Важное клиническое значеніе colpitis gangr. получаетъ лишь тогда, когда существуютъ условія для всасыванія детрита,—источника піеміи. Если же этихъ условій не существуетъ, то гангрена рукава протекаетъ совершенно благопріятно. Имѣя дѣло съ болѣе или менѣ обширнымъ омертвѣніемъ рукава, мы назначаемъ частыя впрыскиванія въ рукавъ, прибавляя къ нимъ различныя очищающія вещества: какъ-то: ac. carb., vin. acon., kali hydragm. и пр. По отдѣленіи струпа, главная задача будетъ состоять въ отвращеніи суженія и сращенія рукава, для чего мы прибѣгаемъ къ разъединенію стѣнокъ его помощью тампоновъ.

### Паразиты рукава.

Библиографія. Donné, Recherches microscop. sur la nature du mucus et la matière des divers écoulements des org. génitourin. chez l'homme et la femme. Description des nouveaux animalcules découverts dans ces fluids. Paris 1837.—Wilkinson, Lancet, 1840.—Robin, Histoire natur. des végétaux parasites, Paris, 1853. p. 130. Kölliker und Scanzoni, Beiträge, 1855, Bd. II, p. 128.—Martin, Ueber Entstehung und Verpflanzung des Aphthophyton. Virchow's Archiv, 1856, Bd. IX, p. 460.—Mayer, die pflanzlichen Parasiten der weiblich. Sexualorgane. Monatschr. f. Geburtsk., 1862, p. 2.—Hennig, Op. cit., p. 65.—Leuckart, die menschlichen Parasiten. Leipzig, 1862, p. 135.—Winckel, Ueber die Bedeutung der pflanzlichen Parasiten der Scheide bei Schwangern Berl. klinische Wochenschr., 1866,, III.

\* Arch. f. Gynaecologie. 1873, Bd. III, p. 373.

р. 237. — Hausmann, Centralblatt f. die medic. Wissenschaften, 1868 № 27; овъ же издалъ монографію объ этомъ предметѣ, Berlin, 1860. — Гюбнеръ, паразитные грибки и низшія тайнобрачныя растенія, какъ болѣзнетворная причина. Арх. Суд. Мед. 1869 № 1, стр. 49 и № 2, стр. 32. — Сутугинъ, Грибки въ предматочникѣ. Протоколы Общ. Рус. Вр. въ С.-Петербур., 1869. — И. Лазаревичъ, Паразиты женскихъ половыхъ органовъ. Харьковъ, 1870.

Никогда еще въ медицинѣ не было толкуемо столько о паразитахъ, какъ въ настоящее время. Ихъ находили вездѣ и во всемъ и велись весьма жаркія пренія о томъ — каково ихъ патогномоническое значеніе. Мы поневолѣ должны воздержаться отъ разбора собственно паразитарно-патологической теоріи, такъ какъ вопросъ относится собственно къ общей патологіи, а коснемся его здѣсь лишь настолько, насколько онъ находится въ связи съ интересующимъ насъ предметомъ.

Мы рассмотримъ сначала растительные и животные паразиты, встрѣчающіеся въ женской половой сферѣ и затѣмъ остановимся на оцѣнкѣ ихъ клиническаго значенія.

Начнемъ съ матки. Въ слизи полости ея описаны до сихъ поръ два вида грибовъ, а именно: Wilkinson'омъ — *Logium uteri* — нити толщиною въ  $\frac{1}{2000}$  —  $\frac{1}{4000}$ '' и Robin'омъ — *Leptomit*, грибокъ, который онъ встрѣчалъ въ видѣ двухъ формъ: блѣдныхъ трубочекъ, безъ дѣленій и зернистаго содержимаго и суставчатыхъ, широкихъ, раздѣльныхъ между собою трубочекъ съ клѣточнымъ содержимымъ.

Kölliker и Scanzoni описали найденный ими въ слизи рукава грибокъ, представляющійся въ видѣ тонкихъ нитей, длиною въ 0,04 — 0,06''; нити эти всегда изолированы. Стоитъ только посмотреть на изображеніе этого паразита, чтобы констатировать величайшее сходство его съ грибомъ, описаннымъ Robin'омъ въ слизи полости рта (*Leptotritus buccalis, oidium albicans*). Winckel, Mayer и др. принимаютъ двоякаго рода грибки въ маточномъ рукавѣ. Проф. Лазаревичъ описываетъ ихъ слѣдующимъ образомъ: 1) Тонкія нити (*Lephtotrix vaginae*), толщиною въ 0,0005 — 0,0008 милим., съ тонкими, рѣзко выступающими контурами, съ прозрачнымъ содержимымъ. Нити эти представляются въ видѣ короткихъ палочекъ, длиною въ 0,006 милим.; въ нѣсколькихъ случаяхъ Лазаревичъ наблюдалъ какъ бы раздѣленіе ихъ. Большею частью нити эти выходили изъ кучекъ мелкихъ зернышекъ, покрывавшихъ плоскій эпителий. 2) Широкія нити; они имѣютъ въ толщину до 0,00013 милим., полупрозрачны, съ члениками различной длины и безъ утолщеній на концахъ. Вообще между ними и грибомъ, развивающимся при плѣснявкѣ у дѣтей (*oidium albicans*) Лазаревичъ не могъ констатировать никакой разницы.

Изъ животныхъ паразитовъ мы должны упомянуть о вибрионахъ и *trichomonas*.

Вибріоны одарены такою быстротою движенія, что они очень трудно поддаются изслѣдованію; длина ихъ равняется 0,003 милим.; двигаясь, они изгибаются то подковообразно, то въ видѣ латин-



скаго s; движения ихъ, какъ уже сказано, очень быстры и притомъ чрезвычайно разнообразны: они то вращаются вокругъ своей продольной оси, то двигаются зигзагомъ или винтообразно. Известно, что растительные паразиты, имѣющіе форму четонокъ, тоже двигаются, но совершаемыя ими движения гораздо однообразнѣе и притомъ медленнѣе тѣхъ, которые совершаютъ вибрионы.

Трихомоны (*Trichomonas vaginalis*) \*. Инфузоріи эти имѣютъ продолговатую, овальную или бисквитовидную форму и бываютъ длиною въ 0,008—0,018<sup>'''</sup>; одинъ конецъ ихъ снабженъ однимъ, двумя или даже иногда тремя жгутиками (*flagellum*), у основанія которыхъ замѣчаются одно или нѣсколько рѣсничекъ; другой конецъ ихъ переходитъ въ неподвижный, болѣе толстый придатокъ, длина котораго иногда равняется переречнику самого тѣла трихомоны. Ротовое отверстіе, которое допускаетъ *Donné*, отвергается *Köllker*'омъ и *Scanzoni*\*\* . Внутренность разсматриваемыхъ инфузорій мелкозерниста, безцвѣтна и не имѣетъ сокращающихся пузырьковъ (*contractile Räume*). Въ свѣжемъ состояніи въ нихъ не замѣчаются также и пустыхъ пространствъ (*Vacuolen*), которыя обнаруживаются только по прибавленіи воды. Двигаются трихомоны вправо и влево, или же останавливаясь, двигаютъ одними рѣсничками (*Hennig*). Самые энергическія движения замѣчаются въ нихъ при температурѣ крови; если понизить T° или прибавить воды, то движения ихъ ослабѣваютъ; при T° въ 15° R., уже часа черезъ два, они вовсе перестаютъ двигаться; при температурахъ еще болѣе низкихъ, движения ихъ теряются уже черезъ нѣсколько минутъ.

☞ Познакомившись съ натурою паразитовъ, встрѣчающихся въ рукавѣ, спрашивается теперь — каковы обусловливаемыя ими клиническія явленія или припадки? При развитіи грибовъ въ рукавѣ, а именно описаннаго нами выше *Leptothrix* или *Leptothrix vaginalis*, кромѣ явленій катарра, начиная со входа, на большемъ или меньшемъ пространствѣ задней стѣнки рукава, замѣчаются сѣроватые островки круглago очертанія, плотно прилегающіе къ слизистой оболочкѣ; нужно нѣкоторое насиліе, чтобы соскоблить ихъ. Что касается субъективныхъ ощущеній больныхъ, то относительно этого нельзя сказать ничего положительнаго. Въ однихъ случаяхъ больныя жалуются на чрезвычайно сильную боль и ощущение жженія въ рукавѣ; иногда припадки эти доходятъ до такой степени, что больныя совершенно лишаются сна. Таковъ между прочимъ былъ случай, который мы наблюдали вмѣстѣ съ проф. Красовскимъ у одной молодой женщины, беременной въ первый разъ около 6 мѣсяцевъ. Съ дру-

\* Относительно классификаціи трихом. въ зоологическомъ отношеніи *Diesing* говорить объ нихъ слѣдующее: *Helmintha*, Subclass. *Achæthelmintha*, Sect. I. *Achæthelmintha*, Ordo I. *Prothelmintha*, Subordo I. *Aprocta*, Tribus III. *Atricha* Familia II. *Monadineae*. Subfamilia II. *Cercomonadineae*: Species *Trichomonas*.

\*\* Ротовое отверстіе допускается также *Diesing*'омъ: os subobliquum, oris *Himbus effiliatus*.

гой же стороны, при развитіи въ рукавѣ паразитовъ того же самого семейства, какъ у беременныхъ, такъ и внѣ беременности, мы видѣли не мало случаевъ, гдѣ вышесказанныхъ przypadковъ вовсе не было. Мало того, при солромысозис мы наблюдали и то, что во время теченія болѣзни ощущеніе жара, а также зудъ и боль то исчезаютъ, то снова появляются. Вообще, резюмируя наши личные наблюденія, а также и другихъ, которые писали по этому предмету, можно прійти къ заключенію, что субъективные ощущенія больныхъ при солромысозис не имѣютъ ничего постояннаго и сами по себѣ не вызываютъ ни одного припадка или явленія, которое можно было бы назвать патогноминическимъ.

Изъ этого видно, что мы далеко расходимся въ мнѣніяхъ съ тѣми, которые придаютъ паразитамъ особенно важное патологическое значеніе. Патологическо-паразитарное ученіе, благодаря изслѣдованіямъ Hallier'a, въ послѣдніе пятнадцать лѣтъ надѣлало много шума, такъ-какъ, казалось, нѣтъ ничего проще, какъ ставить столь легко находимые паразиты въ прямое, причинное отношеніе къ даннымъ патологическимъ процессамъ: при такомъ-то болѣзненномъ состояніи находятъ тотъ или другой паразитъ: ergo, на паразитъ этотъ и должно смотрѣть, какъ на субстратъ этого патологическаго состоянія. Какъ ужъ сказано, мы не можемъ войти здѣсь въ подробности относительно этого вопроса. Замѣтимъ только, что противъ паразитаристовъ говорить нѣкоторыя обстоятельства, которыхъ нельзя опровергнуть, не смотря на всѣ натяжки, къ которымъ прибѣгаютъ въ этомъ случаѣ. Такъ, паразиты, которые будто бы, принадлежатъ исключительно извѣстнымъ процессамъ встрѣчаются однако при самыхъ разнообразныхъ болѣзненныхъ состояніяхъ. Возьмемъ хоть вибрионовъ. Maueghofer напр. приписываетъ имъ чрезвычайно важное значеніе, такъ-какъ считаетъ ихъ носителями (субстратомъ) тяжелыхъ родильныхъ процессовъ. На самомъ дѣлѣ это однако не совсѣмъ такъ, потому что эти же самые вибрионы находятъ напр. у множества беременныхъ и не беременныхъ женщинъ при болѣзненныхъ состояніяхъ самого невиннаго свойства, какъ напр. при катарральномъ воспаленіи маточной шейки, съ небольшими фоликулярными изъязвленіями на губахъ зѣва, небольшомъ кольпитѣ и пр. Какъ же сопоставить эти два факта? Какимъ образомъ одинъ и тотъ-же паразитъ въ одномъ случаѣ обуславливаетъ смертельный процессъ, а въ другомъ самое невинное заболѣваніе? Далѣе, извѣстно, что, когда Doppé открылъ *trichomonas vaginalis*, то какъ онъ самъ, такъ и многіе другіе вообразили, что открытіе это чрезвычайно важно въ томъ отношеніи, что поелику *Trichomonas*, по мнѣнію ихъ, исключительно свойственъ гоноройному секрету, то ужъ въ одномъ только дифференціально—діагностическомъ отношеніи констатированіе этого паразита имѣетъ чрезвычайно важное значеніе: напли *Trichomonas* — значитъ имѣемъ дѣло съ гонореей

и наоборотъ. Дальнѣйшія изысканія однако показали на сколько Doppé и его послѣдователи увлекались въ этомъ случаѣ. Положительныя изслѣдованія Scanzoni, Hennig'a, Лазаревича и др. доказали самымъ несомнѣннымъ образомъ, что *trichomonas* не находится ни въ какой особенной связи съ гоноройнымъ кольпитомъ и что его находятъ при кольпитахъ самого разнообразнаго свойства. Культура разсматриваемыхъ нами паразитовъ тоже служить доказательствомъ ихъ не-специфичности. Дифтеритъ, говорили, обусловливается особеннымъ паразитомъ, который назвали *Syndesmon diphteriticum* \*. Перенесите однако этого паразита на здоровую слизистую оболочку и результатъ будетъ отрицательный. Также самое должно, сказать и относительно большей части опытовъ, произведенныхъ по этому поводу *Haussmann* о мѣ: паразиты принимались только тамъ, гдѣ ихъ переносили на большую (resp. катарральную) поверхность, однимъ словомъ тамъ, гдѣ существовали условія, благоприятствующія развитію паразитовъ. Говоря вообще, условія эти сводятся къ обстоятельствамъ, которыя благоприятствуютъ процессу броженія, а именно для этого требуются: 1) достаточная степень влажности, 2) извѣстная  $T^{\circ}$  ( $0-60^{\circ}$ ) и въ 3) дѣйствіе азота. Проф. Лазаревичъ, разбирая ближе эти условія, пришелъ на этотъ счетъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

- 1) Слабокислая или нейтральная слизь, гноевидныя или ихорозныя отдѣленія, а также и послѣродовое очищеніе дурнаго запаха благоприятствуютъ развитію *трихомонъ*.
- 2) При такой же слизи могутъ развиваться и *трихомоны*, но преимущественно они появляются при изъязвленіяхъ влагалищной части матки, разрыхленіи ея и отдѣленіи гноевидной, гнѣистой слизи слабо-кислой или нейтральной реакціи.
- 3) Въ слизи значительно кислой реакціи, густой, молочно-бѣлаго цвѣта животныхъ паразитовъ или вовсе нѣтъ, или же онѣ развиваются въ очень небольшомъ количествѣ, растительныя же паразиты при этихъ условіяхъ развиваются очень хорошо.

Намъ остается еще коснуться одного вопроса, имѣющаго важное значеніе въ практическомъ отношеніи. Мы указали выше на условія, благоприятствующія развитію паразитовъ вообще; условія эти однако существуютъ весьма часто, и развитіе паразитовъ тѣмъ не менѣе констатируется относительно гораздо рѣже. Чѣмъ объяснить это обстоятельство? Тутъ не остается ничего болѣе принять, какъ прямой переносъ извнѣ. Констатированіе этого переноса въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень легко. Въ случаѣ проф. *Martin*'а *colpomycosis* развился потому, что мельникъ съ запачканными мукою пальцами возился въ половой щели своей любовницы.

\* Этотъ же самый грибокъ, которому приписывали такое важное патогеническое значеніе, находили въ крови людей, у которыхъ нельзя было констатировать и слѣдовъ дифтерита (*Virchow*).

Иногда однако паразиты развиваются при такой обстановкѣ, которая, по видимому, не даетъ ни малѣйшей возможности напасть на источникъ ихъ. Такъ, въ упомянутомъ выше случаѣ, гдѣ мы наблюдали colpomycosis вмѣстѣ съ проф. Крассовскимъ, дѣло шло о больной, жившей при самой выгодной гигиенической обстановкѣ. Долго мы искали и не могли остановиться ни на одномъ сколько нибудь вѣроятномъ источникѣ — откуда могли быть занесены паразиты, пока, наконецъ, больная не сообщила намъ, что она нѣсколько разъ умывала половыя части водою и затѣмъ посыпала ихъ рисовой пудрой (sic!!). Аналогія между нашимъ случаемъ и наблюдениемъ, приведеннымъ профессоромъ Martin'омъ, очевидна.

На основаніи нашего взгляда на развитіе паразитовъ, понятно, что при леченіи мы должны обращать главное вниманіе на тѣ анатомико-патологическія измѣненія, которыя обуславливаютъ то или другое разстройство рукава. Терапія поэтому ничѣмъ въ сущности не будетъ различаться отъ той, которую мы обыкновенно назначаемъ при кольпитахъ различныхъ формъ. Удовлетворивъ этимъ общимъ показаніемъ, для ускоренія леченія мы переходимъ къ употребленію тѣхъ средствъ, которыя слывуть за антипаразитарныя. Такъ-какъ мы ужъ выше указали на то, что паразиты развиваются преимущественно при усиленномъ отдѣленіи слизи кислой реакціи, то употребленіе углекислаго кали будетъ совершенно уместно. Средство это нейтрализуетъ реакцію слизи, разжижаетъ ее, а, можетъ быть, дѣйствуетъ благоприятно также потому, что щелочи, какъ доказалъ Hoffmann, замедляютъ и задерживаютъ броженіе, слѣдовательно и развитіе паразитовъ. Углекислое кали назначается въ душахъ, по  $\text{Zijj} - \text{Zjv}$  на два стакана воды. Такое же дѣйствіе оказываетъ хлористый кали. Отъ этого средства мы при colpomycosis наблюдали очень благоприятные результаты. Какъ антипаразитарное средство многіе выхваляютъ карболовую кислоту. Употребляютъ ее такимъ образомъ, что, очистивъ предварительно рукавъ, въ него вводятъ корпейный или ватный шарикъ, пропитанный растворомъ карболовой кислоты въ глицеринѣ ( $\text{Z\beta} - \text{Zjv}$ ); шарикъ оставляется въ рукавѣ часа 2—3. Листеровская школа особенно много содѣйствовала распространенію употребленія карболовой кислоты, какъ антипаразитарнаго средства. Дѣло однако едва ли такъ, потому что прямыя опыты доказали, что паразиты въ карболовой кислотѣ могутъ жить и притомъ довольно долго. Если-бы вышесказанныя средства не принесли желаемой пользы, то на вѣрный успѣхъ можно рассчитывать отъ употребленія полутора-хлористаго железа (2—3 чайныхъ ложекки на 2 стакана воды).

### Инородныя тѣла въ рукавѣ.

Инородныя тѣла попадаютъ въ рукавъ, будучи введены съ цѣлью врачебною, какъ напр. различнаго рода пессаріи, тампоны

и пр., или же больныя сами, вслѣдствіе мастурбаціи, а также психическихъ разстройствъ, вводятъ ихъ себѣ и не могутъ ихъ удалить, или наконецъ, съ инородными тѣлами въ рукавѣ врачъ имѣетъ дѣло въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больныя дѣлаются жертвами какого либо грубаго насилія. Вслѣдствіе столь разнообразныхъ причинъ и инородныя тѣла, встрѣчаемыя въ рукавѣ, бываютъ весьма различны. Начиная съ пессаріевъ различнаго рода, въ рукавѣ находили какъ небольшія инородныя тѣла такъ и такія, которыя поражали значительностью своихъ размѣровъ, какъ напр. помадные банки (Druygtren), большіе стаканы (Hublauer), циркули (Sonné) и пр. Чаще всего приходилось удалять пессаріи, пробывшіе въ рукавѣ по нѣскольку лѣтъ; изъ предметовъ, вводимыхъ самими больными, особенно часто встрѣчали игольники.

Прежніе гинекологи, какъ особенныя *curiosa*, описывали камни въ рукавѣ. Эти пресловутые камни ничто иное, какъ отложеніе известковыхъ солей вокругъ инородныхъ тѣлъ самаго различнаго свойства: пуговики, игольники и пр. Инкрустаціи эти часто достигаютъ весьма значительной степени. Въ случаѣ *Brunnpatelli* камень вѣсилъ около 2 унцій и образовался вслѣдствіе инкрустацій, отложившихся вожругъ куринной косточки, которую больная сама ввела себѣ въ рукавѣ. Впрочемъ, мы должны упомянуть о томъ, что въ рѣдкихъ случаяхъ въ рукавѣ находятъ настоящіе мочевые камни совмѣстно съ камнями въ мочевомъ пузырьѣ. Но при этомъ всегда имѣютъ дѣло съ пузырно-влагалищнымъ свищемъ.

Смотря по величинѣ, формѣ инородныхъ тѣлъ, а также и времени, которое они пробыли въ рукавѣ, они производятъ въ немъ различныя измѣненія. Поэтому какъ послѣдствія пребыванія инородныхъ тѣлъ въ рукавѣ описываются какъ простыя кольпиты, такъ и обширныя прободѣнія стѣнокъ рукава, причемъ образуются свищи пузырно-влагалищные и влагалищно-кишечные. Нерѣдко, если дѣло не доходитъ даже до перфорации, инородныя тѣла до такой степени врѣзаются въ ткань рукавныхъ стѣнокъ, что нужно значительное усиліе, чтобы сдвинуть ихъ съ мѣста. Нужно впрочемъ замѣтить, что бываетъ и такъ, что женщины иногда безъ особенныхъ страданій переносятъ весьма продолжительное пребываніе инородныхъ тѣлъ въ рукавѣ и притомъ весьма значительныхъ размѣровъ. Такъ, мы сами имѣли возможность наблюдать въ Вѣнской клиникѣ больную, которая въ теченіе 4-хъ лѣтъ носила въ рукавѣ длинный шелковый чулокъ, который былъ введенъ ей въ рукавѣ по поводу маточнаго кровоточенія. Больная эта стала страдать только въ послѣдніе мѣсяцы. Съ другой же стороны, инородныя тѣла небольшихъ размѣровъ вызываютъ иногда сильный кольпитъ, чрезвычайную болѣзненность, нервные припадки и проч. Такъ, *Vlaschke* описываетъ очень тяжелые припадки, обусловливавшіеся введеннымъ въ рукавѣ хлѣбнымъ колосомъ, лежавшимъ у влагалищной части матки. Нѣсколько времени тому назадъ мы имѣли дѣло съ боль-

ною, которая, онанируя, оставила въ рукавѣ каучуковый крючекъ отъ клизопомпа. Нѣсколько дней она никому ничего не говорила объ этомъ, но когда появились сильныя боли внизу живота, dysuria и подъ конецъ обмороки, она должна была сознаться въ причинѣ всѣхъ этихъ припадковъ.

Имѣя дѣло съ инородными тѣлами въ рукавѣ, нужно прежде всего опредѣлить ихъ свойство и размѣры. Приступая къ удаленію ихъ, инородныя тѣла нужно привести въ такое положеніе, чтобы они своими шероховатостями не могли поранить рукавныхъ стѣнокъ. Такъ-какъ часто они глубоко вросаются въ ткани, то удаленіе ихъ пальцами и щипкомъ невозможно. Въ такихъ случаяхъ приходится ломать ихъ помощью крѣпкихъ корнцанговъ или же полипныхъ щипцовъ и извлекать ихъ по частямъ. Удаленіе подобнымъ образомъ инородныхъ тѣлъ никогда не обходится безъ болѣе или менѣе значительныхъ травматизмовъ; поэтому, по извлеченіи ихъ, назначаемъ покойное положеніе въ постели и успокаивающіе тепловатыя души, къ которымъ прибавляютъ опій, или же тепловатыя поясныя ванны и проч.

Въ настоящемъ учебномъ году мнѣ пришлось удалить въ клиникѣ у одной старушки цванковскій гисторофоръ, введенный ей проф. Крассовскимъ и пролежавшій въ рукавѣ около десяти лѣтъ. Гисторофоръ такъ врѣзался въ стѣнки рукава, что его нельзя было распатать ни пальцами, ни самыми крѣпкими полипными щипцами. При этомъ бросалось въ глаза одно обстоятельство, на которое, какъ намъ кажется, до сихъ поръ обращали очень мало вниманія. Не смотря на глубокой возрастъ больной (подъ 70 лѣтъ), слизистая обочка рукава представляла очень высокую степень гипертрофіи. Этому обстоятельству нельзя не приписать, съ одной стороны, затрудненій въ удаленіи инороднаго тѣла, а съ другой—отсутствіе прободенія стѣнокъ рукава, за исключеніемъ одного очень ограниченнаго мѣста на задней стѣнкѣ (*fistula recto-vaginalis*). Инородныя тѣло въ нашемъ случаѣ послѣ долгихъ усилій удалось, наконецъ, сломать въ двухъ мѣстахъ и затѣмъ удалить каждый кусокъ отдѣльно. Пессарій оказался состоящимъ изъ крѣпкаго буковаго дерева, винтъ былъ потерянь и металлическій стержень крѣпко вросъ въ заднюю стѣнку.

## ГЛАВА XV.

### Выпаденіе стѣннѣо рукава и рукавныя грыжи.

#### 1. Выпаденіе стѣннѣо рукава.

Библиографія: Schacher, Dissertatio de prolapsu vaginae uter. Lipsiae, 1725.—M-me Boivin et Dugès, Op. cit., T. II, p. 595.—Rayer, maladies chirurgic., T. X. p. 466.—Rondet, sur le traitement de la chute du vagin et de la matrice. Paris, 1823.—Malgaigne, Journ. de chir., 1843, Nov., p. 303.—Rosser, ein Bruchband für vordere Scheiden und Gebärmuttervorfälle. Arch. f. phys. Heilkunde, Bd. X, p. 80.—Golding Bird, Prolapsus of the anterior Wall of the vagina. Med. Times and Gaz., 1853, Jan.—Ed. Martin, Zur Pathologie u. Therapie der Gebärmutter—u. Scheidenvorfälle. Monatschr. f. Geburtsk., Bd. 28, Hft. 3.—Savoie, Illustrations of the migery of the femals pilvic. organs. London, 1868.—Hüstel, Anatomie u. operative Behandlung der Gebärmutter—u. Scheidenvorfälle. Freiburg, 1873.—Simon, Prager Vierteljahrschr., 1876, Bd. 3, p. 112.—Winckel, Pathol. der weiblich. Sexualorg. in Lichtdruckabbildung, Leipzig, 1880, p. 221. Такъ какъ литература разсматриваемаго вопроса тѣсно связана съ литературой смѣщенія матки внизъ (deseens. uteri), то она болѣе подробно будетъ приведена въ главѣ о выпаденіи матки.

Выше, приводя нѣкоторыя замѣчанія относительно анатомическихъ условій рукава, мы ужъ указали на то, что онъ находится въ тѣсной связи спереди съ мочевымъ пузыремъ, сзади съ прямой кишкой, а вверху съ маткой. Очевидно, что нарушеніе нормальнаго положенія какого-либо одного изъ этихъ органовъ, должно повлечь за собою и нарушеніе нормальныхъ условій въ положеніи рукава, т. е. произойдетъ смѣщеніе его. Въ нормальности положенія рукава, слѣдов., играютъ существенную роль извѣстныя анатомическія условія со стороны сосѣднихъ съ нимъ органовъ. Этимъ объясняется то, что нѣкоторые патологи, какъ напр. Savage, утверждаютъ, что смѣщеніе стѣннѣо рукава, независимо отъ измѣненій въ положеніи сосѣднихъ органовъ, съ точки зрѣнія анатомической, совершенно невозможно. Въ такомъ же смыслѣ высказывается и Klob \*. На дѣлѣ однако выходитъ не такъ. Правда, большинство смѣщеній стѣннѣо рукава наблюдается въ связи и прямой зависимости со смѣщеніемъ сосѣднихъ органовъ, т. е. матки, пузыря, прямой и тонкихъ ки-

\* Op. cit., p. 421.

шекъ, тѣмъ не менѣе всякому гинекологу приходилось наблюдать опущеніе и выпаденіе стѣнокъ рукава и совершенно независимо отъ этого. Поэтому-то мы и различаемъ двоякаго рода опущеніе и выпаденіе рукавныхъ стѣнокъ: самостоятельное и то, которое осложняетъ смѣщеніе сосѣднихъ органовъ. Мы рассмотримъ здѣсь только первую категорію, такъ-какъ о вторичномъ смѣщеніи рукавныхъ стѣнокъ придется говорить впоследствии, въ связи съ другими патологическими формами.

Если тонусъ слизистой оболочки рукава и подлежащихъ тканей, вслѣдствіе какой-либо причины, ослабѣлъ въ болѣе или менѣе значительной степени, то одна или обѣ стѣнки рукава сначала начинаютъ болѣе нормальнаго вдаваться въ просвѣтъ канала, происходитъ опущеніе той или другой стѣнки. Если это продолжалось извѣстное время, то опущенная стѣнка, не встрѣчая препятствія со стороны ослабленнаго также сфинктера рукава, начинаетъ показываться въ большей или меньшей степени во входѣ, образуется выпаденіе. Изъ этихъ немногихъ словъ понятно, что между опущеніемъ и выпаденіемъ рукавныхъ стѣнокъ существуетъ только количественная разница.

Такъ-какъ опущеніе и выпаденіе стѣнокъ рукава развиваются исподволь, то больныя въ началѣ вовсе не замѣчаютъ ихъ и начинаютъ жаловаться только впоследствии. Припадки поэтому въ началѣ очень неопредѣленны и начинаютъ болѣе рѣзко выступать лишь тогда, когда наступаетъ смѣщеніе сосѣднихъ органовъ. Первое, на что жалуются подобныя больныя, это какое-то ощущеніе неловкости въ тазу, ватѣмъ какъ-бы тяжести, которое увеличивается на ходу, или же когда больныя по долгу стоять. По прошествіи нѣкотораго времени, онѣ начинаютъ замѣчать, что при всякомъ физическомъ напряженіи изъ половой расщелины что-то выпадаетъ. И такъ, кромѣ этихъ немногихъ припадковъ, прямо обуславливаемыхъ выпаденіемъ стѣнокъ рукава, всѣ другіе замѣчаемые при этомъ припадки обуславливаются другими патологическими состояніями, а именно—опущеніемъ задней стѣнки пузыря (cystocele) и передней стѣнки прямой кишки (rectocele), которыя будутъ изложены ниже. Впрочемъ, мы наблюдали не мало такихъ случаевъ, въ которыхъ выпаденіе той или другой стѣнки рукава само по себѣ, помимо осложненія со стороны сосѣднихъ органовъ, вызывало очень непріятныя, а иногда довольно мучительныя явленія. Случаи эти тѣмъ болѣе поучительны, что нѣкоторые изъ нихъ относились къ такимъ субъектамъ, которые давно вступили въ климактерическій возрастъ и матка находилась въ состояніи старческой атрофіи. Слѣдовательно, мы имѣли здѣсь дѣло съ самостоятельнымъ выпаденіемъ стѣнокъ рукава. Тѣмъ не менѣе однако явленія со стороны пузыря и прямой кишки отступали на задній планъ и больныя жаловались только на столь непріятное ощущеніе какъ бы выпиранія чего то изъ таза, что малѣйшее движеніе становилось для нихъ весьма мучительнымъ. Я долженъ прибавить къ этому, что обшир-



ность выпаденія не имѣетъ въ этихъ случаяхъ особеннаго значенія. По отношенію къ этому послѣднему обстоятельству наблюдаемые случаи могутъ быть весьма различны. Представляющаяся въ половой расщелинѣ часть выпадающей стѣнки, начиная съ куриного яйца, можетъ достигать очень значительной величины.

И з л ѣ д у я подобныхъ больныхъ, мы найдемъ слѣдующее. Если дѣло идетъ только объ опущеніи одной или обѣихъ стѣнокъ, то, при введеніи пальца въ рукавъ, насъ поражаетъ гладкость этого канала и затѣмъ то, что слизистая оболочка какъ бы отстаетъ на большемъ или меньшемъ пространствѣ отъ подлежащихъ тканей. Если мы имѣемъ дѣло съ значительнымъ опущеніемъ передней стѣнки, то палецъ, находящійся въ рукавѣ, если больная при этомъ кашляетъ, получаетъ ощущение какъ будто бы онъ касался шара (бомбированіе передней стѣнки). Если же дѣло дошло до выпаденія одной или обѣихъ стѣнокъ, то при осмотрѣ наружныхъ половыхъ частей замѣчается, что изъ зияющаго входа торчитъ наружу опухоль (одна или двѣ, смотря потому—выпадаетъ ли одна или обѣ стѣнки) различной величины. Свойства этой опухоли будутъ различны, смотря по продолжительности страданія. Если мы имѣемъ дѣло со свѣжимъ случаемъ, то выпавшая стѣнка представляется почти нормальнаго цвѣта, только складки на ней сглажены въ большей или меньшей степени. Если же выпаденіе продолжается болѣе долгое время, то цвѣтъ выпавшей стѣнки измѣняется въ болѣе темный и мы находимъ на ней различныя анатомико-патологическія измѣненія, начиная отъ простыхъ ссадинъ до глубокихъ изъязвленій. Въ застарѣлыхъ случаяхъ мы нерѣдко находили выпавшія стѣнки въ значительной степени оплотнѣвшими, пергаментовидными и бѣлесоватыми.

На основаніи вышесказаннаго распознаваніе не должно представлять никакихъ затрудненій. Хотя субъективные явленія, обуславливаемые выпаденіемъ рукавныхъ стѣнокъ, представляютъ много общаго съ припадками выпаденія матки, но смѣшать эти два патологическихъ состоянія нѣтъ никакой возможности, принявъ въ соображеніе извѣстныя анатомическія данныя. Для того, чтобы убѣдиться въ степени выпаденія стѣнокъ, мы заставляемъ больную сдѣлать какое-либо усиліе, напр. кашлянуть нѣсколько разъ. При этомъ пролябированная стѣнка выпячивается до послѣдней возможности. Нерѣдко намъ приходилось видѣть, что смѣшиваютъ простую гиперплазію стѣнокъ рукава во время беременности со смѣщеніемъ ихъ. Ошибки этой очень легко избѣгнуть тщательнымъ изслѣдованіемъ. При гиперплазіи стѣнка рукава не только не представляется истонченною, но, наоборотъ, она въ высшей степени сочна и бархатиста на ощупь.

Этіологія. Мы уже выше указали на то, что чаще всего выпаденіе стѣнокъ рукава осложняется выпаденіемъ матки; тѣмъ не менѣе однако встрѣчаются случаи и совершенно самостоятельнаго выпаденія рукава. Что касается того, какъ часто встрѣчаются случаи самостоятельнаго выпаденія стѣнокъ, то всѣ говорятъ

только вообще, что они рѣдки, не приводя, къ сожалѣнію, никакихъ числовыхъ данныхъ. На основаніи нашего госпитальнаго матеріала, я не могу сказать, чтобы это было ужь очень рѣдко: на 2,114 случаевъ самыхъ разнообразныхъ заболѣваній половой сѣры мы насчитываемъ 21 случай выпаденія стѣнокъ рукава. Относительно того — какая стѣнка чаще выпадаетъ — мнѣнія авторовъ также расходятся между собою. Такъ напр. Thomas увѣряетъ, что выпаденіе задней стѣнки несравненно чаще передней; мы же, наоборотъ, наблюдали несравненно чаще выпаденія передней стѣнки: на наши 21 случай приходится 18 выпаденій передней и только 3 задней стѣнки. Scanzoni пришелъ къ такимъ же результатамъ. Выпаденіе же обѣихъ стѣнокъ, какъ самостоятельную патологическую форму, мы не наблюдали ни разу. Изъ всѣхъ причинъ, располагающихъ или же вызывающихъ выпаденіе рукавныхъ стѣнокъ, самая частая и важная — родовая актъ. Случаи выпаденія рукавныхъ стѣнокъ у молодыхъ субъектовъ и притомъ не рожавшихъ принадлежатъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. Два случая, цитированные у Thomas'a, можно считать единственными (unicum) въ своемъ родѣ. Одинъ изъ нихъ принадлежитъ A. Cooper'у; дѣло шло о 17-лѣтней дѣвушкѣ, принятой въ госпиталь по поводу выпаденія матки; при ближайшемъ же изслѣдованіи оказалось, что матка не смѣщена, а дѣло шло только о выпаденіи рукавной стѣнки. Въ другомъ случаѣ, упоминаемомъ Meigs'омъ, имѣли дѣло съ выпаденіемъ стѣнки рукава у 6-ти мѣсячной дѣвочки, у которой оно появилось вслѣдствіе судорожныхъ приступовъ. Родовой актъ не самъ по себѣ обуславливаетъ выпаденіе стѣнокъ рукава. Во время беременности, какъ извѣстно, рукавъ принимаетъ дѣятельное участіе въ тѣхъ физиологическихъ измѣненіяхъ, которыя происходятъ въ маткѣ; онъ становится болѣе сочнымъ, и гистологическіе элементы его гиперплазируются въ большей или меньшей степени. Теперь, если во время родовъ онъ чрезмѣрно растягивается проходящимъ черезъ него плодомъ и въ иныхъ мѣстахъ сильно прижимается подлежащею частью, — то этимъ самымъ даны условія для того, чтобы обратное развитіе его въ родильномъ состояніи совершалось плохо и такимъ образомъ кладется основаніе тому, что при неблагоприятныхъ обстоятельствахъ стѣнки его будутъ выпадать. Къ такимъ обстоятельствамъ должно отнести: усиленную дѣятельность брюшныхъ мышцъ, сильный кашель и пр. Во встрѣтившихся намъ случаяхъ выпаденія стѣнокъ рукава, какъ этиологическій моментъ, не мало важную роль играла атрофія рукавныхъ стѣнокъ, какъ мы ее нерѣдко встрѣчали у старухъ. Это должно считать причиною того, что мы иногда встрѣчаемъ выпаденіе рукава у субъектовъ, давно покончившихъ съ половомъ дѣятельностью и у которыхъ обыкновенно констатируемъ атрофію матки.

Предсказаніе при выпаденіи рукава, вообще говоря, благоприятно, такъ какъ оно не угрожаетъ никакой опасностью для жизни больной; особенно оно благоприятно, если мы имѣемъ дѣло со свѣжими случаями. Значеніе собственно выпаденія рукава

имѣетъ только въ томъ отношеніи, что въ дальнѣйшемъ теченіи своемъ оно обусловливаетъ выпаденіе матки и рукавныя грыжи. Выпаденіе обѣихъ стѣнокъ разомъ, само собою понятно, дѣлаетъ предсказаніе болѣе неблагоприятнымъ, чѣмъ если мы имѣемъ дѣло съ выпаденіемъ одной только стѣнки. Въ послѣднемъ отношеніи мы предпочитаемъ выпаденіе передней стѣнки, такъ какъ оно рѣдко достигаетъ такой значительной степени, какъ выпаденіе задней стѣнки и, кромѣ того, ее легче фиксировать тѣмъ или другимъ снарядомъ къ задней поверхности лоннаго соединенія.

Леченіе. Если мы имѣемъ дѣло со свѣжимъ случаемъ выпаденія рукава, то назначаемъ абсолютный покой, причеиъ совѣтуемъ больной воздерживаться отъ всякаго напряженія. Второе показаніе будетъ состоять въ возбужденіи тонуса (сократительности) рукава и съ этою цѣлью мы назначаемъ вяжущія въ тѣхъ формахъ, какъ сказано при леченіи хроническаго катарра рукава. Настойчивое употребленіе этихъ средствъ нерѣдко даетъ благоприятные результаты; но если случай застарѣлый, то эта терапия не приведетъ къ желаемой цѣли: здѣсь ириходится прибѣгнуть къ механическимъ средствамъ съ цѣлью удерживать in loco выпадающія стѣнки. Давши больной горизонтальное положеніе съ возвышеннымъ тазомъ, мы помощью указательнаго или же указательнаго и средняго пальцевъ вправляемъ выпавшую стѣнку, нажимая на нее снизу, вверхъ; по вправленіи ея, мы удерживаемъ ее тѣмъ, что прижимаемъ ее помощью различныхъ снарядовъ къ той или другой стѣнкѣ таза. Съ этою цѣлью употребляются различнаго рода пессаріи, которые будутъ описаны въ главѣ о выпаденіи матки. Пока замѣтимъ здѣсь, что изъ всѣхъ пессаріевъ самыя цѣлесообразныя въ этомъ случаѣ тѣ, которые прижимаютъ болѣе или менѣе значительную поверхность выпавшей стѣнки. Кольцо слѣдовательно, какъ напр. пессаріи *Hodgea*, здѣсь не годятся; зато можетъ быть очень полезенъ пессарій *Zwank'a*, съ тою модификаціею, что створки его должны имѣть большую проекцію, т. е. они должны расходиться на столько чтобы ихъ можно было фиксировать въ прямомъ или косомъ размѣрѣ таза. Мы поступаемъ обыкновенно такимъ образомъ, что сначала стараемся удерживать выпавшую стѣнку помощью надлежащимъ образомъ прирѣзанной губки, укрѣпленной на тесемкѣ и смачиваемой тѣмъ или другимъ вяжущимъ. Губка оставляется въ рукавѣ часовъ 6—8: она имѣетъ тѣ выгоды, что не прижимаетъ чрезмѣрно ткани и кромѣ того легко научить больную самой вводить ее себѣ. Только тамъ, гдѣ губка оказывается недостаточною, мы прибѣгаемъ къ пессарію.

Что касается хирургическихъ способовъ леченія выпаденія рукава, то объ нихъ подробно будетъ сказано, когда будемъ говорить о хирургическомъ леченіи выпаденія матки.

## 2. Грыжи рукава.

Библиографія: О рукавныхъ грыжахъ не находимъ почти никакого

намека у древнихъ авторовъ. Начиная только со 2-й половины 18 стол., заговорилъ о нихъ въ первые Garengoet. Послѣ него этимъ вопросомъ занялись въ особенности Verdier, Le Blanc, Stark, Sandifort, Smellie, Cloquet, A. Cooper и др.

Garengoet, Mém. de l'acad. de chirurgie 1753, T. II.—Verdier, ibid.—Stark, Neues Archiv f. die Geburtsk., Bd. I, p. 88.—Sandifort, Observat. anatom.-pathol. Lugd. Batav. 1777, L. I. cap. 4, p. 65.—Smellie, Observat. in Midwifery, vol. II, p. 148.—M-me Rondet, Mémoire sur le cystocèle vaginale, Paris, 1835.—Léon Coze, These du rectocèle vaginale. Strasbourg, 1842.—Malgaigne, Journ. de chir., 1843, Nov. p. 353.—Forget, sur le cystocèle vagin. Bulet. de Thé., 1844, Janv.—Kiwisch, klin. Vorträge, Bd. II, p. 397.—Chiari, Braun u. Späth. Klin. der Geburtsh. и Gynaecol., p. 384.—C. Braun, die Einklemmung der Hernia ovario-vagin. Wien. Med. Wochenschr. 1859, № 48, 49, 51.—Klob, Op. cit., p. 421. См. также литературу выпадения матки.

Изъ анатомическаго описанія рукава мы знаемъ, что каналъ этотъ находится въ весьма тѣсной связи съ сосѣдными органами, а именно спереди съ пузыремъ, сзади съ прямой кишкой, а сверху (со стороны свода) съ тонкими кишками. Если, вслѣдствіе какой-либо причины, связь эта нарушена, то должно произойти смѣщеніе сказанныхъ органовъ по длиннику рукава и смѣщенные органы будутъ образовывать грыжи, которыя вдаются въ просвѣтъ рукава, или же выходятъ изъ него наружу.

а) *Cystocele*. Нарушеніе связи между передней стѣнкой рукава и пузыремъ повлечетъ за собою смѣщеніе той части пузыря, которая непосредственно прилежитъ къ передней стѣнкѣ и произойдетъ то, что задняя стѣнка пузыря образуетъ углубленіе, какъ бы отдѣльную полость (*diverticulum*), которая будетъ вдаваться въ рукавъ (*cystocele*). Всякое сколько нибудь значительное выпаденіе передней стѣнки должно современемъ непременно повлечь за собою это патологическое состояніе со стороны пузыря: въ этихъ случаяхъ, слѣдовательно, *cystocele* будетъ вторичное, послѣдовательное болѣзненное состояніе. Но можетъ случиться и такъ, что *cystocele* будетъ первоначальнымъ болѣзненнымъ состояніемъ, а выпаденіе передней стѣнки рукава послѣдовательнымъ. Это будетъ имѣть мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, вслѣдствіе какого либо препятствія въ выдѣленіи мочи въ области шейки пузыря, накапливающаяся въ значительномъ количествѣ моча будетъ давить на заднюю стѣнку и современемъ образуетъ упомянутый выше *diverticulum*, который, въ свою очередь, по прошествіи болѣе или менѣе значительнаго времени, смѣститъ переднюю стѣнку рукава. Какъ въ томъ такъ и въ другомъ случаѣ *cystocele* составляетъ тяжелое страданіе, такъ-какъ обусловливаемые имъ припадки часто весьма мучительны. Всѣ они сводятся къ разстройству въ выдѣленіи мочи. Сначала, когда болѣзнь не достигла еще значительной степени, больныя чувствуютъ частый позывъ къ мочеиспусканію; такъ какъ онѣ ощущаютъ тяжесть въ сторонѣ пузыря, то онѣ стараются отдѣлаться отъ нея, опорожнивъ какъ можно болѣе пузырь, вслѣдствіе чего онѣ жиятся, но все напрасно, такъ какъ моча, накопившаяся въ образовавшемся *diverticulum*, не испражняется вслѣдствіе по-

тери сократительности въ этой части пузыря. Нѣкоторыя больныя, дѣлая напрасныя усилія для испражненія мочи, мочась, принимаютъ различные положенія, чаще всего на четверинкахъ — à la vache. Другія опять стараются, вводя палецъ въ рукавъ, отдавить во время мочеиспусканія выпавшую часть пузыря вверхъ. По прошествіи нѣкотораго времени (т. е. съ дальнѣйшимъ развитіемъ *cystocele*), къ учащенному позыву присоединяется болѣе или менѣе сильная болѣзненность при мочеиспусканіи (*dysuria*): при каждомъ испражненіи мочи больныя чувствуютъ боль по протяженію или всего мочеиспускательнаго канала, или же чаще всего *in meatu urin. externo*. Нерѣдко дѣло доходитъ до воспаленія пузыря и уретры и моча, проходя по воспаленнымъ частямъ, вызываетъ чрезвычайно сильную боль. Какъ циститъ, такъ и воспаление мочеиспускательнаго канала могутъ быть вызваны химическими измѣненіями, происходящими въ мочѣ: она въ подобныхъ случаяхъ бываетъ сильно зловонная и даетъ обильный осадокъ, содержащій слизь, мочевую кислоту и мочевокислыя соли (мочевокислый амміакъ и пр.).

Что касается способа происхожденія *cystocele*, то она развивается обыкновенно исподволь, но иногда также она образуется вдругъ. Такъ *Chaussier* приводитъ случай, въ которомъ *cystocele* образовалась у дѣвушки вслѣдствіе сильнаго натуживанія *sub defaecatione*. Иногда также *cystocele* развивается очень скоро послѣ паденія (*de Haen*).

Распознаваніе *cystocele* не представляетъ никакихъ затрудненій: если *diverticulum*, образуемое пузыремъ, сколько нибудь значительно, то при изслѣдованіи мы найдемъ, что на большемъ или меньшемъ разстояніи отъ входа въ рукавъ, на передней стѣнкѣ его, помѣщается кругловатая опухоль, въ которой ясно слышится зыбленіе. Для того, чтобы убѣдиться въ связи этой опухоли съ пузыремъ, стоитъ ввести катетеръ и, по мѣрѣ опорожненія пузыря, мы замѣтимъ, что опухоль эта постепенно уменьшается и, наконецъ, совершенно исчезаетъ. Если *cystocele* достигаетъ своего *maximum*, то, смотря по степени переполненія пузыря, она выдается изъ половой расщелины въ видѣ значительной опухоли. И здѣсь катетеризмъ (кривымъ катетеромъ) докажетъ, что опухоль эта образуется пролябированною заднею стѣнкою мочевого пузыря.

б) Тѣже самыя условія, которыя вызываютъ *cystocele*, дѣйствуя на заднюю стѣнку рукава, становятся причиною выпячиванія впередъ передней стѣнки прямой кишки, вслѣдствіе чего образуется полость, вдающаяся въ просвѣтъ рукава, т. н. *rectocele* или же *hernia recto-vaginalis*. Здѣсь припадки будутъ главнымъ образомъ сосредоточены на затрудненіи въ дефекаціи. Каловыя массы, скопляясь въ мѣшкѣ, образуемомъ переднею стѣнкою прямой кишки, затвердѣваютъ и въ большей или меньшей степени раздражаютъ слизистую оболочку кишки. Поэтому у больныхъ замѣчаются запоры, смѣняющіеся отъ времени до времени поно-

сомъ, сопровождающимся болѣзненными схватками (тенезмы). Такъ-какъ при этомъ дѣло не можетъ обойтись безъ значительнаго разстройства кровообращенія въ прямой кишкѣ, то къ вышеказаннымъ припадкамъ присоединяется расширение венъ (varices) прямой кишки со всѣми сопровождающими ихъ клиническими явленіями (т. н. геморой). Не смотря на то, что сказанные припадки могутъ иногда достигнуть значительной степени, однако, вообще говоря, rectocele никогда не бываетъ такъ мучительна для больныхъ, какъ cystocele. Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ прямая кишка образуетъ такой большой diverticulum, что опухоль выдается изъ половой расщелины.

Распознаваніе основывается существенно на томъ, что пальцемъ, введеннымъ in rectum, константируютъ связь съ нимъ опухоли, прощупываемой на задней стѣнкѣ рукава. Иногда rectocele, надавливая на промежность, выпячиваетъ ее впередъ и на первый взглядъ можно смѣшать ее съ грыжею или абсцессомъ промежности. Тщательное изслѣдованіе однако per rectum рѣшаетъ діагностику.

с) Enterocele. Тонкія кишки большею или меньшею петлей могутъ опускаться по задней стѣнкѣ матки въ такъ-назыв. дугласово пространство. Если при этомъ сводъ рукава ослабѣлъ (сдѣлался вялымъ), вслѣдствіе какой-нибудь причины, то кишки, надавливая на него, выпячиваютъ его впередъ, инвертируютъ его, такъ что онѣ опускаются по длиннику рукава и образуютъ опухоль, которая можетъ опуститься до входа въ рукавъ и даже торчать между дѣтородными губами. Эта кишечнo-рукaвнaя грыжа представляется въ видѣ овальной или грушевидной опухоли, въ которой замѣчаются всѣ явленія кишечныхъ грыжъ, т. е. онѣ не болѣзненны на ошупь и даютъ характерное ощущеніе кишечныхъ петель. Enterocele vaginalis принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ въ практикѣ и, вообще говоря, причиняетъ гораздо менѣе страданія больнымъ, чѣмъ два вышеупомянутыхъ вида рукавныхъ грыжъ. Только въ исключительныхъ случаяхъ больныя жалуются на нѣкоторые припадки со стороны кишечнаго канала, а именно запоры, метеоризмъ, колики и пр. Одно, чего можно бы опасаться при enterocele vagin., это—ущемленія грыжи sub partu. Но были-ли наблюдаемы подобные случаи—мнѣ неизвѣстно, такъ-какъ въ доступной мнѣ литературѣ я не могъ отыскать ни одного относящагося сюда случая. Denham\* только упоминаетъ о случаѣ, приводимомъ MacLaurin\* въ которомъ рукавная грыжа ущемилась и окончилась смертию. Но это произошло помимо родовъ. Въ заключеніе мы считаемъ нужнымъ упомянуть о томъ, что въ этиологическомъ отношеніи по поводу enterocele vaginalis Kiwisch важными этиологическими моментами считаетъ чрезмѣрно широкій тазъ съ малою степенью наклоненія его и слишкомъ объемистое Spat. Dougl.

\* См. I. Burnes, Principles of Midw. p. 121.

Углубленіе же дугласова пространства можетъ обусловливаться различными причинами, какъ напр. скопленіями въ немъ различныхъ жидкостей (кровь и гной), опухолями и т. д. С. Braun подъ именемъ hernia ovarico-vagin. описалъ случаи смѣщенія опухолей яичника въ задній сводъ рукава, причемъ это обстоятельство служило очень серьезнымъ препятствіемъ для родоваго акта. Rokitansky \* наблюдалъ въ высшей степени интересный случай разрыва задняго свода рукава вслѣдствіе enterocele.

Наконецъ, намъ остается упомянуть еще о томъ, что содержимое рукавной грыжи можетъ составлять жидкость (Hydrocolpocoele). Этого рода грыжи (если ихъ только можно назвать такъ) обусловливаются опусканіемъ жидкости при ascites, причемъ она выпячивается впередъ совершенно такимъ же образомъ, какъ при enterocele. Иногда выпятившаяся стѣнка помѣщается въ половой расщелинѣ. Нѣсколько подобныхъ случаевъ приводитъ Meissner \*\*. Въ одномъ случаѣ Kiwisch имѣлъ дѣло съ подобною грыжей, которая исчезла послѣ прокола живота.

Леченіе разсмотрѣнныхъ нами рукавныхъ грыжъ такъ тѣсно примыкаетъ къ леченію выпаденія рукавнымъ стѣночекъ, что считаемъ совершенно излишнимъ снова повторить здѣсь то, что сказано уже выше. Замѣтимъ здѣсь только, что при вправленіи cystocoele vagin. очень значительныя затрудненія могутъ встрѣтиться со стороны опорожненія пузыря. Еслибы мы не могли достигнуть желаемого результата обыкновеннымъ женскимъ катетеромъ, то нужно прибѣгнуть въ такихъ случаяхъ къ мужскому катетеру и во время самаго катетеризма можно стараться поднять вверхъ пролабированную переднюю стѣнку рукава и вмѣстѣ съ нею выпавшую стѣнку пузыря. Когда вправление удалось, въ рукавъ вводятъ одинъ изъ тѣхъ механическихъ снарядовъ, которые описаны будутъ ниже при выпаденіи матки. Въ Америкѣ при выпаденіяхъ рукавныхъ стѣночекъ (а слѣдовательно и при рукавныхъ грыжахъ) часто прибѣгаютъ къ особеннаго рода поясамъ, снабженнымъ пелотомъ, прикладываемымъ къ половой расщелинѣ и укрѣпленнымъ на животѣ. Таковы пояса (abdominal supporter) Brown'a и др.

\* Klob, op. cit. p. 423.

\*\* Op. cit., p. 397.

## ГЛАВА XVI.

### Свищи половой сферы.

Если вслѣдствіе какой-либо причины происходитъ нарушеніе цѣлости ткани на протяженіи полового канала и въ близлежащихъ органахъ, то образуется сообщеніе между ними, происходятъ свищи. Свищи, слѣдовательно, будутъ различны, смотря по тому — между какими органами произошло сообщеніе. Вообще говоря, мы различаемъ свищи мочевые (*fistulae urinariae*), кишечныя (*fistulae stercorales*) и простые рукавные свищи.

Мы въ особенностяхъ займемся здѣсь мочевыми свищами, такъ какъ они имѣютъ очень важное практическое значеніе.

Историческія замѣчанія. Всякому, сколько-нибудь знакомому съ исторіей нашей науки, не можетъ не броситься въ глаза то, что о такомъ важномъ предметѣ, каковы мочеполовые свищи у женщинъ, во всей древней литературѣ не упоминается ни одного слова. За исключеніемъ нѣсколькихъ словъ въ сочиненіяхъ Гипократа о томъ, что у женщинъ послѣ тяжелыхъ родовъ развивается иногда недержаніе мочи, мы не находимъ нигдѣ даже никакихъ намековъ о занимающемъ насъ вопросѣ. О фистулахъ заговорили врачи, только начиная со второй половины XVI столѣтія, а именно, первый А. Рагэ (1570) предложилъ употреблять противъ мочевыхъ свищей особеннаго рода *retinacula*. Начиная съ этого времени, о свищахъ уже говорятъ довольно часто: такъ объ нихъ упоминаютъ Fel. Plater (1625) \*, Fabr. Hildanus (1646) \*\*, Roonhuysen (1663) \*\*\*, Sev. Pineau (1639) \*\*\*\*, Fatio (1752), Levret (1766) и др. Въ исторіи мочеполовыхъ свищей особенный интересъ представляетъ послѣдовательное развитіе попытокъ къ устраненію этой въ высшей степени неприятной болѣзни. Слѣдя шагъ за шагомъ за этими попытками, можно убѣдиться въ томъ, что, начиная съ конца XVI столѣтія, не было ни одного сколько-нибудь выдающагося хирурга или гинеколога, котораго бы не занималъ этотъ вопросъ. Мы зашли бы слишкомъ далеко, еслибы вздумали здѣсь перечислить всѣхъ тѣхъ, которые посвящали труды свои этому предмету; мы приведемъ только тѣхъ, которые навсегда связали свое имя съ занимающимъ насъ вопросомъ. Выше мы уже сказали, что первая терапевтическая попытка сдѣлана была А. Рагэ. Roonhuysen же былъ первый, который предложилъ шивать свищи; исполненъ

\* Praxis medica. Basil., 1675.

\*\* Opera observation. et curatationum medico-chirurgicar. Francf. ad Moen 1646. Cent. I, obs. 68 и Cent. III, obs. 69.

\*\*\* Heelkonstige Aamerkingen betreffende de Gebreeken des Vrouwen. Amsterdam, 1663.

\*\*\*\* Op. cit (i. e. de virginittatis notis etc).



же былъ этотъ совѣтъ въ первые Völter'омъ \* и Fatio\*\*. Desault (1804) предложилъ устранять фистулы тампонадой рукава и продолжительнымъ оставленіемъ катетера въ пузырь Naegele \*\*\*) въ первую четверть настоящаго столѣтія (1812) съ особеннымъ рвеніемъ занялся этимъ предметомъ и много содѣйствовалъ тому, что этому камню преткновенія (obstruction chirurgica) хирургической гинекологіи посвятили особенно вниманіе Dieffenbach, Chelius, Meizer и др. Во Франціи, а затѣмъ и во всей Европѣ, большой интересъ возбудилъ способъ Jobert de Lamballe'a, который названъ имъ—*méthode autoplastique par glissement*. Способъ этотъ въ первый разъ выполненъ былъ въ 1845 году и, по словамъ Malgaign'a, составляетъ одно изъ лучшихъ приобретений новѣйшей хирургіи. Способъ Jobert'a, впрочемъ, скорѣе былъ почти совершенно забытъ съ тѣхъ поръ, какъ американскіе гинекологи начали обнаруживать результаты своихъ операций фистулъ. Имена M. Sims'a, Emmeta и H. Storer'a останутся навсегда въ наукѣ, потому что они чрезвычайно упростили технику (американскій способъ) до такой степени, что полученные ими результаты по истинѣ изумительны. Существенныя заслуги американцевъ въ этомъ случаѣ состоятъ главнымъ образомъ въ томъ, что они указали на способъ, помощью котораго операционное поле дѣлается въ высшей степени доступнымъ (желобоватія зеркала Bozeman'a и M. Sims'a), ввели въ практику окончателно металлическіе швы и чрезвычайно упростили послѣдовательное леченіе. Въ Германіи очень много содѣйствовали распространенію американскаго способа Simon и A. Freund, которые, кромѣ того, придумали нѣсколько весьма удачныхъ модификацій. Въ заключеніе, мы съ особеннымъ удовольствіемъ указываемъ на то, что у насъ проф. Гепнеръ могъ считаться однимъ изъ самыхъ выдающихся представителей этой отрасли гинекологіи, такъ-какъ результаты его операций нисколько не уступаютъ результатамъ американцевъ и Simon'a.

### 1. Мочерукавные свищи.

Библиографія: Verthem, De incontinentia urinae ex partu difficili. Hallae, 1724.—L. M. Michon, Des operations que nécessitent les fistules vesico-vaginales. Paris. 1841.—F a b r e, Maladies des femmes. Paris, 1842, p. 139. Очень подробно приведена вся французская литература.—W u t z e r, Org. f. die ges. Heilk. Bonn, 1843, II. 4.—Dieffenbach, Operat. chir., I. p. 546.—Chelius, Ueber die Heilung der Blasencheidenfisteln durch Cauterisation. Ein Sendschreiben an Dieffenbach. Heidelberg, 1844.—M e l z e r, Die Pathologie u. Behandlung der vesico-vaginal-fisteln. Prager Vierteljahrschr., 1846.—J o b e r t d e L a m b a l l e, Traité de chirurgie plastique. Paris, 1849.—Онъ же, Traité des fistules vesico-uterines, vesico-utero-vaginales et recto-vaginales. Paris, 1852.—J. S i m o n, Ueber die Heilung der Blasencheidenfisteln. Giessen, 1854.—M o s e r, Archiv f. Physiol. Heilk., 1854, p. 576.—K i l i a n, Die rein chir. Oper. des Geburtshelfers. Bonn, 1856, p. 295.—J. S i m o n, Deutsche klinik, 1856. № 30—35.—M a r i o n S i m s, Silver sutures in Surgery. New-York, 1858.—способъ B o z e m a n'a изложенъ Keiler'омъ въ Edinb. medic. Journ., 1858, Octob.—Онъ же, Scanzoni's Beiträge, IV.—B r o w n, On Surgic. diseases of women. Lond., 1861, p. 112.—J. S i m o n, Ueber die Operation der Blasencheidenfistel durch die blutige Nath. Rostok, 1862.—W. A. F r e u n d въ ero klin. Beiträge, Breslau, 1862.—H e p p n e r, Petersb. medic. Zeitschrift., 1864. Nl. 9—10.—Онъ же, Archiv f. klin. Chr. v. Langenbeck,

\* Neu eröffnete Hebammen-Schule. Stuttgart, 1679, p. 3, cap. 8, p. 306.—Операция, сдѣланная Völter'омъ, не удалась.

\*\* Helvetisch vernünftige Wehmutter. Basil., 1752, cap. II, p. 284. Онъ увѣряетъ, что оперированная имъ больная совершенно выздоровѣла черезъ 12 дней.

\*\*\* Einfahrungen und Abhandlungen aus dem Gebiete der Krankheiten des weiblichen Geschlechts, Mannheim, 1812, p. 367.

Bd. VII, p. 766.—Winckel, die Pathologie u. Ther. des Wochenbettes, Berlin, 1868, p. 53.—Spiegelberg, Berl. klin. Wochenschr., 1865. Bd. II, p. 365.—Simon, Beiträge zur plastischen Chirurgie. Prager Vierteljahrschr., 1867. Bd. II, pp. 61—160, Bd. III, p. 54—133, Bd. IV, p. 1—18.—Courtuy, Gaz. des hôp., 1868, 51.—Emmet, Amer. Journ. of med. sc., 1867, Oct.—Онъ же, Vesico-vag. Fist. New-York, 1068.—1168. Kaltenbach, Die an der Freiburg. klinik. ausgef. Urin fisteloperationen, Freiburg, 1868.—Hildebrandt, Urin fisteln. Monatschr. f. Geburtsk. 1869, Bd. XXXIII, p. 41.—Derouboix, Trité de fistules urogénitales de la femme, Bruxelles, 1870.—Bonquet, Du traitement des fistules urogénit. Paris, 1875.—Heppner, 22 Fälle v. fistula vesico-vagin., Ibid., p. 95.—Simpson, Clin. Lectures on diseases of women, Lond., 1872, p. 30—58, Bozeman, Annales de Gynécologie, 1876, T. VI, p. 106—116.—Bandl, Wiener medic. Wochenschr., 1876.—Онъ же, eod. loco, 1877, № 30—32, 45—47.—Hempel, Arch. f. Gynaecol., Bd. X, p. 479.—Winckel, Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase. Stuttgart, 1877, pp. 95—156.—Negaru. Kaltenbach, Die operative Gynaecologie, 2-te Aufl., 1881, p. 583.

Изъ вышеприведеннаго общаго опредѣленія мочеполовыхъ свищей понятно, что подъ именемъ мочерукавныхъ свищей понимають такое нарушеніе цѣлости на какомъ-либо протяженіи между мочевыми органами и рукавомъ, что моча постоянно, или же въ извѣстные моменты произвольно вытекаетъ чрезъ рукавъ. Къ этой категоріи будутъ относиться свищи (сообщенія) между мочеиспускательнымъ каналомъ и рукавомъ (*fistulae urethro-vaginales*), между пузыремъ и рукавомъ (*f. vesico-vaginales*) и между мочеточниками и рукавомъ (*urettero-vaginales*). Для полноты очерка мы здѣсь же рассмотримъ свищи между маткой и пузыремъ, а также между мочеточниками и маткой.

Патологическая анатомія свищей. а) Свищи мочеиспускательнаго канала и рукава помѣщаются обыкновенно въ мѣстѣ выходенія мочеиспускательнаго канала изъ пузыря, бываютъ большею частью не велики (до 1 сантиметра въ поперечникѣ) и представляютъ круглыя или продолговатыя щели, съ приостренными, блѣдно-красноватыми краями. б) Свищи п у з ы р ь н о р у к а в н ы е бываютъ весьма различной величины, начиная съ почти микроскопическихъ отверстій и доходя до совершеннаго дефекта всей задней стѣнки пузыря. Помѣщаются они чаще всего *in trigono Lieutaudii*; форма ихъ различна: чаще они бываютъ круглыя, рѣже продолговатыя. По словамъ Busch'a, фистулы, развивающіеся близъ шейки пузыря, имѣютъ обыкновенно полудунную форму. Вскорѣ по развитіи ихъ, края фистулы представляются неровными, мягкими и легко кровоточатъ; въ послѣдствіи же они оплотнѣваютъ, представляются совершенно гладкими, какъ бы сръзанными ножемъ. Разсматриваемые свищи, какъ ужъ сказано, помѣщаются глубоко въ рукавѣ (такъ какъ они развиваются обыкновенно *in trigono*) и притомъ очень рѣдко въ срединной линіи его; они помѣщаются чаще влѣво, чѣмъ вправо. Если они бываютъ въ сводѣ рукава, то они помѣщаются впереди или же съ боку передней губы маточнаго зѣва. Обыкновенно мы имѣемъ дѣло съ однимъ свищемъ; встрѣчаются однако случаи, гдѣ свищей бываетъ нѣсколько. Свищи

мочевого пузыря и рукава представляют обыкновенный каналъ, внутреннее (т. е. со стороны мочевого пузыря) отверстие котораго обыкновенно уже наружнаго; бываютъ, впрочемъ, случаи, въ которыхъ замѣчаются обратныя отношенія. Если отверстие со стороны рукава бываетъ значительно, то дѣло нерѣдко доходитъ до частнаго выпячиванія (*inversio*) чрезъ него пузыря. с) Свищи мочеточниковъ и рукава помѣщаются по бокамъ свода послѣдняго, близъ влагалищной части матки и бываютъ несравненно меньше рукавно-пузырныхъ свищей; они имѣютъ большею частью круглую или продолговатую форму. Свищи эти гораздо рѣже тѣхъ, которые приведены *sub b*).

Къ величайшимъ рѣдкостямъ принадлежатъ d) сообщенія между маткой и пузыремъ и маткой, пузыремъ и рукавомъ; они представляютъ отверстія весьма неправильнаго очертанія. Что касается e) сообщеній между мочеточниками и маткой, то они представляютъ воронкообразные каналы; при этомъ мочеточникъ обыкновенно находятъ сросшимся съ маткой и надъ фистулезнымъ отверстиемъ расширеннымъ въ болѣе или менѣе значительной степени.

Freund \* и Ioserp написали очень интересную статью относительно этого рода фистулъ и положенія уретеровъ въ тазу. Анатомическія данныя на счетъ отношенія мочеточниковъ, видимыхъ большинствомъ анатомовъ (Henle, Luschko, Hurl), не вѣрны. Мочеточники не лежатъ между обѣими пластинками широкихъ связокъ, а идутъ вдоль боковыхъ стѣнокъ таза, снаружи *art. hypog. do spina ischii*, и, перекрещиваясь съ передней вѣтвью *a. hypog.*, вступаютъ въ параметрію у основанія широкихъ связокъ, чрезъ которыя и проходятъ впередъ и внутрь. Кромѣ нервовъ и лимфатическихъ сосудовъ, уретеры отдѣляются еще отъ матки большими венозными сплетеніями. Лѣвый уретеръ лежитъ ближе къ маткѣ, чѣмъ правый.

При фистулахъ обыкновенно находятъ и другія анатомико-патологическія измѣненія, обусловливаемые прямо разстройствомъ въ испражненіи мочи. Такъ, вслѣдствіе постояннаго истеченія мочи чрезъ фистулезное отверстие, пузырь гипертрофируется и въ значительной степени теряетъ свою емкость; мочеиспускательный каналъ спадается и существуютъ наблюденія, гдѣ дѣло оканчивалось совершеннымъ зарощеніемъ его.

Клиническая картина существенно характеризуется разстройствомъ въ испражненіи мочи, т. е. произвольнымъ выдѣленіемъ ея. Въ первомъ періодѣ болѣзни, когда фистула только что готовится, больные обыкновенно жалуются на учащенный позывъ къ мочеиспусканію, смѣняющійся затѣмъ болѣзненностью; при этомъ нерѣдко замѣчаются боли внизу живота, вслѣдствіе раздраженія или же частичнаго воспаленія брюшины. Въ глубинѣ рукава, обыкновенно въ рѣзко ограниченномъ мѣстѣ,

\* Berl. klin. Wochenschr., 1879, № 47.—Arch. f. Gynaecol., Bd. I. 174.

больныя ощущаютъ сильную боль: мѣсто это какъ разъ соотвѣтствуетъ будущему свищу, который обнаруживается по отпаденіи некротизированной части рукавной стѣнки. Изъ этого видно, что главный припадокъ при рукавно-пузырныхъ свищахъ — произвольное выдѣленіе мочи; но оно развивается не вдругъ, а проходить извѣстное время, въ которое мы имѣемъ дѣло съ вышесказанными припадками. Относительно произвольнаго выдѣленія мочи нужно замѣтить, что оно бываетъ различно, смотря по мѣсту и величинѣ свища. При фистулѣ мочеиспускательнаго канала моча идетъ черезъ рукавъ только въ то время, когда больная мочится произвольно; при фистулахъ же пузырьно-рукавныхъ она выдѣляется періодически, какъ только накопится ея извѣстное количество въ пузырь; но и здѣсь нѣкоторыя обстоятельства играютъ немаловажную роль. Такъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ больныя при извѣстномъ положеніи могутъ гораздо долѣе удерживать мочу, чѣмъ при другомъ положеніи; у нѣкоторыхъ это бываетъ, когда онѣ лежатъ, у другихъ, на-оборотъ, при сидячемъ положеніи. У иныхъ больныя произвольное выдѣленіе мочи усиливается при всякомъ сколько нибудь значительномъ физическомъ напряженіи, какъ-то: подниманіи тяжелыхъ предметовъ и пр. При фистулахъ мочеточниковъ, понятно само собою, моча будетъ вытекать постоянно, такъ-какъ она вовсе не попадаетъ въ пузырь.

Кромѣ этихъ явленій разстройства собственно въ выдѣленіи мочи у подобныхъ больныя замѣчаютъ еще нѣкоторыя другія явленія, имѣющія характеръ послѣдовательный. Вслѣдствіе постоянного орошенія родовыхъ путей мочою, рукавъ часто представляетъ глубокія анатомико-патологическія измѣненія: онъ покрывается въ разныхъ мѣстахъ крупознымъ или дифтеретическимъ налетомъ, распространяющимся на наружныя половыя части; внутренняя поверхность бедеръ представляетъ эритему въ болѣе или менѣе значительной степени. Больныя при этомъ жалуются на сильную боль въ глубинѣ рукава и нерѣдко при этомъ значительно лихорадятъ. Явленія эти, впрочемъ, имѣютъ переходящій характеръ и могутъ повторяться довольно часто. При всякихъ сколько нибудь значительныхъ фистулахъ больныя распространяютъ вокругъ себя пронизательный и въ высшей степени непріятный запахъ, вслѣдствіе химическихъ измѣненій, претерпѣваемыхъ непрерывно вытекающей мочей. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ рукавъ мѣстами покрывается налетомъ мочевыхъ солей — инкрустируется. Если фистула продолжалась ужъ порядочно долго, то больныя при этомъ страдаютъ сильно запорами. Явленіе это было истолковано различно. Robert объяснялъ его тѣмъ, что, вслѣдствіе постоянного орошенія рукава мочою, мышечныя волокна прямой кишки сильно сокращаются и такимъ образомъ обуславливаютъ задержаніе испражнений. По мнѣнію Freund'a, запоры въ этихъ случаяхъ должно объяснять просто усиленнымъ непрерывнымъ отдѣленіемъ мочи, что по необходимости должно повлечь за собою уменьшеніе въ испражненіяхъ

Мнѣніе это Freund основывается на аналогіи съ другими патологически усиленными выдѣленіями. Всѣ эти припадкі, по истеченіи нѣкотораго времени, сильно отзываются на общемъ состояніи больныхъ: онѣ дѣлаются въ высокой степени малокровными, теряютъ аппетитъ и худѣютъ; настроеніе духа становится мрачнымъ и онѣ оканчиваютъ нерѣдко отчаяніемъ, могущимъ довести этихъ несчастныхъ до самоубійства. Довольно часто, если не приходится на помощь искусство, онѣ умираютъ отъ туберкулеза или же мазама.

Распознаваніе свищей, каковы бы они ни были, при настоящемъ усовершенствованіи техники, облегчено въ высшей степени. Если фистула сколько нибудь значительныхъ размѣровъ, то ее не трудно констатировать путемъ обыкновеннаго ручнаго гинекологическаго изслѣдованія. Если же мы желаемъ точнѣе узнать размѣры, форму и пр. свища, то съ діагностическою цѣлью прибѣгаемъ къ нѣкоторымъ особеннымъ приемамъ, имѣющимъ задачей сдѣлать фистулу какъ можно болѣе доступной глазу. Прежде часто прибѣгали къ положенію à la vache; теперь же чаще прибѣгаютъ къ глубокому боковому положенію американцевъ. Въ настоящее время я почти исключительно прибѣгаю къ такъ наз. симоновскому положенію. Вольную кладутъ на столъ такимъ образомъ, чтобы крестецъ нѣсколько выстоялъ надъ краемъ его; ноги больной приподымаются прямо вверхъ или же изгибаютъ ихъ въ колѣнахъ такъ, чтобы стопы помѣщались на ягодицахъ. Положеніе это какъ для больной, такъ и для изслѣдующаго (resp. оперирующаго) въ высшей степени удобно. Лучше всего въ этомъ случаѣ обнажить фистулу помощью симоновскихъ подъемниковъ, посредствомъ которыхъ можно расширить рукавъ очень значительно; если прибѣгаемъ къ желобоватымъ зеркаламъ Sims'a, то больной даютъ положеніе на боку, какъ сказано на стр. 77. Если этого одного недостаточно, то приближаютъ фистулу ко входу въ рукавъ тѣмъ, что помощью тонкихъ крючковъ оттягиваютъ внизъ матку, или же помощью металлическаго катетера, введеннаго въ мочевой пузырь, отжимаютъ фистулу кнаружи. Можно также внутренній конецъ катетера провести чрезъ фистулу. Если мы имѣемъ дѣло съ очень маленькими, высоко сядящими свищами, то, по совѣту Kiwisch'a и другихъ, присутствіе ихъ можно констатировать тѣмъ, что въ рукавъ вводятъ тампонъ, а въ пузырь впрыскиваютъ воду, окрашенную тушью: черное пятно на тамповѣ укажетъ на мѣсто, въ которомъ помѣщается свищъ.

Прежде, когда еще не были употребляемы зеркала, которыя въ настоящее время дѣлаютъ распознаваніе рукавныхъ свищей столь удобнымъ, съ діагностическою цѣлью прибѣгали къ различнымъ приемамъ. Особенно извѣстностью въ этомъ отношеніи пользовался приемъ Lallemand'a \*, состоявшій въ томъ, что цилиндръ изъ мягкаго воска, толщиною въ 1 1/2'', вводили въ рукавъ (родъ воскового тампона) и потихоньку прижимали его къ стѣнкамъ ру-

кава. Удаляя его осторожно из рукава, на внутреннем концѣ цилиндра получался отгнѣсъ фистулы, по которому судили о формѣ ея, а также и о томъ, на сколько она отстоятъ отъ входа въ рукавъ.

**Этіологія.** Изъ причинъ, вслѣдствіе которыхъ образуются свищи въ женской половой сферѣ, главную роль играетъ продолжительное прижатіе родового канала въ какомъ либо мѣстѣ во время родового акта. Механизмъ происхожденія въ этихъ случаяхъ свища таковъ, что прижатое мѣсто сначала некротизируется и затѣмъ, по отпаденіи струпа, образуется сообщеніе между рукавомъ и сосѣдними органами. На какое число родовъ приходится по свищу—до сихъ поръ не рѣшено окончательно; по Winckel'ю на 1000 родовъ приходится одна фистула; другіе же, какъ напр. Clarke, насчитываютъ на 10000 родовъ только 4 фистулы. Чѣмъ больше число узкихъ тазовъ на данное число родовъ, тѣмъ болѣе приходится фистулъ. Такъ, у насъ въ Петербургѣ д-ръ Гугенбергеръ насчитываетъ на 94 узкихъ таза 3 свища. Статистика, представленная лѣтъ 17 тому назадъ лондонскому акушерскому обществу В. Brown'омъ, особенно интересна. На 58 случаевъ свищей, принятыхъ въ его лечебницу (London surgical Home), продолжительность родового акта распредѣляется слѣдующимъ образомъ: въ 47 случаяхъ она превосходила вообще 24 часа и изъ этого числа въ 39 случаяхъ роды тянулись болѣе 36 часовъ; въ 7 случаяхъ роды продолжались по два дня, въ 16 три, въ трехъ 4 дня, въ двухъ 5, 6 и въ одномъ 7 дней. На вышеприведенное число родовъ къ инструментальному пособию было прибѣгаемо въ 29 случаяхъ; за исключеніемъ 7 случаевъ, во всѣхъ прочихъ до того, какъ было прибѣгаемо къ инструментамъ, роженицы мучились по 36 часовъ и болѣе. По числу родовъ фистулы распредѣлялись слѣдующимъ образомъ: 24 большихъ рожали въ 1-й разъ, 7—во 2-й, 5—въ 3-й, 4—въ 4-й, 6—въ 5-й, 2—въ 6-й, 5—въ 8-й, 1—въ 6-й, 1—въ 13-й, а 1—въ 15-й; у двухъ число предшествовавшихъ родовъ не обозначено. Изъ этихъ статистическихъ данныхъ В. Brownъ приходитъ къ совершенно вѣрному заключенію, что существенною причиною происхожденія свищей должно считать чрезмѣрную продолжительность родового акта, а ничуть не пособія искусства, какъ многіе прежде утверждали; виноваты не пособія, не инструменты, а суженія таза или другія неблагоприятныя условія, вслѣдствіе которыхъ замедляется родовый актъ. Справедливость этого положенія подтверждается и наблюденіями американскихъ гинекологовъ, по которымъ очень много больныхъ съ фистулами являются изъ западныхъ штатовъ, гдѣ вслѣдствіе громадности разстояній, чувствуется большой недостатокъ въ своевременной акушерской помощи. Тоже самое подтверждаетъ и Freund, въ Бреславлѣ; по его словамъ, очень много больныхъ съ фистулами является ежегодно въ Германію изъ нашихъ литовскихъ и польскихъ губерній, гдѣ также нельзя жаловаться на избытокъ акушеровъ.

На 14 больных, одержимых свищами половой сферы, которых мы наблюдали в госпитальной практикѣ, 10 были крестьянки, рожавшія в деревнях безъ всякаго вмѣшательства искусства, если не считать таковыми различныя снадобья и причитыванія повитухъ. Только в одномъ изъ нихъ, гдѣ, какъ видно изъ разсказа больной, дѣло шло о поперечномъ положеніи, повитуха таскала за ручку но безъ успѣха и роды окончились сами собою чрезъ трое сутокъ помощью самопроизвольнаго изворота.

Недавно мы имѣли возможность наблюдать почти полный дефектъ передней стѣнки рукава и очень обширный каловой свищъ, происшедшіе у многорожавшей женщины, мучившейся в родахъ трое сутокъ и притомъ в ближайшемъ сосѣдствѣ Петербурга. Что касается таза, то на наши 14 больных изъ госпитальной практики, у 11 изъ нихъ были констатированы суженія его в большей или меньшей степени. Чаще всего (8 разъ) дѣло шло о плоскомъ тазѣ и рѣже объ общесуженномъ (3 раза).

Непосредственное поврежденіе (resp. раненіе) половыхъ частей при родахъ тѣми или другими колющими или рѣжущими инструментами (напр. при эмбриотоміи) случается, правда, но при теперешнемъ состояніи акушерской техники, — чрезвычайно рѣдко. Что в старину это имѣло мѣсто гораздо чаще—объ этомъ никто не станетъ спорить; но стоитъ также вспомнить—какіе варварскіе инструменты употребляли прежде и какъ часто вообще прибѣгали къ эмбриотоміи.

Изъ другихъ причинъ, обуславливающихъ происхожденіе свищей, мы должны указать еще на воспалительные процессы рукава, пузыря и пр. Если напр. периутеринный (околоматочный) воспалительный продуктъ перейдетъ в нагноеніе и образуется нарывъ, который вздумаетъ вскрыться в пузырь, то, понятно, произойдетъ пузырно-влагалищный свищъ. Но мы должны замѣтить, что эти свищи далеко не имѣютъ того значенія, которое имѣютъ фистулы, развивающіяся вслѣдствіе травматизма и послѣдовательнаго некроза, такъ-какъ онѣ обыкновенно очень малы и весьма скоро в большинствѣ случаевъ залечиваются сами собою. Что же касается мочеполовыхъ свищей, развивающихся вслѣдствіе распадѣнія различныахъ новообразованій какъ напр. карцинома матки и рукава и т. д., то они особеннаго практическаго значенія не имѣютъ, такъ-какъ больныя и безъ этого обречены на смерть.

Фистулы, обязанныя происхожденіемъ своимъ тѣмъ или другимъ пособіямъ искусства при родовомъ актѣ, чаще всего производимы были при эмбриотоміи и разможеніи головки (кефалотрипси). Многочисленные подобныя примѣры приведены Meisner'омъ \*. Dieffenbach \*\* увѣрялъ, что пузырно-рукавные свищи могутъ произойти и отъ того, что во время прохожденія головки разрывается какой-нибудь фолликулъ слизистой оболочки рукава, за которымъ слѣдуетъ прободеніе рукавной стѣнки, а также и пузыря (?). По

\* Forschungen des 19 Jahrhunderts, Bd. II, p. 23.

\*\* Medic. Zeitung v. Vereine f. Heilk. in Preussen, 1836 N<sup>o</sup> 24 и 25.

Busch'y \* и Joerg'y \*\* гангренозные воспаления рукава in puerperio нередко ведут къ образованию свищей. Мы ни разу не наблюдали ни одного подобнаго случая. Schröder \*\*\* упоминаетъ объ одномъ такомъ случаѣ, гдѣ онъ имѣлъ дѣло съ громаднымъ мочерукавнымъ свищемъ, осложненнымъ кромѣ того еще fist. gestovag. Мочевые камни пузыря, принимая неблагоприятное положеніе во время родового акта, легко могутъ подать поводъ къ образованию свища. Первый, изъ приводимыхъ В. Brown'o'mъ случаевъ, обязанъ быть происхожденіемъ своимъ этой причинѣ. Тоже самое должно сказать и относительно операции камнешчєнія чрезъ рукавъ (Veirsa'u). Да и помимо родового акта камни мочевого пузыря могутъ сдѣлаться причиной мочерукавнаго свища. Примѣромъ можетъ служить подобнаго рода случай у 8-лѣтней дѣвочки, оперированной Simon'o'mъ \*\*\*\*. Наконецъ мы не можемъ не упомянуть здѣсь о бѣхъ рѣдкихъ, совершенно исключительныхъ случаяхъ, гдѣ везико-вагинальныя фистулы образуются вслѣдствіе изъязвленія слизистой оболочки мочевого пузыря. О четырехъ подобнаго рода случаяхъ упоминаетъ L. Tait \*\*\*\*\*, въ Бирнгамѣ.

**Предсказаніе.** Изъ набросанной нами выше клинической картины не трудно понять—какое тяжелое страданіе составляютъ свищи половой сферы. Не смотря однако на это, предсказаніе ничуть не благоприятно, по крайней мѣрѣ въ настоящее время. Всякому, знакому съ исторіей гинекологіи, извѣстно—какъ безотрадно предсказаніе было прежде. Произвольное исцѣленіе, не смотря на всю недовѣрчивость къ нему Dieffenbach'a, Vidal'e'y и другихъ, случается, правда, весьма рѣдко, но все однако возможно. Изъ старыхъ авторовъ случаи произвольнаго исцѣленія приводятъ Peu, Ryan и др., а изъ новѣйшихъ Schurr, Winkel и Kleinwächter. Благодаря новѣйшимъ техническимъ усовершенствованіямъ, мы теперь имѣемъ право устанавливать весьма благоприятную прогностику, такъ какъ результаты предпринимаемыхъ въ этомъ случаѣ оперативныхъ пособій до такой степени блестящи, что едвали можно требовать что нибудь болѣе въ этомъ отношеніи. Уже въ 1860 г. Sims на 261 фистулу (пузырно-рукавные и рукавно-кишечные) насчитываетъ 216 полныхъ исцѣленій, въ 36 случаяхъ состояніе больныхъ было улучшено, 9 остались неизцѣленными. Вотъ что по этому поводу говорить M. Sims, одинъ изъ первыхъ живущихъ теперь авторитетовъ по этому вопросу: «всякая фистула излечима, если есть возможность оперировать и если со стороны общаго состоянія нѣтъ никакихъ особенныхъ обстоятельствъ, противудѣйствующихъ соединенію краевъ фистулы. Успѣхъ составляетъ правило, неуспѣшный же исходъ операціи—исключеніе». Simon изъ 118 фистулъ у 105 больныхъ насчитываетъ полное исцѣленіе (104 свищей у 92 больныхъ); 5 случаевъ были почти исцѣлены; 2 больныхъ съ 3 фистулами выписаны неизлеченными, а 6 умерло. У Baker-Brown'a изъ 55 больныхъ выздоровѣло со-

\* Das Geschlechtsleben des Weibes etc. Bd. III, p. 175.

\*\* Schriften zur Beförderung der Kenntniss des Weibes, p. 42.

\*\*\* Handb. d. Krankh. der weibl. Geschlechtsorg. Leipzig, 5-te Aufl. 1881, p. 486.

\*\*\*\* Schröder, l. cit.

\*\*\*\*\* Lancet, 1870.



вершено 43, 5 остались въ прежнемъ состояніи, умерло 2. На 22 больныхъ, оперированныхъ Гепнеромъ, совершенно выздоровѣло 18, осталось въ прежнемъ состояніи и получило облегченіе 3, умерла 1. По Winkler'ю, на основаніи значительнаго числа случаевъ, вообще можно допустить 80% всѣхъ испѣлений. Что касается смертельныхъ исходовъ послѣ операціи мочеполовыхъ свищей, то они въ настоящее время принадлежатъ къ большимъ рѣдкостямъ. Въ то время, какъ Jobert de Lamballe на 147 операціи насчитываетъ 26 смертельныхъ исходовъ, Simon имѣлъ всего 4, 4% смертности. Spiegelberg изъ 60 оперированныхъ не потерялъ ни одной, тоже самое должно сказать относительно Negar'a, Vandel'я и друг. Мы до сихъ поръ потеряли одну больную, страдавшую тремя везико-вагинальными фистулами, потребовавшими четырехъ операціи. Въ послѣдніе годы Verneuil \* описалъ нѣсколько смертельныхъ исходовъ (5 на 80 операціи) послѣ операціи фистулы вслѣдствіе перитонита. Принимая въ соображеніе трудность и хлопотливость операціи фистулы, результаты эти нельзя не назвать изумительными. Даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ операція съ перваго разу не удастся, не нужно тотчасъ терять надежду, такъ какъ послѣдовательная операція можетъ увѣнчаться успѣхомъ. Такъ, Baker-Grown, Nauwarg и др. достигали иногда успѣха, оперируя своихъ больныхъ по три раза и болѣе. Въ одномъ изъ случаевъ, приводимыхъ Гепнеромъ, онъ оперировалъ 6 разъ и наконецъ добился желаемаго исхода. Вообще говоря, предсказаніе при фистулахъ половой сферы тѣмъ благоприятнѣе, чѣмъ меньше прошло времени отъ ихъ происхожденія, чѣмъ онѣ меньше и чѣмъ ближе отъ входа въ рукавъ. Нужно быть осторожнымъ относительно предсказанія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дефектъ ткани очень значителенъ и гдѣ края свища представляются сильно калезными, т. е. тамъ, гдѣ приходится прибѣгнуть къ очень обширному окрвавливанію. Осторожность въ подобныхъ случаяхъ необходима потому, что операція можетъ не только не удасться, но послѣ нея фистула можетъ сдѣлаться больше прежняго. Что касается смертельныхъ исходовъ, которые были наблюдаемы при операціяхъ фистулы, то они большею частью обусловливались септическимъ зараженіемъ крови, вслѣдствіе нагноенія въ клѣтчаткѣ, помѣщающейся между пузыремъ и маткою, а также воспаленіемъ брюшины. Но зато тамъ, гдѣ операція удастся, больныя какъ бы перерождаются, снова оживаютъ и направляются очень быстро. Извѣстно, что бесплодіе составляетъ обыкновенный спутникъ фистулы половой сферы; въ нѣкоторыхъ случаяхъ бесплодіе не проходитъ и послѣ операціи. Это можетъ зависѣть отъ того, что часть маточной шейки, а именно передняя губа маточнаго зѣва захватывается въ шовъ, слѣдовательно, происходитъ извѣстное смѣщеніе матки; съ другой же стороны, бесплодіе можетъ обусловливаться также тѣмъ, что coitus или со-

\* Annales de Gynécologie, 1877, IV, Janvier.

всѣмъ невозможенъ или же онъ совершается недостаточнымъ образомъ вслѣдствіе образованія обширныхъ рубцовъ въ рукавѣ.

Больныя, одержимыя мочеполовыми свищами, страдают не только безплодіемъ, но и всѣ отправления половой сферы вообще страдаютъ въ высокой степени. Самое выдающееся въ этомъ отношеніи явленіе составляетъ то, что у подобныхъ больныхъ мѣсячныя обыкновенно исчезаютъ и этотъ менопаузъ продолжается до тѣхъ поръ, пока не устраненъ свищъ. Впрочемъ, въ литературѣ известно нѣсколько случаевъ, въ которыхъ больныя во время страданія фистулами, забеременѣвали. Таковы случаи, приводимые De g o u b a i x, W a t s o n' o м ѣ, В. В г о w n' o м ѣ, S c h w a r z' o м ѣ и др. Мы сами наблюдали одну больную, страдавшую очень большою везико-вагинальною фистулою и забеременѣвшую до операціи три раза. Всѣ беременности эти, однако, окончились выкидышемъ.

По отношенію къ предсказанію при фистулахъ намъ остается еще прибавить, что прогностика ухудшается нѣкоторыми осложненіями, а именно суженіями, частичными зараженіями рукава и въ особенности зараженіемъ маточного зѣва \*. Въ послѣднемъ случаѣ S i m s совѣтуетъ прежде устранить атрезію матки и затѣмъ только приступить къ спиванію фистулы. Осложненіе фистулы беременностью менѣе серьезно. Въ случаяхъ, приводимыхъ W a t s o n' o м ѣ и В. В г о w n' o м ѣ, операція была сдѣлана съ успѣхомъ и беременность дошла до нормальнаго срока.

Леченіе. Если фистула произошла на нашихъ глазахъ, то ужъ съ самого начала нужно обращать на нее весьма тщательное вниманіе. Такъ-какъ въ первое время, непосредственно послѣ родовъ, невозможно никакое энергическое вмѣшательство искусства, то приходится ограничиваться въ началѣ тѣмъ, что назначаемъ больной покойное положеніе на спинѣ или на боку и заботимся о величайшей чистоплотности. Назначаемъ сначала слизистые души и затѣмъ души изъ холодной воды, къ которымъ въ послѣдствіи прибавляемъ различныя вяжущія. Что касается вопроса относительно того, когда можно приступить къ болѣе энергическому, resp. оперативному пособию, то на этотъ счетъ были выражены различныя мнѣнія. Нѣкоторые (напр. A b e g g, Keiler) увѣряютъ, что оперировать можно и тогда, когда родильное состояніе еще не прошло, т. е. въ теченіе первыхъ шести недѣль post partum. Едва-ли кто въ настоящее время послѣдуетъ этому совѣту, такъ какъ, во первыхъ, въ это время или мы имѣемъ дѣло съ болѣе или менѣе обширными воспаленіями въ половой сферѣ, или же они очень легко могутъ наступить послѣ такого оперативнаго пріема, каковъ тотъ, къ которому приходится прибѣгнуть въ этомъ случаѣ. Ch. West совѣтывалъ приступать къ операціи не раньше, какъ по прошествіи трехъ мѣсяцевъ post partum. Nélaton, Sims, а также Verneuil идутъ еще дальше и требуютъ 9-ти мѣсячнаго срока. Чѣмъ раньше оперируютъ, тѣмъ больше можно надѣяться на prima intentio, а поэтому Hegar и Kaltenbach считаютъ самымъ удобнымъ моментомъ для операціи 6—8 недѣль послѣ родовъ. Воз-

\* См. объ этомъ у S h w a r z'a: Complicationen der Blasenscheidenfisteln. Schuchardt's Ztschr. f. practische Heilkunde, 1867, pp. 97—114; также въ Monatschrift f. Geburtskunde, 1867, Bd. XXIX. p. 475.

расть больныхъ не имѣеть особеннаго вліянія на исходъ операціи. Лучшимъ доказательствомъ въ этомъ отношеніи можетъ служить случай Негар'а; онъ оперировалъ съ успѣхомъ 60-лѣтнюю старуху, страдавшую фистулой 35 лѣтъ.

Съ тѣхъ поръ, какъ врачи познакомились съ фистулами, противъ нихъ предложено было много способовъ леченія съ многочисленными модификаціями; мы ограничимся здѣсь изложеніемъ только главнѣйшихъ изъ нихъ. Способы эти слѣдующіе: 1) тампонада рукава съ продолжительнымъ оставленіемъ катетера въ пузырь; 2) прижиганіе; 3) спиваніе простое и 4) пластическія операціи.

1) Тампонада рукава. Мы ужъ сказали выше, что способъ этотъ введенъ былъ въ науку Desault'омъ. Какъ видно, онъ прежде былъ въ большомъ ходу, такъ-какъ къ нему прибѣгали Chopart, Irving, Richter, Richerant, Earle и др. Тампонада производилась различнымъ образомъ; первоначально Desault употреблялъ полотняный цилиндръ, смазанный воскомъ; Barnes выхваляетъ каучуковый тампонъ, имѣющій форму бутылки; Earle употреблялъ кусокъ слѣпой кишки, надувавшийся воздухомъ. Тампонада, какого бы свойства она ни была, всегда соединялась съ продолжительнымъ оставленіемъ катетера въ пузырь. Не говоря ужъ о томъ, что способъ этотъ чрезвычайно непріятенъ, даже мучителенъ для больныхъ, такъ-какъ имъ приходится лежать весьма долго (а извѣстно — въ какой степени мучительна для больныхъ продолжительная тампонада), но кромѣ того способъ этотъ далеко не удовлетворяетъ тѣмъ ожиданіямъ, которыя на него полагали прежде. Въ наукѣ извѣстны, правда, нѣсколько случаевъ исцѣленія фистулъ помощью этого способа (Barnes, Guillon), но они стоятъ до такой степени особнякомъ, что едва-ли могутъ быть принимаемы въ соображеніе. Тампонада, поэтому, въ настоящее время почти совершенно оставлена; къ способу этому можно бы прибѣгнуть развѣ въ очень свѣжихъ случаяхъ и гдѣ дѣло идетъ о небольшихъ фистулахъ, а можетъ быть и тамъ, гдѣ больныя не рѣшаются на кровавую операцію.

Въ началѣ настоящаго столѣтія очень много толковали о способѣ Desault, отчасти оттого, что онъ былъ еще новъ (хотя, впрочемъ до Desault'а къ нему прибѣгалъ уже Chopart), частью же потому, что онъ отличается въ высшей степени простотою и легкостью выполненія. Большинство однако французскихъ хирурговъ высказалось противъ этого способа. Въ особенности это должно сказать относительно Vidal'я: нѣтъ ни одного достовернаго случая, говоритъ онъ \*, который бы доказывалъ пользу этого метода. Къ этому онъ прибавляетъ, что, по его мнѣнію, тампонъ можетъ скорѣе разъединять края свища, чѣмъ приводить ихъ въ прикосновеніе. Въ такомъ же смыслѣ высказывается Velpeau и др. \*\*.

2) Прижиганіе производится преимущественно азотно-

\* Traité de pathologie ext. et de méd. operat., t. V, p. 573.

\*\* Méd. oper., t. IV, p. 446.

кислымъ серебромъ и каленнымъ желѣзомъ, хотя нѣкоторые предлагали употреблять для этой цѣли креозотъ (Emmert), настойку шпанскихъ мухъ (Halm) и гальвано-каустику (Simon). Chelius былъ большой защитникъ азотно-кислаго серебра во всѣхъ случаяхъ, между тѣмъ какъ Vidal совершенно отвергалъ его пользу. Азотно-кислое серебро совершенно гмѣстно тамъ, гдѣ фистула не велика и представляетъ поперечную щель съ ровными, тонкими краями. Наоборотъ, каленное желѣзо показано въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ фистулами побольше и съ неровными и въ особенности каллезными краями. Производится прижиганіе азотнокислымъ серебромъ слѣдующимъ образомъ. Обнаживъ фистулу помощью шарьеровскаго зеркала съ выдвигаюю переднюю стѣнкою или-же, еще лучше, помощью Симоновскихъ подъемниковъ или же желобоватаго зеркала Sims'a, въ пузырь вводятъ толстый серебрянный катетеръ, внутреннимъ концомъ котораго выпячиваютъ фистулу внизъ; за тѣмъ кускомъ ляписа крѣпко прижигаютъ въ теченіе нѣсколькихъ секундъ края свища и ближайшее сосѣдство ихъ (на разстояніи  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ "'). Послѣ этого рукавъ выполняютъ корпией, а въ пузырь вводятъ эластическій катетеръ, который укрѣпляютъ къ бедру (catheter à demeure). Больная должна при этомъ абсолютно оставаться въ постели и избѣгать всякихъ сколько нибудь энергическихъ движеній. Корпю удаляютъ черезъ 1—2 дня и, промывши осторожно рукавъ, снова выполняютъ его. Прижиганіе должно повторять не раньше, какъ дней черезъ 5 и даже недѣлю. Вслѣдствіе гипереміи, какъ краевъ свища, такъ и сосѣдства ихъ, просвѣтъ свища уменьшается и дѣло иногда быстро поправляется. Такъ, A begg нѣсколько лѣтъ тому назадъ описалъ случай, гдѣ одного прижиганія достаточно было для заживленія довольно порядочной фистулы. Обыкновенно однако требуется повторное прижиганіе. При употребленіи каленаго желѣза поступаютъ слѣдующимъ образомъ. Фистула обнажается, какъ сказано выше, затѣмъ раскаленнымъ до бѣла кругловатымъ желѣзомъ, величиною съ горошину или небольшой орѣхъ, сильно прижигаютъ не только края фистулы, но и окружающія части на разстояніи  $\frac{1}{2}$ ". Послѣ этого весь рукавъ выполняется сухою корпией. Dieffenbach удалялъ тампонъ только черезъ три дня; по удаленіи его, проспирцовывалъ рукавъ настоемъ ромашки и затѣмъ снова тампонируетъ; такъ онъ поступалъ ежедневно. Само собою разумѣется, что все время оставался катетеръ въ пузырь. Если, по прошествіи нѣсколькихъ дней, не замѣчалось склонности къ заживленію, то онъ прикладывалъ къ краямъ свища корпейный бурдонетъ смазанный ungtō cantharidum. Если и это не помогало, то приступалъ къ вторичному прижиганію. Такъ-какъ каленое желѣзо въ этихъ случаяхъ дѣйствуетъ чрезвычайно энергически, то, если приходится повторять его, это нужно дѣлать черезъ большіе промежутки времени, а именно, не раньше, какъ недѣли черезъ 2; другіе (Liston, Rayan,

Kiwisch) совѣтуютъ повторять прижиганіе не раньше какъ, черезъ 2—3 мѣсяца (?).

Прижиганіе каленымъ желѣзомъ составляетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ неопѣненное средство. Въ одномъ случаѣ, гдѣ мы имѣли дѣло съ пузырьно-влагилицнымъ свищемъ, существовавшимъ только нѣсколько мѣсяцевъ и помѣщавшимся въ шейкѣ пузыря, въ поперечникѣ приблизительно съ 7 л., мы сначала три раза каутеризировали азотно-кислымъ серебромъ, но безъ всякаго успѣха. Вслѣдствіе этого мы рѣшились прибѣгнуть къ каленому желѣзу и успѣхъ превзошелъ наши ожиданія. Я оставилъ небольшой тампонъ въ рукавѣ не болѣе какъ на 6 часовъ и затѣмъ вводилъ 2 раза въ день тампоны (корнейные шарики) еще поменьше изъ опасенія, чтобы введеніе большихъ шаровъ не препятствовало сращенію свища. Катетеръ à demeure я замѣнилъ введеніемъ его каждые три часа. На 9-й день струпу спалъ и я могъ убѣдиться, что свищъ заросъ какъ нельзя лучше. Вольная эта была наблюдаема мною еще въ теченіе нѣсколькихъ недѣль и она навсегда испѣлилась отъ своего недуга.

3) Сп и ваніе фистулъ составляетъ въ настоящее время самый частый способъ, вытѣснившій всѣ другіе, вслѣдствіе тѣхъ блестящихъ результатовъ, которые приведены нами выше. Прежде, чѣмъ приступить къ операциі, нужно сначала позаботиться о поправленіи общаго состоянія больной; американскіе гинекологи приписываютъ этому обстоятельству весьма важное значеніе. Для болѣе яснаго изложенія техники разсматриваемой операциі, мы раздѣлимъ ее на моменты, которыхъ можно принять три: а) окривавливаніе краевъ свища, б) накладываніе швовъ и с) снятіе ихъ.

а) Окривавливаніе краевъ свища составляетъ одинъ изъ самыхъ важныхъ и существенныхъ моментовъ. Больную кладутъ на довольно высокій операционный столъ (такъ-какъ въ противномъ случаѣ можно скоро устать, потому что оперирующему приходится долго стоять нагибаясь), причемъ сильно приподымаютъ тазъ. Такъ дѣлаютъ тѣ, которые оперируютъ по способу Simon'a. Американцы же даютъ больной глубокое боковое положеніе, т. е. больная ложится на лѣвый бокъ, причемъ лицо сильно вдается въ подушку. Другіе предпочитаютъ положеніе на четверинкахъ—à la vache. Въ послѣдніе годы мы почти исключительно прибѣгали къ положенію больной, какъ его практиковалъ Simon и какъ оно описано нами выше. Оно обладаетъ положительными преимуществами предъ всѣми другими положеніями, главнымъ же образомъ въ томъ отношеніи, что оно въ высшей степени удобно для оперирующаго и очень мало утомительно для больной. Положеніе на четверенькахъ (à la vache) необходимо тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло со свищами, лежащими очень высоко. Если больная лежитъ на боку, то, по введеніи Симсовскаго зеркала, помощникъ оттягиваетъ рукоятку его вверхъ и взадъ правою рукою, а лѣвою оттягиваетъ правую ягодицу. Боковыя стѣнки рукава оттяги-

ваются въ сторону помощью Симоновскихъ подъемниковъ. Введши зеркало, стараются фиксировать его такимъ образомъ, чтобы свищъ при извѣстномъ положеніи оперируемой былъ какъ можно болѣе доступенъ глазу. Затѣмъ приступаютъ къ окровавливанію. Начиная его съ того мѣста, которое кажется труднѣе доступнымъ. Захвативши длиннымъ тонкимъ крючкомъ край свища, срѣзаютъ его тоненькимъ бистури, или же кривыми ножницами. Существенная предосторожность состоитъ въ томъ, чтобы окровавливаніе было полное, чтобы не осталось и  $\frac{1}{100}$  линіи прежней ткани. Такимъ образомъ, окровавливая миллиметръ за миллиметромъ, обходимъ всю фистулу. Вообще нужно при этомъ держаться правила—лучше окровавливать лишнее, чѣмъ изъ ложнаго страха рисковать успѣхомъ операціи. Окровавленное мѣсто должно быть на столько широко, чтобы, будучи соединено съ противоположнымъ краемъ, оно могло дать прочное сращеніе. Трудно въ этомъ случаѣ предписывать какіе нибудь положительныя правила: здѣсь нужно руководствоваться формою и величиною фистулы и извѣстнымъ хирургическимъ тактомъ. По мѣрѣ окровавливанія, второй помощникъ оставивъ кровотеченіе помощью маленькихъ влажныхъ губокъ, укрѣпленныхъ на длинныхъ (9") Симсовскихъ щипчикахъ. Какъ скоро кровотеченіе остановилось, приступаютъ ко второму акту.

Однимъ изъ неблагопріятныхъ осложненій во время окровавливанія должно считать болѣе значительныя кровотеченія, происходящія отъ раненія болѣе крупныхъ вѣточекъ а. vesico-vagin. Такъ-какъ лигатуры въ этихъ случаяхъ накладывать нельзя, потому что онѣ мѣшали бы заживленію, то приходится прибѣгать исключительно къ скручиванію кровотокащихъ сосудовъ. Мы нѣсколько разъ имѣли дѣло съ этого рода кровотеченіями.

Относительно акта окровавливанія мы должны замѣтить еще слѣдующее. Большинство авторовъ совѣтуетъ удалять рубецъ (resp. рубцовый край фистулы) однимъ непрерывнымъ кускомъ; но это удается очень рѣдко, главнымъ образомъ вслѣдствіе неправильности его. Хорошо уже, если рубцовые края фистулы удастся удалить какъ можно большими лоскутами.

Что касается того—чѣмъ лучше окровавливать, ножомъ или же ножницами, какъ это предлагаютъ нѣкоторые американскіе гинекологи, въ особенности же Emsie t,—то мы лично всегда отдавали преимущество ножу. Къ ножницамъ, снабженнымъ различными кривизнами, мы прибѣгаемъ только для выравниванія окровавленныхъ мѣстъ.

b) Наложеніе швовъ. Какъ окровавливаніе, такъ въ особенности и удачное наложеніе швовъ возможно лишь тогда, если фистулу дѣлаютъ какъ можно болѣе доступною. Съ этою цѣлью острыми крючками, воизаемыми въ ближайшее сосѣдство свища, т. е. въ рукавныя стѣнки или во влагалищную часть матки, оттягиваютъ фистулу внизъ (resp. къ входу въ рукавъ) на сколько это возможно. Затѣмъ кривую иглу, захватываемую помощью длиннаго иглодержателя, вкалываютъ на разстояніи 1—2 линій отъ края свища и выводятъ ее наружу на такомъ же разстояніи отъ другаго противоположнаго края фистулы; такимъ образомъ накладывается опредѣленное число швовъ; рукавъ затѣмъ проспринцовываютъ холодною водою, пока окровавленные

края совершенно не перестанутъ кровотоцитъ и затѣмъ по порядку скручиваютъ нити.

Для наложенія швовъ существуетъ очень много способовъ и всѣ виды швовъ имѣли своихъ жаркихъ защитниковъ. Самый существенный вопросъ здѣсь состоитъ въ томъ: нужно ли прокалывать иглу чрезъ слизистую оболочку пузыря, или нѣтъ? Нѣкоторые, и въ главѣ ихъ Simon, совѣтуютъ непременно захватывать въ шовъ слизистую оболочку пузыря, другіе же — наоборотъ. Первый способъ выгоднѣе, такъ-какъ при этомъ шовъ выходитъ гораздо ровнѣе. Что касается матеріала для швовъ, то въ настоящее время большинство, за исключеніемъ Simon'a, прибѣгаетъ къ металлическимъ, а именно—серебряннымъ нитямъ.

Прежде было придумано для облегченія (?) наложенія швовъ очень много различныхъ, большею частью довольно сложныхъ, иглодержателей (снабженные каналами иглодержатели Smith'a, Sims'a, Гепнера и др.). Въ настоящее время они почти совершенно оставлены, такъ-какъ далеко не целесообразны. Такъ-какъ часто неблагоприятный исходъ послѣ операциіи фистулы зависитъ отъ сильнаго напряженія края ихъ, то для уменьшенія этого напряженія Kuschler и Simon предложили прибѣгать къ двойному шву, изъ которыхъ одинъ накладывался обыкновеннымъ манеромъ, а другой на нѣкоторомъ разстояніи отъ него (Entspannungsnath). Вскорѣ, однако, Simon самъ убѣдился въ томъ, что этого рода шовъ, усложняя только технику, не приноситъ ни малѣйшей пользы.

с) Удаленіе швовъ составляетъ весьма хлопотливый актъ. В. Brown давалъ всегда при этомъ больнымъ колѣно-локтевое положеніе. Швы снимаются каждый отдѣльно, по обыкновеннымъ правиламъ; если бы при этомъ встрѣтились значительныя затрудненія, то, по совѣту Simon'a, нужно срѣзать сначала узлы (головки) швовъ и затѣмъ вытягивать ихъ наружу. Что касается времени, когда нужно снимать швы, то на этотъ счетъ существуютъ большія разногласія. Нѣкоторые ихъ снимаютъ очень рано, какъ напр. Simon уже на 5—8 день, другіе же—очень поздно, черезъ 2—3 недѣли (Jobert, Wilms)!! Принимая въ соображеніе столь значительное напряженіе краевъ зашитаго свища, будетъ во всякомъ случаѣ благоразумнѣе — не слишкомъ торопиться съ удаленіемъ швовъ, т. е. не приступать къ нему ранѣе 9-го дня, какъ это дѣлалъ В. Brown.

Послѣдовательное леченіе послѣ операциіи. Какъ только окончено наложеніе швовъ, проспринцовываютъ тепловатою водою рукавъ и въ особенности пузырь для удаленія изъ него кровавыхъ сгустковъ и вводятъ катетеръ à demeure, который каждые 3—4 часа вынимаютъ и прочищаютъ. Sims употребляетъ въ этихъ случаяхъ особенный катетеръ, искривленный въ видѣ буквы S (sigmoid catheter). Больной назначаютъ приемъ опія и даютъ ей положеніе на спинѣ, связывая для вящей осторожности бедра. Діета должна быть по возможности легкая: бульонъ, молоко и пр. Вообще, послѣ операциіи заботятся о величайшемъ спокойствіи со стороны больной, строго запрещая ей вращаться и пр. Въ заключеніе мы не можемъ не упо-

мянуть о томъ, что Simon получалъ свои блестящіе результаты, слѣдуя совершенно другому плану при послѣдовательномъ леченіи. Онъ не оставлялъ катетера à demeure, ни сколько не заботился о томъ, чтобы вызывать искусственный запоръ на низъ и, наконецъ,—что самое главное—онъ вовсе не заставлялъ оперированныхъ своихъ лежать, позволяя имъ двигаться и даже выходить (!).

Подобно Simon'у, упростившему до крайности послѣдовательное леченіе послѣ операции фистулъ, поступали также Meadows и Schurpelt. Въ настоящее время мы весьма рѣдко оставляемъ катетеръ à demeure, а ограничиваемся тѣмъ, что мочу выпускаютъ каждые 3 часа. При этомъ мы гораздо рѣже имѣемъ дѣло съ тенезмомъ со стороны пузыря, чѣмъ если катетеръ оставляется въ немъ на болѣе или менѣе долгое время. Еслибы, по истеченіи нѣкотораго времени послѣ операціи, появилось кровоточеніе изъ пузыря, то останавливаютъ его прикладываніемъ пузыря со льдомъ, впрыскиваніемъ въ мочевою пузырь комнатной воды (а не черезъ-чуръ холодной, которая усиливаетъ образование кровяныхъ сгустковъ, а слѣдов. и тенезмы), даютъ препараты спорыньи и пр. Рукавные души не должны быть дѣлаемы слишкомъ часто и вообще ихъ должно назначать на основаніи извѣстнаго показанія.

По снятіи швовъ, иногда отверстія, произведенныя проколами иглъ, остаются и вслѣдствіе этого моча протекаетъ черезъ нихъ, т. е. остаются маленькіе свищи. Въ подобныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ прижиганію ихъ азотнокислымъ серебромъ; Simon предпочитаетъ зашивать и эти маленькія фистулы.

Если фистула на столько велика, что вслѣдствіе значительнаго дефекта ткани, нѣтъ возможности ее зашить, то прежде дольствовались тѣмъ, что устраивали для больныхъ такіе снаряды (resceptacula), въ которыхъ собиралась непрерывно выдѣляющаяся моча. Въ настоящее время въ этихъ случаяхъ прибѣгаютъ къ поперечному зашиванію рукава (quere Obliteration der Scheide, Closure of the vagina). При этомъ поступаютъ слѣдующимъ образомъ. Передняя стѣнка рукава и соответствующее ей мѣсто задней стѣнки окровавливаются, какъ сказано выше; окровавливаніе это должно быть произведено сантиметра на 2 выше наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала и затѣмъ накладываются столько швовъ, сколько оказывается нужнымъ. Послѣ того, какъ произойдетъ сращеніе, задняя стѣнка рукава заступаетъ мѣсто исчезнувшей задней стѣнки пузыря. Само собою разумѣется, что въ этихъ случаяхъ кровь при мѣсячныхъ и всѣ другіе секреты матки и рукава будутъ изливаться наружу черезъ уретру: однимъ словомъ, мы дѣлаемъ въ этихъ случаяхъ и искусственную клоаку.

Еще Vidal de Cassis предложилъ шивать половую щель съ цѣлью превратить такимъ образомъ рукавъ въ резервуаръ для мочи. Но операція эта (episiocleisis) ни въ рукахъ Vidal'я, ни послѣдователей его (Dieffenbach, Wutzer и др.) не дала ни одного успѣшнаго результата. Simon'у принадлежитъ заслуга и въ этомъ отношеніи, такъ-какъ на дѣлѣ онъ доказалъ, что поперечное шиваніе рукава (colprocleisis transversa) составляетъ единственный ресурсъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ устраненіе фистулы по обыкновенному способу не выполнимо. Не смотря на то, что Wetzman и нѣкоторые другіе американскіе хирурги вовсе отвергаютъ colpro-



cleisis, тѣмъ не менѣе въ практикѣ будутъ встрѣчаться случаи, гдѣ операція эта окажется абсолютно показанною. Сюда должно отнести случаи весьма обширныхъ дефектовъ и тѣ, гдѣ фистула окружена обширными рубцами стѣнокъ рукава. Хотя *Vozenan* увѣряетъ, что въ послѣднемъ случаѣ всегда можно достигнуть цѣли надрѣзами суженныхъ мѣстъ и методическимъ расширеніемъ, но съ этимъ едва ли можно согласиться. Наконецъ, къ *colpocleisis* по неволѣ придется прибѣгнуть тамъ, гдѣ повторная операція фистулы по обыкновенному способу не увѣнчалась желаемымъ результатомъ.

О *colpocleisis* см.: *Kaltenbach*, Ueber Scheidenverschluss bei Urinfisteln. Berlin. klin. Wochenschr., 1869.—*Hahn*, Berl. klin. Wochenschr. 1879 № 27.—*Cazin*, Contribution à therap. chirurg. des fist. visico-vagin., Arch. gen. de méd., 1881, Mars.—*Negar u*, *Kaltenbach*, Op. cit., p. 614.

4) Пластическія операціи при фистулахъ. Дефектъ ткани въ задней стѣнкѣ пузыря и передней стѣнкѣ рукава старались устранять тѣмъ, что покрывали его доскутами, взятыми изъ ближайшихъ частей рукава, маточной шейки и наружныхъ половыхъ частей—Пластическій методъ. Попытки этого рода сдѣланы были *Jobert*'омъ, *Roux*, *Velpeau* и *Wutzer*'омъ. Результаты этихъ попытокъ, однако, были такъ мало удовлетворительны, что способъ этотъ въ настоящее время совершенно оставленъ.

Въ виду безуспѣшности собственно пластическихъ операцій *Jobert* хотѣлъ замѣнить ихъ новымъ изобрѣтеннымъ имъ способомъ, который, какъ сказано выше, онъ назвалъ *Méthode autoplastique par glissement*. Сущность этого способа состоитъ въ слѣдующемъ. Края фистулы окровавливаются обыкновеннымъ путемъ и затѣмъ накладываются швы; для уменьшенія же напряженія въ краяхъ свища, по бокамъ его дѣлаются боковые надрѣзы въ рукавной стѣнкѣ, или даже частью отдѣляютъ рукавныя стѣнки отъ влагалищной части матки. Способъ этотъ, какъ уже выше сказано, въ свое время надѣлалъ много шума, хотя результаты, полученные *Jobert*'омъ, не совѣмъ благоприятны въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ, именно—смертности: на 72 больныхъ выздоровѣло 37, 15 получили облегченіе а умерло 17 (!). Какъ бы то ни было, способъ *Jobert*'а въ настоящее время совершенно оставленъ, такъ-какъ ему трудно было выдержать соперничество съ американскимъ способомъ. Тоже самое должно сказать относительно снарядовъ, придуманныхъ съ цѣлью сжимать окровавленные края свища и такимъ образомъ производить ихъ сращеніе. Снаряды подобнаго рода придуманы были *Naegelé*, *Laugier*, *Sabatier*, *Leroy-d' Etiollé*'омъ и др.

Мы упомянули выше о трехъ главныхъ существенныхъ видахъ мочевыхъ свищей. Для полноты изложенія, намъ остается еще прибавить четвертый видъ, именно мочеточнико-маточный свищъ, обусловливаемый сообщеніемъ между тѣмъ или другимъ мочеточникомъ и цервикальнымъ каналомъ. Этотъ видъ фистулы составляетъ большую рѣдкость и до сихъ поръ въ литературѣ извѣстно только нѣсколько подобныхъ случаевъ, а именно тѣ, которые описаны *Bégar*'омъ \*, *Purché*'омъ \*\*, *Freund*'омъ \*\*\* и

\* Dict. de médecine, 1846, T. XXX, p. 499.

\*\* Gaz. des hôp., 1859 № 133.

\*\*\* De fistula uretero-uterina. Vratisl., 1860.

Jan sch'omъ \*, приводящимъ два подобныхъ случая изъ клиники Spiegelberg'a. Для распознаванія ихъ можетъ потребоваться расширение канала маточной шейки. Для устранения же подобныхъ фистулъ придется соединить помощью швовъ ту или другую губу маточнаго звава съ соответствующимъ мѣстомъ задней стѣнки пузыря.

Оперативное устраненіе сообщеній между мочеточниками съ маткой и рукавомъ составляетъ весьма часто настоящей стух гинекологій. Это объясняется, съ одной стороны, черезъ-чуръ тонкими краями этого рода фистулъ, а съ другой чрезвычайно высокимъ положеніемъ ихъ. Изъ многихъ оперативныхъ способовъ, предложенныхъ для этой цѣли, ни одинъ не заслуживаетъ особеннаго преимущества, такъ-какъ всѣ они сопряжены съ величайшими техническими затрудненіями. Вслѣдствіе то этого въ послѣдніе годы Zweifel \*\* и Credé\*\*\* рѣшились на отчаянный приемъ въ подобныхъ случаяхъ, а именно—вынуть почку (nephrectomia), соответствующую пораженному мочеточнику. Оба случая увѣнчались успѣхомъ. — Литературу этого рода фистулъ, кромѣ вышеприведенной, см. у Hegar'a и Kaltenbach'a, Op. cit., p. 624.

Одною изъ весьма значительныхъ невыгодъ при шиваніи фистулъ половой сферы должно считать то обстоятельство, что для выполненія операціи требуется большое число помощниковъ. Для устранения этого неудобства и, кромѣ того, для облегченія самого оперирующаго были придумываемы различныя снаряды, которые обнажали операционное поле и раздвигая наружныя половыя части, фиксировались сами собою, безъ посредства помощниковъ, тѣмъ, что укрѣплялись на тазу оперируемой. Изъ подобныхъ снарядовъ мы назовемъ тѣ, которые изобрѣтены Nulhard'омъ, Bryant'омъ, Ullrich'омъ и нашимъ известнымъ гинекологомъ, доцентомъ при Варшавскомъ университетѣ, д-ромъ Нейгебауеромъ. Въ настоящее время мы имѣли возможность испытать снарядъ д-ра Нейгебауера и могли убѣдиться въ цѣлесообразности его. Онъ нисколько не утомителенъ для больной и весьма удобенъ для оперирующаго. Онъ имѣетъ одинъ только существенный недостатокъ, который, впрочемъ, не трудно устранить. Недостатокъ этотъ состоитъ въ томъ, что рукавный подъемникъ черезъ-чуръ коротокъ, вслѣдствіе чего фистулы, лежащія высоко, обнажаются не совсѣмъ хорошо. Нужно поэтому имѣть нѣсколько подъемниковъ различной длины.

## 2. Каловые свищи.

Библиографія: Roux, Arch. génér. de méd., t. VII, p. 300. — Samayor, у Fabre'a. op. cit. p. 201. — Dieffenbach, Oper. Chir., I, p. 602. — Meissner, Forschungen des 19 Jahrh. etc. X Bd. V, p. 326. — Busch, Geschlechtsleben des Weibes. Bd. III, p. 201. — Zartmann, Neue Zeitschr. f. Geburtsk., VI, XXIV, p. 461. — Breitz, ibid., Bd. XXIII, p. 259. — J. Simpson, Contributions to obstetric. pathol. und practice. Edinb., 1853, p. 76. — Simon, Monatschr. f. Geburtsk., 1859. Decemb.—B. von Wn. Lancet. 1864, 24. March.—Klebs, Ein Präpar. von Mastdarmscheidenfistel etc., Monatschr. f. Geburtsk., 1865, Mai.—Winckel, die Pathol. u. Ther. des Wochenbettes. Aufl. III, p. 88.—Th. Bryant, Vesico-und Rectovag. Fistel. Monatschr. f. Geburtk., 1867, 144. — Demarquai, Fistula utero-intestinalis. Ibid., 1868, p. 311. Simon, Prag. Vierteljahrschr., 1867, Bd. 4, p. 1.—Gail. Thomas, A practic. Treatise of the diseases of women. Philad., 1872 p. 201.—Breisky, Die Krankheiten der Vagina. Stuttgärt, 1879. pp. 120—130.

Сообщенія различныхъ отдѣловъ кишечника, а именно тонкихъ кишекъ и прямой кишки съ половую сферой, принадлежать

\* Berl. Klin. Wochenschr., 1866, № 37.

\*\* Ein Fall von Ureteren-Uterusfistel geheilt durch die Extirpation der Niere. Arch. f. Gynaecol., Bd. XV, p. 214

\*\*\* Nephrectomie wegen Ureteren-Uterusfistel. Arch. f. Gynaecol., Bd. XVII, Hft. 2.

къ относительно рѣдкимъ явленіямъ гинекологической практики; во всякомъ случаѣ, они встрѣчаются несравненно рѣже фистуль мочевыхъ. Особенно рѣдки сообщенія между тонкими кишками и рукавомъ. Для происхожденія ихъ нужно стеченіе особенно неблагоприятныхъ обстоятельствъ. Петля тонкихъ кишекъ должна прилегать къ своду рукава, фиксироваться въ этомъ мѣстѣ какимъ либо воспалительнымъ процессомъ и если при этомъ подѣйствовала производящая причина (прижатіе во время родового акта, перитонитъ, абсцессъ, внематочная беременность), то произойдетъ свищъ, черезъ который сказанная петля тонкихъ кишекъ будетъ сообщаться съ рукавомъ. Но можетъ случиться и такъ, что петля тонкихъ кишекъ сообщается съ рукавомъ не непосредственно, а черезъ матку — *fistula entero-utero-vaginalis*. Такие случаи описаны въ новѣйшее время Simpson'омъ и Schaargau. Сообщенія между тонкими кишками и рукавомъ представляются обыкновенно въ видѣ очень маленькихъ круглыхъ, или продолговатыхъ отверстій.

Фистулы прямой кишки и рукава (*fistulae rectovaginales*) встрѣчаются гораздо чаще описанныхъ выше и представляютъ дефекты ткани, начиная съ горошины и достигая величины отверстій, имѣющихъ въ діаметрѣ съ дюймъ и болѣе. Форма ихъ бываетъ различна, смотря по величинѣ: меньшія фистулы обыкновенно круглаго очертанія; фистулы же побольше чаще имѣютъ продолговатую форму. Разсматриваемые свищи чаще всего встрѣчаются въ нижней трети рукава, поближе ко входу его, причѣмъ они нерѣдко осложняются болѣе или менѣе обширными разрывами промежности; границею между разрывомъ рукава и прямой кишки и промежности служитъ не надорванный жомъ заднего прохода. Относительно свойствъ краевъ этихъ свищей можно сказать, что они не представляютъ никакихъ различій съ тѣмъ, что сказано нами на этотъ счетъ по поводу рукавно-пузырныхъ свищей.

Клиническія явленія будутъ различны, смотря по тому — съ какого рода каловою фистулою мы имѣемъ дѣло. При свищахъ тонкихъ кишекъ, послѣ того, какъ подѣйствовала производящая причина, мы не рѣдко получаемъ картину воспаленія брюшины и иногда при этомъ наблюдаютъ острую боль, тошноту, рвоту, чрезвычайно ускоренный, малый пульсъ, — однимъ словомъ картину, которая можетъ симулировать ущемленіе кишекъ. Послѣ того, какъ бурныя явленія продолжались болѣе и или менѣе долгое время, какъ больная, такъ и окружающіе ее начинаютъ замѣчать, что изъ рукава выдѣляется содержимое кишекъ и такимъ образомъ становится яснымъ, съ чѣмъ имѣютъ дѣло. Но и послѣ образованія фистулы, больныя страдаютъ еще довольно сильно, такъ-какъ воспалительный процессъ, какъ со стороны брюшины, такъ и кишекъ еще продолжается въ большей или меньшей степени; чрезъ рукавъ извергается содержимое тонкихъ кишекъ, которое, раздражая слизистую оболочку его, при-

чинаетъ довольно сильныя боли. Фистулы рукава и прямой кишки характеризуются тѣмъ, что, если онѣ малы, то больная не въ состояніи удерживать кишечныхъ газовъ, которыя прокладываютъ себѣ путь черезъ рукавъ; если же объемъ фистулъ больше, то черезъ рукавъ выходятъ не только газы, но и жидкія и плотныя каловыя массы. Вслѣдствіе частаго прикосновенія этихъ послѣднихъ со слизистою оболочкою рукава, она поражается катарральнымъ воспаленіемъ въ различной степени. При несоблюденіи надлежащей чистоплотности, мы можемъ имѣть дѣло въ этихъ случаяхъ съ крупознымъ или дифтеретическимъ кольпитомъ.

Этіологическіе моменты, вообще говоря, тѣже, что и при фистулахъ мочевыхъ. Если каловыя фистулы встрѣчаются рѣже мочевыхъ, то это зависитъ главнымъ образомъ отъ анатомическихъ особенностей таза, вслѣдствіе которыхъ передней стѣнкѣ его (а слѣдовательно и передней стѣнкѣ рукава) приходится болѣе подвергаться напору подлежащей части, чѣмъ задней стѣнкѣ. Фистулы тонкихъ кишекъ были наблюдаемы при разрывахъ матки и свода рукава, причемъ петли кишекъ выпадаютъ черезъ эти разрывы; выпавшая часть кишки некротизируется и, по отпаденіи ея, остается фистула. Чрезвычайно рѣдкій подобный случай сообщаетъ Кееver: разрывъ матки, выпаденіе черезъ него петли тонкихъ кишекъ въ 4 фута, отпаденіе чрезъ гангрену; больная осталась въ живыхъ и отдѣлалась только фистулою. До извѣстной степени аналогическіе случаи сообщаютъ также Roux и Kiwisch.

Фистулы прямой кишки и рукава, какъ ужъ сказано выше, чаще всего образуются вслѣдствіе различнаго рода травмъ во время родового акта. Кромѣ суженій таза въ этомъ случаѣ очень важную роль играютъ нѣкоторыя неправильности со стороны рукава, какъ-то чрезмѣрная узость его, слабо развитыя складки и пр. Извѣстная часть прямой кишки особенно расположена къ разсматриваемому нами пораженію, это именно, нижній отрѣзокъ ея, соединяющійся съ соотвѣственнымъ мѣстомъ задней стѣнки рукава помощью довольно тонкаго слоя соединительной ткани. Въ верхней части рукава, прободающіе (проникающіе) разрывы, какъ произвольные, такъ и произведенные щипцами и пр., встрѣчаются довольно часто, между тѣмъ я до сихъ поръ не видѣлъ ни одной каловой фистулы въ этомъ мѣстѣ, т. е. въ верхнихъ отдѣлахъ рукава; фактъ этотъ объясняется очень просто, а именно, толстымъ, обильнымъ слоемъ соединительной ткани, служащей, такъ сказать, защитой для верхняго отрѣзка прямой кишки. Наконецъ, мы должны еще упомянуть, какъ о частой причинѣ каловыхъ фистулъ, о нарывахъ, развивающихся въ промежуточной соединительной ткани, между рукавомъ и прямой кишкой, причемъ гной прокладываетъ себѣ путь наружу какъ черезъ рукавъ, такъ и per rectum.

Пересматривая относящіяся сюда старинную литературу, нельзя не убедиться въ томъ, что чаще всего поводомъ къ развитію рукавно-каловыхъ

свищей служит нагноеніе въ соединительной ткани между задней стѣнкой рукава и прямой кишкой. Таковы случаи, описанные *Reppius'o'mъ\**, *Valent. Mott'o'mъ\*\**, *Rhea-Barton'o'mъ\*\*\**, *Fielding'o'mъ\*\*\*\** и др. Наконецъ, *Baker Brown* упоминаетъ объ одномъ случаѣ, въ которомъ фистула развилась вслѣдствіе нагноенія при выѣмчаточной беременности.

Распознаваніе обыкновенныхъ каловыхъ свищей гораздо легче, чѣмъ распознаваніе свищей мочевыхъ, такъ-какъ первые, помѣщаясь довольно близко ко входу въ рукавъ, гораздо болѣе доступны изслѣдованію. Уже упомянутыя выше явленія, а именно — выхожденіе газовъ и каловыхъ массъ *ex sexualib.* до такой степени характерны, что въ діагностическомъ отношеніи рѣчь можетъ только идти о констатированіи извѣстныхъ свойствъ свища, т. е. величины его, состоянія краевъ, формы и пр. Для этой цѣли нужно прибѣгнуть къ *симсовскому* жолобоватому зеркалу, которымъ оттягивается передняя стѣнка рукава, боковыя же стѣнки растягиваются помощью широкихъ шпатель или же подъемниковъ *Simon'a*. Такимъ образомъ свищъ дѣлается совершенно доступнымъ для глаза. Можно также констатировать свищъ такимъ образомъ, что вводятъ въ рукавъ катетеръ, внутренний конецъ котораго проникаетъ *in rectum*, гдѣ онъ ощущается пальцемъ. Если-бы имѣли дѣло со свищемъ очень малыхъ размѣровъ, то въ прямую кишку впрыскиваютъ окрашенную жидкость, которая, понятно, попадетъ въ рукавъ. Этимъ способомъ пользуются также для дифференціального распознаванія ректовагинальнаго свища отъ фистулы тонкихъ кишекъ, такъ-какъ при послѣдней жидкость, впрыснутая въ прямую кишку, не выливается обратно чрезъ рукавъ.

При очень маленькихъ каловыхъ свищахъ можно прибѣгнуть къ слѣдующему приему. Въ прямую кишку вводится мѣдный цилиндръ (горжереть) надлежащей величины. Вытягивая переднюю стѣнку прямой кишки (*resp.* заднюю стѣнку рукава), онъ и самыя маленькія фистулы дѣлаетъ очень легко доступными для глаза. Въ одномъ случаѣ приемъ этотъ очень значительно облегчилъ сшиваніе подобной фистулы.

Предсказаніе при рассматриваемыхъ фистулахъ вообще гораздо благопріятнѣе, чѣмъ при свищахъ мочевыхъ. Изъ этого исключаются только свищи тонкихъ кишекъ, такъ-какъ при нихъ иногда большія умираютъ или отъ перитонита, сопровождающаго развитіе этихъ свищей, или же развивающагося послѣ операціи (вслѣдствіе близости ихъ къ брюшинѣ) или же, наконецъ, дѣло можетъ окончиться смертельнымъ исходомъ вслѣдствіе истощенія силъ (изнурительная лихорадка, глубокія расстройства пищеваренія, а слѣдов. и питанія). Но такъ-какъ фистулы эти, какъ уже сказано выше, встрѣчаются весьма рѣдко, то собственно и нельзя ихъ принимать въ расчетъ въ этомъ случаѣ. Благопріятность предсказанія обусловливается нѣсколь-

\* *Zeitschr. d. gesam. Medic. v. Fricke u. Oppenheim. 1840, Bd. XVI. II. 3.*

\*\* *Gaz. médic. de Paris, 1841. № 18.*

\*\*\* *Zeitschr. d. ges. Medic., 1842, Bd. XIV, April.*

\*\*\*\* *London. medic. Gaz., 1836, Apr.*

кими обстоятельствами. Начать съ того, что произвольное исцѣленіе каловыхъ фистулъ, притомъ не только маленькихъ, но и довольно большихъ размѣровъ, было наблюдаемо довольно часто. Не говоря уже о случаяхъ, упоминаемыхъ старинными авторами (Ruysch и др.), подобные случаи, вполне достовѣрные, приводятъ Deschamps \*, Caruron \*\* Velpeau \*\*\* Kiwisch, Winckel и др. Особенно интересенъ цитируемый всѣми случай, принадлежащій доктору Philippe'y \*\*\*\*: фистула ректовагинальная была такъ велика, что лучшіе парижскіе хирурги отчаявались въ возможности успѣшнаго исхода операціи и потому не рѣшались приступать къ ней; между тѣмъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, во время которыхъ больная, по совѣту Philippe'a, соблюдала боковое положеніе и дѣлала очищающія впрыскиванія, дѣло кончилось полнымъ зарращеніемъ свища. Второе обстоятельство, дѣлающее предсказаніе благоприятнымъ, состоитъ въ томъ, что больныя при разсматриваемыхъ свищахъ страдаютъ, относительно, несравненно меньше, чѣмъ при фистулахъ мочевыхъ. вслѣдствіе того, что каловыя массы извергаются чрезъ рукавъ не непрерывно и что, наконецъ, при соблюденіи извѣстной діеты и спокойнаго положенія можно ограничить изверженіе каловыхъ массъ per sexualia въ очень значительной степени. Наконецъ, самое важное обстоятельство, которое должно принимать здѣсь въ соображеніе, это то, что оперативныя пособія въ этомъ случаѣ не представляютъ особенныхъ затрудненій вслѣдствіе благоприятныхъ анатомическихъ условій этихъ свищей.

Леченіе. Имѣя въ виду вышесказанныя условія происхожденія разсматриваемыхъ свищей, необходимо принимать профилактическія мѣры съ цѣлью предупрежденія ихъ. Не говоря объ извѣстныхъ, чисто акушерскихъ мѣрахъ, мы имѣемъ главнымъ образомъ здѣсь въ виду тѣ средства, которыя приложимы по окончаніи родового акта. Если поэтому мы имѣемъ дѣло съ разрывомъ рукава, какой бы онъ глубины ни былъ, мы должны стараться содѣйствовать возможно скорому заживленію его, чтобы не дать развиться нагноенію, могущему сообщиться передней стѣнкѣ прямой кишки. Съ этою цѣлью мы въ началѣ (въ періодѣ воспалительномъ) назначаемъ частые тепловатыя души изъ простой воды или слизистыхъ отваровъ и раза 2 въ день прикладываемъ къ разрыву корпейные бурдонеты, пропитанные глицериномъ; по прошествіи нѣкотораго времени, когда воспалительныя явленія начинаютъ проходить, глицеринъ замѣняютъ растворомъ азотно-кислаго серебра, полуторо-хлористымъ желѣзомъ, ароматическимъ виномъ и пр. На основаніи подобной же предо-

\* Colombat, Op. cit., T. II, p. 568.

\*\* Op. cit., p. 411.

\*\*\* Médecine Oper., v. 4, d. 452.

\*\*\*\* У Fabre'a, Op. cit., p. 190.

сторожности, мы стараемся, какъ можно раньше (т. е. скорѣе), вскрывать нарывы, развивающіеся въ соединительной ткани между влагалищемъ и прямою кишкой.

Если же фистула ужъ произошла, то и здѣсь болѣе всего успѣха можно ожидать отъ прижиганія и сшиванія свища.

Прижиганіе особенно умѣстно при фистулахъ небольшихъ. Дѣлается оно, какъ мы видѣли уже выше, азотно-кислымъ серебромъ и каленымъ желѣзомъ. Dieffenbach соединялъ тотъ и другой способъ вмѣстѣ такимъ образомъ, что прижигалъ сначала фистулезное отверстіе со стороны прямой кишки азотно-кислымъ серебромъ, затѣмъ на другой день прижигалъ фистулу со стороны рукава каленымъ желѣзомъ.

Сшиваніе каловыхъ свищей производится на основаніи вышеизложенныхъ началъ и притомъ какъ можно скорѣе послѣ родовъ, чтобы не дать свящу принять большіе размѣры; Kivisch совѣтуетъ даже приступать къ наложенію швовъ непосредственно послѣ родовъ. Швы накладываются обыкновенно со стороны рукава, или же, какъ поступалъ иногда Simon, со стороны прямой кишки. При послѣдовательномъ леченіи стараются вызвать запоръ на низъ помощью препаратовъ опія; если же это не удастся, то стараются сдѣлать испражненія жидкими, давая слабительныя, какъ-то: клецевинное масло, среднія соли и пр. Швы снимаются между 6—8 днемъ.

Фистулы маточно-кишечныя чрезвычайно трудно доступны и если бы мы имѣли съ ними дѣло, то можно поступить по плану Simpson'a, а именно фистулу дѣлають доступною тѣмъ, что помощью губокъ расширяють цервикальный каналъ и затѣмъ прижигаютъ свищъ азотно-кислымъ серебромъ.

Если дѣло идетъ о небольшихъ каловыхъ свищахъ, сидящихъ очень низко и не уступающихъ прижигающимъ средствамъ, то разрѣзають ихъ до сфинктера, или же, если это оказывается нужнымъ, то разрѣзають и сфинктеръ, превращая такимъ образомъ фистулу въ обыкновенную рану, которую лечатъ на основаніи общихъ правилъ хирургіи. Разрѣзываніе фистулы можетъ быть произведено также помощью серебрянной лигатуры, которую затягиваютъ каждый день все болѣе и болѣе до тѣхъ поръ, пока фистулезное отверстіе не будетъ перерѣзано. Dieffenbach возставалъ противъ этого способа, аналогическаго съ тѣмъ, что дѣлается при обыкновенныхъ свищахъ задняго прохода, Liston еще предлагаетъ разрѣзать sphincter ani, съ одной или обѣихъ сторонъ. Въ послѣднее время проф. Taylor \*, въ Нью-Йоркѣ, прибѣгалъ съ большимъ успѣхомъ къ этому способу, который по словамъ его, прежде приносилъ большую пользу въ рукахъ Rhea-Barton'a, въ Филадельфіи.

Для устраненія каловыхъ фистулъ предлагаемы были различные снаряды, помощью которыхъ свищъ прижимается въ боль-

\* Gaillard Thomas, Op. cit., p. 204.

шей или меньшей степени; кромѣ этого, снаряды эти закрываютъ свищевое отверстіе и мѣшаютъ прониканію въ него каловыхъ массъ. Изъ снарядовъ такихъ извѣстны въ особенности тѣ, которые были предложены Cullerier старшимъ и Nélaton'омъ. Послѣдній изъ нихъ состоитъ изъ двухъ пластинокъ изъ слоновой кости, снабженныхъ отверстіями на концахъ и которыя вшиваются со стороны прямой кишки и рукава; снарядъ Cullerier состоитъ также изъ двухъ пластинокъ, вводимыхъ въ прямую кишку и въ рукавъ и сближаемыхъ между собою помощью винта.

Мы ужъ упоминали выше о томъ, что предсказаніе весьма неблагоприятно при рукавно-кишечныхъ свищахъ, т. е. при сообщеніяхъ между рукавомъ (сводомъ его) и одною изъ петель тонкихъ кишекъ. Въ одномъ подобномъ случаѣ Коухъ \*, желая спасти больную, которая видимо клонилась къ фатальной развязкѣ, вследствие глубокаго разстройства питанія, рѣшился на отчаянную операцію (сдѣлавъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ и брюшины, онъ захватилъ петлю, которая, какъ ему казалось, сообщалась съ рукавомъ посредствомъ фистулезнаго отверстія, вырѣзалъ ее прочь и затѣмъ спилъ оба конца кишки (entérogastria). Къ несчастію, была вырѣзана здоровая часть кишки, больная слѣдовательно осталась съ фистулою и она кромѣ того вскорѣ умерла. Случай этотъ надбавлялъ въ то время много шума въ литературѣ. Въ одномъ случаѣ, описанномъ недавно Demarquai, онъ не рѣшился за какую-бы то ни было операцію и ограничился тѣмъ, что придумалъ для большой приемнивь для экскрементовъ.

Кромѣ вышеописанныхъ видовъ свищей встрѣчаются еще нѣкоторые другіе, которые не лишены практическаго значенія. Сюда въ особенности должно отнести фистулы брюшино-вагинальныя (f. peritoneo-vaginales), причемъ полость брюшины сообщается съ рукавомъ. Онѣ могутъ сдѣлаться опасными, если достигаютъ такой величины, что чрезъ нихъ можетъ опуститься кишечная петля. Такъ-какъ онѣ случаются тотчасъ послѣ родовъ, то при спокойномъ положеніи больной, онѣ зарастаютъ, относительно, скоро, или же больныя умираютъ отъ послѣдствій этого травматизма (перитонитъ). Фистулы рукава и задней промежности (f. perineo-vaginales) чаще всего происходятъ тогда, когда разорванная промежность зарастаетъ ненадлежащимъ образомъ и надъ сфинктеромъ прямой кишки остается небольшое отверстіе. Мы довольно часто имѣли дѣло съ этого рода свищами въ акушерской практикѣ и устраняли ихъ безъ всякаго труда соблюдениемъ чистоплотности и частыми прижиганіями азотно-кислымъ серебромъ. Неполныя (слѣпая) фистулы рукава встрѣчаются въ различныхъ мѣстахъ его и обязаны своимъ происхожденіемъ нарывамъ въ полости таза, а также различнаго рода травмамъ во время родового акта. Этого рода нарушенія цѣлости рукава заживаютъ обыкновенно очень легко. Серьезное значеніе они получаютъ лишь тогда, когда они сидятъ близко къ своду, потому что могутъ подать поводъ къ гнойнымъ затекамъ. Если-бы они долго не заживали, то нужно расширить ихъ помощью губокъ или же разрѣзаютъ свищъ и затѣмъ рану смазываютъ йодною настойкою, ляписомъ и пр. съ цѣлью ускорить рубцованіе.

\* Fabre, Op. cit., p. 200.



## ГЛАВА XVII.

### Новообразованія рукава.

#### 1. Полипы и фибромы.

Изъ новообразованій, состоящихъ существенно изъ соединительной ткани, мы упомянемъ о полипахъ и фибромахъ.

Вообще говоря, новообразованія рукава, какой бы сущности они ни были, принадлежать къ довольно рѣдкимъ явленіямъ въ гинекологической практикѣ. Въ то время, какъ матку съ какою-то особенною любовью поражаютъ новообразованія самаго разнообразнаго свойства, рукавъ они какъ бы падаютъ. Мало того, тѣ или другія новообразованія, поразивши матку, скорѣе переходятъ на сосѣдніе органы, какъ-то: пузырь и прямую кишку, чѣмъ на рукавъ. Впрочемъ, мы этого вопроса коснемся еще въ главѣ о новообразованіяхъ матки; здѣсь же разсмотримъ только тѣ новообразованія рукава, которыя, если не имѣютъ особеннаго клиническаго значенія, то не лишены до извѣстной степени анатомо-патологическаго интереса.

Библиографія.—Полипы: Walter, Annotationes acad. etc. Berol., 1786. De polypis. § 35. Nissen, Dissertatio de polypis uteri et vaginae. Göttingæ, 1789.—Pelletan, Clin. Chirurgic., T. I, p. 217.—Rampold, Würtemb. Corresp. Bl., 1835, V. 8.—Kramer, Ueber Condylome und Warzen. Göttingen, 1847.—Kiwisch, Klin. Vorträge, Bd. 545.—Traetzl, Wiener. med. Zeit., 1863. № 30.—M. Klintock, Clinic. Memoirs. etc., p. 201.—Jacobs, Zwei Fälle von grossen gestielten Scheidenpolypen. Monatschr. f. Geburtsk. 1869, p. 468.—Hoenig, Berliner klin. Wochenschr., 1869 № 6.—Jacobs, Ibid., 1869 № 25.—Byrne, Dubl. quart. Journ. 1871, May, p. 504.—Фибромы: R. Lee, On tumours of the uter. etc. Lond., 1867.—C. Mayer, Verhandlungen der Gesellsch. f. Geburtsh. Berl., 1851, VI. — Huguier, Mém. de l'acad. de médecine, XIV.—Thibièrge, Arch. génér. de méd. 1856, Mai.—Letenneur, Gaz. des. hôp., 1860, № 83.—Rokitansky, Lehrb. d. pathologischen Anat., Bd. p. III, 518.—Ollivier, Gaz. des. hôp., 1862, № 95.—Klob, Op. citat., p. 427.—Greene, Brit. med. Journ., 1870, 14 May. — R. Barnes, Lond. Obstetric. Transac., v. XIV, p. 309. — Нейгебауеръ, Prag. Vierteljahrschr., Bd. 134, p. 59.

а) Ограниченныя гиперплазии слизистой оболочки рукава — слизистые полипы, если встрѣчаются, то всегда изолированными и, по замѣчанію Kiwisch'a, группы полиповъ, описанныя въ рукавѣ, относятся, вѣроятно, къ новообразованіямъ совершенно другаго

рода, напр. теленгіектазіямъ, или же кондиломамъ и т. д. Слизистые полипы чаще всего развиваются на задней стѣнкѣ рукава, рѣдко достигаютъ сколько-нибудь значительной величины и имѣютъ обыкновенно продолговатую (клиновидную или грушевидную) форму. Мы до сихъ поръ наблюдали всего два случая слизистыхъ полиповъ рукава. Оба они наблюдаемы были у субъектовъ, приближавшихся къ климактерическому возрасту. Одинъ изъ нихъ, величиною съ небольшую вишню, сидѣлъ на границѣ верхней трети рукава и прикрѣплялся очень короткою ножкой. Другой, болѣе продолговатой формы, прикрѣплялся нѣсколько ближе ко входу въ рукавъ, сидѣлъ также на задней стѣнкѣ и имѣлъ гораздо болѣе длинную ножку.

Клиническая картина, обусловливаемая этими новообразованиями, будетъ существенно зависѣть отъ мѣста прикрѣпленія и величины ихъ. Вообще же они тогда только начинаютъ беспокоить больныхъ, когда они достигли порядочной величины; тогда больныя жалуются на неприятное ощущение выпирания чего то изъ рукава; къ этому присоединяется усиленное слезотеченіе изъ родовыхъ путей и болѣзненное, неприятное ощущение *sub coitu*, послѣ котораго, вслѣдствіе претерпѣваемаго полипомъ механическаго инсульта, иногда появляется кровотеченіе. Если полипъ порядочной величины выходитъ изъ передней стѣнки рукава, то онъ вызываетъ учащенный позывъ, а иногда и болѣзненное мочеиспусканіе. Въ вышеприведенныхъ двухъ случаяхъ, которые пришлось намъ наблюдать, больныя почти вовсе не жаловались на кровотеченіе. Что же касается усиленнаго слезотеченія *ex sexualibus*, то, изъ анамнеза видно было, что оно было сильнѣе въ началѣ, чѣмъ въ послѣдствіи.

Распознать подобные полипы совершенно легко, такъ какъ они такъ легко доступны. При поверхностномъ изслѣдованіи ихъ можно было бы смѣшать съ кондиломами; но послѣдніе обыкновенно отличаются болѣе блѣднымъ цвѣтомъ, а главное же тѣмъ, что при этомъ можно обыкновенно открыть ихъ и на другихъ мѣстахъ.

Въ терапевтическомъ отношеніи новообразованія эти тоже не могутъ представлять никакихъ затрудненій, такъ-какъ къ удаленію ихъ можно приступать, какъ скоро они констатированы. Что касается техническихъ приемовъ, служащихъ для этой цѣли, то, принимая въ соображеніе незначительность ихъ величины, чаще всего можно будетъ приложить въ этомъ случаѣ въ рѣзываніе (*excisio*). Относительно подробностей см. главу о полипахъ матки.

б) Фиброзные полипы, исходящіе непосредственно изъ стѣнокъ рукава, принадлежатъ къ такимъ исключительнымъ рѣдкостямъ, что ихъ можно скорѣе считать анатомико-патологическимъ курьезомъ, чѣмъ объектомъ клиническимъ. Фиброзный полипъ величиною съ куриное яйцо и исходившій изъ правой боковой стѣнки рукава, описываемый Scanzoni, по словамъ

Klob'a, должно считать единственнымъ (unicum), до сихъ поръ извѣстнымъ въ литературѣ. Субъектъ, о которомъ идетъ дѣло, въ теченіе полутора лѣтъ страдалъ то кровянистымъ, то слизистымъ истеченіемъ изъ родовыхъ путей, которое прекратилось только по удаленіи сказаннаго новообразованія.

с) Фибромы въ собственномъ смыслѣ, т. е. фиброміомы, которыя исходили бы прямо изъ стѣнокъ рукава, составляютъ также большую рѣдкость. По мнѣнію Kiwisch'a, встрѣчающіяся въ рукавѣ этого рода новообразованія исходятъ собственно изъ матки и распространяются только при дальнѣйшемъ развитіи ихъ на рукавъ. Въ литературѣ однако извѣстно нѣсколько случаевъ, гдѣ фиброміомы исходили изъ стѣнокъ рукава совершенно независимо отъ матки. Таковъ напр. случай Grenber'a, цитируемый самимъ Kiwisch'емъ и гдѣ дѣло шло о громадномъ міомѣ, вѣсившемъ 10 фунтовъ и 5 лотовъ и прикрѣпившемся тонкою ножкою недалеко отъ входа въ рукавъ. Вообще эти новообразованія развиваются какъ подъ слизистымъ покровомъ рукава, такъ и въ соединительной ткани; наконецъ они могутъ исходить изъ мышечнаго слоя рукава. Откуда бы они ни развивались, они чрезвычайно рѣдко достигаютъ такой величины, чтобы вызывали какія либо серьезныя клиническія явленія. Это могло бы имѣть мѣсто лишь въ такомъ случаѣ, если бы міомъ, развившійся въ стѣнкѣ рукава (обыкновенно они исходятъ изъ задней стѣнки), достигъ такой величины, что произвелъ бы значительное давленіе на сосѣдніе органы, напр. на прямую кишку. При подобныхъ условіяхъ нужно было бы приступить къ вылуциванію новообразованія, что едва ли могло бы представить серьезныя затрудненія, вслѣдствіе того, что фибромы находятся обыкновенно не въ очень тѣсной связи съ почвою, на которой они развиваются.

## 2. Кисты рукава.

Библиографія: Hening, Edmb. medic. and. surgic. Journ. 1831, vol. XXXV, p. 106.—Pauly, Gaz. med. de Paris, 1834, № 52.—Bois de Loury, Révue médic. de Paris 1846, Decembre.—Lebert., physiol. Patholog. 1845, v. II, p. 57.—Huguier, Gaz. méd. de Paris, 1846, №№ 14—37. Онъ же, въ Journ. des connais. méd. chirurg. 1852, №№ 4—6. Fischer, Preus. vereins. Zeit. 1851, № 31.—Bärensprung, Annal. der Charité. 1855, VI.—Nélaton, Moniteur des hôp., 1857, № 76.—Ladrait de la Charrière, Arch. gén. de méd. 1858, Mai.—Job. de Lamballe, Gaz. des hôp., 1862, № 94.—Saxinger, aus Prof. Seyferts Klin. zu Prag. Spitalzeit. 1863, № 39.—M. Clintock, Clinic. memoirs etc., p. 203.—Klob, Op. cit., p. 430.—Winckel, Ueber die Cysten der Scheide, ins besondere ueber eine bei Schwangeren vorkommende Colpohyperplasia cystica. Arch. f. Gynaecologie 1871, Bd. II, p. 383.—Kaltenbach. Zusammengesetzte Cyste der Scheide. Arch. f. Gynaecol., 1872, Bd. V, p. 138.—Preuschen, Virchow's Arch., Bd. 70, p. 3.—Eustache, Arch. de Tocologie, 1878, p 191.

Кисты рукава до такой степени рѣдки, что многіе гинекологи ни разу не наблюдали ихъ. Winckel во всей литературѣ могъ собрать всего 35 относящихся сюда случаевъ. Если онѣ развива-

ются въ самихъ стѣнкахъ рукава, то онѣ очень малы, съ горошину величиною и рѣдко достигаютъ величины куриного яйца (Pauly). Содержимое ихъ составляетъ обыкновенно свѣтлая, серозная, рѣже мутная кровянистая жидкость. При микрографическомъ изслѣдованіи въ немъ находили эпителий, гранулезныя клѣтки (Lebert), гной и жиръ. Vagensprung въ своихъ случаяхъ вовсе не нашелъ никакихъ клѣточныхъ элементовъ. Внутренняя поверхность ихъ обыкновенно гладка и выстлана плоскимъ эпителиемъ. Кромѣ кистъ, развивающихся собственно въ стѣнкахъ рукава, нѣсколько чаще наблюдаются кисты, исходящія изъ перивагинальной клѣтчатки. Этіологія разсматриваемыхъ новообразованій до сихъ поръ совершенно не выяснена. Huguier ставитъ развитіе ихъ въ тѣсную зависимость отъ родового акта. Кисты рукава однако были наблюдаемы не только у женщинъ не рожавшихъ, но даже у субъектовъ не дефлорированныхъ (Vernueil, Küchenmeister). По мнѣнію Veita, новообразованія эти, быть можетъ, развиваются изъ Вольфовыхъ тѣлъ (?). Въ клиническомъ отношеніи нужно замѣтить, что кисты рукава, достигнувши величины голубиного яйца, причиняютъ иногда весьма непріятное ощущеніе, доходящее нерѣдко до болѣзненности *sub coitu*. Въ одномъ случаѣ, который мы наблюдали въ самомъ началѣ нашей практической дѣятельности, больная, вслѣдствіе этого, настойчиво требовала удаленія кисты. Последняя помѣщалась около двухъ поперечныхъ пальцевъ отъ входа въ рукавъ, сидѣла съ правой стороны, была нѣсколько болѣе голубиного яйца и имѣла продолговато-круглую форму. Попытки къ введенію фергуссонскаго зеркала были настолько болѣзненны, что нужно было отказаться отъ нихъ. Больная увѣряла, что нѣсколько времени послѣ каждаго менструальнаго періода непріятное ощущеніе тяжести въ рукавѣ усиливается. Мы поступили въ этомъ случаѣ точно такимъ же образомъ, какъ сказано выше при кистахъ большихъ губъ, т. е. разрѣзали кисту приблизительно на  $\frac{1}{3}$  ея длинника и прижгли внутреннюю поверхность ея азотно-кислымъ серебромъ; больная въ теченіе нѣсколькихъ дней оставалась въ постели и дѣлала 3 раза въ день холодные души. Въ продолженіи нѣсколькихъ недѣль, которыя больная оставалась подъ нашимъ наблюденіемъ, мы могли констатировать совершенное выздоровленіе ея. Мы думаемъ, поэтому, что во всѣхъ подобныхъ случаяхъ едва ли придется отступать отъ вышесказаннаго плана леченія. На экстирпацію кисты можно было бы рѣшиться только тамъ, гдѣ бы имѣли дѣло съ кистами болѣе значительныхъ размѣровъ и притомъ съ довольно толстыми стѣнками.

Winkel въ вышеприведенной статьѣ своей раздѣляетъ всѣ кисты рукава на три категоріи: а) *cystides mucosae*, развивающіяся изъ открытыхъ или слѣпыхъ фолликуловъ слизистой оболочки б) кисты интерстиціальныя, помѣщающіяся въ подслизистомъ, или фибромускулярномъ слоеѣ и, наконецъ, с) кисты субсерозныя, лежащія въ перивагинальной соединительной ткани, подъ брюшиной, между рукавомъ и прямой кишкой. Кромѣ

того, онъ описалъ еще особенный видъ кистъ рукава, развивающихся преимуществ. у беременных и сидящихъ группами. Состояніе это онъ назвалъ *Colpohyperplasia cystica*.

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ мы имѣли въ нашей клиникѣ дѣло съ кистою рукава очень большихъ размѣровъ, представлявшей большой интересъ въ диагностическомъ отношеніи. Какъ этотъ случай, такъ и вообще вопросъ о кистахъ рукава очень тщательно и подробно описаны однимъ изъ нашихъ учениковъ, докторъ Чудовскимъ, въ статьѣ его: къ ученію о кистахъ рукава. Врачъ, 1879.—

### 3. Карциномъ.

Библиографія: Boivin et Dugès, *Traité prat. des maladies de l'uter. etc.* T. II, p. 615.—Meissner, *Ueber schwammige Auswüchse der weiblich. Geschlechtsorgane.* Leipz., 1835.—Lonnié Moret, *Arch. gén. de médecine.* 1835, Fevrier.—Kiwisch, *Oester. med. Jahrb.*, 1844, März, p. 338.—Dittrich, *Prag. Vierteljahrsschrift*, 1848, 3.—Nélaton, *Gaz. des hôp.* 1850, № 19.—C. Mayer, *Verhandlungen der Geburtshülfe.* Bd. IV, p. 142.—Rokitansky, *Lehrb. der pathol. Anatomie*, III, p. 518.—Martin, *Verhandlung der Ges. f. Geburtsk.* Berlin, 1861, XIII, p. 5.—Klob, *op. cit.*, p. 431.—Baldwin, *Philadelphia Medic. Times*, 1870, Dec. 15.—Goodell, *Bost. Gynaecol. Journ.*, v. VI, p. 383.—Eppinger, *Prag. Vierteljahrsschr.*, 1872, Bd. II, p. 9.—Parry *Philad. med. Journ.*, 1873, Febr. Küstner, *Arch. f. Gynaecol.*, Bd. IX, p. 279.—

Если карциномъ развивается въ рукавѣ самостоятельно, помимо того же новообразования въ маткѣ, онъ представляется въ видѣ расфѣянныхъ, бѣлесовато-красныхъ островковъ, которые, сливаясь вмѣстѣ, образуютъ комки мягкой консистенціи, весьма легко кровотокація. Развиваясь все болѣе и болѣе, канкроидныя массы могутъ охватить большую часть рукава. Карциномъ рукава въ самостоятельной формѣ обыкновенно занимаетъ верхнюю половину его; если имѣемъ дѣло съ твердымъ видомъ (фиброзный карциномъ), то получаютъ отдѣльные большіе или меньшіе бугры, которые, разрастаясь, весьма сильно суживаютъ просвѣтъ рукава; медуллярный карциномъ даетъ обыкновенно очень обширныя инфильтраціи, которыя выполняютъ рукавъ такими большими массами, что иногда нѣтъ возможности ориентироваться относительно матки.

Припадки, относительно, еще гораздо тяжелѣе, чѣмъ при карциномѣ матки, по крайней мѣрѣ въ первые періоды его. Раковые массы, разрастаясь и все болѣе и болѣе инфильтрируя стѣнки рукава, сначала фиксируютъ его, дѣлаютъ его совершенно неподвижнымъ въ тазу и затѣмъ прижимаютъ близлежащіе органы, именно—мочевой пузырь и прямую кишку, такъ что, кромѣ приступовъ невыносимыхъ болей, больныя очень сильно страдаютъ отъ механическихъ запоровъ и болѣзненности при мочеиспусканіи. Обильный ихорозный секретъ производитъ эритемы наружныхъ половыхъ частей и внутренней поверхности бедеръ, что еще болѣе увеличиваетъ страданія больныхъ. Картина эта обыкновенно заканчивается смертію не только вслѣдствіе причинъ, общихъ всѣмъ карциномамъ, но также вслѣдствіе распространенія процесса на пузырь и сводъ рукава и возможнаго прободенія ихъ.

Въ видѣнныхъ мною до сихъ поръ нѣсколькихъ случаяхъ самостоятельнаго карцинома рукава мы могли убѣдиться въ томъ, что спирание рукава, по мѣрѣ разрастанія новообразованія, составляетъ самый выдающійся припадокъ. Послѣ этого мы должны упомянуть о сжатии прямой кишки. Къ этому присоединяются еще довольно мучительные припадки со стороны расширенія венъ въ кишкѣ. Всѣ наши больныя были далеко старше того возраста, когда обыкновенно имѣютъ дѣло съ карциномомъ матки; на основаніи этого нельзя не допустить, что самостоятельныя раковыя новообразованія развиваются въ рукавѣ только у очень старыхъ субъектовъ. Въ послѣдніе три года, впрочемъ, мы наблюдали два случая самостоятельнаго карцинома рукава у субъектовъ, изъ которыхъ одному было 30, а другому 36 лѣтъ отъ роду. Въ обоихъ этихъ случаяхъ процессъ протекалъ очень скоро.

Предсказаніе, вслѣдствіе всего вышесказаннаго, абсолютно неблагоприятно, несравненно хуже, чѣмъ при карциномѣ другихъ органовъ, напр. матки, или грудной железы, тѣмъ болѣе, что здѣсь нельзя и думать о какомъ бы то ни было удачномъ оперативномъ пособіи. Вся дѣятельность врача въ этихъ случаяхъ, слѣдовательно, должна ограничиваться только облегченіемъ до известной степени страданій больныхъ, наркотизируя ихъ во время болей (морфій въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній, опіатные препараты въ суппозиторіяхъ и пр.) и заботясь о томъ, чтобы ихорозный секретъ не застаивался въ рукавѣ; для этой цѣли мы назначаемъ частые слизистые души съ опіатною настойкой, а также впрыскиванія изъ простой воды, къ которой прибавляемъ вяжущія (sulph. zivci, таннинъ, perchlor. fer и проч.) и дезинфицирующія вещества (kali hypermang., ac. carbol., глицеринъ и пр.).

Въ послѣднее время Sch roe der \* въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ карциномъ еще не проникаетъ слишкомъ глубоко, совѣтуетъ прибѣгать къ оперативному удаленію всего того, что поражено ракомъ. Съ этою цѣлью, отступая на 1 центим. отъ новообразованія, обрѣзаютъ его кругомъ и, начиная сверху (т. е. со стороны свода), удаляютъ все, что возможно. Затѣмъ рану шиваютъ и вводятъ дренажную трубку для того, чтобы секретъ не скоплялся между прямой кишкою, рукавомъ и дугласовымъ пространствомъ.

Что касается саркомовъ рукава, то на нихъ стали обращать вниманіе только въ послѣдніе годы, когда начали много толковать о саркомахъ матки. Мы ни разу до сихъ поръ не наблюдали ни одного случая, въ которомъ бы саркомъ развился въ рукавѣ самостоятельно. На довольно значительное число саркомовъ матки мы всего одинъ разъ наблюдали переходъ новообразованія на стѣнки рукава. Мы еще возвратимся къ этому вопросу въ главѣ о саркомахъ матки \*\*. Въ одномъ случаѣ, который мы недавно наблюдали въ клиникѣ, саркомъ, исходившій изъ передней губы зѣва, перешелъ на переднюю стѣнку рукава и образовалъ нѣчто въ родѣ длиннаго

\* Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaecol., Bd. III, p. 423.

\*\* См. Spiegelberg, Zu den Sarcomen des Uterus und der Scheide, Archiv f. Gynaecologie, 1873, p. 344.

вала, не достигавшаго на 1 поп. палець до входа рукава. Препаратъ этотъ хранится въ кабинетѣ нашей клиники. Саркомъ поражаетъ рукавъ въ тѣхъ же двухъ формахъ, какъ и матку, т. е. въ видѣ разлитой инфильтраціи, или же въ видѣ рѣзко ограниченныхъ опухолей. Кромѣ статьи Spiegelberg'a, см. также: Meadows, Lond. Obstetric. Transact., v. 10, p. 141.—Smith, Amer. Journ. of Obstetr., v. III, p. 670.—Saenger, Arch. f. Gynaecol., B. XVI, p. 58.—Ahlfeld, Arch. f. Gynaecol., B. XVI, p. 135.

#### 4. Бугорчатка рукава.

Она встрѣчается до такой степени рѣдко, что составляетъ настоящій анатомико-патологическій curiosum. Въ случаѣ описываемомъ Virchow'омъ у субъекта, у котораго констатировано было обширное туберкулезное поражение мочевыхъ органовъ, онъ нашель въ рукавѣ бугорки, сидѣвшіе сгруппированными въ различныхъ мѣстахъ рукава, особенно же въ верхней трети его и въ сводѣ. Другой случай бугорчатки рукава описывается Klob'омъ. Мы, ради полноты, вкратцѣ упомянемъ здѣсь объ этомъ вопросѣ и возвратимся еще разъ къ нему въ патологіи матки, такъ какъ предметъ этотъ въ послѣднее время получилъ особенный не только анатомо-патологическій, но и положительный клинический интересъ, благодаря изслѣдованіямъ Lebert'a.

## Патологія матки.

### ГЛАВА XVIII.

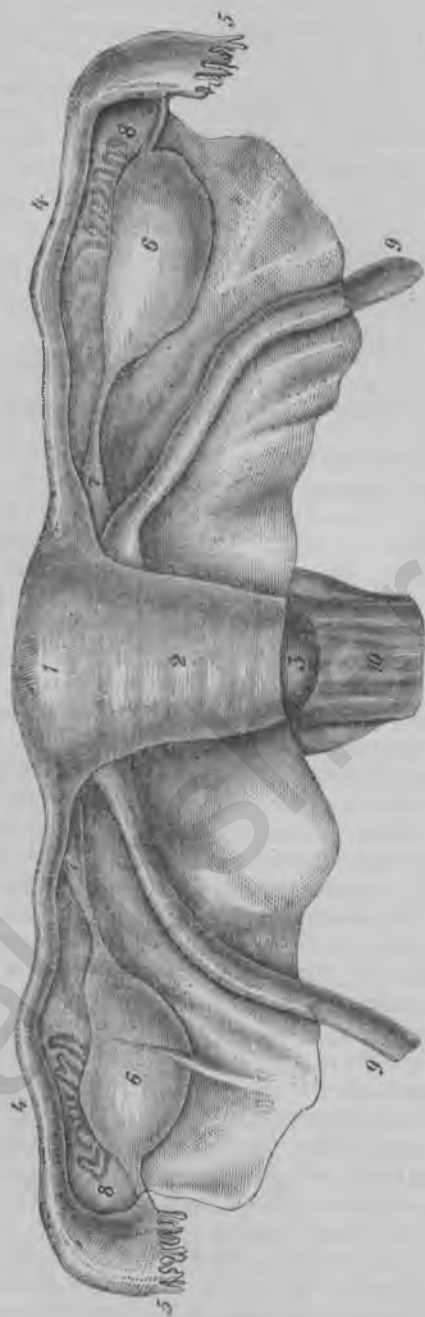
#### *Анатомо-фізіологіческія замѣчанія о маткѣ.*

Хотя матка въ отношеніи фізіологическомъ и не имѣетъ того значенія, какое приписывали ей старинные врачи (*propter uterum solummodo mulier est*), тѣмъ не менѣе въ отношеніи патологическомъ матка играетъ столь важную роль въ женской половой сферѣ, что считаемъ необходимымъ коснуться здѣсь болѣе подробно какъ анатомическихъ, такъ и фізіологическихъ отношеній этого органа. Для яснаго уразумѣнія очень многихъ относящихся сюда патологическихъ фактовъ ясное понятіе объ этихъ отношеніяхъ положительно необходимо.

Матка по анатомическому положенію своему, можетъ быть разсматриваема какъ центръ женской половой сферы. Она представляетъ, какъ извѣстно, такой органъ, который по формѣ своей прежде сравнивали, да и теперь многіе сравниваютъ съ грушей. Нужно только разъ посмотреть на матку, чтобы убѣдиться въ томъ, что сравненіе это придумано весьма неудачно. Мы увидимъ ниже, что по формѣ и очертанію своему матка въ различные періоды своего развитія до наступленія половой зрѣлости не имѣетъ ничего общаго съ грушей; у женщины же, у которой половая сфера находится на высотѣ своей фізіологической дѣятельности, это имѣетъ мѣсто только въ извѣстную опредѣленную эпоху. Вообще же матка имѣетъ форму усѣченнаго конуса, обращеннаго тонкимъ концемъ внизъ; во время беременности форма эта измѣняется въ яйцевидную и въ родильномъ состояніи только она до нѣкоторой степени напоминаетъ грушу. Gallard совершенно справедливо замѣчаетъ, что если въ это время матка по формѣ своей напоминаетъ нѣсколько грушу, то ее можно сравнивать только съ сушеною грушей, сплюснутой въ передне-заднемъ (прямомъ) размѣрѣ (*poire tarée*).

Вѣсъ матки очень различенъ, смотря по возрасту и тому фізіологическому состоянію, въ которомъ въ данный моментъ находится женщина. Вѣсъ матки у нерожавшихъ положительно меньше, чѣмъ у тѣхъ, которыя рожали. По Serreую вѣсъ этотъ колеблется между 32—55 грам.; средній вѣсъ=42 грам.





Фиг. 15.

Фиг. 15 представляет матку въ связи съ другими частями половой сферы: 1—дно; 2—тѣло; 3—влагалищная часть; 4—фаллопиевы трубы; 5—брюхообразные концы фалл. трубы; 6—личинки; 7—яичниковыя связки; 8—Ragovalig; 9—круглая маточная связка; 10—рукавь.

Относительно вѣса матки въ различные возрасты J. Reid \* представилъ весьма интересныя данныя, основанныя на значительномъ числѣ изслѣдованій:

У женщинъ отъ 16—20 л.	матка вѣс.	1 унц.	5 др.
» » » 20—25 » » »	»	2 »	10 »
» » » 30—40 » » »	»	2 »	12 <sup>2</sup> / <sub>3</sub> »
» » » 40—50 » » »	»	3 »	» » »
» » » 60—70 » » »	»	2 »	8 » »

Изъ этой таблицы видно, что наибольшій вѣсъ матки имѣеть на высотѣ физиологической дѣятельности половой сферы, а именно въ возрастѣ отъ 25—30 лѣтъ и чѣмъ далѣе отъ климактерическаго возраста, тѣмъ болѣе вѣсъ этотъ уменьшается.

Очень интересны числовыя данныя, выведенныя изъ прямыхъ наблюденій относительно уменьшенія въ вѣсѣ матки послѣ родовъ. Они не могутъ не интересовать гинеколога уже потому, что нарушенія въ обратномъ развитіи матки послѣ родовъ играютъ такую важную роль въ патологій этого органа. Извѣстно, что вѣсъ матки подъ конецъ нормальной беременности принимаютъ въ 900—950 граммъ; Reid при своихъ изслѣдованіяхъ нашель, что уменьшеніе въ вѣсѣ матки послѣ родовъ идетъ, относительно, довольно скоро: такъ, у женщины 37 лѣтъ отъ роду, рожавшей въ 4-й разъ, матка 10 дней послѣ родовъ вѣсила всего 10<sup>3</sup>/<sub>3</sub>; у 20-лѣтняго субъекта 2 мѣсяца post partum вѣсъ матки=4<sup>3</sup>/<sub>3</sub> и 10<sup>3</sup>/<sub>3</sub>; у 35 лѣтней женщины 10 мѣсяцевъ послѣ родовъ вѣсъ матки=2<sup>3</sup>/<sub>3</sub> и 6<sup>3</sup>/<sub>3</sub>. Нескер \*\* снова занялся этимъ вопросомъ и произвелъ цѣлый рядъ изслѣдованій, соблюдая при этомъ всевозможныя предосторожности. По его мнѣнію, вѣсъ матки тотчасъ послѣ родовъ болѣею частью равняется 2 (1000 граммъ), а не 1—1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> фунтамъ, какъ утверждали прежде; черезъ недѣлю послѣ родовъ матка вѣситъ 1 ф; а черезъ двѣ недѣли <sup>3</sup>/<sub>4</sub> ф. Само собою разумѣется, что въ этомъ отношеніи встрѣчаются весьма значительныя колебанія, обусловливаемыя различными расстройствами родильнаго періода (недостаточное обратное развитіе вслѣдствіе заболѣваній внутренней поверхности матки, воспалительные процессы самой маточной ткани и пр.).

Размѣры матки также весьма различны и обусловливаются тѣми же причинами, какъ и разница въ вѣсѣ. На основаніи многочисленныхъ изслѣдованій, существующихъ въ настоящее время на этотъ счетъ въ наукѣ, можно принять слѣдующіе размѣры: длинникъ (продольный размѣръ)=7—8 центим. (2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>"), поперечный размѣръ dna (между фаллопиевыми трубами)=38—40 у женщинъ не рожавшихъ и 45—50 милим. и даже болѣе у женщинъ рожавшихъ; прямой размѣръ (передне-задней, въ области тѣла)=3 центим. Относительно приведенныхъ здѣсь размѣровъ

\* Tables of the weights of the some importing organs. Lond. and Edinb. monthly Journ., 1843, p. 62.

\*\* Klinik der Geburtskunde. Leipzig, 1861, T. 1, p. 85.

нужно помнить, что послѣ родовъ они увеличиваются приблизительно на  $\frac{1}{5}$  противъ того, что они были до родовъ. Courty утверждаетъ, что размѣры матки соответствують до нѣкоторой степени росту женщины, т. е. что у женщинъ высокаго росту встрѣчаются матки болѣе объемистыя, и наоборотъ. Мнѣ кажется, что мнѣніе это высказано болѣе на основаніи аналогіи съ другими органами, такъ-какъ до сихъ поръ никто не произвелъ на этотъ счетъ никакихъ прямыхъ изслѣдованій.

Мы считаемъ не лишнимъ привести здѣсь размѣры различныхъ частей дѣвственной матки, добытые Ненпигомъ \*.

	Центим.
Длина всего органа . . . . .	5—6
Ширина въ днѣ . . . . .	3—4
Толщина тѣла . . . . .	—3
"    нижней части тѣла . . . . .	1—3
"    дна . . . . .	—
"    передней стѣнки тѣла . . . . .	0,5—1
"    задней . . . . .	0,6—1,2
Длина тѣла . . . . .	3—3,5
"    шейки . . . . .	2—3
Ширина . . . . .	1,3—2,2
Толщина передней стѣнки . . . . .	0,4—0,9
"    задней . . . . .	0,55—1,1
"    всей шейки въ самомъ толстомъ мѣстѣ . . . . .	1,2—1,7
Длина влагалищной части . . . . .	0,55—0,6
"    передней губы зѣва . . . . .	0,3—0,5
"    задней . . . . .	0,38—1,5
Ширина влагалищной части . . . . .	2—2,5
Толщина . . . . .	1,3—1,7
"    передней губы . . . . .	0,7—0,8
"    задней . . . . .	0,5—0,8

Вотъ результаты относительно измѣренія матки, къ которымъ пришелъ Huter \*\*.

Длина всей матки . . . . .	6,5	центим.
Ширина дна . . . . .	4,0	"
Толщина въ области тѣла . . . . .	2,2	"
Длина шейки . . . . .	2,7	"
Ширина шейки . . . . .	2,0	"
Толщина . . . . .	1,3	"

По Ненле \*\*\* длина дѣвственной матки = 6 — 8 центим. Поперечный размѣръ, по этому автору, съ математическою точностью опредѣлить трудно, вслѣдствіе того, что края матки покрыты сильно развитыми сосудистыми сплетеніями; онъ принимаетъ 2 поперечныхъ размѣра: одинъ у дна = 4—5 центим., другой — на границѣ между тѣломъ и шейкою = 2—2 $\frac{1}{2}$  цент.

Въ наукѣ извѣстны еще измѣренія матки, сдѣланныя многими другими авторами, какъ напр. Фаргеомъ \*\*\*\*, Protheroe \*\*\*\*\*, Smith'омъ и др. Мы считаемъ излишнимъ приводить ихъ здѣсь, такъ-какъ они очень мало разнятся отъ результатовъ, приведенныхъ выше.

Въ отношеніи анатомическомъ матку раздѣляютъ на три части: отъ верхняго края до того мѣста, гдѣ входятъ фаллопеевы

\* Der Catarrh der inneren weiblich. Geschlechtsorgane. Leipzig, 1870, p. 9.

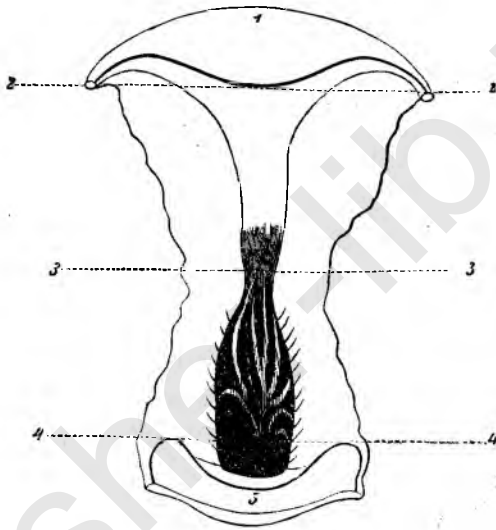
\*\* Die Flexionen des Uterus. Leipz. 1870, p. 8.

\*\*\* Handb. der systemat. Anatomie des Menschen, Bd. III, p. 453.

\*\*\*\* См. Todd'a Cyclopaedia, статья uterus.

\*\*\*\*\* У Beigel'a, Die Krankheiten des weiblich. Geschlechts. Erlangen 1874, p. 35.

трубы—дно (fundus); нижняя, самая узкая часть матки составляет шейку (collum. s. cervix); средняя же часть матки между дном и шейкой называется тѣломъ (corpus). Въ то время, какъ дно и тѣло матки имѣютъ, такъ сказать, естественныя границы, между тѣломъ и шейкою существуетъ граница чисто гистологическая. Не говоря уже о существующей въ этомъ мѣстѣ круговой мышцѣ (sphincter colli uteri intern.), граница эта устанавливается рѣзкими различіями въ строеніи слизистой оболочки: въ тѣлѣ она совершенно гладкая, въ шейкѣ-же она усѣяна складками (валиками по Lott'y).



Фиг. 16.

Фиг. 16 представляет по Фаргеу дѣленіе матки на области: 1—2. 2—дно; 2—3—тѣло; 3—4—шейка. Часть, лежащая ниже линіи 4—влагалищная часть матки; 5—наружный зѣвъ.

Такъ какъ маточная шейка, вслѣдствіе доступности своей для изслѣдующаго пальца (а также глаза), имѣетъ очень важное практическое значеніе, то мы и остановимся нѣсколько болѣе на анатомическихъ ея особенностяхъ. Маточная шейка раздѣляется сводомъ рукава на двѣ части: одну, лежащую выше прикрѣпленія къ ней свода рукава (portio supravaginalis) и другую, лежащую ниже и обращенную въ рукавъ—влагалищная часть маточной шейки (portio vaginalis). Она имѣетъ весьма разнообразное очертаніе и величину, смотря по тому, въ какомъ возрастѣ и въ какомъ періодѣ половой дѣятельности находится женщина. Вслѣдствіе этого то разнообразія въ величинѣ, формѣ и пр. влагалищной части и говорятъ, что точно такъ, какъ нѣтъ двухъ совершенно одинаковыхъ носовъ, точно также невозможно найти двѣ во всѣхъ отношеніяхъ совершенно

одинаковыя влагалищныя части. При совершенно нормальныхъ условіяхъ она имѣетъ форму усѣченного конуса. Опять повторимъ, что форма влагалищной части можетъ быть чрезвычайно разнообразна, но въ всякомъ случаѣ въ физиологическихъ предѣлахъ ее нельзя никакъ сравнивать съ соскомъ, какъ это многіе дѣлаютъ. Что касается длины ея, то она, среднимъ числомъ равняется  $\frac{3}{4}$ " (отъ 10—12 миллиметровъ). Нижний конецъ влагалищной части, слегка утолщенный, образуетъ двѣ губы, переднюю и заднюю, между которыми лежитъ наружный маточный зѣвъ (*os uteri externum*). Передняя губа выдается надъ уровнемъ задней линіи на двѣ; если при изслѣдованіи кажется, что разница между обѣими губами маточнаго зѣва еще больше, то это зависитъ отъ того, что плоскость ихъ обращена почти совершенно взадъ, вслѣдствіе извѣстнаго отношенія длинника матки къ проводной линіи таза, какъ сказано будетъ ниже. Маточный зѣвъ представляетъ очень рѣзкія отличія у женщинъ не рожавшихъ и тѣхъ, которыя рожали. У первыхъ онъ представляетъ поперечную маленькую щель или лучше втянутую внутрь ямочку и губы его на ощупь представляютъ почти хрящевую консистенцію, вслѣдствіе чего старинные авторы сравнивали его съ рыбимъ рыломъ (*os tinae*). Одинъ французскій акушеръ (P. Dubois) сравнивалъ ощущеніе, получаемое при изслѣдованіи дѣвственнаго маточнаго зѣва съ тѣмъ, которое получается, когда трогаютъ кончикъ носа. У женщинъ рожавшихъ влагалищная часть больше, толще и принимаетъ болѣе цилиндрическую форму; зѣвъ становится больше, закругленнѣе, губы болѣе расходятся и сильнѣе развиты и въ периферіи ихъ тамъ и сямъ представляются неровности—рубцы отъ надрывовъ зѣва при предшествовавшихъ родахъ.

Полость матки при условіяхъ нормальныхъ собственно не существуетъ, такъ-какъ маточныя стѣнки повсемѣстно соприкасаются между собою. Если, поэтому, говорятъ о полости матки, то нужно при этомъ подразумѣвать, что она образовалась или вслѣдствіе какого-либо патологическаго процесса, или же искусственно введеніемъ какихъ либо инородныхъ тѣлъ (напр. вприскиваніемъ и пр). Понятіе объ отношеніяхъ полости матки можно получить, разрѣзавъ вертикально матку сверху внизъ; тогда получимъ трехугольный каналъ, верхушка котораго обращена книзу, а основаніе кверху, другими словами: полость матки увеличивается по мѣрѣ приближенія ко дну. По измѣреніямъ, произведеннымъ Сарреуемъ, \* размѣры полости матки слѣдующія:

У нерожавшихъ — 52 милим.  
у многороженицъ — 57 »

\* Всѣ ссылки на Сарреуя относятся къ изданію 1864 г. его превосходной анатоміи; *Traité d'anatomie*, Т. III.

Что касается отдѣльныхъ частей полости матки, то Sarrey приводитъ для нихъ слѣдующія данныя.

У нерожавшихъ	у рожавшихъ
Длина полости тѣла=22.	мили. 28 милим.
» » шейки=25.	» 24 »
» » самаго узкаго мѣста (isthmus)= 5	» 5 »



Фиг. 17.

Фиг. 17, представляющая вертикальный разрѣзъ матки, заимствована у Savage'a. 1—полость собств. матки; 2—ostia uterina фаллоп. трубъ; 3—фал. тр.; 4—lig. rot.; 5—каналъ маточной шейки (цервикальный каналъ); 6—наружный маточный зѣвъ; 7—рукавь; 8—внутренній зѣвъ.

По изслѣдованіямъ Lott'a \* длина цервикальнаго канала (т. е. полости маточной шейки) въ дѣвственной маткѣ=3 центим.

Относительно емкости матки Sarrey предпринялъ рядъ изслѣдованій, приведшихъ его къ слѣдующимъ результатамъ. Онъ перевязывалъ маточную шейку и одну изъ фаллопиевыхъ трубъ и черезъ противоположную трубу впрыскивалъ въ матку ртуть; по надлежащемъ выполненіи полости ртутью, количество послѣдней показывало степень емкости маточной полости. У жен-

\* Zur Anatomie u. Physiologie des Cervix uteri, Erlangen, 1872 p. 5.

щинъ не рожавшихъ емкость эта равнялась 1—3, а у рожавшихъ 3—5 куб. сантиметрамъ (отъ 1—1 $\frac{1}{2}$ 3).

Мы ужъ сказали выше, что полость всей матки имѣетъ трехугольную форму; она кромѣ того имѣетъ различное очертаніе, смотря потому—рожала-ли данная женщина, или нѣтъ. Дѣло въ томъ, что у рожавшихъ бока трехугольника выгибаются кнаружи, между тѣмъ какъ у нерожавшихъ они обращены внутрь (P. Dubois); кромѣ того, у первыхъ верхніе углы полости выражены менѣе рѣзко; вообще говоря, у нихъ полость значительно бо лше, или, по крайней мѣрѣ, маточныя стѣнки легче удалить (помощью зонда и пр.) одну отъ другой, чѣмъ у женщинъ нерожавшихъ \*. Вверху въ полости матки существуетъ съ каждой стороны по небольшому кругловатому отверстию (*ostium uter. tub. Fallop.*), ведущему въ фаллопиеву трубу.

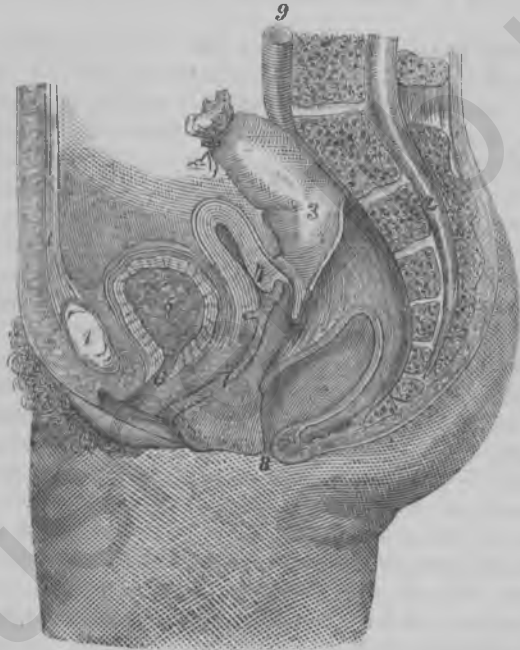
Собственно каналъ (полость) маточной шейки имѣетъ веретенообразное очертаніе, сплюснуть слегка сзади на передъ и ограничивается двумя отверстиями, внизу—наружнымъ, вверху—внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ (*os uteri internum, portio intermediaire* новыхъ французскихъ авторовъ (Guyon) \*\*). О наружномъ зѣвѣ уже сказано выше, поэтому намъ остается здѣсь описать только внутренній зѣвъ. До сихъ поръ между анатомами и гинекологами существуютъ большія разногласія относительно того, что собственно должно называть внутреннимъ зѣвомъ. Гинекологи обыкновенно утверждаютъ, что внутреннимъ зѣвомъ должно считать самое узкое мѣсто перехода полости тѣла въ шейку, другими словами—внутренній зѣвъ составляетъ самое узкое мѣсто маточнаго канала. По изслѣдованіямъ Guyon'a, внутренній зѣвъ не есть собственно отверстие, какъ наружный, а настоящій перешеекъ, имѣющій въ длину около 5 миллиметровъ, и поэтому старое названіе *isthmus uteri*, которое далъ внутреннему зѣву еще Calza, совершенно уместно. Съ строго анатомической точки зрѣнія дѣло однако не совсѣмъ такъ, потому что предѣлы, установленные гинекологами для внутреннего зѣва, ничуть не постоянны, потому что они исчезаютъ (пропадаютъ) не только при родахъ, но и при многихъ патологическихкихъ состояніяхъ, напр. при различныхъ новообразованіяхъ въ полости матки и пр. На основаніи всего этого за внутренній зѣвъ предложили (P. Müller, Lott и др.) считать линію, служащую границей между тѣломъ и шейкой матки. Граница же эта, какъ мы видѣли ужъ выше, характеризуется рѣзкими особенностями слизистой оболочки, которыя могутъ быть

\* Д-ръ Hagemann сообщилъ въ *Archiv. f. Gynaecologie*, Bd. V, p. 293 очень интересныя изслѣдованія свои о полости матки. Онъ изучалъ направленіе и форму полости по слѣпкамъ, наливая матки металлическою смѣсью, а также парафиномъ. Приводимыя изображенія полученныхъ имъ слѣпковъ очень наглядно представляютъ различія въ полости матки, начиная съ самаго ранняго возраста и оканчивая пuerперальною маткою.

\*\* *Étude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité*, 1858.

констатируемы весьма легко. Не отвергая нисколько, что выше-установленное понятие о внутреннем зѣвъ совершенно вѣрно съ точки зрѣнія анатомической, нельзя однако не согласиться и съ тѣмъ, что предѣлы для внутренняго зѣва, какъ ихъ до сихъ поръ принимаетъ большинство гинекологовъ, необходимо удержать ради потребностей клиническихъ.

Возникшіе въ послѣднее время споры относительно того, что должно собственно считать внутреннимъ зѣвомъ привели къ весьма интереснымъ результатамъ. Хотя споры эти касаются беременной матки, но мы не можемъ не упомянуть о нихъ хотя въ нѣсколькихъ словахъ. Выше мы ужъ упомянули о томъ, что по Р. М ü l l e r ' y, на основаніи многочисленныхъ его



Фиг. 18.

Фиг. 18, представляетъ отношеніе матки къ сосѣднимъ органамъ: 1—лонное соединеніе; 2—крестц. кость; 3—прямая кишка; 4—матка; 5—мочевой пузырь; 6—мочеиспускательный каналъ; 7—рукавь; 8—задній проходъ; 9—аорта.

ислѣдованій, внутренній зѣвъ совпадаетъ съ линіей, служащей границей между тѣломъ и шейкой матки. Противъ этого возсталъ главнымъ образомъ Bandl, который старался доказать, что то, что Р. М ü l l e r, а затѣмъ и другіе считаютъ за внутренній зѣвъ (Мюллеровское кольцо), въ сущности не есть внутренній зѣвъ, а только верхняя граница сохранившейся части цервикальнаго канала, верхняя же часть его пропадаетъ, сливаясь въ время беременности съ полостью матки. Другими словами, по мнѣнію Bandl'я, внутренній зѣвъ лежитъ выше т. н. Мюллеровскаго кольца. По мнѣнію Schroedera, основанному главнымъ образомъ на изслѣдованіяхъ Thiede, Мюллеровское кольцо должно считатьъ настоящимъ внутреннимъ зѣвомъ; то же мѣсто, которое Bandl считаетъ за внутренній зѣвъ, есть ничто иное, какъ контракціон-



ное кольцо (т. е. кольцо сокращенія), а именно, между толстою мускулатурою тѣла и нижнимъ отрѣзкомъ матки. Въ подтвержденіе этого мнѣнія Thiede ссылается на то, что нижній отрѣзокъ матки высланъ отпадающею, а не простою слизистою ободочкою, т. е. не такою, какою мы находимъ въ цервикальномъ каналѣ. См.: P. Müller, Untersuchungen über die Verkürzung der Vaginalportion. Scanzoni's Beitr., 1868, Bd. V, Atl. 2.—Онъ же, Arch. f. Gynaecol., Bd. XIII.—Lott, Zur Anat. u. Physiol. des Cervix uteri, Erlangen, 1872.—Vandl, Centralblat f. Gynaecologie. 1877, № 10.—Онъ же, Ueber das Verhalten des Cervix uteri während der Schwangerschaft und Geb. Stuttgart, 1877.—Онъ же, Arch. f. Gynaecol., Bd. XII, p. 334.—Онъ же, Wiener Medic. Presse, 1877, № 46.—Martin, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. I, Hft. 2.—Küstner, Centralbl. f. Gyn., 1877, № 11, также Arch. f. Gynaecol., Bd. XII, p. 383.—Litzmann, Arch. f. Gyn., Bd. X, pp. 118 и 410.—Leopold, Arch. f. Gynaecol., Bd. XI, p. 488.—Thiede, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. IV, Hft. 2.

Знаніе нормальнаго положенія матки чрезвычайно важно въ практическомъ отношеніи, такъ-какъ уклоненія отъ нормы въ этомъ случаѣ, т. е. смѣщенія матки встрѣчаются весьма часто. Съ тѣхъ поръ, какъ Cruveilhier утверждалъ, что матка, вслѣдствіе чрезвычайной подвижности своей никакого опредѣленнаго положенія имѣть не можетъ, вопросъ этотъ занималъ очень много, какъ анатомовъ, такъ и гинекологовъ и результаты, добытые въ этомъ отношеніи, выясняютъ занимающій насъ вопросъ какъ нельзя лучше. Извѣстно, что матка помѣщена такимъ образомъ въ тазу, что спереди она граничитъ съ мочевымъ пузыремъ, сзади съ прямой кишкой, внизу она обхватывается рукавомъ, а вверху она дномъ своимъ прилежитъ къ тонкимъ кишкамъ, которыя иногда оставляютъ на немъ слѣды, образуя какъ бы родъ фасетокъ. Итакъ, если вскрыть брюшную полость, то изъ всей матки мы увидимъ только дно ея, недоходящее на 2 центим. до уровня входа въ тазъ (Saprey). Продольная ось тѣла матки, вслѣдствіе наклоненія ея впередъ, будетъ почти вертикальна къ плоскости входа въ тазъ; продольная же ось маточной шейки, слѣдующая кривизнѣ крестцовой кости, будетъ направлена прямо и впередъ, такъ что обѣ эти оси, соединяясь вмѣстѣ, образуютъ уголъ. Матка длинникомъ своимъ помѣщается въ тазу такимъ образомъ, что дно ея отклонено слегка впередъ и вправо, а влагалищная часть взадъ и влѣво. Фактъ этотъ очень не трудно констатировать клиническимъ изслѣдованіемъ любого субъекта въ стоячемъ положеніи. По совершенно справедливому замѣчанію Martin'a \*, нельзя принять за постоянное правило, какъ утверждали Velpeau, Malgaigne, Valleix и др., что небеременная матка лежитъ въ оси тазоваго входа. Тоже самое должно сказать и относительно положенія, высказаннаго на этотъ счетъ Herrgot'tомъ \*\*, а именно, что ось матки не соответствуетъ проводной

\* Die Neigungen u. Beugungen der Gebärmutter nach vorn und hinten. Berlin, 1866, p. 4.

\*\* Considerations sur la situation normale de l'uterus. Strasbourg, 1864, p. 31.

См. также объ этомъ въ Arch. f. Gynaecologie, 1870, Bd. I, p. 84 въ высшей степени интереснаго изслѣдованія Credé, о которыхъ мы будемъ еще имѣть случай говорить въ этой главѣ.

линіи таза. По Herrgott'y именно, ось матки приходится позади проводной линии таза и притомъ такимъ образомъ, что верхушка влагалищной части помѣщается на 1—2 центим. впереди того мѣста, гдѣ копчикъ соединяется съ крестцомъ, дно же матки лежитъ на 3 центим. ниже тазоваго входа. Мы увидимъ ниже, въ статьѣ о смѣщеніяхъ матки, что установленная нами норма относительно положенія матки нарушается вслѣдствіе очень разнообразныхъ условій; пока же замѣтимъ только, что матка и при этой нормѣ имѣетъ значительную подвижность, обусловливаемую различными физиологическими отправлениями: такъ, она опускается при вдыханіи, дефекаціи и пр. Степень подвижности матки по длиннику таза, по Hurlt'ю \*, такъ значительна, что ее можно поднять вверхъ на 2", а оттянуть внизъ на 1". Эти выводы Hurlt'я вѣрны только относительно, такъ-какъ они основаны на изслѣдованіяхъ на трупахъ. Клиническіе факты противорѣчатъ подобной подвижности матки и доказываютъ, что это не обходится всегда безнаказанно, такъ-какъ напр. при подобномъ насильственномъ оттягиваніи матки внизъ дѣло можетъ окончиться разрывомъ связокъ, идущихъ отъ таза къ маткѣ, и въ особенности заключенныхъ въ нихъ сосудовъ, на что преимущественно указываетъ Savage \*\*. По устраненіи механической причины смѣщенія матки, послѣдняя снова возвращается къ прежнему положенію своему. Эта-то значительная подвижность, и притомъ въ совершенно физиологическихъ предѣлахъ, и была причиною того, что Cruveilhier \*\*\*, а за нимъ и многіе другіе отказывали маткѣ въ какомъ-бы то ни было опредѣленномъ нормальномъ положеніи. Но мы ужъ видѣли выше, что это невѣрно и что норма въ этомъ случаѣ существуетъ. Чѣмъ же, спрашивается, матка фиксирована (удерживается) въ извѣстномъ, указанномъ выше положеніи? Двумя способами: главнымъ образомъ извѣстнымъ отношеніемъ ея къ сосѣднимъ органамъ и связочнымъ аппаратомъ.

Отношеніе матки къ сосѣднимъ органамъ. Вслѣдствіе вышесказаннаго положенія своего въ тазу, матка раздѣляетъ этотъ послѣдній на два отдѣла—передній и задній: въ первомъ изъ нихъ помѣщается пузырь, а въ заднемъ прямая кишка. Claudius \*\*\*\*, въ Бреславлѣ, основываясь какъ на своихъ собственныхъ изслѣдованіяхъ, такъ и на изысканіяхъ Н. И. Пирогова, Tünger'a и Legendre'a на замороженныхъ трупахъ, увѣряетъ, что матка (а также и яичники) такъ плотно прилежитъ къ задней стѣнкѣ таза, что между нею и этою послѣднею, при нормальныхъ условіяхъ, никогда не помѣщаются кишечныя петли. Что касается Н. И. Пирогова \*\*\*\*, то Clau-

\* Lehrb. der Anat. Wien, 2 Aufl., 1850, p. 115.

\*\* Illustrations of the Surgery of the femal pelv. organs. Lond., 1863, pl. 9.

\*\*\* Gaz. méd. de Paris. 1854, Fevr.

\*\*\*\* Allgem. medic. Centralzeit., 1864 № 82.

\*\*\*\*\* Anatomia topographica per corpus humanum congelatum illustrata. Petropoli, 1859, Fasc. III, Tab. XXX, fig. 13.

*dius* напрасно приводитъ его въ подтвержденіе своего мнѣнія на этотъ счетъ, такъ какъ въ извѣтномъ атласѣ его приведено нѣсколько разрѣзовъ, изъ которыхъ видно, что между дномъ матки и крестцомъ помѣщаются кишечныя петли. Въ верхнемъ отдѣлѣ своей, матка отдѣляется отъ пузыря и прямой кишки брюшиною и только нижней частью своей, именно шейкой, приходитъ въ болѣе близкое прикосновеніе съ пузыремъ и прямой кишкой. Изъ этого видно, что матка фиксирована только въ двухъ точкахъ, находящихся почти на одинаковомъ уровнѣ, между тѣмъ какъ верхняя часть ея—дно и часть шейки остаются свободными и представляетъ такимъ образомъ двушлечій рычагъ, точка опоры котораго соотвѣтствуетъ точкамъ, въ которыхъ матка соединяется съ пузыремъ и прямой кишкой. Это-то мѣсто и названо поэтому *Agal'omъ axe de suspension*. Изъ этого становится понятнымъ, что дно матки можно отклонять во всѣ стороны и оно опять возвращается къ прежнему положенію своему, если только не нарушены нормальныя отношенія *axe de suspension*. Теперь остается намъ выяснитъ отношеніе брюшины къ маткѣ и сосѣднимъ органамъ\*. Съ задней стѣнки мочевого пузыря брюшина переходитъ на переднюю стѣнку матки, причемъ покрываетъ ее не на всемъ ея протяженіи, а только до того мѣста, гдѣ матка начинаетъ суживаться, т. е. тамъ, гдѣ начинается *isthmus uteri*. Перехода на заднюю стѣнку матки, брюшина опускается гораздо ниже, чѣмъ спереди; такимъ образомъ образуются двѣ складки (*cul de sac* французскихъ анатомовъ)—передняя и задняя (дугласово пространство), гораздо болѣе глубокая. Изъ этого видно, что какъ на передней, такъ и на задней поверхности матки есть мѣсто свободное отъ брюшины. Въ этомъ-то мѣстѣ матка соединяется съ пузыремъ и прямою кишкою толстымъ слоемъ соединительной ткани, который, согласно изслѣдованіямъ *Virchow'a*, *Sarreу'a*, *Guyon'a* и играетъ важную роль въ фиксированіи матки въ томъ положеніи, которое указано нами выше. Этотъ слой соединительной ткани продолжается также и по бокамъ матки, однимъ словомъ, мы его находимъ вездѣ, гдѣ матка не покрыта брюшиною. Слой этотъ образуетъ настоящее кольцо, передняя часть котораго (т. е. соединяющая матку съ пузыремъ) толще задней. Такъ-какъ боковыя части этого кольца выражены слабѣе, то *Courty* разсматриваетъ его какъ два полукольца и поэтому называетъ его, по примѣру *Agal'a*, *double demi-anneau suspenseur*. Этотъ слой соединительной ткани, который, какъ видно изъ вышесказаннаго, служитъ какъ-бы спайкой между маткой и сосѣдними органами, чрезвычайно интересенъ для гинеколога не только въ смыслѣ анатомическомъ, но и чисто клиническомъ отношеніи, такъ-какъ онъ служитъ исходною точкою для самостоя-

\* См. объ этомъ: *Henle, Anat.*, Bd. II, Liefer. 2, p. 486; *Luschka, Anatomie*, Bd. II, Abth. 2, p. 360; *Chrobach*, въ *Strieker's Handbuch der Lehre von den Geweben des Menschen u. der Thiere*, Leipz. g. 1872, Leifer. V статью—uterus.

тельной патологической формы, или же какъ спутника другихъ воспалительныхъ процессовъ матки.

Другимъ важнымъ средствомъ, фиксирующимъ матку въ нормальномъ положеніи ея, служить отношеніе ея къ рукаву. Мы уже знаемъ, что нижняя часть маточной шейки обхватывается со всѣхъ сторонъ сводомъ рукава. Изъ этого понятно, что верхняя часть рукава служитъ точкою опоры для матки: онъ фиксируетъ ее, не даетъ ей опускаться внизъ и въ состояніи дѣлать это до тѣхъ поръ, пока анатомическія отношенія его остаются нормальными. Поэтому различныя разстройства тонуса рукавныхъ стѣнокъ, какъ увидимъ ниже, и играютъ такую важную роль въ этиологіи смѣщенной матки.

Вопросъ относительно нормальнаго положенія матки, какъ уже сказано выше, давно занималъ клиницистовъ и анатомовъ. До сихъ поръ не перестаютъ постоянно появляться анатомическія изслѣдованія относительно этого вопроса. Вдумываясь въ разногласія, существующія на этотъ счетъ въ наукѣ нельзя не прийти къ заключенію, что они завязятъ главнымъ образомъ, отъ того, что рассматриваемый вопросъ не можетъ быть разрѣшенъ исключительно путемъ анатомическихъ изслѣдованій на обыкновенныхъ, или даже замороженныхъ трупяхъ. Обстоятельство это достаточно объясняется тѣмъ, что положеніе матки въ высшей степени измѣнчиво, смотря по состоянію сосѣднихъ органовъ и вообще характеру внутрибрюшнаго давленія. Поэтому то опредѣленіе нормальнаго положенія матки путемъ клиническаго изслѣдованія скорѣе можетъ вести къ цѣли, такъ-какъ оно можетъ быть поставлено всевозможными предосторожностями. Мы еще ниже, въ главахъ о смѣщеніяхъ и измѣненіяхъ въ очертаніи матки, ближе коснемся этого вопроса, пока же замѣтимъ только, что работы въ этомъ направленіи В. Schultze, Küstner'a и др. много содѣйствовали къ выясненію этого вопроса. См.: В. Schultze, Volkmann's Sammlung klin. Vortr. № 50 и 176, также Centrabl. f. Gynaecol., 1878, № II.—Küstner, Untersuchungen ueber den Einfluss der Körperstellung auf die Lage des nicht graviden, besond. риср. Uterus. Arch. f. Gynaecol., Bd. XII, Hft. I—См., также прекрасные схемат. рисунки относит. положенія матки у Hegar'a и Kaltenbach'a, Orsich., p. 5 et. 399.

Связочный аппаратъ матки. Матка снабжена нѣсколькими связками, притомъ парными, которыя мы считаемъ нужнымъ описать здѣсь нѣсколько подробнѣе, такъ-какъ имъ приписываютъ обыкновенно очень важное значеніе относительно положенія этого органа.

По обоимъ бокамъ матки находятся двѣ широкія складки брюшины—широкія связки (ligam. lata), имѣющія поперечное положеніе въ тазу и заключающія въ себѣ фаллопиевы трубы и яичники. Онѣ имѣютъ значеніе главнымъ образомъ потому, что служатъ главными проводниками сосудовъ къ маткѣ; онѣ снабжены значительнымъ слоемъ мышечныхъ волоконъ, идущихъ изъ поверхностнаго мышечнаго слоя матки (Rouget, Richet, Luschka). Значеніе ихъ относительно положенія матки до сихъ поръ не выяснено, хотя на этотъ счетъ существуетъ множество предположеній. Такъ, большинство авторовъ увѣряетъ, что онѣ не даютъ отклоняться дну матки въ ту или другую сторону; но это совершенно непонятно, такъ-какъ широкія связки ничуть не напряжены и кромѣ того эта функція широкихъ свя-

зогъ становится еще болѣе непонятною, если вспомнимъ столь значительную растяжимость брюшины.

Круглыя маточныя связки (*lig. rotunda*) исходятъ изъ передней поверхности ея на нѣсколько линій пониже мѣста вхожденія фаллопиевыхъ трубъ, идутъ сзади напередъ и сверху внизъ и, проходя чрезъ паховыя кольца, теряются *in m. veneris*. По описанію *Rokitansk'аго*, подтверждаемаго *Klob'омъ*, каждая круглая связка въ верхнемъ концѣ своемъ раздѣляется на двѣ части, изъ которыхъ передняя, соединяясь между собою вверху и внизу, образуютъ какъ-бы ромбъ. Въ гистологическомъ отношеніи интересно то, что въ верхнемъ концѣ своемъ, т. е. поближе къ маткѣ, онѣ содержатъ гладкія мышечныя волокна, а въ нижнемъ концѣ поперечно-полосатыя. По изслѣдованіямъ *Lieberkühn'a* \*, круглыя связки прикрѣпляются къ тремъ точкамъ: а) у лоннаго соединенія къ апоневрозу *m. obliq. abdom. interni*, б) къ верхней и с) къ нижней стѣнкѣ наружнаго паховаго кольца. Въ то время, какъ нѣкоторые авторы совершенно отказываютъ круглымъ связкамъ въ какомъ-бы то ни было значеніи относительно фиксированія матки въ извѣстномъ положеніи и считаютъ ихъ остатками *gubernaculi Hunteri*, другіе, наоборотъ, придаютъ имъ очень важное значеніе. Такъ, утверждаютъ, что они главнымъ образомъ назначены для того, чтобы не давать отклоняться дну матки назадъ. Кромѣ того, обладая обильнымъ мышечнымъ слоемъ и въ томъ числѣ также поперечно-полосатыми волокнами (*Lieberkühn*), онѣ могутъ, сокращаясь, приближать дно матки впередъ, т. е. къ передней стѣнкѣ таза. *Rauneу* \*\*, поэтому, высказалъ предположеніе, что *sub coitu* онѣ приближаютъ *fundus uteri* впередъ, не даютъ маткѣ отойти вверхъ и такимъ образомъ содѣйствуютъ прониканію сѣмени въ матку. *Spiegelberg* \*\*\* сообщилъ чрезвычайно интересный опытъ, произведенный имъ въ 1859 г., надъ трупомъ обезглавленной 26-лѣтней женщины, черезъ 15 минутъ послѣ смерти. Пропуская непосредственно чрезъ матку сильный индуктивный токъ, онъ замѣтилъ, что дно матки, бывшее отклоненнымъ взадъ, стало приподыматься впередъ, причемъ круглыя связки напрягались и оттягивали его къ передней стѣнкѣ таза. Наконецъ, не можемъ не сообщить здѣсь очень интересную гипотезу, высказанную недавно *Lahs'омъ*; по его мнѣнію, существенная функція круглыхъ, а также широкихъ связокъ сказывается только при родахъ и состоитъ въ томъ, что связки эти вставляютъ подлежащую часть во входъ таза.

Кромѣ упомянутыхъ связокъ извѣстное значеніе въ фиксированіи матки въ опредѣленномъ положеніи приписываютъ связкамъ, идущимъ сзади съ маточной шейки къ крестцу и

\* См. у *Martin'a*, *op. cit.* p. 8.

\*\* *Edinb. medic. Journ.* 1851, Oct.

\*\*\* *Monatschr. f. Geburtsk.*, 1864, Bd. XXIV, Hft. 1, p. 23.

спереди отъ маточной шейки къ пузырю: *lig. uterosacralia* и *lig. vesico-uterina*. Первые изъ нихъ, описанныя подробнѣе *M-me Voivin*, хотя онѣ ужъ давно извѣстны были *Petit*, начинаются съ того мѣста, гдѣ тѣло матки переходитъ въ шейку и идутъ къ третьему крестцовому позвонку, а иногда даже выше, къ послѣднему поясничному позвонку, вслѣдствіе чего *Huguier* и называетъ ихъ *lig. utero-lumbalia*. По *Malgaigne*'ю и *Savageu*, связки эти фиксируютъ (удерживаютъ) матку на извѣстной высотѣ; они основываютъ мнѣніе это на опытахъ, доказывающихъ, что если помощью крючка оттянуть сильно книзу влагалищную часть, то *lig. utero-sacr.* напрягаются и даже разрываются. *Luschka* называетъ эти связки *musculus retractor uteri*, назначенный главнымъ образомъ къ тому, чтобы удерживать въ извѣстномъ положеніи нижнюю часть матки.—*Ligg. pubo-vesico-uterina* идутъ съ обѣихъ сторонъ нижней части пузыря къ передней стѣнкѣ маточной шейки и составляютъ собственно складки брюшины и содержатъ также кромѣ соединительной ткани не мало гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Связки эти, по мнѣнію авторовъ, не даютъ маточной шейкѣ отходить взадъ. О средствахъ, служащихъ вторичнымъ образомъ къ фиксированію положенія матки, а именно о *fascia pelvis s. hypogastrica*, а также о *muscul. lev. ani* сказано будетъ въ главѣ о смѣщеніяхъ матки.

*Legendre, Bastien*, а за ними *Richet* (*Anat. chirurgic.*, p. 816) утверждаютъ, что *ligg. sacro-uterina* главнымъ образомъ назначены для того, чтобы не давая опускаться маткѣ книзу. Кромѣ того, по мнѣнію тѣхъ же авторовъ, наклоненіе матки взадъ (*retroversio*) можно произвести лишь тогда, если перерѣзать эти связки.

По мнѣнію *Klob'a* (*Op. cit.* p. 51), *ligg. utero-sacr.* суть не что иное, какъ антагонисты *ligg. pubo-vesico-uter.* и круглыхъ связокъ, т. е. что онѣ существенно назначены для того, чтобы ограничивать до извѣстной степени отклоненіе впередъ маточной шейки.

Разбирая внимательно громадную литературу занимающаго насъ вопроса, нельзя не придти къ заключенію, что при разсматриваніи связочнаго аппарата матки большинство авторовъ отправлялись съ предвзятой мысли, что онъ существенно служить для того, что-бы обезпечить маткѣ извѣстное нормальное положеніе въ тазу. Кромѣ того пошли еще дальше, стараясь для каждой части связочнаго аппарата приискать особенную специальную функцію. Между тѣмъ противъ подобнаго взгляда на дѣло говорили нѣкоторые факты, до того наглядные, что сомнѣваться въ значеніи ихъ нѣтъ никакой возможности. Начать съ того, что если-бы маточныя связки дѣйствительно служили для фиксированія этого органа въ извѣстномъ положеніи, то какимъ образомъ объяснить то, что связки эти нисколько не напряжены? Это противорѣчитъ всѣмъ законамъ механики. Второе, если связки фиксируютъ матку, то, по перерѣзкѣ ихъ (на трупѣ, разумѣется), матка должна была бы выйти изъ своего положенія, т. е. опуститься внизъ,

или же вообще смѣститься въ ту или другую сторону. На дѣлѣ, однако, оказывается вовсе не то, а именно—матка при этомъ нисколько не смѣщается. Правда, Richet увѣряетъ, что если перерѣзать широкія связки, то дно матки наклоняется взадъ; не говоря ужъ о томъ, что мнѣніе это совершенно противорѣчить обыкновенно принимаемому представленію относительно функціи широкихъ связокъ, оно прямо совершенно непонятно. Поэтому, можно допустить вмѣстѣ съ Martin'омъ, что Richet экспериментировалъ съ матками, ткань которыхъ была поражена какимъ либо патологическимъ процессомъ. Какъ бы то ни было, но нормальная матка, и по перерѣзкѣ связокъ, если не употребить чрезвычайнаго насилія, не смѣщается. Какъ же согласить эти факты съ обыкновенно циркулирующимъ въ наукѣ мнѣніемъ, что связки фиксируютъ матку? Очевидно, что дѣло это не совсѣмъ такъ, или по крайней мѣрѣ далеко не такъ, какъ обыкновенно утверждаютъ. По моему мнѣнію, на основаніи выше приведенныхъ двухъ фактовъ, должно допустить, что матка удерживается въ извѣстномъ (resp. нормальномъ) положеніи вслѣдствіе упомянутыхъ выше отношеній ея къ пузырю и прямой кишкѣ, а также помощью свода рукава \*. Этого совершенно достаточно для того, чтобы удержать in loco матку при тѣхъ размѣрахъ ея, которыя она имѣетъ внѣ беременности; связочный же аппаратъ, какъ вспомогательное средство, становится необходимымъ для удержанія въ извѣстномъ равновѣсіи матку, когда она увеличивается во всѣхъ размѣрахъ, вслѣдствіе наступившей беременности. Мнѣніе это подтверждается тѣмъ, что связочный аппаратъ, столь слабо развитый внѣ беременности, достигаетъ апогея своего развитія во время беременности и снова инволютируется въ родильномъ періодѣ. И такъ, функція маточныхъ связокъ сопряжена только съ извѣстнымъ періодомъ половой дѣятельности женщины, именно съ беременностью, а можетъ быть также съ родовымъ актомъ (Lahs) \*\* и совокупленіемъ (Raynaud, Spiegelberg и др.).

Положеніе матки обусловливается не только одними вышесказанными моментами, но зависитъ также отъ состоянія сосѣднихъ органовъ, а именно, мочевого пузыря и прямой кишки. Если вспомнить, что сказано нами выше объ анатомическихъ отношеніяхъ матки къ этимъ органамъ, то для насъ станетъ понятно—въ какой мѣрѣ различныя степені переполненія ихъ должны

\* Не можемъ здѣсь не замѣтить, что нѣкоторые авторы вовсе отказывали рукаву въ фиксирующемъ значеніи относительно матки. Такъ, Richet (Op. cit. p. 817) утверждаетъ, что не рукавъ фиксируетъ матку, но какъ разъ наоборотъ, что матка фиксируетъ рукавъ.

\*\* Ueber die Wirkungen der Befestigungen des Uterus unter der Geburt, speciel in Fällen von Beckenge. Archiv. f. Gynaecologie. 1872, Bd. III, Hft. 2, p. 206. Онъ же: Zur Mechanik der Geburt. Berlin, 1872.

влиять на положеніе матки. Отклоненіе маточнаго дна вправо, вбрюитно, обусловливается, если не совсѣмъ, то въ значительной степени, положеніемъ прямой кишки въ тазу. Особенно легко констатировать вліяніе мочевого пузыря и прямой кишки на положеніе матки, когда эта послѣдняя увеличена во всѣхъ своихъ размѣрахъ, напр. въ родильномъ состояніи. Но и при обыкновенныхъ размѣрахъ измѣненія въ положеніи матки, вслѣдствіе вышеуказанныхъ причинъ, выступаютъ очень рѣзко. По мѣрѣ переполненія пузыря мочою, передняя стѣнка матки, плотно прилегающая къ пузырю, должна, подъ вліяніемъ напора этого послѣдняго, выправляться, т. е. она приподымается сначала вверхъ, но затѣмъ наклоняется взадъ. Оттого-то при всѣхъ патологическихъ состояніяхъ, сопровождающихся значительнымъ переполненіемъ пузыря мочою, наклоненіе матки взадъ (*retroversio uteri*) въ различныхъ степеняхъ составляетъ обычное явленіе. При переполненіи прямой кишки, матка приподымается вверхъ и иногда въ такой степени, что едва можно достигнуть изслѣдующимъ пальцемъ до влагалищной части; когда это приподыманіе матки вверхъ (*elevatio uteri*) достигло извѣстной степени, она начинаетъ смѣщаться впередъ и вправо. До какой степени эти измѣненія въ положеніи матки, зависящія отъ состоянія сосѣднихъ органовъ, важны въ практическомъ отношеніи, понятно безъ словъ. Если не принимать ихъ въ соображеніе при гинекологическомъ изслѣдованіи въ каждомъ данномъ случаѣ, то можно впасть въ самыя грубыя ошибки \*.

Зная теперь различныя условія, вліяющія на положеніе матки въ тазу, намъ остается еще изучить форму или очертаніе (*configuratio*) матки. Вопросъ этотъ, вслѣдствіе важности его относительно многихъ сторонъ, касающихся патологіи матки, въ послѣднее время занималъ очень многихъ гинекологовъ. Boullard \*\* былъ одинъ изъ первыхъ, указавшій цѣлымъ рядомъ вскрытій на то, что у зародыша и у дѣвочекъ до наступленія половой зрѣлости матка въ громадномъ большинствѣ случаевъ на передней поверхности своей представляетъ загибъ въ большей или меньшей степени. Съ наступленіемъ половой зрѣлости, загибъ этотъ, правда, уменьшается, но никогда не исчезаетъ совсѣмъ. Эти изслѣдованія Boullard'a, проливающія совершенно новый свѣтъ на этиологию загибовъ матки, были подтверждены изслѣдованіями Agar'a \*\*\*, Gosse-

\* Относительно значенія вліянія переполненія пузыря и прямой кишки на положеніе матки въ родильномъ состояніи см.: Schneider, Monatschr. f. Geburtsk., Bd. XXXI p. 116.—Schroeder. Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett, 1867 p. 189.—М. Горвицъ, о положеніи и очертаніи матки въ родильномъ періодѣ, Медицинскій Вѣстн., 1869, стр. 114.—Э. Виддеръ, St.-Petersburg. Medic. Zeitschr., Bd. XVII.—В. Сугугинъ, Медич. Отчетъ Родовспомог. Заведенія, 1872, стр. 154.

\*\* Quelques mots sur l'uterus. Paris, 1852.

\*\*\* Leçons cliniques sur les maladies de l'uterus. Par. 1860, p. 981.



lina \*, Porchat \*\*, Cusco \*\*\*, Soudry \*\*\*\* и др. Изъ французскихъ гинекологовъ противъ этого возсталъ въ особенности Deraul \*\*\*\*\*, ссылаясь на клиническія наблюденія свои. Изъ германскихъ гинекологовъ Martin † старается доказать, что этотъ небольшой физиологическій загибъ на передней поверхности матки далеко не имѣеть того значенія, какое приписываютъ ему французскіе авторы. По его мнѣнію, загибъ этотъ, образующій уголъ приблизительно въ 165°, ни въ какомъ случаѣ не можетъ относиться къ категоріи загибовъ въ тѣсномъ смыслѣ, т. е. констатируемыхъ клинически. Klob увѣряетъ, что до наступленія половой зрѣлости, матка представляется совершенно прямою и что только съ этого времени она слегка изгибается впередъ (?).

Добытый прежними анатомическими изслѣдованіями фактъ относительно загиба матки подтверждается столь многими, что попытки Martin'a опровергнуть его не могутъ не показаться, по меньшей мѣрѣ, странными ††. Особенную доказательную силу имѣють клиническія наблюденія, произведенныя на этотъ счетъ и обнародованныя лѣтъ двѣнадцать тому назадъ (1868) Рапаса'омъ †††. Онъ производилъ свои изслѣдованія надъ такими сифилитическими женщинами, у которыхъ нельзя было констатировать ни малѣйшаго страданія ни со стороны матки, ни придатковъ ея. Вотъ его результаты.

1. Загибъ матки впередъ почти въ половинѣ всѣхъ случаевъ составляетъ физиологическое явленіе.
2. Неизогнутою, т. е. прямою, матка встрѣчается только въ одной трети всѣхъ случаевъ.
3. Измѣненія взадъ въ положеніи и очертаніи матки встрѣчаются рѣдко и ужъ поэтому самому имѣють болѣе важное патологическое значеніе.

Credé †††† совершенно соглашается съ этими выводами Рапаса'а и подтверждаетъ ихъ цѣлымъ рядомъ изслѣдованій и однимъ чрезвычайно поучительнымъ вскрытіемъ дѣвочки, умершей отъ дифтерита дыхательныхъ путей.

Познакомившись съ самого начала моею гинекологическою дѣятельности съ изслѣдованіями Boullard'a, я посвятилъ этому

\* Bullet. de la Société de chirurgie. 1853—1854, 8 mars.

\*\* Gaz. médic. de Paris, 1854, 25 septembre.

\*\*\* De l'antéflexion et de la retroflexion de l'uterus; Paris, 1853, p. 34.

\*\*\*\* У Аган'а, op. cit.

\*\*\*\*\* Bullet. de la société de chir., 1853—1854, mars, p. 440.

† Op. cit., p. 12.

†† Главнѣйшіе доводы, приводимые Martin'омъ, состоятъ въ слѣдующемъ. Во-первыхъ, говоритъ онъ, иногда находили у новорожденныхъ дѣвочекъ и загибы взадъ. Во-вторыхъ, загибы впередъ, находимые во время внутриутробной жизни, а также вскорѣ послѣ рожденія на свѣтъ, ничего не доказываютъ, такъ-какъ загибы эти, вслѣдствіе мягкости маточной ткани въ области тѣла и внутренняго зѣва, составляютъ только послѣдствіе давленія на матку со стороны прямой кишки, наполненной меконіемъ или же каловыми массами.

††† Archive génér. de médecine, 1869, Mars, p. 274.

†††† Arch. f. Gynaecol., 1870, Bd. I, p. 182.

вопросу самое тщательное вниманіе и имѣлъ возможность произвести на этотъ счетъ очень много некроскопическихъ и клиническихъ изслѣдованій. Первые какъ нельзя болѣе подтверждаютъ изслѣдованія Boullard'a и другихъ. Я, поэтому, считаю совершенно излишнимъ сколько-нибудь распространяться на этотъ счетъ послѣ того, что сказано нами выше. Произведенныя же нами на этотъ счетъ клиническія изслѣдованія, намъ кажется, не лишены интереса, потому что они еще болѣе освѣщаютъ разсматриваемый вопросъ. Мы позволяемъ себѣ поэтому привести здѣсь вкратцѣ добытые нами результаты.

1. У женщинъ, не рожавшихъ и не страдающихъ процессами, влекущими за собою увеличеніе матки и въ особенности дна ея, болѣе чѣмъ у половины можно констатировать загибъ матки впередъ.
2. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ, гдѣ дѣло идетъ о потерѣ нормальнаго тонуса маточной ткани (напр. атрофія), можно доказать существованіе загиба впередъ.
3. Въ большинствѣ случаевъ, гдѣ мы имѣли дѣло съ атрофіей, въ особенности дна и тѣла матки, т. е. тамъ, гдѣ матка по типу своему напоминаетъ внутриутробную матку, мы могли констатировать загибъ впередъ.
4. Тоже самое часто наблюдается у женщинъ, перешедшихъ за климактерическій возрастъ.
5. Степень этого загиба впередъ весьма различна, такъ что уголь представляетъ всевозможные переходы отъ тупаго до остраго; чаще однако констатируется уголь тупой.

Что касается причинъ, обуславливающихъ эту конфигурацію матки, то ихъ должно искать, съ одной стороны, какъ увидимъ ниже, въ нѣкоторыхъ особенностяхъ строенія матки во время внутриутробной жизни и до наступленія половой зрѣлости, т. е. въ преобладаніи шейки надъ тѣломъ и дномъ; съ другой же стороны, въ давленіи сосѣднихъ органовъ, главнымъ образомъ кишечника на дно матки (Follin, Verneuil, Richet, Freund и др.).

Прежде, чѣмъ перейдемъ къ изложенію строенія маточныхъ стѣнокъ, мы должны замѣтить, что толщина ихъ помимо различныхъ физиологическихъ и патологическихъ состояній, различна въ различныхъ мѣстахъ. Всего толще онѣ у боковыхъ частей дна (12—15 миллим., а у рожавшихъ еще болѣе) и книзу постепенно утончаются. Маточныя стѣнки состоятъ существенно изъ брюшиннаго покрова (который разсмотрѣнъ нами выше), мышечнаго слоя и слизистой оболочки.

Мышечный слой матки, по важности значенія его въ отправленіяхъ этого органа (роды, воспріятіе сѣмени), давно занималъ умы очень многихъ анатомовъ и акушеровъ и до сихъ поръ не перестаетъ быть объектомъ многочисленныхъ изслѣдованій. Едва ли существуетъ во всей анатоміи вопросъ, который

подавалъ бы поводъ къ такимъ разногласіямъ, какъ описаніе мышницъ матки. Это объясняется тѣмъ, что вопросъ этотъ по сущности своей представляетъ величайшія затрудненія: нигдѣ мышечныя волокна такъ не перепутаны, какъ въ маткѣ. Ихъ можно съ успѣхомъ изслѣдовать только при извѣстныхъ физиологическихъ условіяхъ со стороны матки, т. е. во время беременности, или же вскорѣ послѣ родовъ. Разногласія въ возрѣніяхъ на разбираемый нами вопросъ доходили до такой степени, что, не смотря на изслѣдованія старинныхъ анатомовъ, каковы Везалій и нѣкоторые другіе, Walter, Blumenbach, Smellie и пр. вовсе отвергали существованіе мышечныхъ волоконъ въ маткѣ. Въ настоящее время споръ этотъ составляетъ не болѣе какъ историческій фактъ и если разногласія еще существуетъ во многихъ отношеніяхъ, то только потому, что, какъ уже сказано, предметъ самъ по себѣ чрезвычайно труденъ и самыя способы изслѣдованія были различны.

Такъ какъ мы не можемъ войти здѣсь въ подробное разсмотрѣніе всѣхъ различныхъ взглядовъ на этотъ вопросъ, то ограничимся здѣсь только изложеніемъ тѣхъ результатовъ, къ которымъ пришли Kölliker, Hélie, Rouget и въ послѣднее время одинъ изъ нашихъ русскихъ врачей—д-ръ Крейцеръ.

По Kölliker'у должно приниматьъ три мышечныхъ слоя: наружный, средній и внутренній. Наружный слой состоитъ изъ продольныхъ и поперечныхъ волоконъ; первыя изъ нихъ весьма плотно соединены съ серознымъ покровомъ и занимаютъ дно и переднюю и заднюю стѣнки матки до шейки; поперечныя волокна развиты гораздо болѣе и окружаютъ всю матку въ распространяются также на круглыя связки, яичниковыя и широкія, а также и на фаллопиевыя трубы. Средній слой всего болѣе развитъ и состоитъ изъ поперечныхъ, продольныхъ и косыхъ волоконъ, весьма различно переплетающихся между собою и содержать очень сильно развитыя сосуды, въ особенности же вены, вслѣдствіе чего этотъ слой въ беременной маткѣ представляется на видъ губчатымъ. Внутренній слой тоньше средняго и состоитъ изъ тонкихъ продольныхъ и болѣе толстыхъ поперечныхъ и косыхъ волоконъ, образующихъ рѣзко выступающія кольца кругомъ внутреннихъ отверстій фаллопиевыхъ трубъ. Что касается относительнаго расположенія мышечныхъ волоконъ по различнымъ отдѣламъ матки, то въ днѣ болѣе всего развитъ средній слой, между тѣмъ какъ въ маточной шейкѣ замѣчаются по преимуществу поперечныя и очень немного продольныхъ волоконъ. У наружнаго маточнаго зѣва, непосредственно подъ слизистой оболочкой, лежатъ сильно развитыя поперечныя волокна, образующія какъ бы жомъ матки (sphincter uteri).

Hélie \* также принимаетъ три мышечныхъ слоя и описываетъ ихъ слѣдующимъ образомъ. Наружный слой состоитъ изъ

\* Recherches sur la disposition des fibres musculaires de l'uterus. Paris, 1864.

продольныхъ и хвостобразныхъ пучковъ; первые изъ нихъ, начинаясь изъ круговыхъ волоконъ маточной шейки, идутъ прямо вверхъ по задней стѣнкѣ матки до дна, отсюда переходятъ на переднюю стѣнку и здѣсь также сливаются съ круговыми волокнами шейки. Съ дна матки волокна этихъ пучковъ распространяются на фаллопиевы трубы и яичниковыя и круглыя маточныя связки. Средній слой состоитъ главнымъ образомъ изъ косыхъ волоконъ, окружающихъ кровеносные сосуды. Внутренній слой, въ противоположность мѣтнiо Кôlike r'a, самый толстый и составляется изъ расположенныхъ на передней и задней стѣнкахъ двухъ треугольниковъ, обращенныхъ основанiями своими къверху, гдѣ они переходятъ на фаллопиевы трубы; внизу же они начинаются отъ круговыхъ мышцъ маточной шейки. Кромѣ этихъ треугольныхъ мышечныхъ пучковъ, средній слой содержитъ еще много поперечныхъ волоконъ, особенно рѣзко выступающихъ у внутренняго зѣва. Въ днѣ матки, въ томъ мѣстѣ, гдѣ прикрѣпляется послѣдъ, волокна мышечныя перепутаны между собою въ такой степени, что нѣтъ никакой возможности установить для нихъ какую-нибудь схему \*. Hélie указываетъ въ этомъ случаѣ только на то, что въ этомъ мѣстѣ (т. е. днѣ матки) мышечныя волокна окружаютъ сосуды въ видѣ колецъ, такъ что сосуды проходятъ какъ бы въ мышечныхъ каналахъ. Отношенiе венъ и артерiй къ этимъ каналамъ различно; первыя изъ нихъ такъ плотно соединяются со стѣнками этихъ каналовъ, что очень трудно отдѣлить ихъ другъ отъ друга, артерiи же лежатъ гораздо свободнѣе.

Чрезвычайно интересны результаты, къ которымъ пришелъ Rouget \*\*. Начать съ того, что онъ, вопреки всѣмъ принятымъ до сихъ поръ методамъ, изучалъ расположенiе наружнаго мышечнаго слоя матки внѣ беременности и притомъ у молодыхъ субъектовъ, такъ-какъ, по словамъ его, слой этотъ у нихъ выступаетъ всего болѣе рѣзко. Главная точка отправленiя его состоитъ существенно въ томъ, что мышечныя волокна матки образуются изъ нѣсколькихъ отдѣльныхъ, сливающихся между собою системъ, исходною точкою которыхъ служатъ маточныя связки. Выводы, къ которымъ привели Rouget его изслѣдованiя, приблизительно слѣдующiе. Широкия маточныя связки не составляютъ просто складки брюшины, а, напротивъ, онѣ ничто иное, какъ мышечныя листки, служащiе какъ-бы подкладкой для серозныхъ листковъ, соединены съ ними чрезвычайно плотно и состоятъ изъ мышечныхъ пучковъ, переплетающихся между собою такимъ образомъ, что они образуютъ настоящiя сѣти. Средній

\* Ruysch допускалъ въ этомъ мѣстѣ особенный мускулъ, назначенный спеціально для изгнанiя послѣда, вслѣдствiе чего онъ его и назвалъ *m. detrusor p. laeatae*. См. Fr. Ruysch, *Tractatio anatomica de musculo uteri in fundo uteri observato*. Amstelodami, 1726.

\*\* Recherches sur les organes érectiles de la femme et sur l'appareil musculaire tubo ovarien. Journ. de Physiologie de Brown-Sequard, 1859, T. I, p. 363.

слой, образующійся этими сѣтями, и составляетъ собственно наружный мышечный слой матки. На срединной линіи маточныхъ стѣнокъ замѣчается граница, указывающая на то, что мышечный слой матки образуется изъ слитія двухъ боковыхъ системъ. Мышечные пучки, находящіеся въ связи (или какъ говоритъ Rouget—зависящія) съ круглою связкою, расположены въ видѣ вѣера и сливаются съ такимъ же образомъ расположенными волокнами противоположной стороны. Такимъ же образомъ онѣ ставятъ въ зависимость средній и внутренній слой отъ lig. ovar. Но этого мало, Rouget доказываетъ, что какъ матка, такъ и трубы и яичники обхватываются одною непрерывною мышечною сѣтью, которая, вслѣдствіе извѣстнаго отношенія къ ней кровеносныхъ сосудовъ, дѣлаетъ половые органы въ высокой степени эректильными. Мы еще будемъ имѣть случай коснуться этого вопроса, когда будемъ говорить о кровеносныхъ сосудахъ матки.

Д-ръ Крейцеръ \* изслѣдовалъ мускулатуру матки въ небеременномъ состояніи; способъ, котораго онъ держался при этомъ, состоялъ въ томъ, что для изслѣдованія поверхностныхъ мышечныхъ слоевъ онъ наливалъ въ маточные сосуды спиртный растворъ карболовой кислоты (спирта 45%, карболовой кислоты 02%); для представленія же сосудистаго слоя онъ наполнялъ сосуды воздухомъ и затѣмъ мацерировалъ матку въ спиртномъ растворѣ феноловой кислоты. Результаты, къ которымъ пришелъ Крейцеръ, состоятъ въ слѣдующемъ: Мускулатура матки состоитъ изъ четырехъ слоевъ: 1) подсерознаго (strat. subserosum), 2) надсосудистаго (str. supravasculare), 3) сосудистаго (str. vasculare и 4) подслизистаго (str. submucosum). Слои эти имѣютъ различную толщину и отличаются другъ отъ друга отчасти направлениемъ волоконъ, отчасти же различіемъ отношеній къ соуднымъ органамъ и сосудамъ.

Исходнымъ центромъ (связывающимъ звѣномъ по автору) мышечныхъ пучковъ служитъ внутренній звѣвъ. Въ этомъ мѣстѣ мышечные пучки представляются всего болѣе плотными и направленіе ихъ во всѣхъ слояхъ поперечное, причемъ они представляютъ собою кольцо, пронизанное во всей толщѣ своей сосудами, преимущественно венами. Отъ этого кольца сосудистый слой, составляющій главныя субстраты мускулатуры матки, направляется вверхъ—въ тѣло и внизъ—въ маточную шейку, раздѣляясь, какъ здѣсь, такъ и тамъ, на два отдѣла—наружный, болѣе плотный и болѣе сосудистый и внутренній, состоящій изъ болѣе нѣжныхъ и менѣе переплетенныхъ между собою пучковъ, съ гораздо меньшимъ количествомъ сосудовъ. Въ маточной шейкѣ направленіе пучковъ этого слоя косвенное—сверху внизъ и снаружи внутрь. Къ этой главной основѣ сосуди-

\* Die Musculatur der nicht schwangeren Gebärmutter. Petersb. medic. Zeitschrift, 1871, N. F., 2, pp. 113—135.

стаго слоя примыкають, какъ снаружи, такъ и внутри, тонкіе, какъ-бы дополнительные слои. Они многочисленнѣе и сложнѣе въ тѣлѣ матки и болѣе простаго устройства въ шейкѣ.

Прибавочные слои эти переходятъ съ тѣла матки на прилегающія къ ней части (связки: широкія, круглыя, яичниковыя, а также и фаллопиевы трубы), такъ что, съ точки зрѣнія эмбриологической, эти прибавочные слои представляютъ пласты, вошедшіе въ составъ матки отъ прибавочныхъ ея органовъ, напр. боковые отдѣлы надсосудистаго слоя составляютъ принадлежность круглыхъ маточныхъ связокъ (gub. Hunteri въ извѣстный періодъ внутриутробной жизни) и т. д.

Изъ поверхностнаго слоя основнаго кольца матки происходитъ также наружный слой мускулатуры влагалища; внутренній же составляетъ продолженіе косыхъ пучковъ губъ маточнаго зѣва.

Внутренній прибавочный слой на всемъ протяженіи своемъ однообразенъ и представляетъ особенность только въ направленіи пучковъ, которое въ днѣ матки поперечное, около отверстій фаллопиевыхъ трубъ и внутренняго зѣва — кольцеобразное, а въ стѣнкахъ какъ полости матки, такъ и въ каналѣ шейки — продольное.

Что касается гистологическихъ свойствъ мускулатуры матки, то существеннымъ основаніемъ ея служатъ кѣтки, очень тѣсно соединенныя между собою въ пучки. Пучки, въ свою очередь, соединяются между собою помощью обильнаго слоя соединительной ткани, содержащей ядра, а также посредствомъ менѣе развитаго слоя эластическихъ волоконъ. При обыкновенныхъ условіяхъ вышеупомянутыя ячейки имѣютъ вертенообразную форму, съ сильно пріостренными концами; только во время беременности, при очень сильномъ разрастаніи сократительныхъ элементовъ, находятъ очень много мышечныхъ волоконъ съ плоскими и зазубренными краями. Въ поперечномъ разрѣзѣ ячейки представляютъ круглыя, овальныя, а также 4—5 угольныя контуры. Оболочка ячеекъ только въ первые мѣсяцы беременности представляется прозрачною и въ нихъ явственно замѣчается ядро. Последнее имѣетъ эллиптическую или вертенообразную форму, помѣщается большею частью въ срединѣ ячейки, но оно можетъ помѣщаться также экцентрически и даже въ стѣнкѣ ячейки.

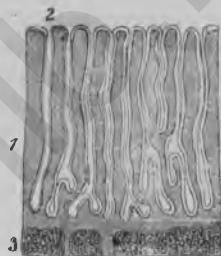
Слизистая оболочка, выстилающая внутреннюю поверхность матки, очень долго подавала поводъ къ разногласіямъ и дѣло доходило до того, что очень многіе анатомы, какъ-то: Morgagni, Weitbrecht, Ribes, Gordon, а изъ новѣйшихъ еще Bédard, вовсе отвергали существованіе ея. Но, начиная съ работъ по этому поводу Е. Н. Weber'а (1846), вопросу этому посвящено тщательное вниманіе и, хотя разногласія не совсѣмъ исчезли, тѣмъ не менѣе рѣшеніе его подвинуто очень много впередъ.

Слизистая оболочка матки такъ тѣсно соединена съ подлежащими тканями (мышечнымъ слоемъ), что нѣтъ никакой возможности отдѣлить одну отъ другихъ; кромѣ того, собственно въ полости матки она совершенно гладкая \*. Только по нѣко-

\*\* По Hennig'у, въ области внутреннихъ отверстій маточныхъ трубъ слизистая оболочка представляетъ очень слабо выраженный, небольшой складки.

торымъ свойствамъ, а именно, по блѣднорозовому (шагреновому) цвѣту и чрезвычайной пѣжности строенія ее можно отличить отъ собственной ткани маточныхъ стѣнокъ. Слизистую оболочку составляютъ железы, между которыми находится очень много, по видимому, свободныхъ зеренъ, продолговатыхъ, поліэдрическихъ ячеекъ, волокнистыя кѣтки въ различныхъ періодахъ развитія, обильное межкѣточное вещество и, наконецъ, мышечныя волокна, идущія отъ внутренняго мышечнаго слоя къ основаніямъ железъ (Chrobask).

Слизистая оболочка, какъ по наружному виду, такъ и по многимъ гистологическимъ особенностямъ, различна въ полости и въ каналѣ маточной шейки. Въ первой изъ нихъ, какъ уже сказано, она совершенно гладкая и толщина ея въ срединѣ, по Coste'y, равняется 3—6 миллиметрамъ, а по Sharpey'ю не болѣе какъ 1—2 миллим. Въ полости она не имѣетъ ни возвышеній, ни складокъ, а усеяна только множествомъ отверстій, которыя не что иное, какъ протоки железокъ (glandulae utriculares). Железки эти, имѣющія въ длиникѣ 0,03—0,04 миллим., расположены вертикально къ оси матки и лежатъ почти непосредственно другъ подлѣ друга, такъ-какъ разстояніе между ними составляетъ почти  $\frac{1}{12}$  ихъ діаметра. Онѣ представляютъ слегка изогнутыя трубочки, оканчивающіяся слѣпымъ, утолщеннымъ концомъ, нерѣдко раздваивающимся вилкообразно (Robin); на свободной поверхности слизистой оболочки онѣ открываются весьма маленькими протоками, окруженными сосудистыми сплетеніями \*.



Ф. 19.

Ф. 19. Представляетъ разрѣзъ слизистой оболочки дѣвственной матки по Kundrat'y. 1—слизистая оболочка; 2—железы; 3—мышечный слой.

\* Первый, положительно доказавшій существованіе железокъ на внутренней поверхности матки, былъ E. H. Weber, въ 1839 г. Послѣ него этимъ вопросомъ занимались много I. Reid, Sharpey, Goodsir, Bischoff, Robin, а въ новѣйшее время Hennig, Ercolani, Friedländer, Lott, Kundrat и Engelmann.

E. H. Weber, Mullers Physiologie, Bd. II, p. 710; Онъ же: Zusätze zur Lehre vom Baue und den Verrichtungen der Geschlechtsorgane. Leipzig, 1846.—Bischoff, Mullers Arch. f. Anat., 1846, Hft. II, p. 111.—Robin, Mémoire pour servir à l'histoire anatomique de la membrane muqueuse de l'uterus. Arch. génér., 1847, Juillet.—Hennig, Op. cit.—Kölliker, Handbuch der microscopischen Anatomie, 1852, Bd. II, p. 544.—Флоринскій, О маточныхъ железахъ. Протоколы Общ. Русск. Вр. въ С.-Петербургѣ, 1863.—Ercolani, Delle glandole utricolare. Bologna, 1868.—Friedländer, Untersuchungen ueber den Uterus., 1870.—A. Rollet, Untersuchungen. II. Leipzig, 1871.—Соловьевъ. Объ измѣненіяхъ слизистой оболочки матки собакъ во время течки. Казань, 1873.—H. Kundrat und G. Engelmann, Untersuchungen ueber die Uteruschleimhaut. Medicinische Jahrb. herausgegeben von der K. k. Gesellschaft der Aertze. Redig. v Stricker, 1873, p. 135. Въ послѣднее время слизистая оболочка матки снова сдѣлалась объектомъ изслѣдованій со стороны очень многихъ, въ особенности по отношенію къ вопросу о мѣсячныхъ. Мы ниже, въ главѣ о менструаціи, подробно коснемся этого предмета, пока же ограничиваемся тѣмъ, что указываемъ

Въ каналѣ маточной шейки слизистая оболочка представляется желтовато-красною, болѣе плотною и усѣянною цѣлою системою большихъ и малыхъ поперечныхъ возвышеній, извѣстныхъ подъ именемъ пальмовидныхъ складокъ (*palmae plicatae*, *plicae palmatae*, *arbor vitae*, Луга); возвышенія эти идутъ снизу вверхъ, въ косомъ направленіи. Такъ-какъ эти возвышенія бываютъ различной величины, то и образующіяся углубленія или бороздки тоже различны. Lott утверждаетъ, что возвышенія эти нисколько не складки, а настоящія утолщенія слизистой оболочки. Уже гораздо раньше Lott'a тоже самое утверждалъ и профес. Флоринскій, называя ихъ прямо гребнеобразными отростками.

Въ промежуткахъ между этими возвышеніями и параллельно съ ними видны круглыя, а также нѣсколько продолговатыя отверстія, имѣющія въ диаметръ отъ 0,3—0,4 милим., ведущія въ глухія мѣшки, длинникъ которыхъ равняется диаметру слизистой оболочки. Эти-то мѣшки и отдѣляютъ характерный секретъ цервикальнаго канала, т. е. опаловую слизь, столь близко напоминающую яичный бѣлокъ. Фолликулы эти, вслѣдствіе застояванія въ нихъ секрета, образуютъ кистовидные пузырьки величиною съ горошину и гораздо больше, извѣстны подъ именемъ *ovula Nabothi*. Они чаще всего встрѣчаются близъ внутренняго зѣва.

*Ovula Nabothi* встрѣчаются до такой степени часто, что имъ ни въ какомъ случаѣ нельзя придавать патологическаго значенія, какъ это дѣлали нѣкоторые старинные авторы. Нерѣдко содержимое ихъ бываетъ совершенно колоидное. Эти кистовидныя расширенія фолликулъ открыты въ 1706 году *Guillaumet de Noyes*; получили же они название наботовыхъ фолликулъ, потому, что ихъ тщательно описалъ *Martin Naboth* въ своей *Dissertatio de sterilitate muliebri*.—*Kilian*, *Geburtslehre*, Bd. I, p. 65.

Что касается эпителия слизистой оболочки матки, то онъ бываетъ различный, смотря по отдѣламъ ея. Въ днѣ и тѣлѣ матки онъ вибраторный (мерцательный) и притомъ рѣснички его движутся снаружи внутрь. Въ каналѣ маточной шейки слизистая оболочка покрыта цилиндрическимъ эпителиемъ, имѣющимъ вибраторный характеръ только на *palmae plicatae* (*Tyler Smith*); по *Kölliker*'у, цилиндрической эпителий всего цервикальнаго канала имѣетъ свойство мерцательнаго эпителия. По *Lott*'у, эпителий цервикальнаго канала состоитъ изъ нѣсколькихъ слоевъ. На слизистой оболочкѣ влагалищной части мы уже находимъ плоскій эпителий, т. е. тотъ же эпителий, который выстилаетъ всю слизистую оболочку рукава. Изъ изслѣдованій *Lott*'а видно, что въ самой задней части цервикальнаго канала, тамъ, гдѣ оканчиваются *palmae plicatae* (миллим. на 2 отъ наружнаго зѣва слизистая оболочка усѣяна сосочками, которые, сливаясь вмѣстѣ, образуютъ у наруж-

здѣсь на эти работы. *Williams*, *Obstetric. Journ. of gr. Brit.*, 1874, p. 324; тотъ же журналъ за 1875 г., p. 496, *Engelmann*, *Am. Journ. of obstetr.*, v. VIII, p. 30.—*Leopold*, *Arch. f. Gynaecol.*, Bd. XI, p. 110.—*Wyder*, *Arch. f. Gyn.* Bd. XIII, p. 1.—*Mörke*, *Centralbl. f. Gynaecol.*, 1880, № 13.



наго зѣва какъ бы кольцо (Saum), названное Куенеке—маточнымъ гименомъ (hymen uterinum). Сосочки эти покрываютъ всю поверхность слизистой оболочки. Намъ остается еще упомянуть о томъ, что форма железокъ (фолликулъ) цервикальнаго канала, по Friedländer'у, бываетъ различна въ различные возрасты. У маленькихъ дѣвочекъ онѣ имѣютъ форму синузную, или даже вѣерообразную, со времени же наступленія половой зрѣлости онѣ принимаютъ видъ простыхъ, или же раздвоенныхъ мѣшечковъ.

Lott изслѣдовалъ матки коровъ, овецъ, свиней, кроликовъ, мышей и летучихъ мышей и у всѣхъ ихъ находилъ, что эпителий имѣетъ вибраторныя свойства до самого основанія железъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эпителий железъ сохранялъ еще вибраторный характеръ, въ то время, какъ онъ былъ совершенно потерянъ на поверхности слизистой оболочки. Въ первый разъ вибраторное свойство эпителия матки было открыто Nylander'омъ въ маткѣ свиньи, послѣ этого вибраторный эпителий въ маточныхъ железахъ былъ констатированъ у большинства млекопитающихъ. Что касается измѣненій эпителия и слизистой оболочки матки во время мѣсячныхъ, то относящіеся сюда факты будутъ приведены въ главѣ о физиологіи и патологіи мѣсячныхъ.

Кровеносные сосуды матки происходятъ изъ arteria spermatic. int. и arteria uterina. Art. sperm. inter., берущая начало свое изъ аорты, ниже почечной артеріи, между широкихъ маточныхъ связокъ направляется къ маткѣ; не доходя до послѣдней дѣла на 2, она даетъ вѣтви яичнику и наружнымъ концамъ фаллопиевыхъ трубъ и входитъ въ матку непосредственно подъ фаллопиевой трубой, на одномъ уровнѣ съ круглой и яичниковой связками. Какъ самъ стволъ, такъ и въ особенности вѣтви art. spermatic. имѣютъ сильно выраженное спиральное направленіе. Art. spermatic. даетъ три вѣтви, снабжающія кровью дно и верхнюю часть тѣла матки и образуетъ значительныя анастомозы съ маточною артеріей, а чрезъ круглую и яичниковую связки она анастомозируетъ съ сосудами яичника и брюшныхъ покрововъ (art. epig. infer.). Маточная артерія (art. uterina), вѣтвь art. hypogastricae, гораздо толще art. spermatic. int., направляется къ широкой маточной связкѣ, между листками ея доходить до боку нижняго отдѣла матки, гдѣ она вѣдряется въ нее, почти на высотѣ внутренняго зѣва. Начиная съ этого мѣста, вѣтви ея, образуя почти прямые углы, идутъ вверхъ и внизъ. Въ верхнемъ углу матки art. uterina загибается внутрь, сливается съ art. spermaticae и изгибаясь дугообразно, на срединѣ дна, или же въ верхней части тѣла матки сливается съ соименною вѣтвью другой стороны. Такъ какъ art. uterina даетъ еще вѣтвь, идущую къ влагалищу (art. vagin.), то вслѣдствіе этого кровеносная система матки находится въ непосредственной связи съ кровеносными сосудами влагалища и наружныхъ половыхъ частей.

Изъ вышесказаннаго видно, что въ маткѣ сосуды распредѣ-

лены такимъ образомъ, что дно и верхняя часть тѣла ея снабжаются кровью внутреннею сѣмянною, а нижняя часть тѣла и маточная шейка — маточною артеріей. Вѣтви этой послѣдней отличаются тою характерною особенностью, что онѣ идутъ главнымъ образомъ по боковымъ частямъ матки и имѣютъ очень извилистое направленіе; извилины эти выражены тѣмъ болѣе, чѣмъ болѣе данная женщина рожала. Вообще должно сказать, что матка представляетъ органъ, въ высшей степени богатый сосудами; вслѣдствіе-то этого очень большую часть существа маточныхъ стѣнокъ (если разсматривать ихъ въ разрѣзѣ) составляютъ сосуды. Относительно маточной шейки нужно замѣтить, что сосуды въ ней представляютъ развѣтвленія довольно значительнаго калибра и достигаютъ до самой поверхности слизистой оболочки.

Что касается венъ и лимфатическихъ сосудовъ, то они слѣдуютъ направленію артерій. Чѣмъ ближе къ наружному слою мышечныхъ стѣнокъ, тѣмъ вены и лимфатическіе сосуды становятся крупнѣе, а подъ серознымъ (брюшиннымъ) покровомъ матки образуютъ очень густую сѣть, особенно рѣзко выступающую на боковыхъ частяхъ нижняго отрѣзка матки. Такія же крупныя сплетенія замѣчаются въ широкихъ маточныхъ связкахъ, въ особенности около яичниковъ. Вены матки отличаются еще тою особенностью, что онѣ лишены клапановъ. Въ то время, какъ артеріи по всему протяженію своему окружены соединительною тканью, такъ что не приходятъ въ непосредственное прикосновеніе съ мышечными стѣнками, — вены, наоборотъ, проходятъ въ промежуткахъ между мышечными пучками матки и плотно сращены съ ними, т. е. вены идутъ какъ бы по мышечнымъ каналамъ. Изъ этого не трудно понять — какое громадное вліяніе должны оказывать на состояніе сосудовъ мышечные элементы матки.

Изъ появившихся въ послѣдніе годы анатомическихъ работъ о лимфатическихъ сосудахъ матки мы должны упомянуть слѣдующія: Lucas-Champion nièrs, *Limphatiques et lymphangite uterine*. Paris, 1870. — П. Фридолинъ, о лимфатическихъ сосудахъ беременной матки. Военно-Медицин. журн., 1872, ноябрь. Leopold, *Ueber die Lymphgefäße des normalen nicht schwangern Uterus*. Arch. f. Gynacologie, 1873, Bd. VI, p. 1. — Въ высшей степени тщательно и подробно разработанъ этотъ вопросъ въ статьѣ Leopold'a. Онъ разсматриваетъ отношенія лимфатическихъ сосудовъ отдѣльно къ слизистой оболочкѣ, брюшинѣ и мышечному слою.

Выше, говоря о мускулатурѣ матки, мы уже упомянули о томъ, что Rouget при изслѣдованіяхъ своихъ по этому поводу пришелъ къ заключеніямъ, бросающимъ совершенно новый свѣтъ на многія отправленія женской половой сферы. Дѣло въ томъ, что этотъ физиологъ въ распредѣленіи сосудовъ въ маткѣ нашелъ величайшую аналогію съ тѣмъ, что замѣчается въ пещеристыхъ тѣлахъ вообще и на этомъ основаніи онъ, съ чисто анатомической точки зрѣнія, принимаетъ, что матка и яичники обладаютъ настоящими пещеристыми тѣлами, обу-

словливающими явленія, тождественныя съ тѣми, которыя составляютъ такъ-назыв. эрекцію, другими словами, что матка и яичники обладают эректильностью. Кромѣ доводовъ анатомическихъ въ подтвержденіе своего ученія Rouget приводитъ чрезвычайно интересный экспериментъ, который весьма легко выполняется на трупѣ. Приготовивъ надлежащимъ образомъ тазъ съ половыми органами, его погружаютъ въ теплую ванну. Въ яичниковыя вены впрыскиваютъ какую-нибудь жидкость въ такомъ количествѣ, чтобы она совершенно наполнила губчатую тѣла яичниковъ и матки; въ то время какъ сосуды будутъ наполнены жидкостью до извѣстной степени, мы замѣчаемъ, что дно матки приподымается и движеніе, исполняемое при этомъ маткою, ничѣмъ не отличается отъ того, которое замѣчается при эрекціи penis.

Эта способность главныхъ частей женской половой сфѣры эрироваться, по словамъ Rouget, проявляется *sub coitu* подъ вліяніемъ возбужденія, достигающаго извѣстной степени. Но эта эректильная способность проявляется не только во время совокупленія, но она имѣетъ, вѣроятно, также непосредственную связь съ созрѣваніемъ яичекъ (*ovulatio*) и менструаціей. Созрѣваніе яичекъ, сопровождаясь извѣстнымъ возбужденіемъ данныхъ нервныхъ нитей, вызываетъ въ яичникахъ эрекцію, которая, въ свою очередь, вызываетъ ее въ маткѣ; такъ-какъ во время эрекціи послѣдней, сосуды ея переполняются кровью (гиперемія), то легко понять—какимъ образомъ менструація въ извѣстномъ смыслѣ (т. е. разрывъ поверхностныхъ кровеносныхъ сосудовъ) составляетъ результатъ эректильной способности матки. Обхватываніе яичниковъ свободными концами фаллопиевыхъ трубъ для воспріятія выдѣлвшихся яичекъ тоже объясняется извѣстнаго рода сокращеніемъ яичниково-трубнаго мышечнаго аппарата, т. е. эрекціей. Въ интересахъ исторической правды мы должны замѣтить, что еще въ 40-хъ годахъ Kilian указывалъ уже на эректильную способность матки, основываясь главнымъ образомъ на явленіяхъ, замѣчаемыхъ при маточныхъ сокращеніяхъ во время родовъ.

Что касается нервовъ матки, то едвали по какому либо вопросу, касающемуся анатоміи женской половой сфѣры, было работано столько въ послѣднее время, какъ относительно нервовъ матки. Въ 40-хъ годахъ завязалась очень жаркая полемика по поводу сообщеній, сдѣланныхъ на этотъ счетъ R. Lee. Онъ представилъ цѣлый рядъ рисунковъ, которыми старался доказать распредѣленіе нервовъ въ каждой части матки отдѣльно; но впоследствии оказалось, что Lee принялъ волокна соединительной ткани за нервныя нити (!!). Вопросъ относительно распредѣленія нервовъ былъ очень значительно подвинутъ впередъ работою Frankenhäuser'a. Вотъ результаты, къ которымъ пришелъ этотъ изслѣдователь. Какъ матка, такъ и яичники получаютъ свои нервы прямо или же чрезъ посредство *plexus renalis* отъ *plexus coeliacus*;

нижній узелъ (gangl. infer.) даетъ вѣтви яичникамъ и сѣмяннымъ узламъ (gangl. spermatica или же лучше—ganglia genital.). Эти послѣдніе, числомъ четыре, получаютъ вѣточки изъ верхней части (plex. mesent. super) plex. aort. Ganglia sperm. s. genital. получаютъ двѣ толстыхъ вѣтви изъ симпатическаго нерва и снабжаютъ большимъ количествомъ нервовъ по преимуществу яичники. Подъ тѣмъ мѣстомъ, гдѣ выходитъ arter. mes. infer. лежитъ большое маточное нервное сплетеніе (plexus lumbo-aort.), образуемое главнымъ образомъ gangliis spermaticis и вѣточками, происходящими отъ поясничныхъ узловъ симпатическаго нерва. Намысль оно образуетъ plex. hypogastr., помѣщающіеся позади прямой кишки, снарути тазовыхъ сосудовъ и направляющіеся къ боковымъ частямъ маточной шейки. Каждый plex. hypog. имѣетъ въ длину отъ 7—10 центиметр. и на ходу своемъ посылаетъ вѣточки между прочимъ къ S roman., мочеточникамъ и пр. Въ маточной шейкѣ, по обѣимъ сторонамъ, находится значительный нервный узелъ (gangl. cervical.), имѣющій (въ беременности) въ длину около 2, а въ ширину 1 цент. Изъ этихъ то двухъ узловъ беретъ свое начало большая часть маточныхъ нервовъ, между тѣмъ какъ остальные происходятъ прямо изъ plex. hypogastr. Plex. cervic. составляются не только изъ однѣхъ вѣточекъ plex. hypogastr., но снабжаются также вѣтвями изъ 2-й, 3-й и 4-й паръ крестцовыхъ нервовъ. Frankenhäuser'у удалось въ маточномъ нервномъ сплетеніи констатировать существованіе двигательныхъ вѣтвей, но относительно чувствительныхъ вѣточекъ изысканія его дали отрицательный результатъ. Какъ объ одномъ изъ замѣчательныхъ результатовъ изслѣдованій Frankenhäuser'a мы должны упомянуть о томъ, что во время беременности нервныя нити матки становятся толще, гипертрофируются и двойные контуры выступаютъ въ нихъ очень рѣзко.

Зная теперь анатомическое распредѣленіе нервовъ въ маткѣ, намъ остается еще коснуться столь важнаго въ практическомъ отношеніи вопроса относительно того—въ какой зависимости находится сократительная дѣятельность матки отъ центральной нервной системы? Въ послѣднее время, благодаря изслѣдованіямъ Tyler Smith'a, Spiegelberg'a, Kehrer'a, Caliburcsés и др. все болѣе и болѣе стали приходить къ убѣжденію, что матка, относительно инерваціи ея, представляетъ большую аналогію съ сердцемъ, т. е. что она можетъ самостоятельно сокращаться. Въ 1869 г. д-ръ Рейманнъ \* (въ Кіевѣ) снова занялся этимъ вопросомъ и произвелъ цѣлый рядъ очень интересныхъ опытовъ по этому поводу. Онъ экспериментировалъ на собакахъ и кошкахъ и пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ. Матка, по совершенномъ прекращеніи связи ея съ нервными центрами и даже удаленная изъ организма,

\* Нѣкоторыя изслѣдованія нервныхъ и другихъ возбудителей маточныхъ сокращеній. Кіевъ, 1869.

подъ вліяніемъ различныхъ агентовъ\* (электричество, механич., раздраженія), сокращается и притомъ довольно энергически. При этомъ отдѣльныя части ея сокращаются ритмически и сокращенія продолжаются отъ  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  минуты. Сократительная способность матки теряется только черезъ часъ послѣ смерти животнаго.

На основаніи-то этихъ опытовъ Рейманнъ и допускаетъ, что матка можетъ сокращаться независимо отъ нервныхъ центровъ, хотя не отвергаетъ нисколько значенія этихъ послѣднихъ, точно такъ, какъ это имѣетъ мѣсто и относительно сокращеній сердца. Отчего зависитъ эта самостоятельная сократительность матки—до сихъ поръ не выяснено, т. е. анатомическій субстратъ ихъ не найденъ. Но на основаніи данныхъ чисто физиологическихъ должно допустить, что субстратъ этотъ существуетъ и вѣроятно обуславливается какими нибудь особенными нервными узлами.

Frankenhäuser полагалъ, что тормозяще нервы матки заключающіяся въ крестцовыхъ нервахъ; Рейманнъ отвергаетъ это предположеніе на томъ основаніи, что онъ экспериментальнымъ путемъ доказалъ, что при раздраженіи электрическими токами крестцовыхъ нервовъ маточныя сокращенія не только не прекращались и не ослабѣвали, а, напротивъ, усиливались.

Что касается вліянія спинномозговыхъ нервовъ на сократительную дѣятельность матки, то опыты Реймана подтвердили результаты прежнихъ изслѣдователей, а именно, что раздраженія всего спиннаго мозга, въ особенности же шейной и поясничной частей, могутъ вызвать сокращенія въ маткѣ и что тоже самое происходитъ и по перерѣзкѣ спиннаго мозга ниже послѣдняго шейнаго позвонка; въ этомъ случаѣ, впрочемъ, сокращенія бываютъ слабѣе. Перистальтической или антиперистальтической характеръ маточныхъ сокращеній обуславливается, повидимому, мѣстомъ, на которое подѣйствовало раздраженіе.

Въ заключеніе того, что сказано нами о сократительной дѣятельности матки, намъ остается упомянуть еще о томъ, что Köpfer, Frankenhäuser, Keiser, а также и Рейманнъ доказали, что маточныя сокращенія могутъ быть также вызываемы прекращеніемъ или уменьшеніемъ притока крови къ маткѣ. Фактъ этотъ важенъ въ томъ отношеніи, что имъ можно объяснить способъ дѣйствія на матку спорыньи и препаратовъ ея (спорынья вызываетъ сократительную дѣятельность матки тѣмъ, что обуславливаетъ сокращенія въ стѣнкахъ сосудовъ и eo ipso ишемію матки, которая, въ свою очередь уже, вызываетъ сокращенія).

Мы уже упомянули о томъ, что литература нервной физиологіи матки очень обширна. Въ виду научной важности этого вопроса, я считаю не лишнимъ привести здѣсь вкратцѣ главнѣйшіе выводы, къ которымъ пришли различные экспериментаторы, занимавшіеся этою частью физиологіи.

Ball и Serres считали центромъ половыхъ побужденій вообще мозжечекъ. Petrequin\* и Longet\*\* помѣщаютъ этотъ центръ въ продол-

\* Gaz. médic. de Paris, 1836, T. IV, № 35.

\*\* Anatomie et Physiologie du système nerveux. Paris, 1847.

говатомъ и верхней части спинного мозга. Flourens \* опровергаетъ учение Ball'a и Serres'a, такъ-какъ вързвываніемъ мозжечка доказалъ, что половыя побужденія перистируютъ и безъ этой части мозга. Brachet, въ началѣ и во время родовъ перерзывалъ у кроликовъ, а также и у морскихъ свинокъ спинной мозгъ на различной высотѣ и при этомъ получался тотъ результатъ, что маточныя сокращенія исчезали и роды приостанавливались. Отсюда онъ пришелъ къ выводу, что сокращенія матки находятся въ прямой зависимости отъ спинного мозга, откуда возбужденіе передается маткѣ по спинно-мозговымъ волокнамъ, находящимся ниже десятого грудного позвонка. Budge \*\* утверждаетъ, что центральныя окончанія двигательныхъ нервовъ помѣщаются въ мозжечкѣ. Кромѣ того, онъ же открылъ свой centrum genitospinale, помѣщающійся около 4-го спинного позвонка и управляющій движеніями прямой кишки, пузыря и duct. defer. По Valentinu \*\*\* раздраженіе поясничныхъ и крестцовыхъ узловъ симпатическаго нерва возбуждаетъ сокращенія матки. Кромѣ того, онъ подтверждаетъ также изслѣдованія Budge и увѣряетъ, что раздраженіе мозжечка вызываетъ сокращенія въ трубахъ и въ маткѣ. Tyler-Smith \*\*\*\* утверждаетъ, что сокращенія матки находятся въ зависимости отъ симпатической системы, потому что перистальтическія движенія въ маткѣ продолжаются не только по разрушеніи нервныхъ центровъ, но даже и спустя нѣкоторое время послѣ смерти животнаго. По Snow-Becky † перистальтическія движенія матки также зависятъ отъ симпатической системы; возбужденіе сокращеній въ маткѣ, рефлекторнымъ путемъ, возможно чрезъ спинной мозгъ; путь, по которому передается это возбужденіе изъ спинного мозга, лежитъ въ крестцовыхъ и интэркостальныхъ нервахъ. Движенія матки совершенно независимы отъ спинного мозга. Особенно извѣстностью въ гинекологической литературѣ пользуются эксперименты J. Simpson'a ††. Онъ утверждалъ, что центръ маточныхъ сокращеній должно искать въ продолговатомъ мозгу. Выводъ этотъ онъ основывалъ на томъ, что, не смотря на перерзку спинного мозга у свиней въ поздніе періоды беременности, роды тѣмъ не менѣе наступали своимъ чередомъ. Callibergs ††† доказалъ, что matka какъ у беременныхъ, такъ и небеременныхъ животныхъ извѣстное время послѣ смерти сокращается, если согрѣвать до извѣстной степени животное, или даже только одну вързваную матку. Kilian †††† дѣлалъ свои изслѣдованія относительно сокращеній матки на трупахъ. Онъ пришелъ къ заключенію, что центръ этихъ послѣднихъ — продолговатый мозгъ; пути же, по которымъ передается раздраженіе, составляютъ блуждающіе нервы, спинной мозгъ и симпатическій нервъ. Мы уже выше упомянули объ изслѣдованіяхъ Spiegelberg'a ††††. Вотъ выводы, къ которымъ онъ пришелъ. а) Остановка кровообращенія составляетъ причину самостоятельныхъ движеній матки; пока кровообращеніе не прекращено, движеній этихъ вовсе не бываетъ, или же они очень слабы. б) Причину этихъ движеній слѣдов. должно искать въ анеміи. в) Блуждающіе нервы не играютъ никакой роли по отношенію къ маткѣ. д) Раздраженіе продолговатаго мозга вызываетъ движеніе въ маткѣ. е) Главный центръ движенія матки лежитъ въ мозжечкѣ. ф) Со всѣхъ мѣстъ спинного мозга, особенно съ поясничной и крестцовой частей, получаютъ движенія матки. г) Весьма вѣроятно, что спинной мозгъ даже задерживаетъ движенія матки. h) Изъ центральныхъ массъ возбужденіе идетъ по продолговатому мозгу, а отсюда по крестцовымъ и симпатическимъ нервамъ къ маткѣ.

\* Recherches experim. sur les fonctions du syst. nerveux ganglionnaire. Paris, 1830, p. 262.

\*\* Untersuchungen über das Nervensystem, 1841, Hft. I.

\*\*\* De functionibus nervorum cerebralium, p. 64.

\*\*\*\* Cyclopaedia of anat. and. Physiol. London, Journ. of. Med., 1849, Dec.

† Medic. Times, 1850—1851.

†† V Snow-Beck'a, I. c.

††† Comptes rendus de l'académie, 1857, XLV.

†††† Zeitschrift f. ration. Medic., T. II, p. I.

††††† Experimentelle Untersuchungen über die Bewegungen des Uterus. Ibid., 1858, T II.

Kehrer \* доказываетъ, что центръ самостоятельныхъ или ритмическихъ сокращеній матки должно искать въ спинномъ мозгу, откуда возбужденіе распространяется только по крестцовымъ вѣтвямъ (т. *sacral.*) *plex. hypos. poster.* Перевязка аорты не вызываетъ движеній матки (противъ Шпигельб.). Пропуская изслѣдованія Obernier'a \*\* (критическаго характера), указываемъ на опыты Oser'a и Schlesinger'a \*\*\* старающихся показать, что главный двигательный нервъ матки—*plexus aorticus.*;

Вышеприведенныя историко-литературныя данныя заимствованы нами изъ диссертации М. Шершевскаго \*\*\*\*, вышедшей изъ лабораторіи проф. Цюна. Вотъ выводы, къ которымъ на основаніи многочисленныхъ опытовъ, пришелъ Шершевскій. Мы приводимъ *ipsissima verba.*

1. Чувствительные нервы матки лежатъ въ крестцовыхъ нервахъ.
2. Симпатическій нервъ есть по всей вѣроятности единственный двигатель матки.
3. Передача возбужденія съ чувствующаго нерва на двигательный совершается въ поясничной части спинного мозга, въ которой берутъ начало оба рода нервовъ матки.
4. Рефлекторное возбужденіе матки отъ периферическихъ спинно-мозговыхъ нервовъ, за исключеніемъ крестцовыхъ, — есть эффектъ сосудо-двигательный.
5. Отравленіе угольной кислотой дѣйствуетъ на матку путемъ центральнымъ и периферическимъ; эффектъ отравленія—явленіе также сосудо-двигательное.
6. Передача рефлекса чрезъ спинной мозгъ возможно и безъ участія головного мозга.
7. Кураре не измѣняетъ дѣятельности матки.

Въ послѣднее время вопросъ относительно иннерваціи матки, какъ беременной, такъ и въ небеременномъ состояніи былъ снова изслѣдованъ д-ромъ Рейномъ (въ лабораторіи проф. Торханова). Cohnstein, въ Гейделбергѣ, повторилъ эти изслѣдованія и результаты ихъ изложилъ въ статьѣ своей *Zur Innerwation der Gebärmutter* въ *Arch. f. Gynaecol.* Bd. XVIII. Hft. 3.

Для полноты анатомо-физиологическаго очерка матки, мы считаемъ нужнымъ изложить здѣсь нѣкоторыя данныя какъ эмбриологическія, такъ и относительно дальнѣйшаго развитія внутренней половой сферы и въ особенности матки. Данныя эти имѣютъ интересъ для гинеколога въ томъ отношеніи, что только помощью ихъ можно объяснить тѣ многочисленные уклоненія въ развитіи полового аппарата, которыя встрѣчаются довольно нерѣдко и изъ которыхъ нѣкоторыя могутъ представить не маловажное клиническое значеніе \*\*\*\*\*.

Въ самые ранніе (отъ 20—25 дня) періоды внутриутробной жизни развитіе половой сферы совершается вокругъ двухъ органовъ, которые носятъ названіе Вольфовыхъ тѣлъ (ложныя или первоначальныя почки). Вольфовы тѣла помѣщаются по обѣимъ сторонамъ позвоночника и простираются, начиная съ груди до таза. Что касается строенія этихъ тѣлъ, то они, будучи отдѣлительными органами, состоятъ изъ слѣдующихъ трубочекъ, идущихъ въ общій протокъ, открывающійся въ клоаку

\* Beiträge zur vergleichend. und experim. Geburtskunde. Gissen. 1864, Hft. I.

\*\* Experim. Untersuchungen über die Nerven des uterus. Bonn, 1856.

\*\*\* Experim. Untersuchungen ueber Uterusbewegungen. Wien, Medic. Jahrb. 1872, Hft. I.

\*\*\*\* Къ вопросу объ иннерваціи матки. С. П. Б., 1873.

\*\*\*\*\* При изложеніи этихъ данныхъ мы придерживаемся преимущественно Klob'a.

(т. е. общую полость пищеварительнаго тракта и мочеваго аппарата). Вольфовы тѣла къ концу втораго мѣсяца атрофируются и изъ нихъ во время внутробной жизни остаются рудименты,—а именно, такъ назыв. Розенмюллерово тѣло у женщинъ и *vas. aberrans* у мужчинъ.

Кнутри и съ боку этихъ Вольфовыхъ тѣлъ помѣщаются два органа, имѣющіе форму нитей; они вмѣстѣ съ Вольфовыми тѣлами идутъ внизъ и вступаютъ въ *sinus urogenitalis* (клоака). Въ нижнемъ концѣ нити эти заходятъ взадъ за Вольфовы тѣла, описывая вокругъ ихъ спиральный полуоборотъ. Эти то нити, носящія названія Мюллеровыхъ нитей, и составляютъ основаніе, изъ котораго развиваются органы, составляющіе внутреннюю половую сферу. Въ началѣ своего развитія Мюллеровы нити представляютъ плотныя тѣла и только послѣ онѣ становятся полыми. Верхніе концы ихъ слегка утолщены, нижніе сливаются между собою и притомъ въ томъ мѣстѣ, откуда исходятъ круглыя маточныя связки. Изъ слившихся частей Мюллеровыхъ нитей развивается матка; верхняя же часть ихъ образуютъ фаллопьевы трубы. Очень важный вопросъ, представляющійся здѣсь, состоитъ въ томъ,—когда, въ какую эпоху внутриутробной жизни начинается формироваться половой типъ? Въ первыя недѣли внутриутробной жизни, именно—до шестой, по Мескелю, нельзя открыть ни малѣйшаго намека на тотъ или другой полъ и органы, изъ которыхъ развивается половая сфера, у обоихъ половъ совершенно одинаковы. Начиная съ вышесказанной эпохи, если больше развиваются мюллеровы нити, а Вольфовы тѣла атрофируются, то изъ даннаго зародыша развивается субъектъ женскаго пола; если же развивается субъектъ мужскаго пола, то, на оборотъ, Мюллеровы нити атрофируются, а Вольфовы тѣла развиваются дальше.

На восьмой недѣлѣ у зародыша женскаго пола Мюллеровы нити нижними концами своими сливаются между собою и представляютъ два канала (или полости), раздѣленные между собою перегородкою. Вскорѣ послѣ того, какъ Мюллеровы нити соединяются между собою, раздѣляющая ихъ перегородка начинаетъ исчезать и притомъ снизу вверхъ такимъ образомъ, что матка и рукавъ представляютъ одну полость. Что касается того, съ какого мѣста начинается исчезаніе перегородки, то Kölliker высказалъ предположеніе, что перегородка начинаетъ исчезать съ того мѣста, гдѣ матка переходитъ въ рукавъ. Shatz, на основаніи нѣкоторыхъ фактовъ, склоняется также къ этому мнѣнію и опровергаетъ предположеніе L. Fürsta, что перегородка въ рукавѣ исчезаетъ позже, чѣмъ въ маткѣ.

Въ началѣ пятаго мѣсяца матка уже явственно отдѣлена отъ рукава, а именно: замѣчается возвышеніе, представляющее ничто иное, какъ влагалищную часть матки; что же касается верхнихъ концовъ мюллеровыхъ нитей, изъ которыхъ образовались фалло-



півевы трубы, то они представляются уже открытыми и съ небольшими забуринами (*ostia abdominal. tub. Fall.*) Въ верхнемъ отдѣлѣ своемъ матка представляется еще расщепленною, т. е. состоящею изъ двухъ роговъ, такъ-какъ еще не образовалась связывающая ихъ часть, т. е. дно матки, развивающееся только въ концѣ пятого, или же въ началѣ шестаго мѣсяца.

Начиная съ шестаго и седьмаго мѣсяца, вся матка становится толще; утолщеніе это особенно рѣзко выступаетъ въ шейкѣ, стѣнки которой представляются гораздо толще стѣнокъ въ области тѣла. На внутренней поверхности матки замѣчается рѣзко выступающая линія — *palmā plicata*, указывающая на то мѣсто, гдѣ произошло слитіе двухъ первоначальныхъ органовъ (Мюллеров. нитей), изъ которыхъ образовалась матка. Изъ этой срединной линіи идутъ поперечныя складки, направляющіяся вверхъ до отверстій фаллопиевыхъ трубъ.

Измѣненія, происходящія въ маткѣ въ девятомъ мѣсяцѣ, состоятъ въ томъ, что дно ея все болѣе выполняется и округляется и несоразмѣрность въ толщинѣ между шейкою и тѣломъ нѣсколько уменьшается; впрочемъ, и по рожденіи, шейка преобладаетъ надъ тѣломъ.

Этимъ оканчивается внутриутробный періодъ развитія матки. По рожденіи дѣвочки на свѣтъ, наступаетъ до извѣстной степени періодъ покоя, продолжающійся до наступленія половой зрѣлости, или, по крайней мѣрѣ, развитіе въ этомъ періодѣ идетъ несравненно тише, чѣмъ во время внутриутробной жизни. Явленія, характеризующія этотъ второй періодъ въ развитіи матки, состоятъ въ слѣдующемъ. Около эпохи втораго прорѣзыванія зубовъ *palmā plic.* исчезаетъ и вмѣсто ея остается срединная линія, мало выдающаяся надъ горизонтомъ; стѣнки тѣла и дна матки становятся толще, такъ что толщина ихъ равняется уже толщинѣ стѣнокъ маточной шейки; кромѣ того, матка опускается ниже въ тазъ и влагалищная часть ея начинаетъ выступать болѣе рѣзко.

Въ періодъ наступленія половой зрѣлости (слѣдов. около 15—16 года, по крайней мѣрѣ у насъ) матка опять быстро начинаетъ развиваться. Этотъ періодъ дальнѣйшаго развитія матки, по *Ag-nold'u* простирается за 20-лѣтній возрастъ (?) Въ этомъ періодѣ развитіе матки характеризуется тѣмъ, что тѣло матки удлиняется, стѣнки тѣла ея все болѣе и болѣе утолщаются и слизистая оболочка начинаетъ выступать болѣе рѣзко вслѣдствіе развитія въ ней железъ; *palmā plicata* исчезаетъ окончательно. Влагалищная часть матки становится толще и болѣе гладкою и плотною. Этимъ заканчивается періодъ (третій) внутробнаго развитія матки. Что касается измѣненій, претерпѣваемыхъ маткою во время беременности, то мы ихъ здѣсь не коснемся, такъ-какъ они подробно рассматриваются въ акушерствѣ.

На основаніи вышесказаннаго понятно, что матка должна представлять рѣзкія отличія, смотря по возрасту и по тому—ро-

жалъ-ли данный субъектъ, или нѣтъ. Такъ-какъ отличія въ послѣднемъ отношеніи нами указаны ужъ выше, то мы резюмируемъ здѣсь главнѣйшія отличія, представляемыя маткою въ различные возрасты, въ виду того, что факты эти имѣютъ прямое клиническое значеніе. Въ этомъ отношеніи можно допустить три разновидности матки, а именно: дѣтскую, достигшую полного развитія и матку старческую.

Дѣтская матка отличается слѣдующими особенностями: высокое стояніе въ тазу, чрезмѣрно длинная шейка (относительно тѣла и дна), гораздо большая толщина стѣнокъ маточной шейки въ сравненіи со стѣнками тѣла; влагалищная часть мала. Относительно очертанія, въ дѣтской маткѣ рѣзко бросаются въ глаза значительный загибъ впередъ и перехватъ на мѣстѣ перехода тѣла въ шейку.

Матка въ періодѣ полного развитія половой зрѣлости. Она стоитъ гораздо ниже къ тазу, чѣмъ дѣтская матка; тѣло и дно преобладаютъ надъ шейкою (относительно длины); тоже самое должно сказать относительно толщины стѣнокъ; влагалищная часть, обыкновенно коническаго очертанія, рѣзко отдѣляется отъ свода рукава и представляется плотною на ощупь. Загибъ впередъ хотя существуетъ, но выраженъ гораздо слабѣе, чѣмъ въ дѣтской (а въ особенности внутриутробной) маткѣ.

Старческая матка существенно отличается уменьшеніемъ въ вѣсѣ и въ размѣрахъ своихъ: уменьшеніе это особенно относится къ влагалищной части (resp. шейки) и выражается тѣмъ, что влагалищная часть представляется нерѣдко въ видѣ небольшой горошины. Эти измѣненія влагалищной части, на основаніи многочисленныхъ изслѣдованій, я считаю самою рѣзкою особенностью старческой матки. Другое, важное отличіе ея составляетъ уменьшеніе прямого (передне-задняго) размѣра въ области дна: матка представляется какъ-бы сплюснутой или сдавленной сзади напередъ.

Мы считаемъ не лишнимъ привести здѣсь нѣкоторые сравнительно-анатомическія данныя относительно матки. Извѣстно, что у большинства животныхъ матка состоитъ изъ трехъ отдѣловъ—собственно полости и двухъ боковыхъ частей или роговъ. Изъ этого видно, что матка у животныхъ представляетъ большую аналогію съ внутриутробной человѣческой маткой въ извѣстномъ періодѣ ея развитія. Кромѣ того, что матка животныхъ имѣетъ рога, въ этомъ отношеніи замѣчаются главныя двѣ особенности: преобладаніе собственно маточной полости надъ рогами и, наоборотъ, преобладаніе этихъ послѣднихъ надъ полостью. Первый типъ матки свойственъ тѣмъ животнымъ (ruminantia, solipedes), которыя носятъ по одному дѣтенишу; у нихъ плодъ помѣщается въ маточной полости, въ рогахъ лежатъ только заднія конечности. У тѣхъ животныхъ, которыя носятъ по нѣсколько дѣтенишей (плотоядныя), полость матки очень мала и сильно развиты рога, въ которыхъ собственно и помѣщаются дѣтениши. Особенный интересъ представляетъ въ этомъ отношеніи самка кролика, у которой тѣло матки вовсе не имѣетъ полости и рога непосредственно открываются въ рукавъ; фаллопеевы трубы у нихъ составляютъ какъ бы непосредственное продолженіе роговъ.

Что касается слизистой оболочки, то отношеніе ея къ подлежащимъ тка-

нямъ у различныхъ животныхъ различно. У многихъ пережовывающихъ жвачку она представляетъ по нѣскольку отдѣльныхъ возвышеній, въ которыхъ приерѣдляются послѣды. У коровы слизистая оболочка выступаетъ очень рѣзко. У однокопытныхъ она представляетъ многочисленныя складки и легко отдѣляется отъ подлежащихъ тканей. Совсѣмъ другое у плотоядныхъ и грызуновъ: у нихъ, какъ въ человѣческой маткѣ, слизистая оболочка очень плотно срощена съ подлежащими тканями, такъ что отдѣлить ее, по крайней мѣрѣ на большомъ пространствѣ, нѣтъ никакой возможности.

Зная теперь особенности матки у нѣкоторыхъ животныхъ, спрашивается: чѣмъ человѣческая матка отличается отъ матки животныхъ? Въ извѣстное время внутриутробной жизни, а именно до 6 мѣсяца человѣческая матка, вслѣдствіе двурогости ея, представляетъ величайшую аналогію съ животной маткой. Чѣмъ далѣе отъ этой эпохи, тѣмъ болѣе она удаляется отъ животнаго типа, пока она, наконецъ, не принимаетъ форму и особенности, исключительно свойственныя женщинѣ. Ненпиг \*, коснувшись этого вопроса, указалъ на то, что особенности человѣческой матки въ архитектурическомъ отношеніи, кромѣ того, что она имѣетъ только одну полость, состоятъ существенно въ томъ, что человѣческая матка отличается болѣею мясистою (т. е. что она содержитъ больше мышечныхъ элементовъ) и болѣе длинною шейкой, чѣмъ у животныхъ. Болѣе развитая мускулатура человѣческой матки находится въ прямомъ отношеніи съ трудностями, которыя должны быть преодолены во время родового акта, вслѣдствіе значительности сопротивленія, представляемаго болѣе извилистымъ человѣческимъ тазомъ. Что касается второй особенности, а именно длины маточной шейки, то она объясняется тѣмъ, что эта часть матки, обдѣланная мышечными элементами, служитъ охраной для плода, заключающагося въ полости матки и требующаго для своего полного развитія значительный промежутокъ времени. Не будь этой длинной шейки, беременная женщина, при усиленныхъ движеніяхъ и пр., едва ли могла бы довести свою беременность до нормальнаго срока. Эти двѣ существенныя особенности человѣческой матки, вѣроятно, приобрѣла мало-по-малу, т. е. онѣ унаслѣдованы отъ предковъ въ смыслѣ теоріи Дарвина.

---

\* Ueber die architectonische Entwicklung des Uterus. Arch. f. Gynaecologie, 1872, Bd. III p. 312.

## ГЛАВА XIX.

### Общій разборъ клиническихъ явленій, представляемыхъ болѣзнями матки.

Для избѣжанія повтореній, мы рассмотримъ здѣсь съ общей точки зрѣнія припадки, вызываемые различными страданіями матки.

Клиническая картина большинства страданій матки существенно состоитъ изъ трехъ частей: 1) припадковъ, зависящихъ непосредственно отъ заболѣваго органа (т. е. матки), 2) припадковъ, зависящихъ отъ сосѣднихъ органовъ, и 3) изъ явленій, такъ называемыхъ, сочувственныхъ, т. е. изъ явленій, обнаруживающихся въ другихъ системахъ организма и находящихся въ извѣстной, органической связи съ первоначальнымъ страданіемъ.

#### 1. Припадки, зависящіе непосредственно отъ матки.

Изъ клиническихъ явленій, непосредственно зависящихъ отъ матки при различныхъ заболѣваніяхъ ея, особенное значеніе имѣють: боль, различныя измѣненія въ нормальномъ отдѣленіи ея слизистой оболочки и кровотеченія.

Боль составляетъ весьма частый спутникъ очень многихъ страданій матки и поэтому имѣетъ важное клиническое значеніе. Не смотря на то, что при нормальныхъ условіяхъ матка отличается вообще чрезвычайно малою чувствительностью и что она очень мало воспримчива къ вѣшнимъ впечатлѣніямъ различнаго рода, въ состояніи патологическомъ она становится исходною точкою очень сильныхъ болей. Боли эти могутъ имѣть очень различный характеръ и различную силу, начиная отъ непріятнаго ощущенія только и доходя до такой силы, что онѣ совершенно истощаютъ больныхъ, лишая ихъ сна, какъ напр. при карциномѣ, гистеральгій и проч.

По характеру мы различаемъ боль острую въ различной степени и тупую. Острая боль составляетъ спутникъ всѣхъ острыхъ процессовъ воспалительнаго свойства, исходною точкою

которыхъ служить серозный покровъ матки и собственно ткань ея (perimetris, metritis parenchym. и пр.). Боль въ этихъ случаяхъ чаще всего постоянная, хотя можетъ представлять также періоды усиленія и ослабванія, но свободныхъ перемежекъ при этомъ никогда не замѣчается, по крайней мѣрѣ во все то время, пока процессъ не достигъ извѣстной степени развитія. Въ острой боли должно строго различать боль перемежающагося типа, какъ мы ее часто встрѣчаемъ напр. при различныхъ новообразованіяхъ матки (карциномъ и саркомъ), отъ боли, появляющейся схватками, потугообразной. Этотъ характеръ боль имѣетъ въ очень значительномъ числѣ страданій матки. Какъ общее правило относительно этого рода боли должно принять, что потугообразная боль свойственна вообще тѣмъ страданіямъ матки, которыя исходятъ изъ внутренней поверхности ея (эндометриты различнаго рода, новообразованія, какъ-то фибромы въ тѣсномъ смыслѣ, полипы и пр.), а также тѣмъ, которыя находятся въ непосредственной связи съ различными разстройствами мѣсячныхъ.

Боль бываетъ тупая въ большинствѣ страданій, принявшихъ хроническій характеръ, а также въ острыхъ процессахъ послѣ того, какъ боли остраго характера существовали болѣе или менѣе долгое время. Тупая боль составляетъ также нерѣдкій спутникъ различныхъ смѣщеній матки, когда эта послѣдняя приходитъ въ ненормальныя отношенія къ сосѣднимъ органамъ. Изъ острыхъ процессовъ тупая боль встрѣчается весьма часто при воспалительныхъ страданіяхъ, исходную точку которыхъ составляетъ межмышечная или подсерозная соединительная ткань (parametritis). Въ родильномъ періодѣ приходится нерѣдко констатировать параметритическія опухоли очень значительныхъ размѣровъ, между тѣмъ, какъ больныя субъективно ни на что не жалуются, или же, по крайней мѣрѣ, боль такъ незначительна, что онѣ не обращаютъ на нее никакого вниманія. Нерѣдко больныя тупую боль переводятъ на свой языкъ ощущеніемъ напиранія внизъ, т. е. ощущеніемъ—какъ будто что-то вышираетъ изъ полости таза. Этого рода болѣзненное ощущеніе замѣчается, съ одной стороны, при смѣщеніяхъ матки (а также стѣнокъ рукава) по проводной линіи таза (внизъ), съ другой же стороны, при нѣкоторыхъ новообразованіяхъ матки въ извѣстной періодъ ихъ развитія, а именно при прорѣзываніи полиповъ чрезъ наружный зѣвъ, а также при нѣкоторыхъ формахъ хроническаго воспаления маточной ткани (metritis diffusa), при гиперплизіяхъ влажной части и пр.

Кромѣ вышесказанныхъ особенностей, отличающихъ боль при различныхъ страданіяхъ матки, она можетъ быть еще произвольная, или же произвольная, т. е. она можетъ быть вызываема различными посторонними причинами. Произвольная боль составляетъ спутникъ всѣхъ острыхъ процессовъ, какъ са-

мой матки, такъ и придатковъ ея, хотя, впрочемъ, она можетъ измѣняться въ силѣ своей при нѣкоторыхъ условіяхъ, напр. извѣстномъ положеніи тѣла. Боль же произвольная замѣчается обыкновенно при хроническихъ страданіяхъ и вызывается или, прямо надавливая больное мѣсто, какъ напр. это дѣлается при гинекологическомъ изслѣдованіи, или же она вызывается извѣстнымъ положеніемъ тѣла, физическимъ напряженіемъ и пр. Такъ, напр., женщины, страдающія различными формами хроническаго воспаленія матки, смѣщенной ея и проч., жалуются, что боль у нихъ появляется, когда онѣ походятъ, или подолгу стоятъ и т. п.

Что касается мѣста, въ которомъ по преимуществу обнаруживаются боли при страданіяхъ матки (а также и другихъ отдѣловъ внутренней половой сферы), то онѣ главнымъ образомъ сосредоточиваются *in reg. hypogastr.*, въ крестцовой сторонѣ и въ глубинѣ таза. Боли, замѣчаемыя очень часто при страданіяхъ матки въ другихъ частяхъ тѣла, напр. въ поясничной сторонѣ и пр., должно считать болями отраженнаго характера и объ нихъ сказано будетъ ниже.

Измѣненія въ нормальныхъ свойствахъ секрета. У профановъ, да и у очень многихъ врачей существуетъ убѣжденіе, что всякая женщина болѣе или менѣе страдаетъ въ извѣстной степени усиленнымъ отдѣленіемъ слизи изъ родовыхъ путей, или, какъ говорятъ, бѣлами. Убѣжденіе это совершенно ложное и ни на чемъ не основано. Оставляя въ сторонѣ рукавъ, физиологическія отношенія котораго рассмотрѣны нами выше, слизистая оболочка матки при нормальныхъ условіяхъ отдѣляетъ такое ничтожное количество секрета, что женщины даже и не замѣчаютъ его, то есть онъ не оставляетъ пятенъ на бѣльѣ. Но совсѣмъ иное дѣло, коль скоро слизистая оболочка претерпѣваетъ извѣстныя патологическія измѣненія. Тутъ однимъ изъ первыхъ явленій бываютъ измѣненія въ секретѣ, какъ относительно количества, такъ и качества. Вслѣдствіе-то этого измѣненія эти и имѣютъ такое важное семіотическое значеніе. Что касается количества нормальнаго секрета, то мы ужъ сказали, что оно ничтожно и только слегка увеличивается незадолго предъ наступленіемъ мѣсячныхъ и слегка усиленно продолжается нѣсколько дней по окончаніи ихъ. Явленіе это легко объясняется физиологическою (менструальною) гипереміей. Вообще говоря, слизи отдѣляется гораздо больше въ цервикальномъ каналѣ, чѣмъ собственно въ полости матки. Причину этого должно искать въ гораздо большемъ числѣ железокъ въ слизистой оболочкѣ канала маточной шейки, чѣмъ въ верхнихъ отдѣлахъ матки. Секретъ слизистой оболочки матки болѣе жидкій; отдѣленіе же цервикальнаго канала тягуче, бѣлесоватаго цвѣта и сильно напоминаетъ яичный бѣлокъ: реакція маточнаго секрета — щелочная. Въ отношеніи гистологическомъ, рассматриваемый секретъ существенно состоитъ изъ слизистыхъ тѣлецъ различной формы, а именно круглыхъ, сплюснутыхъ и даже веретенообразныхъ,

жиру и плоскаго эпителія. Кромѣ того, въ немъ находятъ еще въ небольшомъ количествѣ кругловатыя ячейки съ ядрами (ячейки эти составляютъ продуктъ маточныхъ железокъ), вибріоны (см. выше), а у старыхъ субъектовъ также и холестеаринъ. Въ отношеніи семіологическомъ должно замѣтить, что при извѣстныхъ патологическихъ условіяхъ секретъ собственно полости матки принимаетъ гноевидный характеръ; при заболѣваніяхъ же собственно цервикальнаго канала секретъ становится гуще и измѣняется въ цвѣтъ, но гнойнаго характера не принимаетъ. Впрочемъ, мы еще коснемся этого вопроса, когда будемъ говорить о воспаленіи внутренней поверхности матки.

Кровотеченіе. Кромѣ крови, выдѣляющейся изъ матки при періодическомъ созрѣваніи яичекъ (мѣсячныхъ), матка весьма часто служитъ источникомъ кровотеченія при самыхъ разнообразныхъ патологическихъ состояніяхъ этого органа. Мы ужъ видѣли въ какой мѣрѣ онъ богатъ сосудами; сколько нибудь серьезное расстройство циркуляціи, поэтому, нерѣдко ужъ вызываетъ кровотеченіе. Особенно часто и почти всегда мы будемъ имѣть дѣло съ этимъ припадкомъ (*metrorrhagia*) при вялости матки (*atonia uteri*) и при всевозможнаго рода новообразованіяхъ, развивающихся какъ въ стѣнкахъ матки (промежуточные міомы), такъ въ особенности въ полости ея (различнаго рода полипы, саркомы, карциномъ и пр.). Какимъ образомъ въ семіотическомъ отношеніи отличать простое маточное кровотеченіе отъ различныхъ аномалій мѣсячныхъ, мы увидимъ ниже.

## 2. Припадки, зависящіе отъ соседнихъ органовъ.

Рѣдко мы будемъ имѣть дѣло съ сколько нибудь значительнымъ и продолжающимся уже порядочное время страданіемъ матки, которое бы не вызвало извѣстнаго рода расстройство въ отправленіяхъ мочеваго пузыря и прямой кишки. Что касается перваго изъ этихъ органовъ, то чаще всего мы наблюдаемъ со стороны его учащенный позывъ (*ischuria*) и болѣзненность (*dysuria*) при испражненіи мочи; затѣмъ слѣдуютъ задержаніе мочи (*retentio urinae*) въ большей или меньшей степени и, наконецъ, произвольное выдѣленіе мочи (*enuresis*). Учащенный позывъ и болѣзненность мочеиспусканія обуславливаются, съ одной стороны, непосредственно давленіемъ какой-либо части (дна или маточной шейки) смѣщенной матки на извѣстную часть пузыря; съ другой же стороны, рассматриваемыя нами функціональныя расстройства пузыря нерѣдко составляютъ не что иное, какъ рефлекторныя явленія при пораженіяхъ нервныхъ нитей, происходящихъ отъ бедряннаго и сѣдалищнаго сплетеній и обуславливаемыхъ, въ свою очередь, извѣстными страданіями матки. Наконецъ, расстройство пузыря могутъ быть обуславливаемы различными измѣненіями въ анатомическомъ положеніи пузыря, зависящими непосредственно отъ

различныхъ аномалій въ положеніи матки. Задержаніе мочи въ большей или меньшей степени чаще всего составляетъ спутникъ тѣхъ страданій матки, при которыхъ шейка ея надавливаетъ на шейку пузыря (*Retroversio uteri*). Непроизвольное выдѣленіе мочи при страданіяхъ матки наблюдается весьма рѣдко и обыкновенно составляетъ послѣдствіе какого либо другаго предшествовавшаго расстройства пузыря, которое вызвало уменьшеніе емкости этого органа или же расстройство въ иннерваціи его. Случается иногда, что расстройство въ мочевой системѣ не ограничивается однимъ пузыремъ, а поражаетъ также и мочеточники и почки. Вслѣдствіе различныхъ смѣщеній матки (*retroversio et retroflexio*), а также развивающихся въ ней новообразованій (карциномъ, саркомъ) и большихъ эксудатовъ, мочеточники могутъ быть сжаты, или же нормальное направленіе ихъ измѣняется и, понятно, вслѣдствіе этого мы будемъ имѣть дѣло уже и со страданіемъ почки, съ расширеніемъ лоханокъ (*Hydro-nephrosis*).

Расстройства прямой кишки при страданіяхъ матки чаще всего выражаются запорами на низѣ. Запоры эти могутъ обуславливаться, съ одной стороны, измѣненіями въ положеніи прямой кишки, или же они могутъ имѣть чисто механическій характеръ, т. е. они вызываются непосредственно прижатіемъ прямой кишки тою, или другою частью матки. Какъ бы то ни было, но запоръ составляетъ самый частый спутникъ различныхъ хроническихъ страданій матки. Вслѣдствіе расстройства циркуляціи въ тазу, вызываемаго тѣмъ или другимъ страданіемъ матки, мы нерѣдко замѣчаемъ расширение венъ въ прямой кишкѣ (*ektasiae, varices haemorrhoidal.*). При большинствѣ страданій матки, обуславливающихъ или поддерживающихъ гиперемію къ этому органу, мы наблюдаемъ нерѣдко поносъ, вызываемый гипереміей, распространяющейся на *rectum*. Поносъ этотъ, какъ на это указалъ *Agap*, появляется во время теченія хроническихъ болѣзней матки незадолго передъ наступленіемъ мѣсячныхъ и зависитъ прямо отъ менструальной гипереміи. Поносы эти характеризуются жидкими, водянистыми испражненіями, смѣшанными съ кровяными полосками (*diarhoée glaireuse французскихъ клиницистовъ*). Кромѣ запора и поноса, расстройство прямой кишки можетъ проявляться также болѣзненностью при испражненіяхъ (*defaecatio dolorosa*), что можетъ зависѣть или отъ матеріальныхъ измѣненій въ самой прямой кишкѣ (хронич. застой, *varices*) или же отъ того, что каловыя массы нажимаютъ на болѣзненно измѣненные части матки.

### 3. Явленія сочувственныя.

Къ этой категоріи мы относимъ замѣчаемыя при страданіяхъ матки самыя разнообразныя болѣзненныя явленія, обнаруживающіяся въ различныхъ системахъ организма. Нельзя не замѣтить, что названіе сочувственныхъ явленій, придаваемое этой



категоріи припадковъ, выбрано не совсѣмъ удачно; но его сохраняютъ по необходимости, такъ-какъ непосредственная физиологическая сущность ихъ до сихъ поръ остается во многихъ отношеніяхъ весьма темною. Явленія эти имѣютъ однако такое важное клиническое значеніе, что считаемъ нужнымъ разсмотрѣть ихъ здѣсь нѣсколько подробнѣе.

Прежде всего должно замѣтить, что эти, такъ называемыя, сочувственныя явленія встрѣчаются чрезвычайно часто при самыхъ разнообразныхъ страданіяхъ матки (и вообще всего полового аппарата) и притомъ нерѣдко въ такой силѣ, что собственно явленія, вызываемыя непосредственно самимъ страданіемъ матки, совершенно отступаютъ на задній планъ. Поэтому-то подобныя больныя, составляющія истинный стухъ терапіи, постоянно мѣняютъ врачей, всякій изъ нихъ истощаетъ и притомъ большею частью совершенно напрасно весь запасъ своихъ фармакологическихъ свѣдѣній, пока, наконецъ, кто нибудь не догадается задать вопросъ: не зависятъ ли въ данномъ случаѣ болѣзненные явленія отъ какого либо расстройства въ половомъ аппаратѣ? Примѣръ лучше всего выяснитъ нашу мысль. Недавно обратилась ко мнѣ одна молодая женщина, замужняя, рожавшая одинъ разъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ и сообщила мнѣ, что она третій годъ страдаетъ чрезвычайно сильными болями подъ ложечкой, являющимися приступами; при этомъ запоры на низъ, совершенная потеря аппетита; она въ это время сильно исхудала, расположеніе духа измѣнилось и пр. Въ теченіе полутора лѣтъ она была пользуема однимъ изъ нашихъ лучшихъ терапевтовъ и, когда леченіе оказалось неуспѣшнымъ, онъ направилъ ее къ гинекологу. При изслѣдованіи найдено воспаленіе слизистой оболочки цервикальнаго канала съ развитіемъ обширныхъ грануляцій на губахъ маточнаго зѣва (*endometritis granulosa*). Брошены всѣ лекарства, назначена только соответствующая діета и тотчасъ приступлено было къ мѣстному леченію. Леченіе продолжалось около трехъ мѣсяцевъ, но въ теченіе ужъ первыхъ четырехъ недѣль результатъ былъ до такой степени поразительный, что больная, какъ это обыкновенно водится, хотѣла ужъ бросить его, такъ-какъ припадки со стороны пищеварительныхъ органовъ, которые она собственно считала своею болѣзнию, прошли. Мы не беремъ объяснять—въ чемъ въ приведенномъ случаѣ заключалось собственно болѣзненное начало. На первый взглядъ кажется совершенно дикимъ допустить, чтобы такая сложная клиническая картина, какъ вышеприведенная, могла обуславливаться такимъ ничтожнымъ, столь ограниченнымъ заболѣваніемъ слизистой оболочки цервикальнаго канала. А между тѣмъ невольно приходится принять это, такъ-какъ самой простой мѣстной терапіи было достаточно для того, чтобы устранить главнѣйшія клиническія явленія. Если бы подобныя случаи не составляли самыхъ обыкновенныхъ явленій гинекологической практики, то можно было бы обвинить этотъ

взглядъ на дѣло въ томъ, что онъ основанъ на банальномъ *post hoc, ergo propter hoc*. Обвиненіе подобное оказывается однако ни на чемъ не основаннымъ, именно потому, что множество случаевъ говоритъ прямо противъ него.

Особенно занимали гинекологовъ и терапевтовъ явленія со стороны нервной системы, столь часто замѣчаемыя при страданіяхъ женской половой сферы. Явленія эти до такой степени разнообразны и часто принимаютъ такой угрожающій характеръ, что они наводятъ нерѣдко ужасъ не только на профана, но и на врача. Нѣтъ ни одной нервной формы, которую бы нельзя было встрѣтить при извѣстныхъ страданіяхъ матки; мало того, иногда въ данномъ случаѣ сочетаются самыя разнообразныя формы, распознаваніе которыхъ можетъ въ началѣ поставить въ тупикъ самаго опытнаго перваго патолога. Чѣмъ-же, спрашивали и постоянно продолжаютъ спрашивать, объяснить эти нервныя явленія, обнаруживающіяся, начиная съ простыхъ невральгій и доходя до самыхъ тяжелыхъ случаевъ тоническихъ и клоническихъ судорогъ? Явленія эти относили къ категоріи рефлекторныхъ; но вѣдь этимъ объясненіе не подвинуто ни на шагъ, такъ-какъ одно неизвѣстное объясняется фактомъ также совершенно неизвѣстной сущности. Въ послѣднее время особенно занимали патологовъ параличи, находящіеся въ связи со страданіями полового аппарата \*. Попытки однако къ объясненію ихъ сущности оказались далеко неудовлетворительными. Brown Sequard \*\* думаетъ, что параличи эти обуславливаются извѣстнымъ измѣненіемъ крови, которое ужъ послѣдовательно вызываетъ тѣ или другія патологическія измѣненія въ спинномъ мозгу. Что объясненіе это ничто иное, какъ натяжка — видно съ перваго разу. Положимъ, что мы имѣемъ дѣло съ параличемъ нижнихъ конечностей (*paraplegia*), находящимся въ связи съ тѣмъ или другимъ страданіемъ матки. Отчего же, какъ справедливо спрашиваетъ Courty, извѣстное (?) измѣненіе кровяной массы должно вызвать непременно параличъ нижнихъ конечностей, а не въ какой либо другой части тѣла? Другая теорія, старающаяся объяснить разсматриваемое патологическое состояніе, извѣстна подъ именемъ теоріи истощенія (*théorie d'épuisement*) и принадлежитъ Jaccoud \*\*\*. По этой теоріи, чрезмѣрное раздраженіе, обуславливаемое различными патологическими состояніями въ периферическихъ органахъ, передается спинному мозгу, въ извѣстныхъ отдѣлахъ котораго наконецъ развивается состояніе

\* Въ литературѣ параличи эти были называемы очень различно: такъ Whitt и Groschack называли ихъ просто сочувственными параличами, Romberg—рефлекторными, Graves—параличами периферическаго происхожденія, Jaccoud наконецъ, описываетъ ихъ подъ именемъ параличей невролитическихъ (*neurolysis*).

\*\* *Leçons sur le diagnost. et le traitement des principales formes de paralysie des membres inferieurs*, p. 8.

\*\*\* *Les paraplegies et l'ataxie du mouvement*. Paris, 1864, p. 353.

истощенія. По справедливому замѣчанію Eulenburg'a \*, теорія эта имѣетъ одну весьма слабую сторону. На основаніи этой теоріи, періоду истощенія (т. е. параличамъ) должно было бы всегда предшествовать состояніе возбужденія въ двигательной сферѣ (т. е. судороги),—а это замѣчается между тѣмъ только въ очень немногихъ случаяхъ. Leyden \*\* высказалъ мнѣніе, что въ случаяхъ такъ назыв. рефлекторныхъ параличей дѣло идетъ о воспалительномъ процессѣ, распространяющемся съ периферическихъ нервовъ на спинной мозгъ — *myelitis ascendens*. Объясненіе это не совсѣмъ вѣроятно потому, что въ гинекологической литературѣ есть множество случаевъ, въ которыхъ, по редресации наклонной или изогнутой взадъ матки, параличъ проходилъ вдругъ или, по крайней мѣрѣ, очень скоро. Если допустить мнѣніе Leyden'a, то какъ объяснить внезапное исчезновеніе грубыхъ патологическихъ измѣненій въ спинномъ мозгу, которыя должны сопровождать *myelitidem*?

Одинъ изъ учениковъ проф. Leyden'a—д-ръ Lewissонъ произвелъ по поводу рефлекторныхъ параличей рядъ очень интересныхъ физиологическихъ опытовъ. Существенный выводъ изъ нихъ состоитъ въ томъ, что сильнымъ раздраженіемъ чувствительныхъ нервовъ можно приостановить дѣятельность рефлекторныхъ центровъ въ спинномъ мозгу лягушки. Тоже самое онъ доказалъ и по отношенію къ произвольнымъ движеніямъ. См. его статью въ Архивѣ Dubois Reymond'a, 1869, p. 255: *Ueber Hemmung der Thätigkeit der motorischen Nerven*.

И такъ, попытки объяснить сущность существенныхъ явленій, сопровождающихъ множество болѣзней половой сферы, до сихъ поръ не привели къ какому либо положительному результату. Остается поэтому довольствоваться клиническимъ изученіемъ этихъ явленій. Прежде, чѣмъ перейдемъ къ исчисленію сочувственныхъ явленій, замѣчаемыхъ въ этомъ случѣѣ со стороны различныхъ системъ организма, намъ остается еще разсмотрѣть вопросъ: всѣ ли части полового аппарата могутъ обуславливать эти явленія, или же какія нибудь части его по преимуществу вызываютъ ихъ? Вообще говоря, нѣтъ ни одной части въ половой сферѣ, которая, при извѣстныхъ условіяхъ, не могла бы вызвать цѣлый рядъ сочувственныхъ явленій; тѣмъ не менѣе однако клинической опытъ научаетъ насъ, что эти сочувственныя явленія связаны по преимуществу съ патологическими состояніями двухъ органовъ, а именно—матки и яичниковъ. Впрочемъ, между отдѣльными частями полового аппарата существуетъ такая солидарность, что въ большинствѣ случаевъ заболѣваніе какой нибудь части его, менѣе другихъ реагирующее на общее состояніе организма, по про-

\* Lehrbuch der functionellen Nerven-Krankheiten auf physiologischer Basis. Berlin, 1871, p. 427.

\*\* Ueber Reflexlähmungen, въ Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, Leipzig, 1870, № 2.

шествиі извѣстнаго времени, распространяется на другія части и затѣмъ уже вызываетъ сочувственныя явленія. До послѣднихъ физиологическихъ работъ о созрѣваніи яичекъ и строевіи яичниковъ, матку считали главною исходною точкою сочувственныхъ явленій; но когда физиологія указала на важную роль, которую играютъ яичники, то и клиницисты могли подтвердить прямыми наблюденіями справедливость положенія въ томъ, что яичники при различныхъ патологическихъ состояніяхъ обыкновенно вызываютъ тотъ весьма сложный комплексъ явленій, который привыкли называть истерикою\*.

Если прежде, да и теперь относятъ эти явленія къ тому или другому страданію матки, то это дѣлается главнымъ образомъ потому, что въ то время, какъ патологическія состоянія матки рѣзко бросаются въ глаза, болѣзненные измѣненія въ яичникахъ очень часто ускользаютъ отъ вниманія. На основаніи нашихъ личныхъ наблюденій мы могли придти къ заключенію, что патологическія состоянія яичниковъ играютъ въ этомъ отношеніи гораздо болѣе важную роль, чѣмъ матка и другія части полового аппарата. При этомъ особенно интересно то, что при относительно, повидимому, неважномъ страданіи яичниковъ, какъ напр. воспаленіи паренхимы и въ особенности смѣщеніи ихъ, мы наблюдаемъ часто самыя серьезныя нервныя формы, между тѣмъ какъ при громадныхъ опухоляхъ, какъ-то: кистахъ, саркомахъ и пр., онѣ совершенно отсутствуютъ или выражены очень слабо. Мы не беремъ объяснить этотъ совершенно непонятный для насъ фактъ, но справедливость его можетъ подтвердить всякій гинекологъ.

Charcot и вся его школа выдвинули въ этомъ случаѣ на первый планъ яичники, утверждая, что въ большинствѣ случаевъ самыхъ тяжелыхъ формъ истеріи, сопровождающейся судорогами (Hystéroepilepsie) можно констатировать извѣстнаго рода измѣненія въ яичникахъ (особенно лѣвомъ). При этомъ, какъ извѣстно, Charcot ссылается на то, что слабымъ давленіемъ (снаружи) на лѣвую

\* Изъ громадной литературы, написанной объ истеріи, мы считаемъ уместнымъ привести только слѣдующія сочиненія, имѣющія дѣйствительно научный интересъ. Schützenberger, Causes organiques et mode de production des affections dites hysteriques. *Caz. méd. de Paris*, 1846.—Valentiner, Die Hysterie und ihre Heilung. Erlangen, 1852.—Négrier, Recueil des faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hysteriques de la femme. Angers, 1858.—Briquet, Traité clinique et théorique de l'hysterie. Paris, 1859.—Coste De l'hysterie considérée principalement au point de vue de sa nature et de ses causes. Montpellier, 1863.—Chairiou, Etudes cliniques sur l'hysterie. Paris, 1870.—H. Jones, Studies of functional nervous disorders. London 1870.—Amman, Ueber Hysterie. München, 1872.—Erb, Krankheiten des Nervensystems. II Hälfte, p. 372.—Tripier, Lésions de forme et de structure de l'uterus; leurs, rapports avec les affections nerveuses. Paris, 1871.—Bethier, Les neuroses menstruelles. Paris, 1874.—Charcot, клинич. лекціи о нервныхъ болѣзняхъ. Нѣм. перев. Fetzera Stugart, 1874, p. 326 et 399.—Baumeister, Ueber einige zur Gynocologie in Beziehung stehende Augenkrankh. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1876. № 48 и 49.—Battay, *Centralbl. f. Gynoccol.*, 1877, № 12.—Negar. Die Castration der Frauen. Leipzig, 1878, p. 94.

паховую сторону (слѣд. лѣвый яичникъ) можно вызвать приступъ судорогъ, сильнымъ же прижатіемъ на ту же область можно купировать приступъ. Мы давно высказывались въ томъ смыслѣ, что въ этомъ положеніи знаменитаго неврописателя много недоказаннаго и не мало увеличенія. Въ самомъ дѣлѣ, каждому гинекологу не можетъ не показаться страннымъ, если кто станетъ утверждать, что однимъ наружнымъ приемомъ можно прижать яичникъ величиною съ оливу (!). Очевидно, тутъ что нибудь да не такъ. Сомнѣніе въ возможность подобнаго факта высказано въ послѣднее время Негар'омъ и многими другими гинекологами. Впрочемъ въ самое послѣднее время Charcot допускаетъ и другія точки, изъ которыхъ можно вызывать приступы гистеріи (zones hysterogenes).

Резюмируя все вышесказанное относительно сочувственныхъ клиническихъ явленій, сопровождающихъ страданія полового аппарата, можно придти къ слѣдующимъ заключеніямъ:

- 1) Различныя страданія полового аппарата, начиная отъ самыхъ серьезныхъ до, повидимому, самыхъ ничтожныхъ формъ, могутъ вызывать самыя разнообразныя явленія со стороны различныхъ системъ организма.
- 2) Изъ различныхъ отдѣловъ половой сферы особенно важную роль играютъ въ этомъ отношеніи яичники и затѣмъ только матка.
- 3) Механизмъ происхожденія этихъ, такъ называемыхъ, сочувственныхъ явленій, т. е. патогенія ихъ до сихъ поръ еще не выяснена достаточнымъ образомъ.

Предпославъ эти общія замѣчанія относительно сочувственныхъ явленій, сопровождающихъ страданія половой сферы, мы разсмотримъ ихъ здѣсь, для избѣжанія повтореній впоследствии, по отдѣльнымъ группамъ.

а) Явленія со стороны нервной системы наблюдаются чаще всего и въ особенности беспокоятъ больныхъ. Явленія эти характеризуются или возвышенною чувствительностью (боляли — альгіями), или же, наоборотъ, упадкомъ и потерей ея — анестезіями; въ сферѣ же двигательной — судорогами, контрактурами и, наконецъ, парезами и параличами. Мы зашли бы слишкомъ далеко, если бы вздумали здѣсь коснуться подробнѣе всѣхъ нервныхъ формъ, съ которыми приходится имѣть дѣло гинекологу при различныхъ страданіяхъ половой сферы. Положительно можно сказать, — нѣтъ ни одной нервной вѣточки, которая бы не могла давать здѣсь извѣстныя болѣзненные явленія. Извѣстно, что такъ наз. истерика (hysteriasis или, если угодно, на основаніи вышесказаннаго — oophorhagiasis), этотъ истинный бичъ нашей современной женщины, составляетъ обыкновенный спутникъ самыхъ разнообразныхъ страданій половой сферы. Но что же такое истерика, если не комплексъ болѣзненныхъ явленій со стороны различныхъ отдѣловъ нервной системы? Истерика характеризуется дво-

якаго рода явленіями. Одни изъ нихъ переситируютъ у даннаго субъекта постоянно въ большей или меньшей степени и чрезвычайно разнообразны; такъ, они могутъ состоять, какъ уже сказано выше, въ альгіяхъ, спазмахъ, контрактурахъ, или же въ энестезіяхъ и анальгіяхъ. Другой рядъ припадковъ, и притомъ со стороны самыхъ различныхъ частей нервной системы, является въ извѣстныя времена и составляетъ то, что обыкновенно называютъ истерическими приступами.

Невральгіи, встрѣчаемыя у субъектовъ, страдающихъ извѣстными болѣзненными состояніями со стороны различныхъ частей половой сферы, могутъ быть весьма различны. Изъ нихъ мы особенно должны указать на боли, сосредоточенныя въ животѣ и поясничной сторонѣ — *neuralgia lumb-o-abdominalis* (Valeix), затѣмъ слѣдуетъ невральгіи межреберныя и 5-й пары. Изъ всѣхъ невральгіи, наблюдаемыхъ у истерическихъ субъектовъ, нерѣдко самыя мучительныя для нихъ, — это гиперестезія головного мозга, выражающаяся единственно болію въ различныхъ частяхъ головы. Чаще всего боль сосредоточена спереди въ одной половинѣ лба (*hemicrania*), или же она ограничивается небольшимъ мѣстомъ — *clavus hystericus* (Sydenham). Невральгіи эти являются или въ неопредѣленные сроки, или же, на оборотъ, нерѣдко принимаютъ совершенно правильный, типическій характеръ. Иногда мы имѣли дѣло съ нѣсколькими невральгіями одновременно у одного и того же субъекта. Ожесточеніе невральгіи нерѣдко совпадаетъ съ менструальными періодами.

Анальгезія и анестезія встрѣчаются гораздо рѣже невральгіи и могутъ иногда имѣть самый странный характеръ, становящій въ туникъ профана. Больныя начинаютъ замѣчать, что извѣстная часть ихъ тѣла становится нечувствительною и значительно хуже другихъ частей отвѣчаетъ на извѣстныя раздраженія. Въ средніе вѣка подобныя больныя возбуждали особенный суевѣрный ужасъ; ихъ обвиняли въ близкихъ сношеніяхъ съ нечистымъ (*stigma diaboli*) и эти несчастныя жертвы мрачнаго фанатизма и грубаго невѣжества попадали нерѣдко на костры... Мы наблюдали нѣсколько разъ это странное явленіе и притомъ преимущественно на головѣ и лицѣ. Одна изъ нашихъ больныхъ, которую мы пользовали отъ наклоненія матки взадъ, передала намъ, что анестезія одной половины головы развилась у нея вдругъ, безъ всякихъ предшествовавшихъ явленій. Она очень ясно передавала свое состояніе, говоря, что пораженная половина головы какъ бы деревнѣетъ и, расчесывая волоса, она при этомъ не получаетъ ни малѣйшаго ощущенія: она не чувствуетъ гребешка. Подобныя анестезіи и аналгезіи могутъ продолжаться различное время, то проходятъ, то снова являются, но упорно держатся первоначальнаго мѣста. Въ числѣ анестезій, встрѣчающихся у истерическихъ субъектовъ, Chairou \* какъ на очень важ-

\* Op. cit., p. 12.

ное патогмоническое явленіе указываютъ на то, что надгортанный хрящъ становится совершенно нечувствительнымъ: его можно трогать сколько угодно пальцемъ, не вызывая ни малѣйшаго рефлекса.

Судороги составляютъ уже высшее проявленіе расстройства иннервации въ разсматриваемомъ нами ряду рефлекторныхъ явленій. Судороги эти бываютъ то клоническія, то тоническія, нерѣдко тѣ и другія вмѣстѣ; чаще однако наблюдаются судороги тоническія. Всегда судороги въ началѣ имѣютъ клоническое свойство и, по прошествіи извѣстнаго времени, принимаютъ тоническій характеръ. Обыкновенно бываетъ такъ, что судорогамъ предшествуютъ тѣ или другія явленія со стороны дыхательной сферы (dyspnoea, apnoea и пр.), затѣмъ появляются подергиванія въ конечностяхъ и, наконецъ, наступаютъ судороги и при томъ преимущественно въ мускулахъ туловища, чаще всего *opisthotonus*. Сознаніе теряется только по прошествіи нѣкотораго времени и можетъ продолжаться различно, отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ и болѣе. Въ нѣсколькихъ случаяхъ мы могли убѣдиться въ томъ, что, не смотря на очень продолжительные судорожные приступы, сознаніе вовсе не терялось. Иногда клоническія судороги, продолжавшія нѣкоторое время, переходятъ въ тоническія и при этомъ больную подбрасываетъ вверхъ. У одной больной д-ра Симонова, которую я имѣлъ возможность наблюдать нѣсколько разъ во время такихъ приступовъ, нужно было очень значительныхъ усилій, чтобы удержать ее въ кровати: каждыя 5—6 минутъ ее подбрасывало вверхъ. Когда судорожный приступъ продолжался извѣстное время, больная обыкновенно засыпаетъ и, пробуждаясь, жалуются на очень сильныя мышечныя боли и на ощущеніе разлома во всемъ тѣлѣ.

Иногда судороги принимаютъ самый странный, дикій характеръ. Такъ, въ одномъ случаѣ, который я видѣлъ въ консультаціи вмѣстѣ съ проф. Боткинымъ, Красиовскимъ и д-ромъ Гаартманомъ, больная во время судорожнаго приступа скатывалась съ кушетки на полъ, становилась на голову и оставалась почти вертикально въ этомъ положеніи нѣсколько времени, затѣмъ падала и засыпала. У другой больной судороги сосредоточивались всегда въ нижнихъ конечностяхъ; по прошествіи нѣкотораго времени судороги въ одной ногѣ ослабѣвали и больная поднимала ее вверхъ почти подъ прямымъ угломъ. Въ такомъ положеніи нога оставалась во все время приступа. Эти странныя формы болѣзненной мышечной дѣятельности можно отнести къ той группѣ судорогъ, которыя Romberg и другіе нервные патологи описываютъ подъ именемъ статическихъ (*statischer Krampf*).

Парезы и параличи развиваются у истерическихъ субъектовъ или вдругъ, или же, что бываетъ гораздо чаще, мало-помалу, исподоволь. Извѣстно, что нѣкоторые клиницисты ставятъ этого рода параличи въ такую прямую зависимость отъ страда-

ній половой сферы, что называютъ ихъ прямо маточными параличами. Въ нѣсколькихъ случаяхъ, которые намъ до сихъ поръ пришлось наблюдать, мы не могли не убѣдиться въ прямой, причиной связи этихъ параличей съ самыми разнообразными страданіями матки. Выше, мы ужъ видѣли, въ какой мѣрѣ несостоятельными оказались попытки опредѣлить ближе натуру этихъ параличей. Я долженъ прибавить, что объясненіе механическое, т. е. давленіе матки на нервныя сплетенія въ тазу, къ которому прибѣгали нѣкоторые въ этомъ случаѣ, также весьма несостоятельно. Въ видѣнныхъ нами случаяхъ дѣло, правда, шло о наклоненіи взадъ матки (у нерожавшихъ субъектовъ), но при этомъ матка далеко не была такъ увеличена въ объемѣ, чтобы можно было допустить давленіе на нервныя сплетенія. Кроме того, если допустить въ этихъ случаяхъ механическое значеніе *retrov. uteri*, то, спрашивается, почему же мы не наблюдаемъ параличей въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣйствительно дѣло съ маткою, чрезвычайно увеличенною въ объемѣ и гдѣ дѣло почти доходитъ до ущемленія ея въ тазу? Какъ бы то ни было, если до сихъ поръ фактъ и остается необъясненнымъ, но самъ онъ не подлежитъ ни малѣйшему сомнѣнію и почти всякому гинекологу болѣе или менѣе часто приходилось имѣть съ нимъ дѣло. До сихъ поръ намъ пришлось видѣть четыре случая паралича, который мы не могли не отнести къ страданію половой сферы. Во всѣхъ этихъ случаяхъ мы имѣли дѣло съ молодыми субъектами (самой старшей было 24 года), нерожавшими и у которыхъ параличь нижнихъ конечностей (*paraplegia*) продолжался отъ 1—4 лѣтъ, не смотря на самую рациональную, а подъ часъ очень энергическую терапію. Только, по истощеніи всѣхъ всевозможныхъ средствъ, какъ сами больныя, такъ близкіе ихъ рѣшились прибѣгнуть къ леченію специально-гинекологическому. Въ этихъ случаяхъ дисменоройныя явленія механическаго характера выступали весьма рѣзко. По мѣрѣ устраненія дисменореи, параличь исчезалъ самъ собою, безъ того, чтобы противъ него было предпринимасмо какое нибудь особенное леченіе. Впрочемъ, я долженъ прибавить, что параличи этого рода, которые многіе называютъ истерическими, нерѣдко представляютъ въ теченіи своемъ ту особенность что они, помимо всякой терапіи, то улучшаются, то ухудшаются: этимъ то свойствомъ разсматриваемыхъ параличей нерѣдко пользуются шарлатаны для своихъ цѣлей, выставляя на видъ случаи такъ называемаго чудснаго исцѣленія...

Особенный клинической интересъ у истерическихъ субъектовъ представляютъ явленія расстройства иннерваціи со стороны органовъ кровообращенія и дыханія.

Что касается первыхъ, то расстройство иннерваціи сердца составляетъ нерѣдко для больныхъ въ высшей степени мучительныя припадки. Всѣ болѣзненные явленія со стороны сердца выражаются главнымъ образомъ болѣзненною возбуждаемостью этого органа: малѣйшей причины, какъ физической, такъ и



нравственной достаточно для того, чтобы вызвать очень мучительное сердцебиение. При этомъ больныя блѣднѣютъ, на лицѣ выраженъ страхъ, глаза принимаютъ тоскливое выражение и, когда усиленное биение продолжалось известное время, то къ нему присоединяется чувство замиранія (anxietas praecordialis), продолжающееся отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ. Кромѣ учащеннаго биенія, у истерическихъ больныхъ изрѣдка замѣчается также и нарушение ритма въ толчкахъ сердца. «Сердце трепещетъ», жалуются онѣ, желая этимъ выразить, что вдругъ сердце забьется нѣсколько разъ очень сильно и затѣмъ снова начинаетъ биться очень тихо. Нѣкоторыя больныя, стараясь какъ можно точнѣе передавать свои ощущенія, говорятъ, что сердце сбивается (перебой, интермитирующій ударъ).

Вслѣдствіе упомянутого расстройства иннерваціи сердца, у истерическихъ больныхъ наблюдаются также болѣзненные явленія со стороны распредѣленія крови въ периферіи. Жалобы на то, что у нихъ вдругъ кровь ударяетъ въ голову и въ особенности въ лице, то, наоборотъ, холодѣютъ конечности,—слышатся отъ нихъ весьма часто. Чѣмъ дольше продолжаются упомянутыя истерическія явленія или, другими словами, чѣмъ болѣе длится обусловливающее ихъ то или другое патологическое состояніе со стороны половой сфѣры,—тѣмъ припадки эти все болѣе и болѣе усиливаются, такъ-какъ болѣзненные явленія эти, помимо расстройства иннерваціи сердца, поддерживаются въ болѣе или менѣе значительной степени разстройствомъ кровотока (анемія, хлороанемія), этимъ постояннымъ спутникомъ большинства хроническихъ страданій половой сфѣры.

Особенно многочисленныя и притомъ въ высшей степени тягостныя явленія замѣчаются у истерическихъ субъектовъ со стороны органовъ дыханія. Всѣ эти припадки однако, не смотря на все ихъ кажущееся разнообразіе, могутъ быть подведены подъ одну норму, а именно—разстройство иннерваціи со стороны различныхъ частей блуждающаго нерва. Такъ, сюда должно отнести чувство сжатія гортани, самые дикіе звуки (плачь, хохотъ, лай и т. д.), въ особенности же мучительный припадокъ составляетъ разстройство въ актѣ дыханія, а именно: *apnoea*, *dyspnoea* и собственно *одышка* (*asthma*). При первыхъ двухъ формахъ въ разстройствѣ дыханія у больныхъ появляется ощущеніе недостатка или даже отсутствіе воздуха: онѣ дышатъ очень учащено, почти не закрываютъ рта, лице багровѣетъ или синѣетъ и нерѣдко выражаетъ почти предсмертную тоску. Больныя стараются вдыхать какъ можно глубже и нерѣдко при этомъ дѣлаютъ такія усилія, что, вслѣдствіе чрезмѣрной энергіи вдыхательныхъ движеній, онѣ растягиваютъ легкія до послѣдней возможности, такъ что при этомъ можно иногда констатировать смѣщеніе ребриныхъ органовъ, какъ-то сердца и очень сильное пониженіе груднобрюшной преграды. Не смотря на всю силу

субъективных ощущений, если аускультируют больных во время приступа,—то изслѣдованіе кромѣ слабыхъ катаральныхъ шумовъ не даетъ ничего особеннаго. Подобные приступы одышки могутъ продолжаться отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ и оканчиваются или вдругъ, или же мало-по-малу, причемъ больныя иногда откашливаютъ тягучую слизь. Что касается появленія этихъ приступовъ, то они наступаютъ при малѣйшей возбуждающей причинѣ довольно часто, или же, наоборотъ, являются въ длинные промежутки, черезъ нѣсколько мѣсяцевъ и даже лѣтъ (Eulenburg). Является одышка чаще всего ночью и Trousseau въ этомъ случаѣ особенное патогеническое значеніе приписываетъ темнотѣ.

Мы уже упомянули выше о томъ, что источникъ всѣхъ этихъ разстройствъ въ актѣ дыханія должно искать въ разстройствѣ иннервации со стороны блуждающаго нерва. Въ наукѣ, кромѣ того, существуетъ не мало попытокъ ближе объяснить сущность рассматриваемыхъ явленій. Такъ, Salter \* ощущеніе недостатка воздуха объясняетъ судорожнымъ состояніемъ мышечныхъ элементовъ бронховъ, обусловливаемое рефлексомъ со стороны чувствительныхъ нервовъ, со стороны органовъ таза (матки и т. д.). Kidd \*\* причину приступовъ одышки ищетъ въ тоническихъ судорогахъ инспираторныхъ мускуловъ. Anderson \*\*\* же, наоборотъ, считаетъ одышку послѣдствіемъ паралича мышцъ гортани и сократительныхъ элементовъ легочной ткани.

Кромѣ сказанныхъ разстройствъ, у истерическихъ субъектовъ немаловажный интересъ въ клиническомъ значеніи представляютъ патологическія явленія со стороны психической сферы. Мы уже упомянули выше о томъ, что у истерическихъ очень часто замѣчаются болѣзненные явленія со стороны головного мозга, выражающіяся существенно гиперестезіей. Но, кромѣ этого, если болѣзнь продолжалась болѣе или менѣе долго, внимательному наблюдателю не трудно подмѣтить у данной истерической цѣлый рядъ явленій, совокупность которыхъ указываетъ на болѣе или менѣе серьезное разстройство въ духовной сферѣ больной. Въ началѣ, правда, явленія эти выражены такъ слабо, что они на окружающихъ не производятъ никакого особеннаго впечатлѣнія; въ свѣтѣ называютъ эти явленія не болѣе, какъ странностями, чудачествомъ; но, по прошествіи извѣстнаго промежутка времени и подъ вліяніемъ иногда самой ничтожной причины, дѣло доходитъ, наконецъ, до болѣе или менѣе рѣзко выступающаго психоза. Тогда только начинаютъ припоминать эти мнимыя странности въ характерѣ данной больной, которыя прежде казались столь невинными. Но прежде, чѣмъ произойдетъ уже рѣзкое нарушеніе равновѣсія въ психическихъ отправленіяхъ, у

\* У Eulenburg'a op. cit. p. 605.

\*\* *Dubl. quart. Journ. of med.*, 1861. Mai.

\*\*\* *Med. Times and Gaz.* 1863, Jan.

больныхъ замѣчаются явленія, которыя можно назвать неровностью характера. Больныя эти отличаются чрезвычайною подвижностью духа: то онѣ безгранично веселы, хохочутъ при малѣйшемъ поводѣ, то растрепиваются безъ особенно важной причины и горько плачутъ. Пугливость ихъ иногда доходить до послѣдней возможности. Но это все еще не психозъ, но, быть можетъ, первый шагъ къ нему. Если разобрать отдѣльно нѣкоторые духовные факторы подобныхъ субъектовъ, то въ нѣкоторыхъ изъ нихъ нельзя не подмѣтить ту или другую болѣзненную сторону. Въ особенности мы должны это сказать на счетъ воли. Извѣстно, что профаны много толкуютъ объ упорствѣ, упрямствѣ истерическихъ. Но это упрямство чисто кажущееся, потому что у истерическихъ болѣею частью можно констатировать ослабленіе энергіи вообще, а вмѣстѣ съ этимъ и воли. Подобныя больныя, правда, нерѣдко упорно настаиваютъ на томъ или другомъ; но, какъ справедливо замѣчаетъ Chairou \*, это упрямство ребенка, которое очень легко сломать и притомъ только потому, что у истерическаго субъекта не хватаетъ энергіи хотѣть такъ, какъ это возможно человѣку здоровому. Память также представляетъ извѣстныя отклоненія отъ нормы: она значительно ослабѣваетъ и нерѣдко до такой степени, что, не смотря на дѣлаемыя болѣею усилия, она забываетъ вещи, которыя она знала очень твердо. Такъ, нѣсколько лѣтъ мы пользовали очень образованную молодую дѣвушку, которая до такой степени забыла основныя правила ариеметики, что ей стоило очень большихъ усилій сдѣлать самое простое сложеніе. Зато у истерическихъ сила представленія (фантазія) достигаетъ нерѣдко страшной интенсивности: отсюда такъ называемые таланты, которыми будто бы отличаются истерическіе субъекты и возбуждающіе нерѣдко удивленіе.

И такъ, если даны вышеупомянутыя измѣненія въ существенныхъ факторахъ духовной сферы,—то удивительно ли, что истерія столь нерѣдко переходитъ въ настоящій психозъ? Этимъ мы нисколько не думаемъ утверждать, что слово истерика равносильно помѣшательству. Мы желали только указать на то, что если вышеупомянутыя явленія выражены сколько нибудь значительно, то отъ этого состоянія до психоза въ тѣсномъ значеніи слова—одинъ только шагъ. Напрасно нѣкоторые авторы принимали особенный видъ душевнаго заболѣванія, называя его прямо истерическимъ помѣшательствомъ (*folie hysterique*). Одни и тѣ же заболѣванія со стороны половой сферы на истерической почвѣ могутъ дать самыя разнородныя психозы. Такъ, недавно еще мы въ одно время наблюдали двухъ субъектовъ, у которыхъ одно и тоже *metritis diffusa* обусловливала у одной очень рѣзкую форму *folie raisonnante*, а у другой глубочайшую меланхолю (*melanchol. attonita*). Изъ этого видно, что рѣзко очерчен-

\* Op. cit., p. 48.

наго истерического психоза, т. е. такого, который представлял бы какія либо особенныя, т. е. патогномоническія явленія, — нѣтъ, но такъ называемая истерика, обусловливаемая тѣмъ или другимъ заболѣваніемъ половой сферы, какъ и всякая другая соматическая причина, можетъ сдѣлаться причиною самыхъ разнообразныхъ психозовъ. Въ превосходной монографіи L. Mayer'a, написанной по этому поводу, приведено множество случаевъ, доказывающихъ какъ нельзя болѣе высказанное нами мнѣніе. Какъ бы то ни было, но патогеническое значеніе истерики по отношенію къ душевнымъ заболѣваніямъ въ настоящее время не можетъ подлежать ни малѣйшему сомнѣнію. Если въ послѣдніе годы нѣкоторые авторы (Ed. Reich и др.) стали указывать на значительное увеличеніе душевныхъ болѣзней у женщинъ, то это, вѣроятно, можно объяснить увеличеніемъ контингента истерическихъ, т. е. субъектовъ, весьма сильно предрасположенныхъ къ психозамъ только въ силу того, что у нихъ произошли упомянутыя выше измѣненія въ половой сферѣ, обусловливающія, въ свою очередь, тѣ или другія заболѣванія со стороны сферы психической.

Если мы нѣсколько болѣе, чѣмъ слѣдуетъ для руководства къ гинекологіи, остановились на этомъ вопросѣ, то это сдѣлано единственно въ виду того, что вопросъ этотъ, по нашему мнѣнію, имѣетъ очень важное клиническое значеніе. Не менѣе важно также усвоить себѣ подлежащій взглядъ на это дѣло, такъ какъ проистекающія изъ этого заключенія могутъ и должны имѣть прямое приложеніе къ судебной-медицинской экспертизѣ.

Въ сферѣ органовъ пищеваренія мы очень часто имѣемъ дѣло съ явленіями, которыя тоже главнымъ образомъ состоятъ или въ чрезмѣрномъ возбужденіи нервной дѣятельности, выражающейся въ формѣ альгій и судорогъ, или же въ упадкѣ, т. е. парезѣ. Кардіальгія составляетъ одинъ изъ частыхъ и очень мучительныхъ припадковъ у истерическихъ. Во всѣхъ нашихъ случаяхъ она составляла самое упорное явленіе, которое очень трудно поддавалось терапіи. При этомъ обыкновенно замѣчалось и разстройство аппетита; чаще всего мы имѣли дѣло съ значительнымъ упадкомъ его (apogexia), рѣже съ сильнымъ возбужденіемъ его (bulemia), появлявшимся отъ времени до времени. Извѣстно, что у истерическихъ субъектовъ нерѣдко появляются странныя прихоти (pica) относительно ѣды и питья. Чаще всего онѣ любятъ уголь, мѣлъ, грифель и пр.

Такъ называемый *globus hystericus* составляетъ одинъ изъ самыхъ частыхъ истерическихъ припадковъ и состоитъ въ судорожномъ сжатіи, начинающемся съ желудка и поднимающемся вверхъ до глотки. При этомъ больныя ощущаютъ какъ бы шаръ, идущій по пищепріемному горлу. Ощущеніе это можетъ быть двоякаго рода: то больныя ощущаютъ подниманіе сказаннаго шара снизу вверхъ (*glob. hyst. ascendens*), то опусканіе его сверху внизъ (*gl. descendens*).

Затрудненное глотаніе (*dysphagia*) состоитъ также въ судорожномъ сжатіи въ верхнихъ отдѣлахъ пищепріемнаго горла; припадокъ этотъ отличается отъ *glob. hyster.* тѣмъ, что судорожное сжатіе занимаетъ опредѣленное и притомъ болѣе или менѣе ограниченное мѣсто въ пищепріемномъ горлѣ и у больныхъ, кромѣ того, не бываетъ при этомъ ощущенія инороднаго тѣла въ немъ.

Судорожныя сокращенія стѣнокъ желудка обуславливаютъ вдругъ наступающую очень сильную рвоту, или же, по крайней мѣрѣ, очень сильный позывъ къ ней (*vomitiones*). Нѣкоторые утверждали, что припадокъ этотъ обнаруживается только при полномъ желудкѣ; но это далеко не такъ. Въ одномъ, очень экзвивитномъ случаѣ истерики, который мы наблюдали у субъекта, приближавшагося къ климактерическому возрасту, припадокъ этотъ являлся раза 2—3 въ мѣсяцъ и притомъ постоянно на тощахъ. О нѣкоторыхъ подобныхъ же случаяхъ упоминаетъ и *Scanzoni*.

Особенное вниманіе заслуживаетъ у истерическихъ субъектовъ ослабленіе тонуса стѣнокъ желудка и кишекъ и обуславливаемое имъ вздутіе этихъ органовъ газами. Очень часто истерическія больныя жалуются на то, что у нихъ «пухнетъ подъ ложечкою». Хотя это чаще всего наблюдается послѣ принятія пищи, однако явленіе это можетъ также обнаруживаться и помимо этого. Скопленіе газовъ въ желудкѣ сопровождается очень неприятнымъ ощущеніемъ переполненія или пресыщенія, а нерѣдко также и болѣе или менѣе значительною болью.

Вздутіе кишекъ (*tympanit. hyster.*) наблюдается также довольно часто и можетъ занимать или весь кишечный каналъ, или же, что бываетъ гораздо чаще, одну какую либо часть его, а именно слѣпую кишку. Скопленіе газовъ, бывающее то постоянное, т. е. болѣе или менѣе продолжительное, то являющееся вдругъ, какъ бы приступами, можетъ достигнуть иногда по истинѣ угрожающей степени: больныя жалуются при этомъ на ощущеніе распиранія въ животѣ и является сильная одышка, вслѣдствіе поднятія діафрагмы. Сэръ Бенж. Brodie увѣряетъ, что тимпанитъ у истерическихъ можетъ достигать до такой степени, что больная въ ваннѣ не погружается въ нее, а плаваетъ на поверхности воды (?!).

Въ заключеніе сказаннаго нами о клинической картинѣ, обуславливаемой истерикой, я долженъ упомянуть объ одномъ припадкѣ, о которомъ до сихъ поръ толкуютъ очень мало. Дѣло въ томъ, что у истерическихъ субъектовъ, помимо всякаго вздуванія кишекъ, а также и колики, являются боли, распространенныя по всѣму животу, или же сосредоточенныя въ одномъ какомъ либо мѣстѣ его, но до такой степени сильныя, что онѣ на первый взглядъ могутъ положительно ввести въ заблужденіе и заставить подумать, что имѣемъ дѣло съ перитонитомъ. Между тѣмъ при внимательномъ изслѣдованіи оказывается полнѣйшее отсутствіе воспалительныхъ явленій. На боли эти, сколько намъ

известно, впервые обратилъ вниманіе Valentiner и объясняетъ ихъ гиперэстезіей брюшины. Мы особенно указываемъ на этотъ припадокъ, такъ-какъ онъ можетъ подавать поводъ къ самымъ грубымъ клиническимъ ошибкамъ. Въ самомъ началѣ нашей практической дѣятельности въ больницу Крестовоздвиженской Общины, изъ окрестностей Петербурга, была доставлена больная, 32 лѣтъ отъ роду, у которой, по словамъ ея, три дня тому назадъ вдругъ, безъ всякой видимой причины, появились жестокия боли во всемъ животѣ, преимущественно же пониже пупка, которыя пользовавшій врачъ принялъ за явленіе перитонита, вслѣдствіе чего назначилъ ледъ и опіятную настойку. Анамнезъ показалъ, что терапія эта не оказала желаемой пользы, что боли то утихаютъ, то очень сильно ожесточаются, при этомъ испраженія на низъ нормальны. Больная оказалась въ высшей степени анэмичной; температура тѣла нормальна, пульсъ 80. Гинекологическое изслѣдованіе показало, что больная не дефлорирована; матка представляла загибъ впередъ 3-й степени, съ значительнымъ увеличеніемъ длинника. Отсутствіе эксудата и нормальная температура говорили прямо противъ перитонита; кромѣ того, интервалы, во время которыхъ боли почти совершенно утихали, еще болѣе утверждали насъ въ томъ, что здѣсь не можетъ быть и рѣчи о воспалительной формѣ. Назначены 2 теплыхъ ванны въ теченіе дня, сухая теплота на животъ и *3j as. foet.* въ двухъ клистирахъ. Послѣ первой ванны и поставленнаго вслѣдъ затѣмъ клистира больная уснула совершенно спокойно: ночью повторился приступъ болей, но продолжался всего минуту 20 и послѣ этого боли ужъ не повторялись, по крайней мѣрѣ въ теченіе двухъ недѣль, которыя больная провела подъ нашимъ наблюденіемъ. Дальнѣйшее наблюденіе показало, что мы имѣли дѣло съ субъектомъ, представлявшимъ очень много другихъ характерныхъ истерическихъ явленій, какъ то: *asthma*, сердцебиеніе, кардіалгію и проч. Послѣ этого перваго случая намъ пришлось наблюдать, по крайней мѣрѣ въ такой характерной формѣ, еще нѣсколько. Одинъ изъ этихъ случаевъ намъ особенно памятенъ потому, что до того, пока я увидѣлъ больную, боли достигали такой степени, что очень опытный товарищъ объяснялъ ихъ ущемленіемъ въ тазу наклоненной взадъ матки и назначилъ соотвѣтственное тому леченіе. Безуспѣшность противувоспалительной терапіи и болѣе тщательное изслѣдованіе доказали несомнѣннѣйшимъ образомъ, что мы имѣли дѣло съ гиперэстезіей брюшины.

Мы ужъ выше упомянули о томъ, что истерика представляетъ припадки, которыми больная страдаетъ болѣе или менѣе постоянно, какъ напр. тѣми или другими невральгіями, анестезіями и пр. и, кромѣ того, явленія, наступающія вдругъ въ известныя времена. Это такъ называемые истерическіе приступы. Эти послѣдніе, слѣдовательно, представляютъ не что иное, какъ появленіе припадковъ, рассмотрѣнныхъ нами выше,

въ совокупности и притомъ въ извѣстной послѣдовательности. Истерическій приступъ проявляется обыкновенно слѣдующимъ образомъ. У нѣкоторыхъ больныхъ приступу предшествуютъ извѣстные предвѣстники, какъ-то: тоска, чрезвычайно сильная раздражительность, головная боль, зѣвота и затѣмъ *globus hystericus*. Приступъ нерѣдко начинается тѣмъ, что больныя дико вскрикиваютъ, затѣмъ они раздражаются хохотомъ, или плачемъ, за которымъ слѣдуютъ уже судороги. Всѣ эти припадки продолжаются отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ, но не постоянно, а съ небольшими свободными перемежками. Больныя нерѣдко послѣ приступа засыпаютъ, послѣ чего онѣ пробуждаются, чувствуя разломъ во всемъ тѣлѣ и большую или меньшую слабость. Впрочемъ, замѣчательно—какъ быстро оправляются больныя даже послѣ приступовъ очень сильныхъ и продолжавшихся весьма долго. У нѣкоторыхъ больныхъ, по окончаніи приступа, замѣчается усиленная и громкая зѣвота и онѣ при этомъ жалуются на тяжесть головы, неспособность соображать и т. п. У другихъ истерическій приступъ разрѣшается выдѣленіемъ значительнаго количества мочи, совершенно свѣтлой и почти соломеннаго цвѣта (*urina spastica* старинныхъ авторовъ).

Этіологія. На основаніи всего того, что сказано нами выше о сущности того комплекса явленій, которые называются истерикой, понятно, безъ дальнѣйшихъ объясненій, что она должна встрѣчаться главнымъ образомъ и, если угодно, только у тѣхъ, которые страдаютъ тѣми или другими болѣзненными измѣненіями со стороны половой сферы. Старинный споръ о томъ—можно ли допустить истерику у мужчинъ, по нашему мнѣнію, ничего не доказываетъ и не можетъ имѣть никакого значенія, такъ-какъ и у мужчинъ, при извѣстныхъ патологическихъ состояніяхъ со стороны мочеполового аппарата, можетъ обнаружиться цѣлый рядъ явленій, имѣющихъ величайшую аналогію съ тѣми, которыя приведены выше. Это, однако, нисколько не опровергаетъ установленнаго большинствомъ гинекологовъ понятія объ истерикѣ, потому что она есть послѣдствіе не только однихъ страданій матки, но любой части полового аппарата и яичниковъ по преимуществу. Если Scanzoni \*, въ прекрасно разработанной главѣ объ истерикѣ, указываетъ на то, что у 19% его больныхъ онъ не могъ констатировать ни малѣйшихъ слѣдовъ какихъ либо патологическихъ измѣненій со стороны половой сферы, — то это еще ничего не доказываетъ, такъ-какъ слѣдовало бы еще подтвердить несомнѣннымъ образомъ, что эти 19% его больныхъ никогда не страдали ничѣмъ особеннымъ со стороны полового аппарата. Это однако, сколько мнѣ извѣстно, не сдѣлано ни Scanzoni, ни другими. На основаніи нашего личнаго матеріала мы пришли къ заключенію, что истерика всегда сопряжена съ извѣстнымъ разстройствомъ половой

\* Op. cit., p. 334.

сферы, хотя, впрочемъ, мы видѣли очень много больныхъ, которыя цѣлые годы страдали со стороны половой сферы и у которыхъ истерика не констатировалась. Но за то во всѣхъ случаяхъ сколько нибудь выраженной истерики, намъ не трудно было доказать существованіе той или другой гинекологической формы. Мы увидимъ ниже, что у женщинъ, перешедшихъ незадолго до этого климактерическій возрастъ, истерика не только встрѣчается довольно часто, но даже какъ бы ожесточается. И у этихъ субъектовъ анамнезъ доказываетъ, что они подолгу страдали со стороны полового аппарата, хотя нерѣдко и не удавалось констатировать эти страданія. На основаніи этого, мнѣ кажется, должно принять, что истерика составляетъ спутникъ не только такихъ страданій половой сферы, которыя персистируютъ въ данное время, но и такихъ, которыя совершили уже свое теченіе за болѣе или менѣе продолжительное время до этого. Разсматриваемое страданіе нервовъ, слѣдов., составляетъ какъ бы дурную привычку, отъ которой нервная система не можетъ отдѣлаться, не смотря на то, что главная вызвавшая ихъ причина давно миновала.

Мы уже указали на то, что по изслѣдованіямъ нѣкоторыхъ авторовъ, какъ то: Schutzenberger'a, Charicou, Charcot и др., разстройства нервной системы, извѣстныя подъ собирательнымъ именемъ истерики, чаще всего сопровождаютъ патологическія состоянія яичниковъ. Мы указали также на то, что на основаніи нашихъ личныхъ наблюденій мы не можемъ не раздѣлять это мнѣніе. При этомъ однако не можемъ не указать на то, что во многихъ случаяхъ весьма трудно указать на ближайшую причину истерики, такъ-какъ мы столь часто имѣемъ дѣло съ нѣсколькими разстройствами половой сферы въ одно и тоже время. Пересматривая наши журналы, обнимающіе исторіи болѣзни главнымъ образомъ больныхъ изъ частной практики и только отчасти изъ практики госпитальной, мы могли насчитать 86 случаевъ, въ которыхъ болѣе или менѣе рѣзко выступали истерическія явленія. При этомъ принимались въ расчетъ только самыя экзквизитные случаи и упущены такіе, въ которыхъ хотя мы и имѣли дѣло съ различными нервными явленіями, но они не выступали въ той совокупности, которую клинически обыкновенно обозначаютъ словомъ истерика. Вотъ какимъ образомъ распредѣлены были на это число больныхъ различныя патологическія состоянія со стороны половой сферы.

Вагинизмъ . . . . .	3
Metrit. difusa et hyperpl. colli. . . . .	15
Perimetritis et perioophorit. . . . .	18
Oophorit. при различныхъ измѣненіяхъ въ полож. и очертаніи матки. . . . .	24
Миомы матки . . . . .	6
Ракъ матки . . . . .	4



Различные разстройства мѣсячныхъ . . . . .	9
Stat. clymacter. morbos. . . . .	7

86

Что касается возраста, то онъ выразился у нашихъ больныхъ въ слѣдующихъ данныхъ:

Число больныхъ.	Лѣта.
3 . . . . .	17—20
12 . . . . .	20—23
8 . . . . .	23—27
24 . . . . .	27—30
15 . . . . .	30—35
8 . . . . .	35—38
6 . . . . .	38—42
10 . . . . .	42—49

Изъ этой таблицы видно, что наибольшее число истерическихъ субъектовъ приходится на тотъ возрастъ, когда половая сфера находится на высотѣ своей функціональной дѣятельности. Тоже самое подтверждается цифрами, приводимыми Scanzoni (65%), Landouzy и другими. Мы уже указали выше на то, что въ климактерическомъ возрастѣ довольно часто имѣемъ дѣло съ проявленіемъ истерики, бывшей до сихъ поръ выраженною очень слабо. Valentiner также подтверждаетъ это положеніе на основаніи собраннаго имъ матеріала.

Родовому акту и родильному состоянію вообще приписывали важное этиологическое значеніе по отношенію къ истерикѣ. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что на любое число истерическихъ субъектовъ придется большинство такихъ, которыя рожали по одному, или нѣсколько разъ. Такъ, на наши 86 больныхъ мы насчитываемъ не рожавшихъ всего 29. Но это ничего не доказываетъ, такъ-какъ вообще женщинъ рожавшихъ гораздо болѣе, чѣмъ не рожавшихъ. Роды и родильное состояніе не сами по себѣ подають поводъ къ развитію истерики, а лишь настолько, насколько они служатъ предрасполагающимъ моментомъ къ развитію извѣстныхъ разстройствъ со стороны половой сферы. Наоборотъ, мы нерѣдко видали субъектовъ, страдавшихъ очень сильно выраженною истерикой и которые во время родовъ и во все теченіе родильнаго періода не имѣли ни одного истерическаго приступа. Что касается беременности, то очень многіе (Scanzoni, Valentiner и др.) считаютъ ее сильнымъ предрасполагающимъ моментомъ. На основаніи личныхъ моихъ наблюденій, я не могу вполне согласиться съ этимъ положеніемъ. Правда, въ началѣ беременности истерическія явленія выступаютъ иногда съ особенною силою; но за то, съ другой стороны, мы видали очень много примѣровъ, гдѣ беременность оказывала очень благодѣтельное вліяніе на теченіе исте-

рики. Всѣ наблюдатели согласны въ томъ, что менструальныя эпохи очень часто ухудшаютъ истерику и это дѣйствительно не подлежитъ никакому сомнѣнію. Это очень хорошо извѣстно почти всякой больной и онѣ особенно боятся эпохи наступленія регуль, такъ-какъ въ это время обыкновенно появляются самыя бурныя приступы.

Предрасполагающими моментами относительно истерики обыкновенно считаютъ разстройства питанія и кровотоверенія (chloro-anaemia). У очень многихъ истерическихъ, правда, можно констатировать болѣе или менѣе значительное разстройство въ кровотовереніи; но обстоятельство это, по нашему мнѣнію, можетъ имѣть лишь второстепенное значеніе, а именно настолько, насколько оно усиливаетъ нарушеніе равновѣсія въ питаніи нервной системы, толчекъ которому данъ другими обстоятельствами. Кромѣ того, нерѣдко приходится видѣть очень рѣзко выраженную истерику у субъектовъ, цвѣтущихъ на видъ и которые никогда не страдали какимъ-бы то ни было разстройствомъ питанія.

Очень важное этиологическое значеніе имѣютъ нѣкоторыя обстоятельства, относящіяся къ половымъ отправлениямъ въ тѣсномъ смыслѣ: какъ чрезмѣрное воздержаніе, такъ равно и эксцессы сказываются чрезвычайно вредно. Мы бы могли привести не мало примѣровъ въ подтвержденіе этого факта, но ограничимся тѣмъ, что укажемъ на обстоятельство, слишкомъ знакомое всякому практическому гинекологу. Молодая, цвѣтущая здоровѣемъ женщина выходитъ за человѣка, извѣдавшаго жизнь во всѣхъ отношеніяхъ. Не пройдетъ нѣсколькихъ лѣтъ, какъ здоровье этой несчастной жертвы разсчета мало-по-малу разстраивается и врачу приходится бороться постоянно съ вышеизложеннымъ комплексомъ явленій, такъ-какъ онъ устранить причину ихъ не можетъ. Подобные неровные браки, которые Michel Levy справедливо называетъ физиологическимъ скандаломъ, въ извѣстныхъ кружкахъ составляютъ очень частый источникъ самыхъ тяжелыхъ случаевъ истерики. Мы считаемъ излишнимъ распространяться болѣе на этотъ счетъ, такъ-какъ, говоря объ этомъ, невольно приходится впадать въ тонъ моралиста, между тѣмъ какъ врачу предоставлено только устранять послѣдствія и не дано возможности противудѣйствовать причинамъ, глубоко гнѣздящимся въ условіяхъ общественнаго быта.

Издавна утверждаютъ, что истерика составляетъ удѣлъ только образованной женщины. Это правда, но только не въ такой степени, какъ обыкновенно думаютъ. Если большинство случаевъ истерики и приходится на женщинъ, получившихъ извѣстную степень образованія и живущихъ при выгодной матеріальной обстановкѣ, то, съ другой стороны, не мало попадаетъ и такихъ субъектовъ, которые не получили почти никакого образованія и выросли при совершенно другой обстановкѣ. Къ сожалѣнію, мы не можемъ привести числовыхъ данныхъ въ подтвержденіе выказаннаго нами мнѣнія, такъ-какъ въ нашихъ госпитальныхъ

журналахъ мы не отмѣчали профессію нашихъ больныхъ. Но за то въ монографіи Charcôt \* находимъ слишкомъ достаточно фактовъ, подтверждающихъ эту истину какъ нельзя болѣе. Авторъ этотъ, собиравшій свой матеріалъ въ Asyle du Vesinet, въ Парижѣ, приводитъ данныя за 1867 и 1868 г.

## 1867 г.

Служанокъ	поступило	всего	1660;	изъ	нихъ	страдало	истерикой	28
Портнихъ	»	»	590;	»	»	»	»	16
Модистокъ	»	»	82;	»	»	»	»	10

## 1868 г.

Служанокъ	поступило	всего	2352;	изъ	нихъ	страдало	истерикой	52
Портнихъ	»	»	952;	»	»	»	»	42

Scanzoni\*\* на свои 217 истерическихъ насчитываетъ 96 больныхъ, принадлежавшихъ къ самому бѣдному классу.

Наслѣдственность составляетъ одинъ изъ важныхъ этиологическихъ моментовъ. Это подтверждается всѣми наблюдателями. Впрочемъ, обстоятельство это должно принимать лишь въ смыслѣ предрасположенія, какъ это бываетъ по отношенію къ большинству неврозовъ.

Теченіе истерики—хроническое по преимуществу, такъ-какъ и обусловливающія ее патологическія состоянія со стороны половой сферы отличаются обыкновенно чрезвычайнымъ упорствомъ. У каждаго истерическаго субъекта можно констатировать ухудшенія и улучшенія, зависящія отчасти, какъ упомянуто выше, отъ нѣкоторыхъ переходныхъ физиологическихъ состояній (менструальные эпохи) или же отъ другихъ причинъ и въ особенности нравственныхъ потрясеній. Очень рѣдко случается, чтобы истерика исчезла совершенно; она можетъ дать очень продолжительныя перемижкі,—но при первомъ обстоятельствѣ появляется съ прежней силой. Нерѣдко кажется на первый взглядъ, что больная, повидимому, навсегда отдѣлалась отъ своихъ страданій, но при болѣе внимательномъ изслѣдованіи оказывается, что тѣ или другія истерическія явленія въ отдѣльности продолжаютъ обнаруживаться отъ времени до времени. Такъ, обыкновенно утверждаютъ, что, по мѣрѣ приближенія къ старости, больныя навсегда отдѣляются отъ прежнихъ своихъ страданій. Это, правда, вѣрно для большинства случаевъ, тѣмъ не менѣе иногда приходится имѣть дѣло съ тѣми или другими истерическими явленіями послѣ того, какъ давно уже наступилъ климактерическій возрастъ.

Что касается исходовъ истерики, то прежніе авторы почти единогласно утверждали, что истерика въ этомъ отношеніи не

\* Op. cit. p. 104.

\*\* Op. cit. p. 392.

представляет ничего особеннаго, такъ-какъ очень рѣдко случается, чтобы это патологическое состояніе обуславливало тѣ или другія серьезныя органическія страданія. Въ настоящее время, благодаря болѣе тщательнымъ изслѣдованіямъ по этому вопросу, на это смотрятъ не такъ легко, какъ прежде. Начать съ того, что имѣя дѣло съ разстройствомъ въ столь различныхъ отдѣлахъ нервной системы, продолжающимся обыкновенно такъ долго, нельзя ужъ à priori не допустить, чтобы это глубоко не отозвалось на питаніи. И дѣйствительно, проходить нѣсколько времени и къ страданіямъ чисто-нервнаго (функціональнаго) свойства присоединяется цѣлый рядъ явленій со стороны разстройства питанія и кровотока. Второе важное обстоятельство, которое прежде упускали изъ виду, это—сильное предрасположеніе истерическихъ субъектовъ къ психозамъ. Къ тому, что сказано нами выше по этому поводу, намъ остается лишь прибавить, что Griesinger считаетъ истерику въ общемъ значеніи этого слова однимъ изъ чрезвычайно важныхъ этиологическихъ моментовъ по отношенію къ развитію самыхъ разнородныхъ психозовъ. Какъ часто приходится слышать отъ истерическихъ жалобы относительно того, что онѣ ощущаютъ какую-то пустоту въ головѣ, что онѣ не могутъ связывать мысли, или же, наоборотъ, что имъ въ голову лѣзетъ богъ знаетъ что и т. д. Это, повидимому, столь неопредѣленное состояніе, очень мѣтко названное Griesinger'омъ—*dysthymia serhalica*, если продолжается болѣе продолжительное время, получаетъ очень омиозное значеніе, такъ-какъ оно составляетъ первую ступень къ настоящему психозу.

Не менѣе печальный исходъ истерики въ нѣкоторыхъ случаяхъ составляютъ контрактуры, которыя остаются иногда на всю жизнь и уродуютъ больныхъ. Наконецъ, въ числѣ исходовъ истерики Charcотъ упоминаетъ еще о кровоизліяніи въ полость черепа (*haemorr. cerebri*), могущемъ наступить послѣ очень часто повторяющихся приступовъ и о смерти вслѣдствіе удушія (*asphyxia*).

На основаніи вышеуказаннаго нельзя не придти къ заключенію, что истерика далеко не такая невинная вещь, какъ обыкновенно думаютъ. Если въ большинствѣ случаевъ отъ истерики не умираютъ, за то, съ другой стороны, она составляетъ столь важное осложненіе различныхъ страданій женской половой сферы, что заслуживаетъ очень серьезнаго вниманія со стороны гинеколога.

Распознаваніе истерики, какъ достаточно видно изъ всего того, что сказано выше, не можетъ представить никакого затрудненія, въ особенности если мы знакомы съ анамнезомъ больной и если ее пришлось наблюдать хотя нѣкоторое время. Ошибиться можно до извѣстной степени лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣютъ дѣло съ такъ-называемымъ истерическимъ приступомъ у субъекта, котораго видишь въ первый разъ. Такъ напр., если имѣютъ дѣло съ приступомъ, выражающимся по преиму-

ществу судорогами, то на первый взглядъ можно было бы смѣшать ихъ съ эпилепсией и т. д. Мы считаемъ совершенно излишнимъ войти здѣсь въ подробный разборъ дифференціально-диагностическихъ явленій, отличающихъ истерику отъ другихъ болѣзненныхъ состояній, такъ-какъ намъ пришлось бы въ такомъ случаѣ перебрать большую часть нервной патологии, что завлекло бы насъ далеко за предѣлы этого сочиненія. Въ подобныхъ затруднительныхъ случаяхъ врожденный практической тактъ можетъ помочь гораздо болѣе, чѣмъ длинныя разсужденія.

Лечение. Если говорить о лечении истерики, то его должно понимать въ смыслѣ чисто-симптоматическомъ, такъ-какъ собственная терапия будетъ состоять въ устраненіи, если возможно, тѣхъ патологическихъ состояній со стороны половой сферы, которыя собственно обусловлюють ее. Но такъ-какъ гинекологу приходится вести обыкновенно оба рода леченія параллельно, то мы считаемъ не лишнимъ войти здѣсь въ нѣкоторыя подробности относительно леченія истерики вообще. Мы ужъ упомянули о томъ, что существуетъ очень много моментовъ, предрасполагающихъ къ истерикѣ, т. е. дѣлающихъ различныя отдѣлы нервной системы особенно воспримчивыми къ вліянію на нихъ со стороны половой сферы. Поэтому-то профилактика въ этомъ случаѣ имѣетъ очень важное значеніе.

Профилактическое леченіе должно существенно состоять въ устраненіи всѣхъ тѣхъ вліяній, которыя вредно дѣйствуютъ на нервную систему или тѣмъ, что слишкомъ возбуждаютъ, или же наоборотъ, чрезмерно удручаютъ ея дѣятельность. Сколько подобныхъ вредныхъ вліяній связано съ нашимъ обыкновеннымъ физическимъ воспитаніемъ дѣвочекъ — слишкомъ извѣстно для того, чтобы нужно было здѣсь особенно распространяться объ этомъ. Нельзя не порадоваться тому, что въ послѣднее время, благодаря распространенію болѣе здравыхъ гигиеническихъ идей, и не-врачи наконецъ поняли, что нельзя безнаказанно ломать природу сообразно различнымъ такъ называемымъ системамъ воспитанія, нерѣдко лишеннымъ всякаго смысла. Врачу однако придется имѣть дѣло съ субъектами, которые ужъ подверглись вліянію тѣхъ или другихъ вредныхъ моментовъ въ самомъ нѣжномъ возрастѣ и устраненіе которыхъ поэтому невозможно. Ему, поэтому, придется регулировать образъ жизни и все, что къ нему относится, у больныхъ, у которыхъ болѣзнь обнаружилась ужъ во всей своей силѣ, или же она только въ началѣ. Пребываніе въ деревнѣ, на чистомъ воздухѣ, составляетъ очень могущественное средство. Какъ часто приходится видѣть, что къ концу зимы, такъ называемаго сезона, больныя, страдающія тѣми или другими истерическими вліяніями, совершенно ослабѣвають, приступы становятся чаще и онѣ до такой степени измучены, что невольно начинаешь опасаться за нихъ. Стоитъ только подобнымъ больнымъ прожить нѣсколько мѣсяцевъ въ деревнѣ и онѣ быстро начинаютъ поправляться: приступы становятся рѣже, является аппетитъ и

онѣ поправляются очень скоро. Пребываніе въ деревнѣ дѣйствуетъ благотѣльно не только чистымъ воздухомъ, но и тѣмъ, что образъ жизни сильно измѣняется: нѣтъ бессонныхъ ночей, шумныхъ увеселеній, зрѣлищъ, возбуждающихъ чувственность и т. д. Въ самомъ дѣлѣ, всѣ только что названныя обстоятельства въ высшей степени вредно дѣйствуютъ на истерическихъ субъектовъ. Мы сами не разъ имѣли возможность убѣдиться въ томъ, что какая нибудь раздражающая, сенсаціонная драма дѣлается причиною какъ бы повальнаго появленія истерическихъ приступовъ у цѣлаго ряда больныхъ. Не менѣе вредно дѣйствуютъ слишкомъ усиленные занятія музыкою: нѣкоторыя больныя до такой степени становятся воспримчивыми въ этомъ отношеніи, что онѣ положительно не могутъ переносить никакихъ звуковъ.

Если на истерическихъ благопріятно дѣйствуетъ уже пребываніе въ деревнѣ, то это въ особенности должно сказать относительно пребыванія въ возвышенныхъ мѣстностяхъ, въ горахъ. Трусливая, упавшая духомъ больная, нервы которой возбуждены до послѣдней возможности, иногда удивительно быстро успокаивается и поправляется, подышавъ нѣсколько недѣль горнымъ воздухомъ. Онѣ укрѣпляются не только физически, но и расположеніе духа измѣняется очень благопріятно въ виду величественныхъ картинъ природы, дѣйствующей на нихъ въ высшей степени усиокоительно. Поэтому, подобныхъ больныхъ, если только есть возможность, отправляютъ въ Швейцарію, Пиренеи, нѣкоторыя мѣстности Германіи (Шварцвальдъ) и пр. Подобныя климатическія станціи несравненно полезнѣе для такихъ больныхъ, чѣмъ множество минеральныхъ водъ, куда обыкновенно ѣздятъ истерическія. Впрочемъ, мы должны прибавить, что у тѣхъ истерическихъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ упадкомъ питанія, желѣзистые источники (Желѣзноводскъ, Липецкъ, Эгеръ—Франценсбадъ, Швальбахъ, Спаа и пр.) приносятъ громадную пользу. Что касается морскихъ купаній, то съ назначеніемъ ихъ должно быть въ высшей степени осторожнымъ, такъ какъ они весьма часто усиливаютъ судорожные приступы.

Говоря о профилактическомъ леченіи истерики, мы не можемъ не коснуться одного вопроса, имѣющаго очень важное практическое значеніе. Извѣстно, что истерика проявляется нерѣдко съ чрезвычайной силой у дѣвушекъ, начиная съ эпохи наступленія мѣсячныхъ. Спрашивается: что ожидаетъ подобныхъ больныхъ послѣ того, какъ онѣ выходятъ замужъ? Вопросъ этотъ издавна занималъ врачей и мнѣнія ихъ на этотъ счетъ діаметрально противоположны: большинство утверждаетъ, что не только расположеніе къ истерикѣ, но даже вполне выраженная истерика улучшается и даже совсѣмъ проходитъ послѣ замужества; другіе же, меньшинство, увѣряетъ, что это бываетъ какъ разъ наоборотъ. Къ сожалѣнію, мы не можемъ выяснитъ этотъ вопросъ на основаніи числовыхъ данныхъ. Не мало случаевъ, однако, съ которыми мы имѣли дѣло въ послѣднее время у субъектовъ, страдав-

шихъ до замужества истерическими явленіями (обусловивавшимися существенно дисменореей механическаго свойства), кажется, говорить въ пользу послѣдняго мнѣнія. Впрочемъ, Briquet старается подтвердить справедливость его статистическими данными, которыя ему удалось собрать въ его собственной практикѣ: изъ 98 истерическихъ больныхъ, у 50 замужество оказало вредное вліяніе на теченіе истерики. Изъ этого не трудно убѣдиться въ томъ, какъ осторожно должно быть врачу въ этомъ случаѣ, когда къ нему обращаются за совѣтомъ по этому поводу. Что касается регулированія половыхъ отношеній вообще, то мы уже выше упомянули о томъ, что чрезмѣрное воздержаніе въ этомъ отношеніи столь же вредно, какъ и эксцессы. Впрочемъ, какъ въ этомъ, такъ и во многихъ другихъ отношеніяхъ, врачъ долженъ быть одаренъ извѣстнымъ тактомъ, чтобы, не покируя нравственнаго чувства больной, тѣмъ не менѣе выяснить ей необходимыя въ этомъ случаѣ предосторожности. Вообще говоря, профлактическое леченіе можетъ принести очень значительную пользу, если у врача хватить умѣнья внушить своей больной полное довѣріе къ своему авторитету. Это дѣло очень нелегкое по отношенію именно этого рода больныхъ. Само собою понятно, что отъ сочиненія, подобнаго этому, нельзя требовать, чтобы оно излагало ту житейскую политику, которая пріобрѣтается годами. Какъ бы то ни было, всякому врачу, издавшему хоть нѣсколько истерическихъ больныхъ и хоть немного знакомому съ натурою женщины, не трудно будетъ поставить себя въ надлежащія отношенія къ данной больной. Одно не можемъ не замѣтить здѣсь, что истерическія больныя любятъ парадировать своими страданіями, безпрестанно и много о нихъ говорятъ, причѣмъ нерѣдко проглядываетъ желаніе возбудить въ врачѣ какъ можно большій интересъ къ ихъ страданіямъ. Зная эту слабость истерическихъ, нужно относиться къ ихъ жалобамъ, какъ бы онѣ бессмысленны иногда ни были, совершенно серьезно и съ какъ можно большимъ участіемъ. Дѣйствуя такимъ образомъ, врачу не трудно будетъ очень скоро пріобрѣсти на нихъ то вліяніе, которое необходимо для успѣшнаго исхода леченія.

Что касается собственно леченія фармацевтическаго, то извѣстно, что число, такъ-называем., противу-истерическихъ средствъ очень значительно. Всякій практикъ однако обыкновенно останавливается только на небольшомъ числѣ лекарствъ, такъ-какъ только такимъ образомъ можно болѣе или менѣе точно изучить дѣйствіе ихъ. Мы поэтому перечислимъ здѣсь только тѣ средства, которыя приносятъ болѣе или менѣе несомнѣнную пользу и которыя намъ вслѣдъ за другими удалось испытать на дѣлѣ. Во главѣ средствъ, успокаивающихъ чрезмѣрную возбуждаемость нервной системы, — проявляется ли послѣдняя въ сферѣ двигательной (судороги) или чувствительной (альгіи), — первое мѣсто занимаютъ препараты бром а. Обыкновенно даемъ natr. или kali brom. и притомъ съ разу въ пріемахъ не менѣе 3j въ сутки (2 раза

по 10 gr.). Увеличивая исподволь приемы, можно дойти до  $\beta\beta$ — $\beta\beta$  и даже болѣе въ сутки. При этомъ нужно имѣть въ виду, что при продолжительномъ употребленіи брома больныя начинаютъ жаловаться на какое-то отупѣніе, которое имъ очень непріятно. Явленіе это не имѣетъ особеннаго значенія, такъ-какъ съ прекращеніемъ употребленія брома оно проходитъ само собою. Очень значительную пользу мы замѣчали отъ извѣстнаго употребленія брома у истерическихъ при чрезмѣрномъ возбужденіи со стороны половой сферы. Въ этихъ случаяхъ мы употребляемъ его въ видѣ рукавныхъ суппозиторіевъ (*Bromidi potassii gr. X, Butyri cacao  $\beta\beta$ , secae flav. gr. V: M. f. glob.* Такіе шары вводятся въ рукавъ 2—3 раза въ день). Очень выгодно, т. е. успокаивающимъ образомъ дѣйствуетъ *as. foet.* Если приходится употреблять ее по долгу, то обыкновенно назначаемъ ее въ пилюляхъ, по  $\beta\beta$ — $\beta\beta$  въ сутки. Нерѣдко однако, по прошествіи нѣкотораго времени, *as. foet.* вызываетъ расстройство желудка, очень непріятную отрыжку и пр. Тогда оставляемъ употребленіе ея на нѣкоторое время, или же употребляемъ ее въ видѣ клистировъ. Въ этой послѣдней формѣ употребленіе *as. foet.* выгодно въ томъ отношеніи, что можно разомъ ввести въ организмъ большой приемъ, а именно— $\beta\beta$ — $\beta\beta$ . Мы особенно часто прибѣгаемъ къ подобнымъ клистирамъ во время приступовъ и въ большинствѣ случаевъ они дѣйствуютъ очень благопріятно. Бобровая струя и препараты *valerianaе* издавна славятся какъ *antihysterica*; но я долженъ сказать, что средства эти гораздо ниже своей репутации: дѣйствіе ихъ очень преходящее и къ нимъ можно прибѣгать только во время приступовъ съ цѣлью временно облегчить больную. Препараты цинка *per se*, или же въ соединеніи съ хиномомъ иногда приносятъ пользу, когда имѣютъ дѣло главнымъ образомъ съ гиперестезіями. Что касается наркотическихъ средствъ, то нѣкоторые (*Briquet, Chairou*) выхваляютъ ихъ, другіе же отзываются объ нихъ не особенно выгодно. Мы лично могли убѣдиться, что истерическіе субъекты переносятъ напр. опій, морфій въ громадныхъ приемахъ, между тѣмъ желаемый эффектъ наступаетъ очень трудно. Иногда бываетъ какъ разъ наоборотъ: вмѣсто того, чтобы успокоить больныхъ, *parcotica* очень сильно возбуждаютъ ихъ. Вълѣдствіе этого, мы очень рѣдко прибѣгаемъ у истерическихъ къ наркотическимъ средствамъ. За то очень могущественное успокаивающее средство, въ особенности при судорожныхъ формахъ, составляютъ хлороформъ и хлораль. При этомъ не могу не замѣтить, что дѣйствію хлороформа истерическія поддаются очень легко и скоро. Хлораль, въ клистирахъ ( $\beta\beta$ — $\beta\beta$ ), дѣйствуетъ гораздо болѣе невѣрно и преходящимъ образомъ, чѣмъ хлороформъ.



## ГЛАВА XX.

### Аномалии первоначального развития матки.

Библиография. Выше, на стр. 355 и слѣд., мы привели вкратцѣ тѣ эмбриологическія данныя, которыя необходимо знать для того, чтобы составить себѣ ясное понятіе объ уклоненіяхъ отъ нормы, встрѣчающихся въ женской половой сферѣ. Приступая теперь къ болѣе специальному разбору этихъ аномалій, мы не можемъ не упомянуть о томъ, что литература этого вопроса не отличается особенною ясностью и во многихъ отношеніяхъ представляет не мало разногласій. Нельзя поэтому не отнестись съ благодарностью къ превосходной монографіи объ этомъ предметѣ L. Fürst'a, отличающейся чрезвычайной отчетливостью и строго-научной критикой. Мы поэтому въ изложеніи этой главы будемъ придерживаться главнымъ образомъ изслѣдованій Fürst'a.

По отношенію къ эмбриологическому развитію половой сферы первое мѣсто занимаютъ изслѣдованія Wolff'a, напечатанныя въ анналахъ нашей академіи наукъ за 1798 и 1769 г.: *De formatione intestinorum. Novi commentarii Acad. St. Petropoli. T. XII и XIII.* Изслѣдованія эти переведены на нѣмецкій языкъ и изданы Meckel'емъ въ Галле, въ 1812 г. Чрезвычайное значеніе послѣ трудовъ W. имѣютъ изслѣдованія I. Müller'a: *Bildungsgeschichte der Genitalien. Düsseldorf, 1830* (Мюллеровы нити).—Rathke, *Abhandlungen zur Bildungs- und Entwicklungsgeschichte des Menschen und der Thiere. Leipzig, 1842.*—Bischoff, *Entwicklungsgeschichte der Thiere und des Menschen. Leipzig, 1842.*—Leuckart, *das Webersche Organ und seine Metamorphosen. Münch. illustr. Med. Zeit. 1852, t. 1. 2.*—Kussmaul, *Von dem Mangel, der Verkümmernng und Verdoppelung der Gebärmutter. Würzburg. 1859.* (Въ высшей степени важно для изученія разсматриваемыхъ аномалій).—Albers, *die weibliche Cloakenbildung. Monatschr. f. Geburtsk., 1860, Bd. XVI, Hft. 4.*—Превосходно разработаны аномаліи женской половой сферы Рокитанскимъ въ его патологической анатоміи, 3 отд., ч. III.—Klob, *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. Wien, 1864, p. 10.*—L. Fürst, *Ueber Bildungshemmungen des Utero-Vaginalcanales. Monatschr. f. Geburtsk., 1867, Bd. XXX, Hft. 2 и 3.* Издано также отдѣльно въ Лейпцигѣ, въ 1868 г.—Очень много интересныхъ клиническихъ наблюденій и анатомическихъ изслѣдованій сообщено покойнымъ проф. Гепнеромъ въ его статьѣ: *Ueber einige klinisch wichtige Hemmungsbildungen der weiblichen Genitalien. St.-Petersb. Med. Zeitschr. 1870, Bd. 1.*—Klebs, *Handbuch der pathologischen Anatomie. Liefer. IV. Geschlechtsorgane. Berlin, 1873, p. 750.*—Beigel, *Die Krankheiten des weiblichen Geschlechtes. Stuttgart, 1875, Bd. II, H. 1. p. 175.*—Churchill, *Obst. Journ. of Great Brit., 1873, July, p. 256.*—Негаръ въ известной монографіи своей, *Die Castration der Frauen, p. 2,* разбирая аномаліи въ развитіи яичниковъ, очень подробно касается и пороковъ развитія матки. —Maurohofer, *Entwicklungsfehler und Entzündungen des Uterus въ Bilroth's Handbuch der Frauenkr.*

Такъ-какъ подробный разборъ всѣхъ могущихъ встрѣтиться аномалій первоначальнаго развитія матки, имѣющихъ болѣе интересъ чисто эмбриологической, завелъ бы насъ слишкомъ далеко, то мы остановимся только на тѣхъ изъ нихъ, которыя почему-либо имѣютъ значеніе въ гинекологическомъ отношеніи.

### 1. *Отсутствіе матки.*

Библиографія. Morgagni, de sedib. et caus. morb. Lit. 46. Venet. 1761.—Engel, de utero deficiente. Regiom. 1781, Voigtel, pat. anat., Halle, 1805, Bd. III, p. 452.—Meckel, Handb. der patholog. anat. Leipz. 1812, Bd. 1, p. 658.—Kiwisch, Klin. Vorträge, Bd. II, p. 35.—Kussmaul, op. cit., p. 44.—Förster, Die Missbildungen des Menschen. Jena, 1861, p. 160.—Gintraç, Journ. de Bordeaux, 1861, Janvier.—Haartmann, Fall von Fehlen des Uterus. Petersb. medic. Zeitschr. 1864, p. 190.—Schróder, Scanzoni's Beiträge, B. V, p. 348.—Warner, The Journ. of the Gyn. Soc. of Bost., V. IV, p. 339.

То, что обыкновенно описываютъ подъ именемъ совершеннаго отсутствія матки (defectus uteri, anhysteria), составляетъ два совершенно различныхъ понятія въ клиническомъ и анатомическомъ отношеніи. Въ смыслѣ клиническомъ anhysteria есть понятіе чисто-отрицательное, т. е., если мы говоримъ, что такой-то субъектъ одержимъ отсутствіемъ матки, то мнѣніе это основывается лишь на томъ, что помощью доступныхъ намъ клиническихъ способовъ изслѣдованія нельзя констатировать матки. Изъ этого само-собою понятно, что это еще нисколько не доказываетъ, что у даннаго субъекта дѣйствительно вовсе нѣтъ матки, такъ-какъ она можетъ существовать въ такомъ зачаточномъ состояніи, констатированіе котораго на живомъ субъектѣ абсолютно невозможно. Анатомъ могъ бы говорить о настоящей anhysteria только въ такомъ случаѣ, если бы въ томъ мѣстѣ, гдѣ погmaliter должна находиться матка, самое тщательное изслѣдованіе не открыло бы и слѣдовъ мышечныхъ элементовъ этого органа. Но такъ-какъ въ дѣйствительности этого никогда не бываетъ, то слово anhysteria есть понятіе клиническое по преимуществу.

Что касается анатомической сущности разсматриваемой аномаліи, то она можетъ представить значительное разнообразіе, такъ-какъ при этомъ, кромѣ матки, и другія части половой сферы обыкновенно также приостановлены на различной степени развитія. Что касается самой матки, то на мѣстѣ ея констатируются или отдѣльные пучки волоконъ, или же болѣе или меньшій рудиментъ въ видѣ валика. Яичниковъ и фаллопиевыхъ трубъ при этомъ можетъ вовсе не быть, или же, если они существуютъ, то также въ болѣе или менѣе сильно зачаточномъ состояніи. Понятно, что въ первомъ случаѣ (т. е. при отсутствіи яичниковъ и фаллопиевыхъ трубъ) даже самое тщательное анатомическое изслѣдованіе должно встрѣтить непреодолимые затрудненія при опредѣленіи пола, къ которому должно отнести даннаго

субъекта. Впрочемъ, если дѣло заходить слишкомъ далеко, то при этомъ обыкновенно встрѣчаются очень важныя уклоненія въ состояніи другихъ органовъ, вслѣдствіе чего подобные субъекты не жизнеспособны. Чаще же всего яичники существуютъ, но въ недоразвитомъ состояніи, т. е. въ нихъ очень мало и слабо развитыхъ граафовыхъ пузырьковъ, такъ что овуляція невозможна. Противъ этого мнѣнія, высказаннаго Burgraev'омъ \*, возстаетъ Scanzoni \*\*, увѣряющій, что дѣло при этомъ можетъ доходить до внутреннихъ кровотеченій (т. е. до созрѣванія яичекъ). Фаллопиевы трубы обыкновенно короче нормальнаго и притомъ чаще онѣ представляютъ или совершенно плотные снурки, или же онѣ бываютъ полые только на наружныхъ, бахромчатыхъ концахъ. Рукавъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ представляетъ очень важныя уклоненія, а именно: или его совершенно не бываетъ, или же онъ существуетъ въ сильно зачаточномъ состояніи. Наружная половая сфера очень рѣдко представляетъ уклоненія отъ нормы и обыкновенно развита совершенно правильно. Вообще, весь habitus подобныхъ субъектовъ сохраняетъ всѣ атрибуты женственности и случаи, разбѣянные въ литературѣ, гдѣ будто бы у подобныхъ субъектовъ рѣзко выступалъ мужской типъ, объясняется очень легко тѣмъ, что въ нихъ имѣли дѣло съ обыкновеннымъ гермафродитизмомъ.

Что касается ближайшей этиологической сущности рассматриваемой аномаліи, то ее можно объяснить тѣмъ, что въ этихъ случаяхъ дѣло идетъ о приостановкѣ въ развитіи нижней (слившейся) части Мюллеровыхъ нитей, причемъ онѣ не превращаются въ полый органъ. Очень вѣроятно, что въ подобныхъ случаяхъ не маловажную роль играютъ слипчивыя воспаленія, развивающіяся въ очень ранніе періоды внутри-утробной жизни плода. Но опредѣлить,—что въ свою очередь, обуславливаетъ эти воспаленія,—нѣтъ никакой возможности. Не можемъ не замѣтить здѣсь, что anhysteria встрѣчается иногда у нѣсколькихъ членовъ одного и того же семейства. Таковы случаи, сообщенные недавно Squaquey'емъ \*\*\* (отсутствие матки у трехъ сестеръ), Philipps'омъ (у двухъ сестеръ) и др.

Распознаваніе рассматриваемой аномаліи не совѣмъ легко, въ особенности если имѣемъ дѣло съ субъектами съ толстыми брюшными стѣнками и болѣе или менѣе рудиментарнымъ рукавомъ. Въ подобныхъ случаяхъ внутреннее изслѣдованіе производится per rectum, причемъ все дѣло сводится къ тому, чтобы доказать, что между прямой кишкой и пузыремъ не лежитъ ничего такого, что можно бы считать маткой. Нѣкоторые (Kiwisch, Engel) совѣтуютъ убѣждаться въ дефектѣ матки такимъ образомъ, что въ прямую кишку вводятъ палецъ, а въ мочевоу пу-

\* Anales d'oculist et de gynécologie, V. I, livr. 12.

\*\* Lehrb. der Krankh. der weiblich. Sexualorg. Wien, 1867, Bd. I, p. 64.

\*\*\* Transactions of the Obstetric. Society of Lond., Vol XIV, p. 212.

зрѣе катетеръ и стараются сблизить концы ихъ такимъ образомъ, чтобы верхушка пальца ощущивала конецъ катетера. Но при этомъ, снова повторяемъ, подобная діагностика будетъ имѣть значеніе только клиническое, а ничуть не анатомическое.

Что касается терапіи, то понятно, что о ней собственно здѣсь не можетъ быть и рѣчи. Тѣмъ не менѣе врачу нерѣдко придется быть поставлену въ этомъ отношеніи въ довольно затруднительное положеніе. Дѣло въ томъ, что субъекты, одержимые разсматриваемою аномаліей половой сферы, выходятъ обыкновенно замужъ и, совершая болѣе или менѣе долгое время coitum въ наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала или же чрезъ рудиментарный рукавъ, обращаются затѣмъ къ врачу, требуя устраненія impotentiae coeundi. Тутъ могутъ представиться двоякаго рода случаи: или мы имѣемъ дѣло съ субъектами, у которыхъ рукава вовсе нѣтъ, или же послѣдній существуетъ въ болѣе или менѣе зачаточномъ состояніи. Въ перваго рода случаяхъ искусство совершенно безсильно. На стр. 246 мы привели причины, по которымъ мы считаемъ кровавое возстановленіе рукава (colporoesis) едва ли позволительною операціей послѣ тѣхъ печальныхъ результатовъ, которые дала эта операція въ рукахъ самыхъ знаменитыхъ хирурговъ. Въ случаяхъ же, гдѣ при дефектѣ матки мы имѣемъ дѣло съ рудиментарнымъ рукавомъ, въ болѣе или меньшей степени, можно помочь горю, прибѣгая къ методическому употребленію расширяющихъ средствъ и, въ случаѣ надобности, къ надрѣзамъ стѣнокъ рудиментарнаго канала. Такъ мы поступили въ нѣсколькихъ случаяхъ и результатъ былъ такой, что намъ удалось возстановить каналъ на длину  $1\frac{1}{2}$ " , тѣмъ существовавшая прежде impotentia coeundi была устранена хоть отчасти.

До сихъ поръ намъ удалось наблюдать дефектъ матки всего въ шести случаяхъ. Въ первомъ изъ нихъ женщина не имѣла ни малѣйшаго подозрѣнія, что она одержима такою важною аномаліей половой сферы. Евгенія Ж., 21 года отъ роду, обратилась ко мнѣ за совѣтомъ по поводу того, что у нея до сихъ поръ нѣтъ мѣсячныхъ, причемъ она жаловалась на дѣлный рядъ припадковъ, какъ-то: удареніе въ голову, замираніе сердца, сердцебіеніе, запоры и пр. При этомъ мать больной сообщила мнѣ, что у нея регулы наступили на 17 году, а у ея двухъ дочерей, моложе нашей больной, мѣсячныя наступили у одной 16 л., а у другой на 15 году. Евгенія Ж. высокаго роста, очень крѣпкаго тѣлосложенія, блондинка, съ явкою наклонностію къ ожирѣнію. Груды развиты очень хорошо. Приступивъ къ изслѣдованію половой сферы обыкновеннымъ образомъ, я не мало былъ изумленъ тѣмъ, что не могъ найти входе въ рукавъ. Это заставило меня прибѣгнуть къ внимательному осмотру. Лобокъ покрытъ очень обильными волосами; клиторъ выступаетъ слабо; meatus urin. extern. совершенно нормальный; то же самое должно сказать относительно большихъ губъ; малыя же губы представляли нѣкоторое уклоненіе въ томъ отношеніи, что онѣ около задней спайки переходятъ одна въ другую. Въ пузырь введенъ зондъ и верхушка его прощупывается безъ всякаго труда пальцемъ, находящимся in gesto, причемъ не ощущивается никакихъ слѣдовъ матки тамъ, гдѣ слѣдовало было бы искать ее. Евгенія Ж. представляетъ во всѣхъ отношеніяхъ женскій habitus, въ особенности по отношенію къ тазу. На счетъ эротическихъ наклонностей я не разспрашивалъ, такъ какъ она была очень стыдлива и очень неохотно отвѣчала на вопросы вообще.

Другой, совершенно аналогический случай, мы наблюдали на субъектѣ 25 л. Женщина эта обратилась къ намъ за совѣтомъ тоже по поводу отсутствия мѣсячныхъ съ тѣхъ поръ, какъ себя помнитъ. Такъ-какъ она засваталась, то желала узнать—можетъ ли она надѣяться имѣть дѣтей. Само собою разумѣется, что я открылъ ей печальную истину, изложивъ ей сущность аномалии, которой она одержима.

## 2. Зачаточныя формы.

Подъ именемъ зачаточной или рудиментарной матки мы разумѣемъ такія аномалии этого органа, при которыхъ онъ представляетъ тѣ или другія особенности, свойственныя ему только въ извѣстные періоды внутриутробной жизни. Понятно, что этого рода пороковъ первоначальнаго развитія можетъ быть очень много и поэтому остановимся здѣсь только на болѣе существенныхъ изъ нихъ.

### а) зачаточная матка.

Зачаточная матка (*uterus rudimentarius*) въ тѣсномъ смыслѣ можетъ представлять слѣдующія разновидности. Въмѣсто надлежащимъ образомъ развитой матки находится небольшой рудиментъ, состоящій изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, не представляющій и слѣдовъ какой бы то ни было полости. Чаще всего рудиментъ представляетъ еще нѣчто похожее на тѣло и дно матки,—за то шейки не существуетъ вовсе. Вторую форму представляетъ плотное тѣло, соединяющее два отдѣльно лежащихъ рога. Въ другихъ случаяхъ средняя часть, соединяющая рога, имѣетъ дугообразную форму (*Nega*). Третью относящуюся сюда форму составляетъ такъ-называемый *uterus bipartitus* (*Ma yer*) или же *uter. bifidus*. Сущность ея состоитъ въ томъ, что шейки и тѣла совсѣмъ нѣтъ, развились только рога и притомъ такъ, что они или совершенно безполые, или же представляютъ полости въ сильно зачаточномъ состояніи. Чаще всего оба рога соединяются между собою поперечно идущей перекладиной, помѣщающейся въ томъ мѣстѣ, гдѣ normally должно быть дно. По отношенію къ другимъ частямъ внутренней половой сферы должно замѣтить, что очень рѣдко случается, чтобы при упомянутыхъ рудиментарныхъ формахъ матки во все не было яичниковъ; обыкновенно они существуютъ, но такъже въ болѣе или менѣе зачаточномъ состояніи. Рукавъ обыкновенно недоразвитъ и представляетъ до такой степени узкій и короткий каналъ, что весьма рѣдко можетъ удовлетворительнымъ образомъ служить для копуляціи. Поэтому-то этого рода случаи такъ часто и подаютъ поводъ къ *error loci*, т. е. *coitus* совершается чрезъ наружное мочеиспускательное отверстие. О мѣсячныхъ въ прямомъ значеніи этого слова, т. е. о менструальномъ кровотеченіи, при этихъ аномаліяхъ, само-собой разумѣется, не можетъ быть и рѣчи; но за то въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ яичники при этомъ достигаютъ извѣстной степени развитія, созрѣ-

ваніе яичекъ (овуляція) происходитъ, что и подаютъ поводъ къ очень болѣзненнымъ менструальнымъ коликамъ (*Molimina menstr.*). Förster упоминаетъ о возможности скопленія крови (*haematometra*) въ рудиментарной полости одного изъ роговъ.

Распознаваніе разсмотрѣнныхъ аномалій должно быть дѣлаемо точно такимъ же образомъ, какъ и при полномъ дефектѣ матки. Двойное изслѣдованіе чрезъ рукавъ едва ли здѣсь возможно, принимая въ соображеніе зачаточное состояніе его.

Предсказаніе лучше, чѣмъ при такъ называемомъ полномъ отсутствіи матки, такъ какъ здѣсь мы имѣемъ дѣло съ рукавомъ, хотя бы и суженнымъ и въ зачаточномъ состояніи, но всетаки доступнымъ и искусственному расширенію. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно послѣ продолжительныхъ естественныхъ попытокъ къ копуляціи, методическому употребленію расширяющихъ средствъ удается возстановить рукавъ настолько, что въ значительной степени устраняется *impotentia coeundi*.

#### в) ОДНОРОГАЯ МАТКА.

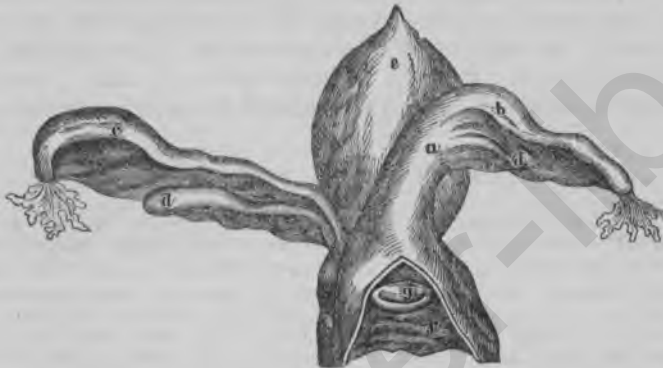
Библиографія. Первый, хорошо описанный случай однорогой матки принадлежитъ Ролю и помѣщенъ въ *Memoires of the Lond. medic. soc.* за 1794, vol. 2, p. 507. Онъ подробно приводится у Kussmaul'я (op. cit. p. 22), который набралъ изъ литературы еще 12 другихъ относящихся сюда случаевъ.—Chaussier, *Bullet. de la faculté de médecine de Paris*, 1817, p. 437.—Chiari, *Prager Vierteljahrscr.*, 1854, II, p. 98.—Pnech, *Compt. rend. hebdom. de séances de l'acad. d. sciences. Paris*, 1855, p. 643.—Stoltz, *Note sur le développement incomplet de la matrice et de l'appareil urinaire. Strasbourg*, 1860.—Virchow, *Monatschr. f. Geburtsk.*, 1860, Bd. XV, p. 116.—Rosenburger, *Sechs Fälle von uterus unicornis. Erlangen*, 1861.—Luschka, *Monatschr. f. Geburtsk.*, Bd. XII, p. 31.—Jaensch, *Virchow's Archiv. Bd. LVIII*, p. 185.

Подъ этимъ именемъ (*uterus unicornis*) разумѣютъ такую аномалію матки, при которой развилась одна только Мюллерова нить, между тѣмъ какъ вторая или совершенно исчезла, или же развилась болѣе или менѣе недостаточнымъ образомъ. Въ смыслѣ эмбриологическомъ, слѣдовательно, однорогая матка есть ничто иное, какъ только половинчатая часть этого органа. Однорогая матка, поэтому, можетъ представлять двѣ формы: при одной изъ нихъ вся матка представляетъ только одинъ рогъ, при второй формѣ при этомъ находятъ еще второй, зачаточный рогъ.

Однорогая матка представляется на видъ кругловатою, причѣмъ она сужается къ верхнему концу своему (дну), завороченному обыкновенно въ сторону развитаго рога и непосредственно переходящему въ фаллопиеву трубу. И такъ, существенное отличіе матки при разсматриваемой аномаліи будетъ составлять отсутствіе маточнаго дна въ тѣсномъ смыслѣ. Кромѣ того, полость матки представляется болѣе круглою (вмѣсто нормальной 3-угольной формы). Что касается широкихъ связокъ, то та изъ нихъ, которая соотвѣтствуетъ развитому рогу, короче той, которая принадлежитъ

рудиментарному рогу; кромѣ того, послѣдняя помѣщается ниже первой и имѣет нѣсколько косое направленіе. Что касается влагалищной части при однорогой маткѣ, то она обыкновенно меньше во всѣхъ своихъ размѣрахъ; но однако это не всегда такъ бываетъ, такъ-какъ описаны случаи, въ которыхъ *port. vagin.* не представляла, повидимому, никакихъ уклоненій отъ нормы. По отношенію къ строенію стѣнокъ однорогой матки нужно замѣтить, что онѣ обыкновенно бываютъ тоньше нормальнаго.

Если имѣютъ дѣло съ однорогою маткою въ тѣсномъ смыслѣ, то при этомъ бываетъ только одинъ яичникъ и одна фаллопиева труба; при существованіи же втораго, рудиментарнаго рога яич-



Фиг. 20.

Фиг. 20 представляет задній фасъ однорогой матки дѣвочки (по Pole'ю): а предст. правый рогъ; лѣвый не существуетъ. b—правая, c—лѣвая фал. труба; d, d—яичники; e—мочев. пузырь; f—рукавъ; g—наружный маточный зѣвъ.

никъ и фаллопиева труба соотвѣтственной стороны могутъ существовать, но въ болѣе или менѣе зачаточномъ состояніи.

Что касается втораго, зачаточнаго рога, встрѣчаемаго при однорогой маткѣ, то онъ обыкновенно начинается съ области внутренняго зѣва и можетъ представляться совершенно безъ полости, или же полость его развита въ большей или меньшей степени. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ зачаточный рогъ представляетъ очень значительную длину, отъ 10 — 15 центим. (Schroder).

Отправленія половой сферы при однорогой маткѣ не представляютъ обыкновенно никакихъ уклоненій отъ нормы по отношенію къ мѣсячнымъ и зачатію. Это-то обстоятельство и затрудняетъ до извѣстной степени распознаваніе этой аномалии *intra vitam*. Всѣ діагностическіе признаки, приводимые обыкновенно въ учебникахъ и которые будто бы должны служить основаніемъ для клиническаго распознаванія однорогой матки, въ сущности не выдерживаютъ и самой снисходительной критики. Такъ, напр. Kiwisch утверждаетъ, что важнымъ діагностическимъ признакомъ при этомъ должно считать то, что при введе-

ни зонда инструментъ проникаетъ только въ одну сторону (?). Скорѣе можно было бы уже указать на то, что при однорогой маткѣ органъ помѣщается внѣ срединной линіи таза. Но это можетъ быть также результатомъ предшествовавшихъ патологическихъ состояній и при нормальной маткѣ. Констатировать заворачиваніе верхняго конца матки въ какую либо сторону не трудно, но не трудно также смѣшать это съ загибомъ въ бокъ нормальной матки. Наконецъ, указываютъ на то, что при однорогой маткѣ обыкновенно констатируется болѣе или менѣе значительная степень узости рукава. Нисколько не оспаривая этого обстоятельства, нельзя однако не замѣтить, что оно едва ли можетъ имѣть какое либо положительное диагностическое значеніе, уже вслѣдствіе одного только того, что упомянутая аномалія рукава никогда не достигаетъ такой степени, чтобы она мѣшала отправленіямъ половой сферы.

Мы упомянули выше о томъ, что при однорогой маткѣ отправленія половой сферы, а именно мѣсячныя и зачатіе, нисколько не нарушены. Особенно интересны существующія въ литературѣ данныя по отношенію къ беремености при однорогой маткѣ. Что беременность дѣйствительно можетъ имѣть здѣсь мѣсто, — не подлежитъ никакому сомнѣнію и подтверждается очень многими наблюденіями. Особенно интересенъ случай *Chaussier*, въ которомъ женщина съ однорогой маткой родила двойни. Впрочемъ, нужно замѣтить, что въ большинствѣ случаевъ беременность не можетъ здѣсь достигать нормальнаго срока, вслѣдствіе слабого развитія маточныхъ стѣнокъ и въ особенности дна. Вслѣдствіе этой же причины замѣчаются нерѣдко при этихъ условіяхъ также серьезные разстройства и въ родовомъ актѣ (слабыя сокращенія матки и кровотеченія). Зачатіе можетъ происходить не только въ развитомъ рогѣ, но также и въ рогѣ рудиментарномъ и притомъ даже въ такомъ случаѣ, если полость послѣдняго не находится ни въ какой связи съ полостью развитаго рога. Случаи эти, по *Kissmuller*, можно объяснить не только тѣмъ, что сѣмя попадаетъ первоначально въ развитый рогъ, затѣмъ выступаетъ по фаллопиевой трубѣ наружу и, обогнвши матку, доходитъ до яичника противоположной стороны, откуда уже окончательно попадаетъ въ полость рудиментарнаго рога. Явленіе это извѣстно подъ именемъ *migratio externa seminis* и подтверждается нѣсколькими въ высшей степени интересными случаями, а именно, *Szihasa*, *Jaensch* и др. Если беременность происходитъ въ рудиментарномъ рогѣ, то женщина обыкновенно погибаетъ, такъ-какъ на 3-мъ мѣсяцѣ болѣею частью дѣло доходитъ до разрыва рога, совершенно такимъ же образомъ, какъ это бываетъ при трубной беремености.

Не можемъ не прибавить здѣсь, что распознаваніе рассматриваемой аномаліи и потому еще затруднительно, что однорогую матку находятъ нерѣдко у женщинъ, которыя, по отношенію къ общему развитію тѣла, не представляютъ никакихъ уклоненій отъ нормы. Что же касается уродливостей, при которыхъ находима была однорогая матка, то должно особенно упомянуть о тѣхъ, гдѣ имѣли дѣло съ недостаточнымъ развитіемъ одной половины таза, а также при *monopodia* (случаи *Brechet*'a, *Henninger*'a и *Vrolic*'a); тоже самое должно сказать и о сиреновидныхъ уродливостяхъ, описанныхъ *Gruevilhier* и *Otto* мъ. Наконецъ, мы должны упомянуть еще о томъ, что при однорогой маткѣ находили иногда и дефектъ почки на сторонѣ, соответствующей рудиментарному рогу, а также и одностороннее развитіе мочевого пузыря.

### с) ДВУРАЗДѢЛЬНАЯ МАТКА.

Къ этой категоріи относятся тѣ аномаліи въ первоначальномъ развитіи матки, которыя происходятъ вслѣдствіе того, что мю-



леровы нити или совершенно не сливаются между собою, или же слитіе это произошло недостаточнымъ образомъ.

1) *Двураздѣльная матка въ тѣсномъ смыслѣ.*

Библиогр. см. у Klob'a, op. cit., p. 26. Kripe, Brit. medic. Journ., 1872, vol. I p. 571.

Двураздѣльная матка въ тѣсномъ смыслѣ (Uterus duplex separatus, uterus didelphys по Kussmaul'ю) представляеть какъ бы двѣ однорогія матки, т. е. каждая изъ мюллеровыхъ нитей развилась совершенно самостоятельно и нигдѣ не соприкасаются между собою. Раздѣльныя матки помѣщаются по бокамъ мочеваго пузыря верхними концами, при этомъ представляются сильно вывернутыми наружу и каждая изъ нихъ имѣеть по одному яичнику и одной фаллопеевой трубѣ. Рукава при этомъ или вовсе не бываетъ, или же онъ существуетъ, но всегда въ болѣе или менѣе зачаточномъ состояніи и притомъ большею частью двойной.

Kussmaul, а за нимъ и другіе до сихъ поръ утверждали, что uterus didelphys былъ находимъ только у нежизнеспособныхъ уродовъ. Дѣйствительно, двураздѣльная матка встрѣчается чаще всего при такомъ уродливомъ развитіи (дефектъ передней стѣнки живота, различныя эктопіи и т. д.), при которомъ субъекты эти нежизнеспособны. Тѣмъ не менѣе правило это не безъ исключеній и въ послѣднее время описано нѣсколько случаевъ двураздѣльной матки у субъектовъ, достигшихъ порядочнаго возраста. Въ старинной литературѣ извѣстенъ случай Eisenmann'a \*, описавшаго двураздѣльную матку у 19-лѣтняго субъекта. Особенный интересъ представляеть случай, описанный недавно Ollivier \*\*. Вскрывая 42-лѣтнюю женщину, родившую 6 разъ, онъ нашель у нея двураздѣльную матку; обѣ матки отстояли другъ отъ друга на столько, что въ промежуткѣ между ними помѣщалась петля тонкихъ кишекъ. Рукавъ былъ двойной. Такой же случай описанъ Lefort'омъ \*\*\* на субъектѣ, имѣвшемъ 25 л. отъ роду. Проф. Геннеръ \*\*\*\* также описалъ uterus didelphys (solidus) у взрослога субъекта. Изъ случаевъ, списанныхъ въ послѣднее время, мы должны упомянуть о тѣхъ, которые описаны Freudenberg'омъ † на 25-лѣтнемъ субъектѣ и Venicke ††; въ послѣднемъ случаѣ плодное яйцо развилось въ лѣвой половинѣ. Наконецъ, въ послѣднее время одинъ изъ моихъ учениковъ, д-ръ Кубасовъ †††

\* Tabulae anatomicae quat. uter. duplic. Argentor, 1752, цитир. у Kussmaul'a, op. cit. p. 33.

\*\* Gaz. médic. de Paris. 1872, № 14.

\*\*\* De vices de formation de l'uterus et du vagin. Paris, 1863, p. 47.

\*\*\*\* Op. cit. p. 14.

† Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaecol., Bd. V, p. 384.

†† Ibid., Bd. I, p. 366.

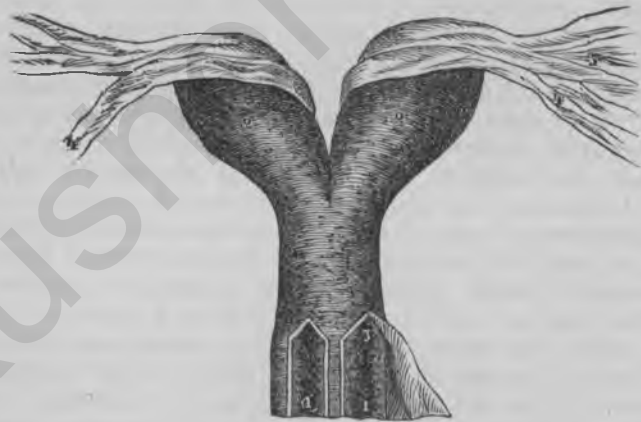
††† «Медич. Вѣстн.», 1882, № 15 и 17, и 19 и слѣд.

дать прекрасное описание представлявшегося ему случая *uterus didelphys* (у рожавшей), причемъ онъ очень подробно касается эмбриологическихъ данныхъ, относящихся къ этой аномалии.

## 2) Двурогая матка.

Библиографія. Первый, случайно нашедшій двойную (двурогую) матку при вскрытїи одной женщины, былъ Сatti; описана она въ его *Ysagoge Anat. rar.* III, p. 21. (См. Meissner, *die Frauenzimmerkrankheiten*, Bd. I, p. 541).—Вся почти старинная литература о двурогой маткѣ собрана у Voigtеля, въ его *Handbuch der pathologischen Anatomie*, Halle, 1805, Bd. III, p. 453.—Carus, *Zur Lehre von Schwangerschaft und Geburt*, Leipz. 1824, Abth. III, p. 1824.—Amman, *Angeb. chirurgische Krankheiten*. T. 19, Fig. 13.—Cassan, *Récherches anatomiques et physiologiques sur les cas d'uterus double et de superfétation*. Paris, 1826. (Приведены случаи Morand'a, Dupuytren'a, Marquet и др.).—Husson, *Journ. hebdom.*, 1829, № 21 Fevr.—Olivier, *Arch. gener. de médecine*, 1829, Janv.—Bérard, *La clin. des hôp.* Vol. I, № 27.—Schröder, *De uteri et vagina sic dictis duplicatibus*. Béról., 1841.—Hohl, *Deutsche Klin.* 1853, Bd. V, I.—Krieger, *Monatschr. f. Geburtsk.*, 1858, Bd. XII.—Stoltz, *Note sur le développement incomplet d'une des moitiés de l'uterus etc.* Strasbourg. 1860.—Klob, *op. cit.*, p. 98.

При двурогой маткѣ (*uterus bicornis*) органъ этотъ представляетъ наружное расщепленіе на двѣ части, или рога. Дѣле-



Фиг. 21.

Двурогая матка съ двойнымъ рукавомъ у молодой дѣвушки (по Schroeder'у): 1, 1 — оба рукава съ сръзанными передними стѣнками; 2, 2 — лѣвый и правый рогъ; 3 — os ext. лѣваго рога; 4, 4 — круглыя маточныя связки; 5 — трубы.

ніе на рога начинается болѣе или менѣе высоко, но въ нижнихъ частяхъ рога обыкновенно сливаются. Кромѣ расщепленія на два отдѣльныхъ рога, при этой аномалии матки замѣчается еще та особенность, что и полость ея раздѣляется на двое внутреннею перегородкою. Эта послѣдняя, начинаясь съ того мѣста, откуда рога начинаютъ расходиться, можетъ простирается до самого низу,

или же не достигает наружнаго звѣва на большую или меньшую высоту. На основаніи этой то особенности перегородки Kussmaul и раздѣлил двурогую матку на два вида: *uterus bicornis duplex* (или же *uterus bicornis bicameratus s. septus* по Klob'y) и *uterus bicornis infra simplex s. semiduplex*.

Расщепленіе матки на два рога начинается надъ внутреннимъ звѣвомъ, слѣдовательно въ области тѣла и притомъ такимъ образомъ, что оба рога расходятся въ противоположныя стороны подъ большимъ или меньшимъ угломъ. Величина этого послѣдняго находится въ прямомъ отношеніи къ степени расхожденія роговъ или, другими словами, къ тому, чѣмъ болѣе рѣзко выражена разсматриваемая аномалія. Въ самыхъ рѣзкихъ случаяхъ имѣютъ какъ бы дѣло съ двумя однорогими матками. Съ другой стороны, въ иныхъ случаяхъ расщепленіе на два рога выражено очень слабо и, такъ сказать, едва намѣчено: дно матки представляетъ лишь болѣе или менѣе глубокое давленіе—*uterus arcuatus*. По отношенію къ поверхностямъ двурогой матки нужно замѣтить, что передняя поверхность обоихъ роговъ представляется слегка вогнутою, а задняя выпуклою, т. е. въ этомъ отношеніи сохраняется особенность, присущая нормальной маткѣ. Вла г а л и щ н а я часть при двурогой маткѣ можетъ быть двоякая. Или она бываетъ одна, причемъ перегородка раздѣляетъ цервикальный каналъ на двѣ половины, или же каждая половина матки оканчивается своею собственно влагалищною частью. Что касается р у к а в а, то онъ также можетъ быть или простой (во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ бываетъ только одна влагалищная часть) или же онъ представляется раздѣленнымъ перегородкою на двѣ половины (*vagina septa*).

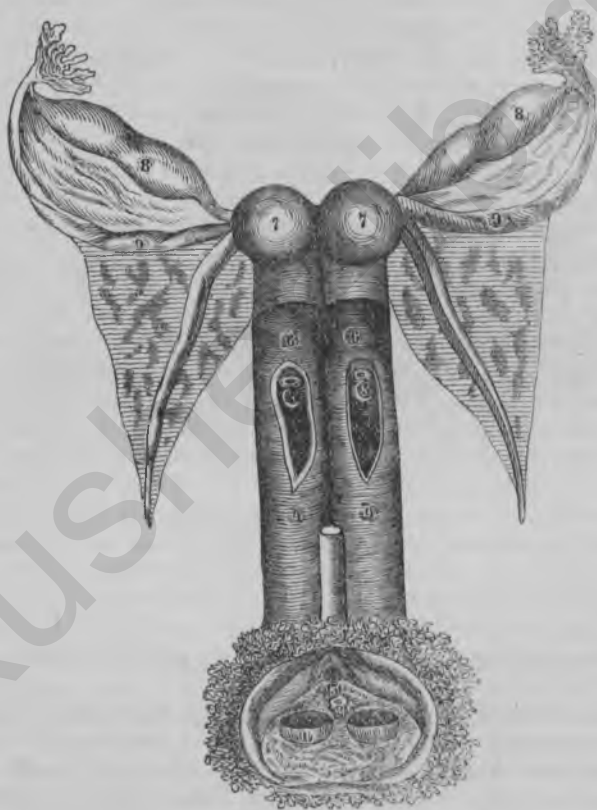
Какъ на важную анатомическую особенность при двурогой маткѣ Cassan, Carus, Рокитанскій и другіе указываютъ на особенную складку (или, если угодно, связку) брюшины, идущую съ передней стѣнки прямой кишки, между обоихъ роговъ, къ задней стѣнкѣ пузыря и раздѣляющую такимъ образомъ полость таза на двѣ половины—лѣвую и правую. Каково значеніе этой складки—до сихъ поръ далеко не рѣшено. Такъ, Kussmaul считаетъ ее просто какъ бы *lig. suspensor.* по отношенію къ маткѣ и описываетъ ее, по примѣру нѣкоторыхъ другихъ авторовъ, подъ именемъ *lig. recto-vesicale*. Этому взгляду отчасти держится также и Рокитанскій. По мнѣнію Krieger'a же, эта мнимая связка не что иное, какъ рудиментъ *allantois*, которому онъ приписываетъ главное значеніе въ происхожденіи двурогости матки.

### 3) Двуполостная матка.

Библиографія. Кромѣ приведенныхъ выше литературныхъ данныхъ, сюда особенно относятся: Bald. Kittel, Die Fehler des Muttermundes und Beschreibung einer Gebärmutter mit doppeltem aussern Muttermunde. Würz-

burg, 1803.—Otto, seltene Beobachtungen, 2-te Sammlung. 1824, 141.—Liebermann, De duplicitate uteri. Berol. 1830.—Cruveilhier, Anat. pathologique, livr. 4, pl. 5 и livr. 13, pl. 6.—Kiwisch, Klin. Vorträge, Prag, 1854. Ausg. IV, Bd. 1, p. 97.—Klob, op. cit., p. 34.

Если полость матки раздѣляется перегородкою на двѣ половины, то происходитъ такъ называемая двуполостная матка (*uterus bilocularis* по Рокитан., *uterus septus* по Kussmaul'ю). Перегородка эта можетъ простираться на различную длину: начиная отъ дна до наружнаго зѣва (*uterus septus duplex* Kussmaul), или же она доходитъ только до извѣстнаго мѣста, напр. до внутренняго зѣва (*uterus subseptus*). Хотя, вслѣдствіе



Фиг. 22.

Двуполостная матка съ двойнымъ рукавомъ 19-лѣтн. дѣвушки (по Eisenmann'у): 1, 1—двойной introit. vag. съ двойнымъ гименомъ; 2—meat. urin. ext.,—клигоръ; 3—мочеспускат. каналъ; 4, 4—оба рукава; 5, 5—обѣ влаг. части; 6, 6—маточныя шейки; 7, 7—оба рога (согр.) матки; 8, 8—яичники; 9, 9—трубы.

развитія сказанной перегородки, полость матки раздѣляется на двѣ половины, но онѣ большею частью не бываютъ одинаковой

емкости: одна изъ нихъ обыкновенно больше другой. Впрочемъ, нужно сказать, что поперечный размѣръ двуполостной матки обыкновенно бываетъ нѣсколько больше нормальнаго. Какъ на другія анатомическія особенности разсматриваемой аномаліи, авторы указываютъ на то, что задняя поверхность двуполостной матки не образуетъ извѣстной выпуклости и что, на оборотъ, она замѣчается скорѣе на передней поверхности. Кромѣ того, на передней поверхности же замѣчается продольная выступающая линія, иду-



фиг. 23.

Двуполостная матка беремен.; срѣзана передняя стѣнка.

щая начиная со дна внизъ и соотвѣтствующая мѣсту, на которомъ по внутренней поверхности развилась перегородка. Рукавъ при двуполостной маткѣ, какъ и при маткѣ двурогой, можетъ быть двураздѣльный, или же простой. Въ первомъ случаѣ одна половина рукава обыкновенно бываетъ гораздо меньше другой.

Какъ замѣчательный видъ разсматриваемой аномаліи нѣкоторые авторы (D'Outrepoint, Otto и Kiwisch) описали очень интересное уклонение отъ нормы, замѣчаемое въ паружномъ зѣвѣ. Дѣло въ томъ, что при совершенно нормальной полости, наружный зѣвъ представляется раздѣленнымъ на двое перемычкою, состоящею изъ маточной ткани и идущею въ поперечномъ направленіи отъ середины зѣва одной стороны къ другой. Толщина перемычки этой можетъ быть различна, обыкновенно же она не превышаетъ толщины гусиного пера. Kussmaul описываетъ эту аномалію подъ именемъ *uterus subseptus biforis infra simplex*. Въ литературѣ описано

очень мало такихъ случаевъ и потому мы позволяемъ себѣ привести здѣсь относящійся сюда экземпляръ, который намъ удалось наблюдать нѣсколько лѣтъ тому назадъ. Больная, 33-хъ лѣтъ отъ роду, никогда не рожавшая, обратилась за совѣтомъ къ доктору Станиславскому по поводу кровотеченія изъ родовыхъ путей, которымъ она страдаетъ въ продолженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Д-ръ Станиславскій представилъ мнѣ больную, причемъ сообщили, что, по его мнѣнію, она кровоточитъ вслѣдствіе слизистаго полипа цервикальнаго канала. Исслѣдуя больную, можно было вскорѣ убѣдиться въ существованіи той рѣдкой аномаліи, о которой здѣсь идетъ дѣло. Зѣвъ представлялся



Фиг. 24.

а—перемычка, раздѣляющая зѣвъ на двѣ половины,—верхнюю и нижнюю.

на столько пріоткрытымъ, что черезъ него безъ всякаго труда проникалъ палецъ; при этомъ онъ имѣлъ почти совершенно круглую форму. Начиная почти съ середины одной стороны, шла перемычка, кругловатая, толщиною съ писчее перо, къ срединѣ другой стороны зѣва; перемычка эта не только не была напряжена, но, напротивъ, ее можно было свободно отклонять вверхъ и внизъ. Въ просвѣтѣ зеркала можно было убѣдиться во всемъ этомъ глазомъ, какъ нельзя яснѣе. Цвѣтъ этой перемычки былъ блѣдно-розовый. Что касается источника кровотеченій, которыми страдала больная, то онъ обусловился карциномомъ полости матки, въ чемъ могли убѣдиться товарищи, которымъ я подробно демонстрировалъ этотъ случай. Въ заключеніе не могу не замѣтить, что названіе, присвоенное этой аномаліи *Kussmaul's uterus subseptus biforis supra simplex*—нѣсколько вгучурно и что ее можно было бы обозначить болѣе просто, назвавъ ее поперечнымъ гименомъ наружнаго зѣва (*hym. obliq. orific. externi*).

Что касается практическаго значенія двураздѣльнаго зѣва, то нельзя же согласиться съ *Kiwisch'e'm*, что во время родоваго акта онъ можетъ и долженъ представить серьезное препятствіе раскрытію матки и что препятствіе это можетъ быть устранено только хирургическимъ путемъ.

Познакомившись съ анатомическими особенностями двурогой и двураздѣльной матки, рассмотримъ теперь функціональныя особенности ихъ. Какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ, по отношенію къ яичникамъ и фаллопиевымъ трубамъ, обыкновенно не замѣчается никакихъ особенныхъ аномалій, т. е. каждый рогъ или каждая половина матки имѣетъ соотвѣтственный яичникъ и фаллопиеву трубу. Поэтому уже а priori должно заключить, что мѣсячныя не должны представлять никакихъ особенныхъ уклоненій отъ нормы, т. е. субъекты, одержимые разсматриваемыми аномаліями матки, должны менструировать по обыкновенному. А priori также должно допустить, что при этомъ, вѣроятно, можетъ менструировать то та, то другая половина матки. Такое заключеніе, однако, будетъ не болѣе, какъ вѣро-

ятно, хотя Kussmaul допускаетъ его самымъ положительнымъ образомъ. Мы назвали заключеніе это вѣроятнымъ потому, что существуютъ наблюденія, положительно говорящая въ пользу того, что менструація у нѣкоторыхъ относящихся сюда субъектовъ происходитъ всегда изъ одной половины. По отношенію къ менструаціи, наконецъ, должно замѣтить, что при этихъ аномаліяхъ дѣло можетъ дойти до очень серьезнаго патологическаго состоянія, а именно—задержанія менструальной крови въ одной изъ половинокъ матки при невозможности стока ея наружу (Haematometra при двурогой и двураздѣльной маткѣ). Обстоятельство это имѣетъ такое важное практическое значеніе, что оно подробно будетъ разсмотрѣно нами ниже.

Что касается акта совокупленія, то если разсматриваемыя аномаліи осложняются двураздѣльнымъ рукавомъ, онъ обыкновенно совершается только одной половиной (б. ч. правой). Не можемъ здѣсь не замѣтить кстати о странномъ мнѣніи Nuyt'l'я, высказанномъ имъ по отношенію гимена при двураздѣльной маткѣ, а именно, что его въ этихъ случаяхъ не бываетъ. Это положеніе опровергается наблюденіями Kussmaul'я, Dupuytren'a, Geiss'a и Klob'a. Мы сами наблюдали случай двураздѣльной матки, въ которомъ гименъ не представлялъ никакихъ уклоненій отъ нормы. Если двойной гименъ въ подобныхъ случаяхъ, правда, принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ, то, съ другой стороны, одинъ общій гименъ составляетъ обыкновенный спутникъ разсматриваемыхъ нами аномалій матки и рукава.

Что касается способности къ зачатію, то, само собою разумѣется, она едва ли должна пострадать отъ двурогости и двураздѣльности матки. Случаевъ беременности и родовъ при двурогой и двуполостной маткѣ описано въ литературѣ до настоящаго времени очень много. Что зачатіе, однако, не легко происходитъ въ обѣихъ половинахъ матки въ одно время—доказывается малымъ числомъ наблюденій родовъ двойнями при разсматриваемой аномаліи. Сюда относятся случаи, описанные Salet'омъ, Geiss'омъ, Hoh'емъ и друг. Замѣчательный случай Bogard'a (тройни при двураздѣльной маткѣ) составляетъ положительное unicum во всей акушерской литературѣ. Говоря о зачатіи при двурогой и двуполостной маткѣ, нельзя не замѣтить, что на основаніи большинства наблюденій, имѣющихся по этому поводу въ литературѣ, оно чаще всего происходитъ въ правой половинѣ.

Хотя вопросъ касательно исходовъ беременности и родовъ при этихъ аномаліяхъ матки относится прямо и непосредственно къ акушерству, тѣмъ не менѣе, ради полноты очерка о двураздѣльной маткѣ, мы считаемъ не лишнимъ сказать здѣсь объ немъ нѣсколько словъ. Большинство авторовъ согласно въ томъ, что исходы эти бываютъ очень неблагоприятны. Уже Carus указалъ на то, что беременность часто прерывается до нормальнаго срока, а роды осложняются очень разнообразными неблагоприятными обстоятельствами, а именно: слабостью потужной дѣятельности, кровотеченіями, разрывомъ перегородки и, наконецъ, тяжелыми заболѣваніями въ родильномъ періодѣ. Какъ на существенныя причины, обуславливающія эти неблагоприятныя осложненія, онъ указываетъ главнымъ образомъ на недостаточное развитіе маточнаго дна,

недостаточное увеличение беременной половины матки и на часто встречающіяся при этомъ аномалии сосудовъ. Рокитанскій, совершенно соглашаясь съ вышеприведенными доводами, прибавляетъ къ нимъ еще третій, а именно—неблагоприятность роли, которую въ подобныхъ случаяхъ можетъ играть при родовомъ актѣ перегородка, раздѣляющая матку на двѣ половины. Въ самомъ дѣлѣ, хотя при зачатіи, происходящемъ въ одной половинѣ матки, и другая половина принимаетъ участіе въ физиологическомъ разрастаніи, обусловливаемомъ беременностью, но далеко не въ такой степени, чтобы при этомъ беременность могла дойти до нормальнаго срока. При этомъ онъ указываетъ также на всѣ неблагоприятныя послѣдствія, протекающія отъ прикрѣпленія послѣда къ упомянутой перегородкѣ, такъ-какъ въ этихъ случаяхъ, вслѣдствіе медленнаго отдѣленія его, большую часть имѣютъ дѣло съ опасными кровотечениями. Хотя Kussmaul старается опровергнуть мнѣніе, высказанное на этотъ счетъ Рокитанскимъ, тѣмъ не менѣе однако оно подтверждается большинствомъ наблюдений, разсѣянныхъ въ старинной и новѣйшей акушерской литературѣ. Таковы случаи, приводимые Сагусомъ, Дансеюмъ, Olivier, R. Lee, Moreau, проф. Буяльскимъ, Buchemъ, Arnoldi, и др. Наконецъ, не можемъ не указать и на одно лично намъ принадлежащее наблюдение, подтверждающее мнѣніе Сагуса, какъ нельзя яснѣе: два раза преждевременные роды и смерть въ послѣродовомъ періодѣ.

По отношенію къ распознаванію двууголой и двуполостной матки, нужно замѣтить, что оно далеко не такъ легко, какъ кажется на первый взглядъ. Распознаваніе облегчается очень значительно, если при этомъ имѣемъ дѣло съ двураздѣльнымъ рукавомъ. Это обстоятельство должно постоянно возбуждать подозрѣніе о двураздѣльности матки. Если мы находимъ, что въ каждой половинѣ рукава торчитъ по влагалищной части, то на счетъ двураздѣльности матки не можетъ быть ужь никакого сомнѣнія. Но идетъ ли въ подобномъ случаѣ дѣло о маткѣ двуполостной или двууголой,—рѣшить иногда довольно трудно. Обыкновенно говорятъ, что стоитъ только ввести въ каждый зѣвъ (слѣдовательно въ каждую половину матки) по зонду и тогда дѣло рѣшается просто. Это справедливо, но не для всѣхъ случаевъ. Нерѣдко мы будемъ имѣть дѣло съ такими матками, въ которыхъ одна половина не пропускаетъ вовсе зонда, или же пропускаетъ его на очень незначительную высоту. Что касается рѣшенія вопроса на счетъ двууголости матки, то распознаваніе будетъ не особенно затруднительно при тщательномъ двойномъ изслѣдованіи. Оно можетъ быть также значительно облегчено беременностью, когда подлѣ растянутого беременностью рога, съ боку его, констатируютъ придатокъ, который, *per exclusionem*, не можетъ быть принятъ ни за что иное, какъ за другой рогъ. Особенно затруднительно распознаваніе при двуполостной маткѣ, если перегородка не доходитъ до уровня наружнаго зѣва. Въ подобныхъ случаяхъ распознаваніе возможно всегда только вслѣдствіе какой либо случайности, а именно, когда во время родового акта приходится входить рукою въ полость матки.

О терапіи при рассматриваемыхъ нами аномалияхъ, съ точки зрѣнія собственно гинекологической, не можетъ быть и рѣчи. Но за то, съ другой стороны, можетъ потребоваться адѣсь очень серьезное вмѣшательство искусства по отношенію къ по-



слѣдствіямъ, обусловливаемымъ этими аномаліями (haematometra) и которыхъ мы коснемся ниже.

3. *Прюстановка въ развитіи матки: Uterus foetalis et infantilis.*

Библиографія: Portal, cours d'anatomie méd., 1804, t. V, p. 537.—Colomhat. Traité des maladies des femmes. Paris, 1838, T. I, p. 80.—Rokitansky, Handb. der spec. pathol. anat., t. III, p. 525.—Kiwisch, Klin. Vorträge, t. I p. 142.—Scanzoni, Beiträge, Bd. I, p. 1.—Merkel, Beiträge zur patholog. Entwicklungsgeschichte der Genitalien. Erlangen. 1856.—Klob, Op. cit. p. 44.—Scanzoni, Lehrb. Aufl. IV. Bd. I, p. 79.—Saxinger, Prager Vierteljahrsschr. 1866. Bd. I, p. 107.—Courty, Traité pratique des mal. de l'uterus. 2-me ed. Paris, 1872, p. 84.—Alb. Puech, De l'uterus pubescent. Annales de Gynecologie, 1874, avril, p. 278.

Къ этой категоріи аномалій матки относятся такіе недостатки въ развитіи этого органа, которые указываютъ на то, что матка у субъектовъ, перешедшихъ за возрастъ возмужалости, вслѣдствіе неизвѣстныхъ намъ причинъ, остановилась въ развитіи своемъ на ступеняхъ, свойственныхъ внутриутробному періоду (uterus foetalis) или же дѣтскому возрасту (uterus infantilis). И такъ, существенная особенность разсматриваемыхъ аномалій должна состоять въ томъ, что матка въ цѣломъ развилась правильно, но недостаточно по отношенію къ возрасту. Для характеристики анатомическихъ особенностей разсматриваемыхъ неправильностей, намъ остается только привести здѣсь то, что ужъ сказано было нами о развитіи матки выше, на стр. 356—358.

То, что особенно бросается въ глаза при внутриутробной маткѣ (uterus foetalis),—это преобладаніе маточной шейки надъ тѣломъ, почти цилиндрическая форма органа и тонкость стѣнокъ. При этомъ влагалищная часть образуетъ едва замѣтное возвышеніе въ сводѣ. Характерное явленіе по отношенію къ полости составляетъ рѣзко выступающая линія — *palma plicata* указывающая на мѣсто слитія двухъ первоначальныхъ органовъ (мюллеровыхъ нитей) въ одинъ, т. е. матку. До какой степени въ фетальной маткѣ шейка ея можетъ преобладать надъ полостью всего органа—доказываетъ интересный случай, сообщенный по этому поводу Scanzoni: на трупѣ взрослой женщины найдена была матка, шейка которой имѣла въ длину 17<sup>'''</sup>, между тѣмъ какъ длиникъ собственно полости равнялся только 8<sup>'''</sup>.

По рожденіи дѣвочки на свѣтъ, дальнѣйшее развитіе матки, вплоть до наступленія половой зрѣлости, идетъ чрезвычайно тихо и почти незамѣтно. Если мы говоримъ незамѣтно, то имѣемъ въ виду здѣсь то, что развитіе это трудно констатировать на основаніи какихъ либо клиническихъ данныхъ. Поэтому, такъ называемая, дѣтская матка (uterus infantilis) едва ли чѣмъ либо отличается отъ того типа, который мы установили для фетальной матки. Одно, что можетъ выручать клиническое распознаваніе этихъ двухъ формъ, это то, что дѣтская матка стоитъ

въ тазу нѣсколько ниже и влагалищная часть болѣе рѣзко отдѣляется отъ свода, чѣмъ въ маткѣ внутриутробной.

Когда субъектъ приближается къ эпохѣ наступленія регуль, признаки, свойственныя дѣтской маткѣ, начинаютъ все болѣе и болѣе сглаживаться: преобладаніе шейки надъ тѣломъ не выступаетъ ужъ такъ рѣзко, какъ прежде; и маточныя стѣнки становятся болѣе плотными и выпуклыми и вмѣсто сплюсненной формы, на которую мы указывали при дѣтской маткѣ, органъ становится явственно коническимъ. Въ это то время, т. е. болѣе или менѣе близкое къ наступленію мѣсячныхъ, матка, слѣдовательно, отличается собственно отъ дѣтской матки, но не имѣетъ еще тѣхъ свойствъ, которыми отличается этотъ органъ на высотѣ своей функциональной (менструальной) дѣятельности. Въ этомъ то состояніи матка и названа нѣкоторыми авторами *uterus virginеus*. Если матка продолжаетъ оставаться въ этомъ состояніи и въ такомъ возрастѣ, когда уже давно должна была наступить менструація, то Piesch называетъ ее *uterus pubescent*. Предѣломъ такого возраста авторъ этотъ принимаетъ 25 лѣтъ. По Piesch'у, слѣдовательно, *uterus pubescent* будетъ представлять пріостановку въ развитіи матки въ такую эпоху, когда субъектъ приближается къ наступленію регуль, — чѣмъ подобная матка существенно и отличается отъ матки дѣтской, т. е. такой, развитіе которой пріостановилось гораздо раньше, собственно въ дѣтскіе годы. Существенныя отличія *uterus pubescent* состоятъ въ томъ, что по типу она представляетъ матку совершенно нормальную, но при этомъ всѣ размѣры ея гораздо меньше.

Что касается другихъ частей половой сферы при разсматриваемыхъ нами аномаліяхъ, то особенный интересъ представляютъ яичники. Они развиты очень плохо, а иногда достигаютъ минимальной величины и хотя въ нихъ не трудно констатировать присутствіе граафовыхъ пузырьковъ, тѣмъ не менѣе дѣло никогда не доходитъ до созрѣванія яичекъ (*ovulatio*). Кроме того, при этомъ нерѣдко встрѣчается врожденная короткость рукава, о которой мы ужъ упоминали выше. Наружная половая сфера представляется также иногда плохо развитой, но это, впрочемъ, замѣчается, относительно рѣдко.

Прямымъ послѣдствиемъ пріостановки въ развитіи матки (а также и яичниковъ) бываетъ отсутствіе мѣсячныхъ (*amenorrhoea*). Что касается періодически наступающихъ каждый мѣсяцъ болѣе внизу живота и поясничной сторонѣ (т. назыв. *molimina menstrualia*), то, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, они составляютъ будто бы постоянный спутникъ *uter. infantil*. Мнѣніе это, намъ кажется, установилось скорѣе на основаніи разсказовъ больныхъ, чѣмъ тщательныхъ наблюдений. По крайней мѣрѣ, во многихъ изъ нашихъ личныхъ наблюдений мы не разъ имѣли случай убѣдиться въ несправедливости этого мнѣнія. Впрочемъ, мы еще разъ вернемся къ этому вопросу въ главѣ о патологіи мѣсячныхъ.

Каковы причины, вслѣдствіе которыхъ матка пріостанавливается въ дальнѣйшемъ развитіи своемъ — выяснить не всегда легко. Обыкновенно говорятъ, что аномалія эта встрѣчается по преимуществу у субъектовъ золотоушныхъ (?), хлоротическихъ или страдающихъ скорбутомъ. Это едва ли такъ: намъ случалось констатировать дѣтскую матку на больныхъ, анамнезъ которыхъ не указывалъ ни на одно изъ вышеупомянутыхъ общихъ стра-

даній организма. Что касается того, какъ часто встрѣчаются разсматриваемыя аномаліи, то, къ сожалѣнію, мы не имѣемъ до сихъ поръ на этотъ счетъ никакихъ вѣрныхъ статистико-клиническихъ данныхъ. Вообще можно сказать, что фетальная матка, констатированная клинически (или некроскопически) на взрослыхъ субъектахъ, принадлежитъ къ значительнымъ рѣдкостямъ гинекологической практики. Что касается дѣтской формы, то она встрѣчается нѣсколько чаще, но далеко не такъ часто, какъ утверждаетъ Beigel. На болѣе, чѣмъ четыре тысячи восемь сотъ больныхъ, на которыхъ приходится 658 не-рожавшихъ, мы находимъ въ своихъ журналахъ только пять случаевъ *uterus infantil*. Нѣтъ сомнѣній что атрофію матки относятъ нерѣдко къ *uterus infantilis*.

Распознаваніе разсматриваемыхъ аномалій не можетъ представлять особенныхъ затрудненій, если не упускать изъ виду приведенныхъ выше характерныхъ свойствъ ихъ. При изслѣдованіи мы найдемъ, что рукавъ (во многихъ случаяхъ) значительно меньше нормальнаго и это особенно рѣзко бросается въ глаза по отношенію къ своду. Влагалищная часть представляетъ едва замѣтное возвышеніе, слабо отстающее отъ свода, или же, если она нѣсколько длиннѣе, то чрезвычайно тонка; зѣвъ представляетъ кругловатое, очень малое и не рѣдко втянутое внутрь отверстіе, которое очень часто совсѣмъ не пропускаетъ зонда, или же это можетъ быть сдѣлано только съ большимъ трудомъ. Если удалось проникнуть зондомъ, то онъ всегда констатируетъ очень значительное уменьшеніе всего органа (*resp.* полости): *uterus infantil*. обыкновенно, по крайней мѣрѣ, на половину меньше нормальнаго, т. е. рѣдко имѣетъ въ длину болѣе 3 - 4 сантимет.

Предсказаніе абсолютно неблагоприятно, такъ-какъ искусство совершенно бессильно въ этомъ случаѣ и не можетъ дать толчка маткѣ, чтобы она прошла тѣ фазы развитія, которыя она должна была пройти въ возрастѣ, уже давно минувшемъ. Въ высшей степени нераціонально было бы прибѣгать въ подобныхъ случаяхъ къ фармацевтическимъ средствамъ, обладающимъ будто бы мѣсячногонными свойствами (такъ назыв. *esbolica*). То же самое мы должны сказать на счетъ возбуждающихъ и раздражающихъ средствъ, чисто гинекологическихъ, а именно: различныхъ возбуждающихъ 'рукавныхъ' душъ, методическаго употребленія зонда и различныхъ внутриматочныхъ снарядовъ. Прибѣгать въ подобныхъ случаяхъ къ упомянутой терапіи значило бы отказаться отъ всякаго рациональнаго взгляда на дѣло и набросить тѣнь на свое искусство, такъ-какъ пришлось бы питать больныхъ иллюзіями, совершенно несбыточными. При этомъ не должно также упускать изъ виду, кромѣ совершенной бесполезности сказанныхъ средствъ, и тотъ положительный вредъ, который они могутъ принести въ томъ или другомъ случаѣ. На сколько *uterus pubescent* по Pusch'у допускаетъ болѣе благоприятное пред-

сказаніе, — рѣшить трудно, такъ какъ въ литературѣ по этому поводу не установилось еще положительнаго мнѣнія, да и самъ Puech высказывается на этотъ счетъ весьма осторожно.

#### 4. Заращенія матки (*Haemato—et Hydrometra*).

Истор. замѣч. и библиографія. Хотя, какъ ужъ не разъ упомянуто въ нашей книгѣ, древніе врачи имѣли очень смутныя анатомическія понятія о маткѣ, тѣмъ не менѣе у Гипократа \* находимъ нѣсколько намековъ на заращенія матки, какъ напр. въ книгѣ его о женскомъ безплодіи. Начиная же съ Фабриція Гильденскаго, вопросъ о заращеніяхъ матки, вслѣдствіе важнаго практическаго значенія его, началъ разрабатываться очень тщательно и этимъ объясняется громадность, до которой разрослась относящаяся сюда литература. Въ послѣдніе годы вопросъ о заращеніяхъ матки вступилъ въ новую фазу, когда познакомились съ односторонними заращеніями при двураздѣльности и двурогости матки.

Fabr. ab Hilden, Opera observation. et curation. medicochirurgic. quae extant omnia. Frankofurti, 1646. Centur. VI, Obs. 67, p. 581.—Van-Swieten, Commentar. in aphorismos Boerhavi, T. V.—Morgagni, De causis et sedib. morbor., Lib. III, ep. 46, а также въ его Adversar. Anat. I, tab. 8.—Littré, Mémoires de l'Académie des sciences. Paris, 1704, p. 33.—B. G. Hebenstreit, De uteri concretionibus morbosa. Lips. 1801.—M. Balduin Kittel, Die Fehler des Muttermundes und Beschreibung einer Gebärmutter mit doppeltem äussern Muttermunde. Würzburg, 1823.—Leroy, Journ. des conn. médic. 1835. Fevr.—Meissner, Die Frauenzimmerkrankheiten etc. Leipzig, 1842, Bd. I, p. 554 (Библиографія по истинѣ изумительная!).—Frumet, Gaz. médic. de Paris, 1851, T. VI, p. 34.—Kiwisch, Klin. Vorträge, Prag, 1854, T. I, p. 113.—Désès, Bullet. de la société anat., 1854, Juillet.—Kilian, Die rein chirurgischen Operationen des Geburtshelfers. Bonn. 2-te Aufl., 1856, p. 37.—Rokitansky, Ueber Atresie des Uterus und der Vagina. Zeitschr. der Ges. der Aerzte in Wien., 1859, № 33 и 1860, № 31.—G. Bernutz и E. Goupil, Clinique médicale sur les maladies des femmes, Paris, 1860, T. I, p. 1. Des accidents produits par la rétention des flux menstruel. Это едва ли не самая обширная монографія о разбираемомъ нами вопросѣ: она занимаетъ 346 стр. Кромѣ весьма тщательной литературной разработки предмета, авторы приводятъ очень много своихъ личныхъ, въ высшей степени интересныхъ, наблюденій.—B. Brown, On surgic. Diseases of women. London, sec. edit., 1861, p. 215.—A. Puech, De l'atresie des voies génitales de la femme, Paris, 1864.—Rose, Vortrag ueber die Operation der Haematometra. Monatschr. f. Geburtsh. 1867, Bd. 29, p. 401.—Hennig, Ueber die Atresie der Gebärmutter. Ibid. p. 146.—Olshausen, Ueber Haematocoele u. Haematometra. Archiv. f. Gynaecologie. 1870, Bd. I, Hft. 1, p. 24.—Freund, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaecol., 1877, Bd. I, Hft. 2.—Neugebauer, Arch. f. Gynaecol., Bd. II, Hft. 2.—Lefort, L'Union méd., 1876, № 91.—Johannovsky, Prag. med. Wochenschr., 1877, № 15.—Emmet, Transact. of the amer. gynaecol. Society, 1878, p. 437.—Breysky, Die Krankh. der Vagina. Stuttgart, 1879, p. 13—56.—Negar u. Kaltenhach, Die operative Gynaecol., 1881, p. 553.

Заращенія матки (atresia uteri), относительно происхожденія своего, раздѣляются на двѣ большія группы: врожденныя и приобретенныя \*\*. Первыя изъ нихъ, встрѣчаясь несравнен-

\* De sterilitate, I, а также De morbis mulier., Lib. II, cap. 50.

\*\* Во всѣхъ почти руководствахъ рассматриваются обыкновенно вмѣстѣ заращенія и служенія матки. Въ виду практической важности, представляемой собственно служеніями, мы считаемъ болѣе умѣстнымъ рассмотреть ихъ отдѣльно, а именно въ главѣ о патологіи мѣсячныхъ.

но рѣже послѣднихъ, составляютъ порокъ первоначальнаго развитія. Существенно они отличаются тѣмъ, что врожденные заращенія занимаютъ исключительно почти всегда наружный зѣвъ. По крайней мѣрѣ до сихъ поръ извѣстенъ только одинъ случай (Mattei), гдѣ при врожденной атрезіи заращенъ былъ внутренній зѣвъ. Относительно способа происхожденія врожденныхъ заращеній матки, само собою разумѣется, можно высказывать только одни предположенія, такъ-какъ чрезвычайно трудно объяснить положительнымъ образомъ механизмъ происхожденія аномалій, развивающихся въ очень ранніе періоды внутриутробной жизни. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вмѣстѣ съ заращеніемъ матки имѣютъ кромѣ того дѣло и съ рудиментарнымъ рукавомъ, или полнымъ отсутствіемъ его, должно допустить, что это произошло отъ того, что нижніе концы мюллеровыхъ нитей слились между собою, не канализуясь. Но это далеко неудовлетворительное объясненіе, такъ-какъ этимъ еще нисколько не объясняется вопросъ: что за причина приостановила въ извѣстную эпоху внутриутробной жизни дальнѣйшее развитіе извѣстныхъ частей мюллеровыхъ органовъ? На сколько здѣсь играетъ роль воспалительный процессъ—сказать тоже не легко. Klob, не отвергая этой причины, думаетъ однако, что воспаленіе въ этомъ случаѣ имѣетъ несравненно меньшее значеніе, чѣмъ собственно уклоненіе отъ нормы въ первоначальномъ развитіи матки.

Мы ужъ сказали, что врожденные заращенія матки существенно характеризуются тѣмъ, что они занимаютъ наружный зѣвъ. Заращенія эти могутъ представлять различныя отношенія. Во-первыхъ, при этомъ могутъ имѣть дѣло не только съ заращеніемъ наружнаго зѣва, но и всего цервикальнаго канала. Во-вторыхъ, заращеніе занимаетъ исключительно только наружный зѣвъ; въ-третьихъ, заращеніе обусловливается тѣмъ, что слизистая оболочка рукава непосредственно и прямо переходитъ на влагалищную часть и такимъ образомъ закрываетъ зѣвъ. Въ гистологическомъ отношеніи нужно замѣтить, что при атрезіяхъ первой категоріи непрободенная влагалищная часть представляетъ рудиментъ, состоящій существенно изъ соединительной ткани и гораздо меньшаго числа элементовъ мышечныхъ; при заращеніи наружнаго зѣва этихъ послѣднихъ бываетъ гораздо больше.

Приобрѣтенныя заращенія занимаютъ обыкновенно внутренній зѣвъ и составляютъ продуктъ различныхъ патологическихъ процессовъ, исходомъ которыхъ бываетъ слипчивое воспаленіе въ области внутренняго зѣва. Патогенія ихъ, слѣдовательно, будетъ состоять въ ограниченномъ воспаленіи въ области внутренняго зѣва съ послѣдовательнымъ нарушеніемъ цѣлости ткани (язвенный процессъ) и затѣмъ въ образованіи рубца. Поэтому особенно важную роль въ этомъ случаѣ будутъ играть дифтеритъ и гангрена. Такъ-какъ процессы эти составляютъ столь частый спутникъ родильнаго состоянія, то, понятно, что пуперіи имѣетъ здѣсь очень важное значеніе и это дѣйствительно

подтверждается большинством наблюдений, разсѣянныхъ въ акушерской литературѣ. Говоря о заращеніяхъ рукава, мы ужъ упомянули о томъ, что нѣкоторые тяжелые инфекціонные процессы (тифъ, холера, оспа, скарлатина, корь) иногда влекутъ за собою язвенное воспаленіе рукава съ послѣдовательнымъ заращеніемъ его. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ процессъ съ рукава можетъ переходить на влагалищную часть и произвести сращеніе цервикальнаго канала, именно внутренняго зѣва. Риеш приводитъ нѣсколько подобныхъ наблюдений. Что нѣкоторыя травмы (въ особенности произведенныя грубымъ употребленіемъ акушерскихъ инструментовъ) могутъ имѣть послѣдствіемъ заращеніе зѣва, не подлежитъ никакому сомнѣнію. Въ литературѣ не мало также наблюдений, въ которыхъ атрезія была вызвана нераціональнымъ употребленіемъ различныхъ каустическихъ средствъ. Таковы случаи, сообщенные William'омъ, Rigby и друг. Наконецъ, существуетъ цѣлый рядъ атрезій, которыя по справедливости можно назвать старческими. Извѣстно, что въ эпоху, слѣдующую за болѣе или менѣе долгое время за климактерическимъ возрастомъ, въ женской половой сферѣ наступаетъ процессъ, который, по аналогіи, можно назвать обратнымъ старческимъ развитіемъ (*involutio senilis*), характеризующимся, съ одной стороны, уменьшеніемъ органовъ въ объемѣ, а съ другой, спаденіемъ утеро-вагинальнаго канала, обусловливаемымъ, въ свою очередь, исчезаніемъ мышечныхъ элементовъ. Если въ это время, вслѣдствіе какой либо причины, случится воспалительно-язвенный процессъ, то, понятно, результатомъ его можетъ быть атрезія, этиологическая сущность которой будетъ главнымъ образомъ состоять въ вышеупомянутомъ старческомъ обратномъ развитіи половой сферы. Въ этиологическомъ отношеніи обыкновенно указываютъ также на измѣненія въ очертаніи матки, т. е. загибы ея. Происхожденіе атрезій въ этихъ случаяхъ объясняютъ себѣ тѣмъ, что маточныя стѣнки, плотно прилегая одна къ другой въ области внутренняго зѣва, сначала вызываютъ суженіе (*stenosis*); если къ этому присоединится язвенный процессъ въ этомъ мѣстѣ, то, говорятъ, заращеніе готово. Заключение это чисто апіористическое, что между прочимъ доказывается тѣмъ, что въ то время какъ атрезіи составляютъ рѣдкое явленіе гинекологической практики, загибы, даже высшихъ степеней, принадлежатъ къ явленіямъ самымъ обыденнымъ.

Клиническія явленія, обусловливаемыя заращеніями маточныхъ отверстій, будутъ ли они врожденныя или приобретенныя, существенно состоятъ въ припадкахъ, обусловливаемыхъ задержаніемъ выдѣленій изъ матки, т. е. менструальной крови (*haematometra*) или же слизи (*hydrometra*). Если имѣютъ дѣло со врожденною атрезіей, то припадки начинаютъ обнаруживаться со времени наступленія мѣсячныхъ, причемъ они въ началѣ ничѣмъ не отличаются отъ обыкновенныхъ болѣзненныхъ мѣсячныхъ (*dysmenorrhoea*), т. е. больная жалуется на боли, сосредоточенныя

въ тазовой сторонѣ, преимущественно въ крестцѣ; боли эти продолжаются нѣсколько дней и затѣмъ прекращаются, характерно при этомъ то, что изъ родовыхъ путей не показывается ни капли крови. По нѣкоторымъ авторамъ, на высотѣ болѣзненныхъ припадковъ при этомъ замѣчается иногда усиленное отдѣленіе слизи изъ рукава. И такъ, первыя явленія, указывающія на начинающееся задержаніе менструальной крови въ полости матки (haematometra), будутъ состоять въ вышеуказанныхъ боляхъ, которыя, само собою, должны повторяться въ каждую менструальную эпоху, т. е. періодически. Это, слѣдовательно, то, что прежде называли *molimina menstrualia* или *nisus menstrualis*. Такъ проходитъ обыкновенно нѣсколько мѣсяцевъ, послѣ чего характеръ картины измѣняется въ томъ отношеніи, что по мѣрѣ большого накопленія крови въ маткѣ, промежутки, свободные отъ болей, все укорачиваются, такъ что больная страдаетъ уже не только въ одни менструальные періоды, но и помимо ихъ: боли внизу живота и крестцовой сторонѣ усиливаются, причемъ онѣ могутъ имѣть характеръ постоянный или же потугообразный. Къ этому присоединяются явленія со стороны пузыря (*dysuria* и *ischuria*) и прямой кишки (*defaecatio difficilis, dolorosa*, запоры на низъ) отъ давленія на эти органы растянutoй матки. Чѣмъ больше прошло времени отъ начала обнаруженія болѣзненныхъ припадковъ, тѣмъ болѣе и болѣе разстраивается общее состояніе: больная теряетъ аппетитъ, нерѣдко мучается тягостною рвотою, питаніе сильно подрывается, появляются тяжелыя нервныя явленія и она, наконецъ, впадаетъ въ маразмъ, который обыкновенно оканчивается смертью.

Что касается матки и содержимаго ея, то въ ней происходятъ слѣдующія измѣненія. По мѣрѣ накопленія крови въ маткѣ, она начинаетъ принимать шаровидную форму и приподыматься изъ полости таза вверхъ. Такимъ образомъ, по прошествіи извѣстнаго времени и накопленія значительнаго количества крови, животъ у больной начинаетъ увеличиваться въ объемѣ. Стѣнки матки обыкновенно бываютъ при этомъ болѣе или менѣе значительно утолщены, такъ какъ накопленіе крови происходитъ исподволь и маточныя стѣнки имѣютъ достаточно времени подвергнуться гиперплазії, имѣющей большую аналогію съ тѣмъ, что замѣчается во время беременности или же при развитіи въ ней извѣстныхъ новообразованій. Только въ рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ, при быстромъ накопленіи въ полости матки значительнаго количества крови, стѣнки ея бываютъ истончены въ очень сильной степени. Что касается другихъ частей половой сферы, то мы ужъ указали выше на то, что иногда при haematometra замѣчается усиленное отдѣленіе слизи изъ рукава, что зависитъ отъ катаральнаго кольпита, то ожесточающагося, то ослабѣвающаго во время теченія болѣзни. Особенный же интересъ при haematom. представляютъ фаллопиевы трубы, ближайшее отношеніе которыхъ къ разсматриваемому нами страданію выяснено

только въ послѣднее время. Кровь при haematom. накапливается не только въ полости матки, но также иногда въ трубахъ и притомъ тѣмъ чаще, чѣмъ выше сидитъ сращеніе, слѣдовательно преимущественно при атрезіяхъ приобрѣтенныхъ, т. е. при заращеніяхъ внутренняго зѣва. Кровь накапливается въ трубахъ на столько, что онѣ образуютъ довольно значительныя опухоли (haematosalpinx). Откуда берется кровь въ трубахъ? До сихъ поръ полагали, что источникомъ ея должно считать кровь, накапливающуюся первоначально въ маткѣ и отсюда уже переходящую въ трубы. Мнѣніе это однако положительно опровергается прямыми наблюденіями, приводимыми Gosselin'омъ \* Santesson'омъ \*\* и Routh'омъ \*\*\*, въ которыхъ маточные концы трубъ представляли очень значительное суженіе или даже совершенное заращеніе. Тутъ, слѣдовательно, кровь не могла ужъ попасть изъ матки. Но что собственно вызываетъ это накопленіе крови въ трубахъ—сказать не легко. Объяснять это тѣмъ, что трубы принимаютъ на себя роль менструирующаго органа, какъ это дѣлаетъ Schroe der \*\*\*\* (menstruat. vicaria), по меньшей мѣрѣ, нераціонально ужъ по одному тому, что матка въ этихъ случаяхъ вѣдь менструируетъ, существуетъ только механическое препятствіе къ выдѣленію крови наружу. Растянутыя кровью трубы образуютъ обыкновенно по обѣимъ бокамъ матки болѣе или менѣе значительныя извилистыя опухоли.

Что касается содержимаго матки, то количество его бываетъ весьма различно. Вообще говоря, при haematometra въ полости матки накапливается крови меньше, чѣмъ можно было бы предположить, принимая въ соображеніе продолжительность страданія. Обыкновенно при этомъ количество накапливающейся крови не превышаетъ 4—5 фунт. Случаи, упоминаемые Kiwisch'емъ \*\*\*\*\* и въ которыхъ количество крови доходило до 10 или даже 20 (?) фунтовъ, принадлежатъ къ рѣдкимъ исключеніямъ. Накапливающаяся въ маткѣ кровь представляется на видъ похожую на деготь, т. е. болѣе или менѣе густа, тягуча, причемъ кровяные шарики болѣе или менѣе съжжены.

Распознаваніе haematom, особенно врожденной, можетъ, преимущественно въ началѣ, представлять серьезныя затрудненія, такъ-какъ окружающіе больную, да и самъ врачъ прежде всего думаютъ, что дѣло идетъ о простомъ отсутствіи мѣсячныхъ (amenorrhaea), зависящемъ отъ различныхъ конституціональныхъ причинъ, какъ-то: малокровія, слабаго развитія организма и пр. Только постоянное усиленіе вышеизложенныхъ признаковъ, достигающихъ уже значительной степени, заставляетъ больную искать помощи. Если дѣло ужъ зашло хоть сколько нибудь далеко, то подробное гине-

\* Gaz. des hôp. 1868, № 57. p. 225.

\*\* Wien. med. Wochenschr., 1871, №№ 29 и 30.

\*\*\* Lond. obst. Transact., vol. XII p. 39.

\*\*\*\* Handb. der Krankh. d. weibl. Geschl., p. 46.

\*\*\*\*\* Klin. Vorträge, Bd. I, p. 159.



кологическое изслѣдованіе не замедлитъ выяснитъ настоящій характеръ страданія. Если haematom., будь она врожденная, или приобретенная, продолжается ужъ значительное время, то при наружномъ изслѣдованіи, на большую или меньшую высоту надъ лоннымъ соединеніемъ, констатируется опухоль, т. е. растянутая кровью матка, представляющая нѣкоторыя характеристическія особенности, присущія только разсматриваемому страданію. Опухоль эта имѣетъ круглое, почти шаровидное, рѣже овальное очертаніе и большею частью занимаетъ срединную линію живота. На ощупь она представляется эластическою и при болѣе энергическомъ ощупываніи въ ней можно вызвать слабое (глухое) зыбленіе, которое однако никогда не бываетъ столь явственно, какъ при другихъ накопленіяхъ жидкости въ полости живота, напр. брюшной водянкѣ. Кромѣ того въ менструальныя эпохи опухоль эта явно увеличивается въ объемѣ и затѣмъ, по прошествіи нѣкотораго времени, она снова уменьшается и притомъ на столько, на сколько сгущается содержимое матки. Если дѣло ограничивается скопленіемъ крови только въ полости матки, то констатируется только ко одна опухоль надъ симфизой. Если же дѣло дошло до накопленія крови также въ одной, или обѣихъ фаллопиевыхъ трубахъ, то по бокамъ матки констатируется одна или двѣ мягкихъ продолговато-круглыхъ опухоли, т. е. растянутые яичники. При внутреннемъ изслѣдованіи находятъ, что длинникъ рукава болѣе или менѣе значительно увеличенъ вслѣдствіе высокаго стоянія матки въ тазу. Если дѣло идетъ о врожденной haematometra, т. е. заращеніи наружнаго зѣва, то отсутствіе какъ его, такъ и влагалищной части прямо укажутъ на патологическую форму, съ которою имѣютъ дѣло. Помощью двойного изслѣдованія при этомъ, кромѣ того, констатируются чрезъ своды круглое очертаніе и характерная консистенція матки. При haematometra приобретенной, т. е. при заращеніи внутренняго зѣва, результатъ внутренняго изслѣдованія будетъ другой въ томъ отношеніи, что какъ бы матка ни увеличивалась въ объемѣ, влагалищная часть персистируетъ, не сглаживается. Введеніе зонда въ подобномъ случаѣ укажетъ на то, что препятствіе существуетъ у внутренняго зѣва.

Что касается дифференціального распознаванія, haematomet. отъ беременности и нѣкоторыхъ патологическихъ состояній, какъ напр. міомъ матки, то едва ли можно смѣшивать ихъ между собою и поэтому считаемъ совершенно излишнимъ распространяться здѣсь объ этомъ вопросѣ. Чтожъ касается того, — какимъ манеромъ опредѣлить свойства содержимаго матки, то объ этомъ сказано будетъ ниже.

Исходы при haematometra могутъ быть различны. Кровь, накопившись до извѣстнаго количества, истощаетъ маточныя стѣнки до послѣдней возможности и, если въ это время не вмѣшается искусство, то, понятно, произойдетъ разрывъ растянутого органа, т. е. матки. Если дѣло идетъ о заращеніи наруж-

наго зѣва и притомъ не очень плотномъ, то чаще всего оно уступить давленію сверху и кровь проложитъ себѣ дорогу наружу. Этотъ благоприятный исходъ можетъ произойти двоякимъ образомъ: препятствіе вдругъ, на высотѣ самой сильной сократительной дѣятельности матки, уступаетъ, т. е. зарощеніе разрывается и задержанная кровь начинаетъ изливаться наружу. Во-вторыхъ, препятствіе устраняется медленно, путемъ воспаления и послѣдовательнаго омертвѣнія. Если же сращенное мѣсто менѣе уступчиво, то матка можетъ разорваться въ другомъ мѣстѣ и при томъ чаще всего въ области шейки. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ кровь рѣдко прокладываетъ себѣ путь наружу чрезъ мочевоу пузырь (Казуистика Boyer, Fréan и Désormeaux). Въ высшей степени рѣдко наблюдали излітіе крови per rectum. Если же, вслѣдствіе разрыва матки повыше, или же разрыва одной изъ растянутыхъ трубъ, кровь попадетъ въ полость брюшины, то произойдетъ перитонитъ, серьезность значенія котораго понятна безъ дальнихъ объясненій. Больныя при этомъ могутъ умереть почти внезапно, какъ это доказывается случаями Нешманъ и Рауу. Случаи благоприятнаго исхода при разрывахъ трубъ, въ родѣ тѣхъ, которые приводятся Амуссатъ и Вернутъомъ, принадлежать къ рѣдкимъ исключеніямъ. Возможность подобныхъ исходовъ объясняется тѣмъ, что излившаяся кровь изолируется, т. е. накапливается въ искусственно-развивающейся полости (анкитируются) и, по истеченіи извѣстнаго времени, всасывается. Что касается самаго механизма разрыва трубъ, то на этотъ счетъ до сихъ поръ извѣстно очень мало положительнаго. При этомъ нельзя упустить изъ виду тотъ фактъ, что разрывъ трубъ часто наблюдается былъ по опорожненіи матки, т. е. послѣ прокола. Обстоятельство это объясняли тѣмъ, что сокращеніями матки кровь изъ нея выгоняется въ трубы, усиливаетъ въ нихъ внутри-полостное давленіе и такимъ образомъ становится причиноу разрыва. Что это не совсѣмъ такъ, доказывается тѣмъ, что маточныя отверстія трубъ часто при этомъ бываютъ совершенно сращенными, — обстоятельство, на которое особенно указываютъ Негаръ и Калтенбахъ \*. Иногда разрывы трубъ прямо обуславливаются сращеніями между ними и сосѣдними органами, кишками, или салъникомъ, какъ напримѣръ въ случаѣ Госселина \*\*. Кромѣ упомянутыхъ быстро наступающихъ исходовъ, больныя при haematom. могутъ также умереть и отъ постоянно развивающагося упадка силъ и питанія, влекущаго за собою маразмъ.

Если предсказаніе при haematometra очень серьезно по отношенію къ исходамъ, то, съ другой стороны, оно довольно благоприятно въ отношеніи терапевтическомъ: при заблаговременномъ вмѣшательствѣ искусства, можно имѣть очень много шансовъ на благоприятный исходъ. Въ этомъ отношеніи зарощенія матки да-

\* Hegar u. Kaltenbach, die operative Gynaecologie. Erlangen, 1874, p. 318.

\*\* Gaz. des hôp., 1867. № 57.

леко оставляютъ за собою заращенія другихъ частей половой сферы, что доказывается какъ нельзя лучше цифрами, приводимыми Риеш'омъ. Такъ напр., въ то время, какъ на 61 сращеніе (врожденн. и приобрѣт.) рукава онъ насчитываетъ 10 случаевъ, въ которыхъ операція не могла быть окончена и 12 смертельныхъ исходовъ, на 42 операціи при заращеніяхъ матки приходится только 4 смертельныхъ исхода. Но мало того, въ литературѣ существуетъ даже нѣсколько наблюденій (Mauriceau, Camper, Lane), въ которыхъ, по устраненіи haematometra, наступала беременность, окончившаяся совершенно благополучно.

Лечение, смотря по данному случаю, можетъ быть или исключительно палліативное, или же коренное—хирургическое. О терапіи перваго рода можетъ быть рѣчь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ или еще не совсѣмъ увѣрены въ діагностикѣ, или же тамъ, гдѣ больная не рѣшается на операцію. Палліативное лечение въ этомъ случаѣ будетъ главнымъ образомъ имѣть въ виду облегчить до известной степени страданія больной. Съ этой цѣлью предписывается абсолютный покой въ постели, назначаются narcotica per os или же per rectum, холодные компрессы на животъ и стараются, чтобы больная дѣлала какъ можно меньше усилій брюшнымъ прессомъ. Въ интраменструальные періоды назначаются средства, требуемые общимъ состояніемъ больной, roborantia и пр. Долго однако на этой терапіи нельзя останавливаться и, по мѣрѣ усиленія страданій больной, приходится рѣшиться прибѣгнуть къ ножу. Что касается момента, въ который всего удобнѣе приступить къ операціи, то большинство клиницистовъ согласно въ томъ, что для этого лучше всего выбрать время непосредственно послѣ регулъ, чтобы имѣть такимъ образомъ болѣе продолжительный промежутокъ времени до слѣдующаго менструальнаго періода.

Атрезіи матки могутъ быть устраняемы или проколомъ помощью труакара, или же разрѣзомъ. Въ первомъ случаѣ можно проложить путь наружу накопившейся въ маткѣ крови двумя способами—или чрезъ рукавъ, или же per rectum. Признаюсь, я до сихъ поръ не могу понять выгоды, сопряженныхъ будто бы съ проколомъ per rectum, на которыя указывали еще A. Dubois и въ новѣйшее время Hamilton, Oldham, Baker-Grown и нѣкоторые другіе. Если бы дѣло шло объ haematom., осложненной отсутствіемъ (дефектомъ) рукава, то проколь per rectum еще имѣетъ raison d'être, такъ какъ другаго пути (кромѣ болѣе опаснаго прокола надъ лоннымъ соединеніемъ) не остается. Но прибѣгнуть къ этому способу, когда нормальные родовые пути доступны, значило бы напрасно затруднять себѣ операцію и кромѣ того подвергнуть больную лишнимъ шансамъ неблагопріятнаго исхода. Въ самомъ дѣлѣ, мы рискуемъ при этомъ гораздо болѣе поранить брюшину и, сверхъ того, въ случаѣ благопріятнаго исхода, у больной останется весьма непріятное осложненіе, а именно рукавно-кишечный свищъ. Какъ легко при этомъ по-

ранить брюшину, быстро обхватываемую обширнымъ воспаленіемъ, — убѣдительно доказываетъ случай, подробно описываемый *m-me Voivin* \* и окончившійся смертельнымъ исходомъ. *В. Brown* \*\* упоминаетъ о случаѣ, гдѣ при проколѣ *per rectum* раненъ былъ мочевой пузырь. Въ виду всего этого несравненно благоразумнѣе производить проколъ черезъ рукавъ. Впрочемъ, къ проколу черезъ прямую кишку, при недоступности матки, можно прибѣгнуть, какъ къ предварительной операціи съ цѣлью устранить угрожающіе припадки и такимъ образомъ выиграть время, чтобы можно было послѣ прибѣгнуть къ восстановленію рукава. По этому плану въ послѣднее время оперировалъ въ нѣсколькихъ случаяхъ *Greenhalgh*.

Производится проколъ черезъ рукавъ слѣдующимъ образомъ. Опорожнивъ прямую кишку и мочевой пузырь, больная кладется на операціонный столъ съ сильно пригнутыми къ животу бедрами. Если дѣло идетъ о зараженіи наружнаго зѣва, то, какъ ужъ сказано выше, влагалищной части не будетъ, а на мѣстѣ зѣва констатируется небольшая ямочка. Приставивши къ этому мѣсту одинъ, или два пальца лѣвой руки, правой берутъ средней толщины троакаръ и вкалываютъ его въ упомянутую ямочку, причемъ сильно опускаютъ книзу наружный конецъ инструмента. Когда рука чувствуетъ, что инструментъ попалъ въ матку (по уменьшенію сопротивленія), стiletъ троакара вытаскивается вонъ, причемъ покажется кровь, имѣющая вышеупомянутыя свойства скопленія при *haematometra*. Если имѣютъ дѣло со сращеніемъ внутренняго зѣва, то для прокола избирается троакаръ, который бы могъ проникнуть черезъ цервикальный каналъ. Въ подобныхъ случаяхъ нерѣдко съ большою пользою можно прибѣгнуть къ предварительному расширенію канала маточной шейки. Если при сращеніяхъ наружнаго зѣва нельзя констатировать мѣста, гдѣ бы *normaliter* долженъ помѣщаться зѣвъ, то проколъ дѣлается въ самомъ выдающемся (т. е. выступающемъ) мѣстѣ, причемъ инструментъ направляется болѣе къ заднему своду.

Что касается устраненія атрезіи помощью рѣжущихъ инструментовъ, то, начиная со времени *Flamant'a* \*\*\*, прибѣгали къ различнымъ ножамъ, а именно гистеретому, фаринготому, *lithotome caché* и пр. Въ настоящее время способъ этотъ почти совершенно оставленъ. Если бы почему либо пришлось прибѣгнуть къ нему, то онъ производится слѣдующимъ образомъ. Больной дается такое положеніе, какъ сказано выше. Операціонное поле обнажается помощью широкаго рукавнаго зеркала, затѣмъ избранный пунктъ послыбно разрѣзается однимъ изъ вышеупомянутыхъ инструментовъ, или же простымъ обоюдоострымъ скалпелемъ.

\* *Traité prat. des mal. de l'utérus*, I. t. p. 272.

\*\* *Surgic. diseases of women*. Third. edit., p. 286. et 19.

\*\*\* См. у *Meissner'a* *Frauenzimmerkrankheiten* etc. T. I, p. 569.

Какимъ бы путемъ не была устранена атрезія, вторая существенная задача искусства—опорожнить матку. Накопившаяся въ ней кровь обыкновенно истекаетъ очень тихо и вопросъ въ томъ: — нужно ли ускорять истечение ея, или нѣтъ? Прежніе авторы единогласно почти отвѣчаютъ на этотъ вопросъ утвердительно и одни изъ нихъ совѣтуютъ надавливать на дно матки просто рукою, другіе (Negar и Kaltenbach) совѣтуютъ прибѣгнуть къ сжимающей повязкѣ. Третьи, наконецъ, совѣтуютъ ускорить истечение крови впрыскиваніями въ матку тепловатой воды. Если кровь только вытекаетъ, какъ бы она медленно это ни дѣлала, то нѣтъ никакого повода ускорять выдѣленіе ея, такъ-какъ это вопросъ чисто времени и большая отъ этого нисколько не страдает. Но, кромѣ того, ускореніе истечения ея помощью давленія положительно можетъ быть вредно, такъ-какъ при этомъ давленіе можетъ коснуться растянутыхъ кровью фаллопиевыхъ трубъ, что повлечетъ за собою очень печальныя послѣдствія. Вслѣдствіе то этого, послѣдовательное лечение послѣ операциі атрезіи матки состоитъ въ томъ, что больной предписывается абсолютный покой въ постели, который она должна наблюдать до окончанія слѣдующаго менструальнаго періода; затѣмъ помощью опіатовъ задерживаютъ на нѣсколько дней испражнения на низъ. Мочевой пузырь опорожняется помощью катетера. Въ случаѣ приостановки истечения изъ матки, немедленно изслѣдуютъ, чтобы убѣдиться въ причинѣ ея. Обыкновенно она заключается въ закупориваніи отверстія кровянымъ сгусткомъ, который удаляется рукою, а въ случаѣ надобности, эластическимъ бужемъ. Для устраненія этого обстоятельства прежніе авторы совѣтовали оставлять трубочку троакара à demeure на нѣсколько дней. Уже Busch вооружался противъ этого, справедливо опасаясь напраснаго раздраженія, причиняемаго оставленіемъ инструмента въ маткѣ. Сдѣланное отверстіе никогда не зарастаетъ, если тщательно слѣдить за больною. Что касается впрыскиваній въ матку, то къ нимъ должно прибѣгнуть лишь тогда, когда къ употребленію ихъ существуетъ положительное показаніе, а именно, лишь въ такомъ случаѣ, когда зловоніе выдѣленія изъ матки указываетъ на начинающееся разложеніе его.

Если бы, по восстановленіи проходимости звѣа, фаллопиевы трубы оставались все еще наполненными кровью, то спрашивается: что дѣлать въ подобныхъ случаяхъ? Kaltenbach, а за нимъ Hausmann совѣтовали прибѣгать здѣсь къ проколу ихъ, для того, чтобы опорожнить растянутыя трубы. Хотя, сколько мнѣ извѣстно, никто до сихъ поръ не поступалъ такимъ образомъ, но мнѣ кажется, что въ тяжелыхъ случаяхъ совѣтъ этотъ заслуживаетъ серьезнаго вниманія, такъ-какъ только этимъ путемъ можно избѣгнуть опасности, неминуемо угрожающей больной.

##### 5. Одностороннее задержаніе крови въ маткѣ при раздѣленіи родоваго канала.

До 1835 г. въ наукѣ извѣстна была только та форма haematom., которая изложена нами выше. Съ этого же времени

Лероу \* обратилъ вниманіе гинекологовъ на то обстоятельство, что мѣсячныя могутъ безпрепятственно вытекать наружу, между тѣмъ, какъ въ другой, закрытой половинѣ раздвоеннаго родового канала образуется haematometra, которую поэтому и назвали haematometra unilateralis. Послѣ этого, а именно въ 1859 г., Rokitansky \*\* написалъ объ этомъ вопросѣ превосходную статью, въ которой, на основаніи трехъ случаевъ, которые удалось ему наблюдать, онъ очень ясно изложилъ патологию этого вида haematom. Затѣмъ число относящихся сюда случаевъ возрасло до такой степени, что Schröder \*\*\* въ своемъ учебникѣ приводитъ ихъ 55; Hegar и Kaltenbach \*\*\*\* насчитываютъ ихъ до 40. Если къ этому прибавить два случая, описанные Puech'омъ \*\*\*\*\*, то получимъ казуистику, обнимающую 57 случаевъ haematomet. unilater.

Всѣ формы раздвоенія родового канала, съ которыми мы познакомились выше, казалось бы a priori, должны или могли бы подавать поводъ къ происхожденію haematomet. unilater. На дѣлѣ однако выходитъ не такъ. Schröder увѣряетъ, что это было наблюдаемо и при двураздѣльной маткѣ (uterus septus, bilocularis) въ тѣсномъ смыслѣ; по Hegar'у же и Kaltenbach'у, это имѣло мѣсто исключительно только при двурогой маткѣ. Кромѣ двурогости матки при haematomet. unilater. могутъ быть еще и другія осложненія со стороны рукава, а именно—одна половина можетъ представиться заросшею на большемъ или меньшемъ протяженіи. Наконецъ, мы должны упомянуть еще о двухъ случаяхъ, описанныхъ Hegar'омъ, гдѣ дѣло шло о скопленіи крови въ зачаточномъ рогѣ при однорогой маткѣ. Случаи эти представляютъ громадный интересъ, какъ въ анатомическомъ, такъ и въ особенности въ клиническомъ отношеніяхъ и до сихъ поръ стоятъ совершенно особнякомъ (unicas) въ литературѣ. Что касается клиническихъ явленій, характеризующихъ haematomet. unilateral., то они мало отличаются отъ тѣхъ, о которыхъ мы упомянули уже выше, говоря о простой haematomet., съ тою только существенною разницею, что менструальная кровь будетъ при этомъ безпрепятственно выдѣляться изъ открытой половины родового канала. Хотя боли, испытываемыя больною, сопровождають большую часть менструальныхъ періодовъ, тѣмъ не менѣе онѣ могутъ появляться и помимо ихъ, въ неопредѣленные сроки, нерѣдко совершенно внезапно и неожиданно для больной. Отчего зависитъ это обстоятельство—сказать не легко. Вѣроятно однако оно обуславливается тѣмъ, что менструація происходитъ попеременно, то въ одной, то въ другой половинѣ раздвоеннаго родового

\* Journ. des connais. médico-chir. 1835, T. II, p. 181.

\*\* Ueber Atrésie des Uterus und der Vagina. Zeitschr. der Ges. der Aerzte in Wien 1859, № 33; 1860, № 31.

\*\*\* Handb. der Krankheiten der weiblich. Sexualorg. Leipzig, 5-е изд., 1881, p. 57.

\*\*\*\* Die operative Gynaecologie, p. 302.

\*\*\*\*\* Annales de Gynecol., 1875, Mars.

канала. Какъ бы то ни было, но при haematom. unilater. боли гораздо слабѣе, чѣмъ при простой haematom. и притомъ наступаютъ несравненно позже.

По отношенію къ исходамъ нужно замѣтить, по аналогіи съ тѣмъ, что упомянуто уже при простой haematometra, что въ этомъ случаѣ часто дѣло оканчивается прободеніемъ перегородки между раздвоенною маткою или же перегородки рукава, т. е. кровь прокладываетъ себѣ дорогу въ незарощенную половину родового канала. Нерѣдко вся патологическая картина прекращается тѣмъ, что менструальная дѣятельность въ зарощенной половинѣ приостанавливается, и больная, такимъ образомъ, навсегда освобождается отъ своихъ страданій.

Распознаваніе haematom. unilater., обыкновенно говорятъ, не трудно, если имѣть въ виду, съ одной стороны, картину haematometrae вообще, а съ другой—клиническія явленія (?) раздвоенія родового канала. Дѣло это однако далеко не такъ, какъ утверждаютъ. Существенное, что сбиваетъ и затрудняетъ распознаваніе, это то, чего не бываетъ при простой haematom., именно—непрекращеніе мѣсячныхъ. Кромѣ того, объективныя явленія, а именно опухоль надъ симфизой, выступаютъ позже при односторонней haematometra, чѣмъ при haematom. простой. Вотъ существенныя причины затруднительности распознаванія и того обстоятельства, что очень опытные клиницисты легко ошибаются въ этомъ случаѣ. Такъ, Credé принялъ haematom. unilater. за заматочную кровяную опухоль (haematocoele). Подобныхъ ошибокъ, я увѣренъ, можно найти въ литературѣ не мало. Легче всего распознаваніе тамъ, гдѣ haematom. unilateral. развивается при раздвоеніи всего родового канала, т. е. какъ матки, такъ и рукава, такъ какъ при этомъ во всю длину рукава ощупывается опухоль, прилегающая къ незарощенной половинѣ рукава. При этомъ нужно помнить, что упомянутая опухоль иногда обходитъ, какъ бы спиралью, открытую половину рукава, т. е. передняя или нижняя часть ея смотреть впередъ, а задняя или внутренняя часть направлена взадъ. Что касается свойства опухоли, то она представляется болѣе или менѣе напряженною на ощупь и притомъ съ болѣе или менѣе явственнымъ зыбленіемъ. Если дѣло идетъ объ haematom. unilater. при простомъ (единичномъ) рукавѣ, то распознаваніе, по мнѣнію большинства авторовъ, очень затруднительно. Сбоку матки ощупывается опухоль, болѣе или менѣе эластическая, кругловатой формы; важный діагностическій признакъ здѣсь будетъ состоять въ томъ, что половина рукавного свода, соответствующая опухоли, совершенно сглажена. Въ топографическомъ отношеніи нужно помнить, что при двурогой маткѣ сказанная опухоль будетъ подъ большимъ или меньшимъ угломъ направляться въ ту или другую сторону. Наконецъ, относительно распознаванія haematom. unilater. въ зачаточномъ рогѣ при однорогой маткѣ, можно сказать только то, что его можно сдѣлать, только долго наблюдая большую и прибѣгая къ діагностическому способу

per exclusionem. Если Негар и Kaltenbach увѣряютъ, что распознаваніе это не совсѣмъ затруднительно, то они впадаютъ въ явное противорѣчіе съ собою, такъ какъ въ подобномъ случаѣ они принуждены были прибѣгнуть къ пробаторному проколу.

Относительно терапіи нужно замѣтить, что поступаютъ согласно изложеннымъ нами выше правиламъ устраненія haematom. вообще. Если при haematom. unilater. существуетъ, кромѣ двурогой матки, и двойной рукавъ, то въ опухоли, образуемой нижнимъ отдѣломъ сращенной половины рукава, дѣлаютъ крестообразный разрѣзъ и притомъ, какъ многіе совѣтуютъ, очень маленькиихъ размѣровъ, чтобы избѣгнуть возможности зачатія въ этой половинѣ родового канала. Устраненіе haematom., развивающейся въ зачаточномъ рогѣ, можетъ представлять величайшія затрудненія, такъ какъ опухоль можетъ быть весьма трудно доступна со стороны рукава. Негар, съ цѣлью устраненія этого обстоятельства, прибѣгнувъ къ прижиганіямъ рукавнаго свода, имѣя въ виду вызвать искусственнымъ образомъ сращеніе между сводомъ и опухолью. Если бы способъ этотъ не привелъ къ желаемой цѣли, то ничего болѣе не осталось бы, какъ прибѣгнуть къ проколу опухоли надъ лоннымъ соединеніемъ.

### Накопленіе въ полости матки слизи или серозной жидкости (Hydrometra) и газовъ (Physometra).

Библиографія. Hydrometra: Vesalius: de corpor. humani fabr., L. V, с. 9.—Fabr. Hildenus: centur. II, observ. 54.—Bonetus, Sepulchretum, lib. III s. XXI, Obs. 55.—E. v. Siebold, Handbuch der Frauenzimmerkrankheiten, 1, p. 532.—Iörg. Handb. der Krankh. des Weibes, p. 336.—Carus. Handb. der Gynaecologie, 3-te Aufl., p. 285.—Cruveilhier, Anatomie patol., I, p. 281.—Boivin et Dugès, Traité pratique des mal. de l'uterus, I, 254.—Colombat, Traité des maladies des femmes, II, p. 741.—Busch u. Moser. Handbuch der Geburtsk. in alfab. Ordnung. Berlin. 1841. Bd. II, p. 531. (Очень подробно приведена вся старинная литература). Jobert, De l'Hydropisie du col uterin. Journ. des con. chir., 1843, t. I, p. 265. Tessier, De l'Hydropisie et de la tympanite uterine hors de l'état de gestation. Gaz. medic. de Paris. 1844, p. I.—Hennig, der Catarrh der weiblichen Geschlechtsorgane. Leipzig. 1862, p. 59.—Scanzoni, Lehrb. der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. IV, Aufl. T. I, p. 290.—Courty, Traité pratique des maladies de l'uterus. 1872, p. 683.—

Physometra: Ritgen, die Geburtshülfe des Hippocrates, Gemeins. deutsche Zeitschr. f. Geburtsk., T. V, p. 405.—A. Paré, Oeuvres. I. XXIV. chap. 90.—Astruc, Traité des maladies des femmes. T. III, p. 371.—Vigorous, mal. des femmes, T. I, p. 481.—Boivin et Dugès, Op. cit., T. I, p. 259.—Scherlezki, Physometra, Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. VII, Hft. 3.—Rouy, Gaz. medic. de Paris, 1833, p. 629.—Scanzoni, Op. cit., p. 220.—Courty, Op. cit., p. 685.—

Накопленіе слизи въ полости матки (Hydrometra) обуславливается, какъ и haematometra, запираніемъ или сращеніемъ маточнаго зѣва и притомъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ всегда внутренняго, слѣдовательно, въ противоположность тому, что сказано объ haematometra, составляетъ всегда почти патологическое состояніе приобретенное. Препятствіе къ



стоку накопляющейся въ полости матки жидкости можетъ быть или абсолютное, или же только относительное, или, если угодно, временное. Въ первомъ случаѣ это имѣетъ мѣсто тамъ, гдѣ, вслѣдствіе предшествовавшихъ патологическихъ измѣненій въ области внутренняго зѣва (язвенные процессы), происходитъ слизивое воспаленіе, которое, въ свою очередь, переходитъ въ сращеніе (atresia). Это обыкновенно наблюдается у женщинъ, перешедшихъ уже за климатическій возрастъ и у которыхъ, слѣдовательно, о мѣсячныхъ ужь не можетъ быть и рѣчи. Относительная hydrometra встрѣчается у женщинъ различнаго возраста и обуславливается временною закупоркой зѣва, какъ это напр. можетъ быть при загибахъ матки взадъ, при развитіи новообразованій въ области внутренняго зѣва, какъ-то: міомъ, полиповъ и проч. Что касается свойства накопляющейся въ маткѣ жидкости при hydrometra, то понятно, что она должна быть слизистая, такъ какъ источникъ ея — внутренній покровъ матки. Тѣмъ не менѣе однако, она иногда представляетъ совершенно водянистую, какъ бы серозную жидкость. Зависитъ ли это обстоятельство отъ того, что собственно слизистые элементы (шарики) секрета отпадаютъ на стѣнкахъ матки или же отъ глубокихъ анатомическихъ измѣненій слизистой оболочки матки (истончившейся вслѣдствіе атрофіи железъ), какъ думаетъ Scanzoni, — сказать съ положительностью трудно. Вѣроятнѣе всего, что оба упомянутыя обстоятельства имѣютъ въ этомъ случаѣ одинаковое значеніе. Относительно количества жидкости при hydrometra, всѣ утверждаютъ, что ея обыкновенно бываетъ немного, отъ нѣсколькихъ унцій до нѣсколькихъ фунтовъ; во всякомъ случаѣ меньше, чѣмъ при haematometra. Что касается разсказовъ о томъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ количество жидкости при hydrometra доходило до 50 и болѣе фунтовъ; то это едва ли вѣроятно. Къ области баснословнаго ужь навѣрно должно отнести случаи Biankora\* и Bonetus'a\*\*. Въ первомъ изъ нихъ количество жидкости дошло будто бы до 80 (!) фунтовъ, а въ послѣднемъ — количество жидкости не было смѣрено, но ея было столько, что въ маткѣ хватило бы мѣста для 10-годовалаго дитяти (sic). Въ одномъ случаѣ hydrometra, который намъ пришлось наблюдать на больной д-ра А. А. Виноградова, имѣвшей 65 лѣтъ отъ роду, дно матки стояло на 2 поперечныхъ пальца выше пупка, слѣдовательно, какъ въ началѣ VII мѣсяца беременности. Это едва ли не самое значительное количество жидкости при hydrometra, которое было наблюдаемо въ послѣднее время.

**Клиническая картина,** обуславливаемая hydrometra, будетъ существенно состоять въ явленіяхъ, вызываемыхъ въ маткѣ количествомъ накопляющейся жидкости. Такъ-какъ это накопленіе происходитъ чрезвычайно медленно, то и припадки разви-

\* См. у Boivin и Dugès, Op. cit., p. 258.

\*\* Op. cit.

ваются очень тихо и это составляет причину того, что больныя нѣрѣдко не жалуются вовсе ни на что, между тѣмъ какъ при изслѣдованіи случайно находятъ hydrometr. величиною съ кулакъ. Если количество жидкости достигаетъ ужь такой степени, что дно матки выступаетъ надъ лоннымъ соединеніемъ, то больныя начинаютъ жаловаться на боли потужнаго характера, достигающія болѣе или менѣе высокой степени. Такъ-какъ эти боли зависятъ прямо отъ сокращеній матки, то и степень ихъ будетъ обуславливаться большею или меньшею толщиною маточныхъ стѣнокъ. Въ упомянутомъ нами выше случаѣ, который мы наблюдали, боли были почти постоянныя, чрезвычайно сильныя. Если дѣло идетъ объ hydrometra при загибахъ взадъ, то кромѣ болей, являющихся перемежками, мы получимъ еще цѣлый рядъ явленій со стороны прямой кишки (болѣзненная дефекація, неустраимые запоры) и со стороны мочеваго пузыря (dysuria, rentio urinae).

Распознаваніе не трудно или, по крайней мѣрѣ, не труднѣе діагностики haematom. Различить накопленіе жидкости въ полости матки отъ беременности, міомъ или же кистъ яичника нисколько не затруднительно, если вспомнить характерныя явленія, присущія этимъ состояніямъ. Въ самомъ дѣлѣ, для того, чтобы не смѣшать hydrom. съ беременностью, нужно имѣть въ виду то обстоятельство, что hydrometra развивается такъ тихо, что ужь одно это абсолютно исключаетъ мысль о беременности, при которой матка увеличивается хорошо извѣстнымъ и точно опредѣленнымъ образомъ. Міомы, всегда множественныя, придаютъ маткѣ совершенно другой видъ и другую консистенцію. Наконецъ, что касается кистъ яичниковъ, то онѣ обыкновенно въ началѣ занимаютъ извѣстную половину таза, смѣщая матку въ ту или другую сторону. Что касается, наконецъ, вопроса — съ какого рода жидкостью мы имѣемъ дѣло въ данномъ случаѣ, т. е. съ hydro- или haematometra, то при рѣшеніи его нужно имѣть главнымъ образомъ въ виду анамнезъ: hydrometra встрѣчается, какъ мы ужь сказали, у субъектовъ, перешедшихъ за климактерическій возрастъ, между тѣмъ какъ haematometra — у субъектовъ молодыхъ, причѣмъ обнаруженію болѣзни всегда предшествуетъ аменорея. Разумѣется, мы здѣсь имѣемъ въ виду haematom., врожденную по преимуществу.

Въ послѣдніе годы сообщено нѣсколько случаевъ, которые, повидимому, противурѣчатъ высказанному нами выше мнѣнію. Случай эти, однако, чисто исключительные. Такъ, Вуск \* и Veit \*\* у субъектовъ 18 и 23 лѣтъ вмѣсто скопленія крови наткнулись на hydrometram. Съ другой стороны, у старыхъ субъектовъ, у которыхъ ожидали встрѣтить hydrometram, находили скопленіе крови. Таковы случаи Pusch'a \*\*\*, Berger'a, Thomson'a и Eggel'a \*\*\*\*.

\* Wiener med. Wochensch., 1861. № 11.

\*\* Schröder, Handb. der Krankh. der weibl. Geschlechtsorg., p. 52.

\*\*\* Op. cit., p. 26.

\*\*\*\* Berl. Beiträge zur Geburtsk., I, p. 108.

Наблюденіе Pistora \* особенно интересно въ томъ отношеніи, что ясно указываетъ на источникъ haematometrae въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ должно было бы ожидать hydrometr. У старухи 68 л. констатирована была haematometra; предпринятое черезъ нѣсколько времени вскрытіе показало, что дѣло шло о внутривполостныхъ міомахъ, которыя и послужили источникомъ скопленія крови.

Предсказаніе при hydrometra несравненно благоприятнѣе, чѣмъ при haematomet., такъ-какъ здѣсь накопленіе жидкости происходитъ чрезвычайно медленно и, кромѣ того, въ высшей степени рѣдко дѣло доходитъ до растяженія трубъ (hydrosalpinx) и попаданія жидкости въ полость брюшины. Случаевъ, въ которыхъ, вслѣдствіе чрезмѣрнаго скопленія жидкости въ полости матки и истонченія стѣнокъ, дѣло доходило до разрыва ея, въ литературѣ очень немного.

Леченіе. Если дѣло идетъ о сращеніи внутренняго зѣва недавнемъ, или же неуспѣвшемъ еще оплотнѣть (то, что старинныя гистологи называли atresia mucosa), то помощью зонда иногда удается проложить путь наружу накопившейся въ маткѣ жидкости. Если же этого нельзя было бы достигнуть, то приходится прибѣгнуть къ проколу помощью троакара, какъ мы видѣли это при haematometra. И въ этомъ случаѣ мы отдали бы преимущество проколу per vaginam, чѣмъ чрезъ брюшные покровы, хотя нужно сознаться, что и при этомъ способѣ иногда теряли больныхъ вслѣдствіе различныхъ осложненій. Въ вышеприведенномъ случаѣ Bryk'a больная погибла отъ перитонита, такъ-какъ кромѣ hydrometra въ немъ имѣли дѣло и съ обширнымъ заращеніемъ рукава. О двухъ другихъ случаяхъ hydrometrae, окончившихся смертельнымъ исходомъ послѣ операціи, упоминаютъ также Cruveilhier \*\* (проколъ чрезъ брюшные покровы) и Clements \*\*\*. Въ виду всего этого, я думаю, гораздо благоразумнѣе не сразу рѣшиться на употребленіе троакара, а прибѣгнуть предварительно къ методическому расширенію цервикальнаго канала и затѣмъ уже, если бы не удалось сдѣлать внутренній зѣвъ проходимымъ помощью зонда, рѣшиться на проколъ. Когда удалось проникнуть въ полость матки и стокъ жидкости произошелъ, то этимъ терапевтическая задача еще не окончена, такъ-какъ жидкость можетъ накопиться снова. Для устраненія этого обстоятельства нужно подѣйствовать на болѣзненно измѣненный внутренній покровъ матки различными вяжущими или же каустическими средствами. Съ этою цѣлью впрыскиваютъ въ полость матки, на основаніи извѣстныхъ правилъ, растворы sulph. zinci, ac. tan., nitr. arg. и пр. Fontenelle \*\*\*\* хвалитъ въ этихъ случаяхъ методическое употребленіе спорыньи, имѣя въ виду вызвать усиленную сократительную дѣятельность матки.

\* Berl. Klin. Wochenschr., 1870, № 17 и 1872, № 36.

\*\* Op. cit., p. 28.

\*\*\* Gaz. méd. de Strashourg, 1843, p. 371.

\*\*\*\* Gaz. médic. de Paris, 1837 p. 234.

Если, вследствие какихъ либо причинъ, сущность которыхъ не совсѣмъ ясна, секретъ слизистой оболочки, накаплиющійся въ полости матки, подвергается разложенію, то вмѣстѣ съ жидкостью въ полости матки будетъ заключаться большее или меньшее количество газовъ: *physometra*, *pneumotosis uteri*. Откуда берутся газы въ маткѣ—спорили очень много и высказывали объ этомъ самыя невѣроятныя вещи. Такъ, Burns и Vigorous полагали, что газы выдѣляются кровеносными сосудами матки; Urtan ставилъ развитіе ихъ въ прямую зависимость отъ прекращенія мѣсячныхъ (*menostasis*) у молодыхъ субъектовъ. По Colombat, тутъ должно обвинять какое то особенное настроеніе нервной системы (?!). Какъ бы то ни было, нѣтъ другой возможности объяснить развитіе газовъ, какъ только тѣмъ, что при *hydrometra*, въ извѣстные промежутки времени, происходитъ доступъ воздуха къ жидкости, накопившейся въ маткѣ, которая подъ влияніемъ этого претерпѣваетъ извѣстныя химическія измѣненія. И такъ, *physometra* должна составлять только спутникъ *hydrometra*, по крайней мѣрѣ внѣ родильнаго періода. Въ пuerперіи же мы можемъ имѣть дѣло съ *physometra* вследствие разложенія остатковъ послѣда, яичныхъ плевъ и пр. Существуетъ ли идиопатическая *physometra*, какъ утверждали старинные гинекологи,—мы не беремся рѣшить, хотя должны сказать, что она кажется намъ совершенно невѣроятною.

Обнаруживается обыкновенно *physometra* такимъ образомъ, что вмѣстѣ съ жидкостью, или помимо ея, изъ рукава выдѣляются газы, причемъ обыкновенно слышится характерный шумъ \* (!) Газовъ обыкновенно накапливается въ маткѣ немного; впрочемъ, Scanzoni \*\* сообщаетъ одинъ случай, въ которомъ матка была растянута до такой величины, какой она достигаетъ въ VII мѣсяцѣ беременности.

О леченіи *physometra* въ тѣсномъ смыслѣ не можетъ быть и рѣчи, такъ-какъ она не составляетъ самостоятельной патологической формы, а только спутникъ *hydrometr.*

\* Вслѣдствіе шума, производимаго газами, нѣкоторые гинекологи *physometram* называли *aedeiorphia* (отъ *aedeion-pudenda*). также *tympanites uteri*, *garrulitas uteri*, *vulva garrula*. У нихъ же встрѣчаемъ выраженіе *physometra sicca* и этимъ они обозначали идиопатическое накопленіе газовъ въ маткѣ. См. старинную литературу объ этомъ вопросѣ у Busch'a и Moser'a, Op. cit. p. 531—534.

\*\* Lehrbuch, p. 223.

## ГЛАВА XXI.

### Разстройства въ питаніи матки.

#### 1. *Атрофія матки.*

Библиографія. Morgagni, De sedibus et causis morborum, T. III, l. III, ep. XXXIV, а также T. IV. XLVI.— S. Lair, Neue Behandlungsmethode der Geschw., Ulcerationen und Anschwellungen des Uterus. Nach der 2-ten Auflage a. d. französischen uebersetzt. Weimar, 1828, p. 53 (Цитиров. по Meissner'у).—John. O'Brien, Dubl. Journ., 1841, N. 54, также въ Schmit's Jahrb. 1841, p. 48.—Meissner, Frauenzimmerkrankheiten, Bd. I, p. 570.—Chiari, Braun u. Späth, Klin. der Geburtsk. u. Gynaecologie, Erlangen, 1852, p. p. 370.—Kiwisch, Klinische Vorträge. 4 Aufl., Prag. 1854. B. I. p. 142.—Rokitansky, Pathol. Anat., Bd. III, p. 454.—Klob, Pathol. Anat. der weibl. Sexualorgane., p. 205.—Saxinger, Prager Vierteljahrsch., 1866, Bd. 89, p. 93.—Scanzoni, Lehrb. der Krank. der weiblich. Sexualorgane, IV Aufl., p. 81.—I. V. Simpson, Diseases of women. Edinb., 1872, p. 597.—Courty, Traité prat. des mal. de l'uterus. 2 édit. Paris, 1872, p. 743.—Jaquet, Ueber Atrophia uteri. Berliner Beiträge zur Geburtsk. u. Gynaecologie. 1873, Bd. II, p. 1.—Klebs, Handb. der pathol. Anat. Berl., 1873, Liefer. IV, p. 876.—R. Barnes, A clinical history of the medical and surgical diseases of women, Lond., 1873, p. 781.

Мы видѣли уже выше, что матка можетъ быть меньше нормальныхъ размѣровъ, вслѣдствіе нарушенія внутриутробнаго развитія или же пріостановки его до эпохи наступленія половой зрѣлости. Эти патологическія состоянія мы отнесли къ категоріи разстройствъ первоначальнаго развитія. Подъ именемъ атрофіи матки въ собственномъ смыслѣ мы понимаемъ уменьшеніе ея въ размѣрахъ и нарушеніе ея физиологическихъ отправления послѣ того, какъ она до этого фунгировала совершенно правильно и нормальнымъ образомъ.

Атрофію матки раздѣляли весьма различно; такъ, принимаютъ, по анологіи съ атрофіями всѣхъ прочихъ полыхъ органовъ, атрофію эксцентрическую и концентрическую. Первая изъ нихъ встрѣчается при накопленіяхъ жидкости въ полости матки (haematometra и въ особенности hydrometra); вторая же встрѣчается какъ спутникъ различныхъ новообразованій, придавливающихъ маточную ткань (міомы). Установка этихъ категорій атрофіи не имѣетъ никакого особеннаго клиниче-

скаго значенія, такъ-какъ онѣ составляютъ лишь послѣдовательныя явленія другихъ болѣе или менѣе серьезныхъ патологическихъ состояній. Не останавливаясь здѣсь на различныхъ другихъ классификаціяхъ, мы упомянемъ только о тѣхъ, которыя имѣютъ дѣйствительный интересъ или анатомико-патологическій, или же чисто клинической. Сюда относятся слѣдующіе виды атрофій: а) старческая, б) переходная, связанная съ періодомъ кормленія грудью, в) пуэрперальная и, наконецъ, д) форма, которая, какъ мы увидимъ ниже, нельзя иначе называть какъ самостоятельною или идиопатическою. Scanzoni упоминаетъ объ одномъ особенномъ видѣ атрофій матки, которую онъ встрѣчалъ у субъектовъ, страдающихъ параличемъ нижнихъ конечностей и которую онъ объясняетъ упадкомъ инервации (*atrophia paraplegica*). Въ отношеніи чисто клиническомъ чрезвычайно важно раздѣленіе атрофій матки на общую и частичную.

Въ анатомико-патологическомъ отношеніи должно замѣтить, что къ какой бы категоріи ни принадлежалъ данный случай атрофій матки, убыль касается главнымъ образомъ мышечныхъ элементовъ. Ткань атрофированной матки представляется поэтому истонченною, вялою, блѣдносѣроватаго цвѣта и слегка жесткою на оцупь. Стѣнки атрофированной матки, впрочемъ, не всегда вялы; большая или меньшая вялость зависитъ какъ отъ степени атрофій мышечныхъ элементовъ, такъ и въ особенности отъ состоянія соединительно-тканнаго слоя. Стѣнки матки особенно вялы при пуэрперальной атрофій; здѣсь онѣ не только вялы, но иногда и весьма хрупки, удобо-разрываемы. Этотъ видъ атрофій можно, по состоянію полости, отнести къ эксцентрической, такъ-какъ при ней полость и отверстія матки представляются расширенными; это относится не только къ зѣву, но и къ маточнымъ отверстиямъ фаллопиевыхъ трубъ. Атрофій старческая (или, пожалуй, марантическая) обхватываетъ обыкновенно весь органъ, причемъ онъ измѣняется въ очертаніи своемъ весьма рѣзко: онъ сплющивается въ передне-заднемъ размѣрѣ, изгибается по поверхности своей, чаще всего впередъ. Кромѣ собственно-атрофій мышечныхъ элементовъ очень важныя измѣненія представляютъ сосуды. Артеріи, сильно извиваясь (въ видѣ цифры 8—по Klob'y), при разрѣзѣ ихъ, выступаютъ очень рѣзко; стѣнки ихъ утолщены и очень хрупки. Такъ-какъ при этомъ *intra vitam* дѣло нерѣдко доходитъ до разрывовъ сосудовъ, то, вслѣдствіе экстравазатовъ въ слизистую оболочку, эта послѣдняя представляется разрыхленною, темновато-краснаго цвѣта и болѣе или менѣе шероховатою, вслѣдствіе того, что она усѣяна массой кистовидно-расширенныхъ железъ. Въ другихъ случаяхъ наоборотъ, слизистая оболочка представляется въ высшей степени истонченною. Понятно, что стѣнки матки при подобныхъ условіяхъ должны быть очень истончены. Въ самомъ дѣлѣ, нерѣдко толщина ихъ не превышаетъ

одного милиметра и въ литературѣ упоминаются случаи въ которыхъ стѣнки атрофированной матки похожи были на листъ писчей бумаги (*uterus membranaceus. Walter*). Jaquet упоминаетъ объ одномъ случаѣ, въ которомъ атрофія (приобрѣтенная) достигла до такой степени, что при вскрытіи требовалось нѣкоторое усиліе для констатированія органа (?). Другой, почти аналогическій случай описанъ недавно *Whithaéd'omъ*.

Послѣ сказаннаго здѣсь объ атрофіи вообще перейдемъ къ разсмотрѣнію отдѣльныхъ установленныхъ нами выше категорій ея.

а) Атрофія старческая (*atrophia senilis*). Этотъ видъ атрофіи появляется далеко не скоро послѣ наступленія климактерическаго возраста, а спустя лѣтъ 10 или болѣе. Такъ, если принять у насъ за средній возрастъ наступленія климактерика 47 л., то атрофію матки чаще всего будемъ встрѣчать у женщинъ, приближающихся къ 60-лѣтнему возрасту. Между этимъ возрастомъ и собственно эпохой прекращенія менструальной дѣятельности нерѣдко можно найти очень много женщинъ, у которыхъ матка или нормальна, или же больше нормальнаго, если данный субъектъ до климактерическаго возраста страдалъ тою или другою патологическою формою этого органа. Старческая атрофія, какъ ужъ упомянуто выше, обхватываетъ обыкновенно всю матку,

Обыкновенно думаютъ, что такъ какъ съ климактерическимъ возрастомъ угасаетъ половая дѣятельность, то и климактерическая атрофія матки, слѣдов., не можетъ представлять никакого интереса для гинеколога и патологія этой сферы должна отступать на задній планъ, если не совсѣмъ ступешваться. Это далеко не такъ, или же, по крайней мѣрѣ, бываетъ далеко не въ такой степени, какъ это распространено между профанами и даже врачами. Для избѣжанія всякихъ недоразумѣній, согласимся въ понятіяхъ. Климактерическій возрастъ \*, безъ сомнѣнія, — состояніе переходное, слѣдовательно — физиологическое; но, не смотря на весь физиологическій характеръ его, какъ во время наступленія его, такъ и нѣкоторое время послѣ этого, намъ иногда приходится имѣть дѣло съ флѣвымъ рядомъ клиническихъ явленій, требующихъ вмѣшательства искусства. Если прежніе гинекологи смотрѣли на кли-

---

\* *Aetas climacterica* отъ греческаго слова *klimakter*, означающаго ступень и происходящаго въ свою очередь отъ *klimax* — лѣстница. Древніе и старинные врачи подъ предивагомъ климактерическій понимали критическій возрастъ человѣческой жизни вообще и поэтому насчитывали ихъ по нѣскольку. Вообще должно сказать, что въ установленіи числа климактерическихъ возрастовъ важную роль играло число 7 — кабалистически многозначительное число съ самою глубокой древности. 63-й годъ человѣческой жизни называли *climactericum magnum*, потому что  $9 \times 7 = 63$ . Въ настоящее время называемъ климактерическій возрастъ обозначаютъ извѣстную, переходную эпоху жизни въ организмѣ женщины, именно ту, которая характеризуется главнымъ образомъ прекращеніемъ менструальной дѣятельности. Въ главѣ о физиологіи и патологіи мѣсячныхъ мы еще будемъ имѣть случай ближе коснуться этого вопроса. Относительно подробностей о климактерическомъ возрастѣ см.: Kisch, *Das klimakterische Alter der Frauen*. Stuttgart, 1874.

мактерическій возрастъ какъ на переходную эпоху, спасительную для женскаго организма, то это имѣло основаніе главнымъ образомъ по отношенію къ извѣстнымъ новообразованіямъ матки: такъ, міомы и полипы обыкновенно въ это время приостанавливаются въ своемъ развитіи. Но за то, съ другой стороны, у женщинъ климактерическаго возраста, если обратное развитіе половой сферы не произошло постепенно и исподволь, — мы имѣемъ нерѣдко дѣло съ весьма тягостными явленіями со стороны нервной системы (hysteriasis), слишкомъ хорошо извѣстными всякому клиницисту. По отношенію къ развитію нѣкоторыхъ психозовъ климактерікумъ имѣемъ значеніе критическое въ прямомъ смыслѣ слова. Кромѣ этихъ общихъ явленій, мы нерѣдко, по мѣрѣ приближенія климактерика, имѣемъ дѣло съ разстройствомъ мѣсячныхъ, а именно — съ менорагіями. Каковы анатомическія условія этихъ менорагій, съ положительностью сказать трудно; но, можетъ быть, тутъ существенную роль играетъ та хрупкость сосудовъ, о которой упомянуто выше. Кромѣ этихъ патологическихъ явленій со стороны мѣсячныхъ, мы должны указать еще на одно явленіе, встрѣчающееся иногда у женщинъ, переднихъ за климактерическій возрастъ, а именно — на усиленное отдѣленіе секрета изъ полости матки, который можно бы назвать климактерическимъ эндометритомъ. Женщины эти жалуются на то, что вмѣстѣ съ вышеупомянутымъ разстройствомъ мѣсячныхъ, у нихъ послѣ того, какъ ужъ давно онѣ не страдали никакимъ усиленнымъ выдѣленіемъ изъ половой сферы, отъ времени до времени, или же постоянно появляются выдѣленіе слизи изъ половой сферы, причемъ онѣ слабѣютъ и страдаютъ цѣлымъ рядомъ явленій со стороны нервной системы, а именно: головными болями, сердцебіеніемъ, одышкой и пр., однимъ словомъ, явленій, составляющихъ обыкновенные спутники гинекологическихъ формъ. При изслѣдованіи подобныхъ субъектовъ, мы находимъ что матка уменьшена въ своихъ размѣрахъ, особенно передне-заднемъ, но она чрезвычайно вяла, зѣвъ слегка пріоткрытъ и изъ него вытекаетъ или характерный первикальный секретъ (тягучій, бѣлковидный), или же выдѣленіе имѣетъ болѣе характеръ слизисто-гноійный.

И такъ, сопоставляя вмѣстѣ вышеупомянутыя патологическія явленія, а именно: разстройство мѣсячныхъ, болѣзненные явленія со стороны нервной системы и усиленное выдѣленіе изъ полости матки, мы получимъ клиническую картину, которую невозможно уже игнорировать.

Что касается того, какъ часто встрѣчается рассматриваемое патологическое состояніе, то, къ сожалѣнію, на этотъ счетъ я не нахожу никакихъ указаній въ доступной мнѣ гинекологической литературѣ. Въ изданныхъ мною въ 1868 г. Клиническихъ замѣткахъ по гинекологіи \* я на 2114 гинекологическихъ больныхъ привелъ 16 случаевъ, въ которыхъ мы имѣли дѣло съ упомянутыми припадками и которые я стянулъ въ одну клиническую картину,

\* Воен. Медіц. Журн., ч. 102—103, 1868.



обозначенную мною общимъ именемъ *status climactericus morbosus*. На 570 больныхъ, записанныхъ въ журналахъ моего домашняго амбулаторія, я нахожу 9 подобныхъ случаевъ; такимъ образомъ, на общее число 2684 больныхъ придется 25 со страданіями климактерика, что составитъ 0,93%.

б) Атрофія переходная по преимуществу, т. е. кормящихъ грудью, составляетъ столь частое явленіе, что этотъ видъ атрофіи можно назвать физиологическимъ по преимуществу. Извѣстно, что у родильницъ, кормящихъ грудью, обратное развитіе половой сферы совершается несравненно быстрее, чѣмъ у тѣхъ, которыя сами не кормятъ. Если изслѣдовать кормилицъ мѣсяца  $2\frac{1}{2}$ —3 послѣ родовъ, то найдемъ, что матка чрезвычайно подвижна, благодаря уменьшенію ея въ нѣкоторыхъ отдѣлахъ, а именно—чаще въ области дна, рѣже въ тѣлѣ. Благалищная часть обыкновенно остается неизмѣненною. Въ послѣдніе годы мы обратили особенное вниманіе на этотъ видъ атрофіи и хотя число относящихся сюда наблюденій не очень значительно, тѣмъ не менѣе мы позволяемъ себѣ сдѣлать изъ нихъ слѣдующіе выводы:

1) У большинства кормящихъ грудью, начиная съ конца пуэрперія матка видимо уменьшается въ объемѣ, атрофируется.

2) Атрофія эта касается по преимуществу дна.

3) Уменьшеніе матки въ объемѣ идетъ въ первые мѣсяцы скорѣе, чѣмъ въ послѣдующіе и достигаетъ своего maximum въ извѣстную эпоху кормленія, а именно, къ тому времени, когда молоко обыкновенно начинаетъ идти на убыль, т. е. до конца 7-го или начала 8-го мѣсяца послѣ родовъ. Съ этого времени начинается возвращеніе органа къ своимъ прежнимъ размѣрамъ. Оттого-то мы такъ часто слышимъ отъ кормящихъ грудью, что у нихъ менструація появилась по истеченіи 9 мѣсяцевъ послѣ родовъ.

Атрофія кормящихъ грудью не имѣетъ никакого прямаго клиническаго значенія; но она играетъ несомнѣнную этиологическую роль по отношенію къ развитію преждевременной стаціонарной атрофіи. Нерѣдко приходится наблюдать атрофію у женщинъ, пользующихся цвѣтущимъ здоровьемъ и относительно молодыхъ. Распросъ въ подобныхъ случаяхъ укажетъ на то, что онѣ слишкомъ часто рожали и сами кормили грудью. Тутъ дѣло идетъ о, такъ сказать, кумулятивномъ дѣйствіи кормленія грудью. *Chiari* подобные случаи называлъ преждевременною старческою атрофіею.

с) Атрофія пуэрперальная обуславливается прямою, такъ сказать, видимою причиною, а именно, избыткомъ обратнаго послѣродоваго развитія матки, тѣмъ, что *Simpson* такъ характерно называлъ *hyperinvolutio*. Сущность этого процесса состоитъ въ томъ, что исчезаніе элементовъ ткани, развившихся вновь во время беременности, совершается чрезвычайно скоро и энергически, поглощая и прежніе мышечные элементы, между тѣмъ какъ возстановленіе ихъ идетъ очень тихо, или вовсе не происходитъ; это, слѣдовательно, не что иное, какъ грубое на-

рушеніе равновѣсія между регрессивнымъ и прогрессивнымъ метаморфозами. Если даже успѣло вновь образоваться извѣстное число мышечныхъ элементовъ, то они исчезаютъ путемъ жироваго перерожденія, вслѣдствіе общихъ разстройствъ организма (? Klob). Что этого рода атрофія встрѣчается дѣйствительно чаще у туберкулезныхъ больныхъ или такихъ, которыя продѣлали тяжелые пуэрперальные процессы, это не подлежитъ никакому сомнѣнію, но что это далеко не всегда такъ, то за это говорятъ наблюденія Simpson'a, Courty и наши собственные. Вышеупомянутые авторы и мы сами наблюдали пуэрперальную атрофію у женщинъ, у которыхъ нельзя было констатировать и слѣдовъ туберкулеза. Что же касается пуэрперальныхъ процессовъ по отношенію къ послѣродовой атрофіи, то, на основаніи нашего личнаго, очень значительнаго родильнаго матеріала, мы должны сказать, что до сихъ поръ не могли убѣдиться въ томъ, чтобы между ними существовала прямая, причинная связь. Только разъ я имѣлъ случай наблюдать въ госпитальной практикѣ экзевизитный случай родильной атрофіи, развившейся чрезвычайно скоро послѣ процесса, сосредоточеннаго въ рукавѣ (perivaginitis), въ свою очередь обусловленнаго глубокимъ травматизмомъ (плоскій тазъ съ conj. diagn. въ 9 ц.).

Анатомико-патологически родильная атрофія характеризуется тѣмъ, что маточныя стѣнки могутъ быть даже толще нормальнаго, но при этомъ онѣ чрезвычайно вялыя и дряблыя, очень легко рвутся, сѣрожелтаго, или желто-красноватаго цвѣта. Сказанныя измѣненія эти особенно выступаютъ въ днѣ и тѣлѣ матки. Что касается клиническихъ явленій, представляемыхъ разсматриваемымъ видомъ атрофіи, то при гинекологическомъ изслѣдованіи намъ никогда не удавалось констатировать вышеупомянутыя явленія, выставляемыя анатомами. Особенно это должно сказать по отношенію къ мягкости ткани. Одно, что совпадаетъ при клиническомъ изслѣдованіи съ картиной анатомической, это рѣзкое уменьшеніе въ объемѣ дна матки.

d) Четвертую изъ установленныхъ нами формъ составляетъ атрофія самостоятельная или идиопатическая. Мы назвали ее такъ потому, что она развивается помимо всѣхъ тѣхъ состояній, о которыхъ сказано было выше, и не находится часто въ связи ни съ какими, по крайней мѣрѣ, съ другими видимыми патологическими состояніями организма. Мало того, нерѣдко можно встрѣтить эту форму атрофіи у женщинъ цвѣтущаго вида, которыя положительно ни на что не жалуются. Если она встрѣчается иногда у субъектовъ съ рѣзко выраженнымъ хлорозомъ, то тѣмъ не менѣе анамнезъ доказываетъ, что собственно страданіе матки развилось за болѣе или менѣе долгое время до этого. Поэтому-то мы не можемъ установить никакой связи между сказанными патологическими состояніями. Кстати мы должны упомянуть здѣсь о томъ, что послѣ нѣкоторыхъ тяжелыхъ острыхъ процессовъ мѣсячныя на болѣе или менѣе долгое время приостанавливаются

(menostasis); при этомъ однако не всегда удается констатировать атрофію матки; при томъ же она не можетъ имѣть никакого особеннаго значенія, такъ какъ это состояніе переходящее по преимуществу. Что касается того, какъ часто встрѣчается идиопатическая атрофія въ нашемъ смыслѣ, то это видно изъ сопоставленія слѣдующихъ числовыхъ данныхъ: на 2684 больныхъ мы насчитываемъ всего случаевъ атрофіи матки 135; если вычесть отсюда 25 случаевъ атрофіи старческой и 7 случаевъ пуэрперальной, то на долю послѣдней категоріи, т. е. самостоятельной атрофіи придется 103 случая; т. е. 3,83%. На это число приходится нерожавшихъ 87, а рожавшихъ только 16. Изъ этого видно, что рассматриваемая нами форма атрофіи матки составляетъ самый частый видъ и ужь по одному этому заслуживаетъ полнаго вниманія гинеколога.

Развивается обыкновенно этотъ видъ атрофіи очень медленно, по крайней мѣрѣ объ этомъ можно заключить изъ большинства разсказовъ больныхъ. Прежде всего она сказывается на мѣсячныхъ: они все болѣе и болѣе оскудѣваютъ, нерѣдко при этомъ дѣлаются неправильными относительно типа, т. е. запаздываютъ на большее или меньшее число дней, иногда исчезаютъ на нѣсколько мѣсяцевъ и, наконецъ, вовсе прекращаются. По отношенію къ дѣторожденію мы должны сказать, что это одна изъ самыхъ частыхъ причинъ бесплодія. По отношенію къ разстройству мѣсячныхъ мы еще должны прибавить, что они, по мѣрѣ оскудѣванія ихъ, иногда принимаютъ рѣзкій дисменорейный характеръ, что объясняется тѣмъ, что, по мѣрѣ развитія атрофіи стѣнокъ, маточный каналъ все болѣе спадается. Къ этому, вѣроятно, присоединяется еще и то, что бывающій при этомъ загибъ впередъ становится болѣе рѣзко выраженнымъ. Къ этой клинической картинѣ мы должны прибавить еще обычные спутники большинства страданій матки—цѣлый рядъ нервныхъ явленій, о которыхъ считаю излишнимъ здѣсь распространяться, такъ-какъ уже познакомились съ ними выше.

Распознаваніе атрофіи матки, къ какой бы изъ установленныхъ выше категорій она ни относилась, не представляетъ никакихъ затрудненій. При гинекологическомъ изслѣдованіи констатируется, что органъ легче нормальнаго, подвижнѣе и уменьшенъ или весь, или же только отчасти (частичная атрофія). По отношенію къ положенію атрофированной матки вообще нужно замѣтить, что она кажется стоящею нѣсколько выше нормальнаго; обстоятельство это объясняется тѣмъ, что атрофированный органъ обыкновенно бываетъ изогнутъ (anteversio) или же наклоненъ впередъ (anteversio) въ большей или меньшей степени. Оттого-то влагалищная часть, подаваясь взадъ, и кажется стоящею выше въ тазу, чѣмъ это бываетъ при нормальныхъ условіяхъ. Если дѣло идетъ объ атрофіи, обхватившей всю матку, то распознаваніе тѣмъ легче, потому что, кромѣ вышеупомянутыхъ данныхъ, очень легко констатировать уменьшеніе въ объемѣ вла-

галищной части, которое прежде всего бросается въ глаза. При этомъ наружный зѣвъ представляется болѣе или менѣе малымъ, закругленнымъ и какъ бы втянутымъ внутрь. Для болѣе точнаго рѣшенія вопроса относительно того, насколько уменьшенъ длинникъ матки, прибѣгаютъ къ непосредственному измѣренію полости матки помощью зонда. При этомъ рѣзко бросается въ глаза одно обстоятельство, а именно—трудное прониканіе его не только чрезъ внутренній зѣвъ, но даже по протяженію всего цервикальнаго канала. Въ діагностическомъ отношеніи очень важно выяснить—имѣемъ ли мы дѣло съ общою или же только частичною атрофіей. Для рѣшенія этого вопроса требуется значительный навыкъ въ бимануальномъ изслѣдованіи. Нужно замѣтить, что практическое значеніе, какъ чаще всего встрѣчающаяся, имѣетъ частичная атрофія тѣла (*atrophia corporalis* англо-америк. гинекологовъ),—обстоятельство характерное для того вида, который мы назвали идиопатическою атрофіею матки. Въ этихъ случаяхъ при двойномъ изслѣдованіи можно констатировать то, что тѣло матки представляется какъ бы слегка сплюснутымъ, плоскимъ; однимъ словомъ, матка имѣетъ при этомъ рѣзко-коническую форму. Кромѣ того при повторномъ внимательномъ изслѣдованіи можно убѣдиться въ разницѣ въ консистенціи пораженной атрофіей части отъ другихъ частей матки: первая болѣе мягка и вяла на ощупь.

Предсказаніе въ тѣхъ случаяхъ атрофіи, гдѣ дѣло дошло до значительнаго пораженія не только матки, но и яичниковъ, очень неутѣшительно, такъ какъ искусство не обладаетъ такими средствами, которыя могли бы вызвать *restitutionem ad integrum* органовъ, потерявшихъ существенную и главную часть своихъ гистологическихъ элементовъ. Поэтому, если въ данномъ случаѣ атрофіи, къ какой бы категоріи она ни принадлежала, изслѣдованіе показываетъ атрофію сильно выраженную и охватившую весь органъ, не слѣдуетъ дѣлать себѣ никакихъ иллюзій и не питать болъную надеждами; ничего больше не остается, какъ объявить ей сущность ея положенія и объяснить безсиліе искусства въ этомъ случаѣ. Иногда атрофія матки достигла ужъ такой степени, что наступаетъ совершенное прекращеніе мѣсячныхъ (меностаза), яичники же еще мало, или вовсе не тронуты, такъ что больная періодически страдаетъ болѣе или менѣе сильными болями въ животѣ и поясничной сторонѣ (*molim. menstrualia*). Въ подобныхъ случаяхъ можно обѣщать больной нѣкоторое облегченіе ея страданій, поступаая, какъ сказано будетъ ниже въ статьѣ о патологіи мѣсячныхъ, — но ничуть не больше. Тѣмъ не менѣе, однако, въ нѣкоторыхъ случаяхъ самостоятельной атрофіи, особенно у молодыхъ субъектовъ, предсказаніе не совсѣмъ еще отчаянно, такъ какъ иногда удается устранить ее настойчивымъ леченіемъ. *Simpson* цитируетъ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ ему удалось устранить пуэрперальную атрофію, достигшую очень значительной степени.

Леченіе. Задача искусства при атрофіи, на первый взглядъ, представляется чрезвычайно простой: возбудить пониженную пластическую дѣятельность органа. Съ этою цѣлью предлагаемо было множество общіхъ и мѣстныхъ средствъ. Что касается первыхъ, то всѣ такъ называемыя укрѣпляющія (гобогантіа: препараты желѣза аптечнаго и желѣзистыя минеральныя воды, хининъ, и пр.) назначаются при атрофіяхъ матки съ особенною любовью. Я долженъ сказать, что въ большинствѣ случаевъ они не приносятъ ни малѣйшей пользы. Мы ужъ выше указали на то, что атрофія матки довольно часто встрѣчается у субъектовъ, пользующихся во всѣхъ отношеніяхъ прекраснымъ здоровьемъ. Мы говоримъ это къ тому, что практической опытъ невольно приводитъ къ убѣжденію, — что матка, при извѣстныхъ условіяхъ, живетъ какою-то особенною, своею жизнью, помимо того, что происходитъ со стороны общаго состоянія. Такъ какъ прежде пріостановку мѣсячныхъ (menostasis), составляющую одинъ изъ самыхъ частыхъ спутниковъ атрофіи матки, считали особенно опаснымъ припадкомъ, то противъ нея главнымъ образомъ и направляли терапію и назначали массу средствъ, извѣстныхъ въ фармакалогіяхъ (по крайней мѣрѣ старинныхъ) подъ именемъ мѣсячногонныхъ (emmenagogga, ecbolica). Такъ какъ мы будемъ имѣть еще случай коснуться этого вопроса въ главѣ о разстройствахъ мѣсячныхъ, то пока ограничимся тѣмъ, указавъ, что на дѣлѣ употребленіе ихъ не только совершенно бесполезно, но иногда даже положительно вредно. Не смотря на все отрицательное отношеніе наше къ терапевтическому леченію атрофіи матки, мы тѣмъ не менѣе иногда прибѣгаемъ къ нему, хотя не придаемъ ему такого важнаго значенія, какъ это дѣлаютъ другіе. Такъ, имѣя дѣло съ субъектомъ, ослабленнымъ обильными послѣродовыми кровотеченіями и пр., мы назначаемъ приличной образъ жизни и укрѣпляющее леченіе, параллельно съ терапіей чисто-гинекологическою. Въ случаѣ успѣха, мы скорѣе склонны приписать его мѣстному, чѣмъ общему леченію, такъ какъ при одномъ послѣднемъ, нерѣдко проходятъ годы безъ малѣйшаго вліянія на состояніе матки.

При назначеніи мѣстнаго леченія прибѣгаютъ къ такимъ средствамъ, которыя, раздражая ту или другую часть половой сферы, вызываютъ въ ней усиленный обмѣнъ веществъ, т. е. усиливаютъ питаніе. На первомъ мѣстѣ стоятъ различные возбуждающіе рукавные души. Обыкновенно назначаютъ для этого 3—4 раза въ день по нѣсколькx (3—4) чайныхъ стакановъ для каждаго душа, причемъ T° воды съ 28° постоянно повышается до 32—36° и даже болѣе. Англичане въ подобныхъ случаяхъ иногда назначаютъ души изъ горячаго молока, къ которому прибавляютъ извѣстное количество ѣдкаго амміака (3s—3j). Подобные души, по словамъ англійскихъ авторовъ (S. Ashwell), въ особенности оказываются дѣйствительными, если они вызываютъ въ рукавѣ ощущение жженія, или покальванія. Если бы, по простествіи нѣсколь-

кихъ недѣль, матка плохо реагировала на горячіе души, то нужно испробовать, наоборотъ, холодную воду, также постоянно понижая температуру. вмѣстѣ съ раздражающими рукавными душами стараются дѣйствовать возбуждающимъ, или раздражающимъ образомъ на самую матку. Для этого начинаютъ методически съ раздраженій болѣе слабыхъ, переходя постепенно къ болѣе сильнымъ раздражителямъ. Мы обыкновенно начинаемъ съ методическаго зондированія матки. Зондъ вводится сначала каждые 2—3 дня, затѣмъ чаще и даже два раза въ день. Лечение это въ высшей степени хлопотливо, отнимаетъ много времени, за то оно, съ другой стороны, и оложительно ничѣмъ незамѣнимо въ нѣкоторыхъ отнсящихся сюда случаяхъ. Мы не разъ видали столь неожиданно успѣшные исходы отъ этой терапіи, что не можемъ не рекомендовать ее самымъ настойчивымъ образомъ. Если, по методическомъ употребленіи зонда въ теченіи нѣсколькихъ недѣль, органъ становится сочнѣе и чувствительнѣе на оцупь, то нужно тѣмъ настойчивѣе употреблять зондъ, такъ-какъ эти явленія служатъ положительными предвѣстниками того, что успѣшный исходъ неминуемъ. Нерѣдко послѣ 15—20 сеансовъ приходится, вслѣдствіе возвышенной чувствительности органа и усиленія раздражительности больноѣ, оставить на время зондъ, пока припадки эти не уймутся. Кстати не можемъ не замѣтить здѣсь, что въ пуэрперальныхъ атрофіяхъ должно быть весьма осторожнымъ съ зондомъ, такъ-какъ описанные въ послѣднее время случаи прободенія маточныхъ стѣнокъ относятся именно къ пуэрперальной атрофіи. Нерѣдко также, при частичныхъ атрофіяхъ области тѣла, зондированіе очень болѣзненно, или даже совсѣмъ невозможно, вслѣдствіе сильнаго спаденія маточнаго канала, или же вслѣдствіе чрезмѣрнаго изгибанія матки впередъ. При подобныхъ условіяхъ было бы въ высшей степени неблагоприятно настаивать на употребленіи зонда; тутъ рациональнѣе всего прибѣгнуть къ расширенію цервикальнаго канала, составляющему очень могущественное возбуждающее и притомъ иногда необходимое, какъ предварительное средство, для того, чтобы можно было прибѣгнуть къ впрыскиваніямъ въ полость матки раздражающихъ средствъ (nit. arg., gr. v—vjjj на ʒj, sulph. zinci s. curpi, gr. x—xv на ʒj). Трудно сказать, что здѣсь собственно дѣйствуетъ — расширеніе ли цервикальнаго канала, или же раздражающія впрыскиванія, — но дѣло въ томъ, что средство это положительно дѣйствуетъ; поэтому его нужно имѣть въ резервѣ не только тамъ, гдѣ употребленіе зонда не совсѣмъ безопасно, но и для такихъ случаевъ, гдѣ употребленіе зонда въ теченіи извѣстнаго времени не принесло желаемой пользы; Если бы этихъ раздражателей, т. е. методическаго употребленія зонда и внутриматочныхъ впрыскиваній оказалось недостаточно, то ничего болѣе не остается, какъ прибѣгнуть къ раздраженію матки болѣе энергическому и постоянному, т. е. внутриматочнымъ пессаріямъ. Внутриматочные снаряды, какъ увидимъ

ниже, придуманы собственно для исправления загибовъ матки, но со времени Simpson'a, они употреблялись также при атрофіяхъ матки. Что касается употребленія ихъ съ первою цѣлью, то мы скажемъ объ этомъ въ надлежащемъ мѣстѣ; относительно же атрофіи матки мы должны сказать уже теперь, что оно совершенно рационально, такъ-какъ здѣсь отъ внутриматочнаго снаряда требуется только одно—постоянное и извѣстное раздраженіе внутренней поверхности матки. Что касается того, — какой изъ множества придуманныхъ до настоящаго времени интраутеринныхъ снарядовъ долженъ быть здѣсь по преимуществу употребляемъ, то мы отдаемъ преимущество регулятору (изъ слоновой кости или же дерева) Martin'a.

Еще въ 1853 году J. Simpson \* сообщилъ эдинбургскому акушерскому обществу, что онъ въ случаяхъ атрофіи матки и притомъ даже врожденной, гдѣ всякая герапія оказывалась совершенно неуспѣшной, съ большою пользою прибѣгалъ къ гальваническимъ пессаріямъ (galvanic pessaries), т. е. къ его обыкновеннымъ внутриматочнымъ редрессаторамъ, но состоящимъ изъ двухъ металловъ—мѣди и цинка. На сколько здѣсь дѣйствуетъ гальванизмъ,—сказать трудно. Хотя Simpson приписываетъ этому обстоятельству чрезвычайно важное значеніе, но, намъ кажется, что роль этихъ пессаріевъ какъ механическаго раздражителя здѣсь значить все, такъ-какъ тотъ же эффектъ достигается и пессаріями, приготовленными изъ дерева, слоновой кости, каучука и пр. Изъ англійскихъ гинекологовъ Kidd съ большимъ энтузіазмомъ отзывался объ употребленіи гальваническихъ пессаріевъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется, такъ сказать, обновить (?) упавшую дѣятельность матки.

На сколько примѣнимо электричество въ терапіи атрофіи матки трудно сказать, такъ-какъ, съ одной стороны, слишкомъ мало положительныхъ наблюденій, съ другой же, многія изъ этихъ наблюденій носятъ на себѣ чересчуръ характеръ невѣроятнаго. Въ госпиталѣ Вита въ Лондонѣ, электричество, по словамъ Ashwell'a, было примѣняемо въ подобныхъ случаяхъ Goiding-Bird'омъ и старые меностазы проходили иногда отъ одного сеанса (?). Въ послѣднее время Girrieг очень сильно выхвалялъ электричество при атоніи маточной ткани. Такъ-какъ до сихъ поръ вообще вопросъ относительно дѣйствія электричества не только на атрофированную, но даже на беременную матку (вызываніе преждевременныхъ родовъ помощью электричества) далеко не выясненъ, то нельзя на этотъ счетъ не высказываться съ извѣстною сдержанностью. Впрочемъ, къ электричеству здѣсь можно было бы прибѣгнуть уже по одной простой аналогіи, какъ прибѣгаютъ къ нему при атрофіяхъ мышцъ вообще.

## 2. Гипертрофія матки.

Истор. и библиогр. зам. Ни одинъ вопросъ во всей гинекологіи, за исключеніемъ можетъ быть вопроса объ измѣненіяхъ въ очертаніи матки, не подавалъ повода къ столькимъ спорамъ и разногласіямъ, какъ предметъ, къ изложенію котораго мы именно вслѣдствіе этого обстоятельства приступаемъ съ нѣкоторымъ колебаніемъ. Въ то время, какъ прежніе гинекологи очень часто употребляли названіе „гипертрофія матки“, понимая подъ этимъ множество разнородныхъ состояній, въ основѣ которыхъ лежитъ очевидно и несомнѣнно воспалительный процессъ,—теперь объ гипертрофіи матки общей, т. е. относящейся ко всему органу, едва приходится слышать или читать. Мы коснемся еще ниже этого вопроса,—теперь же пока замѣтимъ, что пато-

\* Obstetric Memoires and contributions, vol. I p. 281.

логическая анатомія, отъ которой мы обыкновенно привыкли ожидать послѣдняго слова въ возникающихъ клиническихъ спорахъ, въ данномъ случаѣ не только не даетъ клиницисту надежной точки опоры, но возбуждаетъ въ немъ еще больше сомнѣній. Это по отношенію къ общей гипертрофіи матки. Что же касается вопроса на счетъ частичной или долевоу гипертрофіи матки, то вопросъ этотъ, имѣющій громадное клиническое значеніе, разработанъ въ настоящее время въ такой степени, что онъ породилъ цѣлую литературу. Въ то время, какъ прежде мелькомъ толковали о немъ, начиная со времени Кеннеди ему посвятили очень серьезное вниманіе. Особенный интересъ возбуждалъ своими сообщеніями о частичной гипертрофіи Huguier. Начиная съ 1859 года, когда онъ прочелъ въ Парижской Медицинской Академіи свой знаменитый мемуаръ объ этомъ предметѣ, привыкли обыкновенно считать, какъ будто Huguier'у всецѣло принадлежитъ заслуга въ этомъ отношеніи. Дѣло это однако далеко не такъ. Извѣстно, что Huguier, на основаніи своихъ наблюденій, пришелъ къ результату, что большинство, если не всѣ случаи такъ называемаго выпаденія матки есть не что иное, какъ гипертрофія надрукавной части маточной шейки. Но уже Ruysch очень хорошо зналъ, что маточная шейка при выпаденіяхъ матки можетъ быть до такой степени увеличена въ объемѣ (слѣдовательно гипертрофирована) что это мѣшаетъ вправленію органа. Что же касается Levret'a, то онъ все это зналъ прекрасно. Онъ прямо употребляетъ названіе „allongement du col de l'uterus“ и хорошо зналъ, что это патологическое состояніе можно смѣшать (что дѣйствительно и дѣлалось) съ простымъ, или обыкновеннымъ выпаденіемъ матки. Послѣ этого писали объ этомъ вопросѣ Lallement, Leroux, Ségar, Buisson и др. Приводя это, мы возстановимъ только историческіе факты и нисколько не думаемъ коснуться совершенно заслуженной славы знаменитаго французскаго гинеколога. Онъ, правда, не первый открылъ свой allongement hypertrophique; но ему принадлежитъ несомнѣнная заслуга, состоящая въ томъ, что онъ своими въ высшей степени тщательными наблюденіями популяризовалъ между гинекологами вопросъ о частичной гипертрофіи матки и указалъ на самый вѣрный, т. е. хирургическій методъ леченія. Послѣ Huguier'a вопросомъ объ гипертрофіи очень много занималась германская литература, которая въ возможной полнотѣ приведена ниже. Избѣгая испещренія собственными именами этого небольшого очерка, мы упомянемъ только Virchow'a, сообщившаго въ берлинскомъ акушерскомъ обществѣ весьма интересныя изслѣдованія объ этомъ предметѣ, C. Mayer'a, Simon'a и въ послѣдніе годы Spiegelberg'a и Hegar'a, разработавшихъ по преимуществу оперативную сторону вопроса.

Ruysch, *Observat. anat. chir. Amstelod.*, 1691, p. 16.—Levret, *Journ. de Med., Chir. et Pharmacie* 1773, T. XL, p. 352.—Morgagni, *de sedibus et causis morbor.*, Lib. III, ep. XLV, art. II.—Desgranges, *Jour. de Méd.*, 1783, T. LIX, Janv.—Juin.—M-me Boivin et Dugés, *Traité pratique des maladies des femmes*, T. I, p. 193.—Ev. Kennedy, *Doub. Journ. of medic. scienc.* 1838, № 61, Novemb.—Virchow, *Verhandlungen der Berlin. Geburtsh. Gesellsch.*, 1874, Bd. II, p. 205.—Ero же: *Gesammelte Abhandlungen*, p. 812.—Ero же: *Die Krankhaften Geschwülste*, Bd. III, erste Hälfte, p. 140.—C. Mayer, *Verhandlungen der Berliner Geburtsh. Gesellsch.*, 1848, Bd. III, p. 129.—Ero же: *Klinische Mittheilungen aus dem Gebiete der Gynaecologie*. Berlin. 1861, p. 33.—I. Simpson, *Obstert. mem. and contr.* 1855, V. I, p. 12.—Aug. Mayer, *Monatschr. f. Geburtsk. u. Frauenkr.*, 1858, Bd. XII, p. 9.—Kiwisch, *Klin. Vorträge*, Bd. I, p. 147.—Scanzoni, *Beiträge zur Geburtsk.* 1858, Bd. III, p. 181.—Ero же: *die chronische metritis*, p. 58 и 64.—Ero же: *Lehrbuch*, p. 34.—Aran, *Lécons cliniques sur les maladies de l'uterus*. Paris, 1853, p. 1027.—G. Simon, *Monatschr. f. Geburtsk. u. Frauenkr.*, 1859, Bd. XIII, p. 421.—Stoltz, *Journ. hebdomod.*, 1859, Juin.—Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'uterus dans les affections désignées sous le nom de descente, de précipitation de cet organe, et sur leur traitement par la résection ou l'amputation de la totalité du col, suivant la variété de la maladie*. Paris, 1860.—Klob, *Patholog. Anat. der weib. Sexualorg.*, Wien, 1864, p. 127.—C. Braun, *Zeitschr. der Gesellsch.*



wien. Aerzte 1864, p. 43.—Marfin, Monatshr. f. Geburtsk. u. Frauenkr. Bd. 20 p. 203.—M. Sims, Klinik der Gebärmutter—Chirurgie. Erlangen. 1866. 160.—R. Barnes, Brit. med. Journ., 1871. January.—Его же: A clinical history of the medic. and surgic. Diseases of women. London, 1873, p. 622.—Spiegelberg, Berliner klin. Wochenschr., 1872 № 21 и 22.—Его же: Arch. f. Gynaecologie Bd. V, p. 411.—Courty, Traité pratique des maladies de l'uterus. Paris, 1872, p. 702.—Klebs, Handbuch der patholog. Anatomie. 4 Geschlechtsorgane Berlin, 1873, p. 878.—Goudell, Prolapse of the wombe. Philadelphia, 1873.—Spiegelberg, Ueber die Amputation des Scheidentheiles der Gebärmutter. arch. f. Gynaecol., B. V, p. 411.—Marckwald, Ueber die kegelmantelförmige Excision der Vaginalportion, Arch. f. Gynaecol., Bd. VIII, p. 48.—Kehrer, Keilförmige Excision des Muttermundes etc. arch. f. Gynaecol., Bd. X, p. 431.—Schroeder, Zur Technik der plastischen Operationen am Cervix uteri. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaecol., Bd. III, p. 419, так же: ibid. Bd. VI, Hft. 2.—Mörke, Ueber die Amputation der portio vagin. Zeitschr. f. Geb. u. Gynaecol., Bd. III, p. 328.—Galatin, Lancet, 1877, № 17—24.—Schroeder, Krankheiten der weiblich. Geschlechtsorg. 5-е изд., 1881, p. 77.—Negar u. Kaltenbach, die operat. Gynaecologie, 2-е изд., 1881, p. 455.

Подъ именемъ гипертрофiи матки, въ буквальномъ значенiи слова, слѣдуетъ понимать повсемѣстное, болѣе или менѣе равномерное разращенiе всѣхъ гистологическихъ элементовъ ея. Вопросъ только въ томъ, — дѣйствительно ли встрѣчается такая гипертрофiя, обхватывающая весь органъ (*Hypertrophia uteri totalis*), какъ самостоятельная патологическая форма? Какъ спутникъ извѣстныхъ патологическихъ состоянiй, какъ то *haematometra*, внутри-полостныхъ миомъ и пр., общая гипертрофiя матки встрѣчается несомнѣнно и въ этихъ случаяхъ она представляетъ большую аналогiю съ тѣмъ, что мы замѣчаемъ во время беременности; но эта форма гипертрофiи, представляя только послѣдовательное состоянiе другихъ болѣзненныхъ формъ, не можетъ имѣть никакого самостоятельнаго клиническаго значенiя. Встрѣчаются ли *in praxi* такіе случаи, которые можно было бы окрестить именемъ общей гипертрофiи матки? Многие, какъ то Courty, Seyfert, Schröder, Klebs и др., не обинуясь, отвѣчаютъ на этотъ вопросъ утвердительно. При этомъ однако, отвѣчая утвердительно на вышеупомянутый вопросъ, невольно проглядываетъ извѣстная *reservatio mentalis*: одни говорятъ, что при этомъ преобладаетъ разращенiе соединительной ткани по преимуществу (Schröder), другіе утверждаютъ, что разращенiе это не повсемѣстное, а разлитое (*hyperplasia uteri diffusa*—Klebs). Допустимъ даже, что это такъ, то—гдѣ же граница между гипертрофiей матки въ смыслѣ вышеупомянутыхъ авторовъ и тѣмъ, что всѣ называютъ хроническимъ воспаленiемъ матки? Klob, впрочемъ, какъ увидимъ ниже, дѣйствительно вовсе отвергаетъ самое названiе даже *metrit. chron.* и называетъ ее вездѣ *hyperplasia uteri diffusa*. На сколько это состоятельно—мы увидимъ ниже, пока же только замѣтимъ, что все затрудненiе въ установленiи твердаго понятiя объ общей гипертрофiи матки вертится кругомъ того, что невозможно установить его ни клинически, ни анатомико-патологически. Для того, чтобы мы получили ясное клини-

ческое понятіе объ общей гипертрофіи матки, слѣдовало-бы имѣть большую или меньшую казуистику, обнимающую такіе случаи, въ которыхъ съ положительностью можно бы исключить явленія, характеризующія воспаленіе. Но такой-то казуистики, сколько намъ извѣстно, никто не привелъ. Даже тѣ изъ авторовъ, которые болѣе всего ратуютъ за клиническое значеніе общей гипертрофіи матки, какъ напр. Schröder \*, прямо сознаются, что клиническая картина, характеризующая будто-бы общую гипертрофію матки, должна быть разсматриваема какъ нѣчто фиктивное, отвлеченное, такъ-какъ она не можетъ быть подтверждаема прямыми клиническими наблюденіями. Въ самомъ дѣлѣ, если допустить существованіе чистой, совершенно самостоятельной общей гипертрофіи матки, то, à priori, мы получили бы слѣдующія клиническія явленія: ощущеніе тяжести въ тазовой сторонѣ, чувство напирания внизъ и разстройство со стороны пузыря. Но такъ-какъ такой-то гипертрофіи, а именно чистой, ничѣмъ не осложненной, не бываетъ, а по словамъ авторовъ, при этомъ встрѣчаются всевозможныя измѣненія въ положеніи пораженнаго органа (а главнымъ образомъ наклоненія впередъ и назадъ), то мы въ полномъ правѣ спросить: отчего же приписывать вышеупомянутыя клиническія явленія именно гипертрофіи, а не измѣненію въ положеніи увеличенной въ объемѣ матки? Что же касается объективныхъ данныхъ, характеризующихъ будто-бы общую гипертрофію матки, то говорятъ, что они главнымъ образомъ состоятъ въ томъ, что органъ увеличенъ въ объемѣ особенно въ прямомъ (передне-заднемъ) размѣрѣ, такъ что загибъ, существующій normaliter на передней поверхности матки, усиливается, или же увеличеніе въ объемѣ касается по преимуществу задней стѣнки, которая вслѣдствіе этого представляется сильно выпуклою, бомбированною. Всѣ эти явленія до такой степени характерны для хроническаго воспаленія матки, что мы считаемъ совершенно излишнимъ распространяться здѣсь о патогномическомъ значеніи ихъ. Что касается данныхъ анатомико-патологическихъ, то вотъ какъ характеризуетъ ихъ Klebs \*\* въ своемъ руководствѣ. Въ разрѣзѣ стѣнки гипертрофированной матки могутъ представляться различными на видъ: то онѣ блестяще-сѣраго, довольно ровнаго цвѣта и только съ трудомъ можно различить отдѣльные переплетающіеся между собою пучки волоконъ, то онѣ представляются усьянными, въ различныхъ направленіяхъ, бѣлыми нитями, похожими на сухожильныя. Въ первомъ случаѣ дѣло идетъ объ гиперплизіи мышечныхъ волоконъ, а въ послѣднемъ гипертрофирована соединительная ткань. Эти анатомико-патологическія данныя Klebs уже по одному тому считаетъ какъ бы патогномическими, что при этомъ нельзя бываетъ констатировать въ маточной ткани

\* L. cit, p. 74.

\*\* Op. cit, p. 879.

признаковъ свѣжаго воспалительнаго процесса (?). Впрочемъ, онъ долженъ признать, что продолжающійся извѣстное время эндометритъ можетъ сопровождаться вышеупомянутою анатомико-патологическою картиной. Последняя, дѣлаемая Klebs'омъ, уступка опровергаетъ сама собою то, что онъ хочетъ защищать; такъ-какъ хроническій эндометритъ можетъ повлечь за собою сказанныя анатомическія измѣненія въ маточной ткани, то нѣтъ никакой причины не допустить, что они составляютъ не первичныя, а послѣдовательныя явленія эндометрита, который могъ отступить на задній планъ и такимъ образомъ повести къ ошибочному толкованію анатомическихъ измѣненій.

Допустивъ самостоятельное значеніе общей гипертрофіи матки, авторы должны были придумать и особенную этиологию ея. Но и здѣсь приходилось имъ прибѣгать къ аналогіямъ. Усиленная дѣятельность органа (матки), говорили, должна вести къ усиленному питанію, а отсюда къ гипертрофіи. Sächinger \* приводитъ почти слово въ слово то, что намъ нерѣдко приходилось слышать на лекціяхъ покойнаго профессора Seyfert'a, а именно, что общая гипертрофія матки нерѣдко встрѣчается у проститутокъ (Hypertrophia scortorum, meretricalis). Но, во первыхъ, частый, чрезмѣрный coitus еще нисколько не предполагаетъ усиленной дѣятельности матки, во-вторыхъ, кому неизвѣстно, какъ часто у проститутокъ встрѣчаются самыя разнообразныя воспалительныя формы влагалищной части и цервикальнаго канала, которыя, въ свою очередь, могутъ обусловить измѣненія во всемъ органѣ (увеличеніе его), истолковываемыя клинически за гипертрофію. West \*\* упоминаетъ какъ о причинѣ общей гипертрофіи частый coitus, не доводимый до конца, слѣдовательно, частое неудовлетворяемое нормальнымъ образомъ половое возбужденіе. Объ этомъ толковали уже давнымъ-давно старинныя гинекологи, какъ напр. Duparque, Mende, Balling, и др., указывая на то, что hypertrophia totalis uteri встрѣчается поэтому также часто у женщинъ, принужденныхъ воздерживаться отъ coitus'a. Но на это можно возразить тѣмъ, что у подобныхъ субъектовъ также, какъ при abusum in venere, могутъ встрѣчаться самыя разнообразныя воспалительныя формы, что на дѣлѣ дѣйствительно и бываетъ.

Если мы нѣсколько болѣе, чѣмъ, можетъ быть, слѣдовало бы для подобнаго рода сочиненія, распространились о вопросѣ, который въ сущности должны были рѣшить отрицательно, то это главнымъ образомъ потому, чтобы избѣжать ложнаго толкованія клиническихъ явленій, которыя могутъ быть объяснены гораздо проще. Поэтому-то на основаніи всего вышесказаннаго нельзя не придти къ заключенію, что

1) нѣтъ никакихъ ни клиническихъ, ни анатомико-патологи-

\* Prager Vierteljahrschr. I, p. 114.

\*\* Нѣмецкій переводъ учебника гинекологіи изд. 3-е. p. 111.

ческихъ данныхъ, которыя несомнѣнно доказывали бы существованіе патологической формы, которую можно было бы назвать общей гипертрофіей матки въ прямомъ значеніи этого слова.

2) Что то, что прежде описывали, да и теперь нѣкоторые авторы описываютъ подъ именемъ общей гипертрофіи матки, относится или къ хроническому разлитому воспаленію матки (*metritis chronica diffusa*) или же къ недостаточному обратному развитію этого органа послѣ родовъ (*subinvolutio uteri p. p.*).

### 3. Частичная гипертрофія матки.

(*Hypertrophia uteri partialis*).

Частичная или долевая гипертрофія можетъ развить любую часть матки, но только какъ явленіе вторичное, напр. при различныхъ новообразованіяхъ и не имѣетъ поэтому никакого особеннаго значенія. За то очень важное клиническое значеніе имѣетъ долевая гипертрофія маточной шейки. Въ силу обыкновеннаго анатомическаго дѣленія маточной шейки на двѣ части, мы разсмотримъ сначала гипертрофію влагалищной части и затѣмъ гипертрофію той части маточной шейки, которая лежитъ выше влагалища—надвлагалищной части маточной шейки.

#### а) Гипертрофія влагалищной части.

Съ анатомико-паталогической точки зрѣнія процессъ этотъ состоитъ въ увеличеніи гистологическихъ элементовъ, входящихъ въ составъ пораженной части. По *Virchow*'у \*, здѣсь дѣло идетъ преимущественно объ увеличеніи мышечныхъ элементовъ и сосудовъ, что и обусловливаетъ особенную мягкость и сочность гипертрофированной части. *Klebs* же \*\*, допуская тѣже микроскопическія свойства пораженной гипертрофіей части, какъ и *Virchow*, утверждаетъ, что дѣло идетъ объ увеличеніи кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, а что мышечныхъ элементовъ по количеству меньше нормальнаго. Это разногласіе двухъ столь извѣстныхъ авторитетовъ можно объяснить только различіемъ періодовъ, въ которые были подвергнуты гистологическому анализу ампутированныя влагалищныя части. Такъ, тотъ же *Klebs* увѣряетъ, что въ одномъ случаѣ на влагалищной части, ампутированной профессоромъ *Lücke*, ему удалось констатировать даже сократительность ея помощью индуктивнаго тока. Какъ бы то ни было, при гипертрофіи влагалищной части, по отношенію къ частичному увеличенію тѣхъ или дру-

\* *Op. cit.*, p. 142.

\*\* *Op. cit.*, p. 880.

гихъ гистологическихъ элементовъ, существенную роль играетъ періодъ развитія процесса: въ одномъ случаѣ мы констатируемъ преимущественное увеличеніе мышечныхъ элементовъ (періоды ранніе), въ другомъ же, наоборотъ, мы будемъ имѣть дѣло преимущественно съ разращеніемъ соединительной ткани (періоды поздніе). Большая или меньшая степень разращенія элементовъ мышечныхъ или же соединительной ткани имѣетъ непосредственное вліяніе на степень разращенія другихъ гистологическихъ элементовъ, входящихъ въ составъ влагалищной части: въ первомъ случаѣ съ преимущественнымъ разрастаніемъ мышечныхъ элементовъ рука объ руку идетъ и разращеніе кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ. Поэтому то въ этомъ случаѣ влагалищная часть представляется насыщенно-красною, мяскою и сочною на ощупь. Наоборотъ, въ болѣе поздніе періоды болѣзни разрастаніе соединительной ткани беретъ перевѣсъ надъ другими гистологическими элементами, т. е. мышечными, также и сосудами, а потому макроскопическій видъ пораженной части будетъ другой: она тверда на ощупь, цвѣтомъ блѣднѣе нормальнаго, по крайней мѣрѣ мѣстами, и покрывающая ее слизистая оболочка представляется менѣе подвижною, т. е. сильнѣе срастается съ подлежащими частями. Что касается вообще состоянія слизистой оболочки при гипертрофіяхъ влагалищной части, то въ началѣ процесса она не представляетъ никакихъ особенныхъ измѣненій, а только, по мѣрѣ увеличенія пораженной части, вытягивается или удлиняется. Но при дальнѣйшемъ развитіи процесса, входящіе въ составъ ея элементы принимаютъ въ немъ болѣе активное участіе, т. е. тоже разрастаются. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрастаніе мѣшечковъ слизистой оболочки беретъ рѣшительный перевѣсъ надъ другими элементами. Это имѣетъ мѣсто обыкновенно на обѣихъ или преимущественно на одной губѣ маточнаго зѣва и влечетъ за собою тотъ видъ гипертрофіи влагалищной части, который Virchow назвалъ фолликулярнымъ (*hypertrophia follicularis labii seu labiorum oris uteri*). Пораженная фолликулярною гиперплазіей губа постоянно удлиняется, у верхняго конца нерѣдко дѣлается болѣе или менѣе глубокая бороздка, такъ что она получаетъ форму полипа. Къ этой же категоріи гиперплазіи относится и тотъ видъ, который Ricord и большинство французскихъ авторовъ описываетъ подъ именемъ свиного хобота (*col tapyroide*). Наружная поверхность гипертрофированной такимъ образомъ губы, представляетъ болѣе или менѣе глубокія вдавленія (*cryptae*) и расширенныя мѣшечки. Если, говорить Virchow, вводить зондъ въ сказанныя вдавленія или углубленія, то можно убѣдиться въ томъ, что они представляютъ настоящіе мѣшки, расширяющіеся въ видѣ каналовъ, не сообщающихся однако между собою, и въ нихъ, кромѣ того, можно констатировать слизистое или эпителиальное содержимое. Эти измѣненія наружной поверхности напоминаютъ сильно гипертро-

фирированных миндалевидныхъ железъ, вслѣдствіе чего Virchow и называетъ ихъ миндалевидными полипами. Въ разрѣзѣ гипертрофированныя подобнымъ образомъ губы представляютъ большее или меньшее число кистовидно-расширенныхъ мѣшковъ, такъ назыв. Наботовы яйца (ovula Nabothi). Микроскопическое изслѣдованіе показываетъ, что наружная поверхность этихъ гипертрофій покрыта плоскимъ эпителиемъ; существо же этихъ полиповъ состоитъ большею частію изъ плотной соединительной ткани, наружный слой которой переходитъ въ сосочки (papillae), внутри же она содержитъ въ различномъ количествѣ мышечные элементы. Наконецъ, не можемъ не упомянуть о томъ, что, вслѣдствіе грубыхъ, макроскопическихъ измѣненій (именно развитія каналовъ), Oldham\* назвалъ этотъ видъ гипертрофіи маточныхъ губъ — канализированными полипами. Нечего доказывать, что Oldham былъ введенъ въ заблужденіе относительно сущности этого рода новообразованій. Въ отношеніи патогеническомъ мы должны еще упомянуть о томъ, что въ развитіи этого рода гиперплазіи губъ Virchow придаетъ немаловажное значеніе величинѣ железистыхъ мѣшковъ, окружающихъ ближайшую периферію маточнаго зѣва, т. е., по его мнѣнію, относительная величина упомянутыхъ анатомическихъ элементовъ имѣетъ важное предрасполагающее значеніе по отношенію къ развитію разбираемаго нами вида гипертрофіи. Что касается возраженія, высказаннаго противъ этого Scapioni, а именно, что во многихъ случаяхъ гипертрофіи маточныхъ губъ фолликулы совсѣмъ не выступаютъ, то оно, при ближайшемъ разсмотрѣніи, теряетъ свое значеніе. Дѣло въ томъ, что Virchow вовсе не думалъ утверждать, что фолликулы играютъ роль при всякой гипертрофіи губъ; напротивъ, онъ допускаетъ даже двѣ категоріи гипертрофіи: въ одной изъ нихъ развитіе фолликулъ совершенно отстываетъ на задній планъ; за то въ другой категоріи оно играетъ существенную роль. Мы должны сказать, что клиническія наблюденія подтверждаютъ это положеніе Virchow'a какъ нельзя болѣе\*\*.

Въ отношеніи гистологическомъ Klebs упоминаетъ о нѣкоторыхъ случаяхъ гипертрофіи влагалищной части, представляющихъ большой интересъ въ томъ отношеніи, что ими очень правдоподобно объясняется явленіе, которое не разъ приходилось констатировать всякому клиницисту, Дѣло въ томъ, что гипертрофія всей влагалищной части или-же только одной изъ губъ зѣва, представляющаяся при первомъ изслѣдованіи чрезвычайно значительныхъ размѣровъ, послѣ того, какъ, больная полегитъ нѣсколько дней въ кровати, сильно уменьшается въ объемѣ. Явле-

\* Op. cit.

\*\* О нѣкоторыхъ анатомическихъ гистологическихъ особенностяхъ губъ маточнаго зѣва, выясненныхъ новѣйшими изслѣдованіями Fischl'a и Klotz'a сказано будетъ нами, когда коснемся сущности и значенія различнаго рода изслѣдованій губъ.

ніе это Klebs объясняетъ тѣмъ, что этого рода гипертрофіи гистологически очень рѣзко отличаются отъ другихъ видовъ. Въ самомъ дѣлѣ, въ то время какъ при обыкновенныхъ видахъ гипертрофіи мы имѣемъ дѣло съ развитіемъ мышечныхъ элементовъ и соединительной ткани, при разсматриваемомъ видѣ оказывается, что здѣсь дѣло идетъ о мягкой ткани, нерѣдко чрезвычайно богатой круглыми клѣтками, причемъ межъклеточное вещество представляется то извилистымъ, то волокнистымъ, то, наконецъ, сѣтевиднымъ; однимъ словомъ, расположеніе гистологическихъ элементовъ представляетъ большую аналогію съ лимфомой или аденоидной тканью. Если къ этому прибавить, что при этомъ нерѣдко констатируются пещеристыя кровеносныя, а также лимфатическіе каналы, то не трудно будетъ понять, какъ подобные виды гипертрофіи могутъ уменьшаться въ объемѣ, т. е. съживаться. Klebs находитъ также большую аналогію между этого рода гипертрофіей съ elephantiasis'омъ наружной половой сферы и не задумывается поэтому назвать ихъ Elephantiasis cervicalis и cervico-vaginalis.

На основаніи только что изложеннаго очерка анатомико-патологическихъ данныхъ, характеризующихъ гипертрофію маточной шейки, понятно, что между этой послѣдней и инфарктомъ ея — цѣлая бездна. А между тѣмъ многіе очень часто прежде смѣшивали между собою эти два патологическихъ состоянія. Впрочемъ, и теперь нерѣдко случается видѣть, что эти два названія употребляютъ безразлично. А между тѣмъ весьма не трудно избѣгнуть путаницы въ понятіяхъ, имѣя въ виду вышеизложенныя анатомическія данныя. Существенное различіе между гипертрофіей маточной шейки и инфарктомъ ея заключается въ томъ, что въ первомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ болѣе или менѣе равномернымъ разрастаніемъ всѣхъ элементовъ, входящихъ въ составъ ея; при инфарктѣ-же дѣло идетъ только о разрастаніи соединительной ткани по преимуществу. Другими словами: между гипертрофіей маточной шейки и инфарктомъ ея существуетъ такая-же разница, какъ между новообразованіемъ въ тѣсномъ смыслѣ и продуктомъ или результатомъ воспаленія.

Клиническая картина, обусловливаемая гипертрофіями влагалищной части, будетъ различна не только количественно, но и качественно, смотря по степени развитія болѣзни. Относительно субъективныхъ жалобъ можно постоянно слышать, что почти всѣ больныя жалуются на ощущеніе тяжести въ тазовой сторонѣ, доходящее иногда до боли, особенно, если больныя по долгу стоятъ или походятъ. Если мы имѣемъ дѣло съ такимъ удлиненіемъ влагалищной части, что она доходитъ до тазоваго выхода или-же торчитъ изъ него наружу, то къ вышеуказаннымъ явленіямъ присоединяется большая или меньшая боль въ крестцовой сторонѣ. Если субъективныя признаки, сопровождающіе гипертрофію влагалищной части не особенно многочисленны, за то мы имѣемъ цѣлый рядъ объективныхъ явленій, которыя

мы рассмотримъ здѣсь по отношенію къ а) измѣненіямъ въ выдѣленіи изъ родовыхъ путей, б) мѣсячнымъ и с) зачатію.

На явленія въ выдѣленіи со стороны родовыхъ путей больныя постоянно обращаютъ вниманіе врача, какъ на припадокъ очень ранній. Такъ какъ гипертрофія влагалищной части есть процессъ хроническій по преимуществу, то и измѣненія въ выдѣленіи будутъ различны, смотря потому—въ какомъ періодѣ болѣзни мы изслѣдуемъ больную. Вообще же можно сказать, что на основаніи причинъ, которыя изложены будутъ ниже, въ началѣ развитія гипертрофіи мы имѣемъ обыкновенно дѣло съ болѣе или менѣе значительно-усиленнымъ выдѣленіемъ изъ родовыхъ путей, представляющимъ всѣ тѣ химическія и гистологическія свойства, которыя замѣчаются при хроническомъ эндометритѣ цервикальнаго канала. По мѣрѣ того, какъ развитіе гипертрофіи идетъ впередъ, leucorrhœa все болѣе и болѣе уменьшается и на высотѣ процесса она замѣчается въ ничтожной степени или даже совсѣмъ исчезаетъ.

Что касается мѣсячныхъ, то, по отношенію къ разстройствамъ ихъ при гипертрофіи влагалищной части, мы главнымъ образомъ имѣемъ дѣло съ чрезмѣрнымъ обиліемъ ихъ (*menstruatio profusa*) и болѣзненными мѣсячными (*dysmenorrhœa*). Обильныя мѣсячныя идутъ рука объ руку съ усиленнымъ отдѣленіемъ слизи, слѣдовательно въ началѣ процесса; по мѣрѣ же усиливанія гипертрофіи, мѣсячныя становятся все менѣе обильными, достигаютъ нормы или даже становятся скудными. Анатомико-патологически это объясняется такъ: чѣмъ старше процессъ, тѣмъ болѣе выступаетъ разрастаніе соединительной ткани и — *eo ipso* — уменьшеніе просвѣта, а можетъ быть даже загустѣваніе сосудовъ. Поэтому нерѣдко приходится видѣть, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ процессъ длился нѣсколько лѣтъ, мѣсячныя, продолжавшіяся прежде по 6—7 дней, длятся всего дня 2—3 и притомъ бываютъ очень скудны. Что касается болѣзненныхъ мѣсячныхъ, то онѣ встрѣчаются несравненно рѣже, чѣмъ обильныя мѣсячныя. Это будетъ имѣть мѣсто именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, вслѣдствіе неравномѣрнаго разрастанія гистологическихъ элементовъ, происходитъ суженіе просвѣта цервикальнаго канала въ томъ или другомъ мѣстѣ его. Чаще всего здѣсь замѣчается суженіе наружнаго зѣва и главнымъ образомъ при двухъ видахъ гипертрофіи, а именно *Résasier* и *Kennedy*.

Способность къ зачатію положительно уменьшена при гипертрофіяхъ влагалищной части вообще и при нѣкоторыхъ видахъ ея въ особенности. Явленіе это объясняется, съ одной стороны, уменьшеніемъ просвѣта цервикальнаго канала, съ другой же стороны патологическими измѣненіями, сопутствующими гипертрофіи, главнымъ же образомъ различными формами эндометрита. Чѣмъ большую поверхность влагалищной части обхватываетъ гипертрофія, тѣмъ болѣе задатковъ къ тому, чтобы боль-



ная оставалась бесплодною и наоборотъ: при гипертрофіяхъ, ограничивающихся только тою или другою губой маточнаго зѣва, зачатіе происходитъ довольно рѣдко. Мы нѣсколько разъ наблюдали у беременныхъ весьма значительныя степени гипертрофіи одной изъ губъ; гипертрофія въ этихъ случаяхъ не препятствовала ни зачатію и не мѣшала также нормальному теченію беременности, только благодаря тому, что гипертрофія упорно держалась первоначальнаго своего мѣста, не переходя на другія части маточной шейки. Что касается дальнѣйшей судьбы гипертрофіи во время беременности, а также родовъ и родильнаго періода, то мы считаемъ излишнимъ распространяться здѣсь на этотъ счетъ, такъ какъ оно всецѣло относится къ акушерству.

Что касается данныхъ, добываемыхъ путемъ изслѣдованія, то они все главнымъ образомъ сводятся къ тому, что влагалищная часть представляется увеличенною въ объемѣ. Увеличеніе это, какъ уже сказано выше, можетъ относиться ко всей влагалищной части, или же къ одной или обѣимъ губамъ. Поэтому-то клинически можно отличать нѣсколько различныхъ видовъ гипертрофіи влагалищной части, главные изъ которыхъ слѣдующіе:

1) Гипертрофія Résamier, при которой влагалищная часть представляетъ видъ усѣченнаго конуса и встрѣчающаяся по преимуществу у женщинъ нерожавшихъ.

2) Гипертрофія Kennedy, при которой влагалищная часть, сохраняя свою коническую форму, удлиняется въ большей или меньшей степени.

3) Гипертрофія цилиндрическая (или *hypertrophia circularis* нѣкоторыхъ авторовъ) — самая частая форма; влагалищная часть болѣе или менѣе утолщается равномерно, причемъ нижній полюсъ ея рѣдко толще середины. Она очень рѣдко достигаетъ такой длины, чтобы доходила до выхода таза; обыкновенно она отстоитъ отъ входа въ рукавъ на  $1\frac{1}{2}$ —2 поперечныхъ пальца. Къ категоріи цилиндрическихъ гипертрофій мы относимъ еще особый видъ, который иначе нельзя назвать, какъ чашковиднымъ. Дѣло въ томъ, что влагалищная часть цилиндрически гипертрофируется, но не достигаетъ особенно значительной длины; нижній же полюсъ ея значительно толще, причемъ онъ образуетъ углубленіе круглое или овальное, сильно напоминающее мелкую чашку.

4) категорію гипертрофіи составляетъ одинъ видъ, о которомъ я не нашелъ никакихъ указаній у авторовъ и которую мы назвали скіотическою. Влагалищная часть при этомъ гипертрофируется цилиндрически, но на нижнемъ концѣ своемъ сѣзана, какъ бы кларнетный мундштукъ, съ лѣвой или правой стороны. Форма эта встрѣчается, относительно, довольно часто.

5) Гипертрофія одной или обѣихъ губъ. Сюда будутъ относиться фолликулярная и полиповидная гипертрофія Virchow'a, свойства которыхъ описаны выше. Здѣсь же мы должны упомянуть объ одной, относящейся сюда формѣ гипертро-

фи, но при которой фолликулы не принимаютъ никакого особеннаго участія или же это участіе весьма незначительно: мы говоримъ объ гипертрофіи крыловидной (pterigoides, flügelartige Hypertrophie Simon). При этомъ обыкновенно передняя губа удлиняется въ большей или меньшей степени, заворачиваясь слегка впередъ. Задняя же губа представляется относительно меньшей и болѣе или менѣе плотно прилежитъ къ болѣзненно измѣненной губѣ. Крыловидная гипертрофія встрѣчается рѣдко самостоятельно, обыкновенно же она составляетъ спутникъ другихъ формъ. Такъ, два самыхъ эксквизитныхъ случая этого вида гипертрофіи мы наблюдали на двухъ перожавшихъ женщинахъ, страдавшихъ очень сильно выраженной Kennedy'евскою формою; въ обоихъ случаяхъ дѣло шло объ увеличеніи передней губы.

Что касется состоянія зѣва, то онъ будетъ различенъ, смотря по виду гипертрофіи, съ которымъ мы имѣемъ дѣло. При равномерномъ удлинении (elongatio, allongement), слѣдовательно Kennedy'вской формѣ, онъ имѣетъ обыкновенно круглый видъ и при этомъ можетъ быть болѣе или менѣе суженъ. При гипертрофіи обѣихъ губъ, если она равномерна, зѣвъ помѣщается въ срединѣ и имѣетъ поперечную, щелевидную форму; если же особенно гипертрофирована одна губа, то зѣвъ подается въ сторону той губы, которая менѣе гипертрофирована. Если гипертрофированы обѣ губы и притомъ, что обыкновенно бываетъ, выворочены наружу (эктропированы), то при этомъ получается зіяющій, закругленный зѣвъ.

Наконецъ, при сколіотической формѣ зѣвъ имѣетъ также щелевидную форму и помѣщается съ боку той или другой стороны, смотря потому—какая сторона нижняго конца влагалищной части поражена гипертрофіей.

Распознаваніе гипертрофіи влагалищной части послѣ всего вышесказаннаго не должно представлять никакихъ затрудненій. Извѣстно, что normaliter влагалищная часть не превышаетъ  $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$ ; слѣдовательно, если въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ влагалищной частью, превышающею сказанную длину, то мы должны клинически принять удлинениіе влагалищной части. И такъ, прямое рѣшеніе вопроса—увеличена ли влагалищная часть (въ длину), или нѣтъ,—нисколько не можетъ и не должно быть затруднительно. Но при этомъ приходится рѣшить еще другой вопросъ: есть ли это удлинениіе дѣйствительное, или же только кажущееся. Влагалищная часть можетъ казаться длиною, если мы имѣемъ дѣло со смѣщеніемъ всей матки внизъ по проводной линіи таза. Но ошибки этой очень легко избѣгнуть, если мы, таксируя длину влагалищной части, обратимъ вниманіе на основаніе сводовъ рукава и мѣсто занимаемое дномъ матки. Только при нормальныхъ условіяхъ со стороны сводовъ и маточнаго дна мы можемъ говорить о дѣйствительномъ или первичномъ удлинении влагалищной части, при условіяхъ же обратныхъ—о кажущемся (мнимомъ) или же вторичномъ удлинении. Безъ

дальнихъ словъ понятно, какъ важно клинически устанавливать это различіе: въ первомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ самостоятельнымъ заболѣваніемъ влагалищной части; во второмъ же она увеличена послѣдовательнымъ образомъ, вслѣдствіе того или другого заболѣванія дна и сводовъ рукава. Не установивъ этой разницы, нельзя будетъ и начертать правильнаго плана леченія. Рѣшивъ предварительно этотъ существенный вопросъ, остается еще распознать съ какою изъ установленныхъ нами выше пяти формъ мы имѣемъ дѣло. Рѣшеніе этого вопроса положительнымъ не можетъ представлять никакихъ затрудненій послѣ того, что сказано нами выше о признакахъ, присущихъ каждой изъ этихъ формъ отдѣльно.

Переходя къ дифференціальному распознаванію гипертрофіи влагалищной части, мы прежде всего остановимся на хроническомъ воспаленіи маточной шейки, — то, что французы называютъ — *engorgement du col*. Мы уже упомянули выше о томъ, что до сихъ поръ очень многіе продолжаютъ смѣшивать эти двѣ формы не только клинически, но даже и анатомически; вмѣстѣ съ этимъ мы указали и на существенное различіе ихъ съ точки зрѣнія анатомико-патологической. Здѣсь же намъ остается указать только на тѣ данныя, на основаніи которыхъ можно избѣгнуть ошибочной клинической діагностики. При хроническомъ воспаленіи маточной шейки увеличеніе ея въ объемѣ никогда не бываетъ равномерно, такъ-какъ инфарктъ большею частью бываетъ разлитой; при гипертрофіи же, наоборотъ, влагалищная часть увеличена равномерно; — если увеличеніе это особенно выступаетъ на одномъ какомъ нибудь мѣстѣ, то всегда въ верхнемъ или въ нижнемъ концѣ ея. Кромѣ того, какимъ бы образомъ ни была гипертрофирована влагалищная часть, она всегда сохраняетъ болѣе или менѣе опредѣленную форму и притомъ одну изъ тѣхъ, которыя установлены нами выше. Обстоятельство это никогда не замѣчается при воспаленіяхъ въ тѣсномъ смыслѣ. Здѣсь же мы должны указать на одинъ клиническій признакъ, о которомъ нигдѣ почти не упоминается. При гипертрофіяхъ влагалищной части, къ какой бы категоріи онѣ ни принадлежали, на задней поверхности, въ томъ мѣстѣ, гдѣ влагалищная часть переходитъ въ надвлагалищную, нерѣдко замѣчается перехватъ или бороздка. Явленіе это съ такимъ постоянствомъ мы наблюдали при гипертрофіяхъ, что можемъ, не обинуясь, считать его патогномическимъ по преимуществу. Третій важный дифференціальный признакъ между гипертрофіей и инфарктомъ шейки состоитъ въ томъ, что влагалищная часть можетъ быть гипертрофирована въ очень значительной степени, между тѣмъ какъ *corpus* и *fundus uteri* представляются или мало увеличенными въ объемѣ, или даже, сравнительно съ увеличенною влагалищною частью, кажутся какъ бы меньше нормальнаго. При инфарктахъ же шейки этого никогда не бываетъ. Если дѣло дошло до сколько нибудь значительнаго инфарктированія шейки, то инфарктъ непосредственно

съ влагалищной части переходитъ на тѣло, вслѣдствіе чего мы въ этихъ случаяхъ всегда получаемъ болѣе или менѣе рѣзко выступающій нижній отрѣзокъ матки. Въ дифференціальномъ отношеніи характерна также консистенція: при инфарктѣ влагалищная часть представляется твердою, неподатливою на оцупь; при гипертрофіяхъ же ткань упруга и болѣе или менѣе сочна. Что касается цвѣта, то въ просвѣтѣ зеркала инфарктированная влагалищная часть представляется несравненно болѣе блѣдною, чѣмъ гипертрофированная *portio vaginalis*.

Чтобы не смѣшать гипертрофію одной изъ губъ съ полипомъ (фибрознымъ), стоитъ разъ обратить вниманіе на то, что опухоль непосредственно переходитъ въ переднюю поверхность, полипъ же всегда выходитъ изънутри, т. е. изъ цервикальнаго канала.

Что касается, наконецъ, возможности смѣшать будто-бы гипертрофію влагалищной части съ карциномомъ, какъ увѣряетъ *Ben net*, то мы не можемъ допустить этого ни въ какомъ случаѣ. Допустивъ даже значительную степень изъязвленія вокругъ зѣва, все таки между консистенціей и формой гипертрофіи и ракомъ—пѣлая бѣздна. Впрочемъ, мы вернемся еще къ этому вопросу въ главѣ о новообразованіяхъ матки.

Какъ отличить гипертрофію влагалищной части отъ гипертрофіи надвлагалищной части шейки, а также отъ опущенія и выпаденія матки,—мы увидимъ ниже.

Этіологія. Прежде чѣмъ перейдемъ къ разбору этиологическихъ моментовъ, вліяющихъ на развитіе гипертрофіи влагалищной части, постараемся рѣшить вопросъ: какъ часто вообще встрѣчается это страданіе въ гинекологической практикѣ? Несмотря на всю любовь новѣйшей литературы къ статистикѣ вообще, мы не находимъ нигдѣ никакой попытки къ рѣшенію вышеупомянутаго вопроса. Только у *Marion Sims'a* \* находимъ нѣкоторые данныя, не относящіяся, правда, прямо къ нашему вопросу, а имѣющія къ нему только нѣкоторое отношеніе. На 218 замужнихъ и никогда нерожавшихъ женщинъ онъ нашелъ влагалищную часть удлинненною (*resp.* гипертрофированною) въ 123 случаяхъ, т. е. болѣе, чѣмъ у половины всего контингента безплодныхъ женщинъ. Цифра эта можетъ показаться съ перваго раза чрезмѣрною, но на основаніи нашихъ собственныхъ исчисленій она очень близко подходитъ къ истинѣ, какъ увидимъ ниже, когда коснемся вопроса о женскомъ безплодіи. Но если мы абстрагируемъ собственно отъ безплодія и возьмемъ отношеніе гипертрофіи влагалищной части къ общему числу гинекологическихъ больныхъ, то при этомъ получимъ слѣдующія данныя. Весь контингентъ нашихъ больныхъ распадается на три группы по мѣсту, гдѣ онѣ были наблюдаемы, и обнимаетъ всего 5112 больныхъ, изъ которыхъ на амбулаторную и женскую больницу Крестовоздвиженской

\* *Op. cit.*, p. 155.

общины приходится 2114, на амбулаторную и гинекологическое отделение завѣдываемаго мною Маринскаго родовспомогательнаго дома—2479 и больныхъ, принятыхъ у меня на дому, 570. Число гипертрофій на сказанное число больныхъ распредѣлялось слѣдующимъ образомъ:

	Общее число больныхъ.	Гипертр. в. ч.	% отнош.
Амбул. больн. Кр. Общ. . . . .	2114 *	145	6,85
Амбул. и гинек. отд. М. Р. Д. . . . .	2479	167	6,73
Больн., прин. на дому, . . . . .	570	65	11,40
Всего. . . . .	5163	377	8,32

Изъ приведенныхъ числовыхъ данныхъ видно, что гипертрофія влагалищной части, встрѣчаясь, среднимъ числомъ, въ 8,32 % всего числа больныхъ, страдающихъ половой сферой, составляетъ одну изъ самыхъ частыхъ гинекологическихъ формъ. Для тѣхъ, которые ближе интересуются этимъ вопросомъ, я считаю нужнымъ прибавить, что мы привели здѣсь всѣ встрѣтившіеся намъ случаи гипертрофіи какъ страданія самостоятельнаго, такъ и спутника другихъ патологическихъ формъ. Въ послѣднемъ случаѣ, какъ я самъ, такъ и ассистенты мои руководствовались общимъ клиническимъ правиломъ, а именно: въ виду патологической формы съ однимъ или нѣсколькими осложненіями называть ее именемъ того страданія, которое въ данномъ случаѣ имѣетъ болѣе серьезное клиническое значеніе.

Что касается отношенія числа отдѣльныхъ формъ гипертрофіи влагалищной части къ общему числу больныхъ, то для статистическихъ выводовъ мы беремъ здѣсь только больныхъ Крестовоздвиженской общины и нашихъ собственныхъ. На нихъ, на основаніи вышесказаннаго, приходится 210 случаевъ гипертрофіи;

изъ нихъ было:

Цилиндрической гипертрофіи . . . . .	83
Конической . . . . .	47
Кеннедѣвской . . . . .	32
Фолликулярной . . . . .	17
Сколотической . . . . .	15

Всего . . . . 194;

затѣмъ въ 16-ти случаяхъ не обозначена была форма гипертрофіи.

Нѣкоторыя формы гипертрофіи при внимательномъ изслѣдованіи и распросѣ больныхъ нельзя иначе считать какъ врожденными: сюда мы относимъ почти всѣ случаи конической (Récamier) и кеннедѣвской гипертрофіи. Положеніе это подтверждается тѣмъ, что всѣ субъекты, у которыхъ констатированы были вышеупомянутыя двѣ формы гипертрофіи, страдали разстрой-

\* Числовыя данныя по отношенію къ большинству гинекологическихъ формъ сообщены нами въ рядѣ статей, печатавшихся подъ именемъ «Клиническихъ замѣтокъ» по гинекологіи въ «Военно-Медицинскомъ Журналѣ» за 1868 г. ч.ч. 102 и 103.

ствомъ мѣсячныхъ (дисменореею) съ самаго наступленія ихъ и затѣмъ, вышедши замужъ, оставались безплодными.—Какимъ образомъ объяснить въ этихъ случаяхъ происхожденіе гипертрофіи? Отнести ее къ категоріи пороковъ первоначальнаго развитія,—значило бы объяснить очень мало. Во всякомъ случаѣ приходится допустить какое-то раздраженіе, дѣйствующее во время внутриутробной жизни и влекущее за собою формативный процессъ въ извѣстной части матки. Kiwisch допускаетъ возможность самостоятельной гипертрофіи, наступающей вдругъ, безъ всякихъ видимыхъ причинъ во время появленія первыхъ мѣсячныхъ.

Вліяніе родильнаго періода на развитіе гипертрофіи влагалищной части не можетъ подлежать никакому сомнѣнію. Это а priori доказывается уже однимъ тѣмъ, что гипертрофія встрѣчается почти у  $\frac{2}{3}$  рожавшихъ по одному и въ особенности по нѣскольку разъ. Но, кромѣ статистическихъ данныхъ, вліяніе родильнаго періода доказывается какъ нельзя яснѣе прямымъ клиническимъ наблюденіемъ. Въ самомъ дѣлѣ, стоить понаблюдать внимательно десятокъ родильницъ, чтобы убѣдиться въ томъ, что недостаточное обратное развитіе въ большинствѣ случаевъ высказывается въ нижнемъ отрѣзкѣ матки и въ особенности во влагалищной части, поэтому-то состояніе этой послѣдней мы обыкновенно принимаемъ за норму по отношенію къ обратному развитію матки послѣ родовъ. Допустивъ разъ этотъ фактъ, не могуціи подлежать никакому сомнѣнію, остается только рѣшить вопросъ: достаточно-ли этого одного, чтобы обусловить гипертрофію? Недостаточное обратное развитіе предполагаетъ, что, по истеченіи большаго или меньшаго промежутка времени, данная часть матки представляетъ избытокъ гистологическихъ элементовъ; но это состояніе одно, само по себѣ, еще не представляетъ гипертрофіи въ тѣсномъ смыслѣ, т. е. того патологическаго состоянія, которое мы здѣсь разматрируемъ. Для того, чтобы оно произошло, требуется, чтобы къ этому присоединилось еще одно обстоятельство, которое поддерживало-бы формативное раздраженіе, ведущее къ дальнѣйшему разращенію не одного гистологическаго элемента по преимуществу, а всѣхъ, т. е. почти всѣхъ элементовъ, входящихъ въ составъ пораженной части матки. Такимъ обстоятельствомъ, обладающимъ вышеупомянутыми свойствами, должно считать воспаленіе и притомъ такое, которое продолжается извѣстное время. Итакъ, въ развитіи гипертрофіи влагалищной части будутъ играть существенную роль два фактора: во-первыхъ, недостаточное обратное развитіе (subinvolutio) этой части матки послѣ родовъ, подготавливающее гистологическіе элементы, и во-вторыхъ, воспаленіе, дающее этимъ элементамъ импульсъ къ дальнѣйшему развитію или разращенію. Какимъ же образомъ, спрашивается, происходитъ гипертрофія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не предшествовало родильное состояніе, т. е. у женщинъ нерожавшихъ? Здѣсь приходится допустить вторичное развитіе ея послѣ предшествовавшихъ многократныхъ

воспалений и притомъ при особенно благоприятствующихъ тому обстоятельствахъ, т. е., что произведенное этими воспalenіями формативное раздраженіе коснулось не одного изъ гистологическихъ элементовъ (т. е. соединительной ткани), а всѣхъ элементовъ, входящихъ въ составъ пораженной влагалищной части. Для большинства авторовъ—гипертрофія всегда продуктъ, результатъ предшествовавшего воспalenія; мы же допускаемъ это не для всѣхъ случаевъ. Неудивительно, что мнѣнія на счетъ отношенія воспalenія къ развитію гипертрофіи, высказываемыя клиницистами, чрезвычайно сбивчивы, если и анатомопатологи не совсѣмъ уяснили себѣ этотъ вопросъ. Въ самомъ дѣлѣ, если допустить вышеприведенное мнѣніе, а именно, что гипертрофія влагалищной части есть ничто иное, какъ продуктъ воспalenія, то спрашивается: какая же разница между гипертрофіей влагалищной части въ тѣсномъ смыслѣ и инфарктомъ ея? А что разница, и притомъ очень важная въ анатомико-патологическомъ отношеніи, между этими двумя формами существуетъ несомнѣнно,—мы доказали выше. Что касается патологовъ по ремеслу, то напр. Klebs, говоря объ отношеніи воспalenія къ гипертрофіи, допускаетъ всю важность значенія воспalenія въ патологическомъ отношеніи, но вмѣстѣ съ тѣмъ оговаривается въ томъ смыслѣ, что вопросъ этотъ можетъ быть рѣшенъ отчасти клинически. Давно занимаясь вопросомъ объ гипертрофіи влагалищной части, я не могъ не убѣдиться въ томъ, что Klebs, вышеприведеннымъ положеніемъ высказалъ совершенно справедливую мысль. Мы пытались рѣшить этотъ вопросъ такимъ образомъ, что въ большинствѣ встрѣчавшихся намъ случаевъ гипертрофіи влагалищной части обращали тщательное вниманіе на качество и степень осложненій воспалительнаго свойства. Такъ-какъ мы зашли бы очень далеко, если бы *in extenso* хотѣли привести здѣсь всѣ результаты нашихъ наблюденій, то ограничусь тѣмъ, что позволю себѣ привести единственно только главныя положенія, какъ они были высказаны мною въ 1874 году въ запискѣ, читанной на этотъ счетъ въ здѣшнемъ акушерскомъ обществѣ.

1) Во всѣхъ случаяхъ гипертрофіи влагалищной части, за исключеніемъ тѣхъ, которые должно считать врожденными, всегда можно констатировать воспалительныя осложненія и притомъ чаще всего въ цервикальномъ каналѣ (всевозможные виды эндометрита), рѣже въ верхнихъ отдѣлахъ матки.

2) Чѣмъ менѣе развита гипертрофія, слѣдовательно, чѣмъ процессъ моложе, тѣмъ сильнѣе выступаютъ воспалительныя явленія и, наоборотъ,

3) Чѣмъ сильнѣе выражена гипертрофія, тѣмъ болѣе воспалительныя явленія отступаютъ на задній планъ и, наконецъ, совсѣмъ исчезаютъ.

На основаніи приведенныхъ выводовъ позволительно, кажется, прийти къ заключенію, что воспalenіе, по отношенію къ гипертрофіи, безъ сомнѣнія играетъ роль, но роль эта ограничивается

лишь тѣмъ, что оно даетъ толчекъ формативному процессу. Разъ толчекъ этотъ данъ, воспаленіе начинаетъ ослабѣвать или даже совсѣмъ исчезать, а гипертрофія между тѣмъ идетъ дальше, пока не достигнетъ извѣстной степени.

Предсказаніе, вообще говоря, довольно серьезно, съ одной стороны вслѣдствіе вышесказанныхъ przypadковъ, обусловливаемыхъ гипертрофіей, съ другой же стороны потому, что гипертрофія туго поддается леченію. Предсказаніе въ особенности неблагоприятно по отношенію къ дѣторожденію. «Если, говоритъ M. Sims \*, влагалищная часть на  $1/2''$  вдается въ рукавъ, то въ подобномъ случаѣ, вѣроятно, будемъ имѣть дѣло съ безплодіемъ. Если же влагалищная часть еще длиннѣе, напр. около  $1''$ , то безплодіе будетъ почти необходимымъ послѣдствіемъ этого; если же гипертрофированная влагалищная часть доходитъ до  $1\frac{1}{2}''$ — $2''$ , то безплодіе будетъ абсолютное». Наши личные наблюденія какъ нельзя болѣе подтверждаютъ мнѣніе Sims'a. Если мы наблюдали беременность въ этихъ случаяхъ, то исключительно только при частичной гипертрофіи губъ и притомъ одной изъ нихъ. Уже вслѣдствіе одного этого обстоятельства,—именно безплодія, гипертрофія влагалищной части составляетъ серьезное страданіе и заслуживаетъ всего вниманія клинициста. Если мы выше сказали, что рассматриваемая нами патологическая форма туго поддается терапіи, то мы этимъ, однако, ничуть не думаемъ утверждать, чтобы леченіе гипертрофіи было безнадежно. Наоборотъ, при сколько нибудь значительномъ терпѣніи больной и выдержкѣ со стороны врача, можно нерѣдко достигнуть весьма блестящихъ результатовъ. Правда, весьма рѣдко удается устранить безплодіе, особенно если гипертрофія продолжается слишкомъ долго и выражена очень сильно, но за то можно навѣрно почти справиться съ другими przypadками. Говоря о предсказаніи, мы желали бы обратить вниманіе начинающаго на одно обстоятельство, которое, къ сожалѣнію, весьма часто упускается изъ виду въ практикѣ. Дѣло въ томъ, что нерѣдко утѣшаютъ больныхъ, если клиническія явленія выражены не особенно сильно, тѣмъ, что нечего особенно настаивать на леченіи. Это ошибка, которая можетъ повлечь за собою печальные послѣдствія. Во-первыхъ, терапія можетъ быть умѣстна особенно въ началѣ; поэтому мы особенно охотно приступаемъ къ ней вскорѣ послѣ родовъ (недѣль чрезъ 6—8). Во-вторыхъ, нужно заблаговременно приступать къ леченію и потому еще, что гипертрофія влагалищной части, достигнувъ даже не особенно значительной степени, оказываетъ положительное вліяніе на положеніе и очертаніе матки. Въ самомъ дѣлѣ, по мѣрѣ того, какъ удлиняется влагалищная часть, тѣло матки подается взадъ и мало-по-малу развивается наклоненіе матки взадъ (retroversio), степень котораго будетъ соответствовать степени удлиненія влагалищной части. На-

\* Op. cit., p. 156.



оборотъ, если дно матки не поддается назадъ, то передняя поверхность матки изогнется впередъ, т. е. произойдетъ anteflexio, обыкновенно 2-й степени. Сказанныя измѣненія въ положеніи и очертаніи матки составляютъ необходимое явленіе компенсаціи, путемъ которой природѣ удастся удержать матку in loco; въ противномъ случаѣ произойдетъ смѣщеніе ея внизъ по проводной линіи таза.

Леченіе. Въ этомъ отношеніи между представителями старинной и новѣйшей гинекологіи существуютъ весьма сильныя разногласія. Въ то время, какъ первые общались себѣ очень много отъ мѣстной гинекологической терапіи въ тѣсномъ смыслѣ, вторые видятъ спасеніе только въ ножѣ: коль скоро сдѣлана діагностика гипертрофіи влагалищной части, ничего болѣе не остается дѣлать, какъ срѣзать то, что кажется лишнимъ. Мы ни въ какомъ случаѣ не можемъ согласиться съ подобнымъ исключительнымъ мнѣніемъ, какъ оно высказано было, напр., въ послѣднее время Schroeder'омъ\*, что будто бы исцѣленія гипертрофіи можно ожидать только отъ ампутаціи. Представители этого крайняго мнѣнія забываютъ повидимому, что до тѣхъ степеней гипертрофіи, гдѣ абсолютно показана ампутація, существуетъ цѣлый рядъ переходныхъ степеней, гдѣ ампутація положительно непримѣнима, или же примѣнима только съ значительной опасностью для больной и гдѣ тѣмъ не менѣе припадки выражены въ такой степени, что необходимо дѣйствовать. На основаніи вышеприведеннаго клиническаго матеріала, котораго, по истинѣ, нельзя назвать скуднымъ, мы позволяемъ себѣ вооружаться противъ подобныхъ исключительныхъ мнѣній, какими бы авторитетами они ни высказались, — и утверждать, что ампутація имѣетъ положительное показаніе лишь тамъ, гдѣ гипертрофированная влагалищная часть на  $\frac{1}{2}$ " не доходитъ до тазоваго выхода, или даже торчитъ изъ него наружу. Тоже самое показаніе примѣнимо и къ фолликулярной гипертрофіи, при леченіи которой мы руководствуемся тѣми же показаніями, какъ при полипахъ вообще. Во всѣхъ случаяхъ можно обойтись безъ ампутаціи и, тѣмъ не менѣе, достигать весьма удовлетворительныхъ результатовъ. Здѣсь мы ограничимся пока установкой показанія къ ампутаціи, а технику ея и все, что къ ней относится, мы рассмотримъ позже, когда будемъ говорить объ гипертрофіи надвлагалищной части маточной шейки.

При гинекологическомъ леченіи гипертрофіи влагалищной части прежде съ большою любовью прибѣгали къ прижиганіямъ и мѣстнымъ кровопусканіямъ. Что касается первыхъ, то едва ли найдется хотя одно каустическое средство, какъ изъ ряда cauteria actualia, такъ и potentialia, которыя не были примѣнимы въ данномъ случаѣ, а поэтому мы не станемъ исчислять ихъ здѣсь.

\* Handb. der Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane. Leipzig, 1881, p. 77.

Существенная цѣль употребленія ихъ состояла въ томъ, чтобы послويدно уничтожить избытокъ элементовъ. Намъ нечего говорить о томъ, что эта цѣль достигалась очень плохо или вовсе не достигалась. Обыкновенно *cauteria* дѣйствуютъ поверхностно; если же дѣйствовать болѣе энергически, то раздраженіе выйдетъ очень сильное и достигнется какъ разъ противоположный результатъ. Кроме того, дѣйствовать энергически каленымъ желѣзомъ близко къ сводамъ—не безопасно (возможность развитія перитонита). Поэтому то *cauteria* почти совершенно оставлены, за исключеніемъ немногихъ гинекологовъ, прибѣгающихъ къ нимъ еще отъ времени до времени: такъ, *Ben net*, употребляющій въ этихъ случаяхъ *kali caustic.*, *Courty*, предпочитающій свѣтильный газъ и др. Мы лично въ очень немногихъ случаяхъ до сихъ поръ прибѣгали къ каленному желѣзу, это именно тамъ, гдѣ мы имѣли дѣло съ чрезвычайнымъ развитіемъ фолликулъ на слабо гипотрофированной почвѣ. Здѣсь, по предварительномъ прокалываніи фолликулъ, мы прижигали (отъ 1—3 разъ) поверхность, на которой они сидѣли, и успѣхъ былъ весьма удовлетворительный.

Въ послѣдніе годы, имѣя дѣло съ частично гипертрофіей въ особенности передней губы, дававшей весьма продолжительныя и обильныя мѣсячныя, мы съ большимъ успѣхомъ прибѣгали къ каленному желѣзу (*Raquelin*). Въ подобныхъ случаяхъ приходится въ нѣсколькихъ мѣстахъ прижигать очень энергически. Одно или нѣсколько подобныхъ прижиганій не только устраняетъ главный припадокъ—кровотеченія, но даетъ также могущественный импульсъ уменьшенію всей влагалищной части.

Послѣ того, какъ убѣдились въ бесполезности, а иногда и вредѣ каустическихъ средствъ, въ особенности же *cauter. actual.*, большинство гинекологовъ стало прибѣгать къ примѣненію къ пораженной поверхности различныхъ, такъ называемыхъ *ра з р ѣ ш а ю щ и х ъ*, каковы *mercuroalia* всевозможныхъ видовъ и въ особенности же іодъ и бромъ. Особенною репутацией въ этомъ случаѣ пользовался и продолжаетъ пользоваться іодъ и, можетъ быть, ни однимъ средствомъ никогда такъ не злоупотребляли такъ, какъ іодомъ, которымъ пользуется вкривь и вкосъ невѣжественная, а нерѣдко безсовѣстная рутинна. Іодъ (въ видѣ смазыванія влагалищной части *tinctura jodi*), безъ сомнѣнія, могущественное *absorbens*, но, по истинѣ, не въ томъ видѣ, какъ его часто употребляютъ,—т. е. чрезъ 1—2 дня, а иногда каждый день смазываютъ влагалищную часть, забывая, что въ этомъ случаѣ іодъ дѣйствуетъ не какъ *resorbens*, а какъ средство чисто каустическое. Если вспомнимъ, какъ часто и въ какой степени гипертрофія влагалищной части сопровождается воспалительными явленіями со стороны цервикальнаго канала и другихъ частей матки, то поймемъ—какъ нераціоналенъ и вреденъ подобный образъ дѣйствія.

Къ кровопусканіямъ прибѣгали еще чаще, чѣмъ къ каустическимъ средствамъ и въ настоящее время это составляетъ одно изъ самыхъ частыхъ средствъ въ терапіи гипертрофіи матки. Въ этомъ случаѣ господствуетъ замѣчательное единомысліе между

всѣми гинекологами, разница только въ томъ, что одни прибѣгаютъ къ приставленію пиявокъ къ влагалищной части, другіе же къ скарификаціямъ.

Изложивъ вкратцѣ общія начала, которыми руководствуются при леченіи гипертрофіи матки, постараемся какъ можно яснѣе изложить тотъ способъ леченія, котораго мы придерживаемся въ этомъ случаѣ.

На основаніи того, что сказано было нами объ отношеніи воспалительныхъ явленій къ гипертрофіи влагалищной части, понятно, какъ нельзя болѣе, что терапия должна строго различать ихъ и поэтому приходится дѣйствовать противъ нихъ отдѣльно. Въ этой простой истинѣ состоитъ весь секретъ успѣшнаго исхода. Такъ-какъ, по нашему мнѣнію, воспалительныя осложненія поддерживаютъ формативный процессъ, то поэтому-то мы прежде всего и нападаемъ на воспаленіе и дѣйствуемъ на основаніи правилъ, которыя изложены будутъ ниже, какъ будто бы мы имѣли дѣло съ простымъ воспаленіемъ того или другаго отдѣла влагалищной части, не обращая пока никакого вниманія на самую гипертрофію. Только устранивъ въ большей или меньшей степени воспалительныя осложненія, т. е. въ такое время, когда нечего опасаться усиленія раздраженія, приступаемъ собственно къ леченію гипертрофіи. Первое мѣсто въ этомъ случаѣ занимаютъ мѣстныя кровопусканія и притомъ на основаніи того, что сказано нами въ общей гинекологической терапіи, не помощью пиявокъ, а скарификаціей. Эти послѣднія имѣютъ въ этомъ случаѣ троякаго рода цѣль: онѣ уменьшаютъ избытокъ крови, разрушаютъ поверхностно лежащіе сосуды и, наконецъ, усиливаютъ всасываніе средствъ, которыя мы направляемъ на большую часть. Смотря по степени гипертрофіи, скарификаціи дѣлаются то чаще, то рѣже, но во всякомъ случаѣ не чаще двухъ разъ въ недѣлю, потому что, въ противномъ случаѣ, онѣ вмѣсто пользы принесутъ лишь вредъ тѣмъ, что усилятъ раздраженіе, чего мы особенно боимся. Если дѣло идетъ преимущественно объ гипертрофіи одной, или обѣихъ губъ, причемъ увеличенъ особенно поперечный размѣръ влагалищной части, то прибѣгаемъ преимущественно къ поверхностнымъ, но многочисленнымъ (6—8) надрѣзамъ, помощью саблевиднаго скарификатора, причемъ одинъ разъ скарифицируемъ одну, напр. переднюю, другой же разъ другую, т. е. заднюю губу. Если же гипертрофія выражена еще сильнѣе, причемъ влагалищная часть отдаетъ синеватымъ отливомъ и желательнo получить больше крови, то надрѣзы замѣняемъ болѣе или менѣе глубокими уколами, которыхъ обыкновенно дѣлается меньше, чѣмъ надрѣзовъ (4—6). Давши кровотоку нѣкоторое время и иногда усиливая кровотеченіе помощію горячаго рукавнаго душа (черезъ зеркало), прибѣгаемъ каждый разъ къ небольшому тампону, верхушка котораго смазывается слабымъ растворомъ глицерина въ водѣ (1 ч. на 3 ч.). По мѣрѣ того, какъ скарифицируемая часть становится розовѣе цвѣтомъ,

или даже блѣднѣе, мы дѣлаемъ надрѣзы и уколы на другихъ мѣстахъ. Если имѣемъ дѣло съ эктропированными губами, то особенно охотно дѣлаемъ уколы на вывороченной похерхности губъ. При зянїи зѣва можно скарифицировать внутреннюю поверхность цервикальнаго канала также смѣло, какъ и наружную поверхность влагалищной части. Трудно представить общее правило относительно того, на какую глубину должно погружать иглу въ большую ткань; мы обыкновенно вкалываемъ на  $\frac{1}{4}$ —1 центим.; нѣсколькихъ такихъ уколовъ совершенно достаточно, чтобы получить довольно значительное количество крови. Мы ни въ какомъ случаѣ не можемъ согласиться съ Spigelberg'омъ, утверждающимъ, что уколы можно дѣлать очень глубоко, чтобы они проникали почти чрезъ всю длину влагалищной части. Въ нѣсколькихъ случаяхъ, гдѣ мы дѣйствовали такимъ образомъ, непосредственно за этимъ больныя жаловались на сильныя схватывающія боли въ тазовой сторонѣ и мучительныя припадки со стороны пузыря (*ischuria* и *dysuria*), причемъ можно было констатировать сильную гиперемію матки. Вообще, производя скарификаціи и въ особенности уколы, нужно предписать больной возможное спокойствіе и запрещать всякое, сколько-нибудь усиленное движеніе, въ особенности въ тотъ день, когда производится эта маленькаа операція.

Такимъ образомъ мы поступаемъ до тѣхъ поръ, пока гипертрофированная влагалищная часть не представитъ рѣзкихъ измѣненій въ наружномъ своемъ видѣ, а именно пока она не станетъ меньше, менѣе эластична и блѣднѣе цвѣтомъ. Когда наступаютъ эти явленія, тогда уколы замѣняемъ болѣе поверхностными скарификаціями и каждый разъ непосредственно послѣ этого смазываемъ скарифицированную часть разрѣшающими веществами, начиная обыкновенно съ слабыхъ растворовъ и замѣняя ихъ болѣе крѣпкими. Мы обыкновенно употребляемъ растворы *tincturae jodi*, сначала 1 на 4 чч. глицерина, затѣмъ аа; весьма рѣдко употребляемъ чистую настойку *per se*, такъ-какъ послѣ этого мы нерѣдко замѣчали, что влагалищная часть представляется сильно гиперемированною и поэтому приходится на нѣсколько дней прекращать леченіе.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы желаемъ подѣйствовать вяжущими (при изъязвленіяхъ губъ на гипертрофированной почвѣ), мы обыкновенно прибѣгаемъ къ смѣси *tinct. jodi + tinct. gallarum*. Если имѣемъ дѣло съ обширною гипертрофіей губъ, причемъ онѣ сильно выворочены наружу, то смазываніе такой обширной поверхности, даже слабыми растворами іода, влечетъ за собою довольно сильное еще раздраженіе, которое сказывается болями внизу живота и крестцовой сторонѣ, а поэтому мы въ подобныхъ случаяхъ замѣняемъ іодъ препаратами брома. Обыкновенно мы беремъ растворъ *bromidi potassae*  $\mathcal{J}$  на *glycerini*  $\mathcal{J}$ jjj; послѣ уколовъ тампонируемъ, смазывая верхушку тампона сказаннымъ растворомъ. Вообще, чѣмъ бы ни смазывали влагалищную часть, нужно всегда

прибѣгнуть къ послѣдовательной тампонадѣ, чтобы защитить большую поверхность отъ стѣнокъ рукава. Въ случаяхъ застарѣлыхъ, гдѣ желательно чаще приводить въ прикосновеніе пораженную влагалищную часть съ разрѣшающими веществами, мы назначаемъ ежедневное введеніе въ рукавъ врачебныхъ шариковъ (globuli) изъ іода и брома, въ особенности послѣдняго, какъ менѣе раздражающаго. Очень желательно, чтобы введеніе шаровъ дѣлалось опытною рукою, такъ-какъ больныя сами рѣдко могутъ справиться съ этимъ какъ слѣдуетъ; поэтому ихъ надо по крайней мѣрѣ научить—какъ это дѣлать.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ о такой гипертрофій влагалищной части, которая влечетъ за собою суженіе цервикальнаго канала и въ особенности наружнаго зѣва, —вышесказанная терапія плохо и притомъ чрезвычайно медленно ведетъ къ цѣли. При подобныхъ обстоятельствахъ настаивать на скарификаціяхъ и мѣстномъ употребленіи разрѣшающихъ—значило бы терять драгоценное время и заставлять большую напрасно страдать (дисменорея). Здѣсь остается только прибѣгнуть къ методическому расширенію цервикальнаго канала. Мы имѣли возможность наблюдать столько быстрыхъ и блестящихъ успѣховъ отъ расширенія цервикальнаго канала при подобныхъ условіяхъ, что не можемъ достаточно рекомендовать его. Сущность быстрого и благоприятнаго дѣйствія въ этомъ случаѣ глубоко—объяснить не трудно, если вспомнимъ, что онѣ, съ одной стороны, устраняють лучше всякихъ другихъ средствъ одинъ изъ существенныхъ факторовъ, съ которыми мы имѣемъ дѣло при гипертрофій, именно катарръ; съ другой же стороны, она редуцируетъ гиперплазированную ткань прижатіемъ и вѣроятно также уничтоженіемъ поверхностныхъ сосудовъ. Вслѣдствіе-то этого одинъ изъ лучшихъ американскихъ гинекологовъ, именно д-ръ Emmet, увѣряетъ, что помощью глубоко онъ при гипертрофіяхъ влагалищной части въ одну недѣлю достигалъ болѣе, чѣмъ другими средствами въ два или три мѣсяца.

Мы привели здѣсь почти слово въ-слово, что сказано нами о дѣйствіи глубоко при гипертрофіяхъ влагалищной части десять лѣтъ тому назадъ. См. наши клиническія замѣтки по гинекологіи, С.-П.-б. 1871, стр. 89—90. Послѣдовательныя наблюденія еще болѣе утверждаютъ насъ въ этомъ мнѣніи. Если я въ настоящее время имѣю дѣло съ кеннедѣвской гипертрофіей, то вовсе не дѣлаю скарификацій и пр., а прямо приступаю къ расширенію. Здѣсь задача не въ томъ, чтобы укоротить на столько-то влагалищную часть; лишь бы устранить суженіе цервикальнаго канала и мы достигнемъ всего, что требуется отъ терапіи, именно, устранимъ дисменорею, а нерѣдко также и безплодіе. Не мало случаевъ такъ называемаго чудеснаго исцѣленія безплодія, которые мы наблюдали въ послѣдніе годы, принадлежать именно къ этой категоріи. Тамъ, гдѣ мы имѣли дѣло съ очень неподатливымъ зѣвомъ, обнаруживавшимъ постоянно склонность суживаться, мы кромѣ расширенія прибѣгали къ послѣдовательнымъ разрѣзамъ зѣва (hysterotomia). Точно такимъ же образомъ мы поступаемъ при конической (врожденной) гипертрофій, съ тою только разницею, что здѣсь дѣлаемъ болѣе глубокие боковые надрѣзы зѣва. Впрочемъ, объ этомъ вопросѣ мы еще подробно поговоримъ при изложеніи дисменореи.

## б). Гипертрофія надвлагалищной части маточной шейки.

Это тотъ видъ гипертрофіи, который Huguier описалъ подъ именемъ *allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col (élongation cervico-uterine)*. Что гипертрофія этой части маточной шейки существуетъ несомнѣнно,—извѣстно всякому сколько нибудь опытному гинекологу, хотя встрѣчается далеко не столь часто, какъ утверждалъ Huguier. Гипертрофія надвлагалищной части матки можетъ быть двоякаго рода: самостоятельная и вторичная или послѣдовательная, т. е. такая, которая сопровождается выпаденіемъ матки въ тѣсномъ смыслѣ. Такъ-такъ объ этой формѣ, какъ неизмѣняющей самостоятельнаго значенія, сказано будетъ въ главѣ о смѣщеніяхъ матки, то здѣсь мы займемся разсмотрѣніемъ только первичной или самостоятельной гипертрофіи надвлагалищной части матки.

Съ анатомико-патологической точки зрѣнія само названіе этого рода гипертрофіи достаточно характеризуетъ сущность измѣненій, которыя она должна представлять. Гиперпластическій процессъ начинается съ той части маточной шейки, которая лежитъ непосредственно надъ рукавнымъ сводомъ и характерно при этомъ то, что процессъ, продолжавшійся извѣстное время, не идетъ вверхъ, т. е. на тѣло матки, а внизъ. Вслѣдствіе этого мы во всѣхъ подобныхъ случаяхъ констатируемъ большее или меньшее удлиненіе полости матки; Huguier цитируетъ случаи, въ которыхъ длина полости матки доходила до 20 сантиметровъ. По мѣрѣ того какъ увеличивается въ объемѣ надвлагалищная часть маточной шейки, она, какъ уже сказано, растетъ по направленію книзу и это обстоятельство, само собою, должно оказывать вліяніе на состояніе сводовъ рукава, т. е. они должны податься внизъ; это будетъ продолжаться до тѣхъ поръ, пока не произойдетъ совершенный выворотъ (*inversio*) ихъ наружу. Поэтому-то маточная шейка, съ одной стороны, вслѣдствіе разращенія надвлагалищной части ея, съ другой же—вслѣдствіе смѣщенія свода рукава книзу, подается ближе и ближе къ выходу таза и наконецъ въ большей или меньшей степени торчитъ изъ него наружу, т. е. выходитъ изъ половой расщелины. Однимъ словомъ, получается картина, которая на первый взглядъ ничѣмъ не отличается отъ обыкновеннаго выпаденія матки. Но анатомически между этими двумя патологическими формами, столь сходными на первый взглядъ, существуетъ громадная разница: въ первомъ случаѣ дно матки почти, или совсѣмъ занимаетъ свое нормальное мѣсто въ тазу, между тѣмъ какъ во второмъ случаѣ вмѣстѣ съ маткою смѣщается (т. е. опускается внизъ) и дно ея. Поэтому-то Virchow гипертрофію надвлагалищной части маточной шейки, вслѣдствіе обуславливаемой ею клинической картины, и назвалъ выпаденіемъ матки безъ смѣщенія дна ея. Торчащая наружу ма-

точная шейка представляет обыкновенно тѣ-же анатомико-патологическія измѣненія, какъ и при настоящемъ выпаденіи матки: зѣвъ обыкновенно зіяющій слегка, поперечно растянутый и въ ближайшемъ сосѣдствѣ его замѣчается потеря существа, начиная съ простаго слущиванія эпителія до глубокихъ язвъ. Что касается состоянія сосѣднихъ органовъ, а именно: мочевого пузыря и прямой кишки, то, по мѣрѣ увеличенія въ объемѣ надвлагалищной части маточной шейки, они вмѣстѣ съ нею должны смѣщаться внизъ. Да иначе и быть не можетъ, если вспомнимъ въ какой тѣсной анатомической связи эта часть матки находится съ пузыремъ и прямой кишкой. Поэтому-то при разсматриваемомъ видѣ гипертрофіи постоянно замѣчается смѣщеніе въ особенности пузыря (образование дивертикула); тоже самое должно сказать на счетъ задняго брюшинаго покрова матки, который обыкновенно смѣщается внизъ весьма сильно. При такомъ измѣненіи въ положеніи надвлагалищной части матки и сводовъ рукава,—спрашивается: что дѣлается съ положеніемъ и очертаніемъ матки? Къ сожалѣнію, до сихъ поръ на это обстоятельство обращено очень мало вниманія. Во всѣхъ почти представившихся намъ случаяхъ гипертрофіи надвлагалищной части матки, эту послѣднюю мы находимъ почти всегда въ состояніи наклоненія взадъ (*retroversio*), или же одноименнаго загиба (*retroflexio*). Это особенно рѣзко выступаетъ, когда стараются вставить выпавшій органъ въ полость таза. Намъ всегда казалось, что, если въ разсматриваемыхъ случаяхъ матка еще не болѣе торчитъ наружу, чѣмъ это бываетъ на самомъ дѣлѣ, то, благодаря лишь этому обстоятельству, а именно—смѣщенію ея взадъ. Что же касается того, почему мы здѣсь постоянно наблюдаемъ наклоненіе или загибъ взадъ, то это безъ сомнѣнія зависитъ отъ анатомическихъ измѣненій (сглаживанія) задняго дугласова пространства.

Этіологія. Послѣ всего того, что сказано нами выше о причинахъ гипертрофіи вообще, мы считаемъ излишнимъ еще разъ распространиться здѣсь о нихъ. Но почему, спрашивается, гипертрофія поражаетъ только надвлагалищную часть матки? Что это дѣйствительно бываетъ такъ.—доказывается множественностью случаевъ, гдѣ влагалищная часть при этомъ не измѣнена, или же измѣнена очень мало (Huguier, Courty и др.) Для того, чтобы объяснить ближайшую этиологическую сущность разсматриваемой нами формы гипертрофіи Cruveilhier, кажется, первый утверждалъ, что гипертрофія надвлагалищной части составляетъ всегда вторичное явленіе, слѣдующее за выпаденіемъ стѣнокъ рукава. Въ новѣйшее время мнѣніе это защищал Spiegelberg и съ нимъ, повидимому, совершенно соглашается Schröder\*.

Изъ гинекологовъ послѣ Cruveilhier мнѣніе это высказалъ первый Ch. West\*\*. Повѣряя это мнѣніе собственными наблю-

\* Op. cit. 1 p. 76.

\*\* On diseases of women. Lond. 1858, p. p 96, 158 и 160.

деніями, мы никакъ не можемъ согласиться съ этимъ, по той простой причинѣ, что мы видали множество случаевъ выпаденія стѣнокъ рукава, продолжавшагося годами и тѣмъ не менѣе гипертрофіи надвлагалищной части при этомъ не бывало. Тамъ-же, гдѣ выпаденіе стѣнокъ рукава влекло за собою выпаденіе матки, гипертрофія являлась послѣ этого, какъ явленіе вторичное, послѣдовательное. Если, кромѣ того, вникнуть хорошенько въ вышеказанное мнѣніе, то оно едва ли выдерживаетъ критику. При выпаденіи стѣнокъ рукава, говорятъ упомянутые авторы, онѣ, потягивая за собою надвлагалищную часть шейки, раздражаютъ ее и такимъ образомъ ведутъ къ гипертрофіи ея. Пока дѣло дойдетъ до выпаденія стѣнокъ, въ нихъ предварительно происходитъ такой глубокой упадокъ тонуса, что странно говорить о раздраженіи, производимомъ в ялыми стѣнками. Кромѣ того, въ большинствѣ случаевъ выпаденіе стѣнокъ рукава происходитъ въ нижней  $\frac{1}{3}$  ихъ, слѣдовательно далеко отъ сводовъ, а тѣмъ болѣе отъ надвлагалищной части маточной шейки.

Что касается того, какъ часто встрѣчается разсматриваемая форма гипертрофіи, то, на основаніи нашихъ личныхъ наблюденій, она какъ абсолютно, такъ и въ особенности относительно другихъ видовъ гипертрофіи, составляетъ весьма рѣдкое явленіе въ гинекологической практикѣ: на все вышеупомянутое число больныхъ (болѣе 5000) мы встрѣтили ее всего 14 разъ. Если Huguier утверждаетъ противное, то это можно приписать лишь увлеченію новизной, какъ это такъ часто бываетъ въ медицинѣ.... Въ самомъ дѣлѣ, Huguier увѣряетъ, что въ теченіе 15 лѣтъ онъ наблюдалъ 64 случая своего *allongement hypertrophique sus-vaginale*; въ этомъ числѣ, по его словамъ, было всего два (sic!) случая собственно того, что называютъ выпаденіемъ матки. Впрочемъ, по этому поводу столько уже возражали Huguier, что считаемъ излишнимъ доказывать несостоятельность приводимыхъ имъ цифръ.

Въ то время, какъ на другія формы гипертрофіи (Кеннедѣвской, а отчасти и цилиндрической) приходится большое число субъектовъ никогда не рожавшихъ, гипертрофія надвлагалищной части маточой шейки во всѣхъ нашихъ наблюденіяхъ встрѣчалась у женщинъ, рожавшихъ по одному или нѣсколько разъ.

Вотъ какъ число родовъ было распределено въ нашихъ 14 случаяхъ:

Число больныхъ:	Рожали:
3.	1 разъ.
4.	2 раза.
1.	3 »
2.	5 разъ.
2.	7 »
1.	9 »
1.	11 »

Всего 14.

Всего 38 разъ.



Изъ этого видно, что на каждую большую, страдавшую гипертрофіей надвлагалищной части, среднимъ числомъ, приходится по 2, 7 родовъ. Что касается возраста нашихъ больныхъ, то младшей изъ нихъ было 27, а старшей 46; вообще-же можно сказать, что гипертрофія надвлагалищной части встрѣчается на высотѣ половой дѣятельности женщины и, во всякомъ случаѣ, въ болѣе раннемъ возрастѣ, чѣмъ собственно выпаденіе матки.

Клиническія явленія, обуславливаемые разбираемой формой гипертрофіи, весьма сильно напоминаютъ картину выпаденія матки, потому что въ томъ и другомъ случаѣ они зависятъ отъ измѣненія анатомическихъ отношеній между маткой и сосѣдними органами. Обыкновенно болѣзнь развивается тихо, исподволь, такъ-что проходятъ иногда годы, пока больная начинаетъ жаловаться. Первоначальные припадки состоятъ въ непріятномъ ощущеніи въ глубинѣ таза, сопровождаемомъ чувствомъ напирания на тазовой выходъ («выпираетъ»—говорятъ больныя). Когда дѣло дошло до того, что маточная шейка (влагал. часть) начинаетъ торчать наружу изъ половой расщелины, то къ выпесказаннымъ неперіятнымъ ощущеніямъ присоединяется разстройство въ мочеиспусканіи и испражненіи низомъ. Разстройство со стороны пузыря можетъ выражаться очень различно: то мы имѣемъ дѣло съ чрезмѣрно частымъ позывомъ, то съ болѣзненнымъ мочеиспусканіемъ, то, наконецъ, съ болѣе или менѣе полнымъ задержаніемъ мочи. Это послѣднее явленіе встрѣчается, впрочемъ, несравненно рѣже первыхъ двухъ. Въ случаѣ задержанія мочи больныя инстинктивно помогаютъ себѣ тѣмъ, что онѣ принимаютъ различное положеніе во время опоражниванія пузыря, чаще-же всего онѣ предварительно вправляютъ матку, т. е. восстанавливаютъ до извѣстной степени правильность анатомическихъ отношеній между этимъ органомъ и сосѣдними частями. Что касается выдѣленія изъ родовыхъ путей, то здѣсь замѣчаются тѣ же отношенія, что и при другихъ формахъ гипертрофіи, т. е. въ началѣ мы имѣемъ дѣло съ усиленнымъ выдѣленіемъ слизи, которое съ теченіемъ времени все болѣе и болѣе унимается и, наконецъ, совсѣмъ пропадаетъ. Впрочемъ, мы должны сказать, что при гипертрофіи надвлагалищной части весьма рѣдко наблюдается столь обильное слизетеченіе, какъ при нѣкоторыхъ другихъ формахъ, напр. цилиндрической. Мѣсячныя всегда гораздо обильнѣе нормального, но опять также только въ началѣ; впоследствии они принимаютъ нормальный характеръ, они даже становятся скуднѣе, чѣмъ были до болѣзни. По большинству авторовъ, мѣсячныя у подобныхъ субъектовъ продолжаются болѣе или менѣе далеко за обыкновенный климактерическій возрастъ. Наконецъ, нечего, кажется, упоминать о томъ, что при надвлагалищной гипертрофіи, какъ и при другихъ формахъ значительной гипертрофіи влагалищной части, coitus болѣзненъ, а иногда и невозможенъ вовсе.

Заканчивая клиническую картину, обуславливаемую надвла-

галищной гипертрофіей, мы должны упомянуть объ одномъ припадкѣ, о которомъ очень мало толкуютъ авторы. Дѣло въ томъ, что у больныхъ, одержимыхъ сказанною патологической формой, нерѣдко отъ самыхъ, повидимому, незначительныхъ причинъ являются болѣе или менѣ сильное воспаление задняго серознаго покрова матки (perimetritis), заставляющее ихъ страдать очень сильно и долго. Въ числѣ нашихъ наблюденій въ этомъ отношеніи намъ особенно памятны три случая (въ томъ числѣ одинъ госпитальный, въ которомъ, вслѣдствіе развивавшагося интеркурентнаго периметрита, на нѣсколько недѣль приходилось откладывать операцію). Въ одномъ изъ сказанныхъ случаевъ можно было обвинять физическое чрезмѣрное напряженіе (больная была прачка); въ другомъ—сама больная обвиняла coitum nimium и, наконецъ, въ третьемъ вовсе нельзя было доискаться причины. Какъ-бы то ни было, наклонность подобныхъ больныхъ къ периметриту (объясняющемуся хроническимъ раздраженіемъ брюшиннаго покрова матки и въ особенности задней пластинки ея) заслуживаетъ серьезнаго вниманія клинициста уже потому, что периметритъ влечетъ за собою сращеніе съ сосѣдними органами, что, въ свою очередь, можетъ повести къ неблагоприятнымъ послѣдствіямъ по отношенію къ оперативному пособію.

Распознаваніе надвлагалищной гипертрофіи, когда дѣло доходитъ до того, что большая или меньшая часть органа торчитъ наружу, не можетъ и не должна представлять никакихъ затрудненій, такъ-какъ сущность страданія опредѣляется простымъ осмотромъ. Но, скажутъ, вѣдь и простое, т. е. не осложненное гипертрофіей выпаденіе матки, представляетъ тѣ же самыя явленія. Въ чемъ же тутъ разница? Смѣшать эти два патологическихъ состоянія—нѣтъ никакой возможности и если Huguier на возможности подобныхъ ошибокъ основывалъ свое мнѣніе на счетъ того, что надвлагалищная гипертрофія составляетъ столь частое страданіе,—то это, по истинѣ, значить сомнѣваться въ самой обыденной гинекологической діагностикѣ. Простое выпаденіе матки отличается отъ надвлагалищной гипертрофіи тѣмъ, что дно матки въ первомъ случаѣ смѣщено внизъ; возможно ли, спрашивается, не узнать подобнаго простаго клиническаго явленія? Еще одно: при выпаденіи матки, простомъ, не осложненномъ гипертрофіей, влагалищная часть весьма часто (если даже не въ большинствѣ случаевъ) укорачивается и очень часто совершенно сглажена, такъ что весь органъ принимаетъ шаровидную форму. Явленія эти до такой степени характерны и постоянны при простомъ выпаденіи матки, что ихъ по всей справедливости можно считать патномоническими, а, слѣдовательно, и дифференціальными признаками по отношенію къ надвлагалищной гипертрофіи. Huguier упоминаетъ еще о слѣдующемъ дифференціальномъ признакѣ, по которому, между прочимъ, можно отличить гипертро-

фию надвлагалищной части отъ выпаденія матки въ тѣсномъ смыслѣ. Если въ первомъ случаѣ стараются вправить матку и притомъ высоко, то больныя при этомъ начинаютъ жаловаться на болѣе или менѣе сильную боль. Явленіе это объясняется безъ труда тѣмъ, что въ этомъ случаѣ, такъ-какъ дно матки мало смѣщено, или даже занимаетъ нормальное мѣсто свое въ тазу, энергически вправлявая, мы производимъ искусственное подниманіе (*elevatio uteri*) матки, что, въ свое очередь, должно вызвать сказанное непріятное ощущеніе. При выпаденіи-же матки въ тѣсномъ смыслѣ этого не бываетъ, или же будетъ только тамъ, гдѣ органъ сильно увеличенъ въ поперечномъ размѣрѣ и потому трудно вправляется.

Серьезное, а по нашему мнѣнію, даже непреодолимое затрудненіе можетъ представить рѣшеніе слѣдующаго вопроса: какимъ образомъ отличить первичную гипертрофію надвлагалищной части, т. е. ту, при которой дно матки не смѣщено вовсе, или же очень мало, отъ гипертрофіи вторичной, послѣдовательной, т. е. такой, которая развилась послѣдовательнымъ образомъ при простомъ выпаденіи матки? Въ этомъ послѣднемъ случаѣ надвлагалищная часть маточной шейки, разрастаясь все болѣе и болѣе, приподнимаетъ матку и такимъ образомъ симулируетъ *allongement hypertrophique sus-vaginale*. Тѣ изъ авторовъ, которые говорятъ объ этой сторонѣ дифференціальной диагностики гипертрофіи надвлагалищной части, приводятъ нѣсколько дифференціальныхъ признаковъ, которымъ едва ли однако можно придать какое-либо серьезное значеніе. Такъ, говорятъ, первичную форму гипертрофіи надвлагалищной части можно допустить тамъ, гдѣ дно матки занимаетъ нормальное мѣсто, а выпаденіе стѣночекъ рукава такъ сильно, что его должно считать происшедшимъ давно, т. е. раньше того, чѣмъ произошла гипертрофія. Что признакъ этотъ совершенно шатокъ—нечего и говорить. Какимъ манеромъ измѣрять степень выпаденія стѣночекъ рукава? Во всѣхъ случаяхъ сколько нибудь значительной гипертрофіи надвлагалищной части выпаденіе стѣночекъ рукава (*inversio vaginae*) будетъ очень значительно: на-чемъ-же тутъ основывать свое сужденіе? Наконецъ, нѣкоторые авторы \* увѣряютъ, что имъ удалось выйти изъ разсматриваемаго диагностическаго затрудненія тѣмъ, что они обращали вниманіе на высокое стояніе пузыря и задней пластинки серознаго покрова матки (задняго дугласова пространства). По сказанному явленію они заключали о томъ, что упомянутыя части вторичнымъ, послѣдовательнымъ образомъ были приподняты разрастаніемъ надвлагалищной части (?). Впрочемъ, признаюсь, я не понимаю—къ чему собственно должна вести подобная диагностика: не только клиническія явленія, но и анато-

\* См. объ этомъ: *Martin, Monatschr. f. Geburtsk. Bd. XXXIV, p. 328, Scanzoni, Beiträge. z. Geburtsh. u. Gynaecol. H. IV, p. 332* и въ послѣднее время *Rob. Barnes* въ *Brit. med. journ., 1871. Sept.*

мическія отношенія въ томъ и въ другомъ случаѣ совершенно тождественны; что же касается терапіи, то она не измѣняется ни на одну йоту.

Предсказаніе при гипертрофіи надвлагалищной части маточной шейки во всѣхъ отношеніяхъ несравненно серьезнѣе, чѣмъ при прочихъ формахъ долевои гипертрофіи. Больныя, одержимыя этой болѣзью, обречены на тяжкія страданія, зависящія отъ выхожденія наружу матки, подвергающейся всевозможнымъ вреднымъ вліяніямъ. Особенно это должно сказать относительно больныхъ, которыя принуждены работать. Кромѣ того, предсказаніе тѣмъ неблагопійтнѣе, чѣмъ дольше продолжается страданіе, такъ-какъ съ теченіемъ времени страданія со стороны пузыря все болѣе усиливаются и анатомическія отношенія между маткой и сосѣдними органами измѣняются такимъ образомъ, что затрудняютъ оперативныя пособія, а иногда дѣлаютъ ихъ даже опасными въ значительной степени. Къ сожалѣнію, больныя, вслѣдствіе непониманія всей серьезности своего страданія или же вслѣдствіе страха, обращаются обыкновенно поздно за пособіемъ и это должно считать, какъ кажется, главною причиною того, что операція (ампутація больной части маточной шейки) не приноситъ тѣхъ благотѣльныхъ послѣдствій, которыя à priori вправѣ были бы ожидать отъ нея. Дѣло въ томъ, что больныя еще долгое время иногда послѣ операціи жалуются на неприятыя ощущенія въ глубинѣ таза, а иногда даже по прошествіи извѣстнаго времени, матка, имѣющая почти нормальные размѣры, опускается очень низко, или даже показывается изъ половой расщелины. Это должно объяснить тѣмъ, что маточная шейка была ампутирована недостаточнымъ образомъ; да и нельзя требовать иногда болѣе, такъ-какъ захватить въ разрѣзъ извѣстную часть надвлагалищной доли маточной шейки не только довольно трудно, но и весьма опасно. Поэтому-то, въ то время, когда ампутація при другихъ формахъ удлиненія влагалищной части составляетъ относительно легкую операцію и притомъ всегда ведущую къ желаемой цѣли, — таже самая операція при разматриваемой нами формѣ гипертрофіи, затруднительна и притомъ не изъята отъ значительной опасности. Вслѣдствіе всего этого, устанавливая предсказаніе, лучше быть осторожнымъ и не обѣщать слишкомъ много.

Леченіе. Допустимъ, что, вслѣдствіе стеченія благоприятныхъ обстоятельствъ, мы имѣемъ возможность наблюдать болѣзнь въ началѣ ея развитія, т. е. въ такое время, когда гипертрофія надвлагалищной части еще не достигла значительной степени, а именно, органъ еще не торчитъ изъ родовой расщелины. Что дѣлать въ это время? Нѣкоторые авторы, какъ напр. Courty, совѣтуютъ въ этихъ случаяхъ прибѣгнуть къ механическому фиксированію матки помощію одного изъ тѣхъ многочисленныхъ пессаріевъ, съ которыми мы ближе познакомимся въ главѣ о смѣщеніяхъ матки. Хотя намъ никогда не удавалось

наблюдать рассматриваемую болѣзнь въ томъ періодѣ ея, когда совѣтуютъ прибѣгать къ пессаріямъ, но уже à priori мы должны совершенно отвергнуть употребленіе ихъ въ этомъ случаѣ, такъ-какъ это намъ кажется въ высшей степени нерациональнымъ. Въ самомъ дѣлѣ, допустимъ, что мы *experimenti gratia* прибѣгли въ данномъ случаѣ къ употребляющемуся при выпаденіяхъ матки тому или другому пессарію и посмотримъ—чего мы достигаемъ при его помощи. Положимъ, что влагалищная часть стоитъ такъ низко, что не достигаетъ до тазоваго выхода на 2 поперечныхъ пальца; какой-бы пессарій мы не употребили въ дѣло для того, чтобы фиксировать помощью его матку, придется ее ввести гораздо выше въ полость таза,—слѣдовательно, придется приподнять матку, что, въ свою очередь, должно усилить страданія больной, прибавивъ къ нимъ новое, вслѣдствіе искусственнаго приподниманія матки. Это—одно; затѣмъ не должно забывать, что пессарій держится въ рукавѣ въ ущербъ тонузу его стѣнокъ, такъ-какъ онъ, съ одной стороны, растягиваетъ ихъ, а съ другой производитъ извѣстное давленіе на нихъ, т. е. онъ искусственно долженъ усилить выпаденіе стѣнокъ рукава,—одинъ изъ главныхъ факторовъ опусканія маточной шейки по проводной линіи таза. Намъ кажется, что всего этого слишкомъ достаточно, чтобы предостеречь начинающаго отъ употребленія пессаріевъ въ подобныхъ случаяхъ. Что же, спрашивается, остается дѣлать? Въ сущности, къ сожалѣнію, не очень много. Мы назначаемъ больной, по возможности, спокойный образъ жизни, совѣтуемъ ей избѣгать всякаго физическаго напряженія и направляемъ всѣ наши средства къ тому, чтобы поддерживать тонусъ рукава. Съ этою цѣлью назначаемъ холодные рукавные души (3—4 раза въ день), прибавляя къ нимъ всевозможныя вяжущія (*tinctura kino*, *ac. tannicum*, *sulphas zinci*, —*cupri*, *liquor sesquichlor. fer.* и пр.). Если бы этого оказалось недостаточно, то научаемъ больную раза 2 въ день вводить въ рукавъ надлежащимъ образомъ приготовленную и хорошо прирѣзанную морскую губку, напиткиваемую растворами вышеупомянутыхъ вяжущихъ. Назначеніе губки, оставленной *in loco* часа 2—3, состоитъ въ томъ, чтобы, съ одной стороны, привести въ прикосновеніе съ рукавомъ данное вяжущее въ теченіе болѣе продолжительнаго промежутка времени, чѣмъ это возможно при душахъ; съ другой же стороны, губка удерживаетъ выпадающія стѣнки. Вместь съ этимъ мы дѣйствуемъ на гипертрофированную влагалищную часть точно такимъ же образомъ, какъ сказано было выше.

Если же сказанная терапия оказывается недостаточною или же, если мы застали больную въ такомъ періодѣ ея болѣзни, что страданія ея требуютъ безотлагательной помощи,—тогда наступаетъ полное показаніе къ ампутаціи разросшейся маточной шейки. Мы сначала посмотримъ—какимъ образомъ нужно дѣйствовать при чрезмѣрномъ удлинении влагалищной части и затѣмъ скажемъ, какъ поступать при гипертрофіи надвлагалищной части.

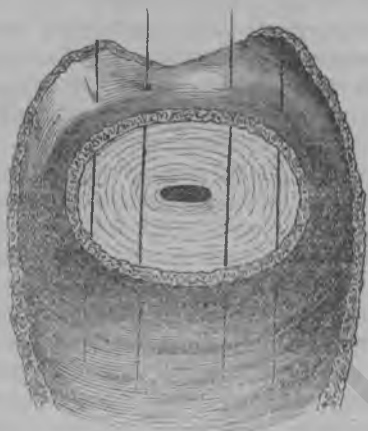
Ампутація влагалищной части можетъ быть произведена различными способами, а именно: ножемъ, ножницами, экразеромъ и гальвано-каустикой. Разсмотримъ эти различные способы по порядку.

Ножемъ ампутація производится слѣдующимъ образомъ. Влагалищная часть захватывается пальцами (или же Мюзеевскими щипцами) и вытягивается нѣсколько наружу; опредѣливъ затѣмъ мѣсто, гдѣ долженъ быть сдѣланъ разрѣзъ, ампутируютъ большимъ брюшистымъ скальпелемъ. Если влагалищную часть приходится ампутировать въ глубинѣ рукава, то Негар совѣтуетъ предварительно сдѣлать небольшой надрѣзъ елизистой оболочки, чтобы такимъ образомъ себѣ хорошенько обозначить мѣсто, гдѣ должна быть произведена ампутація. Какимъ образомъ останавливать могущее произойти при этомъ кровотеченіе—мы сейчасъ увидимъ.

Sims былъ одинъ изъ первыхъ, который очень сильно рекомендовалъ ампутировать влагалищную часть помощью ножницъ. Производится ими операція слѣдующимъ образомъ. Больная лежитъ на лѣвомъ боку, влагалищная часть обнажается обыкновеннымъ образомъ, помощію одного (задняго) или двухъ боковыхъ желобоватыхъ зеркалъ; затѣмъ, помощію крѣпкихъ изогнутыхъ по краю ножницъ, дѣлается два боковыхъ разрѣза цервикальнаго канала, не доходящихъ до свода рукава, примѣрно, — на  $\frac{3}{4}$  сантиметра; такимъ образомъ мы получимъ два лоскута — одинъ передній и другой задній, изъ которыхъ каждый отдѣльно отрѣзывается ножницами.

При ампутаціи, какъ ножемъ, такъ и ножницами почти во всѣхъ случаяхъ мы будемъ имѣть дѣло съ болѣе или менѣе значительнымъ кровотеченіемъ непосредственнымъ, а иногда и вторичнымъ (послѣдовательнымъ). По окончаніи ампутаціи, иногда кровь брызжетъ изъ одной или нѣсколькихъ артерій болѣе значительнаго калибра. Перевязать кровоточащія сосуды въ высшей степени трудно и хлопотливо, потому что захватить ихъ довольно затруднительно. Поэтому стараться наложить лигатуру въ этихъ случаяхъ значило бы напрасно терять время. Вслѣдствіе этого прибѣгаютъ здѣсь къ двумъ кровоостанавливающимъ средствамъ — тампону и каленому желѣзу. Само собою разумѣется, что къ тому или другому средству прибѣгаютъ смотря по степени кровоточенія, т. е. въ болѣе легкихъ случаяхъ къ тампону, а при болѣе значительныхъ кровоточеніяхъ — къ каленому желѣзу. Новѣйшая гинекологія все болѣе и болѣе отказывается отъ этихъ кровоостанавливающихъ средствъ послѣ ампутаціи влагалищной части на томъ основаніи, что ампутаціонная рана при этомъ заживаетъ чрезвычайно медленно; тампонъ можетъ подавать поводъ къ разложенію секретовъ на поверхности раны и eo ipso къ развитію ихореми и, наконецъ, потому, что даже каленое желѣзо не предохраняетъ отъ вторичныхъ кровоточеній. Въ числѣ невыгодныхъ сторонъ тампона и каленаго желѣза указываютъ еще на

возможность происхожденія послѣдовательнаго суженія зѣва, вслѣдствіе образованія неровнаго рубца (Hegar). Вслѣдствіе всего этого, М. Sims, въ 1859 г., предложилъ сшивать ампутационную рану точно такимъ же образомъ, какъ это дѣлается при ампутаціяхъ на членахъ. Накладывается шовъ такимъ образомъ, что съ каждой стороны раны накладываются обыкновенно по два шва, которыми захватывается слизистая оболочка влагалищной части; закручивая лигатуры, между ними оставляютъ столько мѣста, сколько требуется для зѣва. Sims, предлагая



Фиг. 25.

Культя влагалищной части послѣ ампутаціи и по наложеніи четырехъ лигатуръ.

таціонную рану точно такимъ же образомъ, какъ это дѣлается при ампутаціяхъ на членахъ. Накладывается шовъ такимъ образомъ, что съ каждой стороны раны накладываются обыкновенно по два шва, которыми захватывается слизистая оболочка влагалищной части; закручивая лигатуры, между ними оставляютъ столько мѣста, сколько требуется для зѣва. Sims, предлагая



Фиг. 26.

Тоже культя по скручиваніи лигатуръ.

венно по два шва, которыми захватывается слизистая оболочка влагалищной части; закручивая лигатуры, между ними оставляютъ столько мѣста, сколько требуется для зѣва. Sims, предлагая

этотъ способъ, имѣлъ главнымъ образомъ въ виду ускорить заживленіе раны, что дѣйствительно и имѣеть мѣсто, такъ-какъ оно происходитъ *per primam*. Въ настоящее же время имъ пользуются главнымъ образомъ какъ средствомъ кровоостанавливающимъ. Способъ Sims'a по справедливости должно считать очень важнымъ техническимъ усовершенствованіемъ и поэтому-то онъ практикуется, съ нѣкоторыми видоизмѣненіями, большинствомъ лучшихъ гинекологовъ (Courty, Spiegelberg, Hegar, Simon и др.). Противъ шва въ томъ видѣ, какъ его предложилъ Sims, справедливо возражаетъ лишь одно: такъ-какъ лигатурами захватываются только края слизистой оболочки, то, затянувъ ихъ, позади накопляется кровь, что можетъ подавать поводъ, съ одной стороны, къ кровотеченію, съ другой же—къ разложенію кровяныхъ свертковъ. Вслѣдствіе этого Hegar предложилъ сшивать не края раны, а накладывать лигатуры гораздо глубже, (т. е. подалше отъ краевъ раны) и притомъ онъ накладываетъ лигатуры не только спереди назадъ, но также и боковые; послѣднихъ накладываетъ тѣмъ больше, чѣмъ больше зияетъ цервикальный каналъ.

Способъ ампутаціи влагалищной части по Mackwald'u, который онъ назвалъ *kegelmantelförmige Excision* состоитъ въ слѣдующемъ. Эѣтъ съ каждою боку, помощью изогнутыхъ по поверхности ножицъ разрѣзается вплоть до свода. Затѣмъ отъ каждой стѣнки цервикальнаго канала вырѣзывается подлежащей величины клинъ; получающіеся такимъ образомъ два лоскута сшиваются металлическими лигатурами. Лигатуры начинаютъ накладывать съ тѣхъ мѣстъ, гдѣ кровотеченіе всего больше.

**Экразеръ.** Для ампутаціи влагалищной части помощью этого инструмента, кладутъ больную горизонтально, съ сильно приподнятымъ тазомъ. Если больная лежитъ не на кровати, а на операционномъ столѣ, то нужно помѣстить ее такимъ образомъ, чтобы тазъ ея выдавался нѣсколько надъ краемъ стола. Какъ и при всѣхъ операціяхъ на маткѣ, пузырь и прямая кишка должны быть предварительно опорожнены. Если влагалищная часть значительно выдается изъ половой расщелины, то слегка оттягиваютъ ее еще болѣе наружу пальцами и обозначаютъ на ней мѣсто, гдѣ должна быть сдѣлана ампутація. Прежде, чѣмъ наложить цѣпь экразера, мы обыкновенно захватываемъ влагалищную часть въ лонгетъ, въ срединѣ котораго находится отверстіе и одинъ конецъ его проводится взадъ по крестцовой сторонѣ, а другой чрезъ животъ; они отдаются помощникамъ. Лонгетъ употребляется нами съ тою цѣлью, чтобы защитить отъ дѣйствія цѣпи наружныя половыя части. Затѣмъ накладывается цѣпь на то мѣсто влагалищной части, которое предварительно обозначено и притомъ по возможности прямо, т. е. стараются, чтобы она, когда будетъ затянута, не легла косо. По мѣрѣ того, какъ цѣпь врѣзывается въ ткань, помощникъ или же самъ оперирующій долженъ стараться о томъ, чтобы влагалищная часть не была слишкомъ вытягиваема впередъ. Это дѣлается съ тѣмъ, чтобы какъ можно болѣе уменьшить напряженіе свода рукава.



Чѣмъ глубже врѣзывается въ ткань цѣпь экразера, тѣмъ медленнѣе должно дѣйствовать рукояткой.

Точно такимъ-же образомъ, какъ экразеръ, нѣкоторые употребляютъ для ампутаціи влагалищной части *ligature extempore* *Maisonpneuve*'a, которая есть ни что иное, какъ тотъ-же экразеръ, но въ которомъ суставчатая цѣпь замѣнена проволокою. *Marion Sims* предложилъ также для ампутаціи влагалищной части особенный инструментъ, сильно напоминающій амигдалотомъ, который онъ назвалъ маточною гильотиной. Кусокъ влагалищной части, который долженъ быть ампутированъ, захватывается между проволоочною петлей и иглой, прокалывающей его насквозь, за тѣмъ съ низу вверхъ влагалищная часть срѣзывается движущекся между иглой и проволокою гильотиной. Идею этого инструмента едва-ли можно назвать удачною, такъ-какъ гильотина срѣзываетъ влагалищную часть въ высшей степени трудно и для этого требуется такое усиліе, которое не можетъ обойтись безнаказанно. Это впечатлѣніе о Симсовской гильотинѣ мы вынесли изъ нѣсколькихъ опытовъ, сдѣланныхъ на трупахъ.

Гальвано-каустическая петля накладывается по общимъ правиламъ гальвано каустики, точно такимъ же образомъ, какъ экразерная цѣпь.

Послѣдовательное леченіе послѣ ампутаціи влагалищной части состоитъ въ томъ что больная должна соблюдать абсолютный покой въ постели; развитію воспалительныхъ явленій со стороны придаточныхъ частей матки противодействуемъ употребленіемъ въ первое время холодныхъ, а затѣмъ согрѣвающихъ компрессовъ, прикадываемыхъ къ нижней части живота; 2—3 раза въ день дѣлаются рукавные души изъ тепловатой воды. Пузырь въ первые 2—3 дня долженъ быть методически опоражниваемъ помощью катетера. Что касается испраженія на низъ, то мы ихъ не задерживаемъ искусственно, какъ нѣкоторые совѣтуютъ, а предоставляемъ ихъ самимъ себѣ. Назначая сообразную діету (молоко, рыбу, бѣлое мясо), нечего бояться слишкомъ частыхъ и крутыхъ испраженій. Если послѣ ампутаціи наложены были швы, то къ сниманію ихъ должно приступить не раньше 7—8 дня. Въ прежнее время сильно боялись возможности развитія послѣдовательнаго сгуженія наружнаго зѣва и потому совѣтовали во время заживленія раны вводить на нѣкоторое время эластическіе бужи. На основаніи нашихъ личныхъ наблюденій опасеніе это совершенно апіористическое и введеніе бужей должно быть избѣгаемо, такъ-какъ оно можетъ вызвать болѣе или менѣе значительное раздраженіе и содѣйствовать такимъ образомъ развитію периметрита.

Изложивъ вкратцѣ техническую сторону вышеупомянутыхъ способовъ, спрашивается: какому изъ нихъ должно отдать преимущество? Ампутація рѣзущими инструментами (обыкновенный ножъ и ножницы)—самый старый способъ, котораго до сихъ поръ придерживаются очень многіе. Поборники его, какъ главные выгоды этого способа, выставляютъ то, что помощью его ампутація влагалищной части дѣлается въ томъ мѣстѣ, которое предварительно обозначено; и что рубецъ выходитъ гладкій и ровный, въ особенности если дѣйствовать по амери-

канскому способу. Мало того, здѣсь можно всегда надѣяться на заживленіе первымъ натяженіемъ. Что же касается кровотеченій, какъ первѣйшихъ, такъ и послѣдовательныхъ, которыхъ прежде такъ опасались, то бояться ихъ вѣтъ никакого повода, такъ-какъ въ накладываніи швовъ мы имѣемъ противъ нихъ прекрасное и надежное средство. Если къ этому прибавить то, что при ампутаціи рѣзущими инструментами гораздо менѣе приходится оттягивать влагалищную часть внизъ, то не трудно будетъ убѣдиться въ томъ, что способъ этотъ вполнѣ заслуживаетъ преимуществъ, которое многие отдають ему въ послѣднее время.

Для избѣжанія кровотеченія въ послѣдніе годы совѣтовали прибѣгать къ тому же способу, который предложенъ Es m a r c h'o мъ при ампутаціяхъ вообще. Съ этою цѣлью А. М a r t i n предложилъ прокалывать влагалищную часть на-крѣсть двумя крѣпкими иглами, которыя служатъ для фиксированія эластическаго бинта, накладываемаго повше того мѣста, которое должно быть ампутируемо.

Что касается гальвано-каустики, то она въ примѣненіи къ ампутаціи влагалищной части нашла очень жаркихъ защитниковъ, какъ напр. въ новѣйшее время S p i e g e l b e r g'a, предпочитающаго ее почти всѣмъ другимъ методамъ безъ исключенія. Признаемся, мы до сихъ поръ не можемъ понять подобнаго энтузіазма. Говорятъ, что гальвано-каустическая петля дѣйствуетъ очень быстро и предохраняетъ отъ кровотеченій. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ — такъ, но въ большинствѣ — едва-ли. Какъ часто приходится видѣть, что въ моментъ затягиванія петли, она вдругъ рвется и притомъ иногда не безъ ущерба для оперирующаго, котораго она иногда можетъ хватить по лицу (Chassaig-n a c). Что же касается кровотеченій, то, по свидѣтельству Н e g a r'a, гальвано-каустика далеко не предохраняетъ отъ нихъ. Мы сами знаемъ одинъ случай, въ которомъ у одного изъ нашихъ товарищей, очень опытнаго въ дѣлѣ гальвано-каустики, большая погибла подъ рукою отъ кровотеченія, съ которымъ нельзя было справиться. Если къ этому прибавимъ, что и при гальвано-каустической петлѣ случались поврежденія сосѣднихъ органовъ и то, что способъ этотъ во всякомъ случаѣ болѣе хлопотливъ, — то, спрашивается, не натяжка-ли со стороны тѣхъ, которые восхваляютъ этотъ способъ, какъ самый выгодный и легкій?

Переходимъ теперь къ экразеру, который одно время возбуждалъ къ себѣ сильный энтузіазмъ, но на которой въ послѣднее время все болѣе и болѣе нападаютъ. Невыгодныхъ сторонъ худители этого инструмента насчитываютъ множество. Разсмотримъ главнѣйшія изъ нихъ. а) Экразерную цѣпь, говорятъ, нельзя наложить ровно, потому что, какъ бы мы ни старались, цѣпь ложится косо, слѣдовательно и ампутируемая часть отрѣзана будетъ въ этомъ направленіи. Для исправленія этого неудобства предложено было нѣсколько средствъ. Такъ, S i m o n совѣтовалъ, прежде, чѣмъ накладывать цѣпь, прокалывать влагалищную часть въ ампутируемомъ мѣстѣ двумя иглами на крестъ, которыя мѣшали бы соскальзывать цѣпи. C o u r t y съ тою же цѣлью придумъ-

малъ нѣчто въ родѣ клемпа. Что экразерную цѣпь трудно наложить прямо на влагалищную часть, т. е. такимъ образомъ, чтобы она слегка не скользя, — не подлежить никакому сомнѣнію; но эта трудность можетъ быть преодолевается терпѣніемъ и тѣмъ, что во время оперирования маневрируютъ известнымъ образомъ рукояткою инструмента. Какъ бы то ни было, мы до сихъ поръ ни въ одномъ изъ оперированныхъ нами случаевъ не видали отъ вышеупомянутаго обстоятельства никакого серьезнаго неудобства.

б) Гораздо болѣе серьезный упрекъ, дѣлаемый въ этомъ случаѣ экразеру, состоитъ въ томъ, что при употребленіи его иногда нельзя избѣгнуть поврежденія сосѣднихъ органовъ, именно — свода рука и пузыря. Дѣйствительно, подобныя поврежденія случались при ампутаціяхъ влагалищной части помощью экразера и притомъ въ рукахъ очень известныхъ гинекологовъ. Объясняли это обстоятельство тѣмъ, что при затягиваніи цѣпи экразеръ стягиваетъ (т. е. ущемляетъ) и сосѣднія ткани. Подобное мнѣніе, по совершенно справедливому заключенію Негар'а, не выдерживаетъ никакой критики, такъ-какъ экразерная цѣпь дѣйствуетъ только на тѣ части, которыя захвачены ею. Слѣдовательно, поврежденія сосѣднихъ органовъ при употребленіи экразера должно искать въ другихъ причинахъ, которыя становятся совершенно ясными, если нѣсколько вникнуть въ сущность дѣла. Если накладывать цѣпь слишкомъ высоко, т. е. слишкомъ близко отъ рукавнаго свода, то она ложится поверхъ инвертированныхъ стѣнокъ рукава и при дальнѣйшемъ дѣйствіи ея непременно должно произойти поврежденіе пузыря и вскрытіе свода. По мнѣнію Негар'а, стѣнки рукава могутъ при этомъ иногда повреждаться и оттого, что слишкомъ мягкая (вялая) влагалищная часть поддается скорѣе дѣйствію экразерной цѣпи, чѣмъ рукавныя стѣнки, которыя вслѣдствіе этого захватываются слишкомъ глубоко въ цѣпь и такимъ образомъ разрываются. Изъ сказаннаго видно, что этотъ важный упрекъ, дѣлаемый экразеру, въ сущности относится не къ инструменту, а къ неосторожному употребленію его. Поврежденія сосѣднихъ органовъ весьма легко избѣгнуть, если накладывать цѣпь ниже того мѣста, гдѣ начинается инверсія стѣнокъ рукава. Кромѣ того, при всѣхъ нашихъ ампутаціяхъ влагалищной части, сдѣланныхъ помощью экразера, мы прибѣгали къ слѣдующему маневру: чѣмъ сильнѣе цѣпь захватываетъ ткань, тѣмъ болѣе мы отдавливаемъ назадъ захваченную влагалищную часть, чтобы такимъ образомъ уменьшить напряженіе свода. Одна изъ рукъ оперирующаго должна кромѣ того оставаться безпрестанно въ рукавѣ и слѣдить за степенью напряженія свода. Въ двухъ-трехъ случаяхъ мы во время дѣйствія экразерной цѣпи поддерживали (подпирали) своды рукава помощью палочекъ, на внутреннемъ концѣ которыхъ прикрѣпляется кусокъ морской губки. Благодаря сказаннымъ предосторожностямъ, мы ни разу не наблюдали поврежденія ни сводовъ рукава, ни сосѣднихъ органовъ.

Въ гинекологической литературѣ существуетъ нѣсколько наблюдений вскрытія сосѣднихъ частей при ампутаціи влагалищной части помощью экразера. Нужно замѣтить однако, что въ это число входятъ не только случаи гипертрофіи, но и новообразованій (ракъ) матки. Одно изъ первыхъ относящихся сюда наблюдений заимствовано С. Мауеромъ\* изъ практики Лангенбекка. Въ случаѣ Breslau, \*\* въ сводѣ сдѣлано было такое отверстие, что чрезъ него выпали кишки. М. Симс\*\*\* въ двухъ случаяхъ повредилъ рукавной сводъ; въ одномъ изъ нихъ онъ ампутировалъ влагалищную часть ради гипертрофіи, а въ другомъ по поводу карцинома. Въ обоихъ случаяхъ онъ наложилъ швы на рану и больныя его выздоровѣли. Въ случаѣ, сообщенномъ Lassalas\*\*\*\* (ампутация экразеромъ влагалищной части вслѣдствіе карцинома), произошло вскрытіе полости брюшины, сильное кровотечение и смерть въ тотъ же день.

с) Экразеръ, говорятъ, не предохраняетъ отъ кровотеченій. На 17 ампутаціи, произведенныхъ ради гипертрофіи влагалищной части, мы только три раза наблюдали сколько нибудь порядочное кровотечение по окончаніи ампутаціи и тампонады въ теченіе самаго короткаго времени совершенно достаточно было для прекращенія его. Послѣдовательнаго-же кровотечения мы не наблюдали ни разу. Мы убѣждены въ томъ, что вопросъ относительно кровотечения совершенно въ рукахъ оперирующаго: его почти всегда можно избѣгнуть, если не торопиться и дѣйствовать рычагомъ какъ можно тише.

d) При ампутаціи влагалищной части экразеромъ, утверждаютъ противники этого инструмента, получается неправильный обширный рубецъ, долго заживающій и оставляющій иногда послѣ себя суженіе маточнаго зѣва. Упрекъ этотъ положительно опровергается всѣми нашими наблюденіями. Наоборотъ, нужно удивляться тому, какъ хорошо выходитъ влагалищная часть послѣ ампутаціи экразеромъ. Иногда положительно трудно догадаться, что въ данномъ случаѣ сдѣлана была ампутація. Что-же касается стеноза, то мы никогда не наблюдали его, хотя, какъ уже упомянуто выше, мы ни разу въ этихъ случаяхъ не прибѣгали къ распирающимъ средствамъ. Одно правда: заживленіе раны идетъ нѣсколько медленно; самое большое, что требовалось въ нашихъ случаяхъ для полнаго заживленія, — нѣсколько болѣе 3-хъ недѣль. Но невыгода эта въ сравненіи съ другими благоприятными результатами до такой степени маловажна, что не заслуживаетъ никакого серьезнаго вниманія.

Принимая въ соображеніе все вышесказанное, не трудно убѣдиться въ томъ, что всѣ упреки, дѣлаемые въ этомъ случаѣ экразеру, не выдерживаютъ никакой серьезной критики и для того, кто хорошо знакомъ съ этимъ инструментомъ, нисколько не могутъ умалить его достоинства. Если къ этому прибавить чрезвычайную легкость техническую, сопряженную съ употребленіемъ

\* См. у Courty, Op. cit. p. 726.

\*\* Scanzoni, Beitr., 1858, Würzb., III, p. 80.

\*\*\* Gebärmutterchirurg. Erlangen, 1868, p. 158.

\*\*\*\* Sur le traitement du cancer du col de l'uterus. Paris, 1869, p. 54. — Также у Courty, l. c.

экрасера, легкость, дѣлающую доступнымъ этотъ инструментъ даже начинающему, — то не трудно понять — почему, не смотря на всѣ нападки, къ экрасеру до сихъ поръ еще прибѣгаютъ очень много опытныхъ хирурговъ. Хотя я въ настоящее время далеко не столь часто, какъ въ началѣ моей практики, прибѣгаю къ экрасеру, тѣмъ не менѣе я убѣжденъ, что введеніе этого инструмента въ практику составляетъ одно изъ лучшихъ приобрѣтеній новѣйшей хирургіи. Чтожъ касается того, какому способу по отношенію къ ампутаціи влагалищной части должно отдать преимущество, то, мнѣ кажется, мнѣніе на этотъ счетъ можетъ быть сформулировано слѣдующимъ образомъ:

Тамъ, гдѣ приходится ампутировать не слишкомъ высоко, т. е. не очень близко отъ рукавнаго свода, экрасеръ заслуживаетъ положительнаго преимущества предъ всѣми другими способами. Наоборотъ, при высокихъ ампутаціяхъ нужно прибѣгнуть къ ножу, такъ-какъ при этомъ способѣ меньше шансовъ повредить сосѣдніе органы.

При гипертрофіи собственно надвлагалищной части *Huguier* предложилъ производить, такъ называемую, коническую ампутацію (*amputation conoïde*), состоящую въ томъ, что отдѣляютъ прикрѣпленія рукава къ влагалищной части спереди и сзади и вырѣзаютъ изъ нея конусъ, верхушка котораго обращена къ внутреннему зѣву. Изъ этого краткаго опредѣленія сущности операціи *Huguier* не трудно понять — съ какими опасностями она сопряжена; существенная опасность главнымъ образомъ состоитъ въ возможности раненія прямой кишки и пузыря. Тоже самое должно сказать на счетъ модификаціи способа *Huguier*, предложенной *Негаго* и которую онъ назвалъ воронкообразною ампутаціей (*trichterförmige Excision des supravaginalen Collums*). При обѣихъ операціяхъ, кромѣ раненія сосѣднихъ органовъ во время самаго производства, кровотеченіе можетъ быть такъ сильно, что приходится прибѣгнуть къ многочисленнымъ лигатурамъ. Особенно страшна коническая ампутація въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка стоитъ очень высоко. На сколько значительны сопряженныя съ нею опасности можно уже видѣть изъ того, что такой гинекологъ, какъ *M. Sims*, котораго, по истинѣ, нельзя обвинять въ боязни ножа, по поводу операціи *Huguier* высказывается въ такомъ смыслѣ, что ее должно предпринимать лишь въ тѣхъ случаяхъ, если гипертрофія надвлагалищной части сопровождается выпаденіемъ матки и, кромѣ того, также гипертрофіей влагалищной части.

Принимая въ соображеніе все вышесказанное, спрашивается: стоитъ ли вообще прибѣгать къ столь рискованной операціи? Во всѣхъ нашихъ случаяхъ гипертрофіи надвлагалищной части мы снимали отъ влаг. части то, что оказывалось возможнымъ и, за исключеніемъ двухъ изъ нихъ, большинство przypadковъ было устраняемо ампутаціей. Въ упомянутыхъ двухъ случаяхъ, не смотря на ампутацію влагалищной части, выпаденіе матки не

могло быть устранено и пришлось прибѣгнуть по этому къ пванковскому пессарию, который отлично переносился больными. Я думаю поэтому, что этотъ планъ леченія заслуживаетъ преимущества предъ конической ампутаціей, главнымъ образомъ потому, что онъ не подвергаетъ больныхъ никакой особенной опасности. Что простая ампутанія влагалищной части въ этихъ случаяхъ должна имѣть самое благоприятное вліяніе на гипертрофію надвлагалищной части маточной шейки,—для меня не подлежитъ никакому сомнѣнію, такъ-какъ послѣ нея наступаетъ нѣчто въ родѣ послѣродоваго обратнаго развитія всего органа, въ особенности же шейки. И такъ, обыкновенною ампутаціей влагалищной части мы заставляемъ, на сколько возможно, уменьшиться всю шейку и, кромѣ того, выигрываемъ мѣсто для нослѣдовательнаго употребленія того или другаго механическаго снаряда для фиксированія матки, если бы она стала выпадать и послѣ ампутаціи.

Schröder, раздѣляя совершенно вышесказанное мнѣніе на счетъ опасности, сопряженной съ конической ампутаціей маточной шейки, предлагаетъ другой планъ леченія состоящій въ томъ, чтобы фиксировать матку помощью пессарія (каучуковое кольцо Mayer'a). Матка, сдѣланная такимъ образомъ неподвижною, изогнется назадъ (retroflexio), что, само по себѣ, должно препятствовать значительному выпаденію. Мы уже выше указали на то, что природа дѣйствительно прибѣгаетъ къ этому средству, т. е. загибу чѣмъ и уменьшается тогда при гипертрофіяхъ степень выпаденія матки. Но природа это дѣлаетъ исподоволь и потихоньку; если же насильственно вправить выпавшую матку и фиксировать ее помощью пессарія, то пока загибъ произойдетъ, больная будетъ страдать очень сильно и пессарій едва ли перенесетъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при гипертрофіяхъ надвлагалищной части дѣло не доходитъ до выпаденія матки, а влагалищная часть стоитъ только на уровнѣ тазоваго выхода, уже Huguier советовалъ прибѣгать къ Т-образной повязкѣ, но не пессарию. Замѣтимъ здѣсь кстати, что идея, предложенная Schröder'омъ, давно проповѣдовалась покойнымъ профессоромъ Seyfert'омъ: при выпаденіяхъ матки онъ совѣтовалъ произвести помощью зонда загибъ назадъ и этимъ онъ думалъ слѣдовать совершенно тому, что дѣлаетъ въ подобныхъ случаяхъ природа.

Schröder въ своемъ руководствѣ \* описываетъ довольно подробно одинъ особенный видъ гипертрофіи. По его мнѣнію, маточную шейку должно раздѣлять на три отдѣла: часть влагалищную, надвлагалищную и помѣщающуюся между ними третій отдѣлъ онъ называетъ *pars colli intermedia*. Передняя часть этого-то третьяго отдѣла будетъ лежать надъ влагалищемъ, задняя же доступна со стороны влагалища. Schröder не приводитъ никакихъ анатомическихъ данныхъ, на основаніи которыхъ онъ допускаетъ подобное дѣленіе и приложенный имъ рисунокъ, по нашему мнѣнію, ничего не объясняетъ. Всмотрѣваясь хорошенько въ этотъ послѣдній, нельзя не придти къ заключенію, что дѣленіе это совершенно произвольное, родившееся только потому, что рукавной сводъ нарисованъ такимъ толстымъ, что въ него можно

\* Op. cit. p. 77.

было помѣстить линій, третій отдѣлъ шейки. In natura однако дѣло это едва ли будетъ такъ. Уже на 1<sup>ю</sup> надъ сводомъ начинается надвлагалищный отдѣлъ; гдѣ же тутъ будетъ мѣсто еще третьему, срединному отдѣлу? Что касается клинической картины, то она, по словамъ Schroeder'a, ничѣмъ не отличается отъ картины, обуславливаемой надвлагалищной гипертрофией. Въ диагностическомъ отношеніи характернымъ признакомъ оныя считаетъ нормальное стояніе заднаго свода при очень низкомъ стояніи переднаго. Авторъ цитируетъ три случая разсматриваемой формы гипертрофіи изъ своей практики, въ которыхъ оныя устранилъ ее помощью операціи, очень сильно напоминающей способъ Sims'a и коническую ампутацію вмѣстѣ. Мнѣ кажется, что Schroeder придалъ важное значеніе явленію, замѣченному многими клиницистами, а именно тому, что иногда можетъ гипертрофироваться одно какое-либо очень ограниченное мѣсто надвлагалищной части и, притомъ то на передней, то на задней стѣнкѣ ея, т. е. гипертрофія эта будетъ не циркулярная, а односторонняя. Въ этомъ видѣ эта форма гипертрофіи никогда не вызываетъ той картины, которая сопровождаетъ обыкновенную надвлагалищную гипертрофію, а обуславливаетъ совершенно другой рядъ явленій, главнымъ образомъ дисменорейныхъ. Въ отношеніи терапевтическомъ здѣсь очень благоприятно дѣйствуютъ расширяющія и каустическія средства. См. объ этомъ Courty: *Traité pratique* и пр., р. 136; *Hypertrophie du col limitée à un seul segment ou à une seule levre*. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ Courty прямо толкуетъ объ *hypertrophie à la partie moyenne du segment cervical*.

Въ заключеніе всего сказаннаго нами объ гипертрофіи маточной шейки не можемъ не указать на одну особенную форму ея, которую мы лѣтъ десять тому назадъ описали \* подъ именемъ *endo-hypertrophie cervicalis*. Дѣло въ томъ, что у нѣсколькихъ больныхъ (всѣ рожали) мы имѣли дѣло съ очень обильными мѣсячными (*menstruatio prof.* и *menorrhagia*), продолжавшимися по нѣскольку лѣтъ и болѣе или менѣе подорванными сильно ихъ общее состояніе. При изслѣдованіи матка оказывалась совершенно правильною, какъ относительно очертанія, такъ и положенія ея, за исключеніемъ, впрочемъ, нѣсколькихъ случаевъ, въ которыхъ она была значительно отклонена впередъ. При этомъ органъ былъ, относительно, мало увеличенъ въ продольномъ размѣрѣ, но за то рѣзко бросалось въ глаза увеличеніе въ обоихъ размѣрахъ влагалищной части. Матка представлялась на ощупь сочною, въ особенности это должно сказать на счетъ губъ зѣва. Эти послѣднія, однако, никогда не измѣнены въ одинаковой степени, но одна изъ нихъ представлялась на видъ гораздо болѣе утолщеною чѣмъ другая; зѣвъ представлялъ мало пріоткрытую, поперечную щель. Желая въ двухъ случаяхъ точнѣе опредѣлить длинникъ матки, мы должны были прибѣгнуть къ зонду, но оныя не могъ быть введенъ, такъ-какъ у внутренняго зѣва встрѣчалъ препятствіе. По расширеніи цервикальнаго канала, оказывалось, что введенный въ него палецъ ощупывалъ, какъ разъ по срединѣ то передней, то задней стѣнки его, возвышеніе твердой консистенціи или, другими словами, валикъ, простиравшійся, начиная на нѣсколько линій отъ внутренняго зѣва, вплоть почти до свободнаго края передней или задней губы. Изъ этого краткаго описанія не трудно понять, что мы имѣли дѣло въ сказан-

\* См. наши клинич. зап. по гинекологіи. С.-Петербургъ 1871, стр. 49—54.

ныхъ случаяхъ съ ограниченою продольною гипертрофіей цервикальнаго канала. Такъ-какъ мы не имѣемъ на этотъ счетъ никакихъ гистологическихъ данныхъ, то весьма трудно рѣшить—гдѣ исходная точка ея: слизистая ли оболочка, или же субмукозный слой. Во всякомъ случаѣ, описанное патологическое состояніе имѣетъ, по нашему мнѣнію, важное клиническое значеніе и нельзя не удивляться, что оно до сихъ поръ упущено было изъ виду клиницистами. Что касается терапіи, то мы во всѣхъ нашихъ случаяхъ дѣйствовали непосредственно на внутреннюю поверхность цервикальнаго канала такимъ образомъ, что, по предварительномъ достаточномъ расширеніи его, вводили въ него на нѣсколько часовъ укрѣпленный на ниткѣ бурдонетъ, напитанный смѣсью *tincturae jodi* (1 ч.) и глицерина (2 ч.). Въ другихъ же случаяхъ, въ которыхъ мы имѣли дѣло съ опухолью цервикальнаго канала чрезвычайно твердой консистенціи, этотъ планъ леченія былъ видоизмѣненъ въ томъ отношеніи, что въ опухоли было дѣлаемо гистеротомомъ Simpson'a по нѣскольку надрѣзовъ; по остановкѣ кровотеченія, вводился бурдонетъ, напитанный вышеупомянутой смѣсью. Надрѣзы имѣли здѣсь главнымъ образомъ въ виду усилить всасываніе.



## ГЛАВА XXII.

### Воспалительныя формы матки.

Матка, вслѣдствіе присущихъ ей анатомическихъ и физиологическихъ особенностей, положительно чаще, чѣмъ какой либо другой органъ должна подвергаться различнымъ формамъ воспаления, — что дѣйствительно и бываетъ на дѣлѣ. Упомянутыя особенности состоятъ въ расположеніи артерій, менструальныхъ гипереміяхъ и послѣдствіяхъ родильнаго состоянія. Если къ этому прибавимъ еще особенность положенія, занимаемаго маткой въ тазу, и затѣмъ участіе ея *sub coitu*, — то не трудно понять, что матка по отношенію къ воспалительнымъ процессамъ находится въ весьма невыгодныхъ этиологическихъ условіяхъ. Вслѣдствіе того, что матка, относительно, такъ часто подвергается воспалительнымъ процессамъ, старинная гинекологія придавала имъ чрезвычайную важность не только какъ таковымъ, но и почти всѣ другія заболѣванія матки ставила къ нимъ въ прямое, самое положительное отношеніе. Для нея воспалительныя формы составляли альфу и омегу всей патологіи женской половой сферы. Чтобы не идти далеко за примѣромъ, укажемъ только на два имени, пользующіяся въ гинекологической литературѣ немалымъ авторитетомъ, а именно, на Lisfranc'a и Н. Bennet'a. Для Lisfranc'a — вся маточная патологія сводилась къ одному знаменателю — хроническому воспаленію (*engorgement*), отъ котораго, по его мнѣнію, зависѣли всѣ заболѣванія этого органа и даже новообразованія. Этимъ взглядомъ объясняется вся лисфранковская терапія: лежаніе больныхъ по цѣлымъ мѣсяцамъ въ постели и частыя кровопусканія — мѣстныя и общія. Если выраженіе *engorgement* имѣло какъ у самаго Lisfranc'a, такъ и у учениковъ его иногда слишкомъ неопредѣленное и широкое значеніе, то у Н. Bennet'a понятіе это сдѣлалось весьма значительно и свелось прямо къ воспаленію въ тѣсномъ смыслѣ. «Въ громадномъ большинствѣ случаевъ констатируемыхъ страданій матки», говоритъ онъ \*, «первоначаль-

\* Главныя сочиненія Bennet'a почти безъ исключенія посвящены развитію этого положенія. См. *Des ulcerations et des engorgements du col uterin*. Paris, 1844.—

ная и главная причина исходить изъ воспаления слизистой оболочки, или же изъ паренхимы тѣла маточной шейки». Болѣе ясно и опредѣленно формулировать научное мнѣніе трудно. Подобный взглядъ на патологию матки отжилъ свой вѣкъ и съ нимъ приходится встрѣчаться въ настоящее время только при столкновѣніяхъ у постели съ старыми гинекологами, платящими еще дань преданіямъ школы. Мы все это говоримъ вовсе не къ тому, чтобы умалить клиническое значеніе воспалительныхъ формъ матки; мы привели здѣсь все вышесказанное единство лишь съ тою цѣлью, чтобы предостеречь начинающаго отъ подобнаго крайняго взгляда, могущаго повлечь въ практической дѣятельности къ печальнымъ послѣдствіямъ.

Всякому, знакомому съ ходомъ и способомъ распространенія въ органахъ воспаленій вообще, нечего доказывать, что трудно себѣ представить, чтобы воспаление могло обхватить сразу всѣ разнородныя ткани, входящія въ составъ матки, чтобы произошло нѣчто такое, что можно было бы назвать *perimetritis*. Воспаленіе въ маткѣ, какъ и въ другихъ органахъ, начинается постоянно съ одной какой-либо ткани и затѣмъ уже, при благопріятныхъ обстоятельствахъ, оно распространяется на другія ткани, входящія въ составъ матки. Вслѣдствіе-то этого способа, локализація воспалительнаго процесса, въ особенности же ради клиническихъ цѣлей, воспаленіе матки приходится разсматривать по отдѣльнымъ формамъ его, т. е. смотря по тому—какія ткани она поражаетъ сначала и по преимуществу. Быть можетъ, подобный способъ изложенія не всегда будетъ соответствовать строго анатомико-патологическимъ даннымъ, но съ клинической точки зрѣнія онъ совершенно законный. Объяснимъ нашъ взглядъ примѣромъ. Мы имѣемъ дѣло у постели съ цѣлымъ рядомъ, какъ субъективныхъ, такъ и объективныхъ данныхъ, указывающихъ на то, что дѣло въ данномъ случаѣ идетъ о воспаленіи серознаго покрова матки (*perimetritis*). Вскрытіе однако можетъ доказать самымъ несомнѣннымъ образомъ, что исходная точка воспаленія—внутренній покровъ матки, или та или другая часть его. Спрашивается, кто правъ: клиницистъ ли, назвавшій данный случай периметритомъ, или же анатомъ, обозначающій его именемъ эндометрита, прибавивъ къ нему то или другое прилагательное? Вопросъ этотъ рѣшается просто: и тотъ и другой правъ, но только исключительно съ своей точки зрѣнія. Воспалительныя формы матки имѣютъ чрезвычайную наклонность, развившись и начавшись въ извѣстныхъ тканяхъ, переходить на другія ткани; клинически же не всегда возможно констатировать исходный пунктъ и потому приходится, по неволѣ, принимать въ каждомъ данномъ случаѣ изъ сложнаго воспаленія по преимуществу ту форму, явленія которой выступаютъ особенно рѣзко. Мы

считаемъ чрезвычайно важнымъ усвоить себѣ этотъ взглядъ на дѣло, для того, чтобы не думать, что у постели больной можно будетъ всегда диагностировать различныя воспалительныя формы маточной ткани въ той чистотѣ (я бы сказалъ—абстрактности), какъ онѣ излагаются въ учебникахъ. Если это дѣлается до сихъ поръ, то единственно только съ тою цѣлью, чтобы избѣгнуть постоянныхъ повторовъ и дать начинающему ясную картину отдѣльно каждаго изъ элементовъ, входящихъ собственно въ составъ того, что мы клинически называемъ тою или другою формою воспаления матки.

И такъ, различныхъ формъ воспаленій матки будетъ столько, сколько принимаемъ различныхъ гистологическихъ элементовъ, входящихъ въ составъ этого органа. Если будемъ идти снаружи кънутри, то воспалительныя формы выразятся слѣдующимъ образомъ: воспаление внутренняго покрова матки (*endometritis*); воспаление собственно паренхимы матки (*metritis parenchymatosa* или *metritis proprie sic dicta*); воспаление серознаго покрова матки или тазоваго отдѣла ея (*perimetritis* или *pelveoperitonitis*) и, наконецъ, воспаление подсерозной и мышечной соединительной ткани (*parametritis*). Какъ при всѣхъ воспалительныхъ формахъ, мы въ каждой изъ вышеприведенныхъ формъ различаемъ два вида: острый и хроническій. Въ этой главѣ мы рассмотримъ только воспалительныя формы внутренняго покрова матки и паренхимы ея; остальные же двѣ формы, именно—пери—и параметритъ, будутъ рассмотрѣны ниже, въ патологiи придаточныхъ частей матки\*.

### 1. Воспаленіе внутренняго покрова матки.

(*Endometritis*. *Enmetritis*—Klob. *Metritis catarrhalis*. *Metrocatarrhus*.)

Историко-библиогр. замѣч. Выше мы ужъ указали на то, какую роль играютъ воспалительныя формы матки въ старинной литературѣ и отчасти до сихъ поръ играютъ въ гинекологiи. Изъ всѣхъ же воспалительныхъ формъ матки старинные гинекологи обращали особенное вниманіе на воспаленіе внутренней поверхности матки, такъ-какъ оно выступаетъ особенно рѣзко вслѣдствіе извѣстнаго клиническаго припадка, именно—усиленнаго выдѣленія слизи изъ родовыхъ путей. Этотъ-то послѣдній припадокъ (*leucorrhoea*, *fluor albus*, *fluor mucosus*, *phlegmorrhoea*, *heurs blanches*, бѣлы), составляющій собственно явленіе самыхъ разнообразныхъ патологическихъ формъ матки, для старинныхъ гинекологовъ составлялъ болѣзненную форму въ тѣсномъ смыслѣ. Не приводя его къ тѣмъ или другимъ патологическимъ измѣненіямъ полового аппарата, они довольствовались тѣмъ, что данное заболѣваніе обозначали словомъ *leucorrhoea*, прибавляя къ нему въ нѣкоторыхъ случаяхъ тотъ или другой предизячь. О *leucorrhoea* поэтому писались цѣлые трактаты; тѣмъ не менѣе однако дѣло нисколько не подвигалось впередъ, такъ-какъ, снова

\* Въ нашихъ курсахъ мы постоянно излагаемъ всѣ воспалительныя формы въ совокупности ихъ, такъ-какъ мы считаемъ подобный способъ изложенія особенно важнымъ въ диагностическомъ отношеніи. Въ руководствѣ же, гдѣ систематика имѣетъ свое значеніе, мы уклонялись отъ этого порядка и подобно тому, какъ это дѣлается всѣми, изложимъ периметритъ и параметритъ въ патологiи придаточныхъ частей матки.

повторяемъ, мало заботились о томъ, чтобы уяснить себѣ твердо анатомическій субстратъ болѣзни и отношеніе этого клиническаго явленія къ цѣлому ряду другихъ болѣзней матки. Мало того, что лейкорею считали болѣзною, но придумывали множество различныхъ формъ ея. Насколько подобный взглядъ на дѣло проникъ въ массу гинекологовъ, можно видѣть изъ того, что въ превосходныхъ клиническихъ лекціяхъ Kiwisch'a, которыя во многихъ отношеніяхъ нельзя не считать классическими, въ главѣ о воспалительныхъ формахъ матки помѣщено изложеніе флегморей, какъ самостоятельной патологической формы. Съ развитіемъ патологической анатоміи подобный порядокъ вещей оказался невозможнымъ и лейкорея, будучи ни болѣе, ни менѣе, какъ припадокъ, перестала быть патологическою формою и подведена, какъ различные другіе припадки, подъ извѣстныя анатомически измѣненія. Въ настоящее время нѣтъ не рѣшится обозначить данную патологическую форму, словомъ, Leucorrhoea, такъ-какъ оно ничего собственно не значитъ, кромѣ того, что оно указываетъ на одинъ извѣстный припадокъ. А припадокъ, явленіе, какъ бы оно важно ни было, еще не есть болѣзнь. Важную заслугу въ измѣненіи взглядовъ на лейкорею имѣютъ французскіе гинекологи и хирурги, именно Récamier, Robert, Gosselin, Nélaton, Hirtz, Agan и др. Анатомико-физиологическую сторону разсматриваемаго вопроса превосходно разработали Rokitansky, Donné, Teyler-Smith, C. Mayer, Scauzoni (вмѣстѣ съ Kölliker'омъ), Virchow, Hennig и многіе другіе, сочиненія которыхъ приведены ниже. Очень много по отношенію къ терапіи катарра сдѣлано англо-американскими гинекологами: Sims'омъ, Tilt'омъ, Churchill'емъ, Copland'омъ, Emmet'омъ, Sims'омъ, Meigs'омъ и др.

Что касается русскихъ гинекологовъ, то не могу не упомянуть о чрезвычайно интересной (особенно въ статистическомъ отношеніи) работѣ о маточномъ катаррѣ д-ра Грюневальдта. Д-ръ Славянскій занимался анатомико-гистологическими изслѣдованіями измѣненій внутренней поверхности матки при нѣкоторыхъ общихъ процессахъ. Наконецъ, я дозволю себѣ привести здѣсь то, что въ 1869 году я читалъ въ здѣшней акушерскомъ обществѣ записку объ одной формѣ эндометрита, которую я назвалъ *endometritis granulosa-tuberosa* и указалъ на важное значеніе ея въ клиническомъ отношеніи.

Литература эндометрита до такой степени обширна, что мы по необходимости должны ограничиться здѣсь приведеніемъ только болѣе важныхъ сочиненій по этому вопросу:

Morganagni. De sedibus et caus. morbor. Ep. XX. §. XLV. 22, 23, XLVIII. 11. — Gaselin, Traité des fleurs blanches. Paris, 1766. — Trnka de Krzowitz. Historia leucorrhoeae omnisi observata medica continens. — Blatin, du catarh uterin ou des fleurs blanches. Paris. 1801. — Bureau, essai sur la leucorrhée. Paris. 1834. — D'loincourt, de la mucosité genito — sexuelle Paris, 1834. — Marc d'Espine, Recherches anal. sur quelques point de l'histoire de la leucorrhée. Arch. Gén. de méd. 1836, Fevr. — Donné, Recherches microscopiques de la nature du mucus et de la matière des diverses écoulements des org. génit. — urin. chez l'homme et la femme. Paris, 1837. — Steinberger, Ueber den weissen Fluss. Siebold's Journ. XVI. Hft. I. — Paili, der weisse Fluss. Neue Zeitschr. f. Geburtsk. B. VII, Hft. 2. — Durand-Fardel, Mém. sur les blennorrhagies des femmes. Journ. d. con. méd.—chir. 1848 Juli. 8thr.—Trousseau, les écoulement familiaux aux femmes. Paris, 1842. — Rigby, Med. Times, 1846. Aug.—Sept.—Copland, mém. sur le traitem. topique de la leucorrhée. Gaz. méd. de Paris, 1847, № 1. — Récamier, des granulations dans la cavité de l'uterus. Annal. de Thérap. 1846, Août. — Robert, Med. sur l'inflam. chron. de la membrane muqueuse de l'uterus. Bullet. de Thérap. 1846, Nov.—Chassaignac, sur le traitement des granulations intrauterines par la cauterisation. Bul. Thérap., 1848, Décembre. — Récamier, l'Union méd., 1850, N° 66—70. — C. Mayer, Verhandl. der Ges. f. Geburtsk. in Berlin. Monatschr., VII. Hft. 8. — Kauffmann, Ueber eine der häufigsten Ursachen des Fluor albus. Verhandl. der Ges. f. Geburtsk. in Berlin, 1852. Monatschr., Bd. V, p. 26—Tyler Smith,

The Pathology and trætement of Leucorrhœa. Med. chir. Transactions, 1852, II ser., vol. 17. См. также Monatschr. f. Geburtsk. 1853, Juli.—Издано также отдѣльно въ 1855.—Kiwich, Klinische Vorträge ueber specielle Pathologie u. Therapie der Krankh. des weibl. Geschl. Prag. 1854, 4-te Aufl., Bd. I, p. 299.—Beigel, Ueber die Secrete des Fluor albus. Deutsch. Klinik. 1855, № 19.—Kölliker u Scanzoni, das Secret der Schleimhaut der Vagina u. des Cœrvix, Bd II.—D. E. Wagner, Ueber normale und pathologische Anatomie der Vaginalportion. Arch. f. physiol. Heilkunde, 1856, Hft. 4.—Becquerel, de la metrite folliculeuse. L'Union, 1860. Nn 82—85.—C. Mayer, Versamml. der Naturforscher u. Aerzte zu Königsberg. 1860. Monatschr. f. Geburtsk. 1860. Bd XVI, Hft. 5. Его же Klin. Mittheilungen aus dem Gebiete der Gynæcologie. Berlin, 1861.—Rokitansky, Patholog. Anat., Wien, 1861, Bd III.—Hennig, der Catarh der innern weiblichen Geschlechtsorgane. Leipzig. 1862.—Klob, Patholog. Anatomie der weibl. Sexualorg., p. 212.—Гржевальдтъ, Ueber den chronischen Uterus-Catarh., Petersb. med. Zeitschr., 1865, T. IX, Hft. 4, 185.—Scanzoni, Lehrbuch der Krankh. der weibl. Suxualorg. 4-te Aufl., Bd I, p. 294.—Hildebrandt, Folkmann's Saml. Klinischer Vorträge. Leipzig. 1882. № 32.—Rob. Barnes, A Clinical history of the medic. and surgic. diseases of wom., London, 1873, p. 521.—K. Славянскій, Archiv. f. Gynæcologie, 1773, Bd IV.—Его же: Archive de physiologie normale et pathologique, 1874, № 1.—Renault., Note sur le développement du tissu muqueux dans le contenu des œufs de Naboth. Arch. de Gynæcologie 1874, Mars, p. 229.—Guérin, De la métrite aigue. An. de Gynécol., 1874. Juillet.—Olshausen, Ueber chronische hyperplastische Endometritis des corpus uteri. Arch. f. Gynæcologie, 1875, Bd VIII, Hft. 1, p. 37.—Bischoff, Corresp.—Bl. f. Schweiz. Aerzte, 1878.—C. Ruge, Zeitschr. f. Gebutsh. u. Gynæcol., Bd V, p. 317.

#### а) ОСТРЫЙ КАТАРРЪ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МАТКИ.

(Endometritis acuta catarrhalis. Metrocatarrhus acutus).

Острый катарръ слизистой оболочки матки поражаетъ по преимуществу полость ея и въ гораздо болѣе слабой степенѣ цервикальный каналъ. Слизистая оболочка представляется при этомъ разбухшею, съ значительно выступающими извилинами и сосуды ея сильно налиты, вслѣдствіе чего цвѣтъ ея измѣняется въ болѣе насыщенно-красный. Вслѣдствіе разбуханія, слизистую оболочку гораздо легче можно отдѣлить отъ подлежащихъ слоевъ, чѣмъ это бываетъ при нормальныхъ отношеніяхъ. Если катарръ достигаетъ болѣе значительной степени, то дѣло доходитъ до кровосильнѣй въ толщѣ слизистой оболочки, отчего она представляется усѣянною темными точками (островками). Что касается слизистой оболочки цервикальнаго канала, то анатомическія измѣненія въ ней выступаютъ гораздо слабѣе; характерное при этомъ то, что слизистая оболочка, покрывающая влагалищную часть, представляетъ болѣе темную окраску, сосочки ея сильно развиты, вслѣдствіе чего она представляется мягкой, даже слегка бархатистою на ощупь. Такъ-какъ ближайшее сосѣдство маточнаго зѣва разбухаетъ въ большей или меньшей степени, то зѣвъ спадается, другими словами, — нѣсколько болѣе округляется; кругомъ него замѣчаются болѣе или менѣе обширныя слущиванія эпителія. Благодаря чрезвычайно тѣсной связи сли-

вистой оболочки матки съ подлежащими тканями, эти послѣднія при катаррѣ слизистой оболочки представляются болѣе сочными и даже слегка разбухшими. Вообще, все существо матки болѣе сочно и сосуды ея болѣе налиты. Вслѣдствіе сказанныхъ анатомическихъ измѣненій, какъ въ слизистой оболочкѣ, такъ и въ подлежащихъ тканяхъ ея, сильно измѣняются свойства секрета внутренней поверхности матки. Въ началѣ процесса въ полости матки выдѣляется свѣтлая, прозрачная жидкость (похожая на серозную), которая затѣмъ вслѣдствіе примѣси къ ней слущеннаго эпителия, становится болѣе густою и даже тягучею. Должно замѣтить, что даже въ началѣ воспалительнаго процесса, секретъ въ девикальномъ каналѣ гораздо болѣе густой, чѣмъ въ полости матки. Чѣмъ болѣе поражается слизистая оболочка, тѣмъ болѣе слущивается эпителий и въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло доходитъ до того, что къ выдѣляемой слизи примѣшивается все клѣточное содержимое, цѣликомъ выступающее изъ железъ. Однимъ словомъ, здѣсь происходитъ, по словамъ Klob'a, то, что замѣчается во время менструаціоннаго періода, а именно—выдѣленіе изъ слизистыхъ мѣшковъ всего содержимаго ихъ (Nylander, Virchow). На высотѣ процесса измѣняются не только гистологическія, но и физическія свойства секрета: онъ становится желтоватымъ, гноевиднымъ и напоминающимъ нѣсколько сливок.

Острый катарр внутренней поверхности матки имѣетъ склонность распространяться по горизонту внизъ и вверхъ, т. е. онъ можетъ перейти на слизистую оболочку рукава, мочеиспускательнаго канала, пузыря и, какъ нѣкоторые утверждаютъ, даже на прямую кишку. Вверхъ же онъ можетъ перескочить на слизистую оболочку трубъ и, если онъ поражаетъ бахромчатые концы ихъ, то оттуда онъ можетъ перейти также и на брюшинный покровъ матки, т. е. осложниться периметритомъ. Изъ всѣхъ сказанныхъ осложненій, при остромъ катаррѣ внутренней поверхности матки, чаще всего встрѣчается катарр рукава (colpitis catarr.). Осложненіе это до такой степени часто, что нѣкоторые авторы, какъ напр. Veit, не находятъ даже возможнымъ отдѣлить одно патологическое состояніе отъ другаго.

Клиническая картина. Весьма рѣдко случается, чтобы острый эндометритъ начался вдругъ; тогда развитію мѣстныхъ явленій предшествуетъ въ большей или меньшей степени одинъ или два приступа озноба. Я долженъ однако повторить, что подобное наступленіе остраго катарра въ высшей степени рѣдко встрѣчается въ практикѣ. Обыкновенно бываетъ такъ, что больныя начинаютъ за нѣсколько дней жаловаться на непріятное ощущеніе въ тазовой сторонѣ, сказывающееся весьма неопредѣленными явленіями; чаще всего мы слышали жалобы на боль въ крестцовой сторонѣ, переходящую иногда на бедра. Въ это время нерѣдко бываетъ расстройство въ отправленіяхъ кишекъ—чаще поносъ. По прошествіи нѣсколькихъ дней, 3—5, больныя начинаютъ жаловаться на усиленное выдѣленіе слизи изъ

родовыхъ путей. Нужно замѣтить, что если больныя до этого страдали слизетеченіемъ (leucorrhoea), то въ началѣ катарра оно обыкновенно очень сильно уменьшается, или даже вовсе прекращается. Вначалѣ leucorrhoea выражается выдѣленіемъ свѣтлой, мало тягучей жидкости, оставляющей на бѣлѣ рѣзко контурированныя пятна, т. е. послѣднія не расплываются. По прошествіи нѣсколькихъ дней, выдѣленіе изъ родовыхъ путей становится болѣе густымъ, желтоватымъ и нерѣдко даже окрашеннымъ слегка въ красноватый цвѣтъ. Однимъ изъ весьма мучительныхъ признаковъ въ это время бываетъ расстройство со стороны пузыря: учащенный позывъ и болѣзненное выдѣленіе мочи. Если мы сказали выше, что развитію остраго катарра матки весьма рѣдко предшествуютъ одинъ или два приступа озноба, за то во время теченія болѣзни иногда замѣчаются значительныя возвышенія температуры, которыя держатся, впрочемъ, не долго. При вышеописанныхъ явленіяхъ, дѣло тянется обыкновенно около 3-хъ недѣль, или нѣсколько менѣе, пока катарръ не перейдетъ въ хроническое состояніе, или же онъ разрѣшается. Когда наступаетъ послѣдній исходъ, то мѣстныя явленія уступаютъ понемногу и это сказывается особенно на количествѣ секрета: онъ становится все болѣе скуднымъ и жидкимъ.

Нѣкоторые (какъ напр. Scanzoni) увѣряютъ, что разрѣшеніе остраго катарра иногда совпадаетъ съ наступленіемъ слѣдующаго менструальнаго періода. На основаніи нашихъ личныхъ наблюденій, мы пришли къ обратному заключенію: мѣсячныя всегда ухудшали и затягивали дѣло. Поэтому, мы дѣлаемъ всегда гораздо худшее предсказаніе, если острый катарръ развивается незадолго до наступленія ближайшаго менструальнаго періода.

На основаніи вышеприведенныхъ клиническихъ явленій, распознаваніе остраго катарра не должно представлять никакихъ затрудненій. Гинекологическое изслѣдованіе даетъ при этомъ слѣдующій результатъ. Болѣе или менѣе возвышенная чувствительность рукава, если катарръ осложняется кольпитомъ; влагалищная часть слегка увеличена въ объемѣ, сочна, иногда даже слегка отечна въ области зѣва; матка же сама очень мало, или даже вовсе не увеличена въ объемѣ. На ощупь она очень мало чувствительна; чувствительность эта, однако, можетъ доходить до болѣе или менѣе значительной степени, если эндометритъ осложняется въ большей или меньшей степени пораженіемъ существа матки, т. е. паренхиматознымъ метритомъ. Какимъ образомъ различить эти два патологическихъ состоянія, т. е. имѣемъ ли мы дѣло съ простымъ острымъ катарромъ, или же съ острымъ паренхиматознымъ метритомъ? При рѣшеніи этого вопроса должно помнить, что острый паренхиматозный метритъ встрѣчается чрезвычайно рѣдко; затѣмъ при паренхиматозномъ метритѣ органъ плотенъ на ощупь и представляется какъ бы закругленнымъ и, кромѣ того, положительно и, —притомъ, равномерно увеличеннымъ въ объемѣ. Этихъ данныхъ, намъ кажется, достаточно для диф-

ференциальной диагностики. Впрочемъ, нужно замѣтить, что клинически дифференціальное распознаваніе имѣетъ въ этомъ случаѣ значеніе лишь чисто прогностическое; въ отношеніи же терапіи оно совершенно безразлично, такъ-какъ леченіе въ обоихъ случаяхъ одинаково.

Что касается дифференціального распознаванія простаго катарра (остраго) матки отъ специфическаго, т. е. гоноройнаго, — то извѣстно, что вопросъ этотъ подавалъ поводъ къ очень сильнымъ разногласіямъ и спорамъ. Новѣйшіе учебники гинекологіи проходятъ вопросъ этотъ молчаніемъ, предоставляя рѣшеніе его трактатамъ по сифилидологіи. Тѣмъ не менѣе, однако, мы считаемъ невозможнымъ умолчать здѣсь объ этомъ обстоятельстве, такъ-какъ въ раѣ гинекологу нерѣдко приходится имѣть съ нимъ дѣло. Прежде всего предстоитъ намъ здѣсь рѣшить вопросъ: каково вообще отношеніе гонорей въ маткѣ? Мы имѣли случаи видѣть не мало гоноройныхъ женщинъ и наблюдали всегда одно и то же, а именно: какъ бы обширно ни было распространеніе гонорей, она имѣетъ постоянно одинъ и тотъ же ходъ, т. е. сначала поражаетъ нижнюю  $\frac{1}{3}$  рукава и, если идетъ дальше, то конечный пунктъ ея — слизистую оболочку влагалищной части матки, такъ что маточный зѣвъ можно бы называть геркулесовыми стодами (*ait venia verbor!*), за которые гонорей не заходитъ. Но допустимъ даже, какъ нѣкоторые утверждаютъ, что подобный переходъ гонорей на внутреннюю поверхность матки возможенъ, то даже и въ этомъ случаѣ не можетъ произойти никакого затрудненія въ диагностическомъ отношеніи, такъ-какъ при гонорей матки мы должны же имѣть цѣлый комплексъ явленій со стороны наружной половой сферы и рукава, обезпечивающихъ диагностику. И такъ, старый споръ на счетъ того, какимъ образомъ отличить простой маточный катарръ отъ специфическаго, собственно не имѣетъ никакого клиническаго значенія. Онъ приобретаетъ его лишь съ того времени, какъ допускаютъ вмѣстѣ съ Kiwisch'емъ и нѣкоторыми другими, что можетъ существовать гонорейное воспаленіе матки *per se*, т. е., что гонорей можетъ начаться прямо и непосредственно съ внутренней поверхности матки. Признаюсь, что подобная гипотеза для меня совершенно непонятна при нормальныхъ анатомическихъ отношеніяхъ со стороны родовыхъ путей.

Этіологія. Острый катарръ матки, вообще говоря, встрѣчается, относительно, довольно рѣдко въ гинекологической практикѣ. Въ послѣднее время А. Guerin сталъ увѣрять, что острый катарръ матки встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ обыкновенно думаютъ. Къ сожалѣнію, и здѣсь не находимъ въ литературѣ сколько нибудь значительной статистики, на основаніи которой можно бы себѣ составить хоть приблизительное понятіе о томъ — какъ часто, по отношенію къ другимъ формамъ, встрѣчается острый катарръ. На 2,114 больныхъ, результаты наблюденій надъ которыми обнародованы нами въ 1868 г., мы приводимъ 36 слу-



чаевъ остраго катарра, что составитъ около 1,7%. Но эта цифра едвали передаетъ надлежащимъ образомъ норму въ этомъ отноше- нии, такъ-какъ въ числѣ этихъ 36 случаевъ было не мало такихъ, гдѣ острый катарръ являлся не какъ самостоятельная форма, а лишь какъ обостреніе другихъ предшествовавшихъ патологическихъ состояній. Вообще, мы изъ нашихъ наблюденій вынесли такое впечатлѣніе, что чистая форма остраго катарра мат- ки, какъ самостоятельное страданіе, чрезвычайно рѣдко, а большею частью оно является уже на почвѣ, предва- рительно подготовленной (чаще всего при *metritis chron. diffusa*). По- будительными причинами, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, были чрезмѣрные раздраженія, прямо дѣйствующія на половую сфе- ру. Въ числѣ этихъ послѣднихъ первое мѣсто занимаетъ *coitus im- pius*, а затѣмъ уже болѣе или менѣе сильная простуда во время мѣсячныхъ и преимущественно у такихъ субъектовъ, которые страдаютъ извѣстными аномаліями мѣсячныхъ, въ особенности различными дисменоройными формами. При происхожденіи ка- тарра вслѣдствіе этой причины, нерѣдко приходится видѣть, что мѣсячныя прекращаются, и поѣтому-то очень многіе авторы счи- таютъ это обстоятельство, т. е. внезапное прекращеніе мѣсяч- ныхъ (*menostasis acuta auctor.*) причиною катарра. Но тутъ, очевидно, смѣшиваютъ эффектъ съ причиною, такъ-какъ прекра- щеніе мѣсячныхъ является здѣсь послѣдствіемъ катарра подобно тому, какъ при острыхъ воспалительныхъ формахъ матки въ ро- дильномъ состояніи послѣродовое очищеніе значительно умень- шается, или на время даже вовсе прекращается. Острый катарръ матки нерѣдко наблюдается также въ практикѣ, вслѣдствіе не- рациональнаго употребленія мѣстныхъ терапевтическихъ аген- товъ, какъ-то: слишкомъ частыхъ прижиганій цервикальнаго ка- нала, зондированія и пр.

Нѣкоторые изъ прежнихъ авторовъ допускали такъ называемый переносный острый катарръ матки (*metritis catar. metastatica*). Такъ, *Kiwisch* описываетъ катарръ матки, являющійся по излеченіи извѣстныхъ страданій въ другихъ, отдаленныхъ органахъ. Установленіемъ этой формы катарра зна- менитый гинекологъ платитъ только дань циркулировавшимъ тогда въ наукѣ идеямъ на счетъ переносовъ (*metastasis*) вооб- щѣ. Особенно важное значеніе прежніе гинекологи приписывали извѣстному отношенію, существующему будто бы между хрони- ческой пневмоніей и катарромъ матки: появленіе послѣдняго облегчаетъ будто бы страданія больныхъ. Мы увидимъ ниже, что этотъ ошибочный взглядъ имѣлъ довольно серьезныя по- слѣдствія въ практикѣ.

Если метастатическій катарръ матки не выдерживаетъ критики, зато всякому клиницисту извѣстно, что острый катарръ матки составляетъ нерѣдкій спутникъ многихъ инфекціонныхъ процессовъ, какъ-то: холеры, тифа и острыхъ сыпей (корь, скарлатина и оспа),

а также при отравленіяхъ фосфоромъ \*. По изслѣдованіямъ Virchow'a \*\*, подтвержденнымъ Reinhardt'омъ, на внутренней поверхности матки происходитъ здѣсь рядъ такихъ измѣненій (переполненіе кровью и разбуханіе слизистой оболочки съ увеличеніемъ железъ), на которыхъ нельзя иначе смотрѣть, какъ на острый катарръ. Такъ-какъ при всѣхъ вышеупомянутыхъ инфекціонныхъ (звмотическихъ) процессахъ на внутренней поверхности матки происходятъ анатомическія измѣненія, то на катарръ матки, являющійся во время теченія ихъ, должно смотрѣть какъ на одно изъ проявленій этихъ процессовъ и сколько инфекціонныхъ болѣзней, столько можно насчитать различныхъ видовъ эндометрита (endometritis cholericæ, typhosæ и т. д.)

Леченіе остраго катарра матки должно сообразоваться со степенью припадковъ и, разумѣется, по существу заболѣванія, съ которымъ имѣемъ дѣло, будетъ чисто противовоспалительное. Но этимъ мы нисколько не думаемъ утверждать, что при всякомъ катаррѣ матки должно тотчасъ прибѣгнуть къ антифлогистическому аппарату in optima forma. Въ настоящее время никто не рѣшится назначить общее кровопусканіе ради маточнаго катарра, какъ это дѣлали Lisfranc, Kiwisch и др. Даже мѣстное кровопусканіе (пьявки непосредственно надъ симфизой, или, еще лучше, къ паховымъ сторонамъ) потребуетъ въ крайнихъ случаяхъ, а именно тамъ, гдѣ, вслѣдствіе болѣе значительнаго распространенія процесса на паренхиму матки, больныя очень сильно страдаютъ отъ болей. Такъ-какъ, снова повторяемъ, это бываетъ очень рѣдко, то вся терапія будетъ состоять въ томъ, что назначаемъ больной покойное положеніе въ постели; въ случаѣ болѣе значительнаго подниманія T° — даемъ нѣсколько приемовъ хирина; чаще съ пользою можно назначить среднія соли и кислоты (sulph. magn., tart. natr. и проч.). Боли въ животѣ унимаются очень хорошо прилежнымъ употребленіемъ согревающихъ компрессовъ и продолжительными теплыми ваннами. Особенно должно воздерживаться въ началѣ процесса отъ энергической мѣстной терапіи.

Если нѣкоторые совѣтуютъ въ самомъ началѣ прибѣгнуть къ приставленію пьявокъ къ влагалищной части, — то это именно здѣсь-то и неумѣстно. Не говоря ужъ о томъ, что введеніе зеркала здѣсь подчасъ очень болѣзненно, пьявки положительно должны усилить гиперемію ужъ однимъ актомъ сосанія. Лучше всего первые дни ограничиться теплыми слизистыми дунами, къ которымъ прибавляютъ опиата. Введенія въ рукавъ различныхъ наркотическихъ суппозиторіевъ должно избѣгать, такъ-какъ они положительно усиливаютъ раздраженіе и мы поэтому въ настоящее время совершенно отказались отъ употребленія ихъ въ по-

\* Hausman, Berl. Beiträge zur Geburtsk. u. Gynaecol. Bd. I, p. 265.

\*\* Virchow, Handb. der speciel. Pathol. I, p. 237 и его же Abhandlungen, p. 29.

добныхъ случаяхъ. Такъ-какъ, кромѣ болѣзненности, усиленное слизетеченіе изъ родовыхъ путей составляетъ одинъ изъ самыхъ выдающихся признаковъ, то обыкновенно въ практикѣ и считаютъ нужнымъ дѣйствовать противъ него главнымъ образомъ и съ этою цѣлью назначаютъ всевозможныя вяжущія въ душахъ. Не можемъ достаточно предостерегать начинающаго отъ подобнаго образа дѣйствія. Мало того, что назначаютъ вяжущіе души, но, если случайно ввели зеркало и убѣдились, что вокругъ зѣва существуютъ слущиванія эпителия, — то немедленно нападаютъ на нихъ азотнокислымъ серебромъ и т. п. Подобною терапіей ничего нельзя достигнуть кромѣ усиленія раздраженія, слѣдов. затягиванія процесса. Поэтому, какъ бы намъ ни казалось сильно слизетеченіе, какъ бы обширны слущиванія эпителия ни были, — вяжущихъ и каустическихъ средствъ должно избѣгать до тѣхъ поръ, пока есть хоть малѣйшій намекъ на то, что раздраженіе внутренней поверхности матки еще продолжается. Только съ утиханіемъ этого послѣдняго, т. е. когда секретъ становится жиже и матка очень мало чувствительна на ошупь, должно прибѣгнуть къ средствамъ, могущимъ дѣйствовать на анатомическія измѣненія слизистой оболочки. Но это ужъ будетъ терапія хроническаго катарра, о которой будетъ сказано ниже.

#### б) ХРОНИЧЕСКІЙ ЭНДОМЕТРИТЪ. ХРОНИЧЕСКІЙ КАТАРРЪ МАТКИ.

(Endometritis chron. Metrocatharus chron.).

Патологич. анат. Слизистая оболочка полости матки при хроническомъ катаррѣ представляется разрыхленною, сочною и въ свѣжихъ случаяхъ темновато-краснаго цвѣта, который въ случаяхъ болѣе давнихъ измѣняется въ сѣроватый и даже аспидный. Кромѣ того, она тамъ и сямъ представляетъ, какъ и при остромъ катаррѣ, рассыпные островки темно-краснаго цвѣта, которые суть ничто иное, какъ экстравазаты въ толщу внутренняго покрова матки. Поверхность послѣдняго представляется или совершенно гладкою, или же она представляетъ мѣстами грануляціонныя возвышенія, о которыхъ сказано будетъ ниже. Вообще нужно замѣтить, что, не смотря на всю разрыхленность слизистой оболочки, она далеко не такъ легко отдѣляется отъ подлежащихъ тканей, какъ мы видѣли это при остромъ катаррѣ.

Стѣнки полости матки покрыты обильнымъ секретомъ, физическія и чисто-химическія свойства котораго изложены будутъ нами въ клинической картинѣ.

Особенный анатомическій интересъ представляютъ маточныя железы: онѣ весьма часто превращаются въ большія или меньшія кисты, причѣмъ верхнія части ихъ атрофируются. Бываетъ и такъ, что онѣ совершенно выпадаютъ изъ стромы слизистой оболочки, вслѣдствіе чего эта послѣдняя представляется дырявою,

или же рѣшетовидною. Если хроническій катарръ продолжался нѣкоторое время, то вибраторный эпителий очень скоро замѣняется цилиндрическимъ, наконецъ исчезаетъ и этотъ послѣдній и, вмѣсто эпителия, слизистая оболочка покрыта полиморфными клѣтками. Дальнѣйшія измѣненія слизистой оболочки сводятся къ тому, что она совершенно атрофируется и превращается наконецъ въ прѣстую соединительно-тканную оболочку.

Другой, совершенно противоположный исходъ хроническаго катара матки составляетъ — гипертрофія слизистой оболочки. При этомъ замѣчаются увеличеніе эпителия и разбуханіе стромы слизистой оболочки; — однимъ словомъ, получается состояніе, почти аналогическое съ тѣмъ, которое замѣчается при менструаціи и во время беременности, — состояніе, предшествующее образованію отпадающей оболочки. Очень вѣроятно, что Olshausen имѣлъ именно въ виду эту форму эндометрита, описывая свою *endometritis hyperplastica*, анатомическую сущность которой онъ характеризуетъ слѣдующими словами. «Существуетъ особеннаго рода хроническое страданіе слизистой оболочки матки, которое ведетъ къ очень значительному утолщенію ея (въ 3—4 раза противъ нормальнаго), причемъ сохраняются все нормальные элементы ея. Въ особенности должно указать на то, что железы и эпителий слизистой оболочки сохраняютъ свой нормальный типъ; единственное уклоненіе отъ нормы состоитъ въ томъ, что железы нѣсколько расширены» (Op. cit., p. 132).

Особенно интересную форму гиперпластическаго эндометрита представляетъ т. н. *endometritis polyposa*, при которой слизистая оболочка представляется неравномѣрно утолщеною и при этомъ очень рѣзко выступаютъ поперечныя возвышенія (извилины). Железы при этомъ не измѣнены. Такъ увѣряетъ Klebs въ своемъ руководствѣ къ Патологической Анатоміи (p. 859). Virchow же, въ своей *Lehre v. den Geschw.* (I, p. 241), говоритъ какъ разъ противоположное. Говоря о частичныхъ гиперплазіяхъ слизистой оболочки матки, онъ, по отношенію къ железамъ ея, проводитъ между ними паралель съ железами кожи и вездѣ, гдѣ онъ толкуетъ о полипозной гипертрофіи, всегда говоритъ о кистовидномъ расширеніи железъ. Какъ согласить подобное противорѣчіе двухъ авторитетовъ? Къ сожалѣнію, мы не можемъ взять на себя объясненіе этого страннаго факта и должны ограничиться тѣмъ, что съ дипломатическою точностью передали здѣсь слова знаменитаго учителя и ученика его. За то при другомъ видѣ — именно при *endometritis cystica* (Lancereau и др.) — дѣло идетъ главнымъ образомъ объ измѣненіи железъ, состоящемъ въ кистовидномъ расширеніи ихъ.

Уже давно занимали какъ анатомовъ, такъ и въ особенности гинекологовъ возможныя формы грануляцій, встрѣчаемыя при хроническомъ катаррѣ матки. Особенно много толко-

вали объ нихъ французы, а въ послѣднее время англичане. Анатомическая сущность грануляціонныхъ формъ эндометрита состоитъ въ томъ, что, по отслоивъ верхнихъ слоевъ слизистой оболочки, подлежащія слою разрастаются неправильными формами, — слѣдовалъ, это должно отнести къ гипертрофическимъ формамъ. Грануляція эти, разрастаясь по преимуществу въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, особенно на задней стѣнкѣ и притомъ съ особеннымъ постоянствомъ въ области дна матки, могутъ принимать различныя формы: отсюда *endometritis granulosa, fungosa, villosa* (Славянский) и др. Очень вѣрное и мѣткое описаніе этихъ грануляцій даетъ Nélaton на основаніи экземпляровъ, которые удалены имъ изъ матки *intra vitam* помощью рекамьеровской ложечки. «Грануляція эти», говоритъ онъ, «имѣютъ два конца: одинъ свободный, рововатаго цвѣта, сильно напоминаетъ собою *membran. villosam* кишечника; другой же конецъ, насыщенно краснаго цвѣта, напоминаетъ собою только что отдѣленную ткань». Къ этой же категоріи, т. е. — грануляціоннаго или полипознаго эндометрита должно отнести тотъ видъ его, который Routh описалъ подъ именемъ «*fundal endometritis*», причѣмъ измѣненной представляется главнымъ образомъ часть слизистой оболочки между внутренними отверстиями Фаллопеевыхъ трубъ, слѣдов., дно матки по преимуществу. О трехъ случаяхъ грануляціоннаго эндометрита, занимавшаго по преимуществу тѣло матки, изслѣдованныхъ *post mortem*, мы упоминаемъ въ нашихъ Клиническихъ Запискахъ, стр. 163. Случаи эти, съ анатомико-паталогической точки зрѣнія, имѣютъ очень большое сходство съ тѣми, которое описали Robin, Boyer и др.

Выше мы уже упомянули о томъ, что, по Olshansenу при его *endometritis hyperpl.*, маточныя железы представляются очень мало измѣненными. Schgoeder \* же, на основаніи нѣслага ряда изслѣдованій, произведенныхъ С. Ruge, приходитъ на этотъ счетъ къ совершенно другому заключенію. По словамъ его, въ нѣкоторыхъ случаяхъ констатируется не много железъ въ разросшейся соединит. ткани; обыкновенно же железы, нѣсколько расширенныя, выступаютъ весьма рѣзко. Въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ случаяхъ заключаются даже густо расположенныя комки железистыхъ каналовъ. Впрочемъ, эту послѣднюю категорію случаевъ Schgoeder считаетъ переходною формою, т. е. имѣющею наклонность переходить въ злокачественную (*adenoma diffusum*).

Что касается измѣненій эпителія при хроническомъ катаррѣ матки; то извѣстно, что всѣ утверждали, что сущность ихъ состоитъ въ томъ, что цилиндрической характеръ его теряется и что онъ становится плоскимъ. De-Surety \*\* увѣряетъ, что онъ никогда не наблюдалъ ничего подобнаго. По его словамъ, цилиндрической эпителій во всѣхъ случаяхъ пропадаетъ и персистируетъ только въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ железахъ.

Изъ изслѣдованій того же автора относительно паталогической сущности разращенія элементовъ слизистой оболочки внутренняго покрова матки при хроническомъ катаррѣ ея мы заимствуемъ слѣдующее.

По словамъ его, разращенія эти могутъ быть подраздѣлены на слѣдующія три категоріи:

\* Krankh. der weiblich. Geschlechtsorg. V Ausg. I p. 113.

\*\* Manuel prat. de Gynécol. Paris, 1879, p. 330. См. также его Etude histolog. sur la cavité utérine après la parturition. Arch. de Physiol., 1876, p. 342.

1. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло ограничивается гипертрофіею железъ, расширяющихся и становящихся извилистыми, причемъ онѣ сохраняютъ свой эпителий.

2. Въ другомъ рядѣ случаевъ упомянутыя разращенія состоятъ исключительно изъ эмбриональной ткани съ очень скудными сосудами. При этомъ отъ железъ пересистируютъ небольшіе остатки и очень мало эпителиальныхъ клетокъ. Здѣсь имѣютъ дѣло съ настоящимъ продуктомъ воспаления. Кроме того, при этомъ замѣчаются перерожденные элементы, расположенные островками.

3. Въ послѣдней категоріи случаевъ разращенія состоятъ почти исключительно изъ сосудовъ, изъ которыхъ нѣкоторые достигаютъ очень значительнаго калибра.

Что касается анатомическихъ измѣненій въ цервикальномъ каналѣ, то при нѣкоторыхъ измѣненіяхъ, въ сущности аналогическихъ съ тѣми, которыя встрѣчаются въ полости, въ немъ замѣчаются еще нѣкоторыя особенности. Эткихъ особенностей главнымъ образомъ двѣ: сильное разбуханіе и переполненіе секретомъ фолликулъ, т. н. Наботовы яйца и рѣзкое выступаніе поперечныхъ складокъ, которыя представляются разбухшими, а нерѣдко какъ-бы отечными. Влагалищная часть вообще представляется увеличенной въ объемъ, разбухшею и съ гипертрофіею сосочковъ; зѣвъ раскрытъ болѣе или менѣе и на губахъ его замѣчается рядъ измѣненій, всевозможныя формы язвавъ, о которыхъ сказано будетъ ниже.

При такихъ глубокихъ анатомическихъ измѣненіяхъ слизистой оболочки, и другіе элементы, входящіе въ составъ матки, очевидно, не могутъ оставаться безучастными. Въ самомъ дѣлѣ, при хроническомъ катаррѣ слизистой оболочки, стѣнки матки представляютъ болѣею частью довольно рѣзкія измѣненія, которыя можно подвести подъ двѣ категоріи. Въ одной изъ нихъ матка представляется болѣе или менѣе значительно увеличенною въ объемъ (*metritis chron. diffusa*), причемъ стѣнки ея плотны и даже тверды на ощупь. Въ другомъ же рядѣ случаевъ мы видимъ, наоборотъ, матку не только увеличенною, но даже меньше нормальныхъ размѣровъ и притомъ съ чрезвычайно мягкими и вялыми стѣнками. Мы увидимъ ниже, что клинически, по отношенію къ предсказанію, необходимо строго различать эти двѣ категоріи хроническаго катарра матки.

Клиническія явленія. Весь рядъ przypadковъ, сопровождающихъ хроническій катарр матки, можно раздѣлить на двѣ группы: явленія со стороны общаго состоянія организма и явленія мѣстныя, со стороны половой сферы.

Явленія со стороны общаго состоянія организма въ различныхъ случаяхъ выступаютъ весьма различно: иногда они едва замѣтны и больныя жалуются на нихъ очень мало; иногда же, наоборотъ, они выступаютъ столь рѣзко, что внушаютъ серьезное опасеніе. Замѣчательно при этомъ то, что это различіе въ степени выступанія общихъ явленій не сообразуется нерѣдко нисколько со степенью мѣстнаго процесса: при слабыхъ мѣстныхъ явленіяхъ мы можемъ иногда имѣть очень серьезную общую картину, и наоборотъ. Тѣмъ не менѣе, од-

нако, подобные случаи будутъ составлять исключеніе изъ общаго правила и вообще должно сказать, что, при сколько нибудь порядочно продолжающемся хроническомъ катаррѣ, послѣдствія его сказываются на общемъ состояніи больныхъ въ болѣе или менѣе серьезной степени. Прежде всего мы должны упомянуть о разстройствѣ пищеваженія. Начинается обыкновенно дѣло съ того, что аппетитъ ослабѣваетъ, дѣлается неравнымъ и у больныхъ нерѣдко появляются такъ называемыя прихоти, замѣчаемыя столь нерѣдко въ первую половину беременности. За упадкомъ аппетита, черезъ больній или меньшій промежутокъ времени, слѣдуетъ за поръ на низъ, составляющій для больныхъ, особенно если онъ сопровождается вадутіемъ кишекъ, очень мучительный припадокъ. Вслѣдствіе сказанныхъ разстройствъ со стороны пищеваженія, по истеченіи извѣстнаго времени, начинаетъ обнаруживаться замѣтно упадокъ питанія, который усиливается еще особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ хроническій катарръ, вслѣдствіе извѣстныхъ анатомическихъ измѣненій слизистой оболочки (*endometritis fungosa*), влечетъ за собою обильныя мѣсячныя (*menstr. profusa*). Больныя ослабѣваютъ, подкожный жиръ исчезаетъ, вслѣдствіе чего теряется закругленность формъ, лицо вытягивается и черты его принимаютъ тотъ характерный видъ, который старинные врачи обозначали названіемъ *facies uterina*. Когда съ одной стороны, вслѣдствіе обильнаго слизетеченія, черезъ которое организмъ теряетъ такую массу протеиновыхъ веществъ, а съ другой стороны, вслѣдствіе потери крови, разстройство общаго состоянія доходитъ до болѣе или менѣе значительной степени, — наступаетъ эпоха, въ которой къ сказаннымъ припадкамъ присоединяется пѣблый рядъ нервныхъ (рефлекторныхъ) явленій, которыя перечислены нами въ первой части этого сочиненія (см. ч. I, стр. 421). Если спросить категорически: какия изъ этихъ сочувственныхъ явленій чаще всего встрѣчаются при хроническомъ катаррѣ матки, то мы затруднились бы отвѣчать на это, до такой степени они разнообразны. Въ послѣднее время пытались ставить извѣстныя группы рефлекторныхъ явленій въ опредѣленные отношенія съ локализаціей катарра. Мы ужъ выше видѣли, что Routh допускаетъ особенную ограниченную форму эндометрита, а именно *foundal endometritis*. Допуская четыре различныхъ вида ея, онъ одной изъ нихъ приписываетъ особенное значеніе и называетъ ее прямо *convulsive endometritis*, такъ-какъ она, будто бы, чаще другихъ формъ влечетъ за собою всевозможныя истерическія явленія и притомъ очень серьезнаго характера, какъ-то: судороги, катаlepsію и психозы.

Привода здѣсь мнѣніе Routh'a, высказанное имъ въ Лондонскомъ акушерскомъ обществѣ, мы ни въ какомъ случаѣ не можемъ согласиться съ нимъ. Во первыхъ, какъ діагностировать *foundal endometritis*? Во вторыхъ, почему именно этотъ видъ эндометрита долженъ имѣть такое серьезное значеніе

по отношенію къ рефлекторнымъ явленіямъ? Оттого-ли, что дно матки чувствительнѣе другихъ частей ея (Лазаревичъ)? На это обстоятельство, правда, ссылается K uth, но онъ ничѣмъ это не доказываетъ. На основаніи личныхъ наблюденій нашихъ, по отношенію вліянія катарра матки на рефлекторныя явленія, я не могу приписывать никакого особеннаго значенія не только известнымъ отдѣламъ полости, но даже преимущественно заблѣванію одной полости, или жѣ только цервикальнаго канала. Что касается того — какія сочувственныя явленія чаще встрѣчаются при катаррѣ, то, на основаніи нашихъ клиническихъ журналовъ, мы склоняемся въ пользу кардіальгіи и межреберныхъ невралгій; затѣмъ слѣдуетъ cephalaea, какъ очень частый припадокъ.

Мѣстныя явленія хроническаго катарра мы рассмотримъ по отношенію къ тремъ главнымъ припадкамъ, а именно: боли, усиленнаго отдѣленія слизи и разстройства мѣсячныхъ.

Боль собственно бываетъ рѣдко спутникомъ хроническаго катарра, если не считать появляющагося отъ времени до времени неприятнаго ощущенія въ тазовой сторонѣ, которую больныя иногда обозначаютъ какъ ощущеніе тяжести. Особенно это имѣетъ мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ хроническій катарр развивается на предварительно больной почвѣ, а именно — *sub metritis chron.* Иногда однако больныя положительно жалуются на болѣе или менѣе сильныя боли и притомъ потужнаго характера. Болямъ этимъ обыкновенно предшествуютъ болѣе или менѣе значительное уменьшеніе выдѣленія слизи изъ родовыхъ путей и это-то обстоятельство достаточно объясняетъ сущность болей въ этомъ случаѣ. Въ самомъ дѣлѣ, накопляющаяся въ полости матки слизь, встрѣчая препятствіе къ выдѣленію своему наружу со стороны распухающаго внутренняго зѣва, вызываетъ болѣе или менѣе энергическую сократительную дѣятельность со стороны матки, что, въ свою очередь, вызываетъ упомянутыя боли. Эти послѣднія обыкновенно тотчасъ совѣмъ, или, по крайней мѣрѣ, значительно утихаютъ, какъ только устранено препятствіе къ выдѣленію секрета. Боли эти, слѣдовательно, представляютъ очень большую аналогію съ болями, зависящими отъ механической дисменореи. Кромѣ этихъ болей, являющихся интеркурентно во время теченія хроническаго катарра, больныя иногда жалуются на очень сильное, подчасъ нестерпимое ощущеніе жженія въ глубинѣ таза. Припадокъ этотъ замѣчается почти постоянно въ случаяхъ сильно выраженаго цервикальнаго катарра и притомъ тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ сильно разбухшими фолликулами. Что это ощущеніе жженія зависитъ прямо и непосредственно отъ давленія этихъ послѣднихъ на подлежащія ткани, — доказывается лучше всего тѣмъ, что жженіе это проходитъ лишь только удалось опорожнить фолликулы. Въ нѣкоторыхъ относящихся сюда случаяхъ, которые мы наблюдали, къ этому присоединились такія сильныя боли въ поясничной сторонѣ, что больныя по нѣскольку дней должны были оставаться въ постели.

Одинъ изъ главныхъ и существенныхъ припадковъ разсматриваемой патологической формы составляетъ усиленное выдѣ-



леніе слизи или слизетеченіе изъ родовыхъ путей. По отношенію къ количеству его нужно замѣтить, что въ большинствѣ случаевъ оно доходить до того, что положительно беспокоитъ больныхъ, такъ-какъ оно непрерывно орошаетъ ихъ бѣлье, оставляя на немъ густыя пятна. Иногда же оно до такой степени сильно, что составляетъ формальную течь, какъ выражаются больныя, т. е. изливается непрерывно. Вообще должно замѣтить, что жидкая слизь, исходящая непосредственно изъ полости, изливается обыкновенно въ гораздо большемъ количествѣ, чѣмъ секретъ изъ цервикальнаго канала, который гуще, болѣе тягучъ и поэтому трудно изливается наружу, а имѣетъ склонность образовывать какъ бы пробки, закупоривающія каналъ и которыя удаляются изъ него съ большимъ или меньшимъ трудомъ. Это-то грубое физическое различіе въ секретѣ служитъ немаловажнымъ признакомъ для отличія катарра собственно полости матки отъ того же заболѣванія цервикальнаго канала. Такъ-какъ ко всякому сколько нибудь значительно продолжающемуся хроническому катарру матки всегда присоединяется такой же катарръ верхней трети рукава, — то въ сложности выдѣленіе изъ родовыхъ путей будетъ составлять секретъ тройнаго рода, а именно: изъ полости матки въ тѣсномъ смыслѣ, затѣмъ изъ цервикальнаго канала и, наконецъ, рукава. Для облегченія памяти читающаго, мы считаемъ не лишнимъ привести здѣсь, по Вескерегю, обзоръ этихъ тройнаго рода выдѣлений изъ родовыхъ путей. Само собою разумѣется, что мы имѣемъ въ виду нормальныя отношенія.

**Слизь полости матки. Слизь цервик. канала.**

Жидка, водяниста, свѣтлая или же слегка сѣроватаго цвѣта.

Густа, тягуча, напоминаетъ бѣлокъ, болѣе темнаго цвѣта.

Запахъ обѣихъ — приторный.

Реакція — щелочная.

Составныя части слизи полости матки составляютъ: слизь щелочной реакціи, слизистыя глыбца, болѣе или менѣе видоизмѣненный цилиндрическій эпителий, гнойныя и жировыя глыбца.

**Слизь рукава.**

Густа, похожа нѣсколько на сливки и никогда не бываетъ тягуча. Запахъ довольно острый. Реакція кислая.

Составныя части: лимфа (плазма?) кислой реакціи, плоскій эпителий, гнойныя глыбца, кровяныя шарикъ и частицы жира.

Въ гистологическомъ отношеніи вообще Tyler-Smith дѣлитъ секреты, выдѣляемые изъ родовыхъ путей, на двѣ категоріи, а именно: млочный или слизистый и рукавной или эпителиальный. Не можемъ здѣсь не замѣтить, что за долго до Tyler-Smith'a уже Donné утверждалъ, что выдѣленіе рукава нельзя собственно считать слизью въ тѣсномъ смыслѣ.

Въ допленіе сказаннаго о свойствахъ выдѣлений изъ родовыхъ путей считаемъ не лишнимъ привести химическіе анализы ихъ, сдѣланные Вескерегемъ и подробно изложенные въ его руководствѣ. Онъ принимаетъ 4 различныхъ рода выдѣлений ex sexualibus, а именно: 1) Выдѣленіе (секретъ) прозрачное, свѣтлое, 2) опаловое, 3) выдѣленіе слизисто-гнойное (шисорус) и 4) гнойвидную слизь (шисиз ригидент). Первое изъ этихъ выдѣлений состоитъ изъ воды, большаго количества муцина и нѣкоторыхъ солей. Этого рода выдѣленіе является при хроническомъ воспаленіи паренхимы матки

без поражения собственно внутреннего покрова — и поэтому Векуетел считает его лишь продуктом усиленной работы желез, обусловленной раздражением, исходящим из подлежащих тканей. Однако же, блесоватое выделение, кроме вышеупомянутых составных частей, содержит еще небольшое количество жира. Оно составляет продукт усиленного отдѣленія (hypersecretio) слизистой оболочки какъ тѣла, такъ и шейки матки, а также и рукава. Если при этомъ нѣтъ никакихъ воспалительныхъ явленій сказанныхъ частей, — то оно указываетъ лишь на то, что въ данномъ случаѣ происходитъ чрезвычайно обширное слущиваніе эпителия. Выдѣленіе слизистое гноевое — густое, тягучее, непрозрачное, то блесоватого, слегка желтого или даже зеленоватого цвѣта, состоятъ изъ воды, болѣе значительнаго количества муцина, нѣкоторыхъ солей и небольшого количества жира. Этотъ видъ выделенія составляетъ собственно продуктъ хроническаго воспаленія слизистой оболочки полости матки или цервикальнаго канала. Этотъ видъ или гноевидная слизь отличается отъ предыдущаго вида лишь тѣмъ, что содержитъ извѣстное количество настоящаго гноя и источникомъ ея служитъ поверхность слизистой оболочки, лишенная своего эпителия, или же изъязвленная.

Разстройство мѣсячныхъ, замѣчаемое при хроническомъ катаррѣ матки, бываетъ главнымъ образомъ двойкаго рода, а именно: мы имѣемъ дѣло съ чрезвычайно обильными (menstr. prof.) и дисменорейными мѣсячными. Первая изъ сказанныхъ аномалій встрѣчается гораздо чаще второй и составляетъ нерѣдко одинъ изъ главныхъ выдающихся припадковъ, отъ котораго собственно ищутъ пособія больныя. Обильныя мѣсячныя въ этихъ случаяхъ обуславливаются, съ одной стороны, гиперплазіей и разрыхленіемъ слизистой оболочки (endometritis chron. hyperplastica Olshausen'a), съ другой же — они могутъ зависть, какъ ужъ упомянуто выше, отъ такъ называемыхъ грануляцій и фунгозныхъ разраженій, развивающихся въ томъ или другомъ мѣстѣ полости матки. Въ томъ и другомъ случаѣ они составляютъ очень упорный и чрезвычайно длящійся припадокъ. Въ нѣкоторыхъ изъ случаевъ, которые намъ приходилось видѣть, мы имѣли дѣло не только съ кровотечениями во время мѣсячныхъ (menorrhagia въ собственномъ смыслѣ слова), но съ болѣе или менѣе значительными кровотечениями и помимо мѣсячныхъ. Какъ вызывающую причину ихъ можно было всегда обвинить усиленный физическій трудъ, какъ то: долгое стояніе на ногахъ, усиленную ходьбу и проч. Мы далеко не согласны съ Olshausen'омъ, утверждающимъ, что разбираемый припадокъ составляетъ постоянный слутникъ его endometritidis hyperpl., развивающейся лишь собственно въ полости матки. Ничуть не бывало: самые упорные случаи обильныхъ мѣсячныхъ тянувшихся годами, мы наблюдали нерѣдко при цервикальныхъ эндометритахъ, гдѣ дѣло шло о совершенно аналогическомъ процессѣ.

Болезненные мѣсячныя (Dysmenorrhoea) встрѣчаются при хроническомъ катаррѣ, преимущественно цервикальнаго канала. Трудно рѣшить, какое собственно патологическое значеніе имѣетъ въ этихъ случаяхъ катаррѣ. Мы говоримъ это потому, что всегда наблюдали этотъ припадокъ при осложненіяхъ катарра другими патологическими формами, или лучше, когда катаррѣ осложняется

эти послѣднія. Мы имѣемъ здѣсь въ виду главнымъ образомъ двѣ патологическихкія формы, а именно: гипертрофіи влагалищной части и загибы матки. Мы выше указали ужъ на отношеніе, существующее между воспалительными формами и гипертрофіями влагалищной части. Въ самомъ дѣлѣ, если возьмемъ катарръ самъ по себѣ, то нужно очень много, чтобы онъ сгузилъ просвѣтъ цервикальнаго канала; при существующей же предварительно гипертрофіи, это съ теченіемъ известнаго времени произойдетъ безъ особеннаго труда. Оттого-то дисменоройныя явленія мы наблюдали постоянно при хроническомъ катаррѣ матки лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣли дѣло съ субъектами нерожавшими, у которыхъ не трудно было констатировать одинъ изъ тѣхъ видовъ гипертрофіи влагалищной части, которые бываютъ врожденные по преимуществу (гипертрофіи Récamier и Kennedy). Тоже самое значеніе, какъ увидимъ, катарръ имѣетъ при загибахъ матки по отношенію къ вызыванію дисменоройныхъ явленій.

Третій видъ разстройства мѣсячныхъ, встрѣчаемый при хроническомъ катаррѣ, состоитъ въ постепенномъ оскудѣваніи (menstr. parca), или же полномъ прекращеніи ихъ раньше нормальнаго срока (menostasis). Съ этою формою аномалій мѣсячныхъ мы имѣемъ дѣло ужъ тогда, когда въ слизистой оболочкѣ наступаютъ послѣднія анатомическія измѣненія, вызываемыя катарромъ; именно — полная атрофія ея. Скудныя мѣсячныя и даже полное прекращеніе ихъ у женщинъ, еще относительно молодыхъ, мы наблюдали какъ постоянный почти спутникъ той формы катарра, которую мы описали подъ именемъ *endometritis tuberosa*.

Переходимъ теперь къ тѣмъ явленіямъ, которыя отерываются при посредствѣ изслѣдованія. Въ какой бы степени ни былъ выраженъ катарръ, матка никогда не можетъ быть при этомъ увеличена въ объемѣ въ такой степени, чтобы можно было добраться до нея при помощи наружнаго изслѣдованія. При изслѣдованіи же бимануальномъ картина будетъ различна, смотря потому — имѣемъ ли мы дѣло съ катарромъ собственно полости матки, или же только цервикальнаго канала. Въ первомъ случаѣ влагалищная часть обыкновенно не только не увеличена въ объемѣ, но весьма часто, наоборотъ, даже меньше нормальной; особенно это должно сказать относительно длинника ея; что касается всей матки вообще, то при катаррѣ полости замѣчается въ ней одинъ признакъ, который до такой степени постояненъ и характеренъ, что не можемъ не считать его патогномическимъ по преимуществу. Признакъ этотъ состоитъ въ томъ, что матка вся сплюсцивается, т. е. уменьшается въ передне-заднемъ диаметрѣ; уменьшеніе это особенно рѣзко выступаетъ въ области дна, такъ что въ экзквизитныхъ случаяхъ застарѣлаго хроническаго катарра полость матки получаетъ видъ какъ бы лешки. Сплюсциваніе въ передне-заднемъ диа-

метрѣ влечетъ за собою кажущееся увеличеніе въ поперечномъ размѣрѣ. Кромѣ этихъ характерныхъ признаковъ хроническаго катарра полости, мы должны указать еще на одно явленіе, чрезвычайно характерное. Дѣло въ томъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень долго продолжавшагося катарра полости, гдѣ мѣсячныя были весьма скудны, но зато слизетечеііе происходило въ очень сильной степени, мы замѣчали столь значительное укорачиваніе влагалищной части съ такимъ сильнымъ зяніемъ зѣва, что въ началѣ оно ставило насъ въ тупикъ. Въ другихъ случаяхъ зѣвъ не зялъ, но такъ легко прогускалъ палецъ, что не стоило никакого труда проникнуть въ полость. Этотъ признакъ, т. е. легкое прониканіе пальца въ полость, мы встрѣчали какъ постоянный спутникъ той формы хроническаго катарра, которую мы назвали *glandulo-tuberosa*. Характеризуется эта форма тѣмъ, что она чрезвычайно продолжительна, ведетъ абсолютно къ менопаузе и даетъ громадное отдѣленіе, въ сильной степени источающее больныхъ. Весь органъ положительно меньше нормальнаго; уменьшеніе это особенно бросается въ глаза по отношенію къ влагалищной части; зѣвъ представляетъ поперечную щель; губы чрезвычайно истончены, спавшіяся; палецъ безъ всякаго труда проникаетъ въ полость, гдѣ ощупываетъ (чаще на задней стѣнкѣ) въ области тѣла нѣсколько возвышеній различной величины, начиная съ горошины и больше. Возвышенія эти на ощупь чрезвычайно плотны. Еще не можемъ не упомянуть объ одномъ явленіи, которое до извѣстной степени характерно для разсматриваемой формы эндометрита. Дѣло въ томъ, что во всѣхъ видѣнныхъ нами относящихся сюда случаяхъ мы ни разу не наблюдали ни малѣйшихъ слѣдовъ изъязвленій губъ или даже просто слущиванія эпителия. Такъ какъ всѣ наши случаи мы наблюдали *intra vitam*, то не можемъ сказать ничего опредѣленнаго относительно ближайшей анатомической сущности этой формы эндометрита. Принимая въ соображеніе однако чрезвычайно плотность возвышеній, ощупываемыхъ пальцемъ, нужно, кажется, допустить, что здѣсь дѣло идетъ не о простомъ кистовидномъ расширеніи железъ, а объ настоящей гипертрофій ихъ. Вслѣдствіе то этого мы эту форму и назвали *endometritis glandulo-tuberosa*.

Когда дѣло идетъ преимущественно о катаррѣ цервикальнаго канала, то влагалищная часть представляется всегда увеличенною въ обоихъ размѣрахъ, въ особенности же она утолщена и болѣе или менѣе сочна, нерѣдко даже бархатиста на ощупь; въ какой бы степени ни существовалъ цервикальный эндометритъ, зѣвъ всегда болѣе или менѣе пріоткрытъ; явленіе это можетъ доходить до болѣе или менѣе значительнаго зянія. Что касается формы его, то онъ почти всегда кругловатый. Слизистая оболочка цервикальнаго канала, вслѣдствіе разращенія соединительно-тканнаго слоя, въ особенности же эпителиальныхъ элементовъ представляется сильно гиперемированною, очень раз-

бухаетъ и притомъ иногда до такой степени, что она, какъ бы не находя себѣ достаточно мѣста въ просвѣтѣ канала, выпячивается изъ него наружу, такъ что иногда въ просвѣтѣ зеркала ее можно осмотрѣть на большемъ или меньшемъ протяженіи. Это выпячиваніе части слизистой оболочки цервикальнаго канала и названо нѣкоторыми авторами *ectropion oris uteri* (Roser); названіе это едва ли удачно, такъ-какъ оно собственно нисколько не выражаетъ сущности дѣла. Гораздо ближе къ истинѣ назвалъ его Tyler Smith, который описываетъ это состояніе подъ именемъ выворота цервикальнаго канала (*inversio canalis cerv. uteri*). По мѣрѣ гипертрофированія слизистой оболочки цервикальнаго канала, въ ней все болѣе и болѣе начинаютъ выступать продольныя складки. Нерѣдко бываетъ такъ, что гиперплазія слизистой оболочки ограничивается одной какой нибудь губой зѣва (обыкновенно передней); въ такомъ случаѣ утолщенная губа сильно растягиваетъ цервикальный каналъ и очень рѣзко выступаетъ въ зѣвъ. Въ явленіяхъ, представляемыхъ цервикальнымъ эндометритомъ, железы слизистой оболочки, какъ ужъ мы знаемъ, играютъ особенно выдающуюся роль. Вслѣдствіе слущиванія эпителия протоки железъ засариваются (слизью), отчего онѣ постепенно разбухаютъ, переполняясь своимъ секретомъ и образуютъ формальныя ретенціонныя кисты. Эти то послѣднія и составляютъ то, что собственно называется Наботовыми яйцами. Они помѣщаются какъ въ самомъ цервикальномъ каналѣ, такъ и въ ближайшей периферіи зѣва. Содержимое ихъ бываетъ не только слизистое, но можетъ быть также и чисто гнойное. На видъ они представляются какъ небольшія кисты сѣроватаго цвѣта; по вскрытіи ихъ, образуются язвы (фолликулярныя).

Дальнѣйшихъ подробностей относительно патолого-анатомическихъ измѣненій при цервикальномъ эндометритѣ мы коснемся въ томъ мѣстѣ, гдѣ будемъ говорить объ изъязвленіяхъ влагалищной части.

Распознаваніе хроническаго катарра послѣ подробнаго изложенія клинической картины его не можетъ представлять никакихъ затрудненій. Что же касается рѣшенія вопроса: имѣемъ ли мы въ данномъ случаѣ дѣло съ катарромъ собственно полости матки, или же только цервикальнаго канала,—то оно положительно легко, принимая въ соображеніе, что въ томъ и другомъ случаѣ гинекологическое изслѣдованіе даетъ совершенно различный результатъ. Въ самомъ дѣлѣ, въ первомъ случаѣ мы видимъ сплюснутую въ передне заднемъ діаметрѣ матку съ рѣзко укороченною влагалищною частью; въ другомъ же случаѣ, то есть при цервикальномъ эндометритѣ, форма матки не измѣняется, влагалищная часть утолщена и, кромѣ всего этого, въ просвѣтѣ зеркала можемъ увидѣть непосредственно измѣненія на слизистой оболочкѣ собственно цервикальнаго канала. Если бы при распознаваніи хроническаго катарра матки мы затруднились относительно объясненія сущности нѣкоторыхъ явленій, какъ напр. кровотеченія,—то остается въ резервѣ ничѣмъ незамѣнимое діа-

гностическое средство, а именно — расширение первичального канала.

Повторяю распространяние первичального эндометрита, мы указали уже на характерныя явления при этомъ со стороны яича. Само собою разумеется, что самое существенное изъ нихъ, а именно — зяяніе его будетъ выступать главнымъ образомъ у тѣхъ субъектовъ, которые рожали. У субъектовъ же нерожавшихъ маточный яичъ не только не будетъ зяльнъ, но, наоборотъ, мы чаще всего найдемъ его или нормальной величины, или даже меньше нормального. Различіе это будетъ обуславливаться существенно анатомико-патологическими измѣненіями самой влагалищной части. Какъ бы то ни было, но диагностика собственно первичальнаго эндометрита какъ у рожавшихъ, такъ и у нерожавшихъ (у послѣднихъ — постъ предварительнаго расширенія) ни въ какомъ случаѣ не можетъ представлять никакихъ затрудненій. Нельзя поэтому не выразить удивленія тому обстоятельству, что Schragroeder въ этомъ отношеніи даетъ весьма странный совѣтъ. Для того, говоритъ онъ, чтобы получить возможность хорошенько осмотрѣть внутреннюю поверхность первичальнаго канала, слѣдуетъ разрѣзать боковыя стѣны его до сводовъ, затѣмъ вывернуть каждую стѣну отдѣльно (напр. переднюю вверхъ, а заднюю внизъ) и затѣмъ все это снова — зашить! Не говоря уже о томъ, что операція эта, предпринимаемая съ чисто-диагностическою цѣлю, совершенно излишня, сколько времени намъ бы пришлось терять по напрасну, если вспомнимъ, что первичальный эндометритъ составляетъ одну изъ самыхъ частыхъ гинекологическихъ формъ. Съ другой стороны, мы назвали этотъ приемъ совершенно излишнимъ и это въ самомъ дѣлѣ такъ. Одно изъ двухъ: или первичальный каналъ зяеть, тогда нечего разрѣзать его, такъ-какъ онъ легко раскрывается (растягивается) помощью обыкновеннаго корцанга, или же — еще легче — посредствомъ суставчатыхъ щипчиковъ. Если же первичальный каналъ закрытъ, тогда тѣмъ паче нечего разрѣзать его, такъ-какъ при этомъ ужъ аргіогі нельзя допустить въ немъ какихъ либо серьезныхъ измѣненій.

Мы остановились нѣсколько болѣе, чѣмъ можетъ быть слѣдовало, на этомъ совѣтѣ Schragroedera, такъ-какъ онъ, по нашему мнѣнію, ужъ очень характеризуетъ новѣйшую гинекологию, рѣзкую во что бы то ни стало... Мы считаемъ нужнымъ предостеречь отъ подобныхъ увлеченій. Впрочемъ, мы еще не разъ будемъ имѣть возможность говорить объ этомъ наравленіи.

Этіологія. Что хроническій катарръ матки составляетъ весьма часто встрѣчающуюся патологическую форму, — не можетъ подлежать никакому сомнѣнію для всякаго, кто хоть сколько нибудь имѣлъ дѣло съ больными женщинами. Но для меня не подлежитъ также никакому сомнѣнію и то, что многіе, какъ врачи, такъ и въ особенности профаны, заходятъ ужъ слишкомъ далеко, утверждая, что всѣ женщины почти безъ исключенія страдаютъ этою болѣзнію (или, какъ они выражаются, бѣдами). Это положительнo ни на чемъ не основанный парадоксъ. Правда, хроническій катарръ матки, или, по крайней мѣрѣ, одинъ изъ главныхъ припадковъ его — leucorrhoea — является какъ спутникъ множества другихъ страданій матки, но и въ этомъ случаѣ выше-сказанное мнѣніе преувеличено. Что касается того, какъ часто встрѣчается хроническій катарръ матки какъ самостоятельная форма, то на основаніи нашихъ личныхъ наблюденій процентное отношеніе его къ общему числу всѣхъ гинекологическихъ формъ = 8, 7. Изъ этого видно, что и у насъ даже катарръ (какъ самостоятельная форма) не встрѣчается особенно часто. Мы говоримъ это потому, что издавна утверждаютъ, что рассматриваемая нами болѣзнь особенно часто встрѣчается въ холодныхъ и преимуще-

ственно «сырыхъ» мѣстностей. Очевидно, что, утверждая это, имѣли въ виду аналогию съ катаррами вообще. Впрочемъ, нѣкоторыя, какъ напр. Страту-Невитъ утверждаютъ, что влияние сырыхъ мѣстностей въ этомъ отношеніи не можетъ подлежать никакому сомнѣнію; чтожь касается статистическихъ данныхъ, приводимыхъ нѣкоторыми авторами для подтвержденія того, что, чѣмъ сѣвернѣе тѣмъ чаще катарръ матки, то они не могутъ имѣть притязанія на особенное довѣріе, такъ-какъ они имѣютъ въ виду только leucorrhoeam, не опредѣляя ближе анатомическаго субстрата ея. Все, что подобныя цифры могутъ доказать, это развѣ только то, что въ теплыхъ мѣстностяхъ вообще гинекологическія формы встрѣчаются рѣже, тѣмъ въ климатахъ холодныхъ. Въ этомъ смыслѣ должно, по нашему, понимать данныя, приводимыя Marc d'Espine'омъ \* и Gégard'омъ. Если бы холодъ, какъ божанетворный элементъ, оказывалъ въ этомъ случаѣ дѣйствительно такое влияніе, какъ утверждаютъ, то дѣло должно было бы быть совсѣмъ иначе, а именно: хроническій катарръ матки долженъ былъ бы чаще всего развиваться изъ остраго катарра, въ которомъ этотъ этиологическій моментъ играетъ действительно главную и существенную роль. Между тѣмъ извѣстно несомнѣнно, что острый катарръ, по отношенію къ хроническому, встрѣчается несравненно рѣже послѣдняго и, второе, что онъ развивается изъ остраго въ высшей степени рѣдко. Обыкновенно бываетъ такъ, что развитіе его происходитъ чрезвычайно тихо, почти незамѣтно для больной. Очевидно, что въ данномъ случаѣ должна дѣйствовать не одна какая либо причина, бросающаяся въ глаза, а цѣлый рядъ, или комплексъ этиологическихъ моментовъ. Въ числѣ этихъ послѣднихъ мы должны главнымъ образомъ назвать беременность и въ особенности родильный періодъ. Всякому акушеру извѣстно—какъ часто встрѣчаются въ родильномъ періодѣ заболѣванія внутренней поверхности матки, съ одной стороны, а съ другой—въ какой мѣрѣ больныя пренебрегаютъ сливетеченіемъ послѣ родовъ, объясняя это просто тѣмъ, что «такъ должно быть». Пройдетъ нѣсколько мѣсяцевъ, а въ это время произойдутъ вышеупомянутыя измѣненія слизистой оболочки и—хроническій катарръ готовъ. На основаніи нашихъ личныхъ наблюденій, мы можемъ положительно утверждать, что, по крайней мѣрѣ, у  $\frac{2}{3}$  рожавшихъ женщинъ хроническій катарръ матки имѣеть единственнымъ источникомъ заболѣванія въ родильномъ періодѣ. Здѣсь мы не можемъ не коснуться кстати вопроса, о которомъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ былъ поднятъ споръ въ Лондонскомъ акушерскомъ обществѣ, а именно о томъ: какая форма катарра встрѣчается чаще въ практикѣ: катарръ ли полости матки, или—цервикальнаго канала? Уже до Ch. West'a, Aranъ увѣрялъ, что катарръ полости матки встрѣчается чаще катарра цервикальнаго

\* Op. cit. p. 165.

канала и трудно объяснить себѣ, на чемъ основано это мнѣніе. Стоитъ только внимательно поизслѣдовать одну сотню больныхъ, чтобы убѣдиться въ томъ, что цервикальный эндометритъ составляетъ обыденное явленіе, между тѣмъ какъ эндометритъ собственно полости, не только самостоятельный, но даже какъ спутникъ другихъ формъ, встрѣчается относительно рѣдко. Этому научаетъ насъ прямое клиническое наблюденіе. Но тутъ еще есть одно обстоятельство, котораго нельзя упускать изъ виду. Мы ужъ упомянули выше о томъ, что главнымъ источникомъ хроническаго катарра матки должно признать эндометритъ пуэрперальный. Что эндометритъ цервикальный въ родильномъ періодѣ встрѣчается несравненно чаще эндометрита полости, — намъ кажется, не требуетъ доказательствъ. И такъ, если явный этиологическій моментъ (именно родильный эндометритъ цервикальнаго канала) совершенно подтверждаетъ то, почему хроническій катарръ цервикальнаго канала встрѣчается чаще полости. — то, спрашивается, какимъ образомъ сподти противъ столь очевиднаго факта? Фактъ этотъ кромѣ того подтверждается еще извѣстнымъ преобладаніемъ железъ въ слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала надъ слизистой оболочкой полости. Въ самомъ дѣлѣ, если Tyler Smith насчитываетъ на протяженіи цервикальнаго канала 10 тысячъ железокъ, то совершенно понятно, что, при такомъ громадномъ анатомическомъ субстратѣ катарра, для того, чтобы вызвать его, должно быть достаточно иногда и самыхъ незначительныхъ этиологическихъ моментовъ. При этомъ не должно забывать, что влагалищной части приходится всегда первой выдерживать шокъ всѣхъ болѣзнетворныхъ агентовъ травматическаго характера, въ числѣ которыхъ мы только назовемъ соитіи и всевозможные снаряды, вводимые въ рукавъ (пессаріи, редресаторы). Что соитіи, доводимый до механическаго инсульта, можетъ весьма часто обусловить цервикальный эндометритъ, доказывается лучше всего катарромъ проституткъ, который старинные гинекологи описывали подъ именемъ *leucorrhoea metreticalis*. Если, съ одной стороны, мы съ положительностью утверждаемъ, что хроническій катарръ цервикальнаго канала встрѣчается несравненно чаще полости то, съ другой стороны, нельзя ни въ какомъ случаѣ согласиться съ тѣми, которые вслѣдъ за Duparcque'омъ, утвержили, что катарръ матки всегда идетъ снизу вверхъ, т. е., что онъ съ цервикальнаго канала лишь переходитъ на полость. Это мнѣніе положительно опровергается клиническими наблюденіями, доказывающими несомнѣнно, что цервикальный эндометритъ, наоборотъ, годами и упорно держится своего первоначальнаго мѣста развитія и не обнаруживаетъ ни малѣйшей наклонности переходить на полость.

Что касается цѣлаго ряда хроническихъ катарровъ матки, въ происхожденіи которыхъ обвиняють конституціональныя причины, какъ-то: малокровіе, хлорозъ, скорбутъ, поро-



ки органовъ кровообращенія и пр., то мы, на основаніи нашихъ личныхъ наблюденій, не можемъ сказать ничего положительнаго на этотъ счетъ. Намъ кажется нѣсколько непонятнымъ, какимъ образомъ оказанныя причины должны произвести именно катарръ слизистой оболочки матки преимущественно предъ другими органами. Вѣроятно въ этихъ случаяхъ имѣютъ дѣло съ нѣлымъ комплексомъ причинъ, изъ которыхъ хлорозъ, малокровіе и пр. составляютъ только самыя выдающіяся стороны. Мы говоримъ это на основаніи того, что иногда приходится видѣть женщинъ, одержимыхъ упомянутыми патологическими состояніями и тѣмъ не менѣе однако нисколько не страдающихъ хроническимъ катарромъ матки.

**Предсказаніе.** Еще очень недалеко то время, когда не только профаны, но и врачи твердо вѣрили въ то, что бѣли—болѣзнь неизлечимая. Вслѣдствіе-то этого убѣжденія, предсказаніе при хроническомъ катаррѣ матки считалось въ высшей степени неблагоприятнымъ. Подобное убѣжденіе положительно ни на чемъ не основано и могло возникнуть только въ то время, когда мѣстная, чисто гинекологическая терапія была очень слаба. Если мы вооружаемся противъ вышесказаннаго мнѣнія — то это еще нисколько не значитъ, что мы умаляемъ значеніе хроническаго катарра матки. Онъ, безъ сомнѣнія, составляетъ болѣзнь весьма серьезную по отношенію къ продолжительности, а иногда и упорству, съ которымъ онъ противустоитъ терапіи. Но отъ этого до неизлечимости — еще очень далеко. Чѣмъ старѣе катарръ, т. е. чѣмъ въ болѣе сильной степени выражены вышеописанныя анатомическія измѣненія на слизистой оболочкѣ, тѣмъ предсказаніе неблагоприятнѣе въ томъ отношеніи, что леченіе потребуетъ больше времени и что легко возможны рецидивы. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ ужь дѣло съ атрофіей органа и глубокимъ измѣненіемъ железъ (та форма, которую мы описали подъ именемъ — *endometritis glandulo-tuberosa*), предсказаніе въ высшей степени неблагоприятно, такъ-какъ мы до сихъ поръ не наблюдали ни одного случая исцѣленія, не смотря на самую настойчивую терапію.

Если предсказаніе при хроническомъ катаррѣ благоприятно въ терапевтическомъ отношеніи, то за то оно очень неблагоприятно, если болѣзнь предоставляется самой себѣ: она можетъ тянуться неопредѣленное время, постоянно подрывая здоровье больныхъ. Временныя улучшенія замѣчаются только иногда, когда общее состояніе больныхъ поправляется отъ той или другой причины. Кромѣ того, хроническій катарръ матки влечетъ за собою одно очень важное послѣдствіе, а именно—бесплодіе.

**Леченіе.** Въ теченіе времени въ терапіи хроническаго катарра матки произошла очень рѣзкая перемѣна въ томъ отношеніи, что прежде врачи ожидали очень много отъ леченія общаго; въ настоящее же время обращаютъ главнымъ образомъ вниманіе на терапію мѣстную. Не можетъ подлежать никакому

сомнѣнію, что второй способъ дѣйствія несравненно рациональнѣе перваго, хотя онъ и не лишенъ нѣкоторой исключительности. Въ самомъ дѣлѣ, имѣя дѣло съ нисте мѣстнымъ процессомъ, анатомическій характеръ котораго выраженъ какъ нельзя яснѣе, совершенно естественно, что и направленная противъ него терапия должна занимать первое мѣсто. Этимъ однако мы нисколько не думаемъ утверждать, чтобы лечение, направленное противъ общихъ расстройствъ организма, или, пожалуй, послѣдствій катарра, было лишнее. Нисколько: мы всего скорѣе достигнемъ благоприятныхъ результатовъ тамъ, гдѣ мѣстное лечение систематически идетъ рука объ руку съ общимъ леченіемъ. Въ послѣднемъ отношеніи особенное вниманіе должно обращать на состояніе силъ больной и органы пищеваженія. Мы ужъ знаемъ, что всякій сколько нибудь продолжительный катарръ матки, разстраивая органы пищева- рительные, вторичнымъ образомъ вызоветъ анемію или же хлорозъ. Поэтому мы и направляемъ нашу терапію противъ этихъ рас- стройствъ, регулируя прежде всего образъ жизни и діету больной. Въ первомъ отношеніи мы совѣтуемъ больной бывать побольше на свѣжемъ воздухѣ и умѣренное движеніе, причѣмъ слѣдуетъ избѣгать всего, что можетъ излишне напрягать силы ея, которыя должно падать сколько возможно. Пробываніе въ дерев- нѣ или на дачѣ въ теченіи нѣкотораго времени оказывается очень часто весьма полезнымъ. Соитумъ запрещать не слѣдуетъ, если къ этому не существуетъ какого либо прямого показанія. Такъ-какъ больныя, страдающія хроническимъ катарромъ матки, весьма часто одержимы запорами, то назначаемъ приличную діету, легкія сла- бительныя, преимущественно среднія соли (sulph., citr. magn., tar- tarus natron., карнебадскую соль и пр.). Среднія соли особенно полезны въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больныя страдаютъ избыткомъ въ выдѣленіи желчи, тошнотой и отсутствіемъ аппетита. Испра- вить на сколько возможно пищеваженіе, назначаемъ средства укрѣпляющія и тонизирующія, какъ то: препараты желѣза (пре- имущественно carb. и lact. fer \* хинина, мышьяку и пр.

Извѣстно какую роль стало играть въ послѣднія десятилѣтія въ гинеколо- гии леченіе минеральными водами. Изъ года-въ-годъ сотни нашихъ больныхъ отправляются искать исцѣленія на граничныя воды и стремленіе заграничу съ врачебною цѣлью стало теперь далеко не модно, а результатомъ искреннѣйшаго вѣрованія въ нихъ со стороны больныхъ. Мы считаемъ по- этому нелишнимъ коснуться здѣсь ближе этого вопроса, съ одной стороны, потому, чтобы не повторяться въ продолженіи нашей книги по поводу этого при разсмотрѣніи другихъ патологическихъ формъ; съ другой же стороны потому, что гинекологу должно быть въ точности извѣстно то, чего можно ожидать его больнымъ отъ ихъ заграничныхъ поѣздокъ. Никто изъ практи- ковъ-гинекологовъ не станетъ отвергать, что леченіе вообще минеральными водами, вѣдати назначенными, можетъ принести до извѣстной степени пользу

\* Въ послѣдніе годы мы особенно охотно назначаемъ pyrophosph. fer. въ формѣ Струвевской воды (Pyrophosphas Eisen-Wasser v. D-r Struve). Больныя пьютъ ее очень охотно и она можетъ быть употребляема очень долго, не прозвоявдо запоровъ. Пьютъ ее обыкновенно 1—2 стакана въ сутки за обѣдомъ, постепенно увеличивая число стакановъ до 3—4.

почти во всѣхъ гинекологическихъ формахъ, гдѣ дѣло идетъ о томъ, чтобы улучшить или устранить припадкн, являющіеся какъ спутники того или другаго страданія половой сферѣ. И такъ, положивъ, что мы имѣемъ дѣло съ больной, съблвншейся анемичною вследствие того, что она страдаетъ гранулезнымъ эндометритомъ. Пославъ такую больную на ваннн либо желѣзистыя воды (Францезбадъ, Швадбахъ, Брюкенау, Эльстеръ, Спаа, С. Морисъ, Лидецкъ, Желѣзноводскъ и пр.), — мы можемъ обшщать себѣ, что больная оправится на нихъ на столыко, на столыко давняя желѣзистыя воды устранять или поправлять анемию. Но само собою понятно, что поправка эта будетъ временная, преходящая и притомъ дѣ тѣхъ поръ, пока метриальное страданіе матки (въ нашемъ случаѣ — гранулезный эндометритъ), вызвавшее анемию, не будетъ устранено тѣмъ или другимъ мѣстнымъ способомъ леченія. И такъ, послыка въ данномъ случаѣ на тѣ или другія желѣзистыя воды будетъ мѣра чисто паліативная и отъ подобной повѣдки нельзя ожидать болѣе того, что она можетъ дать, а именно — временнаго облегченія одного припадка, — анеміи. Гинекологъ поэтому не долженъ себѣ дѣлать никакихъ иллюзій въ этомъ отношеніи и онъ долженъ стараться разъяснить своимъ больнымъ, что заграничная повѣдка, сопряженная часто съ такими жертвами, можетъ доставить именно то-то и то-то и ничуть не больше. Я очень хорошо знаю по собственному опыту, что врачу придется въ этомъ отношеніи бороться съ большими затрудненіями въ практикѣ, за то совѣтъ его будетъ по крайней мѣрѣ спокоина въ томъ отношеніи, что онъ исполнилъ свой долгъ и что онъ не увеличилъ собою длиннаго ряда тѣхъ, которые рѣшительно не видятъ никакой весны тѣ или другія воды... Если больныя, страдающія безплодіемъ, вслѣдствіе хроническаго катарра матки, наконецъ убѣждены, что имъ стоитъ только съѣздить напр. въ Эмсъ и попить и дѣлать себѣ души изъ воды известнаго источника (знаменитый Vubenzuelle), чтобы испытать отъ своего недуга, — то подобная наивность можетъ вызвать разнѣ улыбку. Но что сказать о являющихся изъ года въ годъ многочисленныхъ книгахъ и брошюрахъ (за нѣкоторыми почетными исключеніями), утверждающихъ, что такая-то вода исцѣляетъ именно такіа то недуга матки? Это вызываетъ уже нечто болѣе, чѣмъ улыбку и можетъ быть объяснено только аггі заста James...

Обратимся теперь спеціально къ хроническому катарру матки. Въ данномъ случаѣ назначалось и назначаются тѣ минеральныя источники, которые обладаютъ дѣлбными свойствами противъ катарровъ вообще, следовательно, главнымъ образомъ Эмсъ, Кардсбадъ, Мариенбадъ, Киссингенъ, Ессентуки, Гомбургъ и, пожалуй, Старая Русса. Безъ всякаго сомнѣнія воды эти до известной степени полезны, такъ-какъ онѣ могутъ поправить общее состояніе (инцевареніе), — но не больше. Говоримъ это на основаніи многочисленныхъ, личныа наблюдений. Да еслибы у насъ не было этихъ послѣднихъ, то утверждать бы это ужъ а priori.

Изъ всего вышеуказаннаго не трудно вывести заключеніе, какъ должно смотреть на значеніе минеральныхъ водъ въ терапіи гинекологическихъ формъ вообще, а, следовательно, и хроническаго катарра матки.

По отношенію къ мѣстному леченію хроническаго катарра мы рассмотримъ сначала терапію цервикальнаго, а затѣмъ полостнаго эндометрита.

Терапія катарра цервикальнаго канала имѣетъ главнымъ образомъ въ виду не давать застаиваться секрету, раздражающему поверхность, лишенная эпителія, и затѣмъ дѣйствовать на болѣзненно измѣненную слизистую оболочку. Съ этою цѣлью мы назначаемъ р у к а в н ы е и, температура которыхъ сообразуется съ качествомъ анатомическихъ измѣненій какъ влагаллщной части, такъ и цервикальнаго канала. Если первая нѣсколько чувствительна на оцупъ и болѣе или менѣе насыщено краснаго цвѣта и при томъ секретъ густой, то температура дуиъ не долж-

на быть ниже 26—28° R. Температуры этой нужно держаться до тѣхъ поръ, пока не пройдутъ вышеупомянутыя явленія со стороны влагалищной части. Тогда только переходить къ душамъ болѣе низкой температуры и притомъ не разомъ, а понижая Т° каждые 4—5 дней градуса на 2. Употребляя души изъ воды болѣе высокой Т°, мы съ большою пользою прибавляемъ къ нимъ оріата, такъ-какъ при этомъ чувствительность пораженной части проходитъ гораздо скорѣе. Къ холоднымъ же душамъ прибавляютъ различные вяжущія (dtm quercus, rathaniae, tsm kino, sulph. sursi, — zinci, liq. sesquichl. fer., sulph. fer.). Души подобныя дѣйствуютъ въ этихъ случаяхъ выгодно не только на влагалищную часть, но и на верхнюю часть рукава, катарръ котораго составляетъ постоянный спутникъ различнѣйшихъ формъ хроническаго эндометрита. Уменьшенію гипереміи влагалищной части способствуютъ лучше всего скларификаціи, производимыя два 2 въ недѣлю и притомъ совершенно такимъ образомъ, какъ сказано было въ главѣ объ гипертрофіи влагалищной части. Скарификаціи положительно необходимы особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ рѣзко выступаютъ разбухшіе фолликулы. Обнаживъ влагалищную часть и очистивъ ее отъ слизи, прокалываютъ иглою по нѣсколькимъ фолликуламъ. Это дѣлается также два 2 въ недѣлю и уже послѣ нѣсколькихъ такихъ сеансовъ больныя чувствуютъ весьма значительное облегченіе. Работа эта, правда, весьма скучная, за то результаты ея до такой степени благоприятны, что въ послѣдніе годы мы прибѣгали къ этому способу въ весьма широкихъ размѣрахъ. На уменьшеніе секреторной дѣятельности цервикальнаго канала дѣйствуютъ, какъ извѣстно, направляя на него различныя вяжущія. Выше (стр. 111) мы рассмотрѣли подробно различные способы употребленія вяжущихъ и прижигающихъ на слизистую оболочку матки и пришли къ заключенію, что большинство изъ нихъ не выдерживаетъ критики. Здѣсь мы можемъ только повторить тоже самое и считаемъ нужнымъ прибавить, что съ каждымъ днемъ убѣждаемся все болѣе и болѣе въ справедливости этого мнѣнія. Мы поэтому не станемъ болѣе распространяться здѣсь объ этихъ способахъ и скажемъ вкратцѣ какъ мы поступаемъ въ этихъ случаяхъ. Устранивъ вышесказанными средствами гиперемію и, насколько возможно, разбухшіе фолликулы, мы приступаемъ ко второй половинѣ задачи, т. е. уменьшенію секреторной дѣятельности цервикальнаго канала. Съ этою цѣлью 2 раза въ недѣлю обнажаютъ широкимъ зеркаломъ влагалищную часть и, удаливъ слизь, дѣлаютъ интрацервикальныя впрыскиванія изъ простой теплой воды до тѣхъ поръ, пока большая часть слизи не будетъ удалена изъ цервикальнаго канала. Тамъ, гдѣ секретъ очень тягучъ, нерѣдко не удается удалить слизь, или же она скоро снова накапливается. Въ подобныхъ случаяхъ, послѣ 2—3 интрацервикальныхъ впрыскиваній, удаляютъ слизь помощью палочекъ, внутренній конецъ которыхъ покрытъ (на протяженіи 1") нѣ-

своими турами довольно толстой нитки. Дѣйствуя этими палочками, какъ бы баниками, удается обыкновенно удалить если не всю, то большую часть слизи, закупоривающей цервикальный каналъ. Вслѣдъ за этимъ его, на всемъ протяженіи, смазываютъ (помощью тѣхъ же палочекъ) растворомъ того или другаго вяжущаго или каустическаго средства. При этомъ нужно имѣть въ виду, что очень рѣдко сразу можно прибѣгнуть къ употребленію этихъ послѣднихъ, такъ-какъ слизистая оболочка цервикальнаго канала находится еще въ состояніи такого раздраженія, что подобный образъ дѣйствія могъ бы принести только вредъ. Обыкновенно мы начинаемъ дѣйствовать на цервикальный каналъ очищающими средствами, а именно — глицериномъ (per se, или же пополамъ съ водою); съ большою пользою мы употребляемъ также растворы щелочей, противоѣдущихъ застыванію секрета тѣмъ, что раздражаютъ его въ значительной степени. Что касается вяжущихъ, то мы особенно часто прибѣгаемъ къ полуторохлористому желѣзу и растворамъ азотнокислаго серебра. Послѣ cadaго такого смазыванія цервикальнаго канала, тампонируютъ рукавъ глицериномъ (для уменьшенія раздраженія) и очень выгодно, если больная можетъ оставаться послѣ этого часа 2—3 въ постели. Само собою разумѣется, что изложенная терапия возможна только тамъ, гдѣ цервикальный каналъ раскрытъ до известной степени. Въ противномъ случаѣ мы всегда прибѣгаемъ къ предварительному методическому расширенію его. Средство это до такой степени благотворно дѣйствуетъ именно въ этихъ случаяхъ, что, поистинѣ, его нельзя не считать однимъ изъ самыхъ могущественныхъ терапевтическихъ агентовъ въ терапіи катарра. Расширяющія средства дѣйствуютъ здѣсь благоприятно двоякимъ образомъ: во первыхъ, расширяя каналъ, они доставляютъ свободный стокъ жидкости и, во вторыхъ, они устраняютъ прижатіемъ известнымъ анатомико-патологическія послѣдствія катарра (грануляціи и фунгозные разращенія). Въ этомъ послѣднемъ отношеніи губки положительно ничѣмъ незамѣнимы\*.

Такъ-какъ въ сущности анатомико-патологическія измѣненія эндометрита полостнаго почти тѣже, что и при цервикальномъ эндометритѣ, то и терапия, разумѣется, должна быть одна и таже. Это совершенно такъ, но на дѣлѣ выходитъ другое, такъ-какъ дѣйствовать собственно на полость матки и на цервикальный каналъ далеко не одно и то же. Такъ обыкновенно говорятъ противники внутриматочной терапіи и при этомъ ссылаются на цѣлый рядъ случаевъ, окончившихся очень неблагоприятно потому, что дѣйствовали известнымъ образомъ непосредственно на слизистую оболочку маточной полости. Указать только на опасности, сопряженныя съ тѣмъ или другимъ терапевтическимъ способомъ, еще очень мало, такъ-какъ отъ этого польза лишь отрицательная. Тѣ,

\* См. наши Гинекол. Зап. стр. 88—89.

которые постоянно проповѣдуть противъ внутриматочныхъ впрыскиваній, не придумали до сихъ поръ—чѣмъ можно было бы ихъ замѣнить. Между тѣмъ гинекологу будутъ встрѣчаться въ практикѣ случаи, гдѣ, если онъ откажется отъ внутриматочной терапіи въ тѣсномъ смыслѣ, онъ будетъ совершенно безпомощенъ. Случаи эти будутъ двойнаго рода: въ однихъ онъ будетъ имѣть дѣло съ такимъ усиленнымъ выдѣленіемъ изъ полости (phlegmorrhoea старин. авторовъ), что оно положительно подрываетъ здоровье больныхъ; въ другомъ рядѣ случаевъ дѣло будетъ идти или о чрезмерно обильныхъ мѣсячныхъ (menstr. prof.) или же даже о кровотеченияхъ помимо менструальныхъ періодовъ (endometritis fungosa, granulosa, endometritis hyperpl. Olshausen'a). Обыкновенная терапія, къ которой прибѣгаютъ при цервикальномъ эндометритѣ, здѣсь приноситъ очень мало пользы. Чтожь остается дѣлать? Если мы встрѣчаемъ подобные случаи, то нужно попытаться—чего могутъ достигнуть, поступая такимъ образомъ, какъ изложено было выше при терапіи цервикальнаго эндометрита. Иногда, хотя и рѣдко, можно до извѣстной степени уменьшить страданія больныхъ. Терять же много времени, настаивая на этой терапіи, было бы бесполезно. Тутъ прямо надо надасть на больную поверхность полости. Съ этою цѣлью мы въ подобныхъ случаяхъ прибѣгаемъ къ введенію губокъ, вводя ихъ постепенно все выше и выше. Этимъ путемъ мы разрушимъ всѣ тѣ анатомико-патологическія измѣненія, которыя приходятъ въ прикосновеніе съ губками. Расширивъ полость до извѣстной степени, остается дѣйствовать, но не приближающимъ образомъ. Предложенные для этого способы разобраны нами въ другомъ мѣстѣ (стр. 121) и тамъ мы ужъ видѣли, что изъ нихъ можно остановиться только на одномъ, а именно—введеніи въ полость матки лекарственныхъ веществъ въ жидкомъ видѣ. Въ приведенномъ же мѣстѣ мы указали также на то, что способъ этотъ далеко лучше своей репутаціи и что, соблюдая извѣстныя предосторожности, можно прилагать его къ дѣлу съ огромною пользою. Прибавимъ здѣсь еще, что мы охотнѣе всего употребляемъ въ этихъ случаяхъ вяжущія въ тѣсномъ смыслѣ и избѣгаемъ собственно прижигающихъ, т. е. крѣпкихъ растворовъ nitr. arg. и пр. Особенно охотно мы употребляемъ въ послѣдніе годы слабыя растворы trae. jodii. такъ-какъ іодъ, по изслѣдованіямъ Nolte'a, не свертываетъ бѣлка и имѣетъ такимъ образомъ возможность болѣе энергически дѣйствовать на больную поверхность. Тамъ, гдѣ полость матки значительно открыта, можно данное лекарственное вещество приводить въ прикосновеніе съ полостью не только помощью впрыскиваній, но также посредствомъ корпейныхъ бурдонетовъ подобно тому, какъ мы видѣли это при интрацервикальной тампонадѣ.

Какимъ образомъ лучше и выгоднѣе всего приводить въ прикосновеніе съ внутренней поверхностью матки то или другое лекарственное вещество, — составляетъ до сихъ поръ еще спорный вопросъ. Въ главѣ объ общей гинекологической терапіи мы ужъ высказались на этотъ счетъ; тутъ же считаемъ нужнымъ только замѣтить, что самый простой и—прибавимъ—извѣстный спо-

собъ, это тотъ, который мы употребляемъ ужь очень давно, а именно — Банниги. Эти последние должно имѣть различной длины, вѣчто въ родѣ обыкновенной скалы бужей. Само собою разумѣется, если первичальный каналъ (у нерожавшихъ) закрытъ, то его приходится предварительно расширить. Баннигъ, напнтанный тѣмъ или другимъ лекарственнымъ веществомъ (чаще всего — йоду) можно оставить въ полости матки на нѣсколько часовъ безъ всякаго опасенія. Въ случаяхъ эндометрита съ очень обильными кровотечениями мы этимъ путемъ достигали очень блестящихъ результатовъ. Miller, Playfair и другіе обматываютъ зондъ кускомъ ваты и такимъ образомъ вводятъ лекарственные вещества въ полость матки. Но это не выгодно, такъ какъ вата соскабливаетъ. Что касается маточныхъ карандашей, приготовляемыхъ изъ различныхъ вяжущихъ, то въ последние годы снова стали выкалывать ихъ Негал и др. Особоенно къ нимъ прибѣгаютъ при кротоочивныхъ эндометритахъ. Приготавливаются они по слѣдующей формулѣ: Rr. Liq. sesquichlor. fer. pulv. vad. alth. aa. Gluc. q. s. ut. f. bacilli (uter.).

Тѣ, которые возстаютъ противъ внутриматочныхъ впрыскиваний, стараются устранить грануляціи и раздраженія слизистой оболочки тѣмъ, что прямо соскабливали ихъ помощью инструментовъ, извѣстныхъ подъ именемъ маточныхъ ложечекъ (curette). Первый сталъ употреблять этотъ способъ Récamier, а за нимъ очень много другіе гинекологи, какъ-то Simpson, Locomock, Routh (uterine scarpers), Sims, Kristeller (видоизмѣненіе ложечки Sims'a), Barnes, Olshausen и пр. Какимъ образомъ употребляли прежніе гинекологи маточную ложечку, не прибѣгая къ предварительному расширенію первичальнаго канала и внутренняго зѣва — для меня совершенно непонятно. Очевидно, что они должны были проникать въ матку, употребляя значительное насиліе. Въ настоящее время curette употребляется слѣдующимъ образомъ. Расширивъ каналъ, ложечку вводятъ (безъ помощи зеркала) совершенно такимъ образомъ, какъ зондъ и, действуя ею правою рукою, поворачиваютъ ее вокругъ оси и соскабливаютъ то, что можно. Соскобленные куски удаляются наружу вытаскиваніемъ ложечки.

Не смотря на весь авторитетъ Récamier и на многихъ вышеприведенныхъ гинекологовъ и хирурговъ, принявшихъ его способъ леченія гранулезныхъ и фунгозныхъ эндометритовъ, — соскабливаніе больной слизистой оболочки матки встрѣтило очень многихъ противниковъ. Такъ, изъ французскихъ гинекологовъ A. Gail \* называетъ этотъ способъ une pratique hasardeuse; Wederer \*\* говорить, что это просто варварство и что онъ никогда не прибѣгнетъ въ этому способу. Въ такомъ же смыслѣ, хотя нѣсколько мягче, высказывается и Courty \*\*\*. Изъ германскихъ гинекологовъ весьма неблагоприятно объ инструментѣ Récamier отзывался Scanzoni \*\*\*\*, называющій его инструментомъ, основаннымъ на совершенно ложныхъ возрѣніяхъ, и въ новѣйшее время Hildebrandt \*\*\*\*\*, высказавшій противъ этого способа почти тоже самое, что сказано нами выше. Всѣ эти неблагоприятныя отзывы основаны главнымъ образомъ на томъ, что ложечкой приходится действовать въ темнотѣ и что при этомъ очень не трудно произвести прободеніе маточныхъ стѣнокъ, что дѣйствительно 4 раза случилось Récamier, какъ

\* Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, p. 472.

\*\* Traité clin. des mal. de l'utérus. T. I, p. 482.

\*\*\* Traité prat. des mal. de l'utérus, p. 295—296.

\*\*\*\* Lehrb. der Krankh. der weibl. Geschl., p. 219.

\*\*\*\*\* Ueber den Catarrh der weibl. Sexualorg. Samml. Klin. Vortr. № 32.

это видно изъ словъ Troussseau †, подтверждаемыхъ Nelaton'омъ, Rauger и др. Изъ новѣйшихъ гинекологовъ жаркимъ защитникомъ способа Récaznieгъ является Olshausen ††, утверждающій, что онъ совершенно безнаказанно и притомъ съ большою пользою въ 20 случаяхъ употребляетъ маточную дощечку, придонную М., Simon'омъ.

Считаемъ не лишнимъ кстати упомянуть здѣсь о томъ, что Spiegelberg ††† утверждаетъ, что онъ въ случаяхъ полостнаго эндометрита съ пользою прибѣгаетъ къ гальванокаустикѣ: въ полость матки вводится фансовая палочка, которая затѣмъ наваливается.

Еще нѣсколько лѣтъ тому назадъ только, именно—въ первомъ изданіи этого сочиненія, мы высказались противъ выскабливанія полости матки. Въ послѣднее время, однако, мы имѣли возможность убѣдиться въ томъ, что выскабливаніе, приложенное кстати и съ мѣстными предосторожностями, можетъ принести несомнѣнную пользу. Не нужно только прибѣгать къ нему сплошь и рядомъ, какъ дѣлаетъ въ настоящее время большинство нѣмецкихъ гинекологовъ. Особенно мы совѣтуемъ быть осторожными тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ маткою съ резко утолщенными и вальными стѣнками. При старыхъ эндометритахъ у рожавшихъ субъектовъ можно прибѣгать къ ложечкамъ хорошо и безъ предварительнаго расширенія. Влагалищная часть обнажается помощью американскаго зеркала и матка фиксируется помощью тонкаго крючка или тупыхъ щипчиковъ, которыми захватывается передняя губа. Кровотеченіе при соскабливаніи обыкновенно незначительно. Удаляя соскобленные куски, останавливаютъ кровотеченіе и затѣмъ непосредственно вводятъ въ матку банникъ, налитанный тѣмъ или другимъ вяжущимъ. Послѣ этой процедуры больная должна оставаться дня два—три въ постели.

## 2. Воспаленіе паренхимы матки.

(Metritis paranchymatosa).

### а). ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНІЕ ПАРЕНХИМЫ МАТКИ.

Bibliogr. Voigtel, Patholog. Anatomie, Halle, 1805.—C. Wenzel, Krankheiten des Uterus. Mainz, 1816.—Boivin et Dugés, Traité pratique des maladies de l'uterus etc. T. II, p. 198.—Lisfranc, Clin. chir., T. II.—Pauly, Maladies de l'uterus d'après les leçons de M. Lisfranc, p. 300.—J. Lever, Practic. Treatise on organic. diseases of the uterus. Lond., 1843, p. 19.—H. Bennet, A practic. treatise on inflammation of the uterus and its append. Lond. 1853, 3-de edit.—Mikschick, Zur acuten Gebärmutterentzündung bei Ungeschwängerten. Zeitschr. der Ges. der Aerzte in Wien. 1855, Hft. 7—8.—Kiwisch, Klin. Vorträge, Bd. I, p. 575.—Klob, Pathol. Anat. der Weibl. Sexualorg. p. 309. Scanzoni, Lehrb., p. 173.—

Острый паренхиматозный метритъ въ анатомико-патологическомъ отношеніи характеризуется тѣмъ, что маточныя стѣнки значительно утолщаются, бываютъ синевато-краснаго цвѣта и пропитываются жидкостью, которая можетъ быть удалена помощью выжиманія. Въ жидкости этой констатируются свободныя зерна и гнойныя шарикъ въ небольшомъ количествѣ. Пропитываніе маточныхъ стѣнокъ сказанною жидкостью до такой степени значительно, что Kiwisch установилъ даже особенную форму, названную имъ metritis serosa, oedematosa. Чѣмъ ближе къ слизистой оболочкѣ, тѣмъ рѣзче выступаютъ вос-

† Gaz. des hôp. 1856, № 21.

†† Op. cit., p. 119.

††† Monatschr. f. Geburtsk., B. XXXIV, p. 393



палительныя явленія и не рѣдко дѣло доходить до разрыва сосудовъ и кровотеченія въ ткань (экстравазаты). Воспалительный процессъ при паренхиматозномъ метритѣ занимаетъ по преимуществу тѣло и дно матки. Вслѣдствіе этого форма органа измѣняется, а именно: онъ становится закругленнѣе и увеличивается рѣзко въ передне-заднемъ размѣрѣ. Полость при этомъ, по отношенію къ размѣрамъ ея, нисколько не измѣняется, или же измѣненія эти (именно — увеличеніе) очень незначительны. За то внутренній покровъ ея, обыкновенно въ большей и меньшей степени участвуетъ въ воспалительномъ процессѣ. То же самое должно сказать и о серозномъ покровѣ матки.

Клиническія явленія, обусловливаемые острымъ паренхиматознымъ метритомъ, выступаютъ весьма рѣзко. Обыкновенно дѣло начинается болѣе или менѣе сильнымъ ознобомъ, который можетъ повториться въ теченіи сутокъ 2 — 3 раза. Затѣмъ болыя начинаютъ жаловаться на весьма сильныя острыя боли, внизу живота и крестцовой сторонѣ, причемъ онѣ имѣютъ иногда потужный характеръ, т. е. онѣ дѣлаютъ перемежки до известной степени. Боли эти произвольныя и очень значительно усиливаются при давленіи на паховыя стороны. Къ этому присоединяются тошнота, иногда рвота, а также учащенный позывъ къ мочеиспусканію и dysuria. Эти послѣднія явленія могутъ обусловливаться уретритомъ или же воспаленіемъ пузыря, осложняющимъ нерѣдко острый паренхиматозный метритъ. При этомъ лихорадочныя явленія достигаютъ обыкновенно значительной степени. Какъ въ началѣ, такъ и на высотѣ развитія воспалительнаго процесса, всѣ выдѣленія изъ матки очень значительно уменьшаются, или даже вовсе прекращаются. Поэтому, если до развитія паренхиматознаго метрита, мы имѣли дѣло съ хроническимъ эндометритомъ, то выдѣленіе изъ матки прекращается. То же самое должно сказать относительно мѣсячныхъ: если въ это время болыная поражается рассматриваемымъ процессомъ, то мы получаемъ острый менопаузъ, какъ мы видѣли это при остромъ эндометритѣ. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ замѣчается противоположное явленіе, именно — усиленіе мѣсячнаго кровотеченія при остромъ паренхиматозномъ метритѣ.

Прежніе авторы (Kiwisch, Schönlein и др.) придавали особенно важное значеніе этому случайному явленію, именно — усиленію мѣсячныхъ во время теченія остраго воспаления и установили особенную форму — кровоточивое воспаление матки (metritis haemorrhagica). Въ сущности однако это ничуть не особенная форма, а простое явленіе (случайное), обусловливаемое разрывомъ переполненныхъ сосудовъ внутренней поверхности матки.

При распознаваніи нужно обращать вниманіе на слѣдующія явленія. Давленіе надъ симфизой, и въ особенности въ паховыхъ сторонахъ, очень значительно усиливаетъ боль. Въ особенности это будетъ имѣть мѣсто тамъ, гдѣ паренхиматозный метритъ осложняется периметритомъ. То рукава значительно возвышена, съ одной стороны, вслѣдствіе самаго метрита, съ дру-

той же стороны — вслѣдствіе присоединяющагося къ нему остраго воспаления рукава. Влагалищная часть, очень мало или совсѣмъ не участвующая въ процессѣ, не представляетъ никакихъ особенныхъ измѣненій. Одно, что очень рѣдко бросается въ глаза при этомъ, — это чрезвычайная болванность, если попытаться подвинуть матку, упирая палецъ в *portioen vaginalis*. При бимануальномъ исследованіи легко убѣдиться въ томъ, что матка представляется гораздо болѣе заругленной и притомъ чрезвычайно твердою на ощупь. Ощущеніе это сильно напоминаетъ то, которое получается при ощупываніи весьма сильно сокращенной беременной матки. Если бы мы имѣли дѣло съ чистымъ паренхиматознымъ метритомъ, то прямое распознаваніе его облегчается тѣмъ, что исследующій палецъ не открываетъ никакихъ измѣненій ни въ параметрияхъ, ни въ сводахъ рукава.

Этіологія. Вообще говоря, острый паренхиматозный метритъ, т. е. такой, гдѣ бы не было никакихъ совмѣстныхъ разстройствъ со стороны придаточныхъ частей матки, принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ гинекологической практики. Гинекологу, впрочемъ, еще скорѣе придется встрѣтиться съ этой формой, чѣмъ патолого-анатому, такъ-какъ, если паренхиматозный острый метритъ оканчивается смертью, то навѣрно уже въ это время будутъ весьма серьезныя осложненія со стороны брюшины, яичниковъ и пр. Поэтому-то Кlob и говоритъ, что ему ни разу не пришлось наблюдать на секціонномъ столѣ остраго паренхиматознаго воспаления матки. Намъ пришлось видѣть до сихъ поръ нѣсколько случаевъ и 3 изъ нихъ были явственно травматическаго характера: 1 разъ послѣ снятія фиброзаго полипа, а другой — послѣ нерациональнаго употребленія каустическихъ средствъ. Всѣ, какъ самую чистую причину, рассматриваемой формы, обвиняютъ простуду непосредственно предъ мѣсячными, или же во время ихъ теченія. Не меньшее этиологическое значеніе, а можетъ быть гораздо болѣе важное, имѣютъ травмы вообще (форсированное зондированіе, caustica и пр.). Особенно легко связанныя причины могутъ вызвать разбираемую патологическую форму, если органъ былъ предварительно уже болѣзненно настроенъ, т. е., если до этого существовали уже хроническій эндометритъ, частичное хроническое воспаление маточныхъ стѣнокъ, а также неправомерности въ положеніи и очертаніи (configuratio) органа. Вторичнымъ образомъ острое паренхиматозное воспаление можетъ присоединиться къ самымъ разнообразнымъ патологическимъ формамъ матки, какъ-то: міомамъ, карциному и пр.

Предсказаніе довольно серьезно уже вслѣдствіе одного того, что больныя при этомъ страдаютъ очень сильно. Въ благопріятно оканчивающихся случаяхъ вышеупомянутые припадки продолжаютъ съ недѣлю, или нѣсколько болѣе и затѣмъ, по мѣрѣ униманія лихорадочныхъ явленій, боли становятся тупѣе и, наконецъ, совершенно проходятъ. Это имѣетъ мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ острое воспаление разрѣшается. Въ другихъ же

случаяхъ, что бываетъ всего чаще, оно переходитъ въ хроническую форму. Въ случаяхъ болѣе серьезныхъ, воспалительный процессъ переходитъ на брюшину (perimetritis, metro-peritonitis), параметрию и даже яичники. При переходѣ воспаленія на брюшину, больная всего болѣе подвергается опасности, такъ-какъ, если даже она не умретъ, то придется ей долго страдать отъ послѣдствій перитонита. Къ числу рѣдкихъ неблагоприятныхъ исходовъ острого паренхиматознаго метрита должно отнести также возможность вагинальнаго нарыва въ маточныхъ стѣнкахъ. Исходъ этотъ однако, къ счастью, такъ рѣдокъ, что подобные случаи почти все отмѣчены въ литературѣ. Самособою разумѣется, что мы имѣемъ здѣсь въ виду исключительно внѣ-родильное состоянiе. Самый старый относящiйся сюда случай Steinmann'a описанъ Veigtel'емъ \*; второй случай, очень подробно описанный, принадлежитъ Bird'у \*\*. у 37-лѣтней женщины дно матки было увеличено втрое противъ нормальнаго; нарывъ развился въ задней стѣнкѣ и узкимъ и короткимъ ходомъ вскрылся въ прямую кишку. Kiwisch \*\*\* вскрылъ абсцессъ матки чрезъ переднiй сводъ рукава. Ladoz \*\*\*\* описалъ случай маточнаго нарыва, очень напоминающiй нижеприведенный случай Scanzoni. Въ случаѣ Herwez \*\*\*\*\* матка была въ объемѣ, какъ въ 5-мъ мѣсяцѣ беременности (?), съ сильно развитою мускулатурою. Закрытая со всехъ сторонъ двойная полость (l'abcès entièrement clos) помещалась въ двѣ матки. Въ случаѣ Scanzoni † дѣло шло о молодой женщинѣ, схватившей острый метритъ вслѣдствiе простуды во время мѣсячныхъ; на 22-й день болѣзни вдругъ появился общiй перитонитъ, отъ котораго больная и умерла. Вскрытiе показало, что непосредственной причиною смерти были именно упомянутый перитонитъ, происшедшiй вслѣдствiе вскрытiя въ полость брюшины нарыва, величиною съ гусиное яйцо и сидѣвшаго въ правой половинѣ маточнаго дна. Изъ послѣднихъ случаевъ паренхиматозныхъ нарывовъ матки, мы должны еще упомянуть о тѣхъ, которые приводятъ Ashford (нарывъ травматическаго происхожденiя, который былъ вскрытъ) и Schröder. Изъ приводимыхъ этимъ послѣднимъ двухъ наблюдений, заимствованныхъ изъ его собственной практики, сюда относится собственно одно, такъ-какъ первое касается родильницы. Въ этомъ случаѣ нарывъ развился вслѣдствiе осторожнаго (?) зондированiя суженнаго цервикальнаго канала.

Леченiе. Коль скоро дѣло дошло до появленiя вышеска-

\* Pathol. anat., p. 474.

\*\* Lancet, 1843, V. I, p. 645. Цитированъ также Deraul'емъ въ gaz. médéc. de Paris, 1843, p. 646.

\*\*\* Klin. Vorträge, T. I, p. 305.

\*\*\*\* Gaz. médéc. de Paris, 1839, p. 605.

\*\*\*\*\* Gaz. hebdom., 1868, p. 811.

† Lehrb., p. 203, Parenchymatöse Abscesse des Uterus.

заныхъ бурныхъ клиническихъ явленій, а именно: лихорадки и сильныхъ болей внизу живота и крестцовой сторонѣ, то нужно немедленно дѣйствовать самымъ энергическимъ противувоспалительнымъ образомъ. Внутри назначаемъ нѣсколько приемовъ хиинина и *digitalis*, нередко очень полезно предварительное употребленіе того или другаго слабительнаго (преимущ. средній соли). Больная должна стараться лежать спокойно и избѣгать всякихъ движеній; затѣмъ приставляютъ надъ лоннымъ соединеніемъ, въ видѣ полукруга, штукъ 10—15 пиявокъ или же, что мы чаще дѣлаемъ, приставляемъ то же количество пиявокъ къ обѣимъ паховымъ сторонамъ. Замѣнятъ пиявки скарификаціями влагалищной части, — мы никогда бы не рѣшились, такъ-какъ производство ихъ въ этомъ случаѣ весьма болѣзненно и, кромѣ того, ихъ пришлось бы повторять нѣсколько разъ. Тѣ, которые особенно настаивали на приставленіи пиявокъ въ этихъ случаяхъ къ влагалищной части, имѣли главнымъ образомъ въ виду вызвать снова исчезнувшія мѣсячныя, — обстоятельство, которому приписывали здѣсь особенное значеніе. Но мы ужъ выше видѣли, что менопазъ здѣсь ничто иное, какъ необходимое слѣдствіе воспалительнаго процесса и на теченіе его не оказываетъ никакого вліянія. Пиявокъ къ влагалищной части мы въ этихъ случаяхъ избѣгаемъ ужъ и потому, что введеніе зеркала здѣсь само по себѣ очень болѣзненно. Вообще было бы весьма нерационально въ этомъ случаѣ дѣйствовать противъ исчезанія мѣсячныхъ, т. е. стараться вызвать ихъ во чтобы то ни стало пиявками, экболикками, ножными раздражающими ваннами. Помня поэтому общеврачебное правило — *principiis obsta*, — мы дѣйствуемъ противъ процесса, а не одного признака. По спаденіи пиявокъ, назначаемъ холодъ на нижнюю часть живота въ видѣ каучуковаго пузыря, наполненнаго мелко истолченнымъ льдомъ, или же — холодныхъ компрессовъ. Холодъ употребляется съ извѣстными предосторожностями, т. е. дѣлають перемежки въ 1—2 часа. Еслибы большою неприятно было употребленіе холода въ упомянутомъ видѣ, то нужно испытать приснищкіе компрессы, мѣняя ихъ только черезъ нѣсколько часовъ, т. е. давая имъ согрѣваться. Согрѣвающие компрессы очень полезны, когда ужъ боли начинаютъ нѣсколько униматься и изъ острыхъ переходятъ въ болѣе тупыя. Очень полезны также въ этомъ случаѣ теплыя общія ванны. Кромѣ того, съ цѣлью дѣйствовать противъ болѣзненности со стороны матки, а также противъ дизуріи, назначаемъ тепловатыя рукавные души (изъ различныхъ мягчительныхъ, какъ *dtm. sem. lini.* и пр.), къ которымъ можно прибавить *opiate*. Нѣкоторые французскіе авторы, какъ то *Valleix*, *Courty* и др., а также и *Scanzoni* совѣтуютъ въ подобныхъ случаяхъ прибѣгать къ выпрыскиванію въ рукавъ теплой воды съ масломъ. Такъ-какъ здѣсь главное въ температурѣ, то очевидно, что можно ограничиться одной чистой водой. Такимъ образомъ постунають до тѣхъ поръ, пока воспаленіе не разрѣшится совсѣмъ, или же не перейдетъ въ хрониче-

скую форму. Въ послѣднемъ случаѣ поступаютъ такъ, какъ сказано будетъ ниже. Чтожь касается того — какимъ образомъ поступать въ случаѣ образования паренхиматознаго нарыва, — то прямо отвѣчать на этотъ вопросъ довольно затруднительно, въ виду трудности распознаванія. Въ самомъ дѣлѣ, еслибы во время теченія остраго паренхиматознаго метрита стали обнаруживаться явленія, указывающія на нагноеніе, то съ положительностью можно было бы допустить абсцессъ только тамъ, еслибы удалось констатировать сидящую въ той или другой стѣнкѣ матки опухоль, сначала твердой консистенціи и затѣмъ размягчающейся на нашихъ глазахъ. Но это не всегда будетъ такъ, т. е. не всегда можно будетъ добраться до мѣста нагноенія. Въ виду именно шаткости распознаванія придется ограничиться средствами, содѣйствующими нагноенію, т. е. назначаемъ мягчительные и болѣе теплыя дунни, тепло на нижнюю часть живота и къ вскрытію абсцесса прибѣгаютъ лишь тогда, когда онъ дѣлается легко доступнымъ чрезъ брюшныя стѣнки или чрезъ своды рукава.

#### б) ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ МАТКИ.

Истор.—библіогр. замѣч. Приступя къ разсмотрѣнію хронической формы воспаленія паренхимы матки, мы находимся въ немаломъ затрудненіи, такъ-какъ вопросъ этотъ постоянно подавалъ и до сихъ поръ продолжаетъ подавать поводъ къ большимъ разногласіямъ. Главную причину всѣхъ этихъ разногласій должно искать въ томъ, что не установились твердыя анатомико-патологическія возрѣнія на рассматриваемый вопросъ. Въ самомъ дѣлѣ, Klob напр. совершенно отвергаетъ воспалительную натуру рассматриваемой патологической формы и считаетъ ее ничѣмъ инымъ, какъ гиперплазіей извѣстныхъ составныхъ частей матки, вслѣдствіе чего онъ причисляетъ ее къ новообразованіямъ и называетъ ее прямо hyperplasia uteri diffusa, возстаивая противъ названія хронической инфарктъ матки, употребляемаго большинствомъ гинекологовъ и которое, по его мнѣнію, совершенно нерационально. Впрочемъ, давно до Klob'a еще, Kiwisch имѣлъ почти такія же возрѣнія на metrit. chron. и называлъ ее просто гипертрофіей матки. Это устарѣвшее возрѣніе Kiwisch'a въ новѣйшее время снова принято нѣкоторыми американскими гинекологами: такъ, Gaillard Thomas называетъ metrit. chron. ареолярной гиперплазіей (areolar hyperplasia), а Skene усвоилъ для нея названіе, предложенное Klob'o'mъ, именно — разлитая интерстиціальная гипертрофія. Покойный профессоръ Seyfert принадлежалъ къ числу тѣхъ клиницистовъ, которые совершенно отвергаютъ воспалительную натуру metrit. chron. По его мнѣнію, metrit. chron. ни что иное, какъ недостаточное обратное развитіе матки post partum. Не смотря однако на все остроуміе, съ которымъ развивалъ въ своихъ лекціяхъ это мнѣніе нашъ глубоко-уважаемый учитель, мы никогда не могли проникнуться убѣжденіемъ въ справедливости его. Въ самомъ дѣлѣ, Seyfert и другіе, высказывая вышеприведенное мнѣніе, упускаютъ изъ виду цѣлый рядъ случаевъ metrit. chron. у субъектовъ, никогда не бывавшихъ беременными, а во вторыхъ, — что недостаточное обратное развитіе матки въ громадномъ большинствѣ случаевъ есть именно результатъ воспаленія. Это послѣднее иногда вступаетъ очень слабо и нерѣдко до такой степени, что легко можетъ быть упущено изъ виду. Это-то обстоятельство и послужило, безъ сомнѣнія, причиною того, что отвергали воспалительное свойство metrit. chron. Simpsonу, возставшему при всѣхъ обстоятельствахъ дѣйствовать противъ involution, vitiosamъ противовоспалительнымъ образомъ, очень хорошо извѣстно было это обстоятельство. Что касается французскихъ авторовъ, то нѣкоторые изъ нихъ,

жедая выйти из затрудненія, принимали *metrit. chron.* за сложное понятіе и разбивали ее на нѣсколько отдѣльных формъ. Иначе мы не можемъ объяснить себѣ дѣленіе, напр., принимаемое Веверелемъ и Courty. Первый изъ этихъ авторовъ допускаетъ три формы, а именно: *congestion sanguine* (какая можетъ быть еще другая *congestio*?), *engorgement hypertrophique* и, наконецъ, собственно *metrit. chron.* Но Courty, то, что обыкновенно смѣшиваютъ подъ однимъ названіемъ *metrit. chron.*, состоитъ изъ трехъ совершенно различныхъ формъ, а именно: *fluxion*, *congestion* и *engorgement*. Вообще, слово *engorgement*, употребляемое часто французскими авторами, породило въ этомъ случаѣ множество споровъ. По мнѣнію Кобина, слово это должно быть удержано въ науцѣ для обозначенія имъ особеннаго состоянія матки, гистологически характеризуемаго выпотѣніемъ между нормальныхъ элементовъ какой то особой, полужидкой или совершенно жидкой аморфной массы. Пока мы ограничимся вышеприведеннымъ; мы сдѣлали это съ тою дѣлюю, чтобы подтвердить слова наши относительно разногласій, существующихъ на этотъ счетъ въ науцѣ. Отсылая тѣхъ, которые ближе интересуются этимъ предметомъ, къ превосходной монографіи Scanzoni, мы должны сказать, что, не смотря на всѣ разногласящія мнѣнія, высказанныя на этотъ счетъ различными авторитетами, мы совершенно раздѣляемъ высказанное по этому поводу мнѣніе Schroedera. Нѣтъ никакой возможности вычеркнуть изъ патологическаго кадра выраженіе *metrit. chron.*, такъ-какъ въ такомъ случаѣ пришлось бы установить, подобно вышеприведеннымъ французскимъ авторамъ, цѣлый рядъ клиническихъ картинъ, которыя при этомъ, въ отношеніяхъ этиологическомъ и терапевтическомъ, представляютъ совершенную тождественность. „Даже и выраженіе хроническое воспаление матки,“ говоритъ Schroeder, „мы не считаемъ вовсе неумѣстнымъ, такъ-какъ въ сущности споръ о томъ, — имѣемъ ли мы дѣло съ гиперплазіей соединительной ткани въ гиперемированной маткѣ, или же съ продуктомъ очень медленно протекающаго воспаления, — не имѣетъ въ сущности никакого значенія“.

Kiepling, De utero post mortem inflammatione, Lipsiae 1754.—Cigna, uteri inflammatione. Tur., 1756.—Böttger, De inflammatione uteri. Rintellii 1760.—Morgagni, De sedib. et caus. morbor., Ep. XX. 9., XXI. 29, XLVIII. 28.—Brotherson, De uteri et inflammatione ejusdem. Edinb., 1776.—Gebhard, De inflam. uteri, Marb., 1786.—Strehler, Ueber Entzünd. der Gebärmutter. Würzburg, 1826.—Guilbert, Considerations pratiques sur certaines affections de l'uterus, en particulier sur la phlegmasie etc. Paris, 1826.—Lisfranc, Maladies de l'uterus et ses annexes. Gaz. médic. de Paris, 1833, № 61, 64, 73.—M-me Boivin et Dugés, Traité pratique des maladies de l'uterus etc. Paris, 1842, T. II, p. 138.—Kennedy, Die Hypertrophie und andere Affectionen des Gebärmuttergrundes. Schmidt's Jahrb., 1839, Bd. IV, p. 58.—Ch. Waller, Lectures on the functions and diseases of the wom. Lond. 1840.—Lever, Practic. treat. on diseases of the uterus. Lond., 1843, p. 13.—Rigby, Med. Times, 1844, Sptm. u 1845 July.—Robert, Bullet. de Thérap., 1846, Nov.—Oldham, Guys hosp. Rep. 1848, VI, 1.—Huguier, Mem. sur les engorgements de la matrice. Gaz. des hôp., 1849, 127.—Tilt, Lancet 1850, Aug.—H. Bennet, A practical treatise on inflammation of the uterus and its appendages, and on ulceration and induration of the neck of the uterus. Lond., 1853, 3 edit.—Kiwisch, Klinische Vorträge, Prag, 1854, Aufl. 4, Bd. I, p. 580.—D. E. Wagner, Ueber normale und pathol. Anat. der vaginalportion. Arch. f. physiol. Heilk., 1856, Hft. 4.—Jäsche, Erfahrungen ueber die chron. Gebärmutterentzündung. Med. Zeit. Russl., 1857, № 25—27.—Gran, Maladies de l'uterus, Paris, 1858, p. 394.—Bequerel, Traité clin. des maladies de l'uterus. Paris, 1859, p.p. 157, 251, 403.—Nonat, Traité prat. des mal. de l'uterus. Paris, 1860, p. 112.—Seyfert, Ueber chron. Uterusinfarct. Spital.—Zeit., 1862, № 37—39.—Béjambes, Quelques considerations sur les engorgements de l'uterus. Montpellier, 1862.—Scanzoni, Die chronische Metritis. Wien, 1863.—Bouffier, Métrite chronique. Paris, 1863.—Faye, Ueber Heilbarkeit der chron. Metritis. Monatschr. f. Geburtsk., 1863, p. 451.—Klob, Pathologische Anat. der weibl. Sexualorg. Wien. 1864. p.

124.—Флоринскій, Критическій разборъ ученія о хроническомъ воспаленіи матки, Военно-Медич. Журн. 1865, Август.—Saexinger, Prager Vierteljahr-schr., 1866, Bd. XC, p. 152.—Boggs, Notes et refl. sur les phlegmasies de la matrice. Paris, 1866.—Courtuy, Traité prat. des mal. de l'uterus. Paris, cinquieme éd., 1872, p. 520.—R. Barnes, A clinic. history of the medic. and surgic. diseases of women. Lond. 1873, p. 498.—C. Schroeder, Handb. der Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane. Leip., 1874, p. 94.—Olshausen, Ueber chron. hyperplas. Endometritis. Arch. f. Gynaecol., 1875, Bd. III, p. 97.—Wyde, Ibid., 1878, Bd. XIII, p. 38.—De Snyety, Manuel prat. de Gynecol. Paris, 1879, p. 351.

Въ анатомико-патологическомъ отношеніи *metrit chron.* характеризуется увеличеніемъ въ объемѣ всего органа и болѣе или менѣе значительнымъ утолченіемъ его стѣнокъ. Увеличеніе это, однако, далеко неравномерно, такъ-какъ воспалительный процессъ только въ очень исключительныхъ случаяхъ обхватываетъ всю матку. Вслѣдствіе-то этого и утолщеніе стѣнокъ не вездѣ одинаково: обыкновенно болѣе всего утолщается дно и затѣмъ задняя стѣнка матки. Обыкновеннымъ послѣдствіемъ разращенія маточныхъ стѣнокъ является болѣе или менѣе значительное расширеніе полости матки, которая при этомъ теряетъ свою треугольную форму и закругляется въ большей или меньшей степени. Анатомико-патологическія явленія во время теченія *metrit chron.* измѣняютъ очень значительно свой характеръ и поэтому, для ближайшаго знакомства съ ними, мы послѣдуемъ въ этомъ отношеніи Scanzoni, раздѣляющему его на два періода: періодъ инфильтраціи и періодъ оплотнѣнія. Дѣленіе это, быть можетъ, не совсѣмъ выдерживаетъ строго-научной критики, но мы тѣмъ не менѣе придерживаемся его, такъ-какъ оно чрезвычайно пригодно для клиническихъ цѣлей. Первый періодъ теченія *metrit. chronic.*, періодъ инфильтраціи, состояніе, описываемое многими французскими гинекологами подъ именемъ *etat fungueux*, характеризуется гипереміей, занимающей неодинаково весь органъ, а выраженною то сильнѣе, то слабѣе въ различныхъ мѣстахъ. Въ гиперемированныхъ мѣстахъ очень рѣзко выступаетъ расширеніе кровеносныхъ сосудовъ, какъ венъ, такъ и артерій. Вслѣдствіе этого, маточная ткань представляется красноватою, или даже отдаетъ синеватымъ отливомъ и, кромѣ того, она инфильтрирована серозною, или же кровянисто-серозною жидкостью. И въ этомъ періодѣ начинается замѣчаться уже разращеніе соединительной ткани, но оно выступаетъ еще довольно слабо, или, по крайней мѣрѣ, соединительная ткань (въ гистологическомъ отношеніи) находится еще на очень ранней степени развитія. Во второмъ періодѣ, характеризующемся существенно все большимъ и большимъ разращеніемъ соединительной ткани, паренхима матки все болѣе и болѣе оплотнѣваетъ и гиперемія не только исчезаетъ, но, напротивъ, маточная ткань становится въ высшей степени бѣдной кровью,—что легко объясняется постепеннымъ спаденіемъ сосудовъ, вслѣдствіе разращенія окружающей ихъ соединительной ткани. Это-то состояніе маточной ткани и извѣстно у фран-

цувскихъ гинекологовъ подъ именемъ engorgement, нѣмецкими же гинекологами обозначалось названіемъ хроническаго инфаркта матки, введеннымъ въ науку Kiwischemъ. Что является при этомъ съ другою важною составною частью маточной паренхимы, а именно съ мышечными элементами? Объ этомъ спорили очень много. Но мнѣнію однихъ котораго строго придерживается и Klob, мышечные элементы разрастаются только вначалѣ процесса, затѣмъ же, при дальнѣйшемъ теченіи его, они снова атрофируются. Другіе же утверждаютъ противное. Между прочимъ, д-ръ Финъ, защищавшій въ нашей академіи въ 1868 г. диссертацию\* объ этомъ вопросѣ, на основаніи очень тщательныхъ патологическихъ изслѣдованій, пришелъ къ заключенію, что разращеніе мышечныхъ элементовъ достигаетъ при этомъ значительной степени и что, вообще она идетъ рука-объ-руку съ разращеніемъ соединительной ткани, которая въ послѣднемъ періодѣ болѣзни значительно даже уменьшается. Какимъ образомъ согласовать такіе два противуположныхъ мнѣнія, — мы не знаемъ. Но очень вѣроятно, что большая или меньшая степень разращенія мышечныхъ элементовъ будетъ прямо обуславливаться степенью давности процесса.

De-Sinety на основаніи своихъ изслѣдованій приходитъ къ заключенію, что анатомико-патологическая сущность метрит. chr. характеризуется слѣдующими двумя явленіями.

1. Значительнымъ расширеніемъ лимфатическихъ пространствъ и
2. гиперплазіей соединительной ткани, окружающей сосуды. Если ужъ отнести это послѣдняго рода измѣненіе къ склерозу, то должно бы его назвать sclerosis circum-vascularis.

Не менѣе важныя измѣненія происходятъ и въ слизистой оболочкѣ, выстилающей полость матки, характеризующіяся существенно явленіями хроническаго катарра, съ которыми мы познакомились ужъ выше. При этомъ нужно имѣть въ виду, что катарръ не сплошь занимаетъ внутреннюю поверхность матки, а сосредоточивается по преимуществу въ одномъ какомъ-либо мѣстѣ, какъ-то въ области дна и тѣла, или же, что бываетъ гораздо чаще, въ цервикальномъ каналѣ. Поэтому-то мы въ этихъ случаяхъ такъ часто встрѣчаемъ весьма глубокія и обширныя измѣненія, какъ внутри цервикальнаго канала, такъ и на губахъ зѣва: разбуханіе железъ, всевозможные виды изъязвленій губы, выворачиваніе ихъ наружу (ectropion) и пр.

Что касается о сложнѣннй хроническаго воспаления паренхимы матки, то они могутъ быть самаго разнообразнаго свойства и еслибы мы захотѣли ихъ перечислить здѣсь, то пришлось бы назвать почти всѣ гинекологическія формы. Это объясняется тѣмъ, что метрит. chr. въ большей или меньшей степени можетъ осложнять всѣ патологическія формы, обуславливаемыя, съ одной стороны, разстройствомъ питанія органа, съ другой же,

\* Въ вопросу о хроническомъ воспаленіи матки. С.-Петербургъ, 1868.



## ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ МАТКИ.

517

измѣненіями въ его положеніи и очертаніи. Здѣсь, следовательно, метритъ *chron.* является осложняющей формой. Оно же само всего чаще осложняется гипереміей и расширеніемъ венъ въ придаточныхъ частяхъ матки, а также въ сосѣднихъ органахъ (пузырь и прямая кишка), периметритомъ и хроническимъ воспаленіемъ яичка.

Клиническая картина. Въ большинствѣ старинныхъ, да и во многихъ новѣйшихъ учебникахъ по гинекологіи приводится обыкновенно цѣлый рядъ самыхъ разнообразныхъ припадковъ, сопровождающихъ хроническое воспаление матки. Эта мнимая многочисленность и разнообразіе клиническихъ явленій, однако, характеризующихъ будто бы разсматриваемую патологическую форму, объясняется очень просто тѣмъ, что прежде слишкомъ обобщали понятіе о *metrit. chron.* и относили къ ней явленія, которыя вовсе ей не принадлежатъ. Мы, поэтому, коснемся здѣсь только тѣхъ припадковъ, которые могутъ быть достаточнымъ образомъ объяснены тѣми анатомико-патологическими измѣненіями, которыя изложены были выше.

Одинъ изъ первыхъ и самыхъ частыхъ припадковъ, на который жалуются больныя, это — ощущение тяжести во всей тазовой сторонѣ вообще, или же сосредоточивающееся преимуществу въ одномъ какомъ либо мѣстѣ, какъ то внизу живота или же, что бываетъ чаще, въ крестцовой сторонѣ. Это неприятное ощущеніе, усиливающееся по временамъ безъ всякой причины, чаще же однако вслѣдствіе стоянія на ногахъ и ходьбы, передается иногда больными какъ ощущеніе вынирания чего то изъ таза и является по преимуществу при громкомъ смѣхѣ, кашлѣ и чиханіи. Неприятный припадокъ этотъ въ патологическомъ отношеніи Gallard объясняетъ тѣмъ, что нервные нити, развѣтвляющіяся въ паренхимѣ матки, прижимаются разрастающимися элементами (соедин. тк.). Ощущеніе тяжести весьма нерѣдко переходитъ въ ощущеніе боли, которая можетъ доходить до значительной степени. Боль эта можетъ быть сосредоточена въ тазовой сторонѣ съ большимъ упорствомъ, или же она распространяется вверхъ, на поясничную сторону (*neuralgia ilio-lumbal.*) и внизъ, на наружныя половыя части. Въ некоторыхъ случаяхъ боль эта становится невыносимою и имѣетъ перемежающійся характеръ. Сюда, вѣроятно, должно отнести не малый рядъ случаевъ чрезвычайной болѣзненности матки, изъ которой Goesch сдѣлалъ особую патологическую форму, названную имъ гистеральгіей, съ которой мы познакомимся ниже. Болѣзненность при *metrit. chron.* иногда съ особеннымъ упорствомъ держится въ паховыхъ сторонахъ, такъ что клинически можно бы допустить какое либо расстройство яичниковъ; между тѣмъ часто ни изслѣдованіемъ *intra vitam*, ни послѣ смерти въ органахъ этихъ нельзя констатировать никакихъ особенныхъ измѣненій. Н. Bennet считаетъ сосредоточиваніе боли въ паховыхъ сторонахъ характернымъ (патогно-

моническимъ) признакомъ *metrit. chron.* Иногда больныя почти исключительно жалуются на боль только въ сторонѣ кончика (*ossuygodynia*). Послѣ ощущенія тяжести въ тазовой сторонѣ и вышеупомянутыхъ болѣе главными признаками должно считать функциональныя разстройства со стороны половой сферы, а именно: безплодіе и различныя аномаліи мѣсячныхъ. Безплодіе составляетъ очень частый спутникъ *metrit. chron.* по крайней мѣрѣ при извѣстной степени развитія процесса и объясняется легко, патологическими измѣненіями, происходящими не только въ самой маткѣ, но и распространіемъ ихъ на фаллопиевы трубы (катарръ и измѣненіе ихъ анатомическихъ отношеній) и яичники (различныя виды воспаленія). Если изложенныя выше анатомико-патологическія измѣненія какъ матки, такъ и придаточныхъ частей ея не выражены еще особенно сильно, то случается, правда, наблюдать зачатіе, но беременность однако въ подобныхъ случаяхъ весьма рѣдко доходить до нормальнаго конца, а обыкновенно прерывается въ болѣе или менѣе ранніе сроки ея. Мѣсячныя въ крайне рѣдкихъ случаяхъ только не представляютъ болѣе или менѣе глубокаго разстройства. Въ началѣ, т. е. въ періодѣ гипереміи (періодъ инфльтраціи по *Scanzoni*) мы обыкновенно имѣемъ дѣло съ обильными мѣсячными (*menst. profusa*), причемъ мѣсячныя могутъ продолжаться не дольше прежняго, но крови теряется при этомъ большая несравненно больше, чѣмъ до болѣзни; или же мѣсячныя становятся неправильными относительно типа, т. е. являются раньше нормальнаго срока и тянутся по долгу (*menst. protracta*). Чѣмъ дальше отъ этого періода, тѣмъ мѣсячныя становятся болѣе скудными, причемъ дѣло можетъ дойти до того, что они вовсе прекращаются (*menostasis*). Это наступаетъ тогда, когда раздраженіе соединительной ткани достигаетъ своего maximum. Наконецъ, мѣсячныя могутъ быть въ большей или меньшей степени болѣзненны и принять настоящій дисменоройный характеръ и притомъ, какъ увидимъ ниже, конкретнаго свойства. — Такъ-какъ изъ выше-сказаннаго мы знаемъ, что при хроническомъ воспаленіи паренхимы матки происходятъ весьма глубокія измѣненія въ слизистой оболочкѣ полости и въ особенности — цервикальнаго канала, то къ вышеупомянутымъ клиническимъ явленіямъ присоединяются еще и явленія со стороны сказанныхъ измѣненій слизистой оболочки и которыя мы считаемъ излишнимъ перечислять здѣсь, такъ-какъ они были уже изложены нами при хроническомъ эндометритѣ.

Вслѣдствіе увеличенія матки въ объемѣ и притомъ тявущагося такъ долго, происходитъ разстройство циркуляціи не только въ тазу, но послѣдовательно и въ брюшной полости; поэтому мы такъ часто замѣчаемъ при этомъ застой крови въ венахъ прямой кишки, что, въ свою очередь, влечетъ за собою запоры на низѣ, разстройство пищеваенія, какъ то: потерю аппетита и пр. Если къ этому прибавимъ періодическія болѣе или менѣе обильныя по-

тери крови при мѣсячныхъ,—то получимъ достаточно источники для анеміи, составляющей самый обыкновенный спутникъ метрит. chron. Эту-то анемию должно считать одною изъ главныхъ причинъ, обуславливающихъ въ свою очередь цѣлый рядъ сочувственныхъ явленій, съ сущностью которыхъ мы познакомимся уже выше. Больныя, страдающія давно разсматриваемую патологическую форму, въ силу самыхъ разнообразныхъ явленій со стороны общаго состоянія, составляютъ поэтому нерѣдко истинный бичъ гинекологической практики, такъ-какъ приходится постоянно нападать то на тотъ, то на другой припадокъ. У подобныхъ больныхъ нерѣдко бываетъ какое-то особенное, измученное лице, на которомъ рѣзко написано долготѣнее страданіе, лице анемическое, съ впалыми глазами, окруженными синевой. Такъ-какъ мы коснулись наружнаго вида относящихся сюда больныхъ, то не можемъ не упомянуть о томъ, что у нихъ нерѣдко замѣчаются на лицѣ различные дерматозы, какъ-то: есзема, аспе, затѣмъ на различныхъ частяхъ тѣла fungulosis, erythema, roseola и пр. Особенно неприятны для больныхъ бурныя или коричневая пятна (chloasmata), занимающія лобъ, щеки и подбородокъ. Накожные формы эти должно считать ничѣмъ инымъ, какъ проявленіемъ глубокаго расстройства питанія, что достаточно видно изъ того, что упомянутые дерматозы исчезаютъ большею частью сами собою, какъ только питаніе больныхъ начинаетъ поправляться. Многіе авторы ставятъ въ этихъ случаяхъ страданія кожи въ прямую, причинную связь съ тѣми или другими страданіями половой сферы. На сколько это вѣрно, сказать не легко. Въ пользу этого мнѣнія однако говорить, повидимому, тотъ фактъ, что дерматозы вообще, по увѣренію Scauzoni \*, подъ влияніемъ мѣсячныхъ почти постоянно ухуждаются.

Гинекологическое изслѣдованіе прежде всего указываетъ на то, что пораженный органъ увеличенъ въ объемѣ. Увеличеніе это, однако, только въ исключительныхъ случаяхъ таково, чтобы можно было безъ труда прощупать дно матки надъ лоннымъ соединеніемъ. Случай, упоминаемый Veit'омъ, въ которомъ дно инфаретированной матки стояло на два поперечныхъ пальца выше пупка, едва ли имѣетъ подобнаго себѣ въ литературѣ. Стѣнки матки утолщены, по преимуществу же задняя и притомъ особенно въ области дна, вслѣдствіе чего передне-задній размѣръ

\* Krankheiten der weiblich. Geschlechtsorgane. Erlangen, 2 Auflage, 1867, p. 867. См. объ этомъ вопросѣ: Hebra въ Wochenbl. der Zeitschr. der Gesellsch. der Aerzte in Wien, 1855, № 40.—Герба между прочимъ указываетъ также на выпаденіе волосъ, столь часто замѣчаемое у женщинъ, страдающихъ расстройствами половой сферы,—Scauzoni, Urticaria als Symptom der Reizung der weiblich. Sexualorg. Würzburg. medic. Zeitschr., 1860, p. 92.—Ergo-же: die chronische Metritis, p. 144.—R. Barnes (A clinic. history of diseases of women, p. 507) ставитъ дерматозы въ прямую связь съ патологіей половой сферы и увѣряетъ, что ему удавалось устранять ихъ, налегая то или другое расстройство половой сферы. При этомъ однако онъ употребляетъ іодистый поташъ, мышьякъ и другія приличные средства (appropriable remedies).

увеличенъ очень значительно. Консистенція ихъ въ началѣ мягкая, становится все плотнѣе и нерѣдко доходитъ до кирпичной. Полость матки при этомъ бываетъ абсолютно увеличена. Влажная часть значительно увеличена въ объемѣ и по отношенію къ консистенціи и формѣ своей представляетъ различныя свойства, смотря по тому — рожала ли данный субъектъ, или нѣтъ. Въ первомъ случаѣ она представляется разбухшею; довольно мягкой и только въ очень старыхъ случаяхъ консистенція ея плотная. Что касается зѣва, то, вслѣдствіе обыкновеннаго осложненія эндометритомъ, онъ пріоткрытъ въ большей или меньшей степени, губы сильно развиты, нерѣдко эктропированы и усѣяны слущиваніями эпителия и различнаго рода язвами. У субъектовъ же не рожавшихъ влажная часть, относительно, мала, конической формы, не особенно плотна и кругловатый зѣвъ отличается малостью своихъ размѣровъ. Кромѣ означенныхъ явленій, констатируемыхъ изслѣдованіемъ и присутствующихъ собственно хроническому паренхиматозному воспаленію матки, мы обыкновенно находимъ еще осложненія, о которыхъ упомянуто было выше, а именно: хроническій катарръ рукава въ верхней трети его, периметриты, воспаленіе яичниковъ и пр.

Этіологія. Мы уже выше указали на то, что, согласно большинству наблюдателей, *metrit. chron.* составляетъ одну изъ самыхъ частыхъ гинекологическихъ формъ. Это все еще справедливо, если даже, согласно новѣйшимъ воззрѣніямъ на этотъ вопросъ, ограничить понятіе о *metrit. chron.* до послѣдней возможности. Если мы ограничимся здѣсь только наблюденіями, результаты которыхъ обнародованы нами въ 1868 году, то увидимъ, что на 2114 гинекологическихъ больныхъ приходится 242 случая *metrit. chron.*, что составитъ 11,44%. Само собою понятно, что далеко не все эти случаи представляли совершенно чистый (въ смыслѣ самостоятельности) хроническій инфарктъ матки. Въ это число входятъ очень много случаевъ измѣненія въ положеніи и очертаніи матки и т. п., но тѣмъ не менѣе мы относимъ ихъ къ *metrit. chron.*, такъ-какъ объективныя явленія выступали столь рѣзко, что они совершенно оправдывали подобную клиническую діагностику. Что касается собственно причинъ, обуславливающихъ развитіе *metrit. chron.*, то уже одно то, что она такъ часто встрѣчается въ практикѣ, указываетъ на многочисленность ихъ. Острое воспаленіе паренхимы матки въ этомъ случаѣ играетъ очень маловажную роль, уже вслѣдствіе одного того, что оно встрѣчается въ практикѣ чрезвычайно рѣдко. Поэтому, по тщательномъ изслѣдованіи анамнеза цѣлаго ряда случаевъ *metrit. chron.*, нельзя не придти къ заключенію, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ рассматриваемая патологическая форма развивается вслѣдствіе причинъ, исподоволь и въ теченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени разстраивающихъ циркуляцію и питаніе матки. Изъ этого видно, что число этихъ причинъ должно быть весьма значительно; такъ-какъ мы не можемъ вхо-

дальше въ подробный разборъ каждой изъ нихъ отдѣльно, то остановимся только на нѣкоторыхъ изъ нихъ. Въ ряду ихъ первое мѣсто занимаетъ недостаточное обратное развитие матки послѣ родовъ въ особенности же несрочныхъ и выкидышей. Мы этимъ нисколько не думаемъ становиться на точку зрѣнія Seyferth, Säxingera и др., утверждающихъ, что involutio vitiosa послѣ родовъ и хроническое паренхиматозное воспаление матки—понятія тождественныя. По нашему мнѣнiю, недостаточное обратное развитие матки post partum даетъ только толчекъ къ развитiю разсматриваемаго процесса тѣмъ, что, если при остановкѣ въ обратномъ развитiи матки на извѣстной степени, къ этому состоянiю присоединяются периодически повторяющiяся свѣжiя гиперемiи,—то этимъ самымъ даны задатки для развитiя формативнаго процесса, въ результатъ котораго мы получимъ metrit. chron. Такъ-какъ недостаточное обратное развитие матки in puerperio весьма часто является результатомъ воспалительныхъ процессовъ, то во многихъ случаяхъ metrit. chron. есть не что иное, какъ дальнѣйшее развитие этихъ затянувшихся воспаленiй, которыя очень часто ускользаютъ отъ вниманiя родильницъ. Въ какой тѣсной связи metrit. chron. находится съ дисурнеми въ общемъ, видно изъ простаго сопоставленiя слѣдующихъ числовыхъ данныхъ. Изъ приведенныхъ выше 242 больныхъ, страдавшихъ metrit. chron., мы насчитали только 36 не рожавшихъ, всѣ же остальные рожали и выкидывали по одному, чаще же по нѣскольку разъ. На 102 случая metrit. chron., приводимые Schroederомъ\*, нерожавшихъ было только 7. Scanzoni\*\* и за нимъ очень многiе приписываютъ важное этиологическое значенiе тому обстоятельству, что большинство больныхъ, страдающихъ metrit. chron., сами не кормили грудью; оттого-то, по его мнѣнiю, metrit. chron. встрѣчается по преимуществу у женщинъ высшихъ, или богатыхъ классовъ. Ноhл\*\*\* уже указываетъ на то, что некормленiе грудью не оказываетъ никакого неблагоприятнаго влiянiя на инволюцю дисурпериальной матки и что, наоборотъ, она идетъ лучше у некормившихъ, чѣмъ у тѣхъ, которыя сами кормятъ. Хотя, на основанiи нашихъ личныхъ наблюденiй, мы не можемъ разделять этого крайняго взгляда Ноhл'я, тѣмъ не менѣе однако некормленiе грудью по отношенiю къ metrit. chron. не можетъ имѣть того значенiя, какое ему обыкновенно приписываютъ. Въ самомъ дѣлѣ, большинство нашихъ больныхъ, какъ принадлежащихъ къ недостаточнымъ классамъ, сами кормили грудью своихъ дѣтей. Тутъ, слѣдовательно, приходится искать другихъ причинъ и найти ихъ не трудно въ различныхъ погрѣшностяхъ гигиеническихъ послѣ родовъ, а именно: въ чрезмѣрно раннемъ вставанiи (уже на 3-й, 4-й день post partum), тяжеломъ физическомъ трудѣ и пр.

\* Handb. der Krankh. der weiblich. Geschlechtsorg. p. 98.

\*\* Die chron. Metritis, p. 10.

\*\*\* Lehrb. der Geburten., 2 Auflage. Leipzig, 1862, p. 914.

Выше мы видѣли, что на наши 242. больныхъ, страдавшихъ *metrit. chron.*, приходится 36 женщинъ, никогда не бывавшихъ беременными. Откуда же у нихъ взялась рассматриваемая патологическая форма? Взвѣсивая у нихъ хорошенько анамнестическія данныя, не трудно было убѣдиться въ томъ, что у нихъ, развитіе процесса обуславливалось дѣльнымъ рядомъ причинъ, нарушавшихъ правильную циркуляцію органа въ силу неправильнаго положенія или очертанія матки (т. е. наклоненія и загибы), или же поддерживавшихъ въ немъ постоянное и продолжительное раздраженіе (различныя новообразованія, какъ то: міомы въ тѣсномъ смыслѣ, полипы и пр.). Механизмъ происхожденія въ этихъ случаяхъ *metrit. chron.* объяснить себѣ не трудно, если вспомнить какъ напр. при данномъ измѣненіи въ очертаніи матки (хоть бы напр. при загибѣ ея впередъ) должны измѣниться анатомическія отношенія кровообращенія въ пораженномъ органѣ. Точно такимъ же образомъ должны дѣйствовать и всѣ функціональныя раздраженія, какъ то: *coitus im.* и пр.

Распознаваніе *metrit. chron.*, по крайней мѣрѣ, прямое, не должно было бы, казалось, представлять никакихъ затрудненій. На дѣлѣ однако выходитъ не такъ и ошибки, постоянно дѣлаемыя въ этомъ отношеніи въ практикѣ, состоятъ главнымъ образомъ въ томъ, что имѣютъ нетвердыя, сбивчивыя понятія относительно предѣловъ рассматриваемаго процесса. Вслѣдствіе-то этого, какъ мы ужъ видѣли выше, для однихъ всевозможныя гинекологическія формы все будетъ *metritis chron.*, другіе же ограничиваютъ понятіе о ней до послѣдней возможности. Что бы избѣгнуть подобнаго ошибочнаго взгляда на дѣло, должно помнить, что клинически мы вправѣ диагностировать *metrit. chron.* лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда мы имѣемъ дѣло съ больной, страдающей болѣе или менѣе продолжительное время вышеупомянутыми субъективными явленіями, причемъ изслѣдованіе констатируетъ болѣе или менѣе значительно увеличенную въ объемѣ матку, съ утолщенными и до извѣстной степени чувствительными на ощупь стѣнками, консистенція которыхъ въ первомъ періодѣ будетъ болѣе или менѣе мягкая и затѣмъ плотная и даже твердая. Къ этому мы могли бы еще прибавить, что полость матки болѣе или менѣе значительно увеличена.

Что касается дифференціального распознаванія хроническаго метрита, то въ руководствахъ къ гинекологіи приводится обыкновенно дѣльный рядъ патологическихъ формъ, съ которыми будто бы можно смѣшать его. Мы не станемъ разбирать ихъ здѣсь, такъ какъ, съ одной стороны, считаемъ это совершенно излишнимъ, съ другой же стороны, это завлекло бы насъ слишкомъ далеко. Мы остановимся только на беременности и нѣкоторыхъ новообразованіяхъ матки.

Возможно ли смѣшать хроническій паренхиматозный метритъ

съ беременностью? Безъ всякаго сомнѣнiя, такъ-какъ намъ въ практикѣ весьма нерѣдко приходилось встрѣчать подобную ошибку. Эта грубая ошибка, по нашему мнѣнiю, дѣлается главнымъ образомъ, только благодаря слишкомъ поверхностному изслѣдованiю. Въ самомъ дѣлѣ, и при *metritis chron.*, и при беременности мы имѣемъ дѣло съ увеличенiемъ матки; но между увеличенiемъ инфарктированной и увеличенiемъ беременной матки — цѣлая пропасть. Увеличенiе хронически воспаленной матки, хотя неравномѣрно, но все таки касается всего органа; беременная же матка увеличивается совершенно своеобразнымъ образомъ. Именно сверху внизъ, т. е. со дна. Поэтому въ дифференциально-диагностическомъ отношенiи очень важенъ фактъ, на который мы постоянно указываемъ \* и состоящiй въ томъ, что въ первое время беременности можно констатировать увеличенiе дна матки въ объемѣ, когда нижнiе отдѣлы ея, т. е. тѣло и влагалищная часть не представляютъ никакихъ измѣненiй. Если къ этому еще прибавимъ особенную характерную консистенцiю маточной гряды и притомъ тоже въ области дна, то получимъ два кардинальныхъ признака, которые могутъ обезпечить распознаванiе очень раннихъ перiодовъ беременности, слѣдовательно, въ то именно время, когда чаще всего ошибаются въ распознаванiи ея. Чѣмъ дальше отъ начала беременности, тѣмъ болѣе ужъ можно избѣгать ошибокъ, такъ-какъ съ теченiемъ ея начинаютъ выступать все болѣе и болѣе явленiя, характеризующiя беременность. Въ практикѣ могутъ встрѣчаться случаи, гдѣ и опытный палецъ не можетъ рѣшить диагностики: это именно тѣ случаи, гдѣ беременность происходитъ въ маткѣ, пораженной хроническимъ метритомъ. Трудно распознаванiе не послѣдняго, но беременности, такъ-какъ вышеприведенные признаки физиологическихъ измѣненiй въ маткѣ маскируются патологическимъ состоянiемъ. Здѣсь могутъ выручить только анамнезъ и повторное тщательное изслѣдованiе. Въ анамнестическомъ отношенiи здѣсь особенно важно знать — какимъ образомъ началось страданiе, а именно — не вскорѣ ли послѣ послѣднихъ родовъ или выкидыша и каковы были мѣсячныя за послѣднее время.

Дифференциальное распознаванiе хроническаго метрита отъ нѣкоторыхъ новообразованiй матки, а именно: интерстициальныхъ миомъ, фиброзныхъ полиповъ и карцинома, вовсе не такъ затруднительно, какъ обыкновенно утверждаютъ. Что касается миомъ интерстициальныхъ, то, такъ-какъ ихъ обыкновенно бываетъ по нѣскольку и притомъ различной величины, не трудно одинъ изъ нихъ по крайней мѣрѣ ощущать при бимануальномъ изслѣдованiи. При фиброзныхъ полипахъ матка имѣетъ обыкновенно болѣе или менѣе овальную форму, нижнiй отрѣзокъ выступаетъ довольно значительно; главный же дифференциальный

\*) Учебникъ акушерства К. Шредера. Перев. съ 3-го изданiя подъ редакцiей М. Горвица. СПбургъ 1872, стр. 84—85. Прям. редак.

признаке состоитъ въ томъ, что по мѣрѣ роста полипа, влагалищная часть все болѣе и болѣе изглаживается, чего никогда не увидимъ при хроническомъ метритѣ. По отношенію къ дифференціальному распознаванію хроническаго метрита отъ карциномы матки, мы должны замѣтить, что эта нѣсь совершенно непонятно—какимъ образомъ до сихъ поръ продолжаютъ толковать о существующихъ будто бы въ этомъ случаѣ диагностическихъ затрудненіяхъ. Начать съ того, что при карциномѣ матка никогда почти не бываетъ увеличена въ такихъ размерахъ, какъ при *metrit. chron.*; напротивъ, нерѣдко бросается въ глаза то, что тѣло и въ особенности дно матки, по отношенію къ влагалищной части, кажутся скорѣе уменьшенными въ своихъ размерахъ. Затѣмъ консистенція раковой инфильтраціи совсѣмъ другая, чѣмъ инфарктированной ткани и, если къ всему этому прибавимъ особенную хрупкость ткани, свойственную исключительно раку,—то мы поймемъ, что затруднительность распознаванія хроническаго инфаркта матки отъ рака ея болѣе воображаемая, чѣмъ действительная. Не можемъ здѣсь не прибавить, что считаемъ совершенно излишнимъ диагностическое средство, предложенное по этому поводу въ послѣдніе годы *Spiegelberg'o'mъ*. По его мнѣнію, лучшимъ дифференціально-диагностическимъ средствомъ въ этомъ случаѣ можетъ служить расширеніе цервикальнаго канала, такъ-какъ карциномъ не поддается расширенію, или же поддается ему очень туго, во всякомъ случаѣ не такъ легко, какъ ткань, пораженная лишь хроническимъ воспаленіемъ. Советъ этотъ, какъ ужъ сказано, мы считаемъ излишнимъ, такъ-какъ вышеприведенныхъ данныхъ совершенно достаточно для обезпеченія діагностики и если бы ужъ на то пошло, чтобы обставить распознаваніе непреложными доводами, то всегда можно достать кусокъ сомнительной ткани и подвергнуть ее гистологическому изслѣдованію.

Предсказаніе, вообще говоря, довольно неблагоприятно, съ одной стороны вслѣдствіе того, что болѣзнь тянется обыкновенно годы, съ другой же стороны потому, что она очень упорно противустоитъ терапіи. *Scanzoni*, въ вышеприведенной известной монографіи своей о *metrit. chron.*, приходитъ къ заключенію, что болѣзнь эта неизлечима. Съ этимъ едва ли можно согласиться. Правда, совершенное выздоровленіе происходитъ въ очень рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ, но тѣмъ не менѣе поправляться больныя могутъ. Предсказаніе очень неблагоприятно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больныя страдаютъ ужъ очень давно и не обращали вниманія на свою болѣзнь. Онѣ тѣмъ болѣе склонны къ этому, что во время теченія *metrit. chron.* наступаютъ періоды, въ которые онѣ, относительно, страдаютъ очень мало. За то, съ другой стороны, за этими періодами мнимаго направленія слѣдуетъ нерѣдко усиленіе всѣхъ припадковъ, обусловливаемыхъ погрѣшностями въ образѣ жизни, травмами и проч. На основаніи того, что намъ удавалось видѣть, мы не можемъ не считать



предсказаніе при metrit. chron. серьезнымъ, но ни въ какомъ случаѣ безуспѣшнымъ. Лечение, правда, утомительно, какъ для больной, такъ и для врача, но, при некоторомъ упорствѣ съ ихъ стороны, въ очень многихъ случаяхъ можно ожидать довольно успѣшнаго исхода. По крайней мѣрѣ, въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ можно въ значительной степени облегчить страданія больныхъ. Результатъ леченія будетъ мало успѣшенъ, или вовсе неблагоприятенъ тамъ, гдѣ дѣло дошло до весьма значительнаго уплотненія маточной ткани, т. е. въ высшихъ степеняхъ болѣзни.

Лечение. Выше ужъ указано было на то, какую важную роль въ этиологіи рассматриваемаго патологическаго процесса играетъ родильное состояніе; изъ этого не трудно, поэтому, понять—какое важное значеніе имѣетъ здѣсь рациональная профилактика. Но, къ сожалѣнію, мы должны сказать, что даже въ высшихъ кружкахъ, отъ которыхъ, казалось бы, можно ожидать болѣе благоразумія, врачу нѣрѣдко въ этомъ отношеніи приходится бороться съ величайшими затрудненіями. Если только прошелъ девятый день и родильница не чувствуетъ особенныхъ болей, то удержать ее въ кровати нѣтъ почти никакой возможности. А между тѣмъ, можетъ не быть никакихъ болей, а инволюція матки очень плоха. Какъ бы то ни было, леченіе разбрасываемой болѣзни могло бы быть успѣшно именно начиная съ зачатковъ ея, когда маточная ткань еще мягка и когда можно сдѣлать съ нею очень многое. Какимъ образомъ дѣйствовать въ подобныхъ случаяхъ—относится къ нуарперальной патологіи. Здѣсь мы считали нужнымъ указать только на важность значенія, какое имѣетъ въ этомъ отношеніи разумная профилактика.

Если мы получаемъ больную, у которой болѣзнь существуетъ ужъ нѣкоторое время, то леченіе должно строго сообразоваться съ періодомъ развитія страданія. Въ первомъ періодѣ ея мы предписываемъ больной соблюденіе покоя и заботимся объ уменьшеніи гиперэмии. Здѣсь мы считаемъ нужнымъ оговориться по отношенію къ соблюденію покоя, что подъ этимъ мы нѣсколько не понимаемъ того образа жизни, который предписывали подобнымъ больнымъ Lisfranc и его ученики, т. е. что больныя должны оставаться въ постели (въ буквальномъ смыслѣ) въ теченіи очень продолжительнаго времени. Подобный regimen не только не нуженъ, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть положительнo вреденъ тѣмъ, что ослабляетъ аппетитъ и такимъ образомъ подрываетъ силы больной. Достаточно совершенно, если онѣ будутъ избѣгать всякаго напряженія силъ и двигаться умеренно, избѣгая только усталости. Что касается уменьшенія гиперэмии, то съ этою цѣлью большинство гинекологовъ прибѣгаетъ къ частому приставленію пиявокъ къ влагалищной частн, напр. каждые 6—8 дней и даже чаще, т. е. два раза въ недѣлю. На основаніи того, что сказано нами выше объ этомъ способѣ леченія, мы особенно избѣгали его именно въ данномъ случаѣ. Мы, поэтому, постоянно замѣняемъ его скарификаціями,

которыя повторяются такъ часто, какъ того требуетъ данный случай. Сдѣлавши скарификации разъ 5—6, не трудно убѣдиться въ томъ, что страданія больной уменьшаются весьма значительно. Такъ-какъ уколы опаражниваютъ матку отъ известнаго количества крови, не вызывая въ ней никакого раздраженія, то для производства ихъ мы особенно охотно избираемъ такое время, когда больныя жалуются на усиленіе болей въ нижней части живота и поясничной сторонѣ и такъ—какъ это почти постоянно бываетъ не задолго до наступленія мѣсячныхъ, то именно въ это время нужно участить скарификации. Особенную пользу этой маленькой операциі, производимой именно въ это время, подтверждаетъ, между прочимъ, и Schröder\*, отдающій, также, какъ и мы, абсолютное преимуществу скарификаціямъ предъ приставленіемъ пъявокъ къ влагалищной части. Кромѣ того, гипереміи уменьшаются также правильно дѣлаемыми впрыскиваніями въ рукавъ воды не очень низкой температуры. Этимъ, по нашему мнѣнію, должно ограничиваться мѣстное, т. е. собственно гинекологическое леченіе въ началѣ болѣзни. Ничто не можетъ быть такъ вредно, какъ употребленіе въ этомъ періодѣ сильно вяжущихъ (раздражающихъ) впрыскиваній и въ особенности различныхъ прижигающихъ, къ которымъ, къ сожалѣнію, прибѣгаютъ такъ часто безъ всякаго рациональнаго показанія, а дѣйствуя единственно по какому-то шаблону. Весьма полезно также въ этомъ періодѣ болѣзни благоразумное употребленіе легкихъ слабительныхъ (но ничуть не драстическихъ средствъ), каковы sulph. v. citr. magn., tart. natron., Пюльнавская вода и пр.

Если же мы имѣемъ дѣло уже съ значительнымъ разращеніемъ соединительной ткани, т. е. если гипереміи или отступаютъ вовсе на задній планъ или являются только интеркуррентно, то тутъ и образъ дѣйствія совсѣмъ другой. Вся задача его можетъ быть резюмирована слѣдующимъ образомъ: для того, чтобы усилить регрессивный метаморфозъ гиперплазированной соединительной ткани, нужно всѣми средствами стараться усилить циркуляцію въ больномъ органѣ. Съ этою цѣлью мы назначаемъ теплыя и горячіе рукавные души, постепенно поднимая Т° воды (до 37--43° Р.). Тому, кто на опытѣ не убѣдился въ томъ, какъ благоприятно дѣйствуетъ еще иногда въ самыхъ, повидимому, отчаянныхъ случаяхъ это простое средство, — трудно будетъ повѣрить—какихъ блестящихъ результатовъ можно достигнуть этимъ путемъ. Для меня совершенно непонятно, какимъ образомъ объяснить себѣ то, что большинство практиковъ еще очень недавно игнорировало это средство и, мало того, называетъ въ этомъ періодѣ болѣзни души изъ холодной воды. Такъ—какъ мы сказали выше, что при metrit. chron. очень рѣзко выступаютъ измѣненія на слизистой оболочкѣ полости матки

\* Handb. der Krankh. der weiblichen Geschlechtsorg., p 106.

и на влагалищной части ея, то задача леченія устранить ихъ по возможности скоро. Къ этому можно приступать лишь тогда, когда больной органъ не представляетъ болѣе никакой особенно возвышенной чувствительности. Было бы однако совершенно ошибочно думать, что здѣсь можно обойтись одними прижиганіями губъ маточнаго зѣва, какъ это обыкновенно дѣлается. Нужно напасть на больную слизистую оболочку гораздо выше. Съ этою цѣлью мы поступаемъ совершенно такимъ же образомъ, какъ это изложено при хроническомъ эндометритѣ. Уже Kiwisch выхвалялъ прижиганія полости матки въ этомъ случаѣ, не смотря на то, что онъ производилъ ихъ весьма недостаточнымъ образомъ. Къ прижиганіямъ полости матки въ этихъ случаяхъ охотно прибѣгаютъ также въ Вѣнской клиникѣ С. Braun'a \*, а также большинство французскихъ гинекологовъ. Чтожь касается насъ лично, то, на основаніи того, что сказано нами объ этомъ методѣ въ общей гинекологической терапіи, мы вездѣ замѣняемъ его внутриматочными впрыскиваніями. Въ послѣдніе годы нѣкоторые американскіе гинекологи \*\* предложили въ случаяхъ хроническаго эндометрита, а также и хроническаго паренхиматознаго воспаленія матки прибѣгать къ непосредственному крововызвлеченію изъ внутренней поверхности дна матки помощью в н у т р и м а т о ч н ы хъ с к а р и ф и к а ц і й. Мы ничего не можемъ сказать относительно этого способа, такъ-какъ ни разу не прибѣгали къ нему, считая его рискованнымъ и во всякомъ случаѣ далеко не столь безопаснымъ, какъ думаетъ Н. Storer. Изъ европейскихъ гинекологовъ, сколько мнѣ извѣстно, къ внутриматочнымъ скарификаціямъ прибѣгаетъ чуть ли не одинъ только Dr. Kristeller, въ Берлинѣ. Уменьшенію матки въ объемѣ (т. е. всасыванію разращенной соединительной ткани), кромѣ вышеказанныхъ средствъ, очень много способствуетъ систематическое введеніе въ рукавъ тампоновъ, верхушка которыхъ смазывается чистымъ или слегка разведеннымъ водою глицериномъ. Подобные тампоны, съ одной стороны, необходимы при леченіи изъязвленной влагалищной части, постояннымъ почти спутникомъ хроническаго метрита, съ другой же стороны, они въ высшей степени полезны прямо противъ рассматриваемаго нами патологическаго

\* Fürst, zur Therapie der chron. Metritis. Wiener Medic. Wochenschr. 1875. № 24 et 19.

\*\* Первый, предложившій внутриматочныя скарификаціи былъ, кажется, Miller (см. Boston medic. and Surg. Journ. 1887, Mauh. p. 133). Затѣмъ благодаря авторитету Н. Storer'a, санационровавшаго этотъ методъ, къ нему стали прибѣгать Pinkham, Sedenan, Schurloff и др. Въ нѣсколькихъ засѣданіяхъ бостонскаго гинекологическаго общества въ 1871 г. было разсуждено объ этомъ способѣ. См. объ этомъ обширную статью Н. Storer'a въ Philad. Medic. and Surg. Reporter. 1866, Dec. 15, 22 и 29. Pinkham. The Journal of the gynaecological society of Boston, 1869, aug., № 2, p. 85: Upon scarification of the cavity of the uterus. Инструментъ, употребляемый Storer'o мъ, представляетъ гибкій стилетъ, на внутреннемъ концѣ котораго скрытъ ланцетовидный ножикъ. Инструментъ Pinkham'a отличается отъ Storerовскаго тѣмъ, что ножикъ въ немъ оканчивается остриемъ, такъ что можетъ рѣзать и колоть въ одно время.

состоянія. Средство это, популяризации котораго мы обязаны америкаской гинекологии, въ высшей степени могущественно и дѣйствіе его M. Sims сравниваетъ съ хирургическимъ дренажемъ. Къ подобному тампону прибѣгаютъ каждые 2 дня, оставляя его часа на 3—4. По прошествіи нѣкотораго времени отъ начала употребленія упомянутыхъ тампоновъ, больныя говорятъ, что у нихъ изъ половой сферы появляется весьма обильное истеченіе свѣтлой жидкости. По мѣрѣ усиленія этого истеченія, уменьшается и матка, такъ что нельзя не видѣть въ этомъ какъ бы аналогію съ тѣмъ, что замѣчается съ обратнымъ развитіемъ матки post partum. Дѣйствіе этихъ тампоновъ можно, кажется, объяснить только такимъ образомъ, что они усиливаютъ циркуляцію въ больномъ органѣ.

Уменьшеніе матки въ объемѣ въ прежнее время думали достигать внутреннимъ употребленіемъ нѣкоторыхъ средствъ, извѣстныхъ въ старинной фармакологіи подъ именемъ resorbentia, главнымъ образомъ препаратовъ ртути, іода, брома и др. Въ настоящее время въ практикѣ сохранили если не прежнюю, то нѣкоторую репутацію послѣднія два средства, т. е. препараты брома и іода. Употребленія препаратовъ іода внутрь, въ особенности продолжительнаго, мы не совѣтуемъ, такъ-какъ à la langue они положительно растраиваютъ организмъ, питаніе котораго нерѣдко и безъ того подрывто въ значительной степени. Поэтому лучше всего ограничиваться наружнымъ употребленіемъ препаратовъ іода, т. е. въ видѣ смазыванія нижней части живота tra jodi, или же направляя ихъ непосредственно на больной органъ, т. е. смазывая іодной настойкой влагалищную часть матки, или же прибѣгаютъ къ іодистымъ суппозиторіямъ, вводимымъ въ рукавъ. Къ смазыванію нижней части живота tra jodi мы рѣдко прибѣгаемъ, такъ-какъ гораздо лучше достигаемъ цѣли (т. е. раздраженія общихъ покрововъ, слѣдовательно ревльсивнаго дѣйствія) помощью м у ш е к ъ. По крайней мѣрѣ, эти послѣднія въ нѣкоторыхъ случаяхъ благоприятно дѣйствуютъ противъ болей. Особенно это должно сказать относительно тѣхъ случаевъ, въ которыхъ хроническій метритъ осложняется періофоритами и периметритомъ. Мы съ большою пользою употребляемъ также препараты іода въ томъ видѣ, какъ это совѣтуетъ Scanzonei, т. е. іодистымъ растворомъ въ глицеринѣ (jodidi potassae ʒij, glicerini ʒiij—IV) напиткиваются хорошо вываренныя морскія губки которыя водятся на нѣсколько часовъ въ одинъ изъ рукавныхъ своловъ.

Намъ остается еще упомянуть о томъ, что уже C. Braun, съ большой похвалою отзывался о хирургическомъ леченіи метрит. chron. Лечение это состоитъ въ частичной ампуаціи влагалищной части матки, производимой по правиламъ, изложеннымъ нами выше въ главѣ объ гипертрофій матки. Braun во всѣхъ своихъ случаяхъ прибѣгалъ къ гальванокаустической петлѣ.

Помощью частичной ампуаціи, по словамъ Braun'a, достигается не только уменьшеніе влагалищной части, но и весь больной органъ уменьшается въ объемѣ, такъ-какъ въ немъ послѣ этого происходитъ жировое перерожденіе.

ные элементы, подобно тому, какъ это замѣчается при обратномъ развитіи матки послѣ родовъ. Не знаемъ ни сколько это верно, но судя по аналогіи съ тѣмъ, что замѣчается послѣ ампутированія влагалищной части при гипертрофіи ея, предложеніе Вендрова заслуживаетъ серьезнаго вниманія. Во всякомъ случаѣ, ампутированію влагалищной части мы положительно одобряемъ (страдающія больныя въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при метрит. chron. мы имѣемъ дѣло съ влагалищной частью, значительно увеличенной въ объемъ).

Въ послѣдніе годы мы имѣли возможность убедиться на дѣлѣ въ томъ—какъ полезно иногда въ подобныхъ случаяхъ оперативное леченіе. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣли дѣло съ застарѣлыми случаями хроническаго метрита, въ которыхъ процессъ особенно резко выступалъ на маточной шейкѣ (metritis coli), мы вырѣзывали изъ той или другой губы большіе или меньшіе куски и затѣмъ непосредственно прижигали термокаутеромъ. Терапія эта особенно примѣнима тамъ, гдѣ частичная ампутированіе губы была бы затруднительна вслѣдствіе того, что влагалищная часть увеличена гораздо болѣе къ поперечному размѣру, чѣмъ въ длину. Производится вырѣзываніе кусковъ изъ той или другой губы слѣдующимъ образомъ. Обнажая влагалищную часть помощью американскаго зеркала, фиксируютъ данную губу помощью пулевыхъ шпидровъ, затѣмъ сильно искривленными по поверхности ножницами (Воземана) одними сильными, съченіемъ вырѣзываютъ кусокъ ткани; при этомъ удаляется не только слизистый покровъ, но и субмукозный слой. Вслѣдъ затѣмъ рана выжигается термокаутеромъ.

Послѣ того, какъ проф. Hildebrandt предложилъ свой способъ леченія миомъ матки помощью подкожныхъ впрыскиваній эрготина, нѣкоторые задумали примѣнять его и въ терапіи хроническаго метрита. А priori оно до известной степени рационально, такъ какъ и здѣсь и тамъ дѣло идетъ объ извѣстныхъ извѣстныхъ гистологическихъ элементахъ. На сколько, однако, это оправдывается на практикѣ, — сказать трудно, за неимѣніемъ до настоящаго времени достаточнаго числа положительныхъ клиническихъ наблюденій. Столькомъ намъ извѣстно, одинъ только Bengelsdorf\* благоприятно отказался объ этомъ способѣ леченія хроническаго метрита, увѣряя, что подкожныя впрыскиванія эрготина въ этомъ случаѣ оказываютъ гораздо болѣе благоприятное дѣйствіе, чѣмъ при фибромиомахъ матки (?)\*\*.

Въ терапіи хроническаго метрита большую роль всегда играли различныя минеральныя источники и притомъ самого различнаго свойства и во главѣ ихъ преимущественно тѣ, которые содержатъ іодъ и бромъ, каковы Крейцнахъ, Старая Руса и пр. Вообще говоря, посылая больную, страдающую годами метрит. chron., руководствуются главнымъ образомъ особенно выступающими припадками. Такъ, тѣхъ больныхъ, которыя особенно страдаютъ усиленнымъ слизетеченіемъ ex sexuabibus, отправляютъ въ Эмсъ, Нейенаръ, и др. Субъектовъ, страдающихъ застоями въ брюшныхъ органахъ, отправляютъ преимущественно въ Мариенбадъ, Киссингенъ и пр. Однимъ словомъ, при этомъ руководствуются общими бальнеологическими данными, хотя въ бальнеологической литературѣ можно найти не мало указаній на то, что больныхъ,

\* Berlin. Klin. Wochenschr., 1874, № 2.

\*\* Года три тому назадъ Leopold (Ueber den Werth der subcutanen Ergotinjectionen und chronischer Hypertrophie des Uterus. Arch. f. Gynaecol., 1878, Bd. XIII, p. 183), сообщилъ результаты своихъ наблюденій надъ подкожными впрыскиваніями эрготина при фибромиомахъ и хроническомъ воспаленіи матки. По словамъ его, этихъ впрыскиваній въ теченіе нѣсколькихъ недѣль было достаточно для того, чтобы замѣтнымъ образомъ уменьшить матку sub metrit. chr. За то въ другомъ рядѣ случаевъ очень продолжительное производство впрыскиваній (до 80) не производило никакого эффекта.

страдающихъ хроническимъ метритомъ, должно отправлять именно туда-то, а не въ другое мѣсто. По поводу хроническаго катарра матки мы ужъ высказали наше мнѣніе на счетъ минеральныхъ источниковъ, которые будто-бы дѣйствуютъ специфическимъ образомъ противъ такихъ-то и такихъ-то страданій, и поэтому считаемъ нужнымъ снова повторить здѣсь тоже самое. Всякій съ трезвымъ взглядомъ на дѣло пойметъ въ чемъ суть того, почему одинъ противъ *metrit. chron.* выхваляется до небесъ. Крейпнахъ, въ то время, какъ другой утверждаетъ, что лучше Кранкенгейля въ этомъ случаѣ ничего быть не можетъ... Если при этомъ ссылаются на химическіе анализы и утверждаютъ, что здѣсь именно дѣйствуетъ іодъ и бромъ, — то невольно себя спросишь: отчего именно дѣйствуютъ эти минеральныя составныя части, когда онѣ же, употребленныя въ рациональныхъ, настоящихъ приемахъ, оказываютъ ничтожное дѣйствіе?

Читателю, который бы пожелалъ познакомиться съ бальнеологической терапіей по отношенію къ гинекологическимъ формамъ, мы советуемъ, кромѣ известныхъ большихъ сочиненій по бальнеологии Helt'a и Segen'a, справиться со слѣдующими сочиненіями: Dr. Frickhoeffler, Schwalbach in seinen Beziehungen zu einigen Frauenkrankheiten, Wiessbaden, 1864.—Dr. L. Michels, Die chronischen Frauenkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung ihrer Behandlung im Bade Kreuznach. 2-te Auflage. Berlin, 1869.—Dr. L. Fleckles, Beiträge zur Pathogenese und Balneotherapie chronischer Frauenkrankheiten, 2-te Auflage, Leipzig, 1869.—Dr. E. Kisch, Die Fettleibigkeit der Frauen in ihrem Zusammenhange mit den Krankheiten der Sexualorgane. Prag, 1873.—Hamburger, Ueber die Indicationen zu Franzensbad. Prag, 1874.—По отношенію къ французскимъ водамъ мы въ особенности рекомендуемъ обширную статью Desnos, (бывшаго секретаря гидрологическаго Общества въ Парижѣ): Du traitement des maladies des femmes par les eaux minerales, помѣщенную въ Annales de Gynécologie за 1874, T. I, p. 428 и т. II, pp. 20 и 85.

*О различныхъ видахъ изъязвленій, встречаемыхъ на губахъ маточнаго зѣва.*

Истор.—библіогр. замѣч. Такъ-какъ изъязвленія, встречаемыя на губахъ маточнаго зѣва могутъ быть въ большинствѣ случаевъ констатируемы лишь глазомъ, то и сущность и клиническія особенности ихъ могли быть изучены только по введенію маточнаго зеркала въ гинекологическую практику. Оттого-то первыми свѣдѣніями о разсматриваемомъ вопросѣ мы обязаны французскимъ гинекологамъ, именно M-me Boivin et Dugés, Duratquey, Lisfrancу и др. Не смотря однако на всѣ заслуги упомянутыхъ авторовъ въ этомъ отношеніи, они тѣмъ не менѣ внесли въ науку ошибочный взглядъ на дѣло, который до сихъ поръ еще имѣетъ очень многочисленныхъ приверженцевъ. Ошибочность взгляда состояла въ томъ, что они разсматривали всевозможныя изъязвленія влагалищной части какъ особенную самостоятельную патологическую форму и вслѣдствіе ужъ одного этого придавали имъ чрезвычайно важное клиническое значеніе. Этимъ должно объяснить то, что литература разсматриваемаго вопроса разрослась до чрезвычайно обширныхъ размѣровъ. Въ этомъ отношеніи особенно богата французская литература. Въ послѣдніе годы ученіе о сущности изъязвленій влагалищной части чрезвычайно подвинулось впередъ и большинство клиницистовъ пришло къ убѣжденію, что они не могутъ имѣть никакого притязанія на какое-либо особенное патологическое значеніе и что они составляютъ не болѣе, какъ обыкновенный случай хроническихъ воспалительныхъ формъ матки.

Въ самое послѣднее время, благодаря трудамъ Ruge и Veit'a, а также Klotz'a, Fichl'a, Hofmeyer'a, вышедшимъ главнымъ образомъ изъ дѣянія проф. Schroeder'a, вопросъ относительно патолого-анатомической сущности разсматриваемыхъ изъязвленій, подучилъ снова чрезвычайный интересъ. Такъ какъ однако это вопросъ далеко еще не рѣшенный окончательно, то мы оставляемъ здѣсь изложеніе этого вопроса въ томъ видѣ, какъ оно дано было нами въ первомъ изданіи этого сочиненія, и затѣмъ приведемъ широкость новаго ученія объ этимъ упомянутыхъ авторовъ. Мы это дѣлаемъ еще и потому, что такимъ образомъ выступитъ различіе между старымъ и новымъ ученіемъ.

Boivin et Dugés, *Traité pratique des maladies de l'uterus*, Paris, 1833, t. II, p. 332.—Magiste, *Récherches pratiques sur les ulcerations du col de la matrice*. *Gaz. médic. de Paris*, 1833, № 4.—Duparque, *Traité théorique et pratique sur les ulcerations organiques de la matrice*. Paris, 1835, p. 84.—Lisfranc, *Maladies de l'uterus*. Paris, 1836, p. 334.—Gibert, *Des ulcerations du col de l'uterus*. *Rev. médic.*, 1837. Déc.—Otterburg, *lettres sur les ulcerations de la matrice*.—Récamier, *Journ. de chir.*, 1843.—Vellpeau, *Sur les granulat. du col de l'uterus*. *Gaz. des hôp.*, 1844, 1. 9.—Robert, *Des affections gran. et carcinomat. de l'uterus*. Paris, 1848.—Edwards, *Verschwörung des Muttermundes*. *Schmidt's Jahrb.* 1849, III, 124.—Simpson, *Inflamat. rupt. upon the of the cervix uteri*. *Monthly Journ.* 1850, Apr. и 1851, July.—Ch. West, *An inquiry, into the pathologic. importance of ulcerations of the os uteri*. Lond. 1854. (См. также подробный рефератъ объ этомъ сочиненіи сдѣланномъ Becker'омъ въ *Monatschr. f. Geburtsk.* за 1854 г., T. IV, Hft. 2).—Klwisch., *Klinische Vorträge v. pr. Prag*, IV Aufl., 1854, Bd. I, p. 560: *Ulceröse Affectionen der Gebärmutter*.—C. Mayer, *klinische Mittheilungen aus dem Gebiete der Gynäcologie. Vortrag ueber Erosionen, Excoriationen und Geschwürsformen der Schleimhaut des Cervicalcanales und der Muttermündlippen*. Berlin, 1861. (Отличная монографія съ превосходными рисунками).—Scanzoni, *Die chronische Metritis*. Wien, 1863 p. 81.—Klob, *Pathol. Anatomie der weiblich. Sexualorg.* Wien, 1864, p. 219.—Bertet, *Pathologie et chirurgie du col utérin*. Paris, 1866.—(Сочиненіе это увѣнчано преміей Медиц. Общества въ Бордо и представляетъ очень хорошо разработанную монографію, основанную на многочисленныхъ личныхъ наблюденіяхъ).—H. Despreux, *Etude sur les ulcerations du col de la matrice et sur leur traitement*. Paris, 1872.—Hildebrandt, *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*. 1872, № 32.—Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Paris. 1873. p. 285.—Clifton Wing, *Brit. medic. Journ.*, 1875, March. 16.—Halton, *Dubl. Journ. of med. sc.*, 1875, 1 June.—Heywood Smith, *Obst. Journ. of gr. Brit.*, 1876, Dec., p. 604.—Ruge u. Veit, *Centralbl. f. Gynäcol.*, 1877. № 2. Подробная работа R. и V. объ изъязвленіяхъ маточной шейки напечатана въ *Zeitschr. f. Geburtsk. u. Gynäcol.*, Bd. II, p. 415.—Klotz, *Gynäcologische Studien*. Wien, 1879.—Hofmeyer, *Zeitschr. f. Geburtsk. u. Gynäcol.*, Bd. IV, p. 331.

Какъ идиопатическій катарръ внутренней поверхности матки, такъ и тотъ видъ его, который является спутникомъ самыхъ разнообразныхъ патологическихъ состояній этого органа, сопровождается самыми разнообразными видами тѣхъ патологическихъ измѣненій, которыя извѣстны въ хирургіи подъ именемъ изъязвленій (*exulcerationes*) и язвъ въ тѣсномъ смыслѣ слова (*ulcera*). Видъ, очертаніе ихъ, степень распространенія и пр. до такой степени различны, что было бы довольно трудно привести ихъ здѣсь по порядку. Замѣтимъ только, что всё сказаннаго особенности язвъ зависятъ, съ одной стороны, отъ тѣхъ гистологическихъ элементовъ маточной шейки, которые поражены язвеннымъ процессомъ, а затѣмъ отъ степени и давности этого процесса. Мы разсмотримъ здѣсь по порядку главнѣйшія изъ язвенныхъ формъ,

не придерживаясь никакихъ особенныхъ классификацій, установленныхъ нѣкоторыми французскими авторами.

1. Изъязвленія или экскоріаціи (*erosiones s. excoriations*) составляютъ результатъ слущиванія эпителія слизистой оболочки. Онѣ могутъ быть весьма различной величины, часто почти сплошь занимаютъ маточныя губы, а также внутреннюю поверхность ихъ и цервикальнаго канала. Чаще однако, по крайней мѣрѣ въ болѣе значительной степени, онѣ занимаютъ заднюю губу маточнаго зѣва. Поверхность слизистой оболочки, лишенная эпителія, представляется темновато-красною, почти гладкою, влажною и нерѣдко усѣянною темноватыми точками, обусловливаемыми развѣтвленіями сосудовъ, проникающихъ въ сосочки слизистой оболочки. Эрозіи имѣютъ обыкновенно болѣе или менѣе круглое очертаніе, которое они однако теряютъ, сливаясь между собою. При нѣскольکو энергическомъ прикосновеніи къ нимъ, напр. краемъ зеркала, или кисточкою, изъязвленія эти довольно легко кровоточатъ. По отношенію къ патогенезу изъязвленій нужно сказать, что способъ происхожденія ихъ можетъ быть двоякаго рода. Съ одной стороны, эпителій, вслѣдствіе остраго или хроническаго катарра, мацерируясь болѣе или менѣе долгое время секретомъ слизистой оболочки, разбухаетъ и затѣмъ при первомъ удобномъ случаѣ, напр. *sub coitu* или же отъ тренія влагалищной части объ стѣнки рукава (при извѣстныхъ смѣщеніяхъ матки), отваливается или слущивается. Съ другой стороны, въ существѣ сосочковъ слизистой оболочки происходитъ воспалительный процессъ и, вслѣдствіе отложенія выпота, образуются пузырьки, величиною съ просяное зерно или булавочную головку, которыя, лопаясь, оставляютъ послѣ себя эрозіи. Эту-то форму изъязвленій, или, лучше, первый періодъ ихъ развитія *Scanzoni*, по примѣру другихъ, сравниваетъ съ афтозными язвами, между тѣмъ, какъ нѣкоторые французскіе авторы, какъ-то Robert и др. называютъ ихъ прямо *herpes colli uteri*. Guénau de Mussy \* считаетъ ихъ совершенно тождественными съ герпетическою сыпью вообще и, по его мнѣнію, эта форма изъязвленій встрѣчается лишь у субъектовъ, страдающихъ герпетическимъ худосочиемъ (*Diathèse herpétique?*). Joulin \*\*, а за нимъ и Carl Braun \*\*\* (у одной беременной) описали подъ именемъ *remphigus colli uteri* круглые, свѣтлые пузырьки съ довольно правильными краями и только у основанія округленные красноватой каемкою. Содержимое этихъ пузырьковъ такое же густое и тягучее, какъ и секретъ изъ цервикальнаго канала. Какъ названіе «афтъ», такъ и въ особенности *remphigus* выбрано, по нашему мнѣнію, не совсѣмъ удачно, такъ-какъ аналогія здѣсь очень дальняя и поэтому можетъ слу-

\* *Herpétisme de l'uterus*. Archives de med. 1871, août, oct, nov.

\*\* *Gaz. des hôp.*, 1861, № 40.

\*\*\* *Wien. med. Jahrb.*, V. p. 182.



татъ начинающаго. Такъ-какъ мы эти маленькіе пузырьки встрѣчали гораздо чаще, чѣмъ обыкновенно утверждаютъ, въ особенности при гиперплазіяхъ влагалищной части и притомъ при существующихъ уже совершенно готовыхъ изъязвленіяхъ—то мы не дѣлали изъ этого пузырьчатаго вида никакой особенной формы и называли ихъ просто эрозіями.

2. Если простыя слущиванія эпителія, т. е. вышеописанныя эрозіи предоставляются самимъ себѣ и если при этомъ усиливаются обусловливающіе ихъ собственно патологическіе процессы, а именно—хроническій метритъ и такой же эндометритъ, то получаются на влагалищной части собственно изъязвленія или язвы въ тѣсномъ смыслѣ. На обнаженной отъ эпителія поверхности появляются неправильнаго очертанія возвышенія, которыя суть ни что иное, какъ разрастающіеся сосочки слизистой оболочки. Эти то измѣненія слизистой оболочки и называются гранулезными язвами или же, какъ предпочитаетъ называть ихъ Scanzoni,—папиллярными язвами. Особенности этихъ гранулезныхъ язвъ состоятъ въ томъ, что разросшіеся сосочки отличаются чрезвычайнымъ обиліемъ сосудовъ и большой склонностью къ разростанію; сосочки развиваются или съ периферіи изъязвленій, или же съ центра и нерѣдко значительно выдаются надъ уровнемъ пораженной ткани. Velpeau находитъ большую аналогію между рассматриваемыми грануляціями влагалищной части съ гранулезнымъ воспаленіемъ соединительной оболочки глазъ (Conjunctivitis granul.). Что касается мѣста, занимаемаго гранулезными изъязвленіями, то онѣ особенно рѣзко выступаютъ на периферіи губъ, которыя обыкновенно при этомъ представляются утолщенными, сочными и у субъектовъ рожавшихъ болѣе или менѣе вывороченными наружу.

3. Изъ гранулезныхъ язвъ, при извѣстныхъ обстоятельствахъ, главнымъ же образомъ при ненадлежащемъ леченіи, развиваются такъ называемыя фунгозныя язвы. Способъ ихъ происхожденія въ сущности состоитъ въ томъ, что увеличенные сосочки гранулезныхъ язвъ разрастаются все болѣе и болѣе, достигая въ длину около 2—3<sup>'''</sup>; вслѣдствіе чего они выступаютъ надъ поверхностью язвы, отчего ихъ называютъ грануляціями, походящими какъ бы на пѣтушій гребешекъ. Фунгозныя язвы представляются на видъ синеваго-красными и хотя рѣзко выступаютъ на периферіи губъ, но весьма часто, если не всегда, простираются довольно высоко въ цервикальный каналъ.

4. Выше мы видѣли, что при хроническомъ паренхиматозномъ метритѣ фолликулы слизистой оболочки увеличиваются болѣе или менѣе значительно въ объемѣ, затѣмъ при извѣстныхъ условіяхъ они нагнаиваются и, вскрываясь, оставляютъ послѣ себя язвы, которыя и названы фолликулярными. Онѣ обыкновенно занимаютъ цервикальный каналъ и только въ относительно рѣдкихъ случаяхъ распространяются на внутреннюю поверхность губъ маточнаго зѣва, которыя обыкновенно

представляются сильно гипертрофированными и вывороченными наружу. Фолликулярныя язвы имѣютъ большую частью кругловатую форму и отдѣляютъ гнойно-кровянистый секретъ.

5. Такъ называемыя варикозныя язвы матки встрѣчаются въ высшей степени рѣдко и то только тамъ, гдѣ имѣются уже предварительныя серьезныя разстройства въ центральныхъ органахъ кровообращенія. Обыкновенно дѣло начинается съ простаго изъязвленія, отличающагося отъ обыкновенныхъ слущиваній эпителия (эрозій) только болѣе или менѣе насыщенно фиолетовымъ цвѣтомъ. По истеченіи нѣкотораго времени, образуется язва, отличающаяся мягкою, тѣстоватою консистенціей, окруженная нерѣдко болѣе или менѣе рѣзко выступающими варикозными расширениями венъ (Scanzoni).

6. Что касается сифилитическихъ язвъ на маточной шейкѣ, то, какъ извѣстно, онѣ встрѣчаются въ этомъ мѣстѣ, относительно, весьма рѣдко и распознаваніе ихъ часто сопряжено съ большими затрудненіями, главнымъ образомъ потому, что сифилитическая язва очень легко и нерѣдко весьма скоро теряетъ свои характерныя свойства и представляется подъ видомъ простой эрозіи, или какой нибудь другой язвы (Gosselin). Поэтому-то Scanzoni совершенно справедливо указываетъ въ этомъ случаѣ на несостоятельность классификаціи Kiwisch'a, раздѣлившаго сифилитическія пораженія влагалищной части матки на двѣ категоріи: сифилитическія эрозіи и собственно сифилитическія язвы, такъ-какъ діагностировать первыя нѣтъ никакой возможности. И это вслѣдствіе той простой причины, что самыя разнообразныя изъязвленія могутъ быть констатируемы у субъектовъ, правда завѣдомо сифилитическихъ, но происхожденіе ихъ должно быть отнесено къ страданіямъ матки, существовавшимъ до зараженія сифилисомъ. Въ послѣдніе годы Fournier раздѣлил сифилитическія поряженія portiois vagin. до извѣстной степени такимъ же образомъ, какъ и Kiwisch, такъ-какъ онъ принимаетъ двѣ формы: одну плоскую и вторую папулезную. Замѣтимъ здѣсь кстаги еще, что до сихъ поръ сифилографы очень много спорятъ о томъ—бываетъ ли на влагалищной части твердый шанкръ, или нѣтъ? A. Guerin сомнѣвается сильно, чтобы можно было клинически діагностировать его; Després же \* прямо отвергаетъ его. Ricord, однако, положительно допускаетъ твердые шанкры на влагалищной части \*\*. Какъ на особенность сифилитическихъ язвъ влагалищной части, нѣкоторые указываютъ на то, что онѣ рѣдко помѣщаются на верхушкѣ влагалищной части, т. е. вокругъ зѣва, но гдѣ нибудь на передней, или

\* A. Després, Traité iconographique de l'ulcération du col de l'uterus. Paris, 1870 p. 46.

\*\* Schwartz въ своей диссертациі собралъ 25 случаевъ шанкра на влагалищной части, изъ которыхъ 19 было твердыхъ (?). Цитируемъ по Sinéty, op. cit, p. 383. Въ прошломъ учебномъ году мы имѣли возможность наблюдать въ нашей клиникѣ экзквизитный случай твердаго шанкра на задней губѣ маточнаго зѣва.

задней поверхности ея. По Gosselin'у, ихъ чаще всего находятъ въ мѣстѣ перехода слизистой оболочки рукава на влагалищную часть матки. Впрочемъ, по Veit'у \* и Courty \*\*, шанкросныя язвы могутъ сидѣть очень глубоко въ каналѣ маточной шейки (!?) такъ, что для распознаванія ихъ можетъ потребоваться расширение цервикальнаго канала.

Въ 1821 году Ch. M. Clark описалъ особенную форму изъязвленія влагалищной части матки, которую онъ назвалъ разъѣдающею язвою — Corroding ulcer of the os uteri. Другіе авторы описывали ее также подъ именемъ фагаденической язвы. Многие англійскіе авторы считали ее тѣмъ то особеннымъ и убѣждали, что она встрѣчается вовсе не такъ рѣдко, какъ думаютъ. Того же мнѣнія придерживается и Lebert \*\*\*. Едва ли однако это такъ; въ теченіи первыхъ 5-ти лѣтъ нашей практики намъ удалось видѣть такъ называемую разъѣдающую язву матки всего два раза, изъ которыхъ одинъ мы наблюдали на больной д-ра Ливена \*\*\*\*. Съ тѣхъ поръ мы не видали ни одного случая. Язва эта встрѣчается до такой степени рѣдко, что очень многие клиницисты и весьма опытные анатомо-патологи не наблюдали ее ни разу. По описаніямъ англійскихъ авторовъ, corroding ulcer представляеть болѣе или менѣе глубокую язву съ зазубренными, твердыми краями; дно ея покрыто гноевиднымъ, кровянистымъ секретомъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи своемъ рассматриваемая язва получаетъ нѣкоторое сходство съ лупозною (Ashwell †, Wagner ††). Въ обоихъ случаяхъ, которые мы наблюдали, язва представлялась воронкообразною, обращенною пріостренными концами внутрь (или вверхъ), а стѣнки цервикальнаго канала были сильно истончены. Изъ клиническихъ явленій, характеризующихъ рассматриваемую язву, мы должны упомянуть главнымъ образомъ о кровоточеніи и слизистогнойномъ выдѣленіи ex sexualibus, которыя до известной степени слабѣе, тѣмъ при настоящемъ ракѣ. Въ диагностическомъ отношеніи нельзя не замѣтить, что шесн годенъ имѣеть величайшее сходство со скirrosною формою рака у старухъ. Что касается ближайшей сущности рассматриваемой язвенной формы, то ужъ Kiwisch высказалъ мнѣніе, что она очень вѣроятно не что иное, какъ медулярный ракъ, перешедшій въ нагноеніе. Того же мнѣнія придерживается и Förster, а также и очень многіе французскіе гинекологи, описывающіе ее подъ именемъ раковидной язвы (Ulcère canceriforme).

Въ то время, какъ до сихъ поръ учили, что всевозможныя изъязвленія влагалищной части начинаются съ потери (resp. слущиванія) эпителиальнаго покрова слизистой оболочки, Ruge, Veit и др. стараются доказать, что здѣсь, какъ разъ наоборотъ, дѣло идетъ о формативномъ процессѣ со стороны цилиндрическаго эпителия. Формативный процессъ этотъ, главнымъ образомъ, сказывается тѣмъ, что поверхность пораженной (катарромъ) слизистой оболочки становится больше, отдѣльныя же эпителиальныя клѣтки увеличиваются въ количествѣ и вытягиваются въ длину. Вновь образующіеся такимъ образомъ эпителиальныя элементы цилиндрическаго характера распространяются все болѣе и болѣе за

\* Des affection syphilitiques de l'uterus. Union médicale, 1855, p. 275.

\*\* Traité prat. des mal. de l'uter., p. 793. Courty убѣждаетъ, что ему удалось констатировать шесн (sic) случаевъ внутриматочнаго шанкра (chancre intra-cervico-uterin).

\*\*\* Handb. der pract. Medic., Tübingen, 1855. T. II, p. 739.

\*\*\*\* См. наши Клин. Зап. по гинекол., стр. 282.

† Practisch. Handb. ueber die Krank. des weiblich. Geschl.

†† A clinic. History etc., p. 521.

границы наружнаго зѣва, по наружной поверхности влагалищной части, а иногда даже вплоть до стѣдѣвъ. Суть процесса, слѣдственно, состоитъ въ разрастаніи цилиндрическаго эпителия и въ стремленіи этого послѣдняго вытѣснить плоскіе эпителиальные элементы, покрывающіе наружную поверхность влагалищной части. Вновь образующіяся при этомъ кѣтки цилиндрическаго эпителия отличаются тѣмъ, что онѣ, будучи тонки, вытягиваются въ длину и расположены въ видѣ полисадовъ и проникаютъ нерѣдко очень глубоко во вновь образованныя железы. Когда исчезаніе многослойнаго (плоскаго) эпителия достигло значительной степени, то распространеніе вновь образующагося цилиндрическаго эпителия идетъ не только по горизонту, но также въ глубь ткани, т. е. отростки его проникаютъ чрезъ всю толщю слизистой оболочки, проникая до мышечной ткани. При этомъ пораженныя части слизистой оболочки гиперплазируются, образуя болѣе или менѣе рѣзко выступающія складки и возвышенія.

Къ этимъ гистологическимъ даннымъ приводятся всѣ тѣ разнообразныя формы изъязвленія, которыя до сихъ поръ устанавливались различными авторами.

Темно-красныя, матовыя поверхности, покрытыя цилиндрическимъ эпителиемъ и появляющіяся въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ долженъ былъ бы normaliter быть плоскій эпителий, составляютъ простую эрозію\*.

Если гипертрофированные железистые элементы видѣдряются въ глубь, то образуются углубленія въ слизистой оболочкѣ, которыя микроскопически совершенно аналогичны съ сосочками, но гистически отличаются отъ нихъ тѣмъ, что они образуются не изъ гипертрофіи надъ уровнемъ слизистой оболочки, а на оборотъ, обязаны происхожденіемъ своимъ видѣренію железистыхъ элементовъ въ глубь ткани (т. е. слизистой оболочки). Это-то и составляетъ то, что описывается авторами подъ именемъ сосочковой язвы (*ulcus papillare*).

Въ нѣкоторыхъ железистыхъ мышечкахъ дѣло доходить до застаиванія ихъ секрета, вслѣдствіе чего образуются кисты различной величины, изъ которыхъ болѣе крупныя легко констатируются глазомъ. Если это присоединяется къ вышеописанной формѣ, то получается *erosio follicularis*.

Раздраженіе, которому подвергается слизистая оболочка цервикальнаго канала, можетъ перейти на паренхиму шейки и вслѣдствіе этого она гипертрофируется частичнымъ образомъ, отчего получаютъ на ней болѣе или менѣе значительныя возвышенія. Эти послѣднія выдаются или надъ наружною поверхностью, или же они обращены въ просвѣтъ цервикальнаго канала.

Вопросъ относительно клиническаго значенія описанныхъ выше различныхъ формъ изъязвленій маточной шейки по-

\* Не можемъ не замѣтить здѣсь кстати, что названіе это (*erosio*) ужъ ни въ какомъ случаѣ не идетъ къ патологической сущности того, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло по Ruge и Veify.

давалъ поводъ къ большимъ разногласіямъ. Между тѣмъ, какъ прежніе гинекологи, и въ особенности французскіе, придавали имъ чрезвычайное важное значеніе, новѣйшая наука отвергаетъ его, или же, по крайней мѣрѣ, значительно умаляетъ это значеніе. Такъ, R. Lee, Tyler Smith, Ch. West, Gosselin и др. справедливо указываютъ на то, что прежнее значеніе, которое придавали изъязвленіямъ маточной шейки, обуславливалось лишь тѣмъ, что распознаваніе было не совсѣмъ безупречно и что изъязвленія эти не могутъ имѣть ужъ особеннаго значенія потому, что сами по себѣ они, за небольшими исключеніями, не обуславливаютъ никакихъ особенныхъ припадковъ. Самое важное при этомъ то, что, какой бы формы ни были рассматриваемыя изъязвленія, они никогда не составляютъ ничего самостоятельнаго, а являются только продуктомъ извѣстныхъ заболѣваній внутренняго покрова матки. Безъ сомнѣнія, въ извѣстныхъ случаяхъ хроническаго эндометрита, обуславливаемыя этимъ послѣднимъ обильныя мѣсячныя могутъ быть еще обильнѣе, вслѣдствіе развитія грануляцій, или фунгозныхъ разраженій. Никто объ этомъ не споритъ и клинически, безъ сомнѣнія, принимаютъ это обстоятельство въ надлежащее соображеніе. Но изъ этого еще нисколько не слѣдуетъ, что данный субъектъ страдаетъ *menstr. profusa* вслѣдствіе упомянутыхъ грануляцій; эти послѣднія составляютъ лишь осложненіе главной патологической формы, т. е. хроническаго катарра. ; Поэтому, подобный случай мы клинически не назовемъ *granulationes colli uteri*, какъ много это дѣлаютъ до сихъ поръ, а *endometritis granulosa*, давая этимъ самымъ ужъ понять, что главное значеніе въ этомъ случаѣ имѣетъ собственно эндометритъ.

Распознаваніе упомянутыхъ выше формъ изъязвленій влагалищной части не можетъ представлять никакихъ затрудненій, ужъ въ виду одного того, что они такъ легко дѣлаются доступными глазу. Нерѣдко ужъ до введенія зеркала, нѣкоторыя фунгозныя формы узнаются просто помощью пальца, такъ-какъ при этомъ получается ощущеніе, которое можно сравнить съ тѣмъ, которое получается пальцами, если скользить ими по ворсистому бархату. Что касается того, какимъ образомъ узнать — на какую высоту въ цервикальномъ каналѣ простираются грануляціи, или фунгозныя разраженія, — то, само-собою, оно возможно только при проходимости цервикальнаго канала; въ случаѣ, еслибы онъ не былъ проходимъ и потребовалась бы несомнѣнная діагностика, то можно прибѣгнуть къ раскрытію его помощью губокъ.

Такъ еще недавно утверждали всѣ опытные клиницисты, а именно, что распознаваніе различнаго рода изъязвленій и другихъ измѣненій слизистой оболочки при цервикальныхъ эндометритахъ не можетъ и не должно представлять никакихъ затрудненій. Послѣ же изслѣдованій Ruge и Veit'a это ужъ далеко не такъ. Въ случаяхъ очень застарѣлыхъ катарровъ цервикальнаго

канала, гдѣ дѣло дошло до значительнаго развитія железистыхъ элементовъ, спрашиваютъ: какъ рѣшить:—эти вновь образовавшіеся железистые элементы сохраняютъ ли еще свойства доброкачественности, или же дѣло ужь идетъ о начинающемся карциномѣ? Однимъ словомъ, берлинская школа увѣряетъ, что то, что мы до сихъ поръ считали за совершенно невинную вещь (хронич. цервикальный эндометритъ) можетъ быть ни болѣе, ни менѣе, какъ карциномъ. Какъ выйти изъ подобнаго діагностическаго затрудненія? Само собою, говорятъ,—при помощи тщательнаго микроскопическаго изслѣдованія. Для этой цѣли придумали особеннаго рода ножки или ножницы (экзсизоры), при посредствѣ которыхъ вырѣзываютъ куски подозрительной ткани и подвергаютъ ихъ затѣмъ изслѣдованію.

Такъ какъ здѣсь дѣло въ сущности касается распознаванія первоначальныхъ или раннихъ періодовъ развитія карцинома, то мы и коснемся подробно этого вопроса въ главѣ о ракѣ матки. Пока же мы считаемъ нужнымъ здѣсь замѣтить, что опасенія относительно того, что можно смѣшать различнаго рода изъязвленія влагалищной части съ начинающимся карциномомъ цервикальнаго канала, положительно преувеличены и не основаны ни на какихъ положительныхъ клиническихъ данныхъ. Между простымъ цервикальнымъ эндометритомъ и даже только что начинающимся интрацервикальнымъ карциномомъ — цѣлая пропасть. Относительно подробностей по этому поводу мы отсылаемъ читателя къ монографіи С. Ruge и Veit'a—*Zur Pathologie der Vaginalportion. Erosion u. beginnender Krebs. Stuttgart, 1878.*

Этіологія. Изъ того, что сказано нами выше объ отношеніи изъязвленій влагалищной части къ тѣмъ патологическимъ формамъ, которыя сопровождаются хроническимъ катарромъ внутренней поверхности матки, не трудно понять, какъ часто это осложненіе, т. е. различныя формы язвъ, должны встрѣчаться въ практикѣ. Трудно поэтому понять, какимъ образомъ нѣкоторые авторы увѣряютъ, что изъязвленія губъ маточнаго зѣва встрѣчаются чрезвычайно рѣдко. Такъ, Rob. Lee\* увѣряетъ, что онъ никогда не встрѣчалъ язвъ маточной шейки на трупѣ и весьма рѣдко только на живой. Еще дальше заходятъ въ этомъ отношеніи Prescott-Hewet и Pollock, увѣряющіе, что на 900 изслѣдованій, произведенныхъ ими въ госпиталѣ св. Георгія, они ни разу не видали ни одного изъязвленія на губахъ маточнаго зѣва. Что подобнаго рода мнѣнія не болѣе, какъ крайности,—не подлежитъ никакому сомнѣнію, такъ какъ это достаточно доказывается ежедневнымъ опытомъ и цѣлымъ рядомъ на-

\* On the use of the speculum in the diagnosis and treatment of uterine Diseases. Medico-chir. Transact., v. XXXIII. Въ статьѣ этой R. Lee сильно вооружается противъ злоупотребленія рукавнымъ зеркаломъ. Не объясняется ли вышеприведенное мнѣніе его насчетъ рѣдкости изъязвленій маточной шейки просто гнѣз обстоятельствомъ, что онъ, рѣдко прибѣгая къ зеркалу, весьма часто просматривалъ язвы въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онѣ существовали безъ всякаго сомнѣнія.

блюденій, имѣющихся на этотъ счетъ въ литературѣ. Такъ, Ch. West вѣряетъ, что изъязвленія эти встрѣчаются до такой степени часто въ практикѣ, что ужь поэтому одному, по его мнѣнію, имѣ нельзя придавать никакого особеннаго значенія. Мы отмѣчали у себя въ журналахъ только болѣе развитыя формы язвъ, т. е. преимущественно гранулезныя и фунгозныя, и то на 2,114 больныхъ насчитываемъ 91 случай упомянутыхъ изъязвленій. Для сличенія нашихъ результатовъ мы сопоставляемъ ихъ съ результатами другихъ.

Courty *	наблюдаль	язвы	425	разъ	на	1,563	случ.
Bennet **	»	»	237	»	»	300	»
Ch. West ***	»	»	17	»	»	29	»
Горвицъ ****	»	»	91	»	»	2,114	»

Этихъ данныхъ, намъ кажется, совершенно достаточно для того, чтобы убѣдиться въ томъ, что изъязвленія губъ маточнаго зѣва составляютъ одно изъ весьма частыхъ явленій въ гинекологической практикѣ.

Что касается собственно причинъ, обуславливающихъ развитіе язвъ на губахъ маточнаго зѣва, то ихъ можно насчитать очень много, но все-таки главная и существенная причина будеть состоять въ болѣе или менѣе глубокомъ поражении слизистой оболочки всей матки, или же только цервикальнаго канала. Когда эта причина дана, то для окончательнаго вызыванія язвъ достаточно самой обыкновенной производящей причины, какъ-то: coitus, тренія губъ зѣва о стѣнки рукава и пр. Что роды, въ особенности же родильное состояніе со всеми его послѣдствіями, играетъ въ этомъ случаѣ немаловажную роль, — не можетъ подлежать никакому сомнѣнію (Bois de Loury, Veillet). По отношенію къ сказанной причинѣ, мы расходимся съ нѣкоторыми авторами въ томъ отношеніи, что собственно не родовой актъ, какъ думаетъ напр. V. de Loury, вызываетъ язвы на губахъ, а главнымъ образомъ патологическія условія со стороны пуэрперія (недостаточное обратное развитіе, эндометритъ). Нѣкоторые французскіе авторы, какъ напр. Gosthilles, указывали на то, что различныя формы изъязвленій весьма часто встрѣчаются у беременныхъ. Д-ръ Ливенъ, † занявшійся изслѣдованіемъ этого вопроса по материалу вюрбургской клиники, пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ. На 100 изслѣдованныхъ имъ беременныхъ, влагалищная часть найдена совершенно нормальною только въ 19-ти случаяхъ (8 первород., 11 многород.); 22 раза найдены слабое слущиваніе эпителия (erosiones), 30 р.—папил. язвы и 3 раза—фунгозныя разращенія (Hahnenkammgeschwüre). На основаніи этихъ данныхъ Ливенъ

\* Traité prat. des mal. de l'uterus. p. 756.

\*\* Op. cit. p. 184.

\*\*\* Diseases of women, Lond., 1858, p. 114.

\*\*\*\* Клинич. замѣтки по гинекологіи. Воен.-Мед. журн. 1868, ч. СII и СIII.

† Würzb. med. Zeitschr., 1861, Bd. V, Hft. 2 и 3.

и приходитъ къ заключенію, что, по отношенію къ развитію язвъ на влагалищной части, беременность имѣеть гораздо болѣе важное значеніе, чѣмъ роды.

Мы выше указали ужь на то, что родовой актъ долженъ играть несомнѣнную роль по отношенію къ происхожденію различнаго рода изъязвленій влагалищной части. Тѣ, которые особенно настаивали на этомъ положеніи, какъ напр. Rosen, указывали главнымъ образомъ на то, что надрывы боковыхъ поверхностей цервикальнаго канала, происходящія во время родовъ, способствуютъ развитію эктропіа (губъ), который, въ свою очередь, ведетъ къ дальнѣйшимъ измѣненіямъ слизистой оболочки. Мнѣніе это въ особенно рѣзкой и аподиктической формѣ было высказано въ послѣдніе годы Esmet'омъ, увѣрившимъ, что вся суть въ боковыхъ разрывахъ цервикальнаго канала, а что всѣ другія измѣненія слизистой оболочки ц. к. составляютъ только послѣдствія ихъ. Устраните разрывы (или что одно и тоже — выворотъ губъ) и не будетъ эндометрита. Мнѣніе это было поддержано очень многими американскими и также европейскими гинекологами и повело къ очень быстрому распространенію оперативнаго леченія эктропіа, съ которымъ мы сейчасъ познакомимся.

Мы здѣсь пока остановимся только на вопросѣ—на сколько дѣйствительно можно обвинять разрывы цервикальнаго канала въ вызываніи различнаго рода изъязвленій влагалищной части? Что мнѣніе Esmet'a и его послѣдователей черезъ чуръ исключительно и односторонне—доказывается лучше всего тѣмъ, что разсматриваемыя изъязвленія, какъ ужь мы знаемъ, встрѣчаются и *optima forma* у женщинъ никогда не рожавшихъ. Во вторыхъ, клиника учитъ самымъ несомнѣннымъ образомъ, что встрѣчается очень много экзквизитныхъ случаевъ хроническаго эндометрита безъ всякихъ слѣдовъ выворота губъ. Наконецъ, съ другой стороны, мы имѣемъ иногда дѣло съ весьма значительнымъ выворотомъ той или другой, или же обѣихъ губъ безъ того, чтобы мы констатировали на нихъ какое бы то ни было изъ разсматриваемыхъ нами изъязвленій. Слѣдуетъ-ли изъ этого, что разрывы цервикальнаго канала съ послѣдующимъ выворотомъ губъ не имѣютъ никакого значенія относительно развитія язвъ на слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала? Нисколько. Мы желали всѣмъ вышесказаннымъ указать только на то, что разрывы цервикальнаго канала не составляютъ ни въ какомъ случаѣ единственной или главной причины хроническаго катарра цервикальнаго канала, а могутъ усиливать его, какъ лишній раздражающій моментъ. Въ особенности это будетъ имѣть мѣсто тамъ, гдѣ хроническій эндометритъ усложняется различными измѣненіями въ положеніи матки.

Въ заключеніи того, что сказано нами объ этиологіи (resp. патогеніи) изъязвленій влагалищной части, не можемъ не упомянуть еще объ одномъ обстоятельствѣ. Отчего, давно спрашивали себя клиницисты, у нѣкоторыхъ больныхъ они (изъязвленія) по-



стоянно являются спутниками хроническаго эндометрита цервикальнаго канала, у другихъ же этого не бываетъ? Отвѣтъ на этотъ вопросъ дають намъ анатомическія изслѣдованія Klotz'a (см. op. cit.) По изслѣдованіямъ его, оказывается, что у нѣкоторыхъ субъектовъ существуютъ слизистыя железки въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ на наружной поверхности влагалищной части, слѣдов., за нормальною границею, т. е. периферіею наружнаго зѣва. Слѣдов., у подобнаго рода субъектовъ (съ врожденнымъ эктропіемъ до извѣстной степени) существуютъ врожденныя задатки для будущихъ изъязвленій.

Мы ужъ высказали нашъ взглядъ на клиническое значеніе изъязвленій маточной шейки и поэтому считаемъ излишнимъ особенно распространяться относительно предсказанія при нихъ. Что касается циркулирующаго въ науцѣ мнѣнія относительно упорства, съ какимъ они будто бы противустоятъ леченію, то намъ кажется, что оно, главнымъ образомъ, возникло потому, что терапия въ данномъ случаѣ была, да и до сихъ поръ остается главнымъ образомъ слишкомъ раздражающею.

Леченіе. Въ отношеніи терапевтическомъ, мы не можемъ достаточно предостерегать отъ различныхъ прижиганій, которыя въ такомъ ходу въ данномъ случаѣ и которыми такъ часто злоупотребляютъ. Ничто не можетъ быть нераціональнѣе, и если угодно, бессмысленнѣе того, какъ обыкновенно поступаютъ при этихъ условіяхъ. Въ журналахъ нашихъ отмѣчено не мало такихъ случаевъ, въ которыхъ изъязвленія губъ прижигались ежедневно. Можно себѣ представить, что изъ этого выходитъ. Объяснимъ нераціональность подобнаго способа леченія примѣромъ изъ обыденной гинекологической практики. Больная, въ теченіе извѣстнаго времени, жалуется на усиленное слизетеченіе изъ родовыхъ путей и рядъ припадковъ, съ которыми мы познакомились, говоря о хроническомъ катаррѣ матки, а отчасти также о хроническомъ, паренхиматозномъ воспаленіи ея. Большую изслѣдуютъ и, по вставленіи влагалищной части въ просвѣтъ зеркала, на губахъ маточнаго зѣва замѣчаютъ нѣкоторыя мѣста, лишеныя эпителія (какъ говорили прежде). Этимъ-то маленькимъ экскоріаціямъ, этимъ «*petites misères*,» какъ удачно называетъ ихъ одинъ французскій гинекологъ, придаютъ особенное значеніе и назначаютъ надлежащую терапію, т. е. вяжущія впрыскиванія и прижигаютъ ляписомъ. Можно быть увѣреннымъ, что не пройдетъ 3—4 недѣль и вышеупомянутыя *petites misères* превратятся въ нѣчто серьезное, а именно: катаррѣ усилится, а отъ непосредственнаго раздраженія разрастанія эпителія (въ смыслѣ R u g e) превратятся въ настоящія гранулезныя язвы, вродоточащія при малѣйшемъ прикосновеніи. Вообще, не должно забывать, что чѣмъ менѣе мы раздражаемъ язву, какаѣ бы она ни была, тѣмъ лучше, т. е., тѣмъ скорѣе она подживаетъ, само-собою разумѣется, при надлежащемъ употребленіи извѣстныхъ средствъ. Средства эти состоятъ главнымъ образомъ въ соблюденіи крайней чистоплотности и устране-

ни главной причины, поддерживающей изъязвления, следовательно, катарра. Вслѣдствіе этого, терапия собственно язвъ будетъ состоять въ употребленіи средствъ, изложенныхъ въ статьѣ о хроническомъ катаррѣ матки. Тѣ же выпрыскиванія, которыя назначаются ради удаленія накапливающейся слизи, будутъ дѣйствовать и противъ изъязвленій, смывая съ нихъ раздражающій секретъ. Тепловатые души рукавные, слѣдовательно, здѣсь играютъ первую роль. Если вспомнить, что происхожденіе изъязвленій чисто воспалительное и что задача терапіи уменьшать гиперемію, то легко будетъ понять—какъ вредны вначалѣ изъязвленій души раздражающіе, т. е. такіе, къ которымъ прибавляютъ всевозможныя вяжущія. И такъ, имѣя дѣло со свѣжими изъязвленіями (слѣдовательно экскоріаціями), мы назначаемъ рукавные души изъ простой тепловатой воды, 2—3 раза въ день и все вниманіе наше направлено на устраненіе катарра цервикальнаго канала. Коль скоро секретъ уменьшается количественно и измѣнится до извѣстной степени въ качествахъ своихъ, т. е., станетъ жиже, — экскоріаціи пройдутъ сами собою. Если же дѣло идетъ о болѣе старомъ процессѣ, т. е., если мы имѣемъ дѣло съ фолликулярными язвами,—то заживленію ихъ нужно содѣйствовать употребленіемъ вяжущихъ и нѣкоторыхъ каустическихъ средствъ помимо того, что назначается собственно противъ катарра. Но и это только въ такомъ случаѣ, если язвы представляются съ синеватымъ отливомъ и легко кровоточатъ. Мы это говоримъ потому, что могутъ быть и очень, старыя язвы съ явно-эретическимъ характеромъ. И такъ, если въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ хроническимъ паренхиматознымъ воспаленіемъ, или же только съ хроническимъ эндометритомъ, сопровождающимся болѣе или менѣе глубокими изъязвленіями, представляющими вышесказанные признаки, которые можно выразить однимъ словомъ «вялости», то прямо показаны средства, такъ-называемыя оживляющія, т. е., измѣняющія гистологическія свойства язвъ, вслѣдствіе того, что они сжимающимъ образомъ дѣйствуютъ на сосуды. Это одно; но съ другой стороны, мы прямо можемъ употребить такія средства, которыя уничтожаютъ избытокъ ткани, т. е. разросшіея сосочки. Съ этою цѣлью мы назначаемъ души рукавные изъ воды болѣе низкой температуры и прибавляемъ къ нимъ вяжущія, какъ-то квасцы, таннинъ, сѣрнокислый цинкъ, мѣдный купоросъ, полторохлористое желѣзо и пр. Затѣмъ, обнаживъ влагалищную часть, хорошо очищаемъ язвы отъ покрывающаго ихъ секрета, для чего нерѣдко требуется пустить на нихъ, чрезъ зеркало, струю тепловатой воды, и смазываемъ ихъ растворомъ азотнокислаго серебра (gr. vi—viii на ℥j); это дѣлается такимъ образомъ, что язвы смазываютъ сказаннымъ растворомъ помощью кисточки, или же, еще лучше, вливаютъ въ просвѣтъ зеркала извѣстное количество этого раствора и оставляютъ его въ прикосновеніи съ язвами въ теченіе нѣсколькихъ минутъ. Затѣмъ, не вынимая

зеркала, выливаютъ изъ него жидкость и непосредственно за этимъ тампонируютъ рукавъ. Тампонада здѣсь имѣеть двойное значеніе: съ одной стороны, верхушка тампона, налитая глицериномъ (лучшимъ очищающимъ), дѣйствуетъ прямо на изъязвленные мѣста, съ другой же стороны, тампонъ устраняетъ на известное время возможность прикосновенія изъязвленной поверхности со стѣнками рукава. Подобная процедура производится никакъ не болѣе двухъ разъ въ недѣлю, такъ-какъ въ противномъ случаѣ мы произведемъ чрезмѣрное раздраженіе, которое скажется весьма невыгодно на теченіе болѣзни. Съ другой стороны, если мы имѣемъ дѣло съ язвами гранулезными и фунговыми, занимающими по преимуществу губы и не поддающимися вышеупомянутой терапіи, то наступаетъ показаніе къ употребленію прижигающихъ въ тѣсномъ смыслѣ. Въ главѣ общей гинекологической терапіи мы подробно разсмотрѣли длинный рядъ относящихся сюда средствъ и старались указать на присущія имъ достоинства и недостатки. Поэтому, мы можемъ ограничиться здѣсь немногими словами. Если дѣло идетъ объ эндометритѣ, осложненномъ обширными гранулезными и въ особенности фунговыми язвами, то прижиганіе азотнокислымъ серебромъ *in substantia* принесетъ очень мало пользы, такъ-какъ нельзя произвести толстаго струпа, т. е. нельзя жечь глубоко. Въ подобныхъ случаяхъ лучше всего будетъ прибѣгнуть къ тому или другому прижигающему въ жидкомъ видѣ, напр., къ тому же азотнокислому серебру, въ довольно сильной концентраціи,  $\text{S}^{\text{s}}-\text{S}$  на  $\text{S}^{\text{i}}$ . Растворъ наносится на язву помощью волосяной кисточки. Нѣкоторые американскіе гинекологи, какъ напр. Wm. H. Byford прибѣгаютъ къ чрезвычайно крѣпкимъ растворамъ, напр.  $\text{nit. arg. S}^{\text{iv}}$  ad  $\text{S}^{\text{i}}$ . Растворъ проникаетъ глубоко въ язву и можетъ такимъ образомъ дѣйствовать весьма энергически. Весьма выгодно въ подобныхъ случаяхъ дѣйствуютъ также азотнокислая закись ртути и растворъ сусамы (*sol. Plenki*). Какое бы мы изъ сказанныхъ прижигающихъ ни употребляли, не должно забывать, что средства эти вовсе не такъ невинны, какъ думаютъ. Весьма нерѣдко, по употребленіи одного изъ сказанныхъ каустическихъ средствъ, у больныхъ замѣчается цѣлый рядъ явленій, которыя возбуждаютъ у нихъ болѣе или менѣе сильное безпокойство; изъ явленій этихъ мы упомянемъ только о колюобразныхъ боляхъ въ нижней части живота и поясницѣ и множествѣ нервныхъ припадковъ, какъ-то: одышкѣ, стѣсненіи въ груди, головныхъ боляхъ, а иногда и обморокахъ. Припадки эти нужно имѣть въ виду для того, чтобы предвидѣть объ нихъ больныхъ, съ другой же стороны для того, чтобы принять возможныя мѣры для устраненія или ослабленія ихъ. Съ этою цѣлью подобныя прижиганія должно производить съ болѣе или менѣе продолжительными интервалами, смотря по степени восприимчивости больныхъ, во всякомъ случаѣ не болѣе, какъ одинъ разъ въ недѣлю; послѣ прижиганія, больная должна соблюдать покой въ теченіи, по крайней мѣрѣ, 3—4 часовъ. Если

бы непосредственно послѣ прижиганія больная стала жаловаться на довольно сильныя боли внизу живота, то назначаемъ холодныя компрессы и лавуданизированное промывательное. Нѣкоторые авторы, какъ напр. Scanzoni и др., при язвахъ съ значительнымъ разраженіемъ сосочковъ, совѣтуютъ предварительно сръзать ихъ помощью изогнутыхъ по поверхности ножницъ и затѣмъ уже прибѣгнуть къ тому или другому прижигающему. До сихъ поръ это удавалось намъ только въ такихъ случаяхъ, гдѣ изъ поверхности какъ бы выростають торчащія отдѣльно, довольно длинныя сосочки; но это не ведетъ къ желаемой цѣли, такъ-какъ, удаливъ одинъ или два особенно разросшихся сосочка, на остальную поверхность язвы нѣтъ никакой возможности нанести рѣжущимъ инструментомъ. Въ подобныхъ случаяхъ я предпочитаю прибѣгнуть къ каленому желѣзу и долженъ сказать, что лучшаго и болѣе скоро дѣйствующаго средства при подобныхъ условіяхъ я не знаю. Со времени введенія въ практику термокаутера Raquelin'a, я такъ часто и съ такимъ успѣхомъ прибѣгалъ къ нему при язвенныхъ эндометритахъ, что не могу достаточно рекомендовать это средство. Въ очень многихъ случаяхъ, гдѣ хроническій катарръ цервикальнаго канала съ очень обширными, обильными изъязвленіями достигалъ очень значительной степени, одного или двухъ прижиганій бывало достаточно, чтобы получить очень быстрое улучшеніе. Само собою разумѣется, что послѣ этого для коренного исцѣленія требуется еще продолжительное и упорное леченіе собственно самаго катарра. Сколько намъ пришлось этою простою терапіей поправить больныхъ, у которыхъ толковали уже о начинающемся карциномѣ...

Мы ужъ выше упомянули о томъ, что всѣ разсмотрѣнные нами виды изъязвленій могутъ простираться на болѣе или менѣе значительную высоту въ цервикальномъ каналѣ. При такихъ условіяхъ можно прижигать язвы, покрывающія губы маточнаго зѣва, какими угодно каустиками,—результатъ будетъ неудовлетворительный до тѣхъ поръ, пока не нападѣмъ прямо на изъязвленія, скрытыя въ цервикальномъ каналѣ. Уже съ этою одною цѣлью приходится прибѣгнуть къ методическому расширенію канала маточной шейки; съ другой же стороны, расширяющія средства (губки) могущественно дѣйствуютъ на изъязвленія въ силу того, что они разрушаютъ ихъ. Оттого-то нерѣдко приходится видѣть, что язвенные эндометриты, противъ которыхъ истощаемы были всевозможныя средства, относительно, очень скоро устраняются введеніемъ въ цервикальный каналъ нѣсколькихъ губокъ.

Послѣ того, какъ Emmet старался доказать, что источникъ, или корень зла при хроническихъ эндометритахъ составляютъ собственно не анатомико-патологическія измѣненія слизистой оболочки, а разрывы цервикальнаго канала, предложенная имъ операція (операція Emmet'a, Trachelorrhaphia. Hystero-trachelorrhaphia), т. е. окровавливаніе и сшиваніе разрывовъ цервикальнаго канала должна была казаться въ высшей

стенени умѣстной и рациональной. Дѣйствительно, такъ и было въ началѣ (во второй половинѣ 70-хъ годовъ); энтузіазмъ къ новой операціи былъ чрезвычайный и такіе гинекологи какъ M. Sims, Pallen и др. считали ее важнѣйшимъ приобрѣтеніемъ новѣйшей гинекологіи. Въ германской гинекологіи особенно старался популяризовать новую операцію Breisky. Мало-по-малу однако взглядъ сталъ выясняться, пока не убѣдились въ томъ, что трахелорафія не имѣетъ далеко тѣхъ преимуществъ, которыя ей приписывали (Schroeder, Hegar.). Такъ-какъ мы выше уже высказали нашъ взглядъ на отношеніе выворота губъ къ цервикальному эндометриту, то понятна безъ дальнихъ объясненій, что пластическая операція, имѣющая цѣлью устраненіе старыхъ разрывовъ цервикальнаго канала (а слѣдов. и эктропія), можетъ имѣть значеніе лишь по столько, по-скольку эти разрывы служатъ поддерживающимъ моментомъ относительно эндометрита, развивающагося совершенно самостоятельно. Что одного сшиванія старыхъ надрывовъ или разрывовъ цервикальнаго канала далеко недостаточно для устраненія явленнаго эндометрита—совершенно ясно для каждого трезваго клинициста, не подающагося увлеченіямъ. Съ этимъ, впрочемъ, должны были согласиться и самъ Emmet и его послѣдователи, а именно; прежде, чѣмъ приступать къ трахелорафіи, нужно предварительно извѣстными средствами устранить эндометритъ. Это обстоятельство уже очень много лишаетъ трахелорафію своего прежняго престижа, такъ-какъ при этомъ не можетъ не считаться совершенно законнымъ слѣдующій вопросъ: для чего же прибѣгать къ трахелорафіи, если эндометритъ устраненъ? Говоря это, мы несколько не думаемъ изгнать совершенно разсматриваемую операцію изъ гинекологической практики, а ограничить ее только до послѣдней возможности. Изъ того, что тотъ или другой хирургическій приемъ становится моднымъ и къ нему прибѣгаютъ вкривъ и вкосъ, далеко еще не слѣдуетъ, что онъ дѣйствительно имѣетъ *raison d'être*. По моему глубокому убѣжденію, трахелорафія дѣлалась въ послѣдніе годы у сотенъ больныхъ, у которыхъ не было къ этому ни малѣйшаго основанія. Мы поэтому утверждаемъ, что цервикальный эндометритъ, какой бы онъ ни былъ, можетъ быть очень хорошо устраненъ безъ всякой пластической операціи. Трехелорафія можетъ потребоваться и оказаться весьма полезною только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ предшествовавшіе разрывы цервикальнаго канала были очень обширны, хватаютъ, можетъ быть, въ тотъ или другой пораметрій, вслѣдствіе чего происходитъ такой сильный выворотъ обѣихъ губъ, что область внутренняго зѣва ущемляется и отсюда—невыносимыя боли. Здѣсь устраненіе одного эндометрита не поможетъ дѣлу, а необходимо возстановить нормальныя анатомическія отношенія цервикальнаго канала. Но такъ-какъ подобныя патологическія состоянія встрѣчаются въ практикѣ въ высшей степени рѣдко, то изъ этого и слѣдуетъ, что показаніе къ трахелорафіи будетъ также очень рѣдко. Въ

тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы при старыхъ эндометритахъ имѣли дѣло съ очень сильно развитымъ актропіемъ, мы прибѣгали всегда къ ампутаціи пораженной губы и успѣхъ былъ всегда благопріятный.

Что касается техники трахелорафіи, то она въ высшей степени проста. Если матка стоитъ довольно низко, то большую кладутъ на спину; при обыкновенномъ же положеніи органа, больной даютъ боковое положеніе (на лѣвомъ боку). Благалищная часть обнажается помощью американскихъ зеркалъ; въ то время, какъ помощникъ фиксируетъ губы помощью крючковъ, надорванные мѣста окрвавливаются помощью ножа, или же ножницъ на столько, на сколько это оказывается нужнымъ. Когда этотъ первый актъ, т. е. окрвавливаніе окончено, окрвавленные поверхности спиваются, причѣмъ заботятся о томъ, чтобы зѣвъ былъ достаточной величины. Швы удаляются обыкновенно между 8—10 днемъ.

Schroeder, который не особенно довѣряетъ трахелорафіи, предлагаетъ другой способъ хирургическаго леченія застарѣлыхъ цервикальныхъ эндометритовъ. Боковыя поверхности цервикальнаго канала разрѣзаются до сводовъ, затѣмъ каждый лоскутъ оттягивается вверхъ и измененный слизистый покровъ вырѣзается прочь; послѣ этого каждый лоскутъ заварачивается внутрь и край его спивается. Такимъ образомъ получается цервикальный каналъ, полость котораго выстлана плоскимъ эпителиемъ. Еслибы губы были очень удлинены, то ихъ предварительно ампутируютъ на столько, на сколько это оказывается нужнымъ. Schroeder очень хвалитъ свой способъ; мы ничего не можемъ сказать ни въ пользу, ни противъ него, такъ-какъ до сихъ поръ ни разу не прибѣгали къ нему.

Вопросъ на счетъ значенія старыхъ разрывовъ цервикальнаго канала и трахелорафіи породилъ очень обширную литературу. Мы здѣсь укажемъ только на главнѣйшія литературныя данныя. Th. G. Emmet, *Surgery of the cervix uteri*. N. York., 1862.—Breisky, *Prag. medic. Wochenschr.*, 1876, № 18 и 1877, № 13.—Также *Wiener medic. Wochenschr.*, 1876, Nn 49—51.—Emmet, *Risse des Cervix uteri, als eine hartige und nicht erkannte Krankheitsursache etc.* Ueber. von Dr M. Vogel, Berlin, 1878 (съ предисловіемъ проф. Брейскаго).—Olshausen, *Zur Pathologie der Cervixrisse*. Centr. Bl. f. Gyn., 1877, № 13.—Fischel, *Arch. f. Gynaecol.*, Bd. XV, p. 76 и *Ibid.*, Bd. XVI, p. 192.—Spiegelberg, *Ueber Cervicalrisse, ihre Folgen und ihre operative Beseitigung*. Bresl. aeztl. Zeitschr., 1879, № 1.—C. Ruge, *Centrabl. f. Gynaecol.*, 1880, № 21 и *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. V, Hft. 2.—Mundé, *am. J. of. Obstetr.*, 1879, Jan.—Schroeder, *Krankh. der weiblich. Geschlechtsorg.* V. Aufl., 1881, p. 128.—

Нѣкоторые французскіе авторы выхваляютъ всевозможныя присыпки (крахмалъ *per se*, или же съ таниномъ и пр.), которыми они покрываютъ язвы на маточной шейкѣ. Съ рациональностью подобнаго способа едва ли можно согласиться: присыпки, съ одной стороны, дѣйствуютъ поверхностно, съ другой же, соединяясь съ секретами язвъ, онѣ могутъ только раздражить эту послѣднюю.

Заканчивая главу о воспалительныхъ формахъ матки, не можемъ не упомянуть о вопросѣ, до сихъ поръ подающемъ поводъ къ самымъ разногласнымъ мнѣніямъ. Вопросъ этотъ состоитъ въ томъ: что дѣлать съ тою или другою формою воспаления матки у беременныхъ? Въ особенности задаютъ этотъ вопросъ по отношенію къ язвамъ маточной шейки. Большинство

гинекологовъ, за очень небольшими исключениями, отвѣчаетъ за него въ томъ смыслѣ, что язва при этихъ условіяхъ, т. е. *sub graviditate*, нельзя трогать, а слѣдуетъ выжидать, пока не окончится беременность изагѣмъ только, и то, прождавъ мѣсяца 3 (*Bufford*), приступить къ обыкновенной терапіи. Мнѣ это основано, главнымъ и единственнымъ образомъ, на опасеніи прервать беременность, если употребить тѣ или другія средства, въ которыхъ въ подобныхъ случаяхъ прибѣгаютъ при беременности. Мы лично въ первые годы нашей практики, когда, за невѣдѣніемъ достаточной собственной опытности, не возмѣло приходиться *jugate in verba magistris*, строго придерживались подобнаго же взгляда. Но, съ теченіемъ времени, мы не могли не усумниться въ рациональности его. Мнѣ попадались большія, которыя, не смотря на самую рациональную терапію, выкидывали тѣмъ не менѣе какъ будто ни въ чемъ не бывало. Во всѣхъ этихъ случаяхъ дѣло шло о фунгозныхъ или гранулезныхъ эндометритахъ, обыкновенно съ эстрогенъ губъ, обусловливавшихъ до беременности обильныя мѣсячныя и болѣе или менѣе усиленное слизетеченіе изъ родовыхъ путей. Начинаютъ лечить подобную болѣзнь и, не смотря на формальное и категорическое запрещеніе *coitus'a*, она тѣмъ не менѣе забеременѣваетъ. Что остается дѣлать? Ждать? Но болѣзнь навѣрно и непремѣнно выкинеть, такъ какъ другая, болѣе рѣзко выступающей причины привычнаго выкидыша обыкновенно доискаться нельзя. Вслѣдствіе этого, если мнѣ случается, что у болѣзнь, выкидывавшихъ до этого по нѣскольку разъ, я не могу отыскать другой причинъ, кромѣ сильнаго эндометрита со всѣми его послѣдствіями, т. е. язвами, то я приступаю къ обычной терапіи, не смотря на то, что онѣ ужъ беременны. Точно такимъ же образомъ я не останавливаюсь леченіемъ, если болѣзнь забеременѣваетъ во время него до тѣхъ поръ, пока не будутъ устранены патологическія измѣненія, подающія поводъ къ выкидышу. Мнѣ вѣчего къ этому прибавить, что это нисколько не мѣшаетъ мнѣ соблюдать, кромѣ обычныхъ мѣръ, принимаемыхъ при выкидышѣ вообще, и нѣкоторыя особенныя предосторожности. Такъ, я не стану въ подобныхъ случаяхъ вводить въ цервикальный каналъ каустическія средства и пр. Да оно здѣсь и не требуется, такъ-какъ въ этихъ случаяхъ почти всегда дѣло идетъ о пораженіи ближайшаго сосѣдства зѣва и преимущественно губъ его. Какъ бы то ни было, но могу увѣрить, что я до сихъ поръ не имѣлъ ни одного случая, который бы заставилъ меня измѣнить взглядъ мой на этотъ вопросъ. Въ подтвержденіе этого я могъ бы привести нѣсколько наблюденій, но я ограничусь здѣсь только однимъ, такъ-какъ оно извѣстно нѣкоторымъ изъ близко стоящихъ ко мнѣ товарищей. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ обратился ко мнѣ г-жа Л., 26 лѣтъ отъ роду, жалующая, что вотъ уже нѣсколько лѣтъ, какъ она страдаетъ неправильно появляющимися, обильными мѣсячными и усиленнымъ выдѣленіемъ слизи *ex sexualibus*. Въ теченіи двухъ послѣднихъ лѣтъ она выкинула три раза; въ послѣдній—4 мѣсяца назадъ въ V мѣсяцѣ. Болѣзнь пользовалась у д-ра Э. К. Гугенбергера, а по отъѣздѣ его изъ Петербурга, у д-ра П. П. Ливена. Болѣзнь очень крѣпкаго тѣлосложенія и кромѣ сказаннаго, явленій рѣшительно ни на что не жалуется; она страдаетъ болѣе нравственно, такъ-какъ постоянно находится подъ страхомъ угрожающаго ей выкидыша, между тѣмъ, какъ она страстно желаетъ имѣть дѣтей. Гинекологическое исследование показало, что въ данномъ случаѣ дѣло идетъ о значительно увеличенной маткѣ, преимущественно въ передне-заднемъ размѣрѣ дна; р. v. утолщена и чрезвычайно разрушена; зѣвъ круглый, зияющій, съ выворотомъ задней губы; верхушка пальца легко проникаетъ въ цервикальный каналъ; изъ котораго вытекаетъ обильный, густой, слегка окрашенный секретъ. Вся почти задняя губа занята гранулезною язвою, кровотокающей при малѣйшемъ прикосновеніи. *Diagnosis: metritis chron. (diff.), endometritis cervicalis granulosa.* Приступлено къ обычной терапіи: Въ концѣ 3-го мѣсяца отъ начала леченія болѣзнь забеременѣла. Язва уменьшилась весьма значительно; *leucorrhoea* также. Я оставилъ всякую терапію и назначилъ только тепловатыя души. Но такъ-какъ, по прошествіи 3 недѣль, я сталъ замѣчать, что язва снова увеличивается и отдѣленіе секрета изъ цервикальнаго канала усилилось, то снова приступилъ къ прежней терапіи, т. е. смазыванію язвы крѣпкимъ растворомъ азотнокислаго серебра, послѣ чего каждый разъ вводился средней величины

корпейный шаръ, который больная удаляла сама черезъ 3 часа послѣ смазыванія. Души изъ sulph. zinci. Такъ продолжалось до тѣхъ поръ, пока язва совершенно не исчезла. Затѣмъ я нѣсколько мѣсяцевъ не видала больной и мнѣ пришлось увидѣть ее снова въ началѣ 9-го мѣсяца беременности, протекшей до нормальнаго срока безъ всякихъ приключеній.

На основаніи всего вышесказаннаго и очень значительнаго числа случаевъ, пользованныхъ мною за послѣдніе годы, я могу утверждать, что пассивное отношеніе со стороны искусства къ воспалительнымъ формамъ матки во время беременности—болѣе апіористическое и едва ли можетъ быть оправдываемо прямыми клиническими наблюденіями. Я совершенно согласенъ съ тѣмъ, что въ практикѣ не мало встрѣчается случаевъ, въ которыхъ прерываніе беременности (выкидышъ) склонны приписывать тому, что, не подозревая беременности, прижигали язву маточной шейки тѣмъ или другимъ каустическимъ средствомъ. Такъ-какъ причинъ выкидыша бываетъ такое множество, то на подобныя наблюденія можно бы возразить то, что въ такомъ-то случаѣ выкидышъ произошелъ не потому, что прижигали, а не смотря на то, что прижигали.... Въ заключеніе не могу не замѣтить, что Bennet и Whitehead придерживаются совершенно такого же взгляда на рассматриваемый вопросъ.



## ОГЛАВЛЕНИЕ.

	СТР.
<b>ГЛАВА I. Исторический очерк развития гинекологии . . . . .</b>	<b>1</b>
Периодъ I: греко-римский . . . . .	3
Периодъ II: арабы и арабисты . . . . .	14
Периодъ III: отъ возрожденія наукъ и искусствъ въ Западной Европѣ до половины XVII столѣтія . . . . .	22
Периодъ IV: отъ половины XVII до начала XIX стол., т. е. до Récamier . . . . .	26
Периодъ V: отъ Récamier до Simpson'a . . . . .	36
Периодъ VI: отъ Simpson'a до послѣдняго времени . . . . .	44
Современное состояніе гинекологіи въ различныхъ странахъ.	58
<b>ГЛАВА II. О гинекологическомъ изслѣдованіи . . . . .</b>	<b>67</b>
1. Изслѣдованіе наружное . . . . .	68
2. Внутреннее изслѣдованіе . . . . .	72
3. Изслѣдованіе помощью маточныхъ зеркалъ . . . . .	79
Способы изслѣдованія внутренней поверхности матки . . . . .	—
1. Маточный зондъ . . . . .	86
2. Способы изслѣдованія, дѣлающіе внутреннюю поверхность матки доступной глазу и осязанію . . . . .	87
Прессованныя губки, лиминарія и корень горчавки . . . . .	95
<b>ГЛАВА III. Общая гинекологическая терапия . . . . .</b>	<b>95</b>
1. Тампонада рукава . . . . .	98
2. Рукавные души . . . . .	101
3. Кровоизвлеченія изъ матки . . . . .	104
4. Скарификаціи влагалищной части . . . . .	105
5. Употребленіе различныхъ лекарственныхъ веществъ, вводимыхъ въ рукавъ въ видѣ растворовъ, порошковъ, мазей, шариковъ и свѣчекъ . . . . .	106
6. Мѣстная анестезія половой сферы помощью паровъ хлороформа и угольной кислоты . . . . .	111
7. Объ употребленіи различныхъ каустическихъ средствъ . . . . .	118
8. Введеніе лекарственныхъ веществъ въ полость матки . . . . .	119
а) Введеніе лекарственныхъ веществъ въ половую сферу въ видѣ паровъ . . . . .	—
б) Введеніе лекарственныхъ веществъ въ полость матки въ твердомъ видѣ . . . . .	—
с) Введеніе лекарственныхъ веществъ въ полость матки въ жидкомъ видѣ (внутриматочныя впрыскиванія) . . . . .	121

## Патологія наружной половой сферы.

ГЛАВА IV.	Большія дѣтородныя губы. . . . .	131
I.	Пороки первоначальнаго развитія . . . . .	132
II.	Эритэма, рожа, отеки и гангрена большихъ губъ . . . . .	134
III.	Сыпныя формы, встрѣчаемыя на большихъ губахъ . . . . .	136
IV.	Нарывы большихъ губъ . . . . .	141
V.	Воспаленіе и нагноеніе Бартолиновыхъ железъ . . . . .	—
VI.	Опухоли большихъ губъ. . . . .	143
1.	Elephantiasis vulvae. . . . .	—
2.	Папиллярныя опухоли большихъ губъ. . . . .	145
3.	Кисты большихъ губъ. . . . .	—
4.	Грыжи большихъ губъ . . . . .	148
ГЛАВА V.	Патологія малыхъ губъ. . . . .	150
	Пороки первоначальнаго развитія . . . . .	—
	Воспаленіе малыхъ губъ . . . . .	152
	Нарывы малыхъ губъ . . . . .	153
ГЛАВА VI.	О нѣкоторыхъ патологическихъ состояніяхъ наружнаго отверстия мочеиспускательнаго канала. . . . .	154
a)	Чрезмѣрное расширеніе мочеиспускательнаго канала . . . . .	—
b)	Выпаденіе слизистой оболочки. . . . .	155
c)	Фунгозные разращенія. . . . .	—
ГЛАВА VII.	Патологія клитора . . . . .	159
	Аномаліи первоначальнаго развитія. . . . .	—
	Clitorodectomia. . . . .	161
ГЛАВА VIII.	Аномаліи дѣвственной плевы. . . . .	163
a)	Гиперплазія митровидныхъ сосочковъ . . . . .	164
b)	Atresia hymenalis . . . . .	165
ГЛАВА IX.	Копчиковая боль. . . . .	169
ГЛАВА X.	О разрывахъ промежности . . . . .	173
ГЛАВА XI.	Патологія грудныхъ железъ. . . . .	188
	Анатомико-физиологическія замѣчанія. . . . .	—
1.	Недостатки первоначальнаго развитія грудей. . . . .	191
2.	Заболѣванія грудныхъ сосочковъ. . . . .	193
3.	Воспалительныя формы грудныхъ железъ. . . . .	197
a)	Erysipelas mammae. . . . .	—
b)	Paramastitis . . . . .	198
c)	Mastitis parenchymatosa. . . . .	200
4.	Аномаліи въ отдѣленіи и выдѣленіи молока . . . . .	205
a)	Agalactia. . . . .	—
b)	Polygalactia et Galactorrhoea. . . . .	208
c)	Молочныя свищи и молочныя опухоли. . . . .	210
5.	Новообразованія грудныхъ железъ. . . . .	213
a)	Фиброзные опухоли. . . . .	—
b)	Жировикъ . . . . .	214
c)	Аденомъ . . . . .	—
d)	Энхондромъ . . . . .	216
e)	Миксомъ . . . . .	217
f)	Саркомъ . . . . .	218
g)	Ракъ . . . . .	219
	Гипертрофія . . . . .	229
	Паразитарныя опухоли . . . . .	—

## Патологія внутренней половой сферы.

ГЛАВА XII.	Патологія рукава . . . . .	233
1.	Аномаліи первоначальнаго развитія . . . . .	—
2.	Стуженія и заращенія рукава . . . . .	238

ГЛАВА XIII.	Неврозы рукава	248
	1. Зудъ рукава	—
	2. Вагинизмъ	251
ГЛАВА XIV.	Воспаленія рукава	264
	Катарръ рукава	—
	а) Острое катарральное воспаление	—
	б) Хронический катарръ	266
	Perivaginitis	272
	Крупъ и дефтеритъ рукава	273
	Паразиты рукава	275
	Инородный тѣла въ рукавѣ	280
ГЛАВА XV.	Выпаденіе стѣнокъ рукава и рукавные грыжи	286
	1. Выпаденіе стѣнокъ рукава	—
	2. Грыжи рукава	287
ГЛАВА XVI.	Свищи половой сферы	292
	1. Мочерукавные свищи	293
	2. Каловые свищи	310
	Fistulae periton.-vagin	316
ГЛАВА XVII.	Новообразованія рукава	317
	1. Полипы и фибромы	—
	2. Кисты рукава	319
	3. Карциномъ	321
	4. Бугорчатка рукава	323
ГЛАВА XVIII.	Патологія матки.	324
	Анатомико-физиологическія замѣчанія о маткѣ	—
	Вѣсъ матки	326
	Размѣры матки	327
	Раздѣленіе матки на области	329
	Полость матки	329
	Топографія матки	334
	Связочный аппаратъ матки	336
	Очертаніе матки	340
	Мускулатура матки	342
	Слизистая оболочка матки	346
	Сосуды матки	349
	Нервы матки	351
	Эмбриологическія данныя относительно матки	355
	Данныя сравнительно-анатомическія	359
ГЛАВА XIX.	Общій разборъ клиническихъ явленій, представляемыхъ болѣзнями матки	360
	1. Припадки, зависящіе непосредственно отъ матки	—
	Боль	362
	Измѣненія въ нормальныхъ свойствахъ секрета	363
	Кровотеченіе	—
	2. Припадки, зависящіе отъ сосѣднихъ органовъ	364
	3. Явленія сочувственныя	368
	Hysteriasis	389
ГЛАВА XX.	Аномалии первоначальнаго развитія матки	390
	1. Отсутствие матки	390
	2. Зачаточныя формы матки	393
	а) Зачаточная матка	—
	б) Однорогоая матка	394
	в) Двураздѣльная матка	396
	1) Двураздѣльная матка въ тѣсномъ смыслѣ	397
	2) Двурогаая матка	398
	3) Двуполостная матка	399
	3. Приостановка въ развитіи матки: uterus foetalis et infantilis	405
	4. Зарашенія матки: Hamato-et hydrometra	408
	5. Одностороннее задержаніе крови въ маткѣ при раздѣленіи родового канала	417

	Накопление въ полости матки слизи или серозной жидкости: Hydrometra et physometra . . . . .	420
ГЛАВА XXI.	Разстройства въ питаніи матки . . . . .	425
	1. Атрофія матки . . . . .	425
	2. Гипертрофія матки . . . . .	435
	3. Частичная гипертрофія матки . . . . .	440
	a) Гипертрофія влагалищной части . . . . .	—
	b) Гипертрофія надвлагалищной части маточной шейки . . . . .	458
ГЛАВА XXII.	Воспалительныя формы матки . . . . .	477
	1. Воспаленіе внутренняго покрова матки . . . . .	479
	a) Острый катарръ слизистой оболочки матки . . . . .	481
	b) Хроническій катарръ матки . . . . .	487
	2. Воспаленіе паренхимы матки . . . . .	508
	a) Острое воспаленіе паренхимы матки . . . . .	—
	b) Хроническое воспаленіе паренхимы матки . . . . .	513
	0 различныхъ видахъ изъязвленій, встрѣчаемыхъ на губахъ маточнаго зѣва . . . . .	580