

РУКОВОДСТВО

КЪ

ПАТОЛОГИИ И ТЕРАПИИ

ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ.

М. ГОРВИЦА,

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

Второе, значительно исправленное и пополненное издание.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

Съ 41 политипажемъ въ текстѣ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Изданіе Карла Риккера.
Невскій проспектъ, № 14.
1883.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

akusherlib.ru

ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

ГЛАВА XXIII.

Объ измѣненіяхъ въ положеніи матки.

Ни одна отрасль медицины не представляетъ столько разногласій, столько діаметрально противоположныхъ взглядовъ на тѣ или другіе вопросы, какъ гинекологія. Лучшимъ подтвержденіемъ этого можетъ служить даже только поверхностное знакомство съ литературою объ измѣненіяхъ въ положеніи матки. Мало того, что несогласны въ воззрѣніяхъ на тѣ или другія стороны разсматриваемаго вопроса, но прямо спорятъ даже о томъ: составляютъ ли измѣненія въ положеніи матки патологическое состояніе? Приступая, поэтому, къ изложенію этой главы, мы считаемъ необходимымъ сначала выяснить твердо понятія, о которомъ станемъ говорить, для того, чтобы избѣгнуть всякихъ недоразумѣній, которыя, по нашему мнѣнію, не мало затемнили дѣло. Начать съ того, что очень многіе авторы не дѣлаютъ никакого различія, или же очень мало отбѣняютъ разницу, существующую между измѣненіями въ положеніи матки въ тѣсномъ смыслѣ съ измѣненіями въ очертаніи ея. Что это дѣйствительно такъ, можно убѣдиться, раскрывъ нѣсколько самыхъ распространенныхъ учебниковъ по гинекологіи. Въ нихъ обыкновенно одноименныя наклоненія и искривленія матки разсматривали совместно. Одинъ изъ лучшихъ представителей американской гинекологіи, именно Нодге, зашелъ въ этомъ отношеніи еще далѣе другихъ, такъ какъ онъ искривленія матки считаетъ ничѣмъ инымъ, какъ простымъ осложненіемъ одноименныхъ наклоненій. Подобную путанницу въ понятіяхъ можно объяснить, намъ кажется, тѣмъ, что въ старину, вслѣдствіе плохого состоянія діагностики, постоянно смѣшивали *in practi* собственно измѣненія въ положеніи съ измѣненіями въ очертаніи матки; въ новѣйшее же время продолжаютъ смѣшивать ихъ потому, что будто бы обуславливаемыя ими клиническія явленія въ томъ и другомъ случаѣ до извѣстной

степени одинаковы. Нѣкоторые прибавляютъ къ этому еще извѣстную аналогію и въ терапіи. При болѣе близкомъ знакомствѣ съ дѣломъ ни въ какомъ случаѣ нельзя согласиться съ этимъ. При всякой классификаціи болѣзненныхъ состояній какого бы то ни было органа, въ основаніи ея лежать патологическая сущность, а ничуть не случайная тождественность въ клиническихъ явленіяхъ или въ терапіи. Между наклоненіями же и загибами матки въ отношеніи патологическомъ—громадная разница. Поэтому-то мы не будемъ придерживаться въ этомъ отношеніи способа изложенія, принятаго большинствомъ авторовъ и рассмотримъ измѣненія въ положеніи и очертаніи матки отдѣльно.

Измѣненія въ положеніи и очертаніи матки распадаются на три группы и для каждой изъ нихъ можно подобрать подходящее названіе, болѣе или менѣе соответствующее анатомической сущности ея. Къ первой группѣ относятся такіа измѣненія въ положеніи матки, при которыхъ дно ея наклоняется въ ту или другую сторону: это наклоненія матки (*versiones*). Вторая группа обнимаетъ измѣненія въ очертаніи органа, т. е. измѣненія продольной оси матки по отношенію къ самой себѣ: это искривленія или лучше—загибы матки (*flexiones*). Къ третьей группѣ относятся смѣщенія матки по проводной линіи таза, т. е. внизъ (*descensus et prolapsus uteri*) и вверхъ (*elevatio uteri*). Къ этой же категоріи мы относимъ и выворотъ матки (*inversio uteri*).

1. Наклоненія матки.

Versiones uteri.

Истор. библиограф. замѣч. Если нѣкоторые увѣряютъ, что уже у Гиппократѣ находимъ нѣкоторые намеки на тѣ измѣненія въ положеніи матки, которыя мы, согласно вышеприведенному опредѣленію, назвали наклоненіями, то это нельзя не назвать натяжкой. Впрочемъ, извѣстно вѣдь, что у Гиппократѣ, при нѣкоторомъ желаніи, можно найти все, что угодно... Начиная же съ Аэція (*Tetrabibl.*, в. IV, cap. 77) и Мошюна (*Гинеас. Шлахія* стр. 24), стали говорить о смѣщеніяхъ матки съ извѣстною положительностью, приписывая уклоненіямъ маточной шейки въ ту или другую сторону чрезвычайнo важное клиническое значеніе. Мы обращаемъ вниманіе читателя на это обстоятельство, доказывающее какъ нельзя яснѣе, что клиническая точка зрѣнія, на которой въ этомъ отношеніи стоятъ новѣйшіе гинекологи,—ничуть не нова. *Simpsen, Valleix, Kiwisch* и пр., приписывая измѣненіямъ въ положеніи матки, какъ таковымъ, чрезвычайное значеніе патологическое, повторяли только то, что давнымъ давно высказывали Аэцій, Мошюна и изъ ближайшихъ къ нимъ авторовъ *Rodericus Castro* (*De univ. mulieb. medec.* p. 274). Послѣ этого послѣдняго о наклоненіяхъ матки въ небеременномъ состояніи упоминаютъ *Saxtorph* (1775, *Collectan. Navn.* v. II p. 129) и Петръ Франкъ (*Opuscula porschuma* 1786, p. 78). *Jahn* (1787) не придавалъ наклоненіямъ никакого особеннаго значенія. Не можемъ не упомянуть здѣсь о томъ, что въ Россіи одинъ изъ первыхъ заговорилъ о наклоненіяхъ матки польскій врачъ (въ Вильнѣ), именно—Амвр. Бучинскій. См. его диссертацию *De retroversione uteri* въ *Acta institut. Clinic. Cas Univ. Vlnensis. Lipsia*, 1812, cap. XVII. Не смотря на авторитетъ названныхъ писателей, вопросъ относительно наклоненій матки не

игралъ почти никакой роли въ тогдашней гинекологіи до тѣхъ поръ, пока имъ не занялись Schweigheuser въ 1817 г. (Aufsätze ueber einige physiologische und practische Gegenstände der Geburtshülfe) и въ особенности Schmitt, въ 1820 г. (Ueber die Zurückbeugung der Gebärmutter bei nicht—Schwangern). Затѣмъ мы должны назвать d'Ouetrepont'a, Robertson'a и въ особенности Aveline'a (1827). Хотя о наклоненіяхъ матки съ этого времени ужъ не переставали толковать, но въ особенности же заговорили о нихъ съ 1843 г., именно съ того времени, какъ Simpson предложилъ маточный зондъ какъ лучшее средство для распознаванія различныхъ измѣненій въ положеніи матки. Я долженъ замѣтить, что какъ въ то время, такъ и въ послѣдующіе годы Simpson не различалъ наклоненій матки отъ загибовъ, называя ихъ общимъ именемъ displacements. Въ особенности же вопросъ на счетъ измѣненій въ положеніи и очертаніи матки сдѣлался въ гинекологіи вопросомъ дня, когда по поводу его въ 1854 году завязались дебаты въ парижской медицинскій академіи, главнымъ образомъ на счетъ механическаго (ортопедическаго) леченія ихъ. Съ тѣхъ поръ литература этого предмета разрослась до такой степени, что нѣтъ никакой возможности привести ее во всей полнотѣ въ книгу, подобную нашему сочиненію. Мы поэтому ограничимся здѣсь приведеніемъ главнѣйшихъ источниковъ, отдѣливъ литературу собственно о механическомъ леченіи, которой коснемся въ томъ мѣстѣ, гдѣ будемъ говорить о леченіи наклоненій матки.

Schneider, Ueber die Vor- u. Rückwärtsbeugung der Gebärmutter. Würzb., 1826.—Aveline, Dissert. sur l'antev. de l'uterus. Paris, 1827. — Boivin et Dugés, Traité pratique des maladies de l'uterus. Paris, 1833, T. I, p. 195. — Meissner, Frauenzimmerkrankheiten, Leipz., 1842, Bd. II p. 782.—Simpson, Lond. a. Edinb. Monthly Journ. of medic. Scienc, 1843, Aug., p. 701, также еро The Obstetr. mem. and. Contribut. Edinb., 1855, Vol. I, p. 199. On retroversion of the unimpregnated uterus.—E. Lacroix, de l'antev. et de la rétrovers. de l'uterus, Paris, 1844.—Cruveilhier, Traité d'anat. patholog. gén., Paris, 1849, p. 731.—Kiwisch, Klin. Vorträge Bd. I, p. 235.—Valleix Leçons cliniques sur les déviations uterines, recueillies et publiées par T. Galliard. Paris, 1854.—Depaul, Rapport à l'academie de médecine sur les deviations. Paris, 1854. Duncan, On the displacements of the uterus. Edinb., 1854.—Garin, de la retroversion de la matrice. Gaz. med. de Lyon, 1854, Août et sept.—Grenser, Vort. der Section f. Geburts. der 32 Vers. deutsch. Naturf. u. Aerzte. Wien. medic. Wochenschr, 1856, № 38 и 39.—И. Лазаревичъ, Coup. d'œil sur les changements de forme et de position de l'uterus. Paris, 1862.—Mattei, de la la retroversion de l'uterus etc. Paris, 1862.—Bernutz et Goupil, Clin. medic. sur les maladies de femmes. Paris, 1862, T. II, p. 459.—E. Martin, die Neigungen u. Beigungen der Gebärmutter. Berlin, 1872 (2 изд. 1874 г.).—B. Szultze, Arch. f. Gynaecol., Bd. IV, Sept. 3; еро же Arch. f. Gynaecol., Bd. VIII, Sept. 1, еро же лекція объ этомъ предметѣ въ Volkmann's vorträge, № 50.—Joseph, Berlin Beiträge z. Geb. u. Gyn., Bd. II, p. 107.—Онъ же, Ibid., Bd. V, p. 125.—Skene, Amer. Journ. of Obstetr., v. VII, p. 391.—Pansch, Reichert's Arch. f. Anat., 1874, 702. — Кистеръ, къ вопросу о нормальномъ положеніи небеременной матки и о патологическомъ значеніи версій ея. Помѣщено въ прибавл. къ Медиц. Отчету Родовспом. Завед. Московск. воспитат. дома, Москва, 1876, стр. 153.—Frankenhäuser, Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte, 1876, № 14.—O. Küstner, Untersuchungen ueber den Einfluss der Körper-Stellung auf die Lage der nicht graviden, besondes des puerperalen Uterus. Arch. f. Gynaecol., Bd. XV, H. 1.—Kocks, Norm. u. pathol. Lage der Beckenorgane, Bonn, 1880.—Hegar, u. Kaltenbach, Die operat. Gynaecol., 1881, p. 13.—Мы уже сказали выше, что большинство новѣйшихъ авторовъ не дѣлаетъ строгаго различія между наклоненіями и загибами матки, поэтому и литература этихъ обоихъ патологическихъ состояній смѣшана въ одно. Нѣкоторые не названные здѣсь диссертурные источники приведены будутъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ будемъ говорить о загибахъ матки.

Изъ того, что сказано выше, не трудно понять, что подъ именемъ наклоненій матки должно разумѣть измѣненіе нор-

мальныхъ отношеній длиника этого органа къ проводной линіи таза, или другими словами: отклоненіе маточнаго дна въ ту или другую сторону. Изъ приведеннаго въ первой части этого сочиненія (стр. 333 и сл.) подробнаго разбора анатомическихъ отношеній, характеризующихъ нормальное положеніе матки, видно, что органъ этотъ помѣщается такимъ образомъ въ тазу, что дно его имѣетъ извѣстную подвижность во всѣ стороны, — подвижность, обусловливаемую какъ связочнымъ аппаратомъ, такъ и сосѣдними органами (мочевымъ пузыремъ и прямой кишкой). Тамъ мы видѣли также, что, при извѣстныхъ условіяхъ со стороны сосѣднихъ органовъ, матка имѣетъ такое положеніе, что дно ея отклонено нѣсколько впередъ и вправо, а влагалищная часть обращена вслѣдствіе этого взадъ и влѣво. Всякое отклоненіе въ этомъ положеніи матки, а именно по отношенію ко дну ея—будетъ составлять поэтому нарушеніе нормы или то, что мы называемъ наклоненіемъ. Смотра потому — куда наклонено маточное дно, мы получимъ извѣстное наклоненіе матки, имѣющее опредѣленный, какъ анатомическій, такъ и клинической характеръ. Такимъ образомъ, если маточное дно отклонено впередъ, къ донному соединенію, то получается наклоненіе впередъ (*anterversio*); при обратныхъ отношеніяхъ, т. е. когда дно матки обращено взадъ, по направленію къ крестцовой впадинѣ, происходитъ наклоніе взадъ, (*retroversio*). При чрезмѣрномъ наклоненіи маточнаго дна въ ту или другую сторону получаютъ боковыя наклоненія матки (*lateroversiones*), которыхъ тоже будетъ два вида, наклоненіе вправо (*lateroversio dextra*) и влѣво (*lateroversio sinistra*). Эти боковыя наклоненія матки имѣютъ интересъ не только сами по себѣ, т. е. какъ самостоятельныя патологическія уклоненія въ положеніи матки, но еще также и потому, что они могутъ осложнять наклоненія матки впередъ и взадъ, вслѣдствіе чего получаютъ наклоненія матки, которыя мы называемъ сложными или многообразными. Такимъ образомъ изъ наклонія впередъ, осложненнаго кромѣ того наклоненіемъ дна матки вправо или влѣво, получатся два сложныхъ вида: *ante-lateroversio dextra et sinistra*; точно такимъ же образомъ при связанномъ осложненіи наклоненія взадъ получатся *retro-lateroversio dextra et sinistra*.

Само собою разумѣется, что такъ-какъ при наклоненіяхъ матки сущность патологическаго состоянія сводится на измѣненіе отношенія длиника матки къ проводной линіи таза, — то и степени разсматриваемаго патологическаго состоянія должны быть различны, т. е. смотря потому, въ какой мѣрѣ дно матки наклонено въ ту или другую сторону. Уже давно поэтому старались найти, такъ сказать, мѣрку, къ которой можно было бы приводить степени наклоненія маточнаго дна. Подобныя попытки имѣютъ интересъ не столько анатомическій, сколько чисто клинической и поэтому мы не можемъ не придавать имъ особен-

наго значенія, Сдѣланная въ послѣдніе годы попытка со стороны М. Sims'a раздѣлить наклоненія матки на степени сообразно величинѣ угла, образуемаго отклоненною осью матки къ проводной линіи таза и выражаемаго въ градусахъ, по нашему мнѣнію, едва ли пригодна для клиническихъ цѣлей, такъ-какъ этимъ путемъ трудно сразу передать то, что желаютъ высказать. Такъ, по сказанному автору*, если ось матки отклоняется отъ нормальнаго своего положенія на 25—30°, то это еще не образуетъ патологическаго состоянія (malposition), которое начинается только съ 40°. Во первыхъ, какъ назвать положеніе матки, если отклоненіе маточнаго дна занимаетъ, напр., средину между сказанными границами, т. е. образуетъ уголъ въ 35°. Спрашивается: будетъ ли это malposition въ смыслѣ Sims'a, или нѣтъ? Кромѣ того, держа этой классификаціи наклоненій матки, пришлось бы принять множество степеней ихъ, которыя собственно не имѣютъ никакого клиническаго значенія. Поэтому, оставляя въ полной силѣ дѣленіе на степени по величинѣ угла для загибовъ матки, имѣющее въ этомъ случаѣ, какъ увидимъ ниже, совершенно законное основаніе, — для наклоненій матки въ тѣсномъ смыслѣ мы дѣленіе это, на основаніи вышесказаннаго, считаемъ не совсѣмъ рациональнымъ. Да оно, кромѣ того, совершенно излишне, такъ-какъ для установки классификаціи наклоненій матки мы имѣемъ опредѣленныя точки въ тазу, весьма легко доступныя для изслѣдованія: точки эти — передняя стѣнка таза или лучше — задняя и поверхность лоннаго соединенія и промоторій; первая изъ этихъ точекъ, т. е. лонное соединеніе служитъ точкою отправленія для сужденія о наклоненіяхъ впередъ, а промоторій для наклоненія взадъ. Здѣсь мы прямо считаемъ нужнымъ указать на ошибку, постоянно повторяемую какъ въ жизни, такъ и въ литературѣ. Безпрестанно приходится слышать или читать, что, говоря о наклоненіи матки впередъ, толкуютъ о трехъ степеняхъ его, а именно первой, второй, и третьей. Мы ужъ видѣли выше, что дѣленіе на основаніи величины угла при наклоненіяхъ матки не выдерживаетъ строгой критики; прибавимъ здѣсь еще и то, что наклоненія матки могутъ образовывать постоянный, неизмѣнный уголъ, если дѣло идетъ о сращеніи маточнаго дна съ сосѣдними частями (органами). Такъ-какъ случаи эти исключительные, то о постоянномъ углу при наклоненіяхъ матки нельзя и говорить вовсе. Особенно указанное нами приложимо къ наклоненіямъ впередъ. Въ этомъ случаѣ можно говорить только объ одной степени: наклоненіемъ матки впередъ мы клинически имѣемъ право называть только такое измѣненіе въ маточномъ днѣ, когда оно касается задней поверхности лоннаго соединенія. Больше оно развиваться не можетъ, такъ-какъ этому препятствуетъ прямо передняя стѣнка таза. И такъ, больше степеней здѣсь быть не можетъ. Если же

* Gebärmutter-Chirurgie. 3. Aufl. 1873 p. 191 u. 209.

на это возражать, что можетъ быть меньшее наклоненіе, то на это можно отвѣтить, что подобное наклоненіе ни въ какомъ случаѣ не составляетъ патологическаго состоянія въ тѣсномъ смыслѣ. Въ подобныхъ случаяхъ, описывая измѣненія, находимыя въ маткѣ, мы прибавляемъ, что маточное дно слегка наклонено впередъ, желая этимъ выразить, что нормальное наклоненіе въ данномъ случаѣ выражено нѣсколько болѣе. Все вышесказанное еще легче будетъ понять, если вспомнимъ анатомическія отношенія *spat. vesico-uter.*, ни въ какомъ случаѣ недопускающія значительной проекціи для отклоненія матки впередъ. Мнѣ кажется, что многіе клиницисты, говоря о различныхъ степеняхъ наклоненія матки впередъ, введены въ эту ошибку степенью подвижности органа; но это совсѣмъ другое дѣло, какъ увидимъ ниже. Если, на основаніи вышесказаннаго, мы для наклоненій матки впередъ можемъ допустить только одну степень, то для наклоненій взадъ необходимо допустить нѣсколько степеней, причемъ исходною точкою этого дѣленія, какъ ужъ сказано, служить промоторій. Необходимость подобной классификаціи понятна безъ дальнихъ объясненій. Въ самомъ дѣлѣ, такъ-какъ при нормальныхъ условіяхъ маточное дно должно быть всегда наклонено нѣсколько впередъ, то ужъ и незначительное даже наклоненіе его взадъ непременно должно имѣть какое либо клиническое значеніе. Для клиническихъ цѣлей совершенно достаточно принимать три степени наклоненія матки взадъ: первая изъ нихъ будетъ та, когда дно матки не доходитъ до промоторія; вторая, — когда маточное дно лежитъ на промоторіи, и, наконецъ, третья, когда оно помѣщается ниже промоторія. По отношенію къ боковымъ наклоненіямъ матки нельзя установить такой классификаціи, какъ для наклоненій взадъ, такъ-какъ для этого не существуетъ никакого анатомическаго основанія. Въ этомъ случаѣ мы должны по неволѣ ограничиваться перифразами и говорить, что дно матки болѣе или менѣе близко подходитъ къ той или другой боковой стѣнкѣ таза.

Что касается анатомико-патологическихъ измѣненій, представляемыхъ наклоненіями матки, то они могутъ быть весьма различны и разнообразны; такъ, наклоненія не сами по себѣ представляютъ патологическое состояніе, а лишь послѣдствія тѣхъ или другихъ болѣзненныхъ измѣненій маточной ткани. Вычислить здѣсь все эти измѣненія, — значило бы коснуться большинства гинекологическихъ формъ, которыя мы ужъ отчасти рассмотрѣли въ предыдущихъ главахъ или же которыя будутъ рассмотрѣны ниже. Впрочемъ, сущность анатомическихъ измѣненій, встрѣчаемыхъ при наклоненіяхъ матки, видна будетъ достаточно изъ того, что сказано будетъ о способѣ происхожденія ихъ.

Уже съ тѣхъ поръ, какъ ближе познакомились съ клиническою стороною разсматриваемаго вопроса, невольно долженъ былъ возникнуть вопросъ о томъ, — какія обстоятельства заставляютъ матку

наклоняться въ ту или другую сторону? Выше мы видѣли, что, не смотря на довольно значительную подвижность, обладаемую маткой, она, тѣмъ не менѣе, по отношенію къ положенію своему въ тазу, имѣетъ нѣвѣстный анатомическій, опредѣленный характеръ. Тамъ мы также видѣли — какія обстоятельства обуславливаютъ это положеніе. Послѣ всего этого само собою понятно, что всякое наклоненіе матки должно произойти только и единственно вслѣдствіе нарушенія упомянутыхъ нормальныхъ условий, фиксирующихъ матку извѣстнымъ образомъ въ тазу. Всѣ прежніе споры о томъ — составляютъ ли наклоненія матки сами по себѣ болѣзненное состояніе или — лучше — самостоятельную гинекологическую форму, въ сущности теряютъ свое значеніе, если обратить вниманіе на тѣ условія, при которыхъ наклоненія происходятъ. Въ самомъ дѣлѣ, не только анатомическимъ, но и сколько нибудь тщательнымъ клиническимъ изслѣдованіемъ не трудно убѣдиться въ томъ, что коль скоро дѣло идетъ о томъ или другомъ видѣ наклоненія матки, то при этомъ произошли измѣненія или въ аппаратѣ, фиксирующемъ матку (связочный аппаратъ и отношенія къ сосѣднимъ органамъ) или же измѣненія эти касаются самихъ стѣнокъ матки. Въ этомъ то смыслъ всѣхъ наклоненій матки можно раздѣлить въ отношеніи патогеническомъ на двѣ категоріи: первичныя и вторичныя или послѣдовательныя. Къ первой будутъ относиться тѣ наклоненія матки, которыя обуславливаются извѣстными анатомическими измѣненіями въ связочномъ аппаратѣ, а ко вторымъ тѣ изъ нихъ, которыя зависятъ отъ односторонняго увеличенія тяжести органа, которое, въ свою очередь, можетъ обуславливаться цѣлымъ рядомъ анатомическихъ измѣненій, какъ-то: воспаленіемъ, новообразованіями и пр. Изъ сказаннаго не трудно понять, что внѣ сказанныхъ обстоятельствъ о самостоятельномъ патологическомъ значеніи наклоненій почти не можетъ быть и рѣчи. Данная женщина больна не потому, что мы у нея констатируемъ то или другое наклоненіе матки, — а единственно только оттого, что у этого субъекта существовалъ или продолжаетъ существовать извѣстный процессъ, заставившій матку принять то или другое неправильное положеніе. Это послѣднее составляетъ послѣдствіе, но ничуть не причину. Чтобы яснѣе еще выразить нашу взгляды на разбираемый вопросъ, мы могли бы установить слѣдующій силлогизмъ: нормальная матка не имѣетъ никакой возможности наклониться въ ту или другую сторону на столько, чтобы это составляло болѣзненное состояніе *. Если наклоненіе произошло,

* Какъ въ теоретическихъ, такъ и клиническихъ лекціяхъ нашихъ мы постоянно указываемъ на то, что только тѣ виды наклоненій матки составляютъ клиническую форму въ тѣсномъ смыслѣ, которыя сохраняютъ извѣстное постоянство, т. е., которыя не исправляются сами собою съ измѣненіемъ состоянія окружающихъ органовъ, а именно мочевого пузыря и прямой кишки. Д-ръ Кистеръ въ вышеприведенной статьѣ своей, нѣмцовой предметомъ сущность наклоненій матки, высказывается тоже въ такомъ смыслѣ. Къ результату этому онъ при-

нужно, чтобы нормальныя отношенія были предварительно нарушены. Если мы выше назвали одну категорію наклоненій матки первичною, то единственно только потому, что мы не нашли болѣе подходящаго выраженія. Въ сущности же всякое наклоненіе матки должно быть послѣдовательное.

Разсмотримъ теперь установленныя нами двѣ категоріи наклоненій матки.

а) Къ первичнымъ наклоненіямъ будутъ относиться, какъ ужъ сказано, тѣ, которыя обуславливаются извѣстными патологическими измѣненіями въ связочномъ аппаратѣ и притомъ въ извѣстныхъ отдѣлахъ его. Такимъ образомъ, наклоненіе впередъ можетъ быть обусловлено укороченіемъ двухъ группъ связокъ, а именно круглыхъ (*ligg. rotunda*) и маточно-крестцовыхъ (*lig. utero-sacralia*). Механизмъ происхожденія въ этомъ случаѣ наклоненія впередъ понятенъ безъ дальнихъ объясненій: укороченіе круглыхъ связокъ будетъ имѣть эффектомъ притяженіе маточнаго дна къ лонному соединенію; то же самое должно произойти и при укороченіи маточно-крестцовыхъ связокъ, которое повлечетъ за собою напряженіе взадъ маточной шейки, а, слѣдовательно, наклоненіе впередъ дна матки. Такой же самый эффектъ, только въ обратномъ смыслѣ, должно имѣть укороченіе связокъ, служащихъ антагонистами для *lig. uterosacr.*, а именно — маточно-пузырныхъ связокъ (*ligg. vesico-uterina*), т. е. въ этомъ случаѣ мы получимъ наклоненіе маточнаго дна взадъ. Объяснивъ механизмъ, при помощи котораго происходятъ первичныя наклоненія матки, мы этимъ однако далеко еще не объяснили того, — что собственно производитъ укороченіе тѣхъ или другихъ частей связочнаго аппарата. Разъясненіе этого вопроса довольно затруднительно, такъ-какъ на него можно было-бы отвѣтить только на основаніи цѣлага ряда анатомическихъ изслѣдованій. Вообще же можно принять, что въ происхожденіи первичныхъ наклоненій матки самую существенную роль играютъ аномаліи въ первоначальномъ развитіи матки, берущія начало свое во время внутриутробной жизни и имѣющія послѣдствіемъ своимъ укороченіе той или другой части связочнаго аппарата, можетъ быть, вслѣдствіе частичныхъ воспаленій брюшины. Въ справедливости этого нерѣдко можно убѣдиться клинически, изслѣдуя дѣвственницъ или же женщинъ, недавно выпеднившихъ замужъ, и у которыхъ можно констатировать рѣзко выступающія наклоненія матки впередъ, причемъ самъ органъ не представ-

шелъ путемъ цѣлага ряда въ высшей степени тщательныхъ клиническихъ наблюденій. Поэтому-то онъ нѣкоторыя наклоненія называетъ нормальными. Мы кажется, что было бы лучше назвать ихъ наклоненіями не имѣющими патологическаго характера. Взглядъ свой на сущность наклоненія д-ръ К. резюмируетъ очень ясно въ слѣдующихъ словахъ:... «недостаточно опредѣлить версію матки, чтобы заключить о патологическомъ состояніи ея. При опредѣленіи патологическаго значенія каждаго встрѣчающагося случая надо доказать, что данная версія есть явленіе постоянное».

лаетъ достаточныхъ измѣненій, на основаніи которыхъ можно было бы объяснить развитіе рассматриваемаго нами смѣщенія. Это можно констатировать только въ извѣстный періодъ страданія, такъ-какъ, по прошествіи нѣкотораго времени, въ каждомъ подобномъ случаѣ непременно разовьются опредѣленные измѣненія въ стѣнкахъ матки, но послѣдовательнымъ образомъ, единственно вслѣдствіе измѣненія въ положеніи органа. Въ этомъ-то смыслѣ первичныя склоненія матки имѣютъ несомнѣнное значеніе, такъ-какъ они, разстраивая циркуляцію, черезъ извѣстное время, вызываютъ патологическія измѣненія въ стѣнкахъ органа и притомъ такого свойства, которыя сами собою могутъ вызвать то или другое склоненіе матки. Поэтому-то, по прошествіи извѣстнаго времени, въ данномъ случаѣ можетъ быть иногда весьма трудно рѣшить: что составляетъ первоначальное страданіе, т. е. есть ли данное склоненіе матки первичное, или же вторичное, послѣдовательное. Къ числу причинъ, обуславливающихъ склоненіе матки, нѣкоторые вмѣстѣ съ Kiwisch'омъ относятъ извѣстныя аномаліи въ склоненіи таза и такимъ образомъ допускаютъ, что чрезмѣрное склоненіе таза вызываетъ *anteversionem*, а слабѣе склоненіе, наоборотъ, *retroversionem*. Мы, съ своей стороны, ничего не можемъ сказать на счетъ значенія этого этиологическаго момента, такъ-какъ, имѣя дѣло съ тѣмъ или другимъ видомъ склоненія матки, мы всегда находимъ достаточно другихъ причинъ, которыми можно было объяснить происхожденіе смѣщенія матки. При этомъ однако не можемъ не замѣтить, что, принимая въ соображеніе новѣйшія изслѣдованія относительно склоненія таза (H. Mayer), а именно, что оно ничуть не постоянно у одного и того же субъекта, — то едва-ли можно допустить, чтобы столь измѣнчивый факторъ, какъ степень склоненія таза, могъ оказывать какое-либо существенное вліяніе на развитіе того или другаго смѣщенія матки и притомъ стационарное.

Къ числу первичныхъ склоненій матки мы должны также отнести цѣлый рядъ тѣхъ случаевъ, въ которыхъ констатируется болѣе или менѣе значительное уменьшеніе матки въ объемѣ. Въ самомъ дѣлѣ, стоитъ только изслѣдовать нѣсколько субъектовъ, страдающихъ атрофіей матки самостоятельно или послѣдовательно (напр. послѣ нѣкоторыхъ острыхъ процессовъ) или же при старческомъ обратномъ развитіи половой сферы (*atrophia senilis*), чтобы убѣдиться въ томъ, что у субъектовъ этихъ матка никогда почти не имѣетъ нормальнаго положенія: уменьшенная въ объемѣ матка обыкновенно наклоняется дномъ своимъ въ ту или другую сторону. Такъ-какъ здѣсь причину неправильнаго положенія нельзя искать въ избыткѣ вѣса органа, то по необходимости и должно искать ее въ измѣненіяхъ связочнаго аппарата. Въ виду того, что въ этихъ случаяхъ чаще всего наблюдается склоненіе впередъ, то должно допустить, что вслѣдствіе атрофіи происходитъ

послѣдовательное укороченіе или съезживаніе круглыхъ связокъ, оттягивающихъ маточное дно впередъ, т. е. къ симфизѣ. На эту сторону патогенія наклоненій матки, сколько мнѣ извѣстно, никто не обратилъ надлежащаго вниманія, а между тѣмъ, помимо другихъ обстоятельствъ, она заслуживаетъ вниманія ужь по одному тому, что ею, на основаніи положительной аналогіи, можно воспользоваться для объясненія происхожденія первичныхъ наклоненій матки вообще.

Патогенія вторичныхъ или послѣдовательныхъ наклоненій матки объясняется гораздо легче, чѣмъ способъ происхожденія первичныхъ наклоненій, такъ-какъ въ первомъ случаѣ болѣею частью не трудно бываетъ отыскать причину, вызвавшую то или другое наклоненіе матки. Вообще можно принять за общее правило, что большинство моментовъ, обуславливающихъ вторичныя наклоненія матки, сводятся къ тому, что при этомъ въ большей или меньшей степени бываетъ увеличена тяжесть органа. Отправляясь съ этой точки зрѣнія, не трудно понять, что существенную роль въ этомъ случаѣ должны играть всевозможные виды воспаленія паренхимы матки и притомъ хроническаго. Мы выше ужь видѣли, что при такъ-называемомъ *metrit. chron.* процессъ распространяется неравномерно по всему органу, а поражаетъ преимущественно нѣкоторыя части его. Такимъ образомъ, если мы имѣемъ дѣло съ протекающимъ или протекшимъ уже хроническимъ воспаленіемъ маточной ткани и притомъ процессъ, какъ всего чаще и бываетъ, локализовался по преимуществу въ задней стѣнкѣ маточнаго дна, то, по прошествіи извѣстнаго времени, это послѣднее непременно наклонится въ одноименную сторону, т. е. вадъ и произойдетъ *retroversio*. Здѣсь можно было бы спросить: не играетъ ли кромѣ того въ этихъ случаяхъ какую-нибудь роль та или другая часть связочнаго аппарата? Безъ сомнѣнія, но только послѣдовательную, такъ-какъ для того, чтобы произошли извѣстныя измѣненія въ той или другой части связочнаго аппарата, требуется столько времени, что наклоненіе матки, вызванное увеличеніемъ тяжести органа, уже давно произошло. Точно такую же роль, какъ и воспалительныя формы, на происхожденіе наклоненія матки играютъ и различныя новообразованія, развивающіяся въ стѣнкахъ матки; въ числѣ ихъ мы въ особенности должны указать на интерстиціальныя фибро-миомы. Очевидно, что во всѣхъ этихъ случаяхъ то или другое наклоненіе матки не имѣетъ въ сущности никакого значенія, такъ-какъ оно является прямымъ послѣдствіемъ механическихъ условій. Къ числу причинъ, обуславливающихъ вторичнымъ образомъ наклоненія матки, должно отнести также воспалительныя продукты, кровоизліянія и новообразованія вокругъ матки и въ со-сѣднихъ органахъ. Въ числѣ первыхъ особенную роль играетъ воспаленіе серознаго покрова матки—*периметритъ*. Если маточное дно соединено перемычкой эксудата, развившагося

въ дуэласовомъ пространствѣ, то, очевидно, что, по мѣрѣ съезживанія этой перемычки, дно матки все болѣе и болѣе будетъ наклоняться взадъ. Оттого мы въ самомъ дѣлѣ встрѣчаемъ такъ часто наклоненіе взадъ, какъ результатъ протекшаго периметрита. Точно также мы будемъ имѣть дѣло съ наклоненіемъ взадъ при образованіи значительныхъ эксудатовъ между пузыремъ и маткою (*spat. vesico-uter.*), что однако встрѣчается несравненно рѣже. Такъ-какъ кровоизліянія въ громадномъ большинствѣ случаевъ происходятъ позади матки (*haematocoele*), то при этомъ обыкновенно получается наклоненіе матки впередъ. Изъ новообразованій въ соседнихъ органахъ, по отношенію къ наклоненіямъ матки, особеннаго вниманія заслуживаютъ кисты яичниковъ. Чаще всего при сколько-нибудь значительныхъ опухляхъ яичника мы находимъ матку болѣе или менѣе наклоненною взадъ, вследствие того, что новообразование, развиваясь съ боку и постепенно занимаемая тазъ, отдавливаетъ маточное дно въ крестцовую впадину. Что касается вторичныхъ наклоненій матки, развивающихся вследствие воспалительныхъ спаекъ маточнаго дна съ окружающими частями (наклоненія матки со сращеніемъ дна), то они встрѣчаются далеко не столь часто, какъ утверждали прежде. Что собственно въ этихъ случаяхъ первоначальное и что послѣдовательное, т. е. что развивается прежде—наклоненіе ли, или сращеніе,—сказать не легко. На основаніи нѣкоторыхъ клиническихъ наблюденій я скорѣе склоненъ допустить, что сокращеніе дна съ окружающими частями составляетъ послѣдовательное явленіе.

Намъ остается сказать еще нѣсколько словъ относительно боковыхъ наклоненій (*latero-versions, inclinationes uteri later.*). Выше мы ужъ видѣли, что боковыя наклоненія матки нерѣдко сопровождаютъ наклоненія ея впередъ и взадъ производя такимъ образомъ наклоненія, которыя мы назвали сложными. Кромѣ этого, боковыя наклоненія матки встрѣчаются также и самостоятельно, причемъ маточное дно наклоняется то вправо (*latero-versio dextra*), то влево (*laterov. sin.*), а влагалищная часть отходитъ въ противоположную сторону. Чаще всего замѣчается боковое наклоненіе вправо. Вообще должно сказать, что чистыя, самостоятельныя наклоненія въ ту или другую сторону, встрѣчаются несравненно рѣже другихъ видовъ. Если они врожденные, то они обыкновенно обуславливаются врожденнымъ укороченіемъ одной изъ широкихъ связокъ или же внутриутробнымъ воспаленіемъ ея. Приобрѣтенныя боковыя наклоненія развиваются вследствие тѣхъ же причинъ, которыя изложены были выше, т. е. новообразованій и различныхъ видовъ воспаления. Въ ряду этихъ послѣднихъ особенную роль играетъ параметритъ. При свѣжемъ параметритѣ обыкновенно бываетъ такъ, что маточное дно отклоняется въ сторону противоположную той, въ которой развилась параметритическая опухоль; если же эксудатъ не совсѣмъ всосался и произошло съезживаніе его въ извѣстной степени, то онъ оттягиваетъ маточное дно въ свою сторону. Клинически не безинтересно имѣть въ виду

то, что при боковыхъ наклоненіяхъ матки не только дно ея отклонено въ сторону, но и вся передняя поверхность ея поворачивается иногда въ сторону, куда отклонено дно, т. е. матка поворачивается какъ бы въ *trois quart*.

Говоря о боковыхъ наклоненіяхъ матки, не можемъ не упомянуть объ одномъ измѣненіи въ положеніи, о которомъ въ новѣйшихъ учебникахъ почти вовсе не упоминается и которое старинные писатели постоянно смѣшивали съ другимъ смѣщеніемъ матки, неизмѣющимъ съ нимъ ничего общаго. Дѣло въ томъ, что не одно только дно матки наклонено въ ту или другую сторону, но весь органъ смѣщенъ такимъ образомъ, что дѣликомъ, т. е. во всѣхъ частяхъ своихъ отклоняется отъ срединной линіи таза въ ту или другую сторону. Этотъ видъ неправильнаго положенія матки можно весьма хорошо назвать *въ срединнымъ положеніемъ ея: situs extramedianus* (Klob). Tiedemanн, превосходно изучившій эту аномалію, опредѣляетъ ее такимъ образомъ, что при этомъ матка смѣщена въ ту или другую сторону, но длинникъ ея остается параллельнымъ проводной линіи таза и зѣвъ лежитъ вертикально подъ маточнымъ дномъ. Анатомически разсматриваемая нами аномалія характеризуется тѣмъ, что матка при этомъ сохраняетъ свое нормальное очертаніе, измѣнены же только нѣкоторыя части связочнаго аппарата, а именно: круглыя связки бываютъ неодинаковой длины, а одна изъ широкихъ связокъ абсолютно короче другой. Со стороны рукава при этомъ замѣчается то, что онъ представляется, по отношенію къ своду, состоящимъ какъ бы изъ двухъ неравномѣрныхъ половинъ, т. е. та часть свода, которая соответствуетъ половинѣ таза, куда смѣщена матка, несравненно меньше противоположной половины. Вслѣдствіе этого Mickschick и предполагалъ, что *situs uteri extramedian*. обуславливается неравномѣрнымъ развитіемъ рукава. По Velpeau, чаще наблюдается *въ срединное положеніе правое, чѣмъ лѣвое*. Обстоятельство это вѣроятно находится въ связи съ положеніемъ прямой кишки въ тазу*. Изъ только что сказаннаго не трудно понять, что *въ срединное положеніе матки* должно составлять врожденную аномалію. Дѣйствительно это бываетъ въ большинствѣ случаевъ. Такъ, мы наблюдали его при экзвивитныхъ формахъ атрофіи матки, которую по многимъ признакамъ нельзя было не считать за врожденную по преимуществу. Тѣмъ не менѣе однако мы наблюдали нѣсколько разъ эту аномалію въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ нельзя было допустить врожденнаго недостатка въ той или другой части связочнаго аппарата, именно у женщинъ рожавшихъ и страдавшихъ въ родильномъ состояніи рецидивирующимъ параметритомъ той или другой стороны. Здѣсь патогенію этого смѣщенія можно объяснить такимъ обра-

* Относящуюся сюда литературу см. у Tiedeman'a: Von den Duverneyschen Drüsen und der schiefen Gestaltug und Lage des uterus. Heidelb., 1840. — Meissner, Frauenzimmerkrankh., Bd. I, — Velpeau, gaz. des hôp., 1845 № 2. — Kiwisch, Klin. Vorträge, II Abschn., p. 94. — Klob., op. cit. p. 40.

зомъ, что воспалительная спайка одной стороны матки со стѣнкою таза произошла какъ разъ въ срединѣ бока матки; при съезжаніи эксудата, очевидно, матка должна быть отягнута въ ту или другую половину таза. Мы постоянно указываемъ въ клиникѣ на эту форму смѣщенія матки воспалительнаго происхожденія, характеризующуюся очень рѣзко постояннымъ и потому патогномическимъ признакомъ, а именно: болью въ сторонѣ, противоположной той, куда смѣщена матка и обуславливающуюся, очевидно, напряженіемъ широкой связки здоровой стороны.

Разсматривая способъ происхожденія наклоненій матки, мы до сихъ поръ имѣли въ виду только самъ наклоняющійся органъ и воспалительныя формы и новообразованія со стороны сосѣднихъ органовъ. Въ патогеніи разсматриваемыхъ измѣненій въ положеніи матки несомнѣнное значеніе, однако, имѣютъ еще нѣкоторые другіе факторы, а именно: степень переполненія пузыря и прямой кишки, а также дѣйствіе брюшнаго пресса (измѣненія внутрибрюшнаго давленія) и извѣстныя патологическія состоянія со стороны рукава. Товоря о нормальномъ положеніи матки, мы уже указали на значеніе въ этомъ отношеніи пузыря и прямой кишки. Въ самомъ дѣлѣ, когда мочевой пузырь пустъ, то матка плотно придежитъ къ задней стѣнкѣ его, по мѣрѣ же наполненія его матки постепенно отклоняется взадъ. Тоже самое, только въ обратномъ смыслѣ, относится и къ прямой кишкѣ: по мѣрѣ наполненія этой послѣдней матка отклоняется впередъ и вправо. Допустимъ теперь, что, вслѣдствіе какой-либо причины, переполненіе пузыря или прямой кишки происходитъ часто и притомъ довольно продолжительно, то, если вышеупомянутыя условія со стороны связочнаго аппарата или же паренхимы матки даны, то наклоненіе въ ту или другую сторону произойдетъ тѣмъ легче, чѣмъ болѣе выражено расстройство пузыря или же прямой кишки. Не можемъ не замѣтить здѣсь, что наклоненіе матки, развившись разъ, само по себѣ уже, какъ увидимъ ниже, расстраиваетъ отправление пузыря и прямой кишки и такимъ образомъ поддерживаетъ дѣйствіе разсматриваемаго этиологическаго момента.

Относительно чрезмѣрнаго дѣйствія брюшнаго пресса не трудно понять—какимъ образомъ онъ можетъ вредно дѣйствовать на положеніе матки, особенно когда со стороны ея даны условія для смѣщенія въ ту или другую сторону. Такъ, имѣя дѣло напр. съ инфарктированной задней стѣнкою маточнаго дна, брюшному прессу стоитъ только подѣйствовать сколько-нибудь энергически и повторно для того, чтобы произошло наклоненіе взадъ. Ниже мы увидимъ, что только такимъ образомъ можно себѣ объяснить внезапное происхожденіе наклоненій матки, представляющихъ иногда очень угрожающую клиническую картину.

Что рукавъ имѣетъ очень важное значеніе по отношенію къ фиксаціи матки, мы видѣли уже выше (см. стр. 336). Если нормальныя анатомическія отношенія рукава, а именно въ сводѣ его, нарушены, то матка лишается одной изъ главныхъ своихъ опоръ

и смѣщенія ея, при сколько нибудь благоприятныхъ условіяхъ, становятся легко возможными. Всѣ обстоятельства поэтому, ведущія къ ослабленію тонуса рукавныхъ стѣнокъ и нарушающія извѣстную степень напряженія фибрознаго скелета ихъ (Рокитанскій), должны быть разсматриваемы какъ причины, предрасполагающія къ наклоненіямъ матки. По отношенію къ разсматриваемому нами вопросу въ высшей степени интересны изслѣдованія Hildebrandt'a * относительно значенія въ этомъ случаѣ m. levat. ani. По Н., обѣ ножки этого мускула служатъ какъ бы подпорками (контрфорсами) для рукава; если ножки эти расслаблены (чрезмѣрнымъ растяженіемъ sub partu) или же надорваны, то вслѣдствіе этого теряется фиксирующее значеніе рукава относительно матки. Обстоятельство это имѣетъ очень важное значеніе при разрывахъ промежности.

Познакомившись со способомъ происхожденія (патогеніей) наклоненій матки, мы этимъ отчасти уже познакомились и съ нѣкоторыми относящимися сюда этиологическими моментами. Намъ остается поэтому рассмотреть только нѣкоторые изъ нихъ въ частности. Прежде всего всякаго гинеколога интересуетъ вопросъ: какъ часто встрѣчаются наклоненія матки вообще? По отношенію къ этому вопросу существуютъ самыя разногласящіяся мнѣнія въ литературѣ. Такъ напр. Logouх, а за нимъ Klov увѣряютъ, что наклоненія матки взадъ встрѣчаются чаще наклоненій матки впередъ, между тѣмъ, какъ M-me Boivin и Dugès, Valleix и др. увѣряютъ, противное. Разногласія эти, однако, рѣшаются очень просто, если хотъ сколько нибудь категоризировать статистическій матеріаль, а именно: должно строго различать въ этомъ отношеніи женщинъ рожавшихъ отъ тѣхъ, которыя не рожали. Въ особенности это должно имѣть въ виду, когда толкуютъ объ отношеніи извѣстнаго вида наклоненія къ другимъ. Въ доступной намъ гинекологической литературѣ мы не находимъ ни одной сколько-нибудь обширной статистики, которая выяснила бы отношенія наклоненій матки вообще къ другимъ гинекологическимъ формамъ. Поэтому мы позволяемъ себѣ привести здѣсь нашъ собственный матеріаль и затѣмъ сравнимъ его съ выводами другихъ авторовъ. При этомъ согласно вышесказанному (см. стр. 448) мы подраздѣляемъ его на три категоріи:

	Общее число болън.	Накл. мат.
Амбул. болън. Крестов. Общ.	2,114	107
Амбул. и гинек. Отд. М. Р. Д.	2,479	163
Больныя прин. на дому	570	38
	<u>5163</u>	<u>308</u>

Такимъ образомъ на 5.163 гинекологическихъ больныхъ приходится 308 наклоненій матки, что составляетъ 5,9%. Этотъ выводъ, повидимому, сильно расходится съ тѣмъ, что обыкновенно

* Monatschr. f. geburtsk., Bd. XXIX, p. 300.

утверждается большинствомъ авторовъ (Velpeau и др.), по которымъ измѣненія въ положеніи матки составляютъ одну изъ самыхъ частыхъ гинекологическихъ формъ. Но и это разногласіе не трудно объяснить тѣмъ, что, какъ мы ужъ видѣли выше, на сущность наклоеній матки смотрять столь различно. Если считать всѣ наклоенія матки, которыя встрѣчаются клинически, то, безъ сомнѣнія, ихъ можно насчитать несравненно больше, чѣмъ приведено нами выше; если же, наоборотъ, принимать наклоенія матки только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ они дѣйствительно вызываютъ тѣ или другія клиническія явленія, то мы увѣрены въ томъ, что приведенныя нами цифры весьма близки къ истинѣ. Съ другой же стороны, стоитъ только сдѣлать маленькую натяжку, чтобы находить очень много наклоеній матки. Такъ, напр. Goupril * на 229 больныхъ нашелъ пятьдесятъ одно наклоненіе впередъ. Далѣе всѣхъ въ этомъ отношеніи зашелъ, кажется, Velpeau... «Мы утверждаемъ», говоритъ онъ, «что изъ двадцати больныхъ, страдающихъ маткою, напр. завалами (engorgement), у 18 можно найти смѣщенія этого органа **». Тоже нельзя не считать преувеличенными статистическія данныя, приводимыя Vallemъ ***; это тѣмъ болѣе непонятно, что данныя эти добыты путемъ вскрытій, причеиъ, казалось бы, не должно и не можетъ быть ошибки въ распознаваніи. На 100 вскрытій женщинъ, умершихъ отъ различныхъ страданій, Vall нашелъ, что матка имѣла правильное положеніе 71 разъ

наклоненіе впередъ	15 »
» взадъ	2 »
» вправо	9 »
» влѣво	5 »

Кромѣ того найдено имъ 5 загибовъ впередъ, 1 взадъ и 1 въ бокъ. Такимъ образомъ на 100 случаевъ общихъ заболѣваній Vall нашелъ 32 наклоненія матки, т. е. болѣе, чѣмъ въ 30% (!).

Что касается того—какія наклоненія матки встрѣчаются чаще другихъ, то и на этотъ счетъ мнѣнія авторовъ расходятся между собою весьма сильно. Такъ, въ только что приведенной статистикѣ на 32 наклоненія матки на долю наклоненій впередъ приходится почти половина, т. е. 15 и наклоненій въ бокъ почти столько же, т. е. 14 (!). Nonat **** на 339 смѣщеній матки (въ это число входятъ, впрочемъ, и загибы) констатировалъ 202 наклоненія матки, изъ которыхъ было 135 наклоненій впередъ и 67 наклоненій взадъ. Meadows ***** на 84 смѣщеній матки (включая сюда и загибы) нашелъ 12 наклоненій впередъ и 20 взадъ. Что касается нашего собственнаго матеріала, то выше при-

* Op. cit., p. 478.
 ** Lecons sur les maladies des femmes, rédigées par Pajot. Gaz. des hôp., 1848, № 14.
 *** У Becquerel'a: Maladies de l'uterus.
 **** Mal. de l'uter. p. 416.
 ***** См. у Gaill, Thomas'a, Practic. Treatise of Diseases of women., p. 351.

веденныя 308 наклоненій матки по видамъ распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

Наклоненій впередь	155
» взадъ	130
» боковыхъ	23
всего	308

Въ числѣ этиологическихъ моментовъ, по отношенію къ наклоненіямъ матки, очень важную роль играетъ родильный періодъ. Мало того, даже замущество (половая дѣятельность) имѣетъ очевидное этиологическое значеніе на происхожденіе наклоненій матки. Изъ нашихъ 308 случаевъ наклоненія найдены у 260 замужнихъ. Изъ 84 случаевъ, приводимыхъ Meadows'омъ *, замужнихъ было 70, а незамужнихъ только 14. По отношенію къ родильному періоду числовыя данныя даютъ еще болѣе рѣзкіе результаты. На 308 нашихъ случаевъ родившихъ по одному и нѣсколько разъ было 212, а не рожавшихъ 96, слѣдовательно, почти $\frac{2}{3}$ всего числа наклоненій приходится на число рожавшихъ. Число родовъ на сказанное число больныхъ распредѣлялось слѣдующимъ образомъ:

Рожали 1 разъ	24
» 2 раза	10
» 3 »	18
» 4 »	27
» 5 разъ	23
» 6 »	39
» 7 »	26
» 8 »	23
» 9 »	8
» 10 »	12
» 11 »	2
всего	212

Изъ этой таблицы видно, что хотя максимум наклоненій и не соответствуетъ въ опредѣленной прогрессіи наибольшему числу родовъ, тѣмъ не менѣе наибольшее число наклоненій 39 и 26 приходится на тѣхъ больныхъ, которые рожали по 6 и 8 разъ. Среднимъ же числомъ на каждую изъ нашихъ больныхъ приходится по 3,21 родовъ. На каждую изъ больныхъ страдавшихъ смѣщеніями матки, по статистикѣ Meadows'a, приходится по $4\frac{1}{4}$ родовъ.

Родильное состояніе включаетъ въ себѣ столько задатковъ для происхожденія наклоненій матки, что стоитъ только внимательно прослѣдить хоть только нѣсколько десятковъ женщинъ въ первый мѣсяцъ послѣ родовъ, чтобы убѣдиться въ томъ, какъ часто

* Ibid., p. 328.

встрѣчаются въ это время наклоненія матки. По опорожненіи беременной матки, особенно часто встрѣчаются наклоненія ея впередъ, что обуславливается главнымъ образомъ неравнобѣрнымъ распредѣленіемъ процесса обратнаго развитія матки, такъ-какъ онъ совершается быстрѣе внизу, чѣмъ въ верхней части органа. Если къ этому прибавимъ сокращеніе мышечныхъ элементовъ круглыхъ и широкихъ связокъ, а также давленіе брюшныхъ мышцъ на заднюю стѣнку маточнаго дна,—то получимъ такимъ образомъ цѣлый рядъ причинъ, способствующихъ развитію наклоненій матки впередъ. При обратныхъ условіяхъ мы получаемъ наклоненія взадъ, но такъ-какъ эти условія наблюдаются гораздо рѣже, то и число пуэрперальныхъ наклоненій взадъ гораздо меньше, чѣмъ наклоненій впередъ. Если послѣ срочныхъ родовъ наклоненія матки, по преимуществу впередъ, встрѣчаются весьма часто, то въ особенности это должно сказать на счетъ выкидышей, послѣ которыхъ, какъ извѣстно, инволюція матки совершается несравненно хуже. Такъ, Meadows на 55 больныхъ, страдавшихъ смѣщеніями матки и бывшихъ беременными, насчитываетъ 27 такихъ, которыя выкинули, въ сложности 63 раза, т. е. на каждую больную приходится по 2 $\frac{1}{2}$ выкидыша. Вообще я долженъ сказать, что разстройство обратнаго развитія пуэрперальной матки имѣетъ такое несомнѣнное значеніе въ этиологіи наклоненій этого органа, что оно не можетъ не бросаться въ глаза. Уже въ 1869 году я сообщилъ результаты моихъ клиническихъ наблюденій по этому поводу * и съ каждымъ днемъ все болѣе и болѣе убѣждаюсь въ справедливости ихъ. Они весьма близко подходятъ къ результатамъ Winckel'я **, а если между ними и выводами Schröder'a ***, Биддера **** и другихъ замѣчается извѣстная разница, то это главнымъ образомъ объясняется тѣмъ, что мои наблюденія обнимаютъ болѣе поздніе періоды родильнаго состоянія. Сколько мнѣ извѣстно, одинъ Martin ***** возстаетъ противъ этого факта и увѣряетъ, что наклоненія матки въ родильномъ періодѣ далеко не столь часты, какъ утверждаютъ другіе. Онъ оговаривается въ такомъ смыслѣ, что наклоненія и загибы матки принимаютъ тамъ, гдѣ существуетъ только простое недостаточное обратное развитіе обѣихъ стѣнокъ матки, какъ передней, такъ и задней. Несостоятельность возраженій Martin'a доказывается, по нашему мнѣнію, лучше всего тѣмъ, что онъ на 3620 родильницъ въ госпиталѣ наблюдалъ всего 26 (!) наклоненій (и загибовъ) матки. Это можно объ-

* О положеніи и очертаніи матки въ родильномъ періодѣ. Медицин. Вѣств. 1869, стр. 189.

** Pathologie u. Ther. des Wochenbettes. p. 91.

*** Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Berlin, 1867, p. 189.

**** St.-Petersb. Medic. Zeitung. Bd. XVII. См. также Медиц. Отчетъ Родовсп. Заведенія, состав. Биддеромъ и Стутгинимъ. СПб., 1872, стр. 154.

***** Die Neigungen und Beigungen der Gebärmutter. Berlin, 1870, 2-te Aufl.,

снить просто тѣмъ, что большинство родильницъ не было изслѣдуемо, или—другими словами—изслѣдованію подвергались только больныя родильницы. Мы не можемъ не замѣтить здѣсь кстати, что уже давно акушеры указывали на важность этиологическаго значенія родильнаго періода на происхожденіе наклоненій матки. Такъ напр. M-me Voivin * указываетъ на возможность развитія того или другаго наклоненія матки еще до изверженія послѣда. Мнѣніе это совершенно вѣрно, такъ-какъ намъ нерѣдко приходится убѣждаться въ томъ, что задержаніе послѣда зависитъ именно отъ этой причины. Chamber ** приводитъ цѣлый рядъ наблюденій по отношенію къ наклоненіямъ матки, говоря о послѣродовомъ воспаленіи ея.

Въ заключеніе этиологіи наклоненій матки намъ остается еще упомянуть о причинахъ чисто травматическаго характера. Нужно удивляться, что, не смотря на то, что о наклоненіяхъ писали столько, тѣмъ не менѣе о значеніи травматизма въ этомъ случаѣ говорятъ очень мало, или же только вскользь. Такъ, вопросъ этотъ едва затронуть въ руководствѣ Napat и въ недавно вышедшемъ сочиненіи Desarguay и Saint-Vel's *** Приведенные авторы упоминаютъ, между прочимъ, въ числѣ относящихся сюда этиологическихъ моментовъ, о нѣкоторыхъ хирургическихъ операціяхъ, совершаемыхъ надъ маткой (извлеченіе фиброзныхъ полиповъ (?)) и настаиваютъ особенно на коитѣ. На счетъ этихъ причинъ мы ничего не можемъ сказать, такъ-какъ ни разу не наблюдали ихъ. Одно намъ кажется непонятнымъ: какимъ образомъ удаленіе фиброзаго полипа, напр., можетъ обусловить то или другое наклоненіе матки? Нѣтъ сомнѣнія, что оно можетъ быть наблюдаемо по удаленіи фиброзаго полипа, но ничуть не въ силу этого обстоятельства, а просто потому, что увеличенная въ объемъ матка можетъ наклониться въ ту или другую сторону. Иное совсѣмъ дѣло прямой, непосредственный травматизмъ, какъ-то: подыманіе тяжестей, паденіе съ извѣстной высоты и притомъ на крестцовую сторону. Мы наблюдали нѣсколько экзквизитныхъ случаевъ наклоненія матки взадъ, несомнѣнно зависѣвшихъ отъ подобныхъ причинъ. Въ случаяхъ этихъ дѣло шло о женщинахъ, преданныхъ тяжелому физическому труду (поденщицы, прачки) и у которыхъ вся клиническая картина и анамнезъ не оставляли никакого сомнѣнія въ томъ, что травматизмъ игралъ здѣсь главную роль. Если мы употребили прилагательное главную, то этимъ самымъ уже мы желали указать на то, что травматизмъ въ этихъ случаяхъ имѣетъ главное, но не единственное значеніе. Въ самомъ дѣлѣ, для того, чтобы вдругъ развилось наклоненіе матки взадъ, которое дало бы извѣстныя клиническія явленія, со стороны матки требуются извѣстныя за-

* Traité prat. des mal. de l'utérus, Paris, 1832, T. I, p. 215.

** Diction. de medec. t. XXX, p. 241.

*** Traité clinique des maladies de l'utérus. Paris, 1876.

матки, а именно: увеличеніе ея въ объемѣ и извѣстное ослабленіе связочнаго аппарата и свода рукава. Коль скоро обстоятельства эти существуютъ то того или другаго травматизма, какъ напр. паденія, совершенно достаточно для того, чтобы произвести наклоненіе взадъ, развивающееся непосредственно за подѣйствовавшей причиной (т. е. паденіемъ). Вслѣдствіе-то этого мы давно ужъ принимаемъ одну форму наклоненія матки взадъ, которую называемъ острымъ, травматическимъ (*retroversio uteri acuta v. traumatica*). Различать эту форму въ практикѣ въ высшей степени важно, такъ-какъ по обусловливаемой ею клинической картинѣ оно составляетъ весьма серьезное страданіе. Извѣстно, что въ послѣднее время большинство акушеровъ, вслѣдъ за Tyler—Smith'омъ *, склоняется къ тому мнѣнію, что случаи наклоненія взадъ беременной матки съ послѣдовательнымъ ущемленіемъ ея должно объяснить такимъ образомъ, что здѣсь наклоненіе матки развивается не вдругъ, а постепенно изъ одноименнаго загиба (*retroflexio*), существовавшаго до беременности. Не отвергая этого объясненія по отношенію къ беременной маткѣ, я ни въ какомъ случаѣ не могу допустить его для травматическихъ наклоненій взадъ внѣ беременности. Во всѣхъ видѣнныхъ моихъ случаяхъ ни анамнезъ, ни самое тщательное изслѣдованіе не указывали на то, чтобы до этого существовалъ загибъ взадъ.

Переходя къ клинической картинѣ, обусловливаемой наклоненіями матки, мы снова должны указать на то, что вопросъ этотъ всегда подавалъ поводъ къ очень значительнымъ разногласіямъ. Начиная съ того времени, какъ серьезно занялись изученіемъ смѣщенной матки, такіе авторитеты, какъ Ougeillhier и P. Dubois прямо высказались въ томъ смыслѣ, что клиническое значеніе, какъ наклоненій, такъ и загибовъ матки далеко преувеличено. Въ знаменитомъ спорѣ по поводу этого вопроса въ парижской медицинской академіи, Deraul *, репортеръ назначенной по этому поводу коммисіи, прямо формулировалъ свое мнѣніе на этотъ счетъ слѣдующимъ образомъ: по моему мнѣнію, матка можетъ быть наклонена, изогнута, опущена, смѣщена къ той или другой стѣнкѣ таза безъ всякаго ущерба для здоровья даннаго субъекта, поелику смѣщеніе матки составляетъ простую ненормальность (*une simple difformité*), не имѣющую значенія. Онъ допускаетъ это послѣднее только для нѣкоторыхъ исключительныхъ случаевъ. По поводу же упомянутыхъ преній, нѣкоторые французскіе авторы высказались въ томъ смыслѣ, что при смѣщеніяхъ матки замѣчаются, правда, извѣстныя клиническія явленія, но эти послѣднія обусловливаются не собственно смѣщеніями матки, а другими обстоятельствами. Такъ,

* Obst. Transact., II, p. 286.

* Rapport a l'Académie de médecine etc. Paris, 1854, p. 79.

напр. Barriol * Chassaing **, Dunal *** и др. искали причину наблюдаемыхъ въ этихъ случаяхъ припадковъ въ большемъ удлинении матки и чрезмѣрной подвижности ея. Не смотря на то, что болѣе двадцати лѣтъ прошло съ того времени, какъ въ парижской медицинской академіи происходили дебаты по этому вопросу, онъ до сихъ не рѣшенъ окончательно. Одни гинекологи видятъ въ смѣщеніи матки, какъ таковомъ, если не единственный, то, по крайней мѣрѣ, главный источникъ зла; для нихъ, слѣдовательно, всякое смѣщеніе матки само по себѣ составляетъ патологическую сущность и поэтому ихъ можно назвать эссенціалистами. Другіе же, наоборотъ, не допускаютъ нисколько этого положенія, такъ-какъ, по ихъ мнѣнію, не смѣщеніе само по себѣ важно, а клиническую роль играютъ только патологическія явленія, которыя осложняютъ данное смѣщеніе матки. Гдѣ искать правду между двумя столь противоположными мнѣніями? И здѣсь, какъ въ большинствѣ случаевъ, правда въ срединѣ. Исслѣдуя сколько нибудь внимательно рядъ женщинъ по какому бы то нибыло поводу, не трудно скоро убѣдиться въ томъ, что у весьма многихъ изъ нихъ констатируется то или другое смѣщеніе матки, причемъ онѣ нисколько не подозреваютъ даже существованіе его, т. е. онѣ нисколько не жалуются на припадки, которые въ учебникахъ приводятся какъ патогномическіе для того или другаго смѣщенія матки. Изъ этого не трудно понять, что, еслибы эссенціалисты были правы, то этому никогда не слѣдовало бы быть. Больныя до тѣхъ поръ не подозреваютъ у себя существованія смѣщенія матки, пока эта послѣдняя не представляетъ большаго или меньшаго увеличенія въ объемѣ. Но коль скоро это послѣднее наступило, то исподволь начинаютъ обнаруживаться явленія, составляющія уже для больной причину извѣстныхъ жалобъ. Должно ли изъ этого заключить, что данное смѣщеніе матки не можетъ имѣть притязанія на клиническое значеніе, поелику это послѣднее начинаетъ выступать только по мѣрѣ того, какъ развиваются осложненія? Да, но только до извѣстной степени. Смѣщеніе, не составляя патологической сущности *per se*, нельзя не считать важнымъ болѣзнетворнымъ моментомъ, потому что оставаться долго смѣщеною безнаказанно для даннаго субъекта matka не можетъ и, по прошествіи большаго или меньшаго промежутка времени, оно (т. е. смѣщеніе) непременно подаетъ поводъ къ усилению существовавшихъ патологическихъ явленій или же, кромѣ того, вызываетъ новыя. Объяснимъ мысль свою примѣромъ изъ обыденной гинекологической практики. Положимъ, что мы имѣемъ дѣло съ недостаточнымъ обратнымъ развитіемъ матки послѣ родовъ и притомъ неравнобѣрнымъ, т. е. передняя стѣнка инволютирована

* Archives génér. de médecine. Paris, 1856, Juillet, p. 17—47.

** Ibid.

*** Etudes medico-chirurgic. sur les déviations uterines. Ouvrage couronné par l'academie de Montpellier, 1860, p. 88—90.

куже другихъ частей органа. Женщина встаетъ съ постели, не жалуясь ни на что особенное. Въ это время мы помощью изслѣдованія констатируемъ только вышеупомянутыя явленія недостаточной инволюціи матки съ небольшимъ наклоненіемъ дна ея впередъ. Проидетъ нѣсколько недѣль и эта самая женщина явится къ вамъ, жалуясь уже на извѣстную клиническую картину; изслѣдованіе ея покажетъ, что въ данномъ случаѣ дѣло идетъ о гораздо болѣе значительномъ наклоненіи матки впередъ, причемъ эта послѣдняя представляется еще большихъ размѣровъ. Если попробуемъ объяснить себѣ генетически сущность этого случая, то нельзя найти другаго объясненія, кромѣ слѣдующаго. Недостаточная инволюція передней стѣнки матки обусловила незначительное наклоненіе впередъ маточнаго дна, котораго однако недостаточно было еще для того, чтобы это небольшое смѣщеніе вызвало тѣ или другіе припадки. Эти послѣдніе явились только тогда, когда органъ еще болѣе увеличился въ объемѣ. Но отчего онъ увеличился? Главнымъ образомъ потому, что смѣщеніе вызвало большее или меньшее разстройство въ циркуляціи его. И такъ, въ данномъ примѣрѣ намъ нельзя не видѣть явнаго взаимодѣйствія между смѣщеніемъ матки и увеличеніемъ ея въ объемѣ. Въ этомъ то, по нашему мнѣнію, состоитъ вся патологическая сущность наклоненій матки. Резюмируя все сказанное выше, можно прійти къ слѣдующимъ выводамъ:

а) Наклоненія матки сами по себѣ не имѣютъ прямаго патологическаго значенія до тѣхъ поръ, пока матка при этомъ не увеличена въ объемѣ или вообще не представляетъ извѣстныхъ осложненій.

б) Это доказывается тѣмъ, что мы встрѣчаемъ очень много случаевъ, гдѣ смѣщенія не вызываютъ никакихъ клиническихъ явленій, если органъ представляетъ нормальные размѣры, или же онъ даже меньше нормальнаго.

в) Наклоненія матки получаютъ патологическое значеніе потому, что они подаютъ поводъ къ усилению извѣстныхъ патологическихъ состояній матки.

д) Въ этомъ послѣднемъ случаѣ наклоненія матки уже сами по себѣ обуславливаютъ извѣстные припадки, т. е. къ существовавшимъ прежде клиническимъ явленіямъ присоединяется рядъ новыхъ припадковъ, прямо зависящихъ отъ даннаго наклоненія.

е) Въ силу д) наклоненіямъ матки нельзя отказать въ важномъ клиническомъ значеніи.

Вслѣдствіе всего вышесказаннаго мы считаемъ нужнымъ разобратъ въ возможной подробности припадки, замѣчаемые при наклоненіяхъ матки, причемъ мы будемъ категоризировать ихъ для того, чтобы читателю легко было ориентироваться въ иногда чрезвычайно сложной клинической картинѣ, наблюдаемой въ подобныхъ случаяхъ.

Вообще можно сказать, что, не смотря на все разнообразіе припадковъ, зависящихъ отъ наклоненія матки, ихъ, тѣмъ не менѣе, можно привести къ двумъ главнымъ категоріямъ: одни изъ нихъ обуславливаются сущностью тѣхъ измѣненій въ стѣнкахъ матки и придаточныхъ частяхъ ея, которыя вызвали то или другое наклоненіе; другой рядъ припадковъ будетъ зависѣть прямо отъ вида наклоненія или — лучше — отъ того, на какой изъ соседнихъ органовъ будетъ давить дно наклоненной матки. Припадки какъ первой, такъ и второй категоріи будутъ имѣть характеръ чисто мѣстный; къ этому еще присоединяется третій рядъ припадковъ со стороны другихъ системъ организма, — припадки со стороны общаго состоянія.

Припадки, сопровождающіе наклоненія матки, развиваются тихо, исподоволь и нерѣдко, какъ уже сказано выше, больныя очень долго даже не подозрѣваютъ своего страданія, находящагося только на извѣстной степени развитія. Мало-по-малу является цѣлый рядъ припадковъ, сопровождающихъ обыкновенно хроническія воспалительныя формы матки, какъ то: ощущеніе тяжести въ сторонѣ таза, болѣзненные ощущенія въ крестцовой сторонѣ, пахахъ и вообще in epigastrio. Мы считаемъ излишнимъ распространяться дольше на счетъ этой первой категоріи припадковъ, такъ-какъ они прямо зависятъ отъ тѣхъ патологическихъ состояній матки, которыя подали поводъ къ тому или другому смѣщенію ея и съ сущностью которыхъ мы отчасти ужъ познакомились выше, отчасти же еще познакомимся въ дальнѣйшемъ теченіи нашей книги.

Что касается припадковъ второй категоріи, т. е. обуславливаемыхъ прямо наклоненіемъ, то они будутъ зависѣть отъ вида его. При наклоненіи впередъ больныя очень скоро начинаютъ жаловаться на частый позывъ къ мочеиспусканію (ischuria), затѣмъ появляется нерѣдко болѣзненное мочеиспусканіе, которое, въ свою очередь, обуславливается, съ одной стороны, постояннымъ раздраженіемъ пузыря, отчасти также катаральнымъ состояніемъ его, выраженнымъ въ большей или меньшей степени. По словамъ нѣкоторыхъ французскихъ авторовъ, больныя, одержимыя наклоненіемъ матки впередъ, жалуются будто бы на одинъ припадокъ, который, по ихъ мнѣнію, нельзя не считать патогномическимъ. Дѣло въ томъ, что подобныя больныя при вставаніи получаютъ ощущеніе, что увеличенная матка падаетъ (?!) на пузырь. Мы до сихъ поръ ни разу не слышали жалобы на подобный припадокъ и думаемъ, что ужъ а priori едва ли можно допустить его. Если дѣло доходитъ до такого значительнаго увеличенія матки въ объемъ, чтобы больныя могли чувствовать непосредственно измѣненія ея положенія, то при этомъ органъ бываетъ обыкновенно фиксированъ, такъ что о переваливаніи матки не можетъ быть и рѣчи. — При наклоненіяхъ матки взадъ мѣстная клиническая картина выступаетъ несравненно болѣе рѣзко, чѣмъ при наклоненіяхъ впередъ,

такъ-какъ, съ одной стороны, матка при этомъ достигаетъ гораздо большихъ размѣровъ и, кромѣ того, и само наклоненіе можетъ достигать гораздо болѣе значительной степени. Уже при наклоненіяхъ взадъ второй степени, т. е. когда дно матки достигаетъ промоторія, больныя жалуются на болѣе или менѣе значительную боль въ крестцовой сторонѣ, усиливающуюся при стояннн, ходьбѣ и особенно при взбирани на лѣстницы. По мѣрѣ усиленія наклоненія, къ этому присоединяется ощущеніе напирания внизъ, — ощущеніе, которое больныя прямо обозначаютъ тѣмъ, что онѣ чувствуютъ какъ будто что-то хочетъ выйти изъ таза: что-то выпираетъ. Если дѣло дошло до наклоненія взадъ въ третьей степени, то къ этому присоединяются расстройства въ отпавленіи кишекъ; появляется вапоръ на низъ, обусловливаемый прямо механическою причиною, именно сжатіемъ просвѣта прямой кишки. Всякій практическій гинекологъ знаетъ — какъ мучителенъ для больныхъ этотъ припадокъ и какъ трудно онѣ поддается всевозможнымъ драстическимъ. При значительно выраженныхъ наклоненіяхъ взадъ дѣло нерѣдко идетъ не только о запорахъ, но къ этому присоединяется также весьма сильное болѣзненное ощущеніе при дефекаціи (*defaecatio dolorosa, difficilis*), такъ что больныя, подобно тому, какъ это бываетъ при трещинахъ задняго прохода, съ ужасомъ думаютъ о дефекаціи. Этотъ послѣдній припадокъ, именно болѣзненное испражненіе, патогенически объясняется, съ одной стороны, чувствительностію матки, подвергающейся во время акта испражненія инсульту со стороны твердыхъ фекальныхъ массъ, съ другой же стороны — непосредственно измѣненіями въ прямой кишкѣ (хроническіе застои, расширеніе вѣкъ). Если не въ такой же мѣрѣ, какъ со стороны прямой кишки, то все-таки довольно сильно больныя при наклоненіяхъ взадъ страдаютъ со стороны пузыря. Особенно это должно сказать на счетъ начала болѣзни. Со стороны пузыря припадки при *retroversio* будутъ выступать тѣмъ болѣе рѣзко, чѣмъ длиннѣе влагалищная часть, приподнятая прямо къ шейкѣ пузыря и, слѣдов., непосредственно раздражающая его. Если при наклоненіи впередъ мы имѣли преимущественно дѣло съ ишуріею, съ частымъ позывомъ къ мочеиспусканію, то при наклоненіи взадъ больныя особенно жалуются на болѣзненность при выведеніи мочи (*dysuria*). Вслѣдствіе то этого больныя весьма часто удерживаются отъ опоражниванія пузыря, чѣмъ и должно объяснить то обстоятельство, что мы нерѣдко при изслѣдованіи подобныхъ больныхъ находимъ пузырь растянутымъ до очень значительныхъ размѣровъ. Вообще должно сказать, что серьезность страданія со стороны мочевого пузыря при наклоненіяхъ взадъ несравненно значительнѣе, чѣмъ при одноименныхъ загибахъ (какъ увидимъ ниже), а тѣмъ паче при наклоненіяхъ впередъ. Freund* путемъ вскрытій доказаль, что въ нѣкото-

* Monatschr. f. Geburtsk. 1869. Bd. XXII. p. 298.

рыхъ случаяхъ сильно выраженнаго наклоненія матки взадъ (а также при retroflexio) дѣло можетъ дойти также до весьма значительнаго разстройства почекъ; наклоненное взадъ маточное дно давить на одинъ изъ мочеточниковъ и обуславливаетъ расширение какъ его, такъ и почечной лоханки данной стороны (hydronephrosis).

Что касается функциональныхъ разстройствъ со стороны матки при наклоненіяхъ ея, то изъ вышесказаннаго понятно, что они должны быть весьма разнообразны, смотря по степени и свойству тѣхъ патологическихъ измѣненій, которыя подали поводъ къ данному смѣщенію. Мы бы могли обойти ихъ здѣсь молчаніемъ, касаемся же ихъ только ради полноты клинической картины и остановимся на двухъ главныхъ отправленияхъ, а именно мѣсячныхъ и способности къ зачатію.

Рѣдко удастся видѣть сколько нибудь сильно выраженное наклоненіе матки безъ того, чтобы мы не констатировали при этомъ въ большей или меньшей степени разстройства мѣсячныхъ. Эти послѣднія могутъ быть различнаго свойства. Вообще же можно принять за правило, что въ то время, какъ при загибахъ матки мы имѣемъ дѣло съ дисменореею и при томъ механическаго свойства (dysmenorrhoea mechan.), мы при наклоненіяхъ матки въ большинствѣ случаевъ будемъ имѣть дѣло съ чрезмѣрно обильными мѣсячными (menstr. profusa). Если же при этомъ мѣсячныя кромѣ того будутъ еще болѣзненны, то это будетъ конгестивная дисменорея, такъ-какъ эта послѣдняя развивается въ данномъ случаѣ на воспалительной почвѣ. Menstr. profusa бываетъ особенно сильно выражена и нерѣдко доходитъ до настоящихъ менорагій при наклоненіяхъ взадъ.

Говоря о разстройствѣ мѣсячныхъ, сопровождающемъ наклоненіе матки, не можетъ не упомянуть также о другомъ замѣчаемомъ при этомъ функциональномъ разстройствѣ, именно—объ усиленномъ выдѣленіи слизи изъ половой сферы. Явленіе это, какъ и аномаліи мѣсячныхъ, также ничто иное, какъ послѣдовательное, обусловленное извѣстными анатомико-патологическими измѣненіями со стороны матки, вызвавшими тотъ или другой видъ наклоненія. Рѣдко мы встрѣтимъ сколько нибудь значительно выраженное наклоненіе матки безъ того, чтобы при этомъ больныя не жаловались на тягостную лейкорею. При изслѣдованіи не трудно убѣдиться въ томъ, что лейкорея эта обуславливается большею или меньшею степенью цервикальнаго эндометрита—обыкновеннаго спутника хроническаго воспаленія матки.

Выше мы указали на то, что беременность и, притомъ главнымъ и существеннымъ образомъ, послѣродовое состояніе составляютъ одинъ изъ главныхъ этиологическихъ моментовъ по отношенію къ наклоненіямъ матки. Съ другой же стороны, наклоненія матки, разъ развившись и достигши извѣстной степени, въ

свою очередь, служатъ очень значительнымъ препятствіемъ къ зачатію. Въ подтвержденіе этого факта M. Sims приводитъ слѣдующія числовыя данныя. На 250 женщинъ, никогда не имѣвшихъ дѣтей, онъ насчитываетъ 171 наклоненіе матки и притомъ 103 наклоненія впередъ и 68 взадъ. На 255 женщинъ, страдавшихъ пріобрѣтеннымъ бесплодіемъ, было 172 наклоненія: 61 впередъ и 111 взадъ. Мы, на основаніи нашего личнаго матеріала, пришли къ нѣсколькимъ другимъ результатамъ. На 308 наклоненій матки вообще мы насчитываемъ 212 субъектовъ рожавшихъ и только 96 такихъ, которыя не рожали. Поэтому то мы не можемъ согласиться съ Sims'омъ, считающимъ наклоненія матки почти абсолютною причиною бесплодія. Здѣсь все въ степени патологическихъ измѣненій, вызвавшихъ наклоненіе. Каждый день можно убѣдиться въ томъ, что женщины, страдающія наклоненіемъ матки, особенно впередъ, зачинаютъ; онѣ, правда, очень часто выкидываютъ, но все-таки этотъ фактъ доказываетъ то, что зачатіе нерѣдко возможно и при самыхъ, повидимому, неблагоприятныхъ обстоятельствахъ.

Познакомившись съ мѣстными явленіями, обусловливаемыми наклоненіями матки, переходимъ къ расстройствамъ въ области нервной системы, замѣчаемымъ при разсматриваемой патологической формѣ. Нигдѣ, за исключеніемъ извѣстныхъ измѣненій въ яичникахъ, мы не имѣемъ такъ часто и въ такой степени дѣло съ рефлекторными явленіями, какъ здѣсь. Мы не станемъ исчислять отдѣльно припадковъ, противъ которыхъ приходится дѣйствовать въ подобныхъ случаяхъ. Замѣтимъ только, что рефлекторная картина бываетъ здѣсь чрезвычайно сложная и упорная. Особенно тягостны для больныхъ припадки со стороны органовъ дыханія и кровообращенія. Подобныхъ больныхъ очень нерѣдко доводятъ до отчаянія приступы удушья и сердцебіенія. Страдая въ теченіе болѣе или менѣе долгаго времени истерическою картиною, онѣ нерѣдко подвергаются очень сильнымъ ожесточеніямъ припадковъ, вслѣдствіе которыхъ даже жизнь ихъ можетъ быть поставлена въ непосредственную опасность. Мы нерѣдко имѣли возможность наблюдать у подобныхъ больныхъ періодическія усиленія истерическихъ явленій, которыхъ мы иначе не могли назвать, какъ обостреніемъ истерики. L. Mayer * приводитъ подъ именемъ быстро убивающей истерики нѣсколько наблюдений, въ которыхъ больныя умирали при очень бурныхъ истерическихъ явленіяхъ.—Изъ мѣстныхъ расстройствъ въ сферѣ чувствительной мы, вслѣдъ за Martin'омъ, Olshausen'омъ и др., должны указать на боль по ту, или другую сторону пупка, упорно держащуюся въ этомъ мѣстѣ и сущность которой нельзя иначе объяснить какъ рефлекторнымъ характеромъ, такъ какъ самое тщательное изслѣдованіе не показываетъ никакихъ особенныхъ измѣненій, на основаніи которыхъ можно было бы

* Virchows Arch. 1858. Bd. IX, p. 3; также Martin, Op. cit, p. 44.

объяснить значеніе ея. Наконецъ, мы должны еще упомянуть о парезахъ и параличахъ нижнихъ конечностей, которые, въ ряду тяжелыхъ нервныхъ явленій, особенно часто встрѣчаются при наклоненіяхъ матки. Параличи эти, извѣстные подъ именемъ истерическихъ, рефлекторныхъ или сочувственныхъ, уже давно обращали на себя вниманіе клиницистовъ и притомъ главнымъ образомъ по отношенію къ объясненію ихъ сущности. Мы ужъ выше коснулись этого вопроса и указали на главныя воззрѣнія, существующія на этотъ счетъ въ наукѣ. Здѣсь же мы считаемъ нужнымъ замѣтить только то, что особенное отличіе этихъ параличей главнымъ образомъ состоитъ въ томъ, что они обыкновенно сопровождаются цѣлымъ рядомъ другихъ болѣе ими менѣе тяжелыхъ нервныхъ явленій и въ особенности судорогъ, являющихся приступами и имѣющихъ характеръ то клоническій, то тоническій, а иногда тѣхъ и другихъ вмѣстѣ. Подобные судорожные приступы мы наблюдали нѣсколько разъ у очень молодыхъ субъектовъ (1 разъ у недефлорированнаго субъекта 17 л.) и притомъ такой продолжительности и силы, что они наводили ужасъ на окружающихъ. Какъ переходную ступень къ параличу нижнихъ конечностей мы должны еще упомянуть о слабости въ ногахъ, на которую очень часто жалуются больныя, одержимыя наклоненіями матки и выражающуюся тѣмъ, что онѣ не могутъ ни ходить, ни стоять по долгу. Какъ только онѣ нѣсколько болѣе походятъ или постоятъ, въ ногахъ является слабость, заставляющая ихъ присѣсть, или даже прилечь. На припадокъ этотъ очень часто жалуются больныя; онъ встрѣчается, впрочемъ, не при однихъ только наклоненіяхъ матки, такъ-какъ нѣкоторые англійскіе авторы (Grauley Hewitt) описали его и при маточныхъ загибахъ подъ именемъ *Uterine lameness*. Martin упоминаетъ еще о контрактурахъ на нижнихъ конечностяхъ (напр. *pes equinus*), встрѣчаемыхъ иногда при измѣненіяхъ въ положеніяхъ матки (а именно при *anteversio resp.* и *anteflexio*) и обусловливаемыхъ съезживаніемъ крестцово-маточныхъ связокъ (?). Явленіе это должно быть въ высшей степени рѣдко такъ-какъ мы ни разу не наблюдали его ни на одной изъ нашихъ больныхъ.

Распознаваніе наклоненій матки только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ можетъ представить серьезныя затрудненія. Если изъ анамнеза и субъективнаго экзамена больной можно заподозрить существованіе того или другого наклоненія матки, то очень важно прежде, чѣмъ приступить къ гинекологическому изслѣдованію, тщательно опорожнить ссѣдніе органы, въ особенности пузырь. Изслѣдованіе прямо должно указать на тотъ видъ наклоненія матки, съ которымъ имѣють дѣло. Въ самомъ дѣлѣ, если при изслѣдованіи находятъ, что влагалищная часть обращена взадъ, то очевидно, что дно матки придется искать впереди, т. е. что будемъ имѣть дѣло съ наклоненіемъ впередъ. Тоже самое, только въ обратномъ смыслѣ, будетъ имѣть мѣсто по отно-

пенію къ наклоненіямъ вездѣ. Однимъ словомъ, по отношенію къ распознаванію наклоненій матки, главною исходной точкой діагностики будетъ служить положеніе влагалищной части. Если мы выше упомянули о томъ, что при распознаваніи рассматриваемыхъ смѣщеній матки могутъ иногда встрѣтиться затрудненія, то они главнымъ образомъ будутъ состоять въ томъ, что трудно ориентироваться на счетъ положенія маточнаго дна. Обстоятельство это особенно рѣзко выступаетъ при двухъ обстоятельствахъ, а именно: когда маточное дно окружено старымъ экссудатомъ или же отдавлено въ ту или другую сторону какою либо опухолью, дѣлающими fundus uteri недоступнымъ для изслѣдующаго пальца. Что дѣлать, спрашивается, при подобныхъ условіяхъ? Всѣ авторы почти единогласно здѣсь совѣтуютъ для выясненія діагностики прибѣгать къ зонду. Если еще можно допустить этотъ совѣтъ по отношенію къ нѣкоторымъ опухолямъ, напр. кистамъ яичника, то это дѣлается здѣсь не ради выясненія распознаванія смѣщенія матки, которое въ подобныхъ случаяхъ не имѣетъ никакого существеннаго значенія, а единственно ради того, чтобы выяснить отношенія опухоли къ маткѣ, и обратно. Что же касается употребленія зонда съ діагностическою цѣлью при наклоненіяхъ матки, гдѣ дно ея окружено экссудатами, то мы не можемъ достаточно предостерегать отъ подобнаго маневра. Не говоря ужъ о томъ, что зондированіе вообще въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ неизвѣстно хорошенько положеніе дна матки, вещь вообще не легкая и во всякомъ случаѣ рискованная, — зондированіе здѣсь вообще бесполезно, потому что при этихъ условіяхъ имѣетъ клиническое значеніе не собственно смѣщеніе матки, а воспалительный продуктъ, вызвавшій его, или же только послѣдовательно, вторичнымъ образомъ фиксирующій матку въ данномъ неправильномъ положеніи ея. Вообще должно сказать, что всякій сколько нибудь опытный въ изслѣдованіи, прибѣгая къ послѣднему не разъ, а повторно, всегда выйдетъ изъ затрудненія, ограничиваясь только обыкновеннымъ внутреннимъ изслѣдованіемъ и принужденъ будетъ прибѣгнуть къ зонду только въ крайнихъ, почему либо исключительныхъ случаяхъ. Очень многие совѣтовали еще прибѣгать въ этихъ случаяхъ къ зонду для того, чтобы выяснить — существуютъ ли въ данномъ случаѣ сращенія между наклоненнымъ маточнымъ дномъ и соседними частями. И отъ этого совѣта мы должны предостерегать всякаго. Если нѣкоторые увѣряютъ, что это можетъ быть допущено въ рукахъ опытнаго изслѣдователя, то это тѣмъ болѣе не выдерживаетъ критики. Въ самомъ дѣлѣ, во всякомъ случаѣ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ тѣмъ или другимъ видомъ наклоненія матки, мы, констатировавши это послѣднее, должны непосредственно перейти къ рѣшенію самаго важнаго въ этихъ случаяхъ вопроса, а именно — редрессируется ли маточное дно, или нѣтъ. Для этого стоитъ только надавливать на тотъ сводъ, куда отклонено дно и, если сращенія нѣтъ, то дно навѣрно измѣнитъ свое

положеніе. Не могу не замѣтить здѣсь, что давленіе на сводъ рукава должно быть иногда весьма энергическое для того, чтобы удалось отдавить наклоненное дно матки. Если это не удастся, то нельзя прибѣгать къ зонду: сращенія существуютъ и зондъ въ такихъ случаяхъ нисколько не поможетъ дѣлу. Мы еще ниже, говоря о терапіи наклоненій матки, коснемся употребленія зонда въ подобныхъ случаяхъ. Если мы вооружаемся противъ зонда какъ средства для прямаго, непосредственнаго распознаванія наклоненій матки, то тѣмъ не менѣе совершенно согласны съ тѣмъ, что инструментъ этотъ нрѣдко можетъ потребоваться въ этихъ случаяхъ для того, если приходится съ точностью опредѣлить степень увеличенія полости матки. Но это уже имѣетъ чисто побочное значеніе, точно такъ, какъ, въ этихъ случаяхъ придется иногда прибѣгнуть къ зеркалу съ тѣмъ, чтобы констатировать осложняющія наклоненія матки тѣ или другія патологическія измѣненія на влагалищной части.

Что касается дифференціального распознаванія наклоненій матки отъ другихъ патологическихъ формъ, то ихъ главнымъ образомъ можно смѣшать съ эксудатами въ маломъ тазу и съ нѣкоторыми новообразованиями матки, а именно — фиброзными опухолями задней стѣнки ея. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ нужно помнить одно, что ни фибромомъ, а тѣмъ паче эксудативная опухоль никогда не могутъ представлять тѣхъ правильныхъ, геометрическихъ очертаній, какія представляетъ маточное дно. Кромѣ того, если мы имѣемъ дѣло съ воспалительными опухолями и фибромами задней стѣнки, влагалищная часть обыкновенно не представляетъ никакихъ особенныхъ измѣненій, между тѣмъ, какъ при сколько нибудь сильно выраженномъ наклоненіи взадъ, продолжавшемся сколько нибудь значительное время, влагалищная часть постоянно укорачивается и матка принимаетъ все болѣе и болѣе выраженную шаровидную форму. Если при сколько нибудь внимательномъ изслѣдованіи трудно смѣнать наклоненіи взадъ съ периметритомъ, то тѣмъ болѣе это должно сказать на счетъ замѣтной опухоли.

Предсказаніе. Если мы выше указали на то, что наклоненія матки, сами по себѣ, едвали могутъ имѣть притязаніе на значеніе патологической формы до тѣхъ поръ, пока они не сопровождаются извѣстными осложнениями, — то этимъ самымъ мы установили уже точку арѣнія, съ которой должно смотрѣть на нихъ въ прогностическомъ отношеніи. Въ каждомъ данномъ случаѣ наклоненія матки, слѣдовательно, предсказаніе должно сообразоваться съ тѣми патологическими состояніями, которыя вызвали то или другое наклоненіе матки, или же которыя присоединились къ нему въ послѣдствіи. Вообще говоря, наклоненія впередъ представляютъ несравненно болѣе благоприятное предсказаніе, чѣмъ наклоненія взадъ. Причина этого очень простая. Наклоненія впередъ достигаютъ только извѣстной незначитель-

ной степени и — главное — сращения при нихъ въ высшей степени рѣдки. Оттого-то при нихъ весьма часто происходитъ зачатіе и если не произойдетъ выкидыша, то можно надѣяться, что при извѣстныхъ предосторожностяхъ въ родильномъ періодѣ, можетъ произойти *restitutio ad integrum*. Помимо всего этого и страданія больной при наклоненіяхъ впередъ, сравнительно, гораздо менѣе значительны, чѣмъ при наклоненіяхъ взадъ. Совсѣмъ иное дѣло при этихъ послѣднихъ. Здѣсь степень наклоненія можетъ доходить до того, что больныя, какъ мы видѣли выше, страдаютъ очень сильно. Кроме того, исцѣленіе однѣми силами природы гораздо менѣе вѣроятно и возможно. Если происхожденіе зачатія желательнѣе при наклоненіяхъ впередъ, то оно менѣе чѣмъ желательнѣе при наклоненіяхъ взадъ, потому что въ этихъ случаяхъ можетъ угрожать больной ущемленіе беременной матки въ тазу со всѣми его послѣдствіями. Помимо всего этого, наклоненія взадъ и потому уже болѣе серьезны, что причины, вызвавшія ихъ, имѣютъ болѣе серьезный характеръ (обширные периметриты). Мы имѣемъ въ виду здѣсь главнымъ образомъ сращенія маточнаго дна съ сосѣдними частями, т. е. съ прямой кинкой, противъ которыхъ всѣ усилія искусства остаются не, рѣдко совершенно безсильными. Что касается предсказанія при боковыхъ наклоненіяхъ, то при нихъ предсказаніе лучше чѣмъ при наклоненіяхъ взадъ, но далеко хуже, чѣмъ при наклоненіяхъ впередъ. При боковыхъ наклоненіяхъ матка, правда, очень рѣдко достигаетъ слишкомъ большихъ размѣровъ и больныя поэтому рѣдко особенно страдаютъ при этомъ. Но за то, съ другой стороны, боковыя наклоненія, обусловливаясь или остатками (*residua*) воспалительныхъ процессовъ или же пороками первоначальнаго развитія, поэтому самому даютъ худшее предсказаніе, потому что искусству приходится бороться здѣсь съ большими затрудненіями.

Леченіе. На основаніи установленнаго нами выше взгляда на патологическое значеніе наклоненій матки, понятно безъ дальнихъ объясненій, что при леченіи рассматриваемой патологической формы существенную роль будетъ играть устраненіе тѣхъ патологическихъ состояній со стороны матки, которыя собственно обусловливаютъ въ данномъ случаѣ наклоненіе ея. Возьмемъ для примѣра слѣдующій случай. Дѣло идетъ о наклоненіи матки взадъ третьей степени, причемъ органъ представляется болѣе или менѣе увеличеннымъ въ объемѣ и притомъ воспаленіе касается преимущественно задней стѣнки. При этомъ мы, кромѣ того, имѣемъ цѣлый рядъ явленій, сопутствующихъ обыкновенно хроническому паренхиматозному метриту, т. е. гиперемію органа въ большей или меньшей степени, цервикальный эндометритъ и пр. Самая простая медицинская логика указываетъ на то, что въ подобномъ случаѣ терапия должна позаботиться главнымъ образомъ объ устраненіи упомянутыхъ измѣненій со стороны смѣщенной матки, такъ-какъ они вѣдь въ сущности и играютъ роль, т. е. обуслов-

диваютъ ту клиническую картину, на которую въ данномъ случаѣ жалуется больная. Не смотря однако на всю ясность показанія въ подобныхъ случаяхъ, здѣсь мы встречаемся съ рѣзко противоположными двумя мнѣніями. Одни придерживаются вышеприведеннаго мнѣнія, другіе же, считающіе собственно смѣщеніе матки за главное, требуютъ чтобы терапия была направлена прямо и непосредственно противъ этого послѣдняго. Мы не станемъ здѣсь разбирать это мнѣніе, такъ какъ слишкомъ достаточно распространились о немъ ужъ выше. Здѣсь же ограничимся только тѣмъ, что снова повторимъ только то, что до сихъ поръ мы строго придерживались въ нашей практической дѣятельности верховнаго врачебнаго приципа, а именно: если не можешь помочь, то, по крайней мѣрѣ, не вреди (*si non prodest, haud nocet*). Если гдѣ въ гинекологіи не слѣдуетъ забывать этого стараго гипократовскаго правила, то это именно по отношенію къ терапіи наклоненій матки. И такъ, въ каждомъ данномъ случаѣ, имѣя дѣло съ какимъ бы то ни было наклоненіемъ матки, мы прежде всего дѣйствуемъ противъ причинъ, вызвавшихъ его, а также и вызванныхъ имъ осложнений. Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ мы здѣсь имѣемъ дѣло по преимуществу съ воспалительными состояніями, то и терапия должна быть сначала строго противувоспалительная и притомъ въ томъ видѣ, какъ она изложена въ главѣ о воспалительныхъ формахъ матки. Поставивъ на первый планъ каузальную терапію, мы этимъ хотѣли только твердо установить врачебный принципъ, не думая нисколько пренебрегать тѣми показаніями, которыя проистекаютъ изъ самаго наклоненія матки. Мы ужъ выше указали на то, что то или другое наклоненіе матки, вызванное извѣстною причиною (напр. недостаточною инволюціей *post partum*), заслуживаетъ серьезнаго вниманія въ силу того, что оно, съ одной стороны, поддерживаетъ патологическое состояніе, которое дало ему толчекъ и затѣмъ, съ теченіемъ времени, усиливаетъ его. На основаніи-то этого, наклоненія матки и становятся объектомъ дѣятельности гинеколога. Но, снова повторяемъ, показаніе къ устраненію наклоненія матки наступаетъ лишь тогда, когда терапіи удалось справиться съ причинами, вызвавшими его, или же съ сопровождающими его осложнениями.

Терапія собственно наклоненій матки сводится къ двумъ принципамъ: въ правленію (редрессаціи) наклоненнаго органа и удержанію его въ надлежащемъ, т. е. нормальномъ положеніи. Что касается редрессаціи матки, то она совершается пальцами и помощью инструментовъ, а именно зонда. Помощью пальца редрессація смѣщеннаго органа производится слѣдующимъ образомъ. Больная лежитъ на спинѣ съ легко приподнятымъ тазомъ, причѣмъ ноги согнуты въ колѣняхъ и слегка притянуты къ животу. Дѣйствіе брюшнаго пресса должно быть ослаблено до послѣдней возможности. Врачъ становится съ правой стороны больной для того, чтобы онъ въ рукавѣ могъ дѣй-

ствовать правой рукой. Положимъ, что мы имѣемъ дѣло съ наклоненіемъ впередъ. Желая редресировать въ этомъ случаѣ матку, указательный палецъ правой руки прилагается къ задней поверхности влагалищной части и отталкиваетъ ее впередъ, т. е. какъ бы къ передней стѣнкѣ рукава. Въ то время, какъ палецъ производитъ этотъ маневръ въ рукавѣ, другая, лѣвая рука, лежащая непосредственно надъ лоннымъ соединеніемъ, отдавливаетъ маточное дно въ противоположную сторону, т. е. взадъ. вмѣсто того, чтобы только толкать влагалищную часть впередъ, можно просто оттягивать ее въ этомъ направленіи крючкообразно изогнутымъ пальцемъ, обхватывающимъ влагалищную часть. Точно такимъ же образомъ мы дѣйствуемъ при наклоненіи взадъ, только въ обратномъ смыслѣ, т. е. влагалищная часть отталкивается или оттягивается взадъ. Редресация наклоненной матки можетъ быть произведена также такимъ образомъ, что вмѣсто того чтобы напирать пальцемъ на влагалищную часть, приставляютъ его къ тому или другому своду (при наклоненіи впередъ къ переднему, а при наклоненіи взадъ — къ заднему) и, дѣйствуя чрезъ этотъ послѣдній на тѣло, или даже на маточное дно, отдавливаютъ его въ ту или другую сторону. Спрашивается: какой изъ этихъ двухъ способовъ лучше? При наклоненіяхъ впередъ, такъ какъ они, какъ мы ужъ видѣли, не могутъ достигать слишкомъ значительной степени, перваго способа, т. е. отдавливанія или оттягиванія впередъ влагалищной части совершенно достаточно, чтобы дать наклоненной маткѣ надлежащее положеніе. Совсѣмъ другое дѣло при наклоненіяхъ взадъ: здѣсь этотъ способъ нерѣдко оказывается не только недостаточнымъ, но и просто, непримѣнимымъ уже потому, что влагалищная часть при этомъ очень укорочена и представляетъ, слѣдовательно, мало мѣста для приложенія силы. Здѣсь поневолѣ приходится дѣйствовать чрезъ сводъ. Кроме того, редресация чрезъ своды необходима во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наклоненное дно достигаетъ значительныхъ размѣровъ, на основаніи простаго физическаго закона, по которому большая сила должна быть прилагаема къ болѣе длинному плечу рычага.

Познакомившись съ общими правилами редресации наклоненій матки, намъ остается сказать еще нѣсколько словъ относительно нѣкоторыхъ относящихся сюда частныхъ вопросовъ. Мы имѣемъ здѣсь въ виду главнымъ образомъ наклоненіе взадъ. Какимъ образомъ должно редресировать наклоненную взадъ матку: однимъ ли, или двумя пальцами? Тѣ, которые привыкли изслѣдовать двумя пальцами, само собою понятно, редресируютъ наклоненія такимъ же образомъ и вообще увѣряютъ, что тѣмъ скорѣе должно прибѣгнуть къ вправливанію двумя пальцами, чѣмъ труднѣе удастся редресация. Если это иногда дѣйствительно необходимо при наклоненіяхъ взадъ беременной матки, то ни въ какомъ случаѣ не могу этого сказать на счетъ того же смѣщенія матки вѣдъ беременности. Начиная вправлять, нужно, такъ сказать, ощупью найти

то мѣсто, откуда легче всего сдвинуть смѣщенное маточное дно. Иногда употребляемъ значительное усиліе, чтобы произвести редрессацію, а между тѣмъ она не удается только потому, что вправляющему пальцу не удается отыскать точку на протяженіи маточнаго дна, къ которой должна быть приложена сила. Тутъ не только два пальца, но и полъ-руки ничего не сдѣлаютъ. Имѣя въ виду, во-первыхъ, что однимъ пальцемъ, если хорошо распорядиться имъ, можно всегда достигнуть желаемой цѣли, а во-вторыхъ, что двумя пальцами можно произвести тотъ или другой травмъ, мы всегда редрессируемъ смѣщенія матки однимъ пальцемъ. Какъ бы ни редрессировали, нужно постоянно имѣть въ виду то, что редрессація иногда не удается сразу, не смотря на то, что нѣтъ сраженій между маточнымъ дномъ и сосѣдними органами. Въ этомъ мы имѣли возможность не разъ убѣдиться при наклоненіяхъ матки взадъ, которыя мы въ этиологическомъ отношеніи назвали травматическими. Обыкновенно наклоненія эти развиваются вдругъ, почти непосредственно за подѣйствовавшую причину (большею частью - паденіе на промежность, или крестцовую сторону); при этомъ клиническая картина бываетъ очень бурная: сильныя боли внизу живота и въ особенности въ крестцовой сторонѣ, учащенный позывъ къ мочеиспусканію или даже задержаніе мочи и проч. При ислѣдованіи въ подобныхъ случаяхъ находятъ значительно увеличенную матку, преимущественно въ области дна; органъ на ощупь сочный и въ высшей степени чувствительный. Опорожнивъ пузырь, приступаютъ къ вправленію на основаніи вышеизложенныхъ правилъ. Если бы чувствительность смѣщенной матки была очень значительна, то не мѣшааетъ нахлороформировать больную. Вправляваніе совершаютъ, усиливая постепенно давленіе на задній сводъ. Несмотря на рациональность и на настойчивость, съ которыми производится этотъ пріемъ, онъ, тѣмъ не менѣе, иногда не удается. Въ подобныхъ случаяхъ было-бы въ высшей степени рискованно настаивать на дальнѣйшемъ вправленіи, такъ-какъ мы этимъ можемъ ухудшить состояніе больной, усиливая раздраженіе органа, т. е. гиперэмированного, или даже воспаленнаго органа. Здѣсь должно на время ограничиться паліативной терапіей, т. е. назначить больной положеніе на боку, или даже на животѣ, положить на нижнюю часть его согревающій компрессъ; кромѣ того, методически опорожняютъ мочевой пузырь и назначаютъ смягчительные тепловатые души. Все это имѣетъ цѣлью унять раздраженіе со стороны матки, чтобы можно было прибѣгнуть къ болѣе значительной силѣ при редрессаціи. Дѣйствительно это и бываетъ на дѣлѣ: по прошествіи 2—3 дней, редрессація наклоненной матки удается.

Другой вопросъ, относящійся къ редрессаціи смѣщенной взадъ матки, состоитъ въ томъ, — должно ли предпочесть вправляваніе *per vaginam* или же *per rectum*? Обыкновенно на этотъ вопросъ отвѣчаютъ такимъ образомъ, что можно безразлично прибѣгать къ обоимъ способамъ. Едва ли это однако такъ. Если говорятъ, что,

чѣмъ болѣе затрудненій встрѣчается при редресаціи матки со стороны рукава, тѣмъ скорѣе должно прибѣгнуть къ вправливанію *per rectum*,—то это мнѣ кажется совершенно непонятнымъ. Вѣдь затрудненія могутъ встрѣтиться главнымъ образомъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ трудно смѣщаемы дномъ. Это же, въ свою очередь, можетъ быть особенно въ случаяхъ застарѣлыхъ и притомъ тамъ, гдѣ маточное дно значительно увеличено въ объемъ. Но чѣмъ болѣе случай, съ которымъ мы имѣемъ дѣло, застарѣлый, тѣмъ болѣе должно быть выражено наклоненіе, т. е. тѣмъ маточное дно лежитъ ниже. Къ чему же, спрашивается, тутъ прибѣгать къ вправливанію *per rectum*, когда маточное дно, помѣщаясь низко, очень легко доступно для пальца *per vaginam*? Для вправливанія чрезъ прямую кишку, по нашему мнѣнію, существуетъ только одно существенное показаніе: къ нему должно прибѣгать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ задній сводъ, вслѣдствіе продолжительнаго давленія на него смѣщенной матки, представляется сильно раздраженнымъ, или же очень размягченнымъ; тутъ было бы не совсѣмъ безопасно приложить сколько нибудь значительную силу и поэтому по неволѣ приходится прибѣгнуть къ вправливанію *per rectum*.

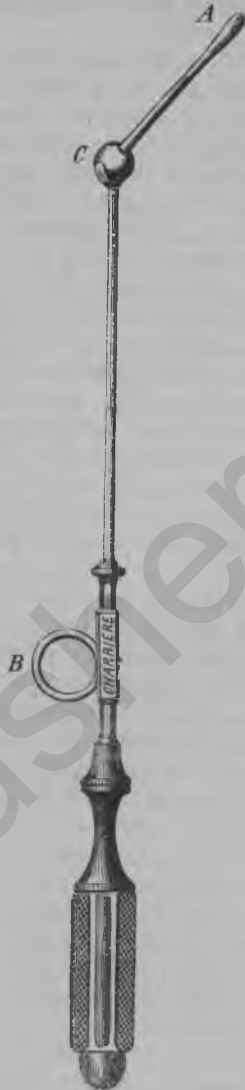
Въ заключеніе сказаннаго нами о ручномъ вправливаніи наклоненій матки взадъ, намъ остается еще упомянуть объ одномъ обстоятельстве, котораго никогда не слѣдуетъ забывать, предпринимаемая редресація. Если дѣло идетъ о наклоненіи взадъ третьей степени, т. е. такомъ, гдѣ дно матки помѣщается ниже промоторія, то никогда не слѣдуетъ приставлять верхушку пальца къ срединѣ дна, такъ-какъ при этомъ толкающая сила будетъ дѣйствовать въ направленіи промоторія, который именно и будетъ мѣшать вправливанію. Для того, чтобы редресація удалась, особенно въ затруднительныхъ случаяхъ, должно приставлять палецъ къ маточному дну такимъ образомъ, чтобы онъ лежалъ внѣ-центрально и чтобы толкательная сила могла дѣйствовать такимъ образомъ, чтобы направленіе ея приходилось съ боку промоторія. Впрочемъ, уже одно то, какъ помѣщается дно наклоненной взадъ матки въ полости таза, указываетъ на направленіе, какое нужно дать силѣ, помощію которой производится редресація. Въ самомъ дѣлѣ, въ какой бы степени ни было выражено наклоненіе взадъ, маточное дно никогда не помѣщается въ проводной линіи таза, а всегда нѣсколько съ боку право или влево.

Нѣкоторые совѣтовали пытаться производить редресацію смѣщенной взадъ матки еще такимъ образомъ, что указательный палецъ правой руки приставляется къ маточному дну *per rectum*, а большой палецъ той же руки къ влагалищной части. Дѣйствуя обоими пальцами въ разныхъ направленіяхъ, т. е. указательнымъ вверхъ, а большимъ внизъ, выводятъ такимъ образомъ маточное дно изъ его прежняго положенія. Дѣлая рука содѣйствуетъ при этомъ редресаціи какъ при обыкновенномъ двойномъ приѣмѣ. Едва ли этотъ маневръ заслуживаетъ особеннаго преимущества, такъ-какъ двѣ силы, прилагаемыя въ одно и тоже время такимъ образомъ въ различныхъ направленіяхъ не могутъ быть значительны, какъ это иногда можетъ потребоваться въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Особенно нѣкоторые совѣтовали прибѣгать къ этому приѣму

въ случаяхъ загибовъ матки взадъ. См. A. Hegar, Zur gynäcolog. Diagnostik. Volkw. Vorträge, № 34.—B. S. Schultze, Eine neue Methode der Reposition hartnäckiger Retroflexionen des Uterus. Centralbl. f. Gynäcol., 1879, № 3.— (Способъ, предлагаемый Schultze, состоитъ въ томъ, что она, предварительно расширивъ перикальный каналъ, вводитъ палецъ въ полость матки и такимъ образомъ редресируетъ дно ея).

J. Simpson, вводя въ гинекологическую практику маточный зондъ, особенно настаивалъ на томъ, что это лучшее средство для редресаціи наклоненій матки. Съ тѣхъ поръ очень многіе совѣтовали и до сихъ поръ продолжаютъ совѣтовать прибѣгать къ маточному зонду съ этою цѣлью. Нужно удивляться—какимъ образомъ гениальному гинекологу могло придти въ голову дать подобный совѣтъ. Не можетъ быть также никакого сомнѣнія въ томъ, что именно употребленіе зонда при редресаціи наклоненій матки, особенно взадъ, причиняло большинство тѣхъ несчастій, которыя враги зонда приписывали употребленію этого инструмента. Въ самомъ дѣлѣ, допустимъ, что мы имѣемъ дѣло съ наклоненіемъ взадъ (о наклоненіяхъ впередъ мы не говоримъ, такъ какъ редресація при нихъ удается безъ всякаго труда) и редресація пальцемъ не удается. Тогда-то, говорятъ, и должно прибѣгнуть къ зонду. При этомъ не принимають въ соображеніе одно: редресація можетъ не удасться только вслѣдствіе двухъ обстоятельствъ, а именно: или существуютъ сращенія между маточнымъ дномъ и сосѣдними органами, или же, помимо всякихъ сращеній, редресація невозможна потому, что матка, значительно увеличенная въ объемѣ и болѣе или менѣе воспаленная (по крайней мѣрѣ сильно гиперэмированная), какъ бы ущемлена въ тазу. Если при подобныхъ условіяхъ редресація не удается пальцу, могущему очень отчетливо ощущать степень сопротивленія, то какимъ образомъ доврѣить это зонду, при которомъ сопротивленіе ощущается весьма смутно? Второе: редресируя зондомъ, мы должны будемъ приложить силу на весьма ограниченную точку внутренней поверхности матки, а именно ту, которой касается пуповка зонда. Между тѣмъ всякому извѣстно, что тѣмъ менѣе точекъ приложенія силы, тѣмъ легче произвести насиліе. Вотъ существенная причина всѣхъ тѣхъ несчастныхъ случаевъ въ практикѣ, гдѣ дѣло оканчивалось прободеніемъ маточныхъ стѣнокъ, перитонитомъ и даже смертью больныхъ. Допустимъ даже, что въ данномъ случаѣ, гдѣ прибѣгаютъ къ редресаціи зондомъ, дѣло не дойдетъ до вышеупомянутыхъ печальныхъ результатовъ, то все-таки это не можетъ обойтись безъ болѣе или менѣе значительнаго раздраженія внутренней поверхности матки. Чтобы убѣдиться въ справедливости только что сказаннаго, стѣбитъ только кое-чуть вдуматься въ то—какимъ образомъ совершается приподниманіе наклоненной матки помонію зонда. Возьмемъ, для примѣра, наклоненіе взадъ третьей степени. Больная съ цѣлью редресаціи лежитъ на спинѣ, какъ при обыкновенномъ гинекологическомъ изслѣдованіи; зондъ вводится въ матку выпуклостью обращенною впередъ, т. е. къ лонному соединенію; затѣмъ, дошедши до дна,

поворачиваютъ инструментъ такимъ образомъ, чтобы онъ смотрѣлъ вогнутою стороною къ лонному соединенію. Но для того, чтобы совершить этотъ маневръ, приходится описать пуговкою инстру-



Фиг. 25.

мента почти $\frac{3}{4}$ круга. Можетъ ли подобный маневръ обойтись безнаказанно для внутренней поверхности матки? М. Sims *, со-

* Gëbärrutterchirurgie, 3-te Aufl., p. 213.

глашаясь съ тѣмъ, что редресация матки помощію обыкновеннаго зонда причиняла большія боли, кровоточенія и пр., предложилъ свою модификацію зонда, которую онъ назвалъ подъемникомъ (elevator uteri). Изъ приведеннаго здѣсь рисунка (ф. 25), изображающаго этотъ инструментъ, видно, что онъ состоитъ изъ трехъ частей: АС, ВС—и рукоятки. АС, помощію шарнира, скрытаго въ шарикѣ, приводится въ движеніе при посредствѣ потягиванія за кольцо В. Вводя инструментъ въ наклоненную взадъ матку, какъ и обыкновенный зондъ, упираютъ верхушку его въ заднюю стѣнку, затѣмъ, дѣйствуя на кольцо В, мы перемѣняемъ положеніе внутренняго конца инструмента такимъ образомъ, что пуговка А оборачивается впередъ, т. е. упирается въ переднюю стѣнку матки. Какъ М. Sims самъ, такъ и Gardner, Dawis, и др. съ большимъ энтузіазмомъ говорятъ о пользѣ этого подъемника. Мы очень нерѣдко, эксперимента ради, прибѣгали къ нему въ практикѣ и могли придти на этотъ счетъ къ слѣдующему заключенію. Подъемникъ несомнѣнно лучше обыкновеннаго зонда потому, что пуговкою его не приходится описывать $\frac{3}{4}$ круга по внутренней поверхности матки, но за то во всѣхъ остальныхъ отношеніяхъ онъ, пожалуй, хуже зонда, именно благодаря шарниру. Если этотъ послѣдній слабъ, то при попыткѣ поднять матку, внутренній конецъ, упиравъ сколько-нибудь сильно въ маточную стѣнку, падаетъ назадъ, т. е. отказываетъ совершенно въ томъ дѣйствіи, которое отъ него требуется. Еслиже, наоборотъ, шарниръ дѣйствуетъ туго, то подъемникъ производитъ точно такое же насиліе, какъ и обыкновенный зондъ. Какъ бы то ни было, подъемникъ Sims'a уже по одному тому не можетъ имѣть никакого преимущества предъ обыкновеннымъ зондомъ, что онъ основанъ на томъ же принципѣ, по существу своему совершенно ложному. Резюмируя все вышесказанное объ инструментальной редресации наклоненной матки, можно придти къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) Редресация наклоненной взадъ матки, при нѣкоторомъ навыкѣ и сколько нибудь предварительной рациональной терапіи, всегда удается помощію пальца.

2) Инструментальное вправленіе въ подобныхъ случаяхъ совершенно излишне, такъ-какъ оно по существу своему не рационально; кромѣ того, оно во многихъ случаяхъ положительно вредно.

3) Въ случаяхъ, гдѣ существуютъ сращенія маточнаго дна съ окружающими частями, всякую попытку къ редресации не только инструментальной, но даже и помощію пальцевъ должно считать совершенно неумѣстною.

Исполнивъ первую половину терапевтической задачи, именно редресацию или исправленіе положенія наклоненной матки, остается приступить къ выполненію второй половины ея, именно удержанію (фиксированію) матки въ надлежащемъ положеніи. Если первая половина сказанной задачи представляетъ иногда не мало затрудненій, то тѣмъ болѣе это должно сказать по отношенію

къ фиксированію матки. Это послѣднее достигается помощью двоякаго рода снарядовъ: однихъ, дѣйствующихъ на матку чрезъ брюшныя покровы, и другихъ, фиксирующихъ органъ со стороны рукава или даже со стороны полости смѣщеннаго органа.

Снаряды, фиксирующіе матку со стороны брюшныхъ покрововъ, извѣстны подъ именемъ *ceinture hypogastrique* и предложены были главнымъ образомъ противъ одного вида наклоненій матки, именно наклоненій впередъ. *Ceinture hypogastrique*, предлагавшійся въ этихъ случаяхъ, состоитъ изъ широкаго пояса изъ замши, снабженнаго на срединѣ нижняго края своего полулунынымъ пелотомъ, помѣщающимся надъ лоннымъ соединеніемъ. Употребляя подобный поясъ, имѣли въ виду, что пелоть отдавить взадъ наклоненное впередъ маточное дно. Многіе, какъ напр. Scanzoni, Courty, Depaul и др. отзываются съ большой похвалою о *ceinture hypogastrique* и нѣкоторые совѣтовали даже прибѣгать къ нему и при наклоненіяхъ взадъ. Въ началѣ моей практики я очень часто прибѣгалъ къ этого рода поясамъ, но очень скоро могъ убѣдиться не только въ ихъ нецѣлесообразности, но и прямою вредъ ихъ. Если дѣло идетъ о субъектахъ, рожавшихъ по нѣскольку разъ, съ весьма валыми брюшными стѣнками, то нѣкоторое время, по наложеніи пояса, они чувствуютъ себя гораздо лучше, благодаря тому, что поясъ фиксируетъ въ болѣе или менѣе значительной степени валые брюшныя покровы. Но, по прошествіи нѣ котораго времени, они снова начинаютъ жаловаться *Ceinture hypogastrique* кромѣ того, мы сказали, вреденъ и это объясняется тѣмъ, что онъ положительно понижаетъ маточное дно, слѣдовательно усиливаетъ болѣзненное состояніе, противъ котораго онъ назначается. Вслѣдствіе всего этого мы въ настоящее время никогда болѣе не прибѣгаемъ къ подобнаго рода поясамъ при наклоненіяхъ матки.

Точно такимъ же образомъ, какъ думали исправлять положеніе матки при наклоненіяхъ впередъ помощью вышеупомянутыхъ поясовъ чрезъ брюшныя покровы, предлагали дѣйствовать при наклоненіяхъ ея взадъ чрезъ прямую кишку. Такъ, Favrotъ предлагаетъ вводить на нѣкоторое время въ прямую кишку каучуковыя шары. Далѣе всѣхъ въ этомъ отношеніи зашелъ Нервieux, увѣряющій, что при наклоненіяхъ взадъ онъ достигалъ прекрасныхъ результатовъ тѣмъ, что онъ по цѣлымъ недѣлямъ (!?) оставлялъ въ прямой кишкѣ тампоны изъ корнн, смазываемые какою либо индифферентною мазью. Еще недавно Pajotъ снова заговорилъ объ употребленіи ректальныхъ тампоновъ съ этою цѣлью. Мы считаемъ совершенно излишнимъ доказывать здѣсь нераціональность подобнаго образа дѣйствій. Для того, чтобы тампонъ достигъ въ подобномъ случаѣ желаемой цѣли, онъ долженъ быть такихъ размѣровъ, при которыхъ большая едва ли въ состояніи будетъ долго переносить его; если же тампонъ малъ, то онъ не въ состояніи будетъ фиксировать маточное дно.

Доказавъ несостоятельность упомянутыхъ средствъ для фиксированія редресированной матки, намъ остается рассмотреть такъ называемую ортопедическую терацію, предложенную въ этихъ случаяхъ. Мы уже упомянули выше о томъ, что употребляемые въ подобныхъ случаяхъ снаряды бываютъ двоякаго рода: одни дѣйствуютъ чрезъ полость редресированной матки, а другіе чрезъ стѣнки рукава. Такъ-какъ первые изъ нихъ будутъ подробно рассмотрѣны при загибахъ матки, то мы здѣсь коснемся только втораго рода снарядовъ.

Механическіе снаряды (маточныя кольца, пессаріи) *, предлагаемыя для фиксированія маточнаго дна при наклоненіяхъ матки, до такой степени многочисленны и разнообразны по формѣ своей, что очень трудно въ настоящее время дать хоть какой нибудь систематическій обзоръ ихъ. Въ послѣдніе годы каждый гинекологъ считалъ какъ бы своею обязанностью придумать свой пессарій. Можно вообразить себѣ, что изъ этого вышло. Каждый годъ почти является по нѣскольку пессаріевъ, одинъ другаго сложнѣе и вычурнѣе.... Рискаю по этому лучше быть не полнымъ, чѣмъ привести здѣсь длинный рядъ бесполезныхъ снарядовъ, я ограничусь только приведеніемъ главныхъ изъ нихъ.

Прежде чаще всего прибѣгали къ кольцамъ (или пессаріямъ), съ эксцентрическимъ отверстіемъ—*pessaires à contraversion* французскихъ гинекологовъ. Они состоятъ изъ круглыхъ (кольцеобразныхъ) полотняныхъ подушечекъ, набитыхъ волосомъ или ватой и покрытыхъ лакомъ. Поперечникъ этихъ колецъ доходитъ отъ 81 до 108 милим. или 2—4"; они снабжены отверстіемъ (диаметръ его = 20—27 милим. = $\frac{3}{4}$ —1), помѣщающимся внѣ центра кольца. Вводится оно слѣдующимъ образомъ. Кольцо захватывается большимъ и указательнымъ пальцами и вводится въ рукавъ ребромъ; когда оно прошло въ рукавъ, его оборачиваютъ такъ, чтобы толстый конецъ кольца пришелся къ заднему своду, влагалищная же часть должна попасть въ отверстіе кольца. Не смотря на всю простоту этого снаряда, онъ въ настоящее время почти совершенно забытъ. Сколько мнѣ извѣстно, его выхваляетъ еще только профессоръ Martin.

Очень обширнымъ распространеніемъ въ практикѣ пользуются американскіе пессаріи, а именно Hodge и Meigs'a, предложенные въ 60-хъ годахъ. Пессаріи Hodge представляютъ полуоткрытыя кольца, загнутыя съ одного конца (фиг. 26); оканчивающагося двумя рожекми, загнутыми кверху, или же они

* Первая попытка къ механическому леченію наклоненій матки, если не считать намереніи на этотъ счетъ, встрѣчаемые у древнихъ, должно отнести къ началу этого столѣтія, именно къ 1808 году, когда Sander для исправленія неправильныхъ положеній матки предложилъ снарядъ, который онъ назвалъ *mochlopressum* (*Gemeins. Zeitschr. f. Geburtsk.* 1828 Bd. II p. 582). Dreyer (*Comment. de retrov. uteri. Havniae* 1820) для этой цѣли предложилъ свой *pessar. duplicatum*. Хотя инструменты Sander'a и Dreyer'a были предложены собственно для наклоненій беременной матки, тѣмъ не менѣе ихъ должно считать родоначальниками маточной механургіи.

представляютъ овалныя полныя кольца (фиг. 27). Что касается матерьяла американскихъ пессаріевъ, то они главнымъ образомъ готовятся изъ гартованнаго каучука. Въ послѣдствіи же начали ихъ дѣлать изъ серебра, алюминія и цинка (Sims)*, Hildebrandt**. Нѣкоторые предлагаютъ, чтобы гинекологъ каждый разъ самъ себя приготавливалъ ex tempore пессарій, для чего берутъ крѣпкую (телеграфную) проволоку, дѣлаютъ изъ нея кольцо нужной величины и покрываютъ его гута-перчой. Weigel*** одинъ выхваляетъ модификацію годжевскихъ колець, которую предложилъ Scattegood и состоящую въ томъ, что одна половина кольца входитъ въ другую и можно такимъ образомъ одно и тоже кольцо увеличить или уменьшить ad libitum.



Фиг. 26.



Фиг. 27.

Годжевскіе пессаріи и всѣ модификаціи ихъ накладываются слѣдующимъ образомъ: выбравъ кольцо надлежащей величины, его вводятъ въ прямомъ размѣрѣ выхода таза; когда оно прошло въ рукавъ, его поворачиваютъ такимъ образомъ, чтобы толстый конецъ пришелся въ задній сводъ или, другими словами, чтобы выгнутая поверхность пессарія легла на заднюю стѣнку рукава, вслѣдствіи чего нижній конецъ пессарія будетъ обращенъ къ лонному соединенію, причемъ влагалищная часть помѣщается между ножекъ инструмента. Пессарій полуоткрытый (т. е. съ рожекми, фиг. 26) былъ предложенъ главнымъ образомъ противъ наклоненій взадъ; пессарій же закрытый (фиг. 27) Hodge употребляетъ противъ наклоненій впередъ. Съ этою же цѣлью, для того, чтобы уменьшить давленіе на пузырь, Hodge придаль ему легкую выгнутость (a).

По словамъ M. Sims'a, пессарій Hodge, какъ съ теоретической, такъ и съ практической стороны, не оставляетъ желать ничего лучшаго и этому должно приписать то, что онъ болѣе всего распространенъ между американскими гинекологами. Познакомившись однако нѣсколько ближе съ американскою гинеко-

* Gebärmutterchirurgie, p. 270.

** Op. cit. p. 67.

*** Monatschr. f. Geburtsh. Bd. XXIX, p. 308.

живаютъ тѣхъ похвалъ, которыя обыкновенно имъ расточаютъ въ этомъ случаѣ. Мы прежде очень часто прибѣгали къ пессаріямъ (и притомъ очень часто въ госпиталѣ) и мнѣніе наше на счетъ благоприятнаго дѣйствія ихъ противъ наклоненія матки далеко невыгодно. Въ самомъ дѣлѣ, пессарій, дѣйствуя только тѣмъ, что растягиваетъ задній сводъ, дѣйствуетъ только благоприятно до поры-до-времени, т. е. до тѣхъ поръ, пока растяженіе достигаетъ своего maximum'a и тогда онъ перестаетъ соответствовать размѣрамъ матки. Какъ бы растяженіе ни было значительно, оно все таки будетъ все еще недостаточно, какъ скоро съ теченіемъ времени размѣры (а слѣдов. и весь) матки увеличились настолько, что искусственной подпорки уже не хватаетъ на то, чтобы держать дно матки на извѣстной высотѣ. Оттого-то мы видимъ то, что пессарій, прежде державшій хорошо матку въ теченіи извѣстнаго времени, по прошествіи его, оказывается безсильнымъ, т. е. онъ смѣщается и именно потому, что онъ не только не фиксируетъ матку, а, наоборотъ, матка сдвигаетъ его въ различныя стороны. Это — одно. Второе: если мы будемъ почаще перемѣнять пессаріи, т. е. брать ихъ все большихъ размѣровъ, то въ слѣдствіе этого задній сводъ теряетъ послѣдніе остатки своего тонуса, т. е. ослабѣваетъ. А мы уже знаемъ — какое громадное значеніе по отношенію къ нормальному положенію матки имѣетъ извѣстная степень напряженія рукавныхъ сводовъ. Въ этомъ, по нашему мнѣнію, заключается вся невыгодная сторона пессаріевъ. Кромѣ всего вышесказаннаго, уже давно нѣкоторые гинекологи, какъ напр. Ch. Clay * вооружались противъ пессаріевъ потому, что, растягивая рукавъ, они производятъ сильное давленіе на половые органы; затѣмъ описано нѣсколько случаевъ продыравленія рукавныхъ стѣнокъ. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ, въ теченіи одной зимы, я видѣлъ два подобныхъ случая: въ одномъ изъ нихъ больная носила огромный пессарій 15 мѣсяцевъ, а въ другомъ — 1½ года, ни разу не вынимая его. Въ томъ и другомъ случаѣ мы могли констатировать глубокое продыравленіе задней стѣнки, къ счастью для больныхъ не доходящее до задняго свода пальца на два. Вообще я долженъ сказать, что мнѣ столь часто приходится убѣждаться во вредѣ, причиняемомъ пессаріями, что считаю необходимымъ обратить серьезное вниманіе читателя на этотъ вопросъ. Тотъ грубый эмпиризмъ, въ которомъ такую выдающуюся роль въ гинекологической терапіи игралъ прежде яписный карандашъ, въ настоящее время замѣняется по отношенію къ пессаріямъ. Ихъ употребляютъ по шаблону, нисколько не отдавая себѣ отчета въ томъ, что должно отъ нихъ требовать въ данномъ случаѣ. Я бы утомилъ вниманіе читателя, если бы вздумалъ здѣсь привести хоть нѣсколько только случаевъ изъ тѣхъ, въ которыхъ мнѣ приходилось видѣть самые печальные результаты отъ подобной шаблонной терапіи. Немало-

* Obstetric. Transact. 1864, Vol. V. p. 177.

важную роль въ этомъ случаѣ играетъ простота техники наложенія того или другаго пессарія. Въ самомъ дѣлѣ, гораздо легче наложить кольцо, чѣмъ возиться цѣлыя недѣли съ накопленіемъ матки, обусловливаемымъ хоть напр. хроническимъ паренхиматочнымъ метритомъ. Оттого-то пессарій составляетъ любимое средство бабушекъ, занимающихся гинекологіей... Выше мы видѣли уже, что если матка наклоняется въ ту или другую сторону, то при этомъ существенную роль играютъ тѣ причины, которыя вызвали увеличение матки въ объемѣ: формы воспалительныя и недостаточное обратное развитіе *post partum*. Допустимъ, что мы въ подобномъ случаѣ наложили одинъ изъ вышеописанныхъ пессаріевъ. Какъ инородное тѣло, торчащее цѣлыми мѣсяцами въ рукавѣ, оно должно раздражать ткани, съ которыми оно приходитъ въ прикосновеніе, слѣдовательно, оно будетъ поддерживать гиперемію въ наклонномъ органѣ, т. е. усилить причину, вызвавшую смѣщеніе матки, противъ котораго пессарій долженъ дѣйствовать. Мы неоднократно имѣли возможность убѣдиться путемъ тщательныхъ измѣреній, что наклоненная взадъ матка въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы вводили пессарій, абсолютно всегда увеличивалась въ объемѣ. Принимая въ соображеніе, что мы въ практикѣ чаще всего имѣемъ дѣло съ наклоненіями матки, обусловливаемыми воспалительными формами, то станетъ понятно безъ дальнихъ объясненій—на сколько рационально употребленіе пессаріевъ въ той мѣрѣ, какъ мы видимъ это въ обыденной гинекологической практикѣ. Особенный вредъ мы наблюдали отъ этихъ снарядовъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло шло не только о воспаленіи матки, но также одного или обоихъ яичниковъ. А кому неизвѣстно, какъ часто различныя виды оофорита сопровождаютъ воспалительныя формы матки?

Въ виду всего этого, я въ настоящее время прибѣгаю къ пессаріямъ при наклоненіяхъ матки въ высшей степени рѣдко и именно тамъ, гдѣ я имѣю дѣло со сращеніями наклоненнаго дна и гдѣ больныя жалуются на очень непріятныя ощущенія выпирания изъ таза, или же на болѣе значительныя боли. Здѣсь я мирюсь съ пессаріемъ, какъ съ необходимымъ зломъ и ввожу его, но притомъ всегда только на-время, для того, чтобы уменьшить хоть сколько нибудь давленіе маточнаго дна на сосѣднія части. Тамъ, гдѣ дѣло идетъ о старыхъ сращеніяхъ, предсказаніе абсолютно неблагоприятно и всякое хоть какое бы то ни было облегченіе страданій больной становится главной задачей терапіи. Въ подобныхъ случаяхъ я оставляю пессарій *in loco* до тѣхъ поръ, пока не начинаютъ обнаруживаться явные признаки усиленія гипереміи*.

* Что касается вопроса—сколько времени можно оставлять пессарій въ рукавѣ,—то трудно отвѣтить на него хоть сколько нибудь положительно. Въ первое время нужно тщательно слѣдить за наложеннымъ пессаріемъ, чтобы убѣдиться, съ одной стороны, въ томъ—какъ его переноситъ больная, съ другой же стороны для того, чтобы видѣть—лежитъ ли пессарій какъ слѣдуетъ. Никогда не слѣдуетъ вводить больной введеніе пессарія, такъ-какъ она никогда не въ состояніи сдѣлать это

При этомъ пессарій удаляется, назначается известная терапия для унятія гипереміи и затѣмъ онъ снова вводится. Точно такъ, какъ при болѣе или менѣе абсолютной неподвижности матки иногда приходится прибѣгать къ пессарию, такимъ же образомъ онъ употребляется нами, какъ увидимъ ниже, при состояніи совершенно противоположномъ, именно при чрезмѣрной подвижности матки.

Указавъ на всѣ невыгоды, сопряженныя съ употребленіемъ пессаріевъ, спрашивается—что же остается дѣлать для выполненія втораго показанія при редресациі наклоненій матки, именно фиксированія наклоненнаго маточнаго дна? Послѣ того, какъ мы отказались отъ употребленія пессаріевъ въ этихъ случаяхъ, намъ ничего болѣе не оставалось, какъ искать такого средства, которое бы выполняло отчасти назначеніе механическаго снаряда, не вызывая того раздраженія, которое обыкновенно сопряжено съ этимъ послѣднимъ. Мы поэтому остановились на обыкновенной морской губкѣ, которая давно предложена была для этой цѣли М-ме Воуvin *. Не смотря на то, что предложеніе этой знаменитой женщины относительно употребленія губокъ въ этихъ случаяхъ не встрѣтило никакого сочувствія между практиками, я считаю его тѣмъ не менѣе до такой стѣпени важнымъ, что спорю въ гинекологической терапіи, что нельзя не высказать сожалѣнія о томъ, что къ нему отнеслись вообще слишкомъ недоувѣрчиво. Мы сначала изложимъ способъ употребленія губокъ и затѣмъ разсмотримъ упреки, которые имъ обыкновенно дѣлаются.

Распознавъ то или другое наклоненіе матки и рѣшивъ, что нужно поддерживать маточное дно въ известномъ направленіи, слѣдуетъ путемъ повторныхъ изслѣдованій познакомиться хорошенько со степеню подвижности матки, величиною ея и вѣсомъ; кромѣ того, необходимо знать емкость обоихъ рукавныхъ сводовъ, такъ-какъ только на основаніи этихъ данныхъ можно опредѣлить величину губки, которую приходится употребить въ дѣло. Рѣшивъ всѣ эти вопросы, мы беремъ губку, нѣсколько разъ хорошо вываренную въ кипяткѣ, и прирѣзаемъ изъ нея кусокъ надлежащей величины закругленной или овальной формы и чрезъ средину его продѣвается крѣпкая нитка. Въ большинствѣ случаевъ губка вводится въ сводъ, куда наклонено дно матки. Не рѣдко однако приходится отступить отъ этого правила, особенно при наклоненіяхъ впередъ и именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ передній сводъ очень мелокъ и влагалитная часть очень короткая; при подобныхъ условіяхъ нельзя будетъ прочно уложить губку въ переднемъ сводѣ и потому, не смотря на то,

надлежащимъ образомъ. Вообще должно сказать, что очень полезно хоть разъ въ двѣ, три недѣли, удалить пессарій для того, чтобы хорошенько его вычистить, такъ какъ, не смотря на прилежное употребленіе души, пессарій нерѣдко очень сильно покрывается продуктами матки и рукава. Во время мѣсячныхъ удаляютъ пессарій лишь тогда, когда имѣютъ дѣло съ *menst. profusa*.

* См. у Dunal'я, op. cit., p. 87.

что маточное дно отклонено впередъ, губку тѣмъ не менѣе помещаемъ въ заднемъ сводѣ, чтобы она, разбухши до нѣкоторой степени, отдавливала влагалищную часть впередъ, вслѣдствіе чего дно матки отойдетъ назадъ. Предъ введеніемъ губки она смачивается въ простой теплой водѣ или же въ слабомъ растворѣ глицерина въ водѣ; если же, какъ чаще всего бываетъ, мы имѣемъ дѣло съ хроническимъ паренхиматознымъ воспаленіемъ матки, то губка напITYвается растворомъ различныхъ разрыхляющихъ средствъ (*Jodidi, Bromidi potassae, ʒii ad Glycer. ʒiv*).

Предъ тѣмъ, какъ ввести губку, необходимо произвести taxis наклоненной матки по тѣмъ правиламъ, которыя описаны выше; затѣмъ, освободивъ подлежащій сводъ рукава, помещаютъ въ немъ предварительно приготовленную губку. Что касается того, какъ долго должно оставлять губку *in loco*, то это прямо обусловливается степенью раздражительности даннаго субъекта и въ особенности степенью возбуждаемости рукава. Вообще же должно сказать, что въ началѣ должно быть осторожну и не оставлять губки долѣе, чѣмъ на шесть часовъ. Даже и при осторожномъ употребленіи губокъ, послѣ нѣсколькихъ разъ, обыкновенно приходится слышать жалобы больныхъ на болѣе или менѣе сильныя боли внизу живота и крестцовой сторонѣ, — явленія, указывающія на усиленіе гипереміи матки, что нетрудно бываетъ констатировать изслѣдованіемъ. Въ этомъ случаѣ губки оставляются на нѣкоторое время и назначаются приличныя средства для успокоенія раздраженія родовыхъ путей. Долѣе чѣмъ на 8—10 часовъ мы никогда не оставляемъ губку; этого мало: мы никогда почти не вводимъ губку каждый день, а дѣлаемъ это только черезъ каждыя 2—3 дня, по крайней мѣрѣ въ началѣ леченія, пока рукавъ не привыкнетъ къ новому раздражителю.

Мы уже сказали выше, что употребленіе губокъ, какъ суррогата пессаріевъ, не встрѣтило въ гинекологической практикѣ никакого сочувствія. Нужно однако сказать, что упреки, высказанные противниками, явно указываютъ на то, что они это дѣлаютъ на основаніи априористическихъ заключеній, а ничуть не клиническихъ наблюденій. Такъ напр. Martin увѣряетъ, что губки должны быть оставляемы въ рукавѣ въ продолженіи многихъ недѣль и притомъ безпрерывно (?), что должно имѣть послѣдствіемъ сильное раздраженіе родовыхъ путей, слущиваніе эпителия, изъязвленія и пр. Мы имѣемъ полное право утверждать, что никогда бы Martin не высказалъ подобнаго заключенія о губкахъ, если бы онъ хоть нѣсколько разъ употребилъ ихъ въ дѣло и притомъ какъ слѣдуетъ. Какъ бы то ни было, на основаніи множества наблюденій, мы ни въ какомъ случаѣ не можемъ согласиться съ подобными выводами. Сотни наблюденій сдѣлали для насъ несомнѣннымъ то, что выгоды, представляемыя рациональнымъ употребленіемъ губокъ предъ самыми разнообразными пессаріями, не могутъ подлежать ни малѣйшему сомнѣнію. Выгоды эти существенно и главнымъ образомъ состоятъ въ томъ, что

1) Губки оказываютъ благоприятное вліяніе на исправленные положенія матки, благодаря рычагообразному дѣйствію, которое въ данномъ случаѣ не можетъ подлежать никакому сомнѣнію.

2) Губки несравненно менѣе, чѣмъ самыя легкія пессаріи раздражаютъ родовые пути.

3) Поддерживая механически дно наклоненной матки, онѣ въ то же время могутъ служить средствомъ для примѣненія того или другаго раздѣшающаго средства при хронически воспаленной маточной ткани.

4) Губки безнаказанно и безъ всякаго ущерба для больной могутъ съ большою пользою быть употреблены и въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ существуетъ формальное противупоказаніе къ продолжительному употребленію пессаріевъ, именно при сращеніяхъ маточнаго дна съ сосѣдними органами, а также при болѣзняхъ или менѣе рѣзко выступающихъ воспалительныхъ явленіяхъ, какъ со стороны матки, такъ и придаточныхъ частей ея.

Указавъ на выгодныя стороны, сопряженныя съ употребленіемъ губокъ съ разсматриваемою цѣлью, нужно упомянуть и о томъ, что, къ сожалѣнію, здѣсь есть и обратная сторона медали. Начать съ того, что употребленіе ихъ несравненно хлопотливѣе употребленія пессаріевъ, такъ-какъ врачу приходится непременно самому вкладывать ихъ два раза и болѣе въ недѣлю. Но это бы не составляло особенно важной невыгоды; гораздо серьезнѣе то, что бываютъ случаи, въ которыхъ губки не ведутъ къ желаемой цѣли; это именно тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ чрезмѣрно инфарктированнымъ дномъ матки или задней стѣнки ея. Въ этихъ случаяхъ мягкой губки, какихъ бы размѣровъ она ни была, далеко недостаточно для того, чтобы хоть до нѣкоторой степени поддержать слишкомъ тяжелое маточное дно. При подобныхъ условіяхъ мы совѣмъ не настаиваемъ на употребленіи губокъ, а прямо замѣняемъ ихъ компактными корпейными шарами, употребляемыми нами тоже на тѣхъ же началахъ, какъ и губки. Правда, подобныя шары далеко не столь невинны уже, какъ губки, за то, съ другой стороны, они все же несравненно менѣе раздражаютъ родовые пути, чѣмъ любой пессарій. Замѣнять губки и корпейные шары ватой, какъ это предлагаетъ M. Sims*, мы находимъ, по меньшей мѣрѣ, нецѣлесообразнымъ, такъ-какъ вата, какъ бы она ни была смочена глицеринномъ, все еще сильно раздражаетъ. Не можемъ не замѣтить здѣсь кстати, что для насъ совершенно непонятно — какимъ образомъ знаменитый американскій гинекологъ могъ совѣтовать ввѣрять введеніе тампоновъ, долженствующихъ замѣнять пессарій, самой больной, для чего онъ и придумалъ особенный инструментъ (porte-tampon). Мы уже выше указали на то, что какъ введеніе пессарія, такъ и суррогатовъ его (губки и корпейные шары) никогда не должно

* Op. cit. p. 238.

быть ввѣрнѣмо самой больной, такъ-какъ важно собственно не введеніе пессарія, а вся суть въ предварительномъ актѣ, именно въ редресаціи матки, что больная, само собою разумѣется, уже ни въ какомъ случаѣ не сумѣетъ сдѣлать какъ слѣдуетъ.

Что касается терапіи боковыхъ наклоненій матки, то о ней едва ли можетъ быть и рѣчь, такъ-какъ они всегда сопутствуютъ другимъ наклоненіямъ. Если же они существуютъ самостоятельно, то, какъ ужь мы видѣли выше, они будутъ составлять результатъ недостатка первоначальнаго развитія, или же являются послѣдствіемъ воспалительныхъ процессовъ вокругъ матки. Только въ послѣднемъ случаѣ они становятся объектомъ терапіи, которая здѣсь основывается на тѣхъ же началахъ, какии изложены выше.

Въ заключеніе намъ остается еще упомянуть о хирургическихъ способахъ леченія наклоненій матки, которые предложены были въ послѣднее время. Одинъ изъ первыхъ оперировалъ Sims въ трехъ случаяхъ наклоненія матки впередъ, въ которыхъ онъ истощилъ напрасно всѣ средства для облегченія своихъ больныхъ. Способъ, предложенный Sims'омъ, состоитъ въ томъ, что онъ кровавымъ путемъ укорачиваетъ переднюю стѣнку рукава и притомъ такимъ образомъ, что онъ вырѣзываетъ въ ней двѣ поперечныхъ складки слизистой оболочки и затѣмъ сшиваетъ окровавленные поверхности. Во всѣхъ трехъ случаяхъ, по словамъ его, результатъ былъ поразительный: припадки, на которые жаловались больныя, исчезли и одна изъ нихъ даже благополучно родила послѣ этого. Не смотря на авторитетъ Sims'a, при внимательномъ чтеніи его случаевъ рождаются невольныя сомнѣнія въ рациональности этого метода. Причемъ тутъ, спрашивается, укороченіе передней стѣнки рукава на столько и столько-то центиметровъ, если въ одномъ изъ сказанныхъ случаевъ наклоненіе матки впередъ обуславливалось фибромой маточнаго дна? Очевидно, здѣсь что-то не такъ, потому что можно укорачивать *ad libitum* переднюю стѣнку, фибромъ же останется какъ ни въ чемъ не бывало, а, слѣдовательно, операція не должна оказать никакого вліянія на наклоненіе матки. Показаніе къ разсматриваемой операціи нисколько не выясняется слѣдующими словами, которыми Sims оканчиваетъ описаніе ее. «Операція эта умѣтна не во всѣхъ случаяхъ наклоненія впередъ. Напротивъ, она должна быть предпринимаема лишь тамъ, гдѣ передняя стѣнка рукава чрезмѣрно длинна, матка лежитъ параллельно съ рукавомъ, а дно ея находится непосредственно позади лоннаго соединенія».

Въ 1858 году д-ръ Abeille* выступилъ съ новымъ хирур-

* Статья Abeille'a, въ которой изложенъ его способъ, помѣщена въ Gazette méd. de Paris № 29, 30. Мы не имѣли этой статьи подъ рукою и цитируемъ ее по сочиненію Demarquay и St. Val'а: *Traité clin. des malad. de l'uterus*, Paris, p. 471.

гическимъ методомъ, назначеннымъ не только противъ наклоненій матки, но также и противъ загибовъ и опущеній ея. Вся суть метода состоитъ въ томъ, что нападаютъ на влагалищную часть, дѣлая, съ одной стороны, поперечные разрѣзы въ ней (раскаленными ножами), которые затѣмъ соединяются между собою такъ, что часть, вырѣзываемая изъ *port. vag.*, напоминаетъ форму латинскаго V. Не смотря на то, что Abeille приводитъ обширную казуистику, въ которой онъ съ успѣхомъ оперировалъ по этому способу, Desmarquay относится къ этой операци съ большою недоувѣрчивостію, считая ее весьма опасной. На сколько намъ кажется, суть предложеннаго Abeille метода состоитъ въ томъ, чтобы уменьшить вѣсь влагалищной части; не проще ли было бы прибѣгнуть прямо къ ампутаціи большаго или меньшаго куска ея?

Loewenthal * въ своей монографіи о смѣщеніяхъ матки очень подробно касается вопроса о хирургическомъ (т. е. кровавомъ) леченіи ихъ и въ заключеніе предполагаетъ свой собственный оперативный методъ. Сущность его заключается въ томъ, что при наклоненіи матки впередъ натягиваютъ помощью вилкообразнаго крючка нижнюю половину задней стѣнки рукава такимъ образомъ, чтобы верхняя половина ея представлялась совершенно гладкою, т. е. безъ складокъ, что будетъ указывать на то, что задняя стѣнка рукава, а, слѣдовательно, и одноименный сводъ его напряженъ до послѣдней возможности. Затѣмъ изъ середины напряженной такимъ образомъ задней стѣнки вырѣзываютъ доску достаточной величины и послѣ этого края раны сшиваются обыкновеннымъ образомъ. По заживленіи спитой раны, мы получимъ извѣстное укороченіе стѣнки рукава и такое напряженіе свода, которое не позволитъ маточному дну нагнуться впередъ. При наклоненіи взадъ оперируютъ точно такимъ же образомъ, только *mutatis mutandis*, т. е. доску вырѣзывается изъ передней стѣнки рукава. Изобрѣтатель описаннаго метода придаетъ ему чрезвычайно важное значеніе и надѣется на то, что онъ найдетъ обширное примѣненіе въ практикѣ. Едва-ли. Все, что сказано нами о способѣ Sims'a, всецѣло относится ихъ методу Loewenthal'a, такъ какъ въ сущности основаніе его лежатъ тѣже начала, именно укороченіе той или другой стѣнки рукава. Это должно считать причиною того, что со времени, когда предложенъ былъ этотъ способъ, мы въ литературѣ не находимъ объ немъ ни одного одобрительнаго отзыва. Напротивъ, Schroeder ** считаетъ даже излишнимъ описывать его, а прямо говорить, что онъ основанъ на ложныхъ началахъ.

* Die Lageveränderungen des Uterus. Heidelb. p. 100 и слѣд.

** Handb. d. Krankh. d. weibl. Geschl. p. 174.

2. Загибы матки.

Flexiones uteri.

Истор.-библиогр. замѣч. Мы уже упомянули выше о томъ, что любители старины отыскивали у Гипократа слѣды того, что древнимъ хорошо известны были смѣщенія матки (а слѣдовательно по тогдашнимъ понятіямъ и загибы ея). Прочитавъ однако со вниманіемъ то, что говорится по этому поводу у Гипократа, нельзя не придти къ заключенію, что ему известна была только клиническая картина смѣщенія взадъ беременной матки. Вотъ что говорится у Гипократа въ книгѣ о женск. болѣз.... „Нис (т. е. смѣщеніе) autem morbus lethalis est, si uteri ad lumbos medios fuerint, dolor imum ventrem, deinde crura detinet, cumque ventris onus detinet, acutiores suboriuntur, stercusque non nisi vi progreditur, urina guttatim fertur“. Какъ бы то ни было, но въ началѣ XIX столѣтія, если толковали объ измѣненіяхъ въ очертаніи (загибахъ) матки, то только до отношенію ихъ къ беременности. Не можетъ не показаться страннымъ, что прежде всего заговорили о загибахъ взадъ, между тѣмъ, какъ увидимъ ниже, загибы впередъ встрѣчаются въ практикѣ несравненно чаще. Первый о загибахъ взадъ въ небеременномъ состояніи заговорилъ Dephan въ 1802 г. Онъ именно описываетъ случай загиба матки взадъ, который онъ наблюдалъ послѣ родовъ и развитіе котораго онъ приписываетъ задержанію мочи. Затѣмъ только, спустя цѣлую четверть столѣтія, о загибахъ впередъ впервые упоминаетъ Ameline (1827 г.) въ своей диссертациі. Онъ, правдѣ, самъ не наблюдалъ ихъ, но приводитъ одинъ случай загиба впередъ, который сообщила ему M-me Boivin. Тѣмъ не менѣе заслуга Ameline'a этимъ несколько не уменьшается, такъ-какъ онъ первый указалъ клиницистамъ на это важное патологическое состояніе матки и придуманное имъ для него имя—anteflexio—осталось до сихъ поръ въ наукѣ *. Послѣ этого мы должны упомянуть объ Amussat (1828 г.), возбуждившемъ вопросъ о механическомъ леченіи загибовъ, нашедшемъ такихъ горячихъ защитниковъ въ I. Simpson'ѣ, Valleix'ѣ, Kiwisch'ѣ и др. Знаменитые дебаты о смѣщеніяхъ матки вообще и въ особенности о механическомъ (ортопедическомъ) леченіи ихъ, происходившіе въ Парижской Медицинской Академіи въ 1849 г., составляютъ очень важную эпоху въ исторіи рассматриваемаго вопроса, такъ какъ по этому поводу высказывались о немъ лучшіе французскіе представители хирургіи и гинекологіи ** и такъ-какъ они, кромѣ того, породили цѣлый рядъ анатомическихъ и клиническихъ изслѣдованій, относящихся къ этому вопросу. То, что I. Simpson сдѣлалъ въ отношеніи изученія загибовъ матки для Англии, тоже самое сдѣлалъ для Германіи Kiwisch, который съ особенной любовью занимался этимъ вопросомъ. Послѣ Kiwisch'a мы должны упомянуть изъ нѣмецкихъ гинекологовъ C. Mayer'a, Detschy, Sommer'a, а изъ новѣйшихъ C. и A. Braun'a въ Вѣнѣ, C. Martin'a, Hildebrandt'a Winckel'a и множество другихъ, которые упомянуты будутъ ниже. Для изученія нормальной и патологической анатоміи рассматриваемаго вопроса очень много сдѣлали во Франціи Cruveilhier, Boullard, Cusco и Sappey, въ Германіи же обратила на себя вниманіе полемика по этому поводу между Virchow'омъ и Рокитанскимъ. Изъ американскихъ гинекологовъ по отношенію къ рассматриваемому вопросу, мы должны упомянуть объ Hodge, Meigs'ѣ, G. Thomas'ѣ,

* По Hueter'y, (Die Flexion. d. uter. Leipz., 1870, p. 32) названіе flexio въ первый разъ было употреблено Breschet. Въ то время, когда еще недостаточно ясно установлены были понятія о сущности загибовъ матки и ихъ постоянно смѣшивали съ наклоненіями, Meissner предложилъ называть загибы впередъ—prognatio, а взадъ Supinatio uteri. Названія эти однако не вошли въ науку.

** Въ этихъ дебатахъ особенное участіе принимали: Gibert, Velpeau, Malgaigne, Moreau, Jobert, A. Robert, Huguier, P. Dubois и Récamier.

Bigby и др. Въ Россіи одинъ изъ первыхъ о загибахъ матки заговорилъ лейбъ-медикъ Гартманъ. Затѣмъ мы еще должны упомянуть о статьяхъ проф. Крассовскаго и Лазаревича и д-ровъ Бубнова и Тарновскаго, писавшихъ диссертациіи объ этомъ вопросѣ. Наконецъ, позволю себѣ еще упомянуть о нашей статьѣ по этому поводу, написанной лѣтъ 15 тому назадъ, только потому, что въ ней болѣе, чѣмъ это дѣлалось до сихъ поръ, указано на отношеніе наклоненій матки къ загибамъ ея,—вопросъ; по нашему мнѣнію, въ высшей степени важномъ въ клиническомъ отношеніи.

Depman, Introduction to midwifery. London, 1801.—Schweighauser, Afs. ueber einige physiolog. und practische Gegenst. der Gebursthülfe. Strasbourg, 1817.—Jourdan, Diction. des sciences medic. Paris, 1818, t. XXIII, p. 275, статья Hystérologie.—W. J. Schmitt, ueber die Zurückbeugung der Gebärmutter. Wien, 1820.—Ameline, Essai sur l'anteyersion de l'uterus. Paris, 1827.—Boivin et Dugès, Traité prat. des maladies de l'uterus. Paris, 1833, t. I, p. 125.—H. de Chgoïn, De quelques déplacements de la matrice et des pessaires. Mémoires de l'acad. de med. de Paris, 1833, t. II, p. 319.—Simpson, Monthly Jour., 1843, Jul, Dubl. Jour, 1848, May и въ Obstetr. Memoirs and Contribut, 1855, T. I, p. 199.—Pajot издалъ лекціи Velpeau о смѣщеніяхъ матки въ 1845 г., напечатанныя въ Gaz. des hôp., за этотъ годъ.—Desormeau et P. Dubois, Diction. de médecine en 30 volumes, T. XXX, Paris, 1846, p. 373.—Вышеупомянутыя дебаты Париж. медиц. акад. напечатаны въ Gaz. médicale de Paris за 1849, № 41—47.—Baud, Deviations et engorgements de l'uterus. Paris, 1850.—Sommer, Beiträge zur Lehre von den Infractionen und Flexionen der Gebärmutter. Giesesen, 1850.—Piachaud, Des deviations de l'uterus à l'état de vacuité. Paris, 1852.—Rockwitz, Verhand. der Berl. Ges. f. Geburtsk. Bd. V, p. 82, также De antefl. et retroflex. uteri. Marbourg. 1851.—Kiwisch, klin. Vorträge. Prag, 1851, Bd. I, p. 117.—Cusco, De l'anteflexion et de la retroflexion de l'uterus. Paris, 1853.—Valleix, Gaz. des hôp., 1851, № 129 и L'union, 1853, № 106.—Virchow, Ueber die Knickungen der Gebärmutter. Verhandl. der Ges. f. Geburt. Berl., Bd. IV, p. 80, также Wiener allgem. Med. Ztg., 1869, № 4, 5, 6 и 21.—Rokitansky, Wiener allgem. med. Zeitung., 1859, № 17 и 18.—Dunaj, Etudes médico-chirurgic. les deviations uterines. Paris, 1859.—Arneht, Petersb. Med. Zeitchr. 1861, B. I, № 5.—Freund, ueber erworbene primäre Rückwärtsknickung der Gebärmutter. Monatschr. f. Geburtsk., 1862, Bd. XX, p. 451.—Гартманъ, Einiges zur Lehre der Deviationen der Gebärmutter im ungeschwängerten Zustande und ihrer Behandlung auf mechanischen Wege, Petersb. Med. Zeitschr., 1863, Bd. V, p. 65.—J. Holst, Empfängniß, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Uterusknickungen. Monatschr. f. Geburtsk., 1863, Bd. V, p. 65. См. также его Beiträge z. Gynaekologie und Geburtsk. 1865, Hft. I, p. 189 и 1867, Hft. II.—Klob, Pathol. Anat. der weibl. Sexualorg. Wien, 1864, p. 56.—M. B. Freund, Die Lageentwicklung der Beckenorgane. Bresl. klin. Beitr., 1864, Hft. 2, p. 85.—Priestley, On flexions of the unimpregnated uterus. Medic. Times a Gaz., 1864, May 14.—Бубновъ. Объ искривленіяхъ матки. Дис. СПб., 1865.—М. Горвицъ, Объ отношеніи наклоненій матки къ загибамъ ея. Медиц. Нов., 1865.—И. Тарновскій, О механическомъ леченіи искривленій матки. Дис. СПб., 1868.—Martin, Die Neigungen u. Beugungen der Gebärmutter. 2-te Aufl. Berlin, 1870.—Hodge, On diseases peculiar to women, II edit. Philadelphia, 1870.—Hueter, Die Flexion. des Uterus, Leipzig, 1870. Одна изъ лучшихъ монографій по этому вопросу. О полнотѣ ея можно составить себѣ некоторое понятіе ужъ потому, что Hueter въ сочиненіи своемъ цитируетъ 145 авторовъ, писавшихъ по рассматриваемому предмету.—Credé, Arch. f. Gynaecologie, 1870, Bd. I, p. 84.—Hildebrandt, Volk. Samml. klin. Vorträge. Leipzig, 1870, № 5.—Schroeder, въ томъ же собраніи за 1872, № 67.—Wiinkel, Die Behandl. der Flexionen des Uterus mit intrauterinen Elevatoren. Berlin, 1872. Чрезвычайно полная монографія въ отношеніи механической терапіи.—B. Schultze, Volk. Sammlung, 1872, № 50, также въ Tagesb. der Leipzig. Naturf.—Vers, 1872, p. 81; Arch. f. Gynaecol. Bd. IV, p. 373.—Spiegelberg, Ad. Intrauterinpressarien, Arch. f. Gynaecolog., Bd. III,

Hft. I, p. 152.—Olshausen, Practisches und Statistisches zur intrauterinen Behandlung. Arch. f. Gynaecol. Bd. IV, p. 471.—Spiegelberg, Ueber intrauterine Behandlung. Volk. klin. Vorträge. № 9.—A water, zur mechanischen Behandlung der Versionen und Flexionen des uterus. Erlangen. 1874.—Elynan der Wercker, The present Statut of the intrauterine stem in the treatment of flexions of the uterus. Transactions of the americ. Gynaecolog. Jul., 1867, p. 214.—Benicke, Besprechung der neueren Arbeiten ueber die Versionen und Flexionen des uterus. Zeitschr. f. Geb. u. Gynaecol., Bd. I, p. 197.—Routh. On the me of intrauter. stems in uterine diseases. Lond. obst. Transact., v. XV, p. 252.—Winckel, Die Pathol. der weiblich. Sexualorg. in Lichtdruckabbildung. 1879, p. 212.—Fritsch, Die Lageveränderungen der Gebärmutter, Stuttgart, 1880.—Börner, Die orthopädische Behandlung der Flexionen u. Versionen des Uterus., 1880.

Изъ приведенныхъ выше общихъ понятій о смѣщеніяхъ матки видно, что подъ именемъ загибовъ * ея мы понимаемъ такое измѣненіе въ очертаніи ея, при которомъ нарушаются нормальныя отношенія продольной оси тѣла и дна матки къ той же оси шейки, или—другими словами—гдѣ продольная ось матки изгибается подъ извѣстнымъ угломъ. Такъ—какъ въ продольномъ направленіи матка можетъ загибаться впередъ, взадъ и въ тотъ или другой бокъ, то и загибовъ ея будетъ 4 различныхъ вида, а именно: загибъ впередъ (*anteflexio*), взадъ (*retroflexio*), влѣво (*lateroflexio sin.*) и вправо (*lateroflexio dext.*). И такъ, изъ только что сказаннаго понятно безъ дальнихъ объясненій, что загибомъ впередъ мы называемъ такое измѣненіе въ очертаніи матки, при которомъ дно ея изгибается къ переднему своду рукава и образуетъ съ маточною шейкою (т. е. съ продольной осью ея) уголъ, открытый впередъ. При загибѣ взадъ мы будемъ имѣть отношенія противоположныя, т. е. уголъ, образуемый изогнутымъ дномъ и маточною шейкою, будетъ открываться взадъ. Мы нарочно развили здѣсь ближе опредѣленіе наше сущности загибовъ матки, для того, чтобы не подавать повода къ смѣшиванію ихъ съ наклоненіями, какъ это дѣлается нѣкоторыми до сихъ поръ, не видящими между этими двумя патологическими формами никакой существенной разницы. Мы уже выше указали на то, что къ числу такихъ гинекологовъ принадлежитъ между прочимъ и извѣстный *Hodge*.

По отношенію къ способу происхожденія (патогеніи) загибовъ матки такъ и патологической анатоміи и этиологіи ихъ, вообще чрезвычайно важно различать двѣ категоріи ихъ: загибы врожденные и приобретенные.

Въ описаніи анатомико-физиологическихъ отношеній матки мы ужь привели достаточно подробно все, что касается нормальнаго

* Соответственно сущности рассматриваемой патологической формы, ее можно было бы назвать также искривленіемъ матки; но едва ли соответствуетъ духу нашего языка названіе заворотъ матки. Латинское названіе «*flexio*» совершенно соответствуетъ дѣлу и не знаемъ почему нѣкоторые предпочитаютъ ему слово *inflexio*. По нѣмцамъ загибъ матки называется *Gebärmutterbeugung*. Названіе, предложенное *Sommer*омъ для высшихъ степеней—загибовъ *infractio* (надломъ?!), неудачно даже въ лексическомъ отношеніи.

очертанія (конфигураціи) матки. Припомнимъ здѣсь изъ вышеприведеннаго только то, что, какъ изъ анатомическихъ изысканій (Boullard, Cusco, Grenser и др.), такъ и изслѣдованій клиническихъ (Credé, Panas, наши собственные и др.) несомнѣнно слѣдуетъ, что матка normaliter представляетъ большій или меньшій загибъ на передней поверхности своей. Очертаніе это особенно рѣзко выступаетъ во время внутриутробной жизни и сохраняется въ извѣстной степени до наступленія половой зрѣлости. Начиная съ этой эпохи, уголъ, образуемый передней поверхностью матки, нѣсколько выравнивается, но ничуть не пропадаетъ, какъ увѣряютъ нѣкоторые, напр. Deraul. Онъ не только не пропадаетъ, но у всякой женщины, при нормальныхъ совершенно отношеніяхъ, уголъ этотъ равняется почти 140° . Констатировавъ вышеприведенный фактъ относительно загиба матки впередъ до извѣстнаго физиологическаго предѣла, — спрашивается, чѣмъ онъ обуславливается? Изслѣдованія А. Freund'a выясняютъ этотъ вопросъ какъ нельзя лучше. Результаты этихъ изслѣдованій сводятся исключительно къ тому, что, начиная съ 5—6 мѣсяцевъ внутриутробной жизни, прямая кишка оказываетъ очень важное вліяніе на положеніе матки тѣмъ, что она, наполняясь меконіемъ, отдавливаетъ ее въ противоположную сторону. Поэтому-то въ этомъ періодѣ внутриутробной жизни матка имѣетъ рѣзко выраженное боковое (лучше — висрединное) положеніе.

По мѣрѣ развитія маточнаго дна, круглыя связки получаютъ такое напряженіе, что тѣло матки изгибается по передней поверхности своей, прилегающей къ пузырю. И такъ, причина загиба матки впередъ во время внутриутробной жизни будетъ состоять, во-первыхъ, въ томъ, что переполненная меконіемъ прямая кишка отдавливаетъ въ сторону и впередъ маточное дно и, во-вторыхъ, въ фиксаціи послѣдняго круглыми связками. Изъ только что сказаннаго нельзя не прийти къ заключенію, что столь часто констатируемый у женщинъ, особенно не рожавшихъ, загибъ матки впередъ обуславливается причинами, лежащими въ способѣ первоначальнаго развитія самой половой сферы.

Новѣйшія изслѣдованія В. S. Schultze, подтвержденныя анатомическими изысканіями His'a, какъ нельзя лучше выяснили нормальное очертаніе и положеніе матки въ тазу. При совершенно опорожненномъ мочевомъ пузырьѣ у субъектовъ не-рожавшихъ, а также и у тѣхъ, которые рожали, матка представляетъ болѣе или менѣе значительный загибъ впередъ; въ стоячемъ положеніи женщины матка помѣщается почти горизонтально, причемъ дно ея приходится у верхней части задней поверхности лоннаго соединенія. Въ одномъ случаѣ В. Schultze измѣрилъ уголъ, образуемый тѣломъ матки съ вертикальною осью тѣла женщины (въ стоячемъ положеніи), и нашелъ его равнымъ 110° ; при наполненномъ состояніи мочеваго пузыря уголъ этотъ уменьшался на 48° . (См. Centralbl. f. Gynaecogol. 1878, p. 345.)

Что касается способа развитія загибовъ приобретенныхъ, то причины здѣсь уже не такъ просты и гораздо болѣе разнообразны; онѣ, въ свою очередь, будутъ обуславливаться различными патологическими состояніями самой маточной ткани. Если вспомнимъ изслѣдованія Рокитанскаго, доказавшаго какъ нельзя

яснѣе, что нормальное очертаніе матки существенно зависитъ отъ мѣстныхъ качественныхъ и количественныхъ условій подслизистой соединительной ткани матки (фибрознаго скелета), то не трудно понять, что измѣненіе этихъ отношеній должно непременно повести за собою измѣненія въ очертаніи матки. Этотъ фиброзный скелеть матки особенно рѣзко выдается въ области внутренняго зѣва, гдѣ онъ распадается какъ бы на два полукольца — переднее и заднее. При этомъ замѣтимъ кстати, что передняя половина кольца развита болѣе задняго. Допустимъ теперь, что, вслѣдствіе какихъ либо причинъ, передняя часть кольца измѣнилась въ свойствахъ своихъ въ такой степени, что не можетъ служить болѣе достаточной опорой для передней стѣнки матки, то очевидно, что прямымъ послѣдствіемъ этого будетъ то, что дно матки изогнется впередъ, т. е. произойдетъ ante-flexio. Тоже самое, только въ обратномъ смыслѣ, будетъ имѣть мѣсто при измѣненіи нормальныхъ отношеній соединительной ткани въ заднемъ полукольцѣ. И такъ, по Рокитанскому, всѣ тѣ причины, вслѣдствіе которыхъ подслизистый соединительно-тканый слой ослабѣваетъ, т. е. становится вялымъ, eo ipso, вторичнымъ путемъ, произведутъ загибы матки. Изъ числа подобныхъ причинъ въ особенности должно указать на продолжительныя гипереміи и катарры внутренней поверхности матки. Разраженія съ удлинениемъ железъ въ этомъ мѣстѣ, т. е. въ области внутренняго зѣва, атрофирующія субмукозный слой, будутъ имѣть тотъ же результатъ (Klob).

Virchow въ этомъ случаѣ рѣзко расходится съ знаменитымъ представителемъ вѣнской школы и увѣряетъ, что измѣненія въ субмукозномъ слоѣ составляютъ не первичныя, а послѣдовательныя явленія при загибахъ матки. По его мнѣнію, загибы матки обуславливаются, съ одной стороны, врожденными аномаліями связокъ, или же тѣмъ, что дно матки фиксируется въ извѣстномъ направленіи дожными перепонками (перемычками), т. е. остатками предшествовавшихъ частичныхъ воспаленій брюшины. По этой теоріи, слѣдовательно, во всѣхъ или, по крайней мѣрѣ, въ приобрѣтенныхъ загибахъ мы должны были бы имѣть дѣло со сращеніемъ маточнаго дна съ окружающими частями, что совершенно идетъ въ разрѣзъ съ обыденными клиническими наблюденіями. Такіе случаи, безъ всякаго сомнѣнія, встрѣчаются, но они составляютъ меньшинство и оттого съ этимъ ученіемъ Virchow'a едва ли согласится хоть одинъ гинекологъ. Поэтому, не смотря на весь авторитетъ этого ученаго и довольно запальчивую полемику его съ Рокитанскимъ, клиницисты въ этомъ случаѣ всегда будутъ на сторонѣ этого послѣдняго. Кромѣ того, что изслѣдованія по этому поводу Рокитанскаго такъ просты и безъ всякой натяжки мирятся съ клиническими фактами, они еще въ другомъ отношеніи проливаютъ очень значительный свѣтъ на патологію загибовъ матки. Мы увидимъ ниже, что въ большин-

ствѣ случаевъ въ какую бы сторону ни изогнулась матка, загибъ болѣею частію происходитъ въ области внутренняго зѣва. Для загибовъ первой категоріи, т. е. врожденныхъ, фактъ этотъ объясняется просто тѣмъ, что поелику область внутренняго зѣва составляетъ неподвижную точку (вѣдѣствіе плотнаго ея соединенія спереди съ пузыремъ, а сзади съ прямой кишкой), при нарушеніи нормальныхъ отношеній, *vis a tergo* будетъ дѣйствовать на части менѣе фиксированныя, слѣдовательно, на дно матки. Для загибовъ же приобретенныхъ, кромѣ вышеприведеннаго объясненія, имѣеть важное значеніе особенное расположеніе сосудовъ въ области внутренняго зѣва. Рокитанскій доказалъ, что у часто рожавшихъ женщинъ въ переднемъ соединительно-тканомъ полукольцѣ (слѣдовательно, на передней стѣнкѣ матки, въ области внутренняго зѣва) лежитъ поперечно идущая довольно развитая вена, образующая почти постоянно анастомозъ между венозными боковыми сплетеніями. По изслѣдованіямъ Кlob'a, вена эта нерѣдко достигаетъ $1\frac{1}{2}$ линіи въ діаметрѣ и нѣсколько выше ея иногда находитъ такой же сосудъ, только меньшаго калибра. Допустивши этотъ анатомическій фактъ, намъ не трудно будетъ объяснить себѣ, — почему такъ часто размягчается соединительно-тканый слой въ опредѣленномъ мѣстѣ, именно въ области внутренняго зѣва.

Что касается приобретенныхъ загибовъ впередъ, то В. Schultze придаетъ особенное значеніе воспалительнымъ процессамъ, развивающимся въ области маточной шейки, главнымъ же образомъ въ одной или обѣихъ маточно-крестцовыхъ связкахъ (*ligg. sacro-uterina*). Такужъ же роль, по мнѣнію этого автора, играютъ болѣе обширныя или ограниченныя воспаленія брюшины, развивающіяся во время родильнаго періода или вѣдѣ его, какъ острая, такъ и хроническія. Вообще онъ придаетъ особенно важное патогеническое значеніе всѣмъ тѣмъ воспалительнымъ процессамъ (между прочимъ *parametr. ant. et. post.*), въ результатъ которыхъ являются сращения въ дугласовой складкѣ и фиксація маточной шейки къ задней стѣнкѣ таза.

Патолог. анат. маточныхъ загибовъ заслуживаетъ чрезвычайно серьезнаго вниманія, такъ-какъ одно только тщательное изученіе ея можетъ предохранить насъ отъ терапевтическихъ увлеченій.

Общая анатомико-патологическая черта всѣхъ врожденныхъ загибовъ, какой бы формы они ни были, существенно состоитъ въ уменьшеніи размѣровъ матки. Это доказывается несомнѣнно цѣлымъ рядомъ анатомико-патологическихъ вскрытій (Bresschet, Dance, Tidemann, Mende) и можетъ быть легко подтверждено тщательнымъ клиническимъ изслѣдованіемъ. Въ случаяхъ врожденныхъ загибовъ насъ поражало постоянно одно и тоже явленіе, именно, что органъ уменьшенъ постоянно, по крайней мѣрѣ, въ одномъ размѣрѣ и притомъ, чаще въ поперечномъ. И такъ, если помощью зонда убѣждаемся въ томъ, что длинникъ матки не уменьшенъ, то за то, съ другой стороны, почти всегда можно констатировать уменьшеніе ея въ поперечныхъ размѣрахъ какъ дна, такъ и тѣла матки. Однимъ словомъ,

матка представляет тотъ видъ атрофiи, которую мы назвали трубчатой (*atrophia tubularis*). Чѣмъ моложе субъектъ, страдающій врожденнымъ загибомъ и котораго мы изслѣдуемъ, тѣмъ эта характеристическая особенность выступаетъ болѣе рѣзко. Въ послѣдствiи же, или вслѣдствiе самаго загиба, или же вслѣдствiе другихъ причинъ, эта особенность можетъ исчезнуть и и матка увеличивается въ объемѣ. Второе существенное отличie врожденныхъ загибовъ это то, что при нихъ часто удается констатировать внѣ-срединное положенiе органа. Объясняется это обстоятельство легко тѣмъ, что при этомъ, согласно изслѣдованiямъ Virchow'a, существуетъ врожденная аномалiя какой либо части связочнаго аппарата, именно одностороннее укороченiе его. Выше мы уже указали на то, что загибъ происходитъ болѣею частью въ области внутренняго зѣва. Загибъ выше, или ниже этого мѣста допускается всѣми авторами только въ видѣ рѣдкаго исключенiя. На основанiи нашихъ личныхъ наблюденiй мы не совсѣмъ можемъ согласиться съ этимъ. Уголь можетъ развиться гораздо выше внутренняго зѣва и притомъ это встрѣчается чаще, чѣмъ обыкновенно думаютъ. Въ особенности мы должны сказать это на счетъ врожденныхъ загибовъ. Если взять напр. только одинъ десятокъ подобныхъ случаевъ, то навѣрно, при тщательномъ изслѣдованiи, можно будетъ констатировать, что въ одномъ, по крайней мѣрѣ, уголь помѣщается выше внутренняго зѣва. Въ особенности это должно сказать насчетъ загибовъ боковыхъ. Съ другой стороны, въ загибахъ, формирующихся на нашихъ глазахъ, именно въ родильномъ періодѣ, тоже нерѣдко приходится наблюдать, что уголь развивается не въ обычномъ мѣстѣ, а повыше, т. е. въ области тѣла. Я знаю, что относительно только что приведеннаго нами факта можно представить очень вѣское возраженiе, а именно, что здѣсь очень легко быть введено въ заблужденiе, благодаря чрезмѣрной длинѣ влагалищной части. Возраженiе это имѣетъ силу по отношенiю къ загибамъ внѣ родильнаго періода: при загибахъ же, формирующихся, какъ сказано, на нашихъ глазахъ, гдѣ пальцемъ можно свободно проникнуть чрезъ весь цервикальный каналъ до внутренняго зѣва,—здѣсь, я говорю, ошибиться весьма трудно, особенно при повторномъ и тщательномъ изслѣдованiи.

Какъ бы то ни было, тѣмъ не менѣе не можетъ подлежать никакому сомнѣнiю, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ мѣсто загиба соответствуетъ болѣе или менѣе области внутренняго зѣва. Фактъ этотъ объясняется достаточно тѣмъ, что верхняя часть цервикальнаго канала составляетъ самое узкое мѣсто его, слѣдовательно, и болѣе гибкое; кромѣ того, вслѣдствiе ближайшаго сосѣдства съ тѣломъ и дномъ матки, этой части цервикальнаго канала приходится выдерживать болѣе другихъ частей напоръ со стороны плохо инволютированныхъ или воспаленныхъ дна и тѣла матки.

Степень загиба можетъ быть весьма различна и можетъ

представлять множество переходовъ. Тѣмъ не менѣе въ анатомо-патологическомъ отношеніи можно допустить три степени загибовъ,—дѣленіе, совершенно соотвѣтствующее клиническимъ пѣлямъ. 1-ю степенью загиба мы называемъ ту, когда уголь, образуемый изогнутымъ дномъ, приближается къ тупому; при 2-ой степени уголь подходитъ къ прямому; 3-ю степень будутъ представлять тѣ загибы, въ которыхъ уголь приближается къ острому. При врожденныхъ загибахъ третьей степени уголь можетъ быть такъ значителенъ, что тѣло и дно матки какъ бы лежатъ на маточной шейкѣ: это та форма загиба, которую нѣкоторые называютъ подковообразною. Вообще, дѣленіе на степени чисто приблизительное и никакъ не должно думать, что углы, о которыхъ идетъ рѣчь, можно принимать въ смыслѣ геометрическомъ. Фиг. 30 и 31 представляютъ загибы впередъ и



Фиг. 30.



Фиг. 31.

взадъ. Въ первой изъ нихъ мы имѣемъ дѣло съ загибомъ впередъ первой степени, въ фиг. же 31—съ загибомъ взадъ третьей степени. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ очертаніе матки измѣнено настолько, что она становится похожей на химическую реторту. По отношенію къ загибу, образуемому маткой, должно замѣтить, что онъ можетъ быть простой и сложный. Простымъ загибомъ мы называемъ тотъ, если онъ существуетъ только въ одномъ мѣстѣ, напр. какъ мы указали выше, въ области внутренняго зѣва. Но можетъ случиться и такъ, что кромѣ этого загиба констатируется еще другой, именно пониже его и притомъ въ шейкѣ. Это будетъ загибъ сложный. Обыкновенно второй, нижній загибъ бываетъ одноименный, т. е. онъ

соответствуетъ верхнему, а именно, если верхній загибъ образуетъ уголь, открывающійся впередъ, то и шейка изогнута впередъ. Въ весьма рѣдкихъ, однако, случаяхъ дѣло бываетъ наоборотъ, т. е. въ верхнемъ отдѣлѣ матки существуетъ загибъ впередъ, шейка же изогнута назадъ, такъ что весь органъ искривленъ такимъ образомъ, что онъ принимаетъ форму римскаго S. Подобнаго рода случаи можно бы назвать сложными обратными или S-образными загибами: flexio sygmoidea. Они встрѣчаются до такой степени рѣдко, что мы до сихъ поръ имѣли возможность наблюдать ихъ всего только нѣсколько разъ. Одинъ изъ нихъ намъ особенно памятенъ потому, что подобнаго рода загибъ развился на нашихъ глазахъ, у субъекта, пользовавшагося въ нашей клиникѣ отъ кровотечения, которое обусловливалось недостаточнымъ обратнымъ развитіемъ матки послѣ выкидыша.

Въ большинствѣ случаевъ, при сколько-нибудь сильно выраженныхъ загибахъ, можно всегда констатировать большее или меньшее отклоненіе дна въ одну какую либо сторону; другими словами—при загибахъ существуетъ въ тоже время извѣстная степень боковаго наклоненія (latero-versio) маточнаго дна. Если это обстоятельство не особенно бросается въ глаза при загибахъ впередъ, то за то при загибахъ назадъ оно выступаетъ весьма рѣзко. Мало того, что маточное дно отклоняется въ сторону, но странно то, что наичаще это бываетъ влѣво. Такъ, Rigby изъ 13 случаевъ загибовъ назадъ нашелъ маточное дно отклоненнымъ влѣво 9 разъ; 1 разъ оно было отклонено вправо и 2 раза оно находилось въ срединной линіи. Hueter на 65 retroflex. насчитываетъ 10 случаевъ, въ которыхъ маточное дно отклонено влѣво. Къ сожалѣнію, мы обратили особенное вниманіе на это обстоятельство только очень недавно, а потому не можемъ привести здѣсь особенно большихъ цифръ. На 23 загиба назадъ, подробно описанныхъ въ журналѣ нашей домашней амбулаторіи, у насъ отмѣчено, что fundus uteri обращенъ влѣво въ 9 случаяхъ. Цифра эта далеко расходится съ данными Rigby и Hueter'a. Какъ бы то ни было, но объяснить это обстоятельство, т. е. отклоненіе маточнаго дна влѣво, не легко. Klob по этому случаю указываетъ справедливо еще на то, что увеличенная почему либо въ объемъ матка, какъ напр. беременная, отклонена большею частью вправо; кромѣ того, прямая кишка, какъ извѣстно, занимаетъ вѣдь больше лѣвую половину таза, слѣдовательно, должна, бы смѣстить дно изогнутой назадъ матки въ противоположную сторону, т. е. влѣво. Hueter даетъ для разсматриваемаго явленія объясненіе, которое нельзя не назвать натянутымъ. Такъ-какъ подобныя больныя, говоритъ онъ, страдаютъ привычными запорами, то онѣ сильно заставляютъ дѣйствовать брюшной прессѣ на прямую кишку, помѣщающуюся въ лѣвой половинѣ таза, вслѣдствіе чего и fundus uteri долженъ смѣститься въ сказанную сторону.

Что касается наружнаго вида изогнутой матки, то за исклю-

ченіемъ вышеупомянутыхъ случаевъ сильно выраженныхъ врожденныхъ загибовъ, она обыкновенно представляется увеличенною въ объемѣ въ различной степени. Увеличеніе это обуславливается большею частью хроническимъ паренхиматознымъ метритомъ, поддерживающимъ болѣе или менѣе сильныя гиперэміи. Относительно состоянія внутренней поверхности изогнутой матки существуютъ очень разногласящія мнѣнія. Въ одномъ согласны почти всѣ, а именно, что полость матки при этомъ бываетъ обыкновенно болѣе или менѣе увеличена. Катарръ полости матки, который нѣкоторые, вслѣдъ за Рокитанскимъ, считаютъ постояннымъ спутникомъ загибовъ, констатируется не всегда, какъ справедливо утверждалъ Seyfert. По крайней мѣрѣ это намъ кажется совершенно справедливымъ относительно собственно полости матки. Этимъ мы нисколько не желаемъ отрицать справедливости мнѣнія Рокитанскаго относительно важности этиологическаго значенія катарра полости по отношенію къ загибамъ матки. Мы только думаемъ, что въ извѣстные періоды существованія загибовъ эндометритическія явленія въ полости матки отступаютъ на задній планъ. За то, съ другой стороны, очень рѣдко можно встрѣтить случай сколько-нибудь значительно выраженаго загиба, въ которомъ нельзя было бы констатировать болѣе или менѣе сильно выступающій первикальный эндометритъ.

Этимъ объясняется то, что почти во всѣхъ случаяхъ загибовъ мы имѣемъ дѣло съ болѣе или менѣе зияющимъ наружнымъ зѣвомъ, даже у женщинъ, которыя никогда не рожали и не выкидывали. Вообще должно сказать, что по отношенію къ состоянію паренхимы маточныхъ стѣнокъ при загибахъ матки мы можемъ встрѣтить всѣ тѣ явленія, съ которыми мы познакомились выше, рассматривая патологическую анатомію хроническаго паренхиматознаго метрита.

Особенный интересъ имѣетъ для гинеколога состояніе внутренней поверхности матки въ мѣстѣ загиба. По Рокитанскому, какъ мы ужъ знаемъ, мы въ этомъ мѣстѣ всегда найдемъ разрыхленіе подслизистой соединительной ткани и большую или меньшую степень размягченія слизистой оболочки. Virchow, не отрицая справедливости самого факта, допускаетъ только другое объясненіе его, именно, что вышеприведенныя измѣненія слизистой оболочки и субмукознаго слоя въ мѣстѣ загиба составляютъ явленія не первичныя, а послѣдовательныя, обуславливаемыя загибомъ. Мы здѣсь не будемъ останавливаться на этомъ разногласіи между обоими знаменитыми патолого-анатомами, такъ-какъ ужъ коснулись его выше. Для насъ важно только то, что какъ тотъ, такъ и другой допускаютъ несомнѣннымъ образомъ вышеприведенный фактъ размягченія слизистой оболочки и подслизистаго слоя въ мѣстѣ загиба. Но на этомъ дѣло не останавливается и внутренняя поверхность матки въ мѣстѣ загиба подвергается дальнѣйшимъ и еще болѣе серьезнымъ измѣненіямъ. Уже Scanzoni указалъ на то, что слизи-

стая оболочка матки въ этомъ мѣстѣ отличается макроскопически отъ другихъ частей ея желтоватымъ цвѣтомъ. Дальнѣйшія патологическія изслѣдованія показали, что здѣсь дѣло идетъ о жировомъ перерожденіи элементовъ слизистой оболочки. Если Virchow и не заходитъ такъ далеко, какъ Scanzoni, то онъ во всякомъ случаѣ допускаетъ въ мѣстѣ загиба атрофію мышечныхъ элементовъ, причеиъ атрофируется также и соединительно-тканый слой. Вслѣдствіе спаденія стѣнокъ матки въ мѣстѣ загиба, дѣло исподволь доходитъ до большаго или меньшаго сѣуженія (stenosis) просвѣта канала матки. Фактъ этотъ не можетъ подлежать ни малѣйшему сомнѣнію во всѣхъ случаяхъ сколько-нибудь сильно выраженнаго загиба. Кроме этого механическаго сѣуженія, оно, по мнѣнію Hueter'a и др., можетъ развиваться также еще и путемъ органическимъ, т. е. путемъ воспаленія, обусловливающаго сѣуженія рубцоваго (?) свойства. Рокитанскій допускаетъ происхожденіе сѣуженія путемъ ретракціи атрофированной ткани и это намъ кажется гораздо болѣе вѣроятнымъ.

Въ заключеніе того, что сказано нами объ анатомико-патологическихъ измѣненіяхъ, констатируемыхъ при загибахъ матки, намъ остается еще упомянуть о томъ, что происходитъ съ дномъ изогнутой матки по отношенію къ сосѣднимъ частямъ. Если загибъ выраженъ очень сильно, то давленіе, производимое изогнутымъ дномъ, вызываетъ нерѣдко весьма сильныя гиперэміи въ тѣхъ частяхъ, на которыя оно давитъ; гиперэміи эти могутъ потенцироваться до воспалительнаго состоянія. Вслѣдствіе-то этого мы столь нерѣдко имѣемъ дѣло съ периметритомъ, а также иногда и съ перициститомъ. Брюшинѣ такъ часто приходится страдать при загибахъ, что это ввело въ заблужденіе Virchow'a, утверждающаго, какъ мы ужъ знаемъ, что частичныя воспаленія брюшины составляютъ первоначальное, а самый загибъ матки послѣдовательное явленіе. Хотя мы вполне согласны въ томъ, что брюшина очень часто страдаетъ при загибахъ матки, но эти частичныя воспаленія ея развиваются не всегда у самаго дна матки, т. е. такимъ образомъ, чтобы причинили сращенія ея съ окружающими частями. Нѣкоторые авторы (Dugés и Boivin, Kiwisch, Sommer, West и др.) однако считаютъ сращенія маточнаго дна съ сосѣдними частями явленіемъ, относительно, частымъ. На основаніи нашего клиническаго матеріала мы не можемъ согласиться съ этимъ мнѣніемъ. Сращенія эти мы встрѣчаемъ весьма рѣдко и объясняемъ вышеприведенное мнѣніе упомянутыхъ авторовъ тѣмъ, что въ этомъ случаѣ не трудно ошибиться. Въ самомъ дѣлѣ, у насъ не мало бывало такихъ случаевъ, гдѣ при первыхъ изслѣдованіяхъ мы не могли редресировать изогнутаго маточнаго дна, представлявшагося совершенно неподвижнымъ и мы склонялись къ тому, что имѣемъ дѣло со сращеніями. По прошествіи же нѣкотораго времени и употребленіи надлежащихъ мѣръ, имѣвшихъ главнымъ образомъ цѣлью уменьшеніе матки въ объемѣ, намъ

удавалось редресировать маточное дно безъ особенныхъ затрудненій. Давленіе, производимое изогнутымъ взадъ маточнымъ дномъ на переднюю стѣнку прямой кишки можетъ быть такъ сильно, что оно гангренифицируетъ ее. Такъ, Рокитанскій упоминаетъ объ одномъ подобномъ случаѣ, въ которомъ маточное дно перфорировало переднюю стѣнку прямой кишки и вросло въ произведенное такимъ образомъ отверстіе. Въ другомъ, описанномъ этимъ авторомъ случаѣ, дно изогнутой взадъ матки разорвало задній сводъ рукава и торчало изъ него наружу. Особенно интересенъ случай, который наблюдалъ Maupel и состоящій въ томъ, что дно изогнутой взадъ матки вывернуло всю заднюю стѣнку рукава и переднюю стѣнку прямой кишки такъ, что изъ задняго прохода, вслѣдствіе ослабленія сфинктеровъ, торчало наружу маточное дно. Наконецъ, не можемъ не упомянуть объ очень интересномъ осложненіи загибовъ матки, констатированномъ въ двухъ случаяхъ Freund'омъ. Вслѣдствіе давленія маточнаго дна на мочеточники дѣло дошло до суженія этихъ послѣднихъ, отчего развился гидронефрозъ.

Познакомившись со способомъ происхожденія (патогеніей) маточныхъ загибовъ, рассмотримъ теперь нѣкоторыя обстоятельства, имѣющія этиологическое значеніе по отношенію къ разбираемому вопросу. Что касается того, какъ часто встрѣчаются загибы матки?—то на него весьма трудно отвѣтить категорически, такъ-какъ мы видѣли уже выше, что большинство авторовъ, не дѣлая большой разницы между ними и наклоненіями матки, рассматриваетъ ихъ совмѣстно. А между тѣмъ нельзя не пожалѣть объ этомъ, такъ-какъ здѣсь точныя цифры необходимы уже хоть бы для того, чтобы рѣшить вопросъ—дѣйствительно ли загибъ матки встрѣчается такъ часто, какъ нѣкоторые утверждаютъ? Если это такъ, то какіе изъ нихъ встрѣчаются всего чаще? Мы приводимъ здѣсь скудныя числовыя данныя и мнѣнія, высказанныя на этотъ счетъ нѣкоторыми авторами, и затѣмъ сопоставимъ ихъ съ нашими собственными выводами.

Говоря о наклоненіяхъ матки, мы привели выше небольшую статистику Ball'a, обнимающую, къ сожалѣнію, всего 100 вскрытій, въ которыхъ было обращено вниманіе на положеніе и очертаніе матки. Изъ этого числа въ 71 случаѣ матка имѣла правильное положеніе и очертаніе; неправильности въ этомъ отношеніи констатированы, слѣдовательно, всего въ 29 случаяхъ. За вычетомъ изъ нихъ наклоненій, для загибовъ остается всего 7 случаевъ, а именно: загибовъ впередъ 5, взадъ 1, вправо 1. Изъ этого видно, что статистика Ball'a сильно расходится съ тѣмъ, что даютъ результаты клиническихъ изслѣдованій, на основаніи которыхъ, какъ мы видѣли выше, число загибовъ впередъ несравненно болѣе значительно. Уже Seville утверждалъ, что загибы гораздо чаще встрѣчаются наклоненій матки. Посмотримъ—на сколько это подтверждается статистическими данными. Но-

pat * приводит статистику, обнимающую 339 случаев; въ 65 изъ нихъ ничего не упоминается о положеніи и очертаніи матки; въ этихъ 274 случаяхъ смѣщенія распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

Наклон. впередъ	135
» взадъ	67
Загибъ впередъ	33
» взадъ	14
» вбокъ	1
Загиб. взадъ и впередъ	10
(retro-anteflex?)	
Загиб. взадъ и вбокъ	1
» впер. и взадъ (?)	2
Наклоненій боков.	1
Загиб. вбокъ и впередъ	4
» взадъ и вбокъ	2

Изъ этой таблицы видно, что на 274 случаевъ неправильнаго положенія матки приходится 67 случаевъ загибовъ, что составляетъ 20,8.

По отношенію къ статистикѣ занимающаго насъ вопроса, между лучшими представителями гинекологіи существуетъ противорѣчіе, объяснить которое въ высшей степени трудно. Simpson, Lee, Huguier считаютъ загибы взадъ несравненно чаще встрѣчающимися, чѣмъ загибы впередъ. В. Ball увѣряетъ, что anteflexio uteri составляетъ въ высшей степени рѣдкое (!) явленіе. Kiwisch утверждаетъ, что приобрѣтенные загибы впередъ встрѣчаются чаще такихъ же загибовъ взадъ; за то, съ другой стороны, приобрѣтенные загибы взадъ рѣже такихъ же впередъ.

По отношенію къ статистикѣ измѣненій въ положеніи и очертаніи матки, мы не можемъ не привести здѣсь весьма интересныя данныя Winkela **. Въ то время, какъ Virchow увѣряетъ, что загибы взадъ онъ на трупѣ констатировалъ очень рѣдко, Winkel пришелъ на этотъ счетъ къ совершенно другимъ результатамъ. На 450 вскрытій онъ нашелъ чистыхъ загибовъ взадъ 24 раза, вообще же смѣшеній матки взадъ (слѣдов., загибовъ и наклоненій) всего на 438 вскрытій 41 разъ, т. е. почти въ 10%. Вообще онъ допускаетъ, что на трупѣ можно констатировать наклоненій взадъ въ 4,3%, а загибовъ взадъ въ 5,7%.

Переходимъ къ нашимъ собственнымъ даннымъ.

Мы ужъ не разъ упомянули о томъ, что въ основаніе приводимыхъ въ этомъ сочиненіи статистическихъ данныхъ положено нами 5163 больныхъ, составляющихъ нашъ клинический матеріалъ въ двухъ госпитальныхъ учрежденіяхъ и нашей домашней амбулаторіи. Загибы матки, на основаніи этого матеріала, распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

* Op. cit. p. 416.

** Die Pathologie der weiblichen Sexualorgane in Lichtdruck-Abbildungen. Leipzig, 1878, p. 95.

	Общ. число больн.	Загиб. матки.
Амбул. больн. крест. общ.	2114	240
Амбул. и гинек. отд. М. Р. Д.	2479	171
Больн., прин. нами на дому	570	68
Всего . . .	5163	479

И такъ, на основаніи этихъ цифръ, частота загибовъ матки = 9,27%.

Такъ-какъ на тоже самое число больныхъ мы насчитали только 308 наклоненій, то изъ этого также слѣдуетъ, что, вообще говоря, измѣненія въ очертаніи матки встрѣчаются чаще, чѣмъ смѣщенія ея.

Что касается отдѣльныхъ формъ загибовъ, то общее число ихъ (479) распредѣлялось слѣдующимъ образомъ:

Загибы впередъ	340
» взадъ	101
» боковыхъ	18
Ante-laterof. (s. et. d.)	16
Ante-retrof. (s. et. d.)	4
	<hr/>
	479

Эти цифры показываютъ, что число загибовъ впередъ болѣе чѣмъ въ-трое превосходитъ число загибовъ взадъ. Кромѣ того, число боковыхъ загибовъ, относительно общаго числа, составляетъ въ высшей степени незначительный процентъ.

Если теперь взять относительное число загибовъ у женщинъ нерожавшихъ и у тѣхъ, которыя рожали, то увидимъ, что у первыхъ преобладаютъ загибы впередъ, а у послѣднихъ загибы взадъ. Для подтвержденія этого возьмемъ на выдержку только матеріалъ Мар. Род. Дома. Общее число загибовъ по этому матеріалу = 171 и они распредѣлены слѣдующимъ образомъ:

Рожавшія:		Нерожавшія:	
Загиб. впер.	Загиб. взадъ.	Загиб. впер.	Загиб. взадъ.
65	+	38	
<hr/>		<hr/>	
Всего . . 103		Всего . . 68	

Почти такимъ же образомъ по отношенію къ родамъ распределенъ былъ и остальной нашъ матеріалъ.

Что касается возраста, въ которомъ чаще всего встрѣчаются загибы, то можно принять за общее правило, что чѣмъ моложе субъектъ, тѣмъ болѣе шансовъ, что при изслѣдованіи найдемъ у него загибъ впередъ и, наоборотъ, чѣмъ онъ старше, въ особенности у рожавшихъ, тѣмъ болѣе вѣроятно, что най-

демь у него загибъ взадъ. Вообще же говоря, загибы наичаще встрѣчаются въ разгарѣ половой дѣятельности женщины.

Въ этиологическомъ отношеніи послѣродовой періодъ, по отношенію къ загибамъ, играетъ очень важную роль, въ особенности относительно загибовъ взадъ. Мы могли бы сказать вообще, что загибы взадъ большею частью приобретенные и притомъ они обуславливаются въ громадномъ большинствѣ случаевъ извѣстными аномаліями послѣродоваго періода. Въ 1867 году въ статьѣ, читанной мною въ здѣшнемъ акушерскомъ обществѣ, говоря о положеніи и очертаніи матки въ послѣродовомъ періодѣ, я привелъ цѣлый рядъ цифръ въ подтвержденіе того, что, начиная ужь съ очень раннихъ періодовъ родильнаго состоянія, можно констатировать очень часто загибы матки. Въ послѣдствіи изслѣдованія мои на этотъ счетъ были подтверждены изысканіями Биддера, Сутугина и др. и если они расходятся нѣсколько по отношенію къ относительной частотѣ тѣхъ и другихъ формъ загибовъ, то это объясняется тѣмъ, что изслѣдованія наши были производимы въ различные эпохи родильнаго состоянія. На основаніи нашихъ изслѣдованій относительно этого вопроса, должно допустить, что родильное состояніе весьма часто подаетъ поводъ къ образованію загибовъ матки. Обуславливается же это главнымъ образомъ разстройствомъ обратнаго развитія матки послѣ родовъ. Мы не можемъ здѣсь войти въ подробный разборъ способа происхожденія пуэрперальныхъ загибовъ, такъ-какъ вопросъ этотъ всецѣло относится къ пуэрперальной патологіи и потому ограничимся только нѣкоторыми краткими указаніями на этотъ счетъ. Наклоненія впередъ въ родильномъ періодѣ встрѣчаются весьма часто и явленіе это находится въ прямой связи съ тѣмъ, что матка послѣ родовъ столь часто бываетъ наклонена впередъ. Если къ этому присоединится неравномѣрная инволюція ея, т. е. маточная шейка формируется, относительно, слишкомъ скоро, то понятно, что результатомъ этого будетъ искривленіе по передней поверхности ея, такъ-какъ на область внутренняго зѣва матки будетъ давить всею тяжестью своего плохо инволютировавшаго дна. Тоже самое произойдетъ если по преимуществу плохо инволютирована будетъ задняя стѣнка. Если мы у женщинъ рожавшихъ не чаще еще встрѣчаемъ загибы матки, то это должно приписать тому, что загибы впередъ существуютъ часто въ пуэрперіи только преходящимъ образомъ, именно въ ранніе періоды; затѣмъ они совершенно, или же, по крайней мѣрѣ, отчасти изглаживаются, благодаря восстановленію правильной инволюціи. Если это можно сказать относительно загибовъ впередъ, то очень рѣдко это констатируется по отношенію къ загибамъ взадъ. Эти послѣдніе, разъ развившись въ послѣродовомъ періодѣ, не имѣютъ склонности къ исправленію, а, наоборотъ, все болѣе и болѣе усиливаются. Если родильный періодъ послѣ срочныхъ родовъ имѣетъ очень важное этиологическое значеніе по отноше-

нію къ происхожденію загибовъ, то тѣмъ болѣе это должно сказать относительно преждевременныхъ родовъ и выкидышей, послѣ которыхъ родильное состояніе болѣе уклоняется отъ нормы по отношенію къ обратному развитію матки.

Резюмируя теперь все, что сказано нами выше объ этиологіи загибовъ, мы въ этомъ отношеніи придемъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) Загибы матки составляютъ въ высшей степени частую гинекологическую форму.

2) Изъ всѣхъ смѣщеній матки они встрѣчаются всего чаще.

3) Загибы впередъ встрѣчаются гораздо чаще загибовъ взадъ.

4) У женщинъ не рожавшихъ преобладаютъ загибы впередъ, у тѣхъ же, которыя рожали, — чаще встрѣчаются загибы взадъ.

5) Загибы въ бокъ составляютъ очень рѣдкую форму.

6) Родильное состояніе составляютъ самую частую причину приобретенныхъ загибовъ.

Клиническая картина. То, что сказано нами было выше о сущности клиническихъ явленій, обусловливаемыхъ наклоненіями матки, почти всецѣло относится и къ загибамъ ея. Всѣ споры, поднятые въ литературѣ по этому поводу, вертятся, въ сущности, вокругъ одного главнаго вопроса: загибъ матки самъ по себѣ — составляетъ ли патологическую форму, или нѣтъ? Большинство гинекологовъ, не обинуясь, отвѣчаютъ на этотъ вопросъ утвердительно, т. е. они полагаютъ, что всякое измѣненіе въ очертаніи матки, какъ таковое, есть болѣзненное состояніе. Мнѣніе это до такой степени несостоятельно, что нужно удивляться — какъ оно до сихъ поръ держится въ наукѣ и опираясь притомъ на очень полновѣсные авторитеты. Мы назвали прямо это мнѣніе несостоятельнымъ потому, что оно самымъ положительнымъ образомъ опровергается многочисленными анатомическими изслѣдованіями и прямымъ клиническимъ опытомъ. Мы выше ужъ видѣли, что изслѣдованія очень многихъ авторовъ доказали какъ нельзя болѣе ясно, что извѣстнаго рода загибы, именно впередъ, встрѣчаются въ высшей степени часто. Тоже самое доказывается клиническими изслѣдованіями пѣлаго ряда авторовъ и нашими собственными. Но что изъ этого слѣдуетъ? Неужели, какъ утверждаютъ многіе, то, что каждая женщина, у которой констатируется загибъ впередъ, есть больной субъектъ? Нисколько! Объяснимъ нашу мысль слѣдующимъ примѣромъ. Положимъ, что изслѣдуется 100 женщинъ; на это число констатируется 10 съ чѣмъ то загибовъ впередъ. Изъ этого нисколько еще не слѣдуетъ, что этихъ 10 женщинъ должно считать больными, такъ-какъ у нихъ нельзя констатировать ни одного клиническаго явленія, которое можно было бы поставить въ прямую, непосредственную связь съ найденнымъ загибомъ. И это будетъ составлять постоянное явленіе, т. е. женщины эти ни на что не будутъ жаловаться до тѣхъ поръ, пока къ констатированному загибу не присоединятся

какія либо грубыя матеріальныя измѣненія со стороны паренхимы маточныхъ стѣнокъ. Если разспросить хорошенько нѣсколько десятковъ женщинъ, у которыхъ должно допустить, что онѣ страдаютъ врожденнымъ загибомъ, то услышимъ, что въ большинствѣ случаевъ онѣ ни на что не жаловались извѣстное время и что клиническая картина, заставившая ихъ прибѣгнуть къ врачебной помощи, развилась только по прошествіи извѣстнаго промежутка времени послѣ того, какъ начала фунгировать половая сфера. Эти женщины вѣдь имѣли же загибъ давно, тѣмъ не менѣе припадковъ онъ не давалъ и притомъ до тѣхъ поръ, пока, вслѣдствіе извѣстной, подѣйствовавшей причины, въ маткѣ не произошли такого рода патологическія измѣненія, которыя, въ свою очередь, обусловливаютъ тѣ или другія клиническія явленія. Оттого такъ часто случается, что, находя при изслѣдованіи болѣе или менѣе значительно выраженный загибъ матки, мы удивляемся, что данный субъектъ не только не жалуется, но даже не имѣетъ ни малѣйшаго подозрѣнія относительно существующаго у него загиба. Особенно это должно сказать относительно молодыхъ женщинъ, страдающихъ загибомъ впередъ. Изъ всего сказаннаго можно бы, по видимому, заключить, что мы отвергаемъ всякое патологическое значеніе загибовъ матки. Нѣтъ, мы нисколько этого не утверждаемъ и если мы вооружаемся здѣсь противъ ученія, принимающаго загибъ, какой бы онъ ни былъ, за болѣзнь, то съ другой стороны, мы очень хорошо понимаемъ патологическое значеніе загибовъ матки. Загибъ матки, какой бы онъ ни былъ, не будетъ обусловливать клиническихъ явленій до тѣхъ поръ, пока органъ не увеличенъ или не уменьшенъ въ объемѣ и, наконецъ, пока не произошло суженія просвѣта маточнаго канала въ извѣстномъ мѣстѣ. Вотъ при какихъ условіяхъ загибъ матки составляетъ ужъ несомнѣнное страданіе, имѣющее притомъ опредѣленную клиническую фізіономію. Допуская это, мы становимся на совсѣмъ другую точку зрѣнія: для насъ важенъ клинически не загибъ самъ по себѣ, а лишь тѣ условія, которыя вызвали въ маткѣ выше-сказанныя измѣненія. Съ другой стороны, можно бы спросить: если у даннаго субъекта констатируется загибъ матки безъ выше-упомянутыхъ измѣненій въ ней (т. е. увеличенія или уменьшенія органа и спаденія канала матки), то какъ назвать это состояніе: составляетъ ли оно болѣзнь, или нѣтъ? Подобное состояніе матки весьма часто не составляетъ болѣзненнаго состоянія въ строго клиническомъ смыслѣ, такъ-какъ при этомъ не нарушено ни одно изъ отправленій половой сферы; съ другой же стороны, оно имѣетъ важное значеніе, потому что долго *in statu quo* оно оставаться не можетъ и, по истеченіи извѣстнаго времени, непременно вызоветъ въ маткѣ извѣстныя патологическія измѣненія, которыя, въ свою очередь, дадутъ извѣстнаго рода клиническую картину. На основаніи только что сказаннаго не трудно понять, что, по отношенію

къ патологической (а слѣдов и клинической) сущности загибовъ матки, мы раздѣляемъ ихъ на двѣ категоріи: одни изъ нихъ могутъ извѣстное время персистировать, не давая никакихъ клиническихъ явленій; это, если можно такъ выразиться, болѣзненные состоянія *in spe*; другая категорія обнимаетъ тотъ рядъ случаевъ, гдѣ ужъ загибъ матки вызвалъ цѣлый рядъ измѣненій въ ней, которыя сказываются извѣстными припадками. И такъ, первая категорія загибовъ по нашей классификаціи, не имѣя прямого клиническаго значенія, играетъ лишь роль потому, что составляетъ предрасположеніе къ цѣлому ряду патологическихъ измѣненій со стороны матки: это еще не болѣзнь, а *imminence morbidе*, какъ говорятъ французы.

Изъ всего вышесказаннаго не трудно заключить, что со стороны больныхъ, страдающихъ загибами, какихъ либо особенныхъ ощущеній, которыя характеризовали бы загибы, не существуетъ. Тѣмъ не менѣе въ экзквизитно выраженныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ цѣлымъ комплексомъ явленій, которыя вмѣстѣ взятая могутъ навести на мысль, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ тою, или другой формой загиба. Явленія эти относятся къ болѣзненнымъ ощущеніямъ какъ со стороны матки, такъ и сосѣднихъ органовъ и состоятъ въ функціональныхъ расстройствахъ со стороны большаго органа (расстройства мѣсячныхъ, аномаліи въ выдѣленіяхъ, бесплодіе) и различныхъ явленій со стороны системъ кровообращенія и нервной. Разсмотримъ здѣсь эти явленія каждое отдѣльно.

Боль. Коль скоро дѣло дошло до болѣе или менѣе значительнаго увеличенія въ объемѣ изогнутой матки, то больныя жалуются на болѣе или менѣе значительныя ощущенія боли внизу живота и поясничной сторонѣ. Боли эти двоякаго характера: то онѣ могутъ быть тупыя, сказывающіяся для больныхъ какъ ощущенія тяжести, какъ это мы видѣли при хроническомъ паренхиматозномъ метритѣ, то онѣ могутъ принять острый и притомъ коликообразный характеръ. Этотъ послѣдній наблюдается, относительно, не часто и притомъ до сихъ поръ мы видали его только при загибахъ взадъ. *Kiwisch* одинъ изъ первыхъ указалъ на это явленіе, — единственное, можетъ быть при загибахъ матки, которому нельзя отказать до извѣстной степени въ патогмоническомъ значеніи. Боль эта сказывается такимъ образомъ, что у женщины, жаловавшейся до тѣхъ поръ только на тупую боль, или же только ощущеніе тяжести внизу живота, вдругъ, безъ всякой видимой причины, являются боли въ высшей степени острыя, дающія рѣзко выступающія перемены, — однимъ словомъ, имѣющія характеръ родовыхъ болей. Какъ объяснить это явленіе? Клиническое наблюденіе выясняетъ его какъ нельзя лучше. Всѣ наблюдатели согласны въ томъ, что боли эти прекращаются сами собою, коль скоро, по прошествіи нѣкотораго времени, изъ родовыхъ путей выдѣляется большее или меньшее количество слизи, иногда совершенно чистой, иногда же слегка окрашенной кровью.

Очевидно, что явленіе это находится въ прямой связи съ вышеупомянутыми болями, которыя можно объяснить только тѣмъ, что слизь, накопляясь въ полости матки и не находя себѣ выхода вслѣдствіе суженія въ области внутренняго зѣва, растягиваетъ полость матки и производитъ такимъ образомъ коликообразныя боли, т. е. маточныя сокращенія. Это и есть то состояніе, которое нѣкоторыми старинными гинекологами называлось *dysmenorrhoea alba s. mucosa*.

Что касается болѣзненныхъ ощущеній со стороны сосѣднихъ органовъ, а именно мочевого пузыря и прямой кишки, то они совершенно аналогичны съ тѣми, съ которыми мы познакомились при наклоненіяхъ матки, и отличаются отъ нихъ развѣ большимъ постоянствомъ, а иногда и большей силой. Въ самомъ дѣлѣ, имѣя дѣло напр. съ наклоненіемъ матки впередъ, нерѣдко приходится видѣть, что раздраженіе со стороны пузыря временами иногда прекращается и именно при измѣненіи извѣстныхъ отношеній со стороны внутрибрюшнаго давленія. При загибѣ же впередъ, если только матка достигла извѣстныхъ размѣровъ, этого почти никогда не бываетъ и, кромѣ того, раздраженіе въ этомъ случаѣ со стороны пузыря выражено гораздо сильнѣе. Благодаря этому постоянному раздраженію, въ пузырь, по истеченіи извѣстнаго времени, развиваются катарральныя явленія, усиливающія страданія больной, у которой къ ишуріи присоединяется еще болѣзненность при мочеиспусканіи (*dysuria*). При сильно выраженныхъ загибахъ взадъ и если при этомъ имѣютъ дѣло со значительно увеличенной маточною шейкой, давленіе со стороны послѣдней можетъ распространяться не только на пузырь, но также и на одинъ изъ мочеточниковъ, послѣдствіемъ чего можетъ быть гидронефрозъ (*Freund*). Въ очень рѣдкихъ случаяхъ за раздраженіемъ и усиленною дѣятельностью мочевого пузыря слѣдуетъ ослабленіе его. высказывающееся недержаніемъ мочи (*Roskowitz*) и притомъ ночнымъ (*enuresis nocturna*). Самые упорные механическіе запоры, не поддающіеся нерѣдко никакой терапіи, наблюдаются при сильно выраженныхъ и застарѣлыхъ загибахъ взадъ. Механическая задержка каловыхъ массъ, въ свою очередь, обуславливаетъ другія весьма тяжелыя явленія, какъ напр. чрезмѣрное скопленіе газовъ (*meteorismus*); вслѣдствіе чрезмѣрныхъ напряженій при дефекаціи наблюдали выпаденіе прямой кишки (*Simpson*). *Sommer* уже давно указалъ на то, что упорные запоры на низъ, наблюдаемые у больныхъ, страдающихъ загибомъ взадъ, не всегда можно объяснить одними механическими условіями. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это дѣйствительно такъ, потому что степень запоровъ далеко не соответствуетъ степени загиба и величинѣ матки. Здѣсь приходится искать другаго объясненія для этого припадка и *Sommer* видитъ его въ ослабленіи рефлекторной сократительной дѣятельности въ области *Flex. sigmoidea*, а также въ ослабленіи дѣятельности мышечныхъ элементовъ кишки, обусловливаемомъ, въ свою очередь, упадкомъ питанія больныхъ. Раз-

стройства мѣсячныхъ составляютъ если не постоянный, то весьма частый спутникъ загибовъ матки. Растройства эти будутъ различны, смотря по степени загиба и тому, на сколько увеличена или уменьшена изогнутая матка. Чаще всего при загибахъ матки мы будемъ имѣть дѣло съ болѣзненными мѣсячными. Степень этой болѣзненности прямо обуславливается степенью загиба, т. е. тѣмъ, насколько произошло суженіе (stenosis) въ области внутренняго зѣва. Это можно считать за правило, что бы ни говорили нѣкоторые изъ новѣйшихъ французскихъ гинекологовъ (Bernutz, Goupil, Demarquay). Можно еще допустить споръ относительно значенія дисменореи при загибахъ матки, но ничуть не относительно самаго факта. Выяснить себѣ значеніе дисменореи въ этомъ случаѣ можно лучше всего, разспросивъ нѣсколько женщинъ, страдающихъ врожденнымъ загибомъ впередъ, относительно мѣсячныхъ. Вотъ что мы услышимъ отъ нихъ. Въ началѣ, онѣ намъ скажутъ, мѣсячныя не представляли ничего особеннаго; съ дальнѣйшимъ же теченіемъ времени и въ особенности по выходѣ за-мужъ мѣсячныя съ каждымъ разомъ становились все болѣе и болѣе болѣзненными. Какъ это объяснить? Очень просто: женщины эти не страдали дисменореей, не смотря на существованіе загиба, до тѣхъ поръ, пока съ одной стороны, не увеличилась степень загиба; съ другой же стороны, пока къ этому не присоединились различныя осложненія со стороны паренхимы маточныхъ стѣнокъ (metrit. parenchym. diffusa) и придаточныхъ частей (perimetritis, oophoritis par.). Внимательное клиническое изученіе не оставляетъ ни малѣйшаго сомнѣнія въ томъ, что источникъ или ближайшая причина дисменореи при загибахъ матки можетъ быть двоякаго рода: одинъ чисто механический, обуславливаемый степенью загиба, слѣдовательно, воспрещатствованнымъ стокомъ крови изъ матки (дисменорея механическая, органическая); съ другой же стороны, мы можемъ имѣть дѣло при загибахъ съ дисменореей безъ всякаго суженія просвѣта и зависящей единственно отъ воспалительнаго состоянія внутренней поверхности тѣла и дна матки, а также и придаточныхъ частей—дисменорея конгестивная. Какая изъ этихъ двухъ причинъ чаще наблюдается въ практикѣ? Безъ всякаго сомнѣнія первая, такъ-какъ ее чаще всего можно констатировать при загибахъ впередъ, которые, какъ мы видѣли выше, относительно и абсолютно чаще встрѣчаются другихъ формъ загибовъ. При загибахъ взадъ мы несравненно рѣже будемъ имѣть дѣло съ механической формой дисменореи, потому что при нихъ уголъ искривленія рѣдко достигаетъ очень значительной степени, т. е. такой, при которой произошло бы спаденіе просвѣта канала матки въ области внутренняго зѣва. За то мы въ этихъ случаяхъ имѣемъ дѣло съ обильными мѣсячными (menstr. profusa), нерѣдко выражающимися формальными кровотеченіями (menorrhagia). И такъ, клиническое отличіе растройства мѣсячныхъ, сопровождающаго, измѣненія въ очертаніи матки, будетъ состоять въ томъ,

что при загибахъ вперёдъ мы чаще будемъ имѣть дѣло съ механической дисменореей, при загибахъ же взадъ — съ чрезмѣрно-обильными мѣсячными; если къ этому присоединяется дисменоройный характеръ, то онъ по существу своему будетъ конгестивный.

Что касается того, что нѣкоторые авторы (Kiwisch и Rockwitz) упоминаютъ о скудости мѣсячныхъ или даже о временномъ прекращеніи ихъ (menostasia), то мы нрѣдко наблюдали это тамъ, гдѣ дѣло шло о врожденныхъ загибахъ съ болѣе или менѣе значительнымъ уменьшеніемъ органа въ объемѣ. Скудность мѣсячныхъ и даже прекращеніе ихъ въ подобныхъ случаяхъ объясняется, съ одной стороны, частичной атрофіей (корпоральной) матки, съ другой же — обднѣніемъ кровяной массы вслѣдствіе глубокаго расстройства питанія.

Что касается выдѣленій изъ половой сферы при загибахъ матки, то изъ того, что сказано нами о патологической анатоміи загибовъ, не трудно понять, что мы въ этомъ случаѣ будемъ почти всегда имѣть дѣло съ извѣстными аномаліями въ этомъ отношеніи. Такъ-какъ трудно найти сколько нибудь порядочно выраженный загибъ безъ болѣе или менѣе сильнаго эндометрита, то во всѣхъ подобныхъ случаяхъ мы будемъ имѣть дѣло съ болѣе или менѣе сильною лейкореей. Эта послѣдняя выступаетъ тѣмъ рѣзче, чѣмъ старше загибъ и чѣмъ болѣе увеличена въ объемѣ матка. Такъ-какъ обстоятельство это особенно рѣзко проявляется при загибахъ взадъ, то и лейкорея при нихъ бываетъ всего сильнѣе.

Если, какъ мы уже видѣли выше, наклоненія матки часто обусловливаютъ безплодіе, то тѣмъ болѣе это должно сказать относительно загибовъ. Безплодіе въ этихъ случаяхъ находится въ такой тѣсной, непосредственной связи съ дисменореей, что механизмъ происхожденія его обусловливается совершенно одинаковыми обстоятельствами. Такъ какъ мы уже сказали, что источникъ дисменореи при загибахъ можетъ быть или чисто механической, или же воспалительный, — то и относительно безплодія при загибахъ можно допустить тѣже причины. Если мы имѣемъ дѣло съ врожденнымъ загибомъ вперёдъ, гдѣ дошло до такого стенозирования цервикальнаго канала въ области внутренняго зѣва, что этимъ обусловливаются очень сильныя дисменоройныя явленія, то, понятно безъ дальнихъ объясненій, что при такомъ стенозѣ для прониканія сѣмени существуютъ почти непреодолимые препятствія. Для тѣхъ, которые возстаютъ противъ подобныхъ, по ихъ мнѣнію, слишкомъ механическихъ возрѣній на процессъ оплодотворенія, — имѣется въ резервѣ еще другое объясненіе. Коль скоро дѣло дошло до такого стеноза, какъ сказано выше, то, кромѣ этого, въ маткѣ можно констатировать еще такія грубыя анатомико-патологическія измѣненія, которыхъ однихъ совершенно достаточно для объясненія причины безплодія въ подобныхъ случаяхъ. На основаніи только что сказаннаго нами не трудно также

понять, что съ механическими причинами бесплодія мы по преимуществу будемъ имѣть дѣло при загибахъ впередъ, при загибахъ же взадъ причины эти будутъ имѣть характеръ болѣе органической. Какъ бы то ни было, но несомнѣнно то, что бесплодіе наблюдается весьма часто при загибахъ матки. Притомъ бесплодіе будетъ врожденное у тѣхъ, которыя страдаютъ загибомъ впередъ и приобретенное при загибахъ взадъ. Мы ужъ привели выше статистическія данныя на этотъ счетъ, собранныя М. Sims'омъ. На основаніи ихъ выходило, что двѣ трети больныхъ, страдавшихъ смѣщеніями матки (наклоненія + загибы), были бесплодны. Выводъ этотъ намъ кажется нѣсколько преувеличеннымъ по отношенію къ загибамъ вообще, такъ-какъ въ это число входитъ не мало загибовъ впередъ, т. е. врожденныхъ, которыхъ нельзя всегда считать абсолютною причиною бесплодія. Вопросъ этотъ на основаніи нашего матеріала сказывается слѣдующимъ образомъ:

З А Т И Б Ы:

Рожавшія.		Нерожавшія.	
Впередъ.	Взадъ.	Впередъ.	Взадъ.
156	75	184	26

Изъ 18 больныхъ, страдавшихъ загибами вбокъ, имѣвшихъ дѣтей было всего 4. Изъ приведенныхъ данныхъ видно, что изъ 340 больныхъ, одержимыхъ загибомъ впередъ, только нѣсколько болѣе половины страдало бесплодіемъ, слѣдовательно, наши цифры расходятся съ симсовскими почти на цѣлую треть. По отношенію къ загибамъ взадъ изъ 101 больной — нерожавшихъ была почти одна треть, т. е. въ этомъ отношеніи выводы наши близко уже подходятъ къ результатамъ Sims'a.

Что касается общихъ явленій, т. е. припадковъ со стороны другихъ системъ организма, то ужъ à priori, именно на основаніи мѣстной клинической картины, нужно допустить, что припадки эти должны выступать весьма рѣзко. Иногда такихъ явленій бываетъ такая масса, что положительно трудно ориентироваться въ этомъ множествѣ самыхъ разнообразныхъ припадковъ. Нерѣдко приходится имѣть дѣло съ субъектами, у которыхъ, такъ сказать, нѣтъ ни одного здороваго мѣстечка, у которыхъ все болитъ. При этомъ характерно то, что крестцовая сторона служитъ центромъ или исходящей точкой, откуда боли эти. иррадируютъ во всѣ стороны. Съ особеннымъ упорствомъ онѣ сосредоточиваются in epigastrio, забираясь отсюда вверхъ (cardialgia, neuralgiae intercostal.) и внизъ по бедрамъ. Кромѣ боли въ верхнихъ частяхъ бедеръ, больныя нерѣдко жалуются на усталость, разбитость нижнихъ конечностей. Поясничныя боли распространяются весьма часто вверхъ; очень часто у подобныхъ больныхъ можно констатировать особенную болѣзненность въ остистыхъ отросткахъ поясничныхъ позвонковъ. Известно, что старинные клиницисты нигдѣ такъ часто не находили такъ назыв.

irritationem spinalem, какъ именно у подобнаго рода больныхъ. О такъ называемыхъ рефлекторныхъ параличахъ нижнихъ конечностей мы ужъ упомянули при наклоненіяхъ матки и здѣсь должны замѣтить, что они не менѣе рѣдко встрѣчаются и при загибахъ, особенно если дѣло идетъ о значительно увеличенномъ маточномъ днѣ. Иногда вся группа рефлекторныхъ явленій сосредоточивается по преимуществу въ органахъ дыханія и кровообращенія и тогда дѣло доходитъ до страшныхъ приступовъ удушья, икоты и т. д.

Что касается боковыхъ загибовъ, то по самой сущности ихъ, съ которою мы познакомились выше, они едва ли могутъ давать какую либо особую, имъ однимъ свойственную клиническую картину. Если же мы клинически имѣемъ дѣло съ субъектами, жалующимися на цѣлый рядъ припадковъ и у которыхъ изслѣдованіе открываетъ боковой загибъ, то, по тщательномъ взвѣшиваніи явленій, не трудно убѣдиться въ томъ, что данные припадки обусловливаются не загибомъ, а тѣми осложненіями, которыми онъ сопровождается. Въ случаяхъ врожденныхъ загибовъ, составляющихъ большинство измѣненій въ очертаніи матки этой категоріи, мы обыкновенно также имѣемъ дѣло со скудными мѣсячными и бесплодіемъ,—прямымъ результатомъ констатируемой при этомъ атрофіи матки. Если же дѣло идетъ о приобретенномъ боковомъ загибѣ, обусловливаемомъ эксудатами, то получимъ и соответствующую этому картину, а именно: болезненность въ извѣстной сторонѣ живота, чрезмѣрно обильныя мѣсячныя и т. д.

Распознаваніе. Посмотримъ сначала — какимъ образомъ распознаются загибы матки какъ таковые и затѣмъ скажемъ о дифференціальномъ распознаваніи ихъ.

Вообще говоря, загибы матки узнаются не такъ легко, какъ нѣкоторые увѣряютъ. Мы приходимъ къ этому заключенію, съ одной стороны, на основаніи того, что приходится очень часто констатировать дѣлаемые въ этомъ отношеніи ошибки, съ другой же стороны, утверждаемъ это потому, что очень многіе до сихъ поръ считаютъ зондъ необходимымъ діагностическимъ средствомъ, чтобы избѣгать ошибки въ этомъ случаѣ. Если дѣло идетъ о томъ, чтобы распознать — имѣемъ ли мы въ данномъ случаѣ загибъ матки, — то первое практическое правило состоитъ въ томъ, чтобы уложить больную такимъ образомъ, чтобы бимануальное изслѣдованіе могло быть сдѣлано какъ можно обстоятельнѣе. Мы столько разъ убѣждались на опытѣ, что въ практикѣ діагностическія ошибки относительно загибовъ дѣлаются только въ силу того, что укладываютъ больную кое-какъ, или просто по незнанію, или же оттого, что надѣются слишкомъ на свою умѣлость. Какимъ образомъ должно поступать въ этомъ случаѣ — мы уже знаемъ изъ того, что сказано объ изслѣдованіи вообще. Здѣсь замѣтимъ только, что предварительное опорожненіе пузыря и прямой кишки считаемъ непрѣмнымъ прави-

ломъ. Если дѣло идетъ о загибѣ вообще, то первое, что бросается въ глаза—это измѣненіе въ длинникѣ рукава и состояніи сводовъ его. Особенно это должно сказать относительно загибовъ высшихъ степеней. Возьмемъ для примѣра загибъ впередъ II степени (уголъ прямой). Въ этомъ случаѣ изслѣдующій палецъ констатируетъ, что укороченъ длинникъ рукава и главнымъ образомъ по отношенію къ передней стѣнкѣ его; что же касается передняго свода, то онъ вдается въ большей или меньшей степени въ просвѣтъ рукава: онъ до известной степени выпячивается. Тоже самое, только въ обратномъ смыслѣ, будемъ имѣть и при загибѣ взадъ. Однимъ словомъ, первыя объективныя явленія, добываемыя при загибахъ путемъ внутренняго изслѣдованія, будутъ совершенно аналогичны съ тѣмъ, что мы находимъ при наклоненіяхъ матки. Эта-то аналогія въ явленіяхъ и подаетъ, какъ увидимъ ниже, главнымъ образомъ поводъ къ ошибкамъ въ распознаваніи, т. е. что смѣшиваютъ часто измѣненія въ очертаніи матки съ наклоненіями ея. Ориентировавшись на счетъ состоянія рукава и сводовъ, переходятъ къ изслѣдованію влагалищной части. Вообще говоря, тѣмъ менѣе выраженъ уголъ, образуемый изогнутою маткой, тѣмъ менѣе измѣнено положеніе влагалищной части. Если изогнутая матка нормальныхъ размѣровъ, или даже меньше нормальнаго (врожден. загибы), то влагалищная часть стоитъ обыкновенно выше нормальнаго. Если же дѣло идетъ о загибахъ приобретенныхъ, т. е. такихъ, при которыхъ объемъ матки увеличенъ, то влагалищная часть стоитъ ниже, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ. Кромѣ положенія влагалищной части она также отклоняется къ той или другой стѣнкѣ таза, смотря по роду загиба: при загибахъ вперёдъ нѣсколько взадъ, а при загибахъ взадъ въ противоположную сторону, т. е. впередъ. Одно только, что нужно помнить при этомъ, это то, что отклоненіе влагалищной части никогда не достигаетъ такой степени, какъ при версіяхъ. Мало того, при очень значительныхъ загибахъ нерѣдко случается, что влагалищная часть также отгибается въ ту сторону, куда отклонено маточное дно. Особенно это должно сказать относительно загибовъ взадъ. Чт. бы покончить съ влагалищною частью, замѣтимъ, что нѣкоторые авторы (Rockwitz, Hueter и др.) придаютъ особенно важное диагностическое значеніе состоянію наружнаго зѣва. Этотъ послѣдній, говорятъ они, при загибахъ матки всегда болѣе или менѣе раскрытъ (зіяеть) и имѣетъ поперечную форму. Съ этимъ мы ни въ какомъ случаѣ не можемъ согласиться, такъ-какъ могли бы указать на цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ наружный зѣвъ не только не зіяеть, но, наоборотъ, даже суженъ. Это именно бываетъ въ большинствѣ случаевъ при врожденныхъ загибахъ, гдѣ мы нерѣдко, кромѣ того, имѣемъ дѣло съ конической гипертрофіей влагалищной части (гиперт. Resamier). Тамъ же, гдѣ наружный зѣвъ дѣйствительно находятъ болѣе или менѣе раскрытымъ, — то это рѣшительно ничего не доказываетъ по отно-

шенію къ распознаванію загиба, такъ-какъ это явленіе указываетъ лишь на одно изъ его осложненій, а именно цервикальный эндометритъ. Въ случаяхъ загиба впередъ, скользя пальцемъ по передней поверхности влагалищной части, мы ощущаемъ чрезъ передній сводъ тѣло и дно матки. Въ случаяхъ очень сильно выраженныхъ загибовъ, это удастся весьма легко, въ противномъ случаѣ приходится энергически надавливать на брюшные покровы лѣвою рукою, лежащею надъ лоннымъ соединеніемъ. По разстоянію, которое приходится проходить пальцу отъ передней поверхности влагалищной части до той же поверхности тѣла или дна матки, мы судимъ о степени загиба. Очевидно, чѣмъ дальше это разстояніе, тѣмъ уголъ будетъ болѣе тупой и, наоборотъ, чѣмъ разстояніе это меньше, тѣмъ уголъ болѣе прямой или же острый. Вотъ единственно рациональный принципъ, которымъ должно руководствоваться при распознаваніи не только загиба вообще, но и степеней его. Мы по опыту очень хорошо знаемъ, что этотъ столь простой теоретическій принципъ для начинающаго кажется вовсе не столь яснымъ и даже сбивчивымъ. Но, къ сожалѣнію, здѣсь можно помочь горю только навыкомъ. Мы не разъ могли убѣждаться въ практикѣ, что, если начинающій хоть одинъ или два раза могъ ощупать загибъ, то ощущеніе, получаемое при этомъ пальцемъ, трудно изглаживается изъ памяти и предохраняетъ отъ ошибокъ. Не можемъ здѣсь кстати не замѣтить, что учиться распознавать загибы легче всего на увеличенныхъ въ объемѣ маткахъ; поэтому мы считаемъ родильницъ въ этихъ случаяхъ чрезвычайно пригоднымъ для этого учебнымъ матеріаломъ.

Не смотря на то, что прямое распознаваніе загибовъ матки для сколько нибудь привычнаго пальца, изслѣдующаго со вниманіемъ, не представляетъ далеко особенныхъ затрудненій, — до сихъ поръ очень полновѣсные авторитеты увѣряютъ, что, въ очень многихъ случаяхъ, распознаваніе это не можетъ обойтись безъ помощи маточнаго зонда. Это говорилось во времена K i w i s c h a, это же самое утверждаетъ умершій только нѣсколько лѣтъ тому назадъ проф. M a r t i n. Съ одной стороны, имена эти пользуются такимъ авторитетомъ въ наукѣ, съ другой же стороны, совѣтъ этотъ можетъ повлечь за собою столь печальные результаты въ практикѣ, что мы считаемъ необходимымъ нѣсколько подробнѣе коснуться этого вопроса. Остановимся сначала на томъ, для чего вообще совѣтуютъ прибѣгать къ зонду при распознаваніи загибовъ? Цѣлей, говорятъ, здѣсь нѣсколько и вотъ онѣ каковы. Помощію зонда нужно убѣдиться въ положеніи и очертаніи матки, въ толщинѣ стѣнокъ, въ томъ—какова длина полости матки, гдѣ находится загибъ, и, наконецъ, въ томъ—нѣтъ ли сращеній маточнаго дна съ окружающими частями. Разсмотримъ каждую изъ нихъ отдѣльно. Что положеніе матки узнается прямо и просто пальцемъ — мы ужъ видѣли выше. Тамъ же мы указали на то, — въ какой мѣрѣ зондъ

здѣсь совершенно излишенъ. Что же касается зонда для распознаванія загиба какъ такового, то, по истинѣ, тотъ, кто увѣряетъ, что ему для этого необходимъ зондъ,—этимъ самымъ сознается въ гинекологическомъ безсиліи своего пальца. Чѣмъ болѣе выраженъ загибъ, тѣмъ легче онъ распознается, такъ-какъ тѣмъ болѣе доступенъ уголь, образуемый тою или другою поверхностью матки. Если же кто не можетъ опредѣлить загиба пальцемъ, тотъ навѣрно его не опредѣлитъ и зондомъ, поелику въ очень многихъ случаяхъ зондъ вовсе не проникаетъ чрезъ внутренній зѣвъ. Если подобный эксплораторъ, только на основаніи того, что зондъ встрѣчаетъ препятствіе у внутреннего зѣва, можетъ сдѣлать діагностику загиба,—то, очевидно, что онъ нерѣдко горько ошибется, такъ-какъ для всякаго понятно, что стенозъ можетъ существовать и помимо всякаго загиба. Что касается употребленія зонда при загибахъ съ цѣлью точнаго опредѣленія длины полости матки, то и противъ этого можно было бы высказать многое; но мы этого не сдѣлаемъ здѣсь, а ограничимся только замѣчаніемъ, что употребленіе зонда въ этомъ случаѣ не имѣетъ собственно діагностическаго значенія по отношенію къ самому загибу. Пожалуй, его можно еще допустить здѣсь на томъ основаніи, если намѣрены прибѣгнуть къ введенію въ матку того или другаго механическаго снаряда. Впрочемъ, объ этомъ мы еще поговоримъ въ терапіи. Что же касается послѣдней задачи, рѣшеніе которой ожидаемъ въ этомъ случаѣ отъ зонда, а именно распознаванія сращеній,—то всю нераціональность его мы видѣли уже при распознаваніи наклоненій матки и здѣсь можемъ повторить только то же самое. Говоря объ употребленіи зонда вообще, мы уже сказали, что чѣмъ моложе, или, лучше, чѣмъ неопытнѣе гинекологъ, тѣмъ болѣе онъ видитъ показаній къ употребленію этого инструмента. Это особенно приложимо къ распознаванію загибовъ. Съ теченіемъ времени, съ увеличеніемъ клиническаго матеріала, число этихъ показаній все болѣе и болѣе съуживается. Каждый доходитъ до этого путемъ личнаго опыта и счастливъ тотъ, у кого онъ вышелъ не слишкомъ печальный... Мы ужъ столько разъ касались зонда въ нашемъ сочиненіи, что считаемъ совершенно излишнимъ привести здѣсь все то, что въ практикѣ причиняетъ нераціональное употребленіе его.

Въ силу всего вышесказаннаго мы должны придти къ заключенію, что зондъ для распознаванія загибовъ совершенно излишенъ. Если нѣкоторые авторы увѣряютъ, что въ опытныхъ рукахъ можно допустить употребленіе его съ діагностическою цѣлью, то это намъ кажется въ высшей степени непонятнымъ, такъ-какъ именно опытные руки могутъ обойтись безъ него и притомъ безъ всякаго ущерба для достоинства діагностики.

Если мы старались доказать ненужность зонда для распознаванія загибовъ вообще, то тѣмъ не менѣе я допускаю употребленіе его въ нѣкоторыхъ случаяхъ, но совершенно съ другою цѣлью. При загибахъ зондъ иногда необходимъ для того, чтобы опре-

дѣлать степень суженія въ области внутренняго зѣва, или, другими словами, проходимость цервикальнаго канала. Какъ бы изопрѣнъ ни былъ палець, вопроса онъ этого, понятно, рѣшить не можетъ. Не говоря уже о томъ, что на рѣшеніи этого вопроса должна быть основана вся терапія, зондъ здѣсь положительно необходимъ уже и для того, чтобы сдѣлать надлежащее предсказаніе.

Переходимъ къ дифференціальному распознаванію загибовъ отъ другихъ патологическихъ формъ.

Остановимся прежде всего на наклоненіяхъ матки, съ которыми столь нерѣдко смѣшиваются загибы. Выше мы видѣли сколько общаго въ объективныхъ данныхъ имѣютъ эти двѣ гинекологическія формы и какъ не трудно на первый взглядъ смѣшать ихъ между собою. Не смотря однако на это, сколько нибудь внимательное изслѣдованіе всегда можетъ вывести въ этомъ случаѣ изъ затрудненія. Загибъ мы имѣемъ право діагностицировать лишь тогда, когда палець въ области внутренняго зѣва ясно ощущаетъ уголь; при версіяхъ этого никогда не можетъ быть, какъ бы ни было выражено наклоненіе. Далѣе, при наклоненіяхъ матки продольная ось ея остается неизмѣнною, при загибахъ же она измѣняетъ направленіе относительно себя самой болѣе или менѣе рѣзко, т. е. она изгибается. Оба только что изложенные признака составляютъ главный критерій, держась котораго нѣтъ никакой возможности впасть въ ошибку.

Въ практикѣ весьма часто затрудняются — куда отнести данное положеніе матки къ загибамъ ли, или къ наклоненіямъ? Дѣло въ томъ, что между обѣими этими патологическими формами въ тѣсномъ смыслѣ существуетъ одна переходная форма, занимающая средину между тою и другой. Это то состояніе, гдѣ дно матки отклонено взадъ, между тѣмъ какъ задняя поверхность матки образуетъ болѣе или менѣе рѣзко выраженную дугу. Состояніе это мы до сихъ поръ наблюдали только при наклоненіяхъ взадъ и не могли не придавать ему весьма серьезнаго клиническаго значенія. Мы называемъ его дугообразнымъ и искривленіемъ матки (*incurvatio*). Оно формируется всегда тамъ, гдѣ впослѣдствіи образуется настоящій загибъ: оно составляетъ, слѣдовательно, переходъ отъ наклоненія къ загибу. Лучше всего эту переходную ступень можно наблюдать тамъ, гдѣ дѣло идетъ о наклоненіи матки взадъ съ значительнымъ увеличеніемъ длинника ея; по мѣрѣ того, какъ матка увеличивается все болѣе и болѣе въ длину, задняя поверхность ея постоянно искривляется дугообразно и это продолжается до тѣхъ поръ, пока не образуется окончательно уголь въ области внутренняго зѣва. Стоитъ внимательно прослѣдить этотъ процессъ, чтобы убѣдиться въ томъ, что природа весьма часто прибѣгаетъ къ нему при версіяхъ и при этомъ страданія больныхъ уменьшаются въ значительной степени, такъ-какъ, по мѣрѣ выступанія дугообразнаго искривленія, болѣзненные явленія въ тазу постепенно ослабѣваютъ. Особенно

рѣзко выступаетъ этотъ переходъ отъ наклоненій къ загибамъ въ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ наклоненіемъ взадъ со сращеніемъ дна, т. е. съ неподвижностью его. Изъ только что сказаннаго видно, что наклоненія матки могутъ переходить въ обыкновенныя загибы, только не вдругъ, а постепенно, т. е. данное наклоненіе переходитъ сначала въ дугообразное искривленіе и затѣмъ только въ загибъ. Что узнавать клинически подобныя дугообразныя искривленія не трудно, — понятно само собою: стоитъ только нѣсколько разъ пройти пальцемъ съ задней поверхности влагалищной части по той же поверхности, тѣла до дна матки. При этомъ можно убѣдиться въ томъ, что наружный зѣвъ и дно матки находятся почти на одномъ уровнѣ, а угла въ области внутренняго зѣва не существуетъ.

Нерѣдко смѣшиваютъ въ практикѣ собственно искривленія матки съ искривленіями шейки. Отличительнымъ критеріемъ между этими двумя состояніями можетъ служить то, что влагалищная часть крючкообразно изогнута въ ту или другую сторону, между тѣмъ какъ остальная часть продольной оси матки остается нормальной. Начинаящему нужно принимать при этомъ въ соображеніе слѣдующій чрезвычайно важный отличительный признакъ: при искривленіяхъ влагалищной части искривленіе ощущается впереди рукавнаго свода, при загибахъ же матки, наоборотъ, позади его.

Загибы матки нерѣдко диагностируются тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ опустившимися въ сводахъ яичниками или же отложившимися тамъ продуктами воспалительнаго свойства, а также кровоизліяніями. Рѣшается въ этомъ случаѣ распознаваніе тщательное и, гдѣ нужно, повторное изслѣдованіе. При этомъ всегда можно будетъ доказать, что лежащее въ переднемъ или заднемъ сводѣ тѣло находится съ маткой только въ извѣстной связи, а не составляетъ интегральную часть ея. При этомъ снова напоминаемъ, что, внимательно взвѣсивая явленія, ни въ какомъ случаѣ невозможно смѣшать напр. эксудатъ, какой бы онъ ни былъ, со дномъ матки, имѣющимъ столь опредѣленные, рѣзкіе контуры. Для насъ положительно непонятно — какимъ образомъ можно смѣшать экстрavasатъ съ дномъ изогнутой матки. Если экстрavasатъ свѣжій, то онъ даетъ тѣстоватую консистенцію, если же онъ болѣе стараго происхожденія, то онъ на ощупь представится болѣе плотнымъ, но за то рѣзко бугристымъ. Говорятъ также, что загибы могутъ симулировать новообразованія нѣкоторыя, напр. фиброміомы, развивающіяся въ стѣнкахъ матки. На первый взглядъ — такъ, но не при сколько нибудь внимательномъ изслѣдованіи. Положимъ, что мы имѣемъ дѣло съ міомой, развившейся въ передней стѣнкѣ матки; здѣсь все, что можетъ произойти, это будетъ наклоненіе впередъ, облегчающее диагностику новообразованія, продольная же ось матки, какъ бы она ни наклонялась, останется неизмѣнною.

Въ заключеніе сказаннаго нами о распознаваніи загибовъ матки мы считаемъ нужнымъ сказать еще нѣсколько словъ относительно распознаванія загибовъ врожденныхъ отъ приобретенныхъ. Подобное распознаваніе въ высшей степени важно въ прогностическомъ отношеніи. Положимъ, къ намъ обращается за помощью женщина лѣтъ 25 или больше, страдающая извѣстными припадками и безплодіемъ. Мы констатируемъ у нея загибъ 2-й степени и для того, чтобы установить положительную прогностику, необходимо прежде всего рѣшить — есть ли въ данномъ случаѣ загибъ приобретенный, или же субъектъ этотъ родился съ нимъ на свѣтъ. Говоря о патологической анатоміи врожденныхъ загибовъ, мы указали уже на характеристическія ихъ особенности; задача здѣсь, слѣдовательно, только въ томъ, чтобы сѣумѣть констатировать эти явленія клинически. Если у даннаго субъекта загибъ врожденный, то мы найдемъ, что, сообразно продолжительности страданія, матка, относительно, мало увеличена въ объемѣ; въ случаѣ увеличенія характерно при этомъ то, что оно касается только по преимуществу длинника матки; если бы мы этого субъекта изслѣдовали нѣсколько лѣтъ раньше, когда онъ еще жаловался очень мало, то, быть можетъ, мы бы нашли, что, не смотря на рѣзко выраженный загибъ, матка сохранила нормальные размѣры, или даже она нѣсколько меньше нормальнаго. Кромѣ этого, совмѣстно съ загибомъ изслѣдованіе даетъ рѣзко выраженную иногда атрофію въ области тѣла. Ко всему этому мы должны прибавить еще болѣе или менѣе выступающее вѣдсрединное положеніе органа. Затѣмъ къ этому присоединяется еще нерѣдко характерная влагалищная часть, именно коническая гиперплазія ея. На основаніи совокупности этихъ явленій въ большинствѣ случаевъ не трудно будетъ рѣшить — имѣемъ ли мы въ данномъ случаѣ дѣло со врожденнымъ загибомъ, или нѣтъ.

Предсказаніе ни при одной гинекологической формѣ не можетъ быть столь различно, какъ при загибахъ матки. Вообще говоря, оно весьма серьезно вслѣдствіе того, что загибы, не производя въ началѣ никакихъ особенныхъ явленій, долгое время не обращающихъ на себя вниманіе больныхъ. Когда же онѣ прибѣгаютъ за совѣтомъ, болѣзнь выражена уже въ значительной степени.

Если Scanzoni увѣряетъ, что предсказаніе при загибахъ въ высшей степени неблагоприятно, потому что они не исцѣлимы, то, на основаніи нашихъ личныхъ наблюденій, мы можемъ увѣрить, что знаменитый гинекологъ въ этомъ случаѣ зашелъ слишкомъ далеко. Предсказаніе, повторяемъ, серьезно, но далеко не такъ безутѣшно. Устанавливая въ каждомъ данномъ случаѣ предсказаніе, мы при этомъ должны руководствоваться слѣдующими обстоятельствами: есть ли данный загибъ врожденный или приобретенный, давность страданія, степень его и, наконецъ, характеромъ осложненій. Если дѣло идетъ о врожденномъ загибѣ у субъекта, начавшаго менструировать только недавно и

у котораго мы констатировали загибъ только второй степени, то предсказаніе несравненно лучше, чѣмъ, еслибы тотъ же загибъ существовалъ въ третьей степени и данная женщина менструировала бы давно, т. е. она была бы гораздо старше. Вообще мы можемъ сказать, что при врожденныхъ загибахъ третьей степени (матка имѣетъ подковообразную форму), съ значительнымъ увеличеніемъ длинника, или, наоборотъ, съ значительнымъ уменьшеніемъ всего органа въ объемъ,—предсказаніе абсолютно неблагоприятно. Тутъ мы не только не можемъ устранить существовавшее явленіе—бесплодіе, но и относительно другихъ припадковъ—напр. дисменореи—терапия не можетъ сдѣлать ничего особеннаго. Подобныя больныя,—это тѣ несчастные субъекты, которые блуждаютъ отъ одного гинеколога къ другому и на которыхъ тѣ, которые мало имѣли дѣло съ подобными больными, испытываютъ свою ловкость въ употребленіи зонда... По истинѣ, печальная участь! Врачу въ подобныхъ случаяхъ необходимо имѣть энергіи на столько, чтобы не вводить въ заблужденіе этихъ больныхъ мученицъ и высказать имъ прямо истину. Врачъ въ этомъ случаѣ тѣмъ болѣе долженъ покориться этой печальной необходимости, что во многихъ другихъ случаяхъ онъ можетъ не только существенно облегчать больныхъ, но нерѣдко также кореннымъ образомъ устранить ихъ страданія. Это въ особенности должно сказать на счетъ загибовъ не слишкомъ застарѣлыхъ и при которыхъ нѣтъ особенно важныхъ осложнений. Мало того, нерѣдко именно загибы матки составляютъ тѣ случаи, гдѣ добросовѣстная и рациональная терапия дѣлаетъ чудеса. Въ самомъ дѣлѣ, гдѣ такъ легко и быстро устраняются дисменорея и бесплодіе, какъ не въ случаяхъ загибовъ, при которыхъ приложимы извѣстныя средства? Къ этому мы относимъ преимущественно незастарѣлые врожденные загибы первыхъ двухъ степеней и загибы послѣродовые.

Если мы, съ одной стороны, установили для извѣстнаго рода загибовъ относительно благоприятное предсказаніе, то, съ другой стороны, оно весьма неблагоприятно въ случаяхъ запущенныхъ. Говоря о предсказаніи при загибахъ матки, мы не можемъ не остановиться на двухъ мѣнніяхъ, циркулирующихъ не только между профанами, но отчасти также и въ наукѣ. Дѣло въ томъ, что обыкновенно утверждаютъ, что, по мѣрѣ приближенія къ климактерическому возрасту, страданія больныхъ, одержимыхъ загибомъ, мало-по-малу ослабѣваютъ и затѣмъ совершенно исчезаютъ, какъ только наступаетъ climactericum. Мнѣніе это родилось потому, что у нѣкоторыхъ больныхъ это дѣйствительно имѣетъ мѣсто. Но это далеко не общее правило. Мы видѣли не мало такихъ случаевъ, въ которыхъ съ прекращеніемъ мѣсячныхъ дисменорейныхъ явленій, правда, исчезали, за то нѣкоторыя изъ мѣстныхъ явленій, въ особенности же истерическая картина, выступала съ такой рѣзкостью, какой никогда не замѣчалось прежде у этихъ больныхъ въ то время,

когда онѣ еще менструировали. Вслѣдствіе всего этого никогда не слѣдуетъ слишкомъ опредѣленно общать подобнымъ больнымъ полное излѣченіе съ климактерическаго возраста; благоразумнѣе въ этихъ случаяхъ выждать нѣсколько, чтобы убѣдиться въ томъ—какое вліяніе окажетъ climactericum на страданіе, съ которымъ мы имѣемъ у нихъ дѣло. Второе. Еще болѣе нѣкоторые клиницисты общаютъ себѣ отъ беременности въ подобныхъ случаяхъ. Беременность, говорятъ, устраняетъ естественнымъ путемъ существующій загибъ и кожь скоро она дойдетъ до нормальнаго срока, то загибъ исчезаетъ навсегда. Это справедливо только для меньшинства случаевъ. Обыкновенно же загибы матки ведутъ къ выкидышамъ, которые, въ свою очередь, обуславливая плохую инволюцію матки, еще болѣе усиливаютъ первоначальное страданіе ея, подавнее собственно поводъ къ прерванію беременности. Механизмъ происхожденія выкидыша, на который указалъ въ этихъ случаяхъ Hueter, до такой степени простъ, что нужно удивляться, какимъ образомъ можно еще спорить на этотъ счетъ. Допустимъ, что мы имѣемъ дѣло съ загибомъ впередъ второй степени и что зачатіе произошло. По мѣрѣ увеличенія матки въ объемѣ, загибъ сглаживается, но только потому, что онъ переходитъ въ одноименное наклоненіе матки. Эта послѣдняя, развившись до извѣстной степени и оставаясь наклоненною впередъ, ложится на заднюю поверхность лоннаго соединенія, причеиъ дно матки трется объ него. Этого механическаго инсульта, если онъ продолжается нѣкоторое время, совершенно достаточно для того, чтобы вызвать выкидышъ. Зачатіе при загибахъ взадъ еще болѣе серьезно, такъ-какъ при этомъ естественное испѣленіе загиба имѣетъ еще менѣе шансовъ. Какъ бы то ни было, беременность при загибахъ матки далеко не столь благоприятное обстоятельство, какъ обыкновенно полагаютъ; напротивъ, во многихъ случаяхъ ее должно считать причиною, усиливающею страданія больной. Нѣкоторые авторы называютъ въ подобныхъ случаяхъ загибъ матки предрасполагающею причиною къ выкидышу. Это однако далеко не такъ: загибъ матки здѣсь не предрасполагающая причина, а положительно causa proxima. Этимъ то объясняется то, что женщины, одержимыя измѣненіемъ въ очертаніи матки, выкидываютъ подъ-рядъ по нѣскольку разъ и притомъ въ одну и ту же эпоху беременности (такъ наз. періодическій выкидышъ—*abortus periodicus*).

Леченіе загибовъ матки—это *quaestio vexata* гинекологіи. Познакомившись даже только поверхностно съ гинекологическою литературою, становишься сразу въ самое фальшивое положеніе, потому что не знаешь—чему вѣрить. Для однихъ, именно для гинекологическихъ ортопедистовъ, загибъ въ терапевтическомъ отношеніи не составляетъ ничего особеннаго, такъ-какъ стоитъ только употребить тотъ или другой внутриматочный снарядъ и дѣло кончено. Такъ, напр., Valleix еще въ 1854 г. утверждалъ, что изъ 180 больныхъ, которыхъ наблюдали онъ самъ и другіе врачи,

помощью внутриматочныхъ снарядовъ исцѣлено совершенно 129 (!), остальные же получили значительное облегченіе. Кажется, чего лучше и можно-ли требовать чего нибудь больше отъ терапіи? Если бы это было правда, то, по истинѣ, никакая другая отрасль медицины не могла бы поспорить въ этомъ отношеніи съ гинекологіей. Но, къ сожалѣнію, это далеко не такъ: какъ этотъ, такъ и другіе факты, приводимые ортопедами-гинекологами, при ближайшемъ разсмотрѣніи ихъ, оказываются далеко не вѣрными. Какъ бы то ни было, но вопросъ относительно леченія загибовъ матки остается до сихъ поръ лабиринтомъ, выходъ изъ котораго для начинающаго въ высшей степени затруднителенъ. Попытаемся, поэтому, облегчить ему эту работу путемъ критическаго разбора существующихъ на этотъ счетъ разногласій, причемъ постараюсь оставаться объективнымъ, опираясь, гдѣ нужно, на личныя наблюденія.

Выше, говоря о сущности загибовъ, мы ужъ видѣли, что для однихъ клиницистовъ загибъ—все, для другихъ же значеніе собственно имѣть не загибъ, а только тѣ осложненія, которые сопровождаютъ его въ каждомъ данномъ случаѣ. Оставаясь вѣрною этому воззрѣнію, первая категорія практиковъ, не пренебрегая, правда, леченіемъ осложненій, на первомъ планѣ однако ставитъ терапію, имѣющую цѣлью устраненіе загиба. Это-то воззрѣніе и породило цѣлую отрасль гинекологической терапіи, именно маточную механургію. Для того, чтобы устранить загибы, требуется двоякаго рода дѣйствіе: одно имѣетъ цѣлью выровнить загибъ, а другое удержать матку въ выпрямленномъ положеніи. Разсмотримъ каждое изъ этихъ дѣйствій отдѣльно.

Выпрямленіе изогнутой матки производится двоякимъ образомъ, а именно пальцами и помощью инструментовъ, т. е. зонда. По первому способу матка выпрямляется такимъ образомъ, что одинъ или два пальца правой руки вводятся въ рукавъ и приставляются къ передней или задней поверхности влагалищной части, а другая рука (лѣвая) кладется надъ лоннымъ соединеніемъ, на дно матки. Въ то время, какъ пальцы, находящіеся въ рукавѣ, отдаютъ влагалищную часть впередъ, лѣвая рука отталкиваетъ маточное дно въ противоположную сторону, и наоборотъ. Актъ этотъ, съ перемежками, продолжается до тѣхъ поръ, пока уголъ, образуемый изогнутою маткою не выравнивается совсѣмъ, или не сдѣлается, по крайней мѣрѣ, болѣе тупымъ. Если маневръ этотъ, т. е. выпрямленіе не удастся совершить пальцами, то прибѣгаютъ къ маточному зонду. Для этой цѣли, при загибахъ впередъ, зондъ вводится такимъ образомъ, что вогнутость его обращена къ симфизу; проникнувши до внутренняго зѣва, рукоятку инструмента понижаютъ (т. е. опускаютъ) до тѣхъ поръ, пока пуговка зонда не проникнетъ чрезъ загибъ собственно въ полость матки. Когда это совершилось, выпрямленіе въ тѣсномъ смыслѣ производится такимъ образомъ, что

зондъ въ полости матки поворачиваютъ такъ, чтобы выпуклость его обратилась къ лонному соединенію, а вогнутая сторона къ задней стѣнкѣ матки, на которую нажимаютъ пуговкою инструмента до тѣхъ поръ, пока матка не выровнится. Послѣ того какъ это произошло, зондъ оставляется еще въ маткѣ нѣсколько минутъ и затѣмъ его удаляютъ, не измѣняя его положенія. При загибахъ взадъ поступаютъ такимъ же образомъ, только въ обратномъ смыслѣ, т. е. зондъ вводятъ выпуклою стороною къ симфизу и, проникнувши въ полость, его поворачиваютъ къ ней вогнутою стороною; при этомъ, слѣдов., пуговкою зонда придется нажимать на переднюю стѣнку матки.

Окончивши первый актъ механической терапіи, приступаютъ ко второму акту, т. е. удержанію матки выпрямленною. Основываясь на историческихъ изысканіяхъ Нолля, должно признать, что первая попытка въ этомъ отношеніи сдѣлана была Милеромъ въ началѣ этого столѣтія (1803 г.), предложившимъ вводить въ изогнутую взадъ матку гибкую палочку. Попытка къ подобной терапіи со стороны Осандера относится къ 1808 г. Затѣмъ, черезъ 20 лѣтъ, Амуссацъ предложилъ въ подобныхъ случаяхъ вводить въ полость матки палочку изъ слоновой кости (*petite tige droite en ivoire*). Дѣло окончилось однако смертью (вслѣдствіе перитонита) больной и Амуссацъ не рѣшался болѣе прибѣгать къ этому способу. Такимъ образомъ вопросъ о внутриматочной механургіи совершенно затихъ, пока снова его не поднялъ въ 1848 г. Симпсонъ, предложившій разомъ 3 внутриматочныхъ снаряда (редресаторъ, *intrauterin stemp* (см. фиг. 32)). Симпсонъ съ большимъ энтузіазмомъ описалъ блестящіе результаты своихъ первыхъ попытокъ въ этомъ направленіи. Впрочемъ, онъ соглашается, что его снаряды помогаютъ не во всѣхъ случаяхъ наклоненія матки взадъ*; тѣмъ не менѣе онъ утверждаетъ однако, что внутриматочные снаряды его во всѣхъ случаяхъ составляютъ превосходное паллиативное средство. Вслѣдъ за этимъ Валлейхъ (1851 и 1853) обнаружилъ свои наблюденія надъ весьма удачною терапіей загибовъ матки помощью внутриматочнаго снаряда Симпсона, который онъ модифицировалъ такимъ образомъ, что укрѣплялъ его не въ рукавѣ, а на лобкѣ помощью фиксирующаго снаряда въ видѣ подковы, который въ свою очередь, укрѣплялся вокругъ таза помощью банджажа. Послѣ нѣсколькихъ дальнихъ модификацій Валлейхъ остановился на той, которая приведена въ фиг. 33. Внутриматочная часть инструмента фиксируется въ рукавѣ помощью каучуковаго шара, соединяющагося съ пессаріемъ посредствомъ каучуковой же трубки, снабженной двумя кранами.

Въ одно время почти съ Валлейхомъ, или даже нѣсколько раньше, Кивисхъ сталъ прибѣгать къ внутриматочнымъ снаря-

* Мы выше уже упомянули о томъ, что S. не дѣлаетъ различія между собственно наклоненіями (*versiones*) и загибами (*flexiones*) матки.

дамъ. Самый первый изъ нихъ состоялъ изъ подковообразнаго изогнутаго зонда, укрѣплявшагося на тазѣ больной посредствомъ бандажа. Инструментъ этотъ, по словамъ самаго Kiwisch'a, оказался очень невыгоднымъ, такъ-какъ онъ очень плохо переносился больными. Вслѣдствіе этого онъ предложилъ въ 1850 году зондъ съ пружиною. Снарядъ этотъ представляетъ инструментъ, построенный совершенно по идеѣ маточнаго зонда, только онъ нѣсколько длиннѣе и толще его. Та часть его, которая вводится



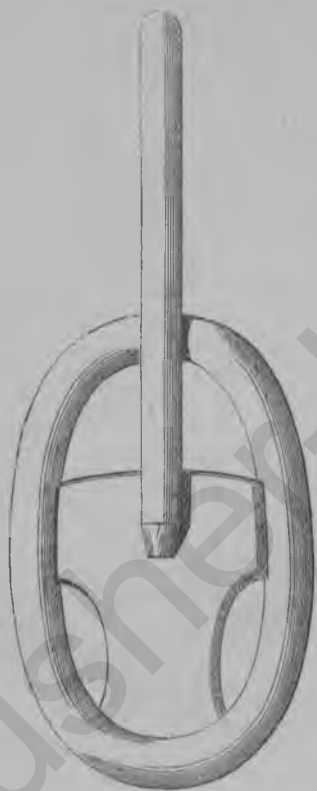
Фиг. 34.



Фиг. 35.

въ матку, раздѣляется на двое—помощью нитокъ, укрѣпляющихся на винтѣ, придѣланномъ къ концу рукоятки. Дѣйствуя этимъ винтомъ, нитки натягиваются и замыкаютъ обѣ створки. Сложенный такимъ образомъ инструментъ вводится въ полость матки и затѣмъ, дѣйствуя винтомъ, раскрываютъ створки, которыя, расходясь вилкообразно, фиксируютъ такимъ образомъ инструментъ въ полости матки. Когда инструментъ такимъ образомъ введенъ, рукоятку его снимаютъ. Въ полости матки остается, слѣдовательно, только часть инструмента, именно вилка, которая, въ свою очередь, соединена со спиралью, служащею для надѣванія на рукоятку инструмента. Снарядъ этотъ былъ одобренъ нѣкоторыми гинекологами и между прочимъ модифицированъ С. Мауге'омъ, въ томъ отношеніи, что онъ придѣлалъ нитки, служащія для сближенія створокъ съ внутренней поверхности, а не

съ наружной какъ у Kiwisch'a, вслѣдствіе чего онѣ раздражали внутреннюю поверхность матки. Снарядъ Kiwisch'a имѣетъ важное историческое значеніе въ томъ отношеніи, что онѣ послужили прототипомъ для множества внутриматочныхъ снаря-



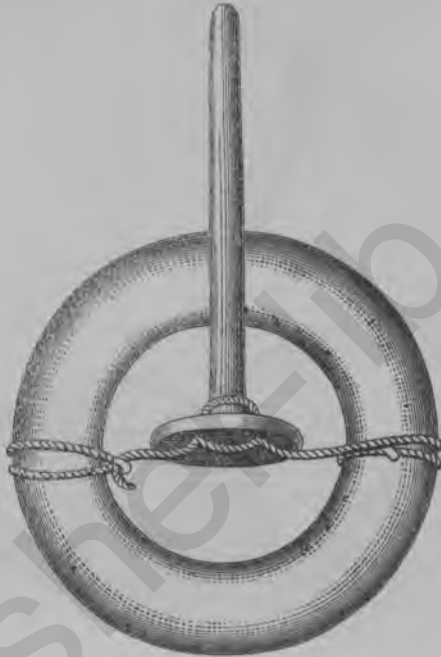
Фиг. 36.

довъ, заимствовавшихъ у него расщепленіе внутренняго конца инструмента на двѣ створки (створчатые внутриматочные снаряды).

Мы пропускаемъ цѣлый рядъ внутриматочныхъ снарядовъ, такъ-какъ одно только перечисленіе ихъ завлекло бы насъ далеко за предѣлы нашей книги и остановимся на такъ-называемыхъ регуляторахъ проф. Martin'a, въ Берлинѣ. Онѣ употребляли или простыя палочки изъ слоновой кости, или же укрѣпленныя на овальномъ кольцѣ (фиг. 34), служащемъ для фиксированія внутриматочнаго стемпа. Выгоды мартиновскаго снаряда, по словамъ его, состоятъ въ томъ, что внутриматочный снарядъ, соединенный помощью шарнира съ кольцомъ, помѣща-

ющимся въ рукавѣ (*federnder Regulator*), не удерживаетъ матку въ одномъ, извѣстномъ положеніи, а допускаетъ нѣкоторую подвижность ея.

С. и G. Браунъ, въ Вѣнѣ, употребляютъ внутриматочные снаряды изъ гартованнаго каучука. Это, собственно говоря, па-



Фиг. 37.

лочки, слегка изогнутыя и фиксирующіяся помощью нижняго оливкообразно утолщеннаго конца.

Winkel, одиакъ изъ главныхъ защитниковъ внутриматочной механургіи въ Германіи, употребляетъ снарядъ, очень мало отличающійся отъ мартиновскаго (См. фиг. 35). Это обыкновенный регуляторъ, крѣпящійся подвижно, помощью шнура, на маеровскомъ кольцѣ.

На томъ же основаніи построенъ внутриматочный снарядъ, изобр. на фиг. 36. Часть *E.*, вводимая въ матку, вставляется въ отверстіе *F* перекладины *CD*, придѣланной къ годжевскому кольцу (*AB*).

Познакомившись вкратцѣ съ сущностью внутриматочныхъ снарядовъ, посмотримъ какимъ образомъ они употребляются.

Выпрямивши матку какъ сказано выше, приступаютъ къ введенію внутриматочнаго снаряда. Что касается техническаго приѣма, то Simpson употреблялъ для этой цѣли обыкновен-

ный зондъ, только нѣсколько покороче и оканчивающійся вмѣсто пуговки заостреннымъ концомъ, который вводится въ отверстие, имѣющееся на толстомъ концѣ стемпа. На какую высоту должно вводить интраутеринный снарядъ въ матку? Интраутеринные снаряды Simpson'a имѣютъ нормальную длину матки, т. е. $2\frac{1}{2}$ " ; Valleix сначала вводилъ только редресаторы, имѣю-



Фиг. 38.

щіе въ длину 6 центиметровъ, а затѣмъ онъ ихъ бралъ на половину короче, въ 3 центиметра длиною. Введши внутриматочный снарядъ, совѣтуютъ больной соблюдать въ теченіи нѣкотораго времени покой, т. е. какъ можно меньше двигаться, или даже оставаться въ постели дня три; когда убѣждаются въ томъ, что стѣмпъ не причиняетъ особеннаго раздраженія, то лишь тогда позволяютъ ей постепенно предаваться обычнымъ своимъ занятіямъ. Во время мѣсячныхъ его удаляютъ лишь въ такомъ случаѣ, когда имѣютъ дѣло съ чрезмѣрнымъ обиліемъ ихъ (menstr. prof.). Что касается того, на сколько можно оставить in loco внутриматочные снаряды, то на это особенныхъ правилъ не существуетъ; больныя носятъ ихъ цѣлыми недѣлями и даже годами до тѣхъ поръ, пока не наступитъ исцѣленіе, или, по крайней мѣрѣ, не будутъ устранены тѣ явленія, на которыя онѣ жаловались.

Что касается техники введенія внутриматочныхъ снарядовъ (стемповъ), то она различна, смотря по устройству этихъ по-

слѣднихъ. Нѣкоторые изъ нихъ (напр. Simpson'a, Kiwisch'a, C. Braun'a, Wright'a и др.) снабжены специальными кондукторами. Стемпы же безъ этихъ послѣднихъ вводятся слѣдующимъ образомъ. Большой дается положеніе на спинѣ, съ нѣскольکو приподнятымъ тазомъ, матка предварительно выпрямляется (??) зондомъ, затѣмъ указательный палецъ правой руки приставляется къ зѣву и стемпъ помощью другой руки вводится въ цервикальный каналъ и затѣмъ палецъ, напирая на пуговку его, пропихиваетъ его дальше въ матку.

Другіе же совѣтуютъ вводить стемпъ при боковомъ положеніи. Большаю кладутъ на лѣвый бокъ, влагаліщная часть обнажается помощью американскаго зеркала, а матка фиксируется помощью пулевыхъ щипцовъ, захватывающихъ переднюю губу. Послѣ этого стемпъ, захватываемый рукой или же корчангомъ вводится въ матку. Winckel совѣтуетъ, особенно при загибахъ впередъ, слѣдующій приемъ. Въ матку вводится зондъ и этимъ послѣднимъ оттягиваютъ ее впередъ, къ лонному соединенію; затѣмъ стемпъ вводится подлѣ зонда въ матку.

Если гинекологическая терапія обладаетъ такимъ средствомъ, какъ внутриматочные снаряды, испѣляющимъ сотни и тысячи больныхъ, отчего, спрашивается, на счетъ этого средства существуютъ столь разногласящія мнѣнія въ наукѣ? Отчего одни возносятъ ихъ до небесъ, а другіе не находятъ достаточно убѣдительныхъ словъ, чтобы предостеречь отъ употребленія ихъ? Дѣло въ томъ, что съ самаго начала введенія въ практику внутриматочныхъ снарядовъ, раздались противъ нихъ голоса тѣхъ, которые, по употребленіи ихъ на дѣлѣ, убѣдились въ томъ, что внутриматочные снаряды мало того, что не приносятъ пользы, но нерѣдко положительно вредны, причиняя весьма опасныя припадки. Такъ, черезъ нѣсколько времени, по обнаруженіи результатовъ ортопедическаго леченія загибовъ матки Simpson'омъ и Valleix'омъ, противъ нихъ выступили P. Dubois, Deraul, Brosa и др. утверждавшіе, съ документами въ рукахъ, что большая часть исторій болѣзни, сообщенныхъ англійскимъ и французскимъ гинекологами, не вѣрны. P. Dubois цитировалъ прямо больныхъ; которыхъ Simpson, послѣ того, какъ онѣ нѣкоторое время носили его внутриматочный снарядъ, объявили здоровыми и которыя, по тщательномъ изслѣдованіи какъ P. Dubois, такъ и другими, оказались одержимыми тѣми же измѣненіями въ очертаніи матки, какъ и прежде. Тоже самое было сообщено и относительно больныхъ Valleix'a. Но этого еще мало. Valleix, напр., увѣрялъ, что при употребленіи своего внутриматочнаго снаряда онъ только въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣчалъ явленія легкаго метрита, небольшія кровотеченія, лихорадочныя, а также и истерическія явленія, не имѣвшія никакого особеннаго значенія; между тѣмъ въ то же время въ литературѣ появилось множество сообщеній о томъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ внутриматочные снаряды причиняли острое воспаленіе брюшины, стоившее жизни нѣкоторымъ больнымъ. Таковы случаи, приводимые Brosa, Ricke, Rockwitz'омъ, и др. Не смотря

однако на столь открытыя предостереженія, внутриматочные снаряды получали все болѣе и болѣе приверженцевъ и въ 50-хъ годахъ они стали какъ бы модной статьёй, увлекавшей умы гинекологовъ, желавшихъ, какъ они утверждаютъ, расширить предѣлы терапіи.... Вѣроятно не мало бѣды творила эта мода, такъ какъ противъ нея въ самыхъ рѣзкихъ выраженіяхъ высказались Hohl, Seifert, Scanzoni, Lehmann и др. Не можемъ не привести здѣсь по этому поводу слова много-опытнаго Hohl'я, запечатлѣнные ѣдкой ироніей: «О, бѣдная матка!» восклицаетъ онъ, «каково-то поступають съ тобою въ настоящее время: тебя жгутъ и рѣжутъ, вытягивають и выпрямляють словно рекрута и, не обращая вниманія на то, что ты надрываешься, на тебя нападаютъ зондами и кивисевскими редресаторами!»...

Что все то, что приводилось въ упрекъ внутриматочнымъ снарядамъ, имѣетъ положительное основаніе, — не подлежитъ ни малѣйшему сомнѣнію. Мы очень подробно разсмотрѣли патологическую анатомію и патологию маточныхъ загибовъ для того, чтобы намъ пришлось здѣсь меньше распространяться на счетъ пользы или вреда внутриматочныхъ снарядовъ. Мы видѣли тамъ, что до тѣхъ поръ, пока загибъ существуетъ *per se*, онъ не причиняетъ почти никакихъ припадковъ и что эти послѣдніе выступаютъ лишь тогда, когда осложненія и притомъ воспалительнаго свойства достигли извѣстной степени. Осложненія эти, мы сказали, существенно состоятъ въ болѣе или менѣе глубокихъ измѣненіяхъ, какъ внутренняго покрова, такъ и паренхимы маточныхъ стѣнокъ. Сущность этихъ измѣненій, въ какой бы степени они ни были выражены, сводятся къ одному знаменателю, именно — различнымъ періодамъ эндометрита и паренхиматознаго воспаления. Какъ бы мы до употребленія внутриматочнаго снаряда ни старались унять выступающія явленія хроническаго воспаления, мы можемъ только ублажить ихъ до извѣстной степени, устранить же ихъ совершенно не можемъ. Больная можетъ ни на что не жаловаться, намъ можетъ казаться, что гиперемія напр. унялась совершенно, — а между тѣмъ это далеко не такъ. Матка, какъ извѣстно всякому гинекологу, такой индолентный органъ, что въ случаѣ, гдѣ, кажется, всѣ воспалительныя явленія прошли, они обнаруживаются съ новой силой и притомъ нерѣдко подъ вліяніемъ самой незначительной причины. Въ послѣдніе годы Eidis* описалъ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ очень тяжкія явленія развились болѣе или менѣе значительное время спустя послѣ того, какъ даже удалены были внутриматочные снаряды. Раздраженіе, произведенное ими, дремало до поры — до времени и затѣмъ обнаружилось подъ вліяніемъ малѣйшей случайной причины. И такъ, выпрямивъ подобную матку — пальцами или зондомъ, все равно, — какой можетъ

* On the Necessity for Caution in the Employment of intranter. Stems. Transact. of the Obstetr. Soc. of London. v. XVI, p. 3;

быть другой результатъ подобнаго дѣйствія, если не усиленіе именно тѣхъ осложненій (воспалительнаго свойства), устраненіе которыхъ столь желательно въ данномъ случаѣ? Если нѣкоторые клиницисты, защитники внутриматочной механургии, ссылаются притомъ на то, что больныя, жаловавшіяся до тѣхъ поръ на боли въ животѣ и пр., послѣ того, какъ имъ надѣваютъ интраутеринный снарядъ, чувствуютъ себя хорошо,—то явленіе это въ сущности ничего не доказываетъ, такъ-какъ здѣсь возможно другое, гораздо болѣе рациональное объясненіе. Одно изъ двухъ: или мы имѣемъ дѣло съ изогнутой маткой, увеличенной въ объемъ и давящей на сосѣдніе органы; или же она нормальныхъ размѣровъ и чрезвычайно подвижна. Въ томъ и другомъ случаѣ внутриматочный снарядъ, фиксируя органъ въ извѣстномъ, определенномъ положеніи, уменьшаетъ давленіе его на сосѣдніе органы, или же уменьшаетъ его подвижность. И такъ, мы нисколько не сомнѣваемся въ томъ, что внутриматочные снаряды могутъ значительно уменьшить, или даже вовсе устранить многія изъ неприятныхъ субъективныхъ ощущеній большой, обусловливаемыхъ загибомъ. Но на долго ли? Вотъ весь вопросъ. Въ первые годы нашей практики, когда мы употребляли всевозможнаго рода внутриматочные снаряды, мы дѣйствительно достигали блестящихъ результатовъ и нѣкоторые изъ нашихъ больныхъ не могли нарадоваться тому, что онѣ такъ скоро отдѣлывались отъ своихъ страданій. Но вскорѣ мы убѣдились, что этотъ періодъ улучшенія продолжался весьма не долго и страданія ихъ возвращались съ прежней силой, и притомъ весьма часто въ болѣе значительной степени, чѣмъ прежде. Внимательное изслѣдованіе этихъ случаевъ указывали на то, что внутриматочный снарядъ, лежа въ извѣстное время въ маткѣ, давалъ всегда одни и тѣ же результаты: усиленіе гипереміи и раздраженіе органа, сказывавшееся или потугообразными или же стационарными болями и—во-вторыхъ—тамъ, гдѣ раздраженіе внутренней поверхности матки достигало извѣстной степени, дѣло оканчивалось болѣе или менѣе обильными кровотечениями. Механизмъ усиленія первоначальныхъ припадковъ внутриматочными снарядами до такой степени простъ, что едва-ли требуетъ дальнѣйшихъ объясненій. Усиливая постоянно гиперемію въ органѣ, носящемъ въ себѣ всѣ задатки воспаленія, что онъ можетъ сдѣлать болѣе, если не увеличивать большой органъ въ объемъ, что, въ свою очередь, должно сказаться переполненіемъ (застоями) сосудовъ, разрывающимся въ концѣ концовъ кровотеченіемъ. Пойдемъ еще дальше. Приверженцы внутриматочныхъ снарядовъ до сихъ поръ не могутъ представить никакого рациональнаго объясненія того, какимъ образомъ дѣйствуютъ столь благотвѣтельно эти снаряды. Большинство увѣряетъ, что они удерживаютъ матку въ прямомъ состояніи и такимъ образомъ дѣйствуютъ, слѣдоват., прямо механически, устраняя загибы. Что это далеко не такъ, доказывается тѣмъ, что Valleix, отецъ внутриматоч-

ной механургии, по крайней мѣрѣ, во Франціи устреляя снаряды длиною въ 6 центиметровъ, а затѣмъ уменьшилъ длину ихъ ровно на половину. Неужели снарядъ въ 6 и въ 3 центиметра можетъ дѣйствовать механически одинаковымъ образомъ? Очевидно, нѣтъ! и въ этомъ, по моему, кроется вся противудказательная сила противъ маточныхъ механурговъ. Стѣмпъ въ 3 центиметра длиною, при нѣкоторомъ удлинненіи цервикальнаго канала, не можетъ вовсе дѣйствовать на загибъ, потому что онъ и не дойдетъ даже до него. Если же онъ въ рукахъ Valleix'a давалъ одинаково благопріятные результаты, то это должно приписать очевидно не ему, а другому механическому снаряду, на которомъ онъ укрѣпленъ и фиксирующему или сводъ, или же самую матку. Если же мы имѣемъ дѣло съ изогнутой маткой нормальныхъ размѣровъ, то подобный маленькій элеваторъ дѣйствуетъ не тѣмъ, что онъ выпрямляетъ матку, а единственнымъ и главнымъ образомъ потому, что онъ, усиливая гиперемію въ большомъ органѣ, даетъ ему формативный импульсъ, увеличивая его во всѣхъ размѣрахъ. Однимъ словомъ, въ подобныхъ случаяхъ редресаторъ механически дѣлаетъ то, что происходитъ въ изогнутой маткѣ подъ влияніемъ физиологической гипереміи, именно беременности. Но, мы увидимъ ниже, что этого дѣйствительно благопріятнаго результата, доставляемаго внутриматочными снарядами, можно достигнуть другимъ, болѣе простымъ путемъ.

Другой важный упрекъ, который мы вмѣстѣ съ другими клиницистами должны высказать противъ внутриматочныхъ снарядовъ, состоитъ въ томъ, что большинство изъ нихъ весьма трудно фиксируется въ полости матки. Сначала мы приписывали это обстоятельство нашей собственной неловкости, или неумѣлости обращаться съ ними. Въ послѣдствіи же мы должны были отказаться отъ этого, когда убѣдились, что внутриматочные снаряды, введенные весьма опытными въ этомъ отношеніи руками, постоянно смѣщались, или даже вовсе выпадали. То, что интра-утеринные стѣмпы держатся въ маткѣ весьма плохо, доказывается тѣмъ, что большинство изъ нихъ снабжены еще другимъ фиксирующимъ снарядомъ, помѣщаемымъ въ рукавъ (Martin, Winkel и др.). Подобные же снаряды имѣютъ громадный недостатокъ, такъ какъ они ужъ слишкомъ фиксируютъ матку и, кромѣ того, уменьшаютъ тонусъ рукавныхъ стѣночекъ.

Всего вышесказаннаго, намъ кажется, совершенно достаточно для того, чтобы при безпристрастной оцѣнкѣ результатовъ, вызываемыхъ внутриматочными снарядами, отказаться отъ употребленія ихъ. Тѣ же, которые игнорируютъ эти факты и защищаютъ употребленіе ихъ во что-бы то ни стало, едва-ли могутъ быть убѣждены въ противномъ, еслибы мы еще увеличили число печальныхъ послѣдствій, проистекающихъ отъ употребленія разсматриваемыхъ снарядовъ. Если мы распространились столько объ этомъ вопросѣ, который многими лучшими представителями ги-

некологіи (Scanzoni, Credé, Spiegelberg) считается давнымъ давно рѣшеннымъ въ отрицательномъ смыслѣ,—то мы сдѣлали это главнымъ образомъ потому, что искренно желали, чтобы наши читатели въ практической своей дѣятельности избѣгали тѣхъ печальныхъ иллюзій, которыя приходилось испытать всякому, желавшему убѣдиться въ этомъ путемъ личныхъ наблюдений.

Отвергая ортопедическую терапію загибовъ матки, мы этимъ нисколько не думаемъ утверждать, что въ виду этой патологической формы слѣдуетъ ограничиваться выжидательнымъ леченіемъ, т. е. ничего не дѣлать. Напротивъ, мы уже выше, говоря о предсказаніи, указали на то, что именно въ этомъ случаѣ рациональная терапія можетъ сдѣлать очень много. Здѣсь снова подчеркиваемъ сказанное нами выше съ тою только оговоркой, что терапія должна быть рациональная, не дѣйствующая по одному извѣстному шаблону, а принаравливающаяся къ каждому данному случаю. Одной терапіи для всѣхъ загибовъ, какъ проповѣдуютъ ортопедисты, не можетъ и не должно быть. Въ этой простой истинѣ кроется весь успѣхъ леченія. Для того, чтобы выяснитъ еще болѣе нашу мысль, мы попробуемъ резюмировать ее въ слѣдующемъ силлогизмѣ. Леченіе загибовъ матки вообще должно имѣть главнымъ образомъ въ виду устраненіе тѣхъ припадковъ, которыя вызываются патологическими измѣненіями маточной ткани изогнутаго органа. Загибъ самъ по себѣ отступаетъ на задній планъ и дѣлается лишь объектомъ терапіи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ, взятый *per se*, вызываетъ несомнѣннымъ образомъ тѣ или другія болѣзненные явленія. На основаніи только что сказаннаго, въ терапевтическомъ отношеніи, должно допустить двѣ категоріи загибовъ. Въ одной изъ нихъ, гдѣ загибъ сопровождается рѣзко бросающимися въ глаза измѣненіями маточныхъ стѣнокъ (увеличеніе органа, гиперемія ткани), тамъ мы на загибъ не обращаемъ въ сущности никакого вниманія и направляемъ нашу терапію на больной органъ, какъ будто бы загиба и не было. Къ другой категоріи будутъ относиться тѣ случаи, въ которыхъ органъ не увеличенъ въ объемѣ, а иногда даже уменьшенъ; между тѣмъ мы имѣемъ дѣло съ комплексомъ явленій, каковы дисменорея, катарръ цервикальнаго канала, бесплодіе и пр., которыя не могутъ быть иначе объяснены, какъ только загибомъ. Здѣсь терапія ужъ прямо направляется противъ этого послѣдняго.

Посмотримъ сначала—каково леченіе случаевъ первой категоріи, т. е. тѣхъ, въ которыхъ мы имѣемъ дѣло съ изогнутой маткой, болѣе или менѣе значительно увеличенной въ объемѣ. Такъ какъ мы уже знаемъ, что увеличеніе это обусловливается или недостаточнымъ обратнымъ развитіемъ матки *post partum* или послѣ выкидыша, или же процессами прямо воспалительнаго свойства, то и леченіе направляется главнымъ образомъ противъ этихъ патологическихъ состояній. Возьмемъ для примѣра загибъ впередъ 2-й степени совершенно свѣжій, развившійся на нашихъ глазахъ по-

слѣ родовъ. Подлежить ли онъ леченію, такъ-какъ послѣ родовъ прошло только очень короткое время, напр. дней 10—12? Непремѣнно! Это именно тѣ случаи, которые сулятъ самыя лучшія шансы на благопріятный исходъ. Такъ-какъ здѣсь загибъ прямо обусловливается недостаточно сильною, или—лучше,—неравномѣрною инволюціей, то стимулируемъ послѣднюю и стараемся обставить большую такимъ образомъ, чтобы ничто не мѣшало правильному ходу обратнаго развитія. Съ этою цѣлью мы предписываемъ строжайшій (абсолютный) покой и избѣгаемъ строго бинтованія живота, чтобы не отдавливать впередъ дна матки. Затѣмъ назначаемъ спорынью, лучше всего въ клизмахъ, какъ это дѣлаетъ Scanzoni, два раза въ день по $\mathfrak{3s} - \mathfrak{3j}$ на клистиръ (3 унцевый). Если ткань матки, особенно въ нижнемъ отдѣлѣ ея, вяла и чрезмѣрно сочна, если, кромѣ того, выдѣленіе значительно, то назначаемъ 3—4 холодн. душа въ день, прибавляя къ нимъ какое-либо вяжущее, напр. ас. тап. Такъ-какъ при этомъ мы весьма часто имѣемъ дѣло съ сильно выступающимъ цервикальнымъ эндометритомъ съ выворотомъ губъ (ectropion) маточнаго зѣва, то дѣйствуемъ противъ него вышесказанными средствами (впрыскиванія въ цервикальный каналъ сначала тепловатой воды, потомъ вяжущихъ растворовъ, смазываніе ц. кан. liq. sesquichlor. ferri et glycer. aa, тампонада). Терапія эндометрита имѣетъ въ этихъ случаяхъ громадное вліяніе на устраненіе загиба, такъ-какъ она гущественно стимулируетъ инволюцію. Дѣйствуя вышесказаннымъ образомъ, не нужно ли предпринимать еще что нибудь противъ загиба? Въ большинствѣ случаевъ однихъ вышесказанныхъ средствъ совершенно достаточно. Прилагая послѣдовательно и настойчиво эту терапію, мы достигаемъ устраненія загиба иногда въ относительно очень короткое время. Только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы замѣчаемъ, что органъ уменьшается въ объемѣ, а загибъ тѣмъ не менѣе остается,—тамъ необходимо дѣйствовать прямо противъ загиба для того, чтобы не дать ему усиливаться. Съ этою цѣлью мы прибѣгаемъ къ выпрямленію матки, которое выполняется при помощи вышесказаннаго маневра п а л ь ц а м и. Нѣкоторые авторы (Massmann, Hildebrandt) совѣтуютъ здѣсь прибѣгать къ зонду. Если мы, на основаніи того, что сказано будетъ ниже, воспользуемся противъ зонда, какъ выпрямляющаго средства вообще, то тѣмъ болѣе при этихъ условіяхъ. Имѣя дѣло со свѣжими, т. е. пурперальными загибами, очень легко убѣдиться въ томъ, — какую роль при этомъ играетъ разрыхленіе внутренняго покрова не только цервикальнаго канала, но собственно и полости матки. Не рисковано ли развѣ при подобныхъ условіяхъ прибѣгать къ зонду? Это—одно. Кромѣ того, имѣя дѣло съ очень плохой инволюціей матки, ткань ея при этомъ становится столь индолентной, что зондъ здѣсь не можетъ даже динамически дѣйствовать, т. е. усилить сократительную дѣятельность. Если къ этому прибавимъ, что пурперальная матка при плохой инволюціи до такой степени мягка, что слушается пальца, какъ воскъ, — то поймемъ, — что

употребленіе зонда при загибахъ пузѣрпальныхъ совершенно излишне.

Переходимъ къ загибамъ первой же категоріи, но обусловливающимися не родильнымъ состояніемъ, а воспалительными процессами. Возьмемъ для примѣра чаще всего встрѣчающіеся въ практикѣ случаи. Дѣло идетъ о загибѣ второй степени (прямой уголъ), причемъ органъ увеличенъ такъ, что прямой размѣръ полости = 8—9 см., т. е. полость увеличена въ длину на 2—3 см.; стѣнки при этомъ вялы, сочны; р. vaginalis утолщена и увеличена въ длину; зѣвъ зияетъ, губы покрыты грануляціями. Жалуется субъектъ, у котораго мы нашли все вышесказанное, главнымъ образомъ на обильныя мѣсячныя, болѣе или менѣе сильную лейкорею и, наконецъ, на безплодіе. Сопоставляя всѣ констатированныя изслѣдованіемъ явленія, мы не можемъ подобный случай назвать иначе, какъ *metritis parenchym. chr. (diffusa)*, причемъ примемъ въ соображеніе, что въ этомъ случаѣ мы имѣемъ еще осложненіе по отношенію къ очертанію матки, т. е. загибъ впередъ во второй степени. Если разъ на всегда будемъ придерживаться въ терапіи извѣстнаго *principiis obsta*; то понятно само собою, что въ данномъ случаѣ мы нападѣмъ нашими средствами не на осложненіе, т. е. на загибъ, а на главную сущность страданія, т. е. на хроническій метритъ. И дѣйствительно, мы назначаемъ противъ послѣдняго извѣстную уже намъ терапію и можно ручаться впередъ, что, съ устраненіемъ измѣненій, обусловливаемыхъ метритомъ, больная наша совершенно освободится отъ припадковъ, на которые она до тѣхъ поръ жаловалась, не смотря на то, что загибъ продолжаетъ существовать, можетъ быть, въ меньшей, а можетъ быть и въ прежней степени. Приведеннымъ примѣромъ мы желали указать главнымъ образомъ на то, что въ терапіи загибовъ, пока измѣненіе въ очертаніи не достигло очень значительной степени, оно само по себѣ не нуждается въ какомъ либо особенномъ специальномъ леченіи.

Переходимъ къ терапіи тѣхъ случаевъ загиба, гдѣ послѣдній достигаетъ такой степени, что самъ по себѣ обусловливаетъ дисменорею и, какъ послѣдствіе ея, безплодіе. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ дѣло будетъ идти о загибахъ болѣе чѣмъ второй степени, гдѣ, вслѣдствіе спаденія стѣнокъ, мы получаемъ болѣе или менѣе значительное суженіе въ области внутренняго зѣва. Кромѣ вышеупомянутыхъ клиническихъ явленій, именно дисменореей и безплодія, мы можемъ имѣть здѣсь также дѣло и съ усиленнымъ выдѣленіемъ слизи изъ половой сферы, вслѣдствіе вторичныхъ измѣненій, происшедшихъ въ цервикальномъ каналѣ. Разсматривая случаи загибовъ этой категоріи въ терапевтическомъ отношеніи, должно строго различать загибы, осложненные воспалительнымъ состояніемъ со стороны придаточныхъ частей, въ особенности яичниковъ и такіе, которые не сопровождаются ими, т. е. загибы чистые или же неосложненные. Какъ бы въ случаяхъ первой категоріи ни были выражены явленія, обуслови-

ваемые загибомъ, мы противъ этого послѣдняго не должны предпринимать ничего рѣшительнаго до тѣхъ поръ, пока не будутъ устранены патологическія явленія со стороны придаточныхъ частей. Только послѣ этого должно дѣйствовать противъ нихъ такимъ же образомъ, какъ мы сразу поступаемъ при загибахъ чистыхъ, т. е. безъ осложненийъ. Что касается образа дѣйствія противъ этихъ послѣднихъ, то, такъ-какъ онъ нѣсколько сложный, должно держиваться извѣстной системы. Если въ данномъ случаѣ загиба въ числѣ прочихъ явленій мы имѣемъ дѣло съ болѣе или менѣе выраженнымъ эндометритомъ, то начинаемъ лечение съ этого послѣдняго, т. е. устраняемъ патологическія измѣненія снизу вверхъ и такимъ образомъ облегчаемъ себѣ терапію главнаго измѣненія въ данномъ случаѣ, т. е. собственно суженія. Съ устраненіемъ эндометрита мы обыкновенно уже дѣйствуемъ нѣсколько и на самое суженіе, такъ-какъ уменьшаемъ этимъ путемъ разбуханіе ткани въ области внутренняго зѣва. Обыкновенно же однако этого одного бываетъ недостаточно и противъ стеноза приходится дѣйствовать самостоятельно. Чтобы устранить его, собственно говоря, нужно выровнить загибъ, т. е. выпрямить матку. Если ткань этой послѣдней податлива, т. е. болѣе или менѣе мягка, то предварительно нужно прибѣгнуть къ выпрямленію матки помощію пальцевъ, какъ это изложено было выше. Никогда не слѣдуетъ думать, что это сразу или даже послѣ нѣсколькихъ сеансовъ удастся въ желаемой степени. Совершенно достаточно, если загибъ хоть нѣсколько поддается. Если мы замѣтили, что изогнутая матка слушается хоть немного пальцевъ, то нужно настойчиво продолжать эти попытки до тѣхъ поръ, пока уголъ станетъ хоть немного менѣе острымъ. Тогда наступаетъ показаніе—дѣйствовать прямо и непосредственно на стенозъ. Вопросъ теперь въ томъ—какимъ образомъ всего выгоднѣе это исполнить? Приверженцы ортопедической терапіи совѣтуютъ прежде всего выровнять загибъ механическими средствами, т. е. зондомъ и такимъ образомъ дѣйствовать на суженіе. Устраните, говорятъ они, загибъ и суженія не будетъ. Затѣмъ, по ихъ мнѣнію, не должно давать снова развиться загибу, препятствуя этому опять же механическими средствами, т. е. внутри-маточными стемпами. Что касается этой второй задачи механической терапіи, то мы на этотъ счетъ уже высказались выше и потому намъ остается разсмотрѣть здѣсь только вопросъ относительно того, — насколько зондъ удовлетворяетъ своей цѣли, какъ выпрямитель загибовъ, другими словами: какою роль играетъ зондъ въ терапіи загибовъ? Выше мы уже указали на то, что съ самаго начала введенія зонда въ гинекологическую практику Simpson его прямо и главнымъ образомъ предлагалъ какъ средство для редрессаціи смѣщенной матки взадъ, т. е. наклоненій и загибовъ. Съ тѣхъ поръ большинство гинекологовъ не перестаетъ прибѣгать къ этому инструменту съ этой цѣлью. На сколько это выдерживаетъ критику по отношенію къ накло-

неніямъ матки, — мы уже достаточно сказали въ надлежащемъ мѣстѣ. Что же касается употребленія зонда противъ загибовъ, — то употребленіе этого инструмента съ означенною цѣлью такъ распространено, что мы очень хорошо знаемъ, что всякое возраженіе противъ этого должно вызвать цѣлую бурю со стороны приверженцевъ этого инструмента. Какъ бы то ни было, мы считаемъ однако своею обязанностью высказаться прямо и откровенно на этотъ счетъ. Я могъ бы резюмировать все, что я имѣю противъ зонда въ данномъ случаѣ такимъ образомъ, что тамъ, гдѣ пальца бываетъ недостаточно для выпрямленія матки, то и зондъ въ самыхъ ловкихъ рукахъ не въ состояніи этого сдѣлать. Въ самомъ дѣлѣ, возьмемъ обыкновенный случай, хотъ бы загибъ третьей степени, болѣе или менѣе застарѣлый, гдѣ ткань матки плотна и неподвижна. Допустимъ, что мы имѣемъ дѣло съ загибомъ впередъ. Мы вводимъ зондъ, придавъ ему надлежащую, т. е. очень сильную кривизну, причемъ обращаемъ эту послѣднюю къ симфизѣ. Дошедши до суженнаго мѣста, т. е. до загиба, пуговка инструмента остаивается и дальше не идетъ. Мы опускаемъ рукоятку инструмента до послѣдней возможности и сильно намираемъ пуговкою на переднюю стѣнку матки до тѣхъ поръ, пока она не проскользнетъ въ полость. Это первый актъ. Какъ только зондъ прошелъ въ полость матки, то поворачиваютъ его такимъ манеромъ, чтобы пуговка пришлась къ задней стѣнки и намираютъ на нее пальцами до тѣхъ поръ, пока матка не выпрямится, т. е. уголъ не сгладится. Вотъ въ чемъ состоитъ техника этого маневра; но, спрашивается, достигаетъ ли онъ того, чего отъ него ждутъ? Мы сказали, чтобы проникнуть въ полость матки, изогнутой въ третьей степени, нужно придать зонду надлежащую, т. е. очень сильную кривизну; припомнимъ здѣсь также, что полость матки вѣдь собственно не существуетъ, такъ-какъ стѣнки ея, особенно при загибахъ высшихъ степеней, плотно прилежатъ одна къ другой; спрашивается теперь — что придется вынести этой маленькой полости, когда въ ней поворачиваютъ верхушку зонда, кривизна котораго равняется 170° и болѣе? Жертвой здѣсь будетъ по преимуществу задняя стѣнка. Это одно. Второе: повернувши даже послѣ нѣкоторыхъ усилій зондъ, — этимъ мы еще нисколько не доказали, что помощію этого маневра мы выровнили уголъ. Повернувши зондъ къ стѣнкѣ, противоположной той, гдѣ находится загибъ, мы въ это время образуемъ второй, временный загибъ въ этой стѣнкѣ, такъ-какъ она скорѣе будетъ поддаваться насилію, чѣмъ та стѣнка, которая поражена извѣстными патологическими измѣненіями, т. е. та стѣнка, на которой находится загибъ. Въ справедливости этихъ словъ можно убѣдиться до такой степени легко, что мы считаемъ совершенно излишнимъ еще болѣе распространяться на этотъ счетъ. Не говоря поэтому о томъ, что маневръ такъ называемаго выпрямленія матки помощію зонда опасенъ какъ моментъ, сильно раздражающій, онъ совершенно

не соответствует цѣли, такъ-какъ онъ нисколько не выполняетъ требуемой отъ него задачи. Въ первые годы нашей практики мы радовались, если при сильныхъ загибахъ намъ удавалось пройти зондомъ чрезъ суженное мѣсто, такъ-какъ думали, что такимъ образомъ намъ удастся справиться съ суженіемъ. Въ послѣдствіи же мы убѣдились, что это рѣшительно ни къ чему не ведетъ, такъ-какъ подобное зондированіе не приносило никакой пользы. Къ счастью, нужно сказать, въ подобныхъ случаяхъ приходится зондировать не долго, такъ-какъ уже послѣ нѣсколькихъ сеансовъ дѣло доходить до воспалительной реакціи и зондъ приходится бросать. Мы сказали, къ счастью—не врача, разумеется, а больныхъ... Признаюсь, не можетъ не становиться страшно, когда подумаешь, что многіе гинекологи совершаютъ вышеописанный маневръ выпрямленія изогнутой матки толстыми и не гибкими зондами, имѣющими одну опредѣленную, неизмѣняемую кривизну. Скольکو бѣды можно натворить подобнымъ инструментомъ,—предоставляемъ судить читателямъ.

Слѣдуетъ ли изъ всего вышесказаннаго, что зондъ долженъ быть изгнанъ изъ употребленія какъ инструментъ для выпрямленія загибовъ? Да, если имѣть въ виду загибы высшихъ степеней, гдѣ дѣло идетъ о плотной и не податливой маточной ткани. Здѣсь зондъ положительно ни къ чему не ведетъ и абсолютно вреденъ. Если мы имѣемъ дѣло съ такимъ загибомъ, который обуславливаетъ значительный стенозъ въ области внутренняго зѣва, то никогда не слѣдуетъ форсировать, т. е. употреблять насиліе для того, чтобы проникнуть черезъ него зондомъ. Лучше идти тихо, но за то вѣрно. Убѣдившись въ томъ, что мы имѣемъ дѣло со стенозомъ, мы нисколько не стараемся пройти чрезъ суженное мѣсто, такъ-какъ, на основаніи вышесказаннаго, мы этимъ ничего не достигнемъ. Констатировать суженіе еще не значитъ, что его должно тотчасъ преодолѣть: суженіе устраняется не разомъ, а исподволь, постепенно. Съ этою цѣлю, если ткань маточная очень плотна и неподатлива, мы назначаемъ въ теченіи извѣстнаго времени мягчительные души, съ цѣлію размягчить ткань насколько возможно; затѣмъ переходимъ къ попыткамъ провести черезъ суженное мѣсто зондъ. Послѣ систематическаго употребленія вышесказанныхъ душъ не трудно убѣдиться въ томъ, что встрѣчавшіяся прежде затрудненія для прониканія зонда исчезаютъ въ очень значительной степени. Я долженъ здѣсь, впрочемъ, замѣтить, что въ послѣднее время я почти исключительно прибѣгаю въ этихъ случаяхъ къ употребленію только американскаго зонда, т. е. приготовленнаго изъ серебра и совершенно гибкаго. Зондомъ этимъ никогда нельзя сдѣлать насилія, такъ-какъ ему можно придавать какую угодно кривизну и онъ, кромѣ того, самъ собою какъ бы принаравливается къ данному искривленію матки. Коль скоро удалось разъ или два пройти зондомъ, то дальнѣйшее устраненіе суженія мы производимъ помощію бужей, какъ подробно сказа-

но будетъ въ главѣ о дисменорее. Этимъ путемъ, т. е. предварительнымъ размягченіемъ маточной ткани и затѣмъ зондомъ, а главнымъ же образомъ бужами намъ всегда удавалось устранять суженія въ такой степени, что припадки, на которые жаловались больныя, совершенно устранялись. И такъ, въ вышесказанныхъ случаяхъ мы прибѣгаемъ къ зонду ничуть не какъ къ средству, исправляющему загибы, а единственно только съ тѣмъ, чтобы проложить себѣ дорогу чрезъ суженное мѣсто, для того, чтобы можно было прибѣгнуть къ дальнѣйшему употребленію бужей. Мы не говоримъ, чтобы этимъ путемъ мы совершенно устраняли загибы; нисколько; эти послѣдніе остаются весьма часто, но не въ такой степени, въ какой они представлялись первоначально. Если вышесказанною терапіей удастся превратить загибъ 3-ей степени въ 2-ую, то задача леченія, по нашему мнѣнію, совершенно достигнута, потому что чрезъ это устраняется вся та клиническая картина, на которую жалуется больная.

Бываютъ однако случаи, въ которыхъ вышеизложенный планъ леченія оказывается недостаточнымъ. Сюда относятся нѣкоторые врожденные загибы, въ которыхъ, кромѣ суженія въ тѣсномъ смыслѣ, констатируется еще атрофія въ области тѣла. вмѣстѣ съ этимъ ткань матки чрезвычайно плотна и неподатлива. Здѣсь мы начинаемъ леченіе также настойчивымъ и систематическимъ употребленіемъ теплыхъ, а иногда и горячихъ душь и затѣмъ приступаемъ къ расширенію цервикальнаго канала помощью прессованныхъ губокъ (геср. тупелло). Употребленіе этихъ послѣднихъ имѣетъ здѣсь двойную цѣль: съ одной стороны, ими могущественно дѣйствуютъ противъ эндометрита, а съ другой стороны—онѣ очень сильно размягчаютъ весь цервикальный каналъ и такимъ образомъ даютъ возможность дѣйствовать противъ стеноза. Въ подобныхъ случаяхъ, гдѣ прежде нельзя было и думать о выпрямленіи матки, послѣ 2—3 губокъ, матка становится столь мягкой, что выпрямленіе ея пальцами удается безъ всякаго труда. Выпрямивши матку на столько, на сколько возможно, мы затѣмъ переходимъ къ методическому употребленію бужей, какъ сказано выше.

Далѣе, бываютъ случаи, гдѣ мы тоже имѣемъ дѣло со врожденными загибами, гдѣ длинникъ органа болѣе или менѣе значительно увеличенъ въ объемѣ и при этомъ ткань матки чрезвычайно вяла. Обыкновенно при этомъ эндометритъ выступаетъ въ большей или меньшей степени. Здѣсь терапія будетъ существенно состоять въ укрѣпленіи тонуса ткани, для чего назначаемъ холодныя души и прибѣгаемъ къ методическому употребленію зонда. Здѣсь инструментъ этотъ нисколько не употребляется съ цѣлью выпрямляющею, а единственно какъ раздражающій моментъ, т. е. какъ возбуждающій тонусъ маточныхъ стѣнокъ и вмѣстѣ съ тѣмъ уменьшающій больной органъ въ объемѣ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ продолжительное употребле-

ние зонда не давало желаемого результата, мы съ большою пользою прибѣгали къ внутри-полостнымъ раздражающимъ впрыскиваніямъ (nitr. arg., sulf. supg.). Реакція, правда, иногда послѣ этого бываетъ значительная, но за то въ результатѣ получается весьма выгодный исходъ: изъ одноимяннаго загиба получается одноимянное наклоненіе матки, т. е. напр. изъ загиба впередъ—наклоненіе впередъ. Вообще мы должны сказать, что въ тѣхъ случаяхъ загибовъ, которые не поддаются терапіи, этой послѣдней остается только одинъ выгодный шансъ, а именно: превратить загибъ въ наклоненіе. На это намъ могутъ возразить: какая выгода вмѣсто одного патологическаго состоянія получить другое? На первый взглядъ это дѣйствительно такъ, въ сущности же однако совсѣмъ иначе, такъ-какъ для больной несравненно выгоднѣе имѣть наклоненіе вмѣсто загиба, потому что, съ одной стороны, припадки приэтомъ (т. е. при наклоненіи) никогда не достигаютъ столь значительной степени, а съ другой, при наклоненіи матки зачатіе можетъ произойти легче, чѣмъ при загибѣ. Впрочемъ, въ данномъ случаѣ искусство подражаетъ природѣ, которая точно такимъ же образомъ устраняетъ загибъ, т. е. превращая его предварительно въ наклоненіе (беременность).

Наконецъ, намъ остается еще упомянуть о томъ, что въ случаяхъ врожденныхъ загибовъ, при которыхъ мы имѣемъ дѣло съ вялыми и очень тонкими маточными стѣнками, и гдѣ вышеизложенная терапія не приносила желаемой пользы, мы достигали значительнаго успѣха введеніемъ интраутериннаго снаряда (мартиновскаго регулятора) на болѣе или менѣе значительное время. Это единственное показаніе, на основаніи котораго мы въ послѣднее время прибѣгали въ практикѣ къ внутриматочнымъ снарядамъ. Протомъ однако считаемъ нужнымъ оговориться въ томъ смыслѣ, что, по нашему мнѣнію, здѣсь интраутеринный снарядъ дѣйствуетъ собственно не противъ загиба, а противъ атрофіи маточныхъ стѣнокъ въ силу того, что онъ представляетъ сильно раздражающій агентъ.

Почти въ такомъ же смыслѣ высказываются относительно этого показанія и Negar и Kaltenbach (Op. cit., p. 139). Между прочимъ авторы эти указываютъ совершенно справедливо на то, что внутриматочные снаряды при загибахъ впадъ совершенно неумѣсты и нерациональны. А многие ли принимаютъ это въ соображеніе въ практикѣ!

Попробуемъ теперь резюмировать въ краткихъ положеніяхъ возрѣнія наши на терапію маточныхъ загибовъ.

1) Лечение при загибахъ матки должно быть направлено главнымъ образомъ противъ тѣхъ анатомико-патологическихъ измѣненій, которыя сопровождаютъ измѣненіе въ очертаніи матки.

2) По устраненіи вышеупомянутыхъ осложненій, выпрямленіе матки должно быть производимо помощью ручныхъ приемовъ.

3) Зондъ ни въ какомъ случаѣ не долженъ быть употребляемъ съ цѣлью выпрямляющею.

4) Точно такимъ же образомъ онъ не долженъ быть употребляемъ форсированнымъ образомъ для устраненія суженій внутренняго зѣва.

5) Зондъ можетъ быть употребляемъ при загибахъ матки только тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ вялыми маточными стѣнками и гдѣ мы прибѣгаемъ къ нему съ цѣлію усилить тонусъ маточной ткани.

6) Въ случаяхъ, гдѣ имѣемъ дѣло съ плотною и неподатливою маточною тканью, должно стараться усилить искусственно гиперемію помощью теплыхъ душъ и поступать вообще такимъ образомъ, какъ это дѣлается при хроническомъ паренхиматозномъ метритѣ.

7) При первой возможности, по предварительномъ размягченіи матки, прибѣгаемъ къ устраненію суженія помощью систематическаго употребленія бужей.

8) Если бы и это сказалось недостаточнымъ, то мы имѣемъ въ резервѣ превосходное средство, — прессованныя губки.

9) Въ случаяхъ загибовъ съ очень вялыми тонкими маточными стѣнками съ пользою прибѣгаемъ къ внутриматочнымъ снарядамъ.

10) Наконецъ, тамъ, гдѣ вышеизложенной терапіи бываетъ недостаточно для устраненія припадковъ, обусловливаемыхъ загибами, остается еще возможность превратить загибъ въ одноименное наклоненіе матки.

Что касается леченія тѣхъ случаевъ загиба, гдѣ мы имѣемъ дѣло со сращеніями для матки съ окружающими частями, — то оно въ высшей степени неблагоприятно. Если нѣкоторые совѣтовали насильственно разрывать сращенія помощью форсированнаго зондирования, то послѣ того, что сказано нами объ употребленіи зонда при смѣщеніяхъ матки вообще, едва-ли можно рѣшиться на столь отчаянный маневръ. Здѣсь ничего болѣе не остается, какъ вооружиться терпѣніемъ и стараться, на сколько возможно, разрѣшать старые воспалительные продукты (перемычки). Еслибы это не удалось въ желаемой степени, то съ цѣлію хоть сколько-нибудь облегчить страданія больной, приходится прибѣгнуть на томъ же основаніи, какъ и при наклоненіяхъ матки, къ рукавнымъ пессаріямъ. Этимъ путемъ мы можемъ до извѣстной степени уменьшить давленіе со стороны дна изогнутой матки на сосѣдніе органы. Обстоятельство это, именно сращенія маточнаго дна съ окружающими частями, составляетъ, по нашему мнѣнію, единственное показаніе къ употребленію фиксирующихъ снарядовъ при загибахъ матки. Что касается пессаріевъ, то въ этомъ случаѣ способъ употребленія ихъ ничѣмъ не отличается отъ того, какъ мы это видѣли при наклоненіяхъ матки. Едва-ли здѣсь требуются спеціальныя пессаріи въ томъ видѣ, какъ предложили ихъ для загибовъ, B. Schultze и др.

Въ патологической формѣ, столь упорно иногда противу-

стоящей терапіи, каковы загибы матки, само собою разумѣется, не могло не прийти на мысль попытаться приложить кровавое, т. е. хирургическое леченіе въ тѣсномъ смыслѣ. На первомъ планѣ здѣсь стоитъ разрѣзъ задней стѣнки цервикальнаго канала (*discissio*), предложенный М. Sims'омъ. Такъ-какъ оперативный приемъ этотъ имѣетъ главной задачей — устраненіе суженія въ области внутренняго зѣва и обусловливаемая этимъ болѣзненные мѣсячныя, то подробно рассмотримъ эту операцію въ главѣ о разстройствѣ мѣсячныхъ. Здѣсь же замѣтимъ только, что приложеніе этого способа *larga manu* въ такой степени, какъ рекомендуетъ его Sims, мы считаемъ практически ничѣмъ не оправданнымъ. Часто внутренней гистеротоміи, т. е. надрѣзовъ внутренняго зѣва (по предварительномъ расширеніи цервикальнаго канала), бываетъ совершенно достаточно для устраненія дисменореи. *Discissio* въ томъ видѣ, какъ ее практикуетъ Sims, далеко не такъ безопасна, какъ онъ увѣряетъ. Цѣль этой операціи существенно состоитъ въ томъ, чтобы выравнять, маточный каналъ и она безъ сомнѣнія достигаетъ ея. Мы до сихъ поръ держали этотъ приемъ въ резервѣ и прибѣгали къ нему лишь тамъ, гдѣ вышеизложенной терапіи, т. е. методическаго расширенія цервикальнаго канала и послѣдовательной внутренней гистеротоміи, оказывалось недостаточнымъ для устраненія дисменореи. При этомъ мы должны замѣтить, что мы не удлиняемъ разрѣза задней стѣнки цервикальнаго канала до такой степени, какъ совѣтуетъ Sims, т. е. до задняго свода, а останавливаемся не доходя до послѣдняго на нѣсколько линій.

Выше мы уже видѣли къ какому хирургическому способу прибѣгаетъ Sims для устраненія наклоненій матки впередъ. Едва-ли его можно считать радикальнымъ способомъ по отношенію къ загибамъ. Оттягивая сильно впередъ влагалищную часть и фиксируя ее на передней стѣнкѣ рукава, — мы можемъ достигнуть только одного, а именно, что *fundus uteri* отойдетъ нѣсколько взадъ.

Simon оперировалъ, какъ онъ увѣряетъ, съ успѣхомъ въ одномъ случаѣ загиба впередъ по способу Sims'a, только съ небольшою модификаціей. Послѣдняя состояла въ томъ, что онъ окровавилъ прямо переднюю губу и пришилъ ее къ верхней трети задней стѣнки рукава. Мы не видимъ въ этой модификаціи положительнаго улучшенія. Это вѣроятно мнѣніе большинства гинекологовъ, такъ-какъ до сихъ поръ Simon не нашель въ этомъ случаѣ ни одного подражателя.

Операція, произведенная Koeberlé лѣтъ 12 тому назадъ въ одномъ случаѣ загиба взадъ, надѣлала очень много шума въ гинекологической литературѣ. Дѣло шло о 22-лѣтней женщинѣ *, страдавшей загибомъ матки взадъ, подрывшемъ ея здоровье и противъ котораго она тщетно прибѣгала къ совѣту 25 (*sic!*) врачей.

* См. Medic. Centralbl., 1869, № 27.

Тогда она обратилась къ Коеberlé, который нашель, что влагалищная часть отклонена вправо, fundus uteri изогнуть взадъ и влѣво и между ними въ заднемъ сводѣ ощупывается лѣвый яичникъ величиною съ голубиное яйцо. Коеberlé рѣшилъ освободить больную отъ ея страданія слѣдующимъ образомъ. Между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ онъ сдѣлалъ разрѣзъ въ 12 центим. длиною; брюшина же разрѣзана была только на протяженіи $4\frac{1}{2}$ цент.; дно матки удалено было изъ дугласова пространства и оттянуто впередъ, т. е. въ рану; увеличенный яичникъ удаленъ ножницами, только не цѣликомъ, а отчасти и затѣмъ вмѣстѣ съ трубою и частью лѣвой широкой связки укрѣпленъ въ нижнемъ углу раны такимъ образомъ, что этого совершенно было достаточно, чтобы удержать въ нормальномъ положеніи дно матки. Послѣ всего этого не было даже никакой реакціи и больная выздоровѣла. Операция эта, какъ мы ужъ сказали, надѣлала много шума; но что изъ этого слѣдуетъ? Едва ли это можно считать обогащеніемъ гинекологической терапіи, потому что едва ли кто рѣшится, больную, одержимую загибомъ матки, подвергнуть шансамъ оваріотоміи, такъ-какъ въ сущности методъ, по которому въ этомъ случаѣ оперировалъ Коеberlé, не что иное, какъ оваріотомія in optima forma.

Два хирургическихъ способа для леченія загибовъ, предложенныя въ послѣдніе годы Freund'омъ, до такой степени странны, въ особенности первый, что едва ли нуждаются въ критическомъ разборѣ. Первый изъ нихъ состоитъ въ томъ, что кровавымъ путемъ укрѣпляютъ (т. е. прививаютъ) въ влагалищную часть крѣпкую проволочную петлю, нѣчто въ родѣ сережки, которую затѣмъ пристегиваютъ къ пуговкѣ, укрѣпленной на годжевскомъ пессаріи. Это, слѣдовательно, не что иное, какъ хирургическая застежка... Авторъ увѣряетъ, что онъ оперировалъ такимъ манеромъ нѣсколько разъ и притомъ—съ полнымъ успѣхомъ.

Второй способъ Freund'a до сихъ поръ не былъ исполненъ на живой и состоитъ въ томъ, что ligamenda rotunda, повывше пупартовой связки, обнажаются и затѣмъ подъ нихъ подводится тупой крючокъ, послѣ чего они перерѣзываются и центральные концы ихъ, предварительно напряженные, вшиваются въ раны. Задача этого способа, слѣдов., состоитъ въ томъ, чтобы помощію напряженія круглыхъ связокъ оттягивать дно матки и фиксировать его въ этомъ положеніи. Не можемъ здѣсь не замѣтить, что при наклоненіяхъ впередъ уже нѣсколько десятковъ лѣтъ тому назадъ Vidal de Cassis предлагалъ подкожное сѣченіе круглыхъ связокъ.

Въ заключеніе всего сказаннаго нами о терапіи загибовъ матки, намъ остается еще упомянуть о томъ, что уже давно были дѣлаемы въ этомъ отношеніи попытки съ электричествомъ. Уже Sommer выхваляетъ электричество во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ объ атоніи маточной ткани при загибахъ; тоже самое говорить Fano. Самымъ жаркимъ защитникомъ электричества

въ этомъ случаѣ является Trippier, который увѣряетъ, что помощью электричества регулируется циркуляція и устраняется эндометритъ. Имѣя дѣло съ загибомъ впередъ онъ дѣйствуетъ на заднюю стѣнку, при загибахъ же взадъ на переднюю стѣнку. Способы электризированія матки различны. Sommer напр. вводилъ въ матку металлическій зондъ, соединялъ его съ однимъ полюсомъ цѣпи, а другой клался на *reg. suprapubicam* или же на крестцовую сторону. Fano прямо приставлялъ одинъ полюсъ къ влагалищной части, а другой нѣсколько выше лоннаго соединения. Кромѣ вышеприведенныхъ авторовъ, объ электриствѣ особенно благоприятно отзывается Martin. Другіе же, какъ напр. Arneht и Scanzoni увѣряютъ, что результаты въ ихъ рукахъ получались всегда совершенно отрицательные. Мы сами не имѣемъ никакого личнаго опыта въ этомъ случаѣ, такъ-какъ никогда не прибѣгали къ электричеству при загибахъ матки. Тѣмъ не менѣе однако, по аналогіи, можно допустить, что приложеніе электричества въ этихъ случаяхъ не лишено основанія, à posteriori однако можно усумниться въ успѣхѣ этого средства въ данномъ случаѣ. Въ самомъ дѣлѣ, мнѣ слишкомъ хорошо извѣстно, какъ туго поддается влиянію тока беременная матка, такъ что справедливо рождается сомнѣніе въ томъ, въ состояніи ли сдѣлать что-нибудь токъ, какой бы онъ силы ни былъ, съ маленькой, атрофированной маткой, гдѣ дѣло идетъ объ исчезаніи именно сократительныхъ элементовъ органа. Вообще нельзя не выразить сожалѣнія, что вопросъ относительно приложенія электричества не только къ терапіи загибовъ матки, но и другихъ гинекологическихъ формъ до сихъ формъ разработанъ весьма плохо и слишкомъ эмпирически.

Чрезмѣрная подвижность матки.

Мы уже упомянули выше о томъ, что изогнутая въ ту или другую сторону матка иногда у женщинъ, перешедшихъ уже за климактерическій возрастъ, даетъ весьма сложную клиническую картину, выражающуюся мѣстно болями и неприятнымъ ощущеніемъ въ тазовой области, и, кромѣ того, весьма сложными рефлекторными явленіями. Изслѣдуя подобныхъ субъектовъ, не трудно констатировать, что дѣло идетъ о загибѣ, очевидно старомъ, причемъ матка или нормальныхъ размѣровъ, или даже меньше нормальнаго; ткань ея при этомъ нѣсколько болѣе плотная; самое же важное, что находится при изслѣдованіи, это то, что матка не имѣетъ н и к а к о г о о п р е д ѣ л е н н а г о положенія, а наоборотъ, ее можно установить какъ угодно, только не надолго: это, если угодно, болтающаяся матка (*sit venia verbo!*). Что касается рукава, то онъ нерѣдко представляетъ явленія старческой атрофіи. Бываютъ кромѣ того случаи, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ совершенно аналогическими, какъ мѣстными, такъ и общими явленіями у субъектовъ совершенно молодыхъ. Какъ этиологиче-

скій моментъ чаще всего можно обвинить выкидышъ. При этомъ кромѣ загиба матки въ извѣстную сторону, нерѣдко можно констатировать и чрезмѣрную вялость въ рукавныхъ сводахъ.

Въ первые годы нашей практики подобные случаи по упорству, а иногда и тяжелому характеру явленій ставили насъ въ тупикъ, такъ-какъ мы положительно не могли дать себѣ яснаго отчета въ сущности припадковъ, на которые жалуются подобныя больныя. Въ настоящее же время, всмотрѣвшись нѣсколько внимательнѣе въ дѣло, оно для насъ совершенно ясно. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ дѣло идетъ о глубокомъ упадкѣ тонуса не столько матки, сколько въ тканяхъ, соединяющихъ ее съ сосѣдними органами, а можетъ быть отчасти также и въ связочномъ аппаратѣ. Такъ-какъ у молодыхъ субъектовъ мы констатировали при этомъ также и извѣстную вялость фибрознаго скелета рукава, то и это обстоятельство должно также отнести къ числу патогеническихъ моментовъ разсматриваемой патологической формы.

Предсказаніе въ этихъ случаяхъ далеко не столь благоприятно, какъ оно должно было бы казаться на первый взглядъ. По крайней мѣрѣ это должно сказать относительно чрезмѣрной подвижности матки у молодыхъ субъектовъ. Такъ, намъ особенно памятна одна молодая женщина, лежавшая нѣсколько недѣль въ нашей клиникѣ и на которой мы напрасно истощили все собраніе нашихъ пессаріевъ: ничего не помогало *.

Имѣя дѣло съ чрезмѣрною подвижностью матки, нужно строго различать въ терапевтическомъ отношеніи случаи у субъектовъ, перешедшихъ за климактерическій возрастъ и у женщинъ молодыхъ. У первыхъ мы прямо приступаемъ къ фиксированію матки помощію подходящаго пессарія; болѣе всѣхъ соответствуютъ цѣли довольноно крѣпкіе, изогнутые по поверхности цѣльные готъевскіе пессаріи. Маеровскія кольца гораздо хуже выполняють свою задачу въ данномъ случаѣ, такъ-какъ они недостаточно хорошо фиксируютъ влагалищную часть. Еслибы круглыя или овальныя кольца не приносили желаемой пользы, то остается прибѣгнуть только къ гистерофору Z w a n k'a, который въ подобныхъ случаяхъ оказываетъ несомнѣнную пользу. У субъектовъ молодыхъ, прежде, чѣмъ приступить къ введенію фиксирующаго снаряда, нужно стараться объ укрѣпленіи тонуса всего рукава, въ особенности же сводовъ его. Для достиженія этого мы предписываемъ абсолютный покой въ постели и назначаемъ систематическое употребленіе вяжущихъ душь низкой температуры. Еслибы эти послѣдніе дѣйствовали недостаточно сильно, то можно прибѣгнуть къ тампонамъ, смачиваемымъ въ вяжущихъ растворахъ. Еслибы и этого оказалось недостаточнымъ, то нужно прибѣгнуть къ повторному смазыванію сводовъ рукава смѣсью изъ T-ra jodi et T-ra gallarum aa. для того, чтобы вы-

* Случай этотъ подробно описанъ нами въ статьѣ: Чрезмѣрная подвижность матки, помѣщенной во Врачъ за 1880 г., № 1—2.

звать въ нихъ извѣстную реакцію. Только достигнувъ хоть нѣкотораго возстановленія тонуса рукава, можно прибѣгнуть къ вышеупомянутымъ пессаріямъ. Еслибы задній сводъ оказался достаточно глубокимъ, то лучше всего прибѣгнуть къ каучуковому пессарію (Favrot), надуваемому воздухомъ. Мы совѣтуемъ этотъ пессарій главнымъ образомъ потому, что онъ переносится легче другихъ и, слѣдовательно, его можно оставлять in loco гораздо дольше. Къ сожалѣнію, пессаріи Фавро, встрѣчаемые въ продажѣ, очень плохи и ихъ должно заказывать поэтому нарочно, соображаясь по отношенію къ размѣрамъ ихъ съ каждымъ даннымъ случаемъ.

3. Смѣщеніе матки по проводной линіи таза.

а) ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ МАТКИ.

(Descensus et prolapsus а также procidentia uteri).

Истор. — библиогр. зам. Благодаря тому, что сущность рассматриваемой патологической формы слишкомъ легко узнается прямо глазомъ, выпадение матки было очень хорошо извѣстно древнимъ врачамъ, хотя они несомнѣнно должны были смѣшивать выпаденіе матки въ тѣсномъ смыслѣ съ выпаденіемъ стѣнокъ рукава. Мы говоримъ это на томъ основаніи, что они вѣдь не знали еще разницы между маткой и рукавомъ. Потому-то находимъ описаніе ея у Гипократа и у нѣкоторыхъ другихъ древнихъ врачей. Особенно мы должны упомянуть о Соранѣ (см. ч. I, ст. 7) эфескомъ, который рассматриваетъ въ особенной главѣ выпаденіе матки и даетъ весьма рациональные совѣты относительно терапіи этого страданія. Не смотря однако на это, едва ли какая нибудь другая патологическая форма можетъ представить въ такомъ невыгодномъ свѣтѣ древнюю и старинную гинекологию, какъ именно выпаденіе матки. Нигдѣ мы не встрѣчаемся со столькими суевѣріями и смѣшными предубѣжденіями, какъ здѣсь. Для того, чтобы вправить выпавшую матку, врачи пререзьно совѣтуютъ окуривать ее вонючими веществами, чтобы она поднялась вверхъ. Съ этою же цѣлью совѣтуютъ испугать ее мышенкомъ, или какимъ нибудь другимъ животнымъ, внушающимъ отвращеніе. Даже Koderic a Castro, знаменитый практикъ XVII стол. (см. ч. I, стр. 33), вправляетъ матку тѣмъ, что онъ держитъ передъ нею раскаленное желѣзо, вслѣдствіе чего матка, испугавшись, уходитъ вверхъ сама собою. Надъ подобными наивностями можно только улыбаться; но въ исторіи выпаденія матки есть одна черта, которая внушаетъ отвращеніе: нигдѣ не было такого широкаго простора для шарлатанства и недобросовѣстности, какъ именно здѣсь. Такъ-какъ выпаденіе матки внушало къ себѣ какой то непонятный въ настоящее время суевѣрный ужасъ, то всевозможные шарлатаны эксплуатировали несчастныхъ больныхъ, продавая имъ на вѣсь золота различныя асана, травы, амулеты и пессаріи. Многіе изъ тогдашнихъ пессаріевъ, продававшіеся весьма дорогою цѣною, составляли ничто иное, какъ грубо сдѣланныя кольца, снабженныя какою нибудь кабалистическою надписью (въ родѣ знаменитаго абракадабра, буквы котораго располагались треугольникомъ), или же первоначальными словами какой нибудь молитвы (miseregre me domine и пр.). До какой степени доходилъ суевѣрный страхъ къ несчастнымъ, одержимымъ выпаденіемъ матки, доказывается лучше всего тѣмъ, что въ процессахъ по поводу колдовства prolapus uteri считалось неопровержимымъ доказательствомъ того, что обвиненныя находятся въ интимныхъ сношеніяхъ съ нечистой силой и овѣ нерѣдко попадали ва костры... Такъ дѣло шло до Maugri sea u, который одинъ изъ первыхъ ближе изучилъ сущность этого страданія и съ тѣхъ поръ всѣ авторы, писавшіе о женскихъ болѣзняхъ, съ особенною лю-

бовлю занимались этимъ вопросомъ. Вместе съ этимъ мы не можемъ не упомянуть объ одномъ странномъ обстоятельстве. Не смотря на то, что, какъ ужъ сказано выше, древніе врачи очень хорошо знали выпаденіе матки (resp. и стѣнокъ рукава), нѣкоторые старинные анатомы и клиницисты сильно сомнѣвались въ возможности выпаденія матки. Сюда относятся Barbett, Kerkinguis, v. Horne, Roonhoussen, Verducusius и др. Истинную эпоху въ ученіи о prol. uteri сдѣлалъ знаменитый мемуаръ Huguierъ объ гипертрофій маточной шейки, такъ-какъ этотъ авторъ научилъ насъ строго различать два патологическихъ состоянія, которыя до этого очень часто смѣшались между собою въ практикѣ. Очень важнымъ успѣхомъ въ терапевтическомъ отношеніи должно считать стремленія новѣйшей гинекологіи къ устраненію разсматриваемой болѣзни хирургическимъ путемъ. Этимъ должно объяснить столь богатую литературу, специально посвященную леченію выпаденія матки.

Mauriceau, *Traité des mal. des femmes grosses etc.*, Paris, 1668. — Bühmer, de prolapsu et inversione uteri. Halae, 1745. — Morgagni, de sedib. et caus. morbor., Ep. XXXIV и Ep. XIV. — Haller, *Disput. chirurg.* — Bulin., *Diss. de uteri delapsu.* T. III. — Saviard, *Observ. chir.* Paris, 1784, p. p. 44 и 66. — I. Fr. Oslander, *De fluxe menstruo atque uteri prolapsu.* Gottigae, 1808. — F. L. Meissner, *Die Dislocationen der Gebärmutter u. der Mutterscheide.* Leipzig. 1821—1822. — M-me Rondet, *Mémoire sur le prolapsus ou chute de la matrice.* Paris, 1833. — Häger, *die Bruche u. Vorfälle.* Wien, 1844. — Robertson, *Remarks on relaxation and desant of the uterus and blader in the puerperal state.* Edinb. med. a. Surgic. Journ. 1834, T. XII, p. 393. — Hendkriksz, *Descript. historica atque critica variarum uteri prolapsus curandi methodorum.* Ber., 1838. — C. Mayer, *Beitrag zur Kenntniss und Behandlung des Gebärmuttervorfalls.* Verhand. der Gesellsch., f. Geb., T. III, p. 122. — Mouremans, *sur les chutes de la matrice.* Ar. de Méd. belge, 1843, № 1. — M. Retzius, *Einige Worte ueber Gebärmuttervorfall.* Hagiaea, 1845, October. — Rigby, *Medic. Times*, 1845, aug. and nov. — Kiwisch, *Klin. Vorträge*, Prag, 1845, I. — P. Dubois et Desormeaux, *chutte de l'uterus въ Diction. en 30 vol.* — Seyfert, *Prolapsus uteri geheilt durch Retroflexion.* Prag. Vierteljahrshr. 1853, Bd. I, p. 156. — Chiari, *Wiener Zeitsch. der Ges. der Aerzte* 1854, Hft. 6. — J. Robert (de Lamballe) *Lécons sur la chute de l'uterus.* Union médic., 1858, T. XII août. — Savage, *Clinical experience on the nature and treatment of uterine dextations more especially of prolapsus.* *Medic. Times and Gaz.* 1858, february. — Verneuil, *Gaz. hebdomad.*, 1853. — Huguier, *Memoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'uterus dans les affections designées sous les noms de descente, précipitation etc.* Paris, 1860. — O. Franqué, *der Vorfall der Gebärmutter in anatom. und klin. Beziehung.* Würzburg, 1860. — Gendre, *de la chute de l'uterus*, Paris, 1860. — Klob, *Pathol. Anat. der weibl. Sexualorgane.* Wien, 1864, p. 83. — E. Martin, *Mon. f. Geb. v. XXVIII*, p. 166 и *Bd. XXXIV* p. 321. — Säxinger, *Prag. Vierteljahrshr.* 1867, o. 86. — W. Freund, *Zur Pathologie u. Therapie der veraltet. invers. uter. etc.* Breslau, 1870, p. 27. — Spiegelberg, *Berlin. klin. Wochenschr.* 1872, № 21 и 22. — Huffel, *Anatomie u. operat. Behandlung der Gebärmutter- und Scheidenvorfälle.* Freiburg, 1873. — Goodel, *prolapse of the wom.* *Philadelphia*, 1873. — Онъ же, *Some practical hints on the prolaps etc.* *Med. a. surgic. Reporter*, 1874, Jan. — Febr. — Tauffer, *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1877, Nov. 22—25. — A. Schutz, *Arch. f. Gynaecol.*, Bd. XIII, p. 262. — Breisky, *Krankheiten der Vagina*, Stuttgart, 1879, p. 216. — Emmet, *The principles and practice of Gynaecologie*, Philadelphia, 1879, p. 366. — M. Duncan, *Clin. Lectures on diseases of women.* London, 1879, p. 207. — Lossen, *zur operative Behandlung der Prolap. der Vagina u. des Uterus.* *Berliner klin. Wochenschr.*, 1879, № 10. — Winckel, *Pathologie der weiblichen Sexualorgane in Lichtdruckabbildungen.* Leipzig, 1880, p. 221. — Fritsch, *Lageveränderungen der Gebärmutter*, Stuttgart, 1880. — Neugebauer, *Centralblatt f. Gynaecologie*, 1861, № 1—2. — Hegar u. Kaltenbach, *Die operative Gynaecologie*, 2-te Aufl. Stuttgart, 1881, p. 645.—

Сущность рассматриваемаго страданія, какъ видно изъ самаго названія его, состоитъ въ томъ, что при этомъ матка стремится опуститься по проводной линіи таза, къ выходу его или же выйти изъ него вовсе наружу. Такъ-какъ путь, по которому должна пройти при этомъ матка, довольно значительный (онъ равняется длинѣ рукава), то, понятно, что и степеней этого страданія должно быть нѣсколько. Поэтому уже давно какъ въ анатомико-патологическомъ отношеніи, а также для цѣлей чисто клиническихъ, различаютъ три степени рассматриваемаго страданія. При первой изъ нихъ дѣло идетъ только о пониженіи въ извѣстной степени маточнаго дна, что, въ свою очередь, сказывается низкимъ стояніемъ въ тазу влагалищной части: это то, что въ жизни называется опущеніемъ или лучше—пониженіемъ матки (*descensus uteri*). Если это низкое стояніе влагалищной части развивается дальше въ такой степени, что она опускается до тазоваго выхода, или даже болѣе или менѣе торчитъ изъ него наружу, то это состояніе называютъ неполнымъ выпаденіемъ матки (*prolapsus uteri incompletus*). Если же, наконецъ, дѣло доходитъ до того, что матка цѣликомъ или же, покрайней мѣрѣ, болѣею частью выходитъ наружу изъ тазовой полости и помѣщается между бедеръ больной, то это называютъ полнымъ выпаденіемъ матки (*prolapsus uteri completus*).

Анатомико-патологическія измѣненія, сопровождающія эти различныя степени смѣщенія матки по проводной линіи таза, само собою разумѣется, будутъ различны, смотря по степени, въ которой выражено страданіе. Общее явленіе для всѣхъ установленныхъ нами выше степеней состоитъ въ томъ, что матка при этомъ всегда болѣе или менѣе значительно увеличена въ объемѣ. Увеличеніе касается или всего органа, или же только по преимуществу шейки его. Чѣмъ менѣе выражено опущеніе матки, тѣмъ болѣе представляется увеличенною влагалищная часть ея и наоборотъ, при высшихъ степеняхъ выпаденія увеличеніе касается болѣе всего тѣла и дна матки. Сказанное увеличеніе матки обусловливается тѣмъ процессомъ, который описанъ былъ нами выше подъ именемъ паренхиматознаго хроническаго метрита. Степень, въ которой бываетъ выраженъ этотъ процессъ, строго соотвѣтствуетъ степени болѣзни. Оттого, въ то время какъ мы при первой степени, т. е. опущеніи, имѣемъ дѣло съ увеличенною правда, маткою, но сочною и рѣзко гиперэмированной,—при выпаденіи полномъ дѣло доходитъ до высшихъ степеней хроническаго метрита т. е. выпадающей органъ представляется на ошупь плотнымъ. Характерною особенностью по отношенію къ формѣ матки, выпавшей уже болѣе или менѣе за долгое время, должно считать то, что она стремится принять сферическій видъ. По отношенію къ влагалищной части нужно замѣтить, что мы на ней нерѣдко встрѣчаемъ всѣ обыкновенныя спутники хроническаго метрита,

начиная съ простыхъ слущиваній эпителія до настоящихъ язвъ. Эти послѣднія, вслѣдствіе постояннаго тренія объ одежду больной, иногда достигаютъ такой степени, которую едва ли можно встрѣтить при другихъ условіяхъ. Впрочемъ, нужно замѣтить, что все это бываетъ лишь въ извѣстные періоды болѣзни; при дальнѣйшемъ же теченіи ея, т. е. въ случаяхъ застарѣлыхъ маточный зѣвъ представляется зіяющимъ, но слизистая оболочка его губъ оплотнѣваетъ до того, что она становится какъ бы пергаментовидною. Что касается маточнаго зѣва (наружнаго) при выпаденіи матки, то онъ обыкновенно обращенъ нѣсколько взадъ и имѣетъ болѣе или менѣе поперечную или полулунную форму. Съ теченіемъ времени губы его все болѣе и болѣе расходятся и изъ него торчитъ въ большей или меньшей степени слизистая оболочка цервикальнаго канала. По Klob'у, въ нѣкоторыхъ рѣзко выраженныхъ случаяхъ выворачиваніе наружу (eversio) слизистой оболочки цервикальнаго канала можетъ доходить до такой степени, что внутренній зѣвъ занимаетъ мѣсто наружнаго, т. е. происходитъ полный выворотъ цервикальнаго канала. Что касается общаго вида выпадающей матки, то она представляется въ застарѣлыхъ случаяхъ бѣлесоватою и твердою на ощупь, вслѣдствіе оплотнѣнія эпителиальнаго слоя.

Когда мы имѣемъ дѣло съ выпаденіемъ матки, то при этомъ постояннымъ спутникомъ бываетъ въ большей или меньшей степени выворотъ (inversio) рукавныхъ стѣнокъ. Выворотъ этотъ можетъ быть первичный, или же послѣдовательный. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ инвертированныя стѣнки рукава претерпѣваютъ очень значительныя измѣненія. Сущность этихъ послѣднихъ сводится къ тому, что онѣ сильно утолщаются вслѣдствіе происходящей въ нихъ гиперплазіи анатомическихъ элементовъ. Особенно это должно сказать на счетъ элементовъ мышечныхъ (Klob). По преимуществу при этомъ бросается въ глаза измѣненіе въ наружномъ слоѣ, который вслѣдствіе постоянныхъ механическихъ инсультовъ принимаетъ совершенно эпидермальный характеръ. Однимъ изъ самыхъ раннихъ измѣненій рукавныхъ стѣнокъ должно считать исчезаніе въ нихъ поперечныхъ складокъ. Относительно разбѣровъ рукава должно замѣтить, что, съ одной стороны, вслѣдствіе расширенія его увеличенною въ объемъ маткой, съ другой же стороны, вслѣдствіе напряженія, которому подвергаются его стѣнки, они постоянно увеличиваются и притомъ въ особенности въ ширину.

Что касается состоянія наружныхъ половыхъ органовъ при выпаденіи матки, то *rima pudendorum* при этомъ представляется болѣе или менѣе зіяющею, особенно въ нижней трети, принимающей почти постоянно треугольную форму. Кроме того, у старыхъ субъектовъ при этомъ констатируется еще значительное истончиваніе большихъ губъ, которое можетъ быть объяснено постояннымъ давленіемъ на нихъ выпавшей и увеличенной въ объемъ матки. Особеннаго вниманія при этомъ заслуживаетъ измѣненіе

въ положеніи и очертаніи наружнаго мочеиспускательнаго отверстія. Вслѣдствіе сильнаго выворота передней стѣнки рукава, *meatus urin. extern.* поддается впередъ и внизъ: онъ помѣщается какъ бы верхомъ на передней поверхности опухоли. Форма его измѣняется въ томъ отношеніи, что она изъ поперечной становится круглою или овальною.

Вслѣдствіе совершеннаго измѣненія положенія матки, понятно, что при этомъ должны происходить очень важныя измѣненія въ положеніи и остальныхъ органовъ малаго таза. Измѣненія эти, по описанію Klob'a, заключаются въ слѣдующемъ: «Если», говоритъ онъ, «въ случаяхъ полнаго выпаденія матки вскрыть брюшную полость, то можно убѣдиться въ томъ, что между мочевымъ пузыремъ и прямою кишкой брюшина образуетъ воронку, направленную къ основанію таза. Въ верхнемъ, широкомъ концѣ этой воронки помѣщаются обращенныя нѣсколько впередъ трубы и яичники; въ глубинѣ же ея открывается дно матки. Широкія связки при этомъ сильно напряжены и представляются идущими снизу въ косомъ направленіи сильно натянутыми складками. Мочевой пузырь при этомъ измѣняетъ свое положеніе такимъ образомъ, что онъ какъ бы раздѣляется на двое; задняя его стѣнка подается внизъ, образуя болѣе или менѣе значительный дивертикулъ (*cystocele*). Вслѣдствіе измѣненій въ положеніи пузыря, измѣняется направленіе мочеваго канала, а именно: онъ идетъ спереди и сверху внизъ и взадъ; или онъ можетъ также измѣнить свое направленіе такимъ образомъ, что образуетъ уголь, т. е. онъ направляется сначала вверхъ и затѣмъ внизъ». Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, вслѣдствіе измѣненія въ положеніи мочеваго пузыря, сильно напрягаются также мочеточники. Обстоятельство это не можетъ не имѣть важнаго значенія, такъ-какъ результатомъ его могутъ являться воспаленіе почечной ткани и гидронефрозъ со всѣми его послѣдствіями (уремія). Подобные случаи описаны Frogier'омъ, Virchow'омъ, Philips'омъ, C. Braun'омъ и Winkel'emъ.

Смѣщеніе задней стѣнки рукава, само по себѣ происшедшее только вслѣдствіе нарушенія нормальныхъ анатомическихъ отношеній между нею и переднею стѣнкою прямой кишки, по истеченіи извѣстнаго времени, потянетъ ее за собою, т. е. передняя стѣнка прямой кишки образуетъ опухоль, вдающуюся въ просвѣтъ рукава (*rectocele*). Образующійся при этомъ дивертикулъ въ прямой кишкѣ въ застарѣлыхъ случаяхъ выпаденія матки достигаетъ иногда весьма значительной степени.

Въ заключеніе сказаннаго нами объ анатомико-патологическихъ измѣненіяхъ, сопровождающихъ *prolapsus uteri*, не можемъ не упомянутьъ объ интересномъ фактѣ, нерѣдко констатируемомъ при этомъ *post mortem*. Дѣло въ томъ, что нерѣдко на трупахъ субъектовъ, страдавшихъ при жизни полнымъ выпаденіемъ матки, не находятъ вовсе выпаденія, т. е. выпадавшій органъ болѣе или менѣе совершенно вправляется самъ собою. Явленіе это мо-

жетъ быть объяснено только исчезновеніемъ напряженія нѣкоторыхъ частей связочнаго аппарата. Впрочемъ, говоритъ Klob, по рѣзкимъ измѣненіямъ какъ въ маткѣ, такъ и въ рукавѣ, с которыхъ упомянуто выше, не трудно узнать, что *intra vitam* въ подобныхъ случаяхъ дѣло шло о выпаденіи матки.

Способъ происхожденія и этиологія выпаденія матки очень много занимали какъ анатомовъ, такъ и клиницистовъ; но, не смотря на то, на этотъ счетъ существуетъ еще очень много разногласій. А priori можно утверждать, что всѣ тѣ моменты, которые ослабляютъ, resp. уничтожаютъ нормальныя отношенія между маткою и сосѣдними органами и притомъ тѣ именно отношенія, которыя держатъ матку на извѣстной высотѣ, должны въ тоже время быть разсматриваемы какъ причины, производящія выпаденіе этого органа. Противъ этого общаго положенія никто не спорить; разногласія начинаются только, какъ скоро хотятъ ближе опредѣлить эти моменты. Въ первой части нашего сочиненія, на стр. 334 и слѣд., мы очень подробно разобрали вопросъ относительно того—что собственно фиксируетъ положеніе матки и поэтому отсылаемъ туда читателя. Здѣсь мы считаемъ нужнымъ припомнить только, что мы главнымъ образомъ старались выяснить, что моментовъ, фиксирующихъ матку, нѣсколько и что нельзя отдавать преимущество въ этомъ отношеніи какому либо одному изъ нихъ, какъ напр. связочному аппарату. Если поэтому толкуютъ о причинахъ выпаденія матки, то при этомъ нужно всегда имѣть въ виду совокупность всѣхъ тѣхъ моментовъ, съ которыми мы познакомились въ изложеніи анатоміи матки. Такъ напр. мы указали на то, что по отношенію къ фиксаціи матки очень важную роль играетъ рукавъ; но измѣненія анатомическихъ отношеній одного его, именно выпаденія стѣнокъ его, ничуть еще недостаточно для того, чтобы произошелъ *prolapsus uteri*, такъ-какъ клинически можно констатировать выпаденіе одной или обѣихъ стѣнокъ рукава безъ того, чтобы при этомъ существовало выпаденіе матки (ч. I., стр. 283). Далѣе, одною изъ очень важныхъ причинъ выпаденія всѣ считаютъ нарушенія цѣлости промежности, т. е. разрывы ея. Мнѣніе это до такой степени вкоренилось въ умахъ врачей, что всѣ считаютъ даже излишнимъ спорить объ этомъ. Механизмъ происхожденія выпаденія матки вслѣдствіе разрыва промежности объясняютъ слѣдующимъ образомъ. Вслѣдствіе разрыва, задняя стѣнка рукава теряетъ свою главную подпору и, кромѣ того, укорачивается. Коль скоро это произошло, задняя стѣнка, ослабѣвши, не можетъ выдерживать напора со стороны матки, которая поэтому будетъ выпадать еще и потому, что путь, который она должна пройти, укорачивается. Вообще я долженъ замѣтить, что короткость рукава, начиная съ *M-me Voivie*, считался почти всѣми важнымъ предрасполагающимъ моментомъ къ выпаденію матки. Не смотря на всю кажущуюся логичность вышеприведенныхъ доводовъ, они едва ли выдерживаютъ строгую критику. Если

произошелъ разрывъ промежности, какъ бы онъ великъ ни былъ, то, безъ сомнѣнія, задняя стѣнка рукава укорачивается, но это еще нисколько не доказываетъ, чтобы отъ этого она пострадала какъ моментъ, фиксирующій матку. чтобы она, какъ говорятъ, ослабѣла. По зарубцованіи разрыва, мы получаемъ 3-хъ-угольную поверхность, чрезвычайно плотную и крѣпкую, обращенную верхушкою внутрь, т. е. въ просвѣтъ рукава. Эта-то поверхность, т. е. старый рубецъ, вслѣдствіе ретракціи, укорочиваетъ до извѣстной степени нижнюю треть задней стѣнки, за то онъ подпираетъ ее такъ, какъ никогда не можетъ этого сдѣлать совершенно нормальная промежность. Рубецъ этотъ не только не ослабляетъ заднюю стѣнку, но, наоборотъ, служитъ какъ бы контрфорсомъ для нея. Что разсужденіе это не апіористическое, доказывается лучше всего обыденнымъ клиническимъ наблюденіемъ. Во всѣхъ случаяхъ видѣнныхъ и оперированныхъ мною старыхъ разрывовъ промежности, я ни разу не видалъ, чтобы при этомъ существовало выпаденіе матки. Я этимъ нисколько не думаю утверждать, чтобы эти два обстоятельства, т. е. выпаденіе и разрывъ промежности, не могли встрѣчаться вмѣстѣ; но утверждаю только, что это будетъ совпаденіе чисто случайное, а ничуть не каузальное. Зная, что подобное мнѣніе наше на счетъ этиологическаго значенія разрывовъ промежности по отношенію къ выпаденію матки совершенно расходится съ общепринятыми на этотъ счетъ воззрѣніями, я не могъ не попытаться въ новѣйшей литературѣ. При этомъ оказалось что M. Duncan (Edinb. Obst. Transact. v. II, p. 269 *) совершенно такого же мнѣнія относительно этого вопроса. Не можемъ здѣсь не замѣтить, что состояніе промежности при выпаденіяхъ матки можетъ, на первый взглядъ, ввести въ заблужденіе. Дѣло въ томъ, что въ застарѣлыхъ случаяхъ выпаденія матки, въ особенности если органъ долго торчалъ наружу, промежность сглаживается до послѣдней возможности. Это-то сглаживаніе, которое мы называемъ ретракціей промежности, и смѣшиваютъ съ разрывами ея.

Точно такъ, какъ въ однихъ только разрывахъ промежности мы не можемъ видѣть причины выпаденія матки, совершенно тоже мы должны сказать и относительно другихъ отдѣльныхъ моментовъ, приводимыхъ различными авторами, какъ-то: чрезмѣрно объемистаго таза (Duparquet), ослабленія lev. ani (Ashwell) и др. Снова повторяемъ: для того, чтобы матка могла смѣститься внизъ по проводной линіи таза, чтобы она выпала, требуется, чтобы произошло грубое нарушеніе анатомическихъ отношеній цѣлаго ряда факторовъ, въ составъ которыхъ войдутъ и связочный аппаратъ и связь матки съ сосѣдними органами и пр. Вслѣдствіе то этого нельзя согласиться съ раціональностью этиологической классификаціи выпаденія матки, установленной Kiwi-

* См. также его лекцію о „Præsentia uteri“; въ Lectures on diseases of women, p. 208.

sch'emъ. Онъ принимаетъ въ этомъ отношеніи три категоріи: 1) выпаденіе матки простое, гдѣ на этотъ органъ подѣйствовала какая нибудь внѣшняя сила, какъ напр. усиленное дѣйствіе брашнаго пресси и пр. Это то выпаденіе матки, которое Kiwisch и другіе называли первичнымъ. 2-ю категорію составляетъ выпаденіе матки вторичное, обусловливаемое выпаденіемъ рукавныхъ стѣнокъ и нѣкоторыми другими условіями со стороны рукава. Къ 3-й категоріи, наконецъ, относятся тѣ случаи выпаденія, которое обусловливаются новообразованіями, развивающимися въ сосѣдствѣ съ маткою и въ особенности кистамами яичниковъ. Дѣленіе это мы назвали нераціональнымъ потому, что при этомъ принимается въ соображеніе по преимуществу тотъ или другой факторъ *per se*.

Въ патологическомъ отношеніи, по нашему мнѣнію, важно различать только двѣ категоріи выпаденія матки: острое и развивающееся исподволь, хроническое. Если у даннаго субъекта существовали предварительно предрасполагающіе моменты, (ослабленіе складокъ брюшины, болѣе или менѣе значительное увеличеніе органа, потеря тонуса рукава, зіяніе входа его), которые сами по себѣ, дѣйствуя *à la longue*, непременно вызвали бы въ послѣдствіи выпаденіе, то это послѣднее можетъ явиться неожиданно для больной, вдругъ, подъ вліяніемъ какой либо травматической причины, какъ то: скачка, паденія съ значительной высоты и пр. Это выпаденіе, которое можно назвать травматическимъ по отношенію къ вызвавшей причинѣ. Подобные случаи весьма рѣдки и тѣ изъ нихъ, въ которыхъ травматической *prolapsus* произошелъ у женщинъ нерожавшихъ и даже дѣвственницъ, должно считать еще болѣе рѣдкими. Въ высшей степени интереснымъ должно считать относящійся сюда случай, сообщенный однимъ изъ нашихъ петербургскихъ товарищей, д-омъ Гигинботомомъ, который онъ наблюдалъ вмѣстѣ съ проф. Пироговымъ и гдѣ дѣло шло о выпаденіи матки и прямой кишки, развившемся вдругъ у субъекта, соскочившаго съ чердака. Какъ бы то ни было, но случаи остраго травматическаго выпаденія матки встрѣчаются только въ видѣ исключенія; обыкновенно же развитіе его идетъ тихо, исподволь и обнаруживается только тогда, когда совокупное дѣйствіе располагающихъ моментовъ достигло извѣстной степени. Главною причиною, заключающей въ себѣ одной всѣ вышеупомянутые этиологическіе моменты впаденія матки, должно считать роды и родильное состояніе.

Прежде чѣмъ коснемся вліянія родовъ на развитіе выпаденія матки, мы считаемъ нужнымъ остановиться на вопросѣ — какъ часто вообще встрѣчается въ гинекологической практикѣ это патологическое состояніе. Мнѣніе старинныхъ авторовъ было таково, что *prolapsus uteri* составляетъ весьма частое страданіе. Оно перешло къ профанамъ и оттого то гинекологу такъ часто приходится слышать отъ больныхъ, что у нихъ «матка выпадаетъ». Эта фраза до такой степени банальна, что она слишкомъ хорошо извѣстна вся-

кому практическому акушеру. Такъ дѣло шло до 50-хъ годовъ, пока противъ этого не вооружился Huguier, утверждавшій, что prolapsus uteri встрѣчается въ высшей степени рѣдко и если такъ часто констатируютъ его въ практикѣ, то только потому, что не умѣютъ отличать его отъ гиперплазіи маточной шейки. Хотя, какъ увидимъ ниже, Huguier не свободенъ въ этомъ случаѣ отъ большихъ увлеченій, тѣмъ не менѣе ему принадлежитъ несомнѣнная заслуга въ томъ, что онъ обратилъ серьезное вниманіе клиницистовъ на этотъ вопросъ. Какъ бы то ни было, но мы, на основаніи нашего личнаго матеріала, должны утверждать, что настоящее, полное выпаденіе матки встрѣчается въ практикѣ довольно рѣдко. Обратимся за подтвержденіемъ этого къ нашей клинической статистикѣ.

	Число боль- ныхъ.	Desc. et prol. uteri.
Амб. Крест. Общ.	2114	40
Амбул. М. Р. Д.	2479	4
Больн, прин. на дому . .	570	12
Всего	5163	56

Если изъ 40 случаевъ, записанныхъ въ журналахъ Крест. Общ., вычтемъ 18 случаевъ собств. desc. uteri, то для полного выпаденія получимъ 22. Такимъ образомъ на наши 5163 больныхъ получимъ 38 случая полного выпаденія матки, что составитъ 0,73%. Изъ этого простаго сопоставленія цифръ слѣдуетъ какъ нельзя яснѣе, что едва ли какая нибудь другая гинекологическая форма встрѣчается въ практикѣ столь рѣдко, какъ полное выпаденіе матки.

Другіе гинекологи гораздо чаще нашего встрѣчали въ практикѣ выпаденіе матки. Такъ Winskel на 319 больныхъ, выдѣльныхъ имъ въ Ронтокѣ, насчитываетъ 7%, а въ Дрезденѣ на 1628 женщинъ 108, т. е. 6,6%. Впрочемъ, мы должны прибавить, что W. въ это число включаетъ не только выпаденіе матки въ тѣсномъ смыслѣ, но и слабыя степени его. Поэтому-то цифры его и расходятся такъ рѣзко съ данными, приводимыми другими авторами, напр. Vedeler'омъ.

Что касается прямого вліянія родовъ и родильнаго состоянія на происхожденіе prolaps. uteri, то оно видно уже изъ того простаго факта, что выпаденіе матки встрѣчается почти всегда у женщинъ рожавшихъ и притомъ по нѣскольку разъ. На наши 38 случаевъ приходится только 3 субъекта нерожавшіе и небывшіе никогда беременными. По другимъ авторамъ отношеніе это почти такое же, какъ наше, если еще не меньше. Такъ, Scanzoni на 114 больныхъ, страдавшихъ выпаденіемъ матки, насчитываетъ 14 нерожавшихъ; по статистикѣ Weinberg'a, основанной на клиническомъ матеріалѣ профес. Martin'a, на 174 prolapsus uteri приходится только 6 случаевъ у женщинъ не рожавшихъ. Что касается числа родовъ у нашихъ больныхъ, то они распре- дѣлялись слѣдующимъ образомъ:

Число больныхъ.	Число родовъ.
3	2
6	5
18	7
9	8
4	10
3	12
2	14
1	3
<hr/>	
Всего . . 46	61

И такъ, изъ вышеприведенныхъ данныхъ нельзя не придти къ заключенію, что въ родовомъ актѣ и въ родильномъ состояніи кроются задатки, которые, при благоприятныхъ обстоятельствахъ, становятся причиною выпаденія матки. Да едва ли и можетъ быть другой факторъ, который въ данномъ случаѣ могъ бы играть такую же роль. Вспомнимъ при этомъ случаѣ напряженіе, въ которое приходитъ вся половая сфера и по преимуществу нѣкоторыя части ея (матка и связочный аппаратъ); если послѣ такого сильнаго напряженія не послѣдуетъ достаточное обратное развитіе этихъ частей, то понятно, что происходящія вслѣдствіе этого нарушенія нормальныхъ подпоръ матки при другихъ вредныхъ вліяніяхъ должны фатально повести къ выпаденію ея. Къ числу упомянутыхъ вредныхъ вліяній должно отнести все то, что мѣшаетъ инволюціи *p. partum*. Тотъ, кто знаетъ—какъ грѣшатъ обыкновенно въ этомъ отношеніи родильницы противъ началъ здоровой гигіены (раннее вставаніе съ постели послѣ родовъ, различныя физическія напряженія, ранній *coitus* и проч.), не можетъ не удивиться, что *prolapsus uteri* не встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ это бываетъ на самомъ дѣлѣ. Къ счастью больныхъ должно сказать, что совокупность факторовъ, производящихъ *prolapsus*, дѣйствуетъ обыкновенно чрезвычайно медленно. Вслѣдствіе-то этого рассматриваемая нами патологическая форма встрѣчается обыкновенно довольно долгое время спустя послѣ того, какъ подѣйствовала первоначальная и главная причина, т. е. разстройство инволюціи. Вообще говоря, *prolapsus uteri* встрѣчается у женщинъ болѣе или менѣе пожилыхъ или, по крайней мѣрѣ, средняго возраста. Самой младшей изъ нашихъ больныхъ было 28 лѣтъ (родила 4 раза), самой же старшей 67. Средній возрастъ всего нашего контингента больныхъ, страдавшихъ проляпсомъ, = 41.2. Случаи полнаго выпаденія матки у очень молодыхъ субъектовъ принадлежатъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. Такъ Monro * упоминаетъ о *prol. uteri* у 3-хъ-лѣтней дѣвочки, оказавшейся неправымъ и окончившейся смертію. Случаи выпаденія у молодыхъ субъектовъ приводятъ также Scanzoni **, Nonat *** и въ послѣднее время

* Edinb. medic. Essay-, III. p. 232.

** Op. cit. p. 116.

*** Op. cit. p. 444.

Alb. Puech * и Robertson **. Случаи эти, замѣчательные во многихъ отношеніяхъ, могли бы имѣть еще Сольшій интересъ, если бы можно было ручаться за точность діагностики. Мы говоримъ это потому, что нѣсколько лѣтъ тому назадъ намъ была прислана дѣвушка 17 лѣтъ, никогда не бывшая беременною, съ діагностикою *prolapsus uteri*, причемъ просили меня прибрать пессарій для этой больной. При изслѣдованіи оказалось, что дѣло шло объ гипертрофіи влагалищной части, противъ которой, понятно, мы не надѣли пессарія. Упомявая о выпаденіи матки у очень молодыхъ субъектовъ и притомъ neroжавшихъ, всѣ авторы почти приводятъ, какъ существенную причину его, тотъ или другой грубый травматизмъ. При ближайшемъ разсмотрѣніи однако всѣхъ подобныхъ случаевъ, нельзя не придти къ заключенію, что помимо травматизма, составлявшаго, безъ сомнѣнія, *causam proximam*, нужно еще допустить цѣлый рядъ предрасполагающихъ причинъ, какъ то увеличеніе матки въ объемѣ и различныя патологическія измѣненія окружающихъ органовъ.

Говоря объ этиологіи проляпса, не можемъ не указать на особенный видъ его, который можно назвать старческимъ выпаденіемъ матки по преимуществу (*prolapsus uteri senilis*). Объ этой формѣ уже давно говорили нѣкоторые нѣмецкіе гинекологи и въ настоящее время снова обратилъ на нее особенное вниманіе R. Barnes. Дѣло въ томъ, что у нѣкоторыхъ старухъ, у которыхъ послѣ послѣднихъ ихъ родовъ прошло довольно значительное время, иногда десятки лѣтъ, констатируется полное выпаденіе матки. Тутъ ужъ невозможно приписать прямое вліяніе родамъ, такъ-какъ между ними и образованіемъ выпаденія прошло слишкомъ много времени. Здѣсь причину должно искать въ чемъ нибудь другомъ. Внимательно изслѣдуя подобные случаи, нельзя не придти къ заключенію, что существенную этиологическую роль въ нихъ играетъ старческое обратное развитіе рукава (*involutio senilis*), вслѣдствіе котораго онъ лишается важнѣйшихъ элементовъ своихъ (мышечныхъ и фибрознаго скелета), а съ другой стороны къ этому должно еще прибавить исчезновеніе жировыхъ элементовъ и вообще того цемента, который связываетъ матку съ сосѣдними органами. Если при сказанныхъ условіяхъ мы имѣли еще дѣло съ маткою, оставшеюся по чему либо увеличенною въ объемѣ послѣ климактерическаго возраста, то раньше или позже у даннаго субъекта непременно разовьется выпаденіе матки.

Schroeder (*Krankheiten der weiblichen Sexualorgane*, 5 изд., p. 169) по отношенію къ патогеніи выпаденія матки ставитъ почти на точку зрѣнія Hugnier. По его мнѣнію, существенную роль играютъ измѣненія въ стѣнкахъ рукава, которыя, вслѣдствіе потягиванія влагалищной части (*resp. collum uteri* вообще), ведутъ къ гипертрофіи этой послѣдней и, въ концѣ концовъ, къ выпаденію. Hegar и Kaltenbach посвящаютъ въ своемъ руковод-

* См. у Courty, *op. cit.*, p. 828.

** См. у R. Barnes's *A clinic. History* и p. 636.

ствѣ къ оперативной гинекологіи очень обширную главу (*Mechanik des Becken-inhalts und Theorie der Vorfälle*) изученію анатомико-физиологическихъ условий происхожденія выпаденія матки. По ихъ мнѣнію, существенную роль въ патогеніи выпаденія матки играютъ два фактора: измѣненія въ извѣстныхъ отношеніяхъ внутрибрюшнаго давленія, которое сказывается невыгоднымъ образомъ на органы, помѣщающіеся въ тазу, и, во вторыхъ, нарушенія нормальныхъ анатомическихъ отношеній въ замыкающемъ аппаратѣ рукава. Эта, по видимому, очень сложная теорія Негарга и Калтенбах'а, если перевести ее на простой языкъ, сводится къ тому, на что указано нами было выше въ немногихъ словахъ, а именно: къ измѣненію нормальныхъ анатомическихъ отношеній между маткою и смежными органами и грубымъ измѣненіямъ въ стѣнкахъ рукава.

Мы уже сказали выше, что собственно выпаденіе матки въ тѣсномъ смыслѣ (полное выпаденіе) развивается въ обыкновенныхъ случаяхъ не разомъ, а исподволь изъ предшествовавшего опущенія этого органа. Поэтому и клиническая картина будетъ различна, смотря по степени страданія. Въ началѣ, когда дѣло идетъ лишь объ опущеніи матки, т. е. при первыхъ двухъ степеняхъ, больныя начинаютъ жаловаться на цѣлый рядъ неприятныхъ субъективныхъ ощущеній, изъ которыхъ особенно тягостны для нихъ чувство тяжести въ тазовой области, которое при сколько нибудь значительномъ физическомъ напряженіи доходитъ до боли; боль сказывается особенно въ крестцовой сторонѣ, откуда она можетъ ирадировать вверхъ и внизъ. Боль эта улегается сама собою, если больная въ теченіи извѣстнаго времени остается спокойною въ сидячемъ и особенно въ лежачемъ положеніи. Особенно больныя страдаютъ, если имъ приходится по-долгу стоять или ходить. Ощущеніе тяжести и боль въ данномъ случаѣ легко объясняются напряженіемъ соедѣнныхъ органовъ, которое имъ приходится претерпѣвать при измѣненіи въ положеніи матки. По прошествіи извѣстнаго времени, къ сказаннымъ припадкамъ присоединяются болѣзненные явленія со стороны пузыря, состоящія существенно въ томъ, что больныя жалуются на очень частый позывъ къ мочеиспусканію, которое кромѣ того можетъ быть болѣзненно (*dysuria*) въ различной степени. Что касается дефекаціи, то разстройство ея носить на себѣ тотъ же характеръ: позывъ на низъ частый, а между тѣмъ больныя удерживаются, потому что самый актъ испражненія иногда весьма болѣзненъ. Такимъ образомъ продолжается описанная клиническая картина, пока дѣло не дойдетъ до полнаго выпаденія. Въ такомъ случаѣ, смотря по величинѣ матки, всѣ вышесказанныя явленія значительно усиливаются. Въ особенности это должно сказать на счетъ мочеиспусканія и боли при стояніи и ходьбѣ. Прежде больныя мочились часто и съ болью, теперь же, съ развитіемъ полнаго выпаденія, онѣ нерѣдко вовсе не могутъ мочиться, такъ-какъ направленіе канала весьма сильно уклоняется отъ нормы. Больныя въ этомъ случаѣ, желая помочиться, инстинктивно принимаютъ всевозможныя положенія. Впослѣдствіи, наученныя опытомъ, онѣ становятся для этого на корточки и предварительно вправляютъ всю

выпавшую матку, или же, по крайней мѣрѣ, часть ея. Можно представить себѣ нѣкоторое понятіе о затрудненіяхъ при мочеиспусканіи, сопровождающихъ выпаденіе матки, по тѣмъ затрудненіямъ, съ которыми приходится иногда бороться врачу при катетеризмѣ въ подобныхъ случаяхъ. Въ гинекологической литературѣ извѣстенъ одинъ случай, гдѣ *sub prolapsu uteri* врачъ (Dohlhoff), не смотря на всѣ усилія, не могъ ввести катетера и въ заключеніи долженъ былъ прибѣгнуть къ проколу пузыря*. Что касается ходьбы при проляпсѣ, то она въ высшей степени затруднительна для больныхъ и тѣ изъ нихъ, которымъ приходится по-долгу ходить, подвизываютъ выпадающую матку различнымъ образомъ. Если къ этому прибавимъ, что выпадающая матка, вслѣдствіе тренія и проч., подвергается болѣе или менѣе глубокимъ измѣненіямъ (язвы и проч.),—то поймемъ, что страданіе это для больныхъ должно становиться въ высшей степени тягостнымъ. Тѣмъ не менѣе бываютъ однако случаи, правда весьма рѣдкіе, въ которыхъ больныя жалуются, относительно тѣхъ больныхъ, у которыхъ выпадающая матка не достигаетъ значительныхъ размѣровъ. Что касается отравленій половой сферы при проляпсѣ, то мы коснемся здѣсь главнѣйшихъ изъ нихъ, а именно: мѣсячныхъ, выдѣленія слизи изъ родовыхъ путей и дѣторожденія.

Большинство авторовъ увѣряетъ, что при выпаденіи матки мѣсячныя обыкновенно не нарушены относительно своей нормы. Это правда относительно большинства случаевъ, но не для всѣхъ. У нѣкоторыхъ изъ нашихъ больныхъ мы могли констатировать скудость менструаціи и притомъ продолжавшуюся довольно долго; это было именно у тѣхъ, которыя приближались къ климактерическому возрасту и у которыхъ *metritis chron. diffusa* была выражена въ очень значительной степени. Обильныя мѣсячныя и даже менорагіи, о которыхъ упоминаетъ Courty, мы наблюдали всего три раза и то у двухъ изъ нихъ мы должны были отнести это явленіе на счетъ нецѣлесообразныхъ пессаріевъ, которые онѣ носили довольно долгое время.

Что касается усиленнаго выдѣленія слизи изъ родовыхъ путей, то оно имѣетъ мѣсто въ первоначальные періоды болѣзни; съ дальнѣйшимъ же теченіемъ, напротивъ, слизетеченіе совершенно изсякаетъ и его можно встрѣтить только въ тѣхъ застарѣлыхъ случаяхъ, которыя сопровождаются глубокими изъязвленіями на губахъ маточнаго зѣва.

По отношенію къ зачатію при проляпсѣ должно сказать, что способность къ нему сохраняется относительно весьма рѣдко, уже по одному тому, что съ полнымъ выпаденіемъ матки мы

* Случай этотъ описанъ въ *Medic. Zeit. v. d. Vereine f. Heilk. in Preussen*, 1838, p. 211. Мы цитируемъ по Kilian'у: *Die rein chirurg. Operationen des Geburtshelfers*, Bonn, 2-te Aufl. 1856, p. 67.

имѣемъ обыкновенно, какъ уже сказано, дѣло у субъектовъ близкихъ къ климактерическому возрасту, или же давно перешедшихъ за него. Зачатіе же при первыхъ степеняхъ страданія, т. е. при опущеніи только и въ особенности тамъ, гдѣ измѣненія со стороны эндометрія не выступаютъ особенно сильно, не должно встрѣчать особенныхъ препятствій и дѣйствительно нрѣдко происходить. Только такимъ образомъ должно объяснить описываемыя въ акушерской литературѣ случаи prolaps. uteri во время беременности: зачатіе произошло sub descensu uteri, изъ котораго впослѣдствіи уже развился пролапсъ. При этомъ послѣднемъ, т. е. при полномъ выпаденіи дѣло уже совсѣмъ иное: положимъ, что coitus можетъ быть совершаемъ по предварительномъ вправленіи выпавшей матки, но это еще ничего не значить, такъ-какъ въ пролабировавшемъ органѣ произошли уже такія грубыя анатомическія измѣненія, при которыхъ зачатіе можетъ произойти только какъ весьма рѣдкое исключеніе. Въ литературѣ отмѣчено нѣсколько подобныхъ случаевъ (Müller, Zalousch, Wimmer, Mauriceau, Smellie, Duerent и друг.); изъ нихъ въ особенности интересны тѣ, которые описаны Harvey'омъ и Chopart'омъ, гдѣ coitus совершался безъ предварительнаго вправленія выпавшей матки, а прямо въ цервикальный каналъ*.

Что касается клинической картины въ случаяхъ выпаденія матки, развивающагося вдругъ, вслѣдствіе того или другого травматизма, то всѣ, наблюдавшіе подобные случаи, описываютъ ее какъ чрезвычайно бурную, сильно напоминающую тѣ явленія, съ которыми мы познакомимся ниже, и характеризующую выворотъ матки (inversio uteri). Больныя жалуются на невыносимыя боли внизу живота и во всей тазовой сторонѣ и при этомъ кромѣ того наблюдается цѣлый рядъ явленій, указывающихъ на глубокое потрясеніе (shoc) нервной системы: обмороки, замираніе сердца, маленкій, нитевидный пульсъ, холодныя конечности и проч.

Распознаваніе опущенія и выпаденія матки казалось прежде до такой степени легкимъ, что даже считали излишнимъ распространяться на это счетъ. Со времени же Huguiet, нѣкоторые клиницисты впали въ другую крайность и увѣряютъ, что выпаденіе матки весьма часто смѣшиваются съ гипертрофіею влагалищной части. Мы разсмотримъ здѣсь поэтому сначала прямое распознаваніе различныхъ степеней выпаденія матки и затѣмъ перейдемъ къ дифференціальному распознаванію ихъ отъ другихъ патологическихъ состояній.

Если мы имѣемъ дѣло съ простымъ опущеніемъ матки, то при изслѣдованіи мы тотчасъ замѣтимъ нѣкоторыя существен-

* Литература очень подробно приведена у Killian'a, op. cit., p. 61. Что coitus въ цервикальный каналъ въ этихъ случаяхъ не совсѣмъ невѣроятенъ, можно заключить изъ того, что сказано нами выше объ анатомико-патологическихъ измѣненіяхъ этой части матки при полномъ выпаденіи ея. Если никто не сомнѣвается въ возможности коита per urethram, то едва-ли можно оспаривать возможность его непосредственно въ цервикальный каналъ.

ныя измѣненія какъ со стороны рукава, такъ и матки. Что касается рукава, то онъ представляется укороченнымъ въ длиникѣ и своды его понижены въ болѣе или менѣе значительной степени. Кромѣ того, въ верхнихъ частяхъ рукавныхъ стѣнокъ, т. е. тамъ, гдѣ онѣ уже образуютъ до извѣстной степени нѣкоторую инверсію, складки представляются менѣе ясно выраженными, или — лучше — онѣ начинаютъ сглаживаться. Если опущеніе изъ первой степени перешло во вторую, т. е. если мы имѣемъ дѣло съ такъ называемымъ неполнымъ выпаденіемъ матки, то указанныя выше явленія со стороны рукава выступаютъ еще болѣе рѣзко и въ особенности это должно сказать по отношенію къ положенію сводовъ. Особенно легко убѣдиться въ этомъ, если въ лежачемъ положеніи больной, приставляя палець къ переднему или заднему своду, стараются приподнять его вверхъ. Если при этомъ больная спокойно дышетъ, то удастся приподнять сводъ весьма значительно. По тому, на сколько испытуемый сводъ приподымается вверхъ, можно судить о томъ, въ какой степени онъ былъ опущенъ. При опущеніи матки болѣе значительной степени, кромѣ измѣненій анатомическаго положенія рукава, мы констатируемъ при этомъ и тѣ анатомико-патологическія измѣненія въ немъ, съ которыми мы познакомились выше. Когда дѣло дошло до опущенія второй степени, то мы, кромѣ того, констатируемъ уже болѣе или менѣе рѣзкія измѣненія и въ самой маткѣ. Измѣненія эти существенно состоятъ въ болѣе или менѣе значительномъ увеличеніи размѣровъ органа и вообще въ тѣхъ явленіяхъ, которые характеризуютъ извѣстные періоды *metrit. diffusae*. Что касается влагалищной части, то въ большинствѣ представившихся намъ случаевъ мы могли констатировать скорѣе укороченіе, чѣмъ удлинненіе ея. При этомъ однако она всегда бываетъ болѣе или менѣе увеличена въ поперечномъ и передне-заднемъ размѣрахъ, т. е. утолщена. При полномъ выпаденіи матки объективная клиническая картина до такой степени рѣзкая, что, разъ видѣвши подобный случай, едва ли можно, при скольконибудь внимательномъ изслѣдованіи, смѣшать ее съ чѣмънибудь другимъ. Мы ужъ видѣли выше, что выпадающая матка въ началѣ имѣетъ грушевидную форму, съ теченіемъ же времени эта послѣдняя приближается все болѣе и болѣе къ круглой. Въ лежачемъ положеніи выпадающій органъ уходитъ нѣсколько назадъ, но снова появляется наружу при всякомъ скольконибудь усиленномъ дѣйствіи брюшнаго пресса, напр. чиханіи, кашлѣ и т. д. Вышеизложенныя измѣненія слизистой оболочки рукава, составляющей наружный покровъ опухоли, до такой степени характерны, что по нимъ однимъ можно судить о томъ, что мы въ данномъ случаѣ имѣемъ дѣло съ выпаденіемъ матки. Впрочемъ, если бы мы изслѣдовали больную, одержимую преляпсомъ и которая, вслѣдствіе какой либо причины, оставалась нѣкоторое время въ постели, то констатировать страданіе, о которомъ идетъ дѣло, не представляетъ ни малѣйшаго затруд-

ненія. Стоитъ только больную заставить покашлять нѣсколько разъ и матка появится наружу. При этомъ *de visu* легко убѣдиться въ тѣхъ измѣненіяхъ, которыя представляютъ зѣвъ и губы его. Точно также не трудно констатировать глазомъ величину выпадающаго органа. При этомъ весьма желательно составить себѣ ясное понятіе о величинѣ полости, для чего и прибѣгаемъ въ такихъ случаяхъ къ измѣренію ея зондомъ. Что касается распознаванія измѣненій въ положеніи пузыря (*cystocele*) и прямой кишки (*rectocele*), то оно не можетъ представлять никакихъ затрудненій. Помощью металлическаго катетера стараются опредѣлить направленіе мочеиспускательнаго канала, а также и то, на сколько опустилась задняя стѣнка пузыря, или, другими словами, какова глубина дивертикула, образуемаго мочевымъ пузыремъ. Измѣненіе же отношеній передней стѣнки прямой кишки опредѣляется прямо пальцемъ.

На основаніи всего вышесказаннаго, намъ кажется, не трудно установить прямое распознаваніе опущенія и выпаденія матки: для этого нужно только констатировать, съ одной стороны, извѣстныя характерныя измѣненія въ рукавѣ, а съ другой, требуется доказать, что мы имѣемъ дѣло съ дѣйствительнымъ смѣщеніемъ внизъ дна матки.

По отношенію къ дифференціальному распознаванію, со времени *Huguier* указываютъ на то, что будто бы такъ легко смѣшать между собою простое выпаденіе матки съ гипертрофіей надвлагалищной части ея шейки. На страницѣ 462 1-й ч. мы подробно высказались на этотъ счетъ и поэтому считаемъ излишнимъ снова привести здѣсь дифференціальныя признаки между этими двумя патологическими состояніями. Прибавимъ здѣсь только то, что ни одинъ опытный клиницистъ никогда не согласится съ *Huguier* и его послѣдователями въ томъ, что настоящее или собственное выпаденіе матки составляетъ величайшую рѣдкость въ гинекологической практикѣ. Но положимъ, что *Huguier* и правъ относительно старинныхъ гинекологовъ, что они почти всегда принимали гипертрофію маточной шейки за *prolapsus*; относительно же новѣйшей гинекологіи едва ли это можно утверждать, такъ какъ это значило бы усомниться въ томъ, что клиницисты не умѣютъ констатировать—есть ли въ данномъ случаѣ пониженіе маточнаго дна, или нѣтъ? Подобную инсинуацію едва ли можно допустить. Кромѣ того, *Huguier* упустилъ изъ виду, что бываютъ случаи выпаденія, правда, рѣдкіе, въ которыхъ нельзя констатировать ни малѣйшей гипертрофіи маточной шейки.

Что касается другихъ патологическихъ состояній, съ которыми будто бы можно смѣшать выпаденіе матки, то въ этомъ отношеніи указываютъ въ особенности на фиброзныя полипы. Полипъ, говорятъ, можетъ родиться, т. е. прорѣзаться наружу чрезъ родовую щель и такимъ образомъ подать поводъ къ диагностической ошибкѣ, т. е. что его смѣшаютъ съ выпадающей маткой. При этомъ, говорятъ, ошибка тѣмъ легче еще возможна,

если нижній полюсъ новообразованія представляетъ, вслѣдствіе предшествовавшихъ въ немъ измѣненій, поперечную щель, которую можно такимъ образомъ принять за маточный зѣвъ. Что подобныя ошибки возможны, о томъ мы не станемъ спорить, такъ какъ онѣ описаны въ литературѣ. Но, съ другой стороны, всякій долженъ согласиться съ тѣмъ, что подобныя ошибки непротистительны. Какимъ образомъ можно фиброзный полипъ смѣшать съ маткой, если при изслѣдованіи стараются дойти, не говорю уже до мѣста прикрѣпленія его ножки, но просто только до зѣва, изъ котораго торчитъ ножка? Чѣмъ больше полипъ, чѣмъ болѣе онъ вышелъ ex rima, чѣмъ легче добраться до маточныхъ губъ. При этомъ, правда, можетъ случиться и то, что зѣвъ стоитъ высоко вслѣдствіе того, что ножка полипа очень вытянулась въ длину; но въ такомъ случаѣ тѣмъ легче будетъ оцупать ножку и притомъ на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи ея. Что же касается того, что можно смѣшать болѣе или менѣе глубокую выемку на нижнемъ концѣ полипа съ зѣвомъ, то этой ошибки можно избѣгнуть еще легче: стоитъ только прибѣгнуть къ бужу, или зонду.

Предсказаніе при разсматриваемой патологической формѣ должно строго сообразоваться со степенью ея. Оно довольно благопріятно въ первой и очень неблагопріятно во второй и третьей степеняхъ. Если мы предсказаніе назвали въ третьей степени, т. е. при полномъ выпаденіи, очень неблагопріятнымъ, то главнымъ образомъ въ виду того, что оно составляетъ тяжелое страданіе, не допускающее никакого физическаго напряженія и, кромѣ того, оно внушаетъ самимъ больнымъ отвращеніе, отъ котораго онѣ еще нравственно страдаютъ. Всякому гинекологу, имѣвшему дѣло съ подобными больными, пришлось, я думаю, замѣтить, что онѣ сообщаютъ врачу о своей болѣзни шопотомъ, какъ бы стыдясь ея. Но, кромѣ того, предсказаніе здѣсь неблагопріятно потому еще, что искусству приходится преодолѣвать очень значительныя затрудненія, если имѣемъ въ виду коренное устраненіе болѣзни. Оттого-то здѣсь чаще всего приходится ограничиваться паллиативными мѣрами. Quo ad vitam, то, собственно говоря, выпаденіе матки очень рѣдко можетъ подавать поводъ къ серьезнымъ опасеніямъ. Въ гинекологической литературѣ, правда, описаны случаи весьма тяжелыхъ осложненій выпаденія матки, напр. со стороны пузыря и почекъ (lithiasis, hydronephrosis), но, къ счастью, они очень рѣдки. Не можемъ также не упомянуть о томъ, что какъ въ старинной, такъ и въ новѣйшей литературѣ описаны случаи проляпса съ омертвѣніемъ и послѣдовательнымъ отваливаніемъ болѣе или менѣе значительной части матки.

Что касается вліянія беременности на выпаденіе матки, то прежде считали это очень благопріятнымъ обстоятельствомъ. Это не совсѣмъ такъ. Въ первыхъ двухъ степеняхъ послѣ того, какъ зачатіе произошло и матка начинаетъ увеличиваться въ объемѣ, она болѣею частью подымается вверхъ. Когда дѣло доходитъ до второй

половины беременности, то маточная шейка весьма часто занимает уже нормальное мѣсто въ тазу. Но, по окончаніи беременности, выпаденіе матки обыкновенно является снова и нерѣдко въ болѣе значительной степени. Что касается полнаго выпаденія матки, то при немъ наступленіе беременности едва ли можетъ быть желательнымъ, такъ-какъ при этомъ могутъ произойти весьма серьезные осложненія, какъ то: ущемленіе выпавшей матки въ выходѣ таза со всѣми его послѣдствіями. Испѣленіе выпаденія матки можетъ быть достигнуто при посредствѣ беременности только въ такомъ случаѣ, если въ пуэрперіи разовьется периметритъ и произойдутъ сращенія между маткою и сосѣдними органами. Но рассчитывать на подобную случайность едва ли возможно. Наконецъ, какъ на возможность произвольнаго испѣленія выпаденія матки указываютъ еще на то, если происходитъ слипчивое воспаленіе рукава съ болѣе или менѣе значительнымъ суженіемъ его. Seufferтъ указываетъ также на возможность естественнаго испѣленія проляпса, если при этомъ, вслѣдствіе какихъ либо условій, произойдетъ загибъ матки взадъ (retroflexio). Извѣстно, что въ силу этого факта онъ предложилъ даже искусственно вызывать загибъ взадъ, какъ способъ для устраненія выпаденія матки.

Леченіе. Вслѣдствіе различныхъ причинъ, которыхъ мы уже нѣсколько разъ коснулись выше, профилактическая терапія, которая такъ много могла бы сдѣлать въ данномъ случаѣ, очень рѣдко примѣнима въ практикѣ. Тѣмъ не менѣе мы считаемъ необходимымъ коснуться ея здѣсь, такъ-какъ она играетъ существенную роль. Если черезъ нѣсколько дней послѣ родовъ мы замѣчаемъ при плохой инволюціи не только матки, но и рукавныхъ стѣнокъ низкое стояніе ея въ тазу, если при этомъ вѣсъ ея значительно увеличенъ,—то нужно имѣть въ виду возможность развитія опущенія, противъ котораго нужно немедленно дѣйствовать. Одно изъ самыхъ важныхъ условій при этомъ—соблюденіе абсолютнаго покоя, для чего мы назначаемъ въ теченіи соответственнаго времени горизонтальное положеніе, причѣмъ больная должна строго избѣгать всякаго физическаго напряженія, главнымъ образомъ со стороны брюшнаго пресса, какъ то кашля, жиленья и пр. Вмѣстѣ съ этимъ мы содѣйствуемъ инволюціи всей половой сферы какъ внутренними, такъ и мѣстными средствами. Съ этою цѣлью мы назначаемъ res os спорынью, или эрготинъ; можно прибѣгать къ послѣднему средству въ видѣ подкожныхъ выпрыскиваній. Мѣстно же устраняемъ какъ можно скорѣе цервикальный эндометритъ, столь часто поддерживающій плохую инволюцію нижняго отрѣзка матки, и затѣмъ стараемся усилить тонусъ рукавныхъ стѣнокъ, преимущественно же сводовъ. Съ этою цѣлью мы назначаемъ прилежное употребленіе холодныхъ душь (3—4 раза въ день), къ которымъ прибавляются различныя вяжущія, каковы сѣрнокислыя соли мѣди и цинка, liq. sesquichlor. fer. и пр. При этомъ не можемъ достаточно предупредить отъ ранняго употребленія сильныхъ растворовъ танина,

такъ-какъ они дѣйствуютъ слишкомъ энергически на слизистую оболочку рукава, вслѣдствіе чего его приходится скоро бросать. Танинъ очень полезенъ въ болѣе поздній періодъ, когда на слизистой оболочкѣ начинаютъ снова формироваться складки. Если, по употребленіи вышеказанныхъ средствъ въ теченіи нѣкотораго времени, мы замѣчаемъ, что вялость рукавныхъ сводовъ остается *in statu quo*, то нужно усилить мѣстное дѣйствіе вяжущихъ, для чего мы прибѣгаемъ къ тампонадѣ. Съ этою цѣлью достаточной величины корпейные шары напичиваются растворомъ танина въ глицеринѣ (*ac. tan. ʒjʒ, Glycer ʒjv*) и вводятся попеременно то въ передній, то въ задній сводъ, гдѣ они оставляются на нѣсколько часовъ. При очень вялыхъ сводахъ мы съ успѣхомъ замѣняемъ танинъ полуторо-хлористымъ желѣзомъ. Вообще мы должны сказать, что въ свѣжихъ случаяхъ опущенія матки подобная тампонада иногда дѣйствуетъ въ высшей степени благопріятно и притомъ очень скоро. Я объясняю себѣ это благопріятное дѣйствіе тампонады въ этомъ случаѣ не только мѣстнымъ дѣйствіемъ ея на стѣнки рукава, но также и тѣмъ, что она стимулируетъ обратное развитіе матки и способствуетъ такимъ образомъ скорѣйшему уменьшенію ея въ объемѣ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ особенною вялостью рукавныхъ сводовъ и гдѣ вышеказанныхъ средствъ оказалось недостаточно для усиленія тонуса ихъ, мы съ большою пользою прибѣгали къ повторнымъ прижиганіямъ ихъ (*cauterisation transcurrente*) азотно кислымъ сербромъ *in substantia*. Съ этою цѣлью, помощію зеркала надлежащаго калибра, обнажаются попеременно то передній, то задній сводъ и ляписомъ проводится по нимъ нѣсколько туровъ, послѣ чего вводится на нѣсколько часовъ тампонъ, напичанный просто водою, или же глицериномъ. Подобныя прижиганія производятся, смотря по надобности, одинъ или два раза въ недѣлю.

Дѣйствуя вышеказаннымъ образомъ, мы, при достаточной настойчивости, можемъ нерѣдко вовсе устранить развивающуюся страданіе, или же, по крайней мѣрѣ, значительно замедлить его.

Если же мы имѣемъ дѣло съ развившимся уже выпаденіемъ матки, то терапия существенно должна имѣть въ виду выполненіе двухъ показаній: вправленіе выпавшаго органа и удержаніе его въ полости таза.

Вправленіе выпадающей матки обыкновенно не представляетъ никакихъ особенныхъ затрудненій. Съ этой цѣлью больной даютъ горизонтальное положеніе, съ приподнятымъ слегка крестцомъ и сильно разслабленными брюшными мышцами; затѣмъ, опорожнивъ мочевой пузырь, а въ случаѣ надобности, и прямую кишку, приступаютъ къ самому акту вправленія. Оно можетъ быть исполнено двоякимъ образомъ: или начинаютъ вправленіе со стѣнокъ рукава, или же прямо съ матки. Если дѣло идетъ о не очень застарѣломъ случаѣ, въ которомъ органъ не особенно увеличенъ въ объемѣ, то вправленіе на-

чинаютъ прямо съ матки. Съ этою цѣлью органъ обхватывается всею правою рукою такимъ образомъ, чтобы влагалищная часть его очутилась въ ладони, между тѣмъ, какъ растопыренные пальцы обхватываютъ наибольшій объемъ его. Расположивъ такимъ образомъ руку, начинаютъ какъ бы вталкивать матку въ тазовый выходъ и дальше, строго придерживаясь при этомъ проводной линіи таза, слѣд. направляютъ матку снизу и сзади вверхъ и впередъ. Если же дѣло идетъ о застарѣлыхъ случаяхъ выпаденія съ болѣе или менѣе значительнымъ увеличеніемъ матки въ объемъ, то вправливаніе начинаютъ предварительно съ выпавшихъ стѣнокъ рукава. Пролабированная опухоль захватывается спереди или сзади верхушками одного или двухъ пальцевъ и вправляется въ полость таза въ такомъ направленіи какъ упомянуто выше. Marion Sims совѣтуетъ при этомъ постоянно начинать вправливаніе съ задней стѣнки, причемъ передняя вправляется сама собою. По какому бы изъ вышеизложенныхъ способовъ ни вправляли матку, нужно всегда при этомъ имѣть въ виду то, чтобы она во время акта вправливанія не изогнулась взадъ, такъ-какъ она при этомъ упрется въ промоторій, причемъ вправливаніе будетъ недостаточно и, кромѣ того, больная при этомъ будетъ жаловаться на болѣе или менѣе значительныя боли. Еслибы имѣли дѣло съ выпадающею маткой, которая представляется ужъ предварительно изогнутою впередъ, то нужно ее выровнить прежде, чѣмъ вправить и, кромѣ того, введши ее назадъ въ полость таза, прямо помѣстить ее такимъ образомъ, чтобы она наклонилась дномъ впередъ, т. е. къ лонному соединенію.

Вправливаніе выпавшей матки, не представляющее въ обыкновенныхъ случаяхъ никакихъ затрудненій, можетъ иногда быть болѣе или менѣе затруднено или даже невыполнимо въ теченіи нѣкотораго времени. Вправленіе затруднено главнымъ образомъ тамъ, гдѣ размѣры матки увеличены въ такой степени, что они превосходятъ размѣры тазоваго выхода, а иногда и полости. Не смотря однако на это, нужно непремѣнно пытаться вправить выпавшій органъ и не останавливаться тотчасъ предъ возникающими при этомъ затрудненіями. Обхвативъ матку одной или обѣими руками, нѣсколько сжимаютъ ее и стараются вправить то, что выпало позже, слѣдов. верхнія части. Если бы этотъ актъ былъ нѣсколько болѣзненъ и больная при этомъ сильно напрягала брюшныя покровы, то должно сильнѣе приподнять крестцовую сторону, а еще лучше, прибѣгнуть къ наркозу. Если же все это не повело бы къ желаемому результату и мы убѣдились, что вправленіе абсолютно невозможно, съ одной стороны потому, что органъ увеличенъ въ объемъ, съ другой же стороны оттого, что онъ сильно гиперэмированъ и даже воспаленъ, то нужно на время прекратить форсированныя попытки къ вправленію и дѣйствовать такимъ образомъ, чтобы уменьшить размѣры матки и унять воспалительныя явленія. Съ этою цѣлью

мы назначаемъ абсолютный покой въ горизонтальномъ положеніи, къ выпавшему воспаленному органу прикладываются холодные компрессы и, въ случаѣ надобности, можно прибѣгнуть къ глубокимъ скарификаціямъ губъ маточнаго зѣва. Однимъ словомъ, мы дѣйствуемъ въ этомъ случаѣ совершенно такимъ образомъ, какъ если бы мы имѣли дѣло съ гипереміей или воспаленіемъ не выпадающей матки. Только достигнувши этой терапіей извѣстнаго результата, т. е. уменьшенія размѣровъ матки, снова приступаемъ къ попыткамъ вправить ее, которыя послѣ этого обыкновенно удаются какъ нельзя легче. Мы выше упомянули уже о томъ, что обыкновенный спутникъ болѣе или менѣе застарѣлыхъ выпаденій составляютъ различнаго рода изъязвленія на губахъ маточнаго зѣва. Какъ нужно поступать въ подобныхъ случаяхъ: вправлять ли матку, или нѣтъ? Прежніе гинекологи объ этомъ сильно спорили: одни совѣтовали вправлять, не стѣсняясь измѣненіями; другіе же, наоборотъ, совѣтовали оставлять матку наружу и вправлять ее только тогда когда будутъ устранены анатомико-патологическія измѣненія, представляемыя губами зѣва. Подобный совѣтъ не имѣетъ никакого рациональнаго основанія по двумъ причинамъ. Во первыхъ, какъ бы серьезны ни были упомянутыя измѣненія, самый актъ вправливанія они нисколько не затрудняютъ. Во вторыхъ же — и это существенное — измѣненія эти уступаютъ несравненно скорѣе надлежащей терапіи, когда матка приводится въ приблизительно нормальныя анатомическія отношенія, чѣмъ когда она торчитъ наружу. Кромѣ этого, что намъ мѣшаетъ употребить противъ язвъ и пр. тѣ или другія средства, когда органъ вправленъ? Въ силу всего этого мы считаемъ необходимымъ всегда прибѣгать къ вправливанію матки, если оно только возможно. Всякій имѣлъ не разъ возможность убѣдиться въ томъ, — какъ могущественно дѣйствуетъ вправленіе на уменьшеніе размѣровъ матки. На сколько же это обстоятельство важно по отношенію къ выполненію втораго показанія, т. е. удержанія матки въ тазу, понятно само собою.

Когда удалось вправить матку, больная должна нѣкоторое время соблюдать абсолютный покой и притомъ, какъ уже сказано, въ горизонтальномъ положеніи; при этомъ назначается соответственная терапія, имѣющая главной задачей способствовать уменьшенію матки въ объемѣ и устраненію измѣненій на вдагалищной части. Только послѣ того, какъ желаемый результатъ достигнутъ, приступаютъ къ фиксированію матки.

Для удержанія въ тазу выпадающей матки, начиная съ глубокой древности, прибѣгали къ такимъ механическимъ снарядамъ, которые, выполняя тазовую полость, служили опорой для матки. Хотя древніе, употребляя въ этихъ случаяхъ нѣчто въ родѣ нашихъ теперешнихъ тампоновъ, про-

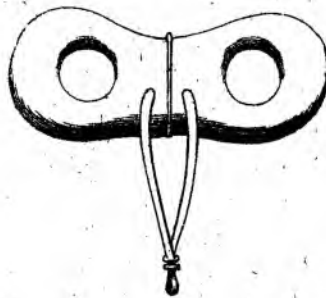
питывали ихъ различными лекарственными веществами *, рассчитывая болѣе на дѣйствіе этихъ послѣднихъ, тѣмъ не менѣе ихъ должно считать прототипами механическихъ снарядовъ, придуманныхъ въ послѣдующія времена. Снаряды эти (маточныя кольца—*pessi. pessaria, suppositoria uterina, balani; annuuli*) вошли въ общее употребленіе со времени А. Paré и число ихъ до такой степени увеличилось, что нѣтъ никакой возможности не только описать ихъ всѣ, но даже только переименовать ихъ. Не знаемъ—сколько ихъ существуетъ въ настоящее время; но число ихъ должно быть громадно, если принять въ соображеніе то, что двадцать пять лѣтъ тому назадъ Kilian въ своей монографіи упоминаетъ уже о пятидесяти (!) пессаріяхъ. Не имѣя поэтому никакой возможности войти здѣсь въ подробности, которые могли бы только обременить читателя, мы ограничимся тѣмъ, что приведемъ всѣ извѣстные до сихъ поръ пессаріи къ нѣсколькимъ категоріямъ, къ которымъ можно было бы приблизительно хотъ отнести тотъ или другой видъ пессарія.

Что касается формы пессаріевъ, то она въ высшей степени различна; но главнѣйшихъ четыре: круглая, овальная, много- и треугольная. Самая старинная—это круглая форма (кольца), которую можно было бы назвать французскою, такъ какъ ее выхваляли Maugiseau и большинство французскихъ гинекологовъ. Пессаріи овальной формы можно назвать англійскими, потому что ихъ особенно выхвалялъ Smellie. Какъ прототипъ треугольной формы можетъ служить грубый и аляповатый пессарій А. Paré. Не можетъ также не упомянуть о пессаріяхъ чисто цилиндрической формы (*pessaires à bondon* старинныхъ французскихъ гинекологовъ), каковы пессаріи Garengot, Hain'a, Laeffle'a, Bernard'a и изъ новѣйшихъ проф. Seyfert'a. Этотъ послѣдній представляетъ обыкновенный деревянный цилиндръ различной толщины, укрѣпляемый на Т—образной повязкѣ. Не смотря на всю первобытность этого снаряда, Seyfert отдавалъ ему преимущество предъ всѣми другими. Наконецъ, мы должны упомянуть еще о пессаріяхъ тарелкообразныхъ (*pessaires à cuvette*) и чашкообразныхъ, напоминающихъ извѣстную дѣтскую игрушку бильбоке и извѣстные во французской литературѣ подъ этимъ именемъ (*pes. à bilboquet*). Извѣстные прототипы этой формы пессаріевъ описаны Suret, Lheromъ, Récamier и Gerdy.

Относительно устройства (или механизма) пессаріи раздѣляются главнымъ образомъ на слѣдующія группы. а) Пессаріи не стельчатые, т. е. такіе, которые имѣютъ свою точку опоры въ

* Такъ, Гипократъ употреблялъ для этой цѣли какое то растеніе *kissos*, которое Dioscoridъ обозначаетъ именемъ *hedera*, приписывая ему вяжущія свойства. Цельсъ упоминаетъ о *plantago* или *folia salicis*, которая варилась въ уксусѣ. Азцій говоритъ о шарикахъ изъ шерсти, которые пропитывались крѣпкимъ виномъ. У Орибазы находимъ дѣленіе ругавныхъ вставниковъ на мягчительные, вяжущіе и разрѣшающіе. Подробности см. у Kiliana, Op. cit., p. 74.

самоу рукавѣ. Къ этой категоріи принадлежитъ большинство старинныхъ пессаріевъ, или т. н. маточныя кольца въ тѣсномъ смыслѣ. b) Пессаріи стебельчатые, т. е. снаряды, снабженные стержнемъ, имѣющіе точку опоры гдѣ либо на периферіи таза. По этому типу устроены пессаріи Sorel'a, Bauhin'a, Camper'a, очень сложный снарядъ Resamier (пессарій снабженъ множествомъ цѣпочекъ, обезпечивающихъ ему извѣстную подвижность), Gerdy и друг. Изъ новѣйшихъ подобныхъ пессаріевъ мы должны назвать снаряды Scanzoni, Rosera, Martin'a, Лазаревича и множество другихъ. Къ этой же категоріи, т. е. стебельчатыхъ пессаріевъ должно отнести цѣлый рядъ такъ называемыхъ гистерофоровъ, отличающихся отъ обыкновенныхъ стебельчатыхъ пессаріевъ, тѣмъ, что, будучи створчатыми или раздѣленными, они держатся въ тазу сами собою, безъ помощи обыкновенныхъ фиксирующихъ снарядовъ, т. е. тазовыхъ поясовъ. Створчатые пессаріи предложены были первоначально Petrusio, Gueneau de Mussy и M. Clinto's'омъ, но особенно извѣстностью они стали пользоваться съ начала 50-хъ годовъ, когда ихъ очень значительно упростилъ Zwanck. Первоначальный снарядъ Zwanck'a состоялъ изъ двухъ овальныхъ металлическихъ пластинокъ, продыравленныхъ въ срединѣ и соединенныхъ между собою помощію шарнира. Каждая изъ упомянутыхъ пластинокъ снабжена ножкою, изъ которыхъ одна нѣсколько длиннѣе другой и оканчивалась винтомъ. При введеніи этого пессарія створки сводились вмѣстѣ и, когда онъ былъ наложенъ какъ слѣдуетъ, онѣ (т. е. створки) раздвигались помощію винта. Идея этого пессарія въ высшей степени удачная, но въ первоначальной формѣ своей снарядъ Zwanck'a представлялъ очень важныя неудобства, изъ которыхъ главный состоялъ въ томъ, что если гайка въ рукавѣ почему либо развинчивалась, то ножки расходились и царапали рукавъ. Вслѣдствіе этого инструментъ этотъ былъ модифицированъ Schilling'омъ такимъ образомъ, что ножки нижними концами своими соединены посто-



Фиг. 39.

явно въ шарнирѣ, т. е. не могутъ расходиться. Въ этомъ видѣ пессарій этотъ до такой степени удовлетворяетъ своему назначенію, что, испытавъ цѣлый рядъ какъ старинныхъ такъ и новыхъ этого рода снарядовъ, мы окончательно остановились на пессаріѣ Schilling'a, такъ-какъ онъ, по нашему мнѣнію, болѣе другихъ удовлетворяетъ цѣли. Вслѣдствіе-то этого мы здѣсь и помѣщаемъ изображеніе его. Какъ видно изъ фиг. 37. не смотря на множество модификацій, предложенныхъ въ послѣдніе годы Soxeter'омъ, Breslau, Braun'омъ и друг., мы употребляемъ первоначальный шиллинговскій пессарій. Въ рисункѣ нашемъ онъ представленъ приготовленнымъ просто изъ дерева и ничѣмъ не покрытымъ. Въ продажѣ имѣются шиллинговскіе пессаріи, приготовленные изъ гартованнаго каучука (вѣнскіе) и которые въ большомъ ходу. Что касается способа наложенія этого пессарія, то объ этомъ сказано будетъ ниже.

Очень близко къ гистерофорамъ примыкаетъ снарядъ Kilian'a, описанный имъ подъ именемъ рукавнаго рычага—*elutgo schlion*. Это ничто иное, какъ крѣпкая пружина, имѣющая два расширенныхъ конца. Элитромохлионъ вводится въ рукавъ сложенный вдвое и помѣщается въ поперечномъ размѣрѣ таза, такъ что концы его упираются въ боковыя стѣнки таза. Изъ этого видно, что снарядъ Kilian'a *in situ* представляетъ полукольцо, концы котораго можно разматривать какъ двѣ створки.

Что касается матеріала, изъ котораго приготовляли и приготавливаютъ пессаріи, то онъ въ высшей степени разнообразенъ. Выше мы уже видѣли изъ чего состояли древніе пессаріи. Затѣмъ ихъ стали дѣлать изъ пробки (*Levril*), изъ дерева (*Stark*, *Bruninghausen*, *Zwank*), самыхъ различныхъ металловъ, какъ то: серебра (*Bauhin*, *Resanzie*), мѣди (*Wigand*) и изъ слоновой кости (*Sorel*, *Juvelle*, *Bruninghausen*), изъ китоваго уса (*Hunold*). Со времени же извѣстной французской бабки *Rondet* въ большомъ ходу каучуковые пессаріи. Изъ снарядовъ послѣдней категоріи, т. е. каучуковыхъ, мы въ особенности должны упомянуть о каучуковыхъ пессаріяхъ *Gargie*'я, представляющихъ ничто иное, какъ каучуковые шары овальной или круглой формы, надуваемые воздухомъ помощію соединяющейся съ ними каучуковой же трубки, замыкающейся краномъ.

Познакомившись вкратчѣ съ сущностью и устройствомъ различныхъ пессаріевъ, посмотримъ теперь—какъ они употребляются. Прежде однако, чтобы дать возможность читателю самому ориентироваться въ этой массѣ столь разнообразныхъ снарядовъ, рассмотримъ предварительно вопросъ—каково собственно назначеніе пессаріевъ и каковы условія, которыя отъ нихъ требуются для того, чтобы они удовлетворяли своему назначенію?

Начать съ того, что пессарій, какъ бы остроумно и рационально онъ ни былъ устроенъ, не болѣе какъ пособіе палатив-

ное. Онъ не излечиваетъ выпаденія матки, а только удерживаетъ ее въ возможно анатомическихъ отношеніяхъ. Если въ литературѣ приводится нѣсколько наблюденій, въ которыхъ будто бы тотъ или другой пессарій, по истеченіи извѣстнаго времени, радикально устранялъ выпаденіе, то подобные случаи принадлежатъ къ рѣдкимъ исключеніямъ и ничего не доказываютъ. * Какъ бы то ни было, на пессарій должно смотрѣть какъ на паліативную мѣру, играющую совершенно такую же роль, какъ грыжевой бандажъ и т. п. снаряды. Придерживаясь этого взгляда, само собою разумѣется, что при употребленіи пессаріевъ, какіе бы они ни были, нужно имѣть въ виду, чтобы приносимая ими польза, т. е. удерживаніе матки, не была достигаема цѣною тѣхъ или другихъ вредныхъ послѣдствій, могущихъ произтекать отъ ненадежно устроеннаго и наложеннаго снаряда. Какая польза для больной, если помощью того или другаго пессарія мы удерживаемъ выпадающую матку, но при этомъ у нея разовьются явленія болѣе или менѣе глубокаго раздраженія рукава, какъ-то: воспаленіе и даже продыравленіе стѣнокъ его? Очевидно, что, дѣйствуя такимъ образомъ, упомянутой больной наложеніе пессарія окажетъ очень плохую услугу. Что дѣйствительно нѣчто подобное этому наблюдается не очень рѣдко, — знаетъ всякій практическій гинекологъ. Въ виду всего этого необходимо помнить, что, вообще говоря, пессарій — зло, но зло необходимое, съ которымъ приходится мириться, причемъ однако нужно употребить всевозможныя старанія, чтобы ограничить это зло до послѣдней возможности. Чтобы достигнуть этого, мы разсмотримъ здѣсь условія, которыя требуются отъ пессарія вообще для того, чтобы болѣе или менѣе продолжительное употребленіе его было какъ можно менѣе сопряжено съ неблагопріятными послѣдствіями.

1) Пессарій не долженъ быть очень объемистъ, а непременно принаровленъ по размѣрамъ къ каждому данному случаю. Очень большой пессарій, правда, удержится лучше въ рукавѣ, но за то онъ очень скоро причиняетъ сильное раздраженіе и долженъ быть удаленъ.

2) По отношенію къ формѣ должно абсолютно предпочитать пессаріи овальные круглымъ, такъ-какъ первые производятъ гораздо меньшее давленіе на половыя части. Пессаріи угловатыя должны быть совершенно оставлены.

3) Пессарій долженъ поддерживать надлежащимъ образомъ матку, но вмѣстѣ съ этимъ онъ не долженъ абсолютно фиксировать ее въ одномъ какомъ нибудь положеніи.

4) Пессарій долженъ быть устроенъ такимъ образомъ, чтобы

* Объясняются подобные случаи испѣленія тѣмъ, что механическіе снаряды, пролежавъ въ рукавѣ извѣстное время, вслѣдствіе постояннаго и значительнаго раздраженія, вызываютъ частное воспаленіе брюшины (perimetritis), которое и могло фиксировать матку на извѣстной высотѣ въ тазу.

онъ не задерживалъ нормальныя или патологическія выдѣленія изъ половой сферы.

5) Наконецъ, пессарій долженъ быть устроенъ какъ можно проще, т. е. чтобы, въ случаѣ надобности, больная могла сама легко справиться съ нимъ. Очень многіе пессаріи, устроенные по очень остроумной идеѣ, потому только и не годятся, что ужъ черезчуръ сложны. Таковы напр. пессаріи, придуманные въ последнее время Grandcollot и друг.

Выше мы уже сказали, что по устройству своему пессаріи раздѣляются на двѣ главныя категоріи, а именно стебельчатые и нестебельчатые. До сихъ поръ много спорили о томъ, — какіе изъ нихъ выгоднѣе. Категорически отвѣтить на этотъ вопросъ весьма трудно, такъ-какъ тѣ и другіе имѣютъ свои выгодныя и невыгодныя стороны. Вотъ какъ характеризуетъ ихъ Kilian *. Выгоды стебельчатыхъ пессаріевъ заключаются въ слѣдующемъ: 1) они лучше удерживаютъ матку въ приблизительно нормальномъ положеніи, 2) они нерѣдко приносятъ пользу еще тамъ, гдѣ нестебельчатый пессарій вовсе непримѣнимъ, 3) объемъ ихъ бываетъ гораздо меньше, чѣмъ пессаріи нестебельчатые и 4) они очень легко накладываются и также легко удаляются. Главнѣйшая невыгода стебельчатыхъ пессаріевъ, по мнѣнію прежнихъ генекологовъ, состояла въ томъ, что ихъ приходится фиксировать особымъ снарядомъ. Упрекъ этотъ однако падаетъ совершенно съ тѣхъ поръ, какъ введены въ практику створчатые пессаріи, для фиксаціи которыхъ не требуется никакого особеннаго снаряда. Если уже толковать о невыгодахъ стебельчатыхъ пессаріевъ, то можно указать развѣ на то, что, будучи приготовлены, по необходимости, изъ твердаго матеріала, они хуже переносятся à la longue, чѣмъ нестебельчатые пессаріи, а также и на то, что coitus при нихъ невозможенъ. Но эти неважныя невыгоды далеко выкупаются вышеприведенными хорошими качествами ихъ. Существенныя выгоды нестебельчатыхъ пессаріевъ состоятъ въ томъ, что 1) они менѣе раздражаютъ рукавъ, 2) менѣе затрудняютъ движеніе большой и 3) по устройству своему, понятно, гораздо проще стебельчатыхъ. За то, съ другой стороны, они имѣютъ очень много важныхъ невыгодъ. 1) Для того, чтобы они хорошенько держались въ рукавѣ, величина ихъ должна быть довольно значительная, 2) ихъ приходится довольно часто мѣнять, т. е. брать пессаріи все большихъ размѣровъ и 3) такъ-какъ большыя ихъ рѣже вынимаютъ, чѣмъ стебельчатые пессаріи, то они легко инкрустируются и такимъ образомъ сильно раздражаютъ родовые пути.

Принимая въ соображеніе все вышесказанное, нельзя не придти къ заключенію, что стебельчатые пессаріи заслуживаютъ положительнаго преимущества предъ пессаріями нестебельчатыми. Вслѣдствіе то этого, какъ

* Op. cit., p. 81.

уже упомянуто выше, мы только приобретаемъ, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, къ пессарію Zwan'ka-Schilling'a. Способъ употребленія его слѣдующій. Давши больной надлежащее положеніе, т. е. горизонтальное съ приподнятымъ тазомъ, створки пессарія, смоченныя жирнымъ веществомъ, закрываются и его вводятъ въ прямомъ размѣрѣ выхода таза. Когда створки скрылись совершенно въ тазу, начинаютъ разводить ихъ помощію винта до тѣхъ поръ, пока онѣ не упрутся совершенно въ боковые стѣнки таза: пессарій, слѣдовательно, долженъ лечь въ поперечномъ размѣрѣ его. Потягивая затѣмъ за винтъ, мы убѣждаемся крѣпко ли держится пессарій. При окончательной фиксаціи этого послѣдняго, нужно стараться, чтобы рукоятка его была обращена нѣсколько впередъ, для того, чтобы онъ какъ можно менѣе мѣшалъ движеніямъ больной, когда она садится или встаетъ съ мѣста. Чтобы достигнуть этого, т. е. чтобы винтъ былъ обращенъ впередъ, нужно при введеніи пессарія обращать внутренній конецъ его нѣсколько взадъ, т. е. къ крестцовой впадинѣ. Наложивъ такимъ образомъ пессарій, заставляють больную дѣлать нѣкоторыя усилія, какъ напр. сильно кашлянуть нѣсколько разъ, а также походить нѣкоторое время, для того, чтобы убѣдиться, не смѣщается ли онъ и не производитъ ли слишкомъ сильнаго давленія на мягкія части. Въ случаѣ если бы что нибудь изъ этого было замѣчено, то нужно убѣдиться въ причинѣ его и стараться исправить положеніе пессарія. Мы не можемъ не замѣтить здѣсь, что одна изъ самыхъ существенныхъ выгодъ стебелъчатыхъ пессаріевъ вообще, а слѣдовательно и Zwan'k'овскаго, состоитъ въ томъ, что онъ фиксируется на боковыхъ стѣнкахъ таза, слѣд., не касается тѣхъ частей, прижатія которыхъ особенно должно опасаться, именно прямой кишки и мочевого пузыря. Поэтому-то, накладывая Zwan'k'овскій пессарій, должно всегда стараться, чтобы створки его легли въ поперечномъ размѣрѣ таза. Иногда однако случается, что, не смотря на надлежащіе размѣры его и очень тщательное накладываніе, больная жалуется если не на боль, то, по крайней мѣрѣ, на какое-то непріятное ощущеніе, какую-то неловкость. Убѣдившись тщательнымъ изслѣдованіемъ, что виною этого не самъ пессарій, мы измѣняемъ его первоначальное положеніе, т. е. накладываемъ его такимъ образомъ, чтобы створки его легли въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ. Мы, кромѣ того, не разъ имѣли возможность убѣдиться въ томъ, что при продолжительномъ ношеніи пессарія полезно измѣнить такимъ образомъ положеніе его, чтобы этимъ путемъ уменьшить слишкомъ продолжительное давленіе на однѣ и тѣ же части въ тазу.

Выбравъ для больной пессарій, подходящій по размѣрамъ, мы накладываемъ его вышесказаннымъ образомъ и даемъ ей походить съ нимъ недолго, напр. не болѣе трехъ, четырехъ дней; затѣмъ непременно должно тщательно изслѣдовать—не смѣщенъ ли пессарій, не жметъ ли онъ и т. д. Удаливъ пессарій, изслѣдуютъ больную. Если все въ порядкѣ, то нужно научить больную какъ

обходиться съ нимъ для того, чтобы она умѣла вводить и вынимать его. Цванковскій пессарій такъ простъ по своему устройству, что это не представляетъ никакого затрудненія.

Правила, которыми должно руководствоваться при продолжительномъ ношеніи пессарія, существенно состоятъ въ слѣдующемъ.

1. Если больная очень раздражительна и въ началѣ туго переноситъ введенный снарядъ, то она должна удалять его по ночамъ и накладывать его только, когда встаетъ съ постели.

2. Она должна заботиться о величайшей чистоплотности; для чего нужно непремѣнно хоть два раза въ день, не вынимая пессарія, дѣлать рукавные души изъ тепловатой воды. Кромѣ того при удаленіи пессарія онъ долженъ быть каждый разъ тщательно вычищаемъ.

3. Если бы въ первое время послѣ того, какъ надѣтъ пессарій, раздраженіе половой сферы было значительно, т. е. чрезмѣрно усилилось бы выдѣленіе изъ родовыхъ путей, то лучше всего вообще оставить пессарій на нѣкоторое время, пока усиленное выдѣленіе не будетъ устранено совсѣмъ, или, по крайней мѣрѣ, не уменьшено въ значительной степени.

4. Привыкнуши къ пессарию, т. е. если больная стала переносить его какъ слѣдуетъ, она должна все таки удалять его въ извѣстные сроки для того, чтобы хорошенько вычищать его. Въ началѣ его нужно вынимать рѣже, а потомъ почаще, напр. каждые 3 — дня. Во время мѣсячныхъ его должно оставлять *in loco* и удалять лишь тогда, если мы имѣемъ дѣло съ обильными мѣсячными и если при этомъ больная жалуется на боли.

5. Что касается того — какъ должна поступать больная, одержимая выпаденіемъ матки, если она забеременитъ, то при этомъ нужно имѣть въ виду двоякаго рода обстоятельства. Если беременная, страдающая проляпсомъ, до беременности не носила еще никогда пессарія, то отнюдь его не должно накладывать; подобной больной нужно предписать строгое соблюденіе покоя въ постели до тѣхъ поръ, пока разрастающаяся матка не подыметъ вверхъ, какъ это обыкновенно бываетъ въ подобныхъ случаяхъ. Если же почему либо больная не могла этого исполнить, то къ пессарию должно прибѣгнуть только въ крайнемъ случаѣ и при томъ къ такому, который какъ можно менѣе раздражалъ бы половую сферу. Здѣсь, слѣд., нельзя употребить въ дѣло Цванковскій или другой подобный снарядъ, а нужно ограничиться мягкимъ маеровскимъ кольцомъ, съ которымъ мы познакомились, говоря о наклоненіяхъ матки. Если же больная забеременѣла въ то время, когда она болѣе или менѣе долгое время уже носила пессарій, то нужно его оставить до тѣхъ поръ, пока матка, вслѣдствіе физиологическаго развитія своего, не угрожаетъ болѣе выпаденіемъ.

Въ заключеніе того, что сказано о чаще всего употребляемомъ нами Цванковскомъ пессаріѣ, мы должны упомянуть о

томъ, что, не смотря на всё его достоинства, бываютъ однако случаи, гдѣ онъ непримѣнимъ. Это бываетъ именно тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ выпаденіемъ матки у очень раздражительныхъ субъектовъ, или же гдѣ рукавъ до такой степени выпадаетъ и матка такъ значительно увеличена, что Цванковскій пессарій не въ состояніи удержать ее. Въ подобныхъ случаяхъ, убѣдившись въ непримѣности его, мы всегда прибѣгаемъ къ воздушнымъ пессаріямъ Gariel'я, которые при этихъ условіяхъ представляютъ громадную выгоду въ томъ отношеніи, что можно брать ихъ очень значительныхъ размѣровъ, причемъ не слишкомъ усиливается раздраженіе со стороны половой сферы.

Мы уже упомянули выше о томъ, что какъ бы хорошо ни былъ устроенъ тотъ или другой пессарій, все таки это не болѣе какъ палліативное средство, которое до известной степени облегчаетъ страданія больной, но не устраняетъ ихъ. Вслѣдствіе то этого нѣкоторые гинекологи, особенно старинные, какъ напр. Oslander и Mende, утверждали, что пессарии должны быть вовсе изгнаны изъ практики и что при проляпсѣ должно искать помощи только въ хирургической, т. е. кровавой терапіи. Въ самомъ дѣлѣ, начиная съ этого времени, именно съ начала настоящаго столѣтія, хирурги и гинекологи начали дѣлать попытки къ радикальному леченію выпаденія какъ стѣнокъ рукава, такъ и матки.

Прежде, чѣмъ перейдемъ къ разсмотрѣнію хирургическихъ способовъ леченія выпаденія рукавныхъ стѣнокъ и матки, нужно установить твердое положеніе относительно показаній къ такому леченію. До сихъ поръ на этотъ счетъ существуютъ очень разногласящія мнѣнія между гинекологами. Намъ кажется, что вопросъ рѣшается просто въ томъ смыслѣ, что при разсматриваемой патологической формѣ къ кровавому леченію должно прибѣгать всегда тамъ, гдѣ обыкновеннаго способа, т. е. ортопедическаго, оказывается недостаточно для того, чтобы облегчить страданія больной. Если при этомъ вспомнимъ—какой степени достигаютъ иногда эти страданія *sub prolapsu uteri*, то поймемъ, что при подобныхъ условіяхъ хирургическое леченіе будетъ ничто иное, какъ *ultima ratio*. Въ настоящее время, при столь успѣшныхъ исходахъ хирургическаго леченія, показанія къ нему будутъ постепенно болѣе расширены. Къ сожалѣнію, мы часто встрѣчаемъ въ этомъ случаѣ сопротивленіе со стороны больныхъ, которыхъ пугаетъ слово «операція» и мирящихся поэтому со всѣми неприятностями, съ которыми сопряжено продолжительное носеніе пессаріевъ. Показаніе къ хирургическому леченію подкрѣпляется еще тѣмъ, если существуютъ при этомъ известнаго рода условія, предвѣщающія до нѣкоторой степени успѣхъ операціи. По Hegar'y и Kaltewach'y * сюда должно отнести хорошее общее состояніе больной, отсутствіе какихъ либо серьезныхъ осложненій со сторо-

* Die Operative Gynaecol., p. 380.

ны выпадающаго органа и, наконецъ, не очень престарѣлый возрастъ. Что касается исходовъ хирургическаго леченія выпаденія матки, производимаго по нижеприведенному способу, то ихъ вообще должно назвать въ высшей степени благоприятными: Негар и Kaltensbach на 160 оперированныхъ ими больныхъ потеряли только двухъ. Вообще говоря, предсказаніе тѣмъ благоприятнѣе, чѣмъ менѣе давно существуетъ prolapsus, такъ-какъ при этомъ требуется не столь обширное и глубокое окровавливаніе. Что касается момента, въ который должно приступать къ операціи, то лучше всего производить ее въ теченіи первыхъ двухъ недѣль послѣ послѣднихъ мѣсячныхъ. Если бы желали оперировать послѣ родовъ, то необходимо выждать, по крайней мѣрѣ, шесть недѣль, чтобы такимъ образомъ дать время совершиться надлежащимъ образомъ обратному развитію половой сферы.

Что касается оперативныхъ методовъ, предложенныхъ съ самаго начала до настоящаго времени противъ рассматриваемаго болѣзненнаго состоянія, то ихъ существуетъ довольно значительное число. Ихъ можно однако подвести подъ 3 категоріи: одни изъ нихъ имѣютъ въ виду главнымъ образомъ суженіе вульварнаго кольца, другія — суженіе просвѣта рукава и третьи, наконецъ, нападаютъ на самый выпадающій органъ.

1. Операціи на вульварномъ кольцѣ. Въ 1831 г. Менде * дѣлалъ опыты на трупѣ и увѣрялъ, что, суживая или закрывая даже отчасти родовую щель, можно устранить какое угодно выпаденіе матки. При этомъ онъ предложилъ двоякаго рода операцію: окровавливаніе и сшиваніе остатковъ гимема — hymenopogarithm и окровавливаніе и сшиваніе боковыхъ стѣнокъ входа рукава, colpogarithm. Менде самъ ни одной изъ этихъ операцій не выполнилъ на живой; но тѣмъ не менѣе идею его заимствовалъ извѣстный гамбургскій хирургъ Fricke **, предложившій свой способъ, извѣстный подъ именемъ эпизиорафіи. Fricke предложилъ широко окровавливать большія дѣтородныя губы, начиная съ уздечки, и затѣмъ сшивать, оставляя свободное отверстіе сверху для стока жидкостей. Способъ Fricke вызвалъ первоначально большой энтузіазмъ между хирургами и гинекологами и о немъ очень благоприятно отзывались Dieffenbach, Knorre, Locher, Osius и другіе. Не смотря однако на это, методъ этотъ въ настоящее время совершенно оставленъ, такъ-какъ при помощи его далеко не достигаются ожидаемые отъ него результаты. Дѣло въ томъ, что послѣ эпизиорафіи матка въ началѣ, правда, не выпадаетъ, но это продолжается обыкновенно не долго. Такъ-какъ послѣ эпизиорафіи матка остается пониженной, (т. е. опущенною), то она всею тяжестью своею давитъ на мостикъ, состоящій изъ соединенныхъ большихъ губъ и нажи-

* Geschlechtskrankh. des Weibes. Göttingen, 1834, Th. II, p. 51.

** Annal. der chirurg. Abtheil. des allgem. Krankenh. in Hamburg, 1833, Bd. II, p. 142.

маеть на нихъ до тѣхъ поръ, пока этотъ мостикъ начинаетъ сильно выпячиваться наружу. При этомъ происходитъ нѣчто подобное тому, что наблюдается при прорѣзываніи подлежащей части младенца чрезъ вульварное кольцо, причемъ промежность бомбируется до послѣдней возможности. Вслѣдствіе этого мы можемъ имѣть здѣсь дѣло съ двоякаго рода обстоятельствомъ: или сшитыя большія губы, вслѣдствіе постояннаго давленія на нихъ со стороны матки, раздаются (первый случай Frické), или же, если это не произойдетъ, то матка мало по малу проложитъ себѣ дорогу наружу чрезъ оставленное открытымъ верхнее отверстіе вульварнаго кольца. Если къ этимъ невыгодамъ, сопряженнымъ съ эпизиографіей, прибавимъ, что на нее можно рѣшиться только у субъектовъ, у которыхъ прекратилась уже половая дѣятельность, то поймемъ тѣ мотивы, по которымъ въ настоящее время никто болѣе не рѣшится на производство этой операціи. Какъ о курьезѣ не можемъ не упомянуть о томъ, что Domes * модифицировалъ эпизиографію такимъ образомъ, что прокалывалъ большія губы въ нѣсколькихъ мѣстахъ троакаромъ и черезъ сдѣланныя такимъ образомъ отверстія проводилъ серебряныя и золотыя проволоки, которыя затѣмъ стягивалъ въ видѣ сережекъ. Это, слѣд., ничто иное, какъ та же infibulatio, производившаяся у древнихъ римлянъ съ совершенно другою цѣлюю...

2. Операціи, производящіяся на рукавѣ и имѣющія въ виду, чтобы искусственнымъ образомъ произведенное суженіе его удерживало выпаденіе матки, очень многочисленны и разнообразны. Вѣроятно ** Marshall Hall былъ первый, который оперировалъ такимъ образомъ. По этому способу, который Gérardin назвалъ элитрорафіей, съ обѣихъ сторонъ рукава (изъ боковыхъ стѣнокъ) вырѣзываютъ складки различной величины и затѣмъ сшиваютъ ихъ. Очевидно, что при этомъ главнымъ образомъ расчитывается на суженіе просвѣта рукава; но это происходитъ лишь тогда въ скольконибудь значительной степени, если слѣдующая за операціей реакція достигаетъ извѣстной силы. Velreau *** предлагалъ вырѣзывать лоскутки не только изъ боковыхъ стѣнокъ, но также и изъ передней стѣнки рукава. Jobert **** (de Lamballe) модифицировалъ первоначальный способъ M. Hall'я въ томъ отношеніи, что онъ не вырѣзывалъ складки рукава, а разрушалъ ихъ повторнымъ прижиганіемъ азотно кислымъ серебромъ и края произшедшихъ вслѣдствіе этого язвенныхъ поверхностей сшивалъ обыкновеннымъ образомъ.

Bellini † и Blasius †† предложили суживать просвѣтъ

* У Kiliana, op. cit., p. 100.

** Мы сказали «вѣроятно» потому, что Gérardin (см. Gaz. méd., 1835, № 13) оспаривалъ въ свою пользу первенство у M. Hall'я.

*** Journ. hebdomat., 1835, № 35.

**** Gaz. médic., 1838, № 5.

† } У Kil., p. 101.
†† }

рукава другимъ путемъ. Они продѣвали, начиная близко отъ свода, чрезъ стѣнки рукава крѣпкія нитки и, постепенно стягивая ихъ, достигали такимъ образомъ сѣуженія просвѣта его. Способъ этотъ извѣстенъ въ гинекологіи подъ именемъ *colporosyndesmographia* и, сколько мнѣ извѣстно, не нашелъ ни одного послѣдователя.

Сѣуженіе просвѣта рукава старались достигнуть также употребленіемъ каустическихъ средствъ, какъ-то: *nit. arg.*, *ac. nit. fumant.* (Philipps) и каленаго желѣза (Laugier, Kennedy, Dieffenbach).

Не смотря на то, что вышеупомянутые способы были предлагаемы и выхваляемы столь значительными авторитетами, они не могли удержаться въ наукѣ, такъ-какъ достигаемое этимъ путемъ сѣуженіе рукава не настолько достаточно, чтобы оно могло служить серьезнымъ препятствіемъ къ выпаденію матки. Все, чего можно достигнуть этимъ путемъ, это устраненіе выпаденія стѣнокъ рукава.

Въ послѣдніе годы Sims предложилъ свой методъ противъ выпаденія матки, состоящій существенно въ томъ, что вырѣзываютъ изъ слизистой оболочки передней стѣнки рукава обширный треугольникъ, обращенный верхушкою ко входу рукава, а основаніемъ къ своду; края полученной такимъ образомъ раны сшиваются затѣмъ металлическими лигатурами. Операція эта названа *colporaphia anterior*. Такъ-какъ, по сшиваніи этой раны, у основанія треугольника получается нѣчто въ родѣ открытаго кармашка, то влагалищная часть матки можетъ заходить въ него и такимъ образомъ действовать неблагоприятно на шовъ. Въ виду этого *Esmet* обшиваетъ и это мѣсто раны. *Colporaphia anterior* очень сильно сѣуживаетъ рукавъ, это не подлежитъ никакому сомнѣнію; но, съ другой стороны, этого не всегда бываетъ достаточно для того, чтобы удержать выпадающую матку. Нерѣдко и послѣ этого приходится прибѣгнуть еще къ пессарию. Не смотря однако на это, переднюю кольпорафію должно считать очень важнымъ обогащеніемъ гинекологической терапіи, такъ-какъ она дѣлаетъ возможнымъ удержаніе матки въ тазу въ такихъ случаяхъ, гдѣ безъ этой операціи всевозможные пессарии не принесли никакой пользы, такъ-какъ ихъ вовсе нельзя было употребить въ дѣло. Кромѣ того, *Colporaphia anter.* совершенно умѣстна въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣютъ по преимуществу дѣло съ *cystocele*.

Способъ, предложенный В. Brown'омъ, состоитъ въ томъ, что онъ искусственно удлиняетъ промежность. Для этой цѣли онъ поступаетъ, какъ при операціяхъ разрывовъ этой послѣдней, только съ тою разницею, что онъ окровавливаетъ и входъ въ рукавъ и происходящую такимъ образомъ рану сшиваетъ обыкновеннымъ образомъ. Тѣ, которые оперировали по этому способу, отзываются объ немъ весьма неудовлетворительно.

Во многихъ случаяхъ кольпорафія дѣлается на передней стѣнкѣ рукава, такъ-какъ выпаденіе матки осложняется чаще всего

выпаденіемъ передней стѣнки. Тѣмъ не менѣе однако могутъ предстать такіе случаи, гдѣ пролябирована только одна или, по крайней мѣрѣ болѣе, задняя стѣнка. Здѣсь приложимъ по преимуществу способъ Simon'a, т.е. colporaphia posterior. Simon начинаетъ окровавливаніе также съ промежности и продолжаетъ его довольно высоко въ рукавъ. Вверху разрѣзы съ обѣихъ сторонъ оканчиваются подъ тупыми углами, такъ что вся окровавленная поверхность представляетъ пятиугольникъ. При этомъ способѣ, представляющемъ, какъ видно, дальнѣйшее развитіе способа В. Brown'a, служитъ не только одинъ просвѣтъ рукава (на счетъ уменьшенія задней стѣнки), но восстанавливается также до извѣстной степени крѣпкое основаніе мягкихъ частей таза, что все вмѣстѣ должно энергически противодействовать выпаденію матки.

Способъ Hegar'a, названный имъ *reginae coeclisis*, очень мало различается отъ только что описаннаго способа Simon'a. Разница развѣ въ томъ, что Hegar окровавленному пространству придаетъ видъ треугольника, основаніе котораго имѣетъ форму дуги, и накладываетъ болѣе глубокіе швы.

Colporaphia anter. производится слѣдующимъ образомъ. Больной даетъ положеніе на спинѣ съ приподнятымъ тазомъ. Къ хлороформу обыкновенно не прибѣгаютъ, такъ-какъ операція очень мало болѣзненна. Пузырь и кишки предварительно опорожнены. Передняя стѣнка рукава помощью тоненькаго крючка или пудевыхъ щипцовъ вытаскивается наружу и затѣмъ снизу (т. е. съ маточнаго зѣва) скальпелемъ обрѣзается та часть стѣнки, которую намѣрены удалить. Обыкновенно удаляемый лоскутъ имѣетъ въ длину отъ 8—9, а въ ширину 6—7 центим. Нужно имѣть въ виду, чтобы вверхъ окровавливаніе доходило на 2 см. до наружнаго мочеиспускательнаго отверстія. Выглядивъ затѣмъ окровавленное мѣсто, края раны сшиваются попеременно глубокими и болѣе поверхностными швами. Что касается послѣдовательнаго леченія, то оно существенно сводится къ опоражниванію пузыря и соблюденію величайшей чистоплотности. Швы снимаются довольно поздно, именно между 2—3 недѣлями, оперированная же и послѣ этого должна остаться еще недѣли двѣ въ постели.

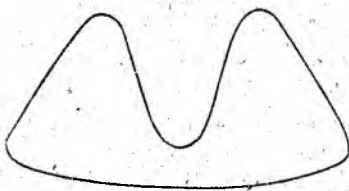
Что касается *reginae coeclisis* по Hegar'u и Kaltenbach'u, то ужъ мы упомянули выше, въ чемъ состоитъ сущность этого способа. Разница отъ способа Simon'a состоитъ существенно въ большей поверхности окровавливанія и въ формѣ его. Авторы эти, начиная на 2—3 см. отъ влагалищной части вырѣзываютъ изъ задней стѣнки лоскутъ треугольной формы, основаніе котораго имѣетъ видъ дуги, захватывающей заднюю спайку (*commisura post.*) Швы, лежащіе на промежности Н. и К. удаляютъ между 3—5 днемъ, а швы рукавные—между 14—21 днемъ. Рукавные души съ прибавленіемъ хлорной воды они назначаютъ лишь въ такомъ случаѣ, или выдѣленіе зловонное. На 3—4-й день послѣ операціи назначается слабительное.

Bischoff предложилъ свой способъ, которому нѣкоторые нѣмецкіе гинекологи (Rokitansky, Winckel и др.) отдають преимущество предъ другими способами потому, что онъ даетъ очень благоприятные результаты. Способъ этотъ (перинеопластика) несравненно сложнее описанныхъ нами выше, такъ-какъ изъ задней стѣнки рукава и промежности вырѣзываются два лоскута, которые, будучи соединены вмѣстѣ, представляютъ слѣдующую фигуру.

Lefort* предложилъ свой способъ, состоящій въ томъ, что изъ перед-

* *Annales de Gynécologie*, 1877, T. VII, p. 299. — См. также *Progrès medic.*, 1879, 13 Dec.

пей и задней стѣнокъ рукава вырѣзывается по доскутѣ длиною въ 6 сантим., затѣмъ на окровавленную поверхность накладываются съ каждой стороны по 5, а снизу и сверху по 1 лигатурѣ, всего слѣд. 12 швовъ. Кромѣ самого Lefort'a, удачно оперировалъ по этому способу Ronsard, Panas и Enstochs, который нѣсколько видоизмѣнилъ его, Проф. Нейгебауеръ * въ Варшавѣ, подѣ именемъ colporaphia mediana описываетъ свой способъ, очень сильно напоминающій процедуру Lefort'a. Нельзя не замѣтить,



Фиг. 40.

что способъ этотъ очень простъ въ техническомъ отношеніи и получающійся такимъ образомъ барьеръ долженъ представлять крѣпкую опору для выпадающей матки. Во всякомъ случаѣ, способъ этотъ вполнѣ заслуживаетъ того, чтобы обратить на него серьезное вниманіе.

Въ заключеніе не можемъ не упомянуть о способѣ Muller'a (въ Бернѣ). Въ трехъ случаяхъ, въ которыхъ дѣло шло о выпаденіи матки (осложненномъ впрочемъ фибромами ея), онъ сдѣлалъ лиотомію, вытаскивалъ матку въ разрѣзъ, произвелъ ампутацію (сушрацервикальную) и культю вшилъ въ брюшной разрѣзъ. Всѣ три субъекта выздоровѣли!! Едва ли найдется какой нибудь гинекологъ, который бы въ этомъ случаѣ послѣдовалъ совѣту Muller'a.

Третій способъ хирургическаго леченія выпаденія матки состоитъ въ уменьшеніи ея, т. е. ампутаціи маточной шейки. Но такъ какъ мы коснулись подробно этого вопроса въ другомъ мѣстѣ, то и отсылаемъ туда читателя.

Могутъ представиться весьма рѣдкіе, исключительные случаи, въ которыхъ выпадающій органъ или вовсе не вправляется, или же вправленіе его даже вовсе не желательно, такъ-какъ онъ пораженъ или обширнымъ смертвѣніемъ, или же какимъ либо новообразованиемъ злокачественнаго свойства. Что остается дѣлать при такихъ условіяхъ? Очевидно, что здѣсь ничего болѣе не остается, какъ рискнуть послѣднимъ средствомъ для спасенія больной, именно вырѣзываніемъ всей матки. Если уже допускать подобную операцію, то едва ли она гдѣ нибудь болѣе показана, чѣмъ въ данномъ случаѣ. Въ новѣйшей гинекологической литературѣ существуютъ два случая, гдѣ ампутація всей матки была исполнена Chorrin'омъ ** и Langenbeck'омъ *** именно при подобныхъ условіяхъ. Третій описанъ недавно Kaltenbach'омъ ****

* Centralbl. f. Gynaecol., 1881, № 1.

** Americ. Journ. of medic. 1867, p. 567.

*** Memorablien, 1868, 16 Juli.

**** Centralbl. f. Gynaecol. № II.

b. ЧРЕЗМѢРНО ВЫСОКОЕ СТОЯНІЕ МАТКИ.

(Elevatio uteri).

Библиогр.: Colombat de JJsère, Traité des maladies des femmes. Paris, 1838, T. I. p. 339. — Busch. Geschlechtsleben des Weibes, Bd. III. p. 472. — Meissner, Frauenzimmerkrankheiten. Leipzig, 1842, T. I, p. 648. — Kiwisch, klinische Vortr. über specielle Pathologie u. Therapie der Krankheiten des weiblich. Geschl. Prag, 1854, 4-te Aufl., T. I, p. 210. — Rokitsansky, pathologische Anatomie. Wien, 1861, Bd. III. — Bernutz et Goupil, Clinique médicale sur les maladies des femmes. Paris, 1862, T. II, p. 614. — Freund, Die Lageentwicklung der Beckenorgane. Breslau, 1864.

Чрезмѣрно высокое стояніе матки въ громадномъ большинствѣ случаевъ не самостоятельное страданіе матки, а послѣдствіе патологическихъ состояній, развивающихся въ ней самой, или же въ придаточныхъ частяхъ ея, или, наконецъ, въ рукавѣ. Goupil увѣряетъ, что ему удавалось наблюдать самостоятельное (идиопатическое) высокое стояніе матки, которое онъ принимаетъ за порокъ первоначальнаго развитія, обуславливаемый въ свою очередь недоразвитіемъ (короткостью) маточно-поясничныхъ связокъ. Если же Goupil увѣряетъ, что elevatio uteri встрѣчается иногда у женщинъ очень высокаго роста, то съ этимъ едва ли согласится хоть одинъ клиницистъ. Старинные гинекологи, а именно Busch, Moser и отчасти только Meissner увѣряли, что elevatio uteri наблюдается иногда какъ самостоятельное явленіе у истерическихъ субъектовъ, жалующихся при этомъ на ощущение приподыманія чего-то въ животѣ. Это что-то, по ихъ мнѣнію, и есть матка. Объясняли они механизмъ приподыманія матки въ этомъ случаѣ судорожнымъ сокращеніемъ широкихъ связокъ. На это совершенно справедливо замѣчаетъ Kiwisch, что ощущение приподыманія чего-то въ животѣ наблюдается у истерическихъ больныхъ при всевозможныхъ смѣщеніяхъ матки. Что же касается приподыманія этой послѣдней вслѣдствіе сокращенія сказанныхъ частей связочнаго аппарата, то при этомъ, вслѣдствіе извѣстныхъ анатомическихъ особенностей, матка должна скорѣе опускаться внизъ, чѣмъ приподыматься вверхъ. Какъ бы то ни было, высокое стояніе матки имѣетъ клиническое значеніе только потому, что оно является, какъ мы уже сказали, результатомъ дѣлаго ряда патологическихъ состояній. Все, что увеличиваетъ объемъ матки въ области тѣла и дна и притомъ извѣстнымъ манеромъ, т. е. органъ принимаетъ шаровидную форму, все это будетъ приподымать матку вверхъ. Сюда будутъ относиться особенно накопленія жидкостей въ полости матки — haemato—et hydrometra. Затѣмъ такимъ же образомъ будутъ дѣйствовать накопленія въ сводахъ, главнымъ образомъ въ заднемъ, воспалительныхъ продуктовъ или же экстравазатовъ: периметритъ, заматочная кровяная опухоль, внѣматочная беременность. Такую же роль будутъ играть различныя новообразованія какъ самой матки (особенно міомы), такъ и при-

даточныхъ частей ея. Изъ послѣднихъ мы должны особенно упомянуть о кистахъ яичниковъ и широкихъ связокъ. Кромѣ того, со стороны рукава матка можетъ быть приподнята, если въ немъ накопится извѣстное количество жидкости, не имѣющей стока наружу: haemato—et, ruocolpos. Наконецъ, какъ о самой частой причинѣ *elevat. uteri* мы должны упомянуть о периметритическихъ перемычкахъ, производящихъ сращенія матки съ сосѣдними частями и фиксирующихъ ее нерѣдко на значительной высотѣ.

Чрезмѣрно высокое стояніе матки, чѣмъ бы оно ни обуславливалось, даетъ такія характерныя объективныя измѣненія со стороны половой сферы, что распознаваніе его не представляетъ ни малѣйшаго затрудненія. Рукавъ при этомъ не только увеличенъ въ длинникѣ, но и складки его представляются болѣе или менѣе сглаженными; что же касается сводовъ, то они представляются плоскими, мелкими. Самое же характерное явленіе наблюдается со стороны влагалищной части: чѣмъ выше стоитъ матка, тѣмъ болѣе она укорачивается и при высшихъ степеняхъ *elevat. uteri* вмѣсто нея ощущается въ сводѣ маленькое, втянутое внутрь отверстіе — маточный зѣвъ. Въ клиническомъ отношеніи важно не прямое распознаваніе высокаго стоянія матки, а констатированіе одной изъ тѣхъ причинъ, которыя приведены выше и которыя обуславливають въ данномъ случаѣ рассматриваемое болѣзненное положеніе матки.

О прямомъ, непосредственномъ леченіи высокаго стоянія матки, понятно, не можетъ быть и рѣчи. Да впрочемъ, если бы *elevatio uteri* и причиняла извѣстныя болѣзненныя ощущенія, то они отступаютъ на задній планъ въ виду тѣхъ припадковъ, которые обуславливаются вызывающими ее патологическими состояніями. Если напр. данная больная, у которой мы констатировали чрезмѣрно высокое стояніе матки, обуславливаемое міомами, жалуются на ощущеніе потягиванія и боли въ нижней части живота, то терапія въ этомъ случаѣ безсильна, такъ-какъ ничего нельзя собственно дѣлать противъ этого припадка, если не напасть прямо на міомы. Тоже самое должно сказать относительно этого припадка, если онъ обуславливается кистой яичника, *haematocolpos* и пр.

с) ВЫВОРОТЪ МАТКИ.

(*Inversio uteri*) *.

Ист. библиогр. зам. Первый намекъ на рассматриваемое патологическое состояніе находимъ у Арэтея Кападокійскаго (138 г. по Р. Х.), такъ-какъ онъ упоминаетъ о томъ, что при насильственномъ удаленіи

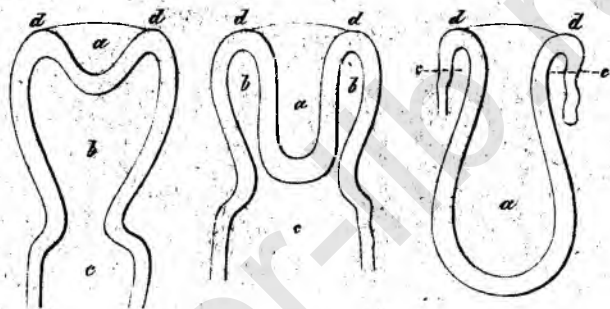
* Выворотъ матки былъ называемъ многими авторами весьма различно: такъ, *Duges* обозначалъ его именемъ *introversio*, *Guillemeau* — *retournement*, *Sauvages* — *hysteroptosis, invaginatio, ingressus* и пр. Въ наукѣ однако удержалось только названіе *inversio*, такъ-какъ оно совершенно ясно передаетъ сущность рассматриваемаго патологическаго состоянія.

послѣдъ наружу показывается оболочка матки. Очевидно, что онъ имѣлъ здѣсь въ виду fundus uteri. Болѣе ясны намеки на выворотъ матки находимъ у Клавд. Галена, говорящаго объ инверсии, какъ результатъ чрезмѣрно сильной попужной дѣятельности sub partu. Затѣмъ объ инверсии матки упоминаютъ весьма смутно Азцій, Пав. Эгинскій и нѣкоторые арабскіе врачи (Серационъ, Разесъ). Изъ старинныхъ хирурговъ первый заговорилъ объ inv. uteri, A. Pate, упоминающій о томъ, что matka при этомъ выворачивается какъ мѣшокъ. Первый очень ясно описанный случай выворота матки, и притомъ удачно устраненный терапевтическимъ путемъ, принадлежитъ Solingen'у (1673). Реу (1694) ужъ очень хорошо зналъ это патологическое состояніе и прекрасно изложилъ отличія выворота отъ выпаденія матки. Послѣ этого объ inversio uteri заговорили ужъ почти всѣ хирурги, занимавшіеся гинекологіей, какъ-то: Mauriceau, Levret, Puzos и др. Много содѣйствовала знакомству врачей съ inv. uteri диссертация объ этомъ предметѣ Dailliez, одного изъ учениковъ Baudeloque'a. — H. v. Sander, observations de prolapsu uteri inversi ab excrescentia carnosae. Regiomont., 1722. — F. B. Wachter, De prolapsu et inversione uteri ejusque vaginalae relaxatione. Halae, 1745. — Armbruster, D. sistens felicem uteri post partum inversi repositionem. Argentor., 1776. — J. F. Weissenborn, Von der Umkehrung der Gebärmutter. Durch zwei Fälle erläutert. Erfurt, 1788. — Cortambret, Essai sur le déplacement de l'uterus et de ses dépendances. Paris, 1803, T. I, p. 300. — A. J. Dailliez, Précis des leçons de M. Baudeloque sur le renversement de la matrice, Paris, 1803. — C. J. Fries, Abhandlung von der Umkehrung oder eigentlichen Inversion der Gebärmutter. Münster, 1804. — W. Newnham, An essay on the symptoms, causes and treatment of inversio uteri. Lond., 1818. — Meissner, Die Umstülpung der Gebärmutter und der Mutterbruch въ ero Dislocationen der Gebärmutter und der Mutterscheide, Leipzig, 1822, Th. 3; также ero Frauenzimmerkr., Bd. I, p. 732. — Depaul, Gaz. des hôp., 1851, № 135. — Merriman; Med. Times and Gaz., 1851, Juli. — Tyler Smith, Medic. chir. Transact., 1853, Мартъ. — Virchow, ero Archiv, 1854, Bd. VII, p. 167. — Kiwisch, Klin. Vorträge, 1854, Bd. I, p. 240. — L'angenbeck, Monatschr. f. Geburtsk., 1860, Мартъ. Gurlt. — Ueber Coincidenz von Polyp und inversio uteri, Ibid., 1860, Июль. — Ch. A. Lee, A statistical inquiry into the causes, symptoms, pathology and treatment of inversion of the womb. Amer. Journ. of med. Sc., 1860, Oct. — Betschler, Ueber Inversio uteri въ ero Klin. Beiträge zur Gynaecologie. Breslau, 1862, Hft. I. — Scanzoni, Ein Fall von chronischer Inversion des Uterus mit epikritischen Bemerkungen. Ero Beiträge zur Geburtskunde und Gynaecologie, 1868, Bd. V. Hft. I, p. 83. (Превосходная разработка вопроса въ литературномъ и статистическомъ отношеніяхъ). — M. Duncan, Researches in Obstetrics: The Production of inverted uterus. Edinb., 1868, p. 374. — Freund, zur Pathologie und Therapie der veralteten Inversio uteri puerperalis и пр. Breslau, 1870. — G. Thomas, Americ. Journ. of Obstetrics, II, p. 423. Spiegelberg, Zu den Inversionen der Gebärmutter. Arch. f. Gynaecologie, 1872, Bd. IV, p. 350, также Bd. V, p. 118. — Spaeth, puerperale Inversion des uteri. Heilung durch Reposition etc. Arch. f. Gynaecol., 1876, Bd. X, Heft I, p. 148. — Velterlein, Drei Fälle von Inversio uteri. Ibid., p. 156. — M. Duncan, Edinb. medic. Journ., 1877, Marsh. — Lawion Tait, Obsteric. Journ. of Gr. Brit., 1878, Dec., LXIX, p. 555. — Schwartz, Bericht ueber die Verhandl. der gynaecolog. Section der Kasser Naturforschervers. Arch. f. Gynaecol., Bd. XIII, p. 477. — Breisky, Prager Med. Wochenschr., 1878, № 17—18. — Bruntzel, Arch. f. Gynaecol., Bd. VIII, p. 366. — Kroner, Ibid., Bd. XIV, p. Hft. II. — Chauvel, Ar. de Gynaecol., 1879, r. XII. — A. Simpson, Brit. Medic. Journ. 1881, p. 121. — Howitz, Centralbl. f. Gynaecol., 1881, № 6.

Подъ именемъ выворота матки понимается такое измѣненіе отношеній различныхъ частей этого органа между собою, при которомъ дно матки, выворачиваясь, опускается все ниже, пока оно, наконецъ, не пройдетъ чрезъ просвѣтъ маточной шейки на-

ружу. При этомъ, слѣдовательно, происходитъ нѣчто такое, что замѣчается, если вывернуть палецъ отъ перчатки. Вывороченное маточное дно проходить не только чрезъ просвѣтъ маточной шейки, но, если матка достаточныхъ размѣровъ, то маточное дно торчитъ наружу изъ родовой щели.

Въ анатомико-патологическомъ отношеніи должно различать нѣсколько степеней разсматриваемаго страданія. Вирочемъ, клиницисты уже давно установили нѣсколько категорій выворота матки. Daillez, Levret, и нѣкоторые другіе различали двѣ степени, именно неполный и полный выворотъ. Со вре-



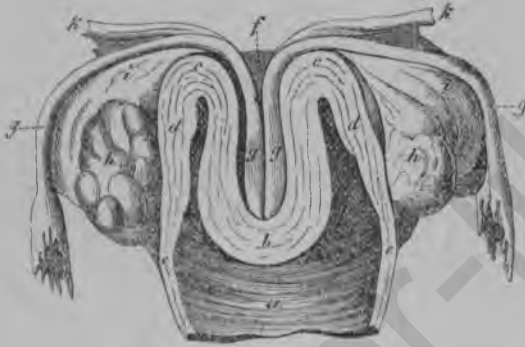
Фиг. 41.

мени Legoux однако большинство гинекологовъ различаетъ три степени. При первой изъ нихъ мы имѣемъ дѣло только со вдавленіемъ (*impressio*) дна, причемъ послѣднее помѣщается еще повыше зѣва. При второй степени вывернутое маточное дно прошло уже чрезъ зѣвъ, но не показывается еще наружу, т. е. оно помѣщается еще въ маточномъ рукавѣ. Наконецъ, при третьей степени вывернутое маточное дно не только прошло чрезъ зѣвъ, но торчитъ наружу изъ родовой щели. Вторую степень выворота матки нѣкоторые называютъ *introversio uteri*; третью же степень обозначаютъ именемъ выпаденія вывернутой матки (*prolapsus uteri inversi*). Послѣднее названіе особенно идетъ къ тѣмъ случаямъ, гдѣ мы вмѣстѣ съ этимъ имѣемъ дѣло съ выпаденіемъ стѣнокъ рукава. На фиг. 38 схематически представлены, по Crosse'у, описанныя здѣсь три степени выворота матки: а изображаетъ *fundus uteri*, б полость матки, с рукавъ, а dd — верхнюю границу вдавленія и резр. полости, образуемой выворотомъ.

По отношенію къ анатомико-патологическимъ измѣненіямъ мы разсмотримъ сначала измѣненія по отношенію къ соседнимъ органамъ въ тазу, а затѣмъ измѣненія, представляемыя опухолью, образуемою вывернутой маткой.

Если дѣло идетъ только о первой степени, т. е. о вдавленіи маточнаго дна, то находимъ болѣе или менѣе глубокую ворон-

ку, съ боковъ которой помѣщаются трубы. При выворотѣ же полномъ, т. е. такомъ, гдѣ маточное дно прошло ужъ чрезъ зѣвъ и торчитъ наружу, вмѣсто маточнаго дна констатируютъ болѣе или менѣе обширную воронку, обращенную приостреннымъ концемъ внизъ, высланную наружнымъ покровомъ матки, т. е. брюшиною. Само собою понятно, что вслѣдъ за происхожденіемъ выворота матки и притомъ такой, которая была значительно увеличена въ объемѣ, слѣд. пуэрперальной, въ вышеупомянутую воронку втягиваются въ большей или меньшей степени придаточныя части матки. Поэтому-то въ свѣжихъ случаяхъ въ во-



Фиг. 42.

ронкѣ этой помѣщается не только извѣстная часть трубъ и широкихъ связокъ, но также и яичники. Таково отношеніе придаточныхъ частей матки въ воронкѣ, образуемой вывернутымъ маточнымъ дномъ, какъ его описалъ въ свѣжихъ случаяхъ Saxtorph. Только относительно яичниковъ Boyer утверждаетъ что они не постоянно втягиваются въ воронку. Фиг. 39, заимствованная Vagnese'омъ у Crosse'a, представляетъ отношеніе придаточныхъ частей матки къ вывороту, а изображ. рукавъ. b — вывернутое дно матки, cc — углы вывернутаго дна, cc dd — границы маточной шейки, не принимающей участія въ выворотѣ, f брюшина, образующая какъ-бы сводъ вывернутой матки, gg — фаллопиевы трубы, достигающія до дна воронки; kk — круглыя маточныя связки, hh — яичники, ii — широкія связки.

Что касается отношеній кишечкъ къ воронкѣ, то только въ очень рѣдкихъ случаяхъ онѣ втягиваются въ нее на болѣе или менѣе долгое время. Это особенно случается тогда, когда выворотъ бываетъ неполный; чѣмъ глубже однако воронка, тѣмъ менѣе шансовъ имѣетъ кишечная петля, чтобы остаться въ ней, такъ какъ воронка эта въ первое время по происхожденіи выворота энергически сокращается и притомъ въ извѣстномъ направленіи, именно снизу вверхъ. Эти-то сокращенія и должны

выталкивать изъ воронки попадающіяся въ нее кишечныя петли. Быть можетъ, какъ думаетъ Betschler, этому должны способствовать также и перистальтическія движенія самихъ кишокъ. Впрочемъ, можетъ случиться и такъ, что понавшая въ воронку кишечная петля ущемляется въ ней вслѣдствіе энергическаго обхватыванія маточной шейкой вывернутого дна. Lisfranc упоминаетъ о случаяхъ застарѣлаго выворота, въ которыхъ онъ находилъ сращения съ верхними краями воронки не только кишечныхъ петель, но и салника. Съ теченіемъ времени образуемая вывернутымъ маточнымъ дномъ воронка вслѣдствіе происходящаго въ ней слипчиваго воспаления, постоянно все болѣе и болѣе суживается и наконецъ совершенно зарастаетъ. Что касается отношеній маточной шейки къ вывороту, то она принимаетъ участіе въ немъ, т. е. инвагинируется и притомъ только отчасти въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ выворотъ существуетъ очень долго и притомъ вывернутое дно торчитъ наружу, а также и тамъ, гдѣ энергически потягивали за торчащую наружу опухоль. Обыкновенно же маточная шейка сохраняетъ нормальныя отношенія свои и верхняя граница ея, т. е. внутренней зѣвъ образуетъ какъ бы кольцо, обхватывающее вывернутое дно (Veit).

Относительно вывернутой матки нужно замѣтить, что она на видъ будетъ представляться различною, смотря по давности существующаго выворота и степени его. Въ какой бы степени ни произошелъ выворотъ, инвертированная матка обыкновенно претерпѣваетъ обратное развитіе, какъ при обыкновенныхъ условіяхъ, только съ тою разницей, что инволюція подвергается здѣсь болѣе частымъ отклоненіямъ отъ нормы. Если мы имѣемъ дѣло съ полною инверсіей, то вывернутое маточное дно представляетъ обыкновенно грушевидную опухоль. Если послѣдняя значительныхъ размѣровъ, то консистенція ея мягкая, а цвѣтъ темновато-красный; если же, наоборотъ, опухоль мала, то она бываетъ плотной консистенціи и болѣе блѣдноватаго цвѣта. Чѣмъ болѣе сверху, тѣмъ опухоль болѣе суживается, такъ-что верхняя часть представляется какъ бы въ видѣ стебля, уходящаго вверхъ между губъ маточнаго зѣва. Самыя рѣзкія измѣненія представляютъ наружный покровъ опухоли, т. е. слизистая оболочка. Въ началѣ она представляется сочною, извилюю, по прошествіи же болѣе или менѣе значительнаго времени она постепенно истончается и нерѣдко до такой степени, что въ ней нѣтъ никакой возможности макроскопически различать ея анатомическій характеръ.

Способъ происхожденія выворота матки объясняется весьма легко, если принять въ соображеніе условія, при которыхъ онъ развивается въ большинствѣ случаевъ. Въ генетическомъ отношеніи должно различать двѣ категоріи выворота: одна изъ нихъ находится въ непосредственной и прямой связи съ дѣторожденіемъ (*inversio puerperalis*), другая же развивается помимо этихъ условій, вслѣдствіе извѣстныхъ отношеній различныхъ новообразованій къ

маточному дну. Прежде, чѣмъ мы ближе рассмотримъ способъ происхожденія этихъ двухъ категорій выворота, нужно замѣтить, что, вообще говоря, рассматриваемая патологическая форма составляетъ очень большую рѣдкость въ гинекологической практикѣ. Дѣло въ этомъ отношеніи доходитъ до того, что нѣкоторые весьма знаменитые и опытные практики (напр. Petit) не наблюдали ея ни разу и на основаніи этого даже сомнѣвались въ существованіи ея вообще. Въ продолженіе всей нашей практики и, какъ мы уже не разъ упоминали, при очень значительномъ матеріалѣ, мы наблюдали полный выворотъ матки всего одинъ разъ на субъектѣ, пріѣхавшемъ изъ одной изъ отдаленнѣйшихъ губерній нашихъ и страдавшемъ имъ около шести лѣтъ. Болѣе или менѣе свѣжаго случая выворота матки мы не наблюдали ни разу. Мы привели все это къ тому, чтобы показать этимъ, какъ рѣдко, къ счастью, встрѣчается это страданіе.

На 400 случаевъ выворота матки, собранныхъ въ монографіи Crosse'a, 350 имѣли непосредственную причиной родовой актъ и только 50 случаевъ обуславливались причинами, не имѣющими никакого отношенія къ акту дѣторожденія. Изъ этого простаго сопоставленія цифръ видно, сколь много родовой актъ представляетъ данныхъ для происхожденія рассматриваемаго патологическаго состоянія. Для того, чтобы произошла *inversio uteri* во время родоваго акта, требуются существенно слѣдующія главныя условія: именно недостаточныя сокращенія маточнаго дна (*inertia*), очень энергическія сокращенія съ боковъ и зяніе маточнаго зѣва въ извѣстной степени. Для многихъ авторовъ, каковы Busch, Veit и др., ужъ этого одного достаточно для того, чтобы могла развиться *inversio*, помимо всякой другой производящей причины. Трудно рѣшить—на сколько подобное мнѣніе состоятельно, такъ-какъ въ большинствѣ случаевъ пуперпериального выворота матки имѣли еще дѣло и съ другими этиологическими моментами, какъ то: усиленнымъ дѣйствіемъ брюшнаго пресса (сильное жиленіе, кашель) и очень часто съ грубыми техническими приѣмами, направляемыми или непосредственно на послѣдъ чрезъ потягиваніе за пуповину, или же непосредственное дѣйствіе рукою на большую или меньшую часть послѣда. Что тѣ или другіе грубые ручныя (акушерскіе) приѣмы играютъ въ этомъ случаѣ не маловажную роль,—доказывается лучше всего тѣмъ, что съ распространеніемъ болѣе рациональной акушерской помощи *inversio uteri* встрѣчается все болѣе и болѣе рѣдко. Этимъ объясняется также и то, что въ родильныхъ домахъ, не смотря на десятки тысячъ родовъ, выворотъ матки составляетъ *raga avis* въ полномъ значеніи этого слова. Что касается момента родоваго акта, въ который преимущественно развивается выворотъ матки, то третій родовой періодъ (періодъ выдѣленія послѣда) представляетъ особенно благоприятныя условія для этого. Merrimanъ указываетъ въ этомъ отношеніи на нѣкоторыя особенно благоприятныя для этого условія, главнѣйшія изъ которыхъ состоятъ въ очень плотномъ прикрѣп-

леніи послѣда и чрезмѣрномъ истонченіи дна, къ которому онъ прикрѣпляется. Что касается другихъ моментовъ, на которые указываютъ нѣкоторые акушеры, какъ то: чрезмѣрная короткость пуповины (обвитія ея вокругъ различныхъ частей плода), слишкомъ быстрые роды (*partus praecox*), роженіе стоя и пр., то едва ли имъ можно придавать особенное значеніе, такъ-какъ обстоятельства эти встрѣчаются въ практикѣ весьма часто, между тѣмъ какъ *inversio uteri*, какъ мы ужъ знаемъ, составляетъ величайшую рѣдкость. Выворотъ матки происходитъ не только во время родового акта, или непосредственно послѣ него, но, въ рѣдкихъ случаяхъ, также спустя болѣе или менѣе значительное время по окончаніи его. Въ случаѣ Saxtorph'a * *inversio* развилась на 3-й день *post partum*, въ двухъ случаяхъ, описанныхъ Géalier и Leblanc'омъ **, на 10-й, у больной Baudeloque'a на 21-й, а у больной, о которой упоминаетъ Desormeaux ***, на 12-й день. Особенно интересенъ случай Merriman'a, въ которомъ *inversio* развилась черезъ 6 мѣсяцевъ (?) послѣ родовъ. Что касается нѣсколькихъ случаевъ, отмѣченныхъ въ литературѣ и въ которыхъ *inversio* развилась черезъ много лѣтъ послѣ родовъ (въ случаѣ Boyer'a черезъ 15, а въ случаяхъ Heisinger'a и Heister'a черезъ 14 лѣтъ), то они до такой степени выходятъ изъ ряда, обыкновенно наблюдаемаго въ практикѣ, что для нихъ трудно подобрать какое бы ни было объясненіе. Въ заключеніе того, что сказано нами о способѣ происхожденія пуэрперального выворота матки, остается еще замѣтить, что онъ можетъ развиваться не только при срочныхъ родахъ, но даже въ рѣдкихъ случаяхъ и послѣ выкидыша. Таковы случаи неполнаго, а также и полнаго выворота, описанные послѣ выкидыша на 5-мъ мѣсяцѣ беременности Sprae ****, Brody † и даже на 4-мъ мѣсяцѣ Woodsou'омъ ††.

Что касается другаго этиологическаго момента для развитія выворота матки, то онъ не имѣетъ никакого отношенія къ родовому акту и обуславливается развитіемъ извѣстныхъ новообразованій на днѣ матки, въ полости ея. Не смотря на то, что новообразованія эти, а именно фиброзныя полипы и саркомы, относительно, здѣсь довольно часты, тѣмъ не менѣе *inversio uteri* этой категоріи составляетъ большую рѣдкость. Если разсмотрѣть хо-рошенько относящуюся сюда старинную и новѣйшую казуистику (Ruysch, Heister, Plattner, Sabatier, Jourdan, Clarke, Lewis, A. Sagre, M. Clinlock и др.), то увидимъ, что для происхожденія этого рода выворота матки требуются извѣстныя анатомико-патологическія измѣненія со стороны маточнаго дна. Въ обыкновенныхъ случаяхъ развитія, напримѣръ,

* См. у Meissner'a op. cit., p. 725.

** Ibid.

*** Diction. de méd., T. XVIII, p. 227.

**** Northern Journ. of Medic., 1845, yly.

† New-York medic. Times, 1856, febr.

†† Americ. Journ. of the medic. scienc., 1860, Oct.

внутриполостныхъ фиброзныхъ полиповъ, почва, изъ которой они развиваются, гиперплазируется и маточная ткань, такимъ образомъ, не только не становится податливою, но, наоборотъ, она плотнѣетъ и тонусъ ея значительно усиливается. Но, если новообразование, вслѣдствіе нѣкоторыхъ присущихъ ему особенностей, будетъ находиться въ такихъ отношеніяхъ къ почвѣ, изъ которой оно развивается, что будетъ въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени производить на нее давленіе, то дно матки атрофируется и, теряя свой нормальный тонъ, оно, по мѣрѣ роста новообразованія, будетъ вдавливаться внутрь, т. е. произойдетъ первая степень инверсіи, т. н. *impressio*, изъ которой уже съ теченіемъ времени разовьется настоящій выворотъ. Этому способствуетъ не только одна атрофія маточнаго дна, но также и сокращенія матки, вызываемыя въ ней развитіемъ новообразованія. Изъ только что сказаннаго не трудно понять, что къ вывороту матки будутъ подавать поводъ по преимуществу тѣ изъ новообразованій, которыя находятся въ очень тѣсной связи съ маточнымъ дномъ, слѣдовательно, фиброзные полипы съ очень короткой ножкой (*polypes sessiles*), а также и саркомы.

Клиническая картина, обусловливаемая выворотомъ матки, будетъ различна, смотря по времени, которое прошло отъ начала его, а также по степени. Поэтому клинически отличаемъ двѣ формы выворота — острую и хроническую. Важно, поэтому, знать: гдѣ граница между этими двумя формами? Намъ кажется, что дифференцированіе въ этомъ отношеніи *Varnez'a* совершенно рационально. По его мнѣнію, инверсія становится хроническою съ того момента, какъ въ половой сферѣ окончилось послѣродовое обратное развитіе. Дифференцированіе это мы назвали рациональнымъ потому, что оно основано на опредѣленныхъ анатомическихъ данныхъ. Случаи выворота, обусловливаемого новообразованиями, будутъ съ самаго начала хроническіе, такъ какъ они развиваются въ большинствѣ случаевъ очень медленно и исподволь. Такъ-какъ явленія, вызываемыя острымъ выворотомъ матки, всецѣло относятся къ акушерству въ тѣсномъ смыслѣ, то мы здѣсь займемся только клиническою картиною хроническаго выворота.

Если больныя оправились отъ первыхъ бурныхъ явленій, сопровождающихъ острый выворотъ, то онѣ жалуются въ началѣ на довольно тяжелые припадки, которые періодически то усиливаются, то ослабѣваютъ. Особенно неприятно для больныхъ ощущеніе потягиванія или выпиранія изъ таза, которое становится несноснымъ, если больныя подольше ходятъ или стоятъ на одномъ мѣстѣ. Это ощущеніе выпиранія, при такихъ обстоятельствахъ, доходитъ до очень сильной боли, сосредоточивающейся внизу живота и поясничной сторонѣ. Въ случаяхъ полнаго выворота, особенно если матка значительныхъ размѣровъ, боли эти дѣлаютъ для больныхъ невозможнымъ почти всякое движеніе. Разсматриваемый припадокъ сказывается не только со стороны

матки, но также нерѣдко, и притомъ въ весьма значительной степени, и со стороны мочевого пузыря. Впрочемъ, явленія со стороны пузыря въ этомъ случаѣ по характеру своему ничѣмъ почти не отличаются отъ того, что замѣчается и при другихъ смѣщеніяхъ матки: больныя обыкновенно жалуются на болѣзненное мочеиспускание,—явленіе, легко объясняющееся сущностью анатомическихъ измѣненій, происходящихъ здѣсь какъ въ мочеиспускательномъ каналѣ, такъ и въ самомъ пузырьѣ. Кромѣ того, въ первое время инверсіи, когда слизистая оболочка вывернутой матки не подверглась еще тѣмъ измѣненіямъ, съ которыми мы познакомились выше, мы имѣемъ обыкновенно дѣло съ болѣе или менѣе усиленнымъ слизетеченіемъ, которое можетъ достигать такой степени, что значительно подрываетъ здоровье больныхъ. Самое тяжелое явленіе, однако, сопровождающее инверсію матки, составляютъ, безъ сомнѣнія, кровотечения, являющіяся или въ видѣ чрезмѣрно обильныхъ мѣсячныхъ и менорагій, или же и помимо мѣсячныхъ, вслѣдствіе различныхъ случайныхъ причинъ. Кровотеченія эти могутъ иногда доходить до того, что ставятъ въ положительную, непосредственную опасность жизнь больной, одержимой инверсіей. Если къ этому прибавимъ явленія со стороны органовъ кровообращенія (анемія) и нервной системы (частые обмороки, мигрени и пр.), то увидимъ, что изъ всѣхъ смѣщеній матки—инверсія составляетъ самое тяжелое страданіе.

Распознаваніе въ большинствѣ случаевъ, при внимательномъ и повторномъ изслѣдованіи, не должно представлять особенныхъ затрудненій. Если мы, на основаніи субъективнаго экзамена больной, имѣемъ право подозрѣвать до извѣстной степени выворотъ матки, то основаніе прямого распознаванія его будетъ состоять въ томъ, что нельзя въ данномъ случаѣ констатировать маточное дно надъ лоннымъ соединеніемъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ оно должно быть при нормальныхъ отношеніяхъ. Но этого еще мало; продолжая дальнѣйшее бимануальное изслѣдованіе, можно доказать, что на мѣстѣ маточнаго дна находится болѣе или менѣе глубокая воронка. Нѣкоторые утверждаютъ, что если довести пальпацію до послѣдней возможности, то можно констатировать при этомъ напряженныя складки, исходящія изъ краевъ упомянутой воронки, т. е. извѣстныя части связочнаго аппарата. Если бы случилось, что констатированіе воронки чрезъ брюшныя покровы было бы почему либо затруднительно и вслѣдствіе этого самаго не ясно, то можно прибѣгнуть къ слѣдующему маневру. Помощнику поручаютъ оттянуть внизъ опухоль, находящуюся въ рукавѣ, или же торчащую изъ него наружу, и въ это время вводятъ одинъ или два пальца въ прямую кишку, чрезъ переднюю стѣнку которой можно тогда очень явственно ощупать вдавленіе, занимающее маточное дно. При изслѣдованіи per vaginam мы находимъ, какъ ужъ упомянуто выше, грушевидную опухоль, утончающуюся кверху и обхваченную какъ бы кольцомъ, которое ничто иное, какъ маточный зѣвъ. Этотъ послѣдній узнается по

двумъ болѣе или менѣе выступающимъ складкамъ, т. е. губамъ. Если одна изъ нихъ, именно задняя, можетъ съ теченіемъ времени быть болѣе или менѣе сглаженною, то за то этого ни въ какомъ случаѣ нельзя сказать на счетъ передней губы, которая всегда выступаетъ болѣе или менѣе рѣзко. Наконецъ, мы должны упомянуть о томъ, что по нѣкоторымъ авторамъ (Veit, Schröder) распознаваніе выворота матки подтверждается еще слѣдующимъ образомъ. Если оттянуть внизъ до извѣстной степени опухоль, то можно весьма явственно увидѣть глазомъ маточныя отверстія фаллопиевыхъ трубъ.

Въ прежнее время очень много толковали о дифференціальномъ распознаваніи выворота матки отъ различныхъ другихъ патологическихъ состояній, съ которыми его, будто бы, можно смѣшивать. При современномъ состояніи гинекологической діагностики было бы смѣшно серьезно толковать о томъ, что инверсію можно смѣшивать, напр., съ перерожденнымъ продуктомъ зачатія (заносомъ). Если ужъ говорить о дифференціальномъ распознаваніи выворота матки, то можно имѣть при этомъ въ виду развѣ только два патологическихъ состоянія, именно—выпаденіе матки и фиброзныя полипы. Отъ выпаденія выворотъ матки отличается тѣмъ, что въ первомъ случаѣ опухоль, занимающая рукавъ, или торчащая изъ него наружу, обращена толстымъ концомъ вверхъ, при инверсіи же наоборотъ; кромѣ того, при выпаденіи матки мы въ извѣстномъ мѣстѣ должны констатировать зѣвъ, чего, разумѣется, при инверсіи быть не можетъ. Особенно часто дѣлаемы были діагностическія ошибки по отношенію къ фибрознымъ полипамъ, т. е. принимали случаи выворота матки за полипы и, наоборотъ, эти послѣдніе за выворотъ. Для избѣжанія подобной ошибки нужно обратить вниманіе на слѣдующія явленія. Если мы имѣемъ дѣло съ фибрознымъ полипомъ, то какова бы ни была его ножка, она всегда будетъ гораздо тоньше верхней части инвертированной матки. Это одно. Кромѣ того, проводя пальцемъ между ножкой и зѣвомъ, онъ, наконецъ, попадаетъ въ полость. При инверсіи же этого всего не бываетъ и палецъ, прошедши очень недалеко, утыкается прямо въ маточное дно. Если бы почему либо нельзя было выполнить подобное изслѣдованіе пальцемъ, то нужно прибѣгнуть къ зонду, который даетъ совершенно одинаковый результатъ. Не можемъ не упомянуть при этомъ случаѣ, что Guéniot* указалъ на одинъ дифференціально-диагностическій признакъ, который въ извѣстныхъ случаяхъ можетъ вывести изъ затрудненія. Дѣло въ томъ, что, прибѣгая къ акупунктурѣ, можно убѣдиться, что, вкалывая иглы въ фиброзную опухоль, мы не вызываемъ у больной никакого болѣзненнаго ощущенія. Если же, наоборотъ, мы имѣемъ дѣло съ

* De l'acupuncture considérée comme moyen de diagnostic différentiel entre certains polypes fibreux de la matrice et le renversement etc. Arch. génér. de méd., 1868, avr.

инверсіей матки. то уколы, производимые иглами, вызываютъ въ ней болѣе или менѣе сильную боль

Предсказаніе при выворотѣ матки, въ виду обусловливаемой имъ тяжелой клинической картины, весьма серьезно. Оно тѣмъ невыгоднѣе, чѣмъ болѣе ужь истощена больная и чѣмъ старѣе страданіе. Случаи, въ которыхъ больныя безъ особеннаго ущерба для своего здоровья страдали цѣлыми годами инверсіей, существуютъ, правда, въ литературѣ, но рассчитывать на нихъ трудно, такъ-какъ они, относительно, весьма рѣдки. De la Motte * рассказываетъ объ одной женщинѣ, страдавшей инверсіей въ теченіи 30 лѣтъ; E. Siebold ** увѣряетъ, что онъ зналъ нѣсколько женщинъ, дожившихъ съ инверсіей матки до 70 и 80 лѣтъ. О подобныхъ же случаяхъ упоминаютъ также Dewees ***, d'Outrepont **** и другіе. Еще болѣе рѣдкими должно считать случаи произвольнаго вправленія вывернутой матки; возможность этого факта однако не подлежитъ ни малѣйшему сомнѣнію. Въ старинной литературѣ о подобныхъ случаяхъ упоминаютъ Cleghorn, Saillez, Leroux, Boyer; въ послѣднее время весьма интересный случай подробно описанъ Spiegelberg'омъ. Въ случаяхъ, гдѣ удалось вправить матку, исцѣленіе бываетъ такъ полно, что даже можетъ наступить снова беременность, какъ доказываютъ исторіи больныхъ, приводимыя Esmet'омъ и Tyler-Smith'омъ. Впрочемъ, едва-ли подобное обстоятельство, т. е. наступленіе беременности послѣ бывшей прежде инверсіи желательно, такъ-какъ нѣкоторые авторы (E. Siebold, Kühlbraud и др.) сообщаютъ случаи, въ которыхъ выворотъ матки рецидивировалъ.

Леченіе выворота должно имѣть главной задачей вправленіе матки (repositio, reinversio). Операція эта, столь легко удающаяся въ свѣжихъ случаяхъ, бываетъ иногда сопряжена съ величайшими трудностями тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ случаями застарѣлаго выворота. Прежде, чѣмъ приступить къ вправленію вывернутой матки, нужно приготовить ее для этого извѣстнымъ образомъ. Въ особенности это должно сказать относительно тѣхъ случаевъ, гдѣ вывернутая матка представляется болѣе или менѣе воспалительною, или же только гиперэмированной. Въ подобныхъ случаяхъ было бы въ высшей степени неблагоприятно приступать прямо къ операціи. Тоже самое должно сказать, если вывернутая матка представляется сильно оплотнѣвшею и твердою на ощупь. Здѣсь нужно сначала приготовить ее въ томъ смыслѣ, что предварительно размягчаютъ, сколько возможно, ткань ея подходящими средствами, употребляя въ дѣло различныя смягчительныя. Когда предварительное леченіе дало желаемый результатъ, то больной даютъ горизонтальное

* Meissner, op. cit., p. 143.

** Ibid.

*** Die Krank. der Weiber Moser'a, Berlin, 1837, p. 923.

**** У Meissner'a.

положеніе, приче́мъ тазъ долженъ быть хороше́нко приподнять, чтобы можно было свободно маневрировать правой рукой. Въ настоящее время едва-ли кто рѣшится на вправленіе выворота матки, не прибѣгнувъ къ наркозу. Хлороформъ составляетъ здѣсь неопѣненное средство, такъ-какъ онъ, кромѣ того, что устраняетъ боли, очень значительно ослабляетъ противудѣйствіе со стороны брюшнаго пресса.

Самое вправленіе производится такимъ образомъ, что въ опухоль, помѣщающуюся въ рукавъ или торчащую наружу, упираются одинъ или два пальца и постепенно и энергически стараются провести ее чрезъ зѣвъ. Нѣкоторые (Levret) совѣтовали ввести въ рукавъ всю руку и отталкивать вверхъ (или—лучше внутрь) дно матки кулакомъ. Для того, чтобы избѣгнуть при этомъ грубаго травматизма, какъ напр. разрывовъ рукавныхъ сводовъ, лучше всего дѣйствовать такимъ образомъ, какъ это предложилъ E m m e t: вся опухоль захватывается рукою такъ, чтобы нижній полюсъ ея пришелся въ ладонь, растопыренные же пальцы лежатъ вокругъ нея, въ видѣ вѣнка. Въ то время, какъ ладонью производятъ энергическое давленіе на опухоль, пальцами стараются постепенно расширить обхватывающее ее кольцо, т. е. маточный зѣвъ. Какимъ бы образомъ мы ни производили *reinversion*, спрашивается, что дѣлать въ это время другою, лѣвою рукою? Большинство авторовъ совѣтуютъ употребить ее для того, чтобы сдѣлать во время вправленія матку какъ можно менѣе подвижною. Съ этою цѣлью ее помѣщаютъ надъ лоннымъ соединеніемъ и сильно надавливаютъ на воронку, занимающую то мѣсто, гдѣ *normaliter* должно находиться маточное дно. Для того, чтобы уменьшить подвижность матки, нужно еще прибѣгнуть иногда къ слѣдующему маневру: въ то время, какъ стараются провести инвертированное дно чрезъ зѣвъ, нужно маточную шейку (или остатокъ ея) направить взадъ, т. е. къ крестцовой впадинѣ и фиксировать ее тамъ. Такъ-какъ ручное вправленіе инвертированной матки, какъ мы ужъ сказали, встрѣчаетъ иногда непреодолимые затрудненія, то уже давно думали о томъ, чтобы замѣнить въ этихъ случаяхъ руку инструментами. Самый старинный изъ этихъ инструментовъ—это вправитель (*repousseiro*) Viardel'я (1674), представляющій ничто иное, какъ толстую палку, въ родѣ той, которая употребляется барабанщиками и оканчивающуюся широкимъ пугочатымъ концемъ. Волѣе или менѣе такимъ же образомъ устроены инструменты Baudeloque'a и изъ новѣйшихъ Deraul'я. Въ послѣдніе годы White * предложилъ свой инструментъ. внутренній конецъ котораго имѣетъ видъ чашечки, въ которой помѣщается опухоль, наружный же конецъ во время вправленія упирается въ грудь оперирующаго. Какъ бы то ни было, но въ настоящее время едва-ли кто прибѣгнетъ къ подобнымъ снарядамъ, такъ какъ, дѣйствуя слѣпымъ

* Americ. Journ. of medic. sc., 1872, Apr.

орудіемъ, можно надѣлать не мало бѣды. Такъ, вышеупомянутый White, вправливавшій такимъ образомъ матку, въ продолженіе только пяти минутъ, произвелъ обширный разрывъ рукавныхъ сводовъ, отчего больная умерла. Если мы, послѣ нѣсколькихъ попытокъ, произведенныхъ рукою, убѣждаемся въ томъ, что вправливаніе не удастся, то лучше всего прибѣгнуть къ продолжительному и постоянному давленію на инвертированную матку, произведенному тѣмъ или другимъ образомъ. Tyl. Smith* одинъ изъ первыхъ предложилъ прибѣгнуть въ подобныхъ случаяхъ къ воздушному пессарию Garriel'я и полученный имъ результатъ совершенно оправдалъ его надежды. Дѣло шло о выворотѣ матки, продолжавшемся двѣнадцать лѣтъ; онъ ввелъ надлежащихъ размѣровъ гарріелевскій пессарій, т. е. такой, чтобы онъ выполнялъ весь рукавъ и два раза въ день, въ продолженіе десяти минутъ, дѣлалъ попытки вправить матку. Такимъ образомъ поступаемо было въ продолженіе 8 дней, причемъ черезъ нѣкоторое время уже стали замѣчать, что маточный зѣвъ значительно смягчился. На девятый день больная стала жаловаться на сильныя боли въ животѣ, продолжавшіяся всю ночь, и утромъ констатировали, что инверсія безслѣдно исчезла. Съ такимъ же успѣхомъ приложили этотъ способъ Teale**, West*** и Wockenthal****. Schröder'у † удалось вправить инверсію, продолжавшуюся около двухъ лѣтъ, при помощи обыкновеннаго Браунескаго кольпейринтера. Въ послѣднее время успѣшное дѣйствіе кольпейринтера въ подобныхъ случаяхъ подтвержены также Kroner'омъ. Въ одноъ случаѣ Emmet ††, съ цѣлю проивести давленіе на инвертированное дно, по предварительномъ вправленіи, на сколько возможно было, окровавилъ губы маточнаго зѣва и сшилъ ихъ между собою.

Какъ бы ни казались непреодолимыми препятствія, встрѣчаемыя при вправливаніи застарѣлыхъ выворотовъ матки, никогда не слѣдуетъ терять надежду на возможность успѣшнаго исхода, такъ-какъ въ литературѣ извѣстенъ цѣлый рядъ относящихся сюда случаевъ, по истинѣ поразительныхъ. Мы упомянемъ только о тѣхъ, которыя продолжались по нѣскольکو лѣтъ и гдѣ реверсія тѣмъ не менѣе удалась. Таковы случаи, описанные Teale'емъ (2½ года), Wockenthal'емъ (6 лѣтъ), Tyl. Smith'омъ (12 лѣтъ), Noegerath'омъ (13 лѣтъ); особенно поразителенъ случай Pate'a, гдѣ вправленіе удалось послѣ того, какъ выворотъ продолжался 40 лѣтъ.

Въ случаяхъ, гдѣ продолжительныя и энергическія попытки къ вправливанію не приносятъ желаемой пользы, нѣкоторые ав-

* Medic. Times and Gas., 1858, Apr.

** Medic. Times, 1859, Aug.

*** Ibid., 1859, Oct.

**** Rullet. de Thérap., 1860.

† Americ. Journ. of medic. Sc. 1868, January.

†† Handb. der Kr. d. weib Geschl., 208.

торы (между прочимъ Courty) совѣтуютъ кровавымъ путемъ расширить маточный зѣвъ, ущемляющій дно. Для этой цѣли дѣлаютъ по одному продольному надрѣзу (*débridement*) на передней и задней поверхностяхъ цервикальнаго канала. Въ одномъ случаѣ выворота матки, гдѣ, не смотря ни на какія усилія, нельзя было справиться съ *taxis*, Thomas * прибѣгнулъ къ слѣдующему способу. Одною рукою, введенною въ рукавъ, кольцо. (маточный зѣвъ) было сильно прижато къ брюшнымъ покровамъ, которые разрѣзаны были вмѣстѣ съ брюшиною, надъ лоннымъ соединеніемъ, на столько, чтобы оно сдѣлалось доступнымъ. Затѣмъ особеннымъ инструментомъ (родъ расширителя) кольцо было надрѣзано и послѣ этого вправленіе удалось, хотя и съ значительными усиліями. Изъ этого видно, что способъ, къ которому прибѣгнулъ Thomas, сильно напоминаетъ герніотомію. Этому методу нельзя отказать въ большой смѣлости; но удержится ли онъ въ наукѣ, это—вопросъ, такъ какъ при этомъ мы подвергаемъ больную почти тѣмъ же шансамъ, какъ при оваріотоміи.

Если мы имѣемъ дѣло съ хроническимъ выворотомъ и всѣ попытки къ вправленію матки, не смотря на всю настойчивость ихъ, остаются безплодными, то всѣ усилія терапіи должны быть направлены къ тому, чтобы, на сколько возможно, различными паралативными мѣрами облегчить страданія больной. Съ этою цѣлью, если органъ торчитъ наружу, нужно прежде всего позаботиться о томъ, чтобы предохранить его отъ тренія и другихъ механическихъ инсультовъ. Для этого нужно прибѣгнуть къ приличной повязкѣ, устраиваемой вообще въ видѣ суспенсорія. Еслибы дѣло шло объ обильныхъ кровотеченияхъ или усиленномъ слезетеченіи, то нужно смазывать всю поверхность вывернутаго органа различными вяжущими растворами; кромѣ того назначаютъ холодные души, къ которымъ прибавляютъ также вяжущія; это возможно, разумѣется, если вывернутая матка помѣщается еще въ рукавъ. Въ такомъ случаѣ также стараются ее удерживать тамъ помощью песарія, лучше всего гаріелевскимъ.

Если же, съ другой стороны, мы имѣемъ дѣло съ застарѣлымъ выворотомъ матки, сопровождающимся явлениями угрожающаго характера и притомъ у субъекта еще молодого, когда долго еще ждать до наступленія климактерическаго возраста, то приходится рѣшаться на удаленіе или ампутацію вывернутой матки. Операция эта принадлежитъ къ опаснѣйшимъ приемамъ гинекологической хирургіи и много спорили о томъ—какому способу должно отдавать преимущество въ данномъ случаѣ. Вообще существуетъ три способа, помощью которыхъ до сихъ поръ удаляли вывернутую матку: лигатура (самый старый способъ), ампутація рѣжущими инструментами, а также экразеромъ и комбинированный методъ, т. е. соединеніе лигатуры съ послѣдовательною ампутацію. Для оцѣнки всѣхъ этихъ способовъ лучше всего прибѣг-

* Diseases of women, 3 edit. 1878, p. 431.

нута къ статистическимъ даннымъ. West собралъ 59 случаевъ, въ которыхъ удаленіе вывернутой матки посредствомъ упомянутыхъ способовъ дало слѣдующіе результаты:

		Выздоровило.	Умерло.	Опер. не окон.
Лигатура въ	45 случаяхъ	33	10	2
Ножъ или экразеръ . .	5 »	3	2	—
Ножъ или экразеръ послѣ предварит. лиг.	9 »	6	3	—
	59 »	42	15	2

По статистическимъ даннымъ, собраннымъ Scanzoni и Schroeder'омъ, ампутація матки дала слѣдующія результаты:

		Выздоров.	Умерло.
Простая ампутація произв. въ	14 случ.	6 (43%)	8 (57%)
Лигатура	26 »	19 (73%)	7 (27%)
Лигатура и послѣдов. ампут.	29 »	24 (83%)	5 (17%)

Изъ сопоставленія вышеприведенныхъ цифръ видно, что наилучшіе результаты даетъ простая ампутація, лучшіе уже—лигатура; всего же болѣе исходы благоприятны; соединяя лигатуру съ послѣдовательной ампутаціей. Поэтому-то въ послѣднее время большинство гинекологовъ и остановилось на этомъ методѣ. Производится операція слѣдующимъ образомъ. Крѣпкая шелковая лигатура (сложенная въ нѣсколько разъ) или проволока накладывается на основаніе опухоли и затягивается какъ можно крѣпче. По мѣрѣ того, какъ производится эта процедура, т. е. затягиваніе лигатуры, появляются чрезвычайно сильныя боли. Еслибы къ этому присоединились явленія рѣзко выраженного шока, то нужны на время нѣсколько распустить петлю. По прошествіи нѣкотораго времени, часть опухоли, помѣщающейся ниже лигатуры, сильно разбухаетъ и въ ней начинаетъ обнаруживаться гангрена. Для противодѣйствія этой послѣдней, опухоль смазываютъ растворами карболовой кислоты или полуторохлористаго желѣза. Когда гангрена достигла уже значительной степени, что обыкновенно бываетъ на 7—8-й день, то приступаютъ къ собственному удаленію опухоли. Для этой цѣли снимаютъ петлю и на образовавшуюся борозду накладываютъ экразерную цѣпь, или же гальвано-каустическую петлю. Вообще, выгоднѣе нѣсколько позже, чѣмъ раньше приступать къ удаленію гангренизированной опухоли для того, чтобы въ воронкѣ, образуемой вывернутымъ маточнымъ дномъ, могло образоваться болѣе обширное слипчивое воспаленіе.

Въ послѣдніе годы нѣкоторые авторы (Courty, Arles) выхваляютъ при операціи выворота матки накладывать эластическую лигатуру, утверждая, что она дѣйствуетъ гораздо болѣе равномѣрно, а также и то, что захваченная ею часть матки отваливается обыкновенно между 12—14 днемъ. Не смотря на то, что, при удаленіи инвертированной части матки помощью экразера, нерѣдко наблюдались сильно выраженный шокъ, Depucis* снова выхваляетъ этотъ методъ, но при этомъ ояъ поступаетъ такимъ образомъ, что

* Annales de Gynécologie, 1876, v. VI, p. 310.

операция производится чрезвычайно медленно, съ перемежками, въ продолженіи 24-хъ часовъ. Въ надеждѣ на могущественное дѣйствіе антисептики, Schroeder полагаетъ, что, по наложеніи лигатуры, нечего ждать, а можно прямо приступить къ удаленію вывороченной части матки рѣзущими инструментами. Что дѣйствительно въ послѣдніе годы результаты оперативнаго леченія выворота матки несравненно лучше прежняго, доказывается тѣмъ, что изъ 16 случаевъ операціи выворота матки, реферированныхъ съ 1866 по 1880 годъ въ *Centralbl. f. Gynaecol.* *, смертельный исходъ былъ констатированъ всего только 1 разъ.

d) МАТОЧНАЯ ГРЫЖА.

(Hernia uteri. Hysterocele).

Библиогр. Sanson, Nouveaux elements de pathologie medico chirurgic. Brux., 1829, T. III, p. 368.—Boivin et Duges, Maladies de l'uterus T. I, p. 168.—Meissner, Frauenzimmerkr. T. I, p. 775.—Scrivan u. Lumpe, Zeitschr. d. wien. Aerzte 1851, Heft 1 u. 2.—Kiwisch, Klin. Vortr., T. I, p. 233.—Rektorzik, Wiener Zeitsch. f. pract. Heilk., 1860, N. 18.—Courtly, Traité prat. des maladies de l'uter., p. 319.—English, Wiener Medic. Zeitschr., 1875.

Смѣщеніе матки такого рода, при которомъ она цѣликомъ или отчасти опускается въ естественно или искусственно произведенный сосѣдній каналъ, составляетъ величайшую рѣдкость. Чѣще еще оно встрѣчается въ беременномъ состояніи. Рѣдкость маточной грыжи объясняется легко тѣмъ, что матка, вслѣдствіе анатомическаго положенія своего въ тазу, слишкомъ отдалена отъ нормальныхъ каналовъ, въ которые она могла бы проникнуть. Этого еще мало. Изъ сдѣлавшихся до сихъ поръ извѣстными случаевъ, отмѣченныхъ въ литературѣ, слѣдуетъ, что самостоятельное смѣщеніе матки въ грыжевой каналъ почти не встрѣчается; всегда маточная грыжа образуется вторичнымъ путемъ, т. е. послѣдовательно за грыжами придаточныхъ органовъ. Сначала смѣщаются яичники или фаллопиевы трубы, которые, по истеченіи извѣстнаго времени, увлекаютъ за собою въ грыжевой мѣшокъ и матку.

Маточная грыжа можетъ быть различнаго рода, а именно: паховая (Lallemand, March, Boyer), бедренная (Lallemand, Cloquet, Boivin) и, наконецъ, принимаемая Meissner'омъ *hernia uteri dorsalis* по одному случаю, описанному Рарен'омъ, гдѣ матка съ другими внутренностями проложила себѣ дорогу чрезъ foramen ischiadicum.

Маточная грыжа, въ небеременномъ состояніи, какая бы она ни была, можетъ имѣть притязаніе на вниманіе клинициста только какъ курьезъ, такъ-какъ она въ сущности не обуславливаетъ никакихъ особенныхъ болѣзненныхъ явленій. Что касается распознаванія ея, то всѣ почти увѣряютъ, что оно не трудно, а между тѣмъ внимательный разборъ случаевъ, отмѣченныхъ въ литературѣ, показываетъ, что почти ни въ одномъ изъ нихъ діагностика не была сдѣлана *intra vitam*.

* *Centralbl. f. Gynaecol.*, 1880, № 26.

Такъ-какъ маточная грыжа не причиняетъ никакихъ особенныхъ явленій, то нужно дѣйствовать терапевтически противъ нея развѣ только съ цѣлью профилактическою, т. е. чтобы не произошло въ ней зачатія. само собою разумѣется, если мы въ состояніи распознать ее. Впрочемъ, какая бы ни была грыжа, образуемая придаточными частями матки,—мы приступаемъ къ вправленію (taxis), а вмѣстѣ съ этимъ вправимъ слѣдов. и матку. Нѣкоторые (Kiwisch) совѣтуютъ въ подобныхъ случаяхъ облегчить себѣ вправленіе, прибѣгая къ зонду (?). Произведши taxis, препятствуютъ дальнѣйшему смѣщенію матки, прибѣгая къ обыкновенному грыжевому бандажу. Можетъ быть въ подобныхъ случаяхъ оказался бы полезнымъ тотъ или другой пессарій, фиксирующій матку въ тазу на извѣстной высотѣ.

ГЛАВА XXIV.

Новообразованія матки.

I. Фиброміомы.

Историко-библиограф. замѣч. Если гдѣ особенно выступаютъ успѣхи патологической анатоміи и гистологіи въ примѣненіи къ клиническимъ цѣлямъ, то это преимущественно должно сказать по отношенію къ фибрознымъ опухолямъ матки. Въ самомъ дѣлѣ, стоитъ только хоть сколько нибудь ознакомиться съ древней и старинной литературой, чтобы убѣдиться въ томъ — какой хаосъ существовалъ прежде относительно природы рассматриваемыхъ нами новообразованій. Древнихъ врачей поражалъ въ особенности одинъ изъ исходовъ фиброзныхъ опухолей матки, съ которымъ мы познакомимся ниже, а именно: отложеніе въ нихъ солей—окаменѣніе ихъ и поэтому мы и находимъ у нихъ намеки только относительно этого исхода, именно о маточныхъ камняхъ. Такъ, Гипократъ приводитъ исторію болѣзни одной женщины, у которой послѣ цѣлаго ряда страданій выпалъ изъ половыхъ частей камень (calculus). Павелъ Эгинскій (De re med., lib. III, cap. 68) и Fabricius Hildanus уже нѣсколько ближе познакомились съ сущностью фибромомъ: первый называетъ ихъ склеромами, а второй просто мясистыми опухолями (tumores carnosı). Перелистывая знаменитое сочиненіе Morgagni (De causis morborum), нельзя не удивиться тому, что онъ не остановился на этихъ опухоляхъ, такъ-какъ, очевидно, онъ очень близокъ былъ къ надлежащему пониманію этихъ новообразованій. Morgagni, правда, называетъ ихъ бугорчатыми опухолями (tuberculi) матки, тѣмъ не менѣе описываетъ онъ ихъ превосходно. Такъ, въ epist. 30, № 28 онъ приводитъ описаніе опухоли въ маточной шейкѣ, круглой, красноватой и гораздо болѣе плотной, чѣмъ окружающая ткань. Въ 56 письмѣ описывается опухоль матки блѣдноватая и очень плотная. Вообще говоря, древніе и старинные авторы, имѣя очень смутныя понятія о фиброзныхъ опухоляхъ матки, нигдѣ не дифференцируютъ ихъ строго отъ новообразованій раковыхъ и всегда рассматриваютъ эти два новообразованія, какъ имѣющія между собою непосредственную и даже весьма тѣсную связь. Одинъ изъ первыхъ, представившій очень тщательное описаніе большихъ фиброзныхъ опухолей матки, былъ, во 2-й половинѣ XVIII столѣтія, Desgaulx de Foberet (Journal de méd., 1759, t. XI p. 336), а затѣмъ Chambon. Настоящую эпоху въ исторіи рассматриваемаго нами вопроса составляютъ изслѣдованія Baillie (Anat. pathol., chap. XXI), утверждавшаго, что эти опухоли должны быть строго различаемы отъ раковыхъ, съ которыми онъ не имѣютъ ничего общаго и что, наоборотъ, онѣ представляютъ очень значительную аналогію съ полипами матки. Послѣ этого вопросомъ о фиброзныхъ опухоляхъ матки съ какою то особенною любовью занимались французскіе анатомы и хирурги, какъ-то Baule, Roux, Dupuytren, Cruveilhier (назвавшій ихъ первый волокнистыми опухолями—tumeurs fibreuses) и множество другихъ. Если французская школа прекрасно изучила макроскопическія отношенія рассматриваемыхъ но-

вообразованій, то чрезвычайно важныя услуги оказала германская школа относительно изученія гистологическихъ свойствъ ихъ. Первымъ въ этомъ отношеніи должно назвать Vogel'a (1844), доказавшаго мышечную натуру этихъ опухолей, которыя на этомъ основаніи и названы миомами; затѣмъ кому неизвѣстны заслуги въ этомъ отношеніи Рокитанскаго, Virchow'a, Klebs'a, Waldeyer'a и другихъ.

Если историку нашей науки пріятно остановиться на сдѣланныхъ ею успѣхахъ по вопросу о фиброзныхъ опухоляхъ матки въ отношеніи анатомико-гистологическомъ, то онъ съ неменьшимъ удовольствіемъ долженъ указать на то, что не малые успѣхи достигнуты также усиліями послѣднихъ лѣтъ по отношенію къ терапіи этихъ новообразованій. Въ самомъ дѣлѣ, въ то время, какъ прежняя гинекологія оставалась почти совершенно безпомощною, имѣя дѣло съ фибромами матки, теперь не только усовершенствована въ высокой степени терапія паліативная, но и съ каждымъ годомъ все болѣе и болѣе увеличивается число попытокъ къ коренному леченію, т. е. къ удаленію этихъ опухолей черезъ разрѣзъ брюшныхъ покрововъ (laparotomia) и экстирпацію матки. Въ этомъ отношеніи мы въ особенности должны упомянуть объ американскихъ гинекологахъ, Н. Stöcker's, Kimball's и Atlee, а изъ европейскихъ о Sp. Wells's, Koeberle, Péan's, Hegar's, Schroeder's и другихъ, имена которыхъ будутъ приведены нами ниже.

Lefancheux, Dissertation sur les tumeurs circonscrites et indolentes de tissu cellulaire de la matrice et du vagin.—Bayle, Sur les corps fibreux. Journ. de médecine de Corvisart, 1803, а также въ Diction. des sciences médicales, 1813, T. VII p. 72.—Voigtel, Patholog. Anat., Halle, 1825, Bd. III, p. 482.—Dupuytren, Leçons orales de clinique chirurgicale. Paris, 1833, T. III, p. 454.—Boivin et Dugès, Traité de maladies de l'uterus etc. Paris, 1833, T. I, p. 311.—R. Lee, On fibrous tumours of the uterus. Med. Chir. Transactions, 1835, T. XIX.—P. U. Walter, Denkschrift ueber fibröse Geschwülste der Gebärmutter. Dorpat, 1842.—Amussat, Mémoire sur les tumeurs fibr. de l'uterus. Paris, 1843.—Th. St. Lee, On tumours of the uterus. London, 1847, Janv.—Avr.—Cruveilhier, Anat. patholog. Livr. II, pl. 6 et passim, livr. 24.—Förster, pathol. Anat. Leipz., 1854, Bd. II, p. 304.—Chiari, Braun et Späth, Klinik der Geburtsk. u. Gynaecologie. Erlangen, 1852, p. 396.—Binz, Deutsche Klinik, 1857, Juli.—Rokitansky, Pathologische Anat. 3-te Aufl. Bd. I, p. 164 и Bd. III p. 479.—Routh, On some points connected with Pathology, Diagnosis and Treatment of fibrous of the Womb. London, 1864.—Klob, Pathol. Anat. der weiblich. Sexualorgane. Wien, 1864, p. 149.—Virchow, Lehre v. d. Geschw., Bd. III, Heft. I, p. 107.—Kidd, Dubl. Journ. of medic. Science, 1872, vol. 54, 132.—Gödel, Philad. med. Times, 1872, May—June.—Courty, Traité prat. des mal. de l'uterus, 2-e edit. Paris, 1872, p. 925. Klebs, Handb. der patholog. Anat., Liefer. IV, p. 887.—Hénoque, Arch. de Physiologie, 1873, p. 425.—C. Ruge Zeitschr. f. Geburtsk. u. Gynaecologie Bd. V, p. 149.—Röhrig, Ibid., Bd. V, Hft. 2.—Gusserow, Die Neubildungen des Uterus. Stuttgart, 1838.—Winckel, Sammlung klin. Vorträge, № 98 и его же Die Pathologie der weiblichen Sexualorgane, Leipzig, 1878, p. 45.—C. Braun, Lehrb. der gesam. Gynaecologie. Wien, 1881, 2-te Aufl., p. 413.—C. Schröder, Krankheiten der weiblich. Geschlechtsorg. Leipzig, 1881, 5-te Aufl., p. 209.

Миомы или же, какъ ихъ до сихъ поръ называетъ большинство авторовъ *, фиброиды матки составляютъ новообразованія,

* Мы уже упомянули выше о томъ, что Cruveilhier былъ первый, назвавшій разсматриваемыя нами новообразованія волокнистыми опухолями; затѣмъ слово фибромъ получило гражданство въ науку и удерживается до сихъ поръ. Со времени Vogel'a, доказавшаго въ нихъ присутствіе мышечныхъ волоконъ, названіе миома имѣетъ совершенно правильное основаніе. Virchow, взглянувъ того, что констатируемая въ нихъ мышечные элементы имѣютъ характеръ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, предложилъ назвать ихъ лейомиома. Вгоса, на основаніи того, что фибромиомы въ сущности по строенію своему ничѣмъ

большей частью круглаго очертанія, исходящія изъ маточной ткани и имѣющія съ этою послѣднею величайшую аналогію. Гдѣ бы миомы ни развивались, т. е. изъ какого бы мѣста паренхимы матки они ни исходили, они всегда имѣютъ наклонность рѣзко ограничиваться отъ почвы, изъ которой они возникаютъ, т. е. представляютъ болѣе или менѣе рѣзко выступающіе контуры. Смотри по мѣсту, откуда берутъ свое развитіе фиброміомы, различаютъ три категоріи ихъ. Фиброміомы, развивающіяся въ толщѣ маточныхъ стѣнокъ и не имѣющія наклонности развиваться ни внутрь, т. е. въ полость матки, ни наружу, т. е. подъ серозный покровъ, называются промежуточными (*fibromyomata interstitialia, intramuralia Simpson* и *Virchow*; также *tumores fibr. uteri autochtoni*). Если же миомъ, развившійся въ толщѣ маточной стѣнки, при дальнѣйшемъ ростѣ своемъ развивается по направленію къ полости, припѣдымая слизистую оболочку, то его называютъ подслизистымъ (*fibroma submucosum*). Въ случаѣ же, если фиброміомъ растетъ по направленію къ брюшной полости, т. е. наружу, причемъ онъ помѣщается непосредственно подъ брюшиною, то онъ получаетъ названіе подбрюшиннаго (*fibroma subserosum*).

Что касается анатомическихъ свойствъ фиброміомъ, то макроскопически они представляются въ видѣ болѣе или менѣе крупныхъ опухолей и въ разрѣзѣ бѣлесоватыхъ, или бѣлесоватокрасныхъ. Klob по наружному виду различаетъ двоякаго рода фиброміомы:—простыя и сложныя. Описаніе, сдѣланное Klob'омъ, до такой степени просто и вѣрно, что мы считаемъ умѣстнымъ привести его здѣсь почти цѣликомъ.

Простыя фиброміомы развиваются изъ очень ограниченнаго мѣста маточной ткани и, вслѣдствіе пролифераціи своихъ составныхъ элементовъ, растутъ такимъ образомъ, что окружающая ихъ ткань просто раздвигается (разступается), вслѣдствіе чего рассматриваемое новообразованіе представляется рѣзко ограниченнымъ. Вслѣдствіе этого выступаетъ болшею частью круглая или кругловатая опухоль, красноватаго или красноватобѣлесоватаго цвѣта и притомъ такой плотной консистенціи, что ткань ее трудно уступаетъ ножу. Опухоль обыкновенно удается вылучить изъ маточной ткани. Сдѣлавъ разрѣзъ маточной ткани вмѣстѣ съ миомой, послѣдняя выступаетъ нѣсколько надъ горизонтомъ, такъ какъ маточная ткань какъ-бы стягивается или съезживается. Новообразованіе соединено съ почвой, изъ которой развилась, очень слабо; связывающіе ихъ кровеносные со

не отличаются отъ маточной ткани, называетъ ихъ просто гистеромами. Всего проще было бы называть эти новообразованія по преобладающимъ въ составѣ ихъ элементамъ, если преобладаетъ соединительная ткань—фибромами; при преобладаніи мышечныхъ элементовъ—миомами. Но такъ—какъ преобладаніе тѣхъ или другихъ элементовъ возможно доказать только путемъ гистологическаго изслѣдованія, въ свою очередь возможнаго только по удаленіи опухоли, то клинически всего рациональнѣе называть ихъ фиброміомами.

суды также слабо развиты; вмѣстѣ съ этими послѣдними тянутся небольшіе волокнистые пучки. Вслѣдствіе этого вылуценный фиброміомъ представляется совершенно гладкимъ и какъ бы покрытымъ серознымъ покровомъ. Полость маточной стѣнки, изъ которой вылуцена опухоль, также совершенно гладкая и не представляетъ ни малѣйшаго нарушенія цѣлости ткани. Въ разрѣзѣ простая фиброміома представляетъ обыкновенно плотные какъ бы сухожильные, различнымъ образомъ переплетенные между собою волокнистые пучки, въ которыхъ невозможно констатировать одно какое либо опредѣленное направленіе. Случаи, въ которыхъ можно констатировать въ разрѣзѣ волокнистые пучки, расположенные концентрически вокругъ бѣлесовато-желтаго ядра, принадлежать къ величайшимъ рѣдкостямъ.

Сложная фиброміома состоитъ изъ большаго или меньшаго числа простыхъ фиброміомъ, связанныхъ между собою такимъ образомъ, что соединяющіяся поверхности ихъ слегка сплющиваются и, какъ бы нѣкотораго рода цементомъ, связываются между собою мягкимъ соединительно-тканнымъ слоемъ.



Фиг. 43.

Сложн. фибро-міома; $\frac{2}{3}$ натуральной величины.

По строенію своему сложныя міомы собственно ничѣмъ не отличаются отъ простыхъ; разница только въ томъ, что первыя не столь плотны, а наоборотъ болѣе мягки и сочнѣе. Поверхность этого рода фиброміомъ неровна и бугриста и какъ бы дольчатая.

По отношенію къ кровеноснымъ сосудамъ фиброміомъ нужно замѣтить, что здѣсь могутъ быть весьма значительныя различія. Большее или меньшее количество сосудовъ въ данномъ фибро-

миомъ будетъ существенно зависѣть отъ періода его развитія. Чѣмъ болѣе тѣсно опухоль соединена съ почвою (т. е. маточной тканью), изъ которой она развилась, тѣмъ богаче она сосудами. По мѣрѣ же того, какъ атрофируется соединительно-тканый цементъ, соединяющій миому съ маточной тканью, тѣмъ менѣе бываетъ и сосудовъ. Поэтому нерѣдко можно встрѣтить фиброиомы, въ которыхъ едва возможно констатировать сосуды. Этимъ объясняется то, что Abernethy никогда не удавалось произвести инъекцію миомъ. Въ другихъ же случаяхъ, т. е. при болѣе тѣсной связи миомъ съ маточной почвой, въ нихъ можно констатировать сосуды очень значительнаго калибра. По Klob'y артеріи развиты очень слабо, въ сравненіи съ венами. Тѣмъ же менѣе Dupuytren упоминаетъ о фиброиомахъ, въ которыхъ онъ констатировалъ очень большія артеріи; въ одномъ случаѣ, описанномъ Gaillard'омъ, найденная имъ въ фиброиомѣ артерія по калибру равнялась лучевой. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ развитіе сосудовъ въ фиброиомѣ достигаетъ такой значительной степени, что они получаютъ синузозный (пещеристый) видъ, придающій имъ нѣкоторое сходство съ тѣмъ мѣстомъ въ беременной маткѣ, къ которому прикрѣпляется послѣдъ. Первый Virchow* описалъ подобную миому, которую онъ назвалъ *myoma telengiactodes seu cavernosum*. Klob** увѣряетъ, что ему въ нѣсколькихъ случаяхъ удалось констатировать въ миомахъ очень значительное обиліе кровеносныхъ сосудовъ, хотя далеко не въ такой степени, какъ въ случаѣ Virchow'a. Leopold*** описалъ кавернозный миомъ громадныхъ размѣровъ; очень поучительный случай описанъ докторомъ Рейномъ, который ему пришлось наблюдать въ нашей клиникѣ.

Гистологическое строеніе разсматриваемыхъ нами опухолей собственно ничѣмъ не отличается отъ такого же строенія маточныхъ стѣнокъ и если въ этомъ случаѣ замѣчается какая нибудь разница, то только по отношенію къ распредѣленію отдѣльныхъ составныхъ элементовъ. Различіе это особенно выступаетъ въ двоякомъ отношеніи: въ однихъ преобладаетъ соединительная ткань, а въ другихъ мышечная. Первые несравненно плотнѣе послѣднихъ. На тонкихъ разрѣзахъ соединительная ткань фиброиомъ представляется часто въ видѣ широкихъ и очень волнистыхъ пучковъ, соединяющихся между собою весьма различнымъ образомъ. Попадающіяся тамъ и сямъ соединительно-тканныя клѣтки малы, вертенообразнаго вида и снабжены продолговатымъ ядромъ. Волокна соединительной ткани образуютъ пучки значительной толщины

Матка, въ которой развились фиброиомы, представляетъ

* Virchow's Archiv, 1: 54, Bd. VI, p. 533.

** Op. cit., p. 152.

*** Arch. f. physiolog. Heilkr. 1873, p. 414.

весьма важныя анатомико-патологическія измѣненія. Чаще всего сущность этихъ измѣненій состоитъ въ гиперплазіи стѣнокъ ея; особенно рѣзко выступаетъ она въ ближайшемъ сосѣдствѣ тѣхъ мѣстъ, гдѣ развились новообразования. Утолщеніе (гиперпластическое) маточныхъ стѣнокъ обыкновенно неравномѣрное, такъ какъ она мѣстами выступаетъ больше, чѣмъ въ другихъ. Гиперплазію маточныхъ стѣнокъ при фиброміомахъ встрѣчаютъ особенно часто у молодыхъ субъектовъ, между тѣмъ, какъ у старухъ черѣдко можно констатировать болѣе или менѣе значительную атрофію маточной ткани. Впрочемъ, съ состояніемъ маточныхъ стѣнокъ мы ознакомимся еще ближе, когда рассмотримъ отдѣльно каждую изъ формъ встрѣчающихся фиброміомъ.

Изъ областей матки, въ которыхъ развиваются фиброміомы, первое мѣсто занимаетъ дно (чаще задняя стѣнка ея), затѣмъ слѣдуетъ тѣло и весьма рѣдко только шейка. Съ фактомъ этимъ согласно большинство авторовъ, писавшихъ объ этомъ предметѣ, и онъ подтверждается прямыми статистическими изслѣдованіями. Такъ. Lee, на 74 препарата міомъ матки, хранящіеся въ лондонскомъ музеѣ, въ шейкѣ ея нашель только 4. Если обратимся къ нашему собственному матеріалу, то окажется, что мы фиброміомы сколько нибудь значительной величины въ маточной шейкѣ находили еще рѣже, чѣмъ Lee. Я долженъ замѣтить, что фиброміомы порядочной величины, особенно въ нижнемъ отрѣзкѣ матки, а тѣмъ паче въ шейкѣ ея, до такой степени легко доступны изслѣдованію, что діагностическую ошибку въ этомъ отношеніи допустить весьма трудно. Если мы къ 37 случаямъ фиброміомъ, обзоръ которыхъ представленъ былъ нами нѣсколько лѣтъ тому назадъ *, прибавимъ еще 49, которыя мы наблюдали въ послѣдніе годы, то получимъ матеріалъ, обнимающій 86 случаевъ; на это, во всякомъ случаѣ, порядочное число приходится всего три случая фиброміомъ на маточную шейку. При этомъ не можемъ не замѣтить, что только въ одномъ изъ этихъ трехъ случаевъ фиброміомъ былъ изолированный, т. е. поразившій только одну маточную шейку; въ двухъ же другихъ мы имѣли дѣло въ одно время и съ фиброміомами тѣла матки.

Не можемъ не упомянуть здѣсь о томъ, что нѣкоторые авторы видали этого рода (т. е. первикальные) міомы чаще другихъ. Первикальные міомы значительной величины описаны Wenzel'емъ **, Voivin и Duges *** и Murgau'емъ ****. Schroeder † увѣряетъ, что онъ особенно часто наблюдалъ ихъ. Онъ дѣлаетъ въ своемъ руководствѣ даже особенную главу изъ этихъ новообразованій. Грамматикки †† отсылаетъ кавернозный міомъ маточной шейки.

* См. наши Клиническ. записки по Гинекологіи, С.-Петербург., 1871, ст. 312.

** У Schroeder'a, p. 225.

*** Ahl., pl. 21.

**** Lond. Obstetr. Transact., v. VI, p. 184.

† Krankh. der weibl. Geschlechtsorg., p. 225.

†† Arch. f. Gynaecol., 1881, Bd. XVII, p. 139.

Величина фиброміомъ бываетъ весьма различна, начиная съ горошины и доходя до размѣровъ по истинѣ поражающихъ. Вообще должно сказать, что единичные фиброміомы, т. е. такіе, которые бываютъ только по одному, весьма рѣдко достигаютъ значительной величины. Особенно это должно сказать на счетъ субмукозныхъ міомъ. Тѣ же, которыя бываютъ множественные, или, какъ ихъ называютъ Kiwisch и Klob, сложные, большею частью бываютъ большихъ размѣровъ. Въ литературѣ извѣстно не мало случаевъ, въ которыхъ вѣсь фиброміомовъ доходилъ до десятковъ фунтовъ. Въ случаѣ, описанномъ Walter'омъ, фибромъ вѣсилъ 74 фунта, въ случаѣ Binz'a *—62, въ случаѣ, упомянутомъ Courty **, онъ таксируетъ вѣсь фиброма въ 50 ф.

Въ заключеніе того, что сказано нами о числѣ и величинѣ фиброміомъ, не можемъ не остановиться на одномъ обстоятельстве, такъ-какъ оно, по нашему мнѣнію, имѣетъ не маловажное клиническое значеніе. Вольшинство авторовъ, по видимому, согласно принимать, что чаще всего встрѣчаются случаи, въ которыхъ бываетъ по одному фиброміому. Такъ, въ этомъ смыслѣ высказывается Scanzoni *** въ послѣднемъ изданіи своего руководства къ гинекологіи. Мы же, на основаніи нашего личнаго матеріала, думаемъ совершенно на оборотъ. Въ самомъ дѣлѣ, какъ на основаніи нашихъ клиническихъ наблюденій, такъ точно и на основаніи изслѣдованій некроскопическихъ, мы пришли къ заключенію, что фиброміомы матки чаще имѣютъ склонность развѣваться во множественномъ числѣ. При этомъ не трудно, при вскрытіяхъ, убѣдиться въ томъ, что они бываютъ различной давности, т. е. въ нихъ не трудно констатировать различные періоды развитія. Особенный интересъ представляютъ тѣ случаи, въ которыхъ при различныхъ видахъ фиброміомъ констатируются вполне развитые фиброзные полипы. На обстоятельство это указываетъ уже Рокитанскій **** и мы сами имѣли возможность наблюдать и описать подобный относящійся сюда случай *****. Какъ бы то ни было, но мы всегда указывали въ нашихъ курсахъ на множественность фиброміомъ, какъ на характерное анатомическое свойство ихъ, которымъ нерѣдко можно съ успѣхомъ воспользоваться въ затруднительныхъ случаяхъ съ дифференціально-диагностическою цѣлью.

Мы ужъ упомянули о томъ, что фиброміомы матки большею частью множественны. Не можемъ не замѣтить при этомъ, что иногда число ихъ бываетъ очень значительно. Такъ, Cruveilhier † и Kiwisch †† приводятъ случаи,

* Gaz. medic. de Paris, 1858, p. 807.

** Op. cit., p. 927.

*** Lehrbuch der Krankh. der weiblichen Sexualorg. Fünfte Aufl. 1875, p. 270.

**** Op. cit.

***** Объ осложненіи родельнаго состоянія фиброзными полипами матки. Московская мед. газ., 1868.

† Traité d'anat. patholog., T. III, p. 656.

†† Klin. Vortr., 4 изд., Bd. I, p. 449.

въ которыхъ они насчитывали до 40 міомъ. Особенно поразителенъ случай B. Schultze *. Онъ описываетъ матку у одной глубокой старухи, въ которой онъ насчиталъ не менѣе 80 міомъ.

Теперь рассмотримъ, съ анатомико-патологической точки зрѣнія, отдѣльно каждую изъ трехъ категорій фиброміомъ.

1) Фиброміомы промежуточныя, встрѣчающіяся чаще другихъ формъ, какъ уже сказано выше, развиваются въ самой маточной стѣнкѣ, не имѣя склонности выступать ни въ полость, ни далеко подъ брюшину, т. е. наружу. Впрочемъ, должно замѣтить, что интерстиціальныя міомы гораздо болѣе выдаются наружу, чѣмъ внутрь, т. е. растутъ отъ центра къ периферіи, вслѣдствіе чего онѣ и констатируются при наружномъ изслѣдованіи въ видѣ бугристыхъ, плотныхъ опухолей различной величины. При разсматриваемой формѣ фиброміомъ болѣе всего найдены сосудовъ, такъ какъ болѣе тѣсная связь ихъ съ маточными стѣнками сохраняется всего долѣе. Эти же новообразования достигаютъ также наибольшей величины и приведенные нами выше случаи громадныхъ опухолей принадлежатъ именно къ этой категоріи. Такъ-какъ опухоли эти бывають обыкновенно множественныя, то они растягивають болѣе или менѣе значительно полость матки, вслѣдствіе чего эта послѣдняя представляется нерѣдко значительно удлиненною. Но, съ другой стороны, могутъ быть и такіе случаи, гдѣ, вслѣдствіе различнаго роста отдѣльныхъ опухолей, полость матки такъ измѣняетъ свое направленіе и ёмкость, что найти ее бываетъ весьма трудно. Что касается маточныхъ стѣнокъ, то именно при этой формѣ онѣ представляютъ очень значительную гиперплазію. Впрочемъ, могутъ предстать и такіе случаи, въ которыхъ не только не замѣчается утолщенія стѣнокъ, но, на оборотъ, стѣнка можетъ быть гораздо тоньше нормальнаго. Это будетъ имѣть мѣсто въ особенности тамъ, гдѣ міомы растутъ по направленію къ полости и при этомъ сильно растягивають маточную стѣнку, изъ которой они развились. Слизистая оболочка матки представляетъ явленія болѣе или менѣе сильно выраженаго хроническаго катарра со всѣми присущими этому послѣднему измѣненіями. Катарръ будетъ выступать тѣмъ сильнѣе, чѣмъ ближе по направленію къ полости развиваються фиброміомы.

Такъ-какъ этого рода фиброміомы достигаютъ наиболѣе возможной величины, то они сильно растягивають брюшныя покровы, образуя изъ нихъ какъ бы мѣшки, въ которыхъ они помѣщаются. При этомъ происходитъ, слѣдовательно, нѣчто подобное тому, что замѣчается во время беременности, когда сильно наклоненная впередъ матка отдавливаетъ впередъ и внизъ брюшныя покровы, образуя такъ называемый отвислый животъ (venter propendens). Эта отвислость живота при фиброміомахъ можетъ достигать такой степени, какъ это замѣчается только при высшихъ

* Ien. Zeitschr. f. Med. und Naturwissensch., 1870, Bd. V, p. 350.

степеняхъ рахитическаго суженія таза. Schroeder * приводитъ два въ высшей степени интересныхъ случая, гдѣ, при подобной отвислости живота и вслѣдствіе продолжительнаго давленія опухолями на брюшные покровы, эти послѣдніе подверглись омертвѣнію, вслѣдствіе чего произошло прободеніе ихъ и въ образовавшееся такимъ образомъ отверстіе фибромы торчали наружу. Аналогическіе случаи приводятся также Neusckler'омъ, Lair'омъ и Dumesnil'емъ **. Впрочемъ, для того, чтобы интерстиціальныя фибро-міомы перфорировали, если, правда, не брюшные покровы, а сосѣдніе органы, не требуется вовсе, чтобы они были значительной величины. Такъ, въ высшей степени интересномъ случаѣ Рокитанскаго *** фибро-міомъ, сидѣвшій въ области тѣла, въ задней стѣнкѣ, величиною съ куриное яйцо, перфорировалъ переднюю стѣнку прямой кишки, въ которую онъ и вросъ такимъ образомъ. Не менѣе интересенъ случай Thomso'n'a ****, въ которомъ такой же величины міомъ, перфорировалъ заднюю стѣнку мочевого пузыря.

О томъ — какое вліяніе интерстиціальныя фибро-міомы оказываютъ на положеніе матки, сказано будетъ ниже.

2) Подслизистыя фибро-міомы развиваются изъ тѣхъ элементовъ маточной паренхимы, которые ближе всего лежатъ къ слизистой оболочкѣ; оттого-то и ростъ ихъ совершается главнымъ образомъ по направленію къ маточной полости. Впрочемъ, ошибочно было бы думать, что это всегда бываетъ такъ. Можетъ случиться, что настоящій подслизистый фибро-міомъ развивается изъ болѣе отдаленныхъ элементовъ маточныхъ стѣнокъ. Вслѣдствіе этого мы получимъ въ результатъ, по отношенію къ развитію своему, двоякаго рода субмукозныя фибро-міомы. Однѣ изъ нихъ очень долго будутъ оставаться таковыми, не обнаруживая склонности отдѣлиться отъ почвы, изъ которой онѣ развились, или же, по прошествіи болѣе или менѣе значительнаго времени, хотя все болѣе и болѣе приближаются къ полости, но все таки тѣмъ не менѣе остаются соединенными съ маточною стѣнкою широкимъ основаніемъ. Другая же категорія субмукозныхъ міомъ растетъ по преимуществу и главнымъ образомъ внутрь, т. е. въ полость матки, причемъ они болѣе и болѣе удаляются отъ стѣнки, изъ которой они развились, оставаясь подъ конецъ соединенными съ нею только помощью болѣе или менѣе толстой ножки (или стебля). Это тотъ видъ субмукозныхъ міомъ, который мы называемъ фибро-зными полипами и которые, вслѣдствіе важнаго клиническаго значенія ихъ, будутъ рассмотрѣны нами отдѣльно. При субмукозныхъ міомахъ всего чаще встрѣчается значительное увеличеніе полости матки, а также очень рѣзкія катаральныя измѣненія въ слизистой оболочкѣ ея.

* Handb. der Krankh. der weibl. Geschlechtsorg. Leipzig, 1874, p. 222.

** Ibid., p. 223.

*** См. у Klo'b'a, Op. cit. p. 166.

**** Ibid.

3) Подсерозные фиброіомы, въ противоположность тому, что замѣчается при міомахъ подслизистыхъ, развиваются изъ маточной паренхимы непосредственно подъ брюшиною. Впрочемъ, они могутъ также развиться и изъ болѣе глубоко лежащихъ слоевъ. По мѣрѣ возрастанія ихъ, они приподымаютъ брюшину, въ полость которой выступаетъ опухоль. Оттого-то Virchow и называетъ подобные міомы перитонеальными полипами. Обыкновенно и субсерозныхъ міомъ бываетъ по нѣскольку, причѣмъ, разумѣется, и степенъ развитія ихъ бываетъ различна. Во-



Фиг. 44.

Субсерозный міомъ, прикрѣпляющійся тонкой ножкой къ маточному дну.

обще говоря, они болышею частью достигаютъ меньшей величины, чѣмъ фибро-міомы интерстиціальныя и подслизистыя. Чѣмъ тоньше соединяющая ихъ съ маткой ножка, тѣмъ они бѣднѣе сосудами и тѣмъ ростъ ихъ идетъ тише. Какъ паренхима матки, такъ и полость ея при этой формѣ фиброміомъ претерпѣваетъ очень мало измѣненій. По отношенію къ положенію матки, здѣсь можетъ имѣть мѣсто двоякаго рода обстоятельство. Чаще всего субсерозный міомъ оттягиваетъ матку вверхъ, вслѣдствіе чего замѣчается въ большей или меньшей степени *elevatio uteri*. Особенно шейка бываетъ при этомъ очень сильно вытянута. Вытягиваніе это можетъ достигать такой степени, что шейка подъ конецъ можетъ даже оторваться отъ тѣла матки. Хотя подобные случаи весьма рѣдки, тѣмъ не менѣе въ литературѣ существуетъ нѣсколько подобныхъ примѣровъ. Таковы случаи, сообщенные Рокитанскимъ *, Times'омъ ** и Virchow'омъ ***. Еще въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, если къ сильному поднятію матки

* Op. cit. Bd. III, p. 547.

** Lond. Obstetric. Transact., v. II, p. 43.

*** Geschwülste, Bd. III, II I. p. 161.

вверхъ присоединяется поворотъ ея вокругъ продольной оси, то дѣло можетъ дойти до скопленія въ ней крови (haematometra) и серозно-слизистой жидкости (hydrometra). Въ подтвержденіе этого можно привести случаи Virchow'a * и Кюстера **. Гораздо рѣже, чѣмъ elevatio uteri, замѣчается при подбрюшинныхъ фиброміомахъ обратное состояніе, опущеніе матки по проводной линіи таза. Что касается дальнѣйшей судьбы разсматриваемой формы фиброміомъ, то она можетъ быть различна. Если связъ ихъ съ маткой болѣе или менѣе крѣпка, то они остаются in statu quo до смерти больной. Если же, наоборотъ, ножка тонка и мало сосудиста, то они могутъ совсѣмъ оторваться отъ матки. Въ послѣднемъ случаѣ они остаются въ олости брюшины въ видѣ свободно лежащихъ въ ней тѣлъ, или же они фиксируются въ ней или въ полости таза при посредствѣ эскудатовъ, склеивающихъ ихъ съ брюшными или тазовыми органами. Случаи отрыва субсерозныхъ фиброміомъ описаны Рокитанскимъ ***, нѣсколько случаевъ Simpson'омъ ****, Ch. West'омъ † и Turner'омъ ††.

Въ заключеніе того, что сказано нами объ анатомико-патологическихъ отношеніяхъ фиброміомъ, намъ остается еще разсмотрѣть тѣ измѣненія, которымъ могутъ подвергнуться эти новообразованія, достигнувши извѣстной степени развитія. Мы дѣлаемъ это здѣсь, такъ-какъ въ сущности измѣненія эти имѣютъ интересъ гораздо болѣе анатомической, чѣмъ собственно клинической.

а) Отечное состояніе или размягченіе фиброміомъ уже давно было извѣстно нѣкоторымъ клиницистамъ. Такъ, Kiwisch упоминаетъ о томъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ во время мѣсячныхъ, или же во время случайныхъ кровотеченій онъ замѣчалъ очень быстрое увеличеніе въ объемѣ фиброміомъ, которые столь же скоро затѣмъ снова уменьшались. Мы не разъ имѣли возможность убѣдиться въ совершенной справедливости этого факта, подмѣченнаго знаменитымъ гинекологомъ. Анатомическая сущность этого явленія можетъ обусловливаться различными причинами. Во первыхъ, размягченіе это можетъ быть временное, какъ напр. при мѣсячныхъ и зависитъ отъ пропитыванія серозной жидкостью соединительно-тканныхъ пучковъ, соединяющихъ между собою отдѣльныя опухоли (сложные міомы), или же большей или меньшей поверхности отдѣльнаго фиброміома. Если отечное состояніе это продолжается значительное время, то при этомъ наблюдается обыкновенно очень важный гистологическій фактъ, а именно: мышечные элементы опухоли начинаютъ атрофироваться. Во вторыхъ,

* Ibid.

** Berliner Beitr. z. Geburtsk. u. Gynaecol., Bd. I, p. 7.

*** Op. cit.

**** Obst. Works. I, p. 716.

† Женскія болѣзни его (нѣм. переводъ), изд. 3-е, p. 330.

†† Edinb. medic. journ. 1861, january.

размягченіе фиброміома можетъ обусловливаться жировымъ перерожденіемъ. Кромѣ прямого жироваго перерожденія составныхъ элементовъ опухоли, при этомъ обыкновенно констатируютъ и свободный жиръ въ видѣ капель большей или меньшей величины. Фиброміомы, подвергнувшіеся жировому перерожденію, очень скоро и значительно уменьшаются въ объемѣ и, если жировой метаморфозъ достигаетъ значительной степени, то фиброміомы могутъ этимъ путемъ и совершенно исчезнуть. Въ то время, когда въ міомахъ происходитъ этотъ процессъ, они очень значительно мѣняются своей наружной видъ: они становятся мягкими, даже тѣстоватыми на ощупь и очень легко рвутся. Третья причина размягченія фиброміомъ состоитъ въ миксоматозномъ перерожденіи ихъ. Сущность этого измѣненія состоитъ въ томъ, что между отдѣльными частями опухоли отлагается (образуется) слизистая ткань, которая, въ свою очередь, подвергается дальнѣйшему перерожденію, а именно: клѣтки ея распадаются и на мѣстѣ ихъ накапливается межъ-ячейстая слизь.

б) Иногда дѣло доходитъ до формальнаго воспаленія слизистаго покрова фиброміома, причѣмъ этотъ процессъ можетъ протечь со всѣми его обыкновенными послѣдствіями. По Klobу, обыкновенно воспаляется всего ниже лежащая часть слизистой оболочки, покрывающей лежащій подъ нею міомъ и отсюда уже процессъ распространяется дальше. Что касается того, — почему фиброміомы подвергаются воспаленію? — то на это прямой отвѣтъ дать не легко. Вѣроятно чаще всего воспаленіе переходитъ съ внутренняго покрова матки на новообразованіе, т. е. съ простаго эндометрита дѣлается *endometritis* или *metritis myomatosa*. Такъ, по крайней мѣрѣ, было въ одномъ эксквизитномъ случаѣ, въ которомъ мы имѣли дѣло въ родильномъ періодѣ съ субмукозными фиброміомами (*resp.* и фибрознымъ полипомъ). Тоже самое мы наблюдали и въ другомъ случаѣ внѣ родильнаго періода. Если воспалительный процессъ сосредоточивается главнымъ образомъ у основанія подслизистаго міома и дѣло дойдетъ до нагноенія, то основаніе новообразованія какъ бы минируется и оно, отдѣлившись отъ своей почвы, становится вслѣдствіе этого свободнымъ въ полости матки. Если дѣло не оканчивается смертью вслѣдствіе гнойнаго зараженія крови, то, по прошествіи извѣстнаго времени, новообразованіе, усиленно сократительной дѣятельности, матки можетъ выдѣлиться наружу.

в) Простое оплотнѣніе (*induratio*) фиброміомъ въ большинствѣ случаевъ есть результатъ жироваго перерожденія извѣстныхъ составныхъ частей его, именно мышечныхъ элементовъ. Весьма трудно рѣшить — что должно считать первоначальнымъ процессомъ въ этихъ случаяхъ. Вѣроятно оплотнѣніе здѣсь можетъ быть также результатомъ интерстиціального воспаленія, развивающагося въ самомъ новообразованіи. Какъ бы то ни было, когда разсматриваемое измѣненіе наступило въ фиброміомахъ въ значительной

степени, они представляются чрезвычайно плотными и могут принимать даже какъ бы хрящевую консистенцію.

d) Въ рѣдкихъ случаяхъ, по развитіи вышеуказаннымъ путемъ оплотнѣнія въ фиброміомахъ, они могутъ подвергнуться еще дальнѣйшему измѣненію, именно о м ѣ л о т в о р е н і ю, или тому, что старинные авторы называли о к а м е н ѣ н і е м ѣ м і о м ѣ (petrificatio). Известковыя соли при этомъ могутъ отлагаться въ фиброміомахъ двоякимъ образомъ: или въ центрѣ, или же, начинаясь съ периферіи, известковыя соли покрываютъ все новообразование въ видѣ скорлупы. Омѣлотовленію исключительно подвергаются только подсерозные и промежуточные міомы. Если рассматриваемому измѣненію подвергаются фиброміомы, которыя предварительно (помощію вышеупомянутаго процесса) отдѣлились отъ своей почвы, то мы получаемъ то, что древними и старинными гинекологами описывалось подъ именемъ маточныхъ камней (calculi uterini). Въ введеніи къ этой главѣ мы ужъ упомянули о подобномъ случаѣ, описываемомъ Гипократомъ. Во второй половинѣ XVIII стол. Louis* могъ собрать уже 18 подобныхъ случаевъ. Въ послѣдствіи описано еще много подобныхъ наблюденій, изъ которыхъ нѣкоторыя весьма интересны. Таковы случаи Courty** (камень въ 10 килогр. вѣсомъ), Arnolt'a*** (50 фунтовъ) и Sächinger'a****. Въ послѣднемъ случаѣ одинъ врачъ принялъ маточный камень за младенческую головку (?) и наложилъ на нее—щипцы! Courty упоминаетъ объ одномъ отполированномъ маточномъ камнѣ, хранящемся въ Мидльсекскомъ госпиталѣ. Schroeder упоминаетъ о хранящемся въ Эрлангенѣ весьма интересномъ субмукозномъ міомѣ, въ 24½ ф. вѣсомъ (размѣры 33 и 22 см.), представляющемъ всестороннее омѣлотовленіе. Препаратъ этотъ взятъ отъ старухи 61 года, не бывавшей никогда замужемъ и умершей отъ маразма. Обыкновенно это оплотнѣніе, т. е. омѣлотовленіе, наступаетъ въ фиброміомахъ только у очень старыхъ субъектовъ; тѣмъ не менѣе Lumpe описалъ маточный камень у больной, имѣвшей только 44 года отъ роду.

Въ смыслѣ анатомико-патологическомъ не малый интересъ представляютъ отношенія фиброміомъ къ новообразованіямъ другаго свойства. Выше мы уже упомянули о томъ, что въ старину вовсе не отличали фиброміомы отъ другихъ новообразованій, особенно раковыхъ; да и послѣ, когда стали дифференцировать ихъ, все-таки допускали частую возможность перехода фибромомовъ въ карциномы. Вопросъ этотъ на столько интересенъ не только въ отношеніи анатомическомъ, но также и клиническомъ, что вполне заслуживаетъ того, чтобы остановиться на немъ нѣсколько подробнѣе. Прямой переходъ фиброміомъ въ кар-

* Mem. de l'acad. de chir. 1753, t. II, p. 130.

** Op. cit., p. 932.

*** Medico-Chir. Transact., 1840, v. XXIII.

**** l. c., p. 113.

циномъ, или, другими словами, чтобы въ этомъ новообразованіи развился карциномъ первичнымъ образомъ,—почти всѣми новѣйшими авторами совершенно отвергается. Случай Kloß'a, обыкновенно всѣми цитируемый и въ которомъ въ фибромѣ развился первичный ракъ, ничего не доказываетъ, такъ-какъ онъ совершенно исключительный и до сихъ поръ стоитъ особнякомъ въ литературѣ. Какъ бы то ни было, но можно принять за правило, что первичный ракъ никогда не развивается въ фиброміомахъ матки. Совѣмъ иное дѣло со вторичнымъ распространеніемъ рака на фиброміомы; обстоятельство это возможно, хотя также довольно рѣдко. Въ литературѣ однако существуетъ нѣсколько тщательно описанныхъ случаевъ. Такъ, мы не можемъ не упомянуть о томъ, который описанъ Liebmann'омъ * и Venroath'омъ *, въ Триестѣ. Здѣсь ракъ съ рукава перешелъ на фиброміомъ матки. Иногда фиброміомъ матки существуетъ очень долго совмѣстно съ карциномомъ шейки и тѣмъ не менѣе упорно противуствуетъ ему. О такихъ случаяхъ упоминають Ch. West и A. Puech. Въ этомъ отношеніи намъ особенно памятенъ случай, который мы наблюдали въ началѣ нашей госпитальной дѣятельности. Во время завѣдыванія нами женскою больницей Крестовоздвиженской Общины къ намъ была направлена покойнымъ товарищемъ нашимъ д-омъ Борейшой больная X., жена чиновника, 44 лѣтъ отъ роду, страдавшая третій годъ сильнымъ кровотеченіемъ изъ половой сферы, къ чему въ послѣдніе мѣсяцы присоединилось очень значительное увеличеніе въ объемѣ живота. Больная представляла сильное исхуданіе и растянутый въ значительной степени животъ вслѣдствіе асцита. Внутреннее изслѣдованіе показало, что имѣемъ дѣло со скirrosной формою карцинома влагалищной части и съ инфильтраціею нижняго отрѣзка матки. Большой сдѣлано было три прокола живота; послѣ перваго изъ нихъ не трудно было убѣдиться въ томъ, что мы, кромѣ карцинома р. vagin., имѣли еще дѣло съ фиброзными опухолями дна матки. Кромѣ того, въ сторонѣ лѣваго яичника можно было констатировать большую бугристую и плотную опухоль. По прошествіи нѣсколькихъ недѣль, больная умерла. При вскрытіи оказалось, что мы имѣли дѣло съ карциномомъ влагалищной части, тремя интерстиціальными фиброміомами дна, изъ которыхъ наибольшій, величиною съ добрый кулакъ, сидѣлъ въ задней стѣнкѣ; что касается лѣваго яичника, то онъ оказался пораженнымъ кисто-карциномомъ. Случай этотъ намъ кажется весьма поучительнымъ въ томъ отношеніи, что онъ доказываетъ упорство, съ какимъ фиброміомы матки противустоятъ раковому процессу. Въ самомъ дѣлѣ, фиброміомы въ данномъ случаѣ помѣщались между двумя карциномами (влагалищной части и лѣваго яичника), тѣмъ не менѣе они остались нетронутыми раковымъ процессомъ.

* Monatsschr. f. Geburtsk., Bd. 25 p. 80.

Если мы старались выше доказать, что перехода фиброміома въ карциномъ не бываетъ, то зато этого ни въ какомъ случаѣ нельзя сказать относительно саркома. Если мы не знаемъ при какихъ обстоятельствахъ происходитъ подобный исходъ, но за то существованіе самого факта не подлежитъ ни малѣйшему сомнѣнію. Громадныя, быстро растущія опухоли матки принадлежатъ нерѣдко именно къ этой категоріи, т. е. къ мио с а р к о м а м ъ. Сущность превращенія фиброміома въ саркомъ состоитъ въ томъ, что межячейстое вещество начинаетъ разростваться, причѣмъ въ ней развиваются въ началѣ небольшія, а затѣмъ все большія круглыя клѣтки, содержащія большія ядра. Вслѣдствіе разростанія этихъ клѣтокъ, мышечныя волокна сначала раздаются и затѣмъ совершенно исчезаютъ. Иногда на этомъ дѣло не останавливается, а совершаются еще другія измѣненія въ фибросаркомѣ. Въ самомъ дѣлѣ, отдѣльныя части этихъ послѣднихъ могутъ размягчаться (вслѣдствіе отека, т. е. ихорознаго пропитыванія ихъ); къ этому могутъ еще присоединяться кровоизліянія въ ткань ихъ и тогда получимъ к и с т о в и д н ы й м і о с а р к о м ъ (*myosarcoma cysticum*) или же м у х о с а р к о м а, если отдѣльныя части его подвергались миксоматозному перерожденію.

У англійскихъ и французскихъ авторовъ мы находимъ описаніе опухолей смѣшанныхъ, т. е. фиброміомъ, подвергшихся, какъ говаривали прежде, кистовидному перерожденію и которыя они поэтому называютъ *tumeurs fibrocystiques*, *fibrocystic tumours*. Въ случаяхъ этихъ дѣло нисколько не идетъ о настоящихъ кистахъ, какъ можно было бы подумать, судя по названію. Это просто фиброміомы, въ которыхъ образовались (вслѣдствіе разстунанія соединительно-тканныхъ пучковъ) большія полости, наполненныя красноватою жидкостью. Это, слѣдовательно, ничто иное, какъ дальнѣйшее развитіе того измѣненія фибромъ, которое, какъ мы видѣли выше, обуславливается отекомъ ихъ. Большею частью начинается дѣло съ того, что образуется цѣлый рядъ маленькихъ полостей, которыя затѣмъ, вслѣдствіе исчезанія раздѣляющихъ ихъ перегородокъ, превращаются въ одну большую полость. Въ другихъ случаяхъ исходною точкою развитія этихъ полостей служатъ лимфатическіе сосуды. Эти послѣдніе, постепенно расширяясь, представляютъ, наконецъ, полости большей или меньшей величины, съ совершенно гладкими стѣнками и наполненныя жидкостью, легко створаживающоюся подъ вліяніемъ воздуха—*Myome lymphangiectodes* по *Leopold'y* *.

Клиническія явленія, обуславливаемые фиброміомами матки, будутъ существенно различны, смотря по характеру уста-

* О фиброкистомахъ см.: Heer, Ueber Fibrocysten des Uterus. Fehling и Leopold, Arch. f. Gynaecol., Bd. VII, p. 531. Lebec. Etudes sur les tumeurs fibr. Paris 1880.

новленныхъ нами выше трехъ формъ ихъ. Вообще говоря, новообразованія эти развиваются чрезвычайно медленно, почти совершенно незамѣтно для больныхъ и оттого-то, когда онѣ обращаются къ намъ за помощью, всегда можно констатировать, что фиброміомы достигли уже значительной величины. Больше всего тяжести явленія даютъ фиброміомы промежуточныя и подслизистыя, во первыхъ потому, что первыя изъ нихъ достигаютъ всего чаще наиболѣе возможныхъ размѣровъ, а во вторыхъ потому, что какъ при тѣхъ, такъ и послѣднихъ внутренней покровъ матки и полость ея подвергаются, какъ мы уже видѣли, болѣе или менѣе глубокимъ анатомическимъ измѣненіямъ. Однимъ изъ первыхъ клиническихъ явленій, замѣчаемыхъ при промежуточныхъ и подслизистыхъ міомахъ, это—разстройство менструаціи, затѣмъ слѣдуетъ нарушеніе нормы по отношенію къ выдѣленію изъ половой сферы слизи и способности къ зачатію.

Замѣчаемое въ этихъ случаяхъ разстройство мѣсячныхъ характеризуется чаще всего обиліемъ и чрезмѣрною продолжительностью ихъ. Обыкновенно ужъ за нѣсколько лѣтъ до того, какъ приходится изслѣдовать больную, мѣсячныя становятся неправильными относительно формы, т. е. гораздо болѣе обильными, чѣмъ прежде, затѣмъ къ этому присоединяется неправильность относительно типа, т. е. они являются раньше прежняго, захватываютъ впередъ. При высшихъ степеняхъ развитія болѣзни случается нерѣдко видѣть, что теряется вовсе типическій характеръ кровотеченій изъ половой сферы, т. е. бывавшія до тѣхъ поръ слишкомъ обильныя мѣсячныя, или же усиленные кровотеченія во время ихъ (*menstr. prof. et menorrhagia*) смѣняются кровотеченіемъ, не столь обильнымъ, правда, но за то постояннымъ. Вообще говоря, подслизистыя фиброміомы, если они достигаютъ только значительной величины, чаще даютъ обильныя кровотеченія, чѣмъ міомы промежуточные. Впрочемъ, въ нѣсколькихъ случаяхъ мы наблюдали при этихъ послѣднихъ на столько обильныя мѣсячныя, что они по силѣ своей напоминаютъ кровотеченія при *placenta praevia*. Наивысшей силы кровотеченія изъ половой сферы достигаютъ на высотѣ развитія міомъ и притомъ у субъектовъ не очень старыхъ. Чѣмъ болѣе дѣло заходитъ за *climactericum*, тѣмъ кровотеченія становятся слабѣе, по крайней мѣрѣ они появляются гораздо рѣже прежняго. На степень кровотеченія имѣетъ вліяніе не только анатомическій характеръ міома, т. е. интерстиціальны ли онъ или подслизистый, но также и мѣсто, въ которомъ онъ развился. Чѣмъ выше въ маткѣ сидитъ фиброміомъ, тѣмъ болѣе даетъ онъ сильныя кровотеченія; поэтому фиброміомы дна и тѣла матки кровоточатъ гораздо болѣе тѣхъ, которыя развиваются ниже. Вопросъ относительно того, что собственно кровоточить при фиброміомахъ матки—рѣшается очень просто, если вспомнимъ то, что сказано было нами выше объ анатомическихъ измѣненіяхъ, происходящихъ при этомъ въ полости. Мы ужъ видѣли, что измѣненія эти сводятся къ эндометриту, выраженному

въ большей или меньшей степени. При этомъ полость матки обыкновенно увеличена и, кромѣ того, направленіе ея можетъ быть измѣнено различнымъ образомъ, смотря по количеству и величинѣ разсматриваемыхъ новообразованій, а также по тому, въ какомъ мѣстѣ они развились. Если же теперь спросить—что собственно въ этихъ случаяхъ обуславливаетъ хроническій эндометритъ полости, то нельзя будетъ остановиться ни на чемъ другомъ, какъ на самомъ фиброміомѣ. Будучи самъ продуктомъ формативнаго раздраженія, онъ, достигая извѣстной величины, становится въ свою очередь раздражающимъ моментомъ по отношенію къ внутреннему покрову матки. Кромѣ того, какъ совершенно справедливо замѣчаетъ М. Duncan *, онъ давленіемъ своимъ долженъ необходимо вызвать застой въ извѣстныхъ частяхъ матки. Если къ этому прибавимъ, что, по мѣрѣ растягиванія (увеличенія) полости матки, и истощенныя стѣнки передолженныхъ кровью сосудовъ должны непремѣнно испытывать большую или меньшую степень напряженія, прямымъ результатомъ котораго должно быть кровотеченіе, — то причина и механизмъ происхожденія кровотеченій при фиброміомахъ стануть для насъ понятны какъ нельзя болѣе. На основаніи всего вышесказаннаго, мы должны прійти къ заключенію, что при фиброміомахъ промежуточныхъ и подслизистыхъ источниковъ кровотеченія заключается во внутреннемъ покровѣ матки и, весьма вѣроятно, въ ближайшемъ сосѣдствѣ новообразованій. Упомянутыя разстройства мѣсячныхъ, т. е. *menstr. prof.* и *menorrhagia*, продолжавшись большее или меньшее число лѣтъ, вдругъ начинаютъ постепенно ослабѣвать и такимъ образомъ дѣло дѣлится опять нѣсколько лѣтъ, пока кровотеченія совершенно не исчезнутъ. Подобное явленіе можетъ быть результатомъ атрофіи и жироваго перерожденія какъ самихъ міомъ, такъ и внутренняго покрова матки.

Выше ужъ упомянуто было о томъ, что при промежуточныхъ и подслизистыхъ міомахъ одно изъ самыхъ выдающихся клиническихъ явленій составляютъ обильныя мѣсячныя. Но, кромѣ того, что они обильны, они, черезъ нѣкоторое время, становятся еще затяжными (*m. protracta*). Въ послѣдніе годы мы подмѣтили одно явленіе по отношенію къ мѣсячнымъ при міомахъ, о которомъ не можемъ не упомянуть здѣсь, такъ-какъ до сихъ поръ было обращено на него очень мало вниманія. Дѣло въ томъ, что мѣсячныя становятся тѣмъ обильнѣе, чѣмъ больше они затягиваются, другими словами: больныя теряютъ тѣмъ больше крови, чѣмъ дальше отъ дня наступленія ихъ. Второе явленіе, бросающееся въ данномъ случаѣ въ глаза, состоитъ въ томъ, что иногда менструальныя кровотеченія дѣлаютъ перемежки. Чѣмъ дольше эти перемежки, тѣмъ обильнѣе послѣдующія кровотеченія. Эти особенности мѣсячныхъ кровотеченій при міомахъ не могутъ не быть принимаемы въ соображеніе въ отношеніи терапевтическомъ.

Кромѣ описанныхъ разстройствъ мѣсячныхъ, эти послѣднія при подслизистыхъ фиброміомахъ матки могутъ иногда принять характеръ дисменоройный. На основаніи нашего клиническаго матерьяла мы должны сказать, что дисменорея въ этихъ случаяхъ

* Edinb. medic. Journ. 1867, p. 630.

составляет, относительно, довольно частое явление. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ мы указали въ нашихъ клиническихъ запискахъ по гинекологіи (стр. 315) на то, что отъ многихъ субъектовъ, до явственнаго обнаруженія клинической картины, характеризующей фиброміомы, намъ нрѣдко приходилось слышать жалобы на то, что мѣсячныя до того, какъ они стали обильными, имѣли характеръ нѣсколько дисменоройный. Но, по мѣрѣ того, какъ они дѣлались обильными, болѣзненность ихъ отступала совершенно на задній планъ. Иногда однако дисменорея выступаетъ очень рѣзко. Рѣзко дисменоройный характеръ мѣсячныя въ нашихъ 86 случаяхъ имѣли всего 19 разъ. Очень близко къ этому подходятъ результаты, выведенныя изъ своихъ наблюдений С. H. West'омъ. На 88 случаевъ фиброміомъ, которыя онъ наблюдалъ до прекращенія регуль, дисменоройный характеръ ихъ онъ наблюдалъ въ 15 случаяхъ. Патогенія дисменореи въ этихъ случаяхъ объясняется не трудно, если вспомнимъ, что она наблюдается преимущественно при подслизистыхъ міомахъ, т. е. такихъ, которыя, достигнувши извѣстной величины и помѣщаясь въ области внутренняго зѣва, могутъ легко обусловить суженія полости матки.

Слизетеченіе (leucorrhoea) при фиброміомахъ бываетъ обыкновенно незначительно. При этомъ интересно то, что оно, вообще говоря, сильнѣе выражено въ началѣ болѣзни и постоянно ослабѣваетъ по мѣрѣ усиленія кровотеченій. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ намъ приходилось слышать жалобы со стороны больныхъ на то, чтобы лейкорейя ихъ особенно беспокоила. Чаше всего еще и въ нѣсколько большей степени мы будемъ имѣть дѣло съ этимъ припадкомъ при подслизистыхъ фиброміомахъ.

Что касается способности къ зачатію, то она при фиброміомахъ матки теряется почти всегда. Мы имѣемъ здѣсь въ виду фиброміомы, достигшія значительнѣй величины и въ особенности подслизистыя. Безплодіе въ этихъ случаяхъ легко объясняется измѣненіями внутренняго покрова матки, съ одной стороны, и смѣщеніями и измѣненіемъ ея въ очертаніи съ другой. На 500 замужныхъ женщинъ, одержимыхъ безплодіемъ, M. Sims насчитываетъ 119 такихъ, у которыхъ констатированы были фиброміомы матки. Въ литературѣ, правда, не мало ужъ накопилось случаевъ, въ которыхъ зачатіе произошло, не смотря на фибромы, тѣмъ не менѣе ихъ должно считать все-таки исключеніемъ изъ общаго правила. Зачатіе еще можетъ произойти тамъ, гдѣ имѣютъ дѣло съ промежуточными фиброміомами, помѣщающимися въ днѣ и притомъ ближе къ наружной поверхности и, кромѣ того, не достигшими значительной величины. Беременность и роды при фиброміомахъ такой величины, чтобы родильный актъ сдѣлался невозможнымъ однѣми силами природы, къ счастью, принадлежатъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. Впрочемъ, говоря объ исходахъ фиброміомъ, мы еще коснемся этого вопроса.

Кромѣ упомянутыхъ клиническихъ явленій, больныя, страдающія фиброміомами матки, не рѣдко жалуются на боли, которыя могутъ имѣть различный характеръ. Обыкновенно, какого бы свойства ни были фиброміомы, въ началѣ и когда они еще не достигаютъ значительной величины, больныя жалуются только на ощущение тяжести въ тазовой сторонѣ и крестцовой области и на чувство напирания внизъ. Припадки эти особенно рѣзко выступаютъ во время мѣсячныхъ, а также послѣ всякаго сколько нибудь значительнаго физическаго напряженія. По мѣрѣ роста опухолей, въ особенности если онѣ развиваются въ нижнихъ отдѣлахъ матки, вышеупомянутые припадки смѣняются ужъ рѣзко выраженными болями. Боль въ подобныхъ случаяхъ характерна до извѣстной степени въ томъ отношеніи, что она имѣетъ склонность распространяться на большія пространства. Такъ, она начинается напр. въ одной изъ паховыхъ сторонъ и отсюда распространяется на поясницу, нижнюю часть живота и въ особенности на нижнія конечности. Боль въ нижнихъ конечностяхъ составляетъ припадокъ довольно частый и притомъ весьма мучительный для больныхъ. Не всегда можно объяснить ихъ прижатіемъ новообразованіемъ нервныхъ сплетеній въ тазу, такъ какъ иногда приходится наблюдать ихъ въ такихъ случаяхъ, гдѣ матка съ развившимся въ ней фиброміомомъ стоитъ на столько высоко, что невозможно допустить, чтобы она могла производить прижатіе на какую нибудь часть тазовой полости. Въ этихъ-то случаяхъ боль въ нижнихъ конечностяхъ отличается особеннымъ упорствомъ и, сосредоточиваясь въ той или другой конечности, симулируетъ сѣдалищную боль (*ischias*). Если боли въ нижнихъ конечностяхъ обуславливаются прижатіемъ нервныхъ сплетеній въ тазу, то послѣ того, какъ боли продолжались болѣе или менѣе продолжительное время, онѣ смѣняются упадкомъ чувствительности (*anaesthesia*) и движенія (*paresis*). Разстройства эти въ сферѣ чувствительности и двигательной продолжаютъ обыкновенно до тѣхъ поръ, пока новообразованіе, увеличившись до извѣстной степени, не подымется изъ таза въ брюшную полость.

Кромѣ упомянутыхъ клиническихъ явленій, происходящихъ непосредственно со стороны матки, мы въ этихъ случаяхъ можемъ еще имѣть дѣло съ цѣлымъ рядомъ припадковъ со стороны сосѣднихъ органовъ, а именно пузыря и прямой кишки. Учащенный позывъ къ мочеиспусканію (*ischuria*), сопровождаемый нерѣдко болѣзненностію (*dysuria*), составляетъ иногда весьма ранній припадокъ при фиброміомахъ матки. Обстоятельство это можетъ зависѣть отчасти отъ прямаго раздраженія пузыря новообразованіемъ, развившимся въ передней стѣнкѣ матки, отчасти же извѣстнаго рода смѣщеніемъ этой послѣдней (*anteversio*). Все то, что временно увеличиваетъ размѣры новообразованія, въ тоже время усиливаетъ припадки со стороны пузыря. Этимъ должно объяснить то, что *ischuria* и *dysuria* столь часто съ особенною си-

люю выступают во время мѣсячныхъ. По словамъ Hardie *, иногда въ это время дѣло можетъ дойти до полного задержанія мочи.

Гораздо чаще, чѣмъ со стороны мочевого пузыря, выступают явленія со стороны прямой кишки. Сущность этихъ явленій состоитъ въ запорахъ механическаго характера, такъ какъ они обуславливаются спираемъ просвѣта кишки новообразованиемъ. Запоры являются въ этихъ случаяхъ не только тогда, когда фиброміомы развиваются въ задней стѣнкѣ матки, но они могутъ быть также и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ міомами въ боковыхъ и переднихъ частяхъ матки. Это будетъ имѣть мѣсто тамъ, гдѣ при подобныхъ условіяхъ происходитъ смѣщеніе матки взадъ. Какъ бы то ни было, но рассматриваемый нами припадокъ причиняетъ большой весьма значительныя страданія, такъ-какъ онъ не только нарушаетъ правильность испражнений на низъ, но *à la longue* глубоко разстраиваетъ питаніе организма, и безъ того уже глубоко подорванное кровотеченіями.

Клиническая картина, обуславливаемая фиброміомами матки, нерѣдко становится еще тяжелѣе, вслѣдствіе цѣлаго ряда болѣе или менѣе тяжелыхъ рефлекторныхъ явленій Сюда должно отнести въ особенности упорныя мигрени, кардиальгіи и разстройство въ органахъ кровообращенія и дыханія. Нерѣдко припадки эти достигаютъ такой высоты, что заставляютъ забывать кровотеченія и боли. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ гинекологическомъ отдѣленіи завѣдываемаго мною Мар. Род. Дома лежала больная, страдавшая промежуточными фиброміомами, представлявшая въ этомъ отношеніи особенно рѣзко выступающій примѣръ. Каждый мѣсяцъ, дня за 3—4 до наступленія мѣсячныхъ, у нея появлялись арпоеа, сердцѣбіеніе, подергиванія мышиць; послѣ того, какъ это продолжалось съ $\frac{1}{2}$ часа или нѣсколько болѣе, она впадала въ коматозное состояніе, длившееся отъ 2—3 часовъ. При этомъ дѣятельность сердца была въ высшей степени неправильная, такъ-какъ пульсъ, весьма слабый, давалъ перебой послѣ каждыхъ 5—6 ударовъ. Что потеря сознанія при этомъ была полная, доказывается тѣмъ, что больная послѣ пробужденія ничего не помнила, что съ нею бывало во время приступа.

Описанная нами картина, замѣчаемая при фиброміомахъ матки, включаетъ въ себѣ тѣ явленія, которыя можно назвать обыденными при рассматриваемой нами патологической формѣ. Но могутъ быть случаи, въ которыхъ клиническая картина при фиброміомахъ становится до такой степени бурною, что непосредственно угрожаетъ жизни больной. Это имѣетъ мѣсто тамъ, гдѣ фиброміомы, вслѣдствіе извѣстнаго измѣненія въ положеніи матки, помѣщаются въ тазу такимъ образомъ, что надавливаютъ на прямую кишку въ такой степени, что дѣлаютъ ее абсолютно непроходимую. Это то состояніе, которое совершенно справедливо называютъ *ущемленіемъ*

* Edinb. medic. Journ. 1874, p. 580.

ніемъ міомъ въ тазовой полости. Замѣчаемыя при этомъ явленія совершенно аналогичны съ тѣми, которыя наблюдаются при ущемленіи беременной матки. Больная жалуется на постоянныя боли въ тазу, постепенно усиливающіяся; по истеченіи извѣстнаго времени, къ этому присоединяются боли и въ животѣ, который, вслѣдствіе абсолютнаго запора на низъ и воспрепятственной циркуляціи газовъ, сильно вздувается, такъ что больная не даетъ дотрогиваться до него. Затѣмъ появляются рвота, икота, лице становится осунувшимся, — однимъ словомъ, выступаетъ картина, указывающая на то, что больная находится въ величайшей опасности. Въ самомъ дѣлѣ, если не подать ей немедленно надлежащаго пособія, то дѣло очень легко можетъ окончиться смертью. Къ счастью, подобные случаи встрѣчаются въ практикѣ весьма рѣдко. На всѣ наши случаи фиброміомъ мы встрѣтили ущемленіе ихъ въ тазу всего 3 раза. Изъ нихъ намъ особенно памятенъ одинъ, который я наблюдалъ надъ больной д-ра Левковича. Дѣло шло о субъектѣ 28 л., не дефлорированномъ и страдавшемъ уже нѣсколько лѣтъ обильными и весьма болѣзненными мѣсячными. Въ послѣднія недѣли до того, какъ я былъ приглашенъ къ ней на консультацию, нѣсколько разъ у больной появлялись такія страшныя боли въ тазовой сторонѣ и животѣ, что она, не смотря на всю свою терпѣливость, не могла удерживаться отъ громкаго крика. Къ упомянутымъ болямъ вскорѣ присоединились ничѣмъ непреодолимые запоры на низъ, вздутость живота, тошнота, рвота и задержаніе мочи. Д-ръ Левковичъ во время этихъ приступовъ принужденъ былъ прибѣгать къ наркозу помощію хлороформа. Я видѣлъ больную во время подобнаго приступа и убѣдился, что онъ обуславливается промежуточными множественными фиброміомами какъ передней, такъ и въ особенности же задней стѣнки тѣла матки. Одинъ изъ нихъ, сидѣвшій очень низко и бывшій величиною съ $1\frac{1}{2}$ кулака, и причинялъ особенно ущемленіе. Въ глубокомъ наркозѣ мнѣ послѣ значительныхъ усилій удалось поднять его и продвинуть въ брюшную полость, вслѣдъ за чѣмъ всѣ явленія ущемленія тотчасъ же прекратились. Въ одномъ подобномъ случаѣ Nelaton'у * не удалось устранить ущемленіе фиброміома и, въ виду угрожающей опасности, онъ рѣшился на производство искусственнаго задняго прохода, причѣмъ больная, однако, все-таки умерла на 8-й день.

Описавъ клиническую картину, обуславливаемую промежуточными и подслизистыми фиброміомами, намъ остается еще упомянуть о припадкахъ, вызываемыхъ подбрюшинными фиброміомами. Когда они не особенно велики, то не обуславливаютъ почти никакихъ болѣзненныхъ явленій. Достигнувши же значительныхъ размѣровъ, они даютъ совершенно такую же клиническую картину, какъ опухоли брюшной полости, какъ

* Случай этотъ, единственный можетъ быть въ литературѣ, описанъ Guon'омъ въ его монографіи: Des tumeurs fibreuses de l'uterus, Paris, 1860, p. 49.

напр. кисты яичника, выпедшія изъ полости таза. Смотри по величинѣ его и мѣсту происхожденія, субсерозный міомъ можетъ или отдавливаетъ матку внизъ, или же, принимая все большіе размѣры, оттягиваетъ ее вверхъ. Сообразно съ этимъ, больныя будутъ жаловаться на различныя болѣзненные ощущенія, какъ-то: тупую боль и чувство выпирания изъ таза, или же на болѣе распространенныя боли въ животѣ. Иногда боли эти могутъ временами достигать значительной степени; это именно тогда, когда субсерозный міомъ вызываетъ воспалительную реакцію въ брюшинѣ; при этомъ, слѣдовательно, мы получимъ картину частичнаго перитонита. Результатомъ этого послѣдняго бываетъ обыкновенно склейка новообразованія съ сосѣдними органами. Такъ-какъ рассматриваемая форма міомъ происходитъ обыкновенно изъ верхнихъ частей матки и притомъ изъ передней поверхности ея, то они и не могутъ обуславливать сдавливанія прямой кишки, какъ мы это видѣли при фиброміомахъ промежуточныхъ и подслизистыхъ. Это возможно только въ очень рѣдкихъ и исключительныхъ случаяхъ, а именно тамъ, гдѣ подсерозный міомъ развивается изъ задней стѣнки матки и при томъ довольно низко. Изъ двухъ извѣстныхъ мнѣ подобныхъ случаевъ одинъ описанъ Рокитанскимъ *, а о другомъ упоминаетъ Courty **. Что касается кровотечной изъ матки, то при этой формѣ фиброміомъ они наблюдаются весьма рѣдко. Они могутъ имѣть мѣсто развѣ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ субсерозныя міомы осложняются такими же новообразованіями промежуточными, или же, если этого и не бываетъ, то тамъ, гдѣ мы, кромѣ того, имѣемъ дѣло съ хроническимъ паренхиматознымъ воспаленіемъ матки. Агапъ увѣряетъ, что, наоборотъ, при субсерозныхъ міомахъ мы нерѣдко будемъ имѣть дѣло съ преждевременнымъ прекращеніемъ мѣсячныхъ (menostasis). Я совершенно согласенъ съ Courty, что менопаузъ встрѣчается при подобныхъ условіяхъ весьма рѣдко. На весь матеріалъ нашъ мы можемъ привести только одинъ подобный случай, интересный въ томъ отношеніи, что менопауза при субсерозномъ міомѣ съ большое яблоко, выходявшемъ изъ праваго угла маточнаго дна и осложненномъ также промежуточными міомами, но гораздо меньшей величины, наступилъ у больной, имѣвшей едва 37 лѣтъ отъ роду.

Что касается объективныхъ клиническихъ явленій, замѣчаемыхъ при фиброміомахъ матки, то мы здѣсь не касаемся ихъ, такъ какъ мы рассмотримъ ихъ подробно, когда будемъ говорить о распознаваніи фибромъ.

Этіологія фиброміомъ, не смотря на всѣ успѣхи новѣйшей науки, остается до сихъ поръ очень темною. Это тѣмъ болѣе должно казаться страннымъ, что фиброзныя опухоли матки составляютъ одну изъ самыхъ частыхъ заболѣваній женской поло-

* Op. cit., p. 547.

** Op. cit., p. 942.

вой сферы. Уже Bayle утверждалъ, что $\frac{1}{3}$ заболѣваній женщинъ, перешедшихъ за 35 лѣтній возрастъ, составляютъ разсматриваемыя нами новообразованія. По Klob'у, число фиброидовъ матки возрастаетъ особенно послѣ 50 лѣтняго возраста, такъ-какъ, по его словамъ, у подобныхъ субъектовъ фиброзныя опухоли матки констатируются у 40%. Эта цифра нисколько не покажется преувеличенною для всякаго, кто много вскрывалъ женщинъ, перешедшихъ за климактерическій возрастъ. Но изъ этого еще ничуть нельзя дѣлать обратнаго заключенія относительно того — какъ часто встрѣчаются фиброиомы въ гинекологической практикѣ. Если взять абсолютное отношеніе этихъ новообразованій къ общему числу гинекологическихъ больныхъ, то оно окажется очень небольшимъ. Въ самомъ дѣлѣ, на 3783 больныхъ мы насчитываемъ 86 фиброиомъ, что составитъ 2,27%. Мы въ этомъ случаѣ расходимся очень значительно съ большинствомъ авторовъ, касавшихся этого вопроса. Такъ, M. Sims на 250 замужнихъ женщинъ, никогда не рожавшихъ, насчитываетъ 57 разъ миомы, т. е. онъ констатировалъ ихъ у каждой изъ 4,3 женщинъ. На 100 незамужнихъ женщинъ, страдавшихъ различными заболѣваніями половой сферы, онъ нашелъ фиброиомы у 24, т. е. въ 24% (!!). Очень близко къ этой статистикѣ подходитъ и Routhé. Всякому можетъ показаться страннымъ — почему наши данныя такъ сильно расходятся съ цифрами только что упомянутыхъ авторовъ. Но это находитъ объясненіе въ двухъ обстоятельствахъ. Во первыхъ, Sims напр. выводитъ вышеприведенное отношеніе специально относительно вопроса о безплодіи. Во вторыхъ, нашъ матеріалъ имѣетъ большею частью совершенно исключительный характеръ въ томъ отношеніи, что, какъ ужъ нѣсколько разъ мы указывали на это, главный контингентъ его составляютъ сельскія женщины, или же, во всякомъ случаѣ, женщины низшихъ слоевъ, у которыхъ, по нашему мнѣнію, фиброиомы матки встрѣчаются несравненно рѣже, чѣмъ у женщинъ лучшихъ классовъ и болѣе зажиточныхъ. Выводъ этотъ подтверждается простымъ сравненіемъ нашего госпитальнаго матеріала съ матеріаломъ нашей домашней амбулаторіи, въ которой фиброиомы встрѣчались почти въ 6 разъ чаще, чѣмъ въ госпиталѣ.

Что касается возраста, въ которомъ встрѣчаются фиброиомы, то Bayle утверждалъ, что они никогда не развиваются ранѣе 30-ти лѣтъ. Положеніе это слишкомъ исключительно, хотя для большинства случаевъ оно несомнѣнно имѣетъ свое основаніе. Мы одинъ разъ только наблюдали фиброиомы у субъекта 32 лѣтъ отъ роду. Интересный фактъ составляетъ то, что у женщинъ африканской расы новообразованія эти развиваются нерѣдко въ относительно, довольно молодомъ возрастѣ. Впрочемъ, Chiari, Ch. West и Schröder также встрѣчали довольно часто фиброзныя опухоли между 20---30 годами, какъ видно изъ слѣдующей таблицы.

Лѣта . . .	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—74
Число слу- чаевъ . . .	33	54	62	19	0	1
	всего 169 случаевъ.					

Наши 86 случаевъ по возрасту распредѣляются слѣдующимъ образомъ.

Лѣта больныхъ	Число случаевъ
32.	1
37.	5
39.	1
41.	7
43.	8
44.	10
45.	12
48.	4
51.	9
54.	14
56.	7
58.	5
60.	1
63.	2
	Всего 86

Въ 37 случаяхъ фиброміомъ матки, обнимающихъ главнымъ образомъ исключительно почти только госпитальный матеріалъ, средній возрастъ больныхъ=45,5 год. Этотъ средній выводъ намъ кажется всего болѣе подходящимъ къ тому, что чаще наблюдается въ практикѣ.

Что касается того—какое вліяніе имѣютъ отъ правленія половой сферы на развитіе фиброміомъ, то Bayle увѣрялъ, что женщины незамужнія болѣе расположены къ этого рода заболѣванію. Въ новѣйшее время Routhе, на основаніи своихъ статистическихъ данныхъ, старался доказать, что, наоборотъ, фиброміомы встрѣчаются чаще у женщинъ замужнихъ. На это Scanzoni совершенно вѣрно замѣчаетъ, что этому обстоятельству (т. е. замужеству) нельзя придавать никакого серьезнаго этиологическаго значенія, такъ какъ не-замужество еще ничуть не служитъ гарантіей воздержанія въ половомъ отношеніи. Совсѣмъ иное дѣло относительно вліянія въ этомъ случаѣ предшествовавшихъ родовъ, такъ какъ здѣсь возможна гораздо болѣе вѣрная оцѣнка. На основаніи нашихъ клиническихъ данныхъ оказывается, что наибольшее число фиброміомъ приходится на женщинъ не рожавшихъ; такъ, на 86 больныхъ приходится всего 22 рожавшихъ. Все число родовъ распредѣлялось слѣдующимъ образомъ:

Число больныхъ	Число родовъ.
4.	1
3.	2
2.	3
5.	4
3.	5
2.	6
1.	7
2	8

Среднее число предш. родовъ = 3,9.

На основаніи этого факта нѣкоторые авторы думали приписывать безплодію въ этомъ случаѣ особенное значеніе. Но намъ кажется гораздо проще объяснить дѣло такимъ образомъ, что въ данномъ случаѣ не безплодіе играетъ особенную роль, но, на оборотъ, женщины эти остались безплодными именно потому, что онѣ одержимы были фиброміомами, развитіе которыхъ, какъ известно, совершается столь тихо, что начало ихъ нерѣдко можно отнести къ довольно отдаленной эпохѣ ихъ жизни.

Почему именно матка столь часто поражается міомами—остается до сихъ поръ открытымъ вопросомъ. Winkel (Volk. Samml. klin. Vortr., № 98) ближайшую этиологическую сущность въ данномъ случаѣ ищетъ въ различныхъ раздражающихъ моментахъ, какъ общихъ, такъ и въ особенности мѣстныхъ, касающихся матки непосредственно. Разбирая этиологическіе моменты, онъ принялъ въ соображеніе выкидыши, подыманіе тяжестей, рвотныя, паденіе съ лѣстницы, сильный испугъ, бѣганіе на конькахъ, пѣніе и т. п., а также цѣлый рядъ различныхъ процессовъ, какъ-то: тифъ, плевроитъ, миланхолію и вѣтряную оспу. Ужъ одинъ этотъ длинный рядъ этиологическихъ моментовъ говорить въ пользу того, что едва ли они имѣютъ какое нибудь особенное значеніе. Это можно утверждать на томъ простомъ основаніи, что въ противномъ случаѣ фиброміомъ матки было бы еще гораздо болѣе, чѣмъ это наблюдается въ настоящее время.

Хотя распознаваніе фиброміомъ матки, вообще говоря, не трудно, тѣмъ не менѣе мы считаемъ нужнымъ здѣсь подробнѣе рассмотреть этотъ вопросъ, для того, чтобы начинающему легче было избѣгнуть тѣхъ затрудненій, которыя могутъ представиться здѣсь въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Вслѣдствіе этого мы рассмотримъ сначала прямое распознаваніе каждой отдѣльной формы фиброміомъ и затѣмъ перейдемъ къ распознаванію дифференціальному.

Фиброміомы интерстиціальныя, мы уже сказали, принадлежать къ тѣмъ, которые достигаютъ наибольшей величины и поэтому самому легко доступны изслѣдованію, какъ наружному, такъ и комбинированному. Распознаваніе этого рода міомъ облегчается еще тѣмъ обстоятельствомъ, что они измѣняютъ положеніе матки такимъ образомъ, что дѣлаютъ ее часто болѣе доступною изслѣдующему пальцу, чѣмъ при другихъ обстоятельствахъ. Въ самомъ дѣлѣ, допустимъ, что дѣло идетъ объ интерстиціальномъ міомѣ, сидящемъ въ передней стѣнкѣ матки, въ днѣ ея. Какъ только новообразование достигнетъ сколько нибудь значительной величины, то вслѣдъ за этимъ произойдетъ накло-

неніе или же загибъ впередъ и притомъ въ такой степени, что при бимануальномъ изслѣдованіи весьма легко будетъ добратъся до того мѣста, гдѣ сидитъ новообразованіе и изслѣдующій палецъ отчетливо опредѣлитъ консистенцію, величину и форму его. Еще легче будетъ опредѣлить фиброміомы, сидящіе на задней стѣнкѣ матки, такъ какъ наклоненіе и загибъ взадъ обыкновенно бываютъ выражены сильнѣе, чѣмъ тѣ же измѣненія впередъ, т. е. еще легче доступны изслѣдованію. Если же мы имѣемъ дѣло съ интерстиціальными фиброміомами такой величины, что они выступаютъ изъ тазовой полости въ брюшную, то при наружномъ изслѣдованіи констатируется твердая, плотная, очень часто бугристая опухоль, обыкновенно нисколько не болящая; важный признакъ при этомъ составляетъ то, что опухоль въ значительной степени подвижна и, захвативъ ее въ широкомъ мѣстѣ обѣими руками, можемъ сдвинуть ее въ ту или другую сторону, а также и вверхъ. При двойномъ изслѣдованіи при этомъ можно убѣдиться въ томъ, что при отодвиганіи опухоли лѣвой рукой вверхъ, немедленно слѣдуетъ за нею и влагалищная часть. При интерстиціальномъ міомахъ, какъ мы уже знаемъ, полость матки увеличивается въ большей или меньшей степени, причемъ направление ея можетъ быть измѣнено различно, смотря по измѣненію въ положеніи самой матки, а также расположенію отдѣльныхъ опухолей. По мѣрѣ увеличенія новообразованія, влагалищная часть матки утолщается и укорачивается; зѣвъ при этомъ слегка раскрывается, по крайней мѣрѣ губы его становятся болѣе сочными и податливыми. Нужно однако помнить, что это будетъ имѣть мѣсто только въ извѣстное время, именно: во время мѣсячныхъ, или же кровотеченій помимо ихъ, такъ-какъ внѣ этого р. *vagin.* обыкновенно представляется плотною и даже твердою на ощупь. Нужно ли для прямаго распознаванія промежуточныхъ фиброміомъ прибѣгать къ зонду? М. Sims отвѣчаетъ на этотъ вопросъ утвердительно; мы же, съ своей стороны, должны сказать, что это можетъ потребоваться въ весьма рѣдкихъ случаяхъ, именно тамъ, гдѣ возникаетъ сомнѣніе относительно полости матки.

При подслизистыхъ фиброміомахъ, остается ли при этомъ матка еще въ полости таза, или же перешла уже въ брюшную полость, органъ представляется круглымъ и, большею частью, совершенно гладкимъ на ощупь. Обстоятельство это должно непременно имѣть въ виду и оно объясняется тѣмъ, что подслизистые міомы только въ рѣдкихъ случаяхъ осложняются фибриміомами промежуточными. Если же даже это бываетъ, то подслизистый міомъ, бывающій къ тому еще большею частью единичный, растетъ несравненно больше и скорѣе своихъ спутниковъ, то есть промежуточныхъ. При фиброміомѣ подслизистомъ матка почти равномерно увеличивается въ объемъ и обыкновенно сохраняетъ срединное положеніе въ тазу. Ткань ея при этомъ несравненно мягче, чѣмъ при другихъ формахъ разсматриваемыхъ нами ново-

образований. Особенно это должно сказать на счет влагалищной части, которая при этомъ укорачивается гораздо больше и скорѣе, чѣмъ при промежуточныхъ фибромахъ. Зѣвъ при этомъ имѣетъ постоянно наклонность раскрываться все болѣе и болѣе; даже въ ранніе періоды развитія подслизистаго міома, губы его уже довольно податливы и притомъ, при фиброзныхъ полипахъ, бываютъ неравнобѣрной толщины: обыкновенно та губа, которая соответствуетъ маточной стѣнкѣ, въ которой развился подслизистый міомъ, бываетъ болѣе или менѣе толще другой.

Подсерозныя фиброміомы, если они не особенно велики, узнаются весьма легко, потому, что, не смотря на большую или меньшую подвижность ихъ, они все таки находятся въ извѣстной связи съ маткой, обыкновенно съ той или другой стороной дна ея. И такъ, если мы у даннаго субъекта констатируемъ въ полости живота кругловатую опухоль, подвижную до извѣстной степени и притомъ плотную на ощупь, то мы имѣемъ право заподозрить подбрюшинный міомъ. Если, кромѣ того, при внутреннемъ изслѣдованіи при этомъ найдемъ, что матка слѣдуетъ за движеніями этой опухоли, т. е. что она тѣсно связана съ нею, — то распознаваніе получаетъ положительное и твердое основаніе. Диагностика въ этихъ случаяхъ облегчается еще тѣмъ, что при подсерозныхъ міомахъ нерѣдко можно констатировать также присутствіе міомъ промежуточныхъ. Ошибка въ распознаваніи этого рода фиброміомъ легко возможна тамъ, гдѣ они достигаютъ очень значительной величины, причемъ ихъ иногда смѣшиваютъ съ другого рода новообразованиями, какъ напр. кистомами яичника. Впрочемъ, при повторномъ и внимательномъ изслѣдованіи можно избѣгнуть этой ошибки, принимая въ соображеніе, съ одной стороны, явленія, присушія опухолямъ яичниковъ и съ которыми мы познакомимся ниже, съ другой же стороны, — связь опухоли съ маткой и отношеніе этой послѣдней къ тазовымъ органамъ.

Что касается фиброміомъ маточной шейки или, лучше, влагалищной части ея, то мы выше уже указали на то, въ какой степени они рѣдки. Тѣмъ не менѣе, вслѣдствіе уже одного мѣста развитія ихъ, относительно распознаванія они не могутъ представлять ни малѣйшихъ затрудненій. Вслѣдствіе извѣстныхъ анатомическихъ особенностей влагалищной части, фиброміомы въ ней могутъ быть исключительно только подслизистыя и интестигиальныя. Если фиброміомъ того или другаго вида развивается въ той или другой стѣнкѣ цервикальнаго канала, то онъ, смотря по величинѣ его, растягиваетъ ее въ большей или меньшей степени, такъ что получаемъ торчащую въ просвѣтъ рукава опухоль, къ которой другая губа прилегаетъ въ видѣ клапана.

Дифференціальное распознаваніе фиброміомъ отъ другихъ страданій матки и придаточныхъ частей ея, по мнѣнію большинства авторовъ, составляетъ довольно трудную задачу. Мы съ этимъ ни въ какомъ случаѣ не можемъ согласиться и допу-

скаемъ затрудненіе въ этомъ отношеніи только для нѣкоторыхъ исключительныхъ случаевъ. Если въ подтвержденіе трудности дифференціального распознаванія фибромъ отъ другихъ патологическихъ состояній половой сферы, приводятъ обыкновенно грубыя ошибки, сдѣланныя въ этомъ отношеніи и притомъ нерѣдко весьма опытными людьми, то все это, по моему, ничего не доказываетъ, такъ-какъ въ подобныхъ случаяхъ не трудно было бы доказать, что почти въ каждомъ изъ нихъ сдѣлано было то или другое важное упущеніе. Какъ бы то ни было, снова повторяемъ: въ обыденной гинекологической практикѣ ошибаться въ этомъ случаѣ не легко и это будетъ имѣть мѣсто только въ рѣдкихъ случаяхъ съ особенными и исключительными осложненіями. Если бы мы пожелали коснуться сколько нибудь подробно всѣхъ тѣхъ патологическихъ состояній, съ которыми будто-бы можно смѣшать фиброміомы матки, то намъ пришлось бы перебрать здѣсь почти всю гинекологию. Такъ-какъ мы нисколько не имѣемъ этого въ виду, то остановимся только на нѣкоторыхъ отдѣльныхъ формахъ.

Интерстиціальныя фиброміомы, говорятъ, можно смѣшать съ наклоненіями и загибами матки. Такъ напр. при наклоненіи матки взадъ (*retroversio*), мы будемъ имѣть дѣло съ опухолью въ дугласовомъ пространствѣ, которую можно принять за промежуточный фиброміомъ задней стѣнки. Для того, чтобы обезпечить себя отъ подобной ошибки, нужно принять въ соображеніе слѣдующее. Какъ бы сильно ни были выражены наклоненіе, или загибъ матки взадъ, мы въ большинствѣ случаевъ все таки въ состояніи будемъ констатировать извѣстную степень подвижности ея. Правда, мы нисколько не споримъ противъ того, что въ этихъ случаяхъ подвижность маточнаго дна можетъ быть уменьшена до *minimum*'а, или даже вовсе исчезнуть (ущемленіе въ тазу, воспалительный процессъ). Но при такихъ условіяхъ, мы будемъ имѣть дѣло съ клинической картиной, выраженной столь рѣзко, что при внимательномъ разборѣ предшествовавшихъ явленій и сравненій ихъ съ тѣми, о которыхъ идетъ рѣчь, трудно будетъ не опредѣлить съ достовѣрностью сущность ея. При этомъ мы руководствуемся главнымъ образомъ тѣмъ, что фибромъ никогда не имѣетъ очертанія дна матки, т. е. что это послѣднее всегда представляется гладкимъ и ровнымъ, съ опредѣленными анатомическими контурами, которыхъ никогда нельзя будетъ констатировать въ фибромѣ. Если къ этому прибавить еще то, что консистенція фиброміомъ совсѣмъ иная, чѣмъ матки, т. е. что первые гораздо плотнѣе и тверже на ощупь, — то получимъ два существенныхъ дифференціально-диагностическихъ признака, которые легко выведутъ насъ изъ затрудненія. Но если бы и этого оказалось намъ недостаточнымъ, — то у насъ въ резервѣ остается еще одно средство, которое непременно приведетъ къ желанному результату. Средство это — маточный зондъ. Помощью этого инструмента весь-

ма легко будетъ доказать, что мнимая опухоль, помѣщающаяся у задней стѣнки таза и импонирующая намъ какъ фибромъ, ни что иное, какъ наклоненное взадъ дно матки. Тоже самое будетъ имѣть мѣсто и при обратныхъ условіяхъ, если мы фибромъ приняли бы за наклоненіе, или загибъ матки: зондъ покажетъ намъ— гдѣ собственно находится маточное дно и приведетъ насъ къ точной діагностикѣ. Но можетъ случиться и такъ, что мы имѣемъ дѣло совмѣстно съ наклоненіемъ или загибомъ матки и фиброміомомъ. Подобное осложненіе въ сущности не только не затруднить, но даже въ значительной степени облегчитъ намъ діагностику, такъ-какъ измѣненіе въ положеніи или очертаніи матки сдѣлаетъ невообразованіе гораздо болѣе доступнымъ для изслѣдующаго пальца.

Можно ли смѣшать интерстиціальныя (а въ рѣдкихъ случаяхъ и субсерозныя) міомы задней стѣнки матки съ воспалительными и продуктами, а также экстравазатами, помѣщающимися въ задней дугласовой складкѣ? Почти во всѣхъ извѣстныхъ мнѣ руководствѣхъ къ гинекологіи ставятъ этотъ вопросъ и, какъ мнѣ кажется, совершенно напрасно. Если бы дѣло шло о старомъ периметритѣ, то при бимануальномъ изслѣдованіи найдемъ, что маточное дно, если оно не было наклонено взадъ до развитія воспаленія, сохраняетъ или свое нормальное анатомическое положеніе, или же, можетъ быть, наклонено въ ту или другую сторону. Кромѣ того — и это самое важное — старый периметрический эксудатъ никогда не можетъ представить контуровъ фиброміома: онъ будетъ болѣе плоскій и разлитой. Какимъ образомъ можно смѣшать фиброміомъ съ экстравазатомъ вокругъ матки (*haematocelc retrouterina*), — для насъ совершенно непонятно.

Въ старыхъ учебникахъ, да и въ нѣкоторыхъ новыхъ (напр. Courty) указываютъ на возможность смѣшиванія фиброміомъ съ беременностью. При этомъ указываютъ обыкновенно на одну грубую ошибку, сдѣланную въ этомъ отношеніи Baule'емъ. Какого рода фиброміомы можно бы смѣшать съ беременностью? Тѣ, которые болѣе всего достигаютъ большихъ размѣровъ, т. е. въ большей или меньшей степени увеличиваютъ животъ, т. е. промежуточные. Но мы уже указали на то, что коль скоро мы имѣемъ дѣло съ интерстиціальными міомами скольконибудь порядочной величины, гдѣ бы они ни сидѣли, ихъ очень легко узнать при простомъ наружномъ изслѣдованіи, потому что при этомъ не трудно ощупать бугристыя, плотныя опухоли. Какимъ же образомъ смѣшать ихъ съ увеличенною беременною маткою, когда она по консистенціи и очертанію совсѣмъ другая? При этомъ, какъ на возможный источникъ ошибки указываютъ на то, что и при фиброміомахъ значительной величины можно услышать такъ называемый маточный шумъ. Но что значитъ этотъ шумъ, когда мы при немъ не имѣемъ фетальныхъ шумовъ, и не можемъ ощупать частей плода? Не говоря уже о внутреннемъ изслѣдованіи, обезпечивающемъ распознаваніе беременности,

мы подобную ошибку, при малѣйшемъ вниманіи только, считаемъ невозможною. Въ этомъ случаѣ возможно скорѣе другая ошибка. Мы можемъ имѣть дѣло съ беременностью, осложненною большими фиброміомами матки. Здѣсь возможно скорѣе просмотрѣть беременность, фибромы же никогда, такъ-какъ признаки ихъ выступаютъ черезчуръ рѣзко.

Имѣя дѣло съ подслизистымъ фиброміомомъ, какимъ образомъ отличить его отъ фибрознаго полипа? Здѣсь мы не можемъ не согласиться, что затрудненія въ этомъ случаѣ могутъ быть иногда весьма значительны. Явленія, добываемыя путемъ изслѣдованія, въ томъ и другомъ случаѣ, до такой степени кажутся тождественными, что рѣшить распознаваніе сразу иногда весьма трудно. При внимательномъ однако взглядываніи въ дѣло, можно выйти изъ этого затрудненія. Для этого должно принять въ соображеніе слѣдующія обстоятельства. Подслизистые фибромы въ тѣсномъ смыслѣ развиваются (т. е. растутъ) гораздо медленнѣе, чѣмъ собственно фиброзные полипы. Поэтому внимательный распросъ больной относительно времени, съ котораго появились припадки, на которые она жалуется, будетъ имѣть въ данномъ случаѣ извѣстное діагностическое значеніе. Кромѣ того, при фиброзныхъ полипахъ маточный зѣвъ раскрывается гораздо больше и скорѣе, чѣмъ при подслизистыхъ фиброміомахъ. Наконецъ, Scanzoni Atlee и др. указываютъ на то, что потугообразныя боли бывають выражены гораздо сильнѣе при фибромахъ, чѣмъ при полипахъ. Въ справедливости этого положенія мы имѣли возможность убѣдиться нѣсколько разъ. Если бы повторное изслѣдованіе больной не дало намъ возможности съ достовѣрностью рѣшить разбираемый нами вопросъ, то тамъ, гдѣ бы это оказалось необходимымъ, можно прибѣгнуть къ методическому расширенію цервикальнаго канала. Впрочемъ, вопроса этого мы еще коснемся ниже, когда будемъ говорить о фиброзныхъ полипахъ.

Большіе интерстиціальныя міомы нерѣдко импонируютъ какъ различныя опухоли яичника, въ особенности кисты ихъ. Отличить простые интерстиціальныя міомы въ этомъ случаѣ можно на основаніи того, что въ нихъ нигдѣ мы не можемъ констатировать зыбленіе. Это одно. Второе, при внутреннемъ изслѣдованіи всегда можно убѣдиться въ томъ, что фибромы находятся съ маткою въ болѣе тѣсной связи, чѣмъ кистомы яичника. Очень важный дифференціально-діагностическій признакъ при этомъ состоитъ въ томъ, что при большихъ фиброміомахъ матки влагалищная часть ея будетъ стоять гораздо ниже, чѣмъ при кистахъ. Если-бы распознаваніе фиброміомъ было еще затруднено осложненіемъ брюшной водяной (ascites), — то можно прибѣгнуть къ проколу живота (paracentesis), съ цѣлью сдѣлать себѣ болѣе доступнымъ изслѣдуемый объектъ (т. е. фибромы). Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ затрудненія въ распознаваніи могутъ быть столь значительны, что они оказываются непреодолимыми и для самаго опытнаго клинициста. Это именно будетъ имѣть мѣсто тамъ, гдѣ

мы имѣемъ дѣло съ большими интерстиціальными фиброміомами, преимущественно дна матки, въ которыхъ произошли такого рода измѣненія, о которыхъ мы упомянули выше, и извѣстными подъ именемъ волоконисто-кистозидныхъ опухолей (*tumeurs fibrocystiques*). Даваемые ими клиническія явленія представляютъ величайшую аналогію съ кистомами яичниковъ. Главное же, что сбиваетъ, это то, что мы при этомъ получаемъ ясное зыбленіе на очень обширныхъ пространствахъ. Это бываетъ до такой степени обманчиво, что въ большинствѣ случаевъ ихъ дѣйствительно принимали за кисты яичниковъ и ошибка выяснилась только во время операціи. Какимъ образомъ избѣгнуть подобной ошибки, мы увидимъ въ главѣ о кистахъ яичниковъ; пока же скажемъ только что существенную роль играетъ въ этомъ случаѣ пробный проколъ.

Выше мы указали на то, что распознаваніе подбрюшинныхъ міомъ обыкновенно не представляетъ никакихъ особенныхъ затрудненій, но могутъ быть однако исключенія изъ этого. Такъ, распознаваніе будетъ очень затруднительно, если фиброміомъ, развившійся изъ одного изъ угловъ маточнаго дна, вросаетъ между пластинокъ одной изъ широкихъ связокъ. При такихъ условіяхъ самое тщательное изслѣдованіе иногда не выясняетъ дѣла. Распознаваніе также будетъ весьма затруднительно, если субсерозный міомъ, разрастаясь, поднимается сильно вверхъ, причемъ онъ такъ оттягиваетъ за собою матку, что шейка ея вытягивается до послѣдней возможности. Происходящее при этомъ истонченіе шейки можетъ сильно сбивать діагностику. Къ этому должно прибавить, что связь между маткой и новообразованиемъ очень сильно истончается, образуя очень тонкую ножку. Въ литературѣ извѣстно нѣсколько подобныхъ случаевъ. Такъ, *Martin* *, въ Лионѣ, описалъ одинъ случай, въ которомъ субсерозный фибромъ, вѣсившій 6 фунтовъ, прикрѣплялся къ маткѣ ножкою длиною въ 2", имѣвшей въ толщину 1". Еще болѣе интересенъ случай *Gaubriac's* **: въ правой *fossa iliaca* помѣщалась опухоль, которую можно было подымать вверхъ до печени и прикрѣплявшаяся къ правой половинѣ маточной шейки помощью очень тонкой ножки. Въ случаѣ *Cruveilhier* *** изъ праваго угла маточнаго дна развился фибромъ, вѣсомъ въ 5 килограммъ и прикрѣплявшійся къ нему при помощи ножки толщиною въ обыкновенное писчее перо.

Предсказаніе при фиброміомахъ матки весьма серьезно во многихъ отношеніяхъ. Начать съ того, что обусловливаемые ими припадки, въ особенности кровотеченіе, сильно подрываютъ здоровье. Во вторыхъ, въ большинствѣ случаевъ они обусловливаютъ безплодіе. Въ третьихъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ они могутъ достигать такой значительной величины, что давленіемъ на

* Mémoires de médecine et de chirurgie prat. Lyon, 1835 p. 371.

** Bulletin de la société anatom., 1841 p. 335.

*** Anat. pathol., t. III. p. 667.

органы таза и живота прямо угрожают непосредственную опасность жизни больной. Если къ этому прибавимъ, что радикальнаго исцѣленія помощью искусства можно ожидать только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, то поймемъ—почему мы предсказаніе въ этомъ случаѣ считаемъ неблагоприятнымъ. Не смотря на все это, фиброміомы (за исключеніемъ фиброзныхъ полиповъ въ тѣсномъ смыслѣ) изъ всѣхъ новообразованій, развивающихся въ маткѣ и придаточныхъ частяхъ ея, относительно говоря, представляютъ еще самые благоприятные шансы для больной, такъ какъ въ обыкновенныхъ случаяхъ очень долго и съ успѣхомъ можно бороться съ ними, облегчая главнѣйшіе припадки, которые особенно тягостны для больной. Въ этомъ отношеніи новѣйшая гинекологія, какъ увидимъ ниже, сдѣлала замѣчательные успѣхи. Предсказаніе лучше при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ, а именно слѣдующихъ. 1) Чѣмъ старше субъектъ, одержимый этой болѣзью, т. е. чѣмъ ближе онъ къ климактерическому возрасту, тѣмъ лучше, такъ какъ многочисленныя наблюденія доказали, что за климактерикомъ ростъ опухолей, если не всегда останавливается, то, во всякомъ случаѣ, онъ совершается гораздо тише и медленнѣе прежняго. Особенно выгодно, если ростъ новообразованій приостановился, такъ какъ въ такомъ случаѣ можно съ положительностью ожидать, что они пойдутъ назадъ, т. е. что въ нихъ совершится регрессивный метаморфозъ (омѣлотовленіе). 2) Предсказаніе выгоднѣе при извѣстныхъ формахъ фиброміомъ, а именно: при субсерозныхъ и подслизистыхъ. Выгода здѣсь заключается въ томъ, что подбрюшинныя міомы рѣдко достигаютъ очень значительной величины и также весьма рѣдко даютъ кровотечения, а тѣмъ болѣе очень обильныя. Субмукозные же міомы, хотя они даютъ самыя сильныя кровотечения, представляютъ болѣе выгодное предсказаніе потому, что, по прошествіи извѣстнаго времени, они обращаются въ фиброзные полипы, допускающіе коренное леченіе. Всего невыгоднѣе предсказаніе при интерстиціальныхъ фиброміомахъ, особенно если они имѣютъ наклонность быстро расти, такъ какъ вызываемые ими припадки становятся весьма тягостными, коренное же леченіе (хирургическое) сопряжено съ большою опасностью для жизни.

Что касается исходовъ при фиброміомахъ, то они уже отчасти довольно выяснены изъ того, что сказано нами выше. На исцѣленіе однѣми силами природы путемъ омѣлотовленія новообразованія, отдѣленіе его отъ почвы, изъ которой онъ развился, и произвольнаго выдѣленія его (*eliminatio spontanea*), — можно надѣяться только въ рѣдкихъ, весьма исключительныхъ случаяхъ. Здѣсь остается намъ еще коснуться одного вопроса, имѣющаго важное клиническое значеніе, по отношенію къ исходамъ фиброміомъ, это именно вліяніе на нихъ беременності и родильнаго состоянія. Мы уже выше упомянули о томъ, что прежніе авторы считали фиброміомы матки почти абсолютнымъ препятствіемъ къ зачатію. Новѣйшія наблюденія однако доказали противное, именно

что не только зачатіе возможно, но что при этомъ беременность можетъ дойти до нормальнаго срока, хотя въ большинствѣ случаевъ, правда, она оканчивается выкидышемъ, или же преждевременными родами. Въ виду подобной возможности, спрашивается: желательно ли, чтобы субъектъ, одержимый фиброміомами, въ особенности промежуточными, забеременѣлъ? На основаніи того, что извѣстно на этотъ счетъ до сихъ поръ въ литературѣ, на вопросъ этотъ должно отвѣчать отрицательно. Хорошо еще, если подобная больная выкинетъ; если же она доходитъ до нормальнаго срока, или же только приблизительно, то дѣло становится весьма серьезнымъ. Чтобы составить себѣ понятіе о томъ, какъ велика въ этомъ случаѣ опасность, угрожающая больной, мы приведемъ въ высшей степени поучительную статистику Garnier'a *. На 42 родовъ при фиброміомахъ матки роды окончились произвольно только 8 разъ; въ остальныхъ же пришлось прибѣгнуть къ пособіямъ искусства и, между прочимъ, пятьдесятъ разъ къ кесарскому сѣченію. Нечего удивляться поэтому, что изъ этихъ 42 больныхъ выздоровѣло только 13. Съ другой же стороны, если беременная, одержимая фиброміомами, счастливо перенесла роды, то она имѣетъ очень много шансовъ отдѣлаться иногда совершенно отъ своей болѣзни, вслѣдствіе того, что новообразованія эти въ родильномъ состояніи могутъ совершенно исчезнуть. Явленіе это легко объясняется тѣмъ, что фиброміомы, по строенію своему совершенно аналогическіе съ маткой, послѣ родовъ подвергаются такому же обратному развитію (involutio), какъ и эта послѣдняя. Если на 36 случаевъ исчезанія фиброміомъ, собранныхъ Schroeder'омъ **, на родильное состояніе приходится только 6, то это объясняется тѣмъ, что случаевъ родовъ при большихъ міомахъ вообще слишкомъ мало. Но что родильное состояніе самымъ выгоднымъ образомъ дѣйствуетъ на фиброміомы,—не можетъ подлежать ни малѣйшему сомнѣнію. Не смотря однако на все это, въ виду страшной опасности, которою родовой актъ угрожаетъ подобнымъ больнымъ, мы все таки утверждаемъ, что зачатіе для нихъ ничуть не желательно.

Леченіе фиброміомъ матки составляетъ весьма трудную задачу. Если мы ее называемъ трудною, то за то ни въ какомъ случаѣ не неблагоприятною, какъ это утверждаютъ очень многіе. На основаніи нашихъ наблюденій, мы, наоборотъ, можемъ увѣрить, что въ нерѣдкихъ случаяхъ терапія достигаетъ въ этомъ отношеніи удовлетворительныхъ результатовъ, разумѣется въ смы-

* Bulletin de la Société de chir., 1869, févr. См. оъ этомъ вопросѣ также, Forget, Recherches sur les corps fibreux et les polypes de l'uterus considerés pendant la grossesse et après l'accouchement въ Bullet. génér. de therap., 1846.—М. Горвицъ Оъ осложненіяхъ родильнаго состоянія фиброзными полипами матки. Моск. мед. газ. 1868. Въ статьѣ этой приведена обширная относящаяся сюда литература.—Lambert, Essai sur les grossesses compliquées de myomes uterins. Paris, 1870.—Kidd, Dubl. Journ. of medic. sc. 1872, Vol. 54, p. 144. Madge, Lond. Obstetr. Trans. act. v. XIV, p. 227.

** Op. cit p. 229.

слѣ облегченія страданій больной. Мы поэтому разсмотримъ здѣсь терапію, имѣющую главнымъ образомъ въ виду именно эту задачу, т. е. облегченіе больной и направленную поэтому противъ отдѣльныхъ припадковъ, и затѣмъ разсмотримъ леченіе радикальное.

а) Терапія паллиативная.

Въ старину думали, что можно очень удачно бороться съ фиброміомами матки, дѣйствуя на нихъ такими средствами, которыя могутъ ихъ заставить уменьшиться въ объемѣ (леченіе атрофирующее, какъ называетъ Cruveilhier). Главную роль въ этомъ случаѣ играли препараты іода и брома. На основаніи того, что мнѣ приходилось видѣть, я положительно долженъ возставать противъ этого, такъ-какъ злоупотребленіе этими средствами въ практикѣ доходитъ до невѣроятной степени. Такъ-какъ большинствомъ трезвыхъ наблюдателей доказано несомнѣннымъ образомъ, что іодъ и бромъ, употребленные внутрь въ какихъ угодно приемахъ, не оказываютъ ни малѣйшаго выгоднаго вліянія на развитіе новообразованій, — то непростительно настаивать на употребленіи ихъ у субъектовъ, у которыхъ мы постоянно должны бороться противъ анеміи и упадка питания. И такъ, не іодъ и не бромъ, — а, наоборотъ, *restaurantia* и поддерживающія кровотовереніе: хининъ, горькія, желѣзо *per se* или же въ соединеніи съ марганцемъ. Что касается хлористаго кальция, предложеннаго нѣкоторыми съ цѣлью способствовать омѣлотовренію (?) фиброміомъ, то онъ совершенно преданъ забвенію. Если мы вооружаемся противъ внутренняго употребленія іода и брома, то ни въ какомъ случаѣ не дѣлаемъ этого по отношенію къ ваннамъ, содержащимъ эти препараты въ связи съ щелочами. Въ этомъ отношеніи въ настоящее время замѣчается у многихъ авторовъ рѣшительная реакція, между тѣмъ, какъ прежде іодисто-щелочныя воды пользовались громкой славой. И то, и другое, по моему, крайности. Кто посылаетъ своихъ больныхъ, одержимыхъ фиброміомами, въ Крейцнахъ, надѣясь на уменьшеніе или даже исчезаніе (?) опухоли, горько ошибается въ этомъ случаѣ и, разумѣется, увеличиваетъ собою число антагонистовъ этихъ водъ. Крейцнахъ, пользующійся въ этомъ случаѣ слишкомъ преувеличенною извѣстностью, едва ли заставилъ исчезнуть хоть бы одинъ фиброміомъ. Тѣмъ не менѣе воды эти все таки могутъ принести въ этомъ случаѣ значительную пользу тѣмъ, что дѣйствуютъ противъ частичныхъ перитонитовъ, нерѣдко причиняющихъ сильныя боли и поддерживающихъ постоянныя гипереміи. Въ этомъ смыслѣ я не могу не отдать полную справедливость какъ Крейцнаху, такъ и нашей Старой Руссѣ, положительно уменьшающимъ страданія больной на болѣе или менѣе значительное время. Тоже самое, хотя въ меньшей степени, должно сказать о Краנקенгейль

и Галъ; французы предпочитаютъ этимъ водамъ свой Виши, Андапръ и Пломбьеръ. Большимъ, не могущимъ отправиться ни на однѣ изъ упомянутыхъ водъ, можно съ пользою назначить ванны изъ Крейцнахской соли, къ которымъ прибавляютъ тамошній щелокъ (Kreuznacher Mutterlauge).

Кромѣ подходящаго внутренняго леченія, сообразно каждому данному случаю, необходимо надлежащимъ образомъ регулировать діету и образъ жизни. Такъ какъ мы уже видѣли выше, что у подобныхъ больныхъ мы часто будемъ имѣть дѣло съ запорами, то сообразно съ этимъ должна быть назначена и діета. Противъ запоровъ не слѣдуетъ употреблять въ этомъ случаѣ драстическихъ, усиливающихъ гиперемій тазовыхъ органовъ, а ограничиваться средними солями. Лучше всего назначать по одному чайному стакану, на тощахъ, Гуниади Яношъ, который можно употреблять очень долго и совершенно безнаказанно. По отношенію къ образу жизни, больная должна избѣгать усиленныхъ движеній даже въ промежуткахъ, когда нѣтъ кровотеченій, а тѣмъ болѣе во время этихъ послѣднихъ. Нерѣдко придется также совершенно запрещать coitum тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ сильными гипереміями.

Изъ принадлежностей намъ придется дѣйствовать главнымъ образомъ противъ кровотеченія, усиленнаго выдѣленія слизи изъ родовыхъ путей и болей.

1) Кровотеченія. Кромѣ обыкновенныхъ гигиеническихъ и діетическихъ мѣръ, предпринимаемыхъ противъ всякихъ кровотеченій изъ половой сферы, мы располагаемъ въ данномъ случаѣ нѣсколькими средствами и способами, приносящими большую частью несомнѣнную пользу. Относительно обыкновенныхъ кровоостанавливающихъ мы должны сказать, что вѣжущими и сильно злоупотребляютъ въ этомъ случаѣ. Во время перемежекъ между кровотеченіями не слѣдуетъ употреблять для рукавныхъ душъ сильно вяжущихъ средствъ, въ особенности сѣрнокислую окись мѣди и полуторохлористое желѣзо, такъ какъ они, сильно раздражая, непременно усиливаютъ гиперемію матѣи, противъ которой мы собственно и дѣйствуемъ. Лучше всего ограничиться въ подобныхъ случаяхъ рукавными впрыскиваніями изъ простой воды, не очень холодной, къ которой можно прибавить небольшія количества сѣрно-кислаго цинка, танина и кино. Если бы пришлось немедленно остановить порядочное кровотеченіе, то лучше всего прибѣгнуть къ наружному употребленію холода (компрессы на животъ и на бедра) и обыкновенному тампону. Внутрь можно назначить спорынью (3ii въ день) или же эрготинъ (8 gr. въ день).

Въ послѣдніе годы нѣкоторые гинекологи, въ особенности американскіе, очень восхваляли, какъ кровоостанавливающее средство, души, изъ горячей воды (отъ 35—40° R.). Мы не разъ прибѣгали къ нимъ и должны сказать, что подобнаго рода души въ тяжелыхъ случаяхъ дѣйствовали нисколько не лучше холодныхъ. Кромѣ того, видима невгода отъ горячихъ душъ въ данномъ случаѣ состоитъ въ томъ, что ихъ нельзя дѣлать столь часто, какъ бы это было желательно, такъ какъ они чрезвычайно сильно возбуждаютъ. Гори-

чіе души, какъ кровоостанавливающее средство, думали ввести въ гинекологию на основаніи того, что они очень хорошо дѣйствуютъ при кровотеченияхъ пурперальныхъ. Но тамъ совсѣмъ иное дѣло: при кровотеченияхъ во время или послѣ родовъ, дѣло идетъ о томъ, чтобы быстро вызвать сокращенія матки и этого помощью горячей воды можно достигнуть очень скоро. При кровотеченияхъ же вслѣдствіе міомъ вызвать сокращенія матки далеко не такъ легко и оно будетъ тѣмъ труднѣе, чѣмъ меньше матка. Кромѣ того, здѣсь упускаютъ изъ виду одно очень важное обстоятельство. Если бы даже настойчивымъ употребленіемъ горячей воды и удалось на нѣкоторое время вызвать сокращенія матки, а, слѣдов., и остановить кровотеченіе, то оно не замедлитъ появиться вскорѣ съ новою силой, такъ какъ сколько нибудь продолжительное употребленіе столь сильнаго возбуждителя на сокращающійся органъ не можетъ не имѣть послѣдствіемъ упадокъ сократительной дѣятельности. Поэтому употребленіе горячихъ душъ, какъ кровоостанавливающего средства, рационально лишь тамъ, гдѣ ихъ приходится употреблять очень недолго.

а) Способъ В. Brown'a состоитъ въ томъ, что, по предварительномъ расширеніи цервикальнаго канала, помощью гистеротома надрѣзается внутренній зѣвъ, а также та или другая стѣнка цервикальнаго канала. Atlee * одинъ изъ первыхъ предлагалъ при этомъ разрѣзать слизистую оболочку, покрывающую опухоль. При этомъ онъ имѣлъ существенно въ виду, разрушивъ сосуды, лежащіе на поверхности новообразованія, содѣйствовать, такимъ образомъ, регрессивному метаморфозу новообразованія. Помощью этой операціи, думалъ Atlee, можно очень хорошо остановить дальнѣйшее развитіе фиброміомъ, жизннность (vitality) которыхъ вообще очень незначительна. В. Brown ** пошелъ дальше Atlee, утверждая, что при этомъ должно надрѣзывать также и внутренній зѣвъ. Что разсматриваемый способъ приноситъ несомнѣнную пользу, доказывается, кромѣ наблюденій Atlee и В. Brown'a, также случаями Nélaton'a, которые я имѣлъ возможность наблюдать въ его клиникѣ Spiegelberg'a *** и нашими собственными ****. Какимъ образомъ объяснить успѣшность примѣненія этого способа, и притомъ, по словамъ Nélaton'a, въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ имѣютъ дѣло съ очень сильными кровотечениями? Объясненіе Atlee мы ужъ видѣли выше и едва ли съ нимъ можно согласиться. Какимъ образомъ, если бы мы даже желали этого, можно понасть разрѣзомъ на сосуды фиброміома, когда этотъ послѣдній покрытъ тонкой слизистой оболочкой и подслизистымъ слоемъ? Вѣроятнѣе всего, что разсматриваемый способъ дѣйствуетъ благоприятно просто тѣмъ, что производимымъ разрѣзомъ, съ одной стороны, уменьшается напряженіе слизистой оболочки, а съ другой, уменьшается гиперемія ея, которая собственно вѣдь и составляетъ главный источникъ кровотечения. М. Sims и Greenhalgh увѣряютъ, что у больныхъ, оперированныхъ В. Brown'омъ, замѣчались вслѣдъ за операціей значительное лихорадочное состояніе и порядочная

* Medico-Chirurgic. Review, 1854, vol. XIV, p. 263.

** On surgic. Diseases of women. Sec. edit. London., 1861, p. 196.

*** Monatschr. f. Geburtsh., Bd. XXIX, p. 87.

**** М. Горвицъ, Клинич. Записки по гинекол., стр. 332—335.

чувствительность матки. Поэтому то Sims и думаетъ, что гистеротомія въ данномъ случаѣ приноситъ пользу тѣмъ, что вызываетъ воспалительный процессъ на внутренней поверхности матки, а слѣдовательно также и въ фиброміомѣ.

Какъ бы то ни было, но намъ дѣло кажется далеко еще не выясненнымъ. Въ то время, какъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ о способѣ этомъ говорили часто и очень много, теперь о немъ совершенно какъ бы умалчиваютъ. Между тѣмъ дѣло это заслуживало бы разъясненія. На основаніи нашихъ личныхъ наблюденій, мы полагаемъ, что разсматриваемый способъ несомнѣнно полезенъ, но далеко не во всѣхъ случаяхъ, какъ думали Atlee и В. Brown. Недавно еще мы безъ всякаго результата прибѣгли къ нему въ одномъ случаѣ, гдѣ дѣло шло о промежуточныхъ фиброміомахъ различной величины, преимущественно дна матки. Въ другихъ же случаяхъ мы наблюдали весьма хорошіе результаты. Какъ объяснить подобное разногласіе? Мнѣ кажется, что отъ гистеротоміи можно ожидать успѣшнаго результата тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ субмукозными міомами и притомъ такими, которые сидятъ не очень высоко. При фибромахъ же промежуточныхъ, особенно такихъ, которыя занимаютъ дно матки, отъ операциі этой нельзя ожидать ничего особеннаго. Въ этихъ случаяхъ, если она можетъ принести нѣкоторую пользу, то развѣ какъ опоражнивающее матку отъ избытка крови, т. е. уменьшающее гипереміи. Подобнымъ же образомъ нерѣдко благопріятно дѣйствуютъ и простыя скарификаціи влагалищной части.

Способъ В. Brown'a потому былъ дискредитированъ въ послѣднее время между гинекологами, что къ нему прибѣгали сплошь и рядомъ, не выбирая подходящихъ случаевъ. Какъ о невыгодномъ обстоятельстве, сопряженномъ съ этимъ способомъ, мы должны еще упомянуть о необходимости предварительнаго расширенія при этомъ цервикальнаго канала. Невыгода эта въ данномъ случаѣ заключается въ слѣдующемъ. Имѣя дѣло съ болною, одержимою фиброміомами матки (въ особенности подслизистыми), мы не имѣемъ никакой возможности знать, въ какомъ состояніи находится слизистый покровъ матки и новообразованія. То же самое должно сказать и относительно состоянія слизистой оболочки одной или обѣихъ fallopieвыхъ трубъ. Между тѣмъ можетъ случиться такъ, что дѣло идетъ о болѣе или менѣе рѣзко выраженномъ воспаленіи какъ слизистой оболочки полости матки, а также и слизистаго покрова новообразованія. Расширеніе цервикальнаго канала можетъ дать одинокъ дремлющему процессу и все это можетъ окончиться перитонитомъ, убивающимъ болную. Такъ было дѣло въ одномъ случаѣ субмукознаго міома, который мы наблюдали въ нашей клиникѣ. Случай этотъ весьма поучителенъ въ томъ отношеніи, что онъ несомнѣнно указываетъ на то—какъ нужно быть осторожнымъ съ расширяющими средствами при нѣкоторыхъ субмукозныхъ міомахъ. Если теперь спросить, каковы именно эти случаи, то, намъ кажется, что это именно тѣ, которые достигли значительныхъ размѣровъ, такъ какъ, вслѣдствіе быстрого роста новообразованія, слизистый покровъ матки долженъ претерпѣть очень серьезныя анагомико-патологическія измѣненія.

Упомянутый нами клиническій случай подробно описанъ однимъ изъ нашихъ учениковъ, докторомъ А. Бергомъ. См. его zur Pathologie der Fibromyome des Uterus въ Zeitschr. f. Geburtsk. u. Gynaecol, 1882, Bd. VI.

б) Способъ Savage'a состоитъ въ томъ, что, по предварительномъ расширеніи цервикальнаго канала, впрыскиваютъ въ

полость матки іодистый растворъ. Savage употребляетъ для этого слѣдующую формулу: Rp. Iodi 3i, kali jodati əj, spir. vin. rectif. ʒij, aq. ʒvj

Въ теченіи послѣднихъ лѣтъ я прибѣгалъ къ этому способу въ очень многихъ случаяхъ и если я не получалъ отъ него такихъ поразительныхъ результатовъ, какъ Savage, то все таки долженъ сказать, что это одно изъ лучшихъ извѣстныхъ мнѣ средствъ противъ кровотеченій при фиброміомахъ матки. Въ моихъ рукахъ средство это останавливало кровотеченіе ничуть не разомъ, какъ утверждаютъ нѣкоторые, но за то, останавливало его въ большинствѣ случаевъ почти навѣрно. Возвраты кровотеченія бывають и при этомъ способѣ, безъ всякаго сомнѣнія, но за то они снова уменьшаются, повторяя впрыскиванія. Какъ Savage, такъ и M. Sims увѣряють, что подъ вліяніемъ іодистыхъ впрыскиваній фиброміома уменьшаются въ объемѣ и даже совершенно (!) исчезаютъ. На основаніи нашихъ набрюденій, я ни въ какомъ случаѣ не могу утверждать этого; одно для меня несомнѣнно, это то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ я могъ положительно констатировать незначительное уменьшеніе новообразованій и приостановку въ дальнѣйшемъ развитіи ихъ. Мнѣ кажется, что этого слишкомъ достаточно, чтобы можно было требовать что либо еще отъ способа, примѣненіе котораго притомъ не сопряжено ни съ малѣйшею опасностью.

Если теперь спросимъ, чему должно приписать успѣшность дѣйствія въ данномъ случаѣ іодистыхъ впрыскиваній, то отвѣчать на это будетъ не совсѣмъ легко. Какъ Savage, такъ и M. Sims полагають, что впрыскиванія вызываютъ воспаленіе внутренняго покрова матки и такимъ образомъ, устраняють кровотеченіе. Мы однако во всѣхъ нашихъ случаяхъ кромѣ незначительной болѣзненности матки, не наблюдали ничего такого, вслѣдствіе чего можно было бы допустить развитіе эндометрита. C. Braun высказался въ томъ смыслѣ, что внутри-маточныя іодистыя впрыскиванія приносятъ здѣсь существенную пользу тѣмъ, что вызываютъ сращеніе внутренней поверхности матки съ новообразованіемъ. Объясненіе это почти тождественно съ объясненіемъ Savage'a. Если бы іодистыя впрыскиванія въ данномъ случаѣ дѣйствовали только какъ простое раздражающее, то, съ одной стороны, они должны были бы останавливать кровотеченіе разомъ, вдругъ, чего однако на самомъ дѣлѣ не бываетъ; во-вторыхъ, въ такомъ случаѣ гераздо успѣшнѣе должно было бы дѣйствовать впрыскиваніе въ матку хлористаго желѣза, съ чѣмъ однако несогласно большинство наблюдателей, за исключеніемъ Routh'e'a и Dup'san'a. Впрыскиваніе хлористаго желѣза весьма невыгодно, такъ какъ оно образуетъ сгустки, которые сильно раздражаютъ матку. Kidd даже нѣсколько лѣтъ тому назадъ описалъ случай смертельнаго исхода послѣ подобной терапіи. Я думаю, что іодистыя впрыскиванія именно тѣмъ здѣсь и выгоднѣе, что они устраняють катарръ внутренней поверхности матки (главный источ-

никъ кровотеченія), не вызывая никакого раздраженія, такъ какъ извѣстно, что іодъ не отвараживаетъ бѣлка, слѣдовательно, не образуетъ сгустковъ. Какъ бы то ни было, но я отъ способа Savage'a получалъ столь успѣшные результаты, что я считаю его дѣйствительнымъ обогащеніемъ гинекологической терапіи. и поэтому въ высшей степени желательно, чтобы онъ получилъ большее распространеніе, чѣмъ какимъ онъ пользуется до сихъ поръ въ практикѣ.

Для того, чтобы можно было безнаказанно прибѣгнуть къ внутриматочнымъ впрыскиваніямъ, необходимо, какъ ужъ мы знаемъ, прибѣгнуть къ предварительному расширенію цервикальнаго канала. На обстоятельство это настаиваетъ также и Savage. Не смотря однако на это, могутъ представиться случаи, въ которыхъ предварительное расширеніе совершенно излишне: это именно тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ весьма короткою влагалищною частью (что, какъ извѣстно, будетъ имѣть мѣсто при фиброміомахъ) и съ достаточно раскрытымъ зѣвомъ. Мы особенно пользовались этими обстоятельствами тамъ, гдѣ некогда было терять время на расширеніе, вслѣдствіе чрезмѣрно сильныхъ кровотеченій. вмѣсто сказанной формулы Savage'a мы прибѣгаемъ просто къ смѣси іодистой настойки съ глицериномъ, а именно 1 ч. trae jodi на 3—4 чч. глицерина, и можемъ утверждать, что смѣсь эта дѣйствуетъ весьма хорошо. Кромѣ того, мы сдѣлали небольшое видоизмѣненіе въ способѣ Savage'a, состоящее въ томъ, что, послѣ впрыскиванія въ матку, кровотеченіе, черезъ большій или меньшій промежутокъ времени, появлялось снова, то мы не тотчасъ прибѣгаемъ снова ко вторичному впрыскиванію, а приводимъ въ прикосновеніе съ маточнымъ зѣвомъ на нѣсколько часовъ корпейный шарикъ, пропитанный вышеупомянутой смѣсью іода съ глицериномъ. Во многихъ случаяхъ я могъ убѣдиться въ томъ, что эта простая процедура, если кровотеченіе не слишкомъ сильно, дѣйствуетъ превосходно.

Многіе нѣмецкіе гинекологи отдають рѣшительное преимущество впрыскиваніямъ полуторохлористаго желѣза, какъ кровоостанавливающему средству при кровотеченіяхъ вслѣдствіе міомъ. Такъ, Winkel уверяетъ, что онъ въ этомъ случаѣ никогда не прибѣгалъ къ іодистымъ впрыскиваніямъ, такъ-какъ полуторохлористое желѣзо приносило всегда желаемую пользу. Negat прибѣгаетъ къ полуторохлористому желѣзу въ видѣ палочекъ, вводимыхъ въ полость матки. Намъ невольно приходилось прибѣгать къ этому средству (т. е. къ впрыскиваніямъ полуторохлористаго желѣза, пополамъ съ водою или же чистою) въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, гдѣ іодъ оказывался не дѣйствительнымъ, и должны сказать, что здѣсь я perchlor. fer. дѣйствовалъ не лучше. Тамъ, гдѣ мы perchlor. fer. употребляли нѣсколько болѣе настойчиво, получалась иногда такая реакція, что она не могла не внушить серьезнаго опасенія. Въ прошломъ году мы видѣли въ консультаціи больную, у которой врачъ (вслѣдствіе кровотеченій отъ міомъ) три дня подрядъ прибѣгнулъ къ впрыскиваніямъ perchlor. fer. въ полость матки; дѣло окончилось перитонитомъ, повлекшимъ за собою смертельный исходъ. Perchlor. fer. тогда остановитъ кровотеченіе, если оно вызоветъ болѣе или менѣ сильный эндометритъ; но у насъ нѣтъ возможности удерживать его въ извѣстныхъ предѣлахъ. Если вос-

палительный процесс перейдет на новообразование и вызоветъ въ немъ большую или меньшую степень смертвѣнія, то больная находится въ неминущей опасности погибнуть отъ септихемиа. Какъ бы то ни было, если ужъ прибѣгать консеквентнымъ манеромъ къ впрыскиваніямъ желѣза въ полость матки, то нужно быть при этомъ въ высшей степени осторожнымъ.

Кровотеченіе при міомахъ, какъ мы ужъ упомянули выше, можетъ иногда дойти до такой степени, что угрожаетъ непосредственною опасностью жизни больной. Тутъ надо остановить кровотеченіе немедленно и во чтобы то ни стало. Если испытаны были всѣ употребляющіяся въ подобныхъ случаяхъ средства (холодные души, тампонада, впрыскиванія въ полость матки іода и желѣза, оставленіе въ полости матки по нѣсколько часовъ банниковъ, пропитанных іодомъ), то можно прибѣгнуть къ соскабливанію внутренней поверхности матки острыми ложечками (rasclage). Средство это выхваляютъ С. Вагн. Негар, Winkler, Prochownik и др. Если бы послѣ раклажа кровотеченіе еще продолжалось въ болѣе или менѣе значительной степени, то вводятъ въ полость матки часа на два кусокъ ваты, пропитанной полуторохлористымъ желѣзомъ и обернутой на зондѣ.

Мнѣ самому никогда не приходилось прибѣгать къ острымъ ложечкамъ *stante pedі* ради того только, чтобы остановить кровотеченіе при міомахъ, такъ-какъ это мнѣ всегда удавалось при помощи другихъ средствъ. Если же бы пришлось прибѣгнуть къ этой процедурѣ, то я совѣтовала бы, по крайней мѣрѣ, величайшую осторожность, т. е. не соскоблить изъ слизистой оболочки полости матки черезъ-чуръ много въ одинъ сеансъ. Иногда дѣло можетъ дойти до очень опасныхъ явленій (гнойный эндометритъ). Такъ, недавно еще одна изъ моихъ больныхъ, попавшая къ извѣстному нѣмецкому гинекологу, чуть не погибла отъ слишкомъ усерднаго раклажа.

с) *Подкожная впрыскиванія эрготина* предложены были двѣнадцать лѣтъ назадъ Hildebrandt'омъ* и съ разу завоевали себѣ почетное мѣсто въ терапіи фиброміомъ. Hildebrandt, для избѣжанія неприятныхъ осложненій, бывающихъ при подкожныхъ впрыскиваніяхъ всякихъ раздражающихъ вещей вообще, какъ-то: сильной боли и образованія нарывовъ, совѣтовала впрыскивать эрготинъ въ слѣдующей формулѣ:

Rp. Extr. sec. corn. aq 3,0
Glycerini
Aq. distil. aa 7,5

Wernich** увѣряетъ, что можно избѣгать всѣхъ неприяностей при впрыскиваніяхъ, если готовить эрготинъ по его способу, состоящему въ томъ, что порошокъ спорыньи растворяютъ въ спиртѣ и такимъ образомъ очищаютъ его отъ жирныхъ веществъ, затѣмъ полученный экстрактъ пропускаютъ черезъ пергаментную бумагу, чѣмъ очищаютъ его отъ слизистыхъ и другихъ примѣсей. Мы часто прибѣгали къ препарату Wernich'a, приготовленному самымъ тщательнымъ образомъ, и можемъ увѣрить, что не видали отъ этого препарата особенныхъ выгодъ. Мало того, растворъ этотъ, постоявъ нѣсколько времени, покрывается плѣсенью скорѣе другихъ и приходилось бросать его. Какъ въ госпитальной, такъ и въ частной практикѣ мы охотнѣе всего прибѣгали къ раствору эрготина, по одной изъ слѣдующихъ четырехъ формулъ Свидерскаго***.

* Berl. Klin. Wochenschr. 1870 № 50—51.

** Berl. Beitr. z. Gebnrtsk. u. Gynaecol. Bd. III. H. I. p. 71.

*** Berl. Klin. Wochenschr. 1870, №№ 50 и 5.

	1	2	3	4
Extr. sec. corn. aq	2,5	2,0	2,5	1,0
Spir. vin rectif.	7,5	5,0	2,5	1,5
Glycerini	7,5	10,5	12,5	3,0
Aq. destil.				4,4

Что касается самого способа употребления подкожныхъ впрыскиваній, то мы при этомъ поступали слѣдующимъ образомъ. Впрыскиванія производятся *in epigastr.*, для чего избираются по преимуществу тѣ мѣста, гдѣ болѣе всего выступаютъ опухоли. Глубина укола должна быть скорѣе больше, чѣмъ меньше; впрочемъ, при этомъ необходимо руководствоваться толщиною брюшныхъ покрововъ. Обыкновенно опасаются глубокихъ уколовъ, имѣя въ виду большую возможность образованія затвердѣній и нарывовъ. Мы можемъ увѣрить, что вообще говоря, нарывы въ этихъ случаяхъ очень рѣдки и притомъ ничуть не чаще послѣ глубокихъ, чѣмъ поверхностныхъ уколовъ. Избѣгать нарывовъ очень легко, дѣлая уколы не слишкомъ близко одинъ отъ другаго и, вообще, слѣдуя при этомъ извѣстному порядку: нѣсколько впрыскиваній въ одной области, затѣмъ въ другой и т. д. Впрыскиванія необходимо дѣлать въ началѣ порѣже, для того, чтобы увидѣть какъ переносятъ ихъ больная. Мы начинаемъ обыкновенно съ $\frac{1}{2}$ gr. каждые 2—3 дня, затѣмъ учащаемъ ихъ, т. е. дѣлаемъ каждый день, доходя до 1—1 $\frac{1}{2}$ gr. Осторожность въ этомъ случаѣ необходима, потому что впрыскиванія эрготина производятъ иногда очень бурную картину: упадокъ пульса, колющъ, наклонность къ обморокамъ, головную боль, тошноту. Въ такихъ случаяхъ нужно оставить ихъ на нѣсколько дней, а затѣмъ снова приступить къ нимъ только порѣже, и въ меньшихъ приѣмахъ. Въ двухъ случаяхъ мы совершенно должны были отказаться отъ нихъ, такъ-какъ больныя ихъ вовсе не переносили. Что касается того—какъ долго должно употреблять впрыскиванія эрготина, то, мнѣ кажется, что въ этомъ отношеніи въ практикѣ грѣшатъ чрезмѣрной поспѣшностью, т. е. ихъ употребляютъ слишкомъ мало времени. Вообще говоря, впрыскиванія дѣйствуютъ очень медленно; иногда, чтобы добиться отъ нихъ какого либо эффекта, даже незначительнаго, требуется нѣсколько недѣль. Тамъ, гдѣ они производили желаемое дѣйствіе, это начинало замѣчаться послѣ 20—25 впрыскиваній. Въ нѣсколькихъ случаяхъ мы доходили до 80, а иногда и сотенъ впрыскиваній. Впрочемъ, если послѣ значительнаго числа впрыскиваній мы не замѣчали никакого видимаго улучшенія, то оставляли ихъ и переходили къ какому нибудь другому способу.

Что можно ожидать отъ разсматриваемаго способа? Вскорѣ послѣ обнаруженія его, многіе отзывались объ немъ съ чрезвычайнымъ энтузіазмомъ, полагая, что мы приобрѣли способъ, дѣйствующій не только палліативно, т. е. противъ кровотеченій, но могущій также оказать и радикальное вліяніе на фиброміомы,

останавливая ихъ дальнѣйшее развитіе, и даже заставляя ихъ вовсе исчезать. Сангвиническія надежды эти нисколько не оправдались. Наилучшіе результаты почему-то получали въ особенности американскіе гинекологи, какъ напр. Ashust *, Keating, Goodell ** и др. ***. Теперь ужъ прошло болѣе десяти лѣтъ со времени введенія въ употребленіе эрготинныхъ впрыскиваній противъ фиброміомъ матки и мы, на основаніи какъ чужихъ, такъ и собственныхъ наблюденій, можемъ придти на этотъ счетъ къ слѣдующимъ выводамъ.

1) Подкожныя впрыскиванія эрготина составляютъ несомнѣнное обогащеніе гинекологической терапіи.

2) Они останавливаютъ кровотеченія, хотя медленно, но вѣрно.

3) Число наблюденій, въ которыхъ этотъ способъ заставлялъ исчезать міомы, ничтожно, и притомъ едва ли эти наблюденія заслуживаютъ довѣрія.

4) Что впрыскиванія эрготина иногда надолго останавливаютъ дальнѣйшее развитіе фиброміомъ, не подлежитъ для меня ни малѣйшему сомнѣнію.

5) По прошествіи извѣстнаго, болѣе или менѣе продолжительнаго промежутка времени, кровотеченія снова рецидивируютъ.

6) Тамъ, гдѣ эти послѣднія исчезали совсѣмъ и притомъ констатировалось значительное уменьшеніе опухолей въ объемѣ, — вѣроятно дѣло шло объ одномъ изъ тѣхъ естественныхъ исходовъ, на которые указано нами выше.

7) На сколько употребленіе подкожныхъ впрыскиваній эрготина можетъ содѣйствовать скорѣйшему наступленію одного изъ этихъ благоприятныхъ исходовъ, — остается открытымъ вопросомъ ****.

Въ послѣднее время мы прибѣгали просто къ раствору хорошо очищеннаго эрготина (ergot. bis depurat.)—1 ч.—на 5 чч. воды. Для того, чтобы растворъ лучше сохранялся, можно прибавить къ нему одну или двѣ капли раствора карболовой или салициловой кислоты (Winckel).—Мы ужъ упомянули выше о томъ, что часто намъ приходилось сдѣлать очень много впрыскиваній прежде, чѣмъ замѣчается отъ нихъ какой нибудь положительный успѣхъ. Другіе наблюдали тоже самое. Такъ Schroeder упоминаетъ о большой, у которой пришлось сдѣлать 400 впрыскиваній, а Winckel приводитъ случай, гдѣ число впрыскиваній доведено было до 500.

Растворы эрготина впрыскивались также прямо въ маточную шейку. Такъ Collins (Centralbl. f. Gynaecol., 1877, p. 330) прибѣгалъ къ этому способу въ особенности при плохой инволюціи матки; Deloge (Gaz. hebdom., 1877,

* Amer. Journ. of medic. sc. 1873, July.

** Report on the progresses of obstetr. and gynaec. 1873, p. 24.

*** Americ. Journ. of obst. V, VI p. 639.

**** Д-ръ Доброуравовъ въ статьѣ своей «О лѣченіи нѣкоторыхъ формъ женскихъ болѣзней подкожными впрыскиваніями эрготина» (Лѣтопись хирургич. Общ. въ Москвѣ, 1876, т. I, стр. 619) приводитъ, между прочимъ, описаніе четырехъ случаевъ фиброміомъ матки, въ которыхъ онъ съ успѣхомъ прибѣгнулъ къ этому способу; кровотеченіе и leucog., а также и боли унялись въ значительной степени. Онъ употреблялъ препаратъ Simon'a; extg. sec. cogn. dualizat. 1 ч. на 10 чч. глицер. и воды aa. На 160 впрыскиваній онъ только одинъ разъ наблюдалъ небольшой нарывъ.

Nov. 16) применил его при фибромиомах матки. Число наблюдений Delore'a довольно значительно (63), но они нисколько не говорят въ пользу этого метода. Послѣ подобнаго рода впрыскиваній Delore очень часто наблюдалъ дурноту, рвоту, головныя боли, а также боли въ животѣ, продолжавшіяся по нѣсколькимъ часамъ и даже цѣлыя сутки. Два раза дѣло дошло до образованія нарыва въ маточной шейкѣ, а одинъ разъ до воспаления соединительной ткани таза (phlegmone pelvis).

О подкожныхъ впрыскиваніяхъ эрготина, кромѣ вышеприведенныхъ литературныхъ данныхъ, см. также: Winckel, Volk. klin. Vorträge. № 98.—Leopold, Arch. f. Gynaecol., Bd. XIII, p. 182.—Schwenninger, Berlin. klin. Wochenschr., 1876, № 32.—Geissel, Deutsche med. Wochenschr., 1877, № 44.—Münster. Deutsche med. Wochenschr., 1877, № 14—15.—Delore, An. de Gynecol., 1878, Fevr.—Winckel. Pathol. der weibl. Sexualorg. 1878, p. 73.—Herman. Medic. Times and Gaz., 1879, 7 June.

Намъ остается еще упомянуть о томъ, что нѣкоторые думали дѣйствовать на уменьшеніе фиброміомъ матки помощью электричества. Такъ, Kimbal и Culter вкалывали въ различныя мѣста опухолей (фиброміомъ) по два стiletа длиною въ 7½" и, замкнувъ цѣпь, дѣйствовали на опухоль въ продолженіе 15 минутъ. По увѣренію упомянутыхъ авторовъ, они такимъ образомъ получили уменьшеніе опухолей въ 23 случаяхъ, въ 10 электричество не оказало никакого эффекта, въ 2 случаяхъ наступила смерть вслѣдствіе перитонита, а въ 3 случаяхъ опухоли совершенно исчезли (?). См. Centralbl. f. Gynaecol., 1877, p. 46.

2) Противъ усиленнаго слизетеченія изъ родовыхъ путей, составляющаго ничто иное, какъ результатъ хроническаго катарра слизистаго покрова матки, мы дѣйствуемъ на основаніи того, что сказано было выше въ главѣ о хроническомъ эндометритѣ. Во время отсутствія кровотеченій назначаемъ тепловатыя рукавные души, которые, смотря по надобности, можно замѣнить и холодными; къ душамъ прибавляемъ вяжущія, но, какъ ужъ сказано выше, не очень сильно раздражающія. Если бы этого оказалось недостаточнымъ, то черезъ день можно прибѣгать къ тампону, верхушка котораго смачивается смѣсью liq. s. fer. et glycer aa. Если бы выдѣленіе изъ половой сферы было зловонное, гнойное, то прибавляемъ къ рукавнымъ впрыскиваніямъ противугнилостныя, какъ то: ac. carbolic., kali hypermanganic., vinum или aet. arom., liquamen styracae, и пр.

3) Боли, на которыя жалуются больныя, одержимыя фибромиомами, могутъ быть двоякаго характера: однѣ изъ нихъ суть ничто иное, какъ потенцированное ощущеніе тяжести въ тазовой сторонѣ, могущее однако доходить до степени сильной боли, обусловливаемой давленіемъ новообразованій на сосѣдніе органы. Втораго рода боли, замѣчаемыя при фибромиомахъ, являются періодически, т. е. сопровождаютъ мѣсячныя и, слѣдовательно, относятся къ категоріи дисменорейныхъ болей. Если мы имѣемъ дѣло только съ простымъ ощущеніемъ тяжести, а также какъ бы вышираніемъ изъ полости таза, то назначаемъ на нѣкоторое время абсолютно покойное положеніе, согрѣвающіе компрессы на нижнюю часть живота, теплыя опіатныя души въ рукавъ и ванны. Если же бы при этомъ выступала картина частичнаго перитонита (болѣе или менѣе сильныя лихорадочныя движенія, боль въ ограниченномъ мѣстѣ), то прибѣгаютъ къ приставленію пия-

вокъ къ болящему мѣсту и методическому употребленію холода.¹ Если же боль въ тазовой сторонѣ становится постоянною, даже все болѣе и болѣе усиливается и при этомъ выступаютъ запоры на низъ и серьезные разстройства со стороны мочевого пузыря, то нужно имѣть въ виду усиленное давленіе новообразованій на сосѣдніе органы и даже возможность ущемленія фиброміомъ. Въ подобномъ случаѣ ничего болѣе не остается, какъ немедленно приступить къ поднятію опухоли изъ таза въ брюшную полость. Съ этою цѣлью употребляемъ всѣ усилія, для того, чтобы опорожнить по возможности кишечникъ (большіе клистиры и даже *drastica*), затѣмъ катетеризируютъ и, давъ большой горизонтальное положеніе на спящѣ, съ приподнятымъ тазомъ, приступаютъ къ вправленію (т. е. поднятію, редресациі) опухоли. Если бы боли при этомъ были очень сильны, или же больная была бы очень безпокойна и сильно напрягала брюшныя мышцы, то лучше всего прибѣгнуть къ наркозу. Установить какія нибудь положительныя правила, которыми можно было бы руководствоваться при производствѣ разсматриваемой манипуляціи, весьма трудно, такъ какъ условія при этомъ могутъ быть весьма различны. Вообще же должно сказать, что при этомъ должно руководствоваться тѣми же данными, какъ при вправленіи наклоненной взадъ матки и которая подробно изложена нами выше (ч. II, стр. 30—33). Что касается болѣе дисменоройныхъ, то мы въ данномъ случаѣ можемъ дѣйствовать противъ нихъ только чисто симптоматически, т. е. наркотизируя больную то *per rectum*, то *per vaginam*. Нерѣдко можно значительно унять дисменоройныя боли въ этомъ случаѣ, прибѣгая за 2—3 дня до наступленія мѣсячныхъ къ глубокимъ скарификаціямъ влагалищной части.

б) Терапія радикальная.

Такъ какъ фиброміомы матки обусловливаютъ иногда, какъ ужъ мы знаемъ, столь тяжелые припадки, что они ставятъ въ непосредственную опасность жизнь больной, то ужъ давно лучшіе представители хирургіи и гинекологіи употребляли всевозможныя усилія для того, чтобы придумать различнаго рода методы къ удаленію этихъ новообразованій. Сюда относятся поштыки *Veprau*, *Amussat*, *Simpson'a*, *Kiwisch'a*, *Atlee*, *Mar. Sims'a*, *C. Braun'a* и др. Коренное устраненіе фиброміомъ матки возможно двоякимъ путемъ, т. е. *per vias naturales* (черезъ рукавъ) и чрезъ вскрытіе брюшной полости.

Удаленіе фиброміомъ чрезъ естественныя родовыя пути. Техника этой операціи состоитъ въ томъ что предварительно расширяютъ маточный зѣвъ и цервикальный каналъ (если послѣдній еще не сгладился) помощью губокъ или же, по примѣру *Duquytren'a*, *B. Brown'a* и др., помощью глубокихъ разрѣзовъ; затѣмъ скапелемъ разрѣзаютъ слизистый покровъ опухоли; разрѣзъ можетъ быть или линейный, или крестообраз-

ный. Остановивъ кровотеченіе, приступаютъ къ вылуциванію фиброма изъ его ложа; это дѣлаютъ такимъ образомъ, что захватываютъ новообразованіе крѣпкими щипцами (мюсеевскими или полипными), а пальцами другой руки (или же черенкомъ скальпеля или даже ножомъ (?!)) вылуциваютъ опухоль. Работа эта въ высшей степени тяжелая, въ особенности если фиброміомъ сидитъ высоко. Но разъ приступивши къ вылуциванію, необходимо окончить его во что бы то ни стало, — иначе больной угрожаетъ очень большая опасность отъ наступающаго распадешя опухоли, дѣлающагося источникомъ септихеміи. Впрочемъ, В. Дунсан и нѣкоторые другіе совѣтуютъ, по производствѣ разрѣза, не очень настаивать на непосредственномъ вылуциваніи опухоли; нужно помедлить и содѣйствовать только элиминаціи ея тѣмъ, что даютъ большой большіе приемы спорыньи и отъ времени до времени оттягиваютъ внизъ опухоль крѣпкими щипцами. В. Brown вырѣзывалъ въ опухоли небольшой сегментъ (какъ срѣзаютъ часть яблока) и въ образовавшееся отверстіе вводилъ турунды, смазанные масломъ до тѣхъ поръ, пока опухоль не выдѣлилась сама собою наружу.

Относительно техническихъ приемовъ при вылуциваніи міомъ, мы должны замѣтить еще слѣдующее. Больной дается или обыкновенное положеніе на спивъ, съ приподнятымъ тазомъ, или же на лѣвомъ боку. Въ томъ и другомъ случаяхъ рукавъ обнажается помощью желобоватыхъ зеркалъ и передняя губа маточнаго зѣва фиксируется обыкновеннымъ образомъ. Если зѣвъ достаточно раскрытъ (или самъ собою, или же послѣ различныхъ предварительныхъ процедуръ) и опухоль сидитъ низко, такъ что часть ея видна глазомъ, то она захватывается помощью крѣпкихъ мюсеевскихъ щипцовъ и оттягивается сколько возможно внизъ. Маневру этому помощникъ помогаетъ, отдавливая очень сильно маточное дно. Затѣмъ слизистый покровъ опухоли разрѣзывается и притомъ лучше всего въ поперечномъ направленіи. С. Браунъ очень настойчиво совѣтуетъ разрѣзать капсулу опухоли не ножомъ или ножницами (В. Brown, M. Sims), а гальванокаутическимъ способомъ. Затѣмъ пальцемъ (элимъ или двумя) проникаютъ между капсулою и опухолью и стараются выдвинуть эту послѣднюю изъ ея ложа. Если связь эта не крѣпкая, то работа эта не особенно трудна; въ большинствѣ случаевъ однако это не такъ: пальцы скоро нѣмбуютъ. Поэтому приходится прибѣгать къ какимъ нибудь тупымъ орудіямъ или же специально придуманнымъ для этого инструментамъ, какъ напр. энуклеаторамъ М. Sims'a (нѣчто въ родѣ тупыхъ ложечекъ). Американскіе и нѣкоторые нѣмецкіе гинекологи прибѣгаютъ въ этихъ случаяхъ къ туповоеннымъ ножницамъ. Если во время вылуциванія кровотеченіе, которое иногда очень незначительно, становится угрожающимъ, то останавливаютъ его отъ времени до времени вырсыкиваніемъ горячей воды или же тампонадою; затѣмъ нужно повториться съ окончаніемъ операціи.

Если вылуциваемый тшомъ не особенно великъ, то, по повсемѣстномъ отдѣленіи его отъ ложа его, удаленіе его не особенно затруднительно. Обыкновенно же не удается его отдѣлить пальцами или инструментами цѣлкомъ, тѣмъ не менѣе его вытаскиваютъ тѣмъ, что крѣпко тащутъ за щипцы, которыя вваливаются въ существо опухоли все выше и выше. Иногда міомы бываютъ такой величины, что ихъ нельзя провести чрезъ тазъ безъ нарушенія ихъ цѣлости; приходится вырѣзать одинъ или нѣсколько кусковъ, пока опухоль не спадется на столько, чтобы ее можно было, наконецъ, вытащить. С. Браунъ особенно хвалитъ разможеніе міомъ въ этихъ случаяхъ, для чего онъ придумалъ особенный инструментъ (фиброкласть), имѣющій большое сходство съ обыкновеннымъ краниокластомъ.

По удаленіи опухоли, полость, въ которой она помѣщалась, имѣетъ на-

клонность спадаться сама собою; если бы капсула миомы образовала большіе доскуты, то ихъ нужно обрѣзать ножницами. Матка прилежно промывается теплымъ карболовымъ растворомъ и, кромѣ того, оперированной даютъ эрготинъ до тѣхъ поръ, пока матка окончательно не сократится.

Что должно сказать на счетъ разсматриваемой операціи? Что выполненіе ея въ высшей степени трудно, — легко понять изъ вышеприведеннаго описанія. Что же касается сопряженныхъ съ нею опасностей, то это видно изъ результатовъ, извѣстныхъ на этотъ счетъ въ наукѣ. По Guyon'у, на 17 больныхъ, оперированныхъ такимъ образомъ, насчитываютъ 10 смертельныхъ исходовъ. По Ch. West'у изъ 28 оперированныхъ умерла ровно половина, т. е. 14; операція не могла быть окончена въ 4 случаяхъ. Кромѣ того, извѣстны еще несчастные исходы въ случаяхъ Simpson'a, Maisonneuve'a, Huguiere'a и др., которые вовсе не описаны.

Статистическія данныя послѣдняго времени несравненно благоприятнѣе и притомъ весьма различны у различныхъ операторовъ. Такъ, стоитъ для этого сравнить статистики Gusserow'a и C. Braun'a. Gusserow, воспользовавшись цифрами, приводимыми C. West'омъ, Manuel'emъ и A. Martin'омъ, приводитъ всего 154 случая удаленія миомъ per vias naturales; на это число приходится 51 случай со смертельнымъ исходомъ, т. е. 33,1%; 15 разъ операція не могла быть окончена и изъ нихъ 9 окончились смертью; 29 разъ операція могла быть окончена въ теченіе большаго или меньшаго числа сеансовъ; на это число приходится 6 смертельныхъ исходовъ. C. Braun приводитъ 91 случай вылучиванія миомъ per vias naturales (въ томъ числѣ собственныхъ 12) со смертностью въ 18% (?). C. Schroeder на 11 оперированныхъ потерялъ 3, Hegar и Kaltenbach на 19 больныхъ — 4, а Frankenhäuser на 23 подобныхъ операціяхъ насчитываетъ всего 3 (!) смертельныхъ исхода. Чѣмъ объяснить столь различные исходы въ рукахъ различныхъ операторовъ? Тутъ возможно только одно рациональное объясненіе, а именно то, что случаи у названныхъ авторовъ были въ высшей степени различны. Въ самомъ дѣлѣ, аналогія весьма отдаленная между фибромиомами субмукозными по преимуществу и сидящими очень низко и тѣми, которыя имѣютъ рѣшительный интерстиціальныи характеръ, и сидящими очень высоко въ полости. То же самое должно сказать на счетъ степени раскрытія и податливости родовыхъ путей и множества другихъ обстоятельствъ. Разбирая внимательно казуистику, приводимую упомянутыми выше авторами, не трудно убѣдиться въ томъ, что нерѣдко приступали къ вылучиванію такихъ фибромиомъ, гдѣ съ перваго раза можно было видѣть, что нѣтъ ни малѣйшихъ шансовъ на успѣхъ. Оттого то мы и встрѣчаемъ столь значительное число случаевъ, гдѣ операція не могла быть окончена, не смотря ни на какія усилія.

Имѣя въ виду подобные печальные исходы, понятно, что къ этой операціи должно приступать въ высшей степени осмотрительно. Я думаю, что едва ли даже можно имѣть малѣйшую на-

дежду на успѣхъ, если вылуциваніе предпринимается при интерстиціальныхъ фиброміомахъ и тѣхъ, которые сидятъ высоко въ полости матки. Вылуциваніе при подобныхъ условіяхъ мы не можемъ считать ничѣмъ инымъ, какъ непростительною хирургическою дерзостью. Если лѣтъ 30 и болѣе тому назадъ нѣкоторые хирурги и гинекологи считали себя въ правѣ прибѣгать къ этой отчаянной операціи, то это отчасти еще оправдывается тѣмъ, что способы палліативные были развиты очень плохо. Такъ какъ въ настоящее время едва ли найдется такой случай, въ которомъ мы бы не могли сладить, напр. съ кровотеченіемъ, то и операція эта должна быть примѣняема въ очень рѣдкихъ и совершенно исключительныхъ случаяхъ. На нее можно рѣшиться, по нашему мнѣнію, только при слѣдующихъ условіяхъ:

- 1) Когда мы имѣемъ дѣло съ частыми и обильными кровотечениями, противъ которыхъ оказывается безсильнымъ методическое употребленіе вышеизложенныхъ способовъ.
- 2) Когда фиброміомы не очень велики и притомъ имѣютъ рѣшительно подслизистый характеръ и
- 3) если они сидятъ не высоко, преимущественно же въ маточной шейкѣ или же не выше области тѣла.

Библиографическія, историческія, а также статистическія данныя относительно вылуциванія фиброміомъ см. Amussat, Mém. sur l'anat. pathol. des tumeurs fibreuses etc. Paris, 1842.—Wach. Atlee, Amer. Journ. of. med. sc., 1845, Apr.—Bérard, Bullet. de la société anatom., 1849, p. 82.—Maisonneuve, Bullet. de la soc. de Chirurg., 1849.—Jarjavay, Des opérations applicables au corps fibreux de l'utérus. Paris., 1852.—Hutchinson. Medic. Times and Gaz. 1857. Aug. (Собрать статистику, обнимающую 39 случаевъ).—Langenbeck, Deutsche Klin. 1859 № 1.—B. Brown, Op. cit., p. 193.—M. Duncan, Edinb. medic. Journ. 1867, Jan. et Febr.—Gusserow, Monatsschr. f. Geburtsk., Bd. XXXII, p. 83.—M. Sims, Clinic. Notes в т. д. (нѣм. переводъ) p. 80.—Hegar, Virchow's Arch., 1869, Bd. 48, p. 332.—Brown, Philad. med. and surgic. Report. 1871, № 25.—Emmet, Amer. Journ. of. Obst. vol. IV p. 725.—Mänuel, Prager Vierteljahrschrift, Bd. 120, 1874, p. 29.—C. Braun, Wiener Medic. Wochenschr., 1874, 39, 40, 41.—Pozzi, De la valeur de l'hysterotomie. Paris, 1875.—Draga Ljocic, Ein Beitrag zur Operativen Behandlung der Fibromyome des Uterus. Zürich, 1878.—Jacubasch, ueber Uterusfibrom. Charité-Annalen, 1879—1881, 2 Theil.—Gaillard Thomas, Amer. Journ. of. med. sc., 1880, apr.—Braun, Lehrb. der gesammten Gynaecol., 2 aufl., Wien, 1881, 440.—Hegar и Kaltenbach, Die operative Gynaecol., 2 Aufl. Stuttgart, 1881, p. 480.

Удаленіе фиброміомъ матки чрезъ вскрытіе брюшной полости (laparotomie) можетъ быть двоякаго рода: или просто удаляется только фибромъ (міомотомія по Schroederу), или же опухоли удаляются вмѣстѣ съ большою частью матки (a mputatio uteri supravaginalis).

Если дѣло идетъ о фиброміомѣ (субсерозномъ), соединенномъ съ маткою помощью болѣе или менѣе длинной ножки, то, сдѣлавши разрѣзъ брюшныхъ покрововъ надлежащей длины, вскрываютъ полость брюшины и выдавливаютъ изъ нея опухоль наружу. Съ ножкою можно поступить двоякимъ образомъ: положивъ на нее одну или двѣ крѣпкихъ лигатуры, опухоль удаляютъ, а

ножку опускають въ полость брюшины (внутрибрюшинный способ), или же ее вшиваютъ въ рану, или, наконецъ, ее фиксируютъ наружу помощью разныхъ инструментовъ (клямпы, большія иглы и пр.). Schroeder отдаеть рѣшительное преимущество внутрибрюшному способу, причеъ онъ поступаетъ такимъ образомъ, что обшиваетъ ножку, если она сколько нибудь значительна, нѣсколькими лигатурами. Точно такимъ же образомъ онъ поступаетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ субсерозный миомъ не имѣетъ рѣзко выраженной ножки, а сидитъ широко. При этихъ условіяхъ онъ отдѣляетъ опухоль овальнымъ разрѣзомъ и рану затѣмъ спыиваетъ. (Способъ этотъ давалъ въ его рукахъ очень блестящіе результаты. Какъ бы то ни было, внутрибрюшинный способъ въ тѣхъ случаяхъ, если есть хоть малѣйшая возможность примѣнить его, заслуживаетъ несомнѣннаго преимущества предъ способомъ внѣбрюшиннымъ. Доводы, на основаніи которыхъ мы высказываемъ это мнѣніе, будутъ подробно рассмотрѣны нами въ главѣ объ оваріотоміи.

Amputatio uteri supravaginalis, предпринимаемая ради удаленія фиброміомъ, производится слѣдующимъ образомъ. Ляпоратомія и вскрытіе брюшины производятся обыкновеннымъ образомъ. Разрѣзъ брюшныхъ покрововъ (а слѣдов. и брюшины) долженъ быть слѣланъ такой величины, чтобы можно вывести чрезъ него опухоль. Иногда эта послѣдняя бываетъ такихъ размѣровъ, что опухоль можно выкатить только съ большимъ трудомъ и послѣ продолжительныхъ усилій. При подобныхъ условіяхъ Réan предложилъ прибѣгнуть къ уменьшенію опухоли (*morcellement*), производимому слѣдующимъ образомъ. Доступная часть ея захватывается въ *serre-noud*. *Cintra*t, который затягивается до послѣдней возможности и захваченная такимъ образомъ часть опухоли удаляется *Morcellement* большею частью совершенно излишне и отнимаетъ напрасно много времени. Лучше удлинить разрѣзъ до послѣдней возможности и опухоль, какъ бы она ни казалась великой, всегда удаеться вывести наружу.

Когда это, наконецъ, удалось, накладываютъ по двѣ лигатуры на широкія связки и перерѣзываютъ ихъ въ срединѣ между лигатурами. Опухоль, завернутую въ полотенце, отдають помощнику, который держитъ ее перпендикулярно къ оси тѣла; другой помощникъ сближаетъ какъ можно лучше края брюшной раны. Réan совѣтовалъ на извѣстномъ разстояніи отъ внутренняго зѣва вкалывать на-крестъ двѣ крѣпкія иглы и затѣмъ поверхъ ихъ накладывать одинъ или нѣсколько серъ-нейдовъ, которые крѣпко затягиваются и затѣмъ на мѣстѣ ихъ матка вмѣстѣ съ опухольями удаляется помощью ножа. Подобная процедура очень хлопотлива и, кромѣ того, невыгодна тѣмъ, что проволоки серъ-нейдовъ весьма часто не выдерживаютъ очень сильнаго скручиванія и рвутся. Поэтому гораздо проще захватить ампутируемую часть матки въ крѣпкій экразеръ, сильно стянуть имъ захваченную часть и затѣмъ поверхъ цѣпи можно смѣло удалить ножомъ матку,

причемъ кровотеченіе ничтожно. Въ послѣдніе годы нашъ соотечественникъ д-ръ К ле б е р гъ, въ Одессѣ, предложилъ прибѣгнуть въ этихъ случаяхъ къ эластическимъ лигатурамъ. Онъ самъ получилъ отъ этого способа блестящіе результаты и Негар и Калтенбахъ отзываются о примѣненіи здѣсь эластическихъ лигатуръ съ большимъ энтузіазмомъ.

Когда матка ампутирована, нужно позаботиться объ окончательной судьбѣ остающейся культы, или, если угодно, ножки. И здѣсь можно поступить двоякимъ образомъ: можно обшить крайній покровъ ея и опустить ее въ полость таза, или же фиксируютъ ее наружу. Для этой цѣли прокалываютъ черезъ нее крѣпкія иглы, которыя и держатъ ее. Негар получилъ очень блестящіе результаты своего способа фиксаціи наружу ножки, состоящаго въ слѣдующемъ. Ножка фиксируется помощью крѣпкихъ иглъ, какъ обыкновенно, серозный же покровъ ея сшивается съ таковыми же покровами брюшныхъ стѣнокъ, вслѣдствіе чего ножка совершенно изолируется отъ полости брюшины. Фиксированная такимъ образомъ ножка смазывается по нѣскольку разъ на день полутора-хлористымъ желѣзомъ (Рéan) или же 5—10% растворомъ хлористаго цинка (Негар). Дальнѣйшее послѣдовательное леченіе ничѣмъ не отличается отъ того, которому слѣдуютъ при ляпоротоміяхъ вообще, и потому мы здѣсь не станемъ распространяться о немъ, такъ какъ еще будемъ имѣть возможность коснуться его, когда будемъ трактовать объ оваріотоміи.

Изъ вышеприведеннаго описанія техники ампутаціи матки не трудно убѣдиться въ томъ, что она составляетъ одну изъ труднѣйшихъ и вмѣстѣ съ тѣмъ самыхъ опасныхъ операцій въ хирургіи. Если нѣкоторыя, желая оправдывать ея raison d'être, сравнивали ее съ оваріотоміей, то это показываетъ простое незнакомство съ сущностью дѣла: между оваріотоміей и вырѣзываніемъ фибромъ матки,—цѣлая пропасть. Сущность опасностей, сопряженныхъ съ экстирпаціей матки, сводится къ двумъ знаменательнымъ, а именно —шоку и столь часто бывающимъ при этомъ страшнымъ кровотеченіямъ. Не говорю уже о септикеміи. Вотъ существенныя причины, по которымъ очень смѣлые хирурги и гинекологи не могли безъ извѣстнаго ужаса говорить объ этой операціи. Въ большинствѣ классическихъ руководствъ къ гинекологіи, поэтому, еще очень недавно объ ней высказывались въ высшей степени сдержанно, или даже совсѣмъ не допускали ея. Такъ напр. Scanzoni * въ послѣднемъ изданіи своего руководства отзывается объ экстирпаціи матки слѣдующимъ образомъ: „Мы съ нашей стороны не можемъ усмотрѣть въ столь отчаянныхъ операціяхъ несомнѣннаго успѣха хирургіи и льстимъ себя надеждою, что примѣры англійскихъ и французскихъ врачей не найдутъ себѣ послѣдователей въ Германіи“. Почти въ такомъ же

* Op. cit. p. 29.

смыслѣ мы высказались на этотъ счетъ лѣтъ двѣнадцать тому назадъ *. Въ настоящее же время, благодаря уже значительно накопившейся статистикѣ и усовершенствованной техникѣ, мы совершенно должны измѣнить свой взглядъ на разбираемый вопросъ. На основаніи нижеприведенныхъ цифръ, мы считаемъ экстирпацію матки, съ цѣлью устраненія фиброміомъ, не только законною, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ настоятельно показанною и это именно тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ фиброміомами, противъ которыхъ мы напрасно истощили весь свой терапевтический и хирургическій арсеналь, больной же, между тѣмъ, угрожаетъ неминуемая опасность. Въ особенности это должно сказать относительно тѣхъ фиброміомъ (субсерозныхъ или интерстиціальныхъ), которые очень быстро растутъ и притомъ достигли значительной величины. При подобныхъ условіяхъ было бы не только рационально, но и безчеловѣчно не рѣшаться на эту операцію, которая одна только можетъ сулить хоть нѣкоторые шансы больной, формально приговоренной къ смерти. Если большинство гинекологовъ абсолютно высказалось прежде противъ экстирпаціи матки, то этому виною отчасти легкомысліе, съ которымъ нѣкоторые предпринимали эту страшную операцію. А что въ этомъ отношеніи дѣйствительно не мало грѣшили,—тому не мало можно найти доказательствъ въ литературѣ. По мѣрѣ того, какъ распознаваніе въ этомъ случаѣ будетъ болѣе усовершенствовано, то мы увѣрены, что число приверженцевъ этой операціи будетъ постоянно увеличиваться и мало-по-малу разбѣются тѣ опасенія, которыя въ настоящее время еще несомнѣнно тормозятъ развитіе этой операціи. Вообще должно сказать, что по, отношенію къ рассматриваемой операціи, антагонисты ея раздѣляются на два лагеря: одни абсолютно отвергаютъ ее, другіе же допускаютъ ее только съ извѣстными ограниченіями, а именно: они допускаютъ только простую ляпаротомію и удаленіе опухолей, но безъ экстирпаціи матки. Къ числу этихъ послѣднихъ принадлежитъ Voinet. Но уступка эта въ сущности ничего не значитъ, такъ-какъ чистые субсерозные міомы, въ которыхъ только и можно обойтись одною ляпаротоміей, очень рѣдко достигаютъ такой величины, чтобы нужно было рѣшиться на кровавое удаленіе ихъ.

Въ первый разъ ляпоротомія съ цѣлью удаленія фиброміомъ была произведена двумя врачами въ Манчестерѣ Heath'омъ, въ 1843, и въ слѣдующемъ году Ch. Clay'емъ, оказавшимъ столь важныя услуги оваріотоміи. Къ сожалѣнію, оба эти случая окончились смертью, что не могло не отозваться очень невыгодно на дальнѣйшемъ развитіи этой операціи. Только черезъ 10 лѣтъ операція эта была произведена съ успѣхомъ въ Америкѣ Burnham'омъ. Въ настоящее время число этихъ операцій достигло ужъ значительной цифры и мы такимъ образомъ имѣемъ уже

* Наши клин. зап. стр. 329.

возможность составить себѣ понятіе объ исходахъ ея на основаніи точныхъ статистическихъ данныхъ. Одна изъ первыхъ статистикъ экстирпаціи матки принадлежитъ Н. Storer'у, въ Бостонѣ, обнимающая 24 случая.

Фамилія оперировавшихъ.	Число случаевъ.	Смерт. исходъ.
Clay	3	2
Heath	1	1
Burnham	9	7
Kimball	3	2
Parkmann	1	1
Peaslee	1	1
Koeberle	1	0
Baker Brown	1	1
Wells	1	1
Sands	1	1
Beckingham	1	0
	24	18

Изъ этой таблицы видно, что изъ каждаго четырехъ оперированныхъ выздоровѣла 1, или что % выздоров. = 25, смерти же = 75%.

Thomas въ руководствѣ своемъ приводитъ еще 11 случаевъ, сдѣланныхъ въ Америкѣ послѣ обнародованія статистики Storer'a и представляющихъ еще болѣе невыгодные результаты.

	Число опер.	Смерт. исх.
Storer (Бостонъ)	4	4
Culter (Ниварнъ)	2	2
Wood (Цинцинети)	1	1
Hackenberg (Гудзонъ)	1	1
Atlee (Филадельфія)	2	1
Weber (Клевеландъ)	1	1
	11	10

На 11 операций 10 смертныхъ исходовъ!!

Статистика, собранная Boinet, даетъ слѣдующіе результаты:

	Смерт. исх.	Вызд.
42 ляпоротоміи плюсъ экстирпація матки	32	10
23 " " причеиъ удаленъ		
только фибромъ, не трогая матки	15	8
14 ляпор. не окончен.	5	9

Schroeder составилъ слѣдующую статистику:

На 108 ляпоротомій при фиброміомахъ матки приходится:

Смерт. исх.	Вызд.
78	18

т. е. 16,7% вызд.

Изъ этого числа на 73 ляпаротоміи плюсъ экстирп. матки.

Смерт. исх.	Вызд.
55	18

т. е. = 24,66% выздоровѣло.

35 ляпар. безъ экстирп. матки.

Смерт. исх.	Выздор.
23	12,

т. е. = 34,3% выздоровѣло

Чрезвычайно важныя услуги оказалъ наукѣ въ этомъ отношеніи Réan, который одинъ изъ первыхъ приступилъ къ ампутаціи матки ради фиброміомъ на основаніи предварительно сдѣланной точной діагностики. Его должно назвать однимъ и самыхъ счастливыхъ операторовъ въ этомъ отношеніи. Такъ, въ то время, какъ Sp. Wells'у на 29 экстирпацій матки удалось спасти только 9, Réan (до конца 1879 г.) сдѣлалъ этихъ операцій 46 и изъ этого числа 30 больныхъ совершенно выздоровѣло. Изъ германскихъ гинекологовъ мы должны въ особенности назвать Schroedera, Hegara, Kaltenbach'a и Vardenhauer'a, въ Кельнѣ. Въ особенности благоприятны результаты Hegar'a и Kaltenbach'a: на 12 суправагинальныхъ ампутацій матки они потеряли только 1 (!!) больную. Vardenhauer на 8 подобныхъ операцій потерялъ двухъ больныхъ.

Принимая въ соображеніе трудности, съ которыми сопряжено въ большинствѣ случаевъ производство разсматриваемой операціи, а, съ другой стороны, невыгодное общее состояніе больныхъ въ то время, когда рѣшаются приступить къ ней, нельзя не согласиться, что полученные при этомъ въ послѣднее время результаты далеко не таковы, чтобы они могли заставить насъ отказаться отъ дальнѣйшихъ попытокъ въ этомъ направленіи. Напротивъ, нужно надѣяться, что со временемъ, при дальнѣйшемъ улучшеніи техники, результаты эти будутъ несомнѣнно еще болѣе удовлетворительны.

Библиогр. Ch. Clay, Observations on ovariotomy statistical and practical. Also a succesfull case of entire Removal of the uterus. Transact. of the obstetric. Society of London. 1864, T. V.—Koeberle, Documents à servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne. Gaz. médic. de Strasb. 1864.—Его же: Operations d'ovariotomie. Paris 1-65 pp. 79, 98, 105.—H. Storer, Successful Removal of the uterus and both ovaries. Boston, 1866.—Caternault, Essai sur la gastrotomie. Paris, 1866.—Gail. Thomas, A practicc. treatise of the diseases of women. 3 edit. Philadelphia, 1872, p. 500 et seq.—Boinet, Gaz. hebdom. 1873, № 8, 13, 18, 19, 23, 28, 24.—Réan et Urdy, Hysterotomie: Etude sur les tumeurs qui peuvent nécessiter cette opération. Paris, 1873.—Réan, Léçons de clinique chirurgicale, 1876, p. 674 и 1879, p. 808.—R. Barnes, A clinic. history of the medic. and surgic. diseases of women. London, 1873, p. 778—781.—Pozzi, De la valeur de l'hysterotomie. Paris, 1875.—Hegar, Berl. klin. Wochenschr., 1876, März.—Billroth, Wiener med. Wochenschr., 1876 № 1 — 2 и 1877, № 40.—Kaltenbach, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaecol. 1877, Bd. II, p. 183.—Крассовскій, St.-Petersb. Med. Wochenschr., 1876, № 27.—Sp. Wells, Die Diagnose und chirurg. Behandlung der Unterleibsgesch. 6 Vortr. Leipz., 1878, p. 95.—Schröder, Berl. klin.

Wochenschr., 1877, 15 Octob., въ особен. же см. его сообщеніе, сдѣланное на съѣздѣ герм. вр. и натуралистовъ въ Баденѣ, 1879: Zur Technik der Exstirpation von Abdominaltumoren. — Miculicz, Wiener med. Wochenschr., 1879, № 19 — 22. — Rokitanisky, Wiener med. Presse, 1879, № 22 — 25. — Loren, Berl. klin. Wochenschr., 1879, № 14 — 15. — Dorff, Beitrag zur Technik und Nachbehandlung der Amputatio uteri supravaginalis bei Fibromen. Centralbl. f. Gynaec., 1880, № 12. — Hegar и Kaltenbach, Die operat. Gynaecol., 2-te Aufl., 1881, p. 416. — Bardenhauer, Die Drainirung der Peritonealhöhle. Stuttgart, 1881. — У насъ въ Россіи первая удачная экстирпація матки ради фиброміомъ произведена д-ромъ Экомъ, въ Петербургѣ. Затѣмъ она нѣсколько разъ произведена была моимъ предшественникомъ по кафедрѣ А. Я. Крассовскимъ. Одинъ изъ учениковъ его, д-ръ Рейнъ выбралъ этотъ вопросъ предметомъ для своей диссертациі (С.-Петербург., 1875), въ которой съ большимъ прилежаніемъ собрано все, что извѣстно на этотъ счетъ въ литературѣ. Мы не можемъ здѣсь не упомянуть также о нѣсколькихъ случаяхъ экстирпаціи матки, весьма удачно произведенныхъ д-ромъ Клебергомъ*, въ Одессѣ.

Что касается хирургическаго леченія фиброміомъ матки по мощью вырѣзыванія яичниковъ (операція Battey'a, кастрація), то мы подробно коснемся этого вопроса въ томъ мѣстѣ, гдѣ намъ придется говорить о вырѣзываніи опухолей яичника (овариотомія).

II. Полипы матки.

Если патолого-анатомъ могъ бы совершенно основательно не отдѣлять фиброзныхъ полиповъ матки отъ фиброміомъ ея въ тѣсномъ смыслѣ, такъ-какъ они въ сущности составляютъ только извѣстное видоизмѣненіе ихъ, то клиницитъ этого сдѣлать не можетъ, по той причинѣ, что съ клинической точки зрѣнія фиброзные полипы матки представляютъ столько рѣзкихъ особенностей, что они требуютъ тщательнаго изученія. Въ виду этого мы, по примѣру большинства авторовъ, и выдѣлили изъ ученія о фиброміомахъ фиброзные полипы. Мало того, опять же въ виду клиническихъ потребностей, мы здѣсь же разсмотримъ и т. н. слизистые полипы матки, хотя они съ фиброзными полипами не имѣютъ никакой анатомической связи.

1. Фиброзные полипы матки.

Историко-библіограф. замѣч. Новообразованія матки, которыя мы теперь называемъ полипами, были совершенно неизвѣстны древнимъ врачамъ. Хотя самое названіе полипъ было ужъ давно извѣстно въ наукѣ, такъ-какъ мы встрѣчаемъ его у Мошона, но только не въ приложеніи къ опухолямъ матки. У Галена мы находимъ названіе Sebroma, но понималъ ли онъ подъ этимъ то, что мы теперь называемъ полипами, — сказать не легко. Столь часто встрѣчающееся у старинныхъ авторовъ названіе Steatoma, нельзя собственно относить исключительно къ полипамъ матки, такъ-какъ они подъ стеатомами понимали самыя разнородныя новообразованія этого органа. Только, начиная съ XVII стол., именно со времени Guillemeau, понятіе о разсматриваемомъ новообразованіи начинаетъ нѣсколько

* S.-Peterb. Medic. Wochensch., 1877, № 39; тамъ-же, 1879, № 41.

выяснятся и названіе полипъ, данное ему Ruysch'емъ, окончательно устанавливается въ гинекологіи. Levret, по отношенію къ разсматриваемому новообразованію, имѣетъ очень большія заслуги, такъ—какъ онъ разработалъ діагностику и терапію его. Послѣ него вопросъ о полипахъ матки пользовался всегда особеннымъ вниманіемъ лучшихъ представителей гинекологіи и хирургіи и поэтому онъ принадлежитъ къ наилучше разработаннымъ отдѣламъ нашей специальности.

Levret, *Observ. sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice.* Paris, 1771.—Richter, *Anfangsgründe der Wundarzneikunst.* B 1, p. 401.—Herbiniaux, *Traité sur divers accouchemens laborieux et sur les polypes de la matrice.* Bruxelles, 1782. T. II.—F. A. Walter, *Annali acad. Berol.*, 1786.—W. A. Niessen, *Dissert. de polypis uteri et vaginae.* Göttingae, 1789.—Rothbart, *Dissertatio de polypis uteri.* Lipsiae, 1795.—Denman, *Engravings of two uterine polypi.* London, 1802.—Meckel, *Handb. der patholog. Anat.* Leipzig, 1818, B. II, p. 242.—Meissner, *Ueber die Polypen der Gebärmutter.*—C. Mayer, *Dissert. de polypis uteri.* Berol., 1821.—Malgaigne, *Sur les polypes de l'utérus.* Paris, 1823.—Gerdy, *Des polypes de l'utérus.* Paris, 1833.—P. U. Walter, *Denkschrift ueber fibröse Geschwülste der Gebärmutter.* Dorpat, 1842.—Marchal de Calvi, *Annales de chirurgie* 1843. Août.—T. H. Lee, *On tumours of the uterus.* London, 1847.—O. Prieger, *Ueber Hypertr. und die harten Geschw. der Gebärmutter.* *Monatsschr. f. Geburtsk.*, 1853, März.—Simpson, *Edinb. med. Journ.* 1850, January.—R. Barnes, *On uterine polypi.* *Lancet.* 1854.—Scanzoni, *ero Beitrage.* Würzb., 1855, Bd. II, p. 94.—Simpson, *The obstetr. mem. and contrib.* Edinb. 1855, vol. I, p. 131: *On the detection and treatment of intra-uterine polypi.*—O. Mayer, *Ueber Uteruspolypen.* *Monatsschr. f. Geburtsk.* 1857, Bd. IX, Hft 2.—Habit, *Erfahrungn ueber fibr. Gebärmutterpolypen.* *Zeitschr. der Ges. der Aerzte in Wien*, 1860, № 12.—Gurit, *Monatsschr. f. Geburtsk.*, Berlin, 1861, № 19.—Valenta, *Wien. Medic. Halle*, 1861, № 19.—Monfumat, *Etude sur les polypes de l'utérus.* Paris, 1867.—Saxinger, *Prager Vierteljahrschr.*, 1868 2, p. 76.—М. Горвиць, *Объ осложненіи родильнаго состоянія фиброзными полипами матки.* *Моск. медиц. газ.*, 1868 и *наши Клинич. Зап. по гинекологіи С. П. Б.*, 1871, стр. 192.—Duncan, *Edinb. medic. Journ.* 1871, July.—Hildebrandt, *Volkman's Sammlung klin. Vortr.* Leipzig, 1872, № 47.—Madden, *Obst. Journ. of Great Brit.* 1873, Oct., p. 418.—Gusserow, *Die Neubildungen der Gbärmutter.* Stuttgart, 1818, p. 176.—Winckel, *Die Pathol. der weiblichen Sexualorgane.* Leipzig., 1878, p. 74.—Braxton Hicks, *Obstetric. Journ. of Gr. Brit. a. Irel.*, 1879, v. 70, p. 609.—Negar и Kaltenbach, *Die operat. Gynaecol.* Stuttgart. 1881, 2-te Anfl., p. 493.

Если, какъ ужъ сказано выше, фиброзные полипы матки, съ точки зрѣнія анатомико-патологической, составляютъ ничто иное, какъ извѣстный періодъ развитія подслизистыхъ фиброміомъ. то въ отношеніи практическомъ различіе между ними выступаетъ весьма рѣзко. Фиброзными полипами матки мы клинически называемъ такія новообразованія ея, которыя составляютъ дальнейшую степень развитія подслизистыхъ міомъ, причѣмъ они отличаются тою характерною особенностью, что соединяются съ маткою помощью ножки или стебля. Вторая существенная особенность ихъ та, что, въ какомъ бы мѣстѣ матки они ни развились, имъ свойственно стремленіе приближаться мало по малу къ маточному зѣву и переходить за предѣлы его.

Патолог. анатомія разсматриваемыхъ новообразованій, какъ видно изъ вышеказаннаго опредѣленія ихъ, должна по-

этому представлять очень мало различий отъ обыкновенныхъ фиброміомъ. Въ извѣстный періодъ развитія между фибрознымъ полипомъ и фиброміомомъ существуетъ не только аналогія, но полная тождественность. Фиброзный полипъ въ ранніе періоды своего развитія ни что иное, какъ подслизистый міомъ. Но коль скоро фиброзный полипъ достигъ извѣстной величины, то онъ получаетъ уже самобытную физиономію, въ силу нѣкоторыхъ присутствующихъ ему особенностей.

а) Связь фиброміома въ тѣсномъ смѣслѣ и собственно фибрознаго полипа съ почвою, на которой они развились, совершенно различна. Фиброміомъ въ тѣсномъ смѣслѣ, на какой бы степени развитія онъ ни находился, сохраняетъ самую тѣсную связь съ маточной стѣнкой. Полипъ же, коль скоро онъ достигъ извѣстной величины, изолируется отъ маточной стѣнки, такъ-какъ мышечные элементы въ ножкѣ его исчезаютъ (или же очень значительно уменьшаются въ количествѣ), атрофируются и онъ находится съ нею въ связи только посредствомъ незначительнаго слоя соединительной ткани.

б) Въ силу только что сказаннаго замѣчается также весьма значительная разница въ распредѣленіи и степени развитія сосудовъ въ той и другой категоріи новообразований. Чѣмъ тѣснѣе связь маточной стѣнки съ разившимся въ ней по-



Фиг. 45.

Фиброзный полипъ въ моментъ изолированія его отъ маточной стѣнки; начало образованія ножки.

вообразованіемъ (промежуточный міомъ), тѣмъ послѣднее болѣе богато сосудами и, на оборотъ, чѣмъ слабѣе эта связь, тѣмъ и сосудовъ въ немъ меньше, что дѣйствительно и замѣчается въ полипахъ.

с) Фиброзные полипы болѣею частью единичны, между тѣмъ, какъ фиброміомъ въ тѣсномъ смѣслѣ болѣею частью бываетъ по нѣскольку.

Что касается гистологическаго строенія, то и въ

этомъ отношеніи существуетъ не меньшая разница между разсматриваемыми новообразованиями. Разница эта именно состоитъ въ томъ, что полипы содержатъ гораздо болѣе мышечныхъ элементовъ, чѣмъ собственно фиброміомы. Уже макроскопически выступаетъ очень рѣзко это различіе, такъ-какъ полипы гораздо мягче фибромъ, вслѣдствіе чего Virchow * и называетъ первые изъ нихъ мягкими или мясистыми міомами. Извѣстно, что въ этомъ отношеніи очень сильно расходятся съ Virchow'омъ Рокитанскій и Klob, утверждающіе, что въ фиброзныхъ полипахъ преобладающимъ элементомъ должно считать соединительную ткань. Мнѣ кажется, что въ основаніи разногласія между приведенными мнѣніями знаменитыхъ патологовъ лежитъ недоразумѣніе. Virchow нисколько не отвергаетъ, что могутъ встрѣтаться полипы, совершенно плотные и въ которыхъ преобладаетъ соединительная ткань. Но этого рода видоизмѣненіе онъ считаетъ не нормою, а, наоборотъ, уклоненіемъ отъ нея, т. е. результатомъ хроническаго воспаленія, которому подверглось разсматриваемое новообразование (metritis myomatosa).

Установивъ такимъ образомъ различія, существующія между



Фиг. 46.

Фиброзный полипъ, развившійся изъ передней губы.

фиброміомами въ тѣсномъ смыслѣ и собственно фиброзными полипами, разсмотримъ еще и нѣкоторыя другія особенности ихъ.

Фиброзные полипы въ громадномъ большинствѣ случаевъ развиваются только въ полости матки. Хотя въ литературѣ и существуетъ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ они развивались въ каналѣ маточной шейки и даже только изъ губъ маточнаго зѣва (см. фиг. 46), но, тѣмъ не менѣе, всѣ подобные случаи въ высшей степени рѣдки и составляютъ исключеніе изъ общаго правила. Что касается мѣста, гдѣ развиваются фиброзные полипы, то это бываетъ обыкновенно довольно высоко, по крайней мѣрѣ

* Die krankhaften Geschw., Bd. III, 1 Heft, p. 1718 et seqq.

не ниже области тѣла. На основаніи нашихъ наблюденій мы пришли къ заключенію, что чѣмъ больше полипъ, тѣмъ выше его прикрѣпленіе въ полости матки. Что касается того, изъ какой изъ стѣнокъ матки чаще развиваются фиброзные полипы, то на основаніи нашего клиническаго матеріала мы пришли къ такому же заключенію, какъ и Scanlon, а именно, что задняя стѣнка чаще служитъ мѣстомъ прикрѣпленія ихъ. На 36 полиповъ къ передней стѣнкѣ прикрѣплялось 23, 12 къ задней и 1 къ правому боку дна матки. Что касается величины фиброзныхъ полиповъ, то, начиная съ небольшой сливы, они могутъ доходить до величины дѣтской головки. Оперированный нами нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ нашей клиникѣ фиброзный полипъ имѣлъ въ объемѣ 29 центиметровъ. и могъ быть извлеченъ только помощью обыкновенныхъ акушерскихъ щипцовъ. Ростъ полипа, казалось бы, долженъ обуслови-



Фиг. 47.

Фиброзный полипъ, прикрѣпленный къ маточному дну, съ лѣвой стороны. Маточная стѣнка, изъ которой онъ выходитъ, нѣсколько истончена.

ваться болѣе или менѣе тѣсною связью его съ почвой, на которой онъ родился. На дѣлѣ это однако оказывается не такъ. Мы имѣемъ нѣсколько наблюденій, въ которыхъ рѣзко бросалось въ глаза то обстоятельство, что полипъ, прорѣзавшись чрезъ зѣвъ, разрастается гораздо быстрее, чѣмъ когда онъ оставался въ полости матки. Это на первый взглядъ кажется непонятнымъ, такъ какъ внутри-маточный полипъ, имѣя болѣе короткую и широкую (resp. толстую) ножку, слѣдовательно обладая сосудами съ болѣ-

шимъ просвѣтомъ, находится въ болѣе тѣсной связи съ маточною стѣнкою, чѣмъ полипъ прорѣзавшійся, у котораго ножка длиннѣе и, слѣдовательно, бѣднѣе сосудами. Я думаю, что это обстоятельство можетъ быть объяснено тѣмъ, что прорѣзавшійся полипъ болѣе увеличивается въ объемѣ, потому что онъ гораздо меньше —, или вовсе не подвергается сжатію со стороны маточнаго зѣва.

Форма фиброзныхъ полиповъ болшею частью круглая, или грушевидная. Вообще можно принять за правило, что въ ранніе періоды развитія новообразованія эти имѣютъ круглую или, по крайней мѣрѣ, закругленную форму; по мѣрѣ же того, какъ они увеличиваются въ объемѣ, они теряютъ первоначальный видъ и становятся болѣе продолговатыми, грушевидными. Одинъ разъ только снятый нами полипъ имѣлъ почти трапецевидную форму.

Уже давно различаютъ въ полипѣ три части: тѣло, шейку и ножку, или стебель. Съ клинической точки зрѣнія особенный интересъ имѣеть для насъ ножка. Въ большинствѣ случаевъ эта послѣдняя бываетъ выражена болѣе или менѣе ясно; тѣмъ не менѣе она бываетъ весьма различна, смотря по очертанію и нѣкоторымъ другимъ свойствамъ полипа. Коль скоро этотъ послѣдній достигъ сколько нибудь значительной величины, то верхній конецъ его начинаетъ вытягиваться и самая тонкая часть его и будетъ составлять то, что мы называемъ ножкою. Чѣмъ болше въ объемѣ увеличивается полипъ, тѣмъ болѣе въ длину вытягивается и ножка. На основаніи прямыхъ клиническихкихъ наблюденій мы пришли къ заключенію, что чѣмъ круглѣе полипъ, тѣмъ ножка его короче и, наоборотъ, чѣмъ болѣе полипъ имѣетъ продолговатую, грушевидную форму, тѣмъ и ножка его длиннѣе и тоньше. Virchow увѣряетъ, что вообще ножка полиповъ бываетъ весьма коротка. На основаніи нашихъ личныхъ наблюденій мы ни въ какомъ случаѣ не можемъ согласиться съ этимъ мнѣніемъ, высказаннымъ знаменитымъ анатомомъ. Онъ, вѣроятно, пришелъ къ подобному заключенію на основаніи изслѣдованій экстирпированныхъ полиповъ, которые доставлялись ему различными клиницистами. Въ подобномъ случаѣ не трудно впасть въ ошибку, такъ-какъ часть ножки, остающаяся на экстирпированномъ полипѣ, дѣйствительно довольно коротка, потому что, какъ увидимъ ниже, экразерная цѣпь или гальванокаустическая петля накладывается въ большинствѣ случаевъ далеко не на верхнемъ концѣ ножки. Въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ такъ, что полипъ достигъ порядочной величины и свободно и цѣликомъ торчитъ въ полость матки, тѣмъ не менѣе вовсе не имѣетъ ножки. На основаніи то этого нѣкоторые патологи (въ томъ числѣ и Virchow), дѣлятъ эти новообразованія на полипы съ ножкой и безъ ножки. Французскіе авторы называютъ подобныя полипы сидячими (polypes sessiles).

Клиническія явленія, обусловливаемыя фиброзными полипами матки, существенно состоятъ въ болшемъ или меньшемъ усиленіи секрета внутренней поверхности матки, обиль-

ныхъ кровотеченіяхъ и. наконецъ, въ появляющихся отъ времени до времени боляхъ особеннаго свойства.

а) Усиленное выдѣленіе слизи изъ родовыхъ путей, замѣчаемое въ этомъ случаѣ, гораздо болѣе значительно, чѣмъ мы видѣли это при фиброміомахъ въ тѣсномъ смыслѣ. Въ началѣ страданія весьма рѣдко случается, чтобы больныя жаловались на leucorrhoeam, а появляется она по мѣрѣ того, какъ развитіе новообразованія идетъ впередъ. Отличается слизетеченіе тѣмъ, что при этомъ почти никогда не выдѣляется чистая слизь, а всегда она бываетъ болѣе или менѣе окрашена кровью и поэтому нѣкоторые авторы сравниваютъ ее съ водою, въ которой прополощена была говядина (мясные помой). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ выдѣленіе бываетъ весьма жидкое, почти серознаго свойства. Источникъ этого усиленія секреторной дѣятельности должно искать, какъ въ самомъ новообразованіи, такъ и собственно въ полости матки. Коль скоро полипъ достигъ сколько нибудь значительной величины, то поверхность его болѣе или менѣе сильно измѣняется, т. е. на поверхности его происходитъ цѣлый рядъ измѣненій, которыя разсмотрѣны были нами при сѣмбукозныхъ міомахъ и которыя сводятся къ хроническому катарру. Эти измѣненія, въ свою очередь, путемъ раздраженія, вызываютъ катарральныя явленія на внутреннемъ покровѣ матки, или же усиливаютъ ихъ въ болѣе или менѣе значительной степени. До того, пока полипъ остается цѣликомъ въ полости матки (внутриматочный полипъ въ тѣсномъ смыслѣ), катарральное разрыхленіе слизистой оболочки, какъ самаго новообразованія, такъ собственно и полости матки, обыкновенно незначительно. Кромѣ того, слизь въ этихъ случаяхъ обыкновенно бываетъ довольно жидкая, водянистая, чаще розоваго цвѣта и безъ всякаго запаха. По мѣрѣ того, какъ полипъ начинаетъ прорѣзываться чрезъ зѣвъ, отдѣленіе слизи значительно усиливается и источникомъ его вѣроятно должно считать поверхность прорѣзавшейся части полипа и верхняго отдѣла рукава, который онъ постоянно раздражаетъ. При этомъ слизетеченіе измѣняется не только въ количествѣ, но и въ качествѣ. Количество его бываетъ иногда усилено весьма значительно и этимъ должно объяснить тѣ случаи усиленнаго водянистаго выдѣленія (hydrohœea) описываемаго нѣкоторыми авторами при фиброзныхъ полипахъ. Что касается измѣненія въ свойствахъ слизетеченія, то оно можетъ относиться главнымъ образомъ къ цвѣту, консистенціи и запаху ея. Изъ жидкой, розоваго цвѣта и безъ всякаго запаха, слизь можетъ сдѣлаться болѣе или менѣе клейкою, густою, темновато-окрашенною, причѣмъ она отличается иногда неприятымъ запахомъ, даже зловоннымъ. Такія глубокія измѣненія въ секретѣ, очевидно, не могутъ уже обусловливаться простымъ катарральнымъ состояніемъ слизистаго покрова новообразованія и полости матки, а зависятъ отъ болѣе серьезнаго патологическаго процесса, развивающагося въ самомъ полипѣ. Превнѣ авторы, плохо знакомые съ патологическими измѣненіями,

которыя могутъ происходить въ полипахъ, считали упомянутыя измѣненія въ секретѣ послѣдствіями различныхъ такъ называемыхъ перерожденій, которымъ будтобы подвергаются иногда полипы въ дальнѣйшемъ теченіи своемъ. Такъ, Dupuytren * очень серьезно толкуетъ о раковомъ перерожденіи полиповъ, основываясь главнымъ образомъ на описанныхъ выше измѣненіяхъ въ характерѣ секрета. Мы уже выше видѣли, что въ литературѣ существуетъ всего одинъ случай первоначальнаго развитія карцинома въ фиброміомѣ (случай Klob'a). Кромѣ того, теперь выяснено какъ нельзя лучше, что эти мнимыя перерожденія ничто иное, какъ продукты паренхиматознаго воспаленія и нагноенія, происходящихъ въ ткани самаго полипа **. Я долженъ замѣтить, что упомянутыя измѣненія въ секретѣ составляютъ вообще очень рѣдкое явленіе при полипахъ: мы въ болѣе или менѣе эксвизатной формѣ наблюдали ихъ всего нѣсколько разъ.

б) Кровотеченія изъ матки составляютъ важный и существенный припадокъ при фиброзныхъ полипахъ; кровотеченіе въ данномъ случаѣ имѣетъ характеръ извѣстнаго расстройства мѣсячныхъ, именно они (какъ ужъ упомянуто при фиброміомахъ въ тѣсномъ смыслѣ) становятся неправильными относительно типа (являются чаще, весьма рѣдко позже нормальныхъ сроковъ) и формы (чрезмѣрно обильныя мѣсячныя—menstr. profusa). Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ упомянутымъ расстройствомъ мѣсячныхъ предшествуетъ временное прекращеніе ихъ на болѣе или менѣе продолжительный срокъ (menostasis). Эта послѣдняя аномалія мѣсячныхъ встрѣчается однако довольно рѣдко: я наблюдалъ ее всего два раза и изъ авторовъ упоминаютъ объ ней, сколько мнѣ извѣстно, только Simpson *** и Kiwisch ****. Какъ бы то ни было, но обильныя мѣсячныя часто принимаютъ характеръ настоящаго кровотеченія (menorrhagia или же metrorrhagia въ тѣсномъ смыслѣ), продолжающагося болѣе или менѣе долгое время. Притомъ, чѣмъ болѣе половая сфера женщины находится на высотѣ своей дѣятельности, т. е. чѣмъ моложе больныя, одержимыя фиброзными полипами, тѣмъ и кровотеченія бывають обильнѣе. Но, кромѣ этихъ періодическихъ кровотеченій (т. е. во время мѣсячныхъ), они являются также и помимо ихъ, т. е. внѣ менструальныхъ періодовъ. Эти-то кровотеченія гораздо болѣе серьезны, такъ-какъ они очень продолжительны. Вообще говоря, кровотеченіе при полипахъ отличается большимъ непостоянствомъ, какъ относительно сроковъ появленія, такъ и силой продолжительности своей. Иногда, послѣ продолжительной перемежки, оно появляется

* Leçons orales, p. 187.

** См. Virchow, op. cit., p. 171.

*** Obstetr. Mem. and Contribut. Edinb., 1855, vol 1, p. 133.

**** Klin. Vorträge, Prag, 1854, Heft IV, Bd. II, p. 488.

вдругъ, безъ всякой видимой причины, и, продолжавшись болѣе или менѣе значительное время, также вдругъ и прекращается. Изливающаяся при этомъ кровь бываетъ совершенно алая и жидкая; если же кровотеченіе порядочно усиливается, то кровь, створаживаясь въ рукавъ, выдѣляется въ видѣ большихъ сгустковъ. Иногда кровотеченіе, продолжавшееся извѣстное время, прекращается не вдругъ, а исподволь и притомъ такъ, что изливающаяся при этомъ кровь становится постоянно все жиже и жиже (водянистѣе) и смѣняется, наконецъ, отдѣленіемъ; похожимъ на мясные помои, и это отдѣленіе, продолжавшись нѣкоторое время, въ свою очередь, смѣняется упомянутымъ выше слизетеченіемъ. Такимъ образомъ явленія смѣняются въ извѣстномъ циклѣ до слѣдующаго кровотечения.

Давно уже занималъ гинекологовъ вопросъ: когда кровотеченіе бываетъ сильнѣе — тогда ли, когда полипъ заключенъ еще цѣликомъ въ полости матки, или когда онъ болѣе или менѣе прорѣзался чрезъ маточный зѣвъ? Нѣкоторые изъ старинныхъ гинекологовъ, вслѣдъ за Levret'омъ, утверждали, что до тѣхъ поръ, пока полипъ заключенъ въ полости матки, онъ будто бы не причиняетъ никакихъ опасныхъ явленій, такъ-какъ при этомъ кровотеченія не бываетъ. Подобное мнѣніе ни на чемъ не основано и можетъ быть легко опровергнуто первыми двумя—тремя наблюденіями. Самыя обильныя и опасныя кровотечения мы именно видали при внутриматочныхъ полипахъ въ тѣсномъ смыслѣ. На основаніи всего нашего клиническаго матеріала мы пришли къ убѣжденію, что самыя обильныя кровотечения бываютъ именно тогда, когда полипъ еще и не думалъ прорѣзаться чрезъ маточный зѣвъ и достигаютъ они наибольшей степени въ моментъ прорѣзыванія.

Относительно источника кровотечения при фиброзныхъ полипахъ матки существовало очень много разногласій, главнымъ образомъ потому, что не согласны были на счетъ вопроса относительно сосудовъ фиброзныхъ полиповъ. Мы отчасти ужъ коснулись его выше, говоря объ анатомико-патологическихъ отношеніяхъ фиброміомъ вообще. Здѣсь замѣтимъ еще, что Clark совершенно отвергалъ существованіе ихъ, Schroeder van der Kolk, напротивъ, допуская ихъ существованіе, приписываетъ сосудамъ полиповъ исключительно свойства капилляровъ. Stuveilhier увѣряетъ, что фиброзныя полипы имѣютъ только вены и совершенно лишены артерій. Въ настоящее время большинство изслѣдователей согласны въ томъ, что ткань фиброзныхъ полиповъ вообще очень бѣдна сосудами и что только въ ножкѣ ихъ иногда, но ни чуть не всегда, встрѣчаются артеріи порядочнаго калибра, снабженные сильно мускулистыми стѣнками, вслѣдствіе чего они обладаютъ способностью энергически сокращаться. Допустивъ даже справедливость всѣхъ этихъ фактовъ, все-таки нельзя не прійти къ заключенію, что обыкновенной васкуляризаціи фиброзныхъ полиповъ далеко не достаточно

для того, чтобы можно было объяснить ею столь часто замѣчаемыя при этомъ обильныя и продолжительныя кровотеченія. Въ этомъ смыслѣ высказывается и Virchow, говоря, что изливающаяся при этомъ кровь происходитъ не изъ самаго полипа. Источникъ кровотечения здѣсь обусловливается существенно двумя обстоятельствами: развитіемъ въ слизистой оболочкѣ полости матки болѣе или менѣе сильныхъ гиперемій, вслѣдствіе постояннаго раздраженія, вызываемаго въ ней новообразованиемъ, съ другой же стороны. и можетъ быть главнымъ образомъ,— гипереміями нижняго отрѣзка полипа (т. е. слизистой покрова его), вслѣдствіе сдавливанія его стѣнками матки. Указанный нами источникъ кровотечения становится еще болѣе понятнымъ, если вспомнить, что, при сколько нибудь значительной величинѣ фиброзныхъ полиповъ, стѣнки матки сильно гипертрофируются, чрезвычайно сочны и содержатъ въ особенности сильно развитыя вены, что и подало поводъ Kiwisch'у сравнить маточную ткань въ этихъ случаяхъ съ тканью беременной матки. Мы ужъ видѣли, что слизистая оболочка этой послѣдней сначала представляетъ явленія хроническаго катарра въ большей или меньшей степени. Въ послѣдствіи же она претерпѣваетъ значительную гиперплазію, становится ворсистую, съ весьма обильнымъ развитіемъ сосудовъ. Почти тождественныя этимъ измѣненія замѣчаются также и на слизистомъ покровѣ болѣе значительныхъ полиповъ.

Кромѣ приведенныхъ анатомическихъ данныхъ, указывающихъ на то, что источникъ кровотечения при фиброзныхъ полипахъ заключается въ известныхъ, определенныхъ измѣненіяхъ, претерпѣваемыхъ маточнымъ покровомъ всей полости матки и нижняго отрѣзка новообразованія,—это подтверждается также цѣлымъ рядомъ наблюденій объ отношеніи фиброзныхъ полиповъ къ беременности. Давно было извѣстно и мы, въ свою очередь, подтвердили это обширной казуистической, что во время беременности въ полости матки могутъ развиваться полипы весьма значительной величины и при этомъ во все время беременности, достигающей обыкновенно до нормальнаго срока, не бываетъ ни капли крови. Какимъ образомъ объяснить это явленіе, казущееся на первый взглядъ совершенно непонятнымъ? Объясненіе въ данномъ случаѣ вытскаетъ только изъ того, что хотя полипъ и растетъ во время беременности, но и матка при этомъ постоянно и безостановочно увеличивается въ объемѣ, а слѣдов. о раздраженіи новообразованія маткой и наоборотъ не можетъ быть и рѣчи

Бываютъ весьма рѣдкіе случаи, въ которыхъ, при фиброзныхъ полипахъ весьма значительной величины, кровотеченіе бываетъ до такой степени незначительно, что больныя не обращаютъ на него никакого вниманія. Мало того, мы наблюдали въ одномъ случаѣ фиброзный полипъ величиною съ порядочную грушу, при которомъ совсѣмъ не было никакого кровотечения*. Причину этого факта, очевидно, должно искать въ какомъ либо важномъ уклоненіи въ гистологическихъ элементахъ новообразованія, напр. въ спаденіи сосудовъ на поверхности его, а также и во всей слизистой оболочкѣ полости матки. Къ сожалѣнію, мы

* См. наши клин. зап. по гинекол., стр. 212.

высказываемъ это лишь въ видѣ предположенія, такъ-какъ мы не могли изслѣдовать опухоли въ нашемъ случаѣ вслѣдствіе того, что больная отказалась отъ операціи. У Simpson'a * мы находимъ два совершенно аналогическихъ случая, но онъ даже не пытается объяснить это рѣдкое и странное явленіе.

с) Боли, замѣчаемыя при фиброзныхъ полипахъ, отличаются, какъ мы уже сказали выше, извѣстною особенностью, именно потужнымъ характеромъ. Обусловливаются онѣ существенно тѣмъ, что полипъ, достигши извѣстной величины и стремясь добираться до зѣва, начинаетъ дѣйствовать на нижній отрѣзокъ матки, что, въ свою очередь, рефлекторнымъ путемъ и вызываетъ сокращенія ея. Время появленія и прекращенія этихъ болей очень различно, но вообще появленіе ихъ очень часто совпадаетъ съ болѣе или менѣе значительными кровотечениями; продолжаются же онѣ отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ дней и составляютъ нерѣдко довольно мучительный припадокъ. На основаніи только что сказаннаго понятно, что наивысшей степени боли эти должны достигать во время прорѣзыванія полипа чрезъ зѣвъ. Но и здѣсь степень силы ихъ и характеръ могутъ быть еще довольно различны. Существенно же это обусловливается, кромѣ величины самаго полипа, состояніемъ нижняго отрѣзка матки и зѣва. Если эти послѣдніе до этого были подготовлены надлежащимъ образомъ, т. е. достаточно растяжимы, то прорѣзываніе даже большихъ полиповъ совершается, относительно, довольно скоро и боли при этомъ бываютъ не особенно сильны. Но совсѣмъ другое будетъ въ томъ случаѣ, если нижній отрѣзокъ матки и въ особенности зѣвъ будутъ въ большей или меньшей степени уплотнены, вслѣдствіе предшествовавшихъ значительныхъ анатомико-патологическихъ измѣненій. При этихъ условіяхъ прорѣзываніе происходитъ чрезвычайно медленно и боли при этомъ достигаютъ очень значительной степени. Мы наблюдали это почти постоянно у тѣхъ больныхъ, у которыхъ, кромѣ фиброзаго полипа матки, мы имѣли еще дѣло съ болѣе или менѣе рѣзко выраженнымъ хроническимъ паренхиматознымъ воспаленіемъ нижняго отрѣзка и шейки ея. Къ совершенно такому же заключенію пришелъ послѣ насъ и Hildebrandt который къ этому прибавляетъ еще, что при частичныхъ перитонитахъ, а также и пораженіи параметріевъ прорѣзываніе полипа происходитъ также очень медленно.

Объ этиологіи фиброміомъ мы привели ужъ выше все, что показалось намъ заслуживающимъ нѣкотораго вниманія. Что касается специально фиброзныхъ полиповъ, то прежде всего насъ интересуетъ вопросъ относительно того, — какъ часто встрѣчается это страданіе въ ряду другихъ гинекологическихъ формъ? Вотъ какъ на основаніи нашего клиническаго матеріала распредѣлено было число фиброзныхъ полиповъ матки.

	Число больныхъ.	Число фиб. пол.
Амбулат. и больн. Крестовоз. Общ.	2114	21
Амбулат. и гинек. отдѣл. М. Р. Д.	2479	6
Больныя, принят. на дому	570	9

Всего, слѣдов., на 5163 больныхъ приходится 36 фиброзныхъ полиповъ, что составляетъ 0,69%.

Возрастъ, въ которомъ по преимуществу развиваются фиброзные полипы, значительно моложе, чѣмъ мы видѣли это для фиброміомъ вообще. На основаніи нашихъ наблюденій средней возрастъ больныхъ одержимыхъ полипами=31,7.

Кто чаще страдаетъ полипами—тѣ ли, которыя рожали, или же женщины безплодныя? Routhе, на основаніи своихъ обширныхъ статистическихъ данныхъ, приходитъ къ заключенію, что не-замужнія женщины вообще имѣютъ меньше шансовъ страдать фиброзными полипами матки, чѣмъ тѣ, которыя замужемъ (?). Что же касается предшествовавшихъ родовъ, то едва ли можно видѣть въ этомъ какой либо предрасполагающей моментъ, хотя на основаніи нашихъ данныхъ должно прійти къ заключенію, что большее число полиповъ приходится на женщинъ рожавшихъ. Обстоятельство это, какъ мы ужъ не разъ высказались въ этомъ сочиненіи, объясняется просто тѣмъ, что женщинъ рожавшихъ вообще гораздо больше, чѣмъ такихъ, которыя не рожали. Впрочемъ, по отношенію къ рассматриваемому вопросу, мы должны сказать, что больныя наши, страдавшія фиброзными полипами, не отличались особеннымъ плодородіемъ, такъ какъ среднее число родовъ у нихъ=1,6.

При распознаніи фиброзныхъ полиповъ матки должно строго различать тѣ изъ нихъ, которые цѣликомъ заключены еще въ полости, и тѣ, которые прорѣзались ужъ чрезъ зѣвъ большимъ или меньшимъ сегментомъ. Полипы первой категоріи и представляютъ собственно затрудненія въ діагностическомъ отношеніи. Вообще говоря, до тѣхъ поръ, пока маточный зѣвъ закрытъ и новообразованіе недоступно для изслѣдующаго пальца, мы не имѣемъ никакихъ данныхъ, на основаніи которыхъ можно было бы съ достовѣрностью діагностицировать полипъ. При изслѣдованіи мы въ подобномъ случаѣ найдемъ, что матка представляется болѣе или менѣе увеличенною въ объемъ (смотря по величинѣ новообразованія) и притомъ равномерно, причемъ она представляетъ обыкновенно яйцевидную форму. Консистенція ея довольно плотная, за исключеніемъ нижняго отрѣзка и въ особенности влагалищной части, гдѣ она болѣе мягка, а иногда можетъ быть даже нѣсколько сочная. Зѣвъ такой же консистенціи и обыкновенно нѣсколько круглаго очертанія, причемъ онъ принимаетъ эту форму по мѣрѣ укорачиванія влагалищной части. Во всѣхъ изложенныхъ нами явленіяхъ, добываемыхъ путемъ бимануальнаго изслѣдованія, нѣтъ ничего характернаго, патогномическаго, на основаніи чего можно было бы утверждать, что мы имѣемъ

въ данномъ случаѣ дѣло съ фибрознымъ полипомъ. Все, что при подобныхъ условіяхъ можно было бы утверждать, принимая въ соображеніе къ этому анамнезъ, это то, что, вѣроятно, имѣемъ дѣло съ фиброміомомъ матки и притомъ субмукознымъ. Но превратился ли ужъ этотъ послѣдній въ фиброзный полипъ, или нѣтъ.—остается еще открытымъ вопросомъ. Вообще поэтому должно помнить, что діагностику фиброзаго полипа можно устанавливать положительно лишь тогда, когда мы въ состояніи ощупать большій или меньшій сегментъ новообразованія. До того діагностика можетъ имѣть только гадательное значеніе. Спрашивается, что же остается дѣлать до тѣхъ поръ, пока зѣвъ еще закрытъ? Прежде многіе увѣряли, что изъ затрудненія этого можетъ вывести маточный зондъ.

Подобное мнѣніе, намъ кажется, было высказано априористически, но ничуть не на основаніи прямыхъ наблюденій. Въ самомъ дѣлѣ, что можетъ показать въ данномъ случаѣ зондъ кромѣ того, что въ полости матки что то есть, но что именно,—этого никакъ не узнаемъ этимъ путемъ. Кромѣ того зондированіе здѣсь можетъ быть не совсѣмъ безопасно, такъ-какъ маточныя стѣнки могутъ очень плотно обхватить новообразованіе, такъ что для того, чтобы проникнуть до дна матки, пришлось бы употребить не малое насиліе. На основаніи-то этого мы и не совѣтуемъ прибѣгать къ зонду при подобныхъ условіяхъ. Если бы почему либо пришлось здѣсь рѣшить діагностику во что бы то ни стало, то остается одно средство, именно прибѣгнуть къ методическому расширенію цервикальнаго канала. Средство это, кромѣ прямой діагностической пользы, можетъ оказать еще несомнѣнную пользу и въ томъ отношеніи, что, преодолевъ сопротивленіе со стороны маточной шейки, оно значительно ускоряетъ прорѣзываніе полипа, слѣдовательно, укорачиваетъ теченіе болѣзни.

Гораздо менѣе затруднительно распознаваніе полипа въ маточнаго, т. е. прорѣзавшагося большимъ или меньшимъ сегментомъ черезъ маточный зѣвъ. Здѣсь мы ощупываемъ прямо отрѣзокъ новообразованія и съ большей или меньшей легкостью опредѣляемъ обхватывающей его зѣвъ. Если бы небольшой лишь сегментъ его прорѣзался черезъ зѣвъ, или вовсе еще не прорѣзался, но зѣвъ открытъ, то діагностика вовсе не столь трудна, какъ утверждаютъ, такъ-какъ при энергическомъ бимануальномъ изслѣдованіи намъ всегда удастся провести палецъ между маточной стѣнкой и полипомъ. Въ подобныхъ случаяхъ вовсе не требуется, какъ совѣтуетъ Scanzoni, захватывать полипъ крѣпкими щипцами и повернуть нѣсколько разъ вокругъ продольной оси его, для того, чтобы убѣдиться, что изслѣдуемое новообразованіе имѣетъ ножку. Маневръ этотъ слишкомъ энергиченъ и иногда можетъ причинить весьма сильно раздраженіе.

Разсмотримъ теперъ—съ чѣмъ можно смѣшивать фиброзные

полипы матки и какимъ образомъ отличать ихъ отъ другихъ патологическихъ состояній.

Пока полипъ заключенъ еще въ полости матки и недоступенъ для пальца, то, говорятъ, его можно смѣшать съ беременностью. Едва ли съ этимъ можно согласиться. Если полипъ сколько нибудь порядочной величины и ужъ нѣкоторое время даетъ мѣстную клиническую картину, то при изслѣдованіи матка представляетъ такія явленія, которыхъ никогда не найдемъ при дѣйствительной беременности. Въ самомъ дѣлѣ, какой бы величины ни былъ полипъ, консистенція матки гораздо болѣе плотная, чѣмъ при беременности, но—что всего важнѣе,—она имѣетъ яйцевидную или круглую форму, чего никакъ не бываетъ въ началѣ беременности, поелику матка въ это время ни въ какомъ случаѣ не увеличивается равномерно. Къ этому нужно прибавить, что нижняго отрѣзка матки въ первые мѣсяцы беременности вовсе еще не бываетъ, между тѣмъ какъ при полипахъ мы всегда можемъ констатировать его въ большей или меньшей степени. Однимъ словомъ, для дифференціальной діагностики въ данномъ случаѣ должно всегда имѣть въ виду тѣ характеристическія особенности, которыя представляетъ матка въ началѣ беременности и ошибка едва ли тогда возможна.

Если трудно внутриматочный полипъ смѣшать съ беременностью, то еще гораздо труднѣе принять прорѣзывающійся полипъ за совершающійся выкидышъ. Ошибку подобную можно допустить лишь тогда, если принять, что можно смѣшать полипъ съ плодовымъ яйцомъ. Но сколько нибудь внимательное изслѣдованіе покажетъ, что въ первомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло если не съ твердымъ, то во всякомъ случаѣ до извѣстной степени плотнымъ и по крайней мѣрѣ эластическимъ тѣломъ, между тѣмъ, какъ плодное яйцо, гдѣ бы мы его ни щупали, представляетъ болѣе или менѣе рѣзкое зыбленіе, да и контуры его совсѣмъ иные.

Что касается дифференціальной діагностики прорѣзавшагося полипа отъ другихъ патологическихъ состояній, то этихъ послѣднихъ можно бы насчитать очень много, но мы остановимся только на самыхъ главныхъ.

Нѣкоторые авторы увѣряютъ, что полипы нерѣдко смѣшивали съ карциномомъ. Такъ Roch и Sanson* приводятъ случаи, въ которыхъ Dupuytren'у приходилось оперировать полипы, которые до него были принимаемы за карциномы. Подобные же случаи мы находимъ у Grayly Hewitt'a и Greenhalgh'a. Чаше всего подобныя ошибки были дѣлаемы при энцефаломахъ и эпителиомахъ маточной шейки. Подобная ошибка возможна только при самомъ поверхностномъ изслѣдованіи и поэтому самому непростительна. Избѣгнуть ея всегда очень легко.

* Elem. de pathol. med. chirurgic. Paris. 1818, t. III. p. 65.

принявъ въ соображеніе хрупкость карцинома и отношенія его вообще къ маткѣ.

Въ литературѣ существуютъ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ полипы принимаемы были за выпавшую матку. Такъ, въ одномъ случаѣ, сообщаемомъ Ansiaux *, при полипѣ прибѣгли даже къ пессарию, чтобы удержать мнимую выпавшую матку. Даже извѣстный Rigby не избѣгъ разъ подобной ошибки. Объяснить послѣднюю въ высшей степени трудно и ее едва ли можно понять, если вспомнимъ, что въ выпавшей маткѣ мы всегда въ извѣстномъ мѣстѣ должны найти зѣвъ. Правда, въ нижнемъ отрѣзкѣ полипа, вслѣдствіе распадена ткани, можетъ быть ямочка, симулирующая зѣвъ, но въ такомъ случаѣ не трудно выйти изъ затрудненія, прибѣгнувъ къ зонду.

Гораздо чаще смѣшивали фиброзные полипы съ выворотомъ матки (inversio uteri) и намъ нечего говорить о томъ, — къ какимъ тяжелымъ послѣдствіямъ можетъ повести подобная ошибка. Не смотря на то, что въ литературѣ можно найти не мало случаевъ подобной ошибки, сдѣланной очень опытными клиницистами, мы тѣмъ не менѣе утверждаемъ, что при внимательномъ и повторномъ изслѣдованіи она не можетъ найти ни малѣйшаго оправданія. Мы уже выше (стр. 147 ч. II) указали на дифференціально-діагностическіе признаки, которые должно имѣть въ виду въ данномъ случаѣ. Здѣсь снова повторимъ только, что анамнезъ и маточный зондъ должны вывести изъ всякаго затрудненія. Первый изъ нихъ укажетъ на то, что выворотъ матки находится въ тѣсной связи съ предшествовавшими родами. Что же касается зонда, то онъ въ данномъ случаѣ составляетъ ничѣмъ не замѣнимое средство. Съ какими бы полипами мы ни имѣли дѣло, зондъ все таки долженъ проникать на извѣстную высоту въ полость матки, что совершенно невозможно при выворотѣ. Наконецъ на стр. 147 ч. II мы указали также на то, что въ очень затруднительныхъ для распознаванія случаяхъ можно еще съ пользою прибѣгнуть къ акупунктурѣ (Guéniot).

Предсказаніе при фиброзныхъ полипахъ хотя, какъ сейчасъ увидимъ, весьма серьезно, но, вообще говоря, оно гораздо лучше, чѣмъ при фиброміомахъ въ тѣсномъ смыслѣ, такъ-какъ фиброзные полипы почти всегда представляютъ возможность радикальнаго и притомъ безопаснаго устраненія ихъ. Опасность, которую угрожаютъ фиброзные полипы матки, предоставленные самимъ себѣ, могутъ быть двоякаго рода: непосредственная и болѣе отдаленная. Первая изъ нихъ обусловливается чрезмѣрно сильными кровотечениями, которыя, въ свою очередь, могутъ повести къ смертельному исходу послѣдствіями своими, какъ-то: развитіемъ водянки, отекомъ мозга и пр. Къ непосредственнымъ же опаснымъ послѣдствіямъ фиброзныхъ полиповъ должно отне-

* См. у Kilian'a: Die rein chirurg. Operationen des Geburtshelfers. Bonn., 1846. p. 210.

сти также возможность разрыва матки, вследствие истонченія одной изъ стѣнокъ ея. Впрочемъ, подобные случаи въ высшей степени рѣдки.

По отношенію къ опасности болѣе отдаленной, нужно замѣтить, что она существенно обусловливается тяжелыми заболѣваніями, зависящими отъ различныхъ анатомико-патологическихъ измѣненій, происходящихъ въ ткани полипа. Virchow указываетъ на возможность развитія воспалительныхъ и тромботическихъ процессовъ въ промежуточныхъ фиброміомахъ. Эти же самыя процессы могутъ развиваться также и въ полипахъ и. понятно, могутъ сдѣлаться источникомъ гнойнаго (pyaemia) и гнилостнаго (septichemia) заражения крови. Мы сами наблюдали эти печальные исходы только въ случаяхъ осложненія полипами родильнаго состоянія; впрочемъ, въ литературѣ описано не мало подобныхъ исходовъ*. Не смотря на это, я думаю, что, вообще говоря, исходы эти все-таки должны быть довольно рѣдки, такъ-какъ намъ иногда приходилось видѣть угрожающія явленія, которыя тѣмъ не менѣе оканчивались все таки благопріятно. Нерѣдко къ намъ являлись больныя, общее состояніе которыхъ было весьма плохо и жаловавшіяся, кромѣ кровотеченія, на болѣе или менѣе сильныя лихорадочныя движенія. При изслѣдованіи оказъ валось, что прорѣзавшаяся часть полипа представляется изъѣденною и съ болѣе или менѣе обширными потерями существа, причемъ выдѣленіе изъ половой сферы отличалось сильнымъ зловоніемъ. Не смотря на подобныя угрожающія явленія, дѣло оканчивалось все таки благополучно, если только во время могло быть приступлено къ удаленію полипа. Говоря о предсказаніи и исходахъ при фиброзныхъ полипахъ, не можемъ не упомянуть о двухъ обстоятельствахъ, а именно: о произвольномъ отдѣленіи и выдѣленіи ихъ наружу, а также о выворотѣ матки.

Что касается произвольнаго отдѣленія полиповъ и изверженія ихъ наружу, то, что бы ни говорили объ этомъ старинные и нѣкоторые новѣйшіе авторы**, оно составляетъ весьма рѣдкую самопомощь природы. Подобный исходъ можетъ быть результатомъ особенныхъ, исключительныхъ обстоятельствъ, а именно: усиленной сократительной дѣятельности маточныхъ стѣнокъ и брюшныхъ мышцъ и, кромѣ того, извѣстнаго рода измѣненій, происходящихъ въ ножкѣ полипа (гангре-

* Относительно анатомико-патологическихъ измѣненій, могущихъ произойти въ полипахъ (воспаленіе и нагноеніе) см.: Bayle, Diction. des sc. médic., T. III, p. 84.—Chiari (Braun et Spaeth), Klinik der Geburtsk. u. Gynaecol. Erlangen, 1855, p. 410.—Scanzoni, Lehrb. der Krankh. des weiblich. Geschl. Bd. I, p. 265.

** Кромѣ случаевъ, описанныхъ Levret'омъ, Bayle'мъ, Burns'омъ, Clark'e'омъ и др., см. также у Dupuytren'a въ его Leçons orales, p. 172; Sraf. Lee, obstetric. Transact. vol I, p. 118 — 122; Fr. Meissner, de natural. auxilio in sanandis uteri polytis. Dissert. inaug. Vratisl. 1865 (у Virchow'a. Archiv. Bd. III, Hft. I, p. 173); Grayly Hewitt, Lond. Patholog. Transact., V. XI p. 173.

несценція его). Иногда бываетъ и такъ, что полипь прорѣзывается цѣликомъ изъ матки и ножка его сильно сжимается маточнымъ зѣвомъ, что, если продолжается извѣстное время, дѣйствуетъ на нее совершенно такимъ же образомъ, какъ лигатура и полипь наконецъ отваливается *. Какъ бы то ни было, никто не сомнѣвается въ разсмотрѣнномъ фактѣ, но все таки онъ до такой степени рѣдокъ, что разсчитывать на него въ прогностическомъ отношеніи было бы слишкомъ рисковано.

Выворотъ матки, увѣряють многие, должно всегда имѣть въ виду, когда дѣло идетъ объ исходахъ при фиброзныхъ полипахъ. При этомъ обыкновенно разсуждаютъ такимъ образомъ: если фиброзный полипь достигъ значительной величины, то, прикрѣпляясь на недлинной ножкѣ и торча свободно въ полость матки и рукава, онъ, ужъ влѣдствіе одной тяжести своей, долженъ потянуть за собою маточную стѣнку, къ которой прикрѣпляется, что и произведетъ выворотъ. Для большинства случаевъ подобное разсужденіе имѣетъ значеніе чисто апіоритическое, такъ-какъ in praxi выворотъ матки при фиброзныхъ полипахъ принадлежитъ къ исключеніямъ **. На основаніи того, что намъ приходилось видѣть и читать на этотъ счетъ, мы думаемъ, что одной тяжести полипа едва ли достаточно для того, чтобы вызвать выворотъ матки. Въ самомъ дѣлѣ, если ножка полипа коротка и неудоборастяжима, то, при усиленной сократительной дѣятельности маточныхъ стѣнокъ, она можетъ потянуть за собою ту часть маточной стѣнки, къ которой прикрѣпляется, что вызоветъ вдавленіе (*impressio*) этой послѣдней внутрь, т. е. въ полость, что однако, все таки, еще не выворотъ въ тѣсномъ смыслѣ. Для того, чтобы послѣдній произошелъ, требуется нѣчто болѣе, нежели одна тяжесть, а именно нужно, чтобы стѣнки матки представляли особенныя, извѣстныя измѣненія. Scanzoni *** собралъ 22 случая выворота матки и, на основаніи тщательнаго изученія этой казуистики, пришелъ къ заключенію, что тамъ, гдѣ происходилъ выворотъ, имѣли дѣло

* Lisfranc (*Gaz. des hôp.*, 1844. 21 Déc., p. 594; см. также у Kilian'a (op. cit. p. 214), который собралъ 26 относящихся сюда наблюденій. На основаніи этой казуистики онъ устанавливаетъ слѣдующіе 6 видовъ произвольнаго изверженія полиповъ: 1) *destruction par gangrène sur place*; 2) *accouchement du polype or expulsion*; 3) *atrophie exulceration ou gangrène du pédicule*; 4) *elongation, amincissement et rupture du pédicule*; 5) *par le travail de l'accouchement* et 6) *par eradecation soudaine*.

** R. Lee, *Medico-Chir. Transact.*, vol. XIX, p. 124. Lee собралъ относящіяся сюда случаи выворота матки, принадлежавшіе W. Huntery, Denman'y Schaw'y и др. Кроме того, на этотъ счетъ см. Huvel, *Manuel d'anat. pathol.* Paris, 1857, p. 538 Rokitan'sky, *Lehrb. der pathol. Anat.* 1851. Bd. III, p. 486. Весьма богатую литературу приводит Gurli в *Verhandlung. der Gesellsch. f. Geburtsh.* in Berlin, 1861, Hft. XIII, p. 44.—S. A. Schwell въ его руководствѣ къ ж. болѣз., (иѣм. перев.) стр. 201.

*** Ein Fall von chron. Inversion des Uterus mit epicritischen Bemerkungen. (Beiträge zur Geburtsk. u. Gynaecologie v. Dr Scanzoni. Würzburg, 1868, Bd. V pp. 93—101).

собственно не съ полипами, а съ фиброміомами въ тѣсномъ смыслѣ, т. е. съ новообразованиями, лишенными стебля. Обстоятельство это, по Scanzoni, находитъ себѣ объясненіе въ томъ, что части маточныхъ стѣнокъ, въ которыхъ развиваются фиброміомы, равно какъ и тѣ, которыя непосредственно окружаютъ ихъ, болѣе или менѣе атрофируются, или мышечные элементы ея подвергаются жировому перерожденію. Если при подобныхъ условіяхъ происходятъ сокращенія матки, то фиброміомъ, вдаваясь въ полость матки, потянетъ за собою ту часть ея стѣнки, которая потеряла нормальную сократительность и такимъ образомъ произойдетъ выворотъ. При фиброзныхъ же полипахъ всего этого не можетъ быть, такъ-какъ здѣсь маточная стѣнка, изъ которой исходитъ новообразование, не только не атрофируется, но, на оборотъ, подвергается гипертрофіи. Изъ всего вышесказаннаго не трудно убѣдиться въ томъ, что выворотъ матки, котораго такъ боятся многіе гинекологи, какъ осложненія при фиброзныхъ полипахъ матки, въ сущности составляетъ здѣсь весьма рѣдкое, исключительное явленіе.

Терапія фиброзныхъ полиповъ матки составляетъ въ большинствѣ случаевъ въ высшей степени благодарную задачу. Такъ-какъ палліативная терапія, имѣющая цѣлью униманіе нѣкоторыхъ, не особенно выдающихся припадковъ, разсмотрѣна нами уже выше, то мы ограничимся здѣсь разборомъ только терапіи радикальной, имѣющей задачей удаленіе разсматриваемыхъ новообразованій хирургическимъ путемъ.

Прежде однако, чѣмъ мы разсмотримъ подробно существующіе для этой цѣли оперативные приемы, мы считаемъ необходимымъ остановиться на разсмотрѣніи слѣдующаго вопроса: когда вообще должно приступать въ этомъ случаѣ къ операціи? Вопросъ этотъ имѣетъ значеніе по отношенію къ двумъ обстоятельствамъ, а именно: общему состоянію больной и нѣкоторымъ обстоятельствамъ по отношенію къ самому полипу. Что касается общаго состоянія больной, то, каково бы оно ни было, оно не должно удерживать насъ отъ операціи. Въ самомъ дѣлѣ, допустимъ, что мы имѣемъ дѣло съ больной, весьма ослабѣвшей отъ кровотеченія и представляющей въ этомъ отношеніи угрожающія явленія, какъ то: глубокой упадокъ силъ, неправильный, малый пульсъ, обмороки и пр.; полипъ же между тѣмъ удобооперируемъ. Что, спрашивается дѣлать при подобныхъ обстоятельствахъ? Нѣкоторые совѣтуютъ ждать и, поправивъ общее состояніе, затѣмъ только приступать къ операціи. Мы ни въ какомъ случаѣ не можемъ согласиться съ этимъ. Ждать при подобныхъ условіяхъ, значитъ подвергать опасности больную ослабѣть еще болѣе, такъ-какъ никакое существенное подкрѣпленіе силъ невозможно до тѣхъ поръ, пока не устранена причина кровотеченія, т. е. полипъ. Но этого мало. Выжиданіе не приноситъ никакой пользы больной, можетъ значительно пошатнуть шансы самой операціи, предпри-

нятой слишкомъ поздно. Мы поэтому съ самаго начала нашей практической дѣятельности до сихъ поръ придерживаемся строго слѣдующаго правила въ этомъ случаѣ: оперировать, не заботясь ни сколько объ общемъ состояніи, какъ можно скорѣе, если къ этому есть хоть малѣйшая возможность.

Но иногда, не смотря на всю настоятельность показанія, къ скорѣйшему удаленію полипа, мы по неволѣ должны откладывать операцию, потому, что полипъ еще не удобо-оперируемъ. Къ сожалѣнію, въ большинствѣ руководствъ и специальныхъ сочиненій о новообразованіяхъ матки вопросъ этотъ какъ бы обходятъ; мало того, съ того времени, какъ американская гинекологія получила такое значеніе, постоянно приходится слышать и читать, что фиброзный полипъ долженъ быть удаленъ немедленно, какъ только сдѣлано распознаваніе его. Если же придерживаться подобнаго воззрѣнія на дѣло, то можно быть увѣренну въ томъ, что практика не замедлитъ опровергнуть его, на основаніи фактовъ самаго прискорбнаго свойства. Удобо-оперируемымъ мы называемъ фиброзный полипъ лишь тогда, когда ножка его, если не вся, то, по крайней мѣрѣ отчасти, доступна, причемъ не должно быть прибѣгаемо ни къ какому особенному усилию. Если же этихъ условій не существуетъ, то мы считаемъ, что удобный моментъ для оперативнаго удаленія полипа еще не наступилъ, и, какъ бы показаніе къ операциіи ни казалось намъ настоятельнымъ, мы считаемъ необходимымъ выжидать и ограничиваться пока паліативною терапіей. Мы строго придерживаемся этого принципа, потому что, если при трудно доступномъ полипѣ будемъ настаивать на удаленіи его, то, какой бы способъ мы ни употребляли, дѣло не обойдется безъ большаго, или меньшаго насилія. Это же послѣднее можетъ имѣть очень легко фатальныя послѣдствія, вслѣдствіе того, что оно обуславливаетъ травмы при такихъ анатомическихъ условіяхъ со стороны матки, что это непременно повлечетъ за собою неминуемую опасность для больной. Въ самомъ дѣлѣ, мы уже знаемъ въ какомъ положеніи находится внутренній покровъ матки при фиброзныхъ полипахъ ея. Мы видѣли, что при этомъ сосуды могутъ быть развиты до такой степени, что Kiwisch сравнивалъ ихъ съ тѣмъ, что бываетъ въ беременной маткѣ. Тривматизмъ во время операциіи при подобныхъ условіяхъ весьма легко можетъ подать поводъ къ тромбозу, а этотъ послѣдній, въ свою очередь, къ септикеміи. Къ счастью, мы не имѣли ни одного случая въ нашей практикѣ, гдѣ мы должны были бы приписать печальный исходъ операциіи этому обстоятельству. Но за то намъ слишкомъ хорошо извѣстенъ одинъ случай изъ практики одного изъ нашихъ товарищей, окончившійся смертью черезъ 2 дня послѣ операциіи только потому, что было оперировано слишкомъ рано. Мы настаиваемъ на этомъ обстоятельствѣ для того, чтобы начинающій не увлекался блестящими исторіями болѣзней, приведенными напр. въ

извѣстномъ сочиненіи M. Sims'a. Вчитываясь въ эти исторіи и всматриваясь въ приложенные къ нимъ рисунки, изумляешься двумъ обстоятельствамъ: во-первыхъ, какимъ образомъ этотъ знаменитый гинекологъ рѣшался оперировать полипы, сидящіе на короткой ножкѣ у самаго маточнаго дна; а во-вторыхъ, какимъ образомъ онъ добирался до нихъ? На это можно бы возразить, что механическія трудности могутъ быть преодолены помощью извѣстной модификаціи M. Sims'овскаго экразера. Но и съ этимъ я не могу согласиться. такъ-какъ дѣйствовать имъ, какъ увидимъ ниже, въ полости матки нѣтъ никакой возможности.

Говоря объ удобооперируемости фиброзныхъ полиповъ, я не могу не остановиться на одномъ обстоятельстве. Положимъ, что полипъ прорѣзался уже порядочнымъ сегментомъ, но ножка его еще не доступна для пальца: что дѣлать въ подобномъ случаѣ? Нельзя ли ускорить процессъ прорѣзыванія? Прежде я полагалъ, что это возможно, давая внутрь препараты спорыньи. Но, на основаніи нѣсколькихъ случаевъ, которые мнѣ пришлось наблюдать, я этого не дѣлаю въ настоящее время, такъ-какъ спорынья въ подобныхъ случаяхъ не только не ускоряетъ прорѣзыванія, но, на оборотъ, вызываетъ неравномѣрную сократительность органа, сжимаетъ болѣе маточный зѣвъ и, слѣдовательно, задерживаетъ на большее или меньшее время опусканіе полипа. При подобныхъ условіяхъ, слѣдовательно, должно избѣгать спорыньи и если почему либо нужно ускорить прорѣзываніе полипа, то гораздо рациональнѣе прибѣгнуть къ надрѣзамъ зѣва, производимымъ совершенно на тѣхъ же основаніяхъ, какъ это дѣлается во время родового акта.

Мы не можемъ не обратить здѣсь вниманія на то, что иногда фиброзные полипы довольно значительной величины, напр. съ порядочный мандаринъ, представляютъ при прорѣзываніи своемъ черезъ зѣвъ одну особенность, которая имѣетъ высокій клиническій интересъ. Дѣло въ томъ, что прорѣзываніе, совершающееся безостановочно въ теченіе извѣстнаго времени, вдругъ не только останавливается, но даже идетъ назадъ, т. е. полипъ начинаетъ снова прятаться, уходитъ въ полость матки. Такимъ образомъ дѣло можетъ повториться нѣсколько разъ, т. е. полипъ то опускается черезъ зѣвъ, то снова уходитъ вверхъ, причѣмъ губы зѣва, бывшія до этого болѣе или менѣе истонченными, снова утолщаются и очень крѣпко обхватываютъ его. Мы до сихъ поръ наблюдали три раза подобные случаи и между прочимъ на двухъ больныхъ, которыхъ мы оперировали въ нашей клиникѣ. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ полипъ, величиною съ порядочное яблоко, круглаго очертанія, при первомъ изслѣдованіи представлялся прорѣзавшимся порядочнымъ сегментомъ, но добратся до ножи нельзя было: губы зѣва, довольно толстыя, обхватывали его настолько крѣпко, что нельзя было проникнуть въ полость матки. Изслѣдуя больную черезъ недѣлю, мы убѣдились, что въ зѣвъ горчитъ гораздо меньшій сегментъ новообразованія, чѣмъ прежде. При этомъ почти никакого кровотеченія. Мы назначали слизыстые души и лауданизированные клистиры. Изслѣдуя снова черезъ нѣсколько дней, мы, къ крайнему нашему удивленію, увидѣли что полипъ поднялся еще выше. Тогда мы рѣшились сдѣлать боковые надрѣзы зѣва и оттянули затѣмъ новообразование внизъ крѣпкими полипными щипцами. На подобное явленіе при слизыстыхъ полипахъ мы указали ужъ давно; при фиброзныхъ же полипахъ мы наблюдали это, какъ ужъ упомянуто выше, всего три раза. Въ литературѣ мы нашли указаніе на это при

фиброзныхъ полипахъ у Johns'a* и Larcher**, который называетъ ихъ polypes fibreux intrauterins à apparitions intermittentes.

Намъ остается упомянуть еще объ одномъ обстоятельстве, можемъ весьма сильно затруднить удаленіе полипа, или даже сдѣлать его вовсе невозможнымъ, какой бы оперативный способъ мы ни употребили въ дѣло. Я имѣю въ виду здѣсь то, что полипъ совершенно прорѣзался изъ полости матки и помѣщается цѣликомъ въ рукавъ; но величина его такова, что онъ весьма плотно выполняетъ этотъ послѣдній и дѣлаетъ ножку совершенно недоступною. Для того, чтобы облегчить удаленіе полипа при подобныхъ условіяхъ, предложено нѣсколько способовъ. Одни совѣтуютъ захватить полипъ крѣпкими Мюсеевскими, или же обыкновенными акушерскими (головными) щипцами и постепенно оттягивать его внизъ до тѣхъ поръ, пока ножка полипа не станетъ видна изъ половой расщелины. Этотъ способъ былъ въ большомъ ходу въ старину и практикуется даже до сихъ поръ нѣкоторыми изъ новѣйшихъ гинекологовъ. Мы не можемъ достаточно вооружаться противъ столь грубаго и рискованнаго метода. Хотя мы выше видѣли, что трудно можно ожидать выворота матки при фиброзныхъ полипахъ; но это только тогда, когда не употребляется насилія и фиброзный полипъ опускается самъ собою, исподволь. Но совсѣмъ иное дѣло, когда громадная опухоль съ значительною силой оттягивается внизъ разомъ, въ короткій промежутокъ времени: здѣсь выворотъ очень легко возможенъ. Въ подобныхъ случаяхъ гораздо рациональнѣе вырѣзать одинъ или нѣсколько кусковъ изъ полипа для того, чтобы онъ спался и ножка его такимъ образомъ сдѣлалась доступною. Вырѣзать можно одинъ большой клиновидный кусокъ (изъ середины), или же нѣсколько кусковъ меньшей величины. Simon *** совѣтуетъ дѣлать въ полипѣ нѣсколько глубокихъ боковыхъ надрѣзовъ; Negat **** же совѣтуетъ надрѣзамъ давать спиральное направленіе.

Способовъ для оперативнаго удаленія полиповъ предложено до сихъ поръ очень много. Мы разсмотримъ здѣсь главнѣйшіе изъ нихъ.

Удаленіе полиповъ помощью рѣжущихъ инструментовъ составляетъ одинъ изъ самыхъ старыхъ способовъ. Для этого употреблялись просто ножи, или же особеннаго рода ножницы. Изъ этихъ послѣднихъ особенно извѣстностью пользовались S-образно искривленные по поверхности полипныя ножницы Siebold'a. Оперировали по этому способу такимъ образомъ, что полипъ оттягивали внизъ Мюсеевскими щипцами до того, пока ножка полипа не опустится глубоко въ рукавъ, или даже не будетъ торчать наружу ex parte. Ножка затѣмъ

* Gaz. médic., 1858, p. 123.

** Arch. gener. de médecine, 1867.

*** Monatsch. f. Geburtstsk., Bd. XX. d. 467.

**** Ibid., Bd. XXIII, d. 220.

захватывалась двумя пальцами подъ защитой которыхъ и отрѣзали ее ножницами. Если имѣли дѣло съ очень толстою ножкою, то нѣкоторые хирурги, какъ Richter, Dupuytren, Breschet и др., совѣтовали сначала накладывать на ножку лигатуру и затѣмъ только отрѣзывали ножку.

Рѣзущіе инструменты для удаленія полиповъ были изобрѣтаемы даже въ послѣдніе годы. Такъ, сюда относятся рѣзущій крючекъ (polypotome) Simpson'a, представляющій ничто иное, какъ обыкновенный декапитаторъ Levret'a въ миниатюрѣ. Полиптрипъ Aveling'a представляетъ также подражаніе инструменту, придуманному Scanzoni для декапитации. Mickschik предложилъ свой инструментъ, надѣвающийся на указательный палець въ видѣ наперстка, снабженнаго клювовиднаго и загнутымъ ножикомъ.

Противъ вырѣзыванія полиповъ обыкновенно выставляли то обстоятельство, что оно опасно вслѣдствіе могущихъ быть при этомъ кровотеченій. Упрекъ этотъ напрасно былъ дѣлаемъ разсматриваемому нами способу, такъ—какъ дѣло вовсе не въ этомъ. Мы ужъ видѣли выше, что присутствіе сосудовъ сколько нибудь значительнаго калибра въ ножкѣ полипа принадлежитъ къ весьма рѣдкимъ исключеніямъ. Этотъ анатомическій фактъ подтверждается множествомъ клиническихъ наблюденій. Такъ, на очень большое число полиповъ, удаленныхъ рѣзущими инструментами Oslander'омъ, Siebold'омъ и Dupuytren'омъ, этотъ послѣдній только одинъ разъ имѣлъ дѣло съ кровотеченіемъ. Но вовсе не въ этомъ заключается слабая сторона разсматриваемаго способа. Важная и главная невыгода при этомъ то, что онъ въ сущности приложимъ безъ опасности только при полипахъ внѣматочныхъ, т. е. такихъ, гдѣ ножка очень легко доступна. Тамъ же, гдѣ эта послѣдняя сидитъ высоко, приходится или очень сильно смѣщать полипъ внизъ, или же дѣйствовать рѣзущимъ инструментомъ въ темнотѣ; понятно, что какъ то, такъ и другое сопряжено съ значительною опасностью. Въ виду всего этого мы при фиброзныхъ полипахъ никогда не прибѣгали къ рѣзущимъ инструментамъ.

Перевязка полиповъ, хотя и не столь старый способъ, какъ вырѣзываніе, но со времени Levret'a пользовалась обширнымъ примѣненіемъ въ практикѣ. Это доказывается цѣлой массой сварядовъ, придуманныхъ съ цѣлью удаленія полиповъ помощію лигатуръ. Въ настоящее же время всѣ почти совершенно оставили этотъ способъ и, какъ намъ кажется, совершенно справедливо. Если доискиваться причины того, почему лигатура была прежде въ такомъ ходу, то увидимъ, что въ основаніи этого лежала совершенно ложная идея. Въ самомъ дѣлѣ, лигатуру считали наилучшимъ способомъ потому, что полагали, что удаленіе полипа можно считать радикальнымъ лишь тогда, когда ножка его подверглась омертвѣнію. Когда же полипъ удаляли какимъ нибудь другимъ путемъ, то боялись возвратовъ. Опасеніе возвратовъ со стороны удаляемыхъ полиповъ имѣло очень важное вліяніе вообще на оперативную технику въ этомъ случаѣ. Такъ, между прочимъ учили, что полипъ долженъ быть снимаемъ

у самого основанія ножки. Опасенія на счетъ возврата полиповъ ни на чемъ не основано: разъ снятый полипъ никогда не рецидивируетъ. Правда, у субъекта, у котораго мы удалили полипъ, можетъ явиться черезъ нѣсколько времени другой; но это объясняется просто тѣмъ, что полипъ, который былъ снятъ, осложнялся однимъ или нѣсколькими субмукозными міомами, изъ которыхъ извѣстнымъ ужъ намъ путемъ развился второй фиброзный полипъ. Въ наукѣ не существуетъ ни одного положительнаго наблюденія, которое доказывало бы, что рецидивировалъ полипъ, разъ ужъ снятый тѣмъ или другимъ способомъ. Да подобный фактъ противорѣчилъ бы всѣмъ нашимъ анатомическимъ воззрѣніямъ на это новообразованіе *. Кромѣ всего этого, можно бы еще мириться съ лигатурою, если бы она представляла какія либо существенныя выгоды по легкости примѣненія. Но въ этомъ отношеніи она не представляетъ никакихъ выгодъ, а, напротивъ, наложеніе ея въ нѣкоторыхъ случаяхъ весьма затруднительно, что доказывается очень сложными, придуманными для этой цѣли снарядами. Къ этому нужно еще прибавить, что мало еще наложить лигатуру, но что послѣ этого приходится ждать нѣсколько дней пока полипъ не отвалится. При этомъ повторное затягиваніе лигатуры весьма болѣзненно. Но есть еще одно обстоятельство, которое дѣлаетъ примѣненіе разсматриваемаго способа весьма опаснымъ. Такъ-какъ лигатура удаляетъ полипъ, вызвавъ предварительно омертвѣніе въ стеблѣ его, то процессъ медленной гангреногенности значительно истощаетъ больныхъ и, при нѣкоторыхъ условіяхъ, можетъ подать поводъ къ инфекціонному процессу. Только такимъ образомъ можно объяснить столь печальные исходы, которые получались при лигатурѣ. Такъ, по свидѣтельству Ch. West'a **, по статистикѣ, составленной R. Lee, изъ оперированныхъ такимъ образомъ больныхъ умерла половина (!). M. Cointock ***, на основаніи тоже статистическихъ данныхъ, указываетъ на значительную опасность, сопряженную съ лигатурой. Hodgson **** описываетъ случай, въ которомъ лигатура сдѣлалась причиною флебита. Нужно удивляться поэтому, что нѣкоторые изъ новѣйшихъ авторовъ какъ Courty † и Langenbeck *† еще совѣтуютъ прибѣгать къ лигатурѣ.

Введеніе экратора въ практику нельзя не считать большимъ успѣхомъ по отношенію къ терапіи полиповъ матки. Въ

* Въ литературѣ существуетъ нѣсколько разказовъ относительно рецидивированія полиповъ. Такъ, Braxton Hicks (Guy's Hospit Reports 1868, t. XIII, p. 128) на 42 случая насчитываетъ 3 рецидива. Объ этомъ толкуютъ въ особенности англійскіе авторы; но, какъ мы увидимъ ниже, это объясняется тѣмъ, что они не отличали тогда саркомовъ (рецидивирующіе фибромы ихъ) отъ полиповъ.

** Op. cit., p. 222.

*** Clinic. Mem. ou Diseases of Women, p. 185.

**** Doubl. medic. Jour., 1854, p. 245.

† Op. cit., p. 979.

*† Deutsche Klin., 1850, 5 apr.

самомъ дѣлѣ, раздѣляя съ лигатурою нѣкоторыя изъ хорошихъ сторонъ, онъ не представляетъ ни одной изъ сопряженныхъ съ нею невыгодъ и дѣйствуетъ также скоро и надежно, какъ вырѣзываніе. Мы удивляемся поэтому, что въ руководствѣ своемъ къ гинекологіи Schroeder * отзывается объ экразерѣ, какъ объ инструментѣ, который въ примѣненіи къ полипамъ долженъ быть совершенно изгнанъ (!) изъ практики. Мы же на этотъ счетъ думаемъ совершенно наоборотъ и при томъ на основаніи довольно обширнаго клиническаго матеріала. Мы полагаемъ, что обширнымъ примѣненіемъ своимъ экразеръ въ данномъ случаѣ обязанъ именно тѣмъ преимуществамъ, которыя онъ имѣетъ предъ вырѣзываніемъ. Мы укажемъ только на главнѣйшія изъ нихъ: 1) Экразерную цѣпь, благодаря гибкости ея, можно нести довольно высоко въ полость матки и поэтому она одинаково годится какъ для полиповъ внѣматочныхъ, такъ и для тѣхъ, которые прикрѣпляются высоко, т. е. болѣе или менѣе заключены еще въ полости. 2) Дѣйствовать въ полости суставчатою и притомъ тупою цѣпью экразера гораздо легче и—главное—безопаснѣе, чѣмъ какими бы то ни было рѣзущими инструментами. 3) Экразерную цѣпь мы всегда накладываемъ *in situ*, т. е. не оттягивая матки. Если даже приходится иногда смѣстить нѣсколько внизъ матку, то это дѣлается въ такой незначительной степени, что нельзя и сравнивать ее съ тѣмъ оттягиваніемъ ея, къ которому приходится прибѣгать при употребленіи рѣзущихъ инструментовъ.

Но, отдавая полную справедливость въ этомъ случаѣ экразеру, я не могу въ тоже время не указать на то, что иногда, оперируя при внутриматочныхъ полипахъ, мы встрѣчаемъ весьма значительныя затрудненія. При этомъ однако мы должны оговориться въ томъ смыслѣ, что затрудненія эти и выступаютъ именно потому, что мы при этомъ не рѣшаемся на сильное смѣщеніе полипа (а вмѣстѣ съ нимъ также и матки), къ которому позволяютъ себѣ прибѣгнуть при употребленіи другихъ способовъ. Затрудненія эти главнымъ образомъ состоятъ въ невозможности закинуть экразерную цѣпь на полипъ, или—лучше—на ножку его. Обусловливаются эти затрудненія двоякаго рода обстоятельствами. Во первыхъ, оно можетъ имѣть мѣсто тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ съ очень высоко сидящимъ полипомъ. Выше ужъ мы упомянули о томъ, что въ подобныхъ случаяхъ лучше всего не торопиться съ операціей, а выждать нѣкоторое время. Во вторыхъ, полипъ можетъ прикрѣпляться и не очень высоко, но онъ такъ крѣпко обхватывается маточными стѣнками, что это сильно мѣшаетъ манипулированію цѣпью. Въ такомъ случаѣ мы прибѣгаемъ съ пользою къ глубокимъ надрѣзамъ. Тамъ, гдѣ и это не помогало, мы съ большою пользою прибѣгали къ слѣдующему приему. Указательный палецъ вводится между полипомъ и маточною стѣнкою и имъ описываются круги, которые постепенно

* Op. cit. p. 252.

поднимаются все выше и выше. Въ одинъ сеансъ это повторяется нѣсколько разъ и еслибы это оказалось недостаточнымъ, то нужно повторить это въ слѣдующіе дни до тѣхъ поръ, пока не удастся проникнуть до ножки полипа безъ особенныхъ затрудненій. Существенная цѣль описаннаго приѣма состоитъ въ томъ, чтобы сдѣлать полипъ какъ можно болѣе подвижнымъ въ маткѣ, что достигается весьма хорошо, какъ мы не разъ могли убѣдиться въ этомъ.

Накладываютъ экразерную цѣпь такимъ образомъ, что, опредѣливъ приблизительно величину петли, нужной для даннаго полипа, вводятъ ее однимъ указательнымъ пальцемъ въ рукавъ, затѣмъ вводится средній палецъ и послѣ помощью ихъ разводять экразерную петлю и накладываютъ ее на полипъ снизу вверхъ и сзади на передъ. Если полипъ не особенно великъ, то лучше не снимать рукоятки во время накладыванія цѣпи; наоборотъ же, если мы имѣемъ дѣло съ полипомъ значительной величины, то лучше дѣйствовать одною цѣпью, безъ рукоятки. Иногда накладываніе цѣпи весьма затруднительно, потому что она коротка по отношенію къ величинѣ даннаго полипа, по крайней мѣрѣ до тѣхъ поръ, пока она не будетъ заброшена на самую узкую часть его. Въ одномъ подобномъ случаѣ я облегчилъ себѣ задачу тѣмъ, что удлинилъ экразерную цѣпь, прикрѣпивъ къ одному изъ концовъ ея крѣпкую въ нѣсколько разъ сложенную нитку. Затягивая экразерную цѣпь, вовсе не нужно слишкомъ стараться о томъ, чтобы захватить ножку какъ можно выше, то есть какъ можно ближе къ мѣсту прикрѣпленія ея. Мы не совѣтуемъ этого потому, что, во первыхъ, оно совершенно лишнее, такъ-какъ рѣшительно все равно, гдѣ бы ни отщепить ножку. Во вторыхъ, стараться захватить ножку какъ можно выше, значитъ - затруднять себя напрасно. Въ третьихъ, это и не совсѣмъ безопасно, такъ-какъ, накладывая экразерную цѣпь какъ можно выше на ножку, мы рискуемъ втянуть часть маточной стѣнки, что могло бы имѣть самыя печальныя послѣдствія. Такъ, Tillaux * сообщилъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ случай, въ которомъ удаленіе полипа помощью экразера окончилось смертью. Въ экразерную петлю захвачена была часть инвертированной маточной стѣнки. Что касается столбняка (tetanus), то въ новѣйшей литературѣ мнѣ извѣстенъ только одинъ случай Воеск'я ** въ которомъ развился tetanus послѣ экразирования полипа.

Въ заключеніе сказаннаго нами о снятіи полиповъ помощью экразера, намъ отстаетъ сказать еще нѣсколько словъ о самомъ инструментѣ. Экразеръ въ томъ видѣ, какъ онъ вышелъ изъ рукъ изобрѣтателя его, Chassaing's'a, совершенно соответствуетъ всѣмъ требованіямъ. Не смотря однако на это, многіе старались придумать различныя модификаціи. Изъ числа этихъ послѣднихъ мы должны въ особенности упомянуть о той, кото-

* An. de Gynéc., v. II, p. 461.

** Gaz. médic. de Strasbourg, 1875, Juin.

рая придумана М. Sims'омъ. Цѣль ея состоитъ въ томъ, что бы дѣлать цѣпь въ какой угодно моментъ неподвижною и облегчать такимъ образомъ наложеніе ея на полипы, высоко сидящіе въ полости матки. Читая описаніе его, кажется, что все это дѣлается очень просто, а между тѣмъ на дѣлѣ выходитъ вовсе не то: инструментъ въ высшей степени сложенъ и попытка, сдѣланная мною въ одномъ случаѣ, оказалась невыполнимою. Я поэтому думаю, что всѣ подобныя модификаціи ни къ чему не ведутъ и совершенно лишаютъ экразеръ его первоначальнаго и главнаго свойства, именно—простоты его и несложности. Съ самаго начала нашей практики до настоящаго времени мы всегда употребляемъ экразеръ Chassaignac'a, модифицированный только въ томъ отношеніи, что онъ меньше и легче своего прототипа и что вмѣсто двухшлещчаго рычага цѣпь затягивается помощью колеса, повороты котораго не даютъ ни малѣйшаго треска.

Извѣстно, что послѣ того, какъ Maisonpoeuve замѣнилъ цѣпь въ экразерѣ проволокою (ligature extemporanée), очень многіе стали отдавать преимущество этой модификаціи предъ экразеромъ. Въ послѣдніе годы мы очень часто прибѣгали къ конструктору Maisonpoeuve'a, такъ-какъ мы могли убѣдиться, что помощью его можно достигнуть цѣли тамъ, гдѣ экразеръ встрѣчалъ очень большія затрудненія.

На счетъ примѣненія гальвано-каустики къ удаленію полиповъ я не могу сказать ничего особеннаго, такъ-какъ я ни разу не примѣнилъ этого способа. Многіе отзываются о немъ въ этомъ случаѣ съ большимъ энтузіазмомъ. Если я самъ не примѣнялъ гальвано-каустики, то за то я не мало видалъ ее примѣняемую другими и, признаюсь, до сихъ поръ не могу понять—въ чемъ собственно выгода ея предъ экразеромъ или конструкторомъ. Накладываніе гальвано-каустической петли столь же затруднительно, какъ и накладываніе экразерной цѣпи. Говорятъ, что при гальвано-каустикѣ нечего опасаться кровотеченія. Во первыхъ, мы видѣли уже, что кровотеченія при фиброзныхъ полипахъ вообще нечего бояться. Если же даже допустить возможность его, то, по нашему мнѣнію, его менѣе можно опасаться при экразерѣ, чѣмъ употребляя сильно накаленную проволоку. Кромѣ всего этого, гальвано-каустикѣ никогда нельзя сравнивать съ экразеромъ относительно простоты и несложности метода.

2. Слизистке полости матки.

Библиогр. Meissner, Ueber die Polypen der Gebärmutter. Leipzig, 1820. — Donne, Recherches microscop. sur la nature du mucus etc. Paris, 1837. — Oslander, Ueber die Exstirpation weicher polypöser Excrencenzen aus der Höhle der Gebärmutter. Hamb. Zeitschr. 1838, Bd. VIII, Hft. 3. — Oldham, Guy's Hosp. Rep., 1844, April. — Cullen, Dubl. Journ. 1844, July. — Huguier, Mém. sur les cystes de la matrice et sur les cystes folliculaires

du vagin. Mém. de la soc. de Chir. de Paris, 1847 Mai.—Th. Staf. Lee, On tumours of the uterus and its append London, 1847.—Hirsch, Hystologie und Form der Uterus—Polypen. Giessen, 1850.—H Müller, Verhandlungen der physical—medic. Gesellsch. zu Würzb. 1854, Bd. IV.—Scanzoni, Beiträge zur Pathologie der Gebärmutter—Polypen. Ibid.—Billroth, Ueber den Bau der Schleimpolypen. Berlin, 1855.—Онь же: Zur Anatomie der Schleimpolypen. Virchow's Arch. 1856. d. Bd. IX, p. 302.—E. Wagner, Cysten in der Schleimhaut der Uterushöhle. Arch. f. physiol. Heilk., 1855.—Онь же: Beiträge zur normalen und patholog. Anat. der Vaginalportion.. Ibid., 1856.—Онь же: Beiträge zu den Geschwülsten des Uterus. Ibid., 1857.—Leudet et Labulbéne, Recherches anatom. sur les polypes follicul. de l'uterus. Gaz. de Paris, 1856, 9. — Rokitan'sky, Denksch. der kaiserl. Acad. der Wissensch. Bd. I, p. 323 и его же Lehrb. der pathol. Anat., Bd. III, p. 488.—Klob, pathol. Anat. der weiblichen Sexualorg., p. 133—Sim's, Gebärmutterchir., 2-ое Нѣм. изд. p. 54.—М- Горвицъ. О слизистыхъ полипахъ матки. Клин. Зап. по гинек. С.-Петербург., 1871. стр. 163.—Scanzoni. Lehrb., 5 изд., 1875, p. 313. — Askermann, Virch. Arch.. Bd. 43, p. 88.—E. Martin, Berl. Beitr. zur Geb. u. Gyn., Bd. II, p. 51.

Слизистые полипы матки представляютъ рѣзко ограниченную гиперплазію элементовъ, входящихъ въ составъ слизистой оболочки ея.

Патолог. анатомія. Разсматриваемыя новообразованія развиваются чаще всего въ цервикальномъ каналѣ, но ни чуть не исключительно, какъ думали утверждать нѣкоторые авторы. Мы сами имѣли возможность наблюдать высоко въ полости матки очень хорошо развитые слизистые полипы; впрочемъ, это подтверждается также прямыми анатомическими изслѣдованіями Klob'a, Wedel'я, Billroth'a и др. По отношенію къ величинѣ и формѣ слизистыхъ полиповъ должно замѣтить, что они бываютъ различны, смотря, во первыхъ, по мѣсту, гдѣ они развиваются, а, во вторыхъ, по тѣмъ элементамъ слизистой оболочки, которые преимущественно принимаютъ участіе въ развитіи ихъ. Полипозныя разращенія, развивающіяся въ полости матки, бываютъ обыкновенно величиною въ горошину (maximum) и весьма рѣдко достигаютъ величины волоскаго орѣха. Полипы же цервикальнаго канала бываютъ гораздо больше, обыкновенно съ порядочною вышню и могутъ доходить даже до величины голубиного яйца. Форма ихъ обыкновенно продолговатая, закругленная. Мы видали нѣсколько разъ полипы съ очень малымъ поперечнымъ размѣромъ и вытянутые въ длину. Цвѣтъ слизистыхъ полиповъ бываетъ обыкновенно блѣсоватый, розовый и рѣже темно-красный.

Гистологическое строеніе разсматриваемыхъ новообразованій сводится къ слѣдующимъ даннымъ. Наружный покровъ ихъ составляетъ слой цилиндрическаго, весьма рѣдко плоскаго эпителия; подъ нимъ помѣщается собственно скелетъ (Klob) полипа т. е. волокнистый слой, содержащій въ большомъ количествѣ зерна различной величины; между волокнами помѣщаются различной величины полости, весьма тонкостѣнные пузырьки, содержащія иногда клѣтки, подвергшіяся сильному жировому перерожденію и которыя, по Klob'у, должно считать за прежніе

железистые элементы слизистой оболочки. Въ слизистыхъ полипахъ незначительной величины, какъ Müller, такъ и Klob констатировали извилистые мѣшечки, которые, по ихъ мнѣнію, ни что иное, какъ растянутыя маточныя железы. Замѣчаемыя на поверхности полипа жилки и рубчики Рокитанскій объясняетъ положеніемъ вышеупомянутыхъ пузырьковъ и оплотнѣніемъ ихъ содержимаго. Что касается сосудовъ, то содержаніе ихъ въ полипахъ бываетъ весьма различно; Billroth увѣряетъ, что они всего болѣе сосредоточены на поверхности ихъ, гдѣ они образуютъ различно переплетающіеся аностомозы и очень тонкія сѣти.

Форма полипа существенно зависитъ отъ того, какой изъ элементовъ слизистой оболочки всего болѣе заинтересованъ въ развитіи его. Влѣдствіе-то этого форма слизистыхъ полиповъ можетъ быть очень разнообразна и прежніе авторы дѣйствительно описывали множество формъ, какъ то: пузырьчатые, клѣточно-волоконистые, сосудистые, трубчатые и пр. Въ настоящее время мы не приписываемъ этому обстоятельству того значенія, какое придавали имъ прежде, но все таки клинически до извѣстной степени принимаемъ его въ соображеніе, особенно при выборѣ оперативнаго метода. Что касается того, какая изъ упомянутыхъ формъ полиповъ чаще встрѣчается въ практикѣ, то на основаніи нашихъ наблюденій, должно допустить, что чаще всего мы имѣемъ дѣло съ такъ называемыми ячеисто-сосудистыми поли-



Фиг. 48.

нами. Рѣже всего встрѣчается форма пузырьчатая (*polypus vesicularis*). Фиг. 48 представляетъ подобный полипъ, прорѣзавшійся чрезъ наружный зѣвъ.

Ножка или верхняя часть полпа бываетъ весьма различна, смотря по главнымъ свойствамъ новообразованія въ каждомъ данномъ случаѣ. Чаще всего она бываетъ гораздо тоньше средней и въ особенности же нижней части, представляющей обыкновенно закругленную, колбообразную. Бываетъ однако исключенія изъ этого и полипы вверху могутъ быть также толсты, какъ и внизу. Въ подобныхъ случаяхъ грушевидной или

закругленной формы полипы представляются как бы въ видѣ язычка (*uvula*) и поэтому я ихъ назвалъ язычко-видными (*pol. staphyloides*). Вообще, по отношенію къ ножкѣ полипа, на основаніи нашихъ клиническихъ наблюдений, должно допустить, что чѣмъ толще нижній конецъ полипа, тѣмъ болѣе рѣзко выступаетъ ножка его, т. е. тѣмъ она длиннѣе. Ножки совсѣмъ не имѣютъ тѣ полипы, которые развиваются первоначально изъ кистовидно-расширенныхъ железокъ. Полипы, лишенные такимъ образомъ ножки, *Simpson* назвалъ полипоидами.

Что касается состоянія матки вообще при слизистыхъ полипахъ; то, на основаніи нашихъ наблюдений мы пришли на этотъ счетъ къ слѣдующимъ заключеніямъ. Такъ-какъ полипы развиваются главнымъ образомъ въ цервикальномъ каналѣ, то полость матки при этомъ вообще измѣняется, относительно, весьма мало, по крайней мѣрѣ она никогда не представляетъ такихъ глубокихъ измѣненій, какъ мы это видѣли при фиброзныхъ полипахъ. Въ большинствѣ нашихъ случаевъ тщательныя измѣренія зондомъ до и послѣ снятія полипа не показывали никакого увеличенія полости матки, или, по крайней мѣрѣ, оно было очень незначительно. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ полипъ, какъ видно было изъ анамнеза, развился давно, мы всегда находили матку въ состояніи хронической гипереміи, съ дряблыми, вялыми стѣнками и иногда съ значительнымъ увеличеніемъ поперечнаго діаметра дна. По отношенію къ влагалищной части должно замѣтить, что она представляется весьма различною, смотря по положенію и мѣсту развитія полипа. Если послѣдній еще не прорѣзался чрезъ зѣву, то влагалищная часть обыкновенно бываетъ болѣе или менѣе укороченная, утолщенная и цилиндрической формы. Губы зѣвы всегда представляютъ болѣе или менѣе глубокія изъязвленія, начиная съ простаго слущиванія эпителія (*erosiones*) до обширныхъ гранулезныхъ язвъ. Описанныя измѣненія губъ обуславливаются степенью катарра цервикальнаго канала; потому-то они бываютъ болѣе рѣзко выражены тамъ, гдѣ дольше продолжался катарръ, или—что все равно—чѣмъ старше полипъ. При подобномъ состояніи губъ, само собою разумѣется, онѣ должны быть очень сильно размягчены и потому зѣва всегда почти представляется болѣе или менѣе приоткрытымъ. Кромѣ вышеописанныхъ измѣненій на губахъ, эти послѣднія представляютъ еще ту особенность, что утолщеніе ихъ далеко неравномѣрно: та губа, которая соотвѣтствуетъ стѣнкѣ цервикальнаго канала, изъ которой развился полипъ, бываетъ всегда толще другой.

Такъ-какъ слизистые полипы чаще всего развиваются изъ передней стѣнки, то и передняя губа представляется всего чаще утолщенной. Иногда обѣ губы зѣвы представляются на видъ столь

неравномѣрно утолщенными, что задняя кажется какъ бы истонченною или даже атрофированною.

Клиническая картина, обусловливаемая слизистыми полипами, хотя почти во всѣхъ случаяхъ въ сущности одинакова, т. е. однообразна, тѣмъ не менѣе по степени (интенсивности) можетъ быть различна. Самъ по себѣ полипъ не причиняетъ никакой боли; если же больныя жалуются на эту послѣднюю, то это зависитъ отъ какихъ либо измѣненій въ маткѣ, не имѣющихъ собственно ничего общаго съ разсматриваемымъ новообразованиемъ. Отсутствие боли не трудно объяснить тѣмъ, что сказано нами выше о состояніи матки, при слизистыхъ полипахъ. Боли періодическія, схватывающаго характера, будутъ только въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ полипомъ значительной величины и плотной консистенціи. Но, какъ ужъ мы знаемъ, подобные полипы составляютъ исключеніе; обыкновенно же они очень мягки и удобосжимаемы и поэтому они прорѣзываются легко чрезъ зѣвъ, который, повидимому, весьма мало раскрытъ. Разъ прорѣзавшись чрезъ зѣвъ полипы въ нижней части своей, не будучи ничѣмъ сжимаемы, иногда быстро и сильно разбухаютъ.

Существенные и болѣе всего выступающіе при слизистыхъ полипахъ припадки составляютъ усиленное выдѣленіе слизи и кровотеченіе изъ родовыхъ путей. Обыкновенно за довольно продолжительное время до обнаруженія кровотечения, больныя начинаютъ жаловаться на усиленное слизетеченіе, которое можетъ быть очень различно. Такъ-какъ мѣстомъ происхожденія его бываетъ по преимуществу цервикальный каналъ, то въ началѣ замѣчаемая при этомъ leucorrhoea ничѣмъ не отличается отъ того, что бываетъ при обыкновенномъ катаррѣ цервикальнаго канала (Endometritis cervicalis). Но по мѣрѣ того, какъ новообразование развивается все больше и больше, секретъ измѣняется: онъ становится болѣе или менѣе окрашеннымъ и содержитъ элементы разрушеннаго эпителія, отдѣляющагося какъ изъ цервикальнаго канала, такъ и съ поверхности полипа. Слизетеченіе, смотря по степени гипереміи (т. е. степени раздраженія цервикальнаго канала со стороны полипа), то значительно усиливается, то ослабѣваетъ. Но мы не знаемъ ни одного случая, въ которомъ бы не было этого припадка. Въ рѣдкихъ случаяхъ секретъ становится зловоннымъ и это явленіе особенно пугаетъ больныхъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣли дѣло съ подобнымъ измѣненіемъ въ свойствѣ секрета, оно обусловливалось главнымъ образомъ спираціемъ цервикальнаго канала новообразованиемъ и застаиваніемъ въ немъ слизи, вслѣдствіе чего онъ принималъ гноевидный характеръ. Что касается реакціи секрета при слизистыхъ полипахъ, то на основаніи того, что мы знаемъ уже объ эндометритѣ вообще, понятно, что она должна быть щелочная; мы поэтому отсылаемъ читателя къ тому, что сказано нами на этотъ счетъ на стр. 493 ч. I.

Кровотеченіе при слизистыхъ полипахъ можетъ пред-

ставлять всевозможные отѣнки, начиная съ самыхъ незначительныхъ степеней и доходя до очень сильныхъ потерь крови. Нерѣдко мнѣ приходилось видѣть такія кровотеченія, которыя по силѣ своей ничѣмъ не уступали тѣмъ, какія бываютъ при фиброзныхъ полипахъ. Станнымъ при этомъ не можетъ не показаться то, что степень кровотеченія ничуть не зависитъ отъ величины самаго полипа, а обуславливается совершенно другими обстоятельствами, главнымъ же образомъ строеніемъ новообразованія и расположеніемъ его въ цервикальномъ каналѣ. Чѣмъ болѣе преобладаютъ сосуды въ строеніи полипа, тѣмъ, понятно, сильнѣе будутъ и кровотеченія. Во-вторыхъ, полипы, окончателно прорѣзавшіеся чрезъ зѣвъ, вообще кровоточатъ гораздо меньше тѣхъ, которые совсѣмъ еще заключены въ цервикальномъ каналѣ и только отчасти прорѣзались изъ него. Вообще, я убѣдился въ томъ, что чѣмъ длиннѣе ножка полипа, тѣмъ меньше онъ даетъ кровотеченія, и наоборотъ; обстоятельство это легко объясняется тѣмъ, что этой категоріи полипы прорѣзываются скорѣе чрезъ зѣвъ и, слѣдовательно, меньше раздражаютъ цервикальный каналъ. Въ началѣ, когда полипъ не достигъ еще полнаго развитія, кровотеченіе имѣетъ нерѣдко періодическій характеръ, т. е. является въ опредѣленные сроки, оставляя свободные промежутки; вслѣдствіе-то этого, какъ и при фиброзныхъ полипахъ, мы будемъ имѣть дѣло съ чрезмерно обильными мѣсячными (menst. prof.), или же формальными кровотечениями во время мѣсячныхъ (menorrhagia). Но, по мѣрѣ того, какъ полипъ растетъ, кровотеченіе является и помимо мѣсячныхъ, причемъ послѣднія упорно сохраняютъ свой прежній патологическій характеръ. Кровотеченіе является то вдругъ, совершенно неожиданно, то развивается исподоволь, причемъ ему нерѣдко предшествуетъ усиленное выдѣленіе окрашенной въ розовый цвѣтъ слизи. При полипахъ прорѣзавшихся большія нерѣдко жалуются на кровотеченія post coitum.

Что касается источника кровотеченія при слизистыхъ полипахъ, то на этотъ счетъ до сихъ поръ обращали очень мало вниманія. Мы уже видѣли выше, что слизистые полипы въ большинствѣ случаевъ имѣютъ очень тонкую ножку и поэтому самому, достигнувши извѣстной степени развитія, они нѣкоторымъ образомъ получаютъ извѣстную самобитность, т. е. они находятся въ значительной независимости отъ почвы (т. е. слизистой оболочки), изъ которой они исходятъ. Чѣмъ слабѣе связь полипа съ тѣмъ мѣстомъ слизистой оболочки, изъ которой онъ исходитъ, тѣмъ менѣе должны быть выражены въ ней патологическія измѣненія, т. е. явленія гипереміи. Вслѣдствіе этого, слизистая оболочка цервикальнаго канала не можетъ быть главнымъ источникомъ кровотеченія при слизистыхъ полипахъ, по крайней мѣрѣ тѣхъ изъ нихъ, которые перешли уже въ дальнѣйшіе періоды своего развитія. Что это дѣйствительно такъ, то это подтвер-

ждается извѣстнымъ клиническимъ фактомъ, что чѣмъ старше слизистый полипъ, особенно прорѣзавшійся, тѣмъ менѣе онъ кровоточитъ. При подобныхъ условіяхъ, слѣдовательно, остается искать источника кровотечения въ самомъ полипѣ. Въ самомъ дѣлѣ, нерѣдко стоитъ прикоснуться только къ полипу корпейною кисточкою для того, чтобы вызвать довольно сильное кровотечение. Здѣсь источникъ кровотечения очевиденъ: мы разрушили инороднымъ тѣломъ сосуды на поверхности новообразованія. Заключение это, основанное на клиническомъ наблюденіи, подтверждается анатомическими изслѣдованіями, изъ которыхъ видно, что сосуды на поверхности полипа, какъ ужъ мы видѣли выше, образуютъ обширныя и многочисленныя развѣтвленія съ весьма тонкими стѣнками; въ стеблѣ же этого не бываетъ и сосуды въ немъ представляютъ стѣнки болѣе толстыя, обладающія значительною сократительностью (Virchow). Съ другой же стороны, сосуды на поверхности полипа могутъ измѣниться такимъ образомъ, что онъ вовсе не кровоточитъ, или же кровоточитъ очень мало.

Кромѣ всего вышесказаннаго объ источникахъ кровотечения при слизистыхъ полипахъ, поводъ къ нему могутъ полагать губы маточнаго зѣва и ближайшее сосѣдство его. Мы говоримъ это на основаніи того, что нерѣдко мы могли констатировать на губахъ зѣва, въ особенности на той, которая соотвѣтствуетъ стѣнкѣ цервикальнаго канала, изъ которой полипъ исходитъ, весьма обильныя фугнозные разращенія, кровоточащія при самомъ легкомъ прикосновеніи къ нимъ. Что осложненіе это (endometritis colli fungosa) играетъ въ данномъ случаѣ важную роль, мы могли заключить изъ того, что, и по удаленіи полипа, кровотечение продолжалось до тѣхъ поръ, пока не былъ устраненъ эндометритъ.

Этіологія слизистыхъ полиповъ также темна, какъ мы видѣли это относительно полиповъ фиброзныхъ. Если слизистые полипы представляютъ не что иное, какъ продуктъ ограниченной гиперплазіи элементовъ слизистой оболочки, то à priori можно только утверждать, что причиною, по крайней мѣрѣ отдаленною, этихъ новообразованій должно считать все то, что усиливаетъ дѣятельность ихъ. Но прилагая это общее разсужденіе къ каждому данному случаю, мы все таки не въ состояніи выяснить—почему въ немъ развился полипъ. Если обратиться теперь къ тѣмъ этиологическимъ моментамъ, которые разсмотрѣны нами выше при фиброзныхъ полипахъ, то увидимъ въ этомъ отношеніи нѣкоторую разницу. Что касается возраста, то мы убѣдились въ томъ, что слизистые полипы вообще развиваются въ возрастѣ болѣе раннемъ, чѣмъ фиброзные. Къ этому заключенію мы пришли на основаніи анамнеза 22 больныхъ, средній возрастъ которыхъ равняется 28,6 лѣтъ.

Въ анамнезѣ многихъ изъ нашихъ больныхъ мы часто слышали жалобы не различныя разстройства мѣсячныхъ.

Но каково отношеніе ихъ къ послѣдовательному развитію слизистыхъ полиповъ, мы не можемъ сказать ничего опредѣленнаго. Опять же только à priori можно допустить, что всѣ тѣ патологическія состоянія матки, которыя въ нашихъ случаяхъ обусловливали извѣстныя разстройства мѣсячныхъ, оставались, вѣроятно, не безъ вліянія на послѣдующее развитіе полипа.

Что касается родоваго акта, то онъ, вѣроятно, имѣетъ здѣсь извѣстное значеніе: большинство нашихъ больныхъ рожало по нѣскольку разъ. И здѣсь, слѣдов., мы видимъ разницу съ тѣмъ, что было констатируемо нами при фиброзныхъ полипахъ.

Распознаваніе слизистыхъ полиповъ въ большинствѣ случаевъ не представляетъ никакихъ затрудненій. Если послѣдніе встрѣчаются иногда въ практикѣ, то это въ тѣхъ случаяхъ, когда полипъ еще не доступенъ прямому, непосредственному изслѣдованію. Поэтому-то нужно соблюдать въ этомъ отношеніи извѣстную предосторожность. Такъ-какъ клиническія явленія, сопровождающія слизистые полипы, не заключаютъ въ себѣ ничего характернаго, то и діагностика ихъ должна быть всегда дѣлаема на основаніи прямыхъ, положительныхъ данныхъ, т. е. полипъ діагностицируется лишь тогда, когда мы его могли оцунать пальцами. Такъ-какъ слизистые полипы развиваются большею частью въ цервикальномъ каналѣ, то и прорѣзываніе ихъ обыкновенно не требуетъ особенно продолжительнаго времени и распознаваніе такимъ образомъ обезпечено. Если же бы, вслѣдствіе извѣстныхъ обстоятельствъ, полипъ почему либо не прорѣзывался, то остается прибѣгнуть къ расширенію цервикальнаго канала. Изъ обстоятельствъ, замедляющихъ прорѣзываніе полипа, мы должны указать въ особенности на его измѣненія воспалительнаго свойства и на коническую гипертрофію влагалищной части. При подобныхъ обстоятельствахъ расширеніе ничѣмъ не замѣнимо. Прорѣзавшійся полипъ не узнать едва ли возможно. Впрочемъ, и здѣсь иногда могутъ быть ошибки, т. е. можно не узнать его и это въ началѣ нашей практики казалось намъ непонятнымъ. Полипъ, развивающійся изъ периферіи губъ, можетъ достигать такой длины, что онъ принимаетъ самыя разнообразныя положенія, извивается или даже загибается за ту или другую губу. Поэтому онъ при ручномъ изслѣдованіи легко можетъ ускользнуть отъ того, кто изслѣдуетъ. Во вторыхъ, полипъ, который разъ намъ удалось оцунать, или даже видѣть глазомъ, можетъ снова совершенно скрыться въ цервикальномъ каналѣ, только благодаря тому, что онъ тонокъ и имѣетъ значительную длину. Для избѣжанія ошибокъ, нужно поставить себѣ за правило: при малѣйшемъ подозрѣніи о слизистомъ полипѣ контролировать всегда палецъ глазомъ, т. е. прибѣгать непрерывно къ изслѣдованію зеркаломъ. Если же разъ мы констатировали полипъ и онъ при вторичномъ изслѣдованіи болѣе не видѣнъ, то не трудно вытащить его изъ цервикальнаго канала помощью зонда, или же надавливая, а иногда ударяя пальцемъ на маточное дно.

Предсказаніе при слизистыхъ полипахъ въ высшей степени благоприятно, такъ-какъ они весьма легко устраняются искусствомъ и не рецидивируютъ. Дѣлая такимъ образомъ благоприятное предсказаніе, должно однако быть всегда осторожнымъ по отношенію къ тому, чтобы не обѣщать больной, что со снятіемъ полипа тотчасъ же прекратятся обуславливаемые имъ клиническія явленія. Иногда и послѣ операціи, какъ кровотеченіе, такъ въ особенности же leucorrhoea продолжаются, хотя не въ столь сильной, но все же еще значительной степени. Объясняется это тѣмъ, что слизистый полипъ сопровождается обыкновенно фунгознымъ или же гранулезнымъ эндометритомъ. Обстоятельство это непременно должно имѣть въ виду при предсказаніи, потому что, по снятіи полипа, намъ придется еще имѣть дѣло со спутниками его, т. е. извѣстными патологическими измѣненіями цервикальнаго канала.

Говоря о предсказаніи при слизистыхъ полипахъ матки, мы не можемъ не указать здѣсь на то, что Montgomery * ставитъ ихъ въ извѣстное отношеніе съ послѣдовательнымъ развитіемъ карцинома, въ особенности у пожилыхъ женщинъ. Мы до сихъ поръ видали только одинъ случай **, въ которомъ, по снятіи слизистаго полипа, развился послѣдовательно карциномъ влагалищной части, но тѣмъ не менѣе не придаемъ этому обстоятельству никакого значенія. Да и во всей доступной намъ гинекологической литературѣ мы не нашли ничего такого, чтобы указывало на то, что слизистый полипъ служить до извѣстной степени предвѣстникомъ, что въ послѣдствіи въ данномъ случаѣ разовьется карциномъ. Очень возможно, что Montgomery, высказывая вышеприведенное мнѣніе, смѣшивалъ между собою различные виды папилломы.

Леченіе. Мы здѣсь имѣемъ въ виду исключительно хирургическое леченіе въ тѣсномъ смыслѣ, такъ-какъ съ леченіемъ палліативнымъ мы ужъ познакомились выше. Хирургическое леченіе слизистыхъ полиповъ обнимаетъ слѣдующіе способы.

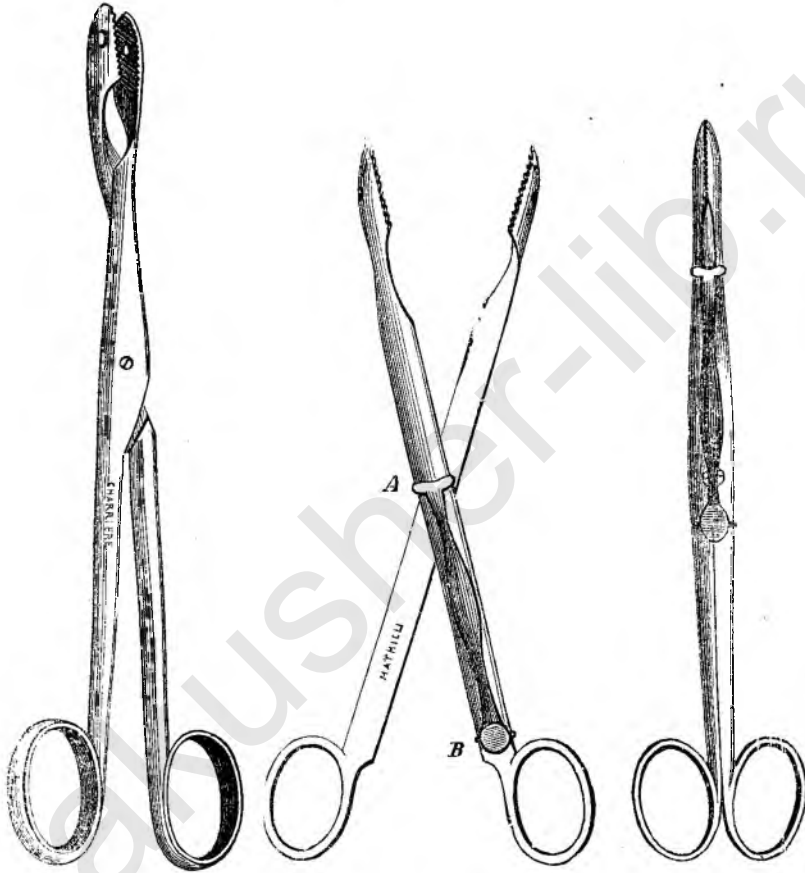
а) Прижиганіе было въ большомъ ходу въ старину. Оно состояло въ томъ, что отъ времени до времени прорѣзавшійся изъ цервикальнаго канала полипъ прижигали различными caustica, какъ-то: nitr. arg., liq. Bellostii и пр. Признаюсь, я не могу понять — почему этотъ способъ находилъ прежде столь жаркихъ защитниковъ. Не говоря уже о томъ, что примѣненіе его требуетъ значительнаго времени, онъ, кромѣ того, непріятенъ для больной, потому что усиливаетъ гиперемію и пр. Мы поэтому ни разу не прибѣгали къ этому способу, да и вообще онъ въ настоящее время совершенно оставленъ. Нѣкоторые утверждаютъ, впрочемъ, что къ нему можно бы прибѣгнуть тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло

* *Dubl. Journ. of medic. sc.*, 1846, Aug.

** См. наши клин. зап., стр. 186.

съ широко сидящимъ полипомъ, развившимся гдѣ либо на периферіи губъ. Но въ подобномъ случаѣ гораздо выгоднѣе прибѣгнуть къ

б) въ рѣзъ в а н і ю (excisio). Производится оно слѣдующимъ образомъ. Обнаживъ операціонное поле помощью рукавнаго зеркала, очищаютъ кисточками кровь и слизь и затѣмъ однимъ ударомъ искривленныхъ по поверхности тупоконечныхъ ножницъ



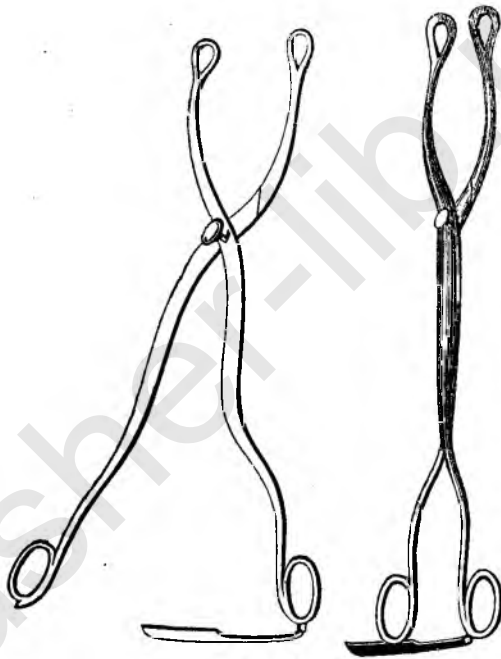
Фиг. 49.

Фиг. 50.

(Рихтеровскихъ) сносить полипъ. При этомъ обыкновенно приходится снять и кусокъ слизистой оболочки, на которомъ сидитъ новообразование. Кровотеченіе при этомъ бываетъ обыкновенно порядочное; останавливается оно послѣдовательнымъ прижиганіемъ азотнокислымъ серебромъ и тампонадой. Къ разсматриваемому способу, вообще говоря, придется прибѣгать въ практикѣ весьма

рѣдко, потому что широко сидящіе полипы встрѣчаются только въ исключительныхъ случаяхъ.

с) Скручиваніе (*torsio*) составляетъ чаще всего употребляемый методъ. Техника его состоитъ въ слѣдующемъ. Полипъ обнажается посредствомъ широкаго рукавного зеркала, чрезъ которое пускается струя воды для очищенія операціоннаго поля отъ крови и слизи. Когда это все исполнено, полипъ захватывается полипными щипцами, которыхъ придумано для этой цѣли очень много. Фиг. 49 представляетъ простѣйшій типъ ихъ. Фиг. же 50 изображаетъ ихъ ужь въ нѣсколько болѣе сложномъ видѣ,



Фиг. 51.

а именно они снабжены замыкающимъ снарядомъ АВ. За неимѣніемъ полипныхъ щипцовъ съ такимъ же успѣхомъ можно прибѣгнуть къ хорошо устроенному корнцангу. Изъ полипныхъ же щипцовъ должно предпочитать тѣ, которые крѣпко замыкаются.

Накладывать какъ щипцы, такъ и корнцангъ должно такимъ образомъ, чтобы онъ захватилъ главнымъ образомъ ножку полипа. Еслибы полипъ прикрѣплялся высоко въ цервикальномъ каналѣ, то лучше всего прибѣгнуть къ полипнымъ щипцамъ, имѣющимъ тазовую кривизну. Захвативъ, какъ сказано выше, ножку полипа, щипцы или корнцангъ замыкаютъ, и затѣмъ дѣлаютъ ими обороты вокругъ продольной оси ихъ. Обороты должны дѣлаться тихо, а ничуть не скоро; мы настаиваемъ на этомъ потому, что та-

кимъ образомъ можно почти навѣрно избѣгнуть послѣдовательнаго кровотеченія. Въ особенности же мы предостерегаемъ отъ рванья полипа, такъ-какъ подобный грубый травмъ не можетъ остаться безъ серьезныхъ послѣдствій. Хотя скручиваніе полипа могло бы быть сдѣлано и безъ помощи глаза, но мы никогда не совѣтуемъ поступать такимъ образомъ, а оперировать слѣдуетъ всегда при помощи маточнаго зеркала. Это послѣднее не только облегчаетъ всю процедуру, но необходимо главнымъ образомъ для того, чтобы фиксировать маточную шейку, чрезъ что въ значительной степени устраняется раздраженіе матки. Если полипъ значительной величины, довольно плотной консистенціи и прикрѣпляется довольно высоко, то нужно также удалять его помощью скручиванія, но прибѣгать для этой цѣли къ *pince à cremallière* (фиг. 51), такъ какъ ими очень хорошо и крѣпко захватывается полипъ. Въ особенности это должно сказать на счетъ полиповъ значительной величины и круглаго очертанія.

d) Раздавленіе, размозженіе (*conquassatio*) полипа дѣлается въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ очень мягкими и широко сидящими полипами. Производится размозженіе различнаго рода инструментами: *Simpson* дѣлалъ это простымъ литотрибомъ, *Thierry*—кривыми зубчатыми щипчиками, *Nélaton*—при помощи своего *pince emporte-pièce* и т. д. Я не могу сказать, чтобы размозженіе составляло самостоятельный способъ. Иногда мы приступали къ обыкновенному скручиванію, но полипъ оказывался столь мягкимъ, что щипцы размозжали его вопреки нашему желанію и мы должны были оканчивать операцию по этому способу. Коль скоро во время производства мы убѣждались въ томъ, что полипъ не поддается скручиванію и раздавливается, такъ сказать, самъ собою, то мы раздавливали его сколько возможно и затѣмъ удаляли его отдѣльными кусками. При этомъ обыкновенно бываетъ порядочное кровотеченіе, но не на столько, чтобы оно могло внушать серьезное опасеніе. Останавливается оно обыкновеннымъ образомъ.

Какимъ бы способомъ мы ни снимали слизистый полипъ, нужно позаботиться о томъ, чтобы не было послѣдовательнаго кровотеченія. Въ литературѣ приводится нѣсколько случаевъ, въ которыхъ за снятіемъ небольшихъ полиповъ слѣдовало довольно значительное кровотеченіе. Таковы случаи *Martin'a*, *L. Mauger'a* и др. До сихъ поръ мы видѣли одно подобное кровотеченіе послѣ удаленія полипа помощью скручиванія, произведеннаго самымъ тщательнымъ образомъ. Чаще всего наблюдали послѣдовательныя кровотеченія послѣ вырѣзыванія. Чтобы обезпечить себя отъ этого, нужно принять нѣкоторыя предосторожности. Во первыхъ, кровотеченіе, еслибы оно случилось во время операци, должно быть тщательно остановлено. Съ этою цѣлью мы пускаемъ чрезъ зеркало струю ледяной воды до тѣхъ поръ, пока не будетъ ни капли крови. Если же, не смотря на это, оно все бы продолжалось, хотя бы даже въ незначительной сте-

пени, то нужно смазать цервикальный канал полуторохлористымъ желѣзомъ. Остановивъ такимъ образомъ кровотеченіе, нельзя еще ручаться, чтобы оно не возвратилось, такъ-какъ послѣдовательное кровотеченіе въ этихъ случаяхъ чаще всего появляется черезъ нѣсколько часовъ. Поэтому, хоть бы не было и капли крови, должно всегда послѣ операціи прибѣгать съ профилактическою цѣлью къ тщательной тампонадѣ рукава. Тампонъ оставляется часовъ на 6 и болѣе и не накладывается снова только тогда, если замѣтимъ, что зѣвъ начинаетъ закрываться и губы становятся болѣе полотными. Больная затѣмъ въ теченіе нѣсколькихъ дней остается въ постели и ей назначаются простые души изъ холодной воды, или же съ прибавленіемъ какого нибудь вяжущаго. Остающійся же за этимъ эндометритъ лечится по извѣстнымъ правиламъ.

III. Сосочковыя опухоли влагалищной части матки.

(Papilloma uteri).

Истор.-библиогр. замѣч. Не можетъ быть никакого сомнѣнія въ томъ, что до начала настоящаго столѣтія всѣ сосочковыя опухоли, развивающіяся на влагалищной части, смѣшивали въ одно съ такъ называемыми злокачественными новообразованиями матки. Мы говоримъ это на основаніи того, что въдѣ не открыты же онѣ только въ послѣднее время, а должны были существовать давнымъ-давно. Такъ было дѣло до Clarke'a, который въ 1803 году описалъ новую (?) патологическую форму, или новообразование матки подъ именемъ цвѣтной капусты—*Cowliflower Excrecence*. Эта-то форма, которую французскіе авторы описывали подъ именемъ грибовидной (*champignon*) или фунгозной опухоли (*vegetation fongueuse*), внесла въ гинекологию величайшую путаницу въ понятіяхъ, по крайней мѣрѣ съ клинической точки зрѣнія.—Мы имѣемъ здѣсь главнымъ образомъ въ виду то обстоятельство, что не различали доброкачественныя сосочковыя опухоли—папилломы въ тѣсномъ смыслѣ—отъ такихъ же опухолей злокачественныхъ или, по просту, раковыхъ. Только благодаря работамъ Virchow'a, а въ послѣднее время Waldeyer'a, поняли, наконецъ, что пресловутое *cowliflower excrecence* ничто иное, какъ простая эпителиома и что въ самомъ началѣ своего развитія она имѣетъ совершенно тождественныя свойства съ папилломою. Клинически же нужно строго различать между простою (доброкачественной) папилломою и тою, которая въ дальнѣйшемъ развитіи своемъ переходитъ въ обыкновенный эпителиомъ.

J. Clarke, Transactions of the Society for the improvement of medical and surgical knowledge. 1809, t. III, p. 321.—J. Simpson, Edinb. medic. and surgic. Journ., 1845.—A. Kramer, Ueber Condilome und Warzen. Göttingener Studien, 1847.—Th. St. Lee, On tumours of the uterus. London, 1847.—Robert, des affections du col de l'utérus. Paris, 1848.—Watson, Monthly Journ. of medic. Sc., 1849, Octob., p. 1183.—Virchow, Ueber Canicroide und Papillargeschwülste. Würzburger Verhandlungen, 1850, Bd. I, p. 106.—C. Mayer, Verh. der Berl. Ges. f. Geburtsk., 1851, Hft. 4, p. 111.—Mickschick, Zur Pathol. des Clarkschen Blumenkohlgewächses. Zeitschr. der Wiener Aerzte, 1856, p. 40.—E. Wagner, Beitr. zur normal. und patholog. Anat. der Vaginalportion. Arch. f. physiol. Heilkunde, 1856, Bd. IV.—H. Ziemssen, Zur Casuistik der Uterustumoren. Virchow's Arch. 1859, Bd. XVII, p. 333.—Braxton Hicks, Guy's Hosp. Rep. 1861, V. VII, p. 241.—Klob. Pathol. Annot. etc. p. 140.—G. Thomas, Discas. of women, 3 edit. 1872, p. 549.—Thiede, Zeitsch. f. Geb. u. Gynæcol., Bd. I, p. 460.

Сосочковья опухоли матки, т. е. новообразованія, исходящія изъ папиллъ слизистой оболочки влагалищной части, обнимаютъ собою анатомико-патологически различныя формы, какъ доброкачественныя, такъ и злокачественныя. Если между ними въ началѣ ихъ развитія, съ точки зрѣнія анатомико-патологической (или, лучше, гистологической), и не существуетъ никакой разницы, то, клинически, это различіе, въ особенности по послѣдствіямъ своимъ, выступаетъ весьма ясно. На этомъ основаніи мы, согласно дѣленію Кlob'a, и принимаемъ 4 вида сосочковыхъ опухолей матки, а именно: приостренныя кондиломы, доброкачественныя или папилломы въ тѣсномъ смыслѣ, папилломы канкроидныя и ворсистая форма медулярнаго карцинома. Такъ-какъ послѣднія двѣ формы входятъ въ составъ собственно раковыхъ опухолей, гдѣ онѣ и будутъ изложены въ главѣ о ракѣ, то мы здѣсь должны ограничиться только первыми двумя формами, т. е. доброкачественными формами папилломы.

Патологическая анатомія. Доброкачественная папиллома, на основаніи вышесказаннаго, обнимаетъ, слѣдовательно, два вида: приостренныя кондиломы и папиллому простую. Оба они представляютъ опухоли различной, обыкновенно незначительной величины, ярко-краснаго цвѣта и довольно мягки на ощупь. Гистологически эти оба вида папилломы представляютъ совершенно тождественныя отношенія. Сущность этихъ послѣднихъ состоитъ въ размѣщеніи или гиперплазій сосочковъ, представляющихся въ видѣ простыхъ, длинныхъ, колбовидно-разбухшихъ нитей, переплетающихся между собою самыми различными образомъ. Сосочки покрыты тоже сильно утолщеннымъ эпителиемъ и ткань ихъ представляетъ нормальные элементы свои, а именно очень нѣжную соединительную ткань, въ которой развѣтвляются сосуды. Въ каждомъ измѣненномъ такимъ образомъ сосочкѣ констатируется значительно развитая сосудистая петля, которая можетъ быть или простая, или же она образуетъ цѣлую сѣть, подобно тому, какъ это замѣчается въ ворсинкахъ кишечника.

Приостренныя кондиломы развиваются разомъ изъ многихъ мѣстъ влагалищной части и въ началѣ отдѣльныя увеличенные сосочки къ концу своему истончаются. Затѣмъ, когда они просуществовали уже извѣстное время, концы ихъ обыкновенно колбовидно утолщаются. Что касается формы, принимаемой въ дальнѣйшемъ развитіи своемъ этими видами папилломы, то она можетъ быть различна: то въ видѣ малины, то цвѣтной капусты, то даже представляетъ нѣчто въ родѣ пѣтушьяго гребешка.

Собственная или простая папиллома всегда бываетъ одна и развивается, въ противоположность тому, что сказано о предъидущей формѣ, изъ одного какого-либо мѣста влагалищной части. Она иногда имѣетъ видъ полипа, сидящаго на широкомъ основаніи. Весьма интересный экземпляръ папилломы представляетъ

случай, описанный Thiede. Въ опухоли этой констатировано было развитіе въ очень значительной степени хрящевыхъ элементовъ (*Fibroma papillare cartilagineus*). Впрочемъ, остается еще вопросомъ — принадлежитъ ли описанная Thiede опухоль къ категоріи доброкачественныхъ папилломъ, такъ-какъ она, по снятіи ея, дала рецидивъ.

Клиническая картина. Какъ при приостренныхъ кондиломахъ, такъ и собственной папилломѣ существенный и главный признакъ составляетъ усиленное слизетеченіе изъ рукава; въ первомъ случаѣ оно обыкновенно достигаетъ очень сильной степени, во второмъ же оно менѣе значительно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ папиллома даетъ такое громадное, совершенно свѣтлое, водянистое выдѣленіе, что составляетъ очень мучительный припадокъ для больной. Иногда, отъ времени до времени, къ этому присоединяются болѣе или менѣе обильныя кровотеченія. Въ особенности это должно сказать на счетъ простыхъ папилломъ, имѣющихъ форму широко сидящихъ полиповъ. Не смотря на это, общее состояніе больныхъ остается удовлетворительно и доброкачественныя папилломы, вообще говоря, растутъ очень тихо.

Причины развитія разсматриваемыхъ новообразованій выступаютъ весьма ясно по отношенію къ приостреннымъ кондиломамъ: они составляютъ всегда продуктъ гоноройный и на влагалищной части являютъ совместно съ такими же кондиломами въ рукавѣ. Въ одномъ случаѣ, который мы наблюдали на беременной, почти весь рукавъ былъ выполненъ слившимися между собою приостренными кондиломами, представлявшимися въ видѣ отдѣльныхъ опухолей, величиною съ порядочную вишню; наибольшія изъ нихъ, имѣвшія блѣсоватый видъ, сидѣли вокругъ зѣва. Какъ въ этомъ, такъ и въ другихъ случаяхъ, ни анамнезъ, ни самое тщательное изслѣдованіе не показали ни малѣйшаго отношенія къ гонорей. Да мы никогда не видѣли такихъ громадныхъ папилломъ при гонорей. На основаніи этого я и полагаю, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ папилломы, представляющіяся въ началѣ въ видѣ приостренныхъ кондиломъ, развиваются совершенно самостоятельно отъ гонорей. Въ особенности мы должны это сказать относительно беременности. Чтожъ касается собственной или простой папилломы, то она вообще встрѣчается весьма рѣдко, въ особенности у небеременныхъ. Если развитіе ея приписываютъ раздраженію, продолжительное время дѣйствовавшему на влагалищную часть, то этимъ собственно ничего не объясняется. Во первыхъ: какого рода это раздраженіе? И если допустить даже это послѣднее, то какимъ образомъ оно можетъ дѣйствовать столь сосредоточеннымъ образомъ на очень маленькое мѣсто влагалищной части? Вопросы эти до сихъ поръ остаются открытыми.

Распознаваніе приостренныхъ кондиломъ, какъ въ особенности въ началѣ своего развитія, такъ и впоследствии, не представляетъ ни малѣйшихъ затрудненій. Въ началѣ они узна-

знаются легко потому, что они треугольные или пирамидальные, блѣсовато-розоваго цвѣта, разсѣянные и раздѣленные между собою здоровыми мѣстами. Когда же они сливаются въ отдѣльныя опухоли, то при этомъ всегда можно констатировать такія же новообразования и въ рукавѣ. Затрудненіе въ діагностикѣ могла бы представлять такъ называемая простая папиллома и именно въ томъ отношеніи,—какимъ образомъ отличить ее отъ эпителиомы? Въ началѣ своего развитія это въ большинствѣ случаевъ возможно: папиллома простая даетъ всегда рѣзко ограниченную опухоль и, кромѣ того, слизистая оболочка влагалищной части при этомъ сохраняетъ свою подвижность, между тѣмъ, какъ при эпителиомѣ она плотно пристаётъ къ подлежащей ткани (Waldeyer). Затѣмъ гистологическое изслѣдованіе покажетъ, что мы имѣемъ дѣло съ простымъ разращеніемъ папиллы. Важный дифференціально-діагностическій признакъ состоитъ въ томъ, что простая папилломы растутъ очень тихо, между тѣмъ какъ эпителиома развивается обыкновенно очень скоро. Нѣкоторые авторы, говоря о діагностическихъ затрудненіяхъ, представляющихся въ данномъ случаѣ, указываютъ на то, что простая папиллома вѣдь можетъ переходить въ эпителиому. Какимъ образомъ, спрашивается, выйти въ данномъ случаѣ изъ затрудненія? Допустимъ даже, что это такъ, то все-таки мы не видимъ затрудненія. Если намъ придется изслѣдовать папиллому въ позднѣйшій періодъ ея развитія, т. е. когда она уже перешла въ эпителиому,—то микроскопъ не замедлитъ выяснить намъ діагностику и мы на основаніи этого и убѣдимся—съ чѣмъ имѣемъ дѣло.

Предсказаніе при разсматриваемыхъ нами видахъ папилломъ весьма благоприятно, во первыхъ, въ виду того, что больныя при этомъ страдаютъ очень мало, и во вторыхъ, что онѣ легко уступаютъ надлежащей терапіи. Впрочемъ, по отношенію къ папилломамъ у беременныхъ, я долженъ сказать, что онѣ иногда съ большимъ упорствомъ противостоятъ леченію и проходятъ только послѣ родовъ. Если папиллома, этиологія которой остается темною, значительно подрываетъ здоровье больной и даетъ очень обильное отдѣленіе изъ половой сферы, то относительно предсказанія должно быть осторожнымъ, такъ-какъ мы знаемъ, что въ дальнѣйшемъ развитіи своемъ она можетъ перейти въ настоящую эпителиому. (Virchow).

Леченіе должно быть направлено къ тому, чтобы по возможности удалить всю опухоль, развившуюся на влагалищной части. До того же, какъ рѣшаются на оперативное дѣйствіе, мы унимаемъ усиленное выдѣленіе изъ родовыхъ путей помощью вяжущихъ и дезинфицирующихъ душъ. Удалить хирургическимъ путемъ папиллому у беременныхъ невозможно, такъ какъ пришлось бы напасть на очень многія опухоли какъ на влагалищной части, такъ и въ рукавѣ, что, въ свою очередь, весьма невыгодно отозвалось бы на теченіе беременности; поэтому въ подобныхъ случаяхъ ограничиваются палліативной терапіей. Если же мы

имѣемъ дѣло съ простою папилломой, развившеюся помимо беременности, то удаляемъ ее помощью экрзера, на тѣхъ же самыхъ основаніяхъ, какъ это изложено было при фиброзныхъ полипахъ. Если бы папиллома была рассыпная, т. е. сидящая на широкомъ основаніи и трудно было бы захватить ее въ экрзерную цѣпь, или въ *ligature extemporanée*, то для устранения ея съ успѣхомъ можно прибѣгнуть къ калену желѣзу.

IV. Карциномъ матки.

(Cancer, Carcinoma uteri).

Истор.-библіогр. замѣч. — Такъ-какъ патологическая форма, къ разсматриванію которой мы теперь приступаемъ, встрѣчается довольно часто въ практикѣ и даетъ очень рѣзкую клиническую картину, то она не могла ускользнуть отъ вниманія древнихъ врачей. Мы уже выше видѣли, что какъ древніе врачи, такъ и очень долго послѣ нихъ, смѣшивали доброкачественныя опухоли матки (фибро-миомы) съ новообразованиями злокачественными и это обстоятельство, разумѣется, очень долго должно было служить помѣхою къ ясному уразумѣнію дѣла. Слова Гипократа (*de morb. mulier.*) о томъ, что нѣкоторыя опухоли матки неизлечимы и ведутъ всегда къ смерти, указываютъ на то, что у него должны были быть нѣкоторыя понятія о ракѣ матки. Галенъ ужъ упоминаетъ о трехъ видахъ рака матки, которые онъ обозначаетъ подъ именемъ *sclegoma*, *scirrhus* и *cancer*. Тоже самое должно сказать и о Цельсѣ, описывающемъ постепенное развитіе рака матки. Особенно хорошо извѣстны были древнимъ врачамъ припадки, обусловливаемые карциномомъ матки. Подтверженіемъ этого могутъ служить нѣкоторыя мѣста въ сочиненіяхъ Клеопатры и Павла Эгинскаго. У Аэція Амидійскаго находимъ цѣлую главу о ракѣ матки (*De canceris uteri*), въ которой онъ приводитъ изъ Архигена (Апомейскаго) нѣкоторыя свѣдѣнія объ этой болѣзни; въ особенности распространяется онъ о свойствахъ выдѣленія изъ родовыхъ путей. У арабистовъ (Амагарави, Али-Абасъ) находимъ уже нѣсколько болѣе подробныя свѣдѣнія, именно на счетъ предсказанія и леченія. Не смотря на это, воззрѣнія врачей на патологию и этиологию рака матки, даже во время не особенно далекое отъ насъ, были еще очень смутны и сбивчивы. Такъ, во второй половинѣ XVIII стол. Astruc напр. серьезно увѣряетъ, что ракъ матки составляетъ нерѣдко послѣдствіе выкидыша (!). Вообще, въ теченіе всего упомянутаго столѣтія лучшіе представители гинекологіи были твердо убѣждены въ томъ, что карциномъ матки во многихъ случаяхъ есть ничто иное, какъ исходъ различныхъ воспалительныхъ формъ, или, что одно и то же, что всякое простое воспаление матки, при удобныхъ обстоятельствахъ, можетъ перейти въ карциномъ. Для нихъ карциномъ небылъ новообразование, а перерожденіе (*degeneratio*). До какой степени мнѣніе это проникло въ умы врачей, доказывается тѣмъ, что не только многіе знаменитыя гинекологи послѣдняго времени, какъ Montgomerie, Duparquet, Ashwell, Scanzoni, но даже и такой патологъ, какъ Klob, искренно убѣждены въ этомъ. Что касается заслугъ новѣйшей гинекологіи въ этомъ отношеніи, то нужно указать въ особенности на то, что она счумѣла воспользоваться всѣми новѣйшими успѣхами, сдѣланными въ этомъ отношеніи патологіей и гистологіей. Ни въ одномъ новѣйшемъ руководствѣ нѣтъ ужъ прежняго хаоса во взглядахъ и классификаціи, въ высшей степени неблагоприятно отзывавшагося на клинической сторонѣ дѣла. Въ послѣднее время очень много содѣйствовали выясненію взглядовъ на патологию карцинома матки Waldeyer, Spiegelberg, Cohnheim, Breisky, Eppinger, Ruge и Veit, превосходно разработавшіе анатомическую сторону дѣла.

Какъ на несомнѣнную эпоху въ исторіи карцинома матки мы должны указать на стремленіе новѣйшей гинекологіи къ коренному леченію этой болѣзни. — патологической формы, считавшейся до сихъ поръ неизлечимой по преимуществу. Мы увидимъ ниже, что въ этомъ отношеніи предавались иллюзіямъ, которыя никогда не могли оправдаться на дѣлѣ.

Morgagni, De sedibus et caus. morb. 1861. Ep. XXXIX art. 33.— Astruc, Traité des maladies des femmes. Paris 1761.—1865., v. III p. 317.— Wenzel, Ueber die Krank. der Gebärmutter. Mainz, 1816.—Schmitt, Ueber Krebs des Uterus. Ges. obstetr. Schriften, Wien, 1820, III p. 110.— E. v. Siebold, Ueber den Gebärmutterkrebs. Berlin, 1819.— Онъ же: Revue médic., 1826, p. 97.—Ba yle, Traité des maladies cancéreuses. Paris, 1834.— Lisfranc, Traité sur l'amputation de la portion vaginale de l'utérus. Gaz. médic. de Paris, 1834, № 75. — Meissner, Ueber schwammige Auswüchse der weiblichen Geschlechtstheile. Leipzig. 1835.—Té oillier, Traité du cancer de la matrice. Bruxelles, 1836. — Tanchou, Recherches statistiques sur les maladies des femmes. Journ. des connais. médic., 1836, № 2.—Pauly, Maladies de l'utérus d'après les leçons cliniques de M. Lisfranc, faites à l'hospit. de la pitié. Paris, 1837.—Duparque, Traité théor. et prat. des maladies organ. simples et cancéreuses de l'utérus. Paris, sec. édit., 1839.— J. Simpson, On amputation of the womb. Edinb. medic. and surgic. Journ., 1841. Jan.—Montgomery, Doubl. medic. Journ., 1842.—Ki wisch, Klin. Vortr., Bd. I, p. 508.—Scanzoni, Oester. medic. Jahrb., 1846, Sept.-Nov.— A. Кирѣрь, Medic. Zeit. Russlands, Bd. V, № 29 и 30.—Robert, Des affections gran., ulcéreuses et carcinom. du col de l'utérus. Paris, 1878. — Lebert, Traité pratique des maladies cancéreuses. Paris, 1851. Chiari, Braun u. Späth, Klinik der Geburtsh. u. Gynaecol. Erlangen, 1852, p. 173.—E. Wagner, Der Gebärmutterkrebs. Leipzig, 1858.—L. Mayer, Verhandl. der Berl. Gesellsch. f. Geburtsk. Monatsschr. f. Geburtsk. 1861. Bd. XVII, p. 4.—Klob, Path. Anat. der weiblichen Sexualorg. p. 179.—Tanner, on cancer of the fem. genit. org., London, 1863.—Saxinger, Prager Vierteljahrschr., 1867, I, p. 103.—Lusk, New-York medic. Journ., 1869, Sept.—Barker, Americ. Journ. of obstetr., 1878, III p. 519.—Spiegelberg, Die Diagnose des ersten Stad. des carcin. uteri. Arch. f. Gynaecol., Bd. III p. 233.—Gusserow, Ueber Carcinoma uteri Volk. Samml. Klin. Vort., 1871 № 18.—Онъ же, Die Neubildungen des Uterus. Stuttgart. 1878, p. 178.— Müller, Cbaritèanalalen, 1878, p. 329. — Winckel, Die Pathologie der weiblichen Sexualorgane, Leipzig. 1879, p. 149.—Ruge und Veit, Der Gebärmutterkrebs. Berlin, 1880.—Schroeder, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, 5-te Aufl., Leipzig. 1881, p. 268.

Патологическая анатомія. Еще до послѣдняго времени принимали очень много разнообразныхъ формъ карцинома матки. Старинные патологи, при установленіи своей классификаціи, руководствовались при этомъ главнымъ образомъ грубыми наружными признаками, новѣйшіе же—тѣми, или другими гистологическими данными. Мы бы запли здѣсь очень далеко, если бы вздумали разбирать въ этомъ отношеніи слабыя стороны господствовавшихъ теорій, да и подобный разборъ былъ бы неумѣстенъ въ сочиненіи, подобномъ нашему. Мы ограничимся только тѣмъ, что напомнимъ читателю, что многія изъ этихъ теорій, какъ онѣ ни казались блестящими при первомъ появленіи ихъ, черезъ большій или меньшій промежутокъ времени, оказывались несостоятельными и должны были уступить мѣсто новымъ ученіямъ. Мы ужъ упомянули выше о заслугахъ въ этомъ отношеніи Waldeyer'a; онѣ существенно состоятъ въ томъ, что онъ всѣ разнообразныя формы карцинома матки при-

велъ къ одному общему гистологическому знаменателю. По Waldeyer'у, всякій карциномъ, какую бы гистологическую форму онъ ни принялъ послѣдствіи, беретъ начало свое изъ эпителия, слѣдовательно, всякій ракъ, какой бы онъ ни былъ, есть въ сущности ни что иное, какъ эпителиома. Начинается развитіе карцинома такимъ образомъ, что эпителиальные элементы железъ увеличиваются въ объемѣ, разрастаются, и, многообразно развѣтвляясь, проникаютъ все болѣе и болѣе въ глубину ткани. Разрастающіеся такимъ образомъ эпителиальные элементы раздвигаютъ соединительно-тканые пучки и, наконецъ, происходитъ опухоль (новообразование), характеризующаяся тонкимъ соединительно-тканымъ скелетомъ и существенно ячеистымъ строеніемъ. И такъ, существующихъ элементовъ, входящихъ въ составъ карцинома, два: соединительная ткань и клѣтки.

Эта столь простая схема развитія рака матки, изложенная нами выше по Waldeyer'у, встрѣтила возраженія со стороны многихъ изслѣдователей. Мы вкратцѣ упомянемъ здѣсь только, что, по Klebs'у, развитіе рака начинается всегда изъ железистыхъ элементовъ маточной шейки, а по Breysky и Erpinger'у— изъ вновь образованныхъ маточныхъ железъ. Въ особенности возстали противъ ученія Waldeyer'a Ruge и Veit. Согласно изслѣдованіямъ этихъ авторовъ раковое новообразование беретъ свое начало чаще всего изъ соединительно-тканыхъ элементовъ (старое ученіе Virchow'a!), а также изъ папилломъ и эпителиальныхъ элементовъ вновь образованныхъ железъ слизистой оболочки маточной шейки. Ruge и Veit прямо утверждаютъ, что они никогда не наблюдали развитія рака изъ проникающихъ вглубь эпителиальныхъ отростковъ (какъ утверждаетъ Waldeyer), но эти раковыя клѣтки всегда развиваются изъ соединительно-тканыхъ элементовъ, находившихся предварительно въ состояніи раздраженія.

Эти гистологическія изслѣдованія имѣютъ значеніе не только чисто-теоретическое, какъ можно было бы подумать на первый взглядъ, но имъ, какъ увидимъ ниже, хотѣли придавать важное значеніе клиническое. Главнымъ образомъ имѣли при этомъ въ виду первоначальные періоды развитія карцинома въ отношеніи діагностическомъ.

На основаніи вышесказаннаго, раздѣляя строго ракъ тѣла матки отъ того же новообразования на маточной шейкѣ, принимаютъ нѣсколько видовъ карцинома этой послѣдней. Въ нижеслѣдующемъ изложеніи мы будемъ придерживаться Schröder'a, изложившаго этотъ вопросъ главнымъ образомъ на основаніи изслѣдованія Ruge и Veit'a.

а) Поверхностный канкроидъ влагалищной части развивается изъ слизистой оболочки, покрывающей наружную поверхность port. vagin. и имѣющей очень мало склонности переходить на слизистую оболочку цервикальнаго канала.

б) Карциномъ маточной шейки, развивающійся въ видѣ ограниченнаго раковаго узла подъ слизистою оболочкой и открывающійся въ видѣ язвы или на наружную поверхность *port. vagin.*, или же въ цервикальный каналъ.

с) Карциномъ слизистой оболочки маточной шейки, развивающійся изъ субмукознаго слоя слизистой оболочки маточной шейки и который легче первыхъ двухъ формъ переходить на полость тѣла матки и слизистую оболочку рукава.

Поверхностный канкроидъ влагалищной части развивается чрезвычайно быстро. Если теперь спросить — изъ какихъ гистологическихъ элементовъ онъ развивается? —, то на это Ruge и Veit отвѣчаютъ, что развитіе его, вѣроятнѣе, чаще всего происходитъ изъ доброкачественныхъ папиллярныхъ разрастеніе цилиндрическаго эпителія, перескакивающаго на наружную поверхность влагалищной части. Однимъ словомъ, это ничто иное, какъ дальнѣйшее развитіе процесса, который, какъ мы видѣли выше, согласно этимъ авторамъ, имѣетъ мѣсто при хроническомъ эндометритѣ цервикальнаго канала.

Чаще всего рассматриваемая нами форма рака занимаетъ одну изъ губъ маточнаго зѣва, образуя нѣчто въ видѣ полипа, торчащаго въ рукавъ. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ новообразованіе, даже въ довольно ранніе періоды своего развитія, занимаетъ обѣ губы. Поверхностный канкроидъ влагалищной части имѣетъ большую склонность переходить на рукавъ, *resp.* на своды, отсюда онъ распространяется на парацервикальную соединительную ткань и впослѣдствіи только даетъ метастическіе узлы въ глубинѣ ткани цервикальнаго канала. Начиная съ этого момента, канкроидъ теряетъ свои характерныя особенности и его легко смѣшиваютъ съ другими формами рака.

Карциноматозные узлы маточной шейки развиваются въ видѣ ограниченныхъ опухолей подъ слизистою оболочкой совершенно нормальною, или представляющей только явленія хроническаго раздраженія. Этотъ видъ рака развивается одинаково какъ изъ-подъ плоскаго эпителія наружной поверхности *port. vagin.*, такъ и изъ-подъ цилиндрическаго эпителія цервикальнаго канала. Узлы, постоянно увеличиваясь въ объемѣ, постепенно размягчаются и наконецъ вскрываются, образуя язвы. Вслѣдствіе болѣе или менѣе значительнаго увеличенія узловъ, маточная шейка образуетъ опухоль безъ рѣзко ограниченныхъ контуровъ и процессъ затѣмъ переходитъ на тѣло матки.

Карциномъ слизистой оболочки, встрѣчающійся несравненно рѣже двухъ вышеописанныхъ формъ, развивается очень поверхностно изъ-подъ цилиндрическаго эпителія, превращая постепенно цервикальный каналъ въ болѣе или менѣе обширную полость съ изъязвленными стѣнками. Процессъ рано переходитъ на полость, поражая стѣнки ея, и довольно поздно только достигаетъ зѣва.

На ракъ тѣла матки обратили въ послѣднее время особенное вниманіе. При этомъ я долженъ замѣтить, что, вообще говоря, ракъ тѣла матки, т. е. тотъ видъ его, который развивается изъ полости и идетъ, слѣдовательно, сверху внизъ, не составляетъ вовсе такой рѣдкости, какъ многіе это думаютъ. Такъ напр., изъ данныхъ, приводимыхъ Blau*. Szukits'омъ**, Lebert'омъ*** и Willigk'омъ****, ракъ тѣла составляетъ едва 2% всего контингента рака матки. Но и въ этихъ данныхъ встрѣчаются величайшія разногласія. Такъ, Szukits на 430 случаевъ карцинома насчитываетъ только 1 (!) случай рака тѣла матки, Blau же между тѣмъ на 93 случая видѣлъ 6. Чѣмъ объяснить подобныя разногласія и дѣйствительно ли карциномъ тѣла матки составляетъ такую рѣдкость? Если взять дѣло съ клинической стороны, то я думаю, что ракъ полости матки вовсе не такое рѣдкое явленіе. Мы говоримъ это потому, что намъ, относительно, нерѣдко приходилось видѣть его; но при этомъ не должно забывать, что совмѣстно съ этимъ существовало и пораженіе влагалищной части. Этимъ мы хотимъ только доказать, что ракъ матки вовсе не столь рѣдко начинается съ верхнихъ отдѣловъ. Въ особенности мы должны это сказать на счетъ твердой (скиррозной) формы его. Но такой ракъ, который бы, начавшись съ полости (тѣла) матки, упорно держался своего мѣста развитія, т. е. не поразилъ бы цервикальный каналъ, дѣйствительно встрѣчается только въ видѣ исключенія. Такихъ случаевъ на 125 раковыхъ больныхъ мы видѣли до сихъ поръ только 2; одинъ изъ нихъ, въ высшей степени эксквизитный, мы наблюдали нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ нашей клиникѣ и клиническая діагностика могла быть контролирована вскрытіемъ.

Ракъ тѣла матки развивается или изъ нормальныхъ маточныхъ железъ или же изъ патологически разросшихся железистыхъ элементовъ (аденомъ). Онъ можетъ давать опухоли въ видѣ полипозныхъ разраженій, сидящихъ на широкомъ основаніи; чаще же всего онъ образуетъ развитыя инфильтраціи. Онъ быстро и безостановочно поражаетъ маточныя стѣнки и дѣло можетъ дойти до прободенія этихъ послѣднихъ, чаще однако дѣло оканчивается склейками съ сосѣдними органами.

Съ какого бы мѣста ни началось развитіе карцинома, онъ имѣетъ склонность распространяться въ различныя стороны, ползти. Обыкновенно онъ идетъ, какъ мы уже сказали, снизу вверхъ, т. е. поражаетъ весь цервикальный каналъ и затѣмъ, перешедши чрезъ внутренній зѣвъ, онъ можетъ распространиться и на тѣло матки. Впрочемъ, мы должны сказать, что больныя часто умираютъ раньше этого. По изслѣдованіямъ Blau и Wag-

* Einiges pathol. Anat. ueber den Gebärmutterkr. Berlin, 1870. (цитир. по Gussarow'y).

** Zeitschr. der Gesellsch. Wiener Aerzte 1857. p. 414.

*** Op. cit.

**** См. Schroeder'a. op. cit., p. 269.

пег'а, ракъ переходитъ за внутренній зѣвъ въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ. Только въ крайне исключительныхъ случаяхъ карциномъ можетъ поразить всю матку и перейти даже на фаллопиевы трубы. Мы ужъ выше указали на то, что канкроидъ влагалищной части легко переходитъ на слизистую оболочку рукава. Инфильтрація, перешедши на своды, перескакиваетъ затѣмъ на сосѣдніе органы, а именно на пузырь и прямую кишку. Особенно часто встрѣчается раковая инфильтрація пузыря. По прошествіи нѣкотораго времени, дѣло доходитъ до образованія сообщенія между пузыремъ и рукавомъ, т. е. образуется свищъ. Кромѣ прямыхъ раковыхъ инфильтрацій сосѣднихъ съ маткой органовъ, вслѣдствіе раздраженія брюшиннаго покрова ея, нерѣдко дѣло доходитъ до частичныхъ воспаленій брюшины, а иногда даже до значительныхъ периметритовъ, вслѣдствіе чего происходятъ спайки между маткой и сосѣдними органами. Благодаря этому, вскрытіе карциноматозной инфильтраціи въ полость брюшины принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ.

Что касается осложненія карцинома матки такимъ же процессомъ въ другихъ болѣе или менѣе отдаленныхъ органахъ, томы, на основаніи нашихъ личныхъ наблюденій, пришли къ заключенію, что, вообще говоря, оно встрѣчается рѣдко. Вѣроятно это имѣетъ мѣсто въ болѣе поздніе періоды болѣзни, не задолго предъ смертю. Поэтому на этотъ счетъ мы находимъ болѣе указаній у патолого-анатомовъ, чѣмъ у клиницистовъ. На основаніи данныхъ, сообщенныхъ Arnott'омъ, Wganу, Blau и др., приводимыхъ Schroeder'омъ и обнимающихъ 292 случая рака матки, этотъ послѣдній осложнялся карциномомъ яичниковъ 51 разъ и ракомъ печени—24 раза. При этомъ не можетъ не показаться страннымъ то, что груди, находящіяся въ столь тѣсной связи съ половою сферой, противостоятъ въ этомъ случаѣ карциному съ большимъ упорствомъ: на вышеприведенное число случаевъ рака матки, онъ поразилъ одновременно груди только въ 3-хъ случаяхъ.

Клиническія явленія, замѣчаемыя при карциномѣ матки, существенно составляютъ три припадка мѣстнаго характера: кровотеченіе, выдѣленіе болѣе или менѣе зловоннаго секрета изъ родовыхъ путей и боль. Кромѣ того, мы при этомъ будемъ имѣть дѣло съ явленіями со стороны сосѣднихъ органовъ, а именно пузыря и кишечника и, наконецъ, съ извѣстною картиною со стороны общаго состоянія.

Кровотеченіе при ракѣ матки бываетъ весьма различно, смотря главнымъ образомъ по формѣ и періоду болѣзни. Вообще говоря, кровотеченіе въ этомъ случаѣ составляетъ довольно ранній припадокъ. Такъ, по Ch. West'у, на 166 случаевъ карцинома матки первымъ клиническимъ явленіемъ было кровотеченіе въ 77 случаяхъ. Сначала оно обыкновенно бываетъ весьма незначительно, является довольно рѣдко и иногда больныя вовсе не обращаютъ на него вниманія, такъ-какъ оно имѣетъ харак-

теръ только нѣсколько обильныхъ мѣсячныхъ. Но, по прошествіи нѣсколькихъ недѣль (рѣже—мѣсяцевъ), больныя начинаютъ все болѣе и болѣе жаловаться на этотъ припадокъ, такъ-какъ кровотеченіе ужъ является помимо мѣсячныхъ и притомъ все въ болѣе значительной степени. Кровотеченіе при этомъ не имѣетъ ничего характернаго, является безъ всякой видимой причины и нерѣдко тогда, когда больныя всего менѣе его ждутъ, т. е. когда онѣ спокойно лежатъ въ постели. Обыкновенно оно бываетъ непродолжительно; начавшись разомъ, довольно сильно, оно продолжается рѣдко болѣе нѣсколькихъ часовъ; обыкновенно же прекращается рѣдко болѣе нѣзначительна и иногда прекращается разомъ, такъ же, какъ началось. Что касается сильнѣе кровотооченія при карциномѣ вообще, то оно рѣдко бываетъ таково, чтобы его можно было сравнить съ кровотеченіемъ при нѣкоторыхъ другихъ новообразованіяхъ, напр. при фиброміомахъ. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ оно бываетъ въ такой степени, чтобы больныя падали въ обморокъ. Если же мы имѣли дѣло съ очень сильными кровотечениями у нѣкоторыхъ больныхъ, то они являлись рѣдко, разъ въ 2—3 мѣсяца. Мы сказали выше, что степень кровотечения зависитъ отъ формы карцинома, съ которою имѣемъ дѣло, и это оправдывается почти во всѣхъ случаяхъ. Всего болѣе кровоточатъ мягкія формы карцинома, всего менѣе—твердыя. При этомъ мы не можемъ не указать на то, что степень кровотечения не всегда сообразуется съ величиною новообразованія. Иногда карциномъ небольшой величины даетъ такія кровотечения, что трудно бываетъ себѣ объяснить—чѣмъ обусловливается это обстоятельство. Иногда, какъ ужъ сказано, кровотеченіе бываетъ во все теченіе болѣзни весьма незначительно; мало того, проходитъ иногда по нѣскольку недѣль, что его не бываетъ вовсе. Что касается того—въ какой періодъ болѣзни всего сильнѣе бываетъ кровотеченіе, то на основаніи нашихъ наблюденій мы пришли къ заключенію, что самыя обильныя кровотечения бываютъ по прошествіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ отъ предполагаемаго начала болѣзни; по мѣрѣ того, какъ дѣло близится къ концу, кровотечения мало по малу становятся слабѣе и, за нѣкоторое время до смерти, совершенно прекращаются. По отношенію къ кровотеченію, нужно замѣтить, что послѣ него больныя нѣкоторое время чувствуютъ болѣе или менѣе нѣкоторое облегченіе: тяжесть и даже боль въ тазовой сторонѣ унимаются. Это, безъ сомнѣнія, должно объяснить тѣмъ, что послѣ кровотечения на нѣкоторое время уменьшаются гиперемія матки и всей половой сферы вообще.

Слизисто-гнойное выдѣленіе при карциномѣ бываетъ также весьма различно, смотря по формѣ рака и періоду болѣзни. И въ этомъ случаѣ оно бываетъ всего обильнѣе при мягкихъ формахъ. Въ началѣ страданія оно бываетъ блѣсватаго цвѣта, довольно жидко и вообще почти ничѣмъ не отличается отъ того, что замѣчается при обыкновенной лейкорей. Но, по мѣрѣ того, какъ страданіе идетъ впередъ и выдѣленіе мѣняется

свои свойства, оно становится гуще, принимает гноевидный характеръ, желтоватую окраску и нерѣдко бываетъ смѣшано съ кровью. При этомъ особенно рѣзко выступаетъ перемѣна въ запахѣ. Выдѣленіе становится зловоннымъ и нерѣдко въ такой степени, что составляетъ истинное мученіе для окружающихъ больную,—обстоятельство, на которое постоянно приходится слышать жалобы въ госпитальной практикѣ. Впрочемъ, чрезмерное зловоніе выдѣленія изъ родовыхъ путей далеко не постоянно, такъ какъ оно существенно зависитъ отъ характера раковой язвы: по мѣрѣ того, какъ эта послѣдняя очищается, и секретъ ея становится менѣе и менѣе зловоннымъ. Это нерѣдко замѣчается не только подъ влияніемъ той или другой терапіи, но также и безъ участія послѣдней. Дѣло въ томъ, что при сильно разросшихся раковыхъ опухоляхъ, отдѣльныя части ихъ, вслѣдствіе процесса, котораго нельзя не уподобить гангренозному, отваливаются и остающаяся послѣ этого поверхность представляется болѣе чистою, даже розовою и выдѣленіе на болѣе или менѣе значительное время теряетъ свой пронизательный, зловонный запахъ. Между слизисто-гнойнымъ выдѣленіемъ изъ родовыхъ путей и кровотеченіемъ существуетъ до извѣстной степени опредѣленное отношеніе: по мѣрѣ того, какъ приближается время, въ которое должно появиться кровотеченіе, слизисто-гнойное выдѣленіе значительно уменьшается и иногда даже совсѣмъ пропадаетъ; по окончаніи же кровотеченія, оно снова появляется и притомъ нерѣдко еще болѣе обильное. Мы до сихъ поръ не видѣли ни одного случая, въ которомъ при карциномѣ матки выдѣленіе изъ родовыхъ путей не имѣло бы въ большей или меньшей степени вышеупомянутыхъ свойствъ. Тѣмъ не менѣе нѣкоторыя, какъ напр. Ashwell, увѣряютъ, что бываютъ случаи, въ которыхъ отъ начала до конца болѣзни не бываетъ вовсе никакого (?) истеченія.

Боль при ракѣ матки является только въ болѣе поздніе періоды болѣзни, именно тогда, когда процессъ, охвативъ уже всю влагалищную часть, поражаетъ верхніе отдѣлы органа, именно тѣло его. Боль можетъ быть двоякаго рода: съ одной стороны она зависитъ отъ самаго процесса, съ другой-же стороны, отъ пораженія брюшины, а именно—болѣе или менѣе обширныхъ частичныхъ воспаленій ея. Боль послѣдняго рода является на высотѣ болѣзни и не отличается ничѣмъ особеннымъ отъ обыкновеннаго частичнаго перитонита. Собственно же раковая боль, острая, рѣзущая, является обыкновенно по ночамъ, держится отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ сутокъ и въ высшей степени мучительна для больныхъ. Боль при ракѣ матки ограничивается тазовой стороной и отличается отъ боли при другихъ страданіяхъ этого органа тѣмъ, что она рѣдко имѣетъ потужный характеръ. Этотъ послѣдній замѣчается преимущественно при раковомъ пораженіи тѣла матки и, по Simpson'у, она можетъ быть періодическая. Происхожденіе ея легко объясняется тѣмъ, что при пораженіи полости матки, въ этой послѣдней накапливаются, съ одной стороны,

жидкость (гнойный секрет), а съ другой, плотныя омертвѣвшія частички, которыя, раздражая непосредственно полость матки, вызываютъ въ ней сократительную дѣятельность, сказывающуюся болью. При какой бы то ни было формѣ карцинома, боли постоянно усиливаются по мѣрѣ того, какъ раковая инфильтрація переходитъ на тазовую соединительную ткань. Мы наблюдали нѣсколько случаевъ въ госпитальной практикѣ, въ которыхъ боли не давали ни минуты покоя больнымъ и ограничивались не только тазовою стороною, но распространялись также на бедра, чаще всего на одно. Подобныя больныя сохраняютъ обыкновенно одно какое либо положеніе и боятся пошевелиться, такъ-какъ это еще болѣе ожесточаетъ ихъ страданія. Въ подобныхъ случаяхъ раковый процессъ поражаетъ не только клѣтчатку таза, но, какъ доказали Вгоса * и Сognil **, также и нервы, инфильтруя окружающую ихъ соединительную ткань и неврилему.

Послѣ того, какъ описанные выше припадки со стороны пораженнаго органа, т. е. матки, достигли извѣстной высоты, къ этой клинической картинѣ присоединяются обыкновенно явленія со стороны сосѣднихъ органовъ, не менѣе мучительныя. Чаще всего мы имѣемъ дѣло съ поражениемъ мочеваго пузыря. Обыкновенно дѣло начинается съ того, что больныя начинаютъ жаловаться на учащенный позывъ къ мочеиспусканію, которое вскорѣ становится болѣе или менѣе болѣзненнымъ и, наконецъ, смѣняется задерживаніемъ мочи, такъ что больныхъ приходится катетеризировать. Само собою понятно, что явленіе это должно объяснить, съ одной стороны, воспалительными склейками между пузыремъ и маткой, съ другой же стороны, — переходомъ самаго новообразования на пузырь. Когда дѣло ужъ заходитъ такъ далеко, то больныя обыкновенно ужъ не жалуются на кровотеченія, а только на мучительныя боли со стороны пузыря; по прошествіи нѣкотораго времени, боли эти утихаютъ, вслѣдствіе того, что нарушается цѣлость задней стѣнки пузыря и образуется пузырьно-влагалищный свищъ. Въ одномъ случаѣ, который мы наблюдали въ госпиталѣ, послѣ очень мучительныхъ страданій со стороны мочеваго пузыря, продолжавшихся нѣсколько недѣль, у больной образовалась, наконецъ, fistula vesico-vagin. такой величины, что свободно можно было проводить чрезъ нее два пальца. Послѣ этого страданія больной уменьшились до такой степени, что она могла оставить клинику. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ страданія больной становятся еще болѣе мучительными, а именно, когда поражаются мочеточники. Они или просто могутъ быть прижаты въ нижнихъ концахъ своихъ, или же на нихъ непосредственно переходитъ карциномъ. Въ томъ и другомъ случаѣ дѣло доходитъ до расширения ихъ, которое мало-по-малу распро-

* См. Lebert'a, op. cit., p. 238.

** Sur la production de tumeurs épithéliales dans les nerfs. Jour. d' Anat. et de physiolog. de Robin, 1864, p. 196.

страняется вверхъ и обхватываетъ также и почечныя лоханки, вслѣдствіе чего развивается гидронефрозъ со всѣми его послѣдствіями. Къ счастью, обыкновенно поражается одинъ только мочеточникъ, а не оба разомъ.

Явленія со стороны прямой кишки рѣже сопровождають карциномъ матки, чѣмъ страданія со стороны мочевого пузыря; кромѣ того, они являются также позже. Обыкновенно больныя начинаютъ жаловаться на покалываніе въ заднемъ проходѣ, доходящее иногда до жгучей боли. До сихъ поръ я наблюдалъ только два случая осложненія карцинома матки ракомъ нижняго отрѣзка прямой кишки и страданія больныхъ были по истинѣ невыносимы. Къ счастью, осложненіе это весьма рѣдко. Обыкновенно мы имѣемъ дѣло съ каттаромъ толстыхъ кишекъ, чаще всего прямой кишки, сказывающимся поносами, сильно подрывающими общее состояніе больныхъ. Вслѣдствіе этого замѣчаются сильный застой въ венахъ и расширеніе ихъ, что причиняетъ ректальныя кровотеченія, довольно нерѣдко наблюдаемыя при карциномѣ матки.

Изъ только что описанныхъ мѣстныхъ явленій, сопровождающихъ ракъ матки, не трудно понять—каково должно быть общее состояніе подобныхъ больныхъ. При этомъ однако я долженъ замѣтить, что общее состояніе страдаетъ далеко не одинаково во всѣхъ случаяхъ; начать съ того, что отъ нѣкоторыхъ больныхъ, не смотря на то, что болѣзнь зашла ужъ довольно далеко, иногда вовсе не слышимъ никакихъ жалобъ на разстройство общаго состоянія; наоборотъ, онѣ удивляются, что, чувствуя себя совершенно хорошо, онѣ тѣмъ не менѣе страдаютъ мѣстными явленіями, сущность которыхъ онѣ не могутъ себѣ объяснить. Это мы замѣчаемъ преимущественно у старыхъ женщинъ съ твердыми формами карцинома. Съ другой стороны, у другихъ, особенно не очень пожилыхъ субъектовъ, изслѣдованіе показываетъ, что процессъ начался, по видимому, недавно, а между тѣмъ общее состояніе представляетъ ужъ слѣды глубокаго разстройства. Какъ-бы то ни было, но если процессъ продолжался уже сколько нибудь порядочно, разстройство общаго состоянія обыкновенно не заставляетъ себя долго ждать. Вслѣдствіе безсонныхъ ночей и потери крови, питаніе разстраивается; это, въ свою очередь, сказывается на кровотовереніи: аппетитъ теряется, больныя начинаютъ слабѣть, общіе покровы и слизистыя оболочки блѣднѣютъ и лицо больной принимаетъ тотъ характерный видъ, который мы привыкли называть раковымъ (соломенно-желтый, иногда землянистый цвѣтъ, глаза впавшіе, выраженіе лица—глубоко страдальческое) и по которому съ перваго взгляда не трудно узнать съ чѣмъ имѣемъ дѣло. Говоря о разстройствѣ общаго состоянія больныхъ, страдающихъ ракомъ матки, я не могу не упомянуть объ одномъ припадкѣ, которой сильно содѣйствуетъ окончательно упадку силъ; я имѣю здѣсь въ виду рвоту. Она появляется, относительно, довольно рѣдко и то только за нѣсколько недѣль, а

иногда даже только дней до смерти. Рвота до такой степени сильна и является столь часто, что больная не только не можетъ принимать никакой пищи, но положительно не имѣетъ ни одной минуты покоя. Коль скоро дѣло дошло до этого, то нужно ожидать вскорѣ фатальную развязку, такъ какъ рвота при подобныхъ условияхъ составляетъ ничто иное, какъ одно изъ явленій уремїи.

Этіологія. Мало того, что ракъ матки составляетъ ужасную болѣзнь, вслѣдствіе абсолютной неизличимости ея, но, къ довершенію несчастія, она встрѣчается довольно часто. Въ этомъ отношеніи женщины имѣютъ какую то особенную весьма печальную привилегію почти втрое больше подвергаться заболѣванію ракомъ, чѣмъ мужчины. Изъ всѣхъ же органовъ женскаго тѣла чаще всего заболѣваетъ ракомъ—матка. Въ какомъ отношеніи находится число карциномовъ матки къ заболѣванію ракомъ другихъ органовъ, видно изъ слѣдующей таблицы:

Общее число заболѣванія ракомъ у женщинъ:	Матка поражена.
9118	2996 (Tanner)
8746	3000 (Simpson)
5122	113 (Wagner)

Интересную таблицу, указывающую отношеніе заболѣванія ракомъ у мужчинъ и женщинъ, находимъ у Simpson'a *. Она обнимаетъ смертность отъ этой болѣзни за 15 лѣтъ, т. е. отъ 1847—1861 г. и составлена на основаніи официальныхъ данныхъ. Вотъ каково это отношеніе:

Годъ.	Общее число умершихъ отъ рака.	Женщинъ.	Мужчинъ.
1847	4586	3288	1298
1848	4825	3449	1376
1849	4807	3487	1320
1850	4967	3567	1400
1851	5218	3716	1502
1852	5477	3872	1605
1853	5663	3932	1731
1854	5826	4072	1754
1855	6014	4189	1825
1856	5859	4069	1790
1857	6201	4381	1820
1858	6433	4464	1969
1859	7369	5406	1963
1860	6827	4727	2100
1861	7276	5096	2180
Всего .	87,348	61,715	25,633

* Clin. Lectures on Diseases ou women. Edinb., 1872, p. 140.

Относительно смертности отъ рака мы имѣемъ еще много другихъ статистическихъ данныхъ, собранныхъ во Франціи, Швейцаріи и Америкѣ. Такъ, Тапшоу * составилъ для Сенскаго департамента таблицу смертности отъ рака (злокачественныхъ опухолей вообще), обнимающую періодъ времени въ 10 лѣтъ. Изъ этой таблицы видно, что въ теченіи этого періода времени приходится умершихъ отъ рака 9118 человекъ; на это число приходится умершихъ отъ рака матки 2996, т. е. 32,8%. Особенный интересъ въ этомъ отношеніи представляютъ данныя собранныя М. d'Espine'омъ ** въ женевскомъ кантонѣ и къ которымъ Virchow *** относится съ такимъ довѣріемъ. Исслѣдованія d'Espine'a обнимаютъ смертность отъ рака въ упомянутой мѣстности за 17 лѣтъ, т. е. 1838 - 1855. Въ этотъ періодъ времени умерло тамъ отъ этой болѣзни 889 человекъ, т. е. 87% общей смертности. На долю же рака матки приходится 15%. Virchow также занимался разработкою этого вопроса, на основаніи данныхъ, собранныхъ имъ въ Вюрцбургѣ, за періодъ времени, обнимающій три года. За это время смертность отъ злокачественныхъ опухолей вообще составляла 53%. На 100 случаевъ смерти отъ злокачественныхъ опухолей, вообще на долю одного рака матки, рака и пр. приходится 18,5%.

Разсматривая статистику смертности отъ рака въ различныхъ странахъ, не можетъ не поразить то обстоятельство, что она представляетъ весьма значительныя колебанія. Такъ, въ женевскомъ кантонѣ на 906 жителей ежегодно умираетъ отъ рака 1, въ Англіи же 1 на 2900, а въ Лондонѣ 1 на 2400.

Въ Женевскомъ кантонѣ на каждые 19—20 случаевъ смертности приходится на долю рака 1, а въ Англіи 1 на 66. При этомъ не можемъ не замѣтить, что на основаніи данныхъ, сообщенныхъ Barker'омъ и Chisholm'омъ****, заболеваемость отъ рака въ Америкѣ гораздо меньше, чѣмъ въ Европѣ и притомъ поразительно меньше между цвѣтнымъ населеніемъ, чѣмъ бѣлымъ. Подробности относительно смертности рака въ различныхъ странахъ см. Oesterlen, Handb. der medic. Statistik. Tübingen, 1866, p. 430—431.

Что касается смертности отъ рака матки у насъ, въ Россіи, то я не знаю—существуютъ ли на этотъ счетъ какія либо данныя; по крайней мѣрѣ они мнѣ неизвѣстны. Я старался, насколько возможно, выяснитъ хоть то, какъ часто встрѣчается у насъ ракъ матки. Уже въ 1871 году я сообщилъ процентное отношеніе заболеваемости ракомъ матки къ общему числу гинекологическихъ формъ. Тогда мы располагали матеріаломъ, обнимавшимъ 82 случая рака; въ настоящее время число это возросло уже до 125, и теперь, какъ и тогда, мы находимъ, что число заболѣваній ракомъ матки относится къ числу всѣхъ заболѣваній половой сферы, какъ 3,89:100, т. е., округляя найденное нами отношеніе, мы придемъ къ заключенію, что заболѣваніе у насъ ракомъ матки

* Recherches sur le traitemetn médic. des tumeurs. Paris, 1844, p. 258.

** Statist. mortuaire du canton de Genève pendant les années 1838—1855. Ecole médicale, 1858, v. II, p. 305.

*** Die krankh. Geschw. Berlin., 1863, t. I, p. 81.

**** Transactions of the New-York Academy of Medicine, 1870.

равняется четыремъ процентамъ. Эта цифра, правда, если сравнить ее съ частотой другихъ новообразований матки, все еще очень высока, но все таки далеко не такъ страшна, какъ думали утверждать нѣкоторые наши врачи, какъ напр. докторъ Вальцъ. Мнѣ кажется, что ошибочность мнѣнія на счетъ чрезмѣрной частоты рака матки родилась потому, что не различали строго заболѣваемость (*morbilitas*) этой формой отъ смертности (*mortalitas*) вследствие ея. Принимая въ соображеніе болѣею частью благопріятность исходовъ отъ другихъ гинекологическихъ формъ и абсолютную смертельность отъ рака, понятно, что послѣдняя должна давать очень высокую цифру. Но, снова повторяемъ: цифра эта собственно будетъ выражать не то, какъ часто встрѣчается ракъ матки по отношенію къ другимъ гинекологическимъ формамъ, а только сильную смертность отъ этой болѣзни.

Давно извѣстно, что ракъ матки развивается въ извѣстномъ возрастѣ, т. е. болѣе или менѣе подъ конецъ дѣятельности половой сферы. Статистическія данныя, обнимающія очень большой рядъ цифръ, показываютъ, что maximum заболѣванія ракомъ матки приходится между 45—55 годами. Для мужчинъ это maximum приходится между 55—65 г. (*Oesterlen*). Въ подтвержденіе только что сказаннаго мы приводимъ слѣдующія данныя, относительно возраста больныхъ, страдавшихъ ракомъ, составленныя на основаніи цифръ, приведенныхъ *Lebert*'омъ, *Kiwisch*'омъ, *Chiari* и собранныхъ *Schroeder*'омъ. На 745 больныхъ:

20 л. отъ	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	свыше—70.
0.	43 (5,77%)	167 (22,4%)	312 (41,9%)	155 (20,8%)	12 (8,32)	6 (0,8%)

Изъ этихъ цифръ видно, что наибольшее число заболѣваній приходится между 40—50 годами.

Къ совершенно такому же выводу мы пришли на основаніи нашего собственнаго клиническаго матеріала.

Возрастъ нашихъ 125 больныхъ ракомъ распредѣляется слѣдующимъ образомъ:

На 24 году.	2	На 45 году.	7
» 25 »	3	» 46 »	8
» 28 »	6	» 47 »	4
» 30 »	3	» 48 »	5
» 31 »	3	» 49 »	3
» 33 »	2	» 50 »	3
» 34 »	1	» 52 »	3
» 35 »	3	» 53 »	4
» 36 »	2	» 55 »	5
» 37 »	3	» 56 »	1
» 38 »	5	» 57 »	2
» 39 »	3	» 58 »	3
» 40 »	6	» 60 »	3

» 41 »	. . . . .	9	» 63 »	. . . . .	2
» 42 »	. . . . .	6	» 64 »	. . . . .	1
» 43 »	. . . . .	3	» 68 »	. . . . .	2
» 44 »	. . . . .	7	» 70 »	. . . . .	2

Изъ этой таблицы видно, что число заболѣваній ракомъ матки увеличивается, начиная съ 40 — 46 года, и уменьшается, начиная съ 47 года.

Изъ этого можно было бы придти къ заключенію, что послѣ наступленія климактерическаго возраста число заболѣваній ракомъ уменьшается. Такъ мы дѣйствительно полагаемъ, не смотря на то, что Glatter * старается опровергнуть это положеніе.

Какую этиологическую роль играютъ въ развитіи карцинома предшествовавшіе роды? Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что наибольшее число раковыхъ больныхъ приходится на женщинъ рожавшихъ. Изъ числа нашихъ 125 больныхъ не рожавшихъ было всего 28, остальные же всѣ рожали отъ 1—17 разъ.

Изъ больныхъ, приводимыхъ Scanzoni, нерожавшихъ было $\frac{1}{3}$, а у Lebert'a только $\frac{1}{12}$. На 531 больную ракомъ матки, по Schroeder'y, нерожавшихъ приходится 82. По Glatter'y на 1000 больныхъ, умершихъ отъ рака матки въ Вѣнѣ, приходится незамужнихъ 229, замужнихъ 503, вдовъ 268. И такъ, приведенныя цифры достаточно доказываютъ, что наибольшій контингентъ для рака матки доставляютъ больныя рожавшія. Не смотря однако на это, мы все таки не можемъ усмотрѣть въ этомъ обстоятельстве, т. е. предшествовавшихъ родахъ, какое либо ближайшее отношеніе къ раку. Обстоятельству этому можно было придавать особенное значеніе тогда, когда полагали, что травматизмъ вообще (а слѣдов. и вслѣдствіе родоваго акта) играетъ не маловажную роль въ этиологіи рака.

Распознаваніе карцинома матки, вообще говоря, въ высшей степени легко, по крайней мѣрѣ въ то время, когда обыкновенно обращаются къ намъ больныя. Не смотря однако на это, въ очень еще не старыхъ руководствахъ къ гинекологіи обыкновенно выставляютъ діагностику рака матки, какъ нѣчто особенно затруднительное, а иногда даже невозможное. Причину этого должно искать въ томъ, что до сихъ поръ еще отзываются традиціи старинной гинекологіи, т. е. того времени, когда, какъ мы видѣли выше, твердо вѣровали въ то, что обыкновенныя воспалительныя формы матки могутъ переходить въ карциномъ. Въдѣ недавно еще Scanzoni выражался на этотъ счетъ слѣдующимъ образомъ: «Невозможно рѣшить — могутъ ли образующіеся при metrit. chron. въ стѣнкахъ матки экссудаты подвергаться раковому перерожденію; поэтому у-то мы не можемъ совершенно аподиктически отвергать возможность перехода

* Vierteljahrsschr. f. oeff. Gesundheitspfl., 1870, II, p. 161.

хроническаго воспаленія матки въ ракъ». Отправляясь съ этой точки зрѣнія, и утверждали что до полного развитія карцинома должны быть такіе періоды болѣзни, когда распознаваніе очень затруднительно, такъ какъ нельзя навѣрно утверждать—есть ли это еще только *metrit. chron.* или же начинающійся уже карциномъ. Эти то случаи старые гинекологи и называютъ по дозрительными.

Нѣкоторые идутъ еще дальше и коль скоро встрѣчаютъ у больной начинающееся уплотнѣніе влагалищной части съ болѣе или менѣе глубокими изъязвленіями ея, то это карциномъ! Для того, чтобы убѣдиться въ справедливости только что сказаннаго нами, стоитъ только заглянуть въ сочиненія *m-me Biovin, Velreau* и др.

Да въ послѣднее еще время такой всѣми уважаемый гинекологъ, какъ *O. Spiegelberg*, серьезно толкуеть о затрудненіи, въ какое можетъ быть поставленъ врачъ, чтобы отличить начинающійся ракъ отъ простаго воспаленія маточной шейки. Для этой цѣли онъ совѣтуетъ прибѣгать къ расширенію цервикальнаго канала губками. Въ первомъ случаѣ цервикальный каналъ (*resp.* и зѣвъ) поддается расширенію, при ракъ-же матки нѣтъ! Мы имѣли до сихъ поръ дѣло съ сотнями раковыхъ больныхъ и положительно увѣряемъ, что только въ самомъ началѣ нашей практики намъ попало нѣсколько случаевъ, въ которыхъ мы затруднялись въ распознаваніи и то только благодаря тому, что въ насъ еще слишкомъ живы были преданія школы. Я бы зашелъ здѣсь слишкомъ далеко, еслибы вздумалъ разбирать тѣ данныя, на основаніи которыхъ отличаютъ *metrit. dif.* и отсылаемъ читателя къ тому, что сказано нами было выше объ этомъ вопросѣ.

Здѣсь же мы самымъ положительнымъ образомъ указываемъ на то, что вовсе не слѣдуетъ допускать въ практикѣ такъ называемые подозрительные случаи и дѣлать всегда распознаваніе рака на основаніи прямыхъ положительныхъ данныхъ, въ сущности и значеніи которыхъ нельзя усомниться ни на одну минуту.

Коль скоро ракъ матки продолжался хоть нѣкоторое время, то онъ даетъ столько грубыхъ, ощутительныхъ явленій, что прямое распознаваніе не представляетъ ни малѣйшаго затрудненія. При изслѣдованіи мы констатируемъ различныя данныя, смотря потому, съ какою формою рака и въ какомъ періодѣ его мы имѣемъ дѣло. Коль скоро дѣло идетъ объ эпителиомѣ (*cowlipow. excr.*, канкроидъ), то мы констатируемъ опухоль большей или меньшей величины, мягкую, слегка губчатую, выполняющую большую или меньшую часть рукава и находящуюся въ извѣстномъ отношеніи къ влагалищной части: или она прямо исходитъ отъ нея, т. е. изъ всей поверхности ея, или же изъ одной изъ губъ. Для того, чтобы убѣдиться въ томъ или другомъ, описываемъ нѣсколько туровъ вокругъ опухоли.

Что касается состоянія всей матки вообще, то въ началѣ бо-

лѣзни она увеличена весьма мало и сохраняетъ еще нѣкоторую подвижность, которая въ послѣдствіи абсолютно теряется, такъ-какъ происходятъ сращенія между нею и сосѣдными органами. Эпителиомы могутъ дать такія сильно разрастающіяся опухоли, что весьма трудно бываетъ ориентироваться на счетъ зѣва. Но это все таки не можемъ затруднить діагностику, такъ-какъ, коль скоро дѣло зашло ужъ такъ далеко, то свойства новообразованія выступаютъ такъ-рѣзко, что нѣтъ ни малѣйшей возможности усомниться въ сущности его.

Если же мы имѣемъ дѣло съ карциномомъ цервик. кан., т. е. волокнистымъ ракомъ или скирромъ прежнихъ авторовъ, то, какъ уже извѣстно, здѣсь мы не найдемъ собственно опухоли. Влагалищная часть обыкновенно представляется короче, но гораздо толще нормальнаго; зѣвъ совершенно раскрытъ и представляетъ очень плотное, почти хрящевое кольцо, безъ всякаго труда пропускающее палецъ въ цервикальный каналъ и выше въ полость. Коль скоро дѣло идетъ объ изъязвленномъ ракъ, то при изслѣдованіи находимъ болѣе или менѣе глубокую, неровную язву, съ выдающимися нѣсколько зазубренными краями, весьма сильно кровоточащими при малѣйшемъ прикосновеніи къ ней. Дно язвы, а отчасти также и края представляются сѣрыми, а нерѣдко также болѣе или менѣе темными, смотря по степени омертвѣнія ихъ. Съ какою бы формою рака и въ какомъ бы ни было періодѣ его мы ни имѣли дѣло, мы всегда можемъ констатировать одно явленіе, которое я не могу не считать патогномическимъ по преимуществу. Мы имѣемъ здѣсь въ виду хрупкость его, вслѣдствіе которой всегда возможно удалить ногтемъ болѣе или меньшій кусокъ его. Эта особенность специфически свойственна только карциному, по крайней мѣрѣ въ такой степени, и служимъ однимъ изъ лучшихъ и надежнѣйшихъ диагностическихъ признаковъ его.

Что касается распознаванія отдѣльныхъ формъ карцинома, то и оно большею частью удается у постели, на основаніи тѣхъ данныхъ, которыя изложены были выше. Еслибы было какое-нибудь сомнѣніе на этотъ счетъ, то микроскопъ выяснитъ его очень легко. Мы давно уже приняли за правило контролировать всегда клиническую діагностику гистологическимъ изслѣдованіемъ новообразованія.

Относительно распознаванія рака тѣла матки многіе утверждаютъ, что оно нерѣдко можетъ представлять значительныя затрудненія. При этомъ указывали на то, что увеличеніе пораженнаго органа можетъ быть равномерное, причемъ поверхность его совершенно гладкая, такъ что это можетъ сбивать изслѣдующаго и заставить его смѣшать разсматриваемое патологическое состояніе съ другими, напр., съ *metritis diffusa chr.* Я съ этимъ не могу согласиться ни въ какомъ случаѣ. Допустимъ даже, что приэтомъ органъ довольно значительно увеличенъ въ объемѣ, то все-таки онъ нисколько не будетъ представлять гладкую и ровную поверх-

ность, а наоборотъ, эта послѣдняя всегда будетъ шероховатая и бугристая. Да этого еще мало: коль скоро дѣло дошло до сколько-нибудь значительнаго увеличенія матки, то влагалищная часть всегда представляется укороченною и зѣвъ раскрытъ на столько, что мы безъ всякаго труда можемъ проникнуть въ полость. Эта послѣдняя во всѣхъ случаяхъ, которые мы до сихъ поръ наблюдали, представлялась всегда весьма характерною, именно круглою, какъ бы сводообразною. Разъ же проникнувши въ полость, весьма легко достать кусокъ новообразованія и подвергнуть его гистологическому изслѣдованію.

Что касается дифференціальнаго распознаванія карцинома матки отъ другихъ патологическихъ состояній, то послѣ того, что сказано нами о прямой діагностикѣ его, намъ ничего больше не остается прибавить на этотъ счетъ. Прежде указывали на то, что можно смѣшивать его съ такъ-называемою разѣдающею язвой матки (*ulcus rodens, corrodng ulcer* англичанъ). На стр. 535 ч. I. мы уже подробно коснулись этого вопроса и тамъ же указали на то, что язва эта, о которой столько толковали въ гинекологіи, начиная съ 1812 года, ни что иное, какъ настоящій медулярный карциномъ въ смыслѣ старинныхъ классификацій, или же просто карциномъ цервик. канала въ тѣсномъ смыслѣ.

Другое дѣло — саркомъ матки; тутъ дѣйствительно могутъ представиться нѣкоторыя затрудненія въ дифференціальномъ распознаваніи съ карциномомъ и мы поэтому ближе коснемся этого вопроса, когда станемъ говорить объ этомъ новообразованіи.

Такимъ образомъ, большинство новѣйшихъ клиницистовъ до самаго послѣдняго времени считали себя въ правѣ увѣрять, что распознаваніе рака матки не можетъ и не должно представлять никакихъ затрудненій. Но съ тѣхъ поръ, какъ стали извѣстны изслѣдованія Ruge и Veit'a относительно различныхъ видовъ изъязвленій влагалищной части, вышепринятое нами положеніе было поколеблено, такъ-какъ эти авторы стали увѣрять, что клинически очень не трудно смѣшивать простыя, невинныя язвы р. в. съ начинающимся карциномомъ, и наоборотъ. Мнѣніе это, хотя далеко не въ такой безапелляціонной формѣ, стали раздѣлять и нѣкоторые клиницисты. Такъ, у Schroeder'a, въ послѣднемъ изданіи его руководства, находимъ слѣдующее мѣсто: «Чрезвычайно важный и весьма трудный вопросъ, представляющійся при сильно развитыхъ катаррахъ цервикальнаго канала, состоитъ въ томъ, когда приходится рѣшить, имѣютъ ли констатируемыя при немъ железистыя новообразованія еще доброкачественный характеръ, или же дѣло идетъ уже о начинающемся карциномѣ?» Въ самомъ дѣлѣ, какъ рѣшить подобное недоразумѣніе? Такъ-какъ, по Ruge и Veit'y, различныя язвы влагал. части ничто иное, какъ продуктъ извѣстныхъ измѣненій эпителия, т. е. того же самаго процесса, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло при начинающемся карциномѣ, то, понятно, что вышеприведенный

вопросъ, поставленный почтеннымъ берлинскимъ профессоромъ, имѣетъ несомнѣнный *raison d'être*.

Какъ ни кажется важнымъ на первый взглядъ подобное сомнѣніе въ распознаваніи простыхъ язвъ влагал, части и карцинома, — сомнѣніе это при ближайшемъ рассмотрѣніи дѣла оказывается весьма шаткимъ. Между простыми язвами влагалищной части и начинающимся карциномомъ, въ началѣ его развитія, можетъ быть и существуетъ величайшая аналогія въ гистологическомъ отношеніи. Объ этомъ мы спорить не станемъ; но противъ чего станетъ спорить всякій сколько нибудь опытный клиницистъ, это то, чтобы эта аналогія въ гистологическомъ развитіи простыхъ язвъ и первоначальнаго періода карцинома могла подавать поводъ къ серьезной клинической ошибкѣ. Для подтвержденія нашей мысли возьмемъ слѣдующій примѣръ. Дѣло идетъ о больной, страдающей нѣсколько лѣтъ мѣстною клиническою картиною (сущность которой см. въ главѣ о хроническомъ эндометритѣ) и при изслѣдованіи которой мы констатируемъ слѣдующее. Влагалищная часть очень значительно увеличена въ объемѣ, зѣвъ зіяетъ, губы его выворочены, легко кровоточатъ при прикосновеніи къ нимъ. Въ просвѣтѣ зеркала, кромѣ вышеупомянутыхъ данныхъ, можно, убѣдиться въ томъ, что окраска влагалищ. части болѣе или менѣе насыщенная, мѣстами констатируются на губахъ болѣе или менѣе глубокія потери существа (язвы). Что это: цервикальный эндометритъ, или же карциномъ? Безъ всякаго сомнѣнія первое, на слѣдующихъ простыхъ основаніяхъ. Еслибы это былъ ракъ, то въ этомъ періодѣ болѣзни, т. е. когда она ужъ продолжалась столько времени, мы бы имѣли ужъ формальную раковую язву, распознаваніе которой не представляло бы ужъ никакихъ затрудненій вслѣдствіе того, что она имѣло бы слишкомъ извѣстный характерный видъ и опредѣленный способъ распространенія вверхъ, въ цервик. каналъ. Кромѣ того, будь это раковая язва, то ужъ, какъ мы знаемъ, она должна была бы представлять извѣстную хрупкость, т. е. ткань ея легко отдѣлялась бы ногтемъ въ видѣ большихъ или меньшихъ кусочковъ. Не можемъ, кромѣ того, не указать здѣсь еще на одинъ важный дифференціально-диагностическій признакъ, на который совершенно справедливо особенно напираетъ Schrüder. Если дѣло идетъ о старомъ цервикальномъ эндометритѣ, то какъ бы онъ на первый взглядъ ни казался подозрительнымъ, мы въ окружности язвы всегда можемъ констатировать большее или меньшее число разбухшихъ фолликулъ, чего никогда не бываетъ при карциномѣ.

Если, говорятъ далѣе, не особенно трудно сдѣлать дифференціальное распознаваніе между хроническимъ язвеннымъ эндометритомъ и карциномомъ при тѣхъ условіяхъ, которыя указаны нами выше, то это еще не значитъ, чтобы были преодолены въ самомъ дѣлѣ всѣ диагностическія затрудненія. Теперь это еще не ракъ, но не будетъ ли это ракъ въ послѣдствіи? На это

можно дать простой отвѣтъ: совершенно достаточно, если клиницистъ можетъ сдѣлать точное распознаваніе того, что онъ имѣетъ предъ глазами; распознаваніе же грядущаго, т. е. того, что можетъ быть, — едва ли его дѣло. Да впрочемъ, кто когда либо видалъ прямой, непосредственный переходъ простаго разращенія эпителія въ карциномъ? Если даже допустить подобный переходъ для аденомъ, то это еще ничего не доказываетъ по отношенію къ простому цервикальному эндометриту.

Извѣстно, что та форма рака, которую мы описали подъ именемъ карцинома цервикальнаго канала, развивается въ этомъ послѣднемъ въ видѣ карциноматознаго тѣла подъ слизистою оболочкою, долго остающагося не тронутою и представляющаю только явленія простаго катарра. Какъ здѣсь быть съ діагностикою? Если дѣло въ самомъ началѣ, то мы его въ самомъ дѣлѣ никогда не узнаемъ, но это не имѣетъ ни малѣйшаго практическаго значенія, такъ-какъ въ это время больныя никогда къ намъ не являються по той простой причинѣ что въ этомъ періодѣ болѣзнь онѣ еще ни на что не жалуются. Если же дѣло зашло хоть сколько нибудь дальше, то распознаваніе не представляетъ уже ни малѣйшихъ затрудненій на основаніи тѣхъ данныхъ, которыя приведены нами выше.

Еще одно. Обыкновенно говорятъ, что всѣ затронутыя нами діагностическія затрудненія могутъ и должны быть рѣшаемы микроскопомъ. Безъ всякаго сомнѣнія, микроскопъ здѣсь весьма важное подспорье: но вырѣзываемые куски должны быть надлежащей величины и изслѣдованіе ихъ должно быть сдѣлано опытнымъ глазомъ...

Къ какимъ заключеніямъ можно прійти на основаніи всего вышесказаннаго? Первое—это то, что мнимыя дифференціально-діагностическія затрудненія въ распознаваніи между хроническимъ цервикальнымъ эндометритомъ и карциномомъ шейки можно допустить только чисто-апріористически и притомъ только для зачатковъ рака. Второе. Еслибы въ практикѣ когда нибудь возникло подобное затрудненіе въ распознаваніи, то время не замедлитъ выяснить его, такъ-какъ между теченіемъ этихъ двухъ процессовъ—цѣлая пропасть.

Предсказаніе, вообще говоря, абсолютно неблагоприятно, что бы многіе ни говорили. Если нѣсколько десятковъ лѣтъ тому назадъ предсказаніе было гораздо благоприятнѣе, то только потому, что, дѣлая себѣ иллюзіи на этотъ счетъ, все еще искали специфическихъ противураковыхъ средствъ, число которыхъ возросло до значительныхъ размѣровъ. Это не совсѣмъ еще прекратилось и въ настоящее время, по крайней мѣрѣ между тѣми, которые не совсѣмъ знакомы съ дѣломъ. На одной изъ лекцій Verreaux пришлось мнѣ слышать, какъ этотъ знаменитый ветеранъ французской хирургіи съ горькой ироніей жаловался на то, что онъ въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ долженъ былъ, по высшему распоряженію, слѣдить въ своей клиникѣ за пресловутымъ чер-

нымъ докторомъ (le docteur noir), лечившимъ ракъ какими-то травами. Хитрый негръ, собравъ обильную жатву въ Парижѣ, оставилъ Европу, не мало вѣрно смѣясь надъ легковѣриемъ высокопоставленныхъ особъ. На нашихъ глазахъ дѣйствовалъ въ Петербургѣ не менѣ ловкій человекъ, захватившій къ намъ изъ Голландіи и занимавшій столь почетное мѣсто на четвертыхъ страницахъ газетъ... Всѣ эти факты вовсе не такъ смѣшны, какъ многіе думаютъ, а наоборотъ, вызываютъ на размышленія очень печальнаго свойства. Медицину, выбивающуюся изъ силъ для того, чтобы сколько-нибудь облегчить несчастныхъ больныхъ, страдающихъ страшною болѣзнию, хотятъ сдѣлать служанкой парламановъ и проходимцевъ, не имѣющихъ даже ни малѣйшаго понятія о томъ, въ чемъ собственно трудности, съ которыми мы боремся. Унижая въ такомъ случаѣ медицину, унижаютъ вмѣстѣ съ тѣмъ и тѣхъ, которые посвятили ей всѣ лучшія силы свои... Будемъ надѣяться, что уже недалеко то время, когда перестанутъ наконецъ требовать отъ врачей, чтобы они серьезно контролировали такъ называемые способы леченія людей, которые дѣйствуютъ подъ влияніемъ одного только побужденія—*auri sacra fames*...

Ракъ - болѣзнь неизлечимая и противъ этого никто не станетъ спорить въ настоящее время. Признавъ разъ на всегда вѣрность этого положенія, всѣ наши стремленія должны быть направлены къ тому, чтобы облегчать, по мѣрѣ возможности, страданія больныхъ. Слѣдовательно, всѣ методы и способы леченія могутъ имѣть только подобное значеніе, т. е. палліативное, облегчающее. Говоря ниже о хирургическомъ леченіи рака, мы еще вернемся къ этому вопросу и подробно разберемъ, что должно называть относительнымъ излеченіемъ. Здѣсь же мы разсмотримъ тѣ обстоятельства, которыя нужно принимать въ соображеніе при установкѣ предсказанія при карциномѣ матки вообще. Въ каждомъ данномъ случаѣ, при предсказаніи должно имѣть въ виду возрастъ больной, форму карцинома и періодъ его развитія. Чѣмъ моложе субъектъ, страдающій карциномомъ, тѣмъ предсказаніе хуже, потому что онъ въ этомъ случаѣ имѣетъ гораздо болѣе быстрое теченіе. Это, въ свою очередь, обусловливается тѣмъ, что молодые субъекты поражаются чаще всего мягкими формами разсматриваемаго новообразованія очень скоро переходящими въ изъязвленіе и этимъ самымъ быстро подрывающими общее состояніе. Съ другой стороны, самое благоприятное предсказаніе относительно продленія жизни больной допускаютъ плотныя формы разсматриваемаго новообразованія. Объясняется это легко главными свойствами, присущими плотнымъ видамъ рака, а именно: относительной бѣдностью ихъ сосудами и малою склонностью къ распространенію на верхнія части матки и сосѣдніе органы. Оттого-то мы видимъ иногда очень старыхъ субъектовъ, страдающихъ уже довольно давно ракомъ и между тѣмъ еще довольно бодрыхъ. Съ другой же стороны, не должно слишкомъ увлекаться при предсказаніи, имѣя дѣло съ ракомъ у молодыхъ женщинъ, общее состояніе ко-

торыхъ, повидимому, еще очень удовлетворительно. Это продолжается обыкновенно не долго и, когда менѣе всего этого ожидаютъ, у нихъ быстро наступаетъ упадокъ силъ и дѣло оканчивается очень скоро.

Прежде, да и многіе и теперь дѣлаютъ предсказаніе при эпителиомѣ гораздо болѣе выгоднымъ, чѣмъ при другихъ формахъ рака. При этомъ главнымъ образомъ имѣютъ въ виду то, что эпителиомъ гораздо болѣе удобно-оперируемъ и что онъ не такъ скоро рецидивуруетъ. Первое обстоятельство, какъ увидимъ ниже, не имѣетъ особеннаго значенія; что же касается втораго, то оно справедливо, но далеко не въ такой степени, какъ обыкновенно полагаютъ. Въ концѣ концовъ эпителиома такая же смертельная болѣзнь, какъ и другія формы карцинома.

Мнѣнія на счетъ продолжительности жизни при ракѣ матки весьма различны. По Lever'у, она не превышаетъ 20 мѣсяцевъ, Simpson принимаетъ ее въ 2¹/₂ года, по Barker'у 3 года и 8 мѣсяцевъ. Lebert, на основаніи своихъ наблюденій, пришелъ къ другимъ результатамъ, гораздо болѣе вѣроятнымъ. За исходную точку при своихъ вычисленіяхъ онъ принимаетъ тотъ моментъ, когда большая часть явленій рака выступаетъ совершенно рѣзко. Въ ¹/₃ его наблюденій продолжительность жизни не превышала 9 мѣсяцевъ, въ другой ¹/₃ она равнялась 9—18 мѣсяцамъ и, наконецъ, въ послѣдней ¹/₃ жизнь продолжалась отъ 18 мѣсяцевъ до 2-хъ лѣтъ. Впрочемъ, такихъ случаевъ, въ которыхъ продолжительность жизни превышала 2 года, всего—три. Несмотря на это, существуютъ наблюденія, въ которыхъ продолжительность жизни больныхъ ракомъ значительно превышала эту норму. Такъ, Simpson упоминаетъ объ одной больной, которую онъ принялъ отъ своего учителя (Hamilton'a) и которая на его рукахъ прожила еще 7 лѣтъ. Съ другой же стороны, въ нѣкоторыхъ случаяхъ ракъ матки убиваетъ больныхъ весьма скоро. Такъ, въ одномъ случаѣ Kiwisch'a ракъ развился послѣ родовъ, которые онъ велъ, и больная умерла отъ него черезъ 5 недѣль; въ случаѣ Louis больная умерла черезъ 3 мѣсяца отъ начала болѣзни. Мы сами наблюдали одинъ случай, въ которомъ болѣзнь продолжалась ни въ какомъ случаѣ не болѣе 7-ми мѣсяцевъ.

Что касается ближайшей причины смерти при ракѣ матки, то она можетъ быть очень различна. Чаще всего однако умираютъ отъ маразма, затѣмъ слѣдуютъ перитонитъ, дифтеритъ кишекъ, пневмонія и въ рѣдкихъ случаяхъ отъ урэміи, и въ случаяхъ еще болѣе рѣдкихъ отъ піеміи, какъ мы это видѣли разъ въ госпитальной практикѣ. Вlau приводитъ слѣдующія данныя относительно ближайшей причины смерти больныхъ, страдавшихъ ракомъ матки. Изъ 93 больныхъ умерло отъ маразма 48, отъ перитонита 27, отъ пневмоніи 11, отъ плеврита 3, отъ эмболии легочныхъ артерій 3 и по 1 отъ воспаления почечныхъ лоханокъ (pyelonephritis), жироваго перерожденія сердца, гангрены легкихъ и воспаления воротной вены. Говоря о смертельномъ ис-

ходѣ при ракъ матки, я не могу не указать на то, что обыкновенно въ этихъ случаяхъ умираше чрезвычайно мучительно и тянется очень долго. Такъ, нерѣдко застаемъ больную in extremis, кажется агонія полнѣйшая, между тѣмъ она послѣ этого можетъ протянуть еще нѣсколько дней, оставаясь in statu quo. Нерѣдко мы въ послѣдніе дни жизни наблюдали по временамъ бредъ, который однако проходить и жизнь можетъ продолжаться послѣ этого еще нѣсколько дней. Это — особаго рода умираше, которое только въ очень рѣдкихъ случаяхъ приходится наблюдать при піэмии.

Леченіе. Если мы выше настаивали на томъ, что ракъ матки болѣзнь абсолютнаго неизлечимаго, то этимъ мы нисколько не желаемъ утверждать, чтобы искусство было уже совершенно бесполезно въ этомъ отношеніи. Напротивъ, мы не разъ имѣли возможность убѣдиться въ томъ, какъ удачно можно подь-часъ бороться съ этой страшною болѣзью, примѣняя тѣ или другія средства, и на сколько можно облегчать страданія больныхъ. Мы не станемъ здѣсь распространяться о тѣхъ общихъ показаніяхъ, съ которыми имѣемъ дѣло при ракъ матки, какъ и при ракъ другихъ органовъ, а разсмотримъ здѣсь показанія чисто-гинекологическія, имѣющія главнымъ образомъ въ виду мѣстное леченіе.

Кровотеченіе, какъ уже мы знаемъ, въ числѣ припадковъ, обусловливаемыхъ ракомъ, занимаетъ первое мѣсто и потому должно обращать на него тщательное вниманіе. Останавливать его весьма не трудно, если дѣйствовать непосредственно на кровоточащую поверхность. Для этого мы назначаемъ души изъ одной холодной, даже ледяной воды и научаемъ больную прибѣгать немедленно къ подобному душу, коль скоро она замѣтитъ первые признаки кровотеченія. Въ случаяхъ только очень сильнаго кровотеченія мы прибавляемъ къ водѣ *perchlor. fer.*, а то обыкновенно одной ледяной воды совершенно достаточно. Если бы, не смотря на методическое употребленіе холода и вяжущихъ, кровотеченіе все таки не остановилось бы скоро, то, не теряя времени, нужно тотчасъ прибѣгнуть къ тампону. Къ сожалѣнію, это послѣднее средство примѣнимо только тамъ, гдѣ мы не имѣемъ дѣло съ чрезмѣрно развившимися опухолями, а то эти послѣднія могутъ быть такой величины, что положительно некуда помѣщать тампонъ. Вообще, относительно тампона при карциномѣ матки я долженъ замѣтить, что съ этимъ средствомъ должно быть очень осторожнымъ и прибѣгать къ нему только при дѣйствительной необходимости, такъ-какъ процедура введенія зеркала можетъ значительно усилить кровотеченіе и, кромѣ того, причиняются значительныя страданія для больной. Тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ подобными условіями, а кровотеченіе между тѣмъ нужно остановить во что бы то ни стало, то тампонируемъ безъ зеркала, приводя въ прикосновеніе съ кратеромъ корпейный шаръ, смоченный въ растворѣ *perchlor. fer.* и вводимый въ

рукавъ прямо пальцемъ. Когда кровотеченіе останавливается, то больная сама удаляетъ шарикъ при помощи прикрѣпленной къ нему нитки.

Для уменьшенія гнойно—и хорознаго выдѣленія изъ родовыхъ путей предложено множество средствъ, но я обыкновенно прибѣгаю только къ нѣкоторымъ изъ нихъ, въ дѣйствительности которыхъ я могъ убѣдиться. Рукавные души, назначаемыя съ кровоостанавливающею цѣлью, до известной степени дѣйствуютъ также и на зловонное выдѣленіе. Во время пережекъ между кровотечениями не нужно прибѣгать постоянно къ liq. sesquichl. fer., а держать его въ резервѣ и ограничиться душами изъ простой воды, къ которой прибавляютъ различныя ароматическія, какъ vin. или aсet. atom., eau de Cologne и прочее. Нерѣдко очень хорошо дѣйствуетъ слабый растворъ сѣрно-кислаго желѣза (grjj на ʒj). Вообще говоря, гораздо легче уменьшать выдѣленіе изъ рукава, чѣмъ унимать зловоніе его. Изъ множества предложенныхъ для этой цѣли средствъ, я чаще всего прибѣгаю къ kali hypermangan., креозоту и acid. pyrolign. Kali hypermangan. назначаю прямо, какъ примѣсь къ душамъ, и нѣкоторое время оно обыкновенно дѣйствуетъ. Но если оно оказывается недостаточнымъ, то не нужно слишкомъ настаивать на его дальнѣйшемъ употребленіи. Тогда обыкновенно мы каждые 2 дня смазываемъ непосредственно раковую язву смѣсью изъ ас. pyrolignos. и aq. creos. aa, и вслѣдъ затѣмъ вводимъ тампонъ, смоченный въ глицеринѣ. Послѣ 5—6 подобныхъ смазываній язвы принимаютъ обыкновенно болѣе чистый видъ и выдѣленіе уменьшается, а—главное—становится гораздо менѣе зловоннымъ. Если бы поверхность язвы представлялась мѣстами потемнѣвшею и запахъ выдѣленія былъ очень сильный, то прибѣгаемъ къ карболовой кислотѣ, какъ для непосредственнаго смазыванія язвы (ас. carb. ʒj на ʒj glycer.), такъ и для душъ (ас. carb. ʒj ad. ʒvj, 3—4 столовыхъ ложки на каждое выпрыскиваніе). Впрочемъ, при назначеніи крѣпости раствора должно сообразоваться со степенью чувствительности рукава въ каждомъ данномъ случаѣ.

Какъ средство, очищающее раковыя язвы, а также какъ утѣляющее боли, въ последнее время очень много выхваляли іодоформъ. Его приводятъ въ приспособленіе съ язвою или въ жидкомъ видѣ при помощи тампоновъ, или же вводятъ въ рукавъ въ видѣ врачебныхъ шаровъ. Я много разъ, какъ въ частной, такъ и въ госпитальной практикѣ, прибѣгалъ въ этихъ случаяхъ къ іодоформу и далеко не замѣчалъ отъ него такихъ благоприятныхъ результатовъ, какъ нѣкоторые гинекологи, напр. Demarquay, Völker, Barker и др.

Утоленіе болей, столь часто мучительныхъ для больныхъ, составляетъ важную задачу при палліативномъ леченіи карцинома матки. Кромѣ употребленія внутрь и подъ кожу препаратовъ опія, дѣйствующихъ однако весьма слабо, я чаще всего прибѣгаю къ опіатнымъ клизмамъ (gtts. xv—xx ad. ʒjj), которыя еще дѣйствуютъ вѣрнѣе всего. Вообще съ опіатами нужно быть здѣсь

нѣсколько осторожнымъ, такъ-какъ больныя скоро привыкають къ нимъ и постоянно приходится усиливать приемы. S. Ashwell рассказываетъ объ одной больной, страдавшей ракомъ матки и которая каждый день передъ сномъ принимала за-разъ 200 капель трае ории въ столовой ложкѣ смѣси, состоявшей изъ spir. lavend. camphor. и французской водки.

Въ прежнее время въ терапіи карцинома матки играли очень большую роль различныя caustica. Не смотря однако на это, очень многіе авторы высказывали противъ нихъ сильныя опасенія. Такъ напр. Boivin и Dugès приводятъ случай, въ которомъ, вслѣдствіе прижиганій азотно-кислымъ серебромъ, было уничтожено septum recto-vagin. Въ другомъ случаѣ, сообщаемомъ Mickschick'омъ, послѣ нѣсколькихъ прижиганій тѣмъ же средствомъ, развился tetanus, отъ котораго, впрочемъ, больная оправилась. Признаюсь, я не понимаю всѣхъ этихъ опасеній, такъ-какъ они, очевидно, основаны на какомъ-то недоразумѣніи. Иное дѣло на счетъ бесполезности ихъ; всякій согласится, что, имѣя дѣло съ обширными раковыми язвами, едва ли можно ожидать какую либо пользу отъ cauteria potentialia, каковы бы они не были. Едва ли есть хотя одно каустическое средство, которое бы не было примѣнено въ данномъ случаѣ; нѣкоторыя изъ нихъ долгое время пользовались особенною репутаціей, въ особенности хлористый цинкъ (pasta Canquoin'a). Въ настоящее время они совершенно забыты. За то осталось въ употребленіи одно могущественное средство,—это каленое желѣзо, которое, при рациональномъ примѣненіи, ничѣмъ положительно незамѣнимо. Прежде выражали не мало опасеній противъ употребленія каленаго желѣза при ракъ матки. Такъ напр. увѣряли, что при этомъ легко могутъ развиваться воспаленія, какъ въ прижигаемомъ органѣ, такъ и брюшинѣ, прямой кишкѣ и мочевыхъ путяхъ (Meissner, Courty и др.). На основаніи нашихъ личныхъ, довольно многочисленныхъ наблюденій, мы можемъ увѣрить, что подобныя опасенія не имѣютъ никакого основанія и въ теченіи многихъ лѣтъ я не перестаю прибѣгать къ каленому желѣзу съ тѣхъ поръ, какъ убѣдился, что нѣтъ лучшаго средства для временнаго уменьшенія ихорознаго зловоннаго выдѣленія и упорныхъ кровотеченій, обусловливаемыхъ чрезвычайнымъ разрастаніемъ раковыхъ язвъ. Мы ни разу не наблюдали сколько нибудь значительнаго воспаленія брюшины послѣ употребленія каленаго желѣза; небольшія же раздраженія ея, а иногда и развивающіеся при этомъ периметриты проходятъ обыкновенно очень скоро подъ вліяніемъ методическаго употребленія холода. Мы избѣгаемъ каленаго желѣза только тамъ, гдѣ раковыя язвы находятся очень близко отъ рукавнаго свода и при обширныхъ инфильтраціяхъ этого послѣдняго. Но въ подобныхъ случаяхъ рѣдко существуетъ и показаніе къ каленому желѣзу, такъ-какъ въ этомъ періодѣ болѣзнь уже заходитъ обыкновенно очень далеко и кровотеченія уже не имѣютъ безпokoящаго характера. Что касается техники употребленія каленаго

желѣза, то оно уже подробно изложено въ другомъ мѣстѣ нашего сочиненія. Здѣсь замѣчу только, что я обыкновенно употребляю для этой цѣли толстое цилиндрическое желѣзо и прижигаю не болѣе одного раза въ недѣлю, обыкновенно же и того рѣже. Для того, чтобы струпь отвалился, требуется обыкновенно нѣсколько дней. Такъ какъ до этого обыкновенно кровотеченіе вовсе прекращается, то до отваливанія струпа мы назначаемъ впрыскиванія изъ тепловатой воды. По спаденіи струпа, дно язвы представляется обыкновенно гораздо болѣе чистымъ, розовымъ и реакція вокругъ бываетъ очень незначительна.

Изобрѣтенный Raquin'омъ термокаутеръ, вѣроятно, совершенно вытѣснитъ изъ практики каленое желѣзо. Устройство этого снаряда до такой степени просто, что его можно безъ всякаго труда примѣнить рѣшительно во всѣхъ случаяхъ. Къ сожалѣнію, аппаратъ этотъ еще нѣсколько дорогъ, что вѣроятно мѣшаетъ его скорѣйшему распространенію.

Что касается леченія рака полости матки, то оно, въ принципѣ, ничѣмъ не отличается отъ того, что сказано было выше. Многіе утверждаютъ, что для того, чтобы облегчить усилія природы извергнуть изъ полости раковыя массы, нужно прійти ей на помощь и прибѣгнуть для этой цѣли къ расширенію первичнаго канала. Подобный совѣтъ, однако, по нашему мнѣнію, основанъ на апіористическомъ заключеніи, такъ какъ, коль скоро дошло до порядочнаго развитія карцинома полости, то зѣвъ при этомъ мы найдемъ постоянно раскрытымъ. Мы въ этихъ случаяхъ съ болѣею пользою прибѣгали къ внутри-маточнымъ впрыскиваніямъ просто тепловатой воды и затѣмъ различныхъ вяжущихъ.

Изложивъ палліативную терапію рака матки, переходимъ къ оперативному леченію его въ тѣсномъ смыслѣ, которое прежде, да и теперь нѣкоторые считаютъ радикальнымъ (?!). Мы не остановимся здѣсь собственно на производствѣ ампутаціи влагалищной части матки, такъ какъ оно подробно изложено нами въ главѣ объ гипертрофійматки, (стр. 556—569 ч. I). Намъ предстоитъ поэтому рассмотреть вопросъ: насколько ампутація влагалищной части примѣнима при пораженіи ея ракомъ? Начиная съ начала нынѣшняго столѣтія по настоящее время, вопросъ на счетъ хирургическаго леченія рака матки возбуждалъ величайшія разногласія между первыми авторитетами хирургіи и, не смотря на все это, онъ до сихъ поръ постоянно служитъ темою для дебатовъ. Впрочемъ, въ послѣдніе годы энтузіазмъ, съ которымъ прежде относились къ такъ называемому радикальному леченію рака, значительно поубавился и ампутація влагалищной части дѣлается теперь несравненно рѣже прежняго. Реакція въ этомъ случаѣ произошла сама собою, потому что, наконецъ, должны были убѣдиться въ совершенной бесполезности операціи, но крайней мѣрѣ въ томъ смыслѣ, въ какомъ она предпринималась прежде. Многіе думали поддержать ее тѣмъ, что увѣряли, что операція эта все-де не такъ опасна, какъ думаютъ. При этомъ защитники эти упускаютъ изъ виду то, что дѣло

вовсе не въ опасности, а въ бесполезности операціи, потому что нѣтъ никакой возможности удалить все новообразованіе. Только при такомъ условіи операція была бы умѣстна, но такъ какъ условія-то этого какъ разъ не существуетъ, то eo ipso и оперативное пособіе, о которомъ идетъ здѣсь рѣчь, не имѣетъ въ сущности никакого рачіональнаго показанія. Обыкновенно проводятъ параллель между ракомъ матки и ракомъ другихъ органовъ, напр. груди и спрашиваютъ: отчего его не вырѣзывать въ первомъ случаѣ, какъ это дѣлается во второмъ. Приведенная аналогія только кажущаяся и ничуть не близкая. При ракъ груди мы оперируемъ тогда, когда мы имѣемъ возможность удалить ножомъ все новообразованіе, и это обыкновенно дѣйствительно удается. При ракъ же матки приходится рѣшаться на операцію уже тогда, когда нѣтъ никакой возможности опредѣлить границы разростанія (proliferatio) раковыхъ элементовъ въ здоровой ткани. Кромѣ того, ракъ влагалищной части такъ быстро перескакиваетъ (т. е. инфильтруетъ) на верхніе отдѣлы (нижній отрѣзокъ) органа и своды рукава, что, если бы мы настаивали даже только на кажущемся полномъ удаленіи новообразованія, то подобное предпріятіе было бы чистѣйшимъ безуміемъ, такъ какъ оно повлекло бы за собою самыя печальныя послѣдствія. Въ литературѣ мы дѣйствительно имѣемъ не мало случаевъ, гдѣ ампутація влагалищной части, пораженной ракомъ, оканчивалась смертью почти непосредственно послѣ операціи, или же черезъ очень короткое время послѣ нея. Во всѣхъ извѣстныхъ мнѣ руководствахъ обыкновенно говорится о томъ, что къ ампутаціи влагалищной части при ракъ должно приступать, коль скоро къ тому есть малѣйшая возможность. Но въ томъ то и дѣло, что этой возможности обыкновенно не бываетъ. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ подобная возможность выражается тѣмъ, если мы имѣемъ дѣло съ эпителиомомъ, исходящимъ тонкою ножкой или, по крайней мѣрѣ, весьма легко изолируемой отъ одной изъ губъ зѣва. Въ подобномъ случаѣ никто не станетъ спорить о рачіональности ампутаціи. Но совсѣмъ иное дѣло съ формами рака инфильтраціонными, которыя, какъ мы видѣли выше, такъ скоро расползаются вверхъ, что нѣтъ никакой возможности сказать — гдѣ кончается новообразованіе и гдѣ начинается здоровая ткань. Въ практикѣ при совѣщаніяхъ съ товарищами, нерѣдко приходится вести по этому поводу весьма оживленные споры. Обыкновенно, если начинаешь доказывать, что, на основаніи вышесказаннаго, нельзя допустить въ данномъ случаѣ ампутаціи влагалищной части, то на это возражаютъ: что мы теряемъ? Вѣдь больная все равно обречена на смерть... Подобное возраженіе, по нашему мнѣнію, не выдерживаетъ и самой снисходительной критики. На больной, фатально обреченной на смерть, можно бы рѣшиться на какую либо операцію, если бы отъ послѣдней можно было ожидать хоть какіе нибудь шансы на спасеніе. Этимъ мы руководствуемся, напр., предпринимая оваріотомію, или же экстирпацію фибромъ.

Мы въ этомъ случаѣ рѣшаемся на героическую операцію, такъ-какъ въ случаѣ успѣха мы навѣрно спасаемъ больную. При ракъ же матки, какъ мы видѣли, не можетъ быть и рѣчи объ этомъ. Предпринимать же какое либо оперативное пособіе лишь только для того, *ut aliquid fecisse videamur*, по истинѣ, не достойно врача. Но этого мало. Можно бы еще рѣшиться на ампутацію, если бы мы были по крайней мѣрѣ увѣрены въ томъ, что ова совершенно безвредна. Но этого нельзя сказать ни въ какомъ случаѣ. Если ракъ развитъ въ значительной степени, то ампутація ничуть не безразлична, такъ-какъ она нерѣдко оканчивается очень печально. Такъ, изъ 19 больныхъ, составляющихъ одну категорию изъ оперированныхъ *Lisfranc*'омъ *, въ день операціи умерло 4. Мы бы могли здѣсь привести еще не мало фактовъ. Но кромѣ того, очень многіе и въ томъ числѣ и я лично, не могли не убѣдиться въ томъ, что ампутація влагалищной части, пораженной карциномомъ, оставляя послѣ себя большую или меньшую часть новообразованія, даетъ этому послѣднему какъ бы толчекъ, несомнѣнно ускоряющій дальнѣйшее развитіе его. Вслѣдствіе-то этого *Blandin*, *Velpeau*, *Montgomery*, *Blundell*, *R. Lee* и другіе самымъ положительнымъ образомъ стараются ограничить при этихъ условіяхъ ампутацію влагалищной части почти до послѣдней возможности. Намъ очень хорошо извѣстно, что статистики хирургическаго леченія карцинома матки ссылаются на случаи, гдѣ, съ одной стороны, послѣ ампутаціи болѣзнь вовсе не возвращалась, или же, съ другой стороны, рецидивъ являлся только по истеченіи значительнаго промежутка времени. Таковы случаи первой категоріи, приводимые *Ziemssen*'омъ **, *C. Mayer*'омъ ***, *Langenbeck*'омъ ****, *Martin*'омъ *****, *Mickschik*'омъ †, и въ послѣднее время *Weabberby* ††, *Meltauer*'омъ †††, *Scharlau* †††† и др. Но на это можно возразить, что такъ называемаго полного исцѣленія достигали не однимъ только кровавымъ путемъ, такъ какъ нѣкоторые авторы увѣряютъ, что они получали такой-же благоприятный результатъ помощью выжиганія, какъ напр. въ случаяхъ *Lingron*'а ¹, *Boulton*'а ², *Vascker*'а ³ и др. Во вторыхъ, мы нисколько не сомнѣваемся въ томъ, что случаи исцѣленія относятся не къ раку, а вѣроятно имѣли

* *Pauly*, *Op. cit.*, p. 427.

** *Virchow's Arch.*, 1859, Bd. 17, p. 333. Больная, о которой идетъ здѣсь дѣло, умерла отъ пневмоніи, черезъ 17 лѣтъ послѣ операціи.

*** }
**** } *Monatsschr. f. Geburtsk.*, Bd. XVIII, p. 16.
***** }

† *Zeitschr. der Gesellsch. Wien. Aerzte*, 1859, p. 52.

†† *New-Orleans Journ. of medic.* 1869, October.

††† *Bost. medic. and surgic. Journ.* 1870, Mai.

†††† *Berlin. Beitr. zur Geb. und Gynaecol.*, Bd. II, p. 23.

¹ *Op. cit.*, p. p. 178—199.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

въ нихъ дѣло съ какими либо другими новообразованіями, а именно папилломой. Почему, въ самомъ дѣлѣ, мы въ литературѣ находимъ такъ мало данныхъ относительно папилломы? Единственно потому, что ее постоянно смѣшивали съ эпителиомой.

До какой степени проникла въ умы идея о такъ называемомъ корениомъ леченіи карцинома маточной шейки, не трудно убѣдиться изъ закомства съ новѣйшею гинекологическою литературою. Особенно это должно сказать насчетъ германскихъ гинекологовъ, не останавливающихся ни предъ какими техническими трудностями. Для подтвержденія нашихъ словъ мы остановимся на С. Schroeder'g. Главу о терапіи рака маточной шейки онъ начинаетъ слѣдующими словами: „Само собою понятно, что прежде всего должно стараться о радикальномъ устраненіи карцинома, хотя это, къ сожалѣнію, достигается очень рѣдко“. На этомъ основаніи онъ настоячиво совѣтуетъ прибѣгать къ ампутаціи влагалищной части (amputatio infravaginalis). Но что дѣлать, если пораженъ ужъ весь цервикальный каналъ и одинъ или оба свода рукава? И въ этомъ случаѣ не должно отказываться отъ оперативнаго леченія, а предпринимать суправaginaльную ампутацію шейки. Вотъ какимъ образомъ производить ее авторъ. Захвативъ влагалищную часть мюссеевскими щипцами, стаскиваютъ ее внизъ до входа въ рукавъ, причемъ чрезъ каждый изъ боковыхъ сводовъ проводятъ крѣпкую нитку. Эти послѣднія служатъ для того, чтобы можно было удобнѣе стаскивать внизъ маточную шейку, а также и для того, чтобы, въ случаѣ надобности, можно было имъ прижать маточныя артеріи съ ихъ вѣтвями. Послѣ этого въ поперечномъ направленіи разрѣзаютъ слизистую оболочку рукава и вслѣдъ затѣмъ пальцами отдѣляютъ мочевой пузырь отъ передней поверхности маточной шейки. Покончивши съ этимъ, мюссеевскія щипцы, которыми захвачена влагалищная часть, поднимаютъ вверхъ, вслѣдствіе чего становится виднымъ задній сводъ. Съ нимъ поступаютъ точно такимъ же образомъ, какъ съ переднимъ, т. е. разрѣзаютъ поперегъ. Отдѣленіе брюшины отъ задней поверхности маточной шейки весьма затруднительно, но, въ концѣ концовъ, все таки удается. Если бы при этомъ пришлось вскрыть брюшину, т. е. дугласову складку, то на нее накладываютъ нѣсколько швовъ. Отдѣливъ такимъ образомъ маточную шейку спереди и сзади, соединяютъ оба разрѣза въ одинъ и сколько возможно отдѣляютъ ее отъ соудныхъ органовъ. Послѣ этого разрѣзаютъ (въ поперечномъ направленіи) переднюю стѣнку маточной шейки и проводятъ нѣсколько лигатуръ чрезъ переднюю стѣнку рукава и паренхиму маточной шейки, т. е. сшиваютъ переднюю стѣнку рукава съ культию маточной шейки. Эти швы останавливаютъ кровотеченіе и вмѣстѣ съ тѣмъ не даютъ маткѣ уйти вверхъ. Почти такимъ же образомъ поступаютъ и сзади, т. е. сшиваютъ заднюю стѣнку рукава съ остатками задней поверхности маточной шейки. Швы эти, въ случаѣ надобности, пополняются еще другими; въ особенности должно заботиться о соединеніи крѣпкими швами обоихъ параметріевъ. Швы эти (т. е. параметральныя) обхватываютъ маточныя артеріи и ихъ развѣтвленія и окончателно останавливаютъ кровотеченіе.

Мы съ дипломатическою точностью передали способъ суправaginaльной ампутаціи маточной шейки по Schroeder'у и думаемъ, что онъ не нуждается ни въ какихъ дальнѣйшихъ разъясненіяхъ. Въ самомъ дѣлѣ, о стаскиваніи внизъ влагалищной части до послѣдней возможности говорится какъ о вещи, само собою понятной и не представляющей никакой опасности. Раненіе маточныхъ артерій или крупныхъ вѣтвей ихъ, тоже не составляетъ ничего особеннаго. Вообще говоря, описанный нами способъ составляетъ дальнѣйшее развитіе способа Huguier съ тѣмъ только важнымъ различіемъ, что здѣсь приходится оперировать на тканяхъ, пораженныхъ карциномомъ, степень распространенія кото-

раго никому неизвѣстна. И для чего все это? Для того, чтобы большая, если бы она не пала жертвой отъ опасностей, непосредственно сопряженныхъ съ подобнымъ оперативнымъ пріемомъ, навѣрно погибла чрезъ болѣй или меньшій промежутокъ времени отъ рецидива...

Если я отвергаю пользу ампутаціи маточной шейки при карциномѣ въ томъ смыслѣ, какъ она предпринималась прежде да и теперь выхваляется очень многими, то этимъ я нисколько не хочу утверждать, чтобы оперативное пособіе въ данномъ случаѣ было совершенно излишне. На оборотъ, операція можетъ иногда здѣсь принести не маловажную пользу. Если мы имѣемъ дѣло съ эпителиомомъ, который хорошо изолируется отъ влагалищной части, то въ подобномъ случаѣ ампутація совершенно умѣстна. Чаще всего, однако, мы прибѣгаемъ къ оперативному леченію тамъ, гдѣ имѣемъ дѣло съ сильно разрастающимися раковыми опухолями (эпителиомъ и энцефаломъ), выполняющими большую часть рукава, такъ что нельзя примѣнить ни тампона, въ особенности же каленаго желѣза. Здѣсь, слѣдовательно, оперативное пособіе имѣетъ значеніе чисто предуготовительное, къ которому прибѣгаютъ для того, чтобы имѣть возможность примѣнить нѣкоторыя другія пособія, къ которымъ необходимо прибѣгнуть для облегченія нѣкоторыхъ выдающихся przypadковъ, а именно: кровотеченій и чрезмѣрно зловоннаго выдѣленія изъ родовыхъ путей.

По удаленіи оперативнымъ путемъ большей или меньшей части новообразованія, я обыкновенно прибѣгаю непосредственно къ калену желѣзу. Въ послѣднее время я, по примѣру Routh'a*, съ успѣхомъ замѣнялъ его нерѣдко крѣпкимъ растворомъ брома въ спиртѣ. Routh употребляетъ растворъ 1 ч. брома на 10 ч. спирта; Williams беретъ растворъ еще крѣпче, а именно одну часть на пять частей. Я никогда не прибѣгалъ къ столь крѣпкимъ растворамъ, а бралъ не болѣе $\text{Zj} - \text{Zij}$ на Zj и этой крѣпости растворъ иногда въ высшей степени раздражаетъ, такъ что приходится уменьшать количество брома. Тампонъ, пропитанный этимъ растворомъ, приводится въ прикосновеніе съ раной и оставляется in loco часовъ на 8—12. Я съ пользою прибѣгаю къ бромъ и безъ ампутаціи, когда нужно бываетъ уменьшить зловонное выдѣленіе.

Резюмируя все вышесказанное на счетъ оперативнаго леченія рака маточной шейки, мы прійдемъ къ слѣдующимъ заключеніямъ.

1) О радикальномъ излеченіи карцинома матки помощью ампутаціи влагалищной части въ настоящее время не можетъ быть и рѣчи въ томъ смыслѣ, какъ это утверждали прежде многіе гинекологи.

2) Ампутація можетъ быть примѣнима только въ очень рѣд-

* Lond. Obstetr. Transact. 1870, v. VIII, p. 290.

кихъ случаяхъ, а именно тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ раковымъ новообразованиемъ, находящимся къ влагалищной части въ извѣстныхъ, опредѣленныхъ отношеніяхъ.

3) Удаленіе большей или меньшей части новообразованія приноситъ значительную пользу и совершенно умѣстно тамъ, гдѣ мы безъ этого не могли бы прибѣгать ни къ тампону, ни къ каленому желѣзу.

Мы ужь упомянули выше о томъ, что ампутація влагалищной части при карциномѣ матки получила право гражданства въ наукѣ съ начала настоящаго столѣтія, а именно съ 1801 года, когда въ первые съ успѣхомъ произвелъ ее *Osiander*. Хотя нѣкоторые утверждаютъ, что ужь до него влагалищная часть была ампутируема *Tulpius* о мь (2-я половина XVII стол.), *Monteggia*, *Andr e de la Croix* и *la Reugou*, но это очень сомнительно, такъ какъ само распознаваніе рака было очень сбивчиво. *Vaudelocque* увѣряетъ, что ампутація маточной шейки въ первый разъ произведена во Франціи *Lapariot*. Какъ бы то ни было, но послѣ того, какъ *Osiander* обнаруговалъ свои случаи и *Dupuytren*, въ свою очередь, сталъ прибѣгать къ ампутаціи маточной шейки, операція эта получила окончательное право гражданства и, мало того, стала модною операціей и ее старались дѣлать на перерывъ другъ передъ другомъ. Къ этому-то времени относятся различныя модификаціи, которыми обогащали технику ея. Сущность производства состояла въ томъ, что пораженную влагалищную часть крѣпкими щипцами оттягивали книзу, такъ что новообразование торчало изъ родовой расщелины и тутъ срезали ее. Слѣдовательно, все нововведенія могли состоять только въ новыхъ оттягивающихъ инструментахъ (*Hatin*, *Solombat* и др.). Особенно курьезенъ былъ способъ *Canella*. Онъ придумалъ два цилиндрическихъ зеркала, изъ которыхъ одно входило въ другое, а меньшее размѣрами имѣло внутренней рѣзущій конецъ, которымъ и производилась ампутація, причемъ матка не смѣщалась книзу.

Притчей дня ампутація влагалищной части сдѣлалась преимущественно въ тридцатыхъ годахъ, по поводу сообщенія о ней *Lisfranc'a* *. Этотъ знаменитый хирургъ рассказывалъ о такихъ чудесахъ, которыхъ онъ достигалъ ампутаціей влагалищной части, что поставилъ многихъ въ недоумѣніе. Но черезъ два года явился его лекціи, изданныя его ученикомъ *Paulu* и содержащія въ себѣ столько разоблаченій, что дѣло выяснилось какъ нельзя болѣе. *Paulu*, зорко слѣдившій за своимъ учителемъ, правдиво и откровенно описалъ все то, что тотъ дѣлалъ и, въ видахъ общей пользы, считалъ необходимымъ говорить о вещахъ, которыя оказались очень непріятными для *Lisfranc'a*. Такъ, этотъ послѣдній увѣрялъ, что онъ произвелъ всего 99 ампутацій влагалищной части, *Paulu* же увѣряетъ, что ихъ всѣхъ сдѣлано было только 53. Мы укажемъ здѣсь, кромѣ того, еще на два слѣдующіе обвинительные пункта. По словамъ *Paulu*, *Lisfranc* не привелъ всѣхъ смертельныхъ исходовъ у тѣхъ больныхъ, которыя были оперируемы въ госпиталѣ. Изъ 9 больныхъ, у которыхъ *Paulu* оставался послѣ операціи первые 24 часа, у 6 было ужасающее кровотеченіе и 3 изъ нихъ умерли тутъ же. Можно себѣ вообразить, какой шумъ должны были надѣлать въ медицинскои прессѣ подобныя разоблаченія. Дѣйствительно, *Paulu* нанесъ смертельный ударъ модной операціи. Вотъ какъ выражается на этотъ счетъ *Velpeau* *. Не пускаясь въ разборъ того, не сдѣлалась ли ампутація влагалищной части въ такихъ случаяхъ, гдѣ вовсе не было рака, какъ многіе утверждаютъ, я ограничусь только замѣчаніемъ, что *Dupuytren*, давшій этой операціи, такъ сказать, право гражданства во Франціи, кончилъ тѣмъ, что вовсе пересталъ ее дѣлать, что *Lisfranc* самъ производилъ ее гораздо меньше прежняго и, наконецъ, самъ *Osiander* пересталъ прибѣгать къ ней *.

* De l'amputation de la portion vaginale de l'utérus. Gaz. medic. 1834 № 25.

* Nouveaux elements de médicine opératoire. Paris, 1834. t. IV, p. 413.

Мысль объ удаленіи изъ организма всей матки, пораженной карциномъ (*exstirpatio uteri totalis*), уже давно приходившая въ голову нѣкоторымъ врачамъ, въ послѣднее время получила совершенное право гражданства въ нашей наукѣ. Съ тѣхъ поръ, какъ W. A. Freund описалъ свой способъ экстирпации всей матки, операція эта стала производиться въ германіи весьма часто. Насколько Фрейндовская операція и различныя модификаціи ея составляютъ обогащеніе новѣйшей гинекологіи,—мы увидимъ ниже. Прежде же всего мы считаемъ нужнымъ познакомиться подробно съ техникой этой операціи, такъ какъ это составляетъ весьма важное обстоятельство для оцѣнки самой операціи.

Рѣшившись прибѣгнуть къ экстирпации всей матки, поступаютъ слѣдующимъ образомъ. Больную кладутъ на операціонный столъ головами къ окну и притомъ такимъ образомъ, чтобы тазъ и нижнія конечности помѣщались выше головы. Затѣмъ, еслибы новообразованіе давало въ рукавѣ значительныя разраженія, то ихъ удаляютъ извѣстнымъ образомъ; послѣ этого рукавъ хорошо дезинфицируютъ помощью карболовыхъ душь. Покончивши съ этимъ, приступаютъ къ лапаротоміи; разрѣзъ дѣлается, начиная нѣсколько пониже пупка, и доводится вполнѣ до лоннаго соединенія. Еслибы прямыя мышцы живота (*m. m. recti abdominis*) оказались черезъ-чуръ напряженными, то ихъ разрѣзаютъ въ мѣстахъ прикрѣпленія ихъ къ лоннымъ костямъ. Для того, чтобы сдѣлать себѣ операціонное поле еще болѣе доступнымъ, Credé (въ Лейпцигѣ) совѣтовалъ прибѣгать къ резекціи передней стѣнки таза (?!). Послѣ этого нужно позаботиться о томъ, чтобы не мѣщали кишки, для чего ихъ стараются поднять изъ полости таза въ брюшную полость и удерживаютъ ихъ тамъ во время всей операціи. Если онѣ черезъ-чуръ вздуты и это не удается, то ихъ заворачиваютъ въ теплыя полотенца, смоченныя въ карболовый растворъ.

Сдѣлавши себѣ такимъ образомъ на сколько возможно доступнымъ операціонное поле, нужно вытащить матку какъ можно болѣе наружу; съ этой цѣлью можно продѣть чрезъ тѣло ея крѣпкую нитку или же просто захватываютъ маточное дно крѣпкими щипцами. Когда придаточныя части матки достаточно напряжены, то съ cadaго бока матки ихъ перевязываютъ одной непрерывной тройной лигатурой слѣдующимъ образомъ: въ двойную лигатуру захватывается труба, затѣмъ она переводится на круглую связку и послѣ всего этого оба конца ея выводятся чрезъ сводъ рукава, отступивъ примѣрно на 1" отъ влагалищной части. Крѣпко натянувъ эти лигатуры съ обихъ сторонъ матки, разрѣзаютъ передній и задній сводъ. Отдѣливъ матку со всѣхъ сторонъ, т. е. уничтоживъ соединенія ея съ сосѣдними органами, разрѣзаютъ широкія и другія связки впереди наложенныхъ лигатуръ и удаляютъ ее изъ организма. Рану затѣмъ шиваютъ такимъ образомъ, чтобы листки брюшины вездѣ равно прилегали одна

къ другой. Въ послѣднее время Vardenhauer совѣтоваль не шивать рану внизу, а, наоборотъ, оставить ее открытою и дренажированною.

Какъ о серьезной модификаціи, принятой изобрѣтателемъ операціи, Freund'омъ, мы должны упомянуть о томъ, что Rudiger совѣтуетъ сначала разрѣзать вокругъ влагалищной части слизистую оболочку рукава и затѣмъ ужъ поступать такимъ образомъ, какъ сказано выше.

Мы увидимъ ниже, что старинные хирурги экстирпировали цѣликомъ матку *per vaginam*. Въ новѣйшее время эту операцію очень сильно защищаютъ снова Billroth, Czerny, Schede и въ особенности Schroeder. Вотъ какимъ образомъ поступаютъ приэтомъ. Влагалищная часть оттягивается внизъ помощью крѣпкихъ мюсеевскихъ щипцовъ и своды рукава разрѣзаются кругомъ, пузырь помощью пальцевъ отдѣляется отъ передней поверхности матки и затѣмъ разрѣзается дугласова складка. Матка, которую изгибаютъ взадъ, выдавливаютъ наружу помощью лѣвой руки, дѣйствующей чрезъ наружные покровы; это совершенно удается послѣ того, какъ вскрыта *excavatio vesico-uterina*. Матка такимъ образомъ становится совершенно свободною спереди и сзади и ее можно удалить тогда безъ всякаго труда, разрѣзавъ боковыя прибавочныя части (связки). Это лучше всего дѣлается такимъ образомъ, что съ каждой стороны накладывается по двѣ лигатуры, между которыми и дѣлаются боковыя разрѣзы. Удаляя матку, рану не зашиваютъ, а оставляютъ открытою и вводятъ въ нее толстую дренажную трубку.

Если спросить теперь — какою изъ описанныхъ нами способовъ экстирпаціи всей матки заслуживаетъ преимущества? — то вышеупомянутые авторы, а также A. Martin и Lane утверждаютъ, что экстирпація чрезъ рукавъ по производству своему гораздо легче и — главное — гораздо менѣе опасна, чѣмъ экстирпація при помощи ляпаротоміи. Мнѣніе это подтверждается цѣлымъ рядомъ числовыхъ данныхъ. Изъ таблицы, приведенной Negar'омъ и Kaltenbach'омъ и обнимающей 93 случая экстирпаціи матки чрезъ ляпаротомію, получаются слѣдующіе результаты. Выздоровѣло (?) 26, умерло 63, не окончена операція въ 4 случаяхъ, т. е. смертность равняется 73%. На 33 же операціи, произведенныя *per vaginam*, выздоровѣло (?) 21, умерло 8 и операція не была окончена въ 3 случаяхъ, т. е. смертность при этомъ оперативномъ методѣ равняется 25%.

Отчего собственно зависитъ эта высокая смертность? Отъ весьма многихъ причинъ, изъ которыхъ мы назовемъ здѣсь только самыя главныя. На первомъ мѣстѣ стоитъ кровотеченіе, какъ во время самаго производства операціи, такъ и послѣдовательное. Перебирая казуистику экстирпаціи всей матки, не трудно убѣдиться въ томъ, что довольно значительная часть оперированныхъ погибла непосредственно отъ этой причины, т. е. отъ кровотечения.

Затѣмъ идетъ цѣлый рядъ смертельныхъ исходовъ вслѣдствіе гниlostнаго зараженія организма (sepsis) и притомъ такого, которое производится нерѣдко самимъ операторомъ во время производства операціи. Это объясняется тѣмъ, что трудно избѣгнуть этого, манипулируя въ полости брюшины органомъ, пораженнымъ ракомъ. Затѣмъ мы имѣемъ цѣлый рядъ смертельныхъ исходовъ вслѣдствіе пораженія пузыря и захватыванія въ лигатуры одного или обоихъ мочеточниковъ (уремія). Наконецъ мы должны упомянуть о шокѣ, на долю котораго приходится не малая часть смертельныхъ исходовъ. Шокъ, въ свою очередь, объясняется не трудно въ данномъ случаѣ тѣмъ обстоятельствомъ, что продолжительность операціи иногда весьма значительна (до трехъ часовъ и болѣе).

Имѣя въ виду быстрое распространеніе карцинома не только на верхній отдѣлъ матки, но и на сосѣднія части, само собою разумѣется, что число случаевъ, въ которыхъ существовало бы твердое показаніе къ рассматриваемой нами операціи, должно быть въ высшей степени ограничено. Въ самомъ дѣлѣ, объ операціи этой можно было бы подумать тамъ, гдѣ ракъ поразилъ только слизистую оболочку матки на большемъ или меньшемъ протяженіи, не тронувъ сосѣднія части. Но гдѣ найти подобные случаи? Мы ужъ не разъ указывали на то, что въ то время, когда больныя обращаются къ намъ за помощью, раковый процессъ представляетъ ужъ такое распространеніе, что нельзя и думать даже о простой ампутаціи шейки. Если же, не смотря на это, въ относительно короткое время, въ литературѣ ужъ накопилось сотни полторы экстирпацій матки, то это доказываетъ только то, что случаи не дифференцировались какъ слѣдуетъ, т. е. что не были очень строги на счетъ выбора случаевъ. При этомъ не можемъ не прибавить еще одно. Сколько въ приведенную нами выше казуистику могло войти случаевъ, гдѣ было принято за карциномъ то, что вовсе не было имъ? Такъ называемые первоначальные періоды карцинома, констатируемые на основаніи микроскопическаго изслѣдованія, составляютъ вещь весьма сомнительную,.. На основаніи того, что намъ пришлось видѣть, мы не можемъ не допустить мысли, что экстирпировали матки, не имѣвшія ничего общаго съ карциномомъ. По отношенію къ установленному нами выше показанію, нельзя не упомянуть о томъ, что оно имѣло бы мѣсто въ случаяхъ карцинома (resp. и саркома) тѣла матки, но ограничивающагося рѣзко только этой областью. Но уже мы знаемъ—какъ рѣдки въ практикѣ подобнаго рода случаи. Однимъ словомъ, на основаніи вышесказаннаго, нельзя не прійти къ заключенію, что въ практикѣ въ высшей степени рѣдки будутъ случаи, въ которыхъ можно было бы приступить къ экстирпаціи всей матки, пораженной ракомъ, хоть съ малѣйшей надеждой на то, что намъ удастся удалить все то, что поражено этимъ процессомъ. Мнѣніе это высказывается нами на томъ основаніи, что у насъ нѣтъ ни малѣйшей возможности опредѣлить

степень распространения рака въ тканяхъ, окружающихъ первоначально пораженный органъ.

Изъ всего вышесказаннаго не трудно понять, что экстирпация всей матки, пораженной карциномомъ, едва ли имѣетъ *raison d'être*. Въ самомъ дѣлѣ, рѣшиться на операцию, дающую *per se* 73% смертности, и, кромѣ того, въ процессѣ, абсолютно дающемъ рецидивы, едва ли кто назоветъ благоразумнымъ. Имѣющіяся до сихъ поръ въ литературѣ наблюденія доказываютъ какъ нельзя яснѣе, что всѣ оперированныя, выжившія и оправившіяся послѣ экстирпации матки, всѣ безъ исключенія болѣе или менѣе скоро погибли отъ возврата рака. Поэтому экстирпация матки въ данномъ случаѣ можетъ имѣть значеніе чисто паллиативное. а ни чуть не радикальное, какъ нѣкоторые утверждаютъ. Если мы поэтому въ первомъ изданіи этого сочиненія высказались на счетъ этой операциі въ совершенно отрицательномъ смыслѣ, то мы въ настоящее время, послѣ окопчившихся уже въ литературѣ многочисленныхъ наблюденій не имѣемъ повода измѣнить это мнѣніе. Мы увѣрены, что не пройдетъ нѣсколькихъ лѣтъ, увлеченіе уступить мѣсто трезвому наблюденію и теперешніе партизаны экстирпации раковой матки сами откажутся отъ производства ея на основаніи тѣхъ очевидныхъ доводовъ, которые приведены нами выше.

Истор. — библиогр. данныя на счетъ экстирпациі матки. Всѣ извѣстія, имѣющіяся въ древней и старинной литературѣ относительно экстирпациі матки, не заслуживаютъ никакого вѣроятія и подъ нею понималось удаленіе умертвившихъ частей при *prolapsus uteri*. Мы утверждаемъ это на томъ основаніи, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ изъ казуистики, собранной въ 1600 году Schenk v. Grafenberg'омъ, больныя не только оправились послѣ выщипанія всей матки, но даже въ послѣдствіи благополучно родили. Первые достоверныя наблюденія экстирпациі матки принадлежатъ Marschall'у (1783) и Langenbeck'у (1813); только были ли это карциноматозныя матки — весьма сомнительно. Въ 1814 году Gutberlet предложилъ экстирпировать матку при помощи ляпаротоміи. Въ 1822 году Sauter въ Констанцѣ, произвелъ экстирпацию матки *per vaginam*. Тоже самое сдѣлалъ Bindell въ 1828 году. Особеннаго шума надѣлала операция, произведенная въ 1829 году Récamier'омъ. На 31 день послѣ операциі больная была изслѣдована Dupuytren'омъ, Roux, и Richerand'омъ и объявлена ими совершенно здоровою. Изъ экстирпациі матки, увѣнчавшихся счастливымъ исходомъ, мы должны упомянуть о двухъ операцияхъ профессора Китера и Елагина въ Казани и Hennigа, въ Лейпцигѣ. Больная Китера въ Елагина была доставлена въ Петербургъ и была изслѣдована членами Медицинскаго Совѣта. Не смотря на эти нѣсколько quasi удачныхъ случаевъ, въ наукѣ имѣлось нѣсколько десятковъ случаевъ съ самымъ неблагоприятнымъ исходомъ и объ экстирпациі раковой матки перестали говорить и если упоминали объ ней, то только какъ о хирургическомъ курьезѣ. Такъ дѣло шло до послѣдняго времени, какъ четыре года тому назадъ снова заговорили о ней, благодаря Freund'у, предложившему свой способъ, превосходившій всѣ извѣстные до того способы, такъ-какъ Freund'ъ весьма тщательно и многосторонне изучалъ анатомическую сторону этого вопроса. Германскіе гинекологи приняли операцию Freund'a съ особеннымъ энтузіазмомъ и она сдѣлалась до сихъ поръ модною статьею. Этимъ объясняется то, что эта, относительно, столь юная операция имѣетъ ужъ такую обширную литературу. Въ заключеніе мы должны упомянуть о томъ, что, не смотря на довольно обширный гинекологическій матеріалъ, мы до сихъ поръ ни разу не

встрѣтили ни одного случая, въ которомъ было бы хоть малѣйшее основаніе приступить къ экстирпации всей матки. Сколько намъ извѣстно, въ Россіи, вромѣ вышеприведеннаго случая Кутера и Елагина, операція эта произведена была нѣсколько разъ (д-ра Лёвенштейнъ и Соловьевъ, въ Москвѣ, Боголюбовъ, въ Казани) и большею частью съ неблагопріятнымъ исходомъ.

Schenk v. Grafenberg, *Observat. medic. Frankf.*, 1600, l. IV.—
 Marschall, *Salzburger Medico-chir. Zeit.*, 1794, Bd. I, p. 551.—Santner
 Die gänzliche Extirpation der carcinomat. Gebärmutter. *Constanz*, 1822.—
 Langenbeck, *Bibliothek f. Chir. u. Ophtalmol.*, Bd. I, p. 551.—Gutberlet,
 Siebold's Journ. f. Geburtsh., Bd. I, p. 228.—Blundell, *Medic. Gaz.*
 1828, p. 340.—Delpech, *Bullet. de l'acad. de méd.*, 1830.—Récamiere,
 Siebold's Journ. f. Geburtsh., Bd. X, p. 1.—Kicher, *Medic. Zeit. Russl.*,
 1848, Juli.—Breslau, *De totius uteri extirpatione*. *Monachii*, 1852.—
 W. A. Freund, *Eine neue Methode der Extirpation des ganzen Uterus*.
Samml. klin. Vorträge, № 133; также *Centralbl. f. Gynaecol.*, 1878, № 12.—
 Fränkl, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1878, № 31.—Kocks, *Arch. f. Gynaecol.*,
 Bd. XIV, p. 127.—Ochsen schläger, *Arch. f. klin. Chir.*, 1878,
 Bd. XXIII, p. 423.—B. Credé, *Arch. f. Gynaecol.*, Bd. XIV, p. 430.—
 Leopold, *Centralbl. f. Gynaecol.*, 1878, № 23.—Massari, *Wiener med.*
Wochenschr., 1878, № 45—46.—Birswanger, *Anatom. Beiträge zur Indicationsfrage der Freund'schen Operation*. *Centralbl. f. Gyn.*, 1879, № 1.—
 Bruntzel, *Arch. f. Gynaecol.*, Bd. XIV, p. 245.—William Alexander,
Medic. Tim. a. Gaz., 1879, p. 37.—Fritsch, *Centralbl. f. Gynaecol.*, 1879,
 № 17.—Левенштейнъ. *St. Petersburg. Med. Wochenschr.*, 1879, № 18.—
 Spiegelberg, *Arch. f. Gynaecol.*, Bd. XV, Hft. 3, также Bd. XVI, Hft. 1.—
 Соловьевъ, Лѣтопись хирургич. Общества въ Москвѣ, 1880; также
arch. de Tocologie за тотже годъ.—Bardenhauer, *zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle*,
Stuttgart, 1880.—Rydygier, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1881, № 45.—Linkesheld,
zur Totalexstirpation des Uterus, *Centralbl. f. Gynaecol.*, 1881, № 8.—
 M. B. Freund, *zur Totalexstirpation des Uterus*. *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynaecol.*
 Bd. VI, Hft. 2.—Czerni, *ueber Ausrottung des Gebärmutterkrebses*.
Wiener med. Wochenschr. 1879, № 45—49.—Schröder, *Ueber die Exstirp. d. carcinomat. uterus von d. Scheide aus*.
Arch. f. Gynaecol., Bd. XVI, p. 245.—A. Martin, *zur Technik der vaginalen uterusextirpation*.
Centralbl. f. Gynaecol., 1881, № 5.—I. Müller, *Ueber die Exstirp. Uteri vaginali*.
Deutsche med. Wochenschr., № 10—11.—K. Schröder, *ueber die theilweise und vollständige Ausschneidung der carcinomatösen Gebärmutter*.
Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaecol., Bd. VI, Hft. 2.—Negar u. Kaltenbach,
Die operat. Gynaecol., 2-te Aufl., p. 391.—Богомоловъ, *Врачъ*, 1882.—

Въ послѣднее время стали много говорить о выскабливаніи карциноматозныхъ язвъ помощью острыхъ ложечекъ Simon'a. Ложки эти имѣютъ форму обыкновенной, увеличенной сильно въ объемѣ ушной ложечки. По обнаженіи язвъ помощью рукавнаго зеркала, одной изъ сказанныхъ ложекъ (которыхъ нужно имѣть нѣсколько штукъ различной величины) всю поверхность ихъ соскабливаютъ, на сколько возможно. Кровотеченіе при этомъ бываетъ обыкновенно умѣренное и останавливается очень легко помощью нѣсколькихъ ледяныхъ душъ. Очитивъ такимъ образомъ язву, прибѣгаютъ затѣмъ къ тампону, верхушка котораго смачивается растворомъ брома въ спиртѣ. Мы въ послѣдніе два года съ пользою прибѣгали къ этому способу въ нѣсколькихъ случаяхъ, а именно тамъ, гдѣ мы не могли удалить части новообразованія помощью экразера, имѣя дѣло съ обширнымъ раковымъ кратеромъ, дававшимъ обильныя кровотечения и очень сильное зловонное выдѣленіе изъ родовыхъ путей.

Имѣя дѣло съ патологическою формою, столь трудно поддающейся терапіи, не удивительно, что постоянно стараются придумывать какія либо новыя средства и методы, чтобы хоть сколько нибудь ограничить быстрое теченіе рака. Въ числѣ этихъ методовъ особенное вниманіе обратили на себя паренхиматозныя впрыскиванія въ раковыя новообразованія различныхъ средствъ. Такъ, Broadbent *, лѣтъ 16 тому назадъ, предложилъ впрыскивать съ этою цѣлью уксусную кислоту, разведенную 3-мя и больше частями воды. Сколько мнѣ извѣстно, до сихъ поръ Moor испыталъ это средство на железахъ, инфильтрованныхъ ракомъ и отзывается о немъ довольно благопріятно. Guéniot не впрыскиваетъ ас. acet., а употребляетъ его на раковыя язвы въ видѣ тѣста (pâte acétotanique) въ смѣси съ таниномъ, шафраномъ и ликоподіемъ. Въ двухъ случаяхъ, въ которыхъ Guéniot употребилъ это средство, успѣхъ былъ полный (!) Мы нисколько не раздѣляемъ сангвиническихъ надеждъ Guéniot, хотя нельзя не допустить, что уксусная кислота въ примѣненіи къ терапіи рака можетъ принести нѣкоторую пользу тѣмъ, что она должна оказывать до извѣстной степени разрушительное вліяніе на эпителиальныя новообразованія.

Въ 1867 г. Gallard, ** увѣрялъ, что онъ съ пользою прибѣгаетъ въ одномъ случаѣ къ паренхиматознымъ впрыскиваніямъ полугорохлористаго желѣза. 1 ч. liq. sesquichlor. fer. на 30 чч. воды впрыскивалась въ новообразованіе помощью правцовскаго шприца увеличенныхъ размѣровъ. По словамъ Gallard'a, кровотеченіе при этомъ останавливалось очень скоро.

Особенное вниманіе обратилъ на себя способъ леченія рака Thiersch'a ***. Сущность этого способа состоитъ въ томъ, чтобы привести ткань раковаго новообразованія въ непосредственное всестороннее прикосновеніе съ даннымъ лекарственнымъ веществомъ, но въ такихъ слабыхъ растворахъ, чтобы оно не влекло за собою ни воспаленія, ни омертвѣнія. Онъ остановился съ этою цѣлью на впрыскиваніяхъ въ ткань рака азотнокислаго серебра въ пропорціи 1 ч. nitr. arg. на 5000 чч. воды. Въ случаѣ, въ которомъ Thiersch въ первый разъ испыталъ свой способъ, получились въ началѣ, повидимому, блестящіе результаты, но наблюденіе не могло быть окончено, потому что у больной развилась шіемія. Послѣ Thiersch'a о способѣ этомъ благопріятно отзывались Nussbaum **** и Hermann *****. Другіе же, какъ напр. Kühn †, отвергаютъ пользу его.

* On cancer. Lond., 1865

** Gaz. des hôp., 1867, № 6.

*** Bayer. aerztl. Intell. Bl. 1866, № 25.

**** Monatschr. f. Geburtsk., 1867, Bd. XXX, Hft. 4, p. 315.

***** Wien. medic. Presse, 1867, № 9—11.

† Zeitschr. f. Chir. und Geburtsh., 1867, Bd. V. Hft. 1.

Способъ тиршевскихъ впрыскиваній состоитъ въ слѣдующемъ. Вышеупомянутый растворъ nit. arg. помощью шприца впрыскивается вокругъ опухоли, на разстояніи 2 — 3 милим. отъ краевъ ея, причемъ однако впрыскивается также и въ самую поверхность опухоли. Спустя 10 минутъ послѣ того, какъ сдѣланы впрыскиванія (отъ 3—5), впрыскивается растворъ хлористаго натра (1 ч. на 2500 воды), чтобы нейтрализовать слишкомъ обширное дѣйствіе ляписа образованіемъ роговаго серебра. Что касается основной идеи разсматриваемаго способа, то она, согласно Thiersch'у, состоитъ въ томъ, что хлористое серебро производитъ въ ядрахъ новообразовательныхъ кѣлочекъ какое то замѣненіе, сущность котораго хотя и трудно опредѣлить, но состоящая въ томъ, что пролиферация кѣлочекъ приостанавливается и онѣ должны поэтому всасываться (?!). Въ 1873 году я имѣлъ возможность испытать въ одномъ случаѣ, который казался мнѣ особенно подходящимъ, способъ Thiersch'a. Дѣло шло о ракъ груди у женщины 42 лѣтъ отъ роду. Въ теченіи 5 недѣль я сдѣлалъ 11 впрыскиваній, строго придерживаясь предписаній Thiersch'a. Результатъ былъ таковъ, что я, по настоянію больной, долженъ былъ оставить его. Я долженъ замѣтить, что способъ этотъ вовсе не столь невинный, какъ многие думаютъ. Вслѣдъ за впрыскиваніемъ появляются такіа страшныя боли, что больныя не могутъ удерживаться отъ громкихъ криковъ. Что же касается примѣненія тиршевскаго способа къ раку матки, то, не смотря на столь значительный матеріалъ, я положительно не встрѣтилъ ни одного подходящаго случая, въ которомъ я могъ бы рѣшиться испытать его. Вѣроятно, въ началѣ, какъ всегда бываетъ, увлеклись этимъ способомъ, такъ-какъ вотъ уже нѣсколько лѣтъ, какъ о немъ совершенно перестали говорить.

Въ послѣднее время въ Италиі и Англии заговорили объ успѣшномъ употребленіи пепсина противъ карцинома матки. Taugini и Rangelò * описали 2 случая, въ которыхъ они съ успѣхомъ примѣнили эту терапію. Routh ** употребляетъ его слѣдующимъ образомъ. Разрушивъ предварительно поверхность новообразованія каленымъ желѣзомъ, или соскабливаніемъ, или растворомъ брома, онъ прямо прикладываетъ къ раковой язвѣ компрессъ, смоченный въ желудочномъ сокѣ и все это укрѣпляетъ тампономъ. Routh приводитъ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ онъ замѣтилъ отъ этого средства значительную пользу. Точно также съ похвалою отзывается объ немъ Barnes. Впрочемъ, подобныхъ наблюденій существуетъ въ литературѣ еще такъ мало, что трудно вывести на этотъ счетъ какое либо положительное заключеніе.

V. Саркомъ матки.

Истор.-библиогр. замѣч. Все, что мы знаемъ объ этомъ новообразованіи матки, всецѣло принадлежитъ новѣйшему времени и составляетъ несомнѣнную заслугу германской науки. Уже давно извѣстно было, что иногда встрѣчаются опухоли, которые, будучи удалены тѣмъ или другимъ способомъ, рецидивируютъ. Англійскіе авторы одни изъ первыхъ обратили вниманіе на этого рода новообразованія и Page называлъ ихъ рецидивирующими и фибромами (recurrent fibroid tumours). Но къ какой категоріи новообразованій должно собственно отнести эти новообразованія, — было не рѣшено до тѣхъ поръ, пока Virchow не доказалъ настоящую сущность ихъ, а именно, что они ничто иное, какъ саркомы. Нельзя не удивляться тому, что, не смотря на всѣ работы, появившіяся по этому поводу въ германской литературѣ, гинекологи:

* Barnes, Clinical History of the medic. and surg. Diseases of women. London 1873, p. 805.

** Ibid.

другихъ странъ совершенно еще игнорируютъ ихъ и до сихъ поръ о саркомахъ матки толкуютъ только въ германской гинекологин. Послѣ работъ Virchow'a особенную заслугу въ этомъ отношеніи имѣютъ Spiegelberg, Ahlfeld, Fehling, Chroback и Gusserow. Одинъ изъ учениковъ проф. Spiegelberg'a, д-ръ Kunert, въ 1873 году сообщилъ въ диссертации своей наблюденія своего учителя, прибавивъ къ нимъ всѣ случаи, которые извѣстны были когда въ литературѣ. У насъ, въ Россіи, сколько мнѣ извѣстно, я первый поставилъ диагностику саркома матки въ одномъ очень интересномъ случаѣ, который будетъ сообщенъ ниже. Затѣмъ, я въ 1875 году сообщилъ въ Общ. С.-Петербур. Практ. Врачей обзоръ всѣхъ оперированныхъ мною до тѣхъ поръ случаевъ саркома.

Virchow, Monatschr. f. Geburtsk., Bd. XIII, p. 182 и его же die Krankh. Geschw. Bd. II.—C. Mayer, Monatsschr. f. Geburtsk. 1859, März—April.—L. Mayer, Monatsschr., 1861, März.—Hardy, Dubl. medic. Journ., 1864, May.—Ahlfeld, Diffuse sarcomatöse Entartung des Uterus und der Vagina. Wagner's Arch. f. Heilkunde, 1867, p. 560.—Veit, Lehrb. der Frauenkrankh., p. 413.—Langenbeck, M. f. Geburtsk. Bd. XV p. 173.—Gusserow, Ueber Sarcome des Uterus. Arch. f. Gynæcol., 1870, Bd. I, p. 240; см. таже его лекцію о саркомахъ матки въ Volkmann's klin. Vorträge, № 18.—Negar, das Sarcom des Uterus. Arch. f. Gynæcol. 1871, Bd. II, p. 29.—Winckel, Ibidem, Bd. III, p. 297.—O. Spiegelberg, Zu den Sarcomen des Uterus u. der Scheide. Arch. f. Gynæcol., 1872, Bd. IV, p. 344.—Chroback, Ibid., Bd. IV, p. 549.—Rabl-Rückhardt, Berliner Beiträge z. Geburtsk. u. Gynæcol. Bd. I, Hft. 2, 76.—Kunert, Ueber Sarcoma uteri. Breslau, 1873, а также въ Arch. f. Gynæcol. 1874, Bd. VI, p. III.—Scanzoni, Lehrb. der Krankh. der weibl. Sexualorg. 5-te Aufl., 1875, p. 366.—Simpson, Obst. Journ. of Gr. Br., 1876, Febr.—Clay, Lancet, 1877, 6—13 Jan.—Gusserow, Die Neubild. des Uterus, Stuttgart, 1878.

Патол. анат. Прежде, чѣмъ мы перейдемъ къ разсмотрѣнію анатомическихъ свойствъ саркома, не можемъ не остановиться на томъ, какова собственно сущность его? Со времени Virchow'a обыкновенно полагаютъ, что всякій саркомъ въ извѣстные періоды развитія—ничто иное, какъ обыкновенный фиброміомъ и что только въ послѣдствіи совершается переходъ въ саркомъ. Другими словами: саркомъ не составляетъ генетически оригинальнаго новообразованія, а есть только переходная форма. Поэтому, Waldeyer и считаетъ саркомы соединительно тканними новообразованіями по преимуществу. Противъ этого столь рѣзко и формально высказаннаго мнѣнія существуютъ однако нѣкоторые возраженія, которыхъ нельзя не принять въ соображеніе. Чисто саркоматозная форма встрѣчается въ высшей степени рѣдко; чаще всего при саркоматозныхъ элементахъ мы находимъ элементы чисто раковые. Это-то обстоятельство и побудило Klebs'a вмѣсто названія «саркомъ» предложить названіе «карциносаркомъ». Gusserow увѣряетъ, что даже при самомъ тщательномъ изслѣдованіи иногда очень трудно отличить между собою саркомы, канкроиды и даже простыя гиперплазіи матки (?). По словамъ Negar'a, въ маткѣ встрѣчаются всевозможныя смѣшанныя формы саркома, какъ-то фиброміомъ,—миксо—и глиосаркомы. Изъ этого разногласія въ мнѣніяхъ можно вывести только то, что чистая форма саркома встрѣчается въ маткѣ въ высшей степени рѣдко и что чаще всего саркомы сопровождаются другими новообразованіями.

Въ маткѣ саркомъ встрѣчается въ видѣ двухъ формъ. Одна

изъ нихъ представляетъ рѣзко ограниченныя и выступающія, въ видѣ міомъ или фиброзныхъ полиповъ, опухоли, развивающіяся въ паренхимѣ маточныхъ стѣнокъ, слѣдовательно, подобно тому, какъ мы это видѣли при интерстиціальныхъ міомахъ. Чаще всего эта форма даетъ опухоли, которыя по отношенію къ маточнымъ стѣнкамъ представляютъ совершенно такія же явленія, какъ подслизистыя міомы. Саркоматозныя опухоли, развивающіяся подъ слизистою оболочкой матки, вростають безостановочно въ полость матки, рвсширяють эту послѣднюю и, наконецъ, прорѣзываются чрезъ зѣвъ и опускаются въ рукавъ. Мы получимъ здѣсь, слѣдовательно, такія же отношенія, какъ при фиброзныхъ полипахъ. Этой категоріи саркомы могутъ дать очень большія опухоли и притомъ чрезвычайно плотныя, такъ что онѣ легко симулируютъ обыкновенныя фиброміомы. Тѣ изъ этого рода саркомъ, которые вростають въ полость матки въ видѣ полиповъ, обыкновенно имѣють, какъ и эти послѣдніе, ножку или стебель. Впрочемъ, нерѣдко они сидятъ на весьма широкомъ основаніи. Въ литературѣ есть нѣсколько случаевъ (Ch. West., Gusselow), въ которыхъ саркомы въ одно и тоже время разрастаются въ полость матки и по наружной поверхности ея стѣнокъ.

Вторую категорію саркомъ составляютъ тѣ, которые происходятъ изъ подслизистаго слоя и представляютъ узлы, или ворсистыя кругловатыя опухоли, разрастающіяся въ полость матки.

Какъ тѣ саркомы, которые даютъ большія круглыя опухоли, такъ и форма инфильтраціонная, представляются на ощупь мягкими и болѣе или менѣе сочными, въ разрѣзѣ блѣдно бѣлесоватыми, иногда съ перламутровымъ оттѣнкомъ. Микроскопическое строеніе разсматриваемыхъ опухолей характеризуется преобладаніемъ большихъ или меньшихъ клѣтокъ и притомъ различной формы, то круглой, то вертенообразной, въ соединительно-тканной стромѣ. Иногда эта послѣдняя едва замѣтна. Что касается того — какого очертанія клѣтки преобладають въ саркомѣ, то нужно сказать это насчетъ круглыхъ клѣтокъ. Саркомъ съ исключительно вертенообразными клѣтками (Spindelzellen-Sarcom) въ маткѣ составляетъ положительное исключеніе и нѣкоторыя увѣряли, что его вовсе не бываетъ. Но въ послѣднее время, однако, описано два такихъ случая, не подлежащихъ сомнѣнію. (Случаи Ahlfeld'a и Grenser'a). Что касается сосудовъ, то саркомы содержатъ ихъ въ довольно большомъ количествѣ. По Рокитанскому, они, какъ на поверхности своей, такъ и въ глубинѣ, содержатъ вены значительнаго калибра, представляющіяся иногда въ видѣ пазухъ, и въ литературѣ извѣстно три случая (Ahlfeld, Hegar, Virchow), въ которыхъ развитіе пазуховидныхъ сосудовъ достигало очень значительной степени: sarcoma telangiactodes.

Хотя мы рѣзко различили, по примѣру большинства авторовъ, описанныя выше двѣ формы саркома, то есть ту, которая даетъ рѣзко ограниченныя опухоли, и форму инфильтраціонную, тѣмъ не менѣе въ практикѣ весьма трудно провести между ними рѣзъ

кую грань. По совершенно справедливому замѣчанію Негар'а, тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ саркоматозными опухолями, мы всегда можемъ констатировать въ большей или меньшей степени и инфильтрацію слизистой оболочки. Иногда инфильтрационная форма, оставляя слизистую оболочку полости матки совершенно нетронутой, поражаетъ только одну изъ губъ зѣва и притомъ такимъ образомъ, что эта послѣдняя образуетъ совершенно правильную круглую опухоль. Подобный рѣдкій случай мы наблюдали всего одинъ разъ (набл. II). Интересный видъ инфильтрационной формы представляетъ тотъ, при которомъ стѣнки матки инфильтруются совершенно равномерно, такъ что пораженный органъ представляется въ видѣ круглой, совершенно гладкой опухоли (A hlfeld).

Описанныя нами двѣ формы саркома имѣютъ большую или меньшую склонность къ распаденію и изъязвленію. Въ этомъ отношеніи онѣ рѣзко отличаются отъ фиброміомъ и близко подходят къ карциномамъ. Впрочемъ нужно замѣтить, что саркомъ изъязвляется гораздо труднѣе карцинома и для этого требуется обыкновенно гораздо болѣе значительное время. Въ одномъ случаѣ, упоминаемомъ Virchow'омъ, размягченіе началось съ центра, между тѣмъ, какъ въ периферіи сохранилась нормальная консистенція. Вслѣдствіе этого опухоль представляла подобіе кисты. Распространеніе саркома на сосѣдніе и болѣе отдаленные органы встрѣчается не столь часто, какъ при карциномѣ. Впрочемъ, я долженъ сказать, что при инфильтрационной формѣ, если она продолжалась порядочное время, процессъ почти всегда переходитъ на ближайшее сосѣдство матки. Не распространяется процессъ вовсе или только очень рѣдко при саркомахъ стебле-или-полиповидныхъ. При саркомахъ интерстиціальнахъ, достигшихъ значительной величины и продолжавшихся довольно долго, мы находимъ нерѣдко диссеминацію и въ отдаленныхъ органахъ, въ особенности въ пл-врѣ, легкихъ и т. д.

Клиническія явленія. Scanzoni жалуется на то, что саркомъ матки, собственно говоря, не представляетъ никакихъ клиническихъ явленій, которыя можно было бы назвать характерными, т. е. свойственными только этой патологической формѣ. Наоборотъ, по его мнѣнію, получаемая въ этомъ случаѣ клиническая картина ничѣмъ не отличается отъ той, которая наблюдается при самыхъ различныхъ новообразованіяхъ матки, какъ-то: карциномѣ, фиброміомѣ въ тѣсномъ смыслѣ и фиброзныхъ полипахъ. Съ этимъ мнѣніемъ можно согласиться только отчасти, особенно въ настоящее время, когда этотъ вопросъ изученъ уже гораздо лучше.

Разсмотримъ здѣсь клиническую картину обѣихъ формъ саркома отдѣльно, для того, чтобы читателю легче было обозрѣть ихъ.

Форма фибро-саркоматозная. Всѣ przypadки, на которые обыкновенно жалуются при этомъ больныя, развиваются

чрезвычайно тихо. Нужно, чтобы прошло порядочное время для того, чтобы обнаружались расстройства мѣсячныхъ, состоящія въ нарушеніи ихъ нормы относительно количества (*menstr. prof.*) и типа (*menstr. antecipiens*). Кровотеченія внѣ менструальныхъ періодовъ встрѣчаются въ данномъ случаѣ весьма рѣдко. Если даже это бываетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, то, по мѣрѣ роста опухолей, они не только пропадаютъ, но подъ конецъ даже мѣсячныя становятся скудными. Мы имѣемъ въ виду здѣсь тѣ саркомы, которые развиваются главнымъ образомъ интрамурально и, по объективнымъ клиническимъ даннымъ, совершенно почти аналогичны съ промежуточными фиброміомами. За то, съ другой стороны, саркомы стебельчатые, т. е. такіе, которые имѣютъ столь большую аналогію съ фиброзными полипами, даютъ и клиническую картину совершенно аналогическую. Тѣ саркомы, которые инфильтруютъ влагалищную часть, или лучше—одну изъ губъ зѣва, часто вовсе не измѣняютъ характера мѣсячныхъ; но за то очень легко даютъ кровотеченія внѣ менструальныхъ періодовъ. Кровотеченія эти отличаются тѣмъ, что являются часто *sub coitu* и, вообще говоря, весьма не обильны и продолжаются короткое время. Иногда, наоборотъ, они продолжаются болѣе долгое время, но все таки количество при этомъ всегда бываетъ незначительно.

Слизистое выдѣленіе изъ родовыхъ путей составляетъ постоянный спутникъ саркома и его нельзя не назвать до извѣстной степени характернымъ. Чаще всего оно бываетъ окрашено въ большей или меньшей степени и имѣетъ цвѣтъ мясныхъ помой. Оно весьма долго остается совершенно безъ запаха, за то въ нѣкоторыхъ случаяхъ, по количеству своему, превышаетъ слизистое выдѣленіе, которое замѣчается при другихъ новообразованияхъ.

Боль при рассматриваемой формѣ саркомъ можетъ быть различна. При большихъ интерстиціальныхъ опухоляхъ она обнаруживается лишь тогда, когда онѣ достигаютъ такой степени, что производятъ въ большей или меньшей степени давленіе на сосѣдніе органы. Если же мы имѣемъ дѣло съ стебельчатыми саркомами, то здѣсь боли имѣютъ потужный характеръ. Впрочемъ, мы должны сказать, на основаніи двухъ нашихъ собственныхъ наблюденій этого рода, что потужныя боли здѣсь никогда не бываютъ такъ сильны, какъ при фиброзныхъ полипахъ такой же величины, такъ какъ зѣвъ въ данномъ случаѣ бываетъ гораздо болѣе уступчивъ, и поэтому сопротивленіе, которое должно быть преодоляваемо новообразованиемъ, меньше.

При инфильтраціонной формѣ мы будемъ имѣть дѣло съ тѣми же припадками, только нѣсколько въ другомъ видѣ. Кровотеченія здѣсь бываютъ также въ видѣ усиленныхъ мѣсячныхъ, но чаще и помимо ихъ и притомъ въ гораздо меньшемъ количествѣ; чаще всего это будетъ *stillucidium*.

Слизисто-гноинное выдѣленіе при этой формѣ гораздо

обильнѣе и раньше принимаетъ зловонный характеръ, такъ какъ инфильтраціонная форма имѣетъ наклонность къ скорѣйшему распаду.

Боль и здѣсь будетъ имѣть потужный характеръ, но рѣже, чѣмъ при первой формѣ. За то, съ другой стороны, при инфильтраціонной формѣ саркома могутъ быть боли въ высшей степени мучительныя для больныхъ, отличающіяся нерѣдко періодическимъ характеромъ. Въ одномъ случаѣ, который мы наблюдали нѣсколько лѣтъ тому назадъ, въ нашей клиникѣ, но въ которомъ, къ сожалѣнію, мы не могли достать куска новообразованія (вслѣдствіе спаденія зѣва) для гистологическаго изслѣдованія, боль составляла главный выдающийся припадокъ. Впрочемъ, въ этомъ случаѣ сильная степень боли обуславливалась, вѣроятно, инфильтраціею, которая могла быть констатирована вокругъ матки.

Что касается общаго состоянія больныхъ, страдающихъ саркомомъ матки, то оно подрывается очемъ медленно, далеко медленнѣе, чѣмъ даже при фиброзныхъ полипахъ, не говоря уже о карциномѣ. Въ одномъ изъ нашихъ наблюденій болѣзнь тянулась болѣе восьми лѣтъ и только въ послѣднее время больная ослабѣла настолько, что должна была слечь въ постель.

Этіологія саркомъ также темна, какъ и этиологія другихъ новообразованій матки. Допустимъ даже теорію Virchow'a, а именно, что саркомы всегда развиваются первоначально изъ фиброміомъ, — то этимъ еще ничего собственно не объясняется, такъ какъ мы все же не знаемъ причины, отъ которой совершается подобный переходъ. Но, должно быть, причины, способствующія этой метаморфозѣ, дѣйствуютъ очень рѣдко, такъ какъ саркомы матки встрѣчаются весьма рѣдко, по крайней мѣрѣ рѣже всѣхъ другихъ новообразованій. Въ литературѣ, по Schroeder'у, еще только нѣсколько лѣтъ тому назадъ извѣстно (resp. описано) было 16 случаевъ инфильтраціонной формы, а паренхиматозной 18, всего слѣд. 34 случая. Если прибавить къ нимъ 4 случая, которые извѣстны были еще Schroeder'у (а именно: новыя наблюденія Ahlfeld'a, Fehling'a, Leopold'a и Grenser'a), то получимъ казуистику, обнимающую всего 38 случаевъ саркома матки. Я до сихъ поръ наблюдалъ 8 случаевъ саркома, въ которыхъ діагностика была подтверждена микроскопомъ, и 2 случая (инфильтраціонной формы), въ которыхъ это не могло быть сдѣлано, слѣдов., они должны оставаться подъ сомнѣніемъ. Считаю даже и эти послѣдніе, мы получили бы 10 случаевъ, что, по отношенію къ нашему матеріалу, составляетъ ничтожный процентъ. Что касается возраста, то до сихъ поръ не описано ни одного случая, въ которомъ бы саркомъ развился до возмужалости. Изъ 27 случаевъ, приводимыхъ Künert'омъ, лѣта больныхъ распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

20 лѣтъ.	30 л.	40 л.	50 л.	60 лѣтъ.
2	4	11	7	3

По даннымъ, собраннымъ Schroeder'омъ, лѣта больныхъ распредѣлялись слѣдующимъ образомъ.

Саркомъ инфильтрац. форм., 16 больныхъ.

15 л.	20 л.	30—39 л.	40—49 л.	50—59 л.	60 л.	61 л.
1	1	3	4	5	1	1

Саркомъ паренхиматозный: 18 больныхъ: объ одной изъ относящихся сюда больныхъ не упомянуто сколько ей было лѣтъ; сказано только, что она была очень молода. Возрастъ остальныхъ больныхъ распредѣляется слѣдующимъ образомъ:

20—29 л.	30—39 л.	40—49 л.	50—59 л.	свыше 60 л.
2	5	8	1	1

Изъ нашихъ собственныхъ больныхъ одной было отъ роду 36 л., двумъ 39, одной 44, двумъ 45, а одной 46. Въ остальныхъ двухъ случаяхъ, въ которыхъ діагностика осталась недоказанною, одной больной было 51, а другой 56 лѣтъ.

Что касается предшествовавшихъ родовъ, то нѣкоторые увѣряютъ, что саркомъ матки чаще всего встрѣчается у нерожавшихъ. Virchow даже считаетъ безплодие до нѣкоторой степени очень важнымъ располагающимъ моментомъ. Künert на свои 27 случаевъ насчитываетъ почти половину, именно 13, такихъ, которыя не только никогда не были беременны, но не были даже за мужемъ. Наши собственные наблюденія далеко не согласны съ этимъ, такъ какъ изъ 10 нашихъ больныхъ была только одна незамужняя. Изъ 14 больныхъ, приводимыхъ Schroeder'омъ, нерожавшихъ было только 3. Въ этомъ отношеніи, слѣдов., этиология саркома отличается значительно отъ этиологии карцинома, который, какъ мы уже видѣли, встрѣчается чаще у женщинъ рожавшихъ.

Распознаваніе не совсѣмъ легко, если принять въ соображеніе, что еще недавно саркомы матки все еще описывались, какъ нѣчто такое, что выходитъ изъ ряда обыденной гинекологической практики. Съ этимъ однако едва ли можно согласиться. Распознаваніе саркома вовсе не такъ трудно; имѣть же вопросъ этотъ интересъ лишь потому, что саркомы матки вообще, какъ мы уже видѣли, довольно рѣдки. Коль скоро дѣло идетъ объ инфильтраціонной формѣ, т. е. той, которая поражаетъ главнымъ образомъ слизистую оболочку полости, то въ началѣ, т. е. до тѣхъ поръ, пока зѣвъ закрытъ, распознаваніе дѣйствительно представляетъ непреодолимые затрудненія. Но я не думаю, чтобы это могло долго продолжаться: по мѣрѣ разростанія новообразования, влагалищная часть, не пораженная процессомъ, должна будетъ начать укорачиваться, и зѣвъ такимъ образомъ долженъ сдѣлаться проходимымъ. Если бы же этого не было, то пришлось бы прибѣгнуть къ искусственному расширенію цервикальнаго канала. Коль скоро этотъ послѣдній проходимъ, то новообразованіе становится доступнымъ и діагностика не можетъ ужь пред-

ставлять никакого затрудненія. Въ самомъ дѣлѣ, съ чѣмъ бы можно было смѣшать его? Единственно только съ ракомъ тѣла матки; но и тутъ можно выйти изъ затрудненія, доставъ кусочекъ новообразованія и подвергнувъ его изслѣдованію помощью микроскопа. Къ сожалѣнію, однако, нужно сказать, что могутъ представиться случаи, въ которыхъ распознаваніе долго остается подъ сомнѣніемъ, такъ-какъ нельзя воспользоваться искусственнымъ расширеніемъ цервикальнаго канала, вслѣдствіе того, что мы имѣемъ дѣло съ срощеніями пораженнаго органа съ окружающими частями, или же съ инфильтраціей ихъ, тоже саркоматознаго свойства. Таковы были два случая, съ которыми мы имѣли дѣло нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ клиникѣ и въ которыхъ мы могли остановиться на діагностикѣ внутри-полостнаго саркома только *per exclusionem*, которую мы поэтому не считаемъ безусловно достовѣрною.

Имѣя дѣло съ саркомомъ паренхиматознымъ или интерстиціальнымъ, мы при изслѣдованіи найдемъ, что получаемыя при этомъ данныя будутъ различны, смотря по величинѣ саркома, способу его развитія и мѣсту, которое онъ занимаетъ. Если дѣло будетъ идти о саркомѣ, сидящемъ на широкомъ основаніи, то матка, по мѣрѣ роста опухоли, будетъ увеличиваться почти равномерно въ объемѣ и будетъ имѣть кругловатую форму. При внутреннемъ изслѣдованіи влагалищная часть будетъ размягчена до извѣстной степени, и длина ея и степень раскрытія зѣва будутъ прямо зависѣть отъ того, на сколько саркомъ имѣетъ склонность опускаться книзу. Если онъ начинаетъ болѣе или менѣе сильно опускаться, цервикальный каналъ укоротился и зѣвъ раскрытъ, то можно будетъ пальцемъ оцупать большую, или меньшую часть новообразованія. Если мы изслѣдуемъ, когда новообразование еще не изъязвилось, то оцупаемъ кругловатую опухоль плотной консистенціи, но плотность эта несравненно меньше, чѣмъ при миомахъ. Если же дѣло дошло до изъязвленія саркома, то, согласно большинству авторовъ, при оцупываніи его мы получаемъ ощущеніе губчататаго тѣла, какъ бы послѣда, такъ что есть возможность смѣшать его съ *plac. praevia*. Мы не остановимся здѣсь на дифференціальной діагностикѣ этихъ двухъ патологическихъ состояній, такъ какъ она рѣшается просто тѣмъ, что слѣдуетъ прежде всего констатировать, или отвергнуть беременность. Если интерстиціальныя саркомы разрастаются не только по направленію къ полости, но и наружу, то матка, увеличенная въ объемѣ, будетъ представлять, при наружномъ изслѣдованіи, совершенно такія же явленія, какія мы получаемъ при интерстиціальныя миомахъ; разница только въ томъ, что консистенція оцупываемыхъ опухолей гораздо мягче, сочнѣе; кромѣ этого, здѣсь выручить изъ затрудненія анамнезъ: саркомы растутъ гораздо скорѣе миомъ.

Зная въ общихъ чертахъ свойства, представляемыя при изслѣдованіи саркомами, разсмотримъ нѣкоторыя формы ихъ от-

дѣльно и притомъ въ отношеніи дифференціально - діагностическомъ.

Мы уже знаемъ, что паренхиматозный саркомъ можетъ, разрастаясь, представлять совершенно такія же отношенія къ полости матки, какъ и субмукозный миомъ, или фиброзный полипъ, т. е. онъ мало-по-малу отдѣляется рѣзко отъ почвы, изъ которой развился и, наконецъ, находится съ нею въ связи помощью ножки или стебля. Подобные саркомы для краткости, съ клинической точки зрѣнія, можно бы назвать стебельчатыми. Спрашивается: какимъ образомъ отличить подобный же стебельчатый саркомъ отъ простаго фиброза полипа? Въ какой степени легко на первый взглядъ смѣшать эти два патологическія состоянія, не трудно усмотрѣть изъ приводимой здѣсь исторіи болѣзни.

Г-жа М. въ 1866 г. обратилась ко мнѣ за совѣтомъ, по поводу кровотеченій изъ половой сферы, которыми она страдала уже 6-й годъ. Больной отъ роду 36 л. и она второй разъ замужемъ. Мѣсячныя у нея начались очень рано, но на какомъ году, она сказать не можетъ; были же они всегда правильны, продолжались по 4—5 дней и въ умеренномъ количествѣ. Родила она отъ перваго мужа одинъ разъ совершенно благополучно, будучи 27 л. отъ роду. 6-й годъ тому назадъ, 2 годъ послѣ того, какъ она вторично вышла за мужъ, она въ первый разъ замѣтила, что мѣсячныя у нея начали становиться неправильными, а именно—сдѣлались болѣе обильными и вмѣсто 4-хъ дней продолжались по 7 и 8, причемъ количество ихъ было гораздо больше прежняго. Въ промежуткахъ между мѣсячными у нея появилось слизисто-гнойное выдѣленіе изъ родовыхъ путей, безъ всякаго запаха и по временамъ только слегка окрашенное. Такъ продолжалось дѣло около двухъ лѣтъ, причемъ силы больной нисколько не пострадали и вообще она чувствовала себя такъ же хорошо, какъ и прежде. Такъ-какъ больная страстно желала имѣть дѣтей, то только вслѣдствіе этого она обратилась къ лейбъ-медіку Гаартману за совѣтомъ. Что констатировалъ этотъ послѣдній, она не могла мнѣ передать: она помнила только, что онъ ей подавалъ надежду на выздоровленіе и назначилъ какіе то рукавные души. Такъ прошло нѣсколько лѣтъ и въ послѣднее время кровотеченія и слизисто-гнойное выдѣленіе изъ родовыхъ путей усилились на столько, что она почла нужнымъ снова обратиться къ врачебной помощи. причемъ она на этотъ разъ обратилась къ бывшему директору С.-Петербургскаго Повивальнаго Института, д-ру Гейдехену. Это было года за полтора до того, какъ я былъ приглашенъ къ больной. Д-ръ Гейдехенъ пользовалъ ее нѣсколько мѣсяцевъ и, наконецъ, объявилъ, что пора приступить къ операціи, такъ какъ она страдаетъ полипомъ матки. Операція дѣйствительно была предпринята и съ успѣхомъ, такъ какъ удаленъ полипъ величиною съ порядочное яблоко. Несмотря однако на это, кровотеченія только въ первые 3 мѣсяца послѣ операціи не было, мѣсячныя же все оставались обильными. По прошествіи же 3-хъ мѣсяцевъ, больная стала жаловаться на тѣ же припадки, какъ до операціи. Такъ прошло еще нѣсколько мѣсяцевъ и болная, наконецъ, обратилась ко мнѣ за совѣтомъ.

Больная средняго роста, на видъ нѣсколько старше своихъ лѣтъ, питаніе очень порядочное, хотя общіе покровы и слизистыя оболочки нѣсколько блѣднѣе обыкновеннаго. При наружномъ изслѣдованіи я нашелъ, что дно матки, круглago очертанія и довольно плотной консистенціи, стоитъ почти на 3 поперечныхъ пальца надъ лоннымъ соединеніемъ; самое сильное давленіе на него не вызываетъ никакого болѣзненнаго ощущенія. При внутреннемъ изслѣдованіи констатируется, что въ верхней части рукава торчатъ довольно плотной консистенціи опухоль, не столько круглая, какъ продолговатая, величиною съ порядочное куриное яйцо. Опухоль плотно обхватывается зѣвомъ, губы котораго значительно истончены. Попытка однако войти между опухолью

и стѣнками матки, какъ спереди, такъ и сзади, удается только съ большимъ трудомъ и то при сильномъ надавливаніи лѣвою рукою на маточное дно. При этомъ можно убѣдиться, что опухоль простирается вверхъ въ полость, но до мѣста прикрѣпленія ея (вѣроятно къ передней стѣнкѣ) добраться нельзя. Опухоль къверху постоянно суживается, но не очень значительно. Исслѣдованіе вызвало довольно сильное кровотеченіе.

Я объявляю больной, что она страдаетъ полипомъ (фибрознымъ), который долженъ быть удаленъ. Объявивъ больной это рѣшеніе, я однако былъ нѣсколько смущенъ тѣмъ, что это за фиброзный полипъ, который уже былъ нѣсколько мѣсцевъ тому назадъ снятъ и теперь явился снова? Такъ-какъ больная не соглашалась на то, чтобы я съѣхался у нея вмѣстѣ съ оперировавшимъ ее прежде докторомъ Гейдехеномъ, то я остался въ полномъ невѣдѣніи того, что было до меня. Она тѣмъ не менѣе настаивала на операціи, которую я черезъ нѣсколько дней и сдѣлалъ, причемъ мнѣ ассистировали д-ра Райхъ и Сезеневскій. Я наложили экзарзерную цѣпь вплоть у самого зѣва; поднять ее выше—не было никакой возможности. Не смотря на то, что я дѣйствовалъ экзарзеромъ въ высшей степени тихо, а именно около $\frac{3}{4}$ часа, по снятіи опухоли получилось такое значительное кровотеченіе, котораго я никогда до этого, да и послѣ того, не видалъ при фиброзныхъ полипахъ. Пришлось довольно долго употреблять всевозможныя кровоостанавливающія и я оставилъ больную только тогда, когда кровотеченіе унялось почти совершенно. Тѣмъ не менѣе, зѣвъ остался зияющимъ, такъ что я безъ труда могъ проникнуть въ полость матки, гдѣ констатировалъ довольно значительный сегментъ опухоли, мягкой, дряблой и исходящей высоко изъ передней стѣнки. Я затампонировалъ тщательно больную и оставилъ тампонъ до слѣдующаго дня, опасаясь кровотеченія.

Удаленная опухоль имѣла вышеописанную форму и была гораздо мягче, чѣмъ она казалась прежде. Въ разрѣзѣ она представлялась блѣловатою, какъ бы дольчатую.

Признаюсь, что и послѣ операціи дѣло было для меня не совсемъ ясно. Что это за полипъ, ножка котораго не представляется болѣе или менѣе узкою и плотною тесемкой, а, наоборотъ, широкою и мягкой, какъ бы губчатою? Посѣтивъ на второй день больную, я нашелъ ее въ совершенно удовлетворительномъ состояніи и въ радостномъ настроеніи духа, что все кончилось. Удаливъ тампонъ, я нашелъ, что зѣвъ раскрытъ еще нѣсколько болѣе вчерашняго, ножка же полипа опустилась еще ниже и представляется такою же толстою и мягкой, какъ и вчера; дно матки стоитъ нѣсколько ниже. Кровотеченія почти нѣтъ, а скорѣе гнойное выдѣленіе, довольно густое. Я назначилъ души изъ kal. hypermangan., а внутрь эрготинъ. Я не стану описывать состоянія послѣ операціи изо дня въ день, замѣчу только, что больная встала на 10 й день, причемъ было только stillitidium, мѣстно же все in statu quo, какъ на второй день послѣ операціи. Мало того, я убѣдился, что мнимая ножка полипа не только не укорачивается, но, наоборотъ, опускается все ниже въ зѣвъ. Я исслѣдовалъ снова больную черезъ нѣсколько дней и состояніе ея оставалось такимъ же.

Въ это время покойнымъ товарищемъ моимъ Михневскимъ было приготовлено нѣсколько микроскопическихъ препаратовъ изъ удаленной опухоли, которые онъ мнѣ демонстрировалъ какъ ракъ, и притомъ онъ его назвалъ мозговиднымъ. Я не могъ согласиться съ этимъ, основываясь на клиническомъ характерѣ опухоли. Вълѣдствіе этого разногласія, Михневскій демонстрировалъ препараты проф. Ильинскому, который призналъ ихъ за саркомъ. Въ самомъ дѣлѣ, ничѣмъ другимъ нельзя было и признать ихъ, такъ какъ въ очень бѣдной стромѣ видна была масса очень большихъ, то совершенно круглыхъ, то нѣсколько вертенообразныхъ клѣтокъ. Проф. Ильинскій такъ интересовался этой опухолью, что я ему отдалъ ее всю.

Что касается дальнѣйшей участи нашей больной, то черезъ 6 недѣль послѣ операціи я снова увидѣлъ ее, причемъ она жаловалась на обильныя мѣсячныя, гнойное выдѣленіе и, по временамъ, на боли въ поясничной сторонѣ. При исслѣдованіи я нашелъ, что изъ зѣва торчитъ уже порядочной величины опухоль, гораздо болѣе мягкой консистенціи чѣмъ та, которая была удалена. Я

намекнувъ ей, что ей снова придется подвергнуться операциі, но она на рѣзъ отказалась отъ нея, въ виду того, что она была оперируема уже два раза. Я послѣ этого видѣлъ ее еще нѣсколько разъ: опухоль росла, причѣмъ общее состояніе ея начало сильно разстраиваться и она умерла черезъ полгода, ровно черезъ 11 мѣсяцевъ послѣ операциі.

Изъ приведенной исторіи болѣзни не трудно убѣдиться въ томъ, — какая значительная аналогія, съ клинической точки зрѣнія, существуетъ между стебельчатымъ саркомомъ и фибрознымъ полипомъ. Но, вмѣстѣ съ тѣмъ, этотъ случай указалъ мнѣ на то, что при этомъ есть нѣсколько обстоятельствъ, которыя могутъ вывести изъ затрудненія, особенно послѣ операциі. На это могутъ возразить, что коль скоро опухоль ужъ удалена, то распознаваніе очень просто: стоитъ только прибѣгнуть къ микроскопу. Это такъ, только не совсѣмъ. Какъ Gusselow, такъ и Klebs указываютъ на то, что микроскопъ здѣсь очень не рѣдко не можетъ рѣшить дѣло. Мы поэтому думаемъ, что нѣкоторыя дифференціально-диагностическія данныя заслуживаютъ въ этомъ случаѣ серьезнаго вниманія.

Саркомъ.

1) До операциі можно констатировать, что опухоль продолговатой формы

2) Даже при значительномъ опусканіи опухоли въ рукавъ нельзя добраться до начала ея, т. е. до мѣста прикрѣпленія.

3) Опухоль не отличается рѣзко отъ ножки, т. е. она кверху съуживается, относительно, мало.

4) Саркомы при изслѣдованіи ихъ кровоточатъ очень сильно.

5) По снятіи саркома тѣмъ или другимъ способомъ, маточный зѣвъ не спадается, не закрывается.

6) Въ остающійся раскрытымъ зѣвъ опускается все болѣе и болѣе оставшаяся въ полости ножка.

Фиброзный полипъ.

Опухоль обыкновенно круглой или грушевидной формы.

При фиброзныхъ полипахъ какъ разъ наоборотъ: чѣмъ больше опускается опухоль, тѣмъ легче добраться до мѣста прикрѣпленія ея.

При полипахъ переходъ этотъ выступаетъ чрезвычайно рѣзко.

Кровотеченіе въ этомъ случаѣ при фиброзныхъ полипахъ бываетъ незначительно.

При фиброзныхъ полипахъ зѣвъ постепенно и энергически сокращается (закрывается), коль скоро новообразованіе удалено.

При фиброзныхъ полипахъ остающаяся по снятіи ихъ ножка инволютируетъ и, наконецъ, исчезаетъ.

Тщательно взвѣсивая эти данныя, мнѣ кажется, можно прійти къ заключенію, на основаніи котораго возможно распознать саркоматозную натуру новообразованія, имѣющаго столь много

общихъ признаковъ съ фибрознымъ полипомъ. По крайней мѣрѣ, въ другомъ совершенно аналогическомъ случаѣ, съ которымъ мы въ послѣдствіи имѣли дѣло, диагностика была нами сдѣлана до того, какъ распознаваніе было выяснено микроскопомъ.

Инфильтраціонная форма саркома представляетъ одинъ видъ, который можетъ подавать поводъ къ смѣшиванію ея съ карциномомъ. Дѣло въ томъ, что саркомъ можетъ, оставляя совершенно нетронутою полость матки, инфильтровать только влагалищную часть и притомъ всю, или же только одну изъ губъ маточнаго зѣва. Этотъ видъ саркома встрѣчается въ высшей степени рѣдко; по словамъ Kуперт'a, до сихъ повъ извѣстно въ литературѣ только два такихъ случая, а именно Негара и Spiegelberg'a.

Мы представляемъ здѣсь случай первичнаго саркома влагалищной части, который мы наблюдали въ С.-Петербургскомъ Повивальномъ Институтѣ.

В. Г., 39 л. отъ роду, мѣсячныя у нея начались на 17 году и были всегда правильны какъ относительно типа, такъ и количества; рожала 1 разъ, лѣтъ 6 тому назадъ. Въ теченіе послѣдняго года мѣсячныя стали являться чаще прежняго и сдѣлались гораздо обильнѣе; въ промежуткахъ между ними—значительное слизистое выдѣленіе ex sexualibus. При этомъ, по временамъ, боли внизу живота и весьма часто небольшія кровотеченія изъ родовыхъ путей: упадокъ силъ. Больная представляетъ порядочное исхуданіе, общіе покровы блѣдны, пульсъ малый и нѣсколько ускоренный. Такъ-какъ покровы живота очень вялы, то при наружномъ изслѣдованіи легко убѣдиться въ томъ, что матка, равномерно увеличенная въ объемъ, совершенно гладкая и твердой консистенціи, стоитъ почти на $2\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца надъ лоннымъ соединеніемъ. Внутреннее изслѣдованіе: стѣнки рукава сглажены и покрыты клейкимъ, густоватымъ секретомъ. Влагалищная часть матки стоитъ довольно низко; задняя губа зѣва представляетъ кругловатую опухоль, величиною съ порядочное яблоко, эластическую на ощупь и нѣсколько не болящую. Ее можно легко обойти со всѣхъ сторонъ, причеъ не трудно убѣдиться въ томъ, что сзади она не прямо переходитъ въ ткань влагалищной части, а очень близко отъ задняго свода, примѣрно на $\frac{1}{2}$ д. или нѣсколько болѣе, существуетъ бороздка. За этой послѣдней тканью матки на ощупь совершенно иная, именно болѣе плотная. Передняя губа представляется сильно растянутой, тонкой и прилежить къ задней въ видѣ клана. Зѣвъ, вслѣдствіе этого, имѣетъ поперечно-растянутую форму и непродоимъ для пальца. Въ обоихъ сводахъ и параметрияхъ не открывается ничего ненормальнаго. Не смотря на значительное увеличеніе матки, эта послѣдняя сохранила значительную степень подвижности.

Товарищ мой, принявшій больную въ гинекологическое отдѣленіе института, сдѣлалъ диагностику карцинома, а именно эпителиома влагалищной части. Съ этою диагностикою согласились всѣ прочіе товарищи наши. Я не могъ допустить въ данномъ случаѣ карцинома на основаніи нѣкоторыхъ данныхъ, главнѣйшихъ изъ которыхъ—слѣдующія. Опухоль въ нашемъ случаѣ представляла чрезвычайно рѣзко выраженные контуры и—главное—была эластической консистенціи, чего я никогда не видалъ при эпителиомѣ. Кроме того, рѣзкая особенность бросалась въ глаза при изслѣдованіи помощью зеркала. Вставленный въ просвѣтъ рукава сегментъ опухоли представлялся на видъ, мѣстами, блѣдно-розовымъ, съ очень рѣзкимъ перламутровымъ оттыкомъ. Вычистивъ поверхность кисточкою, эта послѣдняя очень скоро начинала кровоточить, но совершенно не такъ, какъ кровоточатъ карциномы: она вся покрывалась кровью какъ бы росой и кровотеченіе вообще было незначительно. Такъ-какъ товарищи мои настаивали на своемъ діагнозѣ, я же, въ свою очередь, не отсту-

пался отъ моего распознаванія, то предоставлено было мнѣ оперировать болыную, такъ какъ въ показаніи еѣ удаленію опухоли не могло быть никакого разногласія. Я рѣшилъ снять опухоль экзсеромъ, что не представило никакого особеннаго труда, благодаря вышеупомянутой бороздѣ близъ задняго свода. Потеря крови во время операціи была назначительна, да и послѣ нея до 8-го дня, дѣло шло такъ хорошо, что въ означенный день, т. е. на восьмой послѣ операціи, больная должна была оставить госпиталь. Вслѣдствіе сдѣланнаго въ это время однимъ изъ товарищей нашихъ впрыскиванія въ полость матки, больная внезапно : мерла отъ вступленія воздуха въ вены *.

Микроскопическое изслѣдованіе показало, что мы имѣли дѣло съ саркомомъ и притомъ кругло-клеточнаго типа.

Дифференціально-діагностическіе признаки между саркомомъ и ракомъ (напр. эпителиомой) могутъ быть резюмируемы слѣдующимъ образомъ:

Саркомъ.

1) Не смотря на значительное развитіе новообразованія, между первичнымъ саркомомъ влагалищной части и здоровою тканью всегда можно констатировать рѣзкую черту (бороздку).

2) Консистенція его гораздо болѣе плотная, даже до извѣстной степени эластическая.

3) Кровоточитъ особеннымъ образомъ: вся поверхность новообразованія покрывается разомъ какъ бы росой и вообще кровотеченіе незначительно.

Эпителиома.

Найти границу между здоровою тканью и эпителиальной опухолью—нѣтъ никакой возможности.

Консистенція гораздо болѣе мягкая.

Кровотеченіе обыкновенное и вообще довольно значительное.

Что касается вторичнаго пораженія влагалищной части саркомомъ, то его узнать очень легко потому, что при этомъ мы имѣемъ очень рѣзко выступающія опухоли (resp. саркомы) дна и тѣла матки. Этого мало еще; коль скоро паренхиматозные (нитерстиціальныя) саркомы матки продолжались долго, то процессъ обыкновенно обхватываетъ и яичники, такъ что получается сложная опухоль. При этихъ условіяхъ пораженіе саркомомъ влагалищной части происходитъ обыкновенно очень поздно, подъ ко-

* Товарищъ нашъ рѣшилъ на внутриматочное впрыскиваніе вслѣдствіе того, что онъ при изслѣдованіи нашель, что изъ зѣва торчитъ фетальная косточка. Онъ желаль впрыскиваніемъ теплой воды ускорить элиминацію остальныхъ костей. Вскрытіе показало, что дѣло шло о задержаніи плоднаго яйца, длившася очень долго. Вмѣстѣ съ тѣмъ можно было убѣдиться въ томъ, что экзсерная цѣпь легла на границѣ здоровой ткани. Что жъ касается причины мгновенной смерти, то въ ней не могло быть никакого сомнѣнія, такъ какъ всѣ вены переполнены были воздухомъ. Случай этотъ былъ реферированъ въ Общ. Русск. Врач. д-ромъ Гагаринымъ и помѣщенъ въ протоколахъ Общ. за 1867 г.

нець болѣзни и можетъ достигнуть очень значительной степени. Въ одномъ случаѣ саркома, который мы наблюдали на больной, направленной къ намъ профес. Боткинымъ, дѣло шло о громадныхъ опухоляхъ саркоматозныхъ (вѣрнѣе—фибросаркома), которыми больная страдала уже 5 лѣтъ. На нашихъ рукахъ она была около двухъ лѣтъ; мѣсяцевъ за 6 до смерти процессъ перешелъ на влагалищную часть и притомъ инфильтрація была распредѣлена совершенно равномерно по всей влагалищной части, такъ что она мало по малу начала выступать изъ родовой щели и на первый взглядъ симулировала цилиндрическую простую гипертрофію. Распознать же истинное положеніе вещей не трудно, принявъ въ соображеніе столь рѣзко выступающія измѣненія во всей маткѣ.

Предсказаніе при саркомахъ матки очень близко подходитъ подъ карциномъ; тѣмъ не менѣе однако оно во многихъ отношеніяхъ благоприятнѣе. Если мы имѣемъ дѣло съ паренхиматозными саркомами, то они развиваются, правда, быстро, но по временамъ также приостанавливаются въ своемъ ростѣ и вообще проходятъ много времени, пока дѣло дойдетъ до распада. Даже первичное пораженіе саркомомъ влагалищной части во многомъ благоприятнѣе, чѣмъ при любомъ видѣ карцинома. Вообще можно бы сказать, что предсказаніе при саркомѣ занимаетъ средину между предсказаніемъ при фиброміомахъ и ракомъ: оно хуже, чѣмъ при міомахъ и лучше, чѣмъ при ракѣ. Предсказаніе при саркомахъ ужь гораздо выгоднѣе, чѣмъ предсказаніе при ракѣ въ томъ отношеніи, что при саркомѣ процессъ не столь скоротеченъ и вообще состояніе подрывается гораздо позже. Кромѣ всего этого, и терапія при саркомѣ можетъ сдѣлать гораздо болѣе, чѣмъ при ракѣ. Если мы относительное предсказаніе при саркомѣ устанавливаемъ не очень неблагоприятнымъ, то предсказаніе абсолютное совершенно безутѣшно, такъ какъ въ концѣ концовъ саркомъ матки—болѣзнь неизлѣчимая. По Spiegelberg'y, даже послѣ удачныхъ операцій можно устранить страданія больныхъ на полгода или только нѣсколько болѣе.

Леченіе саркомъ представляетъ одно существенное показаніе: приступать къ удаленію новообразованія при первой возможности. Если поэтому мы имѣемъ дѣло со стебельчатымъ саркомомъ, то поступаемъ при немъ точно такимъ же образомъ, какъ при фиброзномъ полипѣ, т. е. удаляемъ его экзарзеромъ. Но такъ какъ при этомъ нельзя взбираться высоко, то остающіяся части новообразованія стараются уничтожить какимъ нибудь другимъ образомъ, напр. каленымъ желѣзомъ. Такъ мы поступили въ нашемъ третьемъ случаѣ саркома, совершенно аналогическомъ съ нашимъ первымъ наблюденіемъ, и результатъ былъ удовлетворительный въ томъ отношеніи, что кровотеченіе и гнойное выдѣленіе изъ половой сферы значительно уменьшились въ теченіе почти 5 мѣсяцевъ. Точно такимъ же образомъ мы поступаемъ, имѣя дѣло съ первичною инфильтраціонною формою саркома всей

влагалищной части или же только одной изъ губъ маточнаго зѣва. Если же дѣло идетъ о паренхиматозномъ саркомѣ полости, сидящемъ на широкомъ основаніи, то, не смотря на то, что нѣкоторые (Spiegelberg и др.) совѣтуютъ при этомъ приступать также къ вылушиванію новообразованія, но мы съ этимъ согласиться не можемъ, такъ-какъ предпринимать столь опасную операцію при опухоли абсолютно рецидивирующей, значить подвергать больную совершенно напрасному риску. При подобныхъ условіяхъ лучше поступать такимъ образомъ, какъ при саркомѣ слизистой оболочки, т. е. ограничиваться палліативною терапіей, впрыскивая въ полость раствора различныхъ вяжущихъ. Если бы разрастанія были порядочной величины, то можно съ успѣхомъ примѣнить здѣсь выскабливаніе помощью ложекъ въ видѣ тѣхъ, о которыхъ мы говорили при карциномѣ. Spiegelberg, по словамъ Kupert'a, съ успѣхомъ прибѣгалъ въ своей клиникѣ къ этому способу.

VI. Аденомъ матки.

Библиогр. Olshausen, Arch. f. Gynæcol., Bd. VIII, p. 97. — Gusserow, Arch. f. Gynæcol., Bd. I, p. 246. — M. Duncan и Славянскій, Obstetric. Journ. of Gr. Brit., 1873. Nov., p. 497. — C. Schröder, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynæcol., 1877, Bd. I, p. 189. — Его же, Krankh. der weiblich. Geschlechtsorg., 2-е изд. 1881, p. 265. — Bischoff, Correspond.-Bl. f. schweiz. Aerzte, 1878, № 16. — Winckel, Pathologie der weiblich. Sexualorg. Leipzig, 1870, p. 40.

Говоря о хроническихъ эндометритахъ полости матки, мы ужъ указали на то, что на слизистой оболочкѣ ея могутъ развиваться различнаго рода разращенія.

Тѣ изъ этихъ послѣднихъ, которыя главнымъ и существеннымъ образомъ состоятъ изъ вновь развившихся железъ, носятъ названіе аденомъ матки. Если еще недавно не выдѣляли ихъ изъ категоріи разращеній слизистой оболочки полости матки вообще, то это происходило оттого, что не было обращено надлежащее вниманіе на гистологическую сущность ихъ. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что многіе случаи аденома входили въ категорію тѣхъ разращеній слизистой оболочки полости матки, которыя нѣкоторые авторы, вслѣдъ за Olshausen'омъ, обозначали именемъ *endometritis fungosa*.

Согласно Schröder'у должно различать два вида аденома матки: аденомъ разлитой (*adenoma diffusum*) и полиповидный (*adenoma polyposum*).

При разлитомъ аденомѣ новообразование состоитъ главнымъ образомъ изъ вновь образованныхъ железъ, причемъ они занимаютъ различныя мѣста въ полости матки. *Adenoma diffus.* можетъ представлять или преимущественное разрастаніе междужелезистыхъ соединительно-тканыхъ элементовъ, или же разрастаніе главнымъ образомъ железъ. Этотъ послѣдній видъ Schröder называетъ *adenoma malignum*.

Аденомъ полиповидный характеризуется тѣмъ, что разлитая форма, разрастаясь все болѣе и болѣе, образуетъ, наконецъ, новообразование, имѣющія форму полиповъ, достигающихъ различной величины. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло доходитъ до того, что аденоматозный полипъ снабженъ крѣпкою волокнистою ножкой, покрытой однако нормальными или кистовидно перерожденными железами. Иногда можно имѣть дѣло съ аденомой, занимающей средину между разлитой и полипозной формой, причемъ поверхность новообразованія представляется ворсистою (*adenoma papillosum diffusum partim polyposum corporis uteri* въ случаѣ Winckel'я).

Клиническія явленія, обусловливаемые аденомами матки, какую бы форму они ни имѣли, существенно состоятъ въ кровотеченіяхъ. Эти послѣднія могутъ имѣть характеръ или типическій, т. е. являясь въ видѣ чрезмѣрно обильныхъ и очень продолжительныхъ мѣсячныхъ, или же они имѣютъ характеръ атипическій, т. е. являются отъ времени до времени помимо менструальныхъ періодовъ. Такъ-какъ кровотечения эти продолжаютъ обыкновенно долгое время, то у больныхъ одержимыхъ аденомами матки, констатируется цѣлый рядъ еще другихъ явленій, въ основаніи которыхъ лежитъ анемія. Впрочемъ, подобныя больныя не представляютъ кахектическаго вида и, по словамъ Schröder'a, онѣ не рѣдко упитаны даже весьма хорошо.

Распознаваніе аденома матки возможно съ положительностью только въ такомъ случаѣ, если подвергнуть тщательному микроскопическому изслѣдованію куски слизистой оболочки, удаленные изъ полости матки. *Per exclusionem* діагностика можетъ быть поставлена съ вѣроятностью въ такомъ случаѣ, если, имѣя дѣло съ продолжительными кровотечениями, мы не можемъ констатировать ни одного изъ тѣхъ новообразованій, которыя обыкновенно встрѣчаются въ маткѣ. Если дѣло идетъ объ аденомѣ матки, то при изслѣдованіи найдемъ, что органъ очень мало увеличенъ въ объемѣ, болѣе или менѣе мягкой консистенціи и слегка чувствителенъ на оцупь. Распознаваніе полиповидныхъ аденомъ гораздо легче, такъ-какъ по истеченіи извѣстнаго времени, они укорачиваютъ цервикальный каналъ и дѣлаются доступными для пальца.

Предсказаніе весьма серьезно; если дѣло идетъ о настоящей аденомѣ, то предсказаніе весьма неблагоприятно, потому что терапия можетъ устранить кровотеченіе только на извѣстное время, такъ-какъ рассматриваемое новообразование имѣетъ большую склонность къ рецидивамъ. Предсказаніе при подобныхъ условіяхъ еще тѣмъ болѣе неблагоприятно, что аденома, при совершенно неизвѣстныхъ для насъ условіяхъ, переходитъ въ настоящій карциномъ. Развивается ли ракъ тѣла матки самостоятельно, или же онъ беретъ свое начало изъ аденомъ,—остается до сихъ поръ открытымъ вопросомъ.

Въ этиологическомъ отношеніи мы должны замѣтить, что аденомъ матки встрѣчается одинаково какъ у женщинъ ро-

жавшихъ, такъ и у тѣхъ, которыя никогда не были беременны. Большею частью мы имѣемъ дѣло съ этой патологической формой у субъектовъ пожилыхъ, приближающихся къ климактерическому возрасту, хотя, впрочемъ, описаны случаи и у женщинъ довольно молодыхъ.

Леченіе будетъ различно, смотря потому—съ какою формою аденома мы имѣемъ дѣло. При полиповидной формѣ мы поступаемъ совершенно такимъ же образомъ, при какъ всякомъ другомъ полипѣ. При формѣ же разлитой (*adenoma diffusum*) единственно рациональную терапію составляетъ выскабливаніе матки въ томъ видѣ, какъ оно описано было нами при хроническомъ эндометритѣ. Удаляя изъ полости матки столько кусковъ аденоматозно прерожденной слизистой оболочки, сколько возможно, прибѣгаютъ затѣмъ къ прижиганію полости тѣмъ или другимъ каустическимъ средствомъ. Лучше всего прибѣгнуть въ данномъ случаѣ къ полторохлористому желѣзу. Для этой цѣли толтый банникъ, смоченный *perchlor. fer.* (чистымъ) вводятъ въ полость матки и оставляютъ его въ ней около 2—3 часовъ. Этой терапіи доста точно для того, чтобы устранить кровотеченія на болѣе или менѣе продолжительное время, какъ-то на 3—4 мѣсяца. Когда кровотеченія начинаютъ снова обнаруживаться, то опять прибѣгаютъ къ той же процедурѣ.

VII. Бугорчатка матки.

(*Tuberculosis uteri*).

Истор.-библиогр. замѣч. Такъ-какъ бугорчатка матки, какъ самостоятельная форма, встрѣчается въ высшей степени рѣдко, а какъ осложненіе бугорчатки легкихъ, или другихъ органовъ имѣетъ значеніе весьма второстепенное, то объ этой патологической формѣ толковали весьма мало. Въ первый разъ съ гинекологической точки зрѣнія, обратилъ вниманіе на бугорчатку легкихъ *Kiwisch*. Затѣмъ мы очень много обязаны въ этомъ отношеніи *Рокитанскому* и извѣстному итальянскому патологу *Namias'y*. Изъ французскихъ авторовъ превосходную монографію объ этомъ вопросѣ написалъ *Reynaud*. Въ послѣднее время очень много интересныхъ фактовъ по этому поводу сообщено *Lebert'омъ*.

Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. 1, p. 305.—*Reynaud*, *De l'affection tuberculeuse de l'utérus*. Arch. génér. de médic., 1831, 1-re série V. XXVI, p. 486.—*Kiwisch*, *Klin. Vorträge* T. 1, p. 462.—*Cruveilhier*, *Anat. pathol.* Livr. 39, pl. 3.—*H. Coote*, *Tuberculosis of the uterus*. Lond. medic. Gaz. 1850, Juny.—*W. Geil*, *Ueber die Tuberculose der weibl. Geschlechtsorg.* Erlangen, 1851.—*Chiari*, *ueber Uterus, tuberculose* въ *Klinik der Geburtsh.* etc. Erlangen, 1852, p. 691.—*Paulsen*, *Ueber Uterustuberculose*. *Schm. Jahrb.*, 1853, Bd. 80, Hft. II.—*Snow-Beck* *Patholog. Transact.* Lond., 1855, Febr.—*Cooper*, *Union médicale*. 1857, № 54.—*Namias*, *Sulla tuberculosi dell'utero e degli organi ad esso attenti*. *Annali Univ. d'Omodei*. Milano. 1858 c.—*Aran*, *Lecons clin. sur les mal. de l'utérus*. Paris, 1858, p. p. 103, 167 et 199.—*Rokitansky*, *Allgem. Wiener Medic. Zeitung*, 1860, № 21.—*Bernoutz et Gupil* *Clinique médicale des maladies des femmes*. Paris, 1860—62, t. II, p. 340.—*Brouardel*, *De la tuberculisation des organes génitaux de la femme*, Paris, 1865.—*Grand*, *Un chapitre de la phtysie. Tuberculisation des organes génitaux de la femme*. Paris, 1858.—*Lebert*, *Arch. f. Gynaecol.*, Bd. IX, p. 457.

Пораженіе матки бугорками бываетъ большею частью вторичное, т. е. оно является лишь тогда, когда этимъ процессомъ пораженъ уже и притомъ въ значительной степени какой либо другой органъ, какъ-то легкія, брюшина и др. Что касается анатомико-патологическихъ отношеній туберкулоза матки, то процессъ этотъ поражаетъ прежде всего слизистую оболочку полости матки и весьма рѣдко переходитъ на цервикальный каналъ. Слизистая оболочка полости, преимущественно тѣла и дна, представляется въ началѣ сильно гиперэмированной, затѣмъ въ ней показываются сгруппированные островками сѣровато-желтаго цвѣта узелки, величиною съ булавочную головку, или просяное зерно. Отсюда, т. е. сверху, островки эти распространяются внизъ и обыкновенно ограничиваются областью внутренняго зѣва, за который, какъ мы уже сказали, они переходятъ весьма рѣдко. Бугорчатые узелки постоянно увеличиваются въ объемѣ и наконецъ подвергаются распаду, вслѣдствіе чего образуются язвы съ весьма неровнымъ бѣло-сѣроватымъ дномъ. Язвы эти, сливаясь, придаютъ внутренней поверхности матки видъ одной большой изъѣденной язвы, дно которой покрыто творожистой массой. Со слизистой оболочки процессъ переходитъ на субмукозный и мышечный слои и притомъ не въ одинаковой степени, мѣстами менѣе, мѣстами болѣе, такъ что въ нѣкоторыхъ частяхъ полости матки образуются въ маточной ткани углубленія, имѣющія нѣкоторую аналогію съ кавернами. Весьма часто туберкулозъ полости матки сопровождается такимъ же поражениемъ слизистой оболочки трубъ. Klob полагаетъ даже, что туберкулозъ трубъ является раньше, чѣмъ бугорчатка въ маткѣ. Цервикальный каналъ долго и упорно противустоитъ бугоркамъ, но, разъ развившись въ немъ, они могутъ перейти и на слизистую оболочку рукава. Kiwisch увѣряетъ, что слизистая оболочка влагалищной части можетъ поражаться бугорками, которые изъязвляются и сливаются въ отдѣльныя группы.

Клиническія явленія получаемыя при бугорчаткѣ матки, темны и не ясны; нужно, чтобы пораженіе бугорчаткой другихъ органовъ — зашло уже очень далеко, для того, чтобы процессъ оказался какими-нибудь припадками со стороны матки. Если это имѣетъ мѣсто, т. е. если напр. туберкулозъ со стороны легкихъ даетъ ужъ извѣстную, столь рѣзко выступающую клиническую картину, то больная обыкновенно начинаетъ жаловаться на боли въ тазовой сторонѣ, указывающія на то, что мы имѣемъ дѣло съ усиленною гиперэмией матки. Если же при этомъ поражается (туберкулозомъ) и брюшина, то боли достигаютъ очень сильной степени. Вслѣдъ за болями внизу живота и тазовой сторонѣ вообще, у больной показывается усиленное выдѣленіе слизи изъ родовыхъ путей, которое обыкновенно ничѣмъ не отличается отъ той лейкорей, которая замѣчается при хроническихъ эндометритахъ. Въ очень рѣдкихъ только случаяхъ секретъ имѣетъ зловонный запахъ (Pelvet, Tyler Smith). Послѣ того, какъ

явленія эти продолжаются болѣе или менѣе значительное время. начинается обнаруживаться разстройство мѣсячныхъ, а именно они прекращаются (меностаъ). До извѣстной степени характернымъ клиническимъ признакомъ должно считать то, что послѣ того, какъ мѣсячныя прекратились на болѣе или менѣе значительное время, вдругъ появляются обильныя кровотеченія изъ матки. Припадокъ этотъ указываетъ на то, что туберкулозъ матки достигъ очень значительной степени. Мѣсячныя, если они не прекращаются, имѣютъ также дисменоройный характеръ, т. е. они сопровождаются болѣе или менѣе сильными болями. Явленіе это обуславливается тѣмъ, что при бугорчатомъ пораженіи матки дѣло обыкновенно доходитъ до воспаленія тазовой части брюшины (perimetritis, pelvipерitonitis) и другихъ придаточныхъ частей матки.

Этіологія. Мы ужь упомянули выше, что туберкулозъ матки составляетъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ спутникъ того же процесса въ другихъ органахъ. Весьма рѣдко констатированы случаи самостоятельнаго пораженія бугорками одной только матки. Такихъ случаевъ въ литературѣ извѣстно очень немного. Такъ, Tyler-Smith * описываетъ случай первичнаго пораженія матки, причемъ однако дѣло все-таки окончилось поражениемъ легкихъ. Гораздо болѣе интересны случаи Tomlinson'a ** и Puesch'a ***. Въ первомъ изъ нихъ дѣло шло о весьма обширномъ пораженіи бугорками трубъ и яичниковъ, съ значительнымъ увеличеніемъ матки. Въ случаѣ же Puesch'a бугорки найдены только въ одной маткѣ. Что касается того, какъ часто при бугорчаткѣ легкихъ и др. органовъ матка поражается этимъ процессомъ, то мнѣнія на этотъ счетъ различны. Dittrich, напр., насчитываетъ только 1 случай туберкулоза матки на 40 женщинъ, умершихъ отъ чахотки, по Namias's'y же приходится 12 случаевъ на 100; Puesch нашелъ три случая на 150 вскрытій (чахоточныхъ), Closs 1 на 70, Courty 2 на 100. Рокитанскій и Klob указываютъ совершенно справедливо на отношеніе развитія бугорчатки матки къ родильному состоянію, т. е. что разсматриваемый процессъ встрѣчается особенно часто in puerperio, когда еще не окончена инволюція матки. Въ подобныхъ случаяхъ бугорки развиваются съ особеннымъ постоянствомъ на пляцентарномъ мѣстѣ, по крайней мѣрѣ, туберкулизація начинается отсюда. Наконецъ, не можемъ не упомянуть и о томъ, что Рокитанскимъ описанъ случай остраго туберкулоза матки въ родильномъ періодѣ, единственный до сихъ поръ извѣстный въ литературѣ.

Распознаваніе туберкулоза матки можетъ быть сдѣлано только путемъ исключенія, но ничуть не прямо, такъ-какъ мы не имѣемъ для этого никакихъ особенныхъ данныхъ. Исслѣдова-

* Lond. medic. journ., 1852, febr.

** Obstetr. Transact., 1864.

*** Courty, op. cit., p. 991.

не въ подобныхъ случаяхъ не можетъ дать намъ ничего характернаго. Мы найдемъ увеличенную въ объемъ матку, весьма часто смѣщенную и фиксированную тѣмъ, или другимъ образомъ, вслѣдствіе развивающихся при этомъ периметрита, параметрита и пр. Такимъ образомъ, снова повторяемъ, распознаваніе туберкулоза матки можетъ быть вѣроятнымъ, но не достовѣрнымъ.

Предсказаніе. Имѣя у чахоточнаго субъекта дѣло съ вышеупомянутою клиническою картиною со стороны половой сферы, предсказаніе по отношенію къ этой послѣдней не можетъ имѣть никакого особеннаго значенія, такъ-какъ несравненно важнѣе предсказаніе по отношенію къ жизни вообще, насколько оно зависитъ отъ степени пораженія гораздо болѣе важныхъ органовъ, напр., легкихъ. Нужно впрочемъ сказать, что если предсказаніе при пораженіи однихъ только легкихъ очень плохо, то оно еще гораздо хуже, если къ этому присоединяется рассматриваемое осложненіе со стороны матки.

Леченіе. Что терапія въ подобныхъ случаяхъ безсильна,—понятно безъ дальнихъ словъ. Если мы ничего не можемъ сдѣлать противъ этого процесса въ легкихъ, то нѣтъ никакого повода допускать, чтобы онъ поддавался леченію, когда онъ развился въ маткѣ. Въ терапевтическомъ отношеніи здѣсь возникаетъ однако вопросъ, имѣющей немаловажное практическое значеніе. Такъ какъ у большинства чахоточныхъ женщинъ мы будемъ имѣть дѣло съ явленіями хроническаго эндометрита,—то подлежитъ ли онъ терапіи или нѣтъ? Еще очень недавно утверждали, что нѣтъ, т. е., что эндометритъ у чахоточныхъ не слѣдуетъ трогать. геср. не нужно лечить его; при этомъ толковали о томъ, что въ этихъ случаяхъ усиленное выдѣленіе изъ половой сферы составляетъ благодѣтельное стремленіе природы къ выдѣленію того, что не нужно (вредно) организму (*emunctoria naturalia* и т. д.) Я не стану входить здѣсь въ разборъ подобной теоріи, ведущей начало свое съ того времени, когда толковали еще очень серьезно о *materia pessans*. Я долженъ указать здѣсь только на то, что я имѣлъ на рукахъ очень много чахоточныхъ, и, если дѣло шло у нихъ объ эндометритѣ, то подвергалъ ихъ точно также леченію, какъ и другихъ. При этомъ, кромѣ облегченія ихъ страданій, я не замѣчалъ ничего особеннаго. Вслѣдствіе-го этого, имѣя дѣло съ туберкулезомъ матки, мы непремѣнно и настойчиво назначаемъ такую же терапію, какъ и при любомъ полостномъ эндометритѣ.

Въ заключеніе сказаннаго нами о новообразованіяхъ матки, намъ остается еще упомянуть объ эхинококахъ ея,—вопросъ, имѣющемъ скорѣе интересъ чисто патологическій. Въ старинной литературѣ мы находимъ довольно много относящихся сюда случаевъ, не заслуживающихъ, впрочемъ, никакого довѣрія, такъ какъ миксоматозные перерожденія плоднаго яйца (такъ назыв. лузырчат. заносъ) принимали за эхинококи. Настоящие же паразиты этого рода встрѣчаются въ маткѣ въ высшей степени рѣдко. Сюда относится изъ иррекихъ наблюденій случай, описанный Рокитанскимъ и въ настоящее время Graul-He Wittomъ. Сюда же, по мнѣнію Kloba, должно отнести случаи Histoira и Wilson'a. Какъ исчисл въ литературѣ должно считать

случай Schlegel'я, описываемый Voigtel'емъ какъ taenia hydatigena. По словамъ Клоба, это, вѣроятно, ничто иное, какъ cysticercus cellulosa. Въ недавнее время Beigel описалъ случай эхинококовъ матки, но не какъ самостоятельную форму, а какъ осложненіе эхинокока сальника. Не можемъ здѣсь не замѣтить, что патогенія эхинококовъ матки до сихъ поръ выяснена очень плохо. Klebs даже полагаетъ, что эхинококи не развиваются собственно первоначально въ маткѣ, а что они, узурируя маточныя стѣнки, попадаютъ въ полость ея изъ брюшины.

Библиогр.: Fauner, Beiträge zur gerichtlichen und practischen Arzneikunde. 1799. Bd. I, N 11., p. 28.—Schlegel, Materialien für die Staatsarzneikunde St. III, p. 158.—Wilson, Lancet, 1840, № 19.—Hislop, Monthly Journ., 1850. Apr.—Rokitansky, Handb. der spec. pathol. Anat., Bd. II. p. 539.—Stuart Wilkenson, Lancet, 1849, Oct.—Klob, Pathol. Anat. der weiblich. Sexualorg., Wien, 1864, p. 195.—Grayly-Hewitt, Lond. Obst. Transact. 1871, XII p. 135 и 237.—Schumacher, Scanzoni's Beiträge, 1873, Bd. VII, p. 284.—Beigel, Die Krankheiten des weiblich. Geschlechts. Erlangen 1874, Bd. I p. 503.

ГЛАВА XXV.

Патологія мѣсячныхъ.

Въ предъидущихъ главахъ этого сочиненія намъ очень часто приходилось упоминать о различныхъ разстройствахъ одного изъ существенныхъ отправленій женской половой сферы, именно мѣсячныхъ. Всѣ эти различныя разстройства, какого характера они бы ни были, составляютъ ничто иное, какъ резульаты извѣстныхъ патологическихъ состояній матки и придаточныхъ частей ея и, казалось бы, совершенно излишне посвящать особую главу этому предмету. Тѣмъ не менѣе мы считаемъ необходимымъ рассмотретьъ патологию менструальнаго періода отдѣльно, единственно въ виду важности, какую онъ имѣетъ въ практикѣ. Кромѣ того, обобщая этотъ вопросъ, мы дѣлаемъ его болѣе доступнымъ для начинающаго и даемъ ему такимъ образомъ возможность познакомиться съ различными сторонами его, имѣющими очень важное клиническое значеніе. Но для того, чтобы познакомиться всесторонне съ патологіей менструальнаго періода, мы считаемъ необходимымъ войти здѣсь въ нѣкоторыя подробности относительно физиологіи этого отправленія.

Истор. библиогр. замѣч. относит. физиологіи и патол. мѣсячныхъ. Мѣсячныя составляютъ одно изъ тѣхъ отправленій, спеціально свойственныхъ женскому организму, которое по вѣшнимъ явленіямъ своимъ бросается въ глаза очень рѣзко. Нѣтъ ничего удивительнаго поэтому, что, начиная съ глубокой древности, оно обращало на себя вниманіе не только врачей, но также законодателей, философовъ и вообще всѣхъ тѣхъ, которые занимались вопросомъ относительно природы женщины. Не нужно быть слишкомъ дальновиднымъ врачомъ, чтобы замѣтить, что во время мѣсячныхъ въ женскомъ организмѣ выступаютъ нѣкоторыя особенныя явленія. Эти то послѣднія были истолкованы въ извѣстномъ направленіи. Во первыхъ, замѣтивъ, что кровянистое истеченіе изъ родовыхъ путей является каждый мѣсяць, то періодичность этого отправленія стали объяснять извѣстнаго рода вліяніемъ на женскій организмъ различныхъ фазъ луны, или мѣсяца: отсюда названіе мѣсячныхъ—*menstrua*, *catamenia*. Такъ-какъ кровянистое выдѣленіе менструирующихъ женщинъ перѣдко отличается неприятнымъ, проникающимъ запахомъ, то вслѣдствіе этого возникла мысль о томъ, что женскій организмъ, извергая изъ себя это неприятное выдѣленіе, ео ipso каждый мѣсяць такимъ образомъ очищается: отсюда названіе мѣсячныхъ очищеній (*depuratio menstrualis*). Это послѣднее воззрѣніе на разсматриваемое нами отправленіе возникло въ

глубокой древности и съ теченіемъ длиннаго ряда вѣковъ установилось такъ крѣпко въ умахъ, что съ нимъ приходится бороться до настоящаго времени. Мѣсячнымъ придавали какое то особенно глубокое, таинственное значеніе и въ этомъ смыслѣ толковали объ нихъ законодатели и натуралисты. Извѣстно, что по древнему моисееву законодательству женщина считалась и считается нечистою не только во все время менструальнаго періода, но и въ теченіи 7 дней послѣ него. Во все это время она должна тщательно избѣгать общенія не только съ мужемъ, но и со всѣми, до тѣхъ поръ, пока она не очистится умовеніями, сопряженными съ извѣстными религиозными обрядами. Эти идеи мы находимъ господствующими и у другихъ народовъ древняго міра. Въ высшей степени интересныя возрѣнія на менструальный періодъ оставилъ намъ Плиніи * (натуралистъ). „Что касается мѣсячныхъ“, говоритъ онъ, „то едва-ли можно найти что либо другое, что влекло бы за собою столь особенныя и ужасныя послѣдствія. Если женщина во время мѣсячныхъ приближается къ молодому (не перебродившему) вину, то оно скисаетъ; рождъ теряетъ свою питательную способность и растенія вянутъ. Если подобная (т. е. менструирующая) женщина приближается къ дереву, то плоды его увядаютъ; подходит ли она къ зеркалу, это послѣднее мутнѣетъ; то же самое дѣлается и съ подираванными мѣдаллами и слоновою костью. Подойдетъ ли она къ улью, — пчелы околѣваютъ. Собаки, полизавъ мѣсячную кровь, подвергаются бѣшенству и укусъ ихъ составляетъ смертельный ядъ. Можно видѣть, что муравьи чувствуютъ приближеніе женщины во время мѣсячныхъ, они въ такомъ случаѣ бросаютъ свою добычу и уходятъ прочь“. Все это показало Альберту Великому еще недостаточнымъ; онъ идетъ гораздо дальше Плиніи. „Женщины во время мѣсячныхъ“, говоритъ онъ **, „становятся столь ядовитыми, что одинъ взглядъ ихъ убиваетъ животныхъ и маленькихъ дѣтей, чистое стекло покрывается отъ этого пятнами и всякій мужчина, который осмѣливается въ это время вступать съ ними въ близкія сношенія, получаетъ проказу (lepra), или коросту». Благодаря этимъ великимъ авторитетамъ древняго міра и среднихъ вѣковъ, подобный взглядъ на мѣсячныя установился окончательно, т. е. полагали, что помощью ихъ женскій организмъ очищается отъ скверны. Взглядъ этотъ имѣлъ самое печальное вліяніе на развитіе этого вопроса и только со второй половины 17 стол. начинаетъ замѣчаться нѣкоторая реакція противъ этихъ дикихъ взглядовъ на мѣсячныя. Такъ, въ извѣстной монографіи своей о женской половой сферѣ Regner de Graaf *** вооружается противъ подобныхъ взглядовъ и предубѣжденій. Не смотря однако на это, вопросъ относительно мѣсячныхъ еще очень долго принадлежалъ къ слабымъ сторонамъ гинекологіи. Только начиная съ сороковыхъ годовъ настоящаго столѣтія, вопросъ на счетъ мѣсячныхъ всушилъ въ новую эру, благодаря трудамъ Bischoff'a, Costea, Pouchet, Brierre de Boismonta. а въ послѣдніе годы анатомико-физиологическимъ изслѣдованіямъ Pflüger'a, Waldeyer'a, Ritchie и др. Время это должно считать эпохой въ исторіи разсматриваемаго вопроса, такъ какъ ученіе объ определенномъ отношеніи мѣсячныхъ къ овуляціи было установлено окончательно. Хотя нѣкоторые увѣряли, что еще въ 20-хъ годахъ (1821) Poiker указалъ на истинное значеніе мѣсячныхъ, а именно, что они составляютъ результатъ овуляціи, но тѣмъ не менѣ заслуги вышеупомянутыхъ ученыхъ въ этомъ отношеніи не подлежатъ никакому сомнѣнію. Изъ анатомическихъ изслѣдованій относительно этого вопроса мы не можемъ не упомянуть о тѣхъ, которыя принадлежатъ Engelmann'у и Kundraty, Ahlfeld'у, Wüderg'у, Möbicke и др. и которыя проливаютъ совершенно новый свѣтъ на одну изъ самыхъ темныхъ сторонъ этого вопроса. Очень интересныя изслѣдованія о состояніи матки во время течи у животныхъ представилъ д-ръ Соловьевъ, въ Казани. Въ самое послѣднее время д-ръ Veigel, въ Вѣнѣ, выступилъ съ новой (?) теоріей на счетъ независимости мѣсячныхъ отъ

* Historia natur., lib. VII cap. 15, art. 13.

** De secretis mulierum.

*** De mulierum organis. Lugd. Batav. 1672.

овуляціи. Наконецъ, мы не можемъ не указать здѣсь на успѣхи, сдѣланные новѣйшею гинекологіей по отношенію къ терапіи разстройства мѣсячныхъ, въ особенности дисменорей. Въ этомъ отношеніи мы должны особенно указать на труды Simpson'a, Martin'a, M. Sims'a, Emmet'a, Greenhalgh'a и др.

Очень обширную старинную литературу о мѣсячныхъ читатель можетъ найти у Meissner'a въ его Frauenzimmerkrankheiten, Bd. II, p. 756. Schaefer въ очень прилежно написанной статьѣ своей о старыхъ и новыхъ теоріяхъ мѣсячныхъ (Monatsschr. f. Geburtsk., 1855) собралъ все, что до его времени было извѣстно объ этомъ предметѣ. Начиная съ 40-хъ годовъ, литература о мѣсячныхъ разрослась до громадныхъ размѣровъ, такъ что мы здѣсь можемъ указать только на болѣе замѣчательныя сочиненія по этому предмету.

Alexander, Physiologie der Menstruation. Hambur, 1841.—Brière de Boismont, De la menstruation considérée dans ses rapports physiolog. et patholog. Paris, 1841.—Pouchet, Theorie positive de l'ovulation spont. et de la fécondation. Paris, 1842.—Bischhoff, Beweis der von der Begattung unabhäng. periodischen Reifung u. Loslösung der Eier. Giessen, 1844.—Coste, Histoire génér. et particulière du develop. des corps organiques. Paris, 1847, t. I: Règles.—Raciborsky написалъ цѣлый рядъ сочиненій о мѣсячныхъ: De la puberté et de l'âge critique chez la femme et de la ponte périodique chez les mammifères. Paris, 1844.—Etudes physiologiques sur la menstruation. Mém. de l'acad. des sc. 1843.—Des époques du rut chez les animaux et de ses rapports avec les époques menstruelles. Ibid., 1843.—Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérap. Paris, 1855.—Столько же, если еще не болѣе, чѣмъ Raciborsky занимался вопросомъ о мѣсячныхъ Robertson. См. его: An essay on the natur. history of the menstruation. Edinb. Medic. and Surg. Journ. 1832. Его же цѣлый рядъ статей, напечатанныхъ въ томъ же журналѣ: ранніе браки у восточныхъ народовъ не доказываютъ, что возмужалость наступаетъ у нихъ раньше (1844). О наступленіи мѣсячныхъ у осьминоговъ (1845). О наступленіи мѣсячныхъ у индійскихъ женщинъ (1845—1846) и пр.—Scukits, Wiener medic Zeitchr., 1857, v. XIII.—Pflüger, Ueber die Bedeutung. der Menstruation. Untersuchungen aus dem physiologischen Laboratorium zu Bonn. Berlin, 1865, p. 53.—Rollett, Ueber Periodicität mancher Blutungen Wien. med. Zeitung 1866.—Joulin, Traité compl. d'accouchements. Paris, 1867, p. 139.—Krieger, die Menstruation. Berlin. 1863.—М. Горвицъ, къ физиологіи и патологіи мѣсячныхъ. Клинич. Зап. по Гинекологіи. С. П. Б., 1871, ст. 101.—Beigel, Krankheiten des weiblich. Gesch. Erlangen, 1874, t. I p. 356. Leopold., Arch. f. Gynaecol., Bd. XI, p. 110.—Wyder, Ibid., Bd. XIII, p. 1.—Möricke, Centralbl. f. Gynaecol., 1880, № 13.

Подъ именемъ мѣсячныхъ мы понимаемъ періодическое кровянистое выдѣленіе изъ половой сферы женщины, находящееся въ тѣсной связи съ цѣлымъ рядомъ измѣненій, также періодически происходящихъ въ яичникахъ. Изъ этого краткаго опредѣленія разсматриваемаго нами отправления видно, что оно составляетъ сложный актъ, сопровождающійся также сложными явленіями. Одни изъ нихъ совершаются въ яичникахъ, а другія происходятъ въ маткѣ и результатомъ этихъ послѣднихъ и бываетъ кровянистое выдѣленіе. И такъ, эти явленія происходятъ тамъ и здѣсь параллельно, или же находятся въ тѣсной причинной связи. Мы не станемъ входить здѣсь въ подробности относительно того, какимъ образомъ развиваются яичники и главная составная часть ихъ—графовы пузырьки. Для нашей цѣли совершенно достаточно будетъ, если разсмотримъ здѣсь созрѣваніе яичекъ и отношеніе его къ половой сферѣ. Извѣстно, что изъ

громадной массы граафовыхъ пузырьковъ, составляющихъ продуктъ дѣятельности яичника, нѣкоторые изъ нихъ въ опредѣленные сроки становятся больше другихъ и, по истеченіи извѣстнаго времени, достигаютъ затѣмъ maximum своего роста. Это увеличеніе одного или нѣкоторыхъ граафовыхъ пузырьковъ, въ свою очередь, не можетъ остаться безъ вліянія какъ на самый яичникъ, такъ и на остальные части половой сѣры. Разрастающійся граафовъ пузырекъ производитъ давленіе на яичниковые нервы, раздраженіе это отсюда передается центрамъ и это, въ свою очередь, вызываетъ рефлексъ, который сказывается переполненіемъ сосудовъ во всей половой сѣрѣ, преимущественно же въ маткѣ. Коль скоро раздраженіе это достигаетъ наивысшей степени своей, то и результатъ этого раздраженія, т. е. переполненіе сосудовъ (congestio) дѣлаетъ тоже самое и, наконецъ, оно оканчивается разрывомъ переполненныхъ сосудовъ, т. е. кровотеченіемъ. Изъ этихъ немногихъ словъ понятно безъ дальнихъ объясненій, что созрѣваніе граафовыхъ пузырьковъ (ovulatio) и кровотеченіе изъ матки составляютъ два звѣна одного и того же процесса. Можно еще развѣ спорить о томъ, каковы ближайшія отношенія этихъ двухъ факторовъ. Въ самомъ дѣлѣ, мы до сихъ поръ еще не знаемъ хорошенько—происходить ли разрывъ граафова пузырька и кровотеченіе изъ матки одновременно или нѣтъ. До сихъ поръ всѣ единогласно принимали, что, коль скоро гиперэмія достигаетъ своего maximum, то въ одно время происходитъ разрывъ граафова пузырька и кровотеченіе изъ матки. Яичко при этомъ попадаетъ въ фаллопиеву трубу и черезъ нее достигаетъ матки, гдѣ оно, въ случаѣ оплодотворенія, и остается для того, чтобы пройти извѣстныя фазы своего развитія. Такъ думали до послѣдняго времени, пока не явились въ высшей степени интересныя изслѣдованія Kundraťa и Engelmann'a *. Они утверждаютъ, что кровотеченіе изъ матки (собственно мѣсячныя) является ничуть не на высотѣ гиперэміи, т. е. въ то время, когда происходитъ лопаніе граафова пузырька, а наоборотъ, когда дѣло совсѣмъ кончено, именно когда яичко уже выступило изъ пузырька. По ввозрѣніямъ этихъ авторовъ, овуляція и кровотеченіе изъ матки не составляютъ явленія, совершающіяся одновременно, а въ извѣстной послѣдовательности. Кровотеченіе изъ матки, по ихъ словамъ, есть явленіе регрессивнаго метаморфоза слизистой оболочки матки, претерпѣвшей во время овуляціи рядъ извѣстныхъ измѣненій. Задача этого кровотеченія въ сущности состоитъ въ томъ, чтобы при его помощи выдѣлились изъ матки элементы слизистой оболочки, подвершейся жировому перерожденію. На основаніи этой теоріи, слѣдов., ежемѣсячное кровотеченіе изъ матки является лишь тогда, когда, попавшее въ матку яичко было неоплодотворенное; при обратнымъ же условіяхъ кровотеченія не бываетъ, потому что какъ яичко, такъ и

* Medic. Jahrb. v. Stricker, 1973 Juli 2 p. 139.

пріотившая его слизистая оболочка матки подвергаются дальнѣйшимъ степенямъ развитія, составляющимъ то, что мы называемъ беременностью. По этой теоріи, слѣдовательно, нужно также допускать, что оплодотворяется не то яичко, которое попало въ матку во время послѣднихъ мѣсячныхъ (которое всегда погибаетъ), а то, которое попадетъ туда послѣ нихъ.

Уже Leopold и Wyder старались доказать, что ученіе Kundrat'a не выдерживаетъ критики по отношенію къ жировому перерожденію, но послѣдній ударъ нанесли ученію Kundrat'a изслѣдованія Ruge и Möricke. Эти послѣдніе доказали самымъ несомнѣннымъ образомъ, что во время мѣсячныхъ на слизистой оболочкѣ матки можно констатировать совершенно нормальный цилиндрической эпителий вибраторнаго характера, что, понятно, не было бы возможно, если бы дѣло шло о жировомъ перерожденіи внутренняго покрова матки.

Ученіе Kundrat'a и Engelmann'a идетъ только въ разрѣзъ съ обыкновенными воззрѣніями на отношенія овуляціи къ мѣсячному кровотоčenію изъ матки, а нисколько не уничтожаетъ ихъ. Между тѣмъ въ послѣднее время Beigel выступилъ съ новымъ ученіемъ, слиящимся доказать, что мѣсячныя совершенно независимы отъ созрѣванія яичекъ и что это два совершенно отдѣльныхъ процесса. Онъ, правда, допускаетъ, что они находятся оба въ извѣстномъ отношеніи на столько, на сколько они зависятъ отъ одной и той же причины, а именно—периодическаго полового возбужденія. По его словамъ, половое возбужденіе вызываетъ извѣстную степень раздраженія въ яичникахъ, а также и въ маткѣ; но при этомъ овуляція и кровотоčenіе изъ матки остаются совершенно незаписимыми другъ отъ друга, т. е. они вовсе не совпадаютъ. Ученіе это встрѣтило, какъ слѣдовало ожидать, очень многихъ противниковъ и, между прочимъ, очень сильнаго въ лицѣ извѣстнаго французскаго гинеколога А. Риеш'а. Мы, съ своей стороны, прежде всего не можемъ не замѣтить, что ученіе о мѣсячныхъ Beigel'я ничуть не ново и что въ общихъ чертахъ оно было уже высказано давно Oldham'омъ. Чтожъ касается его состоятельности, то доказательства, приводимыя Beigel'емъ въ подтвержденіе своей теоріи, весьма слабы. Суцественно всѣ доказательства его сводятся къ двумъ, а именно: 1) вскрытіями женщинъ, умершихъ во время мѣсячныхъ, будто бы доказано, что въ яичникахъ при этомъ не бываетъ лопнувшихъ граафовыхъ пузырьковъ; 2) по вырѣзыванію у женщинъ обоихъ яичниковъ (двойная овариотомія), мѣсячныя тѣмъ не менѣе могутъ продолжаться. Что касается перваго доказательства Beigel'я, то онъ положительно принимаетъ исключеніе за правило: большинство изслѣдованій на субъектахъ, умершихъ во время мѣсячныхъ, или вскорѣ послѣ нихъ, всегда констатировало лопаніе одного, или нѣсколькихъ граафовыхъ пузырьковъ. Относительно же персистированія мѣсячныхъ послѣ двойныхъ оварио-

томій, существуетъ, правда, не мало наблюдений въ наукѣ. Но это ничего не доказываетъ, такъ-какъ здѣсь слѣдовало бы еще доказать, что въ этихъ случаяхъ дѣйствительно были вырѣзаны яичники цѣликомъ. Очень легко возможно, что кисты въ этихъ случаяхъ развились въ Розенмюллеровыхъ тѣлахъ, или же, что, по вырѣзываніи опухолей, остались куски яичниковъ, въ которыхъ такимъ образомъ овуляція могла продолжаться и послѣ операціи. По крайней мѣрѣ, въ большинствѣ случаевъ послѣ двойной оваріотоміи мѣсячныя обыкновенно исчезаютъ.

Какъ бы то ни было, но намъ кажется, что ученіе о механизмѣ происхожденія мѣсячныхъ въ смыслѣ Pflüger'a и какъ оно изложено нами выше до такой степени просто и такъ легко мирится съ извѣстными до сихъ поръ анатомическими фактами, что ему, по истинѣ, нечего бояться соперничества съ ученіемъ Beigel'a.

Благодаря измѣненіямъ, совершающимся ежемѣсячно въ яичникахъ, эти послѣдніе, какъ прямой результатъ ихъ, вызываютъ цѣлый рядъ анатомическихъ измѣненій въ слизистой оболочкѣ матки. Если нѣкоторые сравнивали эти измѣненія съ тѣмъ, что мы находимъ при остромъ эндометритѣ, то при этомъ имѣли главнымъ образомъ въ виду преимущественно измѣненія въ железахъ. На основаніи своихъ многочисленныхъ наблюдений, I. Williams * утверждаетъ, что результатомъ измѣненій маточныхъ железъ и подлежащихъ слоевъ является decidua menstrualis, т. е. что каждый мѣсяцъ изъ матки извергается часть слизистой оболочки ея, которую онъ уподобляетъ тому, что замѣчается во время беременности. Прежде, чѣмъ выдѣляется наружу эта децидуа, начинается формироваться новая и т. д. При этомъ должно замѣтить, что эти менструальныя измѣненія въ слизистой оболочкѣ ограничиваются внутреннимъ зѣвомъ.

Если теперь спросить: какова же ближайшая задача мѣсячныхъ?—то на этотъ вопросъ можно отвѣчать слѣдующимъ образомъ. Ежемѣсячное кровоизліяніе изъ родовыхъ путей женщины является результатомъ созрѣванія яичекъ и составляетъ продуктъ вызываемой этимъ артеріальной конгестіи на слизистой оболочкѣ матки. вмѣстѣ съ тѣмъ должно также допустить, что кровотеченіе это не есть случайный спутникъ овуляціи, а служитъ для того, чтобы анатомическія измѣненія слизистой оболочки матки, составляющія прямой источникъ этого кровотечения, способствовали извѣстнымъ образомъ дальнѣйшему развитію оплодотвореннаго яичка. Очень вѣроятно, именно, что, согласно воззрѣнію Pflüger'a, оплодотворенное яичко задерживается въ полости матки, благодаря разбуханію ея и развивающимся въ ней при этомъ складкамъ. Другими словами, требуется какъ бы раненіе слизистой оболочки для того, чтобы яичко задержалось ею, или, какъ

* Centrabl. f. Gynaecol., 1878, № 5.

выражается очень удачно Pflüger, чтобы яичко привилось къ маткѣ.

Познакомившись съ необходимыми анатомико-физиологическими свѣдѣніями относительно мѣсячныхъ, перейдемъ теперь къ рассмотрѣнію нѣкоторыхъ сторонъ этого отправления, имѣющихъ прямой интересъ для гинеколога.

Такъ-какъ мѣсячныя, какъ мы уже видѣли выше, находятся въ столь тѣсной связи съ созрѣваніемъ яичекъ, то на первое появленіе ихъ нужно смотрѣть, какъ на явленіе, указывающее на то, что данный субъектъ способенъ къ оплодотворенію, т. е. что онъ вступилъ въ тотъ возрастъ, когда онъ, при извѣстныхъ условіяхъ, можетъ служить для сохраненія вида. Поэтому-то первое появленіе мѣсячныхъ и считается началомъ возмужалости (pubertas). Этотъ моментъ, когда наступаетъ этотъ возрастъ, весьма различенъ и зависитъ, какъ увидимъ ниже, отъ различныхъ условій. Мы займемся сначала опредѣленіемъ возраста, когда наступаютъ мѣсячныя у насъ на сѣверѣ, и затѣмъ сравнимъ его съ другими мѣстностями. Мы беремъ въ основаніе для этого наблюденія, собранныя нами въ Петербургѣ и обнимающія 1824 женщины. Эпоха перваго наступленія у нихъ мѣсячныхъ показана въ слѣдующей таблицѣ.

На 11-мъ г.	На 12-мъ г.	На 13-мъ г.	На 14-мъ г.	На 15-мъ г.	На 16-мъ г.	На 17-мъ г.	На 18-мъ г.	На 19-мъ г.	На 20-мъ г.	На 21-мъ г.	На 22-мъ г.	На 23-мъ г.	На 24-мъ г.	На 25-мъ г.	На 26-мъ г.	На 27-мъ г.	Всего.
1	20	86	197	336	384	354	237	126	64	8	4	4	—	2	—	1	1824

Изъ только что приведенныхъ данныхъ видно, что самая большая цифра приходится на 16 и 17 годы; затѣмъ въ этомъ ряду слѣдуетъ 15 г. Проф. Китеръ *, собиравшій также свой матеріалъ въ С.-Петербургѣ, приходитъ къ результату, значительно разнящемуся отъ нашихъ: у него относительно большее число приходится на 15-й годъ, а именно: на 1000 случаевъ 204. На основаніи моихъ чиселъ средній возрастъ наступленія мѣсячныхъ у насъ выходитъ 17,53, а у Китера онъ = 15,54. Разницу эту должно объяснить только тѣмъ, что $\frac{2}{3}$ нашего матеріала составляютъ деревенскія женщины, у которыхъ мѣсячныя наступаютъ гораздо позже. Вслѣдствіе-то этого найденные мною результаты имѣютъ гораздо большую аналогію съ данными, выведенными изъ своихъ наблюденій въ Баваріи Нескер'омъ **, потому что онъ имѣлъ дѣло также большею частью съ деревенскими жительницами. На 1348 случаевъ, приводимыхъ Нескер'омъ, наибольшее число приходится на 16 и 17 годы (235 и 210).

* Руководство къ изученію женскихъ болѣзней. Спб. 1858, стр. 254.

** Klinik der Geburtsk. Leipzig, 1861, Bd. I, p. 7.

Насколько качество матеріала въ этомъ случаѣ вліяетъ на средній возрастъ наступленія мѣсячныхъ, видно изъ приводимой нами второй таблицы, обнимающей 3000 больныхъ, посѣщавшихъ амбулаторію Маринскаго родовспомогательнаго дома.

На 10-мѣ г.	На 11-мѣ г.	На 12-мѣ г.	На 13-мѣ г.	На 14-мѣ г.	На 15-мѣ г.	На 16-мѣ г.	На 17-мѣ г.	На 18-мѣ г.	На 19-мѣ г.	На 20-мѣ г.	На 21-мѣ г.	На 22-мѣ г.	На 23-мѣ г.	На 24-мѣ г.	На 25-мѣ г.	На 26-мѣ г.	На 27-мѣ г.
8	22	69	291	509	594	657	440	232	102	50	12	6	3	1	3	1	2

На основаніи этой таблицы средній возрастъ перваго наступленія мѣсячныхъ почти тождественъ съ выводомъ проф. Китера, т. е. — 15,55. Это очень просто объясняется тѣмъ, что контингентъ больныхъ, входящихъ въ составъ этой таблицы, почти исключительно принадлежитъ къ городскимъ жительницамъ и притомъ не рабочаго, а средняго сословія.

Что жизнь въ большихъ населенныхъ центрахъ, а также социальное положеніе имѣютъ очень важное вліяніе на болѣе раннее, или позднее наступленіе мѣсячныхъ, не можетъ подлежать никакому сомнѣнію. Очень интересныя данныя на этотъ счетъ мы находимъ у Krieger'a. Они собраны L. Maueг'омъ и обнимаютъ 6000 наблюдений. Весь контингентъ женщинъ, которыхъ онъ спрашивалъ на счетъ перваго наступленія у нихъ регулъ, онъ раздѣлялъ на богатыхъ и бѣдныхъ; ихъ было по ровну, т. е. по 3000. Къ первымъ онъ отнесъ лицъ собственно богатыхъ, а также такъ называемое среднее сословіе; ко второй категоріи отнесены женщины, занимающія различныя работы, т. е. собственно бѣдныя, а также принадлежащія къ рабочему сословию, поселенныя и пр.

На сказанное число женщинъ мѣсячныя наступили:

На 13 году	У женщ. высшихъ классовъ.	У женщ. низшихъ классовъ.
" 14 "	у 11,733%	у 7,067%
" 15 "	" 23,900 "	" 13,333 "
" 16 "	" 22,833 "	" 14,567 "
" 17 "	" 14,100 "	" 16,533 "
" 17 "	" 9,600 "	" 13,333 "

Изъ приведенной таблицы не трудно убѣдиться въ томъ, что на 14 году мѣсячныя наступаютъ почти у 1/3 женщинъ высшаго класса; на долю же женщинъ низшихъ классовъ на этотъ возрастъ приходится едва 1/6.

Я лично получилъ почти такіе же результаты на контингентѣ больныхъ моей домашней амбулаторіи, т. е. на субъектахъ, принадлежащихъ къ лучшимъ классамъ, геср. богатымъ. Изъ 570 больныхъ я могъ воспользоваться для этой цѣли 526 субъектами, такъ какъ остальные не могли указать положительнымъ образомъ — когда у нихъ въ первый разъ наступили мѣсячныя. На 526 больныхъ мѣсячныя наступили:

На 11-мѣ г.	На 12-мѣ г.	На 13-мѣ г.	На 14-мѣ г.	На 15-мѣ г.	На 16-мѣ г.	На 17-мѣ г.	На 18-мѣ г.	На 19-мѣ г.	На 20-мѣ г.	На 21-мѣ г.	На 22-мѣ г.	На 23-мѣ г.
4	7	11	26	33	203	163	42	12	14	1	6	3

На основаніи этихъ цифръ средней возрастъ наступленія мѣсячныхъ у нашихъ 526 субъектовъ — 15,41 г., между тѣмъ, какъ для сельскихъ жителей и бѣдныхъ онъ—17,53. Въ тоже время не можемъ не обратить вниманія на то, что въ то время, какъ на 1824 субъекта нашей первой категоріи мѣсячныя на 11 году наступили только у 1 субъекта, это же самое имѣло мѣсто во второй категоріи у 4 субъектовъ и, принимая въ соображеніе числовыя данныя, это придется почти вчетверо.

Итакъ, на основаніи только что приведенныхъ данныхъ, мы должны допустить, что у насъ у женщинъ бѣдныхъ и рабочихъ классовъ мѣсячныя въ первый разъ наступаютъ на 17,53 г. отъ роду, а у женщинъ болѣе богатыхъ и зажиточныхъ классовъ на 15,55.

Климатическія условія данной мѣстности, по мнѣнію большинства авторовъ, имѣютъ несомнѣнное вліяніе на первое наступленіе мѣсячныхъ. Возьмемъ для примѣра Францію, а именно Парижъ, такъ-какъ условія житейскія тамъ и у нашихъ зажиточныхъ классовъ подходятъ очень близко другъ къ другу. По изслѣдованіямъ В. de Voismont'a и Рациборскаго, тамъ мѣсячныя наступаютъ чаще всего между 14—15 годами. Разница между Парижемъ и Петербургомъ въ этомъ отношеніи, слѣдовательно, довольно значительная. Кромѣ того, въ цифрахъ, приводимыхъ упомянутыми авторами, мы находимъ очень значительное число субъектовъ, у которыхъ мѣсячныя наступали очень рано, въ сравненіи съ нашими данными. Для сравненія приведемъ цифры.

На 1285 субъектовъ мѣсячныя наступили:

На	5-мъ	году,			
1					
На	7-мъ	году.			
1					
На	8-мъ	году.			
2					
На	9-мъ	году.			
11					
На	10-мъ	году.			
29					
На	11-мъ	году.			
96					

Roberton отвергалъ вліяніе климатическихъ условій на наступленіе эпохи возмужалости, утверждая, что оно подѣ всѣми широтами и у всѣхъ расъ одинаково, т. е. что pubertas обыкновенно наступаетъ около 15-го года жизни. Что Roberton введенъ былъ въ ошибку, и именно вслѣдствіе скудости матеріала, которымъ онъ располагалъ, не подлежитъ никакому сомнѣнію. Для подтвержденія этого намъ достаточно указать на изслѣдованія Joulin'a, составленныя въ высшей степени тщательно и обнимающія очень большой рядъ цифръ.

	Число наблю- дений.	Первое появ. мѣсяч. maxim. (1505).
Климатъ умѣренный . . .	8241	на 15 г.
» жаркій	1724	на 12 г.
» холодный.	4713	на 15—16 г.

Изъ этихъ данныхъ мы видимъ, что, по отношенію наступленія регуль, близко подходятъ климаты умѣренный и холодный, за то весьма значительная разница существуетъ въ этомъ отношеніи съ климатомъ жаркимъ.

Многіе до сихъ поръ не допускаютъ вліянія климата на первое появленіе регуль, а приписываютъ замѣчаемыя въ этомъ отношеніи различія культурѣ даннаго народа, его обычаямъ, религіознымъ вѣрованіямъ и пр. Вліяніе расы въ этомъ случаѣ не можетъ подлежать никакому сомнѣнію. Такъ, мы нашли, что у женщинъ финскаго происхожденія мѣсячныя наступаютъ значительно позже, чѣмъ у русскихъ.

Установивъ въ вышесказанномъ среднюю норму для наступленія періода возмужалости, мы должны упомянуть о томъ, что въ этомъ отношеніи бываютъ значительныя уклоненія. Въ старинной гинекологической литературѣ уже накопилось не мало такихъ наблюденій, въ которыхъ мѣсячныя наступали у очень маленькихъ дѣвочекъ, напр., начиная со втораго года. Въ статьѣ нашей „О половой зрѣлости и родахъ въ очень раннемъ возрастѣ“ (Медицин. Вѣст., 1867, № 1—2) мы сообщаемъ значительное число относящихся сюда случаевъ. Подобное раннее наступленіе мѣсячныхъ—*menstratio praecox*—прежде, да многими и теперь считается чѣмъ то особеннымъ, патологическимъ. Изучивъ однако относящуюся сюда литературу, не трудно убѣдиться въ томъ, что тамъ, гдѣ именно менструировавшія дѣвочки умирали, дѣло шло собственно не о мѣсячныхъ, а о какомъ либо глубокомъ страданіи организма, напр. *haemorrhagiae*, при которомъ кровянистое выдѣленіе изъ половой сферы являлось только извѣстнымъ припадкомъ. Наоборотъ, тамъ гдѣ раннія мѣсячныя явились какъ результатъ общаго, хотя и преждевременнаго развитія организма, а вмѣстѣ съ тѣмъ и половой сферы, обстоятельство это не оказывало никакого вліянія на здоровье этихъ дѣтей. Мало того, подобныя дѣти очень легко зачинаютъ и рожаютъ совершенно благополучно. Въ подтвержденіе этого отсылаемъ читателя къ вышеупомянутой статьѣ нашей. Самая молодая дѣвочка, до сихъ поръ извѣстная въ литературѣ, которая забеременѣла и родила, имѣла 8 лѣтъ отъ роду. Другой случай беременности на 9-мъ году описанъ Rowletomъ; въ случаѣ Cotisa Елисавета Дрейтонъ родила, имѣя отъ роду 10 л. 8 мѣсяц. и 7 дней. Въ случаѣ, нами описанномъ, дѣвочка стала менструировать совершенно правильно 10 лѣтъ отъ роду и на 12 году родила совершенно благополучно.

Относительно продолжительности каждаго менструальнаго періода мы составили слѣдующую таблицу, обнимающую 1924 случая:

Мѣсячныя продолжались отъ

1—2	3—4	5—6	6—7	7—8
дн.	дн.	дн.	дн.	дн.
62	840	815	151	66

Изъ таблицы этой видно, что отъ 3 — 4 дней мѣсячныя продолжались въ наибольшемъ числѣ случаевъ, а именно 840; затѣмъ слѣдуетъ продолжительность въ 5—6 дней, на которую приходится 815 случаевъ. Средняя продолжительность мѣсячныхъ у насъ = 5,4 дня. Имѣетъ ли вліяніе на продолжительность мѣсячныхъ климатъ? Весьма вѣроятно; Vièrge увѣряетъ, что она во Франціи равняется 8 днямъ; по Beigel'ю (Австрія и Германія) она колеблется между 5—7 днями.

Продолжительность промежутка между отдельными менструальными периодами тоже бывает различна и задача наша установить въ этомъ отношеніи ту норму, которая встрѣчается всего чаще. Въ 763 случаяхъ, въ которыхъ я тщательно разспрашивалъ женщинъ на этотъ счетъ, я получилъ слѣдующіе результаты:

Мѣсячныя появля- лись.	каждые 14—16 дней	каждые 21 день	каждые 27 дней	каждые 28—29 дн.	каждые 32 дня
	27 разъ	265 р.	312 р.	105 р.	54 р.

Изъ этихъ данныхъ видно, что средній срокъ промежутка между каждыми двумя менструальными периодами = 25 д. Многимъ эта цифра покажется малою, такъ-какъ интерменструальный періодъ обыкновенно принимаютъ равнымъ 4 недѣлямъ. Это однако ничуть не такъ. Если спросить женщину, не могущую въ точности опредѣлить черезъ сколько времени у нея показываются мѣсячныя, то она обыкновенно отвѣчаетъ: черезъ три недѣли въ четвертую. Мнѣ такъ часто приходилось слышать это, что вышеприведенную цифру въ 25 дней я считаю очень близкою къ истинѣ.

Другіе авторы, какъ то Brièrre de Boismont, Tilt, Scukitz и L. Maueг принимаютъ болѣе продолжительные промежутки, а именно они допускаютъ, что они равняются четыремъ недѣлямъ. Ужъ ближе подходятъ наши выводы къ выводамъ P. Dubois, Rajot и Bourty, по которымъ интраменструальный періодъ равняется лунному мѣсяцу. Не можетъ быть никакого сомнѣнія въ томъ, что на это обстоятельство не остаются безъ вліянія какъ условія климатическія, такъ и социальный бытъ. Д-ръ Schweig, въ очень интересной статьѣ „о статистическомъ методѣ въ медицинѣ“, перечислилъ на основаніи 200 случаевъ продолжительность интраменструального періода и нашелъ, что онъ равенъ 27.30 дня. Эта слишкомъ высокая, по нашему мнѣнію, цифра объясняется различіемъ мѣстностей, а также бытовыхъ условій субъектовъ, принятыхъ въ расчетъ.

Что касается количества крови, теряемаго въ общей сложности женщинами во время мѣсячныхъ, то оно до сихъ поръ не опредѣлено положительнымъ образомъ. Если нѣкоторые принимаютъ его равнымъ въ $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ фунта, то это чисто гадательно. Нужно замѣтить, что количество крови, теряемое при мѣсячныхъ, зависитъ не только отъ продолжительности ихъ вообще, но также отъ возраста, организаціи даннаго субъекта и, опять, социальныхъ условій. Сколько мы могли убѣдиться на основаніи нашего матерьяла, мы нашли, что мѣсячныя всего болѣе обильны на высотѣ половой дѣятельности, т. е. отъ 25—47 лѣтъ; брюнетки теряютъ обыкновенно болѣе блондинокъ. Если теперь спросить: что же собственно должно считать нормой въ этомъ отношеніи? — то прямо отвѣтить на этотъ вопросъ въ высшей степени трудно. Если нѣкоторые, какъ напр. Sims таксируетъ норму въ этомъ случаѣ по количеству подвздожъ, употребляемыхъ въ этомъ случаѣ женщинами, — то это очень невѣрно, такъ какъ это скорѣе вопросъ о чистоплотности,

что тоже вещь весьма относительная. Въ данномъ случаѣ лучше всего руководствоваться степенью вліянія, оказываемаго количествомъ крови на общее состояніе организма: коль скоро женщина теряетъ при мѣсячныхъ столько крови, то она при этомъ ослабѣваетъ, то это уже не норма, а наоборотъ.

Joulin собралъ на этотъ счетъ данныя, приводимыя очень многими авторами, и достаточно только взглянуть на его таблицу, чтобы убѣдиться въ томъ—какія разногласія господствуютъ на этотъ счетъ въ наукѣ. Наибольшее количество допускаютъ Гипократъ и Freund (600 граммъ), наименьшее Baudeloque и Emmett 90—120 гр.

Мы выше ужъ видѣли какія понятія циркулировали въ древней и старинной гинекологіи относительно свойства менструальной крови. Въ настоящае время никто не станетъ уже утверждать, чтобы кровь, выдѣляемая при мѣсячныхъ, имѣла какія либо особенныя специфическія свойства. Если нѣкоторые прежніе авторы полагали, что она отличается тѣмъ, что не створаживается, то это теперь опровергнуто прямыми наблюденіями на трупахъ, въ которыхъ во время менструаціи находили кровавистыя сгустки, ничѣмъ не отличавшіеся отъ обыкновенной свернувшейся крови. Если же мѣсячная кровь не такъ легко створаживается, какъ другая, то это зависитъ отъ того, что мы получаемъ ее обыкновенно съ примѣсью большаго, или меньшаго количества слизи какъ матки, такъ и въ особенности рукава. Такъ-какъ секретъ рукава имѣетъ кислую реакцію, то, вѣроятно, подъ вліяніемъ этой послѣдней, часть фибрина растворяется и оттого менструальная кровь теряетъ отчасти способность къ створаживанію. Узнается менструальная кровь по болѣе темному цвѣту своему, довольно значительной консистенціи и вязкости. На бѣлѣ она оставляетъ очень толстыя пятна, мало расплывающіяся, благодаря примѣси слизи и другихъ элементовъ. Гистологически менструальная кровь содержитъ обыкновенные элементы крови, съ примѣсью эпителія маточнаго и рукавнаго.

Познакомившись съ нѣкоторыми сторонами рассматриваемаго нами отправления, посмотримъ теперь — какимъ образомъ устанавливаются мѣсячныя. Въ прежнее время, когда этому отправленію придавали какое то особенное, таинственное значеніе, то и періоду возмужалости у женщины, т. е. времени, когда наступаютъ регулы, придавали особенную важность и называли его критическимъ. По мнѣнію большинства новѣйшихъ гинекологовъ, съ которымъ я могу вполне согласиться на основаніи моихъ личныхъ наблюденій, если данный субъектъ здоровъ, то и мѣсячныя наступаютъ у него совершенно незамѣтно, т. е. безъ всякихъ особенныхъ, а тѣмъ паче болѣзненныхъ явленій. Если прежде указывали на цѣлый рядъ явленій, происходящихъ при этомъ, какъ въ соматическомъ, такъ и психическомъ отношеніяхъ, то я думаю, что здѣсь невольно увлекались. Я очень много и часто спрашивалъ объ этомъ

обстоятельствѣ и отъ субъектовъ, бывшихъ совершенно здоровыми во время перваго наступленія регуль, получалъ всегда одинъ отвѣтъ, а именно, что онѣ не помнятъ, чтобы онѣ при этомъ страдали въ какомъ бы то ни было отношеніи. Старинная гинекологія толковала, что менструація устанавливается какъ бы послѣ извѣстной борьбы, происходящей въ организмѣ. Борьба эта, какъ увѣряли, проявляется въ отношеніи физическомъ болѣзненностью въ тазовой сторонѣ и внизу живота, припуханіемъ грудей, разстройствомъ пищеваренія и пр. Въ сферѣ психической — неровностью расположенія духа, то слишкомъ веселымъ настроеніемъ, то, наоборотъ, склонностью къ печали, причудами и пр. Что все это можетъ быть при наступленіи регуль, — не подлежитъ никакому сомнѣнію, но это ничуть не правило, а исключеніе изъ него. Мы имѣли не разъ возможность убѣдиться въ томъ, что мѣсячныя здѣсь играютъ собственно второстепенную роль, а суть составляютъ извѣстнаго рода заболѣванія половой сферы (наклоненіе матки напр.), или же случайныя усиленія въ это время общихъ разстройствъ организма, въ особенности же хлороза. Чтожъ касается извѣстнаго психическаго настроенія, нерѣдко замѣчаемаго при первомъ наступленіи регуль, то оно легко объясняется измѣненіями, происходящими въ это время въ половой сферѣ и приводящими къ сознанію юнаго субъекта ощущенія, которыхъ она прежде не знала. Неудивительно поэтому, что подъ вліяніемъ этихъ невѣдомыхъ ощущеній нервная система даетъ себя знать извѣстнымъ образомъ. Если къ этому прибавимъ еще вліяніе со стороны нашихъ бытовыхъ условій, то поймемъ, что въ это время, т. е. въ эпоху наступленія регуль, характеръ дѣвочки долженъ мѣняться, т. е. принимать отбѣнки того, что мы привыкли называть женскимъ характеромъ.

Весьма рѣдко случается, чтобы мѣсячныя, появившись въ первый разъ, съ разу же установились окончательно. Обыкновенно бываетъ такъ, что мѣсячныя, появившись въ первый разъ напр. на 16 году, не появляются болѣе въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, затѣмъ снова наступаютъ и т. д. Однимъ словомъ, иногда проходитъ нѣсколько мѣсяцевъ и даже годъ и болѣе, пока мѣсячныя не установятся и не примутъ окончательно тотъ типъ и характеръ, которые они сохраняютъ во все время, въ которое данный субъектъ остается здоровымъ. Каждый менструальный періодъ протекаетъ обыкновенно слѣдующимъ образомъ. За день, или два до наступленія мѣсячныхъ начинается усиленное выдѣленіе слизи изъ родовыхъ путей, которое принимаетъ нерѣдко особенно пронизательный запахъ и, наконецъ, окрашивается въ розовый цвѣтъ, и мало по малу начинается кровянистое выдѣленіе такого характера, какъ упомянуто выше; кровянистое выдѣленіе идетъ все усиливаясь и, достигши своего maximum'a, что бываетъ обыкновенно въ концѣ 2-хъ, или въ началѣ 3-хъ сутокъ, начинается снова

уменьшаться, причѣмъ оно становится все болѣе и болѣе слизистымъ; однимъ словомъ, мѣсячныя оканчиваются такимъ же образомъ, какъ они начались.

Что касается общаго состоянія женщины во время менструальнаго періода, то у нѣкоторыхъ уже до наступленія его, за день или за два, начинаютъ выступать нѣкоторыя явленія, указывающія на то, что мѣсячныя должны наступить. Въ большинствѣ случаевъ эти предвѣстники состоятъ обыкновенно въ легкой головной боли, какой-то вялости, утомленіи. У другихъ же къ этому присоединяются покалыванія въ грудяхъ, болѣе или менѣе значительныя боли въ тазовой сторонѣ, въ особенности внизу живота, совершенная потеря аппетита, непріятный вкусъ во рту, foetor oris, различныя нервныя явленія. Если сказанныя явленія достигаютъ этой степени, то ихъ обыкновенно называютъ *molimina menstrualia*. Нѣкоторые французскіе авторы (Trousseau) предложили называть это состояніе менструальною лихорадкой (*fièvre menstruelle*). Сущность описанныхъ явленій объясняется легко, если вспомнимъ анатомическія измѣненія, происходящія въ это время во всей половой сферѣ, преимущественно же въ маткѣ. Мы уже видѣли, что слизистый покровъ матки гиперэмируется, секретъ его и отдѣленіе эпителиальныхъ элементовъ усиливается и дѣло доходитъ даже до вытягиванія въ длину утрикулярныхъ железъ. Однимъ словомъ, мы находимъ рядъ измѣненій, очень близко напоминающій измѣненія, происходящія въ маткѣ въ началѣ беременности. Измѣненія менструальныя сказываются въ маткѣ въ такой степени, что ихъ не трудно констатировать помощью гинекологическаго изслѣдованія. Въ самомъ дѣлѣ, изслѣдуя менструирующую женщину, мы найдемъ (особенно на второй, или третій день), что матка увеличена въ объемѣ и вѣсѣ, влагалитная часть на ощупь гораздо мягче, рыхлѣе и сочнѣе обыкновеннаго. Окружность зѣва теряетъ свою обыкновенную плотность и въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ представляется даже какъ бы отечнымъ. Нерѣдко весьма отчетливо можно ощупать при этомъ яичники. На основаніи-то этихъ измѣненій, констатируемыхъ въ половой сферѣ, и должно допустить, что такъ называемыя *molimina menstr.* ничто иное, какъ прямой результатъ ихъ. Слѣдовательно, это ужъ ничуть не простыя нервныя явленія, какъ ихъ токовали прежде, а прямо извѣстная опредѣленная клиническая картина, обусловливаемая извѣстнаго рода анатомическими измѣненіями, происходящими въ маткѣ во время менструальнаго періода. Впрочемъ, нужно замѣтить, что это не правило, а скорѣе исключеніе изъ него, т. е. мы имѣемъ въ подобныхъ случаяхъ дѣло съ состояніемъ, хотя въ сущности физиологическимъ, но, вслѣдствіе потенцированія анатомическихъ измѣненій въ половой сферѣ, принимающимъ уже до извѣстной степени характеръ патологическій. Другими словами, *molimina menstrualia* являются только тогда, если обычныя измѣненія въ маткѣ достигаютъ

наивысшей степени развитія, вслѣдствіе чего вызывается состояніе, очень близко подходящее къ эндометриту.

Если, какъ мы видѣли, менструальный періодъ можетъ вызывать и дѣйствительно вызываетъ нѣкоторыя явленія со стороны общаго состоянія, то не можетъ быть, чтобы онъ не сказался нѣкоторыми измѣненіями въ метаморфозѣ. Къ сожалѣнію, вопросъ этотъ до сихъ поръ разработанъ весьма слабо. Friske* былъ одинъ изъ первыхъ, занявшійся измѣненіями температуры во время мѣсячныхъ. Онъ измѣрялъ температуру матки и рукава до и во время мѣсячныхъ и нашелъ, что разница въ T° до и во время мѣсячныхъ весьма незначительна: температура въ рукавѣ поднималась на $\frac{1}{4}^{\circ}$, а въ маткѣ на $\frac{1}{6}^{\circ}$. Gierse** пришелъ къ заключенію, что мѣсячныя вовсе не оказываютъ вліянія на T° . Rabuteau***, на основаніи своихъ наблюденій, увѣряетъ, что, вопреки тому, что утверждалъ Friske, T° рукава sub menstruatione падаетъ на $\frac{1}{2}^{\circ}$; кромѣ того, онъ констатировалъ замедленіе пульса, что подтверждено также и Hennig'омъ****. Rabuteau также нашелъ, что выдѣленіе количества мочевины во время мѣсячныхъ уменьшается.

Цѣлый рядъ измѣреній температуры у менструирующихъ женщинъ былъ предпринятъ нами въ госпиталѣ и мы должны были прійти къ заключенію, что мѣсячныя оказываютъ весьма незначительное вліяніе на T° . Наблюденія эти дѣлались такимъ образомъ, что за нѣсколько дней до приблизительнаго наступленія мѣсячныхъ T° измѣрялась два раза въ день и затѣмъ измѣренія эти продолжались во все время менструальнаго періода. Только въ очень немногихъ случаяхъ можно было констатировать весьма слабое повышеніе, не болѣе, какъ на нѣсколько десятыхъ градуса. Что касается пульса, то измѣненія его гораздо болѣе постоянны, а именно онъ замедляется, т. е. представляетъ аналогію съ пульсомъ родильницъ.

Мѣсячныя продолжаются обыкновенно, среднимъ числомъ, около 30 лѣтъ и затѣмъ прекращаются на всегда. Точно такъ, какъ мѣсячныя весьма часто начинаются не разомъ, точно такимъ же образомъ они не разомъ и прекращаются. На стр. 427 ч. I мы поробно указали на тѣ анатомическія измѣненія, которыя наступаютъ у женщинъ, начиная съ климактерическаго возраста. Эти-то измѣненія, извѣстныя въ результатѣ ихъ подъ именемъ старческаго обратнаго развитія половой сферы (involutio senilis) и составляютъ единственную причину прекращенія мѣсячныхъ. По Kisch'у*****, изслѣдовавшему очень тщательно этотъ

* Hamburger Zeitschr. f. die Ges. Medicin, 1838, Bd. IX, p. 289; см. также Schmidt's Jahrb., Bd. XXI, p. 201.

** Въ диссертациі своей: Quanam sit ratio caloris organici, цитировъ у Winckel'я въ его Zur Pathologie der Geburt. Rostock., 1869, p. 6.

*** Gaz. med. de Paris. 1870, p. 646.

**** Arch. f. Gynaecol., Bd. II, p. 300; Ibid., Bd. IV, p. 371.

***** Arch. f. Gynaecol., Bd. XII, p. 416.

вопросъ, климактерическія измѣненія въ яичникахъ, сводятся къ тому, что граафовы пузырьки подвергаются жировому перерождению, между тѣмъ какъ *albuginea* оплотнѣваетъ. Такъ какъ измѣненія эти развиваются тихо, то и мѣсячныя прекращаются не разомъ, а сначала начинаютъ замѣчаться въ нихъ отклоненія отъ первоначальнаго типа и формы, которыя указываютъ на то, что дѣло идетъ къ окончанію ихъ. Обыкновенно они начинаютъ являться рѣже, напр. разъ въ 2—3 мѣсяца, становятся болѣе скудными и продолжаются меньше обыкновеннаго. Нерѣдко мы имѣемъ обратныя явленія, т. е. мѣсячныя являются чаще и бываютъ болѣе или менѣе обильны. Очень вѣроятно, что замѣчаемые въ этихъ случаяхъ менорагіи должно считать результатомъ глубокихъ анатомическихъ измѣненій въ сосудахъ, вслѣдствіе которыхъ они становятся хрупкими. Если измѣненія климактерическія въ маткѣ происходятъ не постепенно, а вдругъ, — то это обыкновенно болѣе или менѣе сильно отзывается на общемъ состояніи цѣлымъ рядомъ болѣзненныхъ явленій, которыя мы называемъ *status climactericus morbosus*, — состояніе характеризующееся весьма тяжелыми нервными припадками. Женщины, давнымъ давно забывшія о такъ называемой истерикѣ, снова начинаютъ ею страдать въ очень сильной степени и въ это время имѣютъ сильное расположеніе къ психозамъ и, какъ нѣкоторые (Pinel, Beclard) увѣряютъ, также къ эпилепсіи (?).

Возрастъ, въ которомъ прекращаются мѣсячныя, колеблется точно также, какъ и возрастъ, въ которомъ они начинаются. Къ сожалѣнію, мы имѣемъ на этотъ счетъ столь малочисленные данныя, что не рѣшаемся вывести на основаніи ихъ какіе-либо результаты. Малочисленность располагаемыхъ нами на этотъ счетъ данныхъ объясняется очень просто тѣмъ, что гинекологу приходится мало имѣть дѣло съ женщинами, перешедшими давно за климактерическій возрастъ. Вообще же, на основаніи тѣхъ данныхъ, которыми мы располагаемъ, я полагаю, что возрастъ этотъ колеблется у насъ между 45—47 гг. Для Франціи Brière опредѣляетъ его между 40—50 гг. Rasiborsky и Dechambre принимаютъ 46 годъ за эпоху прекращенія мѣсячныхъ, на основаніи своихъ изслѣдованій въ Salpêtrière. Krieger опредѣляетъ этотъ возрастъ между 46—50 гг. Прежде большинство авторовъ утверждало, что, чѣмъ раньше начались мѣсячныя, тѣмъ раньше они и оканчиваются. William Grey и Rasiborsky уже давно утверждали противное и это также подтверждается новѣйшими изслѣдованіями L. Mayer'a и Krieger'a, а именно, что мѣсячныя оканчиваются позже у тѣхъ, у которыхъ они раньше начались. Не безинтересенъ также тотъ фактъ, что у женщинъ зажиточныхъ и высшихъ классовъ мѣсячныя продолжаютъ большее число лѣтъ, чѣмъ у женщинъ деревенскихъ и рабочихъ классовъ.

Выше мы видѣли примѣры того, что мѣсячныя могутъ появляться у очень молодыхъ субъектовъ; точно также существуютъ примѣры очень ранняго пре-

крашенія ихъ и притомъ безъ всякаго ущерба для общаго состоянія. Таковы случаи наступленія менораісиса на 30, 28, 26 и даже 22 году отъ роду, приводимые Menville'о мѣ. Съ другой же стороны, нѣкоторые авторы приводятъ случаи, въ которыхъ мѣсячныя продолжались до такого возраста, что по неволѣ какъ-то не вѣрится этому. Такъ напр. Bernstein и Blancard упоминаютъ о женщинахъ, которыя будто бы менструировали, имѣя 80, 90 и даже 106 (sic!) лѣтъ отъ роду! Что касается случаевъ зачатія женщинами, у которыхъ мѣсячныя уже исчезли, то это должно объяснить тѣмъ, что у нихъ овуляція еще продолжалась, такъ-какъ, на основаніи многочисленныхъ изслѣдованій, не подлежитъ никакому сомнѣнію, что созрѣваніе яичекъ можетъ продолжаться иногда довольно долго послѣ прекращенія мѣсячныхъ.

Разсмотрѣвъ физиологическую сторону мѣсячныхъ, намъ бы слѣдовало, по примѣру того, какъ это дѣлалось прежде, коснуться гигиены этого отправленія. Мы не дѣлаемъ однако этого по той простой причинѣ, что врачу, который познакоится съ гинекологіей, нечего собственно сказать объ этомъ. Такъ называемая гигиена мѣсячныхъ—любимый конекъ тѣхъ, которые пишутъ наставленія для женщинъ, матерей и пр. Мы бы многое могли сказать на этотъ счетъ, если бы мы не боялись выйти изъ предѣловъ сочиненія, подобнаго нашему. Мы не можемъ однако не коснуться здѣсь нѣкоторыхъ, относящихся сюда вопросовъ, такъ-какъ они имѣютъ большой практической интересъ.

Искони вѣковъ женщинамъ во время менструаціи запрещается давать какія бы то ни были лекарственныя вещества. На чемъ основано подобное предубѣжденіе, раздѣляемое большинствомъ врачей? Очевидно, на боязни разстроить мѣсячныя; страхъ этотъ совершенно безотчетный, такъ-какъ до сихъ поръ, сколько мнѣ извѣстно, не существуетъ на этотъ счетъ никакихъ прямыхъ наблюденій. Я ужъ не говорю о другихъ фармацевтическихъ агентахъ. но и дѣйствіе такъ называемыхъ есоліса, съ которыми мы познакоимся ниже, въ данномъ случаѣ весьма сомнительно. Особенно боятся употребленія кислотъ и хинина во время мѣсячныхъ. Я долженъ сказать, что въ теченіи многихъ лѣтъ я давалъ менструирующимъ женщинамъ, если это оказывалось нужнымъ, въ большихъ пріемахъ хининъ и не замѣтилъ отъ этого рѣшительно никакого вреда. Вообще, я мѣсячныя не считаю ни въ какомъ случаѣ противопоказаніемъ къ какому бы то ни было терапевтическому агенту. Впрочемъ, и нѣкоторые другіе гинекологи, какъ напр. Рациборскій, давно пришли къ совершенно такимъ же результатамъ.

Могутъ-ли женщины во время менструаціи употреблять тѣ или другія минеральныя воды? На основаніи вышесказаннаго, на вопросъ этотъ должно отвѣчать утвердительно. Между тѣмъ большинство врачей, практикующихъ на водахъ, другаго мнѣнія и запрещаютъ употребленіе водъ во время мѣсячныхъ. Въ этомъ отношеніи должно имѣть въ виду одно обстоятельство. Если дѣло идетъ о такомъ патологическомъ состояніи матки, которое сопровождается чрезмѣрно обильными мѣсячными (menstr. prof.), то не слѣдуетъ пить тѣ воды, которыя имѣютъ слабительное дѣйствіе по преимуществу, такъ

какъ онѣ могутъ усилить гиперемію половой сферы. При другихъ же условіяхъ менструирующія женщины не должны прерывать начатое леченіе водами.

Могутъ ли менструирующія женщины купаться въ рѣкѣ, или морѣ? Большинство новѣйшихъ бальнеологовъ, особенно французскихъ, практикующихъ на морскихъ купаньяхъ, пришли къ заключенію, что купанья не оказываютъ ни малѣйшаго вреда. Я лично могу подтвердить, что теплыя ванны, въ случаѣ извѣстнаго показанія, были назначаемы мною весьма часто во время мѣсячныхъ и я не замѣтилъ отъ этого ни малѣйшаго ущерба.

Чтобы покончить съ вопросомъ о мѣсячныхъ, намъ остается еще разсмотрѣть отношеніе мѣсячныхъ къ различнымъ острымъ и хроническимъ процессамъ. Что касается отношенія мѣсячныхъ къ нѣкоторымъ острымъ процессамъ, то это подавало прежде поводъ къ очень различнымъ толкованіямъ. Такъ, появленіе мѣсячныхъ во время теченія тифа, холеры, острыхъ сыпей и пр. считали какимъ-то критическимъ, можетъ быть благотворнымъ явленіемъ, смотря на нихъ, какъ на переломъ (?!). То, что я наблюдалъ въ этомъ отношеніи, я ни въ какомъ случаѣ не могу считать благотвѣтельнымъ усиліемъ природы. Нерѣдко, именно во время появленія мнимыхъ мѣсячныхъ во время тифа, теченіе послѣдняго принимало очень неблагоприятный характеръ. Замѣчаемое во время теченія упомянутыхъ острыхъ процессовъ кровотеченіе собственно ничуть не мѣсячныя, а результатъ остраго эндометрита, составляющаго спутникъ этихъ процессовъ. Мы считаемъ излишнимъ еще болѣе настаивать на этомъ, такъ какъ уже коснулись этого вопроса на стр. 485 ч. I. Намъ остается только прибавить, что если тотъ, или другой острый процессъ появляется за нѣкоторое время до наступленія мѣсячныхъ, то онъ обыкновенно не оказываетъ никакого вліянія на появленіе ихъ; въ рѣдкихъ только случаяхъ онъ ускоряетъ его на нѣсколько дней: Послѣ острыхъ же процессовъ, въ особенности тифа, мѣсячныя на болѣе или менѣе долгое время прекращаются. Обстоятельство это достаточно объясняется упадкомъ питанія всего организма.

Что касается хроническихъ процессовъ, въ особенности тѣхъ, которые влекутъ за собою болѣе, или менѣе сильное изнуреніе, то мѣсячныя при нихъ болѣе или менѣе оскудѣваютъ, а иногда совершенно прекращаются. При хроническихъ пневмоніяхъ, подъ конецъ, мѣсячныя обыкновенно прекращаются. При органическихъ же разстройствахъ сердца, влекущихъ за собою нарушеніе циркуляціи въ тѣлѣ, мы обыкновенно имѣемъ дѣло съ чрезмѣрно обильными мѣсячными.

Мѣсячныя могутъ быть неправильны, или по отношенію къ типу, или къ формѣ, или, наконецъ, по характеру. Мы уже видѣли, что правильность типа состоитъ въ томъ, что мѣ-

сячныя являются каждый разъ, черезъ опредѣленный промежутокъ времени, именно черезъ 25 дней; если же они будутъ являться раньше или позже этого, то это будутъ мѣсячныя съ неправильнымъ типомъ. Въ первомъ случаѣ мы называемъ ихъ *menstruatio antecipiens*, во второмъ—*menstr. postropens*. Форма мѣсячныхъ бываетъ правильна тогда, когда они продолжаются известное время (5—6 дней) и не превышаютъ известнаго количества. Въ противномъ случаѣ, т. е. если они продолжаются слишкомъ долго, мы называемъ мѣсячныя слишкомъ продолжительными (*menstr. protracta*); если же количество ихъ больше надлежащаго—чрезмѣрно обильными (*menstr. profusa*), если же количество ихъ меньше—скудными (*menstr. paucis*). Характеръ мѣсячныхъ неправильный, если они болѣзненны—*menstruatio defficilis, dysmenorrhoea*. Такъ-какъ эти различныя нарушенія правильности мѣсячныхъ нерѣдко сопровождаютъ другъ друга, то мы не станемъ разсмаривать ихъ каждое отдѣльно, а сгруппируемъ ихъ въ три главныя формы, а именно: отсутствіе мѣсячныхъ, чрезмѣрно обильныя и болѣзненныя мѣсячныя.

1. *Отсутствіе мѣсячныхъ.*

(*Amenorrhoea*).

Подъ этимъ именемъ *amenorrhoea* мы понимаемъ такое патологическое состояніе, при которомъ мѣсячныя, не смотря на наступленіе надлежащаго возраста, у даннаго субъекта вовсе не появляются. Въ клиническомъ отношеніи различаютъ два вида этой патологической формы. Въ первой изъ нихъ мѣсячныя появляются позже, чѣмъ это обыкновенно бываетъ, и поэтому мы ее назовемъ относительной аменореей. Если, напр., у даннаго субъекта мѣсячныя не являются въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ, послѣ той средней нормы, когда они у насъ обыкновенно появляются, то въ теченіи этого времени субъектъ этотъ будетъ страдать аменореей, но только относительно, такъ-какъ мѣсячныя у него могутъ еще наступить. Аменорея же будетъ абсолютной, если у субъекта не наступили мѣсячныя, не смотря на то, что крайній предѣлъ нормальнаго наступленія ихъ ужъ прошелъ. По нашей таблицѣ, напр., крайній предѣлъ возраста, въ который наступили въ первый разъ мѣсячныя,—25 лѣтъ. Субъектъ, перешедшій нѣсколько лѣтъ за этотъ возрастъ, будетъ находиться въ состояніи безусловной аменореи*. Относительная аменорея чаще всего обуславливается общими страданіями организма, глубоко видоизмѣняющими дѣятельность половой сферы. Сюда мы главнымъ образомъ должны

* Случай, въ которыхъ мѣсячныя появляются иногда далеко за установленный нами предѣлъ, принадлежатъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. Такъ, Loewy (*Wiener medic. Wochenschr.* 1868 № 89) приводитъ исторію одной женщины, у которой мѣсячныя наступили на 31 году послѣ того, какъ она уже родила шесть разъ.

отнести анемію, хлорозъ, цыngu и рѣже рахитизмъ. При этомъ однако мы должны замѣтить, что однихъ этихъ патологическихъ формъ нерѣдко бываетъ недостаточно для того, чтобы вызвать аменорею; вѣроятно для того требуются еще какія-либо другія условія. Иначе аменорея встрѣчалась бы гораздо чаще, чѣмъ это бываетъ на самомъ дѣлѣ, имѣя въ виду то обстоятельство, что малокровіе составляетъ теперь часто встрѣчающееся зло. Очень вѣроятно, что здѣсь играетъ не малую роль извѣстнаго рода торпидность половой сферы, сущность которой мы не беремъся опредѣлять.

Если при относительной аменорей нѣтъ никакихъ особенныхъ показаній со стороны общаго состоянія, то всякое вмѣшательство искусства я считаю совершенно излишнимъ. Главное въ этомъ случаѣ—произвести тщательное изслѣдованіе половой сферы для того, чтобы установить надлежащую прогностику по отношенію къ больнымъ, которыхъ аменорея обыкновенно не мало пугаетъ. Въ отношеніи этого обстоятельства мы отсылаемъ читателя къ тому, что сказано нами выше объ атрофіи матки. Мы серьезно предостерегаемъ начинающихъ отъ употребленія такъ называемыхъ мѣсячногонныхъ (emmenagoga, pollentia) во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ о временной аменорей, обусловливаемой упадкомъ питанія организма или же сильно развитой атрофіей матки. Употребленіе вышеупомянутыхъ средствъ при подобныхъ условіяхъ совершенно бесполезно и нераціонально. Здѣсь слѣдуетъ подѣйствовать на общее состояніе организма надлежащимъ регулированіемъ образа жизни (пребываніе въ деревнѣ, гимнастика) и діеты (питательная пища) и, наконецъ, извѣстными фармацевтическими агентами.

Врачъ, по отношенію къ относительной аменорей, можетъ быть поставленъ въ практикѣ въ затруднительное положеніе. Въ самомъ дѣлѣ, возьмемъ дѣвушку, страдающую этой формой расстройствъ мѣсячныхъ; врача спрашиваютъ—можетъ ли она выйти замужъ, или нѣтъ? Щекотливый вопросъ этотъ можетъ быть рѣшенъ только послѣ тщательнаго изслѣдованія половой сферы. Если мы при этомъ не найдемъ никакихъ недостатковъ въ развитіи отдѣльныхъ частей ея, въ особенности же матки, то мы не видимъ причины, почему такому субъекту не выходить замужъ. Относительная аменорея ни въ какомъ случаѣ не должна служить основаніемъ для предсказанія абсолютнаго безплодія, такъ какъ слишкомъ хорошо извѣсно, что овуляція можетъ происходить безъ всякихъ наружныхъ явленій кровотеченія: это такъ называемая безкровная овуляція. Всякій гинекологъ въ подтвержденіе этого факта можетъ привести не мало наблюденій изъ своей практики.

Прекрашеніе на болѣе или менѣе долгое время мѣсячныхъ у субъекта, менструйровавшаго уже, мы называемъ меностазомъ (menostasis). Прежде авторы принимали двѣ формы этого патологическаго состоянія: острую и хроническую. Подъ именемъ остраго меностаза описывали быстрое прекращеніе, подъ влияніемъ какой-либо причины, мѣсячныхъ, появившихся въ срокъ и совершенно правильно. Допуская подобную аномалію мѣсячныхъ, смѣшивали, какъ прежде часто это дѣлали, различныя понятія. Чаще всего, утверждали, острое прекращеніе мѣ-

сacyjnych является результатом простуды. Но, вникая ближе въ приводимыя авторами подобныя исторіи болѣзни, не трудно убѣдиться въ томъ, что въ подобныхъ случаяхъ имѣли дѣло съ воспаленіемъ матки и придаточныхъ частей ея. Меностазія здѣсь, слѣдовательно, является только какъ одинъ изъ припадковъ воспалительнаго процесса, подобно тому, какъ, напр., при воспалительныхъ формахъ матки въ родильномъ состояніи послѣ—родовое очищеніе значительно уменьшается или же на время вовсе прекращается.

При терапіи въ подобныхъ случаяхъ должно остерегаться такого взгляда на дѣло, такъ-какъ такимъ образомъ можно принести только прямой ущербъ больной. Дѣло идетъ о воспалительномъ процессѣ въ маткѣ или придаточныхъ частяхъ ея, мы и дѣйствуемъ противъ него, не обращая никакого вниманія на меностази, который есть въ сущности ничто иное, какъ такой же припадокъ, какъ напр. боль внизу живота и пр. Поэтому-то мы при этихъ условіяхъ и направляемъ нашу терапію противъ воспалительнаго процесса, послѣ чего мѣсячныя нерѣдко снова появляются безъ того, чтобы противъ нихъ было предпринято что-нибудь особенное.

Въ старинной гинекологіи, когда, какъ мы уже видѣли, на мѣсячныя смотрѣли съ извѣстной точки зрѣнія, внезапное прекращеніе ихъ считали чѣмъ-то особенно страшнымъ по своимъ послѣдствіямъ. Такъ, у Саригон'а находимъ разсказъ о томъ, что внезапное прекращеніе мѣсячныхъ у одного субъекта сдѣлалось причиной кровотеченія въ мозгу (haemor. cerebri). Churchill увѣряетъ очень серьезно, что острая меностазія можетъ сдѣлаться причиною воспаленія мозга, кишекъ, легкихъ. На основаніи установленнаго нами выше взгляда на сущность разсматриваемой аномаліи мѣсячныхъ, понятно безъ дальнихъ словъ, на сколько состоятельно подобное воззрѣніе.

Скорѣе ужъ можно допустить, какъ самостоятельную форму, острый меностази вслѣдствіе вліянія психическихъ причинъ. Хотя я самъ ни разу не наблюдалъ ничего подобнаго, но тѣмъ не менѣе я не вижу никакого основанія усомниться въ дѣйствительности этого факта, такъ-какъ онъ совершенно соотвѣтствуетъ извѣстнымъ физиологическимъ даннымъ. Въ литературѣ существуетъ очень много наблюденій, въ которыхъ мѣсячныя внезапно прекращались, подъ вліяніемъ однихъ только нравственныхъ, психическихъ причинъ. Tilt* приводитъ наблюденіе объ одной 30 лѣтней женщинѣ, совершенно здоровой и кормившей своего ребенка въ то время, какъ мужъ ея внезапно умеръ на ея глазахъ. Это такъ потрясло эту несчастную, что она уронила своего младенца и потеряла сознание на нѣсколко часовъ. Отдѣленіе молока тотчасъ прекратилось и она болѣе ужъ никогда не менструировала. Въ высшей степени интересенъ фактъ, приводимый Churchillемъ. По его словамъ, почти всѣ женщины приговоренныя судомъ къ заключенію въ Ричмондскій исправительный домъ, въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени, страдаютъ меностазомъ.

Причины, обусловливающія хроническій меностази, могутъ быть весьма разнообразны, но все-таки ихъ можно подвести подъ двѣ категоріи. Къ одной изъ нихъ относятся главнымъ образомъ продолжительныя общія страданія, а именно глубокія измѣненія питанія, какъ-то: анемія и хлорозъ. Къ другой категоріи отно-

* The changes of Life. Lond., 1857, sec. edit., p. 28.

сятся причины, зависящія тотъ различныхъ расстройствъ половой сферы. Сюда должно отнести сильно выраженное паренхиматозное воспаление матки, атрофію ея, достигшую известной степени и нѣкоторыя страданія яичниковъ. И такъ, менопауза будетъ всегда только припадкомъ, явленіемъ самыхъ разнородныхъ страданій, то общихъ, то того или другаго отдѣла половой сферы. Изъ этихъ послѣднихъ самую важную роль играетъ, какъ мы уже знаемъ, атрофія матки. Наконецъ, не можемъ не упомянуть о томъ, что иногда вовсе нельзя отыскать причины менопаузы, какъ со стороны общаго состоянія, такъ со стороны половой сферы. Въ подобныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ субъектами, пользующимися совершеннымъ здоровьемъ, и самое тщательное изслѣдованіе между тѣмъ не обнаруживаетъ никакихъ расстройствъ ни со стороны матки, ни со стороны яичниковъ. Въ чемъ искать здѣсь причину менопаузы? Отвѣчать на этотъ вопросъ не легко: вѣроятно, какъ уже упомянуто выше при аменорее, здѣсь играетъ роль какое либо расстройство иннерваціи, это *quidquid ignotum*, что мы привыкли называть торпиднымъ состояніемъ половой сферы.

Менопауза никогда не развивается вдругъ, а наоборотъ, всегда исподволь. Обыкновенно дѣло начинается такъ, что сначала мѣсячныя начинаютъ становиться все болѣе и болѣе скудными, затѣмъ продолжаются меньшее число дней и, наконецъ, совсѣмъ прекращаются. Этотъ способъ развитія менопаузы очень легко объясняется тѣмъ, что сказано выше о причинахъ развитія ея. Такъ какъ эти послѣднія, т. е. анэмія, хлорозъ и т. д., а также атрофія матки, яичниковъ и т. д. развиваются медленно, то и результатъ этихъ патологическихъ состояній, именно менопауза, долженъ развиваться такимъ же образомъ.

Явленіи, обусловливаемыхъ менопаузой, на основаніи того, что сказано нами выше, собственно быть не можетъ. Между тѣмъ врачу постоянно приходится слышать о мнимыхъ тяжелыхъ припадкахъ, обусловливаемыхъ этимъ расстройствомъ мѣсячныхъ. Выраженія: «кровь бросается въ голову, грудь и т. п.» сдѣлались стереотипными фразами у больныхъ, унаслѣдовавшихъ ихъ отъ врачей, которые, какъ мы уже видѣли, имѣли самыя странныя представленія на этотъ счетъ. Данная больная, напр., страдающая менопаузою вслѣдствіе анэмии, будетъ въ то же время страдать между прочимъ и сердцебіеніемъ; но такъ-какъ она не знаетъ сущности дѣла, то очень понятно, что она это сердцебіеніе припишетъ менопаузе, а не главной причинѣ, т. е. хлоро-анэмии. Такимъ образомъ можно объяснить любое явленіе, на которое жалуются подобныя больныя.

Не придавая никакого особеннаго значенія клинической картинѣ, на которую обыкновенно жалуются женщины, страдающія менопаузою, я этимъ нисколько не думаю утверждать, чтобы это расстройство мѣсячныхъ не требовало вмѣшательства со стороны врача. Но, снова повторяю, оно должно быть направлено

не противъ меностаза собственно, какъ бы онъ ни казался страшнымъ больной, а противъ того процесса, котораго онъ составляетъ болѣе или менѣе прямое послѣдствіе. Не смотря однако на всю наглядность этого положенія, нигдѣ въ гинекологіи не грѣшили столько противъ здраваго смысла, какъ именно здѣсь. Прежде полагали, да многіе и теперь крѣпко держатся того мнѣнія, что прекратившіяся (лучше: исчезнувшія) мѣсячныя можно вызывать тѣмъ или другимъ путемъ, и отсюда цѣлый рядъ способовъ и средствъ, извѣстныхъ подъ именемъ мѣсячногонныхъ (*emmenagoga, pellentia*). Трудно теперь сказать, въ силу чего нѣкоторые лекарственнымъ веществамъ приписывали и продолжаютъ приписывать до сихъ поръ мѣсячногонное свойство. Уже одно то можетъ показаться страннымъ, что въ число этихъ средствъ входятъ лекарственныя вещества, обладающія самыми разнородными фармакодинамическими свойствами. Эменагогами считаются всевозможныя *drastica* (какъ-то: *aloe*, яляпа, *gumi-gutta*, *ol. suc. ol. croc. tigl.* и пр.); это еще до извѣстной степени понятно, такъ какъ драстическія средства въ извѣстныхъ приемахъ, думали, должны вызывать гиперемію къ тазовымъ органамъ. Тоже самое должно сказать и относительно горячихъ, раздражающихъ ножныхъ ваннъ и пр. Но что это далеко не такъ, какъ думали, доказывается тѣмъ, что эти средства (которые также считали способными вслѣдствіе этого прерывать беременность—*abortiva*) ничуть не вліяютъ на беременную матку. Есть не мало примѣровъ, гдѣ беременныя женщины, съ цѣлью вызвать выкидышъ, принимали въ громадныхъ приемахъ различныя *drastica*; но результаты были совершенно другой, чѣмъ онѣ думали: онѣ заболѣвали воспаленіемъ кишекъ и даже брюшины, даже умирали, а выкидышъ все-таки не происходилъ. Другой рядъ *emmenagoga* обнимаетъ нѣкоторыя лекарственныя вещества, которые издавна пользуются особенной въ этомъ отношеніи репутацией, неизвѣстно почему. Сюда относятся шафранъ, *ruta graveolens*, *sabina* и пр. Въ особенности же спорынья съ ея препаратами. Въмѣсто критическаго разбора дѣйствія поименованныхъ средствъ въ данномъ случаѣ, мы лучше ограничимся двумя примѣрами. Одна больная страдаетъ меностазомъ, потому что она страдаетъ паренхиматознымъ хроническимъ воспаленіемъ въ томъ періодъ этого процесса, когда дѣло идетъ о такомъ разрастаніи соединительной ткани, что сосуды спадаются. Спрашивается, что могутъ здѣсь сдѣлать какіе бы то ни было приемы *rutae. sabinae* и т. п.? Второй примѣръ. Другая больная страдаетъ также меностазомъ, но совсѣмъ отъ другой причины, именно отъ атрофіи матки. Не говорю уже о томъ, что въ подобномъ случаѣ могутъ сдѣлать вышеупомянутыя *emmenagoga*, но даже столь хваленная спорынья? Если спорынья должна дѣйствовать на сократительные элементы матки, то, спрашивается, на что ей дѣйствовать въ данномъ случаѣ, когда именно этихъ элементовъ и не достаетъ? Вслѣдствіе всего этого, въ каждомъ случаѣ меностаза должно тщательнo изслѣдовать

половую сферу и, опредѣливъ ближайшую причину его, противъ нея и направить данную терапію. Что же касается мѣсячногонныхъ въ смыслѣ старинной гинекологіи, то давно пора вовсе изгнать ихъ изъ практики, такъ-какъ употребленіе ихъ не можетъ быть оправдано даже самымъ грубымъ эмпиризмомъ.

У женщинъ, страдающихъ аменореей, или меностазомъ, или же только скудными мѣсячными, можетъ являться периодическое кровотеченіе или изъ совершенно здоровыхъ органовъ, или частей тѣла, или же изъ язвъ, ранъ и пр. Если такія периодическія кровотеченія изъ другихъ частей тѣла являются при совершенномъ отсутствіи периодическихъ кровотеченій изъ матки, то это называютъ *menstruatio vicaria* (*menses per aliena loca*); если же они сопровождаютъ настоящія, но скудныя мѣсячныя, то это называютъ дополнительными мѣсячными (*menstr. supplementaria*). Старинные патологи смотрѣли на это какъ на нѣчто чудесное и старались объяснить это явленіе самыми различными теоріями. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что множество подобныхъ случаевъ, сохраняемыхъ старинной литературой, основаны на любви къ чудесному, чаще всего на поверхностномъ изслѣдованіи. Абстрагируя поэтому отъ старинной литературы, должно допустить, на основаніи немногихъ новѣйшихъ наблюденій, что дѣйствительно иногда у аменорейныхъ субъектовъ является кровотеченіе изъ другихъ частей тѣла, чаще же язвъ. Что касается органовъ, принимающихъ на себя обязанность менструировать вмѣсто матки, то, согласно Рюесчу, это чаще всего наблюдали со стороны слизистой оболочки желудка, сосудовъ и слизистой оболочки дыхательныхъ вѣтвей и носа. Викарирующее кровотеченіе продолжается обыкновенно недолго, 1—2 дня, рѣдко 5—6 дней. Описаны также весьма рѣдкіе случаи, въ которыхъ *menstr. vicaria* являлась у одного и того же субъекта въ различныя времена изъ различныхъ органовъ. Въ этомъ отношеніи обыкновенно цитируютъ случай *Heusinger'a*. У субъекта, страдавшаго кистами яичниковъ, мѣсячныя являлись то изъ щекъ, то изъ грудныхъ сосковъ, то изъ руки, то уха, то желудка, то носа. Интересно при этомъ еще то, что временами она менструировала также изъ матки.

Прибавить какое либо объясненіе для разсматриваемаго факта весьма трудно. Если допустить, что овуляція производитъ извѣстную степень возбужденія въ кровеносной системѣ всего организма, то можно также допустить, что, при аменорее, переполненіе кровью кумулируется въ какомъ-нибудь другомъ органѣ, которое, наконецъ, разрывается кровотеченіемъ. Во всякомъ случаѣ, разсматриваемое явленіе составляетъ скорѣе физиологическій курьезъ, чѣмъ опредѣленную гинекологическую форму. Что такъ назыв. *menstr. vicaria* находится въ опредѣленной связи съ извѣстнымъ состояніемъ половой сферы, доказывается тѣмъ, что она прекращается во время беременности и кормленія грудью. Всѣ авторы согласны въ томъ, что викарирующія кровотеченія не оказываютъ никакого вреднаго вліянія на организмъ.

Библиогр. Siebold, *Handb. zur Erkenntniss und Heilung der Frauenzimmerkrankh.* Frankf.-a.-Main, 1821, Bd. I, p. 438.—Capuron, *Traité des maladies des femmes*, 2-e édition, Paris, 1817, p. 120.—Davis, *Obst. med.*, vol. I, p. 242.—Mojon, *Rech. sur la menstruat.*, *Rev. médic.*, 1836, mars.—A. Рюесч, *Méd. de l'acad. des sc.*, 1861 (собралъ весьма обширную казуистику, обнимающую 250 случаевъ).—Rollet, *Ueber die Periodität mancher Blutungen*. *Wien. med. Wochenschr.*, 1866, p. 1577.—Krieger, *die Menstr.*, Berlin, 1869, p. 126.—Courtly, *Traité prat.*, p. 417.—Beigel, *Die Krankh. des weiblich. Geschlechts*. Erlangen, 1874 p. 356.—Scanzoni, *Lehrb. der Krankh. der weiblich. Sexualorg.* 5 Ausg., 1875, p. 401.

2. Слишкомъ обильныя мѣсячныя и маточное кровотеченіе во время мѣсячныхъ.

Обильными мѣсячными (*menstr. profusa*) мы называемъ такое разстройство ихъ, при которомъ женщина теряетъ

крови болѣе нормальнаго, или болѣе, чѣмъ она теряла до сихъ поръ. При этомъ менструальный періодъ можетъ продолжаться столько же времени, какъ прежде, или же долѣе прежняго:—з а т я г и в а ю щ і я с я м ѣ с я ч н ы я—*menstruatio protracta*. При установиваніи понятія о чрезмѣрно обильныхъ мѣсячныхъ нужно принять въ соображеніе, какъ мы уже сказали, степень вліянія ихъ на общее состояніе даннаго субъекта.

Чрезмѣрно обильныя мѣсячныя обуславливаются всегда извѣстными анатомико-патологическими измѣненіями, какъ самой матки, такъ и придаточныхъ частей ея. Сюда главнымъ образомъ должно отнести всѣ страданія матки, характеризующіяся разрастаніемъ элементовъ ея ткани, слѣдов., вообще всѣ патологическія формы, влекущія за собою увеличеніе ея въ объемъ (*metritis parench.*, *hyperplasia p. vagin.*), а также воспалительныя формы яичниковъ, поддерживающія постоянныя гипереміи въ маткѣ, и, наконецъ, различнаго рода новообразованія ея, съ которыми мы достаточно познакомились выше. Кромѣ того, причиною *menstr. profusa* могутъ сдѣлаться нѣкоторыя общія страданія (скорбутъ, *haemorrhile*) и разстройство органовъ кровообращенія. Мы сами видѣли очень мало подобныхъ случаевъ и потому не можемъ сказать на этотъ счетъ ничего особеннаго. Какъ бы то ни было, но всѣ случаи обильныхъ мѣсячныхъ, обуславливаемыхъ вышеупомянутыми причинами, будутъ составлять ничто иное, какъ только припадокъ. Бываютъ однако случаи, въ которыхъ *menstr. profusa* является до извѣстной степени самостоятельной формой, такъ-что здѣсь чрезмѣрно обильныя мѣсячныя составляютъ единственный и главный припадокъ. Мы имѣемъ здѣсь въ виду тѣ случаи, въ которыхъ *menstr. profusa* обуславливается исключительно особенною вялостью и разрыхленіемъ маточной ткани—состояніе, которое прежніе гинекологи описывали подъ именемъ *атоніи матки*. Такъ какъ подобное состояніе замѣчается почти исключительно послѣ выкидышей, то гораздо проще будетъ назвать его *involutio vitiosa*. Говоря объ этиологіи обильныхъ мѣсячныхъ, мы не можемъ не указать на ожирѣніе тѣла, какъ на одну изъ причинъ его. Сильно ожирѣвшіе субъекты, по истеченіи большаго или меньшаго времени отъ начала ожирѣнія, начинаютъ страдать обыкновенно обильными мѣсячными, причемъ изслѣдованіе указываетъ на большее или меньшее увеличеніе матки, стѣнки которой представляются обыкновенно довольно вялыми. Какъ назвать подобное состояніе? Первымъ или инфильтраціоннымъ періодомъ паренхиматознаго воспаленія матки (*metr. chr.*)? Но тогда можно спросить—отчего же этотъ періодъ у этихъ субъектовъ продолжается такъ долго? Однимъ словомъ, тутъ дѣло гораздо сложнѣе, чѣмъ думали старинные гинекологи, объяснявшіе его просто плеторой. Какъ бы то ни было, но въ практикѣ нужно имѣть въ виду этого рода обильныя мѣсячныя, которыя мы пока назовемъ *menstr. prof. ex polysarcia*, такъ

какъ леченіе въ этомъ случаѣ должно быть направлено противъ производящей причины, т. е. противъ ожирѣнія.

Подъ именемъ кровотеченія во время мѣсячныхъ (menorrhagia) я понимаю усиленную потерю крови во время мѣсячныхъ, обуславливаемую обыкновенно случайными причинами; при этомъ могутъ быть тѣ или другія патологическія состоянія со стороны матки или другихъ частей половой сѣры, но они нисколько не составляютъ необходимаго условія. Такъ, напр. женщина на 2-й или 3-й день дѣлаетъ какое либо продолжительное физическое усиліе, результатомъ этого можетъ явиться усиленіе гиперэміи (физиологической, менструальной), а затѣмъ усиленіе кровотеченія (menorrhagia). Будетъ ли при этомъ то или другое предшествовавшее болѣзненное состояніе матки, — все равно; оно только усилитъ до извѣстной степени менорагію. Можетъ быть и такъ, что женщина въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени страдаетъ обильными мѣсячными вслѣдствіе извѣстнаго патологическаго состоянія со стороны половой сѣры; во время мѣсячныхъ она, положимъ, долго походитъ пѣшкомъ и результатомъ этого является усиленное кровотеченіе. Въ данномъ случаѣ менорагія является на почвѣ, предуготовленной предшествовавшимъ страданіемъ матки, но развилась чисто вслѣдствіе случайной причины, въ нашемъ случаѣ — продолжительной ходьбы. Изъ этого не трудно усмотрѣть, что должно строго различать собственно менорагію отъ обильныхъ мѣсячныхъ, какъ клинически, такъ и терапевтически. Менорагія, слѣдовательно, обуславливаемая всегда какою либо случайною причиною, будетъ продолжаться только до тѣхъ поръ, пока не пройдетъ состояніе, вызванное подѣйствовавшей причиною. Поэтому рѣдко только можно видѣть, чтобы менорагія повторилась при слѣдующихъ мѣсячныхъ. Изъ этого должно исключить одинъ видъ менорагіи, встрѣчающійся только у женщинъ, кормящихъ грудью, и у которыхъ одинъ мѣсяцъ является менорагія, затѣмъ на мѣсяцъ или болѣе пропадаетъ, чтобы послѣ того снова явиться. Этотъ видъ менорагіи отличается, какъ по этиологіи, такъ и по теченію, отъ другихъ видовъ менорагіи и потому я назвалъ его менорагіею кормилицъ — *menorrhagia nutricum*.

Менорагія бываетъ двоякаго рода: активная и пассивная. Это различіе въ формѣ обуславливается главнымъ образомъ свойствомъ производящей причины и индивидуальностью больной. Активная форма сопровождается иногда значительной реакціей; больныя жалуются на головную боль, тошноту, рвоту и нерѣдко на боль въ тазовой сторонѣ. Кровотеченіе при этомъ бываетъ неравно, то больше, то меньше; вообще, оно никогда не достигаетъ такой степени, какъ при пассивной формѣ, при которой, кромѣ того, никогда почти не замѣчается никакихъ особенныхъ явленій со стороны общаго состоянія. При активной формѣ Т^о рукава болѣе или менѣе возвышена, матка сочна, вѣсъ ея увеличенъ, влажная часть утолщена и зѣвъ закрытъ. При пассивной же

рукавъ нормальной температуры, дряблый, матка стоит низко, стѣнки ея вялы, влагалищная часть укорочена и зѣвъ раскрытъ до того, что легко пропускаетъ верхушку пальца. При этомъ кровотеченіе бываетъ гораздо болѣе обильно, чѣмъ при активной формѣ и, будучи предоставлено само себѣ, продолжается гораздо дольше. Относительно силы кровотечения при менорагіяхъ должно замѣтить, что оно иногда достигаетъ такой степени, что больныя становятся сильно анэмичными и оно болѣе или менѣе разстраиваетъ ихъ здоровье

Что касается леченія менорагіи, то оно будетъ различно, смотря по формѣ ея. При менорагіи активной мы назначаемъ абсолютный покой и легкое слабительное изъ какой-нибудь средней соли; затѣмъ холодные компрессы на нижнюю часть живота и бедра и 3—4 рукавныхъ душа изъ не очень холодной воды. По прошествіи 2—3 дней, когда лихорадочныя явленія уже унимаются, назначаемъ эрготинъ. Съ тампономъ въ данномъ случаѣ нужно быть осторожнымъ, особенно въ началѣ, когда мы имѣемъ еще дѣло съ большою или меньшею чувствительностью со стороны матки, такъ-какъ при подобныхъ условіяхъ тампонъ можетъ усилить гиперемію.

При менорагіи же пассивной—совсѣмъ иное дѣло. Здѣсь, очистивъ рукавъ отъ кровяныхъ сгустковъ, тотчасъ приступаютъ къ впрыскиванію въ полость матки слабыхъ растворовъ азотно-кислаго серебра или полуторохлористаго желѣза и затѣмъ тампонируютъ часовъ на 6—8. По удаленіи тампона, назначаются холодные рукавные души. Внутриматочныя впрыскиванія въ этомъ случаѣ можно дѣлать тѣмъ смѣлѣе и безопаснѣе, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ раскрытымъ зѣвомъ, слѣдовательно, не требуется предварительнаго расширенія его. Непосредственнымъ послѣдствіемъ впрыскиванія здѣсь бываетъ обыкновенно почти мгновенное закрытіе зѣва, а вслѣдъ затѣмъ приостанавливается кровотеченіе. Мы весьма часто имѣли возможность убѣдиться въ томъ, что для остановленія кровотечения достаточно впрыснуть растворъ полуторохлористаго желѣза только въ цервикальный каналъ. Иногда подобное впрыскиваніе нужно повторять въ одинъ сеансъ нѣсколько разъ (2—3), пока кровотеченіе не остановится; хотя бы кровотеченіе остановилось совершенно, все таки нужно тампонировать рукавъ. Тампонъ здѣсь имѣетъ главнымъ образомъ задачу—усилить сократительную дѣятельность матки. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ приходится прибѣгать къ спорынѣ или эрготину, такъ-какъ упомянутой мѣстной терапіи бываетъ совершенно достаточно. Имѣя дѣло съ *menstr. prof.*, во время кровотечения мы дѣйствуемъ совершенно такимъ же образомъ, но само собою разумѣется, что это будетъ чисто палліативная терапія, такъ-какъ настоящая, каузуальная терапія будетъ различна, смотря по каждому данному случаю.

3. Затрудненная или болѣзненная мѣсячная.

(Dysmenorhea).

Мы уже видѣли выше, что весьма часто женщина во время мѣсячныхъ страдаетъ цѣлымъ рядомъ явленій, которыя издавна названы «*colimina menstrualia*». Такъ-какъ явленія эти рѣдко достигаютъ такой степени, чтобы они приняли рѣзкій паталогическій характеръ, то мы изъ нихъ и не составили никакой особенной паталогической формы. Въ другихъ же случаяхъ мѣсячныя за нѣкоторое время до появления ихъ и во время ихъ теченія сопровождаются столь значительными мѣстными страданіями, которыя въ свою очередь вызываютъ цѣлый родъ очень тяжелыхъ явленій, что весь комплексъ припадковъ принимаетъ совершенно самобытный паталогическій характеръ и который мы называемъ дисменореей. По сущности своей дисменорея можетъ быть различная и, согласно съ большинствомъ авторовъ, мы принимаемъ слѣдующіе четыре вида ея: дисменорею нервную, конгестивную, органическую и перепончатую.

а) ДИСМЕНОРЕЯ НЕРВНАЯ.

Въ послѣднее время, въ особенности со времени Sims'a, очень многіе стали отвергать существованіе этого вида дисменореи, утверждая, что допусканіе ея противорѣчитъ сущности представленія о болѣзненныхъ мѣсячныхъ, которыя могутъ быть только одного характера, именно органическаго. Взглядъ этотъ на дѣло, хотя отличается очевидною исключительностью, тѣмъ не менѣе принесъ свою долю пользы, такъ-какъ прежде ужъ слишкомъ злоупотребляли разсматриваемой формой дисменореи, принимая ее весьма часто тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ дисменореей, очевидно совершенно другаго свойства. На основаніи нашихъ личныхъ наблюденій, мы пришли къ заключенію, что эта форма существуетъ несомнѣнно, но встрѣчается въ практикѣ несравненно рѣже, чѣмъ думали прежде. Нервная, или лучше невралгическая форма дисменореи (*dysmenor. neuralgica*) встрѣчается преимущественно у очень молодыхъ субъектовъ, большею частью не рожавшихъ. Припадки, сопровождающіе ее, не представляютъ ничего рѣзкаго, типическаго и состоятъ не столько въ мѣстныхъ боляхъ, сколько въ переходящемъ разстройствѣ различныхъ частей нервной системы. Они бываютъ тѣмъ болѣе выражены, чѣмъ субъектъ моложе. Что касается характера мѣсячныхъ въ этомъ случаѣ, то нужно замѣтить, что количество крови при этомъ бываетъ или нормально, или даже нѣсколько болѣе, между тѣмъ какъ при дисменорее механической оно обыкновенно бываетъ болѣе или менѣе скудно.

Распознаваніе должно быть дѣлаемо весьма разборчиво, чтобы не впадать въ прежнюю крайность и не видѣть нервную дисменорею тамъ, гдѣ ея вовсе нѣтъ. Вообще же говоря, мы

имѣемъ право утверждать, что въ данномъ случаѣ дѣло идетъ о невралгической дисменорей, коль скоро самое тщательное изслѣдованіе не открываетъ въ половой сферѣ ничего особеннаго.

Предсказаніе въ случаѣ вѣрной діагностики весьма выгодно, такъ какъ невралгическая дисменорея унимается сама собою, по мѣрѣ того, какъ страдающій ею субъектъ становится старше. Кромѣ того, подобные субъекты весьма легко зачинаютъ и очень рѣдко случается, чтобы мѣсячныя сохранили прежній характеръ послѣ того, какъ они рожаютъ одинъ или два раза.

Такъ-какъ рассматриваемая форма дисменореи составляетъ скорѣе общую болѣзненную восприимчивость всего организма, чѣмъ опредѣленное мѣстное страданіе, то и терапія главнымъ образомъ должна быть направлена противъ этого. Съ этой цѣлью мы и назначаемъ средства, успокаивающія нервную систему вообще, какъ то: регулируемъ надлежащимъ образомъ гигиеническую обстановку, предписываемъ извѣстныя *nervina* (as. foet. азотно-кислосе серебро, бромъ, *canab. ind.* и пр.), теплыя ванны и, въ случаѣ надобности, мѣстно-*narcotica*.

б) Дисменорея конгестивная.

Подъ этимъ именемъ мы понимаемъ ту форму болѣзненныхъ мѣсячныхъ, которая обуславливается существенно воспалительнымъ состояніемъ извѣстныхъ частей половой сферы, преимущественно же матки и яичниковъ. Характеризуется эта форма тѣмъ, что боли являются преимущественно на высотѣ менструальной гипереміи, слѣдовательно послѣ того, какъ кровь уже идетъ одинъ или два дня; боли достигаютъ значительной степени и упорно держатся въ тазовой сторонѣ и при томъ весьма часто въ какомъ-нибудь одномъ опредѣленномъ мѣстѣ, напр. то главнымъ образомъ въ поясничной сторонѣ, то въ томъ или другомъ паху. Кромѣ того, при этой формѣ мы нерѣдко, кромѣ боли въ спинѣ, имѣемъ дѣло съ разстройствомъ мочевого пузыря, какъ это столь часто замѣчается при сильныхъ гипереміяхъ матки. Однимъ словомъ, при конгестивной формѣ дисменореи мы имѣемъ дѣло съ типическою картиною, ясно указывающею на то, что дѣло идетъ объ обостреніи стараго воспалительнаго процесса, подъ влияніемъ менструальной гипереміи. Справедливость этого воззрѣнія на конгестивную дисменорею доказывается тѣмъ, что въ высшихъ степеняхъ этой формы дѣло можетъ иногда дойти до болѣе или менѣе значительныхъ лихорадочныхъ движеній.

Въ этиологическомъ отношеніи, слѣдов., здѣсь будутъ имѣть значеніе воспалительныя формы матки, съ которыми мы познакомились уже выше, а также и тѣ изъ нихъ, изученіемъ которыхъ мы должны еще заняться, а именно: воспаленія серознаго покрова матки (*perimetritis*) и лежащаго подъ нимъ соединительно-тканнаго слоя (*parametritis*). Особенно часто встрѣчается

конгестивная дисменорея у женщинъ рожавшихъ, болѣе или менѣе пожилыхъ и страдающихъ застарѣлыми эндометритами, въ особенности же сильно выраженнымъ хроническимъ паренхиматознымъ воспаленіемъ маточныхъ стѣнокъ. Затѣмъ слѣдуютъ пери-и-параметритическіе экссудаты, а также хроническое воспаленіе яичниковъ (*oophoritis parenchym.*) и окружающей ихъ соединительной ткани (*perioophoritis*). Страданіе со стороны яичниковъ играетъ здѣсь, вѣроятно, весьма важную роль, такъ какъ намъ приходилось видѣть случаи рѣзко выраженного *metrit. chron.* безъ того, чтобы была конгестивная дисменорея, и наоборотъ, эта форма разстройства мѣсячныхъ была выражена очень сильно тамъ, гдѣ мы имѣли дѣло только съ періоофоритомъ.

Если поближе вникнуть въ сущность рассматриваемой нами формы дисменореи, то патогенія ея станетъ для насъ ясною, какъ нельзя болѣе. Мы ужъ выше указали на то, что въ данномъ случаѣ дѣло идетъ о потенцированіи хроническаго воспаления, или, что все равно, объ обостреніи его, благодаря физиологической, менструальной гипереміи. Боль здѣсь, слѣдов., должна имѣть чисто воспалительный характеръ, которая однако будетъ имѣть отчасти и потужное свойство, такъ какъ дѣло идетъ о маткѣ. Это-то и составляетъ патогномоническій характеръ конгестивной или воспалительной дисменореи, на основаніи котораго можно узнать ее по одному только разспросу больной.

Распознаваніе конгестивной дисменореей весьма легко по одному ужъ теченію ея, и, кромѣ того, мы путемъ изслѣдованія всегда можемъ констатировать ближайшую причину ея. Что конгестивная дисменорея можетъ въ тоже время имѣть отчасти и характеръ органической (напр. при паренхиматозномъ хроническомъ воспаленіи матки, загибѣ ея въ ту или другую сторону)—понятно само собою. Но выясненіе этого сложнаго характера дисменореи не можетъ представлять никакого затрудненія, такъ-какъ онъ можетъ быть легко констатированъ гинекологическимъ изслѣдованіемъ.

Предсказаніе довольно серьезно, такъ-какъ конгестивная дисменорея является всегда спутникомъ затянувшихся воспалительныхъ процессовъ, вообще туго поддающихся терапіи. Кромѣ того, здѣсь не должно упускать изъ виду и то, что при конгестивной дисменорее мы нерѣдко имѣемъ дѣло въ одно и тоже время съ чрезмѣрно обильными мѣсячными, сильно подрывающими общее состояніе больныхъ.

Леченіе, какъ понятно изъ вышесказаннаго, должно быть направлено противъ воспаления тѣхъ частей половой сферы, которое обуславливаетъ конгестивную дисменорею, что должно быть выполнено на основаніи тѣхъ данныхъ, съ которыми мы ужъ познакомились въ главѣ о воспалительныхъ формахъ матки. Что же касается облегченія страданій больныхъ во время мѣсячныхъ, то для этого поступаютъ слѣдующимъ образомъ. Такъ-какъ гиперемія менструальная подготавливается постепенно, то очень значительно можно облегчить больныхъ, если за 2—3 дня до обнаруженія мѣсячныхъ, т. е. когда онѣ начинаютъ жаловаться на ощущеніе тяжести и даже боли въ поясничной сторонѣ, при-

объгнать къ кровоизвлеченію изъ матки. Съ этой цѣлью мы дѣлаемъ глубокія скарификаціи губъ зѣва, послѣ чего назначаемъ нѣсколько горячихъ душь для того, чтобы получить какъ можно больше крови. Послѣ этого больная должна соблюдать, по возможности, абсолютный покой и внутрь назначаемъ легкія слабительныя изъ среднихъ солей. Послѣ скарификацій больная должна дѣлать души рукавные изъ слизистыхъ отваровъ T° въ 28—29°, прибавляя къ нимъ narcotica. Если бы боли въ то время, какъ покажется кровь, были очень сильны и при этомъ констатировались лихорадочныя движенія, то, продолжая вышеупомянутыя средства, мы прибавляемъ къ нимъ согрѣвающіе компрессы на нижнюю часть живота и нѣсколько приемовъ хинина. Держась этой терапіи, какъ уже сказано, можно значительно облегчить страданія больныхъ. Вообще, въ данномъ случаѣ должно помнить, что здѣсь дѣло идетъ не о простомъ униманіи болей, но что нужно дѣйствовать противъ извѣстныхъ воспалительныхъ процессовъ; поэтому придется прибѣгать болѣе къ противувоспалительнымъ средствамъ, чѣмъ къ наркотическимъ. Вслѣдствіе этаго мы въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло шло о конгестивной дисменорее въ слѣдствіе периметритическихъ эксудатовъ или періоофорита, доставляли больнымъ значительное облегченіе тѣмъ, что за 2—3 дня до приближительнаго наступленія мѣсячныхъ приставляли къ паховымъ сторонамъ по нѣскольку пиявокъ.

с) Дисменорея органическая или механическая.

Подъ именемъ этого рода дисменореи должно понимать всѣ тѣ случаи, въ которыхъ существуетъ большее или меньшее препятствіе стоку менструальной крови изъ матки. Такъ-какъ условій для этого можетъ существовать очень много, то изъ этого становится понятнымъ, почему этотъ видъ дисменореи встрѣчается столь часто въ практикѣ. Въ самомъ дѣлѣ, намъ бы пришлось повторить здѣсь почти все то, что сказано въ предидущихъ частяхъ нашего сочиненія, если бы мы вздумали перечислить здѣсь всѣ тѣ патологическія состоянія, которыя могутъ подавать поводъ къ органической дисменорее. Изъ всѣхъ этихъ причинъ однако чаще всего подаютъ поводъ къ ней тѣ патологическія формы матки, которыя или прямо суживаютъ просвѣтъ канала ея, или же дѣлаютъ это вторичнымъ путемъ, измѣняя направленіе его. Слѣдовательно, въ этиологіи этого вида дисменореи существенную и главную роль играетъ большая или меньшая степень суженія маточнаго канала. Поэтому-то Simpson и назвалъ ее *dysmenorrhoea obstructiva*. Къ производимымъ причинамъ, слѣдовательно, въ данномъ случаѣ будутъ относиться суженія естественныхъ отверстій матки, измѣненія въ очертаніи ея (загибы) и, наконецъ, одинъ изъ видовъ гипертрофіи влагалищной части, который чаще всего ведетъ къ спаденію просвѣта цервикальнаго канала, а именно гипертрофія коническая.

Чтобы дать читателю понятіе о томъ, какъ часто встрѣчается въ практикѣ органическая дисменорея, обусловливаемая каждой изъ вышеупомянутыхъ причинъ, мы приведемъ здѣсь 141 случай дисменореи изъ наблюдений, результаты которыхъ сообщены нами нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ нашихъ Клинич. Запискахъ (стр. 143). Къ этимъ наблюдениямъ мы прибавимъ еще 28 случаевъ изъ матеріала нашего домашняго амбулаторія.

169 случаевъ затруднен- ныхъ мѣсяч- ныхъ.	Маточный зѣвъ былъ совершенно нор- мальный въ	17 случаевъ.
	Большая или меньшая степень суженія констатирована въ	49 "
	Загибъ матки впередъ въ	49 "
	" " взадъ въ	22 "
	Значительная гипертрофія влагалищной части въ	32 "
	Всего	169 "

Для сравненія нашихъ данныхъ съ тѣми, которые приводитъ M. Sims, беремъ на выдержку изъ нихъ 100 случаевъ дисменореи. Обусловлившія ихъ патологическія формы матки распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

100 случаевъ.	Маточный зѣвъ норм. въ	6 случаевъ
	" " суженъ въ	20 "
	Маточная шейка изогнута въ	60 "
	" " воспалена въ	7 "
	Полипы найдены въ	2 "
	Всего	96 случаевъ

Такъ-какъ большинство изъ упомянутыхъ патологическихъ состояній, могущихъ сдѣлаться причиною механической дисменореи, были уже рассмотрѣны нами въ надлежащихъ отдѣлахъ нашего сочиненія, то мы остановимся здѣсь только на дисменорей идиопатической, т. е. той, которая обусловливается большою, или меньшею степенью суженія цервикальнаго канала.

Не смотря на то, что суженія эти уже давно стали предметомъ изученія со стороны очень многихъ врачей, тѣмъ не менѣе въ нихъ остается до сихъ поръ много ложнаго и сбивчиваго. Въ особенности это должно сказать на счетъ обусловливающихъ ихъ анатомико-патологическихъ данныхъ. Смотря по способу ихъ развитія, суженія эти могутъ занимать различныя мѣста цервикальнаго канала. Въ случаѣ, если они бываютъ врожденныя, то они исключительно почти ограничиваются наружнымъ зѣвомъ и достигаютъ иногда весьма значительной степени. Къ этой категоріи относятся встрѣчающіяся въ практикѣ случаи, гдѣ наружный зѣвъ представляется столь суженнымъ, что только съ большимъ трудомъ можно проникнуть въ него самымъ тонкимъ бужемъ. Если, съ другой стороны, мы имѣемъ дѣло съ суженіями приобретенными, то они занимаютъ верхнія части канала маточной шейки, преимущественно же внутренній зѣвъ. Весьма рѣдко только можно встрѣтить случаи, въ которыхъ были бы сужены въ одно и тоже время оба отверстія,

т. е. какъ наружный, такъ и внутренній зѣвъ. При такихъ условіяхъ суженіе бываетъ неравномѣрное, и притомъ такъ, что бываетъ суженъ болѣе внутренній зѣвъ.

Этіологія врожденныхъ суженій остается до сихъ поръ весьма темною. Такъ, я встрѣчалъ ихъ у женщинъ, отличавшихся, повидимому, совершеннымъ здоровьемъ и никогда ничѣмъ особеннымъ не страдавшихъ. Кромѣ того, при самомъ тщательномъ изслѣдованіи половой сферы нельзя было констатировать въ ней ничего особеннаго, кромѣ разсматриваемаго суженія. Что касается эпохи наступленія мѣсячныхъ, то и въ этомъ отношеніи подобныя больныя не представляютъ ничего особеннаго. Суженія приобретенныя встрѣчаются какъ у женщинъ рожавшихъ, такъ и у тѣхъ, которыя не рожали. На первый взглядъ слѣдовало бы предположить, что приобретенныя суженія должны встрѣчаться чаще у рожавшихъ; на дѣлѣ, однако, выходитъ не такъ, по крайней мѣрѣ, на основаніи нашего клиническаго матеріала. Нѣкоторые, какъ напр. Martin *, предполагали, что существенную этиологическую роль въ этомъ случаѣ играетъ перелой. Едва ли можно согласиться съ подобнымъ мнѣніемъ, если вспомнить, какъ часто цервикальный каналъ подвергается воспаленію, не имѣющему ничего общаго съ гонореей. Очевидно, что разсматриваемое мнѣніе возникло только вслѣдствіе аналогіи, такъ-какъ суженія мочеиспускательнаго канала у мужчинъ чаще всего зависятъ отъ предшествовавшихъ гонорей. Съ маткой, однако, какъ мы уже видѣли выше, совсѣмъ иное дѣло, такъ какъ распространеніе гоноройнаго процесса на цервикальный каналъ принадлежитъ къ большимъ рѣдкостямъ.

Мы не можемъ не упомянуть здѣсь еще о томъ, что, кромѣ суженій зѣва, обусловливаемыхъ упомянутыми выше патологическими состояніями, Simpson допускаетъ еще видъ суженія—относительный. Въ подобныхъ случаяхъ, по словамъ его, выдѣленіе крови изъ подости матки воспретственно тѣмъ, что или выдѣленіе (выпотѣваніе) ея слизистою оболочкою происходитъ скорѣе, чѣмъ она можетъ извергаться наружу, или же вслѣдствіе измѣненія качества самой крови. Такъ, она можетъ смѣшиваться съ секретомъ слизистой оболочки цервикальнаго канала, или же, створаживаясь (Ch. West, G. Mayer), не можетъ свободно выдѣляться чрезъ зѣвъ, который при этомъ можетъ имѣть совершенно нормальные размѣры. Все это не болѣе, какъ предположенія, притомъ же идущія въ разрѣзъ съ извѣстными всѣмъ фактами. Начать съ того, что кровь отдѣляется скорѣе, чѣмъ можетъ выдѣляться наружу—предположеніе, которое ничѣмъ не можетъ быть доказано. Что же касается того, что кровь смѣшивается съ секретомъ цервикальнаго канала, то это происходитъ рѣшительно во всѣхъ случаяхъ, и это-то, наоборотъ, препятствуетъ створаживанію крови.

Клиническія явленія, обусловливаемыя механическою дисменореей, имѣютъ много общаго съ другими видами этого расстройства мѣсячныхъ. Сходство это существенно состоитъ въ тождественности характера общихъ принадлежовъ, именно: различныхъ растройствъ со стороны нервной системы. Тѣмъ не менѣе, однако,

* Monatsschr. f. Geburtsk. u. Frauenkr. 1866, Bd. XXV., p. 107.

механическая дисменорея имѣеть и нѣкоторыя особенности, которыми свойственъ совершенно самобытный, до извѣстной степени патогномоническій характеръ. Такъ, бо ли упорно ограничиваются въ данномъ случаѣ исключительно тазовую стороною и обнаруживаются обыкновенно за болѣе или менѣе долгое время до того, какъ показывается кровь. Онѣ, кромѣ того, что имѣють рѣзко потужный характеръ, такъ-какъ исключительно обусловливаются сокращеніями матки (*colica uterina* старинныхъ гинекологовъ), но отличаются еще тѣмъ, что достигаютъ наивысшей силы своей непосредственно передъ тѣмъ, какъ показаться крови, т. е. когда должно быть преодолѣно препятствіе со стороны матки. Какъ только кровь начинаетъ появляться наружу, боли значительно ослабѣвають, или даже совсѣмъ прекращаются, по крайней мѣрѣ. на нѣкоторое время. Второю особенностью болѣе въ данномъ случаѣ должно считать то, что онѣ являются иногда приступами. Причину этого явленія должно объяснить тѣмъ, что зѣвъ, послѣ того, какъ кровь проложила себѣ дорогу чрезъ него, становится временно снова непроходимымъ, вслѣдствіе разбуханія слизистой оболочки, объясняемое, въ свою очередь, сильнымъ раздраженіемъ этой послѣдней.

Общія явленія, т. е. со стороны нервной системы, могутъ быть болѣе или менѣе сильны при всѣхъ видахъ дисменореи, въ особенности же это должно сказать на счетъ дисменореи механической. При этой-то формѣ мы въ особенности имѣемъ дѣло съ тѣми большими рефлкторными невротами, которые, по разнообразію принадлежовъ (*neuroses prothéiques*) и силѣ ихъ, всегда возбуждали вниманіе врачей. На основаніи личныхъ моихъ наблюденій, въ особенности за послѣдніе годы, я долженъ сказать, что въ данномъ случаѣ преобладають судорожныя формы, именно различные виды тоническихъ судорогъ, которыя по продолжительности и обширности своей наводятъ нерѣдко ужасъ на окружающихъ.

Распознаваніе механической дисменореи, обусловливаемой тѣмъ или другимъ патологическимъ состояніемъ матки, не можетъ представлять никакихъ затрудненій. Тоже самое должно сказать на счетъ дисменореи, зависящей отъ суженія наружнаго зѣва, такъ-какъ оно легко узнается помощію зеркала. Если же суженіе помѣщается выше, то его можно узнать только, прибѣгая къ зонду или бужу. Возникающій въ этомъ случаѣ очень важный практическій вопросъ состоитъ въ томъ — что должно считать мѣриломъ суженія? Въ самомъ дѣлѣ, то, что одному кажется суженіемъ, потому что онъ встрѣтилъ большее или меньшее затрудненіе при прохожденіи чрезъ цервикальный каналъ или внутренній зѣвъ, — то для другаго не будетъ казаться этимъ, такъ-какъ онъ, можетъ быть, обладаетъ большею ловкостью въ манипулированіи зондомъ. Чтобы избѣгнуть въ практикѣ этого затрудненія, должно обратить вниманіе на слѣдующее обстоятельство. При прохожденіи

зондомъ обыкновенныхъ размѣровъ чрезъ цервикальный каналъ небольшое препятствіе встрѣчается только у внутренняго зѣва, которое однако преодолевается безъ особеннаго труда, причемъ и степень боли, испытываемой при этомъ зондируемымъ субъектомъ, бываетъ обыкновенно незначительна. Если же препятствіе, встрѣчаемое зондомъ, и степень боли при этомъ гораздо болѣе значительны и если притомъ это повторяется нѣсколько разъ при повторномъ изслѣдованіи, то должно допустить, что мы имѣемъ дѣло съ патологическимъ состояніемъ. Распознаваніе становится еще легче, если зондъ обыкновенныхъ размѣровъ, не смотря на обыкновенно соблюдаемыя при этомъ техническія правила, вовсе не проникаетъ чрезъ зѣвъ. Въ такомъ случаѣ прибѣгаемъ къ бужамъ и по толщинѣ того, которымъ удается проникнуть чрезъ стенозированный мѣсто, судимъ о степени суженія. Что касается свойства суженія, то о немъ не трудно судить, если оно занимаетъ наружный зѣвъ. Совсѣмъ иное дѣло, если суженіе занимаетъ верхнія части канала и особенно внутренній зѣвъ. Если дѣло идетъ о суженіи, существующемъ уже давно и развившемся вслѣдствіе предшествовавшихъ язвъ, то оно узнается по характеристическому ощущенію, получаемому рукою, когда пуговка зонда касается мозолистой ткани.

Предсказаніе при органической дисменорей, обусловливаемой суженіями цервикальнаго канала, очень благоприятно, такъ какъ она легко устраняется искусствомъ. Результаты терапіи въ этомъ отношеніи въ высшей степени благоприятны, и въ этомъ отношеніи новѣйшая гинекологія сдѣлала поистинѣ замѣчательные успѣхи. Если принять въ соображеніе то, что рассматриваемая форма дисменорей сопровождается, съ одной стороны, очень тяжелыми нервными явленіями, съ другой же, почти абсолютнымъ бесплодіемъ, то не трудно понять, что это страданіе очень тяжелое, которое должно быть по возможности устранено какъ можно скорѣе. Предсказаніе въ застарѣлыхъ случаяхъ органической дисменорей должно быть дѣлаемо нѣсколько осторожно, такъ какъ рецидивы здѣсь бываютъ нерѣдко.

Въ виду сказаннаго нами выше о сущности рассматриваемаго вида дисменорей, понятно, что леченіе въ данномъ случаѣ можетъ быть только механическое или хирургическое. Это послѣднее обнимаетъ главнымъ образомъ два способа, а именно: методическое расширеніе суженнаго мѣста помощью бужей и устраненіе суженія посредствомъ рѣзущихъ инструментовъ.

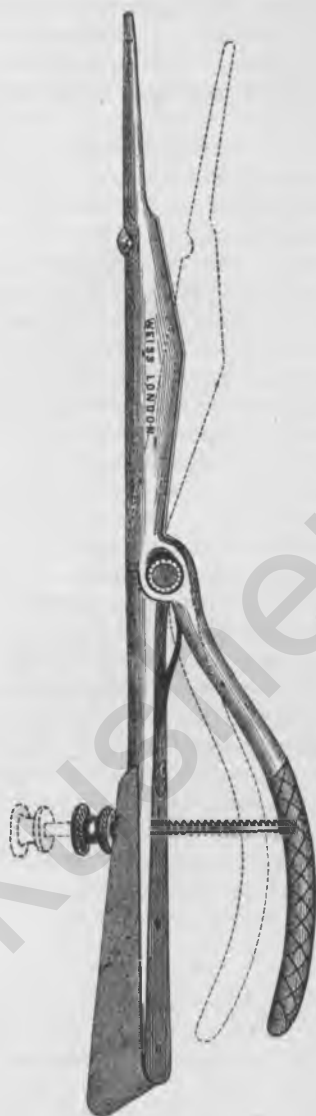
Мы уже выше упомянули о томъ, что методическое расширеніе суженія цервикальнаго канала было предложено М. Kintosh'emъ и употреблено имъ во многихъ случаяхъ съ большимъ успѣхомъ. Тѣмъ не менѣе однако, оно какъ-то не привилось въ практикѣ и о немъ даже перестали говорить, пока Simpson въ 40-хъ годахъ снова не обратилъ вниманія на этотъ способъ. Въ началѣ Simpson считалъ расширеніе радикальнымъ способомъ и не только прибѣгалъ къ расширенію сеан-

сами, но оставлялъ даже въ цервикальномъ каналѣ расширители на болѣе или менѣе продолжительное время (à demeure). Расширители, которые употреблялъ Simpson, представляли палочки въ $2\frac{1}{2}$ " длиною и оканчивались на нижнемъ концѣ шарикомъ, снабженнымъ отверстиемъ въ которое входила рукоятка, что облегчало введеніе ихъ въ матку. Расширители эти оставались въ маткѣ дня на 3 — 4 и затѣмъ замѣнялись болѣе толстыми.

Послѣ того, какъ Simpson обнародовалъ свои наблюденія надъ леченіемъ дисменореи расширяющимъ способомъ, этотъ послѣдній, особенно въ Англій, приобрѣлъ очень много приверженцевъ, но за то многіе и нападали на него. Упреки, которые дѣлались этому способу, состояли въ слѣдующемъ. Указывали на то, что леченіе это очень болѣзненно и мучительно для больныхъ, что оно усиливаетъ и безъ того уже существующій катарръ матки и что оно, наконецъ, можетъ повлечь за собою воспаленіе различныхъ частей половой сферы. Такъ, М. Sims приводит нѣсколько случаевъ, въ которыхъ расширеніе обыкновенными бужами вызвало будтобы очень опасныя явленія, а именно: воспаленіе матки и брюшины (?). Simpson же между тѣмъ самымъ положительнымъ образомъ отвѣчаетъ всѣ эти опасенія и я, на основаніи моихъ личныхъ наблюденій, пришелъ къ совершенно такому же убѣжденію. Я употреблялъ расширяющій способъ съ самаго начала моей практики и до сихъ поръ не встрѣтилъ ни одного случая, который заставилъ бы меня измѣнить мой взглядъ на этотъ способъ. Онъ, по моему мнѣнію, имѣетъ только одинъ очень важный недостатокъ, а именно: очень хлопотливъ и требуетъ много времени, почему онъ очень утомителенъ для врача. Вслѣдствіе-то этого, я въ настоящее время, гдѣ только возможно, палочками turello замѣняю бужи, такъ какъ онѣ гораздо скорѣе ведутъ въ желаемой цѣли. Къ бужамъ же я прибѣгаю лишь тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ особенно возвышенною чувствительностью половой сферы, какъ это нерѣдко случается у дисменорейныхъ больныхъ. Но и здѣсь даже, притупивъ эту возвышенную чувствительность употребленіемъ бужей въ теченіе нѣкотораго времени, я вслѣдъ за тѣмъ переходилъ къ губкамъ.

Употребляя бужи съ расширяющею цѣлью, должно поступать слѣдующимъ образомъ. Нужно постараться пройти бужемъ чрезъ цервикальный каналъ безъ помощи зеркала. Если же это невозможно, то обнажаютъ зеркаломъ влагалищную часть вводятъ кончикъ бужа въ зѣвъ и, по мѣрѣ прониканія бужа вверхъ, зеркало выводятъ наружу. Если введеніе бужа встрѣчаетъ серьезное препятствіе, то не нужно слишкомъ настаивать на этомъ, такъ-какъ бужъ, размягчась, становится негоднымъ къ дальнѣйшему употребленію. Поэтому его слѣдуетъ вынуть и замѣнить новымъ. Если удалось довольно высоко ввести бужъ, то тихою подвигаютъ его все выше и выше, пока онъ не проникнетъ во внутренній зѣвъ, послѣ чего онъ оставляется на мѣстѣ отъ 10—20 минутъ. Сеансы эти повторяются каждыя 2—3 дня, нерѣдко и чаще, смотря по степени суженія и чувствительности цервикальнаго канала. Бужи постепенно берутся все болѣе толстые, пока, наконецъ, не остановимся на такомъ, который, будучи толще обыкновеннаго маточнаго зонда, проникаетъ однако въ матку

безъ всякаго труда. Передъ каждымъ сеансомъ и послѣ него цервикальный каналъ проспринцовывается теплою водою для того, чтобы удалить накопляющуюся въ немъ слизь.



Фиг. 52.



Фиг. 53.

Мы уже упомянули выше о томъ, что существенный недостатокъ расширяющаго способа состоитъ въ томъ, что при этомъ необходима значительная потеря времени. Вслѣдствіе-то этого

J. Simpson и предложилъ замѣнить постепенное расширеніе единовременнымъ устраненіемъ суженія кровавыхъ путей. Инструментъ (фиг. 52), который употреблялъ въ этихъ случаяхъ Simpson, очень похожъ на старинные скрытые литотомы. Инструментъ этотъ, со скрытымъ во внутреннемъ концѣ его ножомъ, вводится въ цервикальный каналъ, нѣсколько за внутренній зѣвъ, затѣмъ, налегая слегка на рукоятку, выдвигаютъ ножъ, которымъ слегка надрѣзаютъ одну сторону канала; по мѣрѣ того, какъ инструментъ выводится наружу, сильнѣе налегаютъ на рукоятку и разрѣзъ дѣлается болѣе глубокой. Затѣмъ инструментъ снова вводится и такимъ же образомъ разрѣзаютъ противоположную сторону. Еслибы понадобилось, то такимъ же образомъ надрѣзаются передняя и задняя стѣнки цервикальнаго канала. Существенная опасность, которая можетъ угрожать при этой маленькой операціи, состоитъ въ пораненіи венознаго сплетенія, помѣщающагося по бокамъ внутренняго зѣва. Для избѣжанія этого слѣдуетъ дѣлать въ этомъ мѣстѣ разрѣзъ какъ можно менѣе глубокимъ. Обыкновенно кровотеченіе въ этомъ случаѣ бываетъ ничтожное и больныя почти вовсе не ощущаютъ никакой боли. Для того, чтобы предотвратить скорое заживленіе надрѣзовъ, прижигаютъ раза два (каждые 3—4 дня) цервикальный каналъ азотнокислымъ серебромъ.

Существенный недостатокъ симпсонавскаго инструмента состоитъ въ томъ, что онъ рѣжетъ только съ одной стороны; чтобы сдѣлать другой разрѣзъ, т. е. съ противоположной стороны, его приходится вынуть и вводить другой разъ. Недостатокъ этотъ Martin *) устранилъ тѣмъ, что какъ бы соединилъ въ одно два симпсонавскихъ инструмента, т. е. во внутреннемъ концѣ мартиновскаго метротомы вмѣсто одного скрыты два ножа. Модификацію эту однако едва ли можно назвать улучшеніемъ, такъ какъ она сдѣлана на счетъ толщины инструмента и его едва ли можно будетъ употребить тамъ, гдѣ можно обойтись простымъ метротомомъ. Другіе дѣлали метротому еще другой упрекъ, а именно, что его можно употреблять только при помощи маточнаго зеркала. По нашему мнѣнію, это ничуть не недостатокъ, такъ-какъ, при обнаженіи операціоннаго поля зеркаломъ, не можетъ быть тѣхъ случайностей, какъ если дѣйствовать рѣзущимъ инструментомъ въ темнотѣ.

К. Mayer, въ Берлинѣ, употреблялъ для надрѣзовъ очень простой инструментъ, именно ланцетовидный ножикъ, укрѣпленный на длинномъ черенкѣ, и увѣрялъ, что достигалъ имъ очень блестящихъ результатовъ.

Изъ множества метротомовъ, описанныхъ въ послѣдніе годы, я долженъ упомянуть объ инструментѣ Greenhalgh'a (фиг. 53). Онъ устроенъ по идеѣ симпсонавскаго гистеротомы; раскрываніе скрытыхъ во внутреннемъ концѣ его двухъ ножей увеличивается по

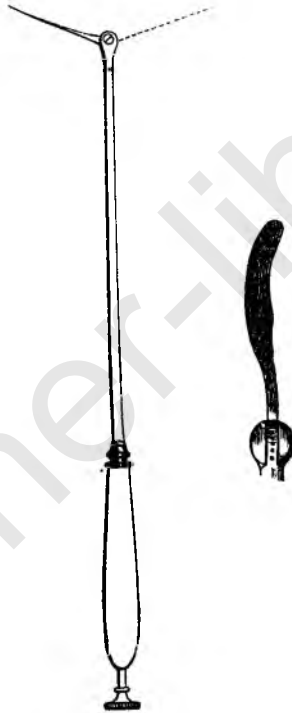
*) Handatlas der Gynaecol. und Geburtsk. Berlin, 1862, таб. 68, р. 6.

мѣрѣ выведенія инструмента наружу; онъ рѣжетъ слѣдовательно, болѣе глубоко нижнюю часть цервикальнаго канала. По производствѣ разрѣза, Greenhalgh вводитъ въ матку серебрянную трубочку, фиксируемую на мѣстѣ помощью пружины; цѣль введенія этой трубочки состоитъ въ томъ, чтобы воспрепятствовать заращенію разрѣзаннаго мѣста.

М. Sims поступаетъ совершенно иначе при гистеротоміи. Влагалищная часть обнажается помощью американскаго зеркала, середина передней губы захватывается тонкимъ крючкомъ и вся



Фиг. 54.



Фиг. 55.

матка слегка оттягивается впередъ; затѣмъ въ цервикальный каналъ вводится одно звѣно тупоконечныхъ ножницъ (Фиг. 54) и захваченная такимъ образомъ стѣнка цервикальнаго канала разрѣзается вплоть до свода почти, слѣд. снизу вверхъ. Затѣмъ точно такимъ же образомъ разрѣзается противоположная сторона. Такъ-какъ ножницами очень трудно совершенно и равномерно разъединить ткани, то М. Sims пополняетъ операцию тѣмъ, что вводитъ до внутренняго звѣна ножикъ (Фиг. 55), который, помощью винта въ нижнемъ концѣ его, можетъ быть установленъ подъ любымъ угломъ, и разрѣзаетъ имъ все то, что не

было разсѣчено ножницами. М. Sims сильно выхваляетъ свой способъ, который онъ примѣнялъ 1000 разъ. и кромѣ пользы не видѣлъ отъ него никакихъ неблагопріятныхъ случайностей.

До обнаруженія сочиненія М. Sims'a о маточной хирургіи, я употреблялъ для надрѣзовъ цервикальнаго канала инструментъ, очень похожій на тотъ, къ которому прибѣгалъ въ этихъ случаяхъ К. Mayer. Это былъ очень маленькій, тупоконечный ножикъ, укрѣпленный на длинномъ черенкѣ. Клинокъ былъ такъ малъ, что, по надрѣзѣ одной стороны цервикальнаго канала, его легко можно было поварачивать въ немъ. Впослѣдствіи же, познакомившись съ сочиненіемъ М. Sims'a, я прибѣгалъ исключительно къ его способу, хотя обыкновенно значительно отступалъ отъ предписанныхъ имъ правилъ. Онъ утверждаетъ, что стѣнки цервикальнаго канала должны быть всегда разрѣзаемы ножницами, но это положительно было бы невыгодно, если прилагать его ко всѣмъ случаямъ. Мы имѣемъ иногда дѣло съ такою толстою влагалищною частью, что даже не было бы возможно разрѣзать ее ножницами, и, кромѣ того, кровотеченіе при этомъ было бы весьма сильно. Затѣмъ влагалищная часть иногда бываетъ такъ коротка, что было бы опасно разрѣзать ее ножницами, такъ какъ ими весьма трудно ограничить длину разрѣза. Поэтому-то ножницы, по моему мнѣнію, приложимы только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ тонкой и длинной влагалищною частью. Да и здѣсь разрѣзъ вовсе не нужно дѣлать вплоть до свода. За то ножикъ, придуманный М. Sims'омъ, въ высшей степени цѣлесообразенъ и я прибѣгаю къ нему весьма часто, особенно тамъ, гдѣ дѣло идетъ о суженіи внутренняго зѣва и вообще верхнихъ частей цервикальнаго канала. Для надрѣзовъ же наружнаго зѣва я исключительно почти прибѣгаю къ метротому Löffler'a, сдѣланному по образцу уретротомы Maisonneuve'a. Инструментъ этотъ рѣжетъ снизу вверхъ (слѣдоват. какъ и ножницы Sims'a), но притомъ почти равномѣрно. Глубина разрѣза совершенно въ рукахъ оперирующаго, такъ какъ она зависитъ отъ того, какую силу прилагаютъ на рукоятку инструмента.

Я произвожу гистеротомію обыкновенно слѣдующимъ образомъ. Влагалищная часть обнажается зеркаломъ большаго калибра для того, чтобы она не была слишкомъ сжата просвѣтомъ его. Если нужно надрѣзать верхніе отдѣлы цервикальнаго канала или внутренній зѣвъ, напр. правой стороны, то ножикъ Sims'a устанавливается такъ, чтобы онъ былъ отклоненъ въ противоположную сторону, затѣмъ вводятъ его и надрѣзаютъ данную сторону, налегая на ножикъ тѣмъ болѣе, тѣмъ ближе къ наружному зѣву. Если употребляется гистеротомъ Löffler'a, то вводятъ его въ наружный зѣвъ и сильнѣе, т. е. глубже, надрѣзаютъ нижніе отдѣлы цервикальнаго канала. Если я имѣю дѣло съ очень толстою влагалищною частью, то надрѣзы дѣлаются въ нѣсколько сеансовъ и притомъ въ разныхъ направленіяхъ. Я это дѣлаю съ тою цѣлью, чтобы не получить очень толстый рубецъ въ одномъ мѣстѣ. Кровотеченіе останавливается лучше всего, вводя въ цервикальный каналъ толстый банникъ, смоченный растворомъ подуторохлористаго желѣза. Затѣмъ тампонируютъ на нѣсколько часовъ. На множесто сдѣланныхъ мною гистеротомій я только два раза получилъ серьезное кровотеченіе, которое было остановлено тѣмъ, что я ввелъ въ цервикальный каналъ на 10 минутъ эластическій бужъ.

Теперь спрашивается, какой изъ рассмотрѣнныхъ нами способъ леченія суженій цервикальнаго канала лучше? На вопросъ этотъ нельзя отвѣтить прямо, такъ-какъ тотъ и другой имѣютъ въ одинаковой степени какъ свои достоинства, такъ и недостатки. Расширяющій способъ требуетъ много времени, но зато, съ другой стороны, онъ почти вездѣ приложимъ. Кровавое же расширение суженій очень скоро ведетъ къ желанной цѣли, но зато очень часто нельзя вовсе примѣнить его, такъ-какъ суженіе такъ значительно, что нельзя ввести въ цервикальный каналъ рѣзущаго инструмента. Эти недостатки каждаго изъ рассматриваемыхъ нами способъ можно устранить только тѣмъ, что ихъ приходится комбинировать оба вмѣстѣ. На основаніи многочисленныхъ наблюденій, я пришелъ къ заключенію, что во многихъ случаяхъ ихъ вовсе нельзя отдѣлять другъ отъ друга, такъ-какъ они взаимно пополняются. Въ самомъ дѣлѣ, иногда придется предварительно расширить цервикальный каналъ и затѣмъ произвести надрѣзы, иногда же, наоборотъ, расширение дѣлается необходимымъ послѣ того, какъ сдѣланъ надрѣзъ. Условность показанія къ тому или другому способу будетъ зависѣть отъ свойства и величины суженія.

d) Дисменорея перепончатая.

(Dysmenorrhoea membranacea. Decidua menstrualis Virchow).

Истор.-библіограф. замѣч. Эта весьма рѣдкая патологическая форма давно уже подавала поводъ къ большимъ разногласіямъ. Въ первый разъ упоминаетъ о немъ Morgagni, затѣмъ находимъ намекъ на этотъ счетъ у Boivin и Dugés, которые, не зная ближе сущности этого вида дисменореи, тѣмъ не менѣе ставятъ въ извѣстное отношеніе къ ней изверженіе изъ матки какой-то ткани; отсюда названіе, подъ которымъ она описывалась: *une tumeur creuse polyiforme due à la dysmenorrhée*. Наконецъ, въ 1846 году Oldham представилъ превосходное описаніе этого вида дисменореи, которую онъ уже называетъ *dysmenorrhoea pseudo-membranacea*. Почти въ то же время вопросомъ этимъ занялся Simpson, объяснявшій весьма близко къ истинѣ сущность рассматриваемаго патологическаго состоянія. Virchow доказалъ, что между такъ называемою *dysmenorrhoea membranacea* и настоящею отпадающею оболочкою, образующеюся во время беременности, существуетъ величайшая аналогія и потому онъ предложилъ свое названіе *decidua menstrualis*. Начиная съ этого времени, т. е. послѣ работъ вышеупомянутыхъ авторовъ, перепончатая дисменорея послужила поводомъ къ разработкѣ со стороны очень многихъ авторовъ, въ числѣ которыхъ мы должны особенно назвать Tilt'a, Saviatti, Hausmann'a, A. Pusch'a, Соловьева и др. Превосходную монографію объ этомъ вопросѣ написали Huchard и Labadie-Lagrangé.

Morgagni, De sedib. et caus. morb., ep XLVIII. — Boivin et Dugés, Maladies de l'utérus, t. II, p. 419. — Oldham, Lond. medic. Gaz., 1846, t. II, p. 970. — S. Simpson, Monthly Journ. of medic. sc., 1846, Sept., p. 608. — Taylor Smith, On uterine and ovar. inflam. Lond., 1862, p. 267. — Scanzoni, Die chron. Metritis, Wien, 1863, p. 120. — Hausmann, Beitrag zur der Decidua menstrualis. Monatsschr. f. Geburtsk., 1868, Bd. XXXI. — Mandl, Zur Pathologie und Therapie der Dysmenorrhoea membran. Wien. Medic. Presse, 1867, № 1—16: также Monatsschr. f. Geburtsk., 1869, Bd. XXXIV, 5. — Croque, Etude critique sur la dysmenorrhée membraneuse. Paris, 1867. — Saviatti, Scanzoni's Beitr., Bd. VI, p. 219. — Соловьевъ,

Arch. f. Gynaecologie, Bd. II, p. 66.—Hegar и Mayer, Virchow's Arch., 1871, Bd. III, p. 161.—Hausmann, Berliner Beiträge z. Geburtsk. u. Gynaecologie, Bd. I, 2, p. 156.—Huchard и Labadie-Lagrangé, Arch. génér. de méd., 1870, vol. I, p. 678, II, p. 69 и 1871, vol. II, p. 706.—Courtuy, Traité pratique des mal. de l'utérus. Paris, 1872, p. 447.—Beigel, Die Krankh. des weibl. Geschl. Erlangen, 1874, Bd. II, p. 334.—Finkel, Virchow's Archiv, Bd. LXIII, p. 401.—Hoggans, Arch. f. Gynaecol., Bd. X, p. 301.—Bernutz, Arch. de Tocologie, 1879, v. 1.—Wyder, Arch. f. Gynaecol., Bd. XIII, p. 1.

Подъ именемъ перепончатой дисменореи описываютъ такую форму болѣзненныхъ мѣсячныхъ, которая, кромѣ большинства явленій, свойственныхъ другимъ видамъ болѣзненныхъ мѣсячныхъ, сопровождается изверженіемъ изъ матки отдѣльныхъ кусковъ или же всей (лучше — большей части) слизистой оболочки полости ея.

Анатомико-патологическія данныя относительно извергаемыхъ при этомъ изъ матки перепонокъ описаны были очень многими авторами и состоятъ въ слѣдующемъ. Что касается прежде всего величины извергаемыхъ перепонокъ, то она бываетъ различна; иногда выходитъ только часть слизистой оболочки полости, иногда же она извергается пѣбликомъ, такъ что она сохраняетъ даже треугольную форму полости матки. причемъ иногда не трудно констатировать въ извергнутомъ части, соотвѣтствующія маточнымъ отверстиямъ, именно *ost. uter.* и внутреннему зѣву. Извергаемая при *dysmenor. membran.* оболочка бываетъ болѣе или менѣе ярко-краснаго цвѣта и представляетъ двѣ поверхности, одну наружную, обращенную къ маточной стѣнкѣ, и внутреннюю, глядящую въ полость матки. Первая изъ нихъ представляется на видъ шероховатою, неровною, какъ бы изорванною и покрытою кровавыми стусками. Послѣдняя же, т. е. внутренняя поверхность гладка, раздѣлена какъ бы на нѣсколько частей болѣе или менѣе глубокими бороздками и, главное, усѣяна маленькими отверстиями, придающими ей видъ рѣшета. По Virchow'у, уже простымъ глазомъ можно констатировать кровеносные сосуды болѣе или менѣе значительнаго калибра. При изслѣдованіи подъ микроскопомъ, извергнутые изъ матки куски перепонки оказываются состоящими изъ трехъ главныхъ элементовъ: соединительно-тканнаго скелета слизистой оболочки матки, въ которомъ разсѣяны железы, и, въ третьихъ, изъ вновь сформированной соединительной ткани съ очень крупными клѣтками.

Клиническая картина, замѣчаемая при перепончатой дисменорее, въ общихъ чертахъ такая же, какъ и при другихъ видахъ ея. Наступаютъ мѣсячныя, въ большинствѣ случаевъ правильно, т. е. въ нормальный срокъ, рѣдко нѣсколько раньше. Первые 24 или даже 48 часовъ они не представляютъ ничего особеннаго. Въ это время обыкновенно обнаруживаются боли внизу живота и крестцовой сторонѣ, боли рѣзко схватывающаго (потужнаго) характера, которыя идутъ все *crescendo* до тѣхъ поръ, пока изъ матки не будетъ извергнута перепонка. Иногда, впрочемъ, если эта послѣдняя не велика, она можетъ быть извергнута при

очень незначительныхъ боляхъ, едва замѣтныхъ для больной. По изверженіи оболочки, происходящемъ обыкновенно на 3-й или 4-й день отъ начала мѣсячныхъ, боли унимаются; что же касается кровотеченія, то оно продолжается какъ обыкновенно и только въ очень рѣдкихъ случаяхъ оно становится болѣе обильнымъ. Если у больной разъ появилась *decidua menstrualis*, то можно быть увѣрену, что она непременно повторится у нея и въ слѣдующіе менструальные періоды, и такимъ образомъ дѣло идетъ до наступленія менопауз. Мало того, существуютъ наблюденія, въ которыхъ подобныя больныя забеременѣвали, донашивали до нормального срока и послѣ родовъ снова начинали страдать этой формой дисменореи.

Этіологія. Вообще говоря, перепончатая дисменорея составляетъ довольно рѣдкое явленіе въ гинекологической практикѣ; обстоятельство это не можетъ не показаться тѣмъ болѣе страннымъ, что дисменорея вообще встрѣчается столь часто. О рѣдкости разсматриваемаго вида дисменореи я сужу по тому, что отдѣльные авторы могли собрать очень немного случаевъ изъ своей собственной практики, да и до сихъ поръ каждый, встрѣчая подобный случай, считаетъ долгомъ описать его. До настоящаго времени я встрѣтилъ всего пять случаевъ перепончатой дисменореи, изъ которыхъ одинъ, изъ госпитальной практики, описанъ нами въ нашихъ Клиническихъ Запискахъ (стр. 142), а другой, мы встрѣтили два года тому назадъ на одной больной въ частной практикѣ. Наконецъ, очень недавно къ намъ обратилась за совѣтомъ молодая женщина, 19 л. отъ роду, которая въ теченіе цѣлаго года лечилась у К. Braun'a, въ Вѣнѣ, который въ данной ей исторіи болѣзни отмѣтилъ *dysmenor. membran.* Она оказалась беременною въ концѣ 3-го мѣсяца и донесла совершенно благополучно. Въ настоящее время у меня на рукахъ больная, рожавшая два раза, и страдающая очень рѣзкимъ *dysmenor. membr.* Вслѣдствіе того, что *dysmenor. membran.* встрѣчается столь рѣдко, и этіологія ея оставалась невыясненною очень долго. Въ настоящее время однако всѣ пришли къ заключенію, что извергаемая при этомъ изъ матки перепонка—ни что иное, какъ продуктъ гипертрофіи слизистой оболочки, подобно тому, какъ это дѣлается въ первое время беременности. Это, слѣдов., ничто иное, какъ *decidua* (отпадающая оболочка), происходящая только не вслѣдствіе зачатія, а какого-то инаго раздраженія. Извергаемая при этомъ перепонка до такой степени похожа на *decid.*, что многіе, какъ напр. въ послѣднее время Hausmann, утверждали, что мнимая *decidua menstrualis* есть ни что иное, какъ продуктъ зачатія, т. е. очень ранній выкидышъ. Уже до Hausmann'a подобное мнѣніе было высказано d'Outrepont'омъ и T. Smith'омъ. Мнѣніе это могло имѣть нѣкоторое основаніе до тѣхъ поръ, пока не сдѣлалось извѣстнымъ, что перепончатая дисменорея встрѣчается не только у не-замужнихъ женщинъ, но даже у дѣвственницъ. Сюда относятся несомнѣнные случаи, подробно опи-

саные Dubois *, Zehrt'омъ **, Eggele'емъ ***, Courty ****, и др. Здѣсь, слѣдовательно, не можетъ быть и рѣчи о беременности и, въ виду этого, ученіе, которое съ такой эрудиціей защищаетъ Nausmann, оказывается совершенно несостоятельнымъ. Вслѣдствіе-то этого, приходится допустить, что такъ называемая dysmenor. membran. составляетъ дѣйствительно самостоятельную патологическую форму, неимѣющую ничего общаго съ беременностью. Допуская это положеніе, спрашивается: что ближайшая причина того, что при мѣсячныхъ слизистая оболочка матки, достигающая при этомъ значительной гиперплазіи, отдѣляется и извергается наружу большими или меньшими лоскутками или же цѣликомъ? На это должно отвѣчать такимъ образомъ, что у данныхъ больныхъ дѣло идетъ объ извѣстномъ патологическомъ состояніи какъ всей паренхимы матки (metritis parenchym.), такъ преимущественно же слизистаго покрова ея (endometritis), которое подъ вліяніемъ усиленной менструальной гипереміи и ведетъ къ сплыванію или, лучше, отдѣленію слизистой оболочки. Что мы въ подобныхъ случаяхъ дѣйствительно имѣемъ дѣло съ глубокимъ разстройствомъ матки, доказывается тѣмъ, что субъекты, одержимые этой формой дисменореи, за очень небольшими исключеніями всѣ бесплодны и, кромѣ того, и внѣ менструальныхъ періодовъ жалуются на извѣстные припадки, а именно: боли внизу живота, усиленное слезотеченіе изъ родовыхъ путей и пр

Въ послѣднее время W y d e r выступилъ съ новой теоріей относительно сущности перепончатой дисменореи. По его мнѣнію, эта патологическая форма мѣсячныхъ ничто иное, какъ результатъ заболѣванія внутренней поверхности матки сифилитическаго свойства (endometritis syphil.). Не говоря ужъ о томъ, что мнѣніе это высказано совершенно гадательно, оно опровергается тѣмъ простымъ фактомъ, что анамнезъ и самое тщательное изслѣдованіе подобныхъ больныхъ не указываетъ никакихъ слѣдовъ предшествовавшего сифилиса.

Распознаваніе перепончатой дисменореи не трудно, если мы имѣемъ возможность изслѣдовать макро- и микроскопически продуктъ, извергнутый изъ матки. Затрудненіе можетъ быть только въ томъ отношеніи, чтобы не смѣшать ея съ продуктомъ зачатія, т. е. съ настоящей опадающей оболочкой, другими словами, не смѣшать ее съ выкидышемъ. Чтобы не впасть въ подобную ошибку, нужно обратить вниманіе на анамнезъ. Еслибы дѣло шло о выкидышѣ, даже раннемъ, то ему должно предшествовать прекращеніе мѣсячныхъ на извѣстное время, чего при dysmenor. membran. не бываетъ, такъ какъ мѣсячныя въ этомъ случаѣ сохраняютъ правильный типъ. Второе, изъ затрудненія

* Gaz. médic. de Paris, 1847, pp. 729 et. 909.

** Mon. f. Geburtsk., 1868, Bd. XXXI, p. 5.

*** Ibid. 1869, XXIII, p. 11.

**** Op. c. 458.

должно вывести гистологическое изслѣдованіе: если бы дѣло шло о продуктѣ зачатія, то мы должны были бы констатировать элементы ворсистой оболочки (chorion). Микроскопъ ничего не выяснитъ, если дѣло идетъ объ очень раннихъ выкидышахъ. Въ такомъ случаѣ придется оставить діагностику подѣ сомнѣніемъ и слѣдить за больной. Если на нашихъ глазахъ при слѣдующихъ менструальныхъ періодахъ повторится изверженіе оболочки, то едва ли оно будетъ выкидышъ. Кромѣ того, чтобы убѣдиться въ истинѣ, совѣтуютъ запретить coitum.

Мы уже выше упомянули о томъ, что наружная поверхность извергаемой оболочки представляется неровною, шероховатую; въ очень рѣдкихъ случаяхъ она имѣетъ рѣзко ворсистый видъ. Hennig * описываетъ подобный случай подѣ именемъ *dysmenorrhoea villosa*. Онъ наблюдалъ изверженіе подобной оболочки у одной больной въ теченіе шести мѣсяцевъ подѣ рядъ. Въ подобныхъ случаяхъ еще легче смѣшать deciduam menstrual. съ настоящей отпадающей оболочкой. Одно только, что должно здѣсь имѣть въ виду, это то, что едва ли возможенъ выкидышъ, совершающійся каждый мѣсяць, 6 разъ подѣ рядъ.

На основаніи изслѣдованій W u d e r'a, deciduam menstrual. можно отличать отъ настоящей отпадающей оболочки по тому, что въ первой кѣтки межжелезистаго вещества несравненно меньше, чѣмъ кѣтки настоящей deciduae, которая, какъ известно, очень крупныхъ размѣровъ и неправильнаго очертанія.

Предсказаніе весьма плохо, съ одной стороны, потому, что женщины, одержимыя этой формой дисменореи, остаются безплодными, съ другой же стороны, терапія здѣсь по большей части бессильна по отношенію къ совершенному устраненію болѣзни; все, что она можетъ сдѣлать, это облегчить до извѣстной степени страданія больной.

Леченіе, какъ уже сказано, можетъ имѣть въ виду облегченіе больной. Для этого во время мѣсячныхъ нужно унимать боли, вызываемыя сокращеніями матки, для чего мы назначаемъ наркотическія въ видѣ рукавныхъ душъ, а еще лучше, въ видѣ промывательныхъ. Такъ-какъ перепончатая дисменорея, какъ мы уже знаемъ, есть ничто иное, какъ продуктъ различныхъ патологическихъ состояній со стороны матки, въ особенности же со стороны внутренняго покрова ея, то въ промежуткахъ между отдѣльными менструальными періодами противъ нихъ и должна быть направлена терапія. Съ особенной пользою въ подобныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ впрыскиваніямъ въ полость матки различныхъ вяжущихъ, а именно: азотнокислаго серебра, танина, хлористаго желѣза и пр. Однимъ словомъ, мы дѣйствуемъ какъ при обыкновенномъ полостномъ эндометритѣ. Tilt въ одномъ случаѣ замѣтилъ успѣхъ отъ повторнаго прижиганія полости матки азотнокислымъ серебромъ in subst. Scanzoni же отъ этого самаго способа не замѣтилъ никакой пользы. Во второмъ нашемъ случаѣ мы прибѣгли къ методическому расширенію цервикальнаго канала и смазываніямъ полости матки слабымъ растворомъ іода въ глицеринѣ, чѣмъ мы достигли значительнаго облегченія

* Monatschr. f. Geburtsk., 1864, d. XXIV, p. 130.

больной. Вѣроятно, здѣсь существенную роль играетъ расширеніе, что непременно должно облегчать изверженіе оболочекъ. Tyler-Smith приводитъ также одинъ случай, въ которомъ расширеніе цервикальнаго канала принесло существенную пользу.

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ Priestley * описалъ особеннаго рода патологическое состояніе, которое онъ назвалъ *dysmenorrhoea intramenstrualis* (Mittelschmerz нѣмецкихъ гинекологовъ). Изъ приводимыхъ имъ 4 исторій болѣзни видно, что у субъектовъ, бывшихъ до тѣхъ поръ здоровыми и рожавшими, въ интервалахъ между мѣсячными, дней за 14—12 до наступленія ихъ, являются боли, приступами, въ нижней части живота, продолжающіяся очень упорно большее или меньшее число дней и прекращающіяся за 1—2 дня до наступленія регуль. На этомъ то основаніи Priestley ставить эти боли въ зависимость отъ мѣсячныхъ и отсюда придуманное имъ названіе. Нужно сказать, что послѣднее придумано весьма неудачно, такъ какъ—что это за мѣсячныя безъ мѣсячныхъ? Что же касается связи этихъ болей съ дѣйствительными мѣсячными, то она очень гадательна. Въ случаяхъ приводимыхъ Priestley, дѣло шло о грубыхъ анатомико-патологическихъ измѣненіяхъ въ маткѣ и придаточныхъ частяхъ ея, которыхъ сдѣлать достаточно для того, чтобы объяснить ими эти боли. Кроме того, спрашивается, почему именно эти боли, еслибы онѣ были связаны съ мѣсячными, бывають въ такое время, когда ихъ нѣтъ, и исчезаютъ съ дѣйствительнымъ появленіемъ ихъ? Боли, зависящія отъ различныхъ патологическихъ состояній половой сферы, нерѣдко принимаютъ типичный, перемежающійся характеръ. Такимъ образомъ возникла *hysteralgia G o o s h'a*, которая однако есть ничто иное, какъ извѣстная форма хроническаго паренхиматознаго воспаленія матки.

* Brit. med. Journ. 1872, II, p. 431.

ГЛАВА XXVI.

Патологія связочнаго аппарата и брюшиннаго покрова матки.

Изъ связочнаго аппарата матки мы рассмотримъ здѣсь отдѣльно только патологию круглыхъ связокъ, такъ-какъ остальные отдѣлы его, составляющіе только складки брюшины, будутъ разсмотрѣны вмѣстѣ съ этою послѣдней.

I. Патологія круглыхъ связокъ.

Истор. библиогр. замѣчанія. Не смотря на то, что анатомія этихъ связокъ изучена въ настоящее время весьма хорошо, о патологию ихъ далеко нельзя сказать того же самаго. Въ клиническомъ отношеніи въ особенности мы знаемъ о нихъ такъ мало, что это составляетъ одна изъ самыхъ важныхъ пробѣловъ въ современной гинекологіи. Это можно объяснить отчасти тѣмъ, что заболѣванія круглыхъ связокъ составляютъ лишь частичное явленіе болѣе обширныхъ процессовъ матки и другихъ придаточныхъ частей ея, такъ что они вслѣдствіе этого отступаютъ на задній планъ. Изучая патологию круглыхъ связокъ, не можетъ не показаться страннымъ, что старинные авторы, въ особенности анатомы, толковали о нихъ прежде гораздо болѣе, чѣмъ это дѣлается въ настоящее время. Поэтому-то литература разсматриваемаго вопроса чрезвычайно разбросана и только послѣ L. R a u, собраннаго объ этомъ вопросѣ все, что было извѣстно до его времени, мы можемъ составить себѣ о ней хоть приблизительное понятіе. Работу R a u, поэтому, должно считать классическою въ этомъ отношеніи, и мы поэтому будемъ также придерживаться ея въ этомъ очеркѣ. Затѣмъ не мало данныхъ на этотъ счетъ находимъ также въ извѣстномъ сочиненіи M e i s s n e r 'a. Изъ учебниковъ же и руководствъ по гинекологіи мы должны въ особенности указать на руководство S c a n z o n i.

L. R a u, Beitrage zur Kenntniss der runden Metterbänder. Neue Zeitschr. f. Geburtskunde. Bd. XXVIII p. 289—352.—K l o b, Op. cit. p. 386.—S c a n z o n i, Lehrb. p. 436.—Отдѣльныя библиографич. указанія будутъ приведены въ надлежащихъ мѣстахъ.

Изъ пороковъ первоначальнаго развитія круглыхъ связокъ мы должны указать на слѣдующіе:

а) Полный дефектъ ихъ наблюдается только тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ совершеннымъ отсутствіемъ матки. Но тогда не бываетъ также и широкихъ связокъ. Если же при anhysteria

яичники и фаллопиевы трубы существуют, то круглые связки начинаются отъ внутреннихъ концовъ яичниковъ и направляются къ обоимъ паховымъ каналамъ. Если дѣло идетъ объ однорогой маткѣ съ совершеннымъ дефектомъ одной изъ половинъ полового аппарата, то обыкновенно недостаетъ также и круглой связки недоразвитой половины. При однорогой же маткѣ съ недоразвитымъ (рудиментарнымъ) вторымъ рогомъ круглая связка нерѣдко представляется развитыми довольно хорошо.

Относящуюся сюда литературу приводимъ по Meissner'y. Meckern-Fremery, de hydrop. Ligamentor. uteri. Traj. a. R, 1819.—Cruveilhier, Anat. patholog., livrais. 34, p. 6. — Tiedeman, ueber die stellvertretende Menstruat. Würzburg, 1842. — Lucas, Neue Zeitschr. f. Geburtskunde. Bd. VII, 306.

b) У Ruysch'a * находимъ описаніе третьей круглой связки, найденной имъ при боковомъ наклоненіи матки вправо (laterov. dextra). Избыточная круглая связка исходила сбоку маточной шейки (?).

с) Чрезмѣрная короткость одной изъ круглыхъ связокъ составляетъ, какъ утверждаетъ Virchow, нерѣдкое явленіе и обуславливаетъ такимъ образомъ врожденные измѣненія въ положеніи органа, а именно—внѣсрединное положеніе матки (situs extram.).

Изъ патологическихъ состояній, которымъ могутъ подвергнуться круглая связки, мы остановимся на слѣдующихъ.

a) Такъ-какъ круглая связки составляютъ интегральную часть паренхимы матки, то само собою разумѣется, что онѣ должны принимать дѣятельное участіе въ физиологической гиперплизіи, которой подвергается матка во время беременности. У роженицъ, поэтому, въ первые два дня post partum намъ нерѣдко удавалось прощупывать ихъ, начиная съ маточнаго дна внизъ, на значительномъ протяженіи. На сколько однако круглая связки участвуютъ въ патологическихъ гиперплизіяхъ (resp. разрастаніи соединительной ткани), до сихъ поръ извѣстно очень мало. Впрочемъ, а priori нельзя не допустить, чтобы напр. при инфарктѣ маточнаго дна не принимали участія въ этомъ и круглая связки. Wenzel ** и Dugès *** утверждаютъ, что при metritis chron., фиброзныхъ опухоляхъ матки и пр., имъ удалось констатировать, что круглая связки представляются значительно утолщенными, а вены ихъ имѣютъ варикозный видъ.

b) Гиперемія круглыхъ связокъ, по Scanzoni ****, встрѣчается нерѣдко на трупахъ женщинъ, умершихъ во время менструальнаго періода, а также у тѣхъ, которыя страдали продолжительнымъ расстройствомъ кровообращенія въ восходящей половой венѣ. Варикозное расширеніе венъ круглыхъ связокъ

* Oper. omnia, Amstelodami, 1737, p. 32.

** Die Krankheiten des Uterus. Mainz, 1816, p. 78.

*** Traité des mal. de l'uterus. Paris, 1844, t. II, p. 117.

**** Op. cit., p. 436.

описано уже Аэциемъ Амид. подъ именемъ *hernia varicosa mulierum*. Воивин и Дугès увѣряютъ, что вены круглыхъ связокъ могутъ расширяться до такой степени, что онѣ совершенно выполняютъ паховой каналъ и могутъ симулировать паховую грыжу. Состояніе это упомянутые авторы, по Cloquet, описываютъ подъ именемъ *Varicoscèle des cordons susprieiens*. Подобные случаи наблюдали также Cruveilhier и Teole.

Нѣкоторые допускаютъ возможность кровоизліянія вслѣдствіе разрыва сосудовъ круглыхъ связокъ. Кровь накопляется будто бы въ этихъ случаяхъ въ паховомъ каналѣ, *in monte vener.* и даже одной изъ большихъ губъ. Подобный случай описывается Корбо мъ *. Впрочемъ, случай этотъ едва ли заслуживаетъ вниманія, такъ какъ, по совершенно справедливому замѣчанію Scanzoni, Корб не приводитъ никакихъ доказательствъ въ пользу того, что кровотеченіе здѣсь дѣйствительно имѣло источникомъ кровоизліяніе изъ сосудовъ одной изъ круглыхъ связокъ.

с) О воспаленіи круглыхъ связокъ, и притомъ въ формѣ идиопатической, толкуютъ многіе авторы, какъ-то: de la Motte, Portal, Lisfranc и др. Подобнаго рода воспаленіемъ они объясняютъ боли, появляющіяся въ паховыхъ сторонахъ во время беременности, родовъ, а также въ родильномъ періодѣ. Мнѣніе это однако не подтверждается никакими анатомическими доказательствами. Scanzoni упоминаетъ о томъ, что у родильницъ, умершихъ отъ воспаленія брюшиннаго покрова матки (*perimetritis*), а также отъ *metritis* (?) *puerp.*, онъ не разъ наблюдалъ, что круглыя связки при этомъ замѣтно утолщены, ярко-краснаго цвѣта и съ серозной инфильтраціей. Я полагаю, что все это не представляетъ ничего особеннаго, такъ-какъ круглыя связки вѣдъ ничто иное, какъ та же маточная ткань. Дѣло идетъ не о вторичномъ, а о первичномъ воспаленіи круглыхъ связокъ. Примѣровъ подобнаго патологическаго состоянія, сколько мнѣ извѣстно, до сихъ поръ никто не представилъ, хотя Раи увѣряетъ, что онъ наблюдалъ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ воспалительный процессъ сосредоточивался преимущественно (?) въ круглыхъ связкахъ.

d) Водянка круглыхъ связокъ (*Hydrocele lig. rot.*). *Bends* описываетъ, подобно многимъ другимъ авторамъ, три вида водянки круглыхъ связокъ. Первый изъ нихъ, который можно было бы назвать *hydroc. lig. rot. spuria* и который *Bends* описываетъ подъ именемъ *hydrocele oedematosa v. diffusa*, состоитъ собственно въ серозной инфильтраціи соединительной ткани, окружающей круглыя связки. Этотъ видъ *hydroc.* образуетъ разлитую, отечную припухлость въ паховомъ каналѣ. Въ первомъ изъ остальныхъ двухъ видовъ накопленіе жидкости происходитъ *gubern. Hunteri*, изъ котораго образуется собственно *lig. rot.*, или вслѣдствіе того, что здѣсь дѣло идетъ о вновь развившейся настоящей кистѣ, или же оттого, что, какъ думаетъ С. Н. Weber, *gubern. Hunteri* остается персистирующимъ въ видѣ канала, т. е. *gub.*

* Chirurg. Bibliothek v. Richter, 1785, Bd. VII, p. 119.

Hunteri не превратилось въ lig. rotund. Въ другомъ рядѣ случаевъ hydros развивается вслѣдствіе того, что у женщинъ, по аналогіи съ тѣмъ, что бываетъ у мужчинъ, брюшина образуетъ настоящій proces vaginalis, который чрезъ паховое кольцо достигаетъ до лобка. Если отростокъ этотъ зарастаетъ въ паховомъ кольцѣ, то внутри брюшинной части его можетъ произойти накопление жидкости. Hydros lig. rot. представляетъ круглыя, или овоидныя прозрачныя опухоли, помѣщающіяся въ паховой сторонѣ. Опухоли эти имѣютъ скорѣе чисто хирургическій, чѣмъ гинекологическій интересъ, такъ какъ онѣ легко могутъ подавать поводъ къ ошибкамъ въ діагностикѣ, а именно: ихъ смѣшиваютъ съ ущемленными паховыми грыжами. Въ литературѣ существуетъ нѣсколько наблюдений, въ которыхъ при подобныхъ условіяхъ приступаемо было къ операциі грыжесѣченія. Два подобныхъ примѣра, между прочимъ, приведены у Klob'a. Одинъ изъ нихъ особенно интересенъ тѣмъ, что proces. vaginal. сросся въ двухъ мѣстахъ и между ними собственно и произошло накопление жидкости.

Библиогр. Oehme, De morbis recens natorum chirurgicis. Lipsiae 1773.—Lallemand, Diction. des sc. médec. Paris, 1819, p. 193.—Regnoli, Arch. génér. 2 sér., 1834, v. V.—Sacchi, Oest. Jahrb., 1833, Bl. XIV.—Polant Prag. Viert., 1845 t. I, p. 125.—Bends, Hosp. Middel. 1853, vol. V, 3.—Aubenas, Des tumeurs de la vulve. Strasb., 1860, p. 44.—Klob, Op. cit., p. 385.—Hart, Amer. Journ. of Obst. vol. IV, p. 15.—Hennig, Zeitsch. f. Medic., Chir. u. Geburtsk. R. 1868, № 6.—Zuckerkan dl, Langenbeck's Arch., Bd. XXI, p. 215.—Chian, Wien. med. Blätter, 1879, № 21.

Въ заключеніе того, что сказано нами о патологич. круглыхъ связокъ, не можемъ не упомянуть о томъ, что въ литературѣ существуетъ одно наблюдене, указывающее на то, что возможенъ самостоятельный спазмъ со стороны круглыхъ связокъ (contract. spast. lig. rot.). Наблюденіе это принадлежитъ Delmanzo * и мы приводимъ его здѣсь, какъ передаетъ его Scanzoni **. Дѣло идетъ о молодой дѣвушкѣ, 19 лѣтъ отъ роду, страдавшей эпидеміей. Отъ времени до времени у нея появлялись вдругъ очень сильныя боли въ правой паховой сторонѣ; въ то же время она жаловалась на ощущение, какъ будто что-то выпираетъ изъ паховаго кольца той же стороны, т. е. правой. При изслѣдованіи оказывалось, что въ это время влагалищная часть шейки отклонялась влѣво и опять принимала свое нормальное положеніе, какъ скоро боли проходили. Говоря о наклоненіяхъ матки, мы уже упомянули о томъ, что Vidal de Cassis допускалъ самостоятельное судорожное сокращеніе круглыхъ связокъ, могущее обусловитъ такъ называемое идиопатическое наклоненіе матки, противъ котораго онъ даже предлагалъ подкожное сѣченіе этихъ связокъ. На сколько возможно допустить самостоятельное судорожное сокращеніе круглыхъ связокъ, сказать весьма трудно, такъ-какъ наблюденіе Delmanzo стоитъ совершенно особнякомъ въ литературѣ. Что же касается мнѣнія V. de Cassis, то оно высказано лишь въ видѣ гипотезы.—Я много думаю объ этомъ вопросѣ по поводу того, что мнѣ приходилось наблюдать въ родильномъ періодѣ. Дѣло въ томъ, что нерѣдко очень скоро послѣ родовъ, напр. часовъ 6—8, родильницы жалуются на сильныя боли внизу живота, чаще же въ паховыхъ сторонахъ. При изслѣдованіи нельзя открыть ничего, кромѣ сильнаго наклоненія матки впередъ. Принимая въ соображеніе отсутствіе всякихъ воспалительныхъ явленій, какъ въ самой маткѣ, такъ и

* Observ. in morbos quosdam lig. uteri rotundi acutos. Tüb., 1811.

** Op. cit., p. 438.

придаткахъ ея, я не могъ остановиться ни на чемъ другомъ, какъ на усиленномъ, или судорожномъ сокращеніи круглыхъ связокъ (Cont. spast. ligg. rot. ruerregalis.). Я нерѣдко имѣлъ возможность демонстрировать это явленіе нѣкоторымъ изъ товарищей и моихъ слушателей. Судорожное сокращеніе это продолжается обыкновенно недолго, часовъ 8—12 и легко уступаетъ влажной теплотѣ, употребленной въ видѣ согревающихъ компрессовъ, и наркотическимъ, въ формѣ лауданизированныхъ клизмъ. Само собою разумѣется, представить какія-либо анатомическія доказательства въ пользу дѣйствительно судорожнаго характера описываемаго мною патологическаго состоянія невозможно. Я имѣю право допустить его лишь на основаніи тѣхъ заключеній, къ которымъ можно придти per exclusionem и, наконецъ, если угодно, еще ex jvantibus. Я упомянулъ здѣсь объ этомъ главнымъ образомъ потому, что, сколько мнѣ извѣстно, никто не говорилъ еще объ этомъ явленіи, не лишенномъ до извѣстной степени практическаго интереса.

II. Патологія брюшиннаго покрова матки и подбрюшинной соединительной ткани.

Въ этомъ отдѣлѣ настоящей главы мы должны были бы рассмотреть патологическія формы другихъ частей связочнаго аппарата матки, но, какъ уже сказано выше, это было бы не совѣмъ цѣлесообразно, такъ-какъ это не соответствовало бы клиническимъ цѣлямъ. Такъ-какъ эти части связочнаго аппарата, а именно широкія связки и остальные складки брюшины, служащія къ тому, чтобы дать маткѣ извѣстное положеніе въ тазу, образуются извѣстными отдѣломъ брюшины, то мы и рассмотримъ патологию ихъ въ совокупности, именно ихъ воспалительныя формы, новообразованія и пр, какъ одного цѣлаго, именно брюшиннаго покрова матки. Хотя воспалительныя формы этого отдѣла брюшины (perimetritis) весьма тѣсно связаны съ такими же формами подбрюшинной соединительной ткани (parametritis), тѣмъ не менѣе мы рассмотримъ каждую изъ нихъ отдѣльно, чтобы читателю возможно было составить себѣ о нихъ совершенно ясное понятіе. Съ другой же стороны, исторія и библиографія этихъ двухъ патологическихъ формъ такъ тѣсно связаны между собою, что мы рассмотримъ ихъ здѣсь вмѣстѣ.

Воспаленіе серознаго покрова матки (PERIMETRITIS) и подбрюшинной тазовой клетчатки (PARAMETRITIS).

1) Периметритъ.

Историко-библиограф. замѣч. Нѣсколько десятковъ лѣтъ тому назадъ, не только въ родильнаго состоянія, но и въ пуэрперіи нѣсколько не дифференцировали различныя воспалительныя формы матки. Принимали обыкновенно двѣ кардинальныя формы воспаленія матки, а именно—просто metritis, затѣмъ metro-peritonitis, когда воспаленія съ матки распространяется на брюшину. Такъ дѣло шло до Lisfranc'a. Этотъ замѣчательный клиницистъ не могъ не убѣдиться въ томъ, что этого слишкомъ узкаго нозологическаго кадра далеко недостаточно для того, чтобы помѣстить въ немъ всѣ воспалительныя формы матки, съ которыми приходится имѣть дѣло въ практикѣ. Вслѣдствіе этого, онъ сталъ принимать особенную форму воспаленія матки, которую онъ

назвалъ *metrite partielle*. Хотя представленная имъ картина болѣзни не совсѣмъ ясно указываетъ на то, что онъ собственно понималъ подъ ней въ смыслѣ анатомико-патологическомъ, тѣмъ не менѣе труды *Lisfranc'a* послужили исходной точкой для новыхъ изслѣдованій въ этомъ направленіи со стороны другихъ. Съ этого времени мы находимъ у нѣкоторыхъ авторовъ, особенно французскихъ, стремленіе къ строгой анатомической и клинической классификаціи (или лучше локализаци) различныхъ воспалительныхъ формъ тазовыхъ органовъ. Съ 1816 года, т. е. со времени *Nauche'a*, нѣкоторые стали уже различать вмѣстѣ съ нимъ воспаленіе внутренняго покрова матки, паренхимы ея и серознаго (перитонеальнаго) покрова. Въ 1849 году *Nonat* въ первый разъ выступилъ съ ученіемъ о томъ, что, кромѣ упомянутыхъ формъ, существуетъ еще четвертая, имѣющая субстратомъ своимъ соединительную ткань, окружающую матку и помѣщающуюся между широкими связками. Форму эту онъ назвалъ *phlegmon périuterin, engorgement périuterin*. По ученію *Nonat*, эта воспалительная форма совершенно самостоятельна, т. е. она можетъ существовать помимо воспаленія тазоваго отдѣла брюшины; при этомъ, впрочемъ, онъ не опровергаетъ, чтобы эти двѣ патологическія формы не могли существовать вмѣстѣ, переходя одна въ другую. Хотя идея, высказанная *Nonat*, не была совсѣмъ нова, такъ-какъ она отчасти была издаваема нѣкоторыми другими французскими авторами, въ особенности *Grisolettem* и *Marshall de Salvi*,—тѣмъ не менѣе изслѣдованія по этому предмету *Nonat* возбудили цѣлый рядъ изысканій, изъ которыхъ одни говорили въ пользу, а другіе противъ его ученія. Въ особенности мы должны упомянуть объ изслѣдованіяхъ *Goupiля* и *Bernutz'a*, усилившихся доказать, что установленная *Nonat* форма собственно не существуетъ, что нѣтъ самостоятельныхъ воспаленій соединительной ткани, окружающей матку, и пр., а что есть только воспаленіе тазоваго отдѣла брюшины, которое они, поэтому, и назвали *pelvioperitonitis*. Другими словами, они допускаютъ только то, что мы давно привыкли называть периметритомъ. Первые работы *Bernutz'a* и *Goupiля* по этому поводу явились въ 1857 году и съ тѣхъ поръ въ этомъ спорѣ приняли участіе лучшіе представители гинекологіи, какъ-то: *Aran, Simpson, Bennet, Mat. Duncan, Gallard, Peaslee, Bell* и др. Хотя какъ *Nonat*, такъ и *Goupiль* и *Bernutz* въ подтвержденіе выскъ занныхъ ими мнѣній представили анатомико-патологическія изслѣдованія, тѣмъ не менѣе они не могли убѣдить не только другъ друга, но и тѣхъ, которые вмѣшались въ этотъ споръ и поэтому и въ настоящее время какъ во Франціи, такъ и въ Англіи можно найти такихъ, которые держатся исключительныхъ взглядовъ *Nonat* или же, наоборотъ, ученія *Goupiля* и *Bernutz'a*. Что касается Германіи, то, послѣ классическихъ изслѣдованій *Virchow'a* (1862) о параметритѣ, всѣ лучшіе ея представители гинекологіи приняли его ученіе, подтверждающее въ очень многихъ отношеніяхъ мнѣніе *Nonat*. Съ имепемъ параметрита мы связываемъ въ настоящее время не только твердое, опредѣленное понятіе анатомико-патологическое, но и клиническое и хаосъ въ понятіяхъ совершенно выяснился, благодаря именно вышеупомянутымъ изслѣдованіямъ *Virchow'a* *. Не можемъ здѣсь также не указать на то, что удачное названіе параметритъ, придуманное *Vir-*

* *Rob. Barnes* возстаеъ противъ названія *perimetritis*, такъ и *parametritis*. Такъ-какъ названіе периметритъ, по словамъ его, придумано по аналогіи съ названіемъ перикардитъ, то оно не выдерживаетъ критики уже по одному тому, что въ анатомическомъ отношеніи существуетъ очень значительная разница между тѣмъ, какъ брюшина покрываетъ матку и отношеніемъ перикардія къ сердцу. Слово *parametritъ* далеко не выражаетъ того, что имъ обыкновенно обозначаютъ, такъ-какъ съ составъ этого названія входятъ и воспаленіе соединительной ткани, не имѣющей ничего общаго съ маткой, т. е. воспаленіе тазовой кѣлѣчатки. Вслѣдствіе всего этого, онъ предлагаетъ не отдѣлять другъ отъ друга периметритъ и параметритъ и называетъ ихъ общимъ именемъ «*perimetric inflammation*». Мы привели все это къ тому, чтобы показать, какъ смутны еще понятія о разсматриваемомъ нами вопросѣ. См. *R. Barnes, A Clinical History* и пр., стр. 582.

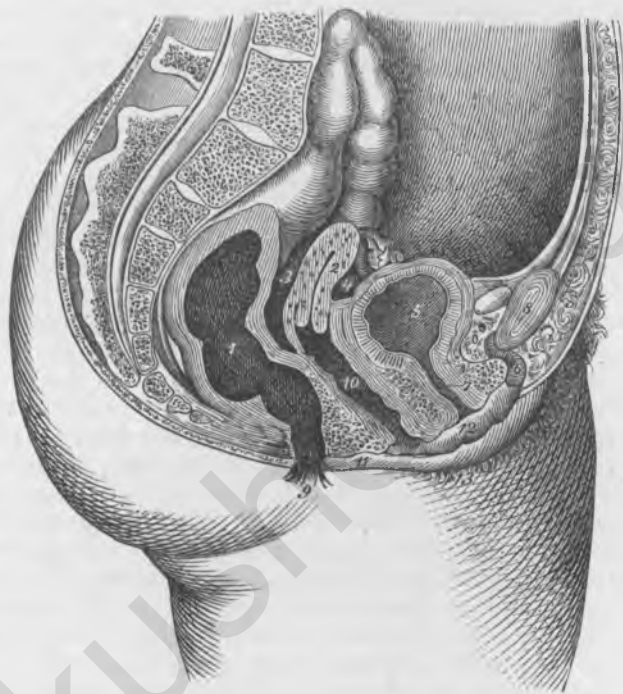
show'омъ для обозначенія воспаления подсерозной соединительной ткани матки, разомъ и очень скоро выяснило всѣ другія названія, придуманныя различными авторами. Мы уже сказали выше, что Nonat назвалъ разсматриваемую форму phlegmon périutérin Bennet—воспаленіемъ придаточныхъ частей матки, или же воспаленіемъ широкихъ связокъ, Bernutz и Goupil—пельвиеритонитомъ, Simpson и затѣмъ многие другіе англійскіе авторы pelvic-cellulitis и пр.

Grisolle, Arch. gén. de méd., 1849, 3-me série, t. IV.—Aug. Nonat, Gaz. des hôp., 1850, № 25 и 1850, № 125, также ero Traité des maladies de l'utérus, Paris, 1866, p. 232.—Valleix, De l'inflammation du tissu cellulaire périutérin. Union méd. 1825.—Simpson, on the ude of exploring-needle. Monthly Journ., 1850, January.—Bennet, Practic. Treat. of inflammation of the uterus. London, 1853, p. 925.—Gallard, De l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la matrice. Paris, 1855. Онъ же, Annales de Gynécologie, 1874, février.—Becquerel, Maladies de l'utérus. Paris, 1859, T. I, 428.—Bernutz и Goupil, Archiv. génér. de médecine, 1857. Mars-Avr.—Онъ же: Clinique méd. des mal. de l'utérus. t. II, p. 1.—Bernutz, Arch. de Tocologie, 1874, Mars.—Peaslee, Edinb. med. Journ., 1855, July.—Ch. Bell, Edinb. med. Journ., 1856, Octob. Dec. и 1857, January.—Virchow, Ueber puerperale diffuse Metritis und parametritis, Arch. f. path. Anat., Bd. XXIII, p. 415.—M. Duncan, A pract. Treatise on perimetritis and parametritis. Edinb., 1868.—Klob, Wien. Medic. Wochenschr., 1862, № 48—49—Онъ же: Path. der weiblichen. Sexualorg., p. 392.—Noeggerath, Die latente Honor. im weiblich. Geschlecht. Bonn, 1872.—Brown, Amer. Journ. of méd. Sc., 1872, July, p. 56.—Smith, Bost. gyn. Journ., VIII, p. 113.—Aitken, Edinb. Obst. Transact., v. II, p. 77.—Spiegelberg, Volk. Saml. Klin. Vortr. № 71.—Eidam, Arch. f. klin. Medic., 1875, Hft. 3—4.—Schlesinger, Oester. med. Jahrb., 1878, Hft. 1—2.—M. Duncan, On Perimetritis and Parametritis, въ Clinic. Lectures un diseases of women. Lond., 1879, p. 49.

Подъ именемъ периметрита, какъ уже сказано выше, понимаютъ воспаление серознаго покрова матки. Если до сихъ поръ многіе увѣряютъ, что названіе периметритъ и параметритъ — синонимы, то въ смыслѣ анатомическомъ (а тѣмъ паче клиническомъ) это нисколько не вѣрно. Pelvioperitonitis въ прямомъ, грамматическомъ смыслѣ обозначаетъ воспаление всего тазоваго отдѣла брюшины, т. е. той части ея, которая, кромѣ матки, покрываетъ также различные отдѣлы связочнаго аппарата, фаллопьевы трубы и яичники. Слѣдовательно, это названіе можно было бы употреблять въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ бы дѣло шло о воспаленіяхъ этихъ упомянутыхъ частей. Мы нисколько не оспариваемъ того, что подобные случаи встрѣчаются, но тѣмъ не менѣе съ клинической точки зрѣнія, по нашему мнѣнію, нужно строго различать подобнаго рода случаи отъ тѣхъ, гдѣ дѣло идетъ главнымъ и преимущественнымъ образомъ о воспаленіи исключительно брюшиннаго покрова матки, чему совершенно вѣрно соотвѣтствуетъ названіе perimetritis. Воспаленіе же другихъ частей брюшины, въ особенности тѣхъ, которыя покрываютъ фаллопьевы трубы (perisalpingitis) и яичники (perioophoritis), будутъ разсмотрѣны нами отдѣльно, именно въ патологіи упомянутыхъ органовъ. — Если дѣло идетъ о воспаленіи брюшиннаго покрова матки, то процессъ анатомико-патологически сказывается слѣдующимъ образомъ. Во многихъ преходящихъ случаяхъ дѣло ограничивается большей или меньшей гиперэ-

мией его, причѣмъ онъ представляется утолщеннымъ, но не повсемѣстно, по крайней мѣрѣ, не въ одинаковой степени. Въ случаяхъ, гдѣ воспаленіе сразу выражено болѣе сильно, вмѣстѣ съ значительной инъекціей серознаго покрова, этотъ послѣдній разбухаетъ болѣе или менѣе сильно; въ разбуханіи этомъ принимаетъ также участіе и лежащая подъ нимъ мышечная ткань. Отложеніе эксудата происходитъ на наружной (свободной) поверхности брюшиннаго покрова матки и притомъ вначалѣ въ видѣ альбуминозной или же сывороточно-альбуминозной жидкости, къ которой впослѣдствіи примѣшивается фибринъ. Къ этому весьма скоро присоединяется новообразованіе соединительной ткани въ видѣ такъ называемыхъ ложныхъ перепонокъ, которыя съ первоначальнаго мѣста воспаленія направляются отъ матки къ близлежащимъ органамъ (каковы фаллопьевы трубы, яичники), склеивая ихъ между собою. При этомъ нужно обратить вниманіе на то, что эти перепонки чаще всего направляются къзади отъ матки и весьма рѣдко только къпереди. Если ложныя перепонки образуются между петлями кишекъ, то между ними накапливается болѣе или менѣе значительное количество желтоватой серозной жидкости. Образующіяся при этомъ ложныя перепонки содержатъ очень много сосудовъ, происходящихъ отъ первоначально-воспаленной ткани, т. е. отъ брюшины. По Кlob'у, различіе въ степени воспаленія сказывается главнымъ образомъ въ различномъ количествѣ примѣшивающагося къ эксудату гноя. Чѣмъ воспаленіе сильнѣе, тѣмъ и гнойныхъ элементомъ бываетъ больше. Какъ жидкій эксудатъ, такъ равно и гнойный, обыкновенно опускаются въ тазовую полость и при томъ болѣею частію въ дугласово пространство. Мы остановимся нѣсколько болѣе на отношеніи эксудата къ дугласову пространству, такъ-какъ это имѣетъ одинаковый, какъ анатомико-патологическій, такъ и клинический интересъ. Въ началѣ, если эксудатъ бываетъ еще совершенно жидкій, то онъ помѣщается въ задней дугласовой складкѣ, на сколько онъ находитъ тамъ свободнаго мѣста, что, въ свою очередь, обусловливается состояніемъ пузыря и прямой кишки. Чѣмъ эти послѣдніе менѣе наполнены, чѣмъ болѣе пространства между ними (свободнаго), тѣмъ болѣе также эксудата можетъ помѣститься между ними. По мѣрѣ наполненія пузыря и прямой кишки, суживается это свободное пространство и эксудатъ по необходимости долженъ подниматься въ брюшную полость (см. ф. 56). Впрочемъ и жидкій эксудатъ можетъ быть фиксированъ исключительно въ дугласовой складкѣ, если съ самаго начала процесса дугласова складка была изолирована отъ брюшной полости старыми воспалительными продуктами. Обыкновенно же и безъ этого, когда прошло отъ начала воспаленія нѣсколько времени, эксудатъ плотнѣетъ и исключительно наполняетъ дугласову складку. Смотри по величинѣ, онъ отдавливаетъ прямую кишку взадъ, а матку къпереди, само же дугласово пространство вытягиваетъ впередъ, т. е. внизъ въ просвѣтъ

рукава. Если процесс достигает очень значительной степени, то, само собою разумѣется, экссудату не хватаетъ мѣста въ дугласовой складкѣ и онъ по неволѣ долженъ распространяться вверхъ надъ маточнымъ дномъ или гораздо выше. Если онъ на извѣстной высотѣ въ брюшной полости изолируется отъ другихъ частей ея ложными перепонками, т. е. экссудатъ помѣщается какъ бы въ совершенно отдѣльной полости, то получается та форма, которая извѣстна подъ именемъ *peritonitis saccata*.



Фиг. 56.

Фиг. 56 показываеъ отношеніе прямой кишки (1) и мочевого пузыря (5) къ экссудату, опускающемуся въ дугласово пространство (3).

Вы не мы указали на то, что периметритическій экссудатъ помѣщается главнымъ и преимущественнымъ образомъ позади матки, т. е. въ дугласовой складкѣ. Но можетъ быть и такъ, что экссудатъ опускается внизъ по бокамъ и даже спереди матки. Это будетъ имѣть мѣсто именно тамъ, гдѣ *Spat. Dougl.* сращено ложными перепонками на значительномъ протяженіи и потому оно остановится мало податливымъ и скорѣе могутъ опускаться внизъ менѣе измѣненные части брюшины. Впрочемъ, я долженъ замѣтить, что подобныя отношенія экссудата встрѣчаются въ высшей степени рѣдко. Что касается дальнѣйшей участи экссуда-

товъ при периметритѣ, то она можетъ быть весьма различна. Жидкій эксудатъ, если онъ содержитъ очень много гнойныхъ элементовъ, остается стационарнымъ въ теченіи большого или меньшаго времени и затѣмъ, послѣ того, какъ гнойные элементы претерпѣли жировое перерожденіе, всасывается. Что же касается ложныхъ перепонокъ, то онѣ нерѣдко остаются на всю жизнь; правда, съ теченіемъ времени онѣ истончаются и если онѣ въ самомъ началѣ не были развиты очень сильно, то могутъ даже совершенно исчезнуть, т. е. всосаться. Это однако бываетъ въ рѣдкихъ случаяхъ: обыкновенно онѣ остаются, претерпѣвая съ теченіемъ времени нѣкоторыя измѣненія, которыя состоятъ существенно въ сморщиваніи или съживаніи ихъ. Если периметритическій эксудатъ главнымъ образомъ состоитъ изъ гнойныхъ элементовъ, то онъ очень долго можетъ оставаться стационарнымъ, т. е. долгое время можетъ не подвергаться никакимъ измѣненіямъ, особенно если онъ изолируется отъ брюшной полости помощью ложныхъ перепонокъ. Съ большой вѣроятностью должно допустить, что эксудатъ, остающійся въ такомъ состояніи, т. е. такомъ, при которомъ онъ не можетъ быть всасываемъ, вслѣдствіе постояннаго прикосновенія къ тканямъ, раздражаетъ эти послѣднія, вслѣдствіе чего происходитъ разрывъ соединительной ткани, служащее, можетъ быть, дальнѣйшимъ источникомъ къ образованію гноя (Klob). Одну изъ самыхъ важныхъ и дальнѣйшихъ метаморфозъ периметритическаго эксудата составляетъ нагноеніе его, т. е. образованіе около матки нарывовъ (*absc. periut.*), которые подробно будутъ разсмотрѣны ниже.

Познакомившись съ сущностью и характеромъ анатомико-патологическихъ продуктовъ, образующихся при периметритѣ, посмотримъ теперь какое вліяніе оказываютъ они на матку, придаточныя части ея и сосѣдніе органы. Если матка покрывается значительнымъ слоемъ ложныхъ перепонокъ, то эти послѣднія должны фиксировать ее на извѣстной высотѣ въ тазу. Поэтому то, или мы получимъ высокое стояніе матки (*elev. uteri*), или же, наоборотъ, она будетъ стоять болѣе или менѣе низко, смотря потому, какъ расположены будутъ ложныя перепонки. Кромѣ того, она можетъ при этомъ представлять еще другія осложненія, какъ въ положеніи, такъ и очертаніи своемъ. По отношенію къ фаллопиевымъ трубамъ нужно замѣтить, что онѣ не рѣдко могутъ быть захвачены въ эксудатъ (*perisalpingitis*), вслѣдствіе чего онѣ теряютъ нормальное анатомическое положеніе свое, т. е. могутъ образовать большія или меньшія извилины и даже загибы. Яичники весьма рѣдко участвуютъ, какъ мы увидимъ ниже, въ разсматриваемомъ процессѣ, причѣмъ вокругъ ихъ образуются большіе или меньшіе эксудаты, смотря по степени воспаленія. Кромѣ упомянутыхъ измѣненій Klob указываетъ еще на одно очень важное сопутствующее явленіе со стороны матки при периметритѣ. По словамъ его, подъ ложными

перепонками, покрывающими матку, онъ постоянно находилъ болѣе или менѣе обширное жировое перерожденіе мышечнаго слоя ея. Обстоятельство это, безъ сомнѣнія, должно играть важную этиологическую роль по отношенію къ разрывамъ матки. Такъ-къ при периметритѣ дѣло идетъ о большихъ эксудатахъ въ полости таза, то, само собою разумѣется, они должны болѣе, или менѣе значительно измѣнять анатомическія отношенія прямой кишки и мочеваго пузыря. Въ самомъ дѣлѣ, прямая кишка, кромѣ того, что она бываетъ смѣщена, смотря по тому, какъ помѣщается эксудатъ, но и просвѣтъ ея при этомъ болѣе или менѣе уменьшенъ, вслѣдствіе прижатія ея эксудатомъ. Такъ какъ периметритическій эксудатъ помѣщается главнымъ образомъ въ задней половинѣ таза, то онъ отдавливаетъ матку впередъ, а это обстоятельство, въ свою очередь, подымаетъ пузырь вверхъ, въ ту или другую сторону.

По отношенію къ клинической картинѣ, обусловливаемой периметритомъ, должно различать по теченію процесса двѣ формы—острую и хроническую.

Острый периметритъ. Явленія клиническія начинаются обыкновенно разомъ, иногда почти непосредственно послѣ того, какъ подѣйствовала производящая причина. У больной являются сильныя лихорадочныя движенія, начинающіяся обыкновенно ознобомъ, который довольно силенъ, какъ по продолжительности, такъ и интенсивности. За ознобомъ слѣдуетъ весьма значительное повышение температуры, причемъ повышение это развивается быстро и, достигнувъ своего maximum (39,5—40,5), долго остается на одитаковой высотѣ, по крайней мѣрѣ даетъ очень незначительныя послабленія, до тѣхъ поръ, пока процессъ идетъ впередъ. т. е. замѣчаются очень небольшія послабленія по утрамъ. Однимъ словомъ, характеръ лихорадки—*continua*. Такъ дѣло идетъ до тѣхъ поръ, пока выпотѣваніе не остановится. Съ приостановкой выпота температура разомъ падаетъ на 1 1/2 и даже 2° и это продолжается иногда часовъ 48 и болѣе; обыкновенно послѣ повторяющагося озноба она снова подымается и достигаетъ первоначальной высоты или даже превышаетъ ее. Такимъ образомъ мы можемъ имѣть во время теченія острой формы периметрита нѣсколько перемежекъ въ температурѣ. Пульсъ находится постоянно въ извѣстномъ, опредѣленномъ отношеніи къ температурѣ. Какъ только эта послѣдняя начинаетъ подниматься, пульсъ начинаетъ ускоряться и достигаетъ обыкновенно очень значительной высоты. Кромѣ того, что онъ очень значительно ускоренъ (отъ 110 — 120 и болѣе), онъ отличается тѣмъ, что онъ болѣе или менѣе сжатъ, т. е. волна его мала. Однимъ словомъ, это тотъ пульсъ, который старинные клиницисты называли пиритонеальнымъ, т. е. пульсъ сильно ускоренный, малый, но довольно твердый. Какъ только процессъ приостанавливается и температура начинаетъ падать, тотчасъ начинаетъ замѣчаться рѣзкая перемена въ харак-

терѣ пульса, т. е. онъ становится менѣе частымъ и волна его увеличивается. Уже по прошествіи нѣсколькихъ часовъ, иногда послѣ озноба и поднятія T^0 , больная начинаетъ жаловаться на весьма сильную острую и постоянную боль внизу живота. Боль эта чаще всего бываетъ сосредоточена въ паховыхъ сторонахъ, по крайней мѣрѣ въ началѣ, затѣмъ она обхватываетъ всю нижнюю часть живота (hypogastr.). Мы уже сказали, что боль эта постоянная, но, кромѣ того, она еще отличается тѣмъ, что она произвольная, хотя она, правда, усиливается отъ всякаго сколько нибудь усиленнаго движенія, особенно брюшныхъ мышцъ. Оттого то больная принимаетъ извѣстное положеніе, которое она упорно удерживаетъ во все время болѣзни, т. е. пока продолжаются боли; обыкновенно она лежитъ на спинѣ съ согнутыми въ колѣнахъ ногами или, при томъ же положеніи нижнихъ конечностей, она принимаетъ боковое положеніе, избѣгая при этомъ не только кашля но даже сколько нибудь глубокихъ вдыханій. Боль при периметритѣ вообще можетъ достигнуть такой степени, что не только прикосновеніе къ животу рукой причиняетъ больной весьма сильные страданія, но она не переноситъ даже прикосновенія тяжелой одѣяла. Къ этой боли, обусловливаемой прямо воспаленіемъ брюшины, присоединяется еще другая боль въ верхнихъ отдѣлахъ живота, зависящая отъ развивающагося при этомъ тимпанита. Кромѣ того, больная жалуется на учащенный позывъ къ мочеиспусканію, которое становится все болѣе и болѣе болѣзненнымъ, а иногда дѣло доходитъ до совершеннаго задержанія мочи. Когда эксудатъ достигъ уже порядочной величины, то ко всему этому присоединяется запоръ на низъ. Иногда въ первые дни отъ начала болѣзни, иногда же только на высотѣ ея появляются позывъ на рвоту (vomituritio), тошнота, а иногда наступающая рвота, которая еще болѣе усиливаетъ страданія больной.

Мы уже упомянули выше о томъ, что при острой формѣ периметрита процессъ продолжается около 15 дней, чаще нѣсколько менѣе и дальнѣйшій характеръ клиническихъ явленій будетъ зависѣть отъ того, какое направленіе принимаетъ процессъ. Если онъ идетъ все впередъ, то воспаленіе переходитъ съ покрова матки на другіе отдѣлы брюшины, процессъ распространяется вверхъ и развивается собственно перитонитъ. И здѣсь могутъ быть два исхода; при первомъ изъ нихъ воспаленіе охватываетъ не всю брюшину, а только большую или меньшую часть ея и затѣмъ приостанавливается, причемъ эксудатъ подвергается тѣмъ измѣненіямъ, которыя изложены выше. Если же процессъ распространяется на всю брюшину (peritonitis universalis), то дѣло кончается обыкновенно скоро смертельнымъ исходомъ. Если же воспаленіе ограничивается только брюшиннымъ покровомъ матки, то дальнѣйшее теченіе его тоже бываетъ двоякое. Въ первомъ случаѣ, если процессъ былъ выраженъ не очень сильно, т. е. эксудатъ не достигъ значительной величины, то онъ можетъ окончиться

разрѣшеніемъ, т. е. вышеупомянутыя бурныя явленія со стороны общаго состоянія и боли постепенно ослабѣваютъ и большая вскорѣ оправляется. Во второмъ случаѣ общія явленія тоже унимаются, но не совсѣмъ и процессъ принимаетъ теченіе хроническое, т. е. получается то, что мы клинически называемъ

Хроническимъ периметритомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ процессъ можетъ съ самаго начала имѣть хроническій характеръ, т. е. больныя не могутъ съ точностью опредѣлить, когда начались припадки, на которые онѣ жалуются; припадки же эти состоятъ въ болѣе или менѣе тупой боли въ тазовой сторонѣ, сосредоточенной то болѣе въ одномъ, то въ другомъ мѣстѣ, чаще всего мы слышимъ въ этомъ случаѣ жалобы на крестцовую сторону. По временамъ боли въ тазовой сторонѣ даже совершенно пропадаютъ и смѣняются не менѣе неприятнымъ ощущеніемъ тяжести внизу живота. Если произвольныя боли при хронической формѣ периметрита выступаютъ очень слабо, зато по временамъ онѣ ожесточаются очень сильно, въ особенности отъ усиленной ходьбы и *coit'a*, который вообще при этой формѣ болѣе или менѣе болѣзненъ. Разстройство въ этомъ отправленіи объясняется различнаго рода смѣщеніями матки, въ особенности же низкимъ стояніемъ влагалищной части ея. Тоже самое должно сказать относительно мѣсячныхъ. Съ каждымъ приближеніемъ ихъ больныя начинаютъ жаловаться на усиленіе болѣзненности, или ощущенія тяжести внизу живота и, какъ мы видѣли уже выше, болѣзненность эта достигаетъ наивысшей степени своей на высотѣ менструальной гипереміи (*dysmenor. congest.*). Къ этому присоединяются нерѣдко порядочныя лихорадочныя движенія, разстройство въ мочеиспусканіи и т. д., однимъ словомъ, получается клиническая картина, напоминающая по характеру своему острую форму. Подобныя усиленія припадковъ (*redoublements inflammatoires*, какъ ихъ удачно называютъ французы) повторяются во время теченія хронической формы периметрита болѣе или менѣе часто, смотря потому, какъ часто дѣйствуетъ производящая причина. Больныя сами уже такъ хорошо знаютъ это, что онѣ постоянно находятся подъ страхомъ подобныхъ возвратовъ, и это не мало дѣйствуетъ на расположеніе ихъ духа и на усиленіе нервныхъ явленій, о которыхъ мы считаемъ излишнимъ говорить здѣсь, такъ какъ они ничѣмъ не отличаются отъ тѣхъ, которыя обыкновенно сопровождаютъ различныя хроническія заболѣванія со стороны половой сферы. Кромѣ упомянутыхъ явленій больныя, одержимыя хронической формой периметрита, жалуются почти постоянно на усиленное выдѣленіе слизи изъ родовыхъ путей. Причина этого явленія объясняется легко тѣми измѣненіями, которыя претерпѣваетъ матка вслѣдствіе эксудата. Такъ какъ сна обыкновенно бываетъ болѣе или менѣе сильно смѣщена и прижата, то вслѣдствіе этого происходитъ глубокое разстройство въ циркуляціи, результатомъ котораго является венозный застой во всемъ органѣ, въ особенности же въ цервикальномъ каналѣ (цервикальный эндометритъ). Мѣсячныя при

хроническомъ периметритѣ бываютъ не только, какъ мы видѣли выше, болѣзненны, но нерѣдко также неправильны относительно типа (являются раньше срока), а иногда и относительно формы (чрезмѣрно обильны). Сосѣдніе съ маткой органы, а именно прямая кишка и мочевоу пузырь, даютъ также рядъ явленій, съ сущностью которыхъ мы познакомились выше. При этомъ однако мы должны указать на то, что запоры на низъ составляютъ не постоянный спутникъ хроническаго периметрита, нерѣдко они смѣняются поносомъ. Вообще, въ данномъ случаѣ мы имѣемъ иногда дѣло съ глубокимъ разстройствомъ питанія, вслѣдствіе потери аппетита, и цѣлой картиной, симулирующей то хроническій катарръ желудка, то такое же разстройство кишечнаго канала. Результатомъ этого является, то скорѣе, то позже, разстройство кровотоуоренія, больныя худѣютъ, становятся апатичными, или же раздражительными, впадаютъ въ чрезвычайную мнительность и даже ипохондрію. Весьма рѣдко встрѣчаются такіе субъекты, которые, страдая болѣе или менѣе значительнымъ периметритическимъ эксудатомъ, не особенно бы жаловались. Это преимущественно бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ эксудатъ сидитъ высоко въ тазу и не очень сильно смѣщаетъ матку.

Что касается объективныхъ данныхъ, то при острой формѣ въ началѣ страданія они выступаютъ не совсѣмъ рѣзко, такъ-какъ изслѣдованіе весьма болѣзненно. Тѣмъ не менѣе однако, при нѣкоторомъ навыкѣ и въ этомъ случаѣ не трудно вскорѣ убѣдиться—съ чѣмъ имѣемъ дѣло. При наружномъ изслѣдованіи обыкновенно констатируемъ, что брюшныя покровы напряжены и болѣзненность особенно сильна въ паховыхъ сторонахъ. Если мы изслѣдуемъ дня черезъ два или три отъ начала болѣзни, то резистенція брюшныхъ покрововъ еще сильнѣе и при этомъ hypogastr. представляется слегка вздутымъ и на известной высотѣ надъ симфизой слегка выпуклымъ. Вслѣдствіе упомянутой болѣзненности и напряженія покрововъ, очень трудно прощупать при наружномъ изслѣдованіи эксудатъ, развѣ онъ будетъ очень значительной величины. При внутреннемъ изслѣдованіи T^o рукава представляется возвышенной, смотря по степени лихорадочныхъ движеній, длинникъ его увеличенъ, такъ-какъ матка въ началѣ процесса стоитъ нѣсколько выше нормальнаго. Влагалищная часть довольно тверда, даже нѣсколько плотна на ощупь, зѣвъ обыкновенно закрытъ. Такъ-какъ мы сказали, что матка стоитъ нѣсколько выше нормальнаго, то и своды представляются слегка сглаженными, болѣе плоскими; самое важное, что замѣчается въ этомъ отношеніи, это увеличенная резистенція и большая или меньшая чувствительность обоихъ сводовъ, главнымъ же образомъ задняго. При этомъ мы должны замѣтить, что означенныя явленія, т. е. увеличенная резистенція и усиленная чувствительность распределены неравномѣрно, то болѣе въ той, то въ другой сторонѣ, т. е. болѣе вправо или влево. При ощупываніи матки не трудно убѣдиться въ томъ, что вся она представляетъ явленія

болѣе или менѣе сильной гиперэмїи, которая сказывается возвышенною чувствительностью всего органа, особенно же влагалищной части. Non pat указываетъ на то, что при этомъ въ сводѣ рукава можно констатировать всегда болѣе или менѣе рѣзкую пульсацію. Явленіе это далеко не постоянно, какъ утверждаетъ Non pat, и мы встрѣчали его главнымъ образомъ тамъ, гдѣ уже можно было констатировать болѣе или менѣе обширный эксудатъ и притомъ продолжавшійся нѣкоторое время. Вышеупомянутыя явленія констатируются въ самомъ началѣ процесса; коль скоро же дѣло дошло до образованія эксудата, то данныя, находимыя при изслѣдованіи, выступаютъ еще болѣе рѣзко. Если мы въ началѣ находимъ, что длинникъ рукава увеличенъ, то съ образованіемъ эксудата констатируется обратное, т. е. большее или меньшее укороченіе рукава. Обыкновенно въ срединной линіи таза, позади влагалищной части ощупывается tumor, консистенція котораго различна, смотря по давности его; во всякомъ случаѣ однако, въ то время, когда мы явственно ощупываемъ его, онъ бываетъ довольно плотной консистенціи, такъ что рѣзко отличается въ этомъ отношеніи отъ матки. Что же касается формы его, то онъ почти всегда имѣетъ трехъ-угольную, клиновидную форму, т. е. онъ къ нижнему концу постепенно суживается. Кромѣ того, чѣмъ выше, тѣмъ онъ толще. Эту рѣзкую, характерную форму почти всегда можно констатировать въ свѣжихъ эксудатахъ и тамъ, гдѣ периметриръ бываетъ чистый. Впослѣдствіи, когда къ нему присоединяются осложненія различнаго рода, въ особенности параметриръ, онъ можетъ терять эту форму. Преслѣдуя (resp. ощупывая) эксудатъ снизу вверхъ, можно убѣдиться въ томъ, что онъ, постепенно расширяясь занимаетъ большую часть задней стѣнки таза, причемъ однако онъ распространяется по ней неравномѣрно, захватывая больше то ту, то другую сторону ея. Если эксудатъ болѣе значительной величины, то верхняя граница его опредѣляется безъ всякаго труда, помощью бимануальнаго изслѣдованія, на извѣстной высотѣ надъ лоннымъ соединеніемъ. Что касается матки, то, по мѣрѣ отложенія эксудата, она отдавливается впередъ, къ передней стѣнкѣ таза и становится все болѣе и болѣе неподвижною; она кажется какъ бы вкочлененною въ полость таза и бываетъ наклонена впередъ то въ ту, то въ другую сторону, смотря по положенію эксудата и кажется какъ бы сидящей на немъ.

Когда мы имѣемъ дѣло съ хроническимъ периметритомъ, то наружное изслѣдованіе покажетъ величину и вообще объемъ эксудата, если онъ настолько великъ, что его можно ощупать чрезъ брюшные покровы. Болѣзненность при томъ будетъ различна, смотря по давности страданія и состоянію въ которомъ находится эксудатъ. При внутреннемъ изслѣдованіи длинникъ рукава становится укороченнымъ на столько, на сколько воспалительный продуктъ выпячиваетъ задній сводъ въ просвѣтъ рукава, т. е. внизъ. При этомъ ощупывается твердая опухоль совершенно плотной кон-

систенціи, тѣмъ болѣе плотной, чѣмъ старше эксудатъ. Что касается поверхности его, то въ старыхъ эксудатахъ она болѣе или менѣе гладкая (ровная), чѣмъ они однакъ старше, тѣмъ поверхность ихъ становится болѣе неровною, бугристою. Бугристость эксудата объясняется неравнобѣрнымъ всасываніемъ его. При этомъ нужно имѣть въ виду, что всасываніе (исчезаніе) эксудата идетъ сверху внизъ, т. е. всасываніе начинается отсюда, гдѣ эксудатъ моложе. Въ другихъ случаяхъ, хотя болѣе рѣдкихъ, оно начинается снизу, вслѣдствіе чего эксудатъ теряетъ свою первоначальную клиновидную форму. Вообще, всасываніе старыхъ периметритическихъ эксудатовъ никогда не совершается равнобѣрно, или хоть сколько нибудь одинаково на всемъ протяженіи его. Мы уже сказали, что въ началѣ эксудатъ занимаетъ почти срединную линію задней стѣнки таза; чѣмъ онъ старше, тѣмъ болѣе онъ теряетъ срединное положеніе свое и поэтому старые периметритическіе эксудаты, хотя и помѣщаются на задней стѣнкѣ таза, но занимаютъ болѣе ту, или другую сторону ея. Оттого, смотря по положенію эксудата, мы различаемъ *perimetr. chr. dextra* и *sinistra*. Что касается положенія матки при старыхъ периметритахъ, то она обыкновенно бываетъ понижена и абсолютно неподвижна; кромѣ того, она представляетъ всевозможныя измѣненія въ положеніи, что прямо обусловливается величиною и положеніемъ эксудата.

Этіологія. Периметритъ, говоря вообще, составляетъ довольно частую гинекологическую форму. Это объясняется тѣмъ, что онъ въ большинствѣ случаевъ является не самостоятельно, а послѣдствіемъ самыхъ разнообразныхъ патологическихъ состояній половой сферы. Поэтому-то периметритъ встрѣчается только у субъектовъ, половая сфера которыхъ находится на высотѣ своей дѣятельности. Мы ни разу не встрѣчали его вслѣдствіе этого у женщинъ, не совершавшихъ еще *coitum*, хотя Nonat увѣряетъ, что онъ встрѣчалъ подобные случаи. Такъ-какъ мы абстрагируемъ здѣсь отъ родильнаго состоянія, то укажемъ только на тѣ патологическія состоянія со стороны различныхъ частей половой сферы, которыя могутъ повлечь за собою периметритъ внѣ пуэрперія. Изъ страданій матки первое мѣсто въ этомъ отношеніи занимаютъ всѣ воспалительныя формы, какъ внутренняго покрова (*endometr.*), такъ и паренхимы ея (*metrit. parench.*). Если процессы эти достигаютъ сколько-нибудь значительной степени, то къ нимъ довольно часто присоединяется периметритъ. Затѣмъ слѣдуютъ различныя измѣненія въ положеніи ея; говоря о наклоненіяхъ и загибахъ матки, мы уже указали на то, что периметритъ составляетъ въ этомъ случаѣ не первичное явленіе, какъ утверждалъ *Vigshov*, а, наоборотъ, явленіе вторичное, послѣдовательное, присоединяющееся къ первоначальному измѣненію въ положеніи и очертаніи матки, по истеченіи извѣстнаго времени. Тоже самое должно сказать относительно выворота (*inversio*) и выпаденія матки (*prolapsus*). Что касается того, ка-

кимъ образомъ при этихъ условіяхъ происходитъ периметритъ, то это объяснить не трудно, такъ-какъ производящая причина выступаетъ здѣсь слишкомъ рѣзко. При всѣхъ упомянутыхъ выше измѣненіяхъ въ положеніи матки брюшина растягивается, слѣдовательно раздражается такъ долго, что послѣдствіемъ этого непременно должно явиться воспаленіе ея. Явится ли оно въ острой или хронической формѣ, — будетъ зависѣть отъ случайныхъ обстоятельствъ, какъ-то: степени наклоненія матки, величины ея и т. д. Кромѣ того, здѣсь не маловажную роль играютъ также тѣ или другія присоединяющіяся (конкомитирующія) причины, какъ-то: физическія напряженія и пр. Периметритъ, присоединяющійся къ другимъ воспалительнымъ формамъ матки, является обыкновенно въ острой формѣ и притомъ въ такой степени, что вызвавшее его первоначальное патологическое состояніе матки отступаетъ при этомъ совершенно на задній планъ. Если многіе авторы, какъ Bernutz, Goupil, Aran, West и др., указываютъ на то, что различныя разстройства мѣсячныхъ играютъ здѣсь очень важную роль, то, вѣроятно, они желали этимъ выразить этиологическое значеніе въ этомъ случаѣ воспалительныхъ формъ матки, такъ-какъ всѣ разстройства мѣсячныхъ суть ничто иное, какъ прямой результатъ ихъ. Наконецъ, изъ страданій матки мы должны указать здѣсь еще на новообразованія ея, въ особенности же на фиброміомы и ракъ.

Говоря объ этиологическомъ отношеніи вышеупомянутыхъ формъ матки къ периметриту, мы нарочно выдѣлили специфическое воспаленіе ея, именно гоноройное, которому въ настоящее время стали придавать въ этомъ случаѣ особенное значеніе. Уже давно нѣкоторые авторы, какъ-то: Bernutz, Veit и др. утверждали, что периметритъ довольно часто является результатомъ гонореи. Далѣе всѣхъ однако въ этомъ отношеніи зашелъ ученикъ Veit'a—Noeggerath. Онъ утверждаетъ, что гонорея у мужчинъ, даже въ латентномъ періодѣ, постоянно передается женщинамъ и она, въ свою очередь, вызываетъ у нихъ периметритъ и притомъ почти постоянно въ острой формѣ. Механизмъ происхожденія этого послѣдняго онъ объясняетъ себѣ такимъ образомъ, что гоноройное воспаленіе чрезъ внутреннюю поверхность матки распространяется на фаллопиевы трубы; эти послѣднія, сокращаясь, изгоняютъ нѣсколько капель секрета, чего совершенно достаточно, чтобы вызвать периметритъ. Этотъ послѣдній, кромѣ острой формы, можетъ являться еще въ видѣ хроническомъ, а также въ формѣ рецидивирующей. Кромѣ того, гонорея можетъ также вызвать и воспаленіе яичниковъ. Отправляясь съ этой точки зрѣнія и принимая въ соображеніе, что гонорея составляетъ столь частую форму у мужчинъ (80 гонорей на 100 субъектовъ!!!), — Noeggerath и приходитъ къ заключенію, что гонорея составляетъ самую частую (отчего уже не единственную?) причину периметрита, а вслѣдствіе этого также и безплодія. Что бы стало съ человечествомъ, еслибъ была правда хоть маленькая доля

того, что утверждает Noeggerath? Къ счастью, это далеко не такъ. Начать съ того, что всѣ эти ужасы, приписываемые Noeggerath'омъ гонорей, чисто апіористическіе, такъ какъ онъ въ подтвержденіе ихъ не приводитъ ни одного анатомическаго доказательства. Да откуда и взять ихъ? Кромѣ того, мы видѣли выше, что гоноройное воспаленіе рукава въ минимальномъ только числѣ случаевъ переходитъ на полость матки. Откуда же, спрашивается, взяться гоноройному воспаленію трубъ? Если нѣкоторые (Giles, Macdonald) въ доказательство того, что гонорея часто вызываетъ периметритъ, ссылаются на то, что онъ часто встрѣчается у проституттокъ—то, въ сущности, это ничего не доказываетъ. Тутъ играетъ роль не гонорея, а чисто травматическая причина, а именно эксцессы in coitu. Мы мало наблюдали проституттокъ, но у меня есть не мало наблюденій, доказывающихъ какъ нельзя яснѣе, что coitus n̄ minus въ данномъ случаѣ играетъ несомнѣнную роль. Мы такъ часто наблюдали периметритъ у новобрачныхъ, у которыхъ самое тщательное изслѣдованіе, какъ ихъ, такъ и мужей, не могло открыть ни малѣйшихъ слѣдовъ гонореи, что въ настоящее время мы нисколько не сомнѣваемся въ преувеличеніи мнѣнія Noeggerath'a и другихъ. При хронической формѣ периметрита, въ случаѣ обостренія его, часто становисься въ тупикъ,—въ чемъ кроется причина? Долго можно будетъ искать, пока больная или мужъ ея не сознаются, что дѣло идетъ объ эксцессѣ извѣстнаго рода. Въ заключеніе того, что сказано нами о роли, которую будто бы играетъ въ данномъ случаѣ гонорея, я долженъ упомянуть о томъ, что, по Bernutz'у, на 100 периметритовъ, гонорея обуславливаетъ его 29 разъ, по West'у же и Agran'y,—только 1—2 раза.

И помимо гонореи, заболѣванія фаллопиевыхъ трубъ могутъ сдѣлаться причиною периметрита. Этотъ послѣдній можетъ развиться при воспаленіи трубы, или просто per continuitatem, или же оттого, что нѣсколько капель секрета (слизь, гной) изъ трубы попадаютъ въ брюшину. Къ заболѣваніямъ яичниковъ весьма нерѣдко присоединяется периметритъ, будетъ ли дѣло идти о воспаленіи паренхимы ихъ хроническомъ, или остромъ; если раздраженіе достигло извѣстной степеней, то обыкновеннымъ послѣдствиемъ его является периметритъ. Въ нѣсколькихъ случаяхъ очень обширнаго периметрита я могъ убѣдиться на трунахъ, что исходною точкою процесса должно было считать старое паренхиматозное воспаленіе того или другаго яичника. При новообразованіяхъ яичниковъ, въ особенности же кистахъ, периметритъ встрѣчается довольно часто.

Изъ всего вышеупомянутаго не трудно убѣдиться въ томъ, что периметритъ чаще всего является вторичнымъ образомъ, присоединяясь, какъ осложненіе, къ той или другой патологической формѣ различныхъ отдѣловъ половой сферы. Этимъ объясняется то, что при секціяхъ мы столь часто встрѣчаемъ остатки (residua) болѣе или менѣе обширныхъ периметритовъ.—Agran' увѣряетъ,

что на 100 вскрытій женщинъ, умершихъ въ его отдѣленіи, онъ могъ констатировать периметритъ въ 55-ти случаяхъ. Но, кромѣ этихъ случаевъ, гдѣ периметритъ является какъ осложненіе, онъ можетъ быть также и первичный, т. е. вызванный прямо и непосредственно той, или другой причиной. При этомъ однако мы считаемъ нужнымъ сдѣлать оговорку въ томъ смыслѣ, что не должно думать, что и въ этихъ случаяхъ первичнаго периметрита не было другихъ заболѣваній со стороны половой сферы. Напротивъ, чаще всего это будетъ имѣть мѣсто. Напр., мы имѣемъ дѣло съ больной, страдающей эндометритомъ и какимъ либо измѣненіемъ въ положеніи матки. Ей надѣваютъ пессарій и чрезъ нѣсколько времени развивается периметритъ. Отчего въ данномъ случаѣ развился периметритъ, а не усилился просто только эндометритъ, зависитъ оттого, что уже до пессарія брюшинный покровъ матки находился въ извѣстной степени раздраженія, которое не могло быть констатировано. Вообще должно сказать, что всевозможнаго рода травмы играютъ въ этомъ случаѣ весьма важную роль. О значеніи въ этомъ отношеніи коита мы уже упомянули выше. Не столь часто всрѣчается травматическій периметритъ вслѣдствіе ушибовъ, паденія и т. д. со стороны больныхъ и какъ результатъ различныхъ врачебныхъ манипуляцій, производимыхъ на половой сферѣ. Сюда должно отнести неумѣлое и форсированное зондированіе, а также введеніе въ полость матки различныхъ внутриматочныхъ снарядовъ (редресаторовъ), внутриматочныя впрыскиванія и пр. Въ особенности часто развивается периметритъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матку почему либо приходится сильно оттягивать внизъ, къ выходу таза, такъ-какъ при этомъ сильно напрягается брюшинный покровъ ея. Вслѣдствіе-то этого въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при снижаніи фиброзныхъ полиповъ приходится очень высоко накладывать экразерную цѣпь, весьма нерѣдко послѣдствіемъ этого является периметритъ.

Распознаваніе периметрита, вообще говоря, въ большинствѣ случаевъ весьма легко. Въ самомъ дѣлѣ, бурныя явленія со стороны общаго состоянія и сильныя боли внизу живота указываютъ на то, что дѣло идетъ о заболѣваніи брюшины. Исслѣдованіемъ остается только выяснить—какой отдѣлъ ея пораженъ. Для того, чтобы, сопоставляя общія явленія съ результатомъ гинекологическаго исслѣдованія, можно было утверждать, что мы имѣемъ дѣло съ периметритомъ, требуется доказать, что въ началѣ матка слегка поднята, очень чувствительна на оощупъ, зѣвъ закрытъ и задній сводъ представляетъ извѣстную чувствительность и усиленную резистенцію. Здѣсь эксудата еще нѣтъ, но, по моему мнѣнію, сказанныя явленія со стороны половой сферы такъ характерны, что мы въ подобныхъ случаяхъ ставимъ діагностику *perimetritis incipiens*. Важно именно распознаваніе въ этомъ періодѣ страданія, такъ-какъ оно имѣетъ прямое вліяніе на терапію. Коль скоро же дѣло дошло уже до эксудата,

то распознаваніе еще легче,—такъ какъ при этомъ констатируется tumor позади матки, треугольной или клиновидной формы, занимающей болѣе или менѣе средину задней стѣнки таза и совершенно фиксирующей матку. На основаніи этихъ нѣсколькихъ, но совершенно характерныхъ данныхъ, можно смѣло устанавливать діагностику периметрита; при дальнѣйшемъ теченіи процесса, когда къ тому присоединяется воспаленіе серознаго покрова и яичниковъ, распознаваніе можетъ быть уже нѣсколько затруднительно, такъ-какъ сбоку собственно периметритическаго эксудата мы получаемъ одинъ или два tumor'a (если воспалены оба яичника). Тутъ можетъ возникнуть вопросъ: что это—периметритъ или періоофоритъ? Собственно то и другое, и потому въ подобныхъ случаяхъ можно клинически устанавливать діагностику периметрита плюс періоофоритъ (простой или двойной), или, если угодно, можно подобные случаи называть и пельви-перитонитомъ.

Если дѣло идетъ о хроническомъ периметритѣ, то, какъ уже мы видѣли выше, субъективныя явленія при этомъ таковы, что по нимъ нельзя составить себѣ даже приблизительное понятіе о сущности страданія. Но зато, съ другой стороны, изслѣдованіе въ большинствѣ случаевъ сразу укажетъ съ тѣмъ имѣемъ дѣло. Большіе эксудаты узнаются весьма легко, такъ-какъ они легко доступны пальцу. Если мы имѣемъ дѣло съ бугристою твердою опухолью, совершенно неподвижною и притомъ фиксирующею также матку въ извѣстномъ направленіи,—то это ничто иное, какъ старый периметритическій эксудатъ. Мы уже упомянули выше о томъ, что при хроническомъ периметритѣ, такъ какъ всасываніе эксудата происходитъ неравномѣрно, то онъ бываетъ больше выраженъ съ какой либо одной стороны. Это однако нисколько не должно сбивать діагностику: изслѣдуя бимануально, должно стараться взобраться какъ можно выше и опредѣлить отношеніе tumor'a къматкѣ. Если это дѣйствительно периметритическій эксудатъ, то окажется, что онъ тянется вверхъ, по задней стѣнкѣ матки, которая какъ бы пригвождена къ нему и обз. они совершенно неподвижны.

Нерѣдко большая часть эксудата можетъ всосаться, а между тѣмъ очень важно выяснить—былъ ли въ данномъ случаѣ периметритъ, или нѣтъ? Объ этомъ можно судить двоякимъ образомъ. Если мы находимъ, что матка представляетъ то или другое измѣненіе въ положеніи, причемъ болѣе или менѣе неподвижна,—то съ большою достовѣрностью можно утверждать, что въ данномъ случаѣ дѣло непремѣнно шло о периметритѣ, который давно прошель, оставивъ только ложныя перепонки, фиксирующія матку въ данномъ положеніи. Мы тѣмъ болѣе имѣемъ право утверждать это, если нельзя констатировать другой причины, которую можно было бы объяснить неподвижность матки. Съ другой же стороны, иногда, кромѣ того, можно прямо констатировать перемычки, идущія съ того или другаго мѣста задней стѣнки

матки къ сосѣднимъ частямъ. Выводя матку изъ того положенія, въ которомъ ее находимъ, перемычки эти напрягаются и ихъ не трудно тогда ощупать на большемъ или меньшемъ протяженіи.

Что касается дифференціальной діагностики периметрита отъ другихъ патологическихъ формъ, то совершенно свѣжій эксудатъ можно бы смѣшать съ экстравазатомъ въ дугласовой складкѣ, т. е. съ *haematoma retrouterin.*, — но мы ниже увидимъ, что при внимательномъ изслѣдованіи это едва ли возможно. Второе, съ чѣмъ можно смѣшать свѣжій периметритъ, — это внѣматочная брюшинная беременность (*gravidit. extraut. abdominal.*). Не говоря уже о томъ, что для выясненія діагностики здѣсь много можетъ помочь анамнезъ, данныя, получаемыя путемъ тщательнаго изслѣдованія легко рѣшаютъ дѣло. При брюшинной внѣматочной беременности мы тоже имѣемъ дѣло съ опухолью позади матки, т. е. въ дугласовой складкѣ, но свойства тумора совсѣмъ другія, чѣмъ при периметритѣ. Эксудатъ, какъ мы уже знаемъ, имѣетъ большею частію треугольную или клиновидную форму, плодная киста же—форму овальную или во всякомъ случаѣ кругловатую; какъ бы свѣжъ ни былъ периметритъ, консистенція tumor'a всегда несравненно болѣе плотная, чѣмъ при *gravidit. extraut.*; кромѣ того, при этомъ, т. е. при плодной кистѣ матка гораздо большаго объема, чѣмъ при периметритѣ и гораздо болѣе сочная. Затрудненіе въ діагностикѣ можетъ быть очень значительно, если къ *gravidit. extraut.* присоединяется болѣе или менѣе значительный периметритъ, что обыкновенно и бываетъ въ большинствѣ случаевъ. Но здѣсь собственно затруднено не распознаваніе периметрита, а внѣматочной беременности. Что касается дифференціальнаго распознаванія старыхъ периметритическихъ эксудатовъ, то говорятъ, что ихъ можно смѣшать съ наклоненіями и искривленіями матки, фибромами задней стѣнки ея и, наконецъ, съ опухолями яичниковъ.

Какой бы величины ни былъ эксудатъ и какъ бы онъ ни помѣщался относительно маточной шейки, никогда нельзя будетъ смѣшать его съ наклоненіемъ или искривленіемъ матки взадъ, если при этомъ имѣть въ виду то, что эксудатъ никогда не можетъ представлять тѣхъ правильныхъ геометрическихъ очертаній, какія имѣетъ дно матки. Это одно; второе: консистенція эксудата, даже самаго свѣжаго, совсѣмъ иная, чѣмъ консистенція маточной ткани. Кромѣ всего этого, при тщательномъ бимануальномъ изслѣдованіи, не трудно будетъ убѣдиться въ томъ, что отношеніе между нижней частью эксудата и влагалищной частью матки совсѣмъ другое, т. е. разстояніе между ними (или, лучше, бороздка между ними) гораздо меньше, чѣмъ при наклоненіи или загибѣ матки взадъ.

Фибромы задней стѣнки матки могутъ симулировать периметритическій эксудатъ, но только при поверхностномъ изслѣдованіи. Въ самомъ дѣлѣ, если это будетъ очень небольшой фи-

бромъ и притомъ единичный, то его не трудно будетъ тотчасъ узнать по характерной, т. е. круглой формѣ его и по консистенціи, такъ-какъ онъ гораздо менѣе плотенъ, чѣмъ старые эксудаты. Если же фиброміомъ большихъ размѣровъ, то онъ, сохраняя свое круглое очертаніе и характерную консистенцію, представитъ еще нѣкоторыя другія данныя, которыхъ нельзя констатировать при эксудатѣ, а именно: извѣстную подвижность и равномерное увеличеніе матки.

Что касается фиброзныхъ опухолей и въ особенности кистъ яичниковъ, то и ихъ не трудно отличить отъ старыхъ эксудатовъ. Въ самомъ дѣлѣ, сколько нибудь значительныя фиброзныя опухоли яичниковъ встрѣчаются, относительно, довольно рѣдко; кромѣ того, онѣ будутъ помѣщаться въ боковой сторонѣ таза, а ничуть не въ срединной линіи его. Сверхъ всего этого, діагностику выяснитъ отношеніе опухоли къ маткѣ. Если дѣло идетъ дѣйствительно о значительной фиброзной опухоли яичника, то матка при этомъ будетъ отдавлена въ противоположную сторону.

Какимъ образомъ отличить периметритическій эксудатъ отъ кисты яичника? Сомнѣніе можетъ возникнуть только при кистахъ малаго объема, т. е. такихъ, которыя не вышли еще изъ полости таза, такъ какъ кисты большихъ размѣровъ представляютъ слишкомъ много характерныхъ данныхъ, чтобы могли смѣшаться ихъ съ эксудатомъ. При кистахъ, заключенныхъ еще въ полости таза изъ затрудненія вывести круглое очертаніе опухоли, зыбленіе и подвижность ея. Все это такія данныя, которыхъ ни въ какомъ случаѣ не можетъ представлять эксудатъ.

Какимъ образомъ отличить периметритъ отъ параметрита, — мы увидимъ ниже, когда познакомимся съ патологіей этого послѣдняго.

Предсказаніе при периметритѣ вообще довольно серьезно во многихъ отношеніяхъ. Обыкновенно многіе утверждаютъ, что сущность опасности при остромъ периметритѣ состоитъ въ томъ, что онъ можетъ вызвать общій перитонитъ и такимъ образомъ вести къ смертельному исходу. По моему мнѣнію, это далеко не исчерпываетъ того, что собственно обуславливаетъ серьезность предсказанія при периметритѣ. Во первыхъ, переходъ параметрита въ общій перитонитъ принадлежитъ къ большимъ рѣдкостямъ гинекологической практики и имѣетъ мѣсто при какихъ нибудь особенно неблагоприятныхъ обстоятельствахъ. Но, помимо этого, периметритъ представляетъ много серьезныхъ сторонъ. Совершенно разрѣшается воспаленіе, относительно, довольно рѣдко и въ тѣхъ случаяхъ даже, гдѣ намъ кажется, что произошло полное разрѣшеніе, могутъ остаться столь тонкія перемычки, которыя не могутъ быть констатированы изслѣдованіемъ, а между тѣмъ онѣ могутъ обуславливать склеиваніе матки съ сосѣдними частями, что не можетъ не оказать болѣе или менѣе вреднаго вліянія на отправление половой сферы. Это

въ благоприятныхъ случаяхъ. Въ тѣхъ же, въ которыхъ процессъ принимаетъ хроническую форму, женщина становится страдальцей на долгое время, такъ-какъ она страдаетъ припадками, постоянно напоминающими о томъ, что въ полости таза кроется глубокое страданіе. Къ этому должно прибавить еще и то, что субъектъ, страдающій старымъ периметритомъ, находится постоянно подъ страхомъ обостренія процесса. Вслѣдствіе всего этого, хроническій периметритъ составляетъ одно изъ самыхъ серьезныхъ страданій половой сферы женщины, не по отношенію къ опасности для жизни, а относительно того, что она постоянно страдаетъ. Я видалъ случаи, въ которыхъ периметритъ, развившійся на высотѣ половой дѣятельности женщины, дѣлалъ ихъ мученицами на всю жизнь. Страданія унимаются только съ наступленіемъ климактерическаго возраста. Что касается вліянія периметрита на отправленія половой сферы, то эти послѣднія бывають нарушены въ громадномъ большинствѣ случаевъ. Что касается мѣсячныхъ, то мы уже видѣли выше, что периметритъ обыкновенно подаетъ поводъ къ конгестивной формѣ дисменореи, причемъ они, кромѣ того, нерѣдко бывають чрезмѣрно обильными. Вслѣдствіе измѣненія въ положеніи и очертанія матки и фиксированія ея ложными перепонками, большинство этихъ больныхъ страдаетъ безплодіемъ. До тѣхъ поръ, пока существуетъ периметритъ, зачатіе должно быть вовсе нежелательно въ интересахъ больной. Въ самомъ дѣлѣ, если измѣненіе въ положеніи или очертаніи матки выражено не очень сильно, то зачатіе, пожалуй, можетъ произойти, но матка, фиксированная гдѣ либо ложными перепонками, не можетъ развиваться далѣе извѣстной степени и результатомъ этого непремѣнно будетъ прерваніе беременности, т. е. выкидышъ. Вторая причина, вслѣдствіе которой при периметритѣ зачатіе нежелательно, состоитъ въ томъ, что при этомъ, какъ доказали изслѣдованія Virchow'a * и Нескер'a **, происходятъ такія измѣненія въ положеніи фаллопиевыхъ трубъ, что онѣ могутъ подавать поводъ къ внѣматочной беременности. Мы нарочно нѣсколько болѣе, чѣмъ обыкновенно ринято, распространились о предсказаніи при периметритѣ, чтобы, съ одной стороны, указать на то, какъ осторожно должно быть относительно этого въ практикѣ. Съ другой же стороны, мы сдѣлали это потому, что больныя, страдающія хроническимъ периметритомъ, нерѣдко очень легко относятся къ своимъ страданіямъ, а иногда совершенно пренебрегаютъ ими. Между тѣмъ можетъ наступить, подъ вліяніемъ той или другой причины, обостреніе процесса, которое можетъ имъ стоить весьма дорого. Поэтому на врачѣ лежитъ обязанность, объяснить имъ въ чемъ дѣло и чтобы онѣ предпринимали противъ этого надлежащія мѣры. Въ самомъ дѣлѣ, какъ ни серьезно предсказаніе при периметритѣ,

* Gesam. Abhandl., Frankf. a. M. 1856, p. 795.

** Monatsschr. f. Geburtsk., Bd. XIII, p. 87.

въ особенности застарѣломъ, тѣмъ не менѣе настойчивая и рациональная терапія можетъ сдѣлать въ этомъ отношеніи очень многое. Я не скажу, чтобы можно было совсѣмъ устранить периметритъ, особенно тамъ, гдѣ дѣло идетъ о запущенномъ, старомъ процессѣ; это удается, относительно, довольно рѣдко; но за то, съ другой стороны, мы почти во всѣхъ случаяхъ можемъ въ значительной степени облегчить страданія больныхъ.

Леченіе. Имѣя дѣло съ острымъ периметритомъ, дающимъ, какъ мы видѣли, столь бурную клиническую картину, само собою разумѣется, что мы должны при подобныхъ условіяхъ употребить въ дѣло весь антифлогистическій аппаратъ во всей силѣ его. Энергическимъ примѣненіемъ этого послѣдняго мы не въ состояніи пресѣчь, какъ многіе думаютъ, начинавшійся процессъ, но зато посредствомъ его мы можемъ очень хорошо укоротить его и уменьшить страданія больной. Вслѣдствіе этого, констатировавши припадки, указывающіе на то, что начинается периметритъ, помимо терапіи, направленной противъ лихорадочныхъ движеній, мы тотчасъ назначаемъ по 6—8 пиявокъ къ каждой боковой сторонѣ, или же располагаемъ ихъ полукругомъ на извѣстномъ разстояніи отъ симфизы, смотря по тому, гдѣ оказывается наибольшая болѣзненность. Пиявки, если онѣ высосали достаточное количество крови, кромѣ прямого дѣйствія своего, оказываютъ еще значительное вліяніе на боли. Въ случаяхъ воспаленія брюшины я считаю ихъ лучшимъ болеутоляющимъ средствомъ; я никогда не назначалъ за одинъ разъ больше 15—16 пиявокъ и считаю это количество совершенно достаточнымъ для той цѣли, которая имѣется въ виду. Я, поэтому, думаю, что *Bernutz* зашелъ нѣсколько далеко, совѣтуя приставлять за одинъ разъ отъ 30—40 пиявокъ. Въ теченіи остраго периметрита, мнѣ очень рѣдко приходилось прибѣгать ко вторичному приставленію пиявокъ, такъ-какъ одного раза оказывалось совершенно достаточнымъ. Въ случаѣ, если бы боли не унялись значительно послѣ пиявокъ и больная очень беспокоилась, можно назначить одинъ, или два приѣма опія (*ext. opii aq. gr.*—j). Безъ того я, вопреки совѣтамъ большинства авторовъ, избѣгаю наркотическихъ, такъ-какъ при ограниченномъ воспаленіи брюшины я не только не считаю нужнымъ произвести искусственный запоръ, но, наоборотъ, большею частью назначаю легкое слабительное (*sulph. v. citr. mag.*). Этимъ путемъ лучше всего можно противудѣйствовать вздутію кишекъ, которое обыкновенно весьма сильно беспокоитъ больныхъ. По остановкѣ кровотеченія послѣ пиявокъ, нужно тотчасъ прибѣгнуть къ послѣдовательному систематическому употребленію холода, въ видѣ пузыря со льдомъ или же холодныхъ компрессовъ. Я предпочитаю пузырь, такъ-какъ это гораздо менѣе беспокоитъ больныхъ, чѣмъ частая перемѣна компрессовъ. У больныхъ съ очень возвышенной чувствительностью кожи, нужно, употребляя ледяной пузырь, принимать нѣкоторыя предосторожности, состоящія въ томъ, что не слѣдуетъ оставлять его слиш-

комъ долго, напр. не болѣе 2—3 часовъ, а затѣмъ на $\frac{1}{4}$ —на часъ паузировать. Это должно дѣлать до тѣхъ поръ, пока кожа не привыкнетъ къ энергическому дѣйствию холода. Иногда встрѣчаются такія больныя, которыя вовсе не переносятъ пузыря со льдомъ, въ такомъ случаѣ его должно замѣнить компрессами. Коль скоро T° начинаетъ падать и боли и чувствительность въ нижней части живота ослабѣваютъ, то нужно холодъ замѣнить согрѣвающими компрессами. Съ самаго начала болѣзни, вмѣстѣ съ упомянутыми средствами, мы назначаемъ рукавные души изъ простой воды, или же какого нибудь слизистаго отвара. T° воды должна быть не ниже 29° . Подобныя души дѣлаются 3—4 раза въ день и на каждой душѣ прибавляемъ отъ 30—40 капель опіятной настойки. Души эти очень значительно унимаютъ боли и, кромѣ того, благоприятно дѣйствуютъ на раздраженіе пузыря. Если бы боли и чувствительность, несмотря на эту терапію, всетаки не унимались, то лучше вторично прибѣгнуть къ пиявкамъ, чѣмъ вводить въ рукавъ шарики или вставники съ различными наркотическими, какъ это многіе совѣтуютъ, такъ-какъ актъ введенія въ высшей степени непріятенъ для больныхъ. Это можно дѣлать при болѣе хроническомъ теченіи процесса; при периметритѣ же съ рѣзко острымъ характеромъ, если ужъ употреблять *globuli*, то должно вводить ихъ въ прямую кишку, а не въ рукавъ. Нерѣдко случается, что боли, по истеченіи 2—3 дней, унимаются, но за то больныя очень сильно страдаютъ отъ тимпанита. Въ такомъ случаѣ нужно прибѣгнуть къ мѣстному употребленію холода и такимъ же клистирамъ. Если это не помогаетъ, то замѣняютъ холодные компрессы такъ называемыми дублинскими компрессами. Кусокъ фланели такой величины, чтобы онъ могъ покрыть весь животъ, опускается въ горячую воду, вспрыскивается *essent. terebinth.* и тотчасъ прикладывается къ животу и держать его до тѣхъ поръ, пока компрессъ не остынетъ. Въ началѣ онъ сильно жжетъ, но затѣмъ вызываетъ довольно пріятное ощущеніе теплоты. Такимъ образомъ процедура эта повторяется раза 3—4 въ день. Я давно употребляю эти компрессы и до сихъ поръ видѣлъ очень мало случаевъ, въ которыхъ они не приносили бы желаемой пользы. Вмѣстѣ съ этимъ я часто назначаю противъ тимпанита промывательныя съ *oleum tereb.* (3j—3ij на клистирь) и *res. as. foet* (3s—3j).

Такимъ образомъ мы дѣйствуемъ до тѣхъ поръ, пока воспаленіе не разрешится, или же не перейдетъ въ хроническую форму. Въ послѣднемъ случаѣ, во время обостренія припадковъ, мы дѣйствуемъ на основаніи того, что сказано выше, соразмѣряя примѣненіе вышеупомянутой терапіи, смотря по степени обостренія процесса. Что касается главной и существенной задачи терапіи при хроническомъ периметритѣ, то она состоитъ въ устраненіи или, по крайней мѣрѣ, ограниченіи, resp. уменьшеніи эксудата. Для этого чрезвычайно важно регулировать образъ жизни больной. Мы имѣли неоднократно возмож-

ность убѣдиться въ томъ, что въ госпиталѣ, или клиникѣ леченіе хроническихъ периметритовъ идетъ несравненно успѣшнѣе, чѣмъ въ частной практикѣ, не смотря на, повидимому, столь благоприятную обстановку больной. Это очень просто объясняется тѣмъ, что въ госпиталѣ больная находится постоянно подъ надзоромъ и не можетъ совершать тѣхъ погрѣшностей противъ режима, съ которымъ мы безуспѣшно боремся въ частной практикѣ. Существеннымъ условіемъ для успѣшнаго леченія периметрита мы считаемъ постоянное соблюденіе покоя со стороны больной, особенно когда замѣчаются признаки свѣжихъ гиперемій. Если гдѣ способъ *Lisfranc'a* — абсолютно держаніе больныхъ въ постели — совершенно рационаленъ, то это именно въ данномъ случаѣ. Если при леченіи хроническаго периметрита необходимо соблюдеіе покоя вообще, то тѣмъ болѣе это должно сказать на счетъ половой сферы. Поэтому необходимо запретить *coitum*, объяснивъ больной въ какомъ отношеніи и почему онъ вреденъ въ данномъ случаѣ. Такъ-какъ подобныя больныя обыкновенно представляютъ болѣе или менѣе значительныя расстройства со стороны общаго состоянія, то назначаемъ противъ нихъ извѣстныя средства на основаніи общихъ терапевтическихъ правилъ. вмѣстѣ съ этимъ необходимо регулировать кишечникъ, такъ-какъ мы большею частью имѣемъ въ данномъ случаѣ дѣло съ сильными запорами на внизъ. Регулировавъ такимъ образомъ *regimen* и діету больной, приступаемъ къ собственно гинекологической терапіи. Для того, чтобы заставить уменьшиться эксудатъ, нужно возбудить въ немъ всасываніе, т. е. усилить циркуляцію. Мы такъ часто могли убѣждаться въ совершенной бесполезности внутренняго употребленія такъ называемыхъ всасывающихъ (*resorbentia*) средствъ (іодъ, бромъ, *mercurialia*), что въ настоящее время никогда къ нимъ болѣе не прибѣгаемъ. Если употребляемъ *resorbentia*, то чисто мѣстно. Для того, чтобы можно было читателю оріентироваться надлежащимъ образомъ въ назначеніи средствъ, употребляемыхъ при старыхъ тазовыхъ эксудатахъ, мы рассмотримъ ихъ въ той послѣдовательности, какъ мы ихъ обыкновенно назначаемъ у постели.

1. М у ш к и. Мы приставляемъ ихъ обыкновенно какъ можно ближе къ эксудату, т. е. при *regim. dextra* къ правой паховой сторонѣ и наоборотъ. Мушекъ обыкновенно приходится употребить въ дѣло по нѣскольку. Если эксудатъ великъ и занимаетъ большую часть таза, то мы прибѣгаемъ къ такъ называемымъ летучимъ мушкамъ, перенося ихъ съ мѣста на мѣсто, пока не обойдемъ всю нижнюю часть живота. Всѣ другія *revulsiva*, предлагавшіяся прежде, какъ то моксы (*Huguier*) и даже заволока (*Gosselin*), теперь совершенно оставлены. Извѣстно, что *Agap* при хроническихъ периметритахъ совѣтовалъ приставлять мушку къ влагалищной части, но никто однако не послѣдовалъ этому совѣту, такъ-какъ это рѣшительно не имѣетъ никакихъ преимуществъ.

2. Горячіе рукавные души имѣютъ главной задачей

усилить всасываніе эксудата тѣмъ, что усиливаютъ циркуляцію въ немъ, вызывая гиперемію. Мы назначаемъ обыкновенно 3 душа въ день; на каждое впрыскиваніе берется отъ 3—4 чайныхъ стакановъ, Т° воды подымается постепенно отъ 39°, и доходитъ до 43—45° и даже болѣе. Если бы мы имѣли дѣло съ очень застарѣлыми эксудатами чрезвычайно плотной консистенціи и если по прошествіи 2—3 недѣль замѣчается, что эксудатъ не поддается, то мы прибавляемъ къ этимъ душамъ амміакъ (am. liq.), кладя на каждое впрыскиваніе отъ 20—40 капель. Мы это дѣлаемъ для того, чтобы усилить раздражающее вліяніе душъ. На основаніи многочисленныхъ наблюденій, я могъ прійти къ заключенію, что горячіе души при большихъ, очень старыхъ эксудатахъ составляютъ одно изъ самыхъ могущественныхъ средствъ. Если, по употребленіи ихъ въ теченіи нѣкотораго времени, усиливаются боли, вслѣдствіе слишкомъ быстро развивающейся гипереміи, то нужно ихъ оставить на нѣсколько дней, и затѣмъ снова приступить къ нимъ.

3. Какъ только начинаютъ замѣчать, что, по употребленіи нѣсколькихъ мушекъ и упомянутыхъ горячихъ душъ, эксудатъ начинаетъ подаваться, т. е. уменьшаться въ объемѣ, то способствуютъ этому тѣмъ, что приступаютъ къ мѣстному употребленію resorb., а именно іода и брома. Ихъ назначаютъ обыкновеннымъ образомъ, т. е. въ видѣ шариковъ, приводимыхъ въ соприкосновеніе прямо съ эксудатомъ. Въ послѣдніе годы я убѣдился, что при очень плотныхъ эксудатахъ, длящихся по нѣсколько лѣтъ, бромъ и іодъ, употребленные вышеупомянутымъ образомъ, оказываютъ очень мало пользы. Мы въ подобныхъ случаяхъ теперь употребляемъ постоянно шарики изъ ртутной мази (unguent. hydragr. gr. 10--15 на шарикъ). Въ очень многихъ случаяхъ мы замѣтили отъ нихъ очень значительную пользу. Употребляя такимъ образомъ, въ теченіи 2—3 недѣль, ртуть и когда замѣчается, что эксудатъ сталъ менѣе плотенъ, тогда переходимъ къ іодистымъ или бромистымъ шарамъ.

4. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ остатками периметритическихъ эксудатовъ, производящихъ склейки между маткой и сосѣдними органами и когда вслѣдствіе этого получаютъ различныя измѣненія въ положеніи органа, — мы прибѣгаемъ къ введенію въ тотъ или другой сводъ губокъ, пропитанныхъ растворомъ іода или брома въ глицеринѣ. Хорошо вываренная въ горячей водѣ морская губка прирѣзывается такимъ образомъ, какъ это требуется даннымъ случаемъ, т. е. смотря по величинѣ эксудата и емкости свода, перехватывается въ срединѣ крѣпкой ниткой и пропитывается растворомъ *iodidi potassae ʒij* на *Glycer. ʒijij*. Приготовленная такимъ образомъ губка вводится въ задній сводъ, влѣво или вправо, смотря потому—гдѣ помѣщаются *residua* эксудата и оставляется на мѣстѣ отъ 4—6 часовъ, послѣ чего больная сама удаляетъ ее, потянувъ за укрѣпленную на ней нитку. Въ началѣ, обыкновенно, губки эти сильно

раздражают и усиливают боли; въ такомъ случаѣ губку должно замѣнить карпейнымъ шарикомъ или же взять растворъ послабѣе, или наконецъ, оставить ее на меньшее время, т. е. часа на 2—3. Мы начинаемъ вводить губки сначала по 2 раза въ недѣлю и затѣмъ, когда больная попривыкнетъ къ нимъ, можно это дѣлать каждые два дня. Дѣйствіе губокъ въ данномъ случаѣ состоитъ въ томъ, что онѣ несравненно лучше приводятъ въ соприкосновеніе съ эксудатомъ данное лекарственное вещество, чѣмъ шары, которые слишкомъ расплываются. Кромѣ того, онѣ обхватываютъ большую поверхность. Этимъ благоприятнымъ условіямъ должно, вѣроятно, приписать то, что я замѣчалъ отъ нихъ не рѣдко изумительно благоприятное дѣйствіе по отношенію къ всасыванію перемычекъ. Все дѣло въ настойчивомъ употребленіи ихъ. Я прибѣгаю къ нимъ почти съ самаго начала моей практики и пришелъ къ убѣжденію, что противъ старыхъ периметритовъ гинекологическая терапія располагаетъ двумя могущественными средствами: горячими душами и приготовленными вышеупомянутымъ образомъ губками. Нельзя не удивляться, поэтому, что о нихъ почти никто не говоритъ. Послѣ того, какъ М-не Воівіп предложила это средство, объ немъ упоминаетъ одинъ только Scanlon, но и то, кажется, не придавая имъ особеннаго значенія. Одну невыгодную сторону имѣютъ губки, это то, что употребленіе ихъ нѣсколько хлопотливо, такъ какъ врачу приходится самому вводить ихъ. Мы настаиваемъ непременно на этомъ обстоятельствѣ, потому что губка должна быть приведена въ непосредственное прикосновеніе съ эксудатомъ (resp. перемычками), что можетъ быть исполнено надлежащимъ образомъ только опытною рукою.

Въ послѣдніе годы очень много толковали о благоприятномъ дѣйствіи іодоформа на старые периметритические эксудаты. Особенно удачные результаты въ этомъ случаѣ получены въ клиникѣ С. Вагана. Мы лично не можемъ подтвердить тѣхъ похвалъ, которыя расходятся нѣкоторыми этому средству. Одинъ изъ экстерновъ нашей клиники, д-ръ Герценштейнъ, занимается въ настоящее время этимъ вопросомъ и, вѣроятно, не замедлитъ сообщить полученные имъ результаты относительно дѣйствія іодоформа на тазовыя эксудаты.

5. Употребленіе теплыхъ ваннъ, во время леченія старыхъ периметритическихъ эксудатовъ, весьма полезно. Для этого мы назначаемъ каждые 2—3 дня ванну въ 29°, къ которой прибавляемъ по 3—4 фунта поташу. Что касается минеральныхъ ваннъ и грязей, то многія изъ нихъ въ застарѣлыхъ случаяхъ приносятъ несомнѣнную пользу. Сюда мы относимъ Крейцнахъ, Мюнстеръ, Старую Русу, Франценсбадъ, Галь и др.

2. Параметритъ.

Изъ всего, что сказано нами было выше о раздѣленіи воспалительныхъ формъ связочнаго аппарата матки и серознаго покрова ея, мы видѣли, что для избѣжанія всякихъ недоразумѣній,

подъ именемъ параметрита должно понимать воспаленіе подбрюшинной соединительной ткани таза. Въ анатомо-патологическомъ отношеніи чрезвычайно важно помнить, что процессъ почти всегда исходитъ изъ межмышечной соединительной ткани матки и отсюда уже распространяется на подбрюшинную соединительную ткань. И такъ, прежде всего здѣсь межмышечная соединительная ткань матки начинаетъ разбухать вслѣдствіе того, что она пропитывается альбуминозною жидкостью. Schroeder, поэтому, въ началѣ процесса видитъ большую аналогію или даже полную тождественность съ тѣмъ, что Н. И. Пироговъ описываетъ подъ именемъ острогнойнаго отека. Процессъ, начавшись въ какомъ либо мѣстѣ матки, быстро переходитъ на соединительную ткань свода рукава и той или другой широкой связки, откуда онъ можетъ идти дальше на foss. iliacam и еще далѣе вверхъ, по передней стѣнкѣ таза, или же по позвоночнику. Увеличенные и разросшіеся въ объемѣ элементы соединительной ткани подвергаются въ извѣстной степени жировому перерожденію. По истеченіи извѣстнаго времени, на пораженной части матки образуется уже tumor твердой консистенціи и неправильной формы, распространяющійся отъ первоначальнаго мѣста развитія въ сторону и вверхъ. Параметритъ, начавшись въ извѣстной части матки, весьма рѣдко ограничивается ею, а имѣетъ склонность распространяться дальше. Онъ можетъ прямо распространиться вверхъ, т. е. поразить остальную часть того бока матки, съ котораго начался, переходить на соответствующую широкую связку, откуда далѣе поразить соединительную ткань таза, какъ внизъ, такъ и вверхъ. Однимъ словомъ, процессъ можетъ поразить не только соединительную ткань, входящую въ составъ матки и придаточныхъ частей ея, но и соединительную ткань таза, не имѣющую непосредственной связи съ маткой. Фактъ этотъ не подлежитъ для насъ никакому сомнѣнію, какъ на основаніи клиническихъ изслѣдованій, такъ и относительно того, что мы наблюдали при вскрытіяхъ. Но при этомъ однако исходная точка процесса все-таки въ большинствѣ случаевъ - интрамукулярная соединительная ткань матки и придаточныхъ частей ея. Установить поэтому особенную форму *pelvi-cellulitis*, т. е. воспаленіе соединительной ткани таза, не находящейся въ связи съ маткой и придаточными частями ея, возможно въ извѣстномъ періодѣ болѣзни, но это будетъ форма генетически не самостоятельная. *Pelvi-cellulitis*, по нашему мнѣнію, обозначаетъ ограниченное воспаленіе тазовой клетчатки, послѣ того, какъ тотъ-же процессъ въ маткѣ и придаточныхъ частяхъ, откуда онъ начался, ужъ прошелъ. Лучше называть его *phlegmone pelvis*. Другіе параметритъ, поражающій преимущественно ту или другую широкую связку, описываютъ какъ самостоятельную форму подъ именемъ *phlegmone periuteri*. Анатомически это не самостоятельная форма, такъ какъ на трупѣ никогда нельзя до-

казать, что можетъ существовать воспаленіе соединительной ткани той или другой широкой связки безъ такого же пораженія соединительной ткани матки. Дѣло только въ томъ, что въ этой послѣдней процессъ съ самаго начала былъ выраженъ слабѣе, чѣмъ въ соединительной ткани широкой связки, на которую онъ перешелъ. Но такъ-какъ клинически мы имѣемъ полное право называть болѣзнь по тѣмъ явленіямъ, — которыя больше всего бросаются въ глаза, то названіе *phlegmone periuter.* имѣетъ совершенную *raison d'être*. Снова однако контраріумъ, что *phlegm. periuter.* будетъ относиться къ параметриту, какъ часть къ цѣлому. Мы выше уже указали на то воспаленіе соединительной ткани, которое, начавшись съ боку матки, распространяется вверхъ на широкую связку, а отсюда на *fos. iliacam.* Можетъ случиться, что какъ въ маткѣ, такъ и въ широкой связкѣ процессъ съ самаго начала былъ выраженъ слабѣе, такъ что онъ уже большею частию прошелъ въ то время, какъ въ *fos. iliac.* онъ достигъ гораздо большей степени развитія. Вслѣдствіе этого получится состояніе, которое мы клинически можемъ назвать *phlegmone fos. il.* — форма, которая однако, въ смыслѣ анатомико-патологическомъ, не можетъ имѣть никакого притязанія на самостоятельное значеніе.

Мы видѣли уже выше, что такъ много спорили объ отношеніи разсматриваемой нами патологической формы, т. е. параметрита, къ серозному покрову матки, т. е. къ брюшинѣ. *Bernutz* и всѣ его послѣдователи утверждаютъ, что исходная точка процесса всегда — брюшина и что лежащая подъ нимъ соединительная ткань воспаляется всегда только вторичнымъ путемъ, послѣдовательно. Мы уже видѣли, что это дѣйствительно такъ, но только для совершенно особой категоріи случаевъ, именно тѣхъ, которые мы разсмотрѣли подъ именемъ периметрита. Клинически уже можно доказать, что въ другомъ ряду случаевъ преимущественно и первоначально пораженный элементъ составляетъ подбрюшинная соединительная ткань. Еще же болѣе достоверно это можно доказать анатомико-патологически, такъ какъ въ случаяхъ параметрита, даже съ значительнымъ послѣдовательнымъ пораженіемъ брюшины, при тщательнымъ изслѣдованіи оказывается, что элементы интрамукулярной соединительной ткани матки представляютъ несомнѣнные слѣды того, что процессъ собственно начался съ нихъ. Отстаивая значеніе субсерозной соединительной ткани какъ исходной точки параметрита, мы однако нисколько не думаемъ утверждать, чтобы брюшина въ этомъ процессѣ оставалась совершенно безучастною. Уже *à priori* нельзя допустить, чтобы брюшина, находясь въ столь близкомъ сосѣдствѣ къ воспалительному процессу, осталась имъ нетронутою. Участіе, принимаемое въ этомъ случаѣ брюшиною, состоитъ въ томъ, что сначала она раздражается въ большей или меньшей степени, затѣмъ въ ней происходитъ значительная инъекція, вслѣдствіе чего она слегка разбухаетъ

и отстоятъ отъ подлежащей ткани. Однимъ словомъ, точно такъ, какъ нельзя себѣ представить воспаленіе брюшины безъ болѣе или менѣе значительнаго участія въ процессѣ лежащей подъ нею соединительной ткани, точно такъ нѣтъ и параметрита, безъ того, чтобы въ процессѣ до известной степени не участвовала и брюшина.

При параметритахъ, сколько нибудь значительно выраженныхъ, всегда можно констатировать большую и меньшую степень пораженія лимфатическихъ сосудовъ (lymphangoitis). Кроме того, уже Troussseau и затѣмъ многіе другіе указали, какъ на частое осложненіе параметрита, на тромбозированіе венъ, особенно въ широкихъ связкахъ.

Если процессъ не достигъ сильной степени развитія и остановился на ней, то получаемые при параметритѣ экссудаты могутъ всосаться и совершенно исчезнуть. Механизмъ всасыванія происходитъ слѣдующимъ образомъ. Мы выше уже видѣли, что сущность процесса при параметритѣ, состоитъ въ томъ, что тѣльца соединительной ткани разрастаются вслѣдствіе того, что содержимое ихъ увеличивается и представляется болѣе обильнымъ и, вслѣдствіе разростанія ядра и разщепленія клѣтокъ, образуются кругловатыя клѣтки меньшихъ размѣровъ. Когда скоро эти послѣднія подвергнутся жировому перерожденію, то всасываніе происходитъ совершенное. Если же, наоборотъ, этого не происходитъ, то дѣло доходить до гиперплазіи соединительной ткани и получаютъ такимъ образомъ твердыя опухоли въ тазу, могущія персистировать цѣлые годы. Третій исходъ,—это нагноеніе экссудатовъ, которое будетъ разсмотрѣно ниже, когда будемъ говорить объ около — маточныхъ нарывахъ. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ Freund *, въ Бреславлѣ, описалъ особенную форму параметрита, которую онъ назвалъ *parametritis chronica atrophicans*. Сущность этой формы состоитъ въ томъ, что она не имѣетъ ничего общаго съ родовымъ актомъ и развивается совершенно самостоятельно. Дѣло при этомъ идетъ о воспалительной гиперплазіи тазовой клѣтчатки, причемъ процессъ оканчивается рубцовымъ сморщиваніемъ ея. Вслѣдствіе этого происходитъ спаденіе венъ, вызывающее, само собою, расстройство въ кровообращеніи, результатомъ котораго является преждевременная атрофія половой сферы.

Клиническая картина въ противоположность тому, что мы видѣли при периметритѣ, при разсматриваемой патологической формѣ можетъ имѣть различный характеръ. Что касается общихъ, т. е. лихорадочныхъ явленій, то мы встрѣчаемъ случаи, въ которыхъ они очень сильны, то наоборотъ, они выражены довольно слабо. Вообще, ознобы далеко не такъ сильны, какъ при периметритѣ и тоже самое должно сказать и на счетъ T^o, которая рѣдко достигаетъ очень высокой степени. Характеръ

* Monatschr. f. Geburtsk., Bd. XXXIV, p. 380.

лихорадочныхъ движеній въ нѣкоторыхъ случаяхъ рѣзко ослабляющій и во всякомъ случаѣ очень часто *subcontin.* Особенность параметрита состоитъ въ томъ, что онъ всегда начинается извѣстной группой болѣе или менѣе рѣзко выступающихъ явленій, такъ, что больная очень твердо относительно анамнеза, т. е. она всегда можетъ прямо указать на время, съ котораго она считаетъ начало своей болѣзни. Здѣсь мы опять видимъ разницу съ периметритомъ, который съ самаго начала можетъ имѣть болѣе хроническое теченіе. Если мы выше указали на различіе въ степени лихорадочныхъ движеній при периметритѣ, то въ особенности это должно сказать относительно боли. Положительно будетъ трудно найти случай, въ которомъ больная бы не жаловалась на боль, но эта послѣдняя можетъ быть выражена въ различной степени. Въ началѣ больная почти вовсе не чувствуетъ особенной боли, по крайней мѣрѣ произвольной, она является лишь тогда, когда экссудатъ достигаетъ уже болѣе значительной величины. Вообще должно принять за правило, что степень боли при параметритѣ выражается степенью участія въ процессѣ брюшины. Очень подозрительнымъ, поэтому, должно казаться то обстоятельство, если съ самаго начала больная жалуется на сильныя боли. Когда бы то ни было, но если боль появилась, то она съ особеннымъ упрямствомъ держится извѣстное время въ одномъ опредѣленномъ мѣстѣ, на которое указываетъ больная; чаще всего это бываетъ то въ той, то въ другой паховой сторонѣ. Затѣмъ уже боль замѣтно распространяется на всю нижнюю часть живота. При этомъ не можемъ не указать на то, что въ то время, когда боль преимущественно сосредоточена въ какой нибудь одной сторонѣ, то больная жалуется также вмѣстѣ съ этимъ и на сильныя боли въ соответствующей нижней конечности, распространяющіяся обыкновенно до колѣна. Кромѣ этихъ кардинальныхъ явленій, сопровождающихъ параметритъ, больная рѣдко жалуется (по крайней мѣрѣ въ началѣ) на расстройство со стороны пузыря. Что же касается прямой кишки, то она функционируетъ совершенно правильно. Въ этомъ видѣ припадки продолжаются нѣкоторое время, напр. дня четыре или пять и затѣмъ процессъ можетъ принять нѣсколько исходовъ, смотря по обстоятельствамъ каждаго даннаго случая. Исходы эти слѣдующіе:

1) Разрѣшеніе и притомъ полное, почти безслѣдное. Лихорадочныя движенія постепенно ослабѣваютъ, а вмѣстѣ съ ними мало по малу перестаетъ и боль. По прошествіи одной или двухъ недѣль, больная чувствуетъ себя совершенно здоровою.

2) Лихорадочныя движенія ослабѣваютъ болѣе или менѣе значительно, но не пропадаютъ совсѣмъ; тоже самое должно сказать и относительно боли. Такъ проходитъ нѣкоторое время, обыкновенно дня 3 — 4 и затѣмъ замѣчаемъ снова ожесточеніе какъ лихорадочныхъ движеній, такъ и боли. Это все опять уле-

гается черезъ нѣсколько дней, наступаетъ снова пауза, затѣмъ опять усиленіе припадковъ и т. д. Подобный параметритъ съ такого рода теченіемъ можно назвать рецидивирующимъ или лучше— прогрессивнымъ (parametritis progressiva). Эта форма обыкновенно переходитъ въ

3) Параметритъ хроническій, т. е. эксудаты, достигнувъ извѣстной величины, остаются *in statu quo* въ теченіи неопредѣленнаго времени. Больныя, правда, на ногахъ, но жалуются на цѣлый рядъ припадковъ, указывающихъ, какъ при хроническомъ периметритѣ, что дѣло идетъ объ образованіи эксудата въ тазу. Обыкновенно мы слышимъ жалобы на ощущение тяжести внизу живота, то болѣе съ одной стороны, то одинаково съ обѣихъ сторонъ; ощущение это, подъ вліяніемъ различныхъ обстоятельствъ, временно потенцируется до настоящей боли, и больныя принуждены на время слечь въ постель. Къ этому могутъ присоединиться болѣе или менѣе сильныя лихорадочныя явленія. Во время теченія хроническаго параметрита мы имѣемъ обыкновенно также дѣло съ цѣлымъ рядомъ явленій со стороны нервной системы, какъ и при всякомъ любомъ хроническомъ страданіи половой сферы. Freund придаетъ особенное значеніе установленной имъ *param. chron. atroph.* въ томъ отношеніи, что онъ считаетъ ее главнымъ и существеннымъ анатомическимъ субстратомъ замѣчаемыхъ въ подобныхъ случаяхъ очень упорныхъ истерическихъ явленій. Что касается отпращеній половой сферы при хроническомъ параметритѣ, то они бываютъ нарушены, но далеко не въ такой степени, какъ при периметритѣ. Мѣсячныя нерѣдко сохраняютъ правильный характеръ; въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ объ очень обширныхъ параметритическихъ опухоляхъ, они становятся скудными. Въ другихъ случаяхъ, особенно тамъ, гдѣ параметритъ не очень старый, мы имѣемъ нерѣдко дѣло съ конгестивной дисменореей. Весьма часто мы имѣемъ дѣло при параметритахъ съ упорною лейкореей, вслѣдствіе присоединяющагося къ нимъ цервикальнаго эндометрита. Что однако измѣненія, какъ внутренняго покрова, такъ вообще и всей матки, далеко не такъ сильны, какъ при периметритѣ, доказывается тѣмъ, что параметритъ, особенно выраженный не очень сильно, далеко не всегда обуславливаетъ безплодіе. Это доказывается тѣмъ, что нерѣдко подобныя больныя забеременѣваютъ, такъ сказать, на нашихъ глазахъ; кромѣ того, не рѣдко можно констатировать на трупахъ родильницъ болѣе или менѣе значительные остатки старыхъ параметритовъ. Какъ острая, такъ и хроническая форма параметрита, при извѣстныхъ обстоятельствахъ, переходитъ въ 4) *нагноеніе*, т. е. даютъ околоматочный нарывъ.

Говоря объ анатомико-патологическихъ данныхъ параметрита, мы упомянули о томъ, что съ клинической точки зрѣнія можно допустить, какъ это многіе дѣлаютъ, нѣкоторыя особенно относящіяся сюда формы, а именно: *plegnone periuterin.*, *plegnone fos. il.* и, наконецъ, просто *plegnone pelvis.* Намъ

остаётся, поэтому, сказать нѣсколько словъ на счётъ клиническаго характера этихъ вторичныхъ формъ. Изъ того, что сказано нами выше о сущности ихъ, понятно, что при нихъ мы всегда будемъ имѣть дѣло, по отношенію къ лихорадочной картинѣ, съ тѣмъ же, что въ параметритѣ вообще. Разница по отношенію къ субъективнымъ явленіямъ будетъ состоять въ томъ, что боли будутъ локализованы различнымъ образомъ и, кромѣ того, объективныя данныя будутъ также различны. *Phlegmone periuterin.* т. е. воспаленіе соединительной ткани широкихъ связокъ, бываетъ всегда съ одной стороны и поэтому больная прямо указываетъ на мѣсто боли, т. е. въ области той или другой пупартовой связки. Кромѣ того, при *phlegm. periuter.* въ воспалительномъ процессѣ скорѣе и въ большей степени принимаетъ участіе *serosa* и потому боли въ данномъ случаѣ обыкновенно бывають выражены гораздо сильнѣе, чѣмъ при обыкновенномъ параметритѣ. Также самое должно сказать и относительно лихорадочныхъ движеній. Боли эти чаще, чѣмъ при простомъ параметритѣ распространяются на соотвѣтствующую нижнюю конечность, которую больныя часто держатъ согнутою въ колѣнѣ, какъ при псоитѣ.

Если *phlegm. periuter.*, вслѣдствіе того, что она имѣетъ острый характеръ и оттого, что сопровождающія ее общія явленія очень бурны, можетъ симулировать самостоятельную форму, то этого никогда нельзя сказать на счётъ *phlegmone fossae iliacae*. Эта послѣдняя является всегда почти въ хронической формѣ, причемъ изъ анамнеза выяснится, что дѣло шло о какомъ то пуэрперальномъ заболѣваніи, при которомъ больныя хворали болѣе или менѣе долго. Однимъ словомъ, анамнезъ выяснитъ что дѣло идетъ о явномъ остаткѣ процесса, который начался давно. При *phlegmone fos. il.*, не смотря на очень значительную величину опухоли, больныя иногда вовсе не жалуются на боли, а только на весьма слабое ощущеніе тяжести въ больной сторонѣ. Отъ времени до времени только является нѣкоторая болѣзненность послѣ физическихъ усилій. Если при этомъ иногда имѣють дѣло съ различнаго рода разстройствами мѣсячныхъ, то они обуславливаются прямыми, извѣстными анатомико-патологическими измѣненіями со стороны матки. *Phlegmone. fos. il.* даётъ рѣзкую клиническую картину, когда она вздумаетъ перейти въ абсцессъ, но въ такомъ случаѣ картина эта ничѣмъ не будетъ отличаться отъ той, которая замѣчается при около-маточныхъ нарывахъ вообще.

Что касается *phlegmone pelvis*, то она всегда наблюдается въ непосредственной связи съ пуэрперіемъ и выступаетъ очень рѣзко въ томъ отношеніи, что она сопровождается очень сильными субъективными явленіями. За нѣкоторое время до обнаруженія мѣстныхъ явленій, наступаетъ сильный ознобъ, вскорѣ смѣняющійся не менѣе сильнымъ жаромъ, и характеръ лихорадки почти такой же постоянный, какъ при периметритѣ; кромѣ того, лихорадочныя движенія нигдѣ такъ долго не продолжаются съ

такимъ упорствомъ, какъ здѣсь. Что касается боли, то она очень сильна и держится упорно того мѣста, гдѣ она развилась съ самаго начала, а именно съ той или другой стороны таза, и только въ очень рѣдкихъ случаяхъ обхватываетъ большую поверхность нижней части живота.

Переходимъ теперь къ объективнымъ даннымъ, констатируемымъ изслѣдованіемъ при параметритѣ и установленныхъ нами выше отдѣльныхъ формахъ его. Послѣ того, какъ лихорадочныя явленія продолжались уже нѣкоторое время, при изслѣдованіи найдемъ, что матка стоитъ слегка какъ бы нѣсколько ниже нормальнаго и, если эксудата еще нѣтъ, то всегда тотъ или другой бокъ матки, слегка наклоненный въ сторону или оттянутый отъ срединной линіи и наклоненный нѣсколько впередъ, представитъ разлитую припухлость и нѣсколько чувствителенъ на ошупь. Это начало параметритическаго tumor'a, который еще черезъ нѣкоторое время уже выступаетъ гораздо рѣзче. На томъ мѣстѣ, гдѣ мы прежде щупали только небольшую разлитую припухлость, теперь ощупывается плотная, неправильнаго очертанія, чаще всего въ видѣ горба, опухоль, сидящая съ боку матки и крѣпко съ нимъ соединенная; только въ нижней части своей, опухоль отстаетъ отъ бока матки на столько, что между ними образуется рѣзкая борозда, въ которую можно помѣстить верхушку пальца. И такъ, параметритическій эксудатъ, по крайней мѣрѣ въ началѣ процесса, всегда будетъ констатироваться съ одной какой либо стороны, или—лучше—бока матки. Эксудатъ можетъ оставаться на первоначальномъ своемъ мѣстѣ или же обхватывать и другія части матки и стѣнки таза и идти вверхъ, какъ мы видѣли. Если онъ и распространяется вверхъ, но при этомъ держится первоначально пораженнаго бока матки, то это будетъ односторонній параметритъ (*parametritis unilateralis*); если же онъ переходитъ на противоположный бокъ, то это—параметритъ двойной, или двусторонній (*parametritis bilateralis s. duplex*). При одностороннемъ параметритѣ процессъ ползетъ вверхъ по боку же матки и можетъ или остановиться у нижняго края соотвѣтственной широкой связки, или же поразить и ее и отсюда перейти на *fossam iliacam*. Въ первомъ изъ упомянутыхъ случаевъ мы найдемъ при бимануальномъ изслѣдованіи, что упомянутый выше горбовидный tumorъ тянется вверхъ на всемъ протяженіи матки, до высоты входа въ тазъ. При наружномъ изслѣдованіи мы найдемъ нѣсколько увеличенную резистенцію въ пораженной половинѣ. Ощупываніе это далеко не такъ болѣзненно, какъ при периметритѣ. Если изъ односторонняго параметрита долженъ сдѣлаться двойной параметритъ, то процессъ перескакиваетъ съ одного бока матки на другой, всегда однимъ и тѣмъ же путемъ, а именно по задней стѣнкѣ матки. Допустимъ, что мы имѣемъ дѣло съ правымъ параметритомъ, то опухоль съ праваго бока матки переходитъ сначала на заднюю стѣнку ея, а отсюда уже на противоположный,

т. е. лѣвый бокъ. Свѣжій, второй параметритъ сидитъ всегда выше того, который сдѣлался прежде. Въ нашемъ примѣрѣ. слѣдовательно, tumor съ лѣвой стороны будетъ оцупываться гораздо выше съ лѣваго бока матки, чѣмъ тотъ, который сидитъ съ праваго боку. Черезъ нѣсколько времени только они приблизительно могутъ находиться на одномъ уровнѣ. На задней стѣнкѣ матки эксудатъ всасывается весьма быстро, такъ что его трудно бываетъ констатировать уже чрезъ самое короткое время и верѣдко трудно бываетъ объяснить себѣ путь, которымъ tumor перешелъ съ одной стороны на другую. На передней стѣнкѣ матки никогда нельзя констатировать поражение субсерозной соединительной ткани; въ двухъ, трехъ исключительныхъ случаяхъ, гдѣ мы это наблюдали въ родильномъ состояннн, припухлость сидѣла очень высоко, всего только пальца на три отъ края маточнаго дна.

Что касается того, какое вліяніе оказываетъ параметритъ на положеніе и состояніе матки вообще, то вліяніе это будетъ различно, смотря по свойству эксудата. Если мы имѣемъ дѣло съ одностороннимъ параметритомъ, то онъ въ началѣ отклоняетъ матку въ свою сторону, причѣмъ она, даже при значительной величинѣ tumor'a, сохраняетъ еще извѣстную степень подвижности. По мѣрѣ же того, какъ эксудатъ разрастается, онъ не находитъ вскорѣ мѣста въ пораженной половинѣ таза и отклонитъ матку въ противоположную сторону. Вслѣдствіе-то этого, при правомъ параметритѣ мы въ началѣ констатируемъ, что маточное дно только или же весь органъ отклонено или оттянуто вправо; черезъ нѣсколько же времени мы получимъ обратныя отношенія. Если же дѣло идетъ о двойномъ параметритѣ, причѣмъ обѣ опухоли почти одинаковой величины, то матка находится совершенно или почти въ срединной линіи таза и кажется какъ бы вколоченною между обоими эксудатами. Въ подобномъ случаѣ она совершенно неподвижна, влагалищная часть всегда болѣе или менѣе укорочена, сочна на оцупъ и зѣвъ слегка раскрытъ. Нерѣдко при двойномъ параметритѣ можно констатировать чрезвычайно интересную особенность со стороны влагалищной части. По мѣрѣ того, какъ параметритическій tumor переходитъ съ одного бока матки, по задней стѣнкѣ ея, на другую сторону, на влагалищной части съ того боку, гдѣ начался процессъ, образуется валикъ въ видѣ полукольца, который, по образованнн эксудата на другой сторонѣ, сливается съ такимъ же полукольцомъ другой стороны, такъ что образуется кольцо, обхватывающее всю влагалищную часть. Кольцо это или кольцевидная припухлость представляетъ на оцупъ какъ бы отечную консистенцію: оно гораздо мягче, чѣмъ всякая другая точка на протяженнн влагалищной части.

Говоря выше о томъ, что параметритическій эксудатъ образуется всегда съ одной какой либо стороны или бока матки, мы остановились на томъ, съ какой именно стороны матки это слу-

чается всего чаще? Почти всѣ авторы увѣряютъ, что это чаще бываетъ лѣвый бокъ матки, причемъ, принимая параметрить за специально родильное страданіе, стараются объяснить этотъ фактъ тѣмъ, что первыя положенія предлежащей части плода встрѣчаются чаще другихъ. Не знаемъ, на сколько подобное объясненіе рационально, но мои собственныя наблюденія на этотъ счетъ привели меня къ совершенно другимъ результатамъ. Мы именно нашли, что какъ въ родильномъ періодѣ, такъ и внѣ его, параметрить чаще всего начинается съ праваго бока матки и притомъ въ такомъ отношеніи, что на 100 параметритовъ около 84 начинаются съ правой и только около 16 съ лѣвой стороны. По истинѣ, мы затрудняемся объяснить причину столь рѣзкаго противорѣчія нашихъ результатовъ съ результатами другихъ авторовъ. Что же касается того — почему параметрить преимущественно поражаетъ тотъ или другой бокъ матки, по нашему — правый, то очень вѣроятно, что здѣсь кромѣ механическихъ условій, сопряженныхъ съ родовымъ актомъ, играютъ вѣроятно не малую роль какія либо анатомическія особенности, которыя требуются еще выяснитъ.

Если дѣло идетъ о пораженіи субсерозной соединительной ткани той или другой изъ широкихъ связокъ — *phlegmone periuter.*, то обыкновенно при наружномъ изслѣдованіи въ пораженной сторонѣ, въ области одной изъ пупартовыхъ связокъ, можно опредѣлить относительную резистенцію, а при болѣе сильномъ нажатіи — продолговатую припухлость, тянущуюся съ одного изъ роговъ матки наружу. Если *phlegm. periuter.* довольно свѣжа и выражена сколько нибудь значительно, то опредѣленіе сказанной припухлости довольно легко, такъ-какъ оно лежитъ относительно, очень близко къ брюшнымъ покровамъ. При изслѣдованіи же бимануальномъ, взбираясь пальцемъ, находящимся въ рукавѣ, какъ можно выше въ боковой сводъ пораженной стороны, найдемъ, что дно матки въ свѣжихъ случаяхъ отклонено въ противоположную сторону, а съ боку маточнаго дна, въ поперечномъ діаметрѣ входа въ тазъ, тянется продолговатая, довольно широкая припухлость къ противоположной стѣнкѣ таза. Въ случаяхъ, болѣе застарѣлыхъ происходитъ съживаніе пораженной широкой связки и маточное дно оттянуто въ сторону пораженной связки. Если дѣло идетъ о *phlegm. periuter.* съ обѣихъ сторонъ, то мы при этомъ констатируемъ всѣ вышеупомянутыя явленія, только съ двухъ сторонъ. Такъ-какъ при этомъ процессъ не начинается съ обѣихъ сторонъ въ одно и то же время, а послѣдовательно, и притомъ выраженъ бываетъ сильнѣе съ одной какой нибудь стороны, то и матка бываетъ смѣщена своимъ дномъ въ ту сторону, на которой эскудатъ старше. Въ то время, какъ при *phlegmon. periut.* односторонней, матка фиксирована только въ днѣ и вообще подвижна, при *phlegmon. periut.* двусторонней она въ значительной степени теряетъ свою подвижность.

При *phlegmone fos. il.* той или другой стороны, при наруж-

номъ изслѣдованіи мы ощупываемъ большой, обыкновенно ровный tumor, совершенно ровной консистенціи; что касается формы его, то онъ обыкновенно бываетъ плоскій, четырехугольный или даже трапецевидный, при этомъ онъ совершенно неподвиженъ и чувствителенъ только при глубокомъ надавливаніи. Онъ лежитъ такъ поверхностно, т. е. такъ близко къ покровамъ живота, что вышеупомянутыя свойства его опредѣляются безъ всякаго труда. Тоже самое должно сказать на счетъ опредѣленія топографическихъ отношеній опухоли. Она занимаетъ ту или другую fos. iliaca и, смотря по размѣрамъ своимъ, хватаетъ выше верхней лонной кости и заходитъ за бѣлую линію, или же не достигаетъ ея на нѣсколько поперечныхъ пальцевъ. Внутреннее изслѣдованіе въ данномъ случаѣ, какъ бы оно тщательно ни было сдѣлано, рѣдко ведетъ къ какому нибудь особенному результату по отношенію къ самой phlegmone, такъ-какъ чрезъ своды нельзя ощупать опухоли, или же при сильномъ напряженіи можно очень смутно ощупать нижнюю границу ея. Путемъ внутренняго изслѣдованія мы въ этомъ случаѣ констатируемъ иногда только остатки (residua) протекшаго параметрита, которые сказываются нѣкоторою неровностью того или другаго бока матки и увеличенной резистенціей параметрія, откуда собственно начался процессъ, результатомъ котораго является phlegm. fos. iliaca.

Phlegmone pelv. въ собственномъ или тѣсномъ смыслѣ образуетъ совершенно изолированный отъ матки tumor, сидящій на той или другой боковой сторонѣ таза и такъ-какъ онъ бываетъ всегда довольно небольшихъ размѣровъ, то при наружномъ изслѣдованіи мы обыкновенно не получаемъ никакихъ данныхъ, которыя бы указывали на то, съ чѣмъ мы собственно имѣемъ дѣло. Субъективныя ощущенія при немъ характеризуются главнымъ образомъ очень сильною болью; лихорадочныя явленія достигаютъ болѣе высокой степени, чѣмъ при обыкновенномъ параметритѣ. Перешедши въ хроническое состояніе, экссудатъ очень долго остается in statu quo, не давая иногда никакихъ особенныхъ субъективныхъ ощущеній, но за то довольно часто обостряется. При внутреннемъ изслѣдованіи мы находимъ обыкновенно матку слегка наклоненною дномъ въ сторону, въ параметрії же той стороны, на которой развился phlegm. pelv.,—residua протекшаго параметрита. Tumor, образуемый phlegm. pelvis, какъ уже сказано, сидитъ всегда на боковой стѣнкѣ таза и притомъ болѣе или менѣе высоко; при этомъ какъ бы мы тщательно ни изслѣдовали, нельзя найти никакой прямой связи между нимъ и маткою. Tumor чрезвычайно крѣпко сидитъ на мѣстѣ, такъ что онъ совершенно неподвиженъ, имѣетъ обыкновенно кругловатую форму, рѣдко превышаетъ величину большихъ карманныхъ часовъ, поверхность его совершенно гладкая и отличается, кромѣ того, тѣмъ, что чѣмъ ближе къ центру, тѣмъ она становится болѣе возвышенною, такъ-что центръ опухоли образуетъ самую возвышенную точку. При легкомъ нажатіи, онъ оказывается не особенно

чувствительнымъ, но, нажимая на него нѣсколько болѣе значительно, можно вызвать въ немъ чрезвычайно сильную болѣзненность.

Этіологія. Всякому, сколько нибудь серьезно наблюдавшему различныя патологическія формы, развивающіяся въ родильномъ состояніи, не безвѣстно, что въ числѣ ихъ параметритъ занимаетъ первое мѣсто послѣ различныхъ формъ воспаленій внутренней поверхности матки. Соглашаясь вполнѣ съ этимъ положеніемъ, мы не можемъ однако согласиться съ тѣми, которые утверждаютъ, что параметритъ внѣ родильнаго періода составляетъ въ высшей степени рѣдкую форму. Уже нѣсколько лѣтъ тому назадъ, въ статьѣ объ околوماتочныхъ парывахъ, я указывалъ на ошибочность этого мнѣнія и въ настоящее время еще болѣе убѣжденъ въ этомъ. Такъ, на 3783 больныхъ мы наблюдали 116 случаевъ параметрита, изъ которыхъ только 32 находились въ непосредственной связи съ родильнымъ состояніемъ. При этомъ однако я долженъ замѣтить, что нельзя всегда ручаться за то, чтобы во многихъ изъ встрѣчающихся случаевъ дѣло не шло объ обостреніи остатковъ стараго параметрита, имѣющаго вѣроятно связь съ протекшимъ давно родильнымъ состояніемъ. Что касается причинъ, которыя могутъ обострить старые параметриты,—то ихъ вѣроятно очень много. Въ числѣ ихъ, однако, я долженъ указать, какъ на болѣе частую, на травматизмы различнаго рода. У женщинъ низшихъ классовъ, занимающихся тяжелымъ физическимъ трудомъ и подвергающихся часто паденію, ушибамъ и пр., мы относительно нерѣдко констатировали параметритъ, который мы потому называемъ травматическимъ—*parametritis traumatica*. Что различныя манипуляціи, предпринимаемыя съ врачебною цѣлью на органахъ половой сферы (зондированіе, внутриматочныя впрыскиванія, пессарии и пр.), точно также могутъ обусловить параметритъ, — не подлежатъ никакому сомнѣнію и мы наблюдали не мало экзквизитныхъ подобныхъ случаевъ. При этомъ невольно рождается вопросъ, имѣющій несомнѣнное значеніе въ этиологическомъ отношеніи. Почему, отъ одной и той же причины, въ одномъ случаѣ развивается периметритъ, а въ другомъ параметритъ? Прямо отвѣтить на этотъ вопросъ весьма трудно; можно только высказать въ видѣ предположенія, что въ данномъ случаѣ существенную роль играетъ, если можно такъ выразиться, патологическое настроеніе той или другой ткани (т. е. серознаго покрова, или подсерозной соединительной ткани) въ тотъ моментъ, когда подѣйствовала болѣзнетворная причина. Въ заключеніе не можемъ не упомянуть о мнѣніи тѣхъ, какъ напр. Schroedora *, которые утверждаютъ, что параметритъ является всегда какъ проявленіе вступленія въ кровь септическихъ веществъ, другими словами, что параметритъ есть всегда результатъ септикеміи. Я положительно не-

* Hand. der Krank. der weibl. Genitalorg. Leipg. 1874, p. 427.

доумѣваю — на основаніи какихъ данныхъ можно было прійти къ такому заключенію. Не говоря уже о параметритѣ и нѣ родильнаго состоянія, но даже и въ этомъ послѣднемъ параметритѣ развивается, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, помимо всякой септихемиі. Мы знаемъ, что параметритѣ составляетъ столь частое явленіе въ пуэрперальной патологіи, что пришлось бы на этомъ основаніи допустить также и то, что и септихемиа встрѣчается столь же часто. Къ счастью, подобное предположеніе лишено всякаго основанія.

Распознаваніе. Мы нарочно остановились такъ подробно на описаніи объективныхъ данныхъ, добываемыхъ путемъ клиническаго изслѣдованія, какъ при параметритѣ вообще, такъ и при отдѣльныхъ формахъ его, что думаемъ, что прямое распознаваніе ихъ послѣ этого не можетъ представлять никакихъ затрудненій. Для того, чтобы въ данномъ случаѣ установить діагностику параметрита, нужно, чтобы мы при изслѣдованіи нашли нѣсколько характерныхъ данныхъ, которыхъ совершенно достаточно для обезпеченія распознаванія. Данные эти слѣдующія: матка стоитъ обыкновенно гораздо ниже нормальнаго, влагалищная часть слегка укорочена, зѣвъ пріоткрытъ и съ того или другаго бока матки опухивается сначала болѣе мягкій, затѣмъ постепенно плотнѣющей tumor круглаго очертанія; между нижнимъ отрѣзкомъ опухоли и влагалищной частью матки находится бороздка, рѣзко отдѣляющая ихъ между собою.

Что касается дифференціального распознаванія, то самое важное — не смѣшивать между собою параметритѣ и периметритѣ, такъ-какъ отличать первый отъ другихъ патологическихъ состояній будетъ уже легко на основаніи тѣхъ данныхъ, которыя приведены нами выше при дифференціальномъ распознаваніи периметрита. Для того, чтобы какъ можно рельефнѣе выставить различія, существующія между пери- и параметритомъ, мы приведемъ здѣсь въ синоптическомъ порядкѣ характеризующія ихъ данные, какъ субъективные, такъ и объективные.

Периметритъ.

1 Лихорадочныя явленія достигаютъ очень значительной высоты и лихорадка имѣетъ болѣе постоянный характеръ.

2. Боли очень сильны и сосредоточиваются въ паховыхъ сторонахъ и надъ симфизой.

3. Какъ лихорадочныя явленія, такъ и боли продолжаютъ безъ перерывовъ довольно значительное время.

Параметритъ.

Лихорадочныя явленія гораздо слабѣе, характеръ лихорадки subcontin.

Боли слабѣе, сосредоточены, по крайней мѣрѣ въ началѣ, преимущественно въ одномъ какомъ нибудь паху.

Лихорадки и боли длятся гораздо меньше.

4. При изслѣдованіи находимъ, что матка въ началѣ стоитъ выше нормальнаго и влагалищная часть довольно плотная.

5. Эксудатъ помѣщается позади матки и имѣеть треугольную или клиновидную форму.

6. Распространеніе эксудата происходитъ сверху внизъ.

7. Уже съ самаго начала матка наклонена впередъ и совершенно неподвижна.

Матка стоитъ низко, влагалищная часть укорочена, слегка разрыхлена и зѣвъ пріоткрытъ

Эксудатъ помѣщается съ боку матки и никогда не констатируется только сзади. Онъ имѣеть кругловатую и неправильную форму.

Эксудатъ распространяется снизу вверхъ.

Матка при чистомъ параметритѣ всегда сохраняетъ извѣстную степень подвижности. Въ началѣ она бываетъ наклонена въ сторону, на которой развивается эксудатъ, а въ послѣдствіи же она отклоняется въ сторону противоположную.

Вообще для того, чтобы рѣшить — есть ли данный тазовой эксудатъ вънутри — брюшинный (интраперитонеальный), или внѣбрюшинный (экстраперитонеальный). нужно принять въ соображеніе и взвѣсить между собою данныя, о которыхъ мы упомянули, говоря о периметритѣ. Въ самомъ дѣлѣ, если мы въ началѣ страданія имѣемъ дѣло съ эксудатомъ, сидящимъ съ боку матки, то экстраперитонеальное свойство его рѣшается сразу. Тоже самое должно сказать, если мы имѣемъ дѣло съ эксудатомъ, сидящимъ высоко и исходящимъ *ex foss. iliaca*; если бы здѣсь дѣло шло объ интраперитонеальномъ эксудатѣ, то прежде, чѣмъ дать рѣзко и легко ощупываемую опухоль, эксудатъ непремѣнно давно опустился бы уже въ дугласову складку. Правда, можетъ быть и такъ, что периметритъ осложняетъ параметритъ и на оборотъ. Но и здѣсь мы руководствуемся при распознаваніи тѣми же данными. Иногда только весьма трудно будетъ опредѣлить въ подобныхъ случаяхъ — что старше: параметритъ ли, или периметритъ? Здѣсь отчасти можно руководствоваться свойствами эксудата, т. е. консистенціею его и, наконецъ, тѣмъ, что иногда удается констатировать при этомъ заболѣванія другихъ органовъ, напр. яичниковъ, которые, какъ извѣстно изъ опыта, чаще влекуть заболѣванія серознаго покрова матки, чѣмъ параметрія.

Предсказаніе при параметритѣ довольно благопріятно, во всякомъ случаѣ гораздо благопріятнѣе, чѣмъ при периметритѣ. Мы говоримъ это главнымъ образомъ на томъ основаніи, что всасываніе продуктовъ воспаленія при параметритѣ происходитъ чаще и притомъ несравненно скорѣе, чѣмъ при пери-

метритъ. Кромѣ того, лихорадочная картина и боли въ первомъ случаѣ никогда не достигаютъ такой высоты, какъ при воспаленіи серознаго покрова матки и, слѣдовательно, больныя при этомъ страдаютъ гораздо меньше. Даже въ случаяхъ застарѣлыхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ обостреніемъ процесса (*parametritis progressiva*), всегда еще имѣется много шансовъ на благопріятный исходъ дѣла. Изъ этого видно, что это далеко не такъ, какъ при старыхъ периметритахъ, гдѣ твердые какъ камень эксудаты остаются *in statu quo* цѣлые годы и очень туго поддаются терапіи. Кромѣ того, параметритъ далеко не въ такой степени нарушаетъ отправленія половой сферы; мы ужъ видѣли выше, что безплодіе не всегда составляетъ послѣдствіе рассматриваемой патологической формы. Наконецъ, и по отношенію одного изъ исходовъ, общаго какъ параметриту, такъ и периметриту, предсказаніе гораздо благопріятнѣе въ первомъ случаѣ, потому что формированіе нарыва происходитъ гораздо скорѣе и послѣдствія его далеко не столь тяжелы, какъ при периметритѣ.

Леченіе при параметритѣ основано совершенно на тѣхъ же принципахъ, какъ и леченіе периметрита. Но имѣя въ виду, что вообще вся клиническая картина въ первомъ случаѣ выражена слабѣе, то нѣтъ надобности, чтобы оно было столь энергично. Такъ, едва ли мы когданибудь будемъ имѣть дѣло съ такимъ параметритомъ, гдѣ бы потребовалось повторное приставленіе пиявокъ. Наоборотъ, мы не рѣдко будемъ имѣть дѣло въ практикѣ съ такими случаями параметрита, гдѣ можно очень хорошо обойтись и безъ мѣстнаго кровопусканія и ограничиваться однимъ послѣдовательнымъ и настойчивымъ употребленіемъ холода (пузыря со льдомъ). Только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ параметритъ съ самаго начала, или же во время теченія процесса, сопровождается рѣзко выступающими явленіями со стороны брюшины, приходится дѣйствовать болѣе энергическимъ противовоспалительнымъ образомъ, чтобы не дать развиться периметриту. Имѣя же дѣло съ хроническимъ параметритомъ, мы поступаемъ совершенно такимъ же образомъ, какъ при старыхъ тазовыхъ эксудатахъ вообще, т. е. такимъ точно образомъ, какъ это было изложено выше.

Говоря о леченіи периметрита, мы не упомянули о томъ, что нѣкоторые думали примѣнять въ этомъ случаѣ хирургическій вріемъ, т. е. проколомъ задней дугласовой складки выпускать накопившуюся въ ней серозную жидкость. Далѣе всѣхъ въ этомъ отношеніи зашелъ *Wagner Brückel* *, который рѣшительно во всѣхъ случаяхъ периметрита настойчиво совѣтуетъ прибѣгать къ прокоду. Намъ нечего толковать о томъ, что подобное ученіе—крайность, такъ какъ прежде, чѣмъ колоть, нужно быть убѣждену, что жидкость есть. Между тѣмъ всякому извѣстно, что чисто-серозный эксудатъ при периметритѣ составляетъ исключеніе.

* *Americ. Journ. of the medic. surgic.*, 1877, April.

3. Околomatочные нарывы.

Библиографія. Marchal de Calvi, Des abcès phlegmoneux intrapelviens. An. de chirurgie, 1844, Juillet—Août. — Mickschick, Beobachtungen ueber Becken-Abscesse bei Wöchnerinnen. Zeitschr. der Ges. der Aerzte in Wien, 1844, № 7. — Battersby, Pathologie, Diagnose und Behandlung der Beckenabscesse, Schmidt's Jahrb, 1847, Bd. IV, p. 322. — Simpson, On vesico-uterine, vesico-intestinal and utero-intestin. fistulae, as result of pelvic absces. Monthly Journ., 1852. Oct. — König, Arch. f. Heilk., 1862. Hft. 6. — Горвицъ, Zur Pathologie der periuterinen Abscesse ausserhalb des puerperium. Petersb. Medic. Zeitschr., 1867, Bd. XII, Hft. 2—3, p. 65. — Reichel, Ueber Beckenabscesse. Halle, 1869. — König, Arch. f. Heilk., 1870, p. 221, также Samml. klin. Vorträge, № 57. — Hegar и Kaltenbach, Die operative Gynaecologie, p. 546.

Мы уже выше упомянули нѣсколько разъ о томъ, что какъ периметритъ, такъ и параметритъ при извѣстныхъ обстоятельствахъ оканчиваются переходомъ эксудата въ нагноеніе и формирование абсцесса, который, вслѣдствіе извѣстныхъ отношеній къ маткѣ, лучше называть околomatочнымъ, чѣмъ тазовымъ нарывомъ.

Патол. анат. Мы уже знаемъ, что при периметритѣ степень воспалительнаго процесса сказывается количествомъ образующихся при этомъ гнойныхъ элементовъ. Чѣмъ воспаление сильнѣе, тѣмъ воспалительный продуктъ содержитъ больше гноя. Послѣ того, какъ воспаление проходитъ, мы имѣемъ дѣло съ продуктами его, а именно жидкою частью эксудата, гноемъ и ложными перепонками. Что касается дальнѣйшей участи гноя, то мы также ужъ видѣли, что она можетъ быть различна, смотря по обстоятельствамъ. Если онъ превратится въ ихоръ, то онъ быстро вызываетъ общій перитонитъ, оканчивающійся смертельнымъ исходомъ. Если же этого не бываетъ, то дальнѣйшія судьбы гноя обуславливаются прямо количествомъ его. Если оно незначительно, то онъ претерпѣваетъ жировое перерожденіе и всасывается вмѣстѣ съ другими жидкими частями эксудата. Если же количество гноя гораздо больше, то онъ обыкновенно опускается въ дугласово пространство, гдѣ и изолируется отъ полости брюшины помощью ложныхъ перепонокъ. Такого рода скопленія гноя и называются околomatочными нарывами (abscessus periuterinus, или Pyocoele retrouterina по Klob'у). Изъ того, что сказано, не трудно убѣдиться въ томъ, что здѣсь собственно идетъ дѣло не о нарывѣ въ тѣсномъ смыслѣ слова, а скорѣе объ изолированіи отъ остальныхъ частей брюшины гноя, который не всосался вмѣстѣ съ другими частями эксудата. Это способъ происхожденія гнойныхъ накопленій вокругъ матки при периметритѣ. Чтожъ касается параметрита, то мы ужъ знаемъ, что патологическій процессъ при немъ состоитъ въ пропитываніи соединительной ткани студенистымъ фибринознымъ эксудатомъ, представляющимъ болѣе или менѣе обильную мелко-зернистую инфильтрацію. Но при этомъ можетъ случиться и такъ, что гнойные элементы преобладаютъ надъ

другими, они сливаются вмѣстѣ и такимъ образомъ происходитъ нарывъ.

Образовавшееся такимъ образомъ скопленіе гноя, какъ въ первомъ случаѣ, можетъ оставаться *in statu quo* очень долго, не подвергаясь никакимъ измѣненіямъ. Нужно однако допустить, что гной до тѣхъ поръ, пока онъ неудобовсасываемъ, служить раздражающимъ агентомъ для окружающихъ тканей и такимъ образомъ обуславливаетъ хроническое разрастаніе соединительной ткани, что, въ свою очередь, вѣроятно, подаетъ поводъ къ дальнѣйшему образованію гнойныхъ элементовъ. По мѣрѣ дальнѣйшаго образованія гноя, этотъ послѣдній разрушаетъ ткани, съ которыми приходитъ въ прикосновеніе, что ведетъ къ тому, что гной прокладываетъ себѣ дорогу наружу, или, какъ говорятъ, абсцессъ вскрывается. Это обстоятельство, т. е. вскрытіе околоматочныхъ нарывовъ будетъ тоже весьма различно и зависить прямо отъ извѣстныхъ анатомическихъ отношеній гнойнаго накопленія къ сосѣднимъ органамъ или частямъ и съ этимъ обстоятельствомъ, имѣющимъ прямой клинической интересъ, мы познакомимся ниже.

Клиническая картина. Обыкновенно говорятъ, что *формированіе околоматочнаго нарыва* сопровождается такими-то и такими-то клиническими явленіями. Въ сущности гной собственно не формируется въ это время, такъ-какъ онъ ужъ давно существуетъ, но остается *in statu quo*. Въ то время, когда получается уже рѣзкая клиническая картина, то это обозначаетъ, что гной старается проложить себѣ дорогу наружу. Замѣчаемая, слѣдоватъ, при этомъ клиническая явленія характеризуютъ собственно не абсцедированіе, такъ-какъ накопленіе гноя существовало ужъ до этого, а дѣло идетъ только о стремленіи гноя проложить себѣ дорогу наружу при посредствѣ близлежащихъ органовъ. Какъ бы то ни было, но мы удерживаемъ слово *абсцедированіе* въ данномъ случаѣ, такъ-какъ оно до извѣстной степени наглядно, и, кромѣ того, освящено давностью. Послѣ того, какъ воспаленіе прошло первыя фазы свои, мы имѣемъ дѣло съ продуктомъ его т. е. экссудатомъ. Если этотъ послѣдній содержитъ много гнойныхъ элементовъ, не претерпѣвшихъ извѣстнаго измѣненія (а именно жироваго), то дѣло раньше или позже дойдетъ до абсцедированія. Но это-то послѣднее по отношенію къ времени, когда оно должно наступить, весьма различно. Иногда оно происходитъ очень скоро, иногда же, наоборотъ, очень медленно. Случаи, въ которыхъ дѣло доходитъ до нагноенія очень скоро, вслѣдъ за началомъ воспаленія, принадлежатъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. Такихъ наблюденій, какія приводятъ Nonat (образованіе абсцесса 2 недѣли спустя отъ начала заболѣванія) и Poesch (12 дней), въ литературѣ очень мало. Вообще же должно сказать, что обыкновенно дѣло доходитъ до формированія абсцесса, по крайней мѣрѣ, черезъ нѣсколько недѣль только послѣ того, какъ появилось первоначально воспа-

леніе. По отношенію къ абсцедированію должно различать двоякаго рода случаи. Въ однихъ оно слѣдуетъ непосредственно за воспаленіемъ, въ другихъ же—по истеченіи большаго или меньшаго промежутка времени. Но разъ начавшись, абсцедированіе въ томъ и другомъ случаѣ даетъ совершенно одинаковую клиническую картину. Лихорадочныя движенія тотчасъ измѣняютъ свой характеръ. При первоначальномъ воспаленіи (периметритъ и параметритъ) лихорадочныя движенія имѣли опредѣленный типъ. т. е. температуры держались на извѣстной высотѣ (периметритъ), или же давали только небольшія послабленія (параметритъ); коль скоро же дѣло доходить до формировавія нарыва, то T^0 представляетъ весьма рѣзкія колебанія, давая послабленія по утрамъ и постоянныя повышенія къ вечеру. При этомъ являются частые ознобы, весьма различные, какъ по силѣ, такъ и частотѣ своей. Обыкновенно познабливаетъ по нѣскольку разъ на день, причемъ каждый приступъ озноба продолжается не долго. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло даже не доходитъ до рѣзко выраженаго озноба: больныя жалуются только на ощущеніе холода, пробѣгающаго по спинѣ, или же на ощущеніе ползанія мурашекъ. Боли бываютъ при этомъ весьма сильныя, причемъ онѣ болѣе или менѣе постоянны и, хотя распространяются по всей нижней части живота, но тѣмъ не менѣе онѣ болѣе всего сосредоточены въ одномъ какомъ либо мѣстѣ. При этомъ больныя жалуются на боли, сидяція глубоко въ рукавѣ, или же онѣ бываютъ особенно сосредоточены въ прямой кишкѣ. Боли со стороны мочеваго пузыря составляютъ при этомъ почти постоянный спутникъ и сказываются частымъ позываніемъ къ мочеиспусканію, причемъ актъ выдѣленія мочи очень болѣзненъ. Больныя мочатся нерѣдко по каплямъ и принимая извѣстное положеніе. По отношенію къ распространенію боли при околоматочныхъ нарывахъ, какъ въ нижней части живота, такъ и въ нижнихъ конечностяхъ, мы обладаемъ цѣлымъ рядомъ очень интересныхъ опытовъ, предпринятыхъ Коениг'омъ съ одной стороны для того, чтобы объяснить механизмъ происхожденія болей, а съ другой—механизмъ вскрыванія гнойныхъ накопленій вокругъ матки. На основаніи этихъ опытовъ нужно придти къ заключенію, что боли въ нижнихъ конечностяхъ, на которыя постоянно жалуются больныя, въ этомъ случаѣ обуславливаются прижатіемъ тазовыхъ нервовъ самимъ гнойникомъ. Явленія со стороны прижатыхъ нервовъ сказываются весьма различно въ тѣхъ частяхъ, въ которыхъ они развѣтвляются: то это ощущеніе холода, то, на оборотъ, жара, то, наконецъ, оно выражается прямо очень сильною болью. Въ двухъ случаяхъ, которые мы наблюдали боли въ конечностяхъ были выражены довольно слабо, но за то больныя жаловались на очень неприятное ощущеніе онѣмѣнія (деревенѣнія) пальцевъ. Что касается самихъ поражаемыхъ при этомъ нервовъ, то чаще всего страдаетъ при этомъ *n. cutan. femor. extern.*; затѣмъ слѣдуетъ бед-

ренный (*n. scutalis*) и наконецъ только сѣдалищный нервъ. Вслѣдствіе прижатія, производимаго скопленіемъ гноя на ближайшее сосѣдство *musc. iliaci*, больныя сильно сгибаютъ ногу, притягивая бедро къ животу, для того, чтобы уменьшить напряженіе упомянутаго мускула. *M. Clintock* считаетъ это явленіе патогномическимъ, несомнѣнно указывающимъ на образование тазоваго нарыва. Я видалъ однако очень обширные околоматочныя нарывы, при которыхъ больныя все время не представляли ни разу этого явленія.

Когда дѣло доходитъ до вышеизложенныхъ припадковъ, то они, продолжавшись извѣстное время, оканчиваются, наконецъ, вскрытіемъ нарыва. Вскрытіе можетъ произойти или въ близлежащія органы, или же прямо наружу. Вообще говоря, какъ периметритическіе, такъ и параметритическіе абсцессы могутъ вскрываться одинаково. По нашимъ наблюденіямъ, подтверждаемымъ также изслѣдованіями *Graily-Hewitt'a*, вскрытіе нарыва происходитъ чаще всего чрезъ заднюю кишку и рукавъ. Затѣмъ, что касается другихъ путей, чрезъ которые гной прокладываетъ себѣ дорогу наружу, то они бываютъ различны, смотря потому, имѣемъ ли мы дѣло съ пара — или периметритическимъ абсцессомъ. Вообще говоря, параметритическіе абсцессы чаще вскрываются чрезъ брюшныя покровы, а именно въ паховой сторонѣ, между наружнымъ и внутреннимъ паховымъ отверстіемъ. Иногда, смотря по величинѣ гнойнаго накопленія, это можетъ произойти гораздо выше. Въ одномъ случаѣ мы могли констатировать всего яснѣе зыбленіе въ пупочномъ кольцѣ, гдѣ абсцессъ и былъ вскрытъ. Въ литературѣ существуетъ нѣсколько наблюденій, гдѣ околоматочныя нарывы вскрывались даже на спинѣ, на большемъ или меньшемъ разстояніи позади *spina anter. super.* Причины, по которымъ параметритическіе абсцессы имѣютъ особенную склонность вскрываться прямо наружу и притомъ въ паховой сторонѣ, объяснены весьма хорошо *Koenig'o*мъ. Всѣ эти причины сводятся, по его мнѣнію, къ одному анатомическому факту, а именно къ участию въ воспалительномъ процессѣ одной изъ круглыхъ маточныхъ связокъ. По изысканіямъ *Koenig'a*, связки эти на извѣстномъ протяженіи своемъ покрываются отросткомъ брюшины. Если дѣло доходитъ до обширнаго параметрита, то въ процессъ принимаетъ также участіе и соединительная ткань, окружающая ту или другую круглую связку и лежащая подъ упомянутымъ отросткомъ брюшины. Въ случаѣ нагноенія гной и выбираетъ этотъ путь, какъ самый прямой и слѣдуютъ, ближе всего ведущій наружу. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ только гной прокладываетъ себѣ дорогу чрезъ *foram. obturator.*, даже на внутренней поверхности бедра. Периметритическіе абсцессы рѣже будутъ вскрываться наружу; это будетъ имѣть мѣсто развѣ при очень большихъ накопленіяхъ гноя (*peritonit. saccata*); чаще всего они выбираютъ внутренніе органы и притомъ, какъ ужъ сказано, въ слѣдующемъ порядкѣ: прямая киш-

ка, рукавъ и мочево́й пузырь. Впрочемъ, бываютъ и такіе случаи, въ которыхъ абсцессъ вскрывается не однимъ, а нѣсколькими путями. Такъ, Duplan приводитъ случай, въ которомъ нарывъ въ одно и тоже время вскрылся чрезъ прямую кишку и мочево́й пузырь. Еще болѣе интересную казуистику приводитъ Simpson, который имѣлъ дѣло послѣ вскрытія околоматочныхъ нарывовъ съ пузырно-кишечными фистулами. Намъ остается, наконецъ, еще упомянуть о томъ, что нарывъ можетъ вскрываться также въ брюшину; это весьма рѣдкій исходъ, влекущій обыкновенно за собою быструю смерть. Чаще всего это было наблюдаемо при периметритическихъ нарывахъ и должно быть объяснимо такимъ образомъ, что ложныя перепонки, изолирующія гнойникъ отъ брюшной полости, были очень тонки, вслѣдствіе чего на нихъ скорѣе, чѣмъ на другія ткани, подѣйствовало разъѣдающее дѣйствіе гноя.

Когда скоро гной проложитъ себѣ дорогу наружу, лихорадочныя движенія и въ особенности боли совсѣмъ унимаются, или же ослабѣваютъ весьма значительно. Гной выходитъ довольно тихо; если вскрытіе произошло *per rectum*, то выдѣленіе гноя усиливается при каждомъ испраженіи на низъ. Вообще, по отношенію вскрытія околоматочныхъ нарывовъ, должно различать двѣ категоріи ихъ. Въ одной изъ нихъ выдѣленіе гноя происходитъ за одинъ разъ, или, по крайней мѣрѣ, въ теченіи нѣсколькихъ дней. Въ другомъ же рядѣ случаевъ абсцедированіе происходитъ въ два или три приѣма, т. е. послѣ перваго появленія гноя, выходящаго въ теченіи большаго—или меньшаго промежутка времени, выдѣленіе его приостанавливается на болѣе или менѣе долгое время. Затѣмъ снова появляются клиническія явленія, сопровождающія абсцедированіе, и дѣло опять оканчивается вскрытіемъ абсцесса и т. д. Это такъ называемыя рецидивирущіе околоматочные нарывы.

Этіологія. Вопросъ относительно того — какъ часто вообще встрѣчаются околоматочные нарывы, или, другими словами, какъ часто периметритъ и параметритъ подають поводъ къ нагноенію, до сихъ поръ рѣшенъ далеко не окончательно. Всѣ вообще утверждаютъ, что исходъ этотъ встрѣчается довольно рѣдко, но существующія на этотъ счетъ статистическія данныя въ высшей степени скудны. На основаніи того, что мнѣ приходилось наблюдать, я думаю, что цифры, приводимыя по этому поводу Gosselin'омъ, и Gallard'омъ, далеки отъ истины. По мнѣнію этихъ авторовъ, околоматочные нарывы встрѣчаются въ 7—10% всѣхъ случаевъ. Нужно однако принять въ соображеніе, что авторы эти не дѣлаютъ никакого различія между пери- и параметритическими абсцессами. Если приведенное ими процентное отношеніе можетъ быть вѣрно для периметрита, то для параметрита оно во всякомъ случаѣ слишкомъ низко. Я полагаю, что по отношенію къ параметриту должно допустить, что, по крайней мѣрѣ, каждый изъ 7—8 случаевъ оканчивается нагноеніемъ. Если теперь остановиться

на ближайшей причинѣ того, почему въ нѣкоторыхъ случаяхъ воспаленіе серознаго покрова матки и подбрюшинной клѣтчатки даетъ абсцедированіе эксудата, а въ другихъ нѣтъ, — то прямо отвѣтить на этотъ вопросъ весьма трудно. Можно только съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ заключить, что здѣсь существенную роль играетъ общее состояніе больныхъ. Мы говоримъ это на томъ основаніи, что параметритъ сразу очень рѣдко даетъ абсцессъ; это случается обыкновенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ прогрессивнымъ параметритомъ, успѣвшимъ значительно ослабить общее состояніе больной.

Распознаваніе. Коль скоро мы имѣемъ дѣло съ затянувшимися пери- или параметритомъ и наступили вышеописанныя клиническія явленія, указывающія на то, что дѣло вѣроятно клонится къ абсцедированію эксудата, то мы при изслѣдованіи найдемъ слѣдующее. При наружномъ изслѣдованіи животъ представляется въ нижней части своей въ высшей степени чувствительнымъ на оцупь; если до этого чрезъ брюшныя стѣнки, на извѣстномъ разстояніи отъ лоннаго соединенія, оцупывался плотный эксудатъ, то онъ въ это время значительно измѣняетъ консистенцію свою: онъ становится менѣе плотнымъ. При внутреннемъ изслѣдованіи рукавъ представляетъ очень возвышенную T° и чрезвычайно чувствителенъ на оцупь. Что касается положенія матки, то оно будетъ, какъ мы ужъ знаемъ, различно, смотря потому, имѣемъ ли мы дѣло съ пери- или параметритическимъ абсцессомъ. Въ первомъ случаѣ матка будетъ стоять высоко и окажется отклоненною впередъ и крѣпко прижатой къ симфизѣ, при параметритѣ же она будетъ отклонена въ сторону, противоположную той, гдѣ развивается абсцессъ. Во всякомъ случаѣ, когда дѣло дошло до абсцедированія, то tumor оцупывается очень легко и первое, что бросается въ немъ въ глаза, — это чрезвычайная чувствительность его, которая однако распределена въ немъ неравномѣрно: мѣстами она выражена больше, мѣстами слабѣе. — Что касается консистенціи его, то она рѣзко измѣняется по мѣрѣ того, какъ приближается время, когда абсцессъ готовъ къ вскрытію. Опухоль все болѣе и болѣе размягчается, такъ, что она дѣлается не только эластическою, но мѣстами какъ бы тѣстоватою. Если абсцессъ долженъ вскрыться *per rectum* или *per vaginam*, то иногда не трудно бываетъ констатировать въ мѣстѣ, лежащемъ всего ниже, болѣе или менѣе ясное зыбленіе. Если зыбленіе иногда трудно открывається *per vaginam*, то его не трудно въ такихъ случаяхъ констатировать чрезъ прямую кишку. Впрочемъ, на счетъ зыбленія нужно замѣтить, что при распознаваніи его нужно быть весьма осторожну, такъ-какъ это ощущеніе весьма обманчиво, особенно если его приходится опредѣлять въ глубинѣ таза и притомъ очень высоко. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, за довольно долгое время до того, пока удастся опредѣлить явственное зыбленіе, при внимательномъ изслѣдованіи опухоли, можно иногда въ одномъ, или нѣсколькихъ мѣстахъ найти точки болѣе размягчен-

ныя, чѣмъ окружающая ткань. Точки эти въ діагностическомъ отношеніи имѣютъ важное значеніе, такъ какъ онѣ указываютъ на то, что формированіе абсцесса въ полномъ ходу. Всѣ эти данныя, вмѣстѣ взятые и комбинированныя съ явленіями со стороны общаго состоянія, слишкомъ ясно указываютъ на то, съ чѣмъ имѣемъ дѣло и ихъ совершенно достаточно для того, чтобы не смѣшать околоматочный нарывъ съ какимъ либо другимъ патологическимъ состояніемъ. Мы считаемъ поэтому излишнимъ еще разъ остановиться на дифференціальной діагностикѣ околоматочныхъ нарывовъ отъ другихъ патологическихъ состояній, — такъ-какъ намъ пришлось бы повторить тоже самое, что ужъ сказано было нами при діагностикѣ пери- и параметрита.

Предсказаніе при околоматочныхъ нарывахъ всегда болѣе или менѣе серьезно, такъ-какъ до того, пока гной проложитъ себѣ дорогу наружу, мы имѣемъ дѣло съ довольно сильными лихорадочными движеніями, причемъ страданія больныхъ, въ особенности вслѣдствіе сильныхъ болей, достигаютъ очень значительной степени. Поэтому больная и окружающія ея, зная, что формируется абсцессъ, настойчиво требуютъ отвѣта отъ врача — когда онъ будетъ готовъ, т. е. когда онъ вскрыется? Съ отвѣтомъ на этотъ вопросъ должно быть весьма осторожну, такъ-какъ мы никогда не можемъ рѣшить это съ полною достовѣрностью. Въ особенности это должно сказать на счетъ большихъ накопленій гноя, требующихъ иногда очень много времени для того, чтобы вскрыться. Мы видали одинъ случай, въ которомъ накопленіе гноя въ очень значительномъ количествѣ вокругъ матки потребовало для этого нѣсколько мѣсяцевъ. Вообще же должно сказать, что какъ скоро дѣло должно окончиться вскрытіемъ нарыва, то это даетъ себя знать учащеніемъ ознобовъ, и чрезвычайнымъ усиленіемъ болей и притомъ въ одномъ опредѣленномъ мѣстѣ, какъ мы ужъ сказали выше, напр. въ глубинѣ рукава или же прямой кишки. По отношенію къ вопросу, гдѣ вскрыется нарывъ, нужно принимать въ соображеніе анатомическія отношенія его къ сосѣднимъ органамъ и величину его. Вскрытіе нарывовъ въ полость брюшины, мы ужъ знаемъ, составляетъ величайшую рѣдкость и потому только до извѣстной степени можетъ быть принято въ соображеніе при предсказаніи. Обыкновенно, какъ ужъ сказано выше, абсцессъ вскрывается *per rectum* или *per vaginam* или же прямо наружу (экстраперитонеальные абсцессы) и дѣло оканчивается обыкновенно совершенно благополучно. Страданія больной могутъ затянуться весьма значительно, а нерѣдко и окончатся очень неблагоприятно, если полость, въ которой заключался гной, не спадается и, при свободномъ доступѣ къ ней воздуха, гной измѣняется въ качествахъ своихъ и становится ихорознымъ. Также самое должно сказать и относительно того, когда абсцессъ вскрылся въ сосѣдніе органы широкимъ ходомъ и, если онъ не срастается скоро, то получаютъ сообщенія между полостью нарыва и даннымъ органомъ (прямая кишка,

пузырь); вслѣдствіе этого въ полость нарыва попадают каловыя массы, газы и моча, что очень значительно усиливаетъ страданія больныхъ. Впрочемъ, всѣ эти осложненія весьма рѣдко встрѣчаются въ практикѣ и, если мы здѣсь указали на нихъ, то единственно только для того, чтобы имѣть ихъ въ виду въ особенныхъ, исключительныхъ случаяхъ. Наконецъ, при предсказаніи не должно забывать, что коль скоро даже показался гной наружу, то этимъ еще дѣло не всегда окончено, такъ какъ, по исчезаніи его на нѣкоторое время, можетъ сформироваться новый абсцессъ (рецидивирующій нарывъ). Въ заключеніе однако не можемъ не замѣтить, что если околоматочный нарывъ оканчивается благополучно, т. е. безъ особенныхъ осложнений, то это, относительно, составляетъ еще одинъ изъ самыхъ благоприятныхъ исходовъ хроническаго перитонита и параметрита, такъ-какъ этимъ дѣло оканчивается скоро и больная отдѣляется отъ страданій, которыя безъ того не оставляли бы ее на долгое время.

Леченіе существенно должно состоять въ томъ, чтобы ускорить образованіе нарыва и затѣмъ содѣйствовать скорѣйшему вскрытію его. На этомъ основаніи, коль скоро мы убѣдились въ томъ, что формированіе нарыва неминуемо, то назначаемъ припарки на нижнюю часть живота, а на ночь замѣняемъ ихъ согрѣвающими компрессами. Если бы при этомъ замѣчалось значительное раздраженіе брюшины, или даже выступили воспалительныя явленія, то для облегченія болей можно поставить нѣсколько пиявокъ и въ теченіи нѣкотораго времени прибѣгать къ систематическому употребленію холода. Матурированію абсцесса весьма хорошо можно содѣйствовать употребленіемъ не только теплыхъ, но даже горячихъ рукавныхъ душь (30°—33°). Такъ-какъ во время нагнаиванія больныя очень сильно жалуются на болѣзненность со стороны пузыря, дѣлающую нерѣдко мочеиспусканіе въ высшей степени мучительнымъ, а иногда даже совершенно невозможнымъ, то нужно прибѣгнуть къ методическому катетеризму. Точно также должно имѣть въ виду состояніе кишечника. Силы больной во все время нагнаиванія поддерживаются укрѣпляющей діетой, хиномъ, виномъ и пр. Что касается того, должно ли ждать произвольнаго вскрытія абсцесса, или же проложить дорогу гною искусственно,—то на этотъ вопросъ можно отвѣчать слѣдующимъ образомъ. Если зыбленіе выступаетъ явственно и притомъ въ мѣстѣ, легко доступномъ, то непременно должно тотчасъ и немедленно приступить къ вскрытію абсцесса. Только при такихъ условіяхъ вмѣшательство искусства совершенно рационально, такъ-какъ оно не сопряжено ни съ малѣйшею опасностью и значительно уменьшаетъ страданія больныхъ. Этого мы строго придерживались во всѣхъ представившихся намъ случаяхъ. Въ особенности должно воздерживаться отъ прокола при чрезвычайно большихъ накопленіяхъ гноя (*periton. saccata*), потому что быстрое опорожненіе громадной полости, можетъ повлечь за собою очень опасныя послѣдствія. Но, если

зыбленіе выступаетъ смутно и притомъ очень высоко,—то мы всегда выжидаемъ; при подобныхъ условіяхъ природа, правда, медленно, но за то навѣрно выберетъ наилучшую дорогу для гноя, между тѣмъ какъ торопливымъ пособіемъ можемъ надѣлать не мало бѣды. Если же мы считаемъ возможнымъ приступить къ проколу, то обыкновенно дѣлаемъ его тамъ, гдѣ зыбленіе всего яснѣе и для этой цѣли прибѣгаемъ въ настоящее время къ аспиратору Dieulafoy. Мы до сихъ поръ дѣлали всегда проколъ со стороны рукава и, признаемся, не понимаемъ выгоду, истекающихъ, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (напр. Credé), отъ прокола *per rectum*. Если при этомъ указываютъ на то, что природа часто избираетъ этотъ путь для гноя при произвольномъ вскрытіи околоматочныхъ нарывовъ,—то это собственно ничего не доказываетъ: нарывы вскрываются *per rectum* лишь тогда, когда гной находится ближе къ передней стѣнкѣ прямой кишки, чѣмъ къ рукавному своду, и вскрытіе въ подобныхъ случаяхъ происходитъ такъ высоко, что хватать туда троакаромъ положительно невозможно. Поэтому было бы въ высшей степени нераціонально возвести въ систему проколъ *per rectum* во всѣхъ случаяхъ околоматочныхъ нарывовъ. Мы бы прибѣгнули къ нему лишь тамъ, если бы зыблющее мѣсто было легче доступно чрезъ прямую кишку, чѣмъ чрезъ рукавъ. Если вскрываютъ околоматочный нарывъ чрезъ наружные покровы, то нужно сдѣлать это большимъ разрѣзомъ, потому что иначе отверстие легко закладывается; *per vaginam* же, наоборотъ, лучше сдѣлать проколъ не слишкомъ толстымъ троакаромъ потому, что если отверстие будетъ слишкомъ значительное, то гной можетъ скоро измѣнить свои свойства, подъ влияніемъ доступа воздуха. Коль скоро нарывъ вскрылся произвольно, или же это сдѣлано помощью искусства, то необходимо позаботиться о томъ, чтобы гной, во первыхъ, не застаивался, а во вторыхъ, чтобы онъ не измѣнялся въ своихъ качествахъ. Съ этою цѣлью продолжаютъ употреблять согрѣвающие компрессы, назначаютъ нѣсколько теплыхъ ваннъ и прилежно употребляютъ дезинфицирующіе тепловатые души. Если бы имѣли дѣло съ околоматочнымъ нарывомъ, полость котораго послѣ вскрытія не спадается, а гной начинаетъ между тѣмъ измѣняться въ качествахъ своихъ, то необходимо соблюдать величайшую чистоплотность и впрыскивать въ полость различныя раздражающія, какъ то: препараты іода, растворъ азотнокислаго серебра и пр.

4. Околоматочная кровяная опухоль.

(*Haematocoele periuterina*).

Подъ именемъ *haematocoele periuter.* мы понимаемъ кровоизліаніе въ ближайшемъ соудствѣ матки и заключенное въ закрытой со всѣхъ сторонъ полости. Этимъ мы сразу устанавливаемъ различіе между околоматочною кровяною опухолью въ

тѣсномъ смыслѣ и свободными кровоизліяніями въ полости брюшины (haematoma), съ которыми нѣкоторыя постоянно смѣшиваются ее.

Истор. библиогр. замѣч. Понятіе о заматочной кровяной опухоли въ томъ смыслѣ, какъ мы понимаемъ ее теперь, составляетъ исключительную принадлежность новѣйшей гинекологіи. Тѣмъ не менѣе однако, нѣкоторыя утверждаютъ, что уже Ruysch, во второй половинѣ 18 столѣтія, имѣлъ о ней нѣкоторое смутное понятіе. Récamier *), въ 1831 году, вслѣдствіе диагностической ошибки, началъ толковать о кровоизліяніяхъ въ полости таза. У одной больной, думая вскрыть заматочный нарывъ, онъ получилъ вмѣсто гноя свернувшуюся кровь. Тѣмъ не менѣе однако, онъ не имѣлъ яснаго понятія объ haematocoele. Тоже самое должно сказать и о Bourdonъ ** Velreau *** и Bernutzъ****, толковавшихъ о кровоизліяніи въ полости таза. Nélaton'у принадлежитъ безспорно заслуга, состоящая въ томъ, что онъ далъ твердыя клиническія понятія о разматриваемой нами патологической формѣ и придумалъ для нея имя—haematocoele retrouter., принятое въ настоящее время всѣми гинекологами. Начиная съ этого времени, т. е. съ 1851 года, вопросъ объ haematocoele породилъ цѣлую литературу. Въ особенности французы очень тщательно разработали этотъ вопросъ. Въ числѣ французскихъ авторовъ мы въ особенности должны назвать Viues'a, Voisin'a, Puech'a, Gallard'a и др.—Изъ нѣмецкихъ авторовъ особенно занимались этимъ вопросомъ Seyfert, Schroeder, Olshausen, C. Braun и др. Въ русской литературѣ первый, сколько намъ извѣстно, заговорилъ объ haematocoele д-ръ Блохъ, посвятившій этому вопросу свою докторскую диссертацию.

Vigués, Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez la femme. Paris 1850.—Nélaton, des tumeurs sanguines du pelvis. Gaz. des hôp. 1851 №№ 16 и 143—145. ibid, 1852, №№ 12 и 16 и 1853. № 100.—Fenerly, De l'hématocèle retrouterine. Paris, 1855.—Credé, Haematocoele retrouterina. Monatschr. f. Geburtsk. 1857, Bd. I, p. 1.—Gallard, Union medic., 1855, № 134.—Laugier, Gaz. des hôp., 1855. № 27.—Gallard, Bulet. de la soc. anatom. de Paris, 1858. avr., p. 157.—Herzfelder, Ueber Haematocoele uter. Oester. Zeitschr. f. prakt. Heilk., 1856, Dec.—A. Puech, De l'hématocoele periuterine et de ses sources. Montpellier, 1858.—Voisin, De l'hématocèle rétro-uterine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritoneale du petit bassin, considéré, comme accidents de la menstruation. Paris, 1858 и 1860.—C. Braun, Zeitschr. der Gesellsch. d. Aerzte zu Wien, 1860, Hft 1—4.—Bernutz et Goupil, Clin. medic. des mal. des femmes, Paris, 1860, T. I.—Trousseau, L'union medic., 1861. №№ 153—155.—Hegar, Monatschs. f. Geburtsk., 1861. Hft 1.—Ferberer, Arch. f. Heilk., 1862, III, 5.—Betschler, въ его Beiträge zur Gynaecologie, Bd. I, p. 153.—Tuckwell, On effusion of blood in the neigh-boohood of the uterus. London, 1863.—Блохъ, о заматочной кровяной опухоли. С.-Петербург. 1863.—Ott, die periuterinen und retrovaginalen Blutergüsse. Tübingen, 1864.—Ferberer, Schmidt's Jahrb., Bd. 115, p. 210 и Bd. 123, p. 217.—K. Schroeder, Kritische Untersuchungen ueber die Haematocoele retrouterina. Bonn. 1866.—Его же: Fälle von Haematocoele periuterina. Berl. Klin. Wochenschr., 1868, №№ 4—5.—Rockwitz, Zur Casuistik der Haematocoele. Monatschr. f. Geburtsk., 1869, Bd. XXXVI, p. 420.—Ferberer. Zur Pathogenie der intraperiton. retrouter. Haematocoele. M. f. Geburtsk. Bd. XXXVI, 430.—Küchenmeister, Ueber Haematocoele periuter. seu pelvica. Prager Vierteljahrschr., Bd. 105, p. 31.—Barnes, St. Thomas Hospit. Rep., 1870.—Meadows, London. Obstetr. Transact. v. XIII, p. 140 и 170.—Olshausen, Ueber Haematocoele u. Haematometra; Arch. f. Gynaecol. 1871, Bd. I, p. 24.—Fritsch, die retrouterine

* Lancette française, 1831, 21 Juillet.

** Memoire sur les tumeurs flottantes du petit bassin. Révue médic. 1841, p. 22.

*** An. de chir. fran. 1843, v. VII, p. 429.

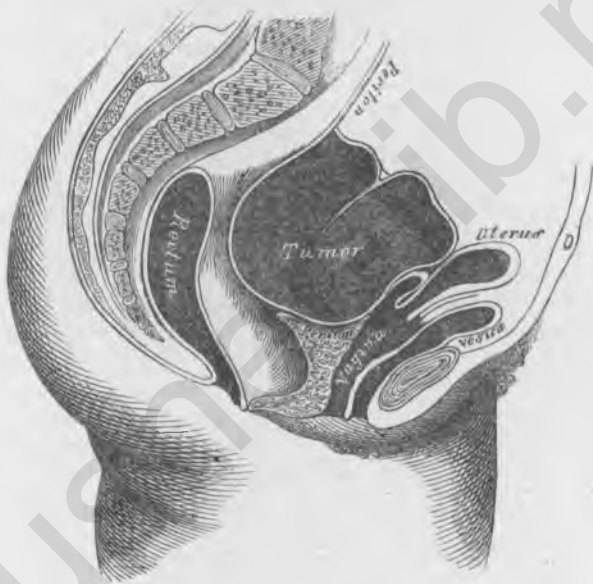
**** Arch. génér. de médic., 1848, XVIII, p. 129, 433; XVIII, p. 186.

Haematocoele. Volkman. Samml. klin. Vortr., 1873, № 56.—М. Пономаревъ. О происхожденіи кровяныхъ околоматочныхъ опухолей. Харьковъ, 1873.—Schroeder. Ueber die Bildung der Haematocoele, Arch. f. Gynaecol., 1874, Bd. V, Hft. 2.—Meadows, Amer. Journ. of Obstetr., 1874, vol. VI, p. 653.—Snow-Beck, London. Obstetr. Transact. v. XIV, p. 260.—Lee, americ. Journ. of Obstetr. v. VI, p. 193.—Besnier, De la pachu-péritonite haemorrhagique. Paris, 1877.—Underhill, Edinb. med. Journ., 1877, oct., p. 296.—Hall Davis, Lancet, 1878, apr. № 13.

Патол. анат. Прежде, чѣмъ коснемся собственно патолого-анатомическихъ данныхъ, характеризующихъ околоматочную кровяную опухоль, остановимся сначала на способѣ происхожденія (патогеніи) и на источникахъ кровоизліянія. Въ смыслѣ анатомическомъ должно различать двоякаго рода haematocoele: одну, при которой кровоизліяніе происходитъ въ тазовую часть брюшины (haematocoele intraperitonealis), а другую—въ подсерозную соединительную ткань, — haematocoele extraperitonealis. Такъ какъ мы почти постоянно имѣемъ дѣло съ haematocoele intraperitonealis, то мы болѣе всего и остановимся на ней.

Haematocoele intraperitonealis въ громадномъ большинствѣ случаевъ образуетъ анкситированныя, т. е. заключенныя въ отдѣльной полости кровоизліянія, помѣщающіяся позади матки, т. е. между этою послѣднею и прямою кишкою, или—лучше—въ дугласовой складкѣ. Отсюда совершенно вѣрное анатомическое названіе—заматочная кровяная опухоль—haematocoele retrouterina. Кровоизліяніе, происходящее такимъ образомъ позади матки, образуетъ болѣе, или менѣе tumor, который можетъ произойти двоякимъ образомъ. Во первыхъ, кровоизліяніе совершилось въ такое время, когда spat. Dougl. отдѣлено отъ остальныхъ частей брюшины помощью ложныхъ перепонокъ, вслѣдствіе предшествовавшаго воспаленія тазовой части брюшины (perimetritis). Во вторыхъ, кровоизліяніе въ полости таза происходитъ въ томъ же мѣстѣ, т. е. тоже въ дугласовой складкѣ, но еще не изолированной отъ остальной части брюшины. Изоляція эта дѣлается послѣдствіемъ, вслѣдствіе присоединяющагося къ этому воспаленія брюшины. И такъ, механизмъ происхожденія haematocoele будетъ двоякаго рода, смотря потому—предшествуетъ ли воспаленіе брюшины кровоизліянію, или, наоборотъ, кровоизліяніе составляетъ первичное, а периметритъ со всѣми его послѣдствіями вторичное явленіе. Какой способъ происхожденія, спрашивается, болѣе частый? Virchow, а за нимъ Ferber, Dolbeau, Besnier и нѣкоторые другіе утверждаютъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ haematocoele retrouterina ни что иное, какъ результатъ воспаленія тазоваго отдѣла брюшины съ послѣдовательнымъ кровоизліяніемъ изъ сосудовъ образующихся при этомъ ложныхъ перепонокъ (peritonitis haemorrhagica). Что haematocoele retrouter. можетъ происходить такимъ образомъ и дѣйствительно происходитъ, — не подлежитъ никакому сомнѣнію. Но, съ другой стороны, не подлежитъ также никакому сомнѣнію и то, что подобный взглядъ на развитіе haematocoele

слишкомъ исключительный. Въ самомъ дѣлѣ, если бы это дѣйствительно было такъ, то, принимая въ соображеніе сколь часто встрѣчается периметритъ, мы должны были бы имѣть въ практикѣ несравненно чаще дѣло съ разсматриваемою нами патологическою формою, чѣмъ это въ дѣйствительности бываетъ. Кроме того, прямыя анатомико-патологическія изслѣдованія и клиническія наблюденія говорятъ прямо противъ воззрѣнія, что haematocoele составляетъ постоянно только результатъ периметрита. И такъ, остается принять, какъ болѣе частый, второй способъ развитія haematocoele. Здѣсь будетъ имѣть мѣсто обратное тому, что мы видѣли въ первомъ случаѣ. Если происходитъ кровоиз-



Фиг. 57.

ліяніе въ тазу, при свободномъ сообщеніи тазовой части брюшины съ верхними отдѣлами ея, то это еще не будетъ haematocoele въ тѣсномъ смыслѣ, такъ-какъ опухоли при этомъ мы не въ состояніи оцупать, потому что излившаяся кровь можетъ свободно попадать въ брюшную полость; опухоль позади матки образуется лишь тогда, когда, вслѣдствіе повторенія кровоизліянія, или же если оно сразу было очень значительно, оно вызоветъ сначала раздраженіе, а затѣмъ и воспаленіе брюшины, которое образуетъ ложныя перегородки, могущія изолировать тазовой отдѣлъ отъ другихъ частей брюшины. Изъ этого не трудно понять, что происходящее такимъ образомъ кровоизліяніе заключено въ мѣшкѣ (какъ бы въ кистѣ), образуемомъ брюшиной, и поэтому мы ее называемъ внутри-брюшиною (haema-

tocele intraperitonealis). Въ громадномъ большинствѣ случаевъ мы будемъ имѣть дѣло съ этого рода *haematocеле*. Но можетъ быть еще и другой видъ кровоизліянія, происходящаго внѣ брюшины. Впрочемъ, внѣбрюшинная кровяная опухоль (*haematocеле extraperitonealis*) составляетъ до такой степени рѣдкое явленіе, что многіе вовсе отвергаютъ существованіе ея внѣ беременности, родовъ и родильнаго періода, Тѣмъ не менѣе однако въ литературѣ извѣстенъ случай *Ott'a*, правда единственный, но не подлежащій никакому сомнѣнію. Въ случаѣ этомъ, при вскрытіи трупа молодой женщины, *in spat. recto-vagin.* найдено анкистированное кровоизліяніе величиною съ небольшое яблоко. Но такъ-какъ случай этотъ до сихъ поръ стоитъ совершенно особнякомъ въ литературѣ, то мы вправѣ допустить, что мы всегда будемъ имѣть дѣло съ *haematocеле intraper.*

Мы уже выше указали на то, что когда говорятъ объ *haematocеле*, то при этомъ всегда имѣютъ въ виду, что кровоизліяніе происходитъ *in spatio recto-uterino*, т. е. позади матки, — *haematocеле retrouterina*. Кровоизліяніе однако можетъ происходить и спереди матки, т. е. *in spatio vesico-uterino*; такое кровоизліяніе мы называемъ *haematocеле anteuterina*. Этотъ видъ околоматочной опухоли встрѣчается въ высшей степени рѣдко и чаще всего составляетъ частичное явленіе *haematocеле retrouter.*, при которой кровь изъ задней дугласовой складки, подымаясь вверхъ, затекаетъ *in spat. vesico-uterin.* Это, слѣдовательно, можетъ имѣть мѣсто лишь тамъ, гдѣ ложныя перепонки, изолирующія кровоизліяніе, направляются сзади напередъ, поверхъ маточнаго дна. Въ высшей степени рѣдко встрѣчаются случаи самостоятельной *haematocеле anteuter.*, т. е. кровоизліянія *in spat. vesico-uter.*, безъ собственнаго кровоизліянія въ дугласовой складкѣ. По совершенно справедливому замѣчанію *Schröder'a*, явленіе это должно встрѣчаться рѣдко потому, что складка брюшины между пузыремъ и маткою очень мала, а во вторыхъ, и воспаленія этой складки принадлежатъ къ величайшимъ рѣдкостямъ.

Попробуемъ теперь резюмировать все вышесказанное, для того, чтобы какъ можно болѣе уяснить себѣ сущность рассматриваемой патологической формы.

1. *Haematocеле*, въ анатомико-патологическомъ смыслѣ, составляетъ опухоль, помѣщающуюся въ ближайшемъ сосѣдствѣ матки и происходящую вслѣдствіе кровоизліянія въ тазовой отдѣлъ брюшины, совершенно изолированный отъ другихъ частей ея. Это будетъ вообще *haematocеле periuterina*.

2. Въ высшей степени рѣдко можетъ случиться *haematocеле extraperitonealis*, т. е. кровоизліяніе въ соединительную ткань между прямою кишкою и верхнимъ отдѣломъ рукава.

3. *Haematocеле periuterina* распадается на двѣ категоріи—*retro-*

uterina и anteuterina. Последняя встречается самостоятельно въ высшей степени рѣдко; обыкновенно она составляетъ только спутникъ заматочной кровяной опухоли.

Познакомившись со способомъ происхожденія и различными видами околоматочной кровяной опухоли, рассмотримъ теперь источники, откуда берется образующее ее кровозливаніе. Источниковъ этихъ можетъ быть много, но мы остановимся только на тѣхъ, которые дѣйствительно могутъ подавать поводъ къ образованію haematocеле, т. е. на кровотеченіяхъ изъ органовъ, помѣщающихся въ самомъ тазу.

1. Кровотеченія изъ фаллопиевыхъ трубъ могутъ подавать поводъ при различныхъ обстоятельствахъ. Мы абстрагируемъ здѣсь отъ трубной беременности, гдѣ плодъ развивается до извѣстной степени въ трубѣ, затѣмъ последняя разрывается и содержимое, излившись въ дугласову складку, образуетъ опухоль позади матки. Здѣсь haematocеле отступаетъ совершенно на задній планъ, въ виду того, что произведшая ее причина имѣетъ гораздо болѣе серьезныя послѣдствія. Но и помимо трубной беременности, кровотеченія изъ трубъ могутъ происходить во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онѣ принимаютъ участіе въ гиперэміи всей половой сферы вообще. Это особенно имѣетъ мѣсто во время каждаго менструальнаго періода, гдѣ, какъ мы ужъ видѣли, слизистая оболочка трубъ принимаетъ очень дѣятельное участіе въ гиперэміи. Если эта гиперэмія, вслѣдствіе какихъ либо условій (предшествовавшія хроническія гиперэміи), достигаетъ чрезмѣрной степени, то результатомъ ея являются разрывы сосудовъ и кровоизливаніе въ ту или другую трубу. Излившаяся кровь можетъ попасть наружу, направляясь чрезъ ost. uterin. въ матку; оно можетъ также излиться чрезъ брюшной конецъ трубы и подать такимъ образомъ поводъ къ развитію haematocеле. Этотъ способъ происхожденія haematoc. до такой степени простъ и въ ладу съ анатомико-физиологическими фактами, что съ тѣхъ поръ, какъ онъ въ первый разъ (въ 1850 г.) былъ высказанъ Tilt'омъ, онъ нашелъ многихъ жаркихъ защитниковъ, въ особенности въ лицѣ A. Puech'a. Если теперь вспомнимъ, какъ часто haematocеле является въ связи съ мѣсячными (haematocеле catamenialis), — то въ этомъ фактѣ нельзя не увидѣть еще подтвержденія справедливости ученія, по которому кровотеченія изъ фаллопиевыхъ трубъ должны составлять частый источникъ haematocеле.

2. Кровотеченія изъ ячниковъ могутъ подавать поводъ къ развитію haematocеле различнымъ образомъ. Хотя намъ слишкомъ достаточно извѣстно, что при лопаніи созрѣвшихъ граафовыхъ пузырьковъ кровотеченіе настолько минимально, что трудно даже его таксировать, — тѣмъ не менѣе, это еще не доказываетъ, чтобы происходящее при этомъ кровоизливаніе не могло быть болѣе при иныхъ условіяхъ. Въ самомъ дѣлѣ, если допустить, что, вслѣдствіе предшествовавшихъ пато-

логических состояній, гиперэмія въ графовыхъ пузырькахъ зашла далеко за нормальные предѣлы, то этимъ данъ уже источникъ для гораздо большаго кровотеченія. Тутъ можетъ быть мѣсто еще для другаго предположенія. а именно: можно допустить, что въ одно и тоже время лопаются нѣсколько сильно гиперэмированныхъ графовыхъ пузырьковъ. Ближайшій механизмъ происхожденія подобнаго рода кровотеченія должно объяснить себѣ такимъ образомъ, что кровь сначала накапливается въ полости одного или нѣсколькихъ графовыхъ пузырьковъ и затѣмъ, по наступленіи вторичной гиперэміи, они разрываются и накопившаяся въ нихъ кровь изливается въ тазовой отдѣлъ брюшины.

Но и помимо этого физиологическаго источника кровотеченія (овуляція), яичники могутъ сдѣлаться источникомъ кровотеченія и вслѣдствія другихъ причинъ. Въ самомъ дѣлѣ, кровотеченіе можетъ произойти вслѣдствіе разрыва варикознаго сосуда и, наконецъ, вслѣдствіе болѣе глубокихъ измѣненій въ паренхимѣ яичниковъ, обусловливающихъ такъ называемыя внутрияичниковыя кровотеченія (aroplexia ovarii, haemorrhagia intraovarica). Накопившаяся кровь, вслѣдствіе разрыва ткани яичника, изливается въ полость брюшины, предварительно подготовленной извѣстнымъ образомъ (предшествовавшей периметритъ), и такимъ образомъ разовьется haematocoele. Подобныя наблюденія приводятъ, между прочимъ, Denonvilliers * и Demarquay **.

3. Венозныя сплетенія матки и яичниковъ — plexus ovarico-uterinus — могутъ при извѣстныхъ условіяхъ также подавать поводъ къ кровотеченію и образованію haematocoele. Каждый изъ отдѣловъ упомянутаго сплетенія (plexus uterinus, ovaricus, plex. apriniformis, vaginalis, cervicalis) послѣ предшествовавшихъ болѣе или менѣе значительныхъ застоевъ въ венахъ, вслѣдствіе сильной свѣжей гиперэміи, вызванной той или другой причиной, можетъ разорваться и подать такимъ образомъ поводъ къ кровоизліанію. Въ особенности это будетъ имѣть мѣсто при варикозномъ состояніи различныхъ отдѣловъ этого венознаго сплетенія. Варикозныя же расширенія дѣйствительно встрѣчаются весьма нерѣдко у женщинъ, которыя рожали по нѣскольку разъ. На эту причину haematocoele стали обращать особенное вниманіе послѣ очень интереснаго изслѣдованія по этому поводу со стороны Richer ***, Devoz'a ****, и въ особенности Saexinger'a *****, Maseh'а †, A. Pusch'a †† и нѣкоторыхъ другихъ. Кровоизліаніе при этомъ можетъ быть такъ сильно, что очень быстро убиваетъ больную,

* Gaz. médic., 1856, p. 76.

** Gaz. des hôp., 1862, p. 21.

*** Anal. medico-chirurgic. Paris, 1857, p. 735.

**** Du varicocele ovarien. Paris, 1858.

***** Monatschr. f. Geburtsk., 1864. Bd. V, p. 476.

† Wien. medic. Wochenschr. 1868, № 102.

†† Op. cit. pp. 80 — 100.

или же оно происходит въ меньшемъ количествѣ и постепенно, такъ что образуется haematocoele. Вены широкихъ связокъ также могутъ подавать поводъ къ кровоизліянію, но это бываетъ гораздо рѣже.

4. Кровоизліянія изъ тазоваго отдѣла брюшины. Мы ужъ выше упомянули о томъ, что Virchow, а за нимъ и нѣкоторые другіе признаютъ если не единственнымъ, то, по крайней мѣрѣ, главнымъ источникомъ haematocoele кровоизліянія изъ сосудовъ ложныхъ перепонокъ, образующихся при воспаленіи различныхъ отдѣловъ тазовой части брюшины. Онъ сравниваетъ происходящее при этомъ съ тѣмъ, что замѣчается при meningitis haemorrhagica. Мы ужъ высказались на этотъ счетъ въ томъ смыслѣ, что подобный способъ происхожденія haematocoele не можетъ подлежать ни малѣйшему сомнѣнію. Съ однимъ только невозможно согласиться съ Virchow'омъ и его послѣдователями, а именно, чтобы это былъ единственный способъ происхожденія заматочной кровяной опухоли, какъ они утверждаютъ.

Что касается полости, въ которой накапливается излившаяся кровь, то она представляется или совершенно цѣльной или подраздѣленною на нѣсколько отдѣловъ ложными перепонками (перекладинами — trabeculae), происходящими отъ воспаленной брюшины. Сама излившаяся кровь представляется темною, тягучею, похожею на деготь. При изслѣдованіи ея подъ микроскопомъ; она оказывается состоящею изъ множества старыхъ и очень немногихъ красныхъ кровяныхъ шариковъ; затѣмъ констатируются въ ней бѣлые кровяные шарики и тамъ и сямъ большіе грануляціонныя клѣтки (Breslau и Rindfleisch). Heurtaux находилъ въ ней кристаллы гематина и гематоидина, жировыя капли и кристаллы фосфорно-кислаго амміака и фосфорно-кислой магнезіи.

Клиническая картина, обусловливаемая haematocoele, будетъ имѣть сложный характеръ, такъ-какъ она должна состоять изъ двоякаго рода явленій, изъ которыхъ одни характеризуютъ кровоизліяніе, а другія послѣдовательное раздраженіе и воспаленіе брюшины. Въ высшей степени рѣдко случается, чтобы haematocoele обнаружилась вдругъ, ни съ того, ни съ сего у женщины, бывшей до тѣхъ поръ совершенно здоровой. Обыкновенно больныя, у которыхъ въ послѣдствіи развивается haematocoele, уже за болѣе или менѣе долгое время жаловались на различные припадки, указывавшіе на то, что онѣ должны страдать различными расстройствами половой сферы. Въ числѣ ихъ первое мѣсто занимаютъ периметритъ и неправильности мѣсячныхъ. Эти послѣднія играютъ особенную роль и чаще всего характеризуются тѣмъ, что они неправильны относительно типа и слишкомъ обильны; нерѣдко бываетъ и то, что мѣсячныя до обнаруженія haematocoele вовсе не появлялись въ теченіи одного или двухъ менструальныхъ періодовъ. Обнаруживается haematocoele послѣ упомянутыхъ предшествовавшихъ недомоганій со стороны половой сферы или исподволь, по немногу, или же разомъ и совершенно неожиданно

для больной. На основаніи нашихъ личныхъ наблюденій, мы должны сказать, что второй способъ появленія haematocеле встрѣчается чаще перваго. Обыкновенно обнаруживается haematocеле такимъ образомъ, что вдругъ является острая, жгучая боль въ тазовой сторонѣ, вслѣдъ за которою появляются упадокъ силъ, тошнота, иногда рвота и обморокъ, могущій повториться нѣсколько разъ. Боль, по разсказу нѣкоторыхъ изъ нашихъ больныхъ, бывала иногда до такой степени сильна, что онѣ не могли удерживаться отъ крика. Послѣ этого нерѣдко является ознобъ, чаще же—только болѣе или менѣе сильное ощущеніе холода, повторяющееся нѣсколько разъ. При этомъ физіономія больной сильно измѣняется: общіе покровы и слизистыя оболочки обезцвѣчиваются, губы представляются синеватыми, черты лица вытягиваются и выражаютъ глубокое страданіе. Однимъ словомъ, haematocеле начинается рядомъ припадковъ, замѣчаемыхъ при всякомъ внутреннемъ кровотеченіи. Припадки эти, достигающіе иногда весьма значительной степени и лохотящіе до полного коляпса, въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, выступаютъ едва замѣтно и въ очень слабой степени. Послѣ этого начинается выступать другая группа припадковъ, имѣющихъ чисто реактивный характеръ, вызываемый воспаленіемъ брюшины. И эти припадки могутъ быть выражены въ различной степени, то сильнѣе, то слабѣе, смотря по степени и обширности воспаленія. Чаще всего замѣчаются при этомъ ознобы и притомъ довольно сильные; боль постепенно усиливается и почти постепенно распространяется по всему животу; она обыкновенно очень скоро усиливается еще отъ присоединяющагося тимпанита, который нерѣдко бываетъ выраженъ въ сильной степени. Чѣмъ сильнѣе боль, тѣмъ чаще она сопровождается тошнотой, нерѣдко даже рвотой и болѣе или менѣе сильной жаждой. Къ этому присоединяются очень тяжелыя явленія со стороны прямой кишки и пузыря; органы эти, будучи прижаты образующеюся опухолью, разстраиваются въ отправленіяхъ своихъ и намъ нерѣдко приходилось слышать жалобы преимущественно съ этой стороны, а именно на постоянные тенезмы, которые въ высшей степени непріятны для больныхъ. Если кровяная опухоль достигаетъ значительной величины, то боли ирадируютъ на одну или даже на обѣ нижнія конечности. Въ рѣдкихъ случаяхъ одна или обѣ нижнія конечности представляются болѣе или менѣе отеками, вслѣдствіе разстройства циркуляціи въ тазу. Что касается лихорадочныхъ движеній, то они имѣютъ совершенно такой же характеръ, какъ при периметритѣ и продолжаются до тѣхъ поръ, пока воспалительный процессъ со стороны брюшины не пріостановится окончательно.

При наружномъ изслѣдованіи мы находимъ, что животъ болѣе или менѣе вздутъ и въ высшей степени чувствителенъ на ошупь. Поэтому только въ немногихъ случаяхъ, а именно тамъ, гдѣ чувствительность ужъ немного унялась и гдѣ кровоизліяніе было особенно сильно, можно снаружи ошупать, на различной высотѣ,

опухоль, слегка эластической консистенціи, круглаго очертанія и очень болѣзненную при сколько нибудь значительномъ давленіи. Опухоль эта обыкновенно помѣщается въ одной какой либо сторонѣ, чаще лѣвой, и весьма рѣдко она имѣетъ совсѣмъ срединное положеніе. При внутреннемъ изслѣдованіи находятъ опухоль, выполняющую обыкновенно, по крайней мѣрѣ, двѣ трети малаго таза и помѣщающуюся позади матки. Эта послѣдняя отдавлена вверхъ и впередъ и большею частью совершенно неподвижна, такъ-какъ она плотно прилежитъ къ задней поверхности лоннаго соединенія. Что касается опухоли, то она бываетъ круглаго очертанія, рѣзко-эластичной консистенціи и только въ рѣдкихъ случаяхъ она представляетъ явственное зыбленіе; обыкновенно она весьма чувствительна на оцупь. Чѣмъ болѣе прошло времени отъ начала развитія haematoc., тѣмъ опухоль болѣе плотнѣетъ, поверхность ея изъ гладкой и ровной, какою она была въ началѣ, становится шероховатою, неровною и даже слегка бугристою, особенно въ нижнемъ отрѣзкѣ ея. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ до кровоизліянія нижній отрѣзъ дулгасовой складки былъ сращенъ вслѣдствіе предшествовавшаго воспаленія, образуемая haematocеле опухоль стоитъ гораздо выше, но отношенія ея къ маткѣ остаются тѣ же. Во всякомъ случаѣ, при бимануальномъ изслѣдованіи не трудно убѣдиться въ томъ, что опухоль, ощупываемая снаружи, и та, которая прощупывается въ рукавѣ, составляютъ одно неразрывное цѣлое. Иногда матка такъ сильно смѣщена вверхъ, что съ большимъ трудомъ только можно добраться до влагалищной части.

Что касается теченія haematocеле, то въ большинствѣ случаевъ оно бываетъ довольно продолжительно, даже и послѣ того, какъ реакція со стороны брюшины совершенно остановилась. Припадки мало по малу унимаются, опухоль все болѣе и болѣе плотнѣетъ и дѣло оканчивается однимъ изъ тѣхъ исходовъ, о которыхъ упомянуто будетъ ниже. Бываетъ однако и такъ, что послѣ того, какъ по прекращеніи бурныхъ явленій прошло ужь значительное время, — снова появляются такіе же припадки, какъ въ началѣ, причемъ опухоль снова увеличивается. Это такъ называемая рецидивирующая haematocеле. Подобныхъ рецидивовъ особенно должно опасаться во время одного изъ слѣдующихъ менструальныхъ періодовъ. Здѣсь мы не можемъ не обратить вниманія на отношеніе мѣсячныхъ къ клинической картинѣ, вызываемой haematocеле. Мы ужь выше упомянули о томъ, что haematocеле появляется нерѣдко послѣ того, какъ мѣсячныя не появлялись одинъ менструальный періодъ или даже болѣе. Затѣмъ очень часто она обнаруживается во время мѣсячныхъ или же нѣсколько дней спустя послѣ нихъ. Если haematoc. появляется помимо мѣсячныхъ, то при этомъ не рѣдко замѣчается болѣе или менѣе значительное кровотеченіе изъ родовыхъ путей, которое легко объясняется измѣненіемъ въ положеніи матки и сильными гипереміями ея.

Этиология. Начиная съ 50-хъ годовъ, когда haematocеле сдѣлалась, такъ сказать, гинекологическою новинкою; нѣкоторые какъ другіе утверждали, что она, наоборотъ, встрѣчается въ практикѣ въ высшей степени рѣдко. Такъ, Scanzoni отнесся съ большимъ недоувѣріемъ къ статистикѣ покойнаго профессора Seyfert'a, который на 1,272 больныхъ нашелъ haematocеле въ 66 случаяхъ. Онъ самъ въ теченіе 22-хъ лѣтъ видалъ haematoc. всего 8 разъ (!?). Если Scanzoni имѣетъ нѣкоторое право недоувѣрчиво относиться къ выводамъ тѣхъ, которые утверждаютъ, что haematocеле встрѣчается въ 4% (Olshausen) и даже 5% (Seyfert) всѣхъ гинекологическихъ больныхъ, то, во всякомъ случаѣ, онъ заходитъ слишкомъ далеко, увѣряя, что haematocеле составляетъ въ высшей степени рѣдкую гинекологическую форму. Scanzoni, кромѣ своей собственной практики, ссылается при этомъ на то, что, по Ferber'y, Tüngel (въ Гамбургѣ) на 3,000 вскрытій женскихъ труповъ встрѣтилъ haematoc. всего 1 разъ. Фактъ этотъ собственно ничего не доказываетъ, такъ какъ отъ haematoc. умираютъ только при исключительныхъ обстоятельствахъ и нерѣдко такъ поздно, что остаются только слѣды периметрита или перитонита, которымъ обыкновенно и приписываютъ причину смерти. Schroeder полагаетъ, что на каждые 1,000 гинекологическихъ больныхъ приходится около 7 haematocеле, т. е. 0,7%. Цифра эта, по нашему мнѣнію, слишкомъ мала. На основаніи нашихъ личныхъ наблюденій, я полагаю, что haematocеле встрѣчается гораздо чаще, хотя далеко не такъ часто, какъ утверждали Seyfert и недавно Olshausen. Тутъ очень много значить качество матеріала, такъ какъ мы убѣдились, что разсматриваемая патологическая форма встрѣчается гораздо чаще въ простомъ работящемъ классѣ, чѣмъ у женщинъ высшихъ классовъ и вообще тѣхъ, которыя не принуждены заниматься тяжелымъ физическимъ трудомъ. На 2,114 больныхъ, принятыхъ нами въ Крестовоздв. Общинѣ, мы констатировали haematocеле 17 разъ, что составляетъ 1,24%. Вообще я долженъ сказать что въ то время, какъ я ежегодно въ госпитальной практикѣ вижу по нѣсколько случаевъ haematocеле, въ частной практикѣ она попадаетъ мнѣ, относительно, очень рѣдко.

По отношенію къ возрасту больныхъ, всѣ согласны въ томъ, что haematocеле встрѣчается чаще всего на высотѣ половой дѣятельности, а именно отъ 20 - 40 лѣтъ. Средній возрастъ нашихъ больныхъ = 28, 3 года. Такъ-какъ мы ужъ упомянули выше о томъ, что haematocеле большею частью, если не всегда почти, встрѣчается у женщинъ, страдавшихъ болѣе или менѣе долгое время различными болѣзнями половой сферы, то понятно само собою, что наибольшій контингентъ въ этомъ случаѣ будетъ составлять женщины, рожавшія по нѣсколько разъ, такъ-какъ частые роды, въ свою очередь, составляютъ столь частую причину самыхъ разнообразныхъ разстройствъ по-

ловой сферы. Выше мы ужь рассмотрѣли подробно различные источники кровоизліянія и потому здѣсь остается намъ указать только на нихъ, какъ на существенные этиологическіе моменты. Съ этой точки зрѣнія, слѣдовательно, haematocoele есть ничто иное, какъ результатъ извѣстныхъ разстройствъ яичниковъ, фаллопіевыхъ трубъ и сосудовъ (венъ) половой сферы, которыя подъ вліяніемъ извѣстныхъ случайныхъ причинъ подаютъ поводъ къ кровоизліянію. Что касается сущности этихъ случайныхъ причинъ, то на первомъ мѣстѣ я вмѣстѣ съ Gallard'омъ и многими другими долженъ поставить различные травматизмы (ушибъ, паденіе) и физическія напряжения вообще. Оттого-то, по моему мнѣнію, haematocoele и встрѣчается такъ часто у женщинъ бѣднаго класса. Второе мѣсто въ числѣ случайныхъ причинъ занимаетъ все то, что усиливаетъ гиперемію половой сферы; тутъ, слѣдовательно, самую важную роль будетъ играть половое возбужденіе. На 36 случаевъ Voisin приводитъ эту причину 7 разъ. Тоже самое констатировали Saltolini, Pusch и друг. Что касается разстройства мѣсячныхъ, то мы ужь нѣсколько разъ указали на извѣстное отношеніе ихъ къ haematocoele. Но при этомъ не должно забывать, что вѣдь разстройства мѣсячныхъ сами по себѣ составляютъ только извѣстный признакъ разстройства того или другаго отдѣла половой сферы, и потому они самостоятельнаго значенія въ этиологическомъ смыслѣ имѣть не могутъ. Разстройства мѣсячныхъ имѣютъ значеніе на столько, на сколько во время менструаціи источники haematocoele легче могутъ проявить свое вліяніе, но только опять вслѣдствіе дѣйствія упомянутыхъ выше случайныхъ причинъ, а именно: сильнаго физическаго напряжения, чрезмѣрнаго полового возбужденія, простуды и пр.

Говоря объ этиологіи haematocoele, я не могу не упомянуть здѣсь, что прежде много толковали о происхожденіи этой патологической формы вслѣдствіе регургитаціи крови изъ полости матки въ одну изъ трубъ, а отуда чрезъ брюшныя концы ихъ въ полость брюшины. Это такъ называемая *théorie de reflux*. Такъ, утверждали, если менструальная кровь накопляется въ полости матки вслѣдствіе того, что она встрѣчаетъ препятствіе у внутренняго или наружнаго зѣва къ стоку наружу, то она продолжаетъ себѣ дорогу въ одну изъ фаллопіевыхъ трубъ. Въ статьѣ (объ haematometra мы уже видѣли, что это невозможно; кромѣ того, если находятъ при этомъ накопленіе крови въ одной изъ трубъ (haematosalpinx), — то существуютъ несомнѣнныя анатомическія доказательства въ пользу того, что кровь накопляется въ данномъ случаѣ въ фаллопіевыхъ трубахъ, совершенно самостоятельно. Затѣмъ Grosseau и нѣкоторые другіе указываютъ на то, что подобныя же условія, т. е. стокъ крови изъ матки въ одну изъ фаллопіевыхъ трубъ можетъ имѣть также мѣсто при высшихъ степеняхъ загиба матки назадъ, когда въ загнутомъ мѣстѣ первикальный каналъ такъ сжатъ, что менструальная кровь не можетъ попадать наружу. Я много видалъ загибовъ матки и никогда не наблюдалъ ничего подобнаго. Да и трудно себѣ представить, чтобы при подобныхъ условіяхъ, т. е. при *retrofl. uteri* суженіе было выражено въ такой степени. Тутъ ужь дѣло идетъ не о стенозѣ, а о полномъ сращеніи. Кромѣ того, какимъ образомъ вообразить себѣ, что сокращенія матки, вызванныя накопившеюся кровью, такъ измѣняютъ свой физиологическій типъ, что будутъ совершаться въ обратномъ видѣ, т. е. не сверху внизъ, а снизу вверхъ?

Распознаваніе. Прямое распознаваніе заматочной кровяной опухоли, вѣроятно, не совсѣмъ такъ легко какъ многіе утверждаютъ. Этимъ обстоятельствомъ, безъ сомнѣнія, должно объяснить то, что статистическія данныя на этотъ счетъ, какъ мы видѣли выше, столь различны. Если мы, съ одной стороны, согласны съ тѣмъ, что распознаваніе рассматриваемой нами патологической формы не совсѣмъ легко, то, съ другой стороны, мы далеко не согласны съ тѣми, которые утверждаютъ, что положительная діагностика haematocеле возможна лишь тогда, когда помощью прокола убѣждаются въ качествѣ содержимаго опухоли, образующейся позади матки. Напротивъ, мы думаемъ, что въ большинствѣ случаевъ распознаваніе очень хорошо возможно, если анатомическія и субъективныя данныя каждаго случая контролируются явленіями, добываемыми путемъ тщательнаго гинекологическаго изслѣдованія. Такъ-какъ эти послѣднія ужъ изложены были нами подробно, то мы не станемъ болѣе повторять ихъ и остановимся лишь на явленіяхъ, которыя необходимо принять въ соображеніе при дифференціальномъ распознаваніи haematocеле отъ другихъ патологическихъ состояній.

1. Большинство авторовъ указываетъ на то, что haematocеле весьма трудно бываетъ отличить отъ периметрита. Мы не можемъ не выразить здѣсь удивленія относительно того, что, начиная со времени Voisin'a, положеніе это постоянно повторяется во всѣхъ учебникахъ. Въ самомъ дѣлѣ, вникая хорошенько въ сущность этихъ двухъ патологическихъ состояній, нельзя не прійти къ заключенію, что между ними цѣлая пропасть. Начнемъ разборъ нашъ съ клиническихъ явленій и именно общихъ. Периметритъ начинается обыкновенно болѣе или менѣе сильнымъ ознобомъ, смѣняющимся жаромъ, при чемъ T° упорно держится на значительной высотѣ. При haematocеле клиническая картина начинается ничуть не лихорадочными явленіями, которыя обнаруживаются лишь тогда, когда за болѣе или менѣе значительное время имъ предшествовала картина, характеризующаяся упадкомъ силъ, т. е. явленіями быстро развивающейся анеміи. Однимъ словомъ, лихорадочныя явленія при haematocеле обнаруживаются болшею частью вторично, а именно, когда экстравазатъ вызываетъ частичный перитонитъ. Если теперь обратимся къ результату изслѣдованія, то онъ совершенно другой въ томъ и другомъ случаѣ. И здѣсь, и тамъ мы имѣемъ дѣло съ tumor'омъ позади матки, но при периметритѣ онъ, какъ мы ужъ знаемъ, имѣетъ характерную форму и главное — плотную консистенцію; при haematocеле же tumor вначалѣ всегда эластической консистенціи, а мѣстами даже въ немъ можно констатировать болѣе или менѣе явственное зыбленіе. Что касается формы его, то онъ болшею частью бываетъ кругловатый. И въ дальнѣйшемъ теченіи своемъ tumor при периметритѣ и haematocеле представляетъ если и не столь рѣзкую, то все еще очень значительную разницу. Если haematocеле не идетъ впередъ, то tumor обыкновенно воочію зна-

чительно уменьшается въ объемѣ, на столько значительно, что ничего подобнаго никогда не замѣчается при периметритѣ. При этомъ послѣднемъ tumor всегда довольно долго сохраняетъ равномерную консистенцію и такую же поверхность, при haematocеле же бываетъ какъ разъ наоборотъ: tumor скорѣе представляетъ шереховатую и даже бугристую поверхность, неравномѣрность же его консистенціи рѣзко бросается въ глаза. Къ этому нужно еще прибавить, что при haematoc. иногда удается констатировать, при ощупываніи опухоли, особенный шумъ, какъ бы тренія, обусловливаемый перемѣщеніемъ кровяныхъ сгустковъ.

2. Если при внимательномъ изслѣдованіи не трудно отличить заматочную кровяную опухоль отъ периметрита, то это тѣмъ болѣе должно сказать на счетъ параметрита.

Въ то время, какъ haematocеле начинается знакомыми ужъ намъ бурными общими явленіями, мы ничего подобнаго не замѣчаемъ при параметритѣ. При изслѣдованіи еще легче убѣдиться въ томъ, съ чѣмъ собственно имѣемъ дѣло. При параметритѣ мы находимъ tumor гораздо болѣе плотной консистенціи, помѣщающійся всегда съ того или другаго боку матки, при чемъ эта послѣдняя всегда бываетъ смѣщена въ противоположную сторону. При haematoc. же tumor помѣщается позади матки, смѣщая ее вверхъ и впередъ.

Съ однимъ изъ исходовъ пери—и параметрита, именно околоматочнымъ нарывомъ смѣшать haematocеле еще труднѣе на томъ основаніи, что анамнезъ будетъ совѣмъ иной; кромѣ того, при формированіи абсцесса, по мѣрѣ того, какъ дѣло подвигается впередъ, tumor будетъ становиться все мягче и мягче, при haematocеле же, чѣмъ старше tumor, тѣмъ онъ становится плотнѣе.

3. Измѣненія въ положеніи и очертаніи матки, т. е. наклоненіе и загибъ ея взадъ (*retrov. et retrofl. uteri*), говорятъ, тоже могутъ быть смѣшиваемы съ haematocеле и притомъ какъ въ беременномъ, такъ и небеременномъ состояніи. Относительно разсматриваемыхъ патологическихъ состояній матки въ небеременномъ состояніи изъ заблужденія легко можетъ вывести уже одинъ анамнезъ, который покажетъ, что они развивались тихо, исподоволь, а не разомъ и вдругъ, какъ это бываетъ при haematocеле. Если *retroversio* беременной матки происходитъ иногда вдругъ, то анамнезъ все таки покажетъ, что этому предшествовали болѣе или менѣе явственные признаки беременности. Но, кромѣ этого, внимательное изслѣдованіе навѣрно рѣшаетъ дѣло, такъ-какъ дно наклоненной или изогнутой взадъ матки будетъ представлять даже и во время беременности совершенно другую консистенцію и иные контуры, чѣмъ haematocеле.

4. Серьезныя затрудненія въ дифференціально-диагностическомъ отношеніи представляетъ внѣматочная беременность. Анамнезъ, въ особенности по отношенію къ мѣсячнымъ, представляетъ нерѣдко, какъ при внѣматочной беременности, такъ и haematoc. совершенно одинаковыя явленія. Но при этомъ, однако, не слѣдуетъ упускать изъ виду, что вообще клиническія

явленія, сопровождающія внѣматочную беременность, развиваются чрезвычайно медленно, чего никогда не бываетъ при haematocoele. Чтожъ касается результатовъ изслѣдованія, то они иногда бываютъ таковы, что въ высшей степени затрудняютъ распознаваніе. Только тщательное и довольно продолжительное наблюдение можетъ вывести изъ затрудненія, такъ-какъ при этомъ можно убѣдиться въ томъ, что плодный мѣшокъ при gravidit. extauter. растетъ безостановочно, между тѣмъ, какъ при haematoc. этого быть не можетъ. Кромѣ того, въ данномъ случаѣ должно обращать тщательное вниманіе также на матку, размѣры которой при gravidit. extrauter. всегда бываютъ увеличены, причемъ и ткань ея болѣе или менѣе разрыхлена. Если при внѣматочной беременности дѣло доходить до значительнаго кровотеченія въ плодовой мѣшокъ, или до разрыва этого послѣдняго, то дифференціальное распознаваніе между этимъ патологическимъ состояніемъ и haematocoele можетъ представлять величайшія затрудненія. При разрывѣ плоднаго мѣшка, изъ діагностическаго затрудненія можетъ вывести то, что при изслѣдованіи мы ощупываемъ въ томъ или другомъ боковомъ сводѣ только разлитую припухлость, явственно тѣстоватой консистенціи, т. е. то, что указываетъ на свободный гематомъ въ полости таза, а не рѣзко ограниченную эластичную, или зыблющую опухоль, какъ это всегда бываетъ при haematocoele. Въ одномъ случаѣ разрыва плоднаго мѣшка при трубной беременности, представившемся въ нашей клиникѣ *, мы установили діагностику, главнымъ образомъ, на основаніи этого признака и вскрытіе совершенно подтвердило ее.

5. Фиброміомы задней стѣнки матки, въ особенности если эта послѣдняя бываетъ ущемлена, какъ увѣряютъ, могутъ также подавать поводъ къ смѣшиванію ихъ съ haematocoele. Подобная ошибка описана проф. Stoltz'омъ **, въ Страсбургѣ. Не смотря на это, я думаю однако, что подобной ошибки не трудно избѣгнуть, принявъ въ соображеніе свойства, характеризующія фиброміомы. Путемъ гинекологическаго изслѣдованія всегда можно будетъ узнать міому по плотности ея и неровностямъ или бугристости. Если бы даже мы имѣли дѣло съ фиброміомой, часть которой подверглась размягченію, то окружающія размягченное мѣсто части всегда укажутъ на то, съ чѣмъ имѣемъ дѣло.

6. Въ послѣднее время нѣкоторые, между прочимъ Schroeder, указали на то, что haematocoele, въ особенности anteuter., можно принять въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣютъ дѣло съ двурогою маткою (uter. bicornis) и накопленіемъ крови (haematometra) въ зарощенномъ рогѣ. Для того, чтобы выйти изъ затрудненія въ подобномъ случаѣ, должно вспомнить о томъ, что въ то время, какъ haematocoele встрѣчается у субъектовъ уже въ порядочныхъ лѣ-

* А. Шмидтъ, къ распознаванію внѣматочной беременности. Медич. Вѣстн., 1877, № 16.

** Courty, op. cit. p. 1050.

тахъ и въ особенности у рожавшихъ, haematometra встрѣчается единственно и главнымъ образомъ у субъектовъ очень молодыхъ. Кромѣ того, при haematometra двурогой матки мы найдемъ, что tumor помѣщается всегда съ боку, а не сзади матки, какъ при haematocеле.

7. Наконецъ, намъ остается еще вкратцѣ упомянуть о томъ, какимъ образомъ отличить внутрибрюшинную заматочную кровяную опухоль отъ haematocеле внѣбрюшинной. Выше мы ужъ указали на то, что внѣбрюшинная haematocеле принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. Кромѣ того, клиническая картина, сопровождающая эти два вида кровоизліянія, до такой степени различна, что уже этого одного достаточно для рѣшенія діагностики. При внутрибрюшинной haematoc. мы имѣемъ дѣло съ очень бурной общей картиной, между тѣмъ, какъ при haematocеле extraperiton. клиническія явленія бываютъ выражены очень слабо. Затѣмъ haematoc. extraperiton. чаще всего встрѣчается въ родильномъ періодѣ, именно послѣ грубыхъ травмъ. При изслѣдованіи мы найдемъ, что въ этомъ случаѣ tumor сидитъ очень низко, такъ-какъ онъ помѣщается in spat. recto-vaginali, причемъ матка бываетъ приподнята вверхъ, но далеко не настолько впередъ, какъ это бываетъ при haematoc. intraperitoneal.

Изъ всего сказаннаго выше не трудно убѣдиться въ томъ, что всѣ кажущіяся затрудненія относительно дифференціальной діагностики haematocеле отъ другихъ патологическихъ состояній могутъ быть устранены внимательнымъ наблюденіемъ теченія процесса и тщательнымъ взвѣшиваніемъ клиническихъ явленій. Мы, поэтому, далеко не согласны съ тѣми, которые въ затруднительныхъ случаяхъ совѣтуютъ прибѣгать къ проколу опухоли съ діагностическою цѣлью. На основаніи того, что намъ пришлось наблюдать до сихъ поръ въ этомъ отношеніи, мы пришли къ убѣжденію, что проколъ можетъ потребоваться въ высшей степени рѣдко, именно тамъ, гдѣ, при угрожающихъ явленіяхъ, мы не были бы твердо увѣрены въ свойствѣ tumor'a, а между тѣмъ нужно рѣшиться на тотъ или другой терапевтическій приемъ. Въ подобныхъ случаяхъ, однако, мы все таки совѣтуемъ лучше медлить, чѣмъ торопиться проколомъ, такъ-какъ иногда то, что кажется темнымъ въ данную минуту, не замедлитъ выясниться при слѣдующемъ изслѣдованіи. Мы настаиваемъ на этомъ обстоятельстве потому, что проколъ, предпринятый не кстати, можетъ значительно ухудшить состояніе больной.

Предсказаніе при haematocеле retrouter. всегда очень серьезно по многимъ причинамъ. Хотя кровоизліяніе рѣдко достигаетъ такой степени, чтобы оно угрожало непосредственно опасностью, но, тѣмъ не менѣе, оно надолго разстраиваетъ здоровье больныхъ, подрывая ихъ силы, съ одной стороны, вслѣдствіе сильныхъ болей, съ другой же стороны, вслѣдствіе присоединяющагося къ этому воспаленія тазоваго отдѣла брюшины.

Коль скоро экстравазать произошелъ, то дальнѣйшія судьбы его могутъ быть различны и сообразно съ этимъ и предсказаніе будетъ также различно, смотря по тому, какой исходъ принимаетъ haematos. Одинъ изъ самыхъ частыхъ исходовъ бываетъ всасываніе; такъ-какъ, по изліяніи крови, болѣе или менѣе скоро происходитъ створаживаніе ея, то жидкія части всасываются очень скоро, вслѣдствіе чего опухоль обыкновенно болѣе или менѣе скоро оплотнѣваетъ и уменьшается въ объемѣ. При этомъ страданія больной уменьшаются въ значительной степени, если не присоединяется слишкомъ обширное пораженіе брюшины. Но послѣ того, какъ опухоль, вслѣдствіе всосанія жидкихъ частей, уменьшилась въ объемѣ, она обыкновенно болѣе или менѣе долго остается in statu quo. И въ этомъ отношеніи дальнѣйшее теченіе ея можетъ быть различно. По прошествіи нѣсколькихъ недѣль, она снова начинаетъ увеличиваться въ объемѣ, что можетъ зависѣть или отъ усиленія воспалительныхъ явленій или же отъ повторенія кровоизліянія. Это послѣднее обстоятельство особенно часто совпадаетъ съ менструальными періодами (рецидивирующая haematocoele). При этомъ, разумѣется, мы получаемъ повтореніе въ большей или меньшей степени той же клинической картины, какъ и въ началѣ болѣзни. Если же этого не бываетъ, то оплотнѣвшій tumor медленно и исподоволь всасывается почти такъ, какъ мы видѣли это при периметритѣ. Если же всасываніе не произойдетъ, то, подъ влияніемъ извѣстныхъ причинъ, можетъ образоваться околоматочный нарывъ со всѣми его послѣдствіями, съ которыми мы познакомились выше. Околоматочные нарывы въ этихъ случаяхъ почти постоянно вскрываются чрезъ прямую кишку. Въ относительно рѣдкихъ случаяхъ, при очень значительномъ кровоизліяніи и сильномъ напряженіи стѣнокъ кисты (мѣшка), эти послѣднія въ одномъ либо мѣстѣ воспаляются, затѣмъ подвергаются размягченію, вслѣдствіе чего произойдетъ перфорация и кровь, подвергшаяся извѣстнымъ измѣненіямъ, прокладываетъ себѣ дорогу наружу и притомъ обыкновенно также per rectum. Въ случаяхъ еще болѣе рѣдкихъ содержимое haematocoele прокладываетъ себѣ дорогу въ полость брюшины, послѣдствіемъ чего, разумѣется, долженъ быть перитонитъ съ быстрымъ смертельнымъ исходомъ. Что касается того, какъ часто встрѣчаются различные изъ вышеупомянутыхъ исходовъ, то это видно изъ сопоставленія 52 случаевъ, приводимыхъ Courty *. На упомянутое число случаевъ haematocoele всасываніе экстравазата было наблюдаемо 26 разъ, 13 разъ содержимое опухоли проложило себѣ дорогу наружу чрезъ прямую кишку, 7 разъ чрезъ рукавъ и, наконецъ, 6 разъ произошло изліяніе экстравазата въ полость брюшины. Изъ 47 случаевъ haematocoele, приводимыхъ Voisin'омъ **, 30 больныхъ выздоровѣли,

* Op. cit., p. 1049.

** Op. cit., p. 239.

а умерло 10, изъ которыхъ 2 отъ случайно присоединившихся болѣзней, а остальные 8 отъ септихемиі, вслѣдствіе перехода экстравазата въ нарывъ, а также отъ перитонита.

Леченіе. Если мы имѣемъ дѣло съ совершенно свѣжимъ случаемъ, т. е. такимъ, гдѣ еще рѣзко выступаютъ бурныя явленія анэмій и очень сильныя боли, то терапевтическая задача главнымъ образомъ должна состоять въ уменьшеніи кровоизліянія и унятіи этихъ болей. Съ этою цѣлью мы предписываемъ больной абсолютный покой, запрещаемъ всякія усилія, особенно такія, гдѣ приходится дѣйствовать брюшнымъ прессомъ, какъ то кашель, чиханіе и пр. и прибѣгаемъ къ консеквентному и методическому употребленію холода. Для этого назначаютъ на нижнюю часть живота ледяной пузырь, или же, если больная плохо переноситъ его, ледяные комирессы. Вмѣстѣ съ этимъ, если больная переноситъ, можно вводить въ рукавъ небольшіе куски льду и отъ времени до времени назначаютъ также клистиры изъ очень холодной воды. Холодъ въ этомъ случаѣ дѣйствуетъ благоприятно въ двоякомъ отношеніи: во первыхъ, онъ дѣйствуетъ непосредственно на источникъ кровотеченія, а во вторыхъ, онъ унимаетъ отчасти также и боли, зависящія отъ раздраженія или же начавшагося воспаленія брюшины. Такимъ образомъ мы поступаемъ до тѣхъ поръ, пока явленія анэмій и коляпса не пройдутъ совершенно. Само собою разумѣется, что во все это время назначаютъ возбуждающія средства, какъ-то: вино, водку, эфиръ подъ кожу и пр. Если же они съ самаго начала не были выражены особенно сильно, или же уже прошли, то съ цѣлью унятія болей прибѣгаемъ къ наркотическимъ *per os* или же, еще лучше, въ видѣ клизмъ и введенія морфія подъ кожу. Очень важное обстоятельство при леченіи перваго періода *haematocele* составляетъ попеченіе о пузырьѣ. Обыкновенно въ это время больныхъ очень сильно мучать постоянный позывъ къ мочеиспусканію и болѣзненность при этомъ актѣ. Вслѣдствіе-то этого необходимо прибѣгнуть къ методическому катетеризму. По мѣрѣ того, какъ начинается выступать вторая категорія явленій, т. е. со стороны воспаленія брюшины, мы обращаемъ вниманіе главнымъ образомъ на это обстоятельство, причемъ поступаемъ совершенно такіи же образомъ, какъ при остромъ периметритѣ. При этомъ однако мы главнымъ образомъ ограничиваемся употребленіемъ холода и опіатами. Нѣкоторыя совѣтуютъ прибѣгать при этомъ къ мѣстному кровоупусканію, т. е. къ приставленію пиявокъ къ нижней части живота. Мы однако серьезна должны отсовѣтовать отъ подобнаго образа дѣйствія, такъ-какъ имѣемъ обыкновенно въ этомъ случаѣ дѣло съ субъектами болѣе или менѣе ослабленными и, кромѣ того, никогда нельзя ручаться за то, чтобы кровоизліяніе не рецидивовало. Мы поэтому при подобныхъ условіяхъ только два раза прибѣгли къ пиявкамъ и только потому, что наркотическія средства не были въ состояніи унять боли, достигавшія очень высокой степени.

Коль скоро tumor уменьшился и сдѣлался плотнымъ, то задача искусства содѣйствовать всасыванію его, для чего мы прибѣгаемъ къ той же терапіи, какъ при старыхъ периметритахъ. Точно также мы дѣйствуемъ на основаніи извѣстныхъ уже правилъ, если haematocеле подаетъ поводъ къ образованію заматочнаго нарыва.

Прежде по поводу терапіи haematocеле очень много спорили о томъ, слѣдуетъ ли прибѣгать при этомъ къ хирургическому леченію или нѣтъ, т. е. слѣдуетъ ли проложить искусственно путь наружу экстравазированной крови помощью прокола опухоли? Начиная со времени Récamier, къ проколу опухоли прибѣгали очень часто и Nélaton въ первое время былъ приверженцемъ хирургическаго леченія. Но когда онъ самъ, а за нимъ и многіе другіе убѣдились въ томъ, что подобная терапія влечетъ за собою очень опасныя послѣдствія, то ее ограничили до послѣдней возможности. Что результаты прокола при haematocеле были въ высшей степени не выгодны, видно изъ цифръ, у которыхъ былъ предпринятъ проколъ, умерло 5; изъ 27 же больныхъ, гдѣ не было прибѣгаемо къ хирургической терапіи, умерло только 3. Существенная и главная опасность, сопряженная въ даномъ случаѣ съ проколомъ, состоитъ въ томъ, что вслѣдъ за нимъ должно уменьшиться внутривполостное давленіе въ мѣшкѣ, что повлечетъ за собою повтореніе или усиленіе кровотечения. При этомъ должно также имѣть въ виду доступъ воздуха къ кровянымъ сгусткамъ, разложеніе этихъ послѣднихъ и возможность развитія вслѣдствіе этого септихемии. На основаніи-то этого, всѣ почти единогласно пришли къ заключенію, что проколъ опухоли при haematocеле можетъ быть предпринимаемъ только на основаніи двухъ настоятельныхъ показаній, а именно: 1) если кровоизліяніе происходитъ въ такой сильной степени и такъ скоро, что можно опасаться вскрытія мѣшка въ полость брюшины, и во 2-хъ), если мочевоу пузырь такъ сильно сжать опухолью, что нѣтъ возможности опорожнить его. Я долженъ однако замѣтить, что какъ ни кажутся настоящими эти показанія, тѣмъ не менѣе лучше при подобныхъ условіяхъ все таки нѣсколько медлить, чѣмъ торопиться проколомъ. Въ одномъ случаѣ, гдѣ кровоизліяніе достигло очень сильной степени, такъ что опухоль доходила до пупка и страданія больной были невыносимы, я ужъ рѣшился на проколъ, но больная упорно отказывалась отъ него. Мнѣ по неволѣ пришлось ограничиться выжидательною терапіей и черезъ 40 часовъ экстравазатъ самъ проложилъ себѣ дорогу чрезъ рукавъ. Что проколъ вообще при haematocеле потребуетъ весьма рѣдко, видно изъ того, что Seyfert'у на 66 случаевъ пришлось прибѣгнуть къ нему всего одинъ разъ.

Рѣшившись на проколъ при haematoc., спрашивается: какимъ образомъ произвести его? Большинство тѣхъ, которые чаще дру-

гихъ прибѣгали къ проколу, производили его чрезъ рукавъ помощью обыкновеннаго троакара или фаринготомы (Récamier), сплюсненнаго на внутреннемъ концѣ троакара (Robert), и пр. Я полагаю, что всего выгоднѣе производить проколъ чрезъ рукавъ и притомъ по возможности тонкимъ троакарномъ, для избѣжанія доступа воздуха. Если же послѣ прокола замѣчено было, что кровяные сгустки начинаютъ разлагаться, то должно увеличить отверстіе, удалить сгустки пальцами и прополаскивать полость дезинфицирующими жидкостями. Credé сильно настаиваетъ на выгодахъ прокола haematos. чрезъ прямую кишку. Мы выше, говоря объ околomatочныхъ нарывахъ, уже останавливались на этомъ вопросѣ и потому не станемъ приводить здѣсь наши доводы противъ этого метода. Еще болѣе невыгоднымъ мы считаемъ проколъ опухоли чрезъ брюшные покровы, какъ онъ предложенъ былъ Troussseau и M. Dupanloup'омъ, такъ-какъ при этомъ дѣло идетъ безъ того уже о воспаленной брюшинѣ, что не можетъ не отозваться весьма невыгодно на дальнѣйшее теченіе болѣзни.

Изъ Новообразованій тазоваго отдѣла брюшины мы останемся только на фиброміомахъ и кистахъ.

1) Фиброміомы широкихъ связокъ. Klob* сильно сомнѣвается въ томъ, чтобы этого рода новообразованія исходили дѣйствительно изъ широкихъ связокъ. Онъ полагаетъ, что то, что описываютъ какъ фибромы широкихъ связокъ, ничто иное, какъ фибромы, проникающіе между пластинокъ широкихъ связокъ и развившіеся изъ боковыхъ частей матки. Virchow**, однако, допускаетъ, что нѣтъ никакого повода сомнѣваться въ этомъ и что разсматриваемыя новообразованія могутъ развиваться прямо изъ широкихъ связокъ. Scanzoni*** увѣряетъ, что въ тазовой части брюшины нерѣдко встрѣчаются небольшія фиброзныя узлы, достигающіе величины горошины или вишни, и полагаетъ, что они развиваются, вѣроятно, изъ предшествовавшихъ экстравазатовъ. Klob сомнѣвается въ этомъ фактѣ, такъ-какъ онъ никогда не наблюдалъ ничего подобнаго.

2) Кисты широкихъ связокъ могутъ имѣть различное происхожденіе. Или онѣ развиваются изъ придатка яичника (parovarium), каналы котораго покрыты вибраторнымъ эпителиемъ, или же онѣ образуются изъ частей Вольфовыхъ тѣлъ, остатки которыхъ персистируютъ въ видѣ тоненькихъ каналовъ, выстланныхъ эпителиемъ и помѣщающихся между пароваріемъ и маткой. Этого рода кисты обыкновенно малы и весьма рѣдко достигаютъ болѣе значительной величины, напр. съ голову взрослого человѣка. Ихъ можетъ быть по нѣскольку. Обыкновенно онѣ, раз-

* Op. cit., p. 389.

** Geschw., T. III, p. 921

*** Op. cit., p. 427.

вившись между пластинками широкихъ связокъ, прилегаютъ болѣе то къ той, то къ другой пластинкѣ, чаще всего передней. Онѣ малу по малу вытягиваютъ пластинку впередъ, чѣмъ собственно и образуется ножка ихъ. Стѣнки ихъ весьма тонки и содержимое совершенно свѣтлое, напоминающее самую чистую ключевую воду (Atlee), весьма незначительнаго удѣльнаго вѣса (1004—1005) и въ немъ почти вовсе нельзя констатировать бѣлка. Внутренняя поверхность этихъ кистъ выстлана цилиндрическимъ эпителиемъ, снабженнымъ мѣстами ворсинками.

Такъ-какъ этого рода кисты только очень рѣдко достигаютъ болѣе значительной величины, то онѣ не могутъ обусловливать такихъ клиническихъ припадковъ, какъ собственно кисты ячниковъ и потому предсказаніе при нихъ гораздо болѣе благоприятно. Распознаваніе кистъ широкихъ связокъ возможно только путемъ исключенія и то далеко не всегда. Рѣшаетъ діагностику чаще всего проколь, послѣ котораго онѣ рецидивируютъ въ высшей степени рѣдко. До сихъ поръ діагностика кистъ широкихъ связокъ была дѣлаема только большею частью во время операціи.

Библиографія. Öh m e, De morbis recentiorum chirurgicis, 1733. —Desault, Journ. de chirurgie, T. II.—Lallem and, Dict. d. sciences médic. Paris, 1819, p. 143.—Poland, Guy's Hospit. Rep., 1844, t. 2, t. 1.—Kobelt, Nebeneierstock des Weibes. Freiburg, 1848.—Rau, Zur Kenntniss der runden Mutterbänder. Neue Zeitschr. f. Geburtsk. 1850, Bd. XXVIII, Hft. 3.—Rokitansky, Ueber ueberzähl. Tubarostien und über Tubaranhänge. Allgem. Wiener medic. Zeit., 1859, № 32.

Остальная литература будетъ приведена при кистахъ ячника.

Г Л А В А XXVII.

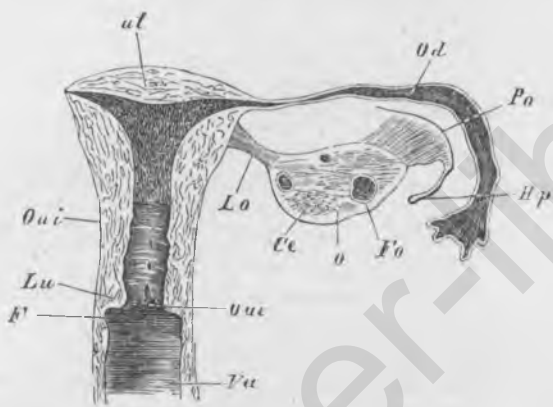
Патологія фаллопіевыхъ трубъ.

Анатом. замѣч. Фаллопіевы трубы представляютъ два извилистыхъ канала, происходящіе изъ обонхъ боковъ той части маточнаго дна, гдѣ поперечный діаметръ его всего больше. Такимъ образомъ фаллопіевы трубы помѣщаются въ поперечномъ діаметрѣ таза, направляясь свободными концами сверху внизъ. Длина ихъ равняется отъ $9\frac{1}{2}$ —10 центриметровъ *, причемъ должно замѣтить, что одна изъ нихъ, именно лѣвая на цѣлый сантиметръ короче другой, т. е. правой. Каждая изъ фаллопіевыхъ трубъ распадается на три части: внутреннюю, среднюю и наружную. Внутренняя часть, т. е. та, которая проходитъ въ маточной стѣнкѣ (*pars interstitialis*), оканчивается очень узкимъ отверстіемъ (внутреннее или маточное отверстіе — *ostium uterin. tubae*), наружный конецъ оканчивается гораздо большимъ отверстіемъ (*ostium abdomin.*) и служитъ для сообщенія фаллопіевыхъ трубъ съ полостью брюшины. Наружныя отверстія фаллопіевыхъ трубъ образуютъ воронку (*ampulla*), окруженную бахромками—*fimbriae*. Бахромокъ этихъ, имѣющихъ треугольную форму, обыкновенно бываетъ въ каждой трубѣ отъ 10—15 и притомъ различной величины. Одна изъ нихъ бываетъ обыкновенно гораздо больше другихъ, расположена противъ вырѣзки яичника (*hilus ovarii*) и имѣетъ пирамидальную форму. Бахромка эта называется *fimbria pyramidalis* или *ovarica*. Что касается просвѣта фаллопіевыхъ трубъ, то онъ бываетъ различный, смотря по мѣсту; въ то время, какъ въ промежуточной части онъ не превышаетъ 0,15 миллим., въ срединѣ трубы онъ 5—6, а на наружномъ концѣ 7—8; объемъ же воронки доходитъ до 18—20 миллим. По отношенію къ строенію, фаллопіевы трубы очень близко подходятъ къ маткѣ. Онѣ состоятъ изъ трехъ слоевъ: наружнаго, средняго или мышечнаго и внутренняго, слизистаго. Наружный или серозный покровъ покрываетъ фаллопіевы трубы на всемъ протяженіи ихъ, причемъ брюшина соединяется съ ними не слишкомъ крѣпко, во всякомъ случаѣ гораздо менѣе крѣпко, чѣмъ это замѣчается на другихъ органахъ. Подъ брюшиной лежитъ тонкій слой соединительной ткани. Средній или мышечный слой образуется продольными и круговыми волокнами, которыя выступаютъ тѣмъ болѣе рѣзко, тѣмъ болѣе развиты, чѣмъ ближе къ внутреннему (маточному) концу. Особенно это должно сказать относительно круговыхъ волоконъ, преобладающихъ въ этомъ мѣстѣ на столько, что Нелліг допускаетъ существованіе настоящаго жома (*sphincter tubae*), о которомъ, впрочемъ, упоминаетъ уже Агап. Слизистая оболочка фаллопіевыхъ трубъ рѣзко отличается отъ слизистой оболочки полости матки тѣмъ, что она не гладкая, а, наоборотъ,

* По нѣкоторымъ французскимъ анатомамъ, длина трубы гораздо больше, а именно 12 цент.

шероховатая на ощупь. Шероховатость эта обусловливается выступающими на ней продольными складками, которые особенно резко выражены на срединѣ трубы. Высота этихъ складокъ неодинакова и тоже самое должно сказать на счеги ширины ихъ, доходящей до 3—6 м. Вся слизистая оболочка трубъ покрыта вибраторнымъ эпителиемъ, причемъ движеніе ворсинокъ имѣютъ направленіе снаружи внутрь, т. е. къ полости матки.

Что касается железъ слизистой оболочки трубъ, то на этотъ счетъ существуютъ большія разногласія. Въ то время, какъ существованіе ихъ вовсе отвергается нѣкоторыми, какъ напр. Kölliker'омъ * и Klein'омъ **, Hurlt *** допускаетъ существованіе ихъ только въ широкомъ концѣ (ampulla). Hennig ****, вслѣдъ за Bowman'омъ, очень тщательно разработалъ этотъ вопросъ въ извѣстной монографіи своей о катаррѣ половой сфе-



Фиг. 58 †.

ры у женщинъ. По его описанію, железы эти распространены по всей слизистой оболочкѣ трубъ, хотя въ большемъ количествѣ находятся на наружномъ концѣ ихъ. Онѣ расположены перпендикулярно къ слизистой оболочкѣ и разстояніе между каждыми двумя железами не превышаетъ ширины ихъ. Большею частью онѣ одиночныя, иногда однако и вилкообразно раздѣленныя. Самый мѣшокъ железы состоитъ изъ совершенно свѣтлой перепонки, выстланной цилиндрическимъ эпителиемъ, не имѣющимъ однако вибраторнаго свойства.

Говоря объ анатоміи фаллопиевыхъ трубъ, мы должны еще упомянуть о такъ называемой, морганіевой гидатидѣ (hydatis Morgagni). Это мѣшечекъ колбовиднаго очертанія, величиною съ горошину (см. фиг. 58), висящій на длинномъ стебелькѣ и исходящій изъ бахромчатого конца трубы. Морганьева гидатида встрѣчается далеко не постоянно и представляетъ ничто иное, какъ деривирующій остатокъ одной изъ мюллеровыхъ нитей, именно верхней части ея, изъ которой развивается фаллопиева труба.

* Handb. der Gewebelchre. Leipzig. 1867 p. 560.

** Stricker, Handb. der Lehre v. d. Geweb. d. Menschen und der Thiere. Leipzig, 1871, p. 1190.

*** Lehrb. der Anat., p. 716.

**** Der Catarrh der innern weiblichen Gesch., Leipzig, 1863.

† Фиг. 58 представляетъ, по Генле, фронтальный разрѣзъ всей женской пол. сферы. Va=vagina; F=fornix vag.; Ovi=os ut. ext.; Lu=labia or. ut.; Ovi=os ut. int.; ut=uterus; Od=fаллоп. труба (oviductus). Lo=lig ovarii; o=ovarium; Pa=parovarium; Hr=Морганіева гидатида. Fo=Грааф. пузырькъ. Sc.=Corpus lut. Рисунокъ этотъ весьма наглядно показываетъ топографич. отношенія фалл. трубы какъ къ маткѣ, такъ и яичнику.

Что касается функции фаллопиевыхъ трубъ, то она двоякаго рода; во первыхъ, онѣ должны проводить сѣмя къ яичку, которое должно быть оплодотворено, и, во вторыхъ, онѣ должны проводить яичко въ полость матки (отсюда ихъ старинное названіе—яйцепроводы—oviducti). Прежде утверждали, что сѣмя попадаетъ въ трубу, а по ней къ яичку, благодаря дѣйствию вибраторнаго эпителия. Но съ тѣхъ поръ, какъ Непле доказалъ, что, вслѣдствіе известнаго направленія ворсинокъ (снаружи кнутри), это абсолютно невозможно, то пришлось совершенно отказать отъ этого мнѣнія и остановиться на томъ, что это происходитъ вслѣдствіе перистальтическаго движенія трубъ. Что фаллопиевы трубы обладаютъ значительной перистальтикой, было наблюдаемо на живыхъ субъектахъ, а именно во время производства овариотоміи (Protheroe Smith). Какимъ образомъ совершается вторая функция, т. е. проведение яичекъ въ полость матки, то на этотъ счетъ существуетъ очень много предположеній, разсмотрѣніе которыхъ здѣсь неумѣстно, такъ-какъ оно всецѣло относится къ акушерству. Обыкновенно допускаютъ, что пирамидальная бахромка трубы, эригируясь, адаптируется такимъ образомъ къ яичнику и что по ней, какъ по мостику, яичко попадаетъ въ воронку трубы. Предположеніе это имѣетъ въ свою пользу гораздо болѣе вѣроятій, чѣмъ другія, такъ-какъ известны случаи, въ которыхъ было констатировано сращеніе пирамидальной бахромокъ съ яичникомъ.

а) ПОРОКИ ПЕРВОНАЧАЛЬНАГО РАЗВИТІЯ ТРУБЪ.

1) Совершенное отсутствіе (или полный недостатокъ) трубъ встрѣчается обыкновенно при таковомъ же недостаткѣ со стороны матки или, по крайней мѣрѣ, въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ мы имѣемъ дѣло съ зачаточною маткою (uterus rudimentarius). Тамъ, гдѣ констатируемо было отсутствіе той или другой трубы, въ тоже время находили однорогую матку съ отсутствіемъ также и яичника на соответствующей сторонѣ. Въ этомъ отношеніи совершенное исключеніе составляетъ случай, описанный Blot. Здѣсь дѣло шло объ отсутствіи лѣвой трубы (а также о недоразвитіи лѣваго яичника), матка же и правая труба были развиты совершенно нормально.

2) Зачаточное состояніе трубъ. Въ этомъ случаѣ одна или обѣ трубы представляются въ видѣ слаборазвитыхъ соединительно-тканыхъ или мышечныхъ пучковъ, наружные концы которыхъ оканчиваются иногда небольшимъ кистовиднымъ расширеніемъ. Къ этой же категоріи должно отнести тѣ аномаліи, которыя выражаются недостаточнымъ развитіемъ стѣнокъ (паренхимы) ихъ и зависящимъ отъ этого большимъ или меньшимъ суженіемъ просвѣта ихъ.

Въ другихъ случаяхъ одна или обѣ трубы могутъ имѣть надлежащую длину, а также и толщину, но за то не представляютъ ни малѣйшихъ слѣдовъ полости. Эта аномалія встрѣчается также и при сильно выраженномъ зачаточномъ состояніи матки или же, по крайней мѣрѣ, при однорогой маткѣ. Иногда, по видимому, нормально развитая труба остается не перфорированною только на наружномъ (бахромчатомъ) концѣ своемъ (Baillie, Reynaud).

3) Изъ аномалій трубъ особенный интересъ представляетъ та изъ нихъ, которая характеризуется избыточнымъ образо-

ваніемъ брюшиннаго отверзтія. Richard, кажется, первый обратилъ вниманіе на эту аномалію, состоящую въ томъ, что брюшинный конецъ (ost. abdomin.) вмѣсто одного представляетъ нѣсколько отверстій. При этомъ каждое изъ нихъ представляетъ почти такія же бахромки (fimbriae), какъ въ обыкновенной нормально развитой трубѣ. Подобное избыточное образование (anomalía per excessum) брюшиннаго конца трубы не оказываетъ никакого вліянія на продуктивную дѣятельность даннаго субъекта; по крайней мѣрѣ, подобное вліяніе до сихъ поръ не было никѣмъ констатировано. Объясненіе эмбриологическаго происхожденія этой аномаліи, представленное Waldeyг'омъ, намъ кажется совершенно рациональнымъ. По его словамъ, та часть мюлловыхъ нитей, изъ которыхъ развиваются трубы, не закрывается сплошь, а остается открытою въ одномъ или болѣе мѣстахъ, вслѣдствіе чего и образуется болѣе, чѣмъ одно сообщеніе съ полостью брюшины.

4) Аномаліи въ положеніи и направленіи трубъ могутъ быть врожденныя и приобретенныя. Къ числу неправильностей первой категоріи должно отнести напр. случай, описанный Pole'емъ, въ которомъ лѣвая труба начиналась изъ нижняго отрѣзка маточной шейки и была въ длину вдвое больше правой.

Вторичнымъ образомъ, послѣдовательно трубы измѣняютъ свое нормальное положеніе (смѣщаются) при различныхъ измѣненіяхъ въ положеніи маточнаго дна, какъ то: при наклоненіяхъ (versiones), выпаденіи матки, выворотѣ ея, а также при измѣненіяхъ въ очертаніи матки (flexiones).

Фаллопьевы трубы вмѣстѣ съ яичниками составляютъ иногда содержимое грыжевыхъ мѣшковъ. Bégarд * описалъ даже случай, въ которомъ одна только увеличенная въ объемѣ фаллопьева труба составляла содержимое бедренной грыжи.

Очень сильно смѣщаются трубы при нѣкоторыхъ новообразованіяхъ яичниковъ, въ особенности кистомахъ. Мы увидимъ ниже, что, благодаря изслѣдованіямъ Рокитанскаго, мы познакомились съ особеннаго рода измѣненіемъ въ положеніи яичниковъ, а именно поварачиваніемъ ихъ вокругъ оси (Achsendrehung). При этомъ-то измѣненіи въ положеніи пораженныхъ новообразованіемъ яичниковъ труба обматывается вокругъ яичниковой связки, вслѣдствіе чего она стриктируется и, наконецъ, можетъ быть даже совершенно отдѣлена отъ матки.

Одною изъ очень частыхъ причинъ смѣщенія фаллопьевыхъ трубъ должно считать тазовые эксудаты. Въ самомъ дѣлѣ, онѣ часто захватываются въ эксудатъ, который не только смѣщаетъ ихъ, но обыкновенно склеиваетъ ихъ съ сосѣдними органами. Вслѣдствіе этого, та или другая труба представляетъ различнаго рода изгибы (колѣна), которые не могутъ не оказать весьма неблагоприятнаго вліянія на дальнѣйшую функцію трубы. Прямымъ

* Rev. médic. de Paris, 1839, Mai.

послѣдствіемъ этого будетъ спаденіе (сѣуженіе) канала трубы въ томъ или другомъ мѣстѣ; съ другой же стороны, понятно, что подобное состояніе трубъ должно имѣть очень важное этиологическое значеніе по отношенію къ вѣматочной беремености.

Rokitansky, Allgemeine Wiener Medic. Zeitschr., 1859, № 32, также Wiener Med. Wochenschr., 1860. Nov 2—4.—Klob, Pathol. Anat. der weiblich. Sexualorg., p. 276.—Waldeyer, Eierstock u. Ei. Leipzig, 1870, p. 127.—Hennig, Die Krankheiten der Eileiter und die Tubenschwangerschaft. Stuttgart, 1876.

в) КРОВОИЗЛІЯНІЯ ВЪ ФАЛЛОПІЕВЫХЪ ТРУБАХЪ.

Говоря о мѣсячныхъ, задержаніи менструальной крови въ полости матки (haematometra) и въ особенности о заматочной кровяной онухоліи, мы ужъ нѣсколько разъ указывали на то, что въ фаллопиевыхъ трубахъ дѣло должно нерѣдко доходить до болѣе или менѣе значительнаго кровотеченія. Здѣсь должно принимать въ соображеніе двоякаго рода обстоятельство. Весьма вѣроятно, что коль скоро дѣло ограничивается кровоизліяніемъ въ очень незначительномъ количествѣ, то излившаяся кровь всасывается безъ того, чтобы дѣло доходило до какой либо опредѣленной, т. е. рѣзко выступающей клинической картины. По крайней мѣрѣ, мы не имѣемъ ни малѣйшей возможности діагностицировать подобныя незначительныя кровоизліянія въ ту или другую фаллопиеву трубу. Допустимъ, что мы имѣемъ дѣло съ незначительнымъ кровоизліяніемъ въ одну изъ трубъ и что экстравазированная кровь излилась черезъ брюшной конецъ ея въ полость брюшины, то клинически это можетъ сказаться двоякимъ образомъ. Или дѣло дойдетъ только до раздраженія брюшины, которое можетъ дойти до настоящаго периметрита, или же, если количество излившейся крови было болѣе значительно, то получимъ картину haematocoele. Въ томъ и другомъ случаѣ мы не имѣемъ возможности устанавливать діагностику трубнаго кровотеченія, а клиническая діагностика будетъ гласить—*периметритъ* или *haematocoele*. Вслѣдствіе—то этого, не смотря на всю важность этиологическаго значенія, представляемую трубными кровотеченіями, патологическое состояніе это можетъ имѣть только интересъ чисто анатомико-патологическій, но ни чуть не клиническій. Если кровоизліяніе произошло въ трубѣ, срращенной въ двухъ мѣстахъ, то можетъ накопиться въ ней болѣе или менѣе значительное количество крови, безъ того, чтобы она разорвалась. Такъ, Scanzoni * упоминаетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ при такихъ условіяхъ опухоль, образовавшаяся въ пораженной трубѣ, достигала величины голубиного яйца.

Въ заключеніе не можемъ не упомянуть о томъ, что трубы (помимо трубной беремености) могутъ подвергнуться *разрыву* вслѣд-

* Lehrb. der Krankh. der weibl. Sexualorg 5 Ausg; Wien, 1875, p. 605.

ствіе травматическихъ причинъ, что на первый взглядъ должно казаться невѣроятнымъ, принимая въ соображеніе положеніе ихъ въ тазу. Тѣмъ не менѣе *Godelle* * описываетъ подобный случай. Вѣроятно, здѣсь дѣло шло о предварительномъ растяженіи трубы значительнымъ кровоизліяніемъ.

с) ВОСПАЛЕНИЕ ТРУБЪ.

Библиогр.: *Voigtel*, *Pathol. Anat.*, Bd. III, p. 524.—*Andral*, *Précis d'anatomie patholog.* Bruxelles, T. II, p. 247.—*Kiwische*, *Klinische Vorträge*. Bd. II, p. 206.—*Vuhl*, *Journ. f. ration. Medic.* v. Henle u. Pfeuffer. 1856, VIII, p. 106.—*Martin*, *Monatsschr. f. Geburtsk.*, 1859, Bd. XIII, p. 11.—*Aran*, *Léçons cliniques sur les maladies de l'utérus*. p. 625.—*Hennig*, *der Catarrh der innern weiblichen Sexualorgane*. Leipzig, 1862.—*Klob*, *Patholog. Anat. der weiblichen Sexualorg.* Wien, 1864, p. 302.—*Courty*, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. 2-me édit. Paris, 1872, p. 591.—*Scanzoni*, *Lehrb. der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane*. 5-te Aufl. Wien, 1875, p. 506.

Воспаленіе слизистой оболочки фаллопиевыхъ трубъ (*salpingitis*) весьма рѣдко встрѣчается въ видѣ самостоятельной патологической формы. Обыкновенно оно является какъ осложненіе того же процесса на внутренней поверхности матки (*metro-salpingitis*), или же при воспаленіи, поражающемъ яичники (*salpingo-oophoritis*). По характеру, какъ обыкновенно, мы различаемъ двоякаго рода сальпингитъ: острый и хроническій. Анатомическія явленія, сопровождающія первый изъ нихъ, состоятъ въ томъ, что стѣнки пораженной трубы представляются инфильтрированными, слѣдовательно, утолщенными, причемъ извилины ихъ выступаютъ нѣсколько болѣе рѣзко. Что касается слизистой оболочки, т. е. исходной точки процесса, то она представляется болѣе или менѣе сильно налитой, ярко—или темно-краснаго цвѣта и разбухлой. Въ формѣ же хронической, при тѣхъ же самыхъ измѣненіяхъ, какія упомянуты выше, цвѣтъ слизистой оболочки болѣе темный, нерѣдко даже совершенно сѣрый.

Если разсматриваемъ процессъ продолжается сколько нибудь значительное время, то характеръ эпителія слизистой оболочки рѣзко измѣняется, а именно, онъ изъ вибраторнаго становится цилиндрическимъ. Что касается секрета ея, то свойства его могутъ быть различны, смотря по характеру и степени воспаленія. То онъ болѣе жидкій, бѣлесоватаго цвѣта, иногда даже какъ бы серознаго свойства; то, наоборотъ, онъ густой и совершенно гноевидный. Это послѣднее состояніе описывалось прежде подъ именемъ нарыва фаллопиевой трубы (*abscessus tubae fall.* или *pyosalpinx* по *Klob*'у). Но совершенно вѣрно замѣчанію *Klebs*'а, здѣсь дѣло вовсе не идетъ о нарывѣ или скопленіи гноя въ тѣсномъ смыслѣ, а о трансудатѣ въ каналѣ трубы, который, вслѣдствіе примѣси къ нему цилиндрическихъ клѣтокъ, подвергаясь жировому перерожденію, принимаетъ желтоватый цвѣтъ и потому представляетъ нѣкоторое сходство съ гноемъ.

* *Arch. génér. de méd.* II série, T. V, p. 403.

Мы уже выше упомянули о томъ, что воспаленіе трубъ обыкновенно составляетъ лишь осложненіе того же процесса въ маткѣ. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ воспаленіе начинается съ самой трубы, оно очень мало имѣетъ склонности переходить на матку, а распространяется болѣе всего къ наружному, т. е. брюшинному концу ея. При этомъ можетъ имѣть мѣсто двоякаго рода обстоятельство. Воспалительный процессъ, распространяясь отъ первоначальнаго мѣста своего развитія, сосредоточивается главнымъ образомъ на бахромчатомъ концѣ трубы и производитъ склейку его съ окружающими частями и такимъ образомъ останавливается. Въ другихъ же случаяхъ воспалительный процессъ обхватываетъ наружный покровъ трубы (*perisalpingitis*), откуда переходитъ на брюшину.

По отношенію къ патогеніи разсматриваемой нами болѣзненной формы, мы должны замѣтить, что внѣ родильнаго состоянія она встрѣчается только въ видѣ исключенія. Даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ воспаленіе трубы развилось, по видимому, болѣе или менѣе долгое время спустя послѣ родовъ, все таки нельзя отвергать, чтобы оно не находилось въ болѣе или менѣе тѣсной связи съ пуэрперіемъ. Главную же патогеническую роль въ данномъ случаѣ играетъ безъ сомнѣнія связь (*contiguitas*) между трубами и маткой. Клоб указываетъ на то, что катаральное воспаленіе трубъ можетъ, вѣроятно, развиться изъ обыкновенной менструальной гипереміи, коль скоро эта послѣдняя достигаетъ чрезмѣрной степени подъ влияніемъ извѣстныхъ обстоятельствъ. Эту форму воспаленія трубъ онъ называетъ поэтому *metro-salpingitis menstrualis*.

Какова бы ни была этиологія сальпингита, сопровождающія его клиническія явленія до такой степени смутны и сбивчивы, что основывать на нихъ распознаваніе его нѣтъ никакой возможности. Не говоря уже о томъ, что въ скоротечныхъ (острыхъ) случаяхъ, гдѣ анатомико-патологическія измѣненія выступаютъ слишкомъ слабо для того, чтобы можно было думать о возможности констатировать ихъ; даже въ случаяхъ хроническихъ едва ли можно будетъ добыть объективнымъ изслѣдованіемъ такія явленія, на основаніи которыхъ можно было бы утверждать, что въ данномъ случаѣ дѣло идетъ о воспаленіи трубы. Хотя *Kiwisch*, а за нимъ и нѣкоторые другіе утверждали, что въ подобныхъ случаяхъ съ той или съ другой стороны, или же даже по обѣимъ сторонамъ матки (если дѣло идетъ о двойномъ сальпингитѣ) можно ощупать продолговатое, болѣе или менѣе толстое тѣло (по нѣкоторымъ авторамъ напоминающее сосиску), — тѣмъ не менѣе нельзя не указать на то, что при этомъ можно очень легко быть введену въ ошибку. Вникая внимательнѣе въ то, что говорится о діагностикѣ воспаленія маточныхъ трубъ какъ *Kiwisch*'омъ, такъ и другими, не можетъ быть никакого сомнѣнія въ томъ, что за нѣмкимъ сальпингитъ принимали нерѣдко или оофоритъ, или периметритъ, или, вѣроятнѣе всего, воспаленіе той или другой изъ

широкихъ связокъ (phlegmone periut.). Что касается лично меня, то я до сихъ поръ ни разу не видалъ ни одного случая, гдѣ можно было бы установить хоть бы даже сомнительную діагностику сальпингита. Можно догадываться до извѣстной степени объ этомъ только тамъ, гдѣ дѣло идетъ о послѣдствіяхъ разсма- триваемаго нами патологическаго состоянія, т. е. когда мы имѣемъ дѣло съ перитонитомъ, развившимся вслѣдствіе простаго излітія секрета изъ трубы въ полость брюшины, или же вслѣдствіе раз- рыва разширенной трубы. Но само собою понятно, что при подоб- ныхъ условіяхъ роль играетъ перитонитъ, а ничуть ужъ не вос- паленіе трубы. Да чтобы и при подобныхъ условіяхъ поставить діагностику сальпингита, нужно еще исключить возможность трубной беременности. Въ виду этихъ то діагностическихъ труд- ностей, сальпингитъ никогда не будетъ имѣть того клиническаго значенія, которое думали приписывать ему нѣкоторые гинекологи. За то, съ другой стороны, онъ имѣетъ важное этиологическое значеніе съ того момента, когда онъ влечетъ за собою заращеніе трубъ со всѣми его послѣдствіями, т. е. съ накопленіемъ въ нихъ большаго или меньшаго количества жидкости.

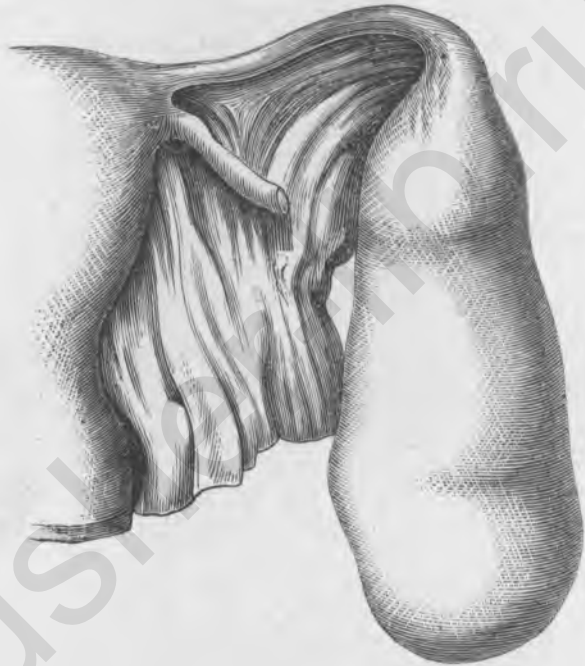
д). Водянка фаллопиевыхъ трубъ.

(Hydrosalpinx).

Библиогр.: Morgagni, De causis et sedibus morbor., Ep. XXV, art. 24, ep. XXVI, art. 13, XXXV art. 16, ep. XLV, art. 23.—Voigtel, Pathol. Anat. Halle, 1805, III, p. 536.—Froriep, Beobachtung einer wahren Sackwassersucht der Fallopiischen Trompette. Med. Zeitschr. v. Ver. f. Heilk. 1834, № 1.—Andral, Précis d'anat. pathol. Bruxelles, 1837, v. II, p. 247.—Kiwisch, Klin. Vorträge, Bd. II, p. 202.—A. Richard, Mémoires de la Société de chirurgie, Paris, 1856, t. III, p. 121.—Rokitansky, Lehrb. der patholog. Anat. Wien, 1861, Bd. III, p. 448.—Klob, Patholog. Anatomie der weiblich. Sexualorg. Wien, 1861, p. 288.—Simpson, Diseases of women, p. 543.—Court y, Traité pratique des maladies de l'utérus, Paris, 1872, p. 1136.—Scanzoni, Lehrb. der Krankheiten der weiblich. Sexualorg., 5-te Aufl. Wien, 1875, p. 507.—Schroeder, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, 5 Aufl. Leipz., 1881, p. 336.

Если одна или обѣ фаллопиевы трубы поражены болѣе или менѣе долго катарромъ, то процессъ этотъ обыкновенно съ особенною любовью поражаетъ бахромчатый конецъ, слѣдствіемъ чего бываетъ слипчивое воспаленіе его, что, въ свою очередь, непремѣнно повлечетъ за собою заращеніе въ пораженномъ мѣстѣ, т. е. прекращеніе всякаго сообщенія между пораженною трубою и полостью брюшины. Заращенія эти или спаденія канала трубы могутъ также произойти вслѣдствіе какой либо механической при- чины, напр. поворота вокругъ оси ея. Если дѣло идетъ о зара- щеніи трубы, то это послѣднее можетъ произойти въ различныхъ мѣстахъ ея, чаще же однако оно занимаетъ широкую часть (ampulla) и по преимуществу бахромчатый конецъ ея. Что касается того, могутъ ли одновременно быть поражены оба отверстія трубы, то есть отверстіе брюшинное и маточное, то сомнѣваться въ этомъ

нѣтъ никакого повода. Frogier на основаніи этого дѣлится даже патологическое состояніе, бывающее послѣдствіемъ заращенія трубы, т. е. водянку ея, на два вида, т. е. такой, гдѣ маточное отверстіе остается открытымъ (*hydrops tubae Fallopii apertae*), и такой, гдѣ оно также заросло (*hydrops tubae occlusae*). Одно только нужно имѣть въ виду, какъ совершенно справедливо замѣчаетъ Klob, а именно, что для накопленія большого или меньшаго количества жидкости въ трубѣ заращеніе маточнаго отверстія ея не составляетъ вовсе необходимаго условія.



Фиг. 59.

Водянка фаллон. трубы по Barnes'y.

Какъ бы то ни было, коль скоро дѣло дошло до полной атрезіи въ какомъ либо мѣстѣ на протяженіи трубы, то секретъ ея слизистой оболочки мало по малу скопляется въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ и послѣдствіемъ этого должно быть постепенное расширеніе трубы. По мѣрѣ того, какъ формируется расширеніе трубы, въ ней происходятъ очень значительныя анатомико-патологическія измѣненія. Стѣнки ея истончаются, причемъ дѣло доходитъ почти до полнаго исчезновенія мышечныхъ элементовъ ея, слизистая оболочка становится гладкой, т. е. она теряетъ свои складки и представляется покрытою плоскимъ эпителиемъ. Однимъ словомъ, — мы замѣчаемъ въ этомъ случаѣ тѣ же

явленія, какъ при скопленіяхъ жидкости въ выводящихъ протокахъ прочихъ органовъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ Рокитанскій наблюдалъ въ растянутыхъ мѣшкахъ небольшія разсѣянные папиллярныя разращенія, исходящія изъ соединительно-тканнаго слоя пораженной трубы. Этотъ же авторъ упоминаетъ о томъ, что на внутренней поверхности тубарныхъ мѣшковъ встрѣчаются иногда тамъ и сямъ небольшія окостенѣнія.

Что касается свойствъ накопляющейся при водянкѣ трубы жидкости, то, при сколько нибудь значительныхъ количествахъ, она представляется всегда свѣтлою или желтоватою, серозною и содержащую очень много бѣлку. Иногда, впрочемъ, цвѣтъ и консистенція ея могутъ быть иные, если къ ней примѣшано большее или меньшее количество крови. Количество накопляющейся при этомъ жидкости обыкновенно не велико и рѣдко превышаетъ нѣсколько фунтовъ. Случаи, описанные въ старинной литературѣ, гдѣ количество жидкости заходило за 100 фунтовъ, каковы напр. наблюденія Munnike (118 ф.), Muralt'a (112), Harder'a (140), Циприануса (150 ф.), объясняются просто тѣмъ, что за водянку трубъ были принимаемы кисты яичника. Peaslee описалъ случай водянки трубы, принятой по ошибкѣ за кисту яичника, давшей при проколѣ 18 фунтовъ жидкости.

Клиническая картина, обусловливаемая водянкой фаллопиевыхъ трубъ, обыкновенно очень темна, такъ—какъ, развиваясь весьма медленно, она не вызываетъ никакихъ рѣзкихъ признаковъ. Больныя имѣютъ, такъ сказать, время привыкнуть къ нимъ и потому онѣ чаще всего жалуются на тупую боль въ области таза, или же скорѣе на ощущеніе тяжести. Иногда къ этому присоединяются явленія со стороны прижатія нервовъ нижнихъ конечностей. Нечего говорить о томъ, что обыкновеннымъ послѣдствіемъ рассматриваемой патологической формы будетъ безплодіе. Это объясняется тѣмъ, что водянка поражаетъ чаще всего обѣ трубы, а въ случаяхъ односторонней водянки, другая труба представляетъ тѣмъ не менѣе глубокія катарральныя измѣненія.

Распознаваніе трубной водянки весьма затруднительно, особенно въ началѣ болѣзни, когда эта послѣдняя не достигла еще значительныхъ размѣровъ и вызываетъ только явленія, выступающія весьма смутно. При установкѣ прямой діагностики рассматриваемаго патологическаго состоянія, мы руководствуемся главнымъ образомъ тѣмъ, что съ того или съ другаго бока матки констатируется опухоль, постепенно расширяющаяся по мѣрѣ удаленія отъ матки, извилистая или четко-образная; иногда опухоль эта имѣетъ колбовидную форму, т. е. сильно расширяющуюся къ наружному концу своему. Все то, однако, что сказано нами о формѣ опухоли, образуемой трубной водянкою, относится въ сущности только къ тѣмъ случаямъ, гдѣ трубная водянка не достигла еще очень значительной степени; тамъ же,

гдѣ это послѣднее имѣеть мѣсто, упомянутая характерная форма теряется и опухоль принимаетъ болѣе или менѣе закругленную форму, такъ что нѣтъ никакой возможности отличить ее отъ обыкновенныхъ кистомъ яичниковъ. I. Simpson въ діагностическомъ отношеніи указываетъ на одну особенность, присущую трубной водянкѣ, именно на подвижность опухоли. Признакъ этотъ едва ли можетъ имѣть какое либо особенное діагностическое значеніе, такъ—какъ опухоли эти, напротивъ, какъ мы уже видѣли выше, въ большинствѣ случаевъ будутъ неподвижны вслѣдствіе того, что между ними и окружающими частями образуются болѣе или менѣе обширныя сращенія.

Что касается предсказанія при трубной водянкѣ, то, вообще говоря, оно довольно благоприятно, такъ какъ разрывы при этомъ пораженной трубы встрѣчаются въ высшей степени рѣдко. Кромѣ того, у природы есть еще одна возможность, помощью которой больныя, страдающія этою формою, могутъ быть значительно облегчены. Если дѣло идетъ о заращеніи въ широкомъ концѣ трубы, то, по мѣрѣ накопленія большаго или меньшаго количества жидкости, эта послѣдняя все болѣе и болѣе расширяетъ маточное отверстіе пораженной трубы до тѣхъ поръ, пока жидкость не проложитъ себѣ путь наружу черезъ матку. Это то, что описывается подъ именемъ *hydrops tubae profluens*. Нѣкоторые авторы, какъ напр. Kiwisch и др. высказали сомнѣніе въ возможности подобнаго состоянія. Наблюденія на трупахъ (Рокитанскій, Scanzoni, Klob) подтверждаютъ однако этотъ фактъ самымъ несомнѣннымъ образомъ.

Говоря объ *hydrops tubae profluens*, не можемъ не указать на то, что Klob весьма справедливо, по нашему мнѣнію, объясняетъ имъ одинъ фактъ, который до сихъ поръ казался совершенно непонятнымъ. Извѣстно что въ литературѣ существуетъ не мало случаевъ, на основаніи которыхъ у женщинъ, давнымъ—давно переставшихъ менструировать, снова отъ времени до времени, нерѣдко почти въ одинаковые сроки, появляется кровянистое выдѣленіе изъ половой сферы. Это явленіе всегда вызывало удивленіе со стороны наблюдавшихъ его и его обыкновенно описывали подъ именемъ возвращенія мѣсячныхъ или вторичной менструаціи. Мы бы могли привести изъ литературы очень много подобныхъ наблюденій, но мы остановимся только на нѣкоторыхъ, особенно выдающихся въ этомъ отношеніи. Такъ напр. Heifelder * рассказываетъ объ одной женщинѣ 78 лѣтъ отъ роду, у которой, послѣ того, какъ 26 лѣтъ тому назадъ наступила менопауза, снова появились мѣсячныя. Въ случаѣ Вга и п'а** мѣсячныя снова наступили у женщины, имѣвшей отъ роду 71 годъ. Въ случаѣ Simple'a*** у одной женщины на 77 году снова появились мѣсячныя и продолжали приходиться въ теченіи трехъ лѣтъ. Какъ объяснить подобное странное явленіе? Считать это какимъ то *lusus naturae*,—ничего не значить, такъ-какъ это въ сущности ничего не объясняетъ. Мы думаемъ, вмѣстѣ съ Klob'омъ****, что во всѣхъ подобныхъ случаяхъ собственно ничего нѣтъ чудеснаго и что они объясняются тѣмъ, что у этихъ субъектовъ дѣло шло о томъ видѣ трубной водянки,

* Preuss. Med. Zeitschr., 1834. 31.

** Würtemb. medic. Korrespondenzbl. 1855, Bd. IV.

*** Lond. medic. Gaz. 1835 г. III.

**** Op. cit., p. 291.

который мы описали выше под именем *hydrops tubae profluens*. При этомъ только, вѣроятно, дѣло шло о нѣкоторыхъ особенностяхъ накопленнаго секрета, именно о примѣси къ нему большаго или меньшаго количества крови, что, какъ мы видѣли уже выше, также нѣрѣдко имѣть мѣсто.

Лечение. Если мы бы имѣли дѣло съ трубной водянкой, достигшей уже такой степени, что опухоль объемомъ своимъ причиняетъ болѣе или менѣе тяжелыя явленія, то ничего болѣе не остается, какъ прибѣгнуть къ проколу. Смотря потому, какъ расположена опухоль, проколь можетъ быть сдѣланъ двоякимъ образомъ. Если опухоль имѣетъ значительныя размѣры, такъ что помѣщается болшею частью въ полости живота, то лучше всего прибѣгнуть къ проколу чрезъ брюшныя стѣнки. Если же, на оборотъ, труба не слишкомъ растянута и опухоль помѣщается болшею частью своей въ тазу, то выгоднѣе будетъ прибѣгнуть къ проколу *per vaginam*. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ выгоднѣе всего, разумѣется, будетъ произвести проколь помощью аспиратора.

е) Новообразования фаллопиевыхъ трубъ.

Библиографія. *Rokitansky, Path. Anat., T. III, p. 442.—Förster, Mittheilungen aus der pathol.—anatom. Anstalt zu Würzb., Würzb. medic. Zeitschr. 1860. I, p. 119—Klob, Op. cit., p. 292—I. Simpson, Diseases of women, p. 541.*

1. Фиброзныя опухоли, развивающіяся гдѣ либо на про, тяженіи фаллопиевыхъ трубъ, принадлежатъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. Онѣ встрѣчаются или въ видѣ чистыхъ фиброзныхъ, или же фибро-миоматозныхъ новообразованій, которыя по строенію своему совершенно напоминаютъ этого же рода новообразованія въ маткѣ. Они развиваются изъ наружныхъ слоевъ стѣнокъ трубы и получаютъ извѣстное практическое значеніе только въ такомъ случаѣ, когда они, разрастаясь, сдавливаютъ трубу въ томъ или другомъ мѣстѣ, вызывая такимъ образомъ спаденіе ея просвѣта или же даже заращеніе ея. Чаше всего они встрѣчаются поближе къ брюшинному концу трубы. Вообще же должно сказать, что величина, которой они достигаютъ, весьма незначительна и въ литературѣ до сихъ поръ извѣстенъ только одинъ случай *Simpson'a*, въ которомъ фибромъ, развившійся въ трубѣ, достигъ величины дѣтской головки.

2. То, что описывается многими авторами до сихъ поръ подъ именемъ кистъ фаллопиевыхъ трубъ, есть ничто иное, какъ такъ называемый морганіевъ пузырекъ (*hydatis Morgagni*), который встрѣчается весьма часто, судя по цифрамъ, приводимымъ *Klob'омъ* и *Hennig'омъ*. Кисты эти не имѣютъ никакого пракческаго значенія, такъ какъ онѣ весьма рѣдко превышаютъ величину горошины.

3. Бугорчатка фаллопиевыхъ трубъ встрѣчается обыкновенно при пораженіи тѣмъ же процессомъ слизистой оболочки матки, хотя иногда она имѣетъ и самостоятельный характеръ.

Начинается процессъ съ брюшиннаго конца трубы, откуда и распространяется по всему каналу. Пораженная слизистая оболочка принимаетъ желтовато-бѣлый, сальный видъ, стѣнки трубы при этомъ утолщаются. Процессъ можетъ окончиться прободѣніемъ трубы и смертельнымъ перитонитомъ. Впрочемъ, подобный исходъ довольно рѣдокъ, такъ—какъ онъ предотвращается сращеніями трубы съ сосѣдними органами.—Такъ-какъ бугорчатка фаллопеевыхъ трубъ, какъ тотъ же процессъ въ маткѣ, встрѣчается главнымъ образомъ при бугорчаткѣ легкихъ, кишекъ и т. д., то самостоятельнаго, клиническаго значенія она имѣть не можетъ.

4. Ракъ фаллопеевыхъ трубъ встрѣчается до такой степени рѣдко, что нѣкоторые, какъ напр. Klebs, даже вовсе отвергаютъ возможность развитія его въ этихъ органахъ. Тѣмъ не менѣе въ литературѣ существуютъ несомнѣнныя наблюденія, въ которыхъ ракъ съ сосѣднихъ органовъ, какъ то: матки, яичниковъ, брюшины, переходитъ на фаллопеевы трубы. Такъ, Scanzoni описываетъ случай, въ которомъ медулярный карциномъ съ праваго яичника перешелъ на лѣвую трубу, откуда процессъ перешелъ на брюшину, что и было ближайшею причиною смертельнаго исхода.

ГЛАВА XXVIII.

Патологія яичниковъ.

Анатомико-физиол. замѣч. Яичники представляютъ парный железистый органъ, помѣщающійся по обѣмъ сторонамъ маточнаго дна, въ извѣстномъ разстояніи отъ него, а именно отъ $1\frac{1}{2}$ —2 центиметровъ. Говоря о положеніи яичниковъ, должно имѣть въ виду, что оно различно, смотря по тому, въ какую эпоху мы беремъ данный субъектъ. Въ теченіи большей части внутриутробной жизни яичники помѣщаются высоко in fos. iliac. и только подъ конецъ утробной жизни они опускаются въ малый тазъ: это то, что извѣстно у эмбриологовъ подъ именемъ опусканія яичниковъ (descensus ovariorum). По нѣкоторымъ авторамъ (Sappey), это происходитъ только къ десятому году жизни. Какъ бы то ни было, но у взрослого субъекта яичники помѣщаются, какъ уже сказано, по обѣмъ сторонамъ маточнаго дна и лежатъ слегка косо, т. е. помѣщаются не совсѣмъ въ поперечномъ діаметрѣ таза. (См. фиг. 58). По формѣ яичники давно сравниваютъ съ мидалиной, т. е. они представляютъ овальныя тѣла, слегка приплюснутыя въ передне-заднемъ діаметрѣ. Впрочемъ, форма яичника далеко не постоянна: то онъ бываетъ болѣе вытянутый въ длину, то кругловатый, то чрезвычайно сплюснутый. Въ каждомъ яичникѣ различаютъ двѣ поверхности: переднюю и заднюю, два края: верхній и нижній и два конца: внутренній и наружный.

Поверхности яичника до того времени, какъ женщина достигаетъ возмужалости, представляются блѣсовато-розовыми и почти совершенно гладкими. По наступленіи же возмужалости, т. е. когда женщина начинаетъ менструировать, двѣ яичниковъ становится болѣе темно-краснымъ и поверхность его шероховатую. Это послѣднее обстоятельство обусловливается лопаніемъ при каждой менструаціи граафовыхъ пузырьковъ.

Верхній край яичника выпуклый; нижній же болѣе прямой и въ срединѣ представляетъ вырѣзку (hilus), черезъ которую проникаютъ сосуды.

По отношенію къ концамъ яичниковъ нужно замѣтить, что наружный, представляющійся болѣе закругленнымъ, соединенъ съ одною изъ бахромокъ (пирамидальная бахромка французскихъ анатомовъ) соответствующей фаллопиевой трубы. Нѣкоторые анатомы описываютъ совершенно иначе связь наружнаго конца яичника съ фаллопиевой трубой. Согласно этому, наружный конецъ яичника находится въ связи съ воронкообразно расположеннымъ концомъ трубы помощью lig. infundibulo-ovaricum. Связка эта представляетъ небольшой соединительно-тканый пучекъ, назначенный для того, чтобы не давать бахромчатому концу трубы удалиться слишкомъ отъ яичника. Связка эта переходитъ въ складку брюшины, идущую отъ бахромчатаго конца трубы къ fos. iliac. и извѣстную подъ именемъ lig. infundibulo-pelvicum. Внутренній конецъ соединяется съ маткой помощью связки—lig. utero-ovaricum, имѣющей въ

длину около трехъ сантиметровъ, покрытой брюшиной и состоящей изъ соединительной ткани и гладкихъ мышечныхъ волоконъ.

Что касается размѣровъ яичника, то, само собою разумѣется, что они должны быть слишкомъ непостоянны въ силу того, что форма его, какъ мы ужъ упомянули выше, бываетъ различна. По Luschka длиннаго его = 4 сантиметра, вышина = 2,2 центим., толщина = 1, 3 центим. Въ сѣ яичника у женщины на высотѣ половой дѣятельности = 6—8 грам. (Sappey).

Ruesch*, на основаніи цѣлаго рода изслѣдованій, приводитъ размѣры яичниковъ въ различныя эпохи, а именно въ дѣтствѣ, въ началѣ эпохи возмужалости (pubertas), не задолго предъ наступленіемъ мѣсячныхъ (то, что онъ называетъ еpoque pubescente) и во время полной функциональной дѣятельности половой сферы. Изъ добытыхъ этимъ путемъ данныхъ не трудно убѣдиться въ томъ, что размѣры яичниковъ въ эти различныя эпохи весьма различны.

	ПРАВЫЙ яичникъ.			ЛѢВЫЙ яичникъ.		
	Длина.	Высота.	Толщ.	Длина.	Высота.	Толщина.
	Въ миллим.			Въ миллим.		
Въ дѣтскомъ возрастѣ	26,7	9	4,4	24	8,4	—
Еpoque pubescente	29,6	15	10	25	14	9,3
У взрослыхъ	36,5	18	36,7	35	16,7	11,3

Мы не можемъ не указать еще на одинъ интересный фактъ, констатированный какъ Рациборскимъ**, такъ и Рюесчемъ и состоящій въ томъ, что яичникъ, содержащій зрѣлый граафовый пузырекъ, значительно превышаетъ въ толщину другой яичникъ.

Прежде, чѣмъ перейдемъ къ рассмотрѣнію строенія яичниковъ, скажемъ нѣсколько словъ относительно сосудовъ и нервовъ его. Артеріи яичниковъ, которыхъ бываетъ обыкновенно около шести, представляютъ изъ соединительной вѣтви между а. uterina и а. spermatica и представляются болѣе или менѣе извилистыми. Такой же извилистый ходъ представляютъ и вены, вливающіяся, съ одной стороны, въ маточныя вены, отчасти же черезъ plexus spermaticus въ вену spermaticam.—Что касается лимфатическихъ сосудовъ яичника, то вопросъ этотъ остается далеко не выясненнымъ. Обыкновенно говорятъ, что яичники богаты лимфатическими сосудами, вливающимися въ одноименные лимфатическіе сосуды матки и тѣ изъ нихъ, которые помѣщаются повмѣе vasa ilіaca. Другіе же (Eхner, а также Beckel) утверждаютъ, что лимфатическихъ сосудовъ въ собственномъ смыслѣ въ яичникахъ вовсе не существуетъ и что лимфа просто течетъ по промежуткамъ (interstitia) стромы.

Нервы яичника, происходящіе изъ plexus spermaticus, слѣдуютъ направленію артерій и до сихъ поръ остается совершенно неизвѣстнымъ—какимъ образомъ они оканчиваются въ паренхимѣ этого органа.

Вопросъ относительно строенія яичника, благодаря изслѣдованіямъ лучшихъ представителей новѣйшей анатоміи, выясненъ въ настоящее время какъ нельзя лучше и это, само собою разумѣется, не могло остаться безъ вліянія на циркулировавшія до сихъ поръ представленія объ отправленіяхъ этого органа. Еще очень недавно полагали, что яичники покрыты брюшиной. Но въ 1863 году Schroen, а за нимъ Grohe, Henle, Sappey и др. доказали самымъ несомненнымъ образомъ, что это далеко не такъ. На основаніи изслѣдованій вышеупомянутыхъ авторовъ оказалось, что яичники помѣщаются въ складкѣ брюшины, образуемой задней пластинкой широкихъ связокъ, но они собственно не покрываются брюшиной, такъ какъ верхняя (передняя) пластинка широкой связки въ этомъ мѣстѣ образуетъ отверстие, черезъ которое, такъ сказать, выглядываетъ яичникъ. На этомъ основаніи, слѣдовательно, должно допустить, что яичники на передней поверхности своей не покрыты брюшиной, а помѣщаются только intra saccum peritoneaei. Такимъ

* Op. cit., p. 14.

** Traité de la menstruation, Paris 1868, p. 67.

образомъ на передней (или верхней поверхности) яичниковъ констатируется только тоненькій край брюшины; все же, что остается свободнымъ отъ этой послѣдней, покрыто слоемъ цилиндрическаго эпителія, клѣтки котораго ужъ по одной величинѣ своей отличаются отъ плоскаго эндотелія брюшины.

Что касается собственно строения яичника, то, по Waldeyer'у онъ состоитъ изъ двухъ частей: соединительно-тканной стромы и собственно железистой паренхимы. Начиная съ четвертаго мѣсяца внутриутробной жизни, эпителий, покрывающій переднюю поверхность яичника, вѣдряется въ струму и сростаясь съ этой послѣдней, образуетъ такимъ образомъ железистые каналы—такъ называемые пфлюгеровскіе каналы (Pflüger's Drüschläuche). Изъ этихъ-то пфлюгеровскихъ каналовъ образуются граафовы пузырьки, почему железистый слой яичника и называется нѣкоторыми также *stratum ovigenum*. Процессъ развитія граафовыхъ пузырьковъ совершается слѣдующимъ образомъ: эпителиальныя клѣтки, помѣщающіяся въ вышеупомянутыхъ пфлюгеровыхъ каналахъ, начинаютъ дифференцироваться, причемъ нѣкоторыя изъ нихъ достигаютъ особенной величины какъ по отношенію къ самимъ себѣ, такъ и по заключенному въ нихъ ядру. Это то собственно и есть то, что мы называемъ яичками. Затѣмъ сформированныя такимъ образомъ яички начинаютъ изолироваться и получаютъ собственный покровъ, образующійся изъ соединительно-тканной стромы. Покровъ этотъ одѣваетъ яичко и извѣстное количество эпителиальныхъ клѣтокъ: это граафовъ пузырекъ.

Посмотримъ теперь—изъ чего состоитъ готовый, вполне развитой граафовъ пузырекъ. Наружный покровъ его—*theca folliculi Graafii*—образуется двумя слоями: наружнымъ, представляющимъ волокнистое строение—*tunica fibrosa*—и внутреннимъ, состоящимъ изъ клѣтчатыхъ элементовъ, такъ называемой *tunica progria*. Эта-то внутренняя ободочка граафова пузырька на внутренней поверхности своей покрыта многослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ и прежними авторами описывалась какъ особенная ободочка—*membrana granulosa* (по Coste'y, *membrane cellulusee*). Наслойка эпителія здѣсь не вездѣ одинакова и она особенно выступаетъ въ одномъ мѣстѣ, которое носитъ названіе *discus proligerus*, такъ какъ на немъ помѣщается яичко—*ovulum humanum*. Жидкое содержимое граафова пузырька—*liquor folliculi*—образуется лишь тогда, когда онъ начинаетъ развиваться.

Что касается строенія самаго яичка, то оно первоначально состоитъ изъ ядра—*vesicula germinativa*, дифференцирующей въ немъ точки—*macula germinativa* и извѣстнаго количества протоплазмы. Въ послѣдствіи оно окружается тонкою оболочкою—*zona pellucida*, продуктомъ ячеистыхъ элементовъ *membranae granulosae*. Въ каждомъ граафовомъ пузырькѣ обыкновенно содержится по одному, весьма рѣдко по два яичка. Число же ихъ (а слѣдов. и граафовыхъ пузырьковъ) достигаетъ въ яичникахъ громадной величины. По расчету Sarreу'я (ислѣдованія произведены на 3-хъ лѣтней дѣвчкѣ), на каждый квадратный миллиметръ яичника приходится по 1660 граафовыхъ пузырьковъ, что для всей площади одного яичника даетъ 400,000 граафовыхъ пузырьковъ. По Henle, число ихъ значително меньше; онъ принимаетъ, что каждый яичникъ содержитъ около 36,000 пузырьковъ, что для обоихъ яичниковъ даетъ цифру въ 72,000. Форманіи или развитіе яичекъ заканчивается обыкновенно къ концу внутриутробной жизни; по мнѣнію нѣкоторыхъ, предѣломъ форманія яичекъ должно считать конецъ втораго года жизни. Впрочемъ по ислѣдованіямъ Koester'a, нужно допустить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ форманія новыхъ граафовыхъ пузырьковъ происходитъ иногда и на высотѣ половой дѣятельности женщины. Вопросъ только въ томъ,—есть ли это явленіе физиологическое, или же оно имѣетъ патологическій характеръ. Интересный фактъ, на который въ послѣднее время указала Sinéty, состоитъ въ томъ, что форманія яичекъ идетъ особенно быстро къ концу внутриутробной жизни и въ первые дни послѣ рожденія.

По мѣрѣ того, какъ женщина приближается къ климактеріку, наружный соединительно-тканный слой яичника (*m. albuginea*) все болѣе и болѣе плотнѣетъ. Поверхность органа представляется въ сильной степени шероховатую,

вслѣдствіе того, что она усыпана рубчиками на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ происходило лопаніе граафовыхъ пузырьковъ. Черезъ нѣсколько времени по прекращеніи мѣсячныхъ у женщины, граафовы пузырьки совершенно исчезаютъ, вслѣдствіе чего старческое обратное развитіе (*involutio similibis*) въ яичникѣ сказывается особенно значительной потерей въ вѣстѣ. Яичники у старухъ вѣсятъ на половину менѣе того, что они вѣсили на высотѣ половой дѣятельности.

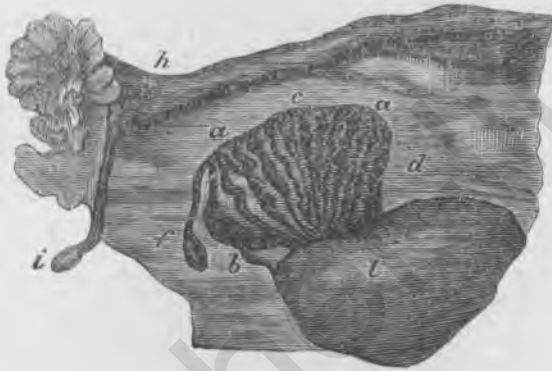
Выше, говоря о строеніи яичника, мы вмѣстѣ съ тѣмъ указали на то какимъ образомъ развиваются яички и заключающіе ихъ къ себѣ *cесертасіа* т. е. граафовы пузырьки. Функціональная задача этого органа, слѣдовательно, состоитъ въ выработываніи этихъ элементовъ, т. е. яичекъ, предназначенныхъ къ оплодотворенію при извѣстныхъ условіяхъ, т. е. когда они приходятъ въ прикосновеніе съ оплодотворяющимъ агентомъ — мужскимъ сѣменемъ. Мы здѣсь не будемъ касаться вопроса на счетъ акта оплодотворенія, такъ-какъ онъ относится всецѣло къ области акушерства; мы не станемъ также говорить о различныхъ теоріяхъ мѣсячныхъ, такъ-какъ объ этомъ была уже рѣчь въ другомъ мѣстѣ нашего сочиненія (см. гл. о мѣсячныхъ). Здѣсь мы коснемся только вопроса на счетъ того, какимъ образомъ яички попадаютъ наружу, т. е. какимъ образомъ происходитъ лопаніе граафовыхъ пузырьковъ. То, что обыкновенно называютъ созрѣваніемъ яичекъ (*ovulatio*), состоитъ въ цѣломъ рядѣ измѣненій, происходящихъ въ извѣстномъ количествѣ граафовыхъ пузырьковъ. Нѣкоторые изъ нихъ, и притомъ изъ тѣхъ, которые лежатъ ближе къ периферіи, начинаютъ увеличиваться въ объемѣ. Имѣя первоначально въ діаметрѣ 0,02 мил., они мало-по-малу достигаютъ въ нѣсколько разъ большіхъ размѣровъ, такъ что тотъ моментъ, когда граафовъ пузырекъ совершенно созрѣлъ, онъ можетъ достигнуть поперечника въ 5 миллиметровъ. Увеличеніе созрѣвающего граафоваго пузырька происходитъ въ силу увеличенія содержащейся въ немъ жидкости (*liq. folliculi*) и чрезвычайнаго разрастанія яичестыхъ элементовъ *membr. granulosaе*. Параллельно съ этимъ происходитъ и развитіе сосудовъ въ стѣнкахъ граафова пузырька; васкуляризація эта достигаетъ наивысшаго развитія въ опредѣленномъ мѣстѣ пузырька, именно тамъ, гдѣ долженъ произойти разрывъ его и которое носитъ названіе *stigma folliculi*. Въ послѣдніе годы *Rindfleisch* выступилъ съ новою теоріей лопанія граафовыхъ пузырьковъ. По его мнѣнію, *membrana granulosa* постоянно выдѣляетъ какое-то особое тѣло (паральбуминъ?), которое, обладая сильною способностью разбуханія, значительно увеличиваетъ внутриполостное давленіе въ пузырькѣ и притомъ до тѣхъ поръ, пока онъ не лопнетъ.

Вслѣдъ за лопаніемъ граафова пузырька, заключенное въ немъ яичко выступаетъ на поверхность яичника и подвергается различнымъ дальнѣйшимъ измѣненіямъ, смотря по тому, будетъ ли оно оплодотворено, или нѣтъ. Самъ же лопнувшій граафовъ пузырекъ претерпѣваетъ цѣлый рядъ измѣненій и превращается въ такъ называемое желтое тѣло (*corpus luteum*). Процессъ образованія желтыхъ тѣлъ состоитъ въ слѣдующемъ. Вслѣдствіе быстрого разрастанія яичестыхъ элементовъ въ *theca folliculi*, внутренняя оболочка этой послѣдней, т. е. *membrana granulosa* отдавливается внизъ, по направленію къ центру пузырька; въ тоже время, вслѣдствіе прониканія въ нее сосудовъ, она принимаетъ складчатый видъ. Вслѣдствіе жироваго перерожденія яичестыхъ элементовъ, внутренней покровъ граафова пузырька дѣлается желтоватымъ; желтый цвѣтъ особенно сильно выступаетъ въ центрѣ. Средина измѣненнаго такимъ образомъ граафова пузырька только въ исключительныхъ случаяхъ представляетъ маленькую полость, наполненную серозною или кровянистою жидкостью. Въ большинствѣ случаевъ она представляетъ плотную массу, состоящую изъ соединительной ткани, прорѣзываемой сосудами. Что касается того—отчего зависитъ желтое окрашиваніе *corporis lutei*, то объ этомъ спорили очень много. Весьма вѣроятно, что обстоятельство это обуславливается отложениемъ окрашенныхъ жировыхъ элементовъ, а не превращеніемъ гематоидина въ пигментъ, какъ утверждали прежде.

Если желтое тѣло происходитъ изъ граафовыхъ пузырьковъ, яички которыхъ не были оплодотворены, то они представляютъ очень малые размѣры и обыкновенно очень скоро подвергаются обратному развитію. Подобныя жел-

тыя тѣла называются ложными—*corpora lutea spuria*. Иногда они представляютъ въ центрѣ, вмѣсто желтаго, свѣтлое пятнышко и поэтому называются нѣкоторыми *corpora sandicantia*. Совсѣмъ иное происходитъ съ желтыми тѣлами, происходящими изъ граафовыхъ пузырьковъ, яички которыхъ были оплодотворены. Вслѣдъ за оплодотвореніемъ, въ силу имѣющей мѣсто при этомъ значительной гипереміи, желтое тѣло продолжаетъ увеличиваться въ объемъ въ первое время беременности и около одинадцатой недѣли величина ея достигаетъ своего maximum. Подобныя желтыя тѣла называются истинными—*corpora lutea vera*. Изъ этого видно, что желтыя тѣла истинныя отличаются отъ ложныхъ главнымъ образомъ болѣе сильнымъ развитіемъ тѣхъ измѣненій, которыя происходятъ послѣ разрыва граафова пузырька. Оттого-то *corpora lutea vera* отличаются столь значительными размѣрами своими. По Coste'у, они иногда достигаютъ въ діаметрѣ отъ 3—4 миллиметровъ.

Въ заключеніе намъ остается еще сказать нѣсколько словъ о такъ называемомъ придаточномъ яичкѣ—*Rafovarium*. Онъ помѣщается между фаллопиевой трубой и яичникомъ, имѣетъ въ ширину отъ 1—2 центи-



Фиг. 60.

Фиг. 60 представляетъ фаллопиеву трубу, яичникъ и рафоваріумъ, по Kobelt'у. aa—система канальцевъ, образующихъ Вольфова тѣло. b—верхняя часть пароварія. c—средняя часть, d—нижняя часть его. f—кольбовидно растянутый остатокъ вольфова тѣла. h—фаллопиева труба. i—морганіева гидатида. l—яичникъ.

метровъ и представляетъ треугольное или пирамидальное тѣло, состоящее изъ значительнаго числа (16—18) канальцевъ. Канальцы эти выстланы цилиндрическимъ и притомъ вибраторнаго свойства эпителиемъ (Becker). Что касается функціи рафоварія, то, со времени открытія его Rosenmüller'омъ, объ этомъ толковали очень различно. Kobelt доказалъ несомнѣннымъ образомъ, что о томъ или другомъ отправленіи придаточнаго яичника собственно не можетъ быть и рѣчи, такъ-какъ онъ представляетъ ничто иное, какъ часть зачаточнаго органа, именно вольфова тѣла. Рафоварія имѣютъ несомнѣнный патологическій интересъ, такъ какъ они могутъ послужить исходною точкой для развитія извѣстнаго рода опухолей.

Въ заключеніе того, что сказано нами объ анатоміи яичниковъ, считаемъ не лишнимъ присовокупить нѣсколько историческихъ данныхъ о развитіи ученія объ этомъ вопросѣ. Древніе очень хорошо знали о существованіи яичниковъ, но придавали имъ совершенно ложное толкованіе, находя аналогію между ними и яичками у мужчинъ, откуда произошло употребляемое древними анатомами названіе—*testes muliebres*. Старые анатомы знали также, что въ яичникахъ заключаются извѣстнаго рода пузырьки, но они ихъ считали продуктомъ патологическимъ, а именно кистами. Голландецъ Van-Nogpi,

во второй половинѣ 17 столѣтія (1668 г.), высказалъ предположеніе, что эти пузырьки, можетъ быть,—настоящія яички, которыя, будучи оплодотворены, развиваются въ зародыши. Настоящую эпоху въ учении о разсматриваемомъ вопросѣ составляютъ мнѣнія, высказанныя на этотъ счетъ Regner'омъ de Graaf нѣсколько лѣтъ спустя послѣ V. Ног'а, а именно въ 1672 году. De Graaf нашелъ величайшую аналогію между пузырьками, заключенными въ яичникахъ и названными въ честь его граафовыми, съ яйцами птицъ и первый установилъ свою извѣстную теорію рожденія: *omne vivum ex ovo*. Хотя de Graaf не зналъ еще истиннаго значенія своихъ пузырьковъ, но тѣмъ не менѣе изслѣдованія его по этому поводу послужили исходною точкою другихъ изслѣдованій, пока они не привели къ величайшему научному открытію нашего столѣтія, сдѣланному нашимъ знаменитымъ академикомъ Э. Беромъ (1828), а именно констатированію въ граафовыхъ пузырькахъ человѣческаго яичка. Послѣ Бэра человѣческое яичко не переставало служить объектомъ для изслѣдованія со стороны лучшихъ представителей эмбриологии, каковы Purkinje, Valentin, Wagner, Coste, Waldeyer, Jones и др.

Что касается желтыхъ тѣлъ, то Fallopiа (1561) уже, описывая яичники, упоминаетъ о томъ, что нѣкоторые изъ нихъ заключаютъ въ себѣ вещество желтоватаго цвѣта. Тѣже самыя явленія Colter (1572 г.) описываетъ на яичникахъ коровъ. Очень хорошее описаніе ихъ мы находимъ у de Graafa, но болѣе всѣхъ содѣйствовало изученію ихъ Malpighi (1686), отъ котораго они получили названіе свое (corpora lutea), которое они носятъ до сихъ поръ. Въ послѣдніе годы ученіе о строеніи яичниковъ подверглось весьма тщательной гистологической разработкѣ со стороны очень многихъ изслѣдователей, имена которыхъ приведены ниже, въ особенности же мы должны упомянуть о Waldeyer'ѣ, въ ниже приведенной монографіи котораго читатель можетъ найти всевозможныя подробности, какъ чисто фактическія, такъ и библиографическія, относящіяся къ яичникамъ.

Wolcherus Colter, *Tabulae et observationes anatomicae*. Nurembergae 1572.—Fallopia, *Observat. anatom.*, Venetiae, 1561.—De Graaf. *De mulierum organis generationi inservientibus*. Lugduni, 1672.—Malpighi, *Opera omnia*, Londini, 1686.—Weisberg, *Experim. et observat. anatom. de utero gravido, tubis, ovaris et corpor. lut.* Gottingae, 1782.—E. Baer, *De mammalium et hominis genesi epistola*. Lipsiae, 1827.—Valentin, *Ueber die Entwicklung der Follikel in dem Eierstock der Säugethiere*. Müller's Arch. f. Anat. und Physiol., 1836.—Klebs, *Virchow's Arch.*, Bd. XXI u. XXVIII. —Schrön, *Zeitschr. f. wissenschaftl. Zoologie*, 1862, Bd. XII, p. 409.—Pflüger, *Der Eierstock der Säugethiere und des Menschen*. Leipzig, 1863.—Grohe, *Ueber den Bau und das Wachsthum des menschlichen Eierstocks etc.* Arch. f. pathol. Anatom. 1863, Bd. XXVI, p. 271.—His, *Beobachtungen ueber den Bau des Säugethiereierstockes*. Schultze's Arch. f. microscop. Anat., 1865, Bd. I. p. 151.—Spiegelberg, *Ueber die Bildung und Bedeutung des gelben Körpers im Eierstock*. Monatsschr. f. Geburtsk., 1865, Bd. XXVI, p. 7.—W. Waldeyer, *Eierstock und Ei*, Leipzig, 1870.—Его же статья *Eierstock* въ Stricker's Handb. der Lehre von den Geweben des Menschen u. der Thiere. Leipzig, 1871, Bd. I.—Kopff, *Untersuchungen ueber das Ovarium und dessen Beziehung zum Peritoneum*. Reichert'a и Dubois—Reymond'a Archiv, 1872, p. 513—562.—Славянской къ анатоміи и физиологіи яичника, *Мед. Вѣстн.*, 1874, № 28—31.—Шварцъ, къ вопросу о лимфатической системѣ яичника, *С.-Петербургъ*, 1874.—De Sinéty, *Récherches sur l'ovarie du foetus et de l'enfant nouveau-né*. Arch. de Physiol., 1875, № 5, p. 501.—Haumann, *Zur intrauterinen Entwicklung der Graaf'schen Follikel*. Centralbl. f. med. Wissensch. 1875, 17 Juli.—Foullis, *On the developpement of the ova and structure of the ovary in man and other mammalia*. Transact. of the roy. Soc. of. Edinb., 1875 v. XXVII, p. 345.

1. Пороки первоначальнаго развитія яичниковъ.

Библиогр. Morgagni, *de sedibus et causis morborum*. Epist. XXIX, art. 10—20, ep. XLVI, art. 20, ep. XLIX, art. 16.—Mural, *Dict. d. sc. méd. t.*

XXXIX, p. 3.—Voigtel, pathol. Anat. Halle. 1805, t. III, p. 534.—Meckel, Handb. der pathol. Anatomie. Leipzig, 1812, p. 658.—Kussmaul, Von dem Mangel der Gebärmutter. Würzburg, 1859, p. 15 и 48.—Rokitansky, Lehrb. der pathol. Anat. Wien, 1861, t. III, p. 411.—Heschl, Zeitschr. f. pract. Heilk. 1862, № 20.—Grohe, Wiener Med. Halle, 1863, № 43.—Kiebs, Monatsschr. f. Geburtsk., 1864, Bd. XXIII, p. 405.—Eppinger, Prager Vierteljahrsschr., 1873, Bd. IV, p. 2.—Puech, Des ovaires et de leurs anomalies. Paris, 1873.—R. Olshausen, Berl. Klin. Wochenschr., 1876, №№ 10—11. Цѣлую массу литературныхъ указаній относительно пороковъ развитія яичниковъ читатель можетъ найти въ монографіи А. Hegar'a, Die Castration der Frauen vom physiologischen und chirurgischen Standpunkte aus. Leipzig, 1878, p. 2, et 99.

а. Дефектъ или отсутствіе обоихъ яичниковъ составляетъ, вообще говоря, очень рѣдкую аномалію первоначальнаго развитія, причемъ она обыкновенно бываетъ сопряжена съ другими глубокими уклоненіями отъ нормы въ другихъ частяхъ полового аппарата, какъ-то: отсутствіемъ или рудиментарнымъ развитіемъ фаллопиевыхъ трубъ, матки и рукава и т. д. Подобныя аномаліи со стороны яичниковъ до сихъ поръ объяснялись различнымъ образомъ. По однимъ, здѣсь дѣло идетъ объ отсутствіи той анатомической основы, изъ которой развиваются эти органы. По другимъ же, они, вслѣдствіе какой то причины совершенно неизвѣстной сущности, подверглись обратному развитію и такимъ образомъ исчезли. По этой теоріи, слѣдовательно, дефектъ яичниковъ объясняется не какъ отсутствіе ихъ, а какъ послѣдательное исчезаніе. Намъ кажется, что какъ первое, такъ и второе объясненіе едва ли выдерживаетъ критику, ужь по той простой причинѣ, что они совершенно бездоказательны. Поэтому-то Rokitansky и Klob не удовлетворяются этимъ объясненіемъ и справедливо полагаютъ, что въ описаніи случаевъ такъ называемаго дефекта яичниковъ вкралось недоразумѣніе. На основаніи изслѣдованій этихъ двухъ авторовъ, должно допустить, что яичники могутъ исчезать съ того мѣста, гдѣ ихъ обыкновенно констатируютъ, вслѣдствіе того, что во время внутриутробной жизни они подверглись повороту вокругъ ихъ оси (Achsendrehung), вслѣдствіе чего они отрываются и могутъ помѣщаться гдѣ либо въ другомъ мѣстѣ полости брюшины, гдѣ и фиксируются окончательно, или же могутъ исчезнуть путемъ всасыванія.

Чаще встрѣчается отсутствіе одного изъ двухъ яичниковъ, именно лѣваго; но при этомъ обыкновенно имѣютъ дѣло и съ однорогою маткой, или же на той сторонѣ, гдѣ констатируется дефектъ яичника, существуетъ другой рогъ, но въ самомъ зачаточномъ состояніи.

Если дѣло идетъ о дефектѣ обоихъ яичниковъ, то *intra vitam* онъ можетъ быть узнанъ по совершенному отсутствію *monim. menstrual.*, а также и по порокамъ первоначальнаго развитія въ другихъ частяхъ половой сферы. Если нѣкоторые увѣряютъ, что дефектъ яичниковъ сказывается на всемъ организмѣ субъекта, а именно, что послѣдній очень близко подходитъ къ мужскому типу (въ особенности же по отношенію къ тазу, росту

бороды и пр.),—то это далеко не всегда такъ. Особенно указывали на то, что у подобныхъ субъектовъ грудныя железы очень малы, но и это не всегда такъ бываетъ: описаны случаи такъ называемаго полного отсутствія яичниковъ, а между тѣмъ груди при этомъ достигли обыкновенной степени развитія.

в. Зачаточное (рудиментарное) состояніе чаще всего встрѣчается по отношенію къ обоимъ, рѣдко одному только яичнику. Оно можетъ быть выражено какъ относительно величины и формы, такъ въ особенности строенія яичника. Въ первомъ случаѣ оба или одинъ яичникъ имѣютъ слишкомъ продолговатую форму и передне-задній (сагитальный) размѣръ ихъ очень значительно уменьшенъ. Во второмъ случаѣ граафовы пузырьки развиваются очень слабо, такъ напр. въ нихъ нельзя констатировать яичка. Разсматриваемая аномалія чаще всего встрѣчается при различныхъ другихъ аномаліяхъ полового аппарата, какъ-то трубъ, рукава и въ особенности матки, т. е. эта послѣдняя также представляетъ различныя аномаліи первоначальнаго развитія, какъ *uter. rudimentarius, foet.* и пр. Въ литературѣ существуютъ однако случаи, въ которыхъ при рудиментарныхъ яичникахъ матка не представляетъ никакихъ уклоненій отъ нормы. Таковы случаи, описанные Kussmaul'емъ, Roubeaud и др. Зачаточное состояніе яичниковъ нерѣдко встрѣчается при различныхъ видахъ гермафродитизма. Въ подобныхъ случаяхъ яичники, по замѣчанію Klebs'а, относительно строенія своего представляютъ очень значительную аналогію съ мужскими яичками.

Если только одинъ яичникъ находится въ зачаточномъ состояніи, между тѣмъ какъ второй развился нормальнымъ образомъ, то мѣсячныя и способность къ зачатію нисколько не страдаютъ.

Отправленія эти совершенно теряются, разумѣется, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ оба яичника находятся въ рудиментарномъ состояніи. Что касается полового инстинкта, то онъ не всегда потерянъ при подобныхъ условіяхъ, какъ доказываетъ одно наблюденіе, приводимое Olshausen'омъ*.

с. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ были наблюдаемы избыточные яичники, т. е. на той или другой сторонѣ, вмѣсто одного, было констатируемо по 2 — 3 и даже болѣе яичниковъ. Фактъ этотъ не подлежитъ въ настоящее время никакому сомнѣнію, хотя положительно отвергается Klob'омъ**. Первый случай избыточныхъ яичниковъ описанъ Grohe***, затѣмъ Klebs'омъ**** Sinety†, Olshausen'омъ†† и, наконецъ,

* Handb. der Frauenkrankheit. herausg. v. Billroth. VI Abschnitt. Stuttgart, 1877. p. 13.

** Pathol. Anat. der weiblich. Sexualorg. Wien, 1864, p. 313.

*** Monatschr. f. Geburtsk. 1864. Bd. XXII, p. 67.

**** Ibidem, Bd. XXIII, p. 406.

† Mouvem. méd., 1875, 20 Jun.

†† Krankh. der Ovarien., p. 12.

Winckel'емъ *, Kocks'омъ ** и Mangiagalli***. Аномалию эту обыкновенно объясняютъ тѣмъ, что происхождение ея обуславливается внутриутробнымъ перитонитомъ, вслѣдствіе котораго одинъ изъ яичниковъ расщепляется на нѣсколько частей. Но что это не всегда такъ, доказывается случаемъ Winckel'я, въ которомъ настоящіе яичники представляли совершенно нормальные размѣры. Въ отношеніи физиологическомъ интересенъ тотъ фактъ, что въ избыточныхъ яичникахъ созрѣваніе граафовыхъ пузырьковъ (ovulatio) происходитъ совершенно такимъ же образомъ, какъ и въ настоящихъ яичникахъ. Въ отношеніи клиническомъ не должно упускать изъ виду того, что каждый изъ подобныхъ избыточныхъ яичниковъ можетъ послужить исходною точкою для развитія кисты, такъ что у одного и того же субъекта оваріотомія напр. можетъ потребоваться три раза (Winckel).

2. Гиперэмия и кровоизлияніе въ ткань яичника.

Библиогр. Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1833, G. II, p. 566.—Nélaton, *des tumeurs sanguines du pelvis*. *Gaz. d. hôp.*, 1851, № 16.—Albers, *Die Blutgeschwülste in den Eierstöcken*. *Deutsche Klinik*, 1853, № 23.—Laugier, *Gaz. médic. de Paris*, 1855, № 10.—Robin, *Gaz. des hôp.*, 1857, № 4.—A. Puech, *De l'apoplexie des ovaires*, *Gaz. médic. de Paris*, 1858, № 19.—B. Schulze, *Monatsschr. f. Geburtsk.*, 1858, B. XI, p. 170.—Rokitansky, *Handb. der patholog. Anat.*, 3-te Aufl. Wien. 1861, Bd. III, p. 416.—Demarquay, *Gaz. des hôp.*, 1862.—Klob, *Path. Anat. der weibl. Sexualorg.* 1865, p. 375.—Olshausen, *Op. cit.*, p. 17.

Ежемесячныя менструальныя гиперэміи яичниковъ, оставаясь въ физиологическихъ предѣлахъ, не должны быть принимаемы въ расчетъ въ этомъ случаѣ, такъ — какъ онѣ продолжаютъ только извѣстное время и затѣмъ разрѣшаются. Тѣмъ не менѣе однако, въ высшей степени трудно установить въ этомъ случаѣ грань, раздѣляющую отношенія физиологическія отъ области патологии. Небольшой избытокъ гиперэміи, не имѣющей въ анатомико-патологическомъ отношеніи, можетъ быть, никакого особеннаго значенія, при извѣстныхъ условіяхъ, однако, можетъ уже вызвать тѣ или другія клиническія явленія. Не смотря однако на подобное апіористическое заключеніе, которое, въ сущности, не имѣетъ въ основаніи своемъ ничего невѣроятнаго, — было бы рисковано установить особенную самостоятельную клиническую форму, которую мы бы назвали гиперэміей яичниковъ. Рисковано это было бы потому, что въ большинствѣ подобныхъ случаевъ мы не имѣемъ возможности дифференцировать гиперэмію яичника отъ цѣлаго ряда патологическихъ состояній со стороны матки. Вслѣдствіе—то этого, хотя острая гиперэмія яичниковъ составляетъ анатомически совершенно твердое понятіе,

* Die Pathologie der weiblich. Sexualorgane, Leipzig, 1878 Sief. I. p. 27.

** Arch. f. Gynaecol., Bd. XIII, p. 469.

*** Annali di Ostetricia, 1879, p. 149.

Клинически однако не можетъ быть допущено, по крайней мѣрѣ въ смыслѣ самостоятельной формы. Совсѣмъ иное дѣло относительно гиперемій, являющихся интеркуррентно въ томъ или другомъ яичникѣ, уже подвергшемся измѣненіямъ воспалительнаго свойства. Тутъ гиперемія непременно дастъ себя знать нѣкоторыми клиническими явленіями и мы получимъ то, что обыкновенно пазывается обостреніемъ воспаления, котораго мы коснемся ниже, говоря о воспаленіи яичниковъ. Подобныя то часто повторяющіяся гипереміи на предварительно воспаленной почвѣ имѣли, вѣроятно, въ виду тѣ изъ гинекологовъ, которые описываютъ какъ отдѣльную самостоятельную форму подострое воспаление яичника (Tilt *) или же какъ раздраженіе яичника (Churchill **), что опять нѣкоторые французскіе гинекологи называютъ яичниковою невралгіей.

Если гиперемія достигаетъ значительныхъ размѣровъ, то дѣло можетъ окончиться кровоизліяніемъ въ ткань яичника. Кровоизліяніе это можетъ быть двоякаго рода, смотря по тому, происходитъ ли оно въ полость граафовыхъ пузырьковъ или же въ строму. Въ первомъ случаѣ (aroplexia follicularis) извѣстное количество крови изливается въ одинъ или нѣсколько фолликуловъ разомъ, причемъ однако лопаніе этихъ послѣднихъ не составляетъ ничуть необходимое условіе. Яичко же, заключенное въ пораженномъ такимъ образомъ пузырькѣ, обыкновенно пропадаетъ. Подобнаго рода фолликулярныя изліянія наблюдаются обыкновенно у субъектовъ на высотѣ ихъ половой дѣятельности и притомъ чаще всего въ менструальныя эпохи. Впрочемъ, въ видѣ исключенія они наблюдались и у дѣтей (Rokitansky) и даже у новорожденныхъ (B. Schultze).

Что касается дальнѣйшей участи этихъ кровоизліяній въ граафовы пузырьки, то она можетъ быть различна. Мы ужъ упоминали о томъ, что яичко при этомъ большею частью погибаетъ. Излившаяся же кровь сгущается, въ рѣдкихъ случаяхъ створаживается и претерпѣваетъ цѣлый рядъ измѣненій, причемъ образуется зернистый пигментъ. Можетъ ли граафовъ пузырекъ при часто повторяющихся кровоизліяніяхъ превращаться въ кисту (ретенціонную)? Это весьма вѣроятно, хотя предположеніе это требуетъ еще дальнѣйшихъ подтвержденій. Подъ вліяніемъ тяжелыхъ общихъ процессовъ (напр. въ родильномъ состояніи) кровоизліяніе въ граафовомъ пузырькѣ можетъ подвергнуться и ихорознымъ измѣненіямъ. Если же накопившаяся въ граафовомъ пузырькѣ кровь, при лопаніи его, попадаетъ въ брюшину, то можетъ быть троякаго рода исходъ: или быстро убивающій перитонитъ, или, какъ мы видѣли уже выше, заматочная кровяная опухоль, или, наконецъ, смерть отъ кровоизліянія (внутренняго). Послѣдняго рода исходъ былъ наблюдаемъ Scanzoni въ одномъ

* On diseases of menstrual Lond., 1869.

** Traité prat. des mal. des fem. Paris, 1854, p. 637.

случаѣ, гдѣ вслѣдствіе разсматриваемой причины смерть послѣдовала отъ кровотеченія въ полость брюшины (haematoma), причѣмъ количество излившейся крови достигло громаднѣхъ размѣровъ, а именно шести фунтовъ.

Кровоизліяніе въ строму яичника въ отношеніи патологическомъ можетъ быть также различно. Вообще говоря, оно встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ кровоизліянія фолликулярныя. По происхожденію, оно можетъ быть или вторичное, а именно, когда вслѣдствіе фолликулярной апоплексіи кровь попадаетъ въ строму, или же первичное. Въ послѣднемъ случаѣ оно обуславливается извѣстными измѣненіями яичниковыхъ сосудовъ, или же происходитъ подъ вліяніемъ тяжелыхъ общихъ процессовъ (пуэрперальныхъ, тифа, скорбута и пр.). Количество изливающейся при этомъ крови весьма различно. Обыкновенно оно незначительно, въ другихъ же случаяхъ изливающаяся при этомъ кровь доходитъ до того, что пораженный яичникъ представляется въ видѣ значительнаго мѣшка. Нерѣдко пораженный органъ, вслѣдствіе сплошнаго пропитыванія кровью, представляетъ совершенно губчатое строеніе, какъ это имѣло мѣсто въ одномъ случаѣ, описываемомъ *Olshausen*'омъ*. О подобныхъ случаяхъ упоминаютъ и нѣкоторые другіе авторы, какъ то *Drug***, *Virchow**** и др.

Изъ того, что сказано нами выше о возможныхъ исходахъ кровоизліяній въ ткань яичника, понятно безъ дальнѣйшихъ словъ, что и клиническое значеніе разсматриваемой нами патологической формы будетъ весьма различно. Во всякомъ случаѣ, коль скоро дѣло не доходитъ до одного изъ упомянутыхъ исходовъ, — то апоплексія яичника, будь она фолликулярная или же въ строму, никогда не скажется явленіями, на основаніи которыхъ можно было бы установить прямое распознаваніе. Нужны особенно благоприятныя, исключительныя условія, чтобы можно было рѣшиться на подобную діагностику (haematoma ovarii?) и то она всегда останется до извѣстной степени гадательною. Сюда именно должно отнести два подобныхъ случая, приводимыхъ *Veit*'омъ и *Olshausen*'омъ.

3. Воспаленіе яичника.

(Oophoritis).

Историко-библіогр. замѣч. Въ виду того, что древніе совершенно не были знакомы, даже приблизительно, съ физиологическими отпавленіями яичниковъ, то и нельзя ожидать отъ нихъ никакихъ свѣденій о разстройствѣхъ этихъ органовъ. Въгь почему ни у одного изъ древнихъ авторовъ не находимъ ничего по этому вопросу. Только нѣсколько десятковъ лѣтъ тому назадъ, послѣ анатомико-физиологическихъ изысканій со стороны *Négriga*, *Gendrina*, *Bischoffa*, *Pouchet*, *Coste'a* и другихъ, пато-

* Op. cit., p. 18.

** Nouv. bibliol. méd. Paris, 1826, т. III, p. 113.

*** Die Lehre von den Geschwülsten. Bd. I, p. 135.

логія этихъ органовъ сдѣлалась предметомъ изслѣдованій со стороны очень многихъ гинекологовъ. Не смотря однако на все это, а также и на то, что до настоящаго времени яичники не перестаютъ быть объектомъ самыхъ тщательныхъ анатомическихъ изслѣдованій,—въ патологіи этихъ органовъ остается еще очень много пробѣловъ, особенно въ отношеніи клиническомъ. Вѣроятно это имѣлъ въ виду Scanzoni, говоря, что патологія яичниковъ въ этомъ отношеніи далеко отстала отъ патологіи матки. Особенно это должно сказать по отношенію къ воспалительнымъ формамъ яичниковъ. Намъ кажется однако, что подобный неуѣшительный взглядъ на разсматриваемый вопросъ сталъ циркулировать въ нашей наукѣ по преимуществу въ самые послѣдніе годы. Не смотря на то, что, начиная съ 30-хъ годовъ настоящаго столѣтія, клиническое понятіе объ оофоритѣ (и различныхъ видахъ его), казалось, установлено на весьма твердой почвѣ, въ послѣднее время вздумали пошатнуть его, утверждая, что въ большинствѣ случаевъ діагностика (клиническая) оофорита весьма шатка и что при этомъ смѣшиваютъ между собою самыя различныя формы воспаления тазовыхъ органовъ. Мы уже здѣсь считаемъ необходимымъ предостеречь начинающаго отъ подобнаго исключительнаго взгляда на этотъ вопросъ и ниже коснемся его болѣе подробно. Пока же не можемъ не замѣтить, что этотъ скептический взглядъ не только не разъяснилъ дѣло, оставшееся темнымъ, но я его считаю положительно вреднымъ въ томъ отношеніи, что, укрѣпившись въ умахъ, онъ несомнѣнно затормозитъ клиническое изученіе, которое одно можетъ выяснить тѣ стороны вопроса, которыя до сихъ поръ остаются еще темными.

Chéreau, Mémoire pour servir à l'étude des maladies des ovaires. Paris, 1843.—Heinrich, Zwei Beobachtungen von Oophoritis mit Uebergang in Eiterung, Zeitschrift f. rationelle Medicin, 1846, p. 56.—Rigby, Medic. Times, 1850, July.—Tilt, Diseases of menstruation and ovarian inflammation. London, 1850.—Henkel, Wiener medic. Wochenschr., 1855, № 12.—Raiborsky, Ovarite folliculeuse suivie de peritonite aigue et terminée par la guérison. Gaz. des hôp., 1856, Nov. p. 522.—Béranel, Orchite et ovarite variolense. Arch. gen. de médéc., 5-e serie, t. XIII.—Mosler, Monatsschr. f. Geburtsk. 1860, Bd. XVI, p. 133.—Gallard, Conférences de clinique médicale. De l'ovarite. Paris 1869.—M. Duncan, Ovaritis. Edinb. medic. journ., v. XVII, 1871, p. 193.—Eddis, Case of abscess of the ovary. Death. Lond. Obstetric. transact. 1872, p. 99.—Славянскій, Die Entzündung der Eierstöcke. Arch. f. Gynaecologie 1872, Bd. III, p. 183.—Mannén, A case of suppurative ovaritis. Philad. medic. and surgic. Reports, 1874.—Merliou, De l'ovarite aigue. Paris, 1877.—Beigel, Wiener med. Wochenschrift, 1878, № 7 u 8.

Подъ именемъ оофорита понимаютъ воспаленіе яичника вообще, не локализуя исходной точки процесса. Если нѣкоторые авторы, писавшіе въ послѣднее время объ этомъ вопросѣ, полагаютъ, что они строго стали различать различныя формы воспаления яичника, смотря потому, какой изъ составныхъ элементовъ ихъ служить исходною точкою воспаленія,—то это нельзя приписать ничему другому, какъ избытку самомнѣнія, или же просто незнанію историко-литературной стороны дѣла. Мы увидимъ ниже, что уже Rokitanisky, а за нимъ въ особенности Kiwisch очень хорошо и тонко различали различные виды оофорита. Для большихъ удобствъ изложенія мы разсмотримъ отдѣльно объ формы, подъ которыми клинически представляется воспаленіе яичника, а именно острую и хроническую.

а) ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНІЕ ЯИЧНИКА.

(Oophoritis acuta).

Въ анатомико-патологическомъ отношеніи Kiwisch раздѣляетъ воспаленіе яичника на три вида: воспаленіе брюшиннаго покрова этого органа—oophoritis serosa или лучше peri-oophoritis и собственно воспаленіе яичника, которое въ свою очередь распадается на воспаленіе железистыхъ элементовъ или фолликуловъ — oophoritis follicularis (oophoritis parenchymatosa) и, наконецъ, воспаленіе стромы (oophoritis interstitialis). Мы не можемъ не указать сразу здѣсь на то, что клинически мы имѣемъ возможность различать только воспаленіе серознаго покрова отъ воспаленія паренхимы; будетъ ли это послѣднее фолликулярное, или интерстиціанальное, — для насъ все равно. Поэтому мы съ самаго начала практической дѣятельности нашей у постели больной и различали только вышеупомянутые два вида, оофоритъ паренхиматозный и періоофоритъ. Впрочемъ, разграничивать рѣзко фолликулярный оофоритъ отъ интерстиціального, даже и на секціонномъ столѣ будетъ не всегда легко, такъ какъ они весьма часто или переходятъ одинъ въ другой или же протекаютъ даже параллельно. Такой знатокъ въ дѣлѣ патологической гистологіи какъ Rindfleisch совѣтуетъ быть осторожнымъ при высказываніи своего мнѣнія насчетъ сосянія яичника, когда дѣло идетъ о кажущихся явленіяхъ гипереміи или кровоизліянія въ отдѣльные граафовы пузырьки и т. д. Онъ высказываетъ это на томъ основаніи, что именно въ этомъ случаѣ въ высшей степени трудно провести грань между явленіями фізіологическими и тѣмъ, что кажется патологическимъ.

При періооофоритѣ, какъ мы уже сказали, дѣло идетъ о воспаленіи брюшиннаго покрова (или лучше брюшинной подстилки) яичника. При этомъ процессъ можетъ представлять различныя степени по отношенію къ распространенію своему. Иногда дѣло ограничивается небольшими воспалительными продуктами, покрывающими пораженный яичникъ и склеивающими его съ сосѣдними органами; иногда же, наоборотъ, воспалительный продуктъ такъ значителенъ, что онъ, буквально, обхватываетъ не только весь яичникъ, но все, что находится въ его сосѣдствѣ. При подобныхъ условіяхъ пораженный яичникъ фиксируется на своемъ нормальномъ мѣстѣ, или же, если онъ смѣщенъ, то при періоофоритѣ онъ будетъ фиксироваться на томъ мѣстѣ, гдѣ захватилъ его процессъ. Если весь яичникъ окружается экссудатомъ и при томъ значительной величины, то обыкновеннымъ послѣдствіемъ его бываетъ уменьшеніе его во всѣхъ размѣрахъ, т. е. послѣдовательная атрофія.

Если дѣло идетъ о паренхиматозной или фолликулярной формѣ воспаленія яичника (oophoritis parenchymatosa s.

follicularis), то процессъ съ особенною любовью поражаетъ тѣ фолликулы, которые разсѣяны по периферіи, и притомъ преимущественно тѣ изъ нихъ, которые находятся еще въ зачаточномъ состояніи. Замѣчаемая при этомъ патолого-гистологическія измѣненія могутъ быть выражены въ весьма различной степени. Жидкое содержимое пораженнаго фолликула мутнѣетъ или даже можетъ становиться гноевиднымъ; эпителий разбухаетъ и подвергается зернистому распаду. Немнѣе глубокимъ измѣненіямъ подвергается и яичко; специфическимъ признакомъ подобнаго измѣненія служитъ исчезаніе зачаточнаго пузырька (*vesicula germinativa*). Разсматриваемый процессъ можетъ поражать отдѣльные фолликулы или же цѣлыя группы ихъ. При этомъ онъ однако весьма рѣдко ограничивается только этими послѣдними, а имѣетъ постоянную склонность распространяться (т. е. переходить) на другіе гистологическіе элементы яичника, т. е. на брюшинный покровъ и строму. Въ какой бы обширной степени ни былъ выраженъ фолликулярный оофоритъ, если процессъ ограничивается только фолликулами, то онъ не влечетъ за собою увеличенія пораженнаго органа, по крайней мѣрѣ на столько, чтобы увеличеніе это могло быть констатируемо клинически. Мы пока указываемъ на этотъ фактъ и снова вернемся къ нему, когда будемъ говорить о распознаваніи различныхъ формъ воспаленій яичника.

Если дѣло идетъ о воспаленіи стромы (*oophoritis interstitialis*), то яичникъ очень значительно и притомъ весьма быстро увеличивается въ объемѣ. При этомъ пораженный яичникъ въ разрѣзѣ представляетъ блестящую поверхность и онъ весь пропитанъ серозною жидкостью. Это то состояніе, которое нѣкоторые гинекологи описывали прежде подъ именемъ *oophoritis serosa*. Въ пораженной стромѣ констатируется въ большомъ числѣ вновь образованные клѣтчатые элементы; что же касается звѣздчатыхъ соединительно-тканныхъ клѣтокъ, то онѣ также представляются увеличенными въ числѣ, хотя по размѣрамъ своимъ онѣ меньше нормальныхъ. При болѣе значительныхъ степеняхъ воспаленія, въ пораженномъ яичникѣ можно констатировать разсѣянные болѣе или менѣе обширныя кровоизліянія въ стромѣ (*oophoritis haemorrhagica*). Въ другихъ же случаяхъ дѣло доходитъ до образованія гноя—*oophoritis suppurativa*. Въ случаяхъ, протекающихъ весьма скоротечно и, если при этомъ воспалительный процессъ достигаетъ значительной степени, весь пораженный яичникъ представляется пропитаннымъ бурю, грязноватою массой, вслѣдствіе чего яичникъ какъ бы расплывается при самомъ легкомъ даже надавленіи на него. Состояніе это описывается нѣкоторыми подъ именемъ некроза яичника (*oophoritis necrotica s. putrescentia ovarii*).

Клиническія явленія, обусловливаемые вышеупомянутыми формами воспаленія яичника, будутъ различны, смотря по тому, съ какою изъ нихъ мы имѣемъ дѣло.

Если дѣло идетъ о воспаленіи серознаго покрова яичника—perioperioritis, то получаемая при этомъ клиническая картина, какъ по отношенію мѣстныхъ, такъ и общихъ явленій, ничѣмъ не будетъ отличаться отъ той, какая бываетъ при воспаленіи тазоваго отдѣла брюшины и съ которою мы познакомились выше (см. периметритъ). Если въ общихъ чертахъ положеніе это совершенно справедливо, то въ частностяхъ здѣсь замѣчается однако нѣкоторая особенность. Хотя періоофорить весьма часто представляется только какъ дальнѣйшее распространеніе периметрита, тѣмъ не менѣе однако мы имѣли нѣсколько разъ возможность наблюдать чистые случаи (идіопатическіе) періоофорита, т. е. гдѣ дѣло шло только о пораженіи серознаго покрова яичниковъ, одного или же обоихъ вмѣстѣ. Въ подобныхъ-то случаяхъ боли, на которыя жалуется больная, достигаютъ иногда такой степени, какой никогда мнѣ не приходилось наблюдать при однихъ только периметритахъ. При этомъ еще характерно то, что боль, по крайней мѣрѣ въ началѣ процесса, сосредоточена всегда въ одной какой либо паховой сторонѣ и весьма скоро переходитъ на верхнюю часть одноименнаго бедра.

О клиническихъ явленіяхъ, обусловливаемыхъ чистымъ фолликулярнымъ воспаленіемъ яичника, не можетъ быть собственно и рѣчи, такъ-какъ съ подобнымъ воспаленіемъ самостоятельнаго характера мы едва ли когда либо будемъ имѣть дѣло. Являясь постоянно какъ спутникъ тяжелыхъ процессовъ, фолликулярный оофорить совершенно отступаетъ на задній планъ. Причиной того, что этотъ видъ оофорита проходитъ незамѣтно, должно считать, безъ сомнѣнія, малую степень чувствительности, которою обладаютъ яичники. Для того, чтобы воспалительное пораженіе паренхимы яичника сказалось клиническими явленіями, т. е. болями, требуется, чтобы при этомъ приняла большее или меньшее участіе брюшина. Слѣдовательно, до тѣхъ поръ пока процессъ не распространился на эту послѣднюю, какое бы количество фолликуловъ ни было поражено, процессъ тѣмъ не менѣе протечетъ совершенно незамѣтно и можетъ быть констатированъ только на секціонномъ столѣ.

Что касается явленій, сопровождающихъ интерстиціальныи оофорить, то, при этомъ, какъ ужъ сказано выше, постоянно и скоро получается болѣе или менѣе значительное увеличеніе пораженнаго органа въ объемъ, вслѣдствіе чего эта форма и даетъ уже болѣе рѣзкую клиническую картину. Кромѣ однако того, что боль при этомъ будетъ упорно держаться въ сторонѣ пораженнаго яичника, явленія не будутъ настолько характерны, чтобы по нимъ однимъ можно было заключить, что дѣло идетъ о воспаленіи того или другаго яичника. Картина будетъ очень похожа на ту, съ которою имѣютъ дѣло при острыхъ воспаленіяхъ тазовыхъ органовъ вообще. Степень боли будетъ обусловливаться степенью участія въ процессѣ брюшины. Боль, держась упорно въ той или другой паховой сторонѣ, черезъ

нѣсколько времени начинаетъ ирадировать какъ вверхъ, такъ и на бедра. При этомъ больныя жалуются на частый позывъ къ мочеиспусканію, которое перѣдко болѣе или менѣе болѣзненно.

Этіологія. Пораженія яичниковъ воспалительнаго свойства, если судить на основаніи анатомико-патологическихъ изслѣдованій, встрѣчаются весьма часто. Въ справедливости этого можно убѣдиться отчасти на основаніи данныхъ, приводимыхъ Непіг'омъ. Объясненіе фактъ этотъ находитъ себѣ въ обстоятельствахъ какъ физиологическихъ, такъ и патологическихъ. Съ одной стороны, если вспомнить физиологическія гипереміи, ежемѣсячно происходящія въ яичникахъ при менструальномъ процессѣ, то въ этомъ нельзя не видѣть располагающей причины къ воспаленіямъ этого органа. Хотя мы нисколько не упускаемъ изъ виду этого этіологическаго обстоятельства, — тѣмъ не менѣе мы не можемъ согласиться съ нѣкоторыми авторами, считающими лопаніе граафовыхъ пузырьковъ само по себѣ иногда достаточною причиною для того, чтобы оно могло вызвать оофоритъ. Мы высказываемся противъ подобнаго взгляда просто ужъ на томъ только основаніи, что при подобныхъ условіяхъ острые оофориты (даже на секціонномъ только столѣ) встрѣчались бы еще гораздо болѣе часто, чѣмъ теперь. Въ отношеніи къ фолликулярному оофориту въ послѣднее время стали указывать на то, что онъ составляетъ очень частый спутникъ различныхъ острыхъ (зимотическихъ) процессовъ. Фактъ этотъ намъ кажется нисколько не удивительнымъ; скорѣе было бы удивительно, если бы это было не такъ. Коль скоро въ упомянутыхъ процессахъ дѣло существенно идетъ о пораженіи паренхиматозныхъ органовъ вообще, то почему процессы эти пощадили бы яичники? Что этотъ quasi новый фактъ, впрочемъ, ничуть не новъ, — доказывается тѣмъ, что онъ давнымъ давно извѣстенъ былъ гинекологамъ и анатомамъ. Такъ, описывали особую форму остраго оофорита, развивающагося во время теченія оспы (*oophoritis variolosa*). Къ этому мы должны еще прибавить, что этого рода фолликулярные оофориты, развивающіеся во время теченія тяжелыхъ общихъ процессовъ, не могутъ имѣть ни малѣйшаго притязанія на какое бы то ни было клиническое значеніе, такъ-какъ, само собою разумѣется, они въ этомъ случаѣ отступаютъ совершенно на задній планъ.

Какое вліяніе оказываютъ на развитіе оофорита отправленія половой сѣры по отношенію къ коиту? Относительно фолликулярной формы здѣсь можно высказывать только предположеніе такого рода, что уклоненія отъ нормы въ этомъ отправленіи (именно эксцессы), поддерживая гипереміи въ половомъ аппаратѣ, должны eo ipso подавать поводъ къ воспаленію фолликуловъ. Все это однако остается лишь предположеніемъ, такъ какъ оно не можетъ быть подтверждено клиническими изслѣдованіями. По крайней мѣрѣ мы не знаемъ, чтобы кто либо обратилъ специальное вниманіе (при секціяхъ) на состояніе яичниковъ у проститутокъ. По отношенію же къ періофориту и воспаленію стромы

яичника, эксцессы in venere играют несомненную роль. Сagus* уже давно указывалъ на это обстоятельство и мы вполне можемъ подтвердить это многими собственными наблюдениями. Вспомнивъ то, что сказано было нами выше о значеніи разсматриваемой причины по отношенію къ периметриту,—для насъ станетъ понятною роль, которую она играетъ и относительно оофорита. Производитъ ли excessus in venere періоофорить непосредственно или же вызываетъ первоначально периметритъ,—для насъ безразлично. Принимая однако въ соображеніе то, что воспаленія тазоваго отдѣла брюшины такъ легко переходятъ на тотъ же покровъ яичника и на строму его, — должно допустить, что чаще всего мы въ этихъ случаяхъ будемъ имѣть дѣло со вторичными воспалительными формами яичника.

Что касается того—на сколько въ происхожденіи какъ періоофорита, такъ и оофорита интерстиціального играетъ роль гонорея,—мы здѣсь распространяться не будемъ и отсылаемъ читателя къ тому, что сказано нами по этому поводу въ главѣ о периметритѣ.

Говоря объ этиологіи острого воспаленія яичника (т. е. съ клинической точки зрѣнія единственно оофорита интерстиціального), мы не можемъ не указать на одно обстоятельство, которое, по нашему мнѣнію, имѣетъ немаловажное значеніе. До сихъ поръ утверждали и продолжаютъ утверждать, что вышеупомянутыя формы воспаленія яичника въ самостоятельномъ видѣ, внѣ пуэрперія, встрѣчаются въ высшей степени рѣдко. Въ особенности это относится къ интерстиціальному оофориту. Мы ни въ какомъ случаѣ не можемъ согласиться съ этимъ и полагаемъ, что мнѣніе это основано на недоразумѣніи. Разумѣется, тѣ, которые не отдѣляютъ періоофорита отъ периметрита, не могутъ въ статистическихъ данныхъ приводить какія либо цифры, которыя указывали бы на то—какъ часто эта форма встрѣчается въ практикѣ. Что же касается оофорита интерстиціального, то въ чистомъ, самостоятельномъ видѣ, т. е. безъ всякихъ другихъ патологическихъ состояній со стороны матки,—онъ встрѣчается очень рѣдко. Но бываетъ не мало и такихъ случаевъ, гдѣ осложняющія оофорить патологическія состоянія со стороны матки и другихъ частей полового аппарата такъ ничтожны, что они отступаютъ совершенно на задній планъ. Въ подобныхъ случаяхъ, на основаніи общепринятаго клиническаго принципа, при обозначеніи патологическаго состоянія, которымъ одержимъ данный субъектъ, мы принимаемъ въ соображеніе тотъ органъ, явленій со стороны котораго выступаютъ (клинически) всего болѣе рѣзко. Чѣмъ мы руководствуемся въ этомъ случаѣ въ діагностическомъ отношеніи,—мы увидимъ ниже. Пока же замѣтимъ только, что какъ періоофориты, такъ и оофориты паренхиматозные, принимаемые въ этомъ смыслѣ, ничуть не составляютъ гинекологи-

* Lehrb. der Gynaecol., Wien. 1832, I B., p. 366.

ческой рѣдкости. По отношенію къ интерстиціальному оофориту я долженъ прибавить, что чисто острая форма встрѣчается дѣйствительно рѣдко. За то хроническая форма и обостренія ея — далеко не рѣдкость. Въ подтвержденіе высказаннаго нами мнѣнія мы ограничимся приведеніемъ только нѣкоторыхъ числовыхъ данныхъ, которыя были подвергнуты нами весьма тщательному разбору. На 2114 больныхъ мы насчитываемъ 68 случаевъ какъ остраго, такъ и хроническаго воспаленія яичника. На это число приходится на острия формы 16, а остальные 52 случая на формы хроническія. Изъ упомянутыхъ 16 случаевъ 11 приходится на острый періоофоритъ и 5 на долю интерстиціального оофорита.

Распознаваніе. Прямое распознаваніе установленныхъ нами двухъ видовъ остраго воспаленія яичника, въ особенности интерстиціального оофорита, въ высшей степени затруднительно. Это главнымъ образомъ относится къ случаямъ остраго оофорита по преимуществу и при томъ существенно потому, что энергическое бимануальное изслѣдованіе, вслѣдствіе чрезмерно сильной боли, не возможно. Едва ли можно рѣшиться въ подобныхъ случаяхъ, какъ совѣтуетъ *Beigel*, прибѣгнуть къ изслѣдованію *per rectum* по способу *Simon'a*. Если бы мы имѣли малѣйшіе подозрѣнія о томъ, что дѣло идетъ объ остромъ воспаленіи того или другаго яичника, то ужъ одного этого подозрѣнія достаточно, чтобы избѣгнуть этого способа, который при подобныхъ именно условіяхъ можетъ быть чрезвычайно вреденъ. Впрочемъ, въ первые дни, когда болѣзненность выступаетъ очень сильно, нечего слишкомъ и настаивать на томъ, чтобы непременно выяснитъ діагностику положительнымъ образомъ. По прошествіи нѣсколькихъ дней, по мѣрѣ того, какъ бурныя явленія улягутся и когда бимануальное изслѣдованіе можно примѣнить настойчивымъ образомъ, распознаваніе можно сдѣлать весьма хорошо и притомъ на основаніи данныхъ, которыя приведены будутъ ниже. Тѣмъ, что распознаваніе въ данномъ случаѣ дѣляется не тотчасъ, не непосредственно, — большой не наносится никакого ущерба, такъ какъ планъ терапевтической отъ этого нисколько не измѣняется. Чтожъ касается распознаванія періоофорита, то даже на высотѣ процесса оно гораздо легче. При наружномъ изслѣдованіи констатируется помощью ощупыванія усиленная резистенція въ той или другой паховой сторонѣ. Тоже самое должно сказать о боли, сосредоточенной по преимуществу и главнымъ образомъ въ одномъ паху. Мы указываемъ на это явленіе, такъ какъ оно имѣетъ несомнѣнное дифференціально-диагностическое значеніе, потому что при чистыхъ периметридахъ, какъ усиленная резистенція, такъ равно и боль распределяются почти равномерно въ обѣихъ паховыхъ сторонахъ одинаково. При внутреннемъ (бимануальномъ) изслѣдованіи мы найдемъ въ той или другой половинѣ таза (въ поперечномъ діаметрѣ) туморъ плотной консистенціи, неровной поверхности и чрез-

вычайно чувствительный на ощупь. Тumorъ этотъ занимаетъ ту или другую яичниковую сторону и абсолютно неподвиженъ. При этомъ дно матки смѣщено въ противоположную сторону. Матка при этомъ также отчасти теряетъ свою нормальную подвижность. При подобныхъ условіяхъ очевидно не трудно констатировать — съ чѣмъ имѣемъ дѣло. Если же періоофоритъ развивается послѣдовательно, а именно во время теченія периметрита, то при значительной величинѣ эксудата, прямое распознаваніе періоофорита становится невозможнымъ; да оно въ этомъ случаѣ и не имѣетъ особеннаго клиническаго значенія, такъ какъ періоофоритъ отступаетъ на задній планъ, въ виду процесса болѣе обширнаго, именно периметрита.

Предсказаніе. Фоликулярный оофоритъ, не имѣющий, какъ мы уже знаемъ, никакого клиническаго значенія, по отношенію къ предсказанію, однако, получаетъ его въ томъ смыслѣ, что онъ, если достигаетъ значительнаго распространенія, можетъ вести къ глубокимъ измѣненіямъ граафовыхъ пузырьковъ, а можетъ быть даже къ послѣдовательному развитію фолликулярныхъ кистъ. Можетъ ли при подобныхъ условіяхъ фолликулярный оофоритъ вести къ безплодію, какъ нѣкоторые утверждаютъ, мнѣ кажется сомнительнымъ, принимая въ соображеніе громадное число граафовыхъ пузырьковъ. Что касается періоофорита, то въ отношеніи прогностическомъ онъ такъ близко примыкаетъ къ периметриту, что считаемъ излишнимъ особенно распространяться на этотъ счетъ. По отношенію къ интерстиціальному воспаленію яичника должно замѣтить, что предсказаніе при немъ весьма серьезно. Полное разрѣшеніе воспаленія встрѣчается весьма рѣдко. Обыкновенно яичникъ остается въ болѣе или менѣе значительной степени увеличеннымъ въ объемѣ и, обостряясь подъ влияніемъ тѣхъ или другихъ причинъ, подаетъ поводъ къ продолжительному и тяжкому страданію. Вообще должно допустить, что способность къ разрѣшенію острого оофорита въ высшей степени ничтожна и вслѣдствіе-то этого, относительно, столь часто встрѣчается та форма, которую мы ниже разсмотримъ подъ именемъ хроническаго интерстиціального оофорита. Да и кромѣ этого, предсказаніе при острой формѣ этого страданія серьезно и по тѣмъ непосредственнымъ опасностямъ, которыя она можетъ повести за собою. Съ одной стороны, мы уже видѣли выше, что процессъ имѣетъ большую склонность переходить какъ на сосѣдніе органы, такъ и въ особенности на брюшину. Этимъ дана причина того, что воспалительный процессъ можетъ получить обширное распространеніе и если даже не повлечетъ за собою смертельнаго исхода, то все таки оставитъ болѣе или менѣе глубокіе слѣды, которые не могутъ не отзываться на организмъ больной самымъ неблагоприятнымъ образомъ.

Прежде очень много толковали объ одномъ изъ исходовъ острого воспаленія яичниковъ, а именно объ образованіи въ нихъ нарыва (abscessus ovarii). Нѣтъ никакого сомнѣнія, что

клиницисты въ этомъ отношеніи сильно увлекались и описывали тазовые нарывы самаго различнаго происхожденія, какъ яичниковые нарывы. Такъ наприм., Tilt на 26 случаевъ остраго оофорита насчитываетъ 20 (!) случаевъ перехода въ нарывъ. Тѣмъ не менѣе однако, въ литературѣ есть нѣсколько несомнѣнныхъ случаевъ этого исхода оофорита внѣ родильнаго состоянія. Сюда должно отнести случаи Simpson'a * (въроятно?), Ch. West'a **, Mosler'a *** и Eddis'a ****. Хотя нельзя отрицать, что переходъ остраго воспаленія въ нагноеніе составляетъ очень серьезное состояніе, тѣмъ не менѣе однако, нельзя не упускать изъ виду и того, что оно встрѣчается въ высшей степени рѣдко и, кромѣ того, исходъ при этомъ большею частью благоприятный, такъ какъ яичниковые абсцессы имѣютъ большую наклонность вскрываться въ сосѣдніе органы, какъ то: въ одинъ только пузырь или же пузырь и прямую кишку (West, Mosler) и очень рѣдко только въ брюшину (Eddis).

Терапія. Если бы мы имѣли дѣло съ острымъ періоофоритомъ, а также оофоритомъ интстириціальнымъ въ чистой формѣ, т. е. безъ осложненія со стороны другихъ частей полового аппарата или же тазовой брюшины,—то мы немедленно примѣнили бы весь противувоспалительный аппаратъ. Тоже самое, впрочемъ, пришлось примѣнять и при осложненіяхъ. Слѣдовательно, придется примѣнить всѣ тѣ средства, которыхъ мы подробно коснулись уже, говоря о периметритѣ. По протекеніи бурной картины, когда воспалительный процессъ не разрѣшился окончательно, придется поступать такъ, какъ сказано будетъ ниже, т. е. при хроническомъ оофоритѣ. Въ случаѣ исхода интерстиціального оофорита въ нагноеніе, — если бы распознаваніе имѣло хоть сколько нибудь твердое основаніе,—нужно приступить къ вскрытію абсцесса. Въ отношеніи діагностическомъ здѣсь могутъ встрѣтятся непреодолимые препятствія, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ о пораженіи праваго яичника, такъ какъ въ первое время весьма трудно будетъ рѣшить—имѣемъ ли мы дѣло съ абсцессомъ яичника, или же съ нагноившимся перитифлитомъ. Мы говоримъ это на основаніи одного случая, приводимаго Ch. West'омъ. Въ случаѣ же сколько-нибудь вѣрной діагностики должно приступить къ опорожненію гноя путемъ аспиратора Dieulafoy и при томъ черезъ рукавъ.

* Clinic. Lectur. on diseases of women, London. 1872, p. 109.

** Руководство къ гинекологіи (вѣм. пер.), 3 изд. стр. 586.

*** Monatschr. f. Geburtsk. Bd. XVI, p. 133.

**** London. Obstetr. Transact. V. XIII p. 99.

b) Хроническое воспаление яичника.

(Oophoritis chronica).

Подъ этимъ именемъ я главнымъ образомъ понимаю такую болѣзненную форму, которая развивается изъ остраго интерстиціального оофорита, или же и такіе случаи, гдѣ процессъ въ этой формѣ развился самостоятельно, причѣмъ теченіе его съ самаго начала имѣло не бурный, острый, а хроническій характеръ. Нѣкоторые изъ новѣйшихъ авторовъ, какъ напр. *Beigel*, *Olshausen* и др., совершенно справедливо утверждаютъ, что, по отношенію къ острой и хронической формамъ оофорита, между патолого-анатомами по ремеслу и клиницистами существуютъ весьма значительныя разногласія. Въ самомъ дѣлѣ, въ то время какъ острый оофоритъ (фолликулярный), какъ послѣдовательное состояніе, встрѣчается, по словамъ анатомовъ, столь часто и поэтому изученъ очень подробно и со всѣхъ сторонъ, клиницисты указываютъ на то, что въ практикѣ онъ встрѣчается весьма рѣдко. По отношенію же къ хроническому оофориту, имѣютъ мѣсто совершенно обратныя отношенія. По словамъ анатомовъ, это—форма, которая встрѣчается въ высшей степени рѣдко; клиницисты же утверждаютъ, что это ничуть неправда и что хроническій оофоритъ не составляетъ вовсе рѣдкаго явленія въ практикѣ. Кто правъ? Мнѣ кажется, что какъ тѣ, такъ и другіе, съ своей точки зрѣнія, совершенно правы. Анатомы дѣйствительно весьма рѣдко будутъ имѣть возможность изслѣдовать хроническій оофоритъ на секціонномъ столѣ, такъ какъ отъ этой патологической формы не умираютъ. Клиницисты же, въ свою очередь, нерѣдко имѣютъ случай встрѣчаться съ этой формой у постели. Какъ бы то ни было, но на основаніи того, что мнѣ приходилось видѣть до сихъ поръ въ этомъ отношеніи, для меня не подлежитъ ни малѣйшему сомнѣнію, что хроническій оофоритъ (интерстиціальныи) составляетъ, относительно, довольно частое страданіе въ ряду гинекологическихъ явленій, заслуживаетъ самаго серьезнаго вниманія со стороны клинициста. Такъ-какъ въ послѣдніе годы сдѣлалось какъ бы модою указывать на то, что хроническій оофоритъ составляетъ нѣчто очень проблематическое и что діагностицированіе его едва ли возможно (?), то мы считаемъ нужнымъ остановиться на этомъ вопросѣ нѣсколько болѣе подробно.

Въ анатомико-патологическомъ отношеніи разсматриваемая патологическая форма можетъ представлять весьма различныя явленія. Пораженный органъ представляется болѣе или менѣе значительно увеличеннымъ въ объемѣ, причѣмъ онъ или сохраняетъ свою нормальную, т. е. продолговатую форму, или же болѣе закругляется. Исходною точкою процесса, какъ мы уже видѣли, служитъ строма; впрочемъ, процессъ можетъ одинаково переходить на нее какъ съ брюшины, такъ и съ фоллику-

ловъ. Откуда бы процессъ ни началъ развиваться, мы постоянно будемъ имѣть дѣло съ увеличеніемъ соединительно-тканныхъ элементовъ, причемъ въ пораженной стромѣ констатируются разсѣянные тамъ и сямъ болѣе или менѣе значительные экстравазаты. Въ другихъ случаяхъ наблюдаются несомнѣнные слѣды разсѣянныхъ гнойныхъ фокусовъ, характеризующихся въ видѣ зарубцованныхъ мѣстъ. Само собою понятно, чѣмъ болѣе выражены измѣненія со стороны стромы яичника, тѣмъ болѣе это должно отзываться на состояніи фолликулярнаго слоя. Въ случаяхъ очень рѣзко выраженаго хроническаго воспаленія дѣло должно окончиться запусѣваніемъ болѣе или менѣе обширныхъ группъ граафовыхъ пузырьковъ.

Клиническія явленія, обусловливаемые хроническимъ оофоритомъ *, по степени своей бываютъ различны и разница эта существенно зависитъ отъ продолжительности и степени процесса. Что касается мѣстныхъ явленій, на которыя главнымъ образомъ жалуются больныя, то въ особенности должно указать на боль, сосредоточенную въ одномъ или обоихъ пахахъ (если дѣло идетъ объ oophoritis duplex). Тѣ больныя, у которыхъ боль выступаетъ слабо, или, по крайней мѣрѣ, не очень сильно, упорно жалуются на ощущеніе тяжести въ тазовой сторонѣ. Какъ боль, такъ и ощущеніе тяжести то ослабѣваютъ, то на оборотъ, усиливаются, въ особенности подъ вліяніемъ всякаго усиленнаго движенія, какъ-то ходьбы, долгаго стоянія на ногахъ и проч. Что касается отпавленій половой сѣры, то, мы въ особенности должны указать на разстройство мѣсячныхъ. Эти послѣднія могутъ представлять всевозможныя неправильности, въ особенности относительно характера, т. е. онѣ болѣзненны. Болѣзненность эта имѣетъ конгестивный характеръ (dysmenor. congestiva), причемъ она достигаетъ весьма высокой степени, продолжаясь почти все время каждаго менструальнаго періода и достигаетъ своего maximum'a въ первые дни. Нѣкоторые авторы указываютъ на то, что при хроническомъ оофоритѣ, иногда на второй недѣлѣ по окончаніи мѣсячныхъ, сопровождающія ихъ боли снова ожесточаются, держатся болѣе или менѣе продолжительное время и затѣмъ снова ослабѣваютъ. Въ другомъ мѣстѣ этого сочиненія мы ужъ указали на то, что изъ этого явленія нѣкоторые гинекологи дѣлаютъ особенный видъ разстройства мѣсячныхъ, описывая его подъ именемъ промежуточныхъ болей (dolores intramenstruales, Mittelschmerz). Если разсматриваемый нами процессъ вле-

* Мы считаемъ нужнымъ снова здѣсь указать на то, что какъ при описаніи клинической картины, такъ и при дальнѣйшемъ изложеніи хроническаго оофорита мы имѣемъ главнымъ и единственнымъ образомъ въ виду хроническій интерстиціальнй оофоритъ, такъ какъ оофоритъ фолликулярный не составляетъ въ сущности клинической формы. Что же касается хроническаго періооферита, то онъ такъ тѣсно примыкаетъ къ такому же периметриту, что считаемъ совершенно излишнимъ снова касаться его.

четь за собою болѣе или менѣе значительныя гипереміи въ маткѣ, то мѣсячныя при этомъ бывають нерѣдко болѣе или менѣе обильны. На основаніи этой же причины, въ нѣкоторыхъ случаяхъ у больныхъ являються болѣе или менѣе обильныя кровотечения изъ половой сферы и помимо менструальныхъ періодовъ. Что касается способности къ зачатію у больныхъ, страдающихъ оофоритомъ, то она несомнѣнно понижена, но нисколько не уничтожается вовсе, какъ нѣкоторые утверждаютъ. Въ журналахъ нашихъ отмѣчено нѣсколько больныхъ, у которыхъ констатированъ былъ несомнѣннымъ образомъ довольно значительный оофоритъ съ той или другой стороны и которыя тѣмъ не менѣе забеременѣли на нашихъ глазахъ. Правда, подобныя женщины очень нерѣдко выкидываютъ, но обстоятельство это должно приписать, вѣроятно, не столько собственно оофориту, сколько различнымъ осложненіямъ со стороны матки (*metritis diffusa*, измѣненія въ положеніи и очертаніи и пр.).

Что касается общихъ или рефлекторныхъ явленій, сопровождающихъ разсматриваемое нами патологическое состояніе, то они бывають также различны по силѣ и составляютъ постоянный спутникъ его. При пораженіи одного изъ яичниковъ боль изъ паховой стороны весьма часто иррадируетъ на одноимянное бедро и съ особеннымъ постоянствомъ распространяется вверхъ, гдѣ и сосредоточивается преимущественно въ области спинныхъ позвонковъ. Впрочемъ, едва ли есть какая либо невралгія, которую не пришлось бы наблюдать при оофоритахъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, если дѣло не доходитъ до рѣзко выраженныхъ невралгій, то нерѣдко находятъ чрезвычайно возвышенную чувствительность большаго или меньшаго числа позвонковъ. Болѣзненность эта обнаруживается не только при надавливаніи, но иногда больныя жалуются и на произвольныя боли на различной высотѣ позвоночника. Явленія эти составляютъ ту картину, которой прежде придавалось такое значеніе въ старинной патологіи и которая описывалась подъ именемъ *irritatio spinalis*. Кромѣ этого, у больныхъ, страдающихъ оофоритомъ, мы обыкновенно имѣемъ дѣло съ цѣлымъ рядомъ болѣе или менѣе рѣзко выступающихъ явленій со стороны различныхъ отдѣловъ нервной системы, которыхъ мы здѣсь приводить не станемъ, такъ-какъ они разсмотрѣны нами уже въ другомъ мѣстѣ нашего сочиненія (см. ч. I, стр. 364).

Говоря о рефлекторныхъ явленіяхъ, сопровождающихъ хроническіе оофориты, я не могу не остановиться на томъ, — какъ часто они встрѣчаются при страданіяхъ яичника и въ частности при разсматриваемой нами формѣ? Рѣшить этотъ вопросъ прямыми статистическими данными мы, къ сожалѣнію, не можемъ. Но на основаніи всего того, что мнѣ приходилось до сихъ поръ наблюдать въ этомъ отношеніи на весьма значительномъ матеріалѣ, я долженъ здѣсь подтвердить только то, что высказано нами на этотъ счетъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ (ч. I, стр. 368).

Клиницисты въ этомъ отношеніи впади въ ту крайность, что одни утверждали, что рефлекторныя явленія, замѣчаемыя при страданіяхъ женской половой сферы, обуславливаются главнымъ образомъ разстройствомъ матки, другіе же происхождение ихъ приписывали главнымъ и единственнымъ образомъ страданіямъ яичниковъ и въ особенности хроническому интерстиціальному воспаленію ихъ. Извѣстно напр., что Chereau даже на этомъ основаніи предложилъ старинное названіе *histeriasis* перемѣнить на *oophoriasis*. Нѣтъ никакого сомнѣнія въ томъ, что какъ первый, такъ и второй взглядъ на рассматриваемый вопросъ составляетъ крайность. Нужно однако сказать, что второй взглядъ гораздо ближе къ истинѣ. Мы съ каждымъ годомъ все болѣе и болѣе убѣждаемся въ томъ, что, по отношенію къ рефлекторнымъ явленіямъ, въ этиологическомъ отношеніи изъ всѣхъ разстройствъ половой сферы наиболѣе выдающуюся роль играютъ разстройства яичниковъ. Случаи такъ называемой истерики, приводящіе въ положительное отчаяніе врача, принадлежатъ именно къ этой категоріи. Я поэтому не могу здѣсь не высказать удивленія относительно того, что *Olshausen*, въ новѣйшей монографіи своей о патологіи яичниковъ, увѣряетъ, что онъ не замѣчалъ, чтобы при хроническомъ оофоритѣ истерическая картина выступила особенно рѣзко (!).

По отношенію къ теченію хроническаго оофорита, должно сказать, что въ этомъ случаѣ замѣчаются весьма рѣзкія колебанія: то всѣ явленія, какъ мѣстныя, такъ и общія вдругъ какъ бы обостряются, становясь чрезвычайно мучительными для больной, то, наоборотъ, затихаютъ на болѣе или менѣе продолжительное время. Но ни разу я не видалъ ни одного случая оофорита, въ которомъ бы больныя вовсе не жаловались.

При объективномъ изслѣдованіи помощью ощупыванія (*resp.* надавливанія) можно всегда констатировать болѣе или менѣе значительную боль въ той или другой паховой сторонѣ, или же въ обѣихъ вмѣстѣ, если дѣло идетъ о двойномъ оофоритѣ. Впрочемъ, степень боли, вызываемой ощупываніемъ, прямо обуславливается положеніемъ пораженнаго яичника: если онъ остается на нормальномъ своемъ мѣстѣ, то уже иногда легкаго надавливанія на одноимянную паховую сторону совершенно достаточно для того, чтобы вызвать очень сильную, нерѣдко нестерпимую боль. Если же, наоборотъ, пораженный яичникъ смѣщенъ внизъ, то надавливаніе снаружи, даже самое энергичное, не въ состояніи вызвать сколько нибудь значительную боль. При внутреннемъ изслѣдованіи, сильно надавливая снаружи, всегда можно добраться до пораженнаго яичника и констатировать какъ степень его чувствительности, такъ и увеличенія его. Обыкновенно при этомъ констатируется опухоль, чаще продолговатой формы, болѣе или менѣе плотной консистенціи и съ почти ровною поверхностью. Если пораженный яичникъ не смѣщенъ, то упомянутая опухоль помѣщается въ поперечномъ діаметрѣ

таза, съ той или другой стороны маточнаго дна. Въ другихъ же случаяхъ, гдѣ воспаленный яичникъ оставилъ свое нормальное мѣсто, онъ становится еще болѣе доступнымъ для изслѣдующаго пальца, такъ-какъ пораженный органъ опускается обыкновенно болѣе или менѣе низко, помѣщаясь чаще всего въ одномъ изъ боковыхъ сводовъ, или же въ дугласовой складкѣ. Впрочемъ, о смѣщеніи яичника подробнѣе будетъ упомянуто ниже.

Этіологія. Мы выше уже указали на то, что хроническій оофоритъ (интерстиціальнй) составляетъ, относительно, довольно частое страданіе. Если возьмемъ одного изъ новѣйшихъ писателей по этому предмету, именно *Olshausen'a*, то мы увидимъ, что сообщаемыя имъ на этотъ счетъ данныя очень близко подходятъ къ приведеннымъ нами выше цифрамъ. *Olshausen* на 900 гинекологическихъ больныхъ насчитываетъ 12 случаевъ хроническаго оофорита, причеиъ допускаетъ, что нѣсколько случаевъ было имъ просмотрѣно. Что касается возраста больныхъ, въ которомъ мы чаще всего имѣемъ дѣло съ разсматриваемою нами патологическою формою,—то наши личныя наблюденія совершенно сходятся въ этомъ отношеніи съ *Duncan'омъ*, *Olshausen'омъ* и др. Чаще всего мы наблюдали оофоритъ у очень молодыхъ женщинъ, а именно между 20—26 годами. Весьма рѣдко оофоритъ хроническій развивается изъ острой формы; мы высказываемъ это на основаніи анамнестическихъ данныхъ, которыя намъ приходилось слышать отъ нашихъ больныхъ. Чаще всего хроническій оофоритъ развивается исподволь, такъ что начало болѣзни обыкновенно проходитъ незамѣтно для больной. То, что въ практикѣ иногда описывается какъ острая форма, вѣроятно весьма часто ничто иное, какъ обостреніе стараго оофорита. Если не подлежитъ сомнѣнію, что въ большинствѣ случаевъ хроническій оофоритъ развивается исподволь и тихо, то спрашивается, какаѧ же ближайшая причина этого? Внимательный разборъ нашихъ клиническихъ наблюденій приводитъ насъ къ тому выводу, что существенную этиологическую роль здѣсь играютъ эксцессы въ половомъ отношеніи. Лучшимъ доказательствомъ этого служить то обстоятельство, что разсматриваемую патологическую форму мы столь часто встрѣчаемъ у женщинъ очень молодыхъ и притомъ чаще всего въ первые мѣсяцы послѣ ихъ замужества, т. е. въ ту пору, когда такъ часто грѣшатъ противъ умѣренности. Если *Scanzoni* не безъ причины указываетъ въ этиологическомъ отношеніи по поводу *metritis diffusa* на вешедшія въ моду въ извѣстныхъ кружкахъ поѣздки новобрачныхъ послѣ свадьбы, — то обстоятельство это, по нашему мнѣнію, имѣетъ, можетъ быть, еще большее значеніе относительно хроническаго оофорита... Во второмъ ряду по отношенію къ происхожденію оофорита стоятъ воспалительные процессы сосѣднихъ органовъ, въ особенности же матки и фаллопиевыхъ трубъ, съ которыхъ процессъ распространяется на строму одного или обоихъ яичниковъ. Что различные процессы общіе могутъ повлечь за собою

оофорить, мы уже видѣли выше. Изъ процессовъ хроническихъ нѣкоторые указываютъ въ этомъ отношеніи въ особенности на сифилисъ: такъ, Nélaton описываетъ особенную форму прямо подъ именемъ оорhoritis syphilitica.

Что касается того—что встрѣчается чаще въ практикѣ: поражение одного, или же обоихъ яичниковъ вмѣстѣ, — то большинство утверждаетъ, что послѣднее обстоятельство составляетъ болѣе частое явленіе. Фактъ этотъ объясняютъ тѣмъ, что воспалительный процессъ имѣетъ большую наклонность переходить съ одного яичника на другой. Правда, воспаление обоихъ яичниковъ встрѣчается довольно часто; но тѣмъ не менѣе мы видѣли нѣсколько экзквизитныхъ случаевъ односторонняго оофорита, продолжавшагося весьма долго, причемъ второй яичникъ оставался нетронутымъ.

Всѣ согласны въ томъ, что лѣвый яичникъ поражается несравненно чаще праваго. Чѣмъ объяснить этотъ фактъ? Нѣкоторые видятъ причину этого въ болѣе близкомъ сосѣдствѣ лѣваго яичника къ прямой кишкѣ, другіе же (Courtъ)—въ большей длинѣ яичниковыхъ и почечныхъ сосудовъ на лѣвой сторонѣ. Изъ цифръ, приводимыхъ Chéreau, видно, что на 40 случаевъ оофорита, лѣвый яичникъ пораженъ былъ 25 р., правый 11 и въ 4-хъ (только?) случаяхъ имѣли дѣло съ двойнымъ оофоритомъ.

Распознаваніе. Мы выше уже указали на то, что въ послѣдніе годы стали раздаваться въ нашей наукѣ голоса противъ того, что клиническою діагностикою оофорита чрезмѣрно злоупотребляютъ и что подобное распознаваніе болѣею частью весьма шатко. То, что обыкновенно бываетъ въ подобныхъ случаяхъ, повторилось и здѣсь: увлеклись этимъ новымъ (?) положеніемъ и стали повторять его, нисколько не вникая въ его сущность. Прежде всего мы должны указать на то, что это мнимо новое положеніе въ нашей наукѣ ничуть не ново. Уже въ 30-хъ годахъ Lisfranc и за нимъ многіе другіе утверждали, что оофорить вообще діагностицируется въ высшей степени трудно и что его нельзя отличить отъ воспалительныхъ формъ придаточныхъ частей матки. Самымъ положительнымъ образомъ формулировалъ это положеніе недавно еще одинъ изъ учениковъ Lisfranc'a-Nona't. Если это говорилось въ 30-хъ годахъ, то въ этомъ нѣтъ ничего удивительнаго, такъ-какъ въ то время бимануальный способъ изслѣдованія былъ развитъ еще очень слабо. Но странно это слышать теперь, когда должно допустить, что въ этотъ длинный промежутокъ времени гинекологическая діагностика сдѣлала же какіе нибудь успѣхи, хоть бы и самыя скромныя....

Разсмотримъ теперь вторую половину вышеприведеннаго положенія, а именно: дѣйствительно ли распознаваніе оофорита представляетъ столь значительныя затрудненія?

Послѣ того, какъ В. Schultze, въ Іенѣ, указалъ на то, что весьма нерѣдко энергическимъ бимануальнымъ изслѣдованіемъ

можно ощупать нормальные, неизмѣненные яичники, большинству клиницистовъ удалось убѣдиться въ совершенной справедливости этого факта. Для этого необходимо дать изслѣдуемому субъекту горизонтальное положеніе на спинѣ съ сильно приподнятымъ тазомъ и брюшные мускулы должны быть ослаблены до послѣдней возможности. Затѣмъ изслѣдующій палецъ ведется въ тотъ или другой боковой сводъ и долженъ остановиться почти на срединѣ между бокомъ маточнаго дна и одноименной стѣнкой таза. Надавливая теперь постепенно, но сильно снаружи лѣвою рукою, намъ весьма часто удается ощупать искомый яичникъ, который узнается по характернымъ анатомическимъ особенностямъ своимъ, а именно по продолговатой формѣ, неодинаковымъ концамъ (наружный и внутренній) и по тому, что онъ слегка сплюснутъ спереди назадъ. Я столь часто убѣждался самъ въ этомъ фактѣ и столь часто безъ особеннаго труда демонстрировалъ его моимъ слушателямъ, что уже давно не имѣю ни малѣйшаго повода сомнѣваться въ справедливости того, что высказано на этотъ счетъ Schultze.

Если дѣло дѣйствительно такъ, т. е. если мы при энергическомъ бимануальномъ изслѣдованіи можемъ нерѣдко ощупать яичники совершенно нормальные, то само собою понятно, что съ тѣмъ большимъ правомъ мы можемъ это утверждать на счетъ яичниковъ, увеличенныхъ хоть сколько нибудь въ объемѣ. При этомъ должно принять въ соображеніе еще одно очень важное обстоятельство, а именно то, что увеличенный въ объемѣ яичникъ имѣетъ наклонность опускаться внизъ по проводной линіи таза, т. е. приближается въ большей или меньшей степени къ изслѣдуемому пальцу. Мы пока констатируемъ этотъ фактъ, такъ-какъ ниже, говоря о смѣщеніяхъ яичника, коснемся его еще ближе. Въ виду всего этого, для насъ въ настоящее время совершенно непонятно — какимъ образомъ можно утверждать, что пораженный воспалительнымъ процессомъ яичникъ (мы имѣемъ здѣсь въ виду воспаленіе интерстиціальное) ускользаетъ отъ изслѣдованія. Особенно непонятнымъ это намъ кажется со стороны тѣхъ, которые, утверждая это, въ тоже время допускаютъ, что обыкновенныя смѣщенія яичника подлежатъ клинической діагностикѣ. По нашему мнѣнію, діагностика оофорита обезпечивается двумя обстоятельствами, а именно: увеличеніемъ пораженнаго яичника въ объемѣ (специфическое явленіе при интерстициальномъ оофоритѣ) и стремленіемъ его измѣнить свое мѣсто въ тазу.

Какія явленія должны быть найдены при гинекологическомъ изслѣдованіи для того, чтобъ мы имѣли право установить распознаваніе — интерстиціальныи оофоритъ? При изслѣдованіи въ томъ видѣ, какъ указано выше, мы констатируемъ въ томъ или другомъ боковомъ сводѣ, въ одномъ изъ косыхъ диаметровъ таза, опухоль продолговатаго очертанія, весьма рѣдко закругленную, чаще же вытянутую значительно въ длину, съ

однимъ болѣе заостреннымъ концомъ; опухоль эта плотной консистенціи, но далеко меньшей плотности, чѣмъ обыкновенные экссудаты. Между этой опухолью и даннымъ бокомъ матки констатируется борозда, въ которую можно помѣстить изслѣдующій палецъ. Чувствительность этой опухоли будетъ различна, смотря по давности процесса; во всякомъ случаѣ, ее констатировать очень легко, если производить на нее давленіе изслѣдующимъ пальцемъ. Одно изъ очень важныхъ свойствъ описываемой опухоли состоитъ въ большей или меньшей подвижности ея. Вслѣдствіе-то этого, ее можно безъ всякаго труда смѣстить въ извѣстномъ направленіи, а именно вверхъ съ того мѣста, гдѣ ее напелъ изслѣдующій палецъ. Вправивши ее вверхъ, не трудно убѣдиться въ томъ, что она вскорѣ снова опускается. Если же пораженный яичникъ склеенъ съ окружающими частями, а именно маткою, то при діагностикѣ мы руководствуемся всѣми вышесказанными явленіями ми ну сь подвижности.

Мнѣ кажется, что всѣхъ вышеприведенныхъ явленій, добываемыхъ путемъ изслѣдованія, совершенно достаточно для того, чтобы облегчить себѣ прямое распознаваніе оофорита. Въ самомъ дѣлѣ, если подобныя явленія даны, спрашивается: что это можетъ быть другое, кромѣ увеличеннаго въ объемѣ яичника? Какія бы натяжки мы не сдѣлали, трудно будетъ остановиться на какомъ либо другомъ предположеніи. Положимъ, что кто либо сталъ бы скептически относиться къ подобной діагностикѣ и сталъ бы утверждать, что то, что мы назвали оофоритомъ, ничто иное, какъ периметритъ. Подобное предположеніе не трудно было бы опровергнуть тѣмъ, что просто спросили бы его: кто когда либо видалъ периметриты, которые бы имѣли анатомическіе контуры яичника и были бы подвижны? Если дѣло идетъ о свѣжемъ периметритѣ, то уже знаемъ, что экссудатъ помѣщается главнымъ образомъ въ заднемъ сводѣ и притомъ имѣетъ характерную (треугольную) форму. Если мы имѣемъ дѣло въ боковыхъ сводахъ съ остатками периметрита, то, по истинѣ, мы ни разу не встрѣчали ни одного подобнаго случая въ которомъ экссудатъ хоть приблизительно имѣлъ бы такую форму, какъ мы это видимъ при оофоритѣ. При этомъ мы уже даже не принимаемъ въ соображеніе и степень чувствительности и другія обстоятельства. Мы остановились особенно на дифференціальной діагностикѣ между оофоритомъ и периметритомъ, такъ-какъ скептики указываютъ преимущественно на мнимыя діагностическія трудности въ этомъ отношеніи. Точно также не трудно доказать какимъ образомъ отличить оофоритъ отъ параметрита, phlegmone periuteri. и пр. Мы же не дѣлаемъ этого здѣсь потому, что это было бы совершенно излишне послѣ того, что сказано нами въ различныхъ мѣстахъ этого сочиненія о распознаваніи этихъ патологическихъ формъ.

На основаніи всего вышесказаннаго, намъ кажется позволено прійти къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Интерстиціальный оофоритъ представляетъ столь характерныя данныя, добываемыя путемъ тщательнаго гинекологическаго изслѣдованія, что прямое распознаваніе его нисколько не затруднительно.

2. Тоже самое должно сказать и на счетъ распознаванія дифференціального.

Предсказаніе при хроническомъ оофоритѣ весьма серьезно во многихъ отношеніяхъ. Начать съ того, что онъ нерѣдко весьма упорно противустоитъ терапіи, въ особенности тамъ, гдѣ нельзя устранить тѣ неблагопріятныя условія, подъ влияніемъ которыхъ онъ развился. Во вторыхъ, даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ извѣстныя терапевтическія мѣры привели, повидимому, къ желаемому результату, улучшеніе состоянія больной нерѣдко продолжается только нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ, такъ-какъ болѣзнь имѣетъ чрезвычайную склонность обостриться и рецидивировать. Третье обстоятельство, вслѣдствіе котораго мы назвали прогностику въ этомъ случаѣ неблагопріятною, состоитъ въ томъ, что хроническій оофоритъ весьма нерѣдко сопровождается столь тяжкими рефлекторными явленіями, что больныя становятся истинными мученицами въ буквальномъ значеніи этого слова. Вирочемъ, мы считаемъ нужнымъ прибавить, что въ нѣкоторыхъ, правда, весьма рѣдкихъ случаяхъ хроническій оофоритъ протекаетъ безъ особенно тяжелыхъ явленій. Мало того, въ двухъ случаяхъ, гдѣ мы имѣли дѣло съ весьма рѣзко выступавшимъ оофоритомъ, наступила беременность и въ одномъ изъ нихъ дошла до нормальнаго срока. M. Duncan также описываетъ подобные случаи.

Леченіе хроническаго оофорита составляетъ одну изъ самыхъ трудныхъ и, вмѣстѣ съ тѣмъ, очень скучныхъ задачъ обыденной гинекологической практики. Но въ этомъ отношеніи я долженъ повторить тоже самое, что было сказано нами относительно терапіи хроническаго метрита: если не потерять терпѣнія и если у больной хватить выдержки, то и здѣсь можно достигнуть немаловажныхъ результатовъ. Одну изъ существенныхъ задачъ терапіи въ данномъ случаѣ составляетъ то, чтобы самымъ тщательнымъ образомъ устранить отъ больной все то, что прямо или косвенно раздражаетъ половую сферу и усиливаетъ приливы къ тазовымъ органамъ. Въ первомъ отношеніи должно запретить coitum до тѣхъ поръ, пока не исчезнутъ чувствительность или болѣзненность со стороны пораженнаго яичника. Во второмъ отношеніи мы запрещаемъ продолжительную ходьбу, взбираніе по лѣстницамъ и вообще всякое сколько нибудь усиленное движеніе. Вмѣстѣ съ этими гигиеническими мѣрами назначаемъ надлежащую діету и тщательно регулируемъ отправленія со стороны кишекъ. Затѣмъ приступаютъ собственно къ леченію. Такъ-какъ оно существенно имѣетъ въ виду разрѣшеніе воспалительныхъ продуктовъ въ пораженномъ яичникѣ, то терапія держится тѣхъ же правилъ, которыя были уже изложены нами, когда мы говорили о леченіи тазовыхъ экссудатовъ. Слѣдовательно, и здѣсь

главную роль играютъ теплые, герр. горячіе души, введеніе въ одноимянный сводъ рукава шариковъ, содержащихъ различные разръшающія вещества, какъ то *mercurialia*, бромъ и іодъ. Мушки, приставаемые къ тому или другому паху, имѣютъ въ данномъ случаѣ существенное значеніе. Такъ-какъ мы уже знаемъ, что во время теченія хроническаго оофорита, процессъ подъ вліаніемъ различныхъ причинъ, обостряется, то приходится на время оставлять употребленіе разръшающихъ и замѣнять ихъ средствами противувоспалительными въ тѣсномъ смыслѣ. При усиленіи болей съ особенною пользою мы прибѣгаемъ къ глубокимъ скарификаціямъ влагалищной части.

Говоря объ обостреніяхъ хроническаго оофорита, мы не можемъ не указать на то, что виною ихъ нерѣдко бываетъ въ практикѣ отсутствіе до извѣстной степени врачебнаго такта. Мы уже знаемъ, какъ часто, оофоритъ сопровождается различными разстройства со стороны матки, какъ то: измѣненія въ положеніи, очертаніи ея и т. д. Такъ-какъ изъ этихъ послѣднихъ чаще всего имѣютъ дѣло съ загибами, то, не стѣняясь оофоритомъ, прибѣгаютъ къ зондамъ, употребленію различнаго рода пессаріевъ и пр. Ничто не можетъ болѣе вредно дѣйствовать на теченіе оофорита, какъ подобный образъ дѣйствія и потому мы не можемъ достаточно предостерегать отъ него начинающаго. Въ послѣдствіи собственный опытъ научить его, что при подобныхъ условіяхъ не кстаті введенный зондъ или расширение цервикальнаго канала настолько ухудшаютъ состояніе больной, что они не могутъ выкупаться никакими благоприятными результатами, которыхъ онъ общаетъ себѣ отъ употребленія механической терапіи.

Нерѣдко хроническій оофоритъ упорно противустоитъ обыкновенной терапіи, а между тѣмъ страданія больной, особенно въ отношеніи рефлекторныхъ припадковъ, достигаютъ такой высокой степени, что нѣкоторые врачи (преимущественно американскіе) считали себя въ правѣ прибѣгнуть къ крайнему средству, а именно — экстирпациі одного или обоихъ яичниковъ, пораженныхъ воспалительнымъ процессомъ. Насколько подобная операція можетъ быть оправдана съ точки зрѣнія клинической, — мы подробно разсмотримъ ниже, когда познакомимся съ оваріотоміей вообще.

4. Измѣненіе въ положеніи яичника.

Говоря объ анатомическихъ отношеніяхъ яичниковъ, мы ужъ упомянули о томъ, что онъ, по отношенію къ подвижности, находится въ опредѣленной зависимости, съ одной стороны, отъ состоянія его связки (*lig. ovaricum*), соединяющей его съ маткой, а съ другой, отъ состоянія широкихъ связокъ. По отношенію къ измѣненію въ положеніи, т. е. смѣщеніямъ яичника мы различаемъ двѣ формы: при одной изъ нихъ яичникъ смѣщается на

столько, что онъ выходитъ изъ таза черезъ извѣстныя отверстія, что составляетъ собственно грыжи яичниковыя; при другой же— онъ смѣщается только, но не выходитъ изъ тазовой полости. Мы рассмотримъ каждую изъ этихъ патологическихъ формъ отдѣльно.

а) ГРЫЖИ ЯИЧНИКА.

Библиогр. Percival Pott, Chirurgic. Observations. Lond., 1775, p. 153.—Deneux, Recherches sur l'hernie de l'ovaire. Paris, 1813.—Colombat de L'Isère, Traité des maladies des femmes. Paris, 1838, T. I, p. 358.—Néboux, Arch. génér. de medic. 1846, Sept.—Kiwisch, Klin. Vorträge, Bd. II, p. 38.—Mullert, Zur Lehre von der Hernia primaria inguinalis und cruralis. Journ. f. Chirurgie 1850, IX, 3.—Packer, Gaz. des hôpitaux, 1855, № 79.—Meadows, Case of inguin. Hernia of the right ovary. Transact. of the Obstetric. Soc. of Lond. 1862, VIII, p. 438.—G. v. Oettingen, Petersb. medic. Zeitschr., 1868, Hft. 11—12, p. 292.—Lommaigne, De la hernie de l'ovaire. Paris. 1869.—Englisch, Medic. Jahrb., 1871, p. 335.—Courtly, Traité prat. de malad. de l'uterus. Paris, 1872, p. 809.—Beigel, Krankheit. d. weibl. Geschl. Erlangen, 1874, Bd. I, p. 433.—Wibaille, Des hernies de l'ovaire. Paris, 1814.—Puech, Annales de Gynéc., 1878, Nov.

Яичниковая грыжа можетъ быть, подобно всѣмъ другимъ грыжамъ вообще, весьма различнаго анатомическаго характера, такъ-какъ яичникъ можетъ выйти изъ таза какъ чрезъ ближайшія, такъ и отдаленныя естественныя отверстія (resp. каналы). Всего чаще, на основаніи данныхъ, приводимыхъ въ превосходной монографіи по этому вопросу Englisch'a, яичникъ образуетъ содержимое паховой грыжи, а именно на 38 случаевъ яичниковыхъ грыжъ, органъ этотъ составлялъ содержимое паховой грыжи 27 разъ. Остальные 11 случаевъ яичниковыхъ грыжъ приходится на грыжи бедренныя (5 случаевъ) *per incisuram ischiadic. major.*, грыжу пупочную и, наконецъ, 1 случай, въ которомъ яичникъ образовалъ грыжу, вышедши между сосудами *membr. obturat.* Случай этотъ, описанный Kiwisch'e'mъ, остается до сихъ поръ единственнымъ въ литературѣ.

Часто, особенно при паховыхъ грыжахъ, содержимое грыжевого мѣшка составляетъ одинъ только яичникъ; нерѣдко однако онъ увлекаетъ за собою и одноимянную фаллопиеву трубу. Иногда находили въ грыжевомъ мѣшкѣ кишечную петлю, сальникъ и даже матку. Яичникъ рѣдко бываетъ совершенно нормальный; обыкновенно же онъ увеличенъ болѣе или менѣе въ объемѣ вслѣдствіе воспалительнаго процесса; въ рѣдкихъ случаяхъ констатировано было въ немъ измѣненіе кистоматозное и даже раковое.

Что касается способа происхожденія рассматриваемыхъ грыжъ, то паховыя почти всегда бываютъ врожденныя, причемъ нерѣдко ихъ находятъ на обѣихъ сторонахъ (*hernia duplex*). Ближайшую причину этого усматриваютъ въ томъ, что у субъектовъ этихъ остается персистирующимъ *processus vaginalis* (*canalis Nuckii*), по аналогіи съ тѣмъ, что бываетъ у мужчинъ, и, благодаря этой аналогіи, яичнику дана возможность опускаться въ

паховой каналъ. Другаго же рода грыжи всѣ приобрѣтенныя и происхожденіе ихъ находится въ зависимости отъ тѣхъ же обстоятельствъ, которыя играютъ этиологическую роль при грыжахъ вообще.

Клиническія явленія при яичниковыхъ грыжахъ, особенно паховыхъ, въ началѣ выступаютъ весьма смутно и достигаютъ извѣстной высоты лишь тогда, когда яичникъ достигаетъ извѣстныхъ размѣровъ. Въ началѣ женщины жалуются на ощущение тяжести въ тазовой сторонѣ, которое можетъ доходить до боли, иррадирующей въ бедра, а также и вверхъ до пупка. Большинство тѣхъ, которые наблюдали это патологическое состояніе, указываетъ на то, что страданія больныхъ усиливаются преимущественно во время менструальныхъ періодовъ, когда обыкновенно констатируется увеличеніе въ объемѣ яичника, заключеннаго въ грыжевомъ мѣшкѣ. Субъекты, одержимые яичниковыми грыжами, остаются бездѣтными. Впрочемъ, бываютъ и исключенія изъ этого правила: такъ, Veigel приводитъ случай, въ которомъ женщина, одержимая двойной паховой грыжей, родила тѣмъ не менѣе нѣсколько разъ.

Распознаваніе яичниковыхъ грыжъ не всегда легко, а иногда представляетъ значительныя затрудненія. Сущность этихъ послѣднихъ состоитъ главнымъ образомъ въ томъ, чтобы отличить яичникъ, составляющій содержимое грыжеваго мѣшка, отъ другаго рода грыжъ. Для прямаго распознаванія яичниковой грыжи нужно принимать въ соображеніе форму и величину яичника, то, что онъ чувствителенъ на ощупь, а также и то обстоятельство, что не рѣдко при попыткахъ къ вправленію онъ увеличивается, такъ сказать, воочію. Отъ обыкновенныхъ кишечныхъ грыжъ его не трудно отличить потому, что перкусія грыжеваго мѣшка даетъ совершенно тупой звукъ. Внутреннее изслѣдованіе даетъ очень важныя діагностическіе признаки. Матка обыкновенно наклонена своимъ дномъ къ тому паху, гдѣ образовалась яичниковая грыжа. Кромѣ того, двигая маткою помощью пальца или введеннымъ въ полость ея зондомъ, движенія до извѣстной степени сообщаютъ и содержимому грыжеваго мѣшка.

Предсказаніе при яичниковыхъ грыжахъ довольно серьезно. Въ особенности это должно сказать относительно паховыхъ грыжъ, которыя большею частью невправимы. Вообще же должно сказать, что и при бедренныхъ грыжахъ, хотя большею частью и легко вправимыхъ, предсказаніе все-таки серьезно, такъ-какъ яичникъ ущемляется весьма легко, благодаря легкости, съ какою онъ увеличивается въ объемѣ вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ, отчего онъ легко срастается съ окружающими частями.

Леченіе, до тѣхъ поръ, пока грыжа не вправима или же хотя бы она и не была вправима, но не причиняетъ никакихъ тяжелыхъ припадковъ, должно быть чисто палліативное и профи-

лактическое въ томъ отношеніи, чтобы устранить отъ грыжеваго мѣшка возможность всякой травмы. Съ этою цѣлью мы предписываемъ больной абсолютный покой во время менструальныхъ періодовъ и заставляемъ ее носить бандажъ съ пелотомъ (вогнутымъ) и пригоняемымъ такимъ образомъ, чтобы онъ закрывалъ грыжевой мѣшокъ. Если же дѣло доходить до обнаруженія тяжелыхъ припадковъ, указывающихъ на то что грыжа ущемилась, то должно приступить къ вправленію ея на основаніи общихъ правилъ хирургіи. Если же бы это не удалось, то ничего болѣе не остается, какъ произвести грыжесѣченіе. При этомъ могутъ быть двоякаго рода обстоятельства. По производствѣ грыжесѣченія, удается отдѣлить приращенія яичника къ окружающимъ частямъ и, если онъ не представляетъ никакихъ особенныхъ измѣненій, то его вправляютъ обратно въ тазовую полость. Иногда же онъ на столько увеличенъ въ объемѣ или же подвергся такимъ глубокимъ измѣненіямъ, что вправленіе его или невозможно, или же нежелательно; въ такомъ случаѣ его экстирпируютъ. Въ одномъ изъ новѣйшихъ подобныхъ случаевъ, описанномъ Meadows'омъ, операція эта была произведена Lawrens'омъ съ полнымъ успѣхомъ.

б) ОПУЩЕНІЕ ЯИЧНИКА.

Библиогр. Rigby, Medic. Times, 1850. July. — Veit, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 1867, 2-te Aufl., p. 468. — Warner and Storer, Bost. gynaecol. Journ. V. VI, p. 324. — Schroeder, Handb. der Krankh. der weiblich. Geschlechtsorgane. Leipzig, p. 333. — Trennholme. A case of excision of the left ovary for chronic oophoritis and displacement. Amer. Journ. of Obstetrics, 1876, Oct., p. 703.

Подъ именемъ опущенія яичника мы понимаемъ такое измѣненіе въ положеніи этого органа, при которомъ онъ, оставляя свое нормальное мѣсто, опускается или въ данный сводъ, или же (чаще) въ дугласову складку. Состояніе это встрѣчается, относительно, столь часто, что нужно удивляться, что на него до сихъ поръ обращено было такъ мало вниманія, какъ въ руководствахъ къ гинекологіи, такъ и въ специальныхъ сочиненіяхъ о патологіи яичниковъ. Исключеніе въ этомъ отношеніи составляетъ Schroeder, который въ руководствѣ своемъ указываетъ на важность клиническаго значенія этого смѣщенія яичника, но, къ сожалѣнію, весьма мало распространяется объ этомъ вопросѣ. Многимъ гинекологамъ уже давно извѣстно было это состояніе, но ему не придавали особеннаго значенія, считая его ничѣмъ инымъ, какъ обыкновеннымъ послѣдствіемъ увеличенія въ объемѣ яичника воспалительнаго свойства. Нѣсколько лѣтъ уже я обращаю очень тщательное вниманіе на этого рода смѣщеніе яичника и указываю въ моихъ курсахъ постоянно на то, что смѣщеніе это, собственно говоря, имѣетъ гораздо большее клиническое значеніе, чѣмъ собственно воспаленіе, которое оно сопровождаетъ. При этомъ мнѣ казалось, что придуманныя для него до сихъ поръ названія не совсѣмъ удачны. Такъ, назва-

не ovarian dislocation, подѣ которымъ описываетъ его Rigby, слишкомъ обще; называть же его descensus ovarii не совсѣмъ кстати, такъ-какъ съ этимъ именемъ связывается извѣстное переходное состояніе яичниковъ во время внутриутробной жизни. На основаніи всего этого, я называю это патологическое состояніе luxatio ovarii, такъ-какъ оно, по моему мнѣнію, лучше передаетъ сущность его, хотя не могу не согласиться съ тѣмъ, что анатомически названіе это не совсѣмъ вѣрно.

Какія причины могутъ заставитьъ яичникъ, повидимому, столь крѣпко фиксированный, оставить свое нормальное мѣсто въ тазу и опуститься внизъ и притомъ иногда столь низко, что онъ лежитъ ниже уровня задняго свода? Механизмъ происхожденія этого смѣщенія объясняютъ себѣ такимъ образомъ, что для этого требуются двоякаго рода факторы: съ одной стороны, ослабленіе данной широкой связки, а съ другой, увеличеніе въ объемѣ самаго яичника. Что касается перваго изъ этихъ факторовъ, именно ослабленія одной изъ широкихъ связокъ, то толковать объ этомъ весьма трудно, такъ-какъ сущность его для насъ остается совершенно неизвѣстною. Кромѣ того, противъ этого не трудно представить нѣсколько весьма вѣскихъ возраженій. Во первыхъ, что это за причина, которая производитъ ослабленіе только въ одной широкой связкѣ, не трогая другой? Хотя, правда, встрѣчается luxatio обоихъ яичниковъ, но это до такой степени рѣдко, что вслѣдствіе этого вышеприведенное возраженіе нисколько не теряетъ своего значенія. Во вторыхъ, такъ называемое ослабленіе широкихъ связокъ (т. е. потеря тонуса ихъ) à priori должно бы встрѣчаться чаще всего у женщинъ рожавшихъ, а, слѣдовательно, и опущеніе яичниковъ должно было бы встрѣчаться также преимущественно только у этихъ послѣднихъ. На дѣлѣ однако выходитъ не такъ. Вывихъ яичниковъ мы до сихъ поръ встрѣчали несравненно чаще у женщинъ нерожавшихъ. Въ виду всего этого, я думаю, что позволительно не придавать никакого особеннаго этиологическаго значенія ослабленію широкихъ связокъ, или, по крайней мѣрѣ, значеніе это отступаетъ на задній планъ по отношенію къ другимъ причинамъ.

Посмотримъ теперь другой факторъ смѣщенія яичника, т. е. увеличеніе его въ объемѣ. Значеніе этого обстоятельства не можетъ подлежать никакому сомнѣнію, такъ-какъ въ большинствѣ случаевъ увеличеніе это констатируется самымъ несомнѣннымъ образомъ. Но я не могу здѣсь не указать на одно обстоятельство, которое, мнѣ кажется, не совсѣмъ маловажно. Если бы увеличеніе яичника въ объемѣ само по себѣ играло въ этомъ отношеніи главную роль, то, при luxatio ovarii, чѣмъ органъ болѣе увеличенъ въ объемѣ, тѣмъ ниже онъ долженъ бы опускаться. Клиническое наблюденіе однако не подтверждаетъ этого обстоятельства. Встрѣчаются случаи, въ которыхъ, относительно, мало увеличенный въ объемѣ яичникъ опускается гораздо ниже, чѣмъ яичники, тоже люксированные и объемъ которыхъ гораздо болѣе значительный.

Очевидно, что фактъ этотъ говоритъ въ пользу того, что, кромѣ увеличенія въ объемѣ, для происхожденія luxation ovarii требуется еще нѣчто другое. Что же это можетъ быть? Вдумываясь въ ту анатомическую связь, которая соединяетъ яичники съ другими частями половой сферы, нельзя не остановиться на яичниковой связкѣ (lig. ovarii), соединяющей его съ маткой. Если бы не происходило въ ней извѣстныхъ измѣненій, то одного увеличенія органа въ объемѣ едва ли было бы достаточно для того, чтобы онъ опускался такъ низко. Поэтому очень вѣроятно, что существенную роль въ этомъ случаѣ играетъ удлиненіе этой связки, будь оно приобрѣтенное или врожденное. Очень вѣроятно, что оно можетъ быть какъ перваго, такъ и втораго свойства. Поэтому мы полагаемъ, что, по отношенію къ патогеніи вывиха яичника, должно принимать двѣ категоріи случаевъ: въ одной изъ нихъ существенную роль играетъ увеличеніе яичника въ объемѣ (первоначальный моментъ) и вывихъ составляетъ послѣдовательное явленіе; во второмъ ряду случаевъ удлиненіе яичниковой связки и низкое положеніе яичника будетъ составлять первоначальное явленіе, которое уже вторичнымъ образомъ влечетъ за собою увеличеніе его въ объемѣ.

Каковъ бы ни былъ способъ происхожденія смѣщенія яичника, обусловливаемая имъ клиническая картина выступаетъ весьма рѣзко и страданія больной очень часто достигаютъ весьма сильной степени. Вообще можно сказать, что мы въ подобныхъ случаяхъ будемъ имѣть дѣло уже съ знакомыми намъ явленіями хроническаго оофорита плюсъ нѣкоторыя особенныя явленія, которыя, по отношенію къ рассматриваемому патологическому состоянію, нельзя не считать патогномоническими. Въ этомъ отношеніи мы особенно должны указать на чрезвычайно сильныя боли, на которыя жалуются въ этомъ случаѣ больныя sub coetu и во время испражненія на низъ. Эти явленія до такой степени мучительны и постоянны, что больная постоянно обращаетъ на нихъ вниманіе врача. Временами всѣ эти явленія ожесточаются и это всегда совпадаетъ съ обостреніемъ гиперэміи, т. е. съ увеличеніемъ въ вѣсѣ смѣщеннаго яичника.

Послѣ того, что сказано было нами о распознаваніи интерстиціального оофорита, мы считаемъ совершенно излишнимъ распространяться здѣсь собственно о распознаваніи смѣщенія яичника. Само собою разумѣется, что распознаваніе будетъ тѣмъ легче, чѣмъ болѣе выражено смѣщеніе. Въ случаяхъ даже, гдѣ бы имѣли дѣло со сращеніями смѣщеннаго яичника съ окружающими частями, распознаваніе всетаки не встрѣтитъ никакихъ особенныхъ затрудненій, такъ-какъ рѣшеніе диагностики на счетъ оофорита со смѣщеніемъ органа во всякомъ случаѣ легче, чѣмъ еслибы этого смѣщенія не было вовсе.

Предсказаніе при смѣщеніяхъ яичниковъ гораздо болѣе серьезно, чѣмъ при простомъ оофоритѣ, такъ-какъ больныя при этомъ страдаютъ несравненно болѣе и, кромѣ того, самъ

воспалительный процессъ въ этомъ случаѣ гораздо болѣе упорно противустойтъ терапіи. Тѣмъ не менѣе однако предсказаніе не совсѣмъ такъ безутѣшно, какъ многіе утверждаютъ. Въ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ о смѣщеніи одного, яичника, при нѣкоторомъ упорствѣ со стороны врача, можно достигнуть очень благопріятныхъ результатовъ.

Леченіе при разсматриваемой патологической формѣ должно имѣть въ виду двѣ задачи: во первыхъ, уменьшить больной яичникъ въ объемѣ и во вторыхъ, привести его въ прежнія, т. е. нормальныя анатомическія отношенія. Первая задача въ данномъ случаѣ выполняется извѣстную уже намъ терапіей, направленной прямо противъ оофорита. Чтожъ касается выполнения второй задачи, то она несравненно труднѣе и требуетъ большихъ предосторожностей. Удерживать смѣщенный яичникъ на надлежащей высотѣ помощью различныхъ механическихъ снарядовъ (т. е. пессаріевъ) я считаю положительно вреднымъ, такъ-какъ примѣненіе ихъ не можетъ обойтись безъ того, чтобы они не производили извѣстную степень давленія на больной яичникъ, что, увеличивая существующее и безъ того раздраженіе, не можетъ не усиливать также и смѣщенія. Вслѣдствіе то этого, пессаріи въ данномъ случаѣ абсолютно должны быть избѣгаемы. Мы обыкновенно поступаемъ такимъ образомъ, что, примѣняя предварительно извѣстныя противовоспалительныя средства, въ тоже время предписываемъ больной абсолютный покой и, достигнувъ извѣстнаго уменьшенія въ объемѣ яичника, тогда только приступаемъ къ удержанію его на надлежащей высотѣ. Съ этою цѣлью смѣщенный яичникъ должно сначала вправить и это производится такимъ образомъ, что указательный палецъ, введенный въ рукавъ, направляетъ его назадъ и вверхъ до тѣхъ поръ, пока онъ не ляжетъ въ поперечномъ діаметрѣ входа въ тазъ. Вслѣдъ затѣмъ въ данный боковой сводъ быстро вводится надлежащей величины морская губка, смоченная въ смѣси теплой воды съ глицериномъ. Губка оставляется на нѣсколько часовъ и введеніе ея повторяется сначала черезъ 2—3 дня, а затѣмъ и каждый день. Уже послѣ нѣсколькихъ разъ больныя чувствуютъ себя несравненно лучше и при изслѣдованіи можно убѣдиться въ томъ, что улучшеніе это совпадаетъ съ постепеннымъ уменьшеніемъ яичника въ объемѣ, а главнымъ образомъ съ тѣмъ, что яичникъ не опускается столь низко, какъ прежде. Если бы мы имѣли дѣло со смѣщеніемъ яичника, срощагося съ окружающими частями, то предварительно нужно стараться разрѣшить эти срощенія и затѣмъ ужъ приступить къ устраненію смѣщенія.

5. Новообразованія яичниковъ.

Въ яичникахъ встрѣчаются новообразованія самаго различнаго свойства; въ отношеніи же клиническомъ значеніе ихъ да-

леко не одинаково. Новообразованія эти были различно классифицируемы; но въ видахъ клиническихъ до сихъ поръ большинство авторовъ держится стариннаго дѣленія всѣхъ новообразованій яичника на новообразованія съ жидкимъ содержимымъ и новообразованія плотныя. Мы остановимся болѣе подробно на первой категоріи, т. е. новообразованіяхъ съ жидкимъ содержимымъ, такъ называемыхъ мѣшеччатыхъ опухоляхъ—кистахъ, такъ-какъ съ точки зрѣнія клинической (а отчасти также и анатомико-патологической) онѣ представляютъ особенный интересъ.

1) кисты яичниковъ.

Подъ этимъ именемъ понимаютъ развивающіяся въ яичникахъ опухоли мѣшечкатаго свойства, содержимое которыхъ можетъ быть весьма различно.

Это опредѣленіе въ сущности выясняетъ очень мало; но мы привели его здѣсь потому, что патологическая сущность разсматриваемыхъ новообразованій выяснится сама собою при дальнѣйшемъ изложеніи.

Истор.-библіог. замѣч. Если историческое развитіе ученія о новообразованіяхъ матки представляетъ очень медленное поступательное движеніе гинекологіи, то въ особенности это должно сказать относительно кистъ яичниковъ. Если въ анатомико-патологическомъ отношеніи находимъ намеки на нѣкоторыя здравыя представленія о способѣ развитія кистъ,—то, съ другой стороны, клиническое изученіе этого вопроса представлялось въ очень безутѣшномъ состояніи. Такъ, Boerhaave * напр. имѣлъ нѣкоторое понятіе о способѣ развитія ретенціонныхъ кистъ (слѣд., и изъ граафовыхъ пузырьковъ), еще болѣе выясненное его знаменитымъ комментаторомъ Van-Swieten'омъ **. Но тотъ же Boerhaave увѣряетъ, что кисты яичника могутъ быть распознаваемы только на секціонномъ столѣ .. *notabilis hydrophis species, quae ovaria mulierum saepe occupat, difficulter cognoscitur, vix sine incisio cadaveris****. На сколько сбивчивы были понятія о разсматриваемыхъ новообразованіяхъ, въ особенности въ отношеніи анатомическомъ и генетическомъ, можно убѣдиться, заглянувъ въ знаменитое руководство къ патологической анатоміи Cruveilhiera. Начиная съ 50-хъ годовъ, вопросъ относительно кистъ яичника былъ чрезвычайно выдвинутъ впередъ, съ тѣхъ поръ, какъ, благодаря различнымъ терапевтическимъ попыткамъ, новообразованія эти вдругъ получили чрезвычайный клиническій интересъ. Патологическая анатомія и гистологія въ этомъ отношеніи нисколько не отстали отъ стремленій клиницистовъ и въ настоящее время, намъ кажется, вопросъ о кистахъ яичниковъ составляетъ одинъ изъ наилучше изученныхъ отдѣловъ нашей науки. Прежній хаосъ въ понятіяхъ объ этомъ рода новообразованіяхъ былъ совершенно разсѣянъ, благодаря трудамъ преимущественно германской школы. Мы ниже приведемъ имена и сочиненія главнѣйшихъ дѣятелей въ этомъ отношеніи. Здѣсь же мы главнымъ образомъ должны назвать Рокитанскаго, Foerster'a, Virchow'a, Lücke, Böttcher'a и въ особенности же Waldeyer'a. Что касается изученія клинической стороны дѣла, то за послѣднія 30 лѣтъ положительно не было ни одного сколько нибудь выдающагося гинеколога, котораго бы не интересовалъ этотъ вопросъ. Мы ниже будемъ имѣть возможность указать на главнѣйшихъ дѣятелей въ этомъ отношеніи; здѣсь же пока должны

* См. у Ruysch'a, *Advers. anat. medicochir.* Amsted., 1727, p. 12.

** *Commentaria in Herm. Boerhaave aphorismos.* Lugd. Batav., 1745, T. I, p. 165.

*** *Aphor.* 1223.

замѣтить, что падыма первенства въ этомъ случаѣ принадлежитъ англійской гинекологіи.

Что касается библиографіи кистъ яичниковъ, то она разрослась до такихъ громадныхъ размѣровъ, что привести ее здѣсь всю не было бы никакой возможности. Мы поэтому почли за лучшее разбить библиографію о кистахъ на нѣсколько отдѣловъ и привести ихъ насколько возможно подробно въ поддерживающихъ мѣстахъ, т. е. тамъ, куда они непосредственно относятся.

Патологическая анатомія и патогенія кистъ яичника.

Библиогр. Casp. Bauhin, Theatr. anatom., Lib. I, cap. 35.—Kerkring, Specileg anat. observ., 10.—Schacher, De ovarii tumore pilloso, Lipsiae, 1735.—Morgagni, de causis et sedibus morbor. Ep. XXXIX. 30, 40, 41.—Voigtel, Pathol. Anat. Halle, 1805, Bd. III. pp. 541—550.—Meckel, Pathol. Anat. Leipzig, 1818, Bd. II. Abt. 2, pp. 145—270.—Delpech, Clin. chir. de Montpellier. Paris, 1828 t. II. p. 521.—Blasius, De hydropo ovariorum profuente. Halle, 1834.—Cruveilhier, Anat. patholog., livr. 5, pl. 3, livr. 25. pl. I.—Larrey, Kyste pileux de l'ovaire. Memoires de l'acad. de méd., 1842, T. XII.—Frerichs, Ueber Gallert- und Colloid-Geschw. Göttinger Studien. 1848, Abb. 1.—Virchow., das Eierstock-Colloid. Monatschr. f. Geburtstk., 1843 Bd. III, p. 203.—Онъ же, Ueber chronische Affectionen des Uterus und der Eierstöcke. Wiener medic. Wochenschr. 1856, № 6.—Его же, Lehre v. den Geschwülsten, Bd. I, 140.—Bruch, Zur Entwicklungsgeschichte der pathologischen Cystenbildungen. Zeitschr. f. Medicin, 1849, Bd. VIII, p. 91.—Рокитанскы, Ueber die Cyste. Denkschriften der Kaiser. Acad. der Wissenschaften zu Wien, 1849, I.—Его же, Ueber Abnormitäten des Corpus luteum. Algem. wien. medic. Zeit. 1859, № 34.—Его же, Ueber Uterindrüsenneubildungen im Uterus und Ovarialsarcom. Zeitschr. der Ges. der Aerzte in Wien, 1860, № 37.—Врахтон-Хикс, On the glandulous nature of the ovary. Guys Hospt. Rep. v. III и IV.—Spiegelberg, Ein Beitrag zur Anatomie und Pathologie der Eierstockcysten. Monatschr. f. Geburtstk. Bd. XIV, Hft. 2.—Wilson Fox, On the origine, structure and mode of the cystic tumours of the ovary. Medico-chir. Transact., 1864, v. XXIX, p. 227.—Waldeyer, Monatschr. f. Geburtstk., 1866, Bd. XXVII.—Его же, die epithelien Eierstockgeschwülste. Arch. f. Gynaecol., 1870, Bd. I.—A. Lucke и Klebs, Beitrag zur Ovariectomie und zur Kenntniss der Ovarialgeschwülste. Virchow's Arch., Bd. XLI, p. 1.—Böttcher, Beobachtungen ueber die Entwicklung multilocularer Eierstockcysten, Wirchow's Arch., 1870. Bd. XLIX, p. 298.—Hildebrandt. Die neue Universitätsklinik zu Königsberg. 1875, p. 109.—Весьма подробную библиографію какъ анатомическую, такъ и относящуюся къ другимъ отдѣламъ вопроса о кистахъ яичника читатель можетъ найти въ слѣдующихъ двухъ сочиненіяхъ: Gallez, Histoire des kystes de l'ovaire envisagés surtout au point de vue du diagnostic et du traitement. Bruxelles, 1873 (увѣнчано преміей брюссельской медиц. академіей).—Kaltenbach, Beiträge zur Anatomie und der chirurgischen Behandlung der ovarialtumoren. Zeitschr. f. Geburtshülfe 1876, Bd. I, Hft. 3.—Werth, Zur Anatomie des Stieles ovariel. Geschwülste. Arch. f. Gynaecol., Bd. XV, Hft. 3.—Olshausen, Die Krankheiten der Ovarien. Stuttgart, 1877.—Marchand, Beiträge zur Kenntniss der Ovarientumoren. Halle, 1879.—Malassez и de Siney, Arch. de physiologie, 1878, № 1—4 и 1879, № 5—6.—Noeggerath, Amer. Journ. of Obst., 1880, p. 1.—Fischel, Arch. f. Gynaecol, Bd. XV, p. 2.—Coblerz, Virchow's Arch., Bd. 82, II. 2 и 84, Hft. 1.—Flaischlen, Zeitschr. f. Geburtstk., Bd. VI. p. 127 и 231.

Всѣ встрѣчающіеся въ яичникахъ виды кистъ можно анатомико-патологически раздѣлить на три категоріи: кисты фолликулярныя, т. е. развивающіяся изъ граафовыхъ пузырьковъ, кисты сложныя, цистойды или — лучше — кистомы и, наконецъ, кисты дермоидныя.

а. Фолликулярныя кисты называются нѣкоторыми анатомами простыми, не сложными или же просто водяной яичника (*hydrops ovarii*). Фолликулярныя кисты составляют ничто иное, какъ кисты ретенціонныя и происходят на основаніи тѣхъ же началъ, которыя мы знаемъ относительно ретенціонныхъ кистъ вообще. Мы выше уже нѣсколько разъ говорили о томъ, что процессъ созрѣванія яичка (*ovulatio*) состоитъ въ цѣломъ рядѣ измѣненій, происходящихъ въ граафовомъ пузырькѣ и окончательнымъ результатомъ которыхъ бываетъ лопаніе его и выступаніе изъ него яичка. Если теперь, вслѣдствіе какихъ либо причинъ, которыхъ мы коснемся ниже, граафовъ пузырекъ не лопаются, жидкое же содержимое его (первоначальный *liquor folliculi*) продолжаетъ увеличиваться, то само собою понятно, что результатомъ этого будетъ постоянный ростъ пораженнаго такимъ образомъ фолликула и превращеніе его въ опухоль различныхъ размѣровъ. Такому процессу, т. е. увеличенію жидкаго содержимаго, могутъ подвергнуться или отдѣльныя пузырьки, или же цѣлыя группы. Въ послѣднемъ случаѣ они обыкновенно достигаютъ незначительной величины. Вообще говоря, фолликулярныя кисты никогда не достигаютъ такой величины, какъ мы это видимъ при кистахъ сложныхъ или такъ называемыхъ кистамахъ. Обыкновенно онѣ рѣдко превышаютъ объемомъ голову взрослога человѣка. Въ случаяхъ, гдѣ кистовидному перерожденію подвергаются цѣлыя группы граафовыхъ пузырьковъ, строма яичника можетъ болѣе или менѣе пропадать и пораженный яичникъ представляется въ видѣ опухоли, состоящей изъ отдѣльныхъ кистъ различной величины и соединенныхъ между собою весьма слабо. Нужно сказать, впрочемъ, что подобные случаи встрѣчаются, относительно, весьма рѣдко. Первый подобный случай описанъ, кажется, Рокитанскимъ *, затѣмъ подобныя же наблюденія приводятъ Ritchie ** и Lawson Tait ***. Virchow'у **** очень хорошо извѣстны были этого рода случаи; но онъ, на основаніи нѣкоторыхъ особенностей патологическихъ, настаиваетъ на томъ, что ихъ собственно нельзя отнести къ категоріи водянки фолликуловъ въ тѣсномъ смыслѣ.

Какъ бы то ни было, но для насъ имѣютъ особенный интересъ только тѣ изъ фолликулярныхъ кистъ, которыя достигаютъ болѣе значительныхъ размѣровъ. Этого рода опухоли въ противоположность тому, что бываетъ при кистамахъ, представляютъ только одну полость и потому называются однополостными (*cystovarium uniloculare*). Стѣнки однополостныхъ кистъ болѣею частью не особенно толсты, даже скорѣе ихъ можно назвать тонкими. Впрочемъ, по отношенію къ толщинѣ стѣнокъ, нужно

* Wochenblatt der Gesellsch. der Aerzte in Wien, 1855, I. p. 1.

** Ovarian Physiology p. 196.

*** Diseases of the Ovaries, 1873 p. 54.

**** Die Lehre von den krankh. Geschw. Bd. I, p. 238.

замѣтить, что она далеко не всегда одинакова: мѣстами она больше, мѣстами меньше. При этомъ онѣ совершенно гладки. Строеіе стѣнокъ фолликулярныхъ кистъ чрезвычайно просто. Обыкновенно въ нихъ можно различить два слоя — наружный, соответствующій волокнистой оболочкѣ (*tunica fibrosa*), и внутренній, соответствующій внутренней или собственной оболочкѣ (*tunica propria*) граафова пузырька. Внутренняя поверхность мѣшка совершенно гладкая и покрыта цилиндрическимъ эпителиемъ. Что касается содержимаго подобныхъ кистъ, то оно представляетъ чаще всего свѣтлую, серозную (отсюда названіе — серозныя кисты) жидкость, удѣльный вѣсъ которой доходитъ до 1005—1020. Составныя части этой жидкости образуютъ бѣлокъ и нѣкоторыя соли, главнымъ же образомъ хлористый натръ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ ней констатируется также холестеринъ. При обыкновенныхъ условіяхъ въ осадкѣ, получаемомъ изъ этой жидкости, очень рѣдко находятъ опредѣленные морфологическіе элементы, за исключеніемъ цилиндрическаго эпителия, цѣлаго или большею частью разрушеннаго. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣютъ дѣло съ кровотеченіемъ въ полость кисты, при микроскопическомъ изслѣдованіи можно констатировать кровяныя шарики въ большемъ или меньшемъ количествѣ. Тоже самое должно сказать и о гнойныхъ элементахъ, если стѣнки кисты (внутренняя поверхность ея) подверглись воспаленію съ послѣдовательнымъ нагноеніемъ.

По отношенію къ патогеніи фолликулярныхъ кистъ до сихъ поръ существуютъ очень большія разногласія, по крайней мѣрѣ въ извѣстномъ отношеніи. Въ чемъ согласны почти все, это то, что рассматриваемыя нами однополостныя кисты развиваются изъ граафовыхъ пузырьковъ. Но какимъ образомъ? Тутъ то именно на счетъ механизма превращенія граафовыхъ пузырьковъ въ кисты и начинаются разногласія. Мы ужъ выше указали на то, что для того, чтобы граафовъ пузырекъ превратился въ кисту, ужъ а priori требуется два обстоятельства, а именно: первое, чтобы онѣ не разорвался во время, а во вторыхъ, накопленіе содержимаго его. Почему граафовъ пузырекъ не разрывается—могутъ-быть различныя причины. По однимъ, именно Scanzoni, не лопаются граафовъ пузырекъ потому, что менеструальная гиперемія не достигаетъ надлежащей степени, что въ свою очередь, ведетъ къ утолщенію стѣнокъ пузырька съ одной стороны, а съ другой—къ усиленной секреторной дѣятельности. По другимъ же (Ch. West, Klob), дѣло происходитъ совсѣмъ на оборотъ; по мнѣнію приведенныхъ авторовъ, здѣсь дѣло идетъ о чрезмѣрныхъ гипереміяхъ. Всего проще патогенію однополостныхъ кистъ объясняетъ Peaslee: по его мнѣнію, первоначальную и существенную причину составляетъ каттаръ фолликуловъ (?!).

Мнѣ кажется, что совершенно напрасно стараются доискаться ближайшей причины превращенія фолликулъ въ кисты,

такъ—какъ очень вѣроятно, что причинъ здѣсь не одна, а нѣсколько и притомъ такого свойства, которыя не подлежатъ нашему познанию. Въ пользу подобнаго взгляда на дѣло говорить, между прочимъ, и то, что Рокитанскимъ доказано несомнѣннымъ образомъ, что однополостныя кисты могутъ развиваться и изъ желтыхъ тѣлъ. Разногласія на счетъ патогеніи фолликулярныхъ кистъ дошли до того, что въ послѣднее время возникло даже мнѣніе о томъ, что въ яичникахъ, собственно говоря, вовсе не бываетъ однополостныхъ кистъ, а что то, что описывается какъ таковыя,—ничто иное, какъ кисты широкихъ связокъ (?!). Мнѣніе это было высказано только еще нѣсколько лѣтъ тому назадъ Вантокъ'омъ* и Тейтъ'омъ**. Мы нисколько не споримъ противъ того, что клинически не трудно смѣшать (при нѣкоторыхъ особенно затруднительныхъ обстоятельствахъ) кисту яичника съ кистой широкихъ связокъ. Но это по отношенію къ патогеніи собственно ничего ни доказываетъ, такъ какъ она выясняется анатомически на секціонномъ столѣ, а ничуть не клинически. Въ пользу того, что однополостныя кисты несомнѣнно происходятъ отъ граафовыхъ пузырьковъ, говоритъ краснорѣчиво то обстоятельство, что въ извѣстные періоды ихъ развитія въ нихъ можно констатировать яичко (ovulum), — атрибутъ исключительно только фолликула. Фактъ этотъ впервые констатированъ былъ Рокитанскимъ, а затѣмъ и многими другими. Это одно. Во вторыхъ, анатомически отличить однополостную кисту отъ такого же новообразованія широкихъ связокъ не представляетъ ни малѣйшаго затрудненія. Въ первомъ случаѣ не трудно убѣдиться въ томъ, что брюшина покрываетъ кисту только на небольшомъ протяженіи, а именно извѣстную часть ножки ея; при кистахъ же широкихъ связокъ бываетъ совершенно наоборотъ: брюшина покрываетъ ихъ на всемъ протяженіи и можетъ быть очень легко изолирована.

Говоря о расширеніи фаллопиевыхъ трубъ, мы ужъ упомянули о томъ, что Richard описалъ особеннаго рода кисты, которыя онъ назвалъ яичниково-трубными (kyste tuboovarique). Подъ этимъ именемъ онъ понимаетъ мѣшатчатыя опухоли, образуемыя совмѣстно яичникомъ и частью трубы. Происхожденіе ихъ онъ объясняетъ слѣдующимъ образомъ. Извѣстно, что нѣрѣдко бахромчатый конецъ трубы можетъ быть сращенъ съ яичникомъ. Если при этомъ одинъ изъ граафовыхъ пузырьковъ, предварительно увеличенный въ объемъ, лопаются, то онъ вмѣстѣ съ трубой составляетъ одну полость, въ которой и будетъ происходить дальнѣйшее накопленіе жидкости. Ужъ при одномъ простомъ осмотрѣ эти кисты отличаются отъ другихъ тѣмъ, что въ извѣстномъ мѣстѣ онѣ представляютъ углубленіе (или борозду), указывающее на то мѣсто, гдѣ произошло сращеніе между трубой и яичникомъ. Что подобнаго рода кисты встрѣчаются, вѣроятно, относительно нѣрѣдко, доказывается тѣмъ, что Richard ихъ встрѣтилъ 11 разъ. Подобные же случаи описаны также Рокитанскимъ и Hennig'омъ. Если до сихъ поръ объ нихъ толковали очень мало, то это единственно потому, что онѣ имѣютъ гораздо болѣе анатомико-патологическій, чѣмъ клиническій интересъ.

* Lond. Obstetric Transact. 1874, vol. VX, p. 105.

** Op. cit.

такъ-какъ онѣ не достигаютъ значительныхъ размѣровъ. Въ этомъ отношеніи совершенное исключеніе составляетъ случай описанный недавно Hildebrandt'омъ, въ которомъ тубо-оваріальная киста содержала около 40 фунтовъ жидкости слишкомъ. Наконецъ, не можемъ здѣсь не упомянуть о томъ, что разсматриваемыя нами кисты отличаются отъ другихъ новообразованій этого рода тѣмъ, что при нихъ гораздо чаще имѣетъ мѣсто одно чрезвычайно интересное явленіе. Мы имѣемъ здѣсь въ виду опараживаніе содержимаго мѣшка черезъ фаллопиеву трубу и матку наружу. Это то, что описывается нѣкоторыми авторами какъ особаго рода форма кистъ подъ именемъ *hydrops ovarii profluens*.

в. Сложныя кисты. Онѣ описываются авторами подъ различными названіями. Прежде ихъ большею частью называли цистоидами или коллоидными опухолями. Въ настоящее время, когда ближе познакомились съ гистологическою сущностью этихъ новообразованій, ихъ называютъ просто кистами или же пролиферирующими кистами, а также цилиндрическо-клетчатymi аденомами (*adenoma cylindro-cellulare*).

Кистомы яичника представляютъ опухоли круглаго очертанія и весьма различной величины. О послѣдней можно будетъ составить себѣ понятіе, когда будемъ говорить о количествѣ содержащейся въ нихъ жидкости. Кистомы эти бывають обыкновенно множественныя, причемъ большею частью одна изъ нихъ достигаетъ наибольшихъ размѣровъ. На каждой кистомѣ, взятой отдѣльно, какъ на наружной поверхности, такъ въ особенности же на внутренней сидятъ въ большомъ или меньшемъ числѣ другія кисты, которыя также достигаютъ различной величины. Въ этихъ послѣднихъ, въ свою очередь, снова развиваются другія кисты и т. д. Такимъ образомъ выходитъ, что киста яичника всегда составляетъ сложную опухоль, состоящую изъ отдѣльныхъ полостей или камеръ, почему онѣ и называются мно-



Фиг. 61.

Фиг. 61 представляетъ кистому праваго яичника, во внутренности которой видны кисты различной величины.

тополостными или многокамерными. Впрочемъ, нерѣдко случается, что перегородки отдѣльныхъ камеръ, прилегающія другъ къ другу, вслѣдствіе взаимнаго давленія или же усиленнаго давленія со стороны накопляющейся въ нихъ жидкости, атрофируются и пропадаютъ, такъ что въ концѣ концовъ получается кистама, состоящая изъ одной только полости, т. е. однополостная. Впрочемъ, сколько намъ до сихъ поръ приходилось видѣть подобныя кистомы, всегда въ томъ или другомъ мѣстѣ, какъ на наружной, такъ и въ особенности на внутренней поверхности ихъ, всегда остается большее или меньшее количество небольшихъ прибавочныхъ кистъ, вслѣдствіе чего кистама сохраняетъ свой характерный макроскопическій видъ.



Фиг. 62.

Въ фиг. 62 а. а. а. представляютъ стѣнки главной кистомы, передняя поверхность которой срѣзана для того, чтобы можно было видѣть заключенныя въ ней кисты втораго порядка, которыя, въ свою очередь, заключаютъ въ себѣ другія кисты и т. д.

Стѣнки кистомъ бываютъ различной толщины и, вообще говоря, онѣ несравненно толще, чѣмъ при фолликулярныхъ кистахъ. Тоже самое должно сказать относительно плотности ихъ: иногда эта послѣдняя доходитъ до такой степени, что стѣнки едва поддаются троакару; иногда же, наоборотъ, онѣ такъ хрупки, что рвутся подъ пальцами. Вообще должно сказать, что въ кистомахъ стѣнки тѣхъ частей опухоли, которыя достигли наибольшаго размѣровъ, всего болѣе истончены. Чрезмѣрная

толщина отдѣльныхъ частей кистомы можетъ зависѣть отъ различныхъ обстоятельствъ. Во первыхъ, здѣсь могутъ играть роль кисты, развивающіяся вторичнымъ образомъ въ стѣнкахъ большихъ кистомъ, а во вторыхъ, значеніе здѣсь имѣютъ также срощенія кистомы съ ближайшими частями. Вслѣдствіе этого послѣдняго обстоятельства, на стѣнкѣ той части кистомы, которая срощена, отлагаются болѣе или менѣе толстые слои соединительной ткани воспалительнаго происхожденія.

Что касается способа соединенія кистомы съ маткою, т. е. ножки ея, то она можетъ быть весьма различна и такъ какъ это обстоятельство имѣетъ очень важное практическое значеніе, то мы остановимся на немъ нѣсколько болѣе подробно. Ножка кистомы можетъ быть или очень длинная или же, наоборотъ, короткая и притомъ иногда до такой степени, что можетъ поставить въ величайшія затрудненія во время оваріотоміи. Тоже самое должно сказать и относительно ея ширины: иногда эта послѣдняя не превышаетъ одного поперечнаго пальца, иногда же она доходитъ до нѣсколькихъ сантиметровъ. Ножка кисты состоитъ изъ нѣсколькихъ разнородныхъ частей, а именно: изъ lig. ovarii proprium, одноимянной фаллопиевой трубы и широкой связки. Въ отношеніи клинически-оперативномъ, насъ особенно интересуетъ распредѣленіе сосудовъ въ ножкѣ кистомы. Нашъ покойный товарищъ проф. Гепнеръ *, занявшійся изслѣдованіемъ этого вопроса, пришелъ ко многимъ интереснымъ выводамъ въ этомъ отношеніи. Въ ножкѣ кистомъ, развивающихся въ яичникахъ, вмѣстѣ съ вышеупомянутыми частями находятъ нервы и сосуды, идущіе изъ матки къ яичнику (вѣтви а. sp. int. и а. uter.). При этомъ однако Гепнеръ помощью тщательныхъ изслѣдованій убѣдился въ томъ, что артеріи, какъ бы велика ни была киста, очень мало увеличиваются въ калибрѣ и что только одѣнъ вены достигаютъ очень значительнаго развитія. Этимъ анатомическимъ фактомъ объясняются два явленія, замѣчаемыя при оваріотоміяхъ, а именно: при перерѣзкѣ ножки иногда замѣчается кровотеченіе, причѣмъ кровь брызжетъ очень тоненькой струйкой. Съ другой же стороны, даже послѣ отжиганія ножки въ ней представляются вены съ просвѣтомъ величиною въ воронье перо и даже болѣе.

Внутренняя поверхность кистомъ вся выстлана цилиндрическимъ эпителиемъ, который по однимъ (Waldeyer) однослойный, по другимъ же (Böttcher и Rindfleisch) многослойный. Эпителій этотъ не только покрываетъ всю внутреннюю поверхность каждаго изъ отдѣловъ кистомы, но даже на большую или меньшую глубину проникаетъ въ стѣнку ея, что не трудно констатировать на удачно сдѣланныхъ поперечныхъ разрѣзахъ этой послѣдней. Нерѣдко при этомъ можно констатировать еще одинъ очень интересный фактъ, состоящій въ томъ,

* См. у Красовскаго, объ оваріотоміи, стр. 13.

что нѣкоторые изъ вѣдряющихся въ глубь стѣнокъ кистомы железистые каналы соединяются какъ бы въ одинъ притокъ, открывающійся на поверхности въ болѣе или менѣе значительномъ углубленіи. Вслѣдствіе этого внутренняя поверхность кистомы получаетъ большую аналогію со слизистыми оболочками и, вѣроятно, на этомъ основаніи Klebs сравниваетъ ее со слизистой оболочкой желудка.

Смотря потому — въ какомъ отношеніи находятся между собою разсмотрѣнные элементы кистомы, получаются два главныхъ вида ея.

Въ однихъ случаяхъ дѣло доходить до очень быстрого разрастанія эпителия, вслѣдствіе чего образуются выпячивания наружу. Если же, наоборотъ, дѣло главнымъ образомъ ограничивается чрезмѣрнымъ разрастаніемъ соединительно-тканныхъ элементовъ, то развивающіяся при этомъ соединительно-тканныя петли, покрытыя эпителиемъ, растутъ въ просвѣтъ, т. е. полость кисты. Въ первомъ случаѣ мы получаемъ опухоль, которую Waldeyer называетъ *kystoma proliferum glandulare*, а во второмъ—*kystoma proliferum papillare*. При железистой кистомѣ мы имѣемъ дѣло съ постоянно вновь образующимися железами въ стѣнкахъ кисты; вслѣдствіе засоренія протоковъ ихъ на внутренней поверхности опухоли, железы эти, въ свою очередь, разрастаются, т. е. образуются новыя кисты; въ стѣнкахъ этихъ послѣднихъ происходитъ тотъ же процессъ, слѣдовательно, образуются новыя вторичныя кисты и т. д. При кистомѣ папиллярной дѣло идетъ, какъ уже знаемъ, о чрезмѣрномъ разрастаніи соединительно-тканныхъ элементовъ. Вслѣдствіе этого, петли соединительно-тканныя, снабженныя сосочками и покрытыя эпителиемъ, растутъ въ полость кисты. Сосочки эти могутъ достигать различной величины, отъ просынаго зерна до горошины и даже больше. Иногда разрастаніе сосочковъ происходитъ въ такой значительной степени, что дѣло доходитъ до прободенія ими стѣнокъ кистомы.

Познакомившись теперь въ общихъ чертахъ съ макроскопическими и гистологическими свойствами кистомъ, спрашивается — каковъ ихъ способъ развитія (патогенія) или, другими словами: откуда онѣ берутся? Прежде полагаю, что кистомы—ни что иное, какъ сложныя фолликулярныя кисты, слившіяся въ одну, и что онѣ происходятъ, слѣдовательно, изъ тѣхъ же графовыхъ пузырьковъ, какъ и обыкновенныя, т. е. фолликулярныя кисты. И въ настоящее время еще многіе защищаютъ это мнѣніе, не смотря на то, что оно оказалось совершенно несостоятельнымъ въ виду изслѣдованій Klebs'a, Waldeyer'a и др. Мы не можемъ здѣсь войти въ подробный разборъ всѣхъ высказанныхъ по этому поводу спорныхъ взглядовъ и должны ограничиться только тѣмъ, что вкратцѣ передадимъ взгляды и выводы Waldeyer'a. По этому автору, въ патологическомъ отношеніи, кистомы отличаются отъ фолликулярныхъ кистъ тѣмъ, что эти

послѣднія развиваются изъ готовыхъ уже граафовыхъ пузырьковъ, кистомы же первоначальное свое развитіе берутъ изъ пфлюгеровыхъ каналовъ, т. е. тѣхъ железистыхъ элементовъ яичника, изъ которыхъ въ послѣдствіи образуются граафовы пузырьки. Кистомы развиваются изъ эпителия, покрывающаго эти каналы и поэтому гистологически онѣ составляютъ новообразованія строго эпителиальнаго характера. На это бы можно возразить слѣдующее. Извѣстно, что пфлюгеровы каналы превращаются въ граафовы пузырьки въ очень ранніе періоды дѣтства, откуда же берутся кистомы, развивающіяся въ болѣе позднія эпохи жизни? Возраженіе это, правда, довольно вѣско, но далеко не неопровержимо, какъ многіе утверждали. Во первыхъ, до сихъ поръ остается еще открытымъ вопросъ: нельзя ли допустить, что и въ позднѣйшія эпохи жизни могутъ продолжать развиваться пфлюгеровы каналы? Хотя на это не существуетъ прямыхъ доказательствъ, но на основаніи фактовъ, сообщенныхъ въ послѣдніе годы Koster'омъ *, подобное предположеніе не представляетъ ничего невѣроятнаго. Во вторыхъ, мнѣніе, защищаемое Waldeyer'омъ, можетъ быть допущено еще и на основаніи того предположенія, что дѣйствительно кистомы берутъ свое первоначальное развитіе во время внутриутробной жизни, или же въ ранніе эпохи дѣтства, когда пфлюгеровы каналы констатируются еще несомнѣннымъ образомъ. Это предположеніе, весьма вѣроятное, и доказывается, съ одной стороны, тѣмъ, что у новорожденныхъ нерѣдко находятъ въ одномъ или обоихъ яичникахъ порядочныя кистомы. Съ другой же стороны, въ настоящее время извѣстенъ въ литературѣ ужъ цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ у очень молодыхъ дѣвочекъ имѣли дѣло съ кистомами, достигшими такой величины, что приходилось прибѣгнуть къ оваріотоміи.

Какъ бы то ни было, но въ настоящее время большинство гинекологовъ, по крайней мѣрѣ, германской школы, строго различаетъ, по отношенію къ происхожденію ихъ, фолликулярныя кисты отъ собственныхъ кистомъ, считая эти послѣднія за настоящія эпителиальныя новообразованія или же за образованія железистыя—аденомы.

Содержаніе кистомъ бываетъ по физическимъ свойствамъ своимъ весьма различно, что зависитъ, съ одной стороны, отъ качествъ (анатомическихъ) самой кисты, а, съ другой стороны, отъ измѣненій, претерпѣваемыхъ кистой во время теченія ея и съ которыми мы познакомимся ниже. Вообще говоря, содержимое кистомъ бываетъ густоватое, клейкое, тягучее и можетъ представлять всевозможныя переходныя степени по отношенію къ консистенціи. Чѣмъ меньше кистома, тѣмъ содержимое ея гуще. Иногда содержимое кистомъ до такой степени густо, что совершенно имѣетъ видъ кашицеобразной массы. Тоже самое

* Jahresber. v. Virchow u. Hirsch, 1872, Bd. 1, p. 52.

должно сказать и относительно цвѣта его: то жидкость свѣтлая, желтоватая, то бурая, темная, шоколаднаго свойства.

Что касается количества содержамаго, то оно также представляет весьма большія различія. Чаще всего количество это доходить въ сколько нибудь порядочныхъ кистомахъ до 20—30 фунтовъ. Иногда же количество это можетъ дойти до размѣровъ по истинѣ изумительныхъ. Мы приведемъ только нѣсколько примѣровъ. Martineau * упоминаетъ о двухъ случаяхъ, въ которыхъ количество жидкости въ кистахъ достигало до 120 и 216 фунтовъ. Adelmanн ** описываетъ случай двуполостной кисты, изъ которой выпущено было 214 фунтовъ. Изъ новѣйшихъ относящихся сюда случаевъ мы должны указать на наблюденія Gibba *** (106 ф.), Bask. Braun'a **** (93 пинты), Atlee (125), Kimball'я (180) и пр. Изъ старой литературы особенно интересенъ случай, приведенный также Martineau *****. Онъ пунктировалъ свою больную въ теченіи 25 лѣтъ 80 разъ, причемъ при каждой пункціи выпускалось около 70 пинтъ, такъ что всего въ теченіи 25 лѣтъ выпущено было 6631 пинта. Подобныя громадныя накопленія жидкости въ кистомахъ мы наблюдали всего два раза: одинъ разъ въ клиникѣ Nélaton'a, а другой нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ нашей собственной клиникѣ. Не смотря на двѣ пункціи, изъ которыхъ одна была сдѣлана за три дня до смерти, киста была такихъ громадныхъ размѣровъ, что, кромѣ очень большаго количества жидкости, которое было разлито, было собрано около 110 фун., такъ что всего вмѣстѣ было по крайней мѣрѣ около 140—150 фунтовъ.

Само собою разумѣется, что въ извѣстномъ отношеніи къ количеству жидкости находится вѣсъ мѣшка. Обыкновенно вѣсъ этотъ не превышаетъ 10—15 фунтовъ. Это ужъ очень большія кистомы. Иногда же вѣсъ этотъ бываетъ гораздо больше и доходить до многихъ десятковъ фунтовъ. Такъ, въ литературѣ описаны случаи, въ которыхъ вѣсъ одной кистомы (т. е. мѣшка безъ жидкости) доходилъ до 120, 112 и 140 фунтовъ †. Въ одномъ случаѣ (Gaitskell) вѣсъ мѣшка достигалъ до 160 фунтовъ, т. е. вѣсъ одного мѣшка былъ гораздо больше средняго вѣса всего тѣла у взрослого человѣка. Чѣмъ большихъ объемовъ достигаетъ киста и чѣмъ меньше при этомъ бываетъ количество содержамаго, тѣмъ вѣсъ ея, разумѣется, больше. Попадаются случаи, въ которыхъ кистомы достигаютъ громаднаго объема, между тѣмъ количество жидкости совершенно ничтожно. Въ одномъ оперированномъ нами случаѣ мы имѣли дѣло съ громадной кистой праваго яичника. Не смотря на многократное прокалываніе ея самымъ толстымъ

* Philosophie. Transact., 1784. p. 471.

** Siebold's Journ., B. IV, Hft. 5.

*** Transact. of. the patholog. Soc., v. VII, p. 273.

**** Lancet, 1849, p. 9.

***** Op. cit.

† См. у Gallez'a, Op. cit., p. 69.

троакаромъ, мы добыли самое ничтожное количество жидкости. Влѣдствіе этого, не смотря на разрѣзь до *scrobiculum*, киста не могла быть извлечена изъ брюшной полости до тѣхъ поръ, пока мы не прибѣгли къ такъ называемому *morcellement*, т. е. раздѣленію ея на части.

Химическія и микроскопическія свойства содержимаго кистомъ *. Выше мы ужъ привели удѣльный вѣсъ жидкости, наполняющей фолликулярныя кисты. Что касается удѣльнаго вѣса содержимаго кистомъ, то онъ очень различенъ. У нѣкоторыхъ авторовъ приводятся весьма высокія цифры. у другихъ же очень низкія. Такъ, по *Drisdale*'ю, онъ можетъ быть равенъ 1045, по *Эйхвальду* онъ даже можетъ доходить до 1055. По *Sp. Welsy*, онъ можетъ падать до 1003. Среднимъ числомъ однако удѣльный вѣсъ содержимаго кистомъ колеблется между 1010—1025. Реакція жидкости кистомъ большею частью нейтральная, въ рѣдкихъ только случаяхъ щелочная. Изъ составныхъ частей разсматриваемой жидкости, добываемыхъ путемъ анализа, чаще всего встрѣчаются протеиновыя вещества, жиры и соли, въ особенности же хлористый натръ. Затѣмъ, какъ непостоянныя составныя части попадаются муцинъ (*Thudichum* и *Boedecker*), алантоинъ (*Naunyn*) и мочевины (*Boedecker*, *Siewert* и *Schröder*). Вообще должно сказать, что вопросъ на счетъ химизма содержимаго кистомъ выясненъ далеко не окончательно, въ особенности что касается перехода однихъ веществъ въ другія. До сихъ поръ большинство авторовъ держится въ этомъ отношеніи результатовъ изслѣдованій проф. *Эйхвальда*. По результатамъ, къ которымъ пришелъ на этотъ счетъ упомянутый авторъ, въ содержимомъ кистомъ должно различать два ряда соединений: одинъ изъ нихъ составляетъ рядъ слизистыхъ, а другой—бѣлковыхъ веществъ. Отношеніе этихъ двухъ рядовъ между собою таково, что вещества слизистыя преобладаютъ въ старыхъ, а бѣлковыя въ молодыхъ кистахъ. Основное вещество перваго ряда (т. е. слизистыхъ веществъ) составляетъ муцинъ, представляющій различныя видоизмѣненія. Въ первоначальномъ видѣ своемъ онъ представляетъ ничто иное, какъ вещество коллоидныхъ шариковъ, т. е. измѣненное содержимое клѣтокъ. Такъ-какъ муцинъ нерастворимъ въ водѣ, то въ содержимомъ кистомы онъ содержится въ разбухшемъ состояніи. Подъ вліяніемъ промежуточныхъ продуктовъ муцинъ превращается въ слизистый пептонъ, чрезвычайно легко растворимый въ водѣ. Тѣло, получаемое при переходѣ муцина въ слизистый пептонъ, и составляетъ то вещество, которое прежде называли коллоидомъ. На основаніи этого должно допустить, что такъ называемое коллоидное перерожденіе есть ничто иное, какъ слизистый метаморфозъ.

* *Méhu*, Arch. gener. de médecine, XIV, p. 524.—*Boedecker*, Zeitschr. f. rat. Medic., 1859, 3 te Reihe, VII, p. 149.—*Drysdal* Ait. въ его Diagnosis of ovar. tumours, p. 457. — *Эйхвальдъ*, Die Colloidartung der Eierstücke, Würzb. medic. Zeitschr., 1864, Bd. V, p. 270.—*Waldeyer*, Arch. f. Gynaecol., Bd. I, p.

Муциновый рядъ составляютъ слѣдующія вещества:

- | | |
|--|---|
| 1) Вещество коллоидныхъ шариковъ.
Растворяется единственно въ разведенныхъ щелочахъ. | } Выдѣляется весьма легко и вполне уксусною кислотою. |
| 2) Муцинъ, растворимый въ щелочныхъ земляхъ и разбухающій въ водѣ. | |
| 3) Вещество коллоиднее. Растворяется только отчасти въ холодной и весьма легко въ горячей водѣ. При прибавленіи уксусной кислоты даетъ муть, но не створаживается. | |
| 4) Слизистый пептонъ. Растворяется въ водѣ весьма легко и вовсе не осаждается при прибавленіи уксусной кислоты. | |

Вещества бѣлковыя встрѣчаются въ содержимомъ кистомъ въ двоякомъ видѣ, а именно: въ состояніи свободномъ и въ видѣ натроннаго альбумината. Свободный альбуминъ створаживается ужъ при простомъ кипяченіи, натронный же альбуминатъ дѣлаеть это только при прибавленіи кислоты. Кромѣ того, между названными веществами существуетъ еще и то важное различіе, что свободный бѣлокъ постепенно переходитъ въ бѣлковинный пептонъ, натронный же альбуминъ не подвергается никакимъ дальнѣйшимъ измѣненіямъ. Превращеніе свободного альбумина въ бѣлковинный пептонъ совершается не вдругъ, а постепенно. Первая замѣчаемая въ немъ перемѣна состоитъ въ томъ, что онъ теряетъ способность створаживаться при кипяченіи, т. е. онъ превращается въ паральбуминъ. Затѣмъ онъ ужъ не осаждается и кислотами, т. е. переходитъ въ метальбуминъ.

На основаніи вышесказаннаго, бѣлковый рядъ будутъ составлять слѣдующія вещества:

- 1) Альбуминъ (фибринъ).
- 2) Паральбуминъ.
- 3) Метальбуминъ.
- 4) Бѣлковый пептонъ.

Если, какъ мы сказали выше, существуютъ еще до сихъ поръ нѣкоторыя разногласія въ воззрѣніяхъ на извѣстныя стороны химизма содержимаго кистъ, за то, съ другой стороны, всѣ совершенно согласны въ томъ, что присутствіе въ немъ паральбумина составляетъ специфическую характерную особенность его. Вслѣдствіе-то этого, доказательство присутствія этого вещества въ жидкости, добытой проколомъ, получаетъ чрезвычайно важное клиническое значеніе, на которомъ совершенно справедливо настаиваетъ *Waldeyer* и *Spiegelberg*. Для доказательства присутствія паральбумина (а также метальбумина) въ данной жидкости должно поступить, по *Waldeyer*'у, слѣдующимъ образомъ. На изслѣдуемую жидкость, разбавленную водою, дѣйствуютъ угле-

266.—*Spiegelberg*, *Monatsschr. f. Geburtsk.* Bd. XXXIV. p. 384 и *Arch. f. Gynaecol.* Bd. III, p. 271, а также *Volkman's klin. Vorträge*, № 55.—*Huppert*, *Ueber Nachweis des Paralalbumins.* *Prager med. Wochenschr.* 1876, № 17.—*Gusserow*, *Arch. f. Gynaecol.*, IX, Hft. 3.—*Heine*, *Prager medic. Wochenschr.*, 1876, № 1.

кислотой, вслѣдъ затѣмъ образуется осадокъ, состоящій изъ тонкихъ хлопьевъ. Отъ прибавленія абсолютнаго алкоголя образуется осадокъ, который по истеченіи даже нѣсколькихъ дней еще, отчасти или даже совершенно растворяется, если нагрѣвать его въ перегнанной водѣ. Прибавивъ къ этому раствору нѣсколько капель сильно разведенной уксусной кислоты, получается снова осадокъ, который опять растворяется въ избыткѣ уксусной кислоты.

Реакція на паральбуминъ, предложенная Westphalen'омъ и Hurrett'омъ, основана на другихъ началахъ. Изъ трехъ предложенныхъ ими способовъ слѣдующій всего проще. Къ изслѣдуемой жидкости прибавляютъ разведенной уксусной кислоты и смѣсь подвергаютъ кипяченію. При нѣкоторомъ навыкѣ удается наконецъ прибавлять къ извѣстной жидкости столько разведенной уксусной кислоты, что послѣ акта кипяченія получается осадокъ и надъ нимъ слой жидкости. Если эта послѣдняя чиста, то это значитъ, что въ изслѣдуемой жидкости нѣтъ паральбумина и, наоборотъ, при присутствіи послѣдняго слой жидкости бываетъ мутный.

Что касается результатовъ, получаемыхъ при изслѣдованіи помощью микроскопа осадка содержамаго кистомъ, то они могутъ быть весьма разнообразны, смотря по свойствамъ кистомы. періоду ея развитія и тѣмъ измѣненіямъ, которымъ она подвергается во время теченія своего. Чаще всего находимъ слѣдующіе морфологическіе элементы.

а) Эпителіальныя клітки. То онѣ представляются неизмѣненными, то, наоборотъ, ихъ встрѣчаютъ въ разрушенномъ видѣ, причѣмъ онѣ представляются подвергшимися жировому перерожденію въ большей или меньшей степени.

б) Клітки, а также отдѣльныя ядра, подвергшіяся коллоидному перерожденію. Онѣ до такой степени постоянны, что вмѣстѣ съ эпителиальными элементами составляютъ одну изъ самыхъ характерныхъ особенностей осадка содержамаго кистомъ.

в) Мелкозернистыя массы, представляющія ничто иное, какъ жировой распадъ другихъ элементовъ.

г) Кровяные шарики, весьма рѣдко сохраняющіе свою нормальную форму, а большею частью подвергшіеся болѣе или менѣе глубокимъ измѣненіямъ, вслѣдствіе чего они имѣютъ видъ звѣздчатый и т. д.

д) Пигментныя зерна, т. е. остатки кровоизліяній въ кисты. Они могутъ встрѣчаться то въ видѣ свободнаго пигмента, то заключенныя въ элементахъ, подвергшихся коллоидному перерожденію.

е) Холестеаринъ, представляющійся въ видѣ ромбоидальныхъ кристалловъ.

ж) Наконецъ, въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ дѣло шло о нагноеніи внутренней поверхности кисты, вмѣстѣ съ вышеупомяну-

ТЫМИ морфологическими элементами можно константировать и тнойные шарики.

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ извѣстный американскій гинекологъ Druydale описалъ особенный элементъ, константированный имъ въ содержимомъ кистомъ и который онъ назвалъ грануляціонными элементами яичниковъ (ovarian granules). Онъ описываетъ ихъ въ видѣ небольшихъ кругловатыхъ клетокъ, обладающихъ сильнымъ свѣтопереломляющимъ свойствомъ. Druydale придаетъ этимъ морфологическимъ элементамъ особенное значеніе, такъ какъ онъ считаетъ ихъ специфическимъ атрибутомъ содержимаго кистомъ. Мы не можемъ сказать на сколько это мнѣніе Druydale'я справедливо. Во всѣхъ нашихъ клиническихъ случаяхъ, въ которыхъ мы производили или только простой проколъ кисты или же овариотомію, содержимое кистомъ было подвергнуто весьма тщательному микроскопическому изслѣдованію и никогда не могли констатировать ничего похожего на то, что описываетъ Druydale. Можетъ быть онъ принялъ какія либо переходныя формы различныхъ морфологическихъ элементовъ за свои ovarian granules. Во всякомъ случаѣ, желательно было бы, чтобы вопросъ этотъ былъ выясненъ гистологомъ по ремеслу.

Разсмотрѣвъ анатомико-патологическія данныя кистомъ, мы должны еще коснуться тѣхъ измѣненій, которыми онѣ могутъ подвергаться во время теченія ихъ. Измѣненія эти могутъ быть весьма различны и мы рассмотримъ здѣсь только главнѣйшія изъ нихъ.

1) Воспаленіе стѣнокъ кистомы можетъ быть или произвольное, или же какъ слѣдствіе травмы, какъ напр. ушиба и чаще всего вслѣдствіе прокола (paracentesis, punctio). Очень вѣроятно, что въ послѣднемъ случаѣ существенную роль играетъ не столько самъ проколъ, какъ имѣющее мѣсто при этомъ вступленіе воздуха въ полость кисты. Какъ бы то ни было, но воспаленіе, разъ развившись, имѣетъ въ высшей степени важное и притомъ всецѣло клиническое значеніе. Мы ниже еще коснемся этого вопроса; пока же замѣтимъ, что въ большинствѣ случаевъ оно влечетъ за собою нагноеніе въ стѣнкахъ кистомы, которое, въ свою очередь, можетъ повести къ различнымъ послѣдствіямъ. Не говоря уже о томъ, что столь обширное внутреннее нагноеніе можетъ убить больную въ теченіи большаго или меньшаго промежутка времени и притомъ вслѣдствіе піэміи, здѣсь можетъ имѣть мѣсто еще и другой исходъ. Коль скоро процессъ нагноенія сосредоточенъ въ какомъ либо мѣстѣ кистомы, то стѣнки ея, вслѣдствіе усиленія внутриполостнаго давленія, разрываются, причѣмъ гной проложитъ себѣ дорогу или въ полость брюшины, или же наружу прямо черезъ брюшные покровы, или же, наконецъ, наружу при посредствѣ какого либо органа (пузырь, рукавъ, прямая кишка), съ которымъ кистомъ срослась на большемъ или меньшемъ протяженіи. Говоря о перфорациі кистомъ, не можемъ не упомянуть здѣсь кстати и о томъ, что она можетъ произойти и вслѣдствіе другихъ причинъ, особенно же вслѣдствіе востанія папилъ съ внутренней поверхности. Мы выше уже указали на возможность этого явленія и въ послѣднее время оно подтверждается нѣсколькими подобнаго рода наблюденіями. Въ

случаѣ Klebs'a * сосочки перфорировали кистому per rectum; въ случаѣ, упоминаемомъ Spiegelberg'омъ **, кистома представляла около 30 отверстій.

2) Кровоизліяніе въ полость кисты происходитъ чаще всего при сильныхъ папиллярныхъ разраженіяхъ, которыя, какъ ужъ мы знаемъ, очень богаты сосудами. Если подобное кровотеченіе повторяется часто и притомъ въ значительномъ количествѣ, то клинически констатируется быстрое увеличеніе кисты, которое безъ этого обстоятельства вовсе не могло бы быть объяснено.

3) Жировое перерожденіе составляетъ одно изъ самыхъ частыхъ явленій, замѣчаемыхъ въ кистомахъ. Процессъ этотъ поражаетъ по преимуществу эпителий, но онъ можетъ касаться и самыхъ стѣнокъ новообразованія. Въ послѣднемъ случаѣ жировое перерожденіе составляетъ послѣдствіе усиленнаго давленія со стороны содержимаго кистомы на стѣнки ея. Особеннаго значенія жировое перерожденіе имѣть не можетъ, такъ-какъ оно всегда частичное только.

4) Особенный, какъ патолого-анатомическій, такъ равно и клинический интересъ представляетъ описанный въ первый разъ Рокитанскимъ *** случай поворачиванія кистомы вокругъ продольной оси ея. Сущность этого явленія состоитъ въ томъ, что киста поворачивается вокругъ оси своей, вслѣдствіе чего ножка ея, какъ самая узкая часть, скручивается въ болѣе или менѣе значительной степени. Явленіе это должно быть не особенно рѣдко, такъ какъ въ литературѣ въ настоящее время отмѣчено ужъ порядочное число подобнаго рода наблюденій ****. Коль скоро дѣло дошло до скручиванія ножки кисты, то прежде всего развивается венозный застой, который разрѣшается болѣе или менѣе сильнымъ кровотеченіемъ въ полость кисты, отчего больная можетъ погибнуть. Но могутъ быть также и другіе исходы, въ числѣ которыхъ мы должны упомянуть о воспаленіи и послѣдовательномъ нагноеніи, съ которыми мы познакомились уже выше. Наконецъ, дѣло можетъ дойти и до того, что при сильномъ скручиваніи ножки, киста вовсе отрывается. Въ однихъ случаяхъ оторванная киста запусѣваетъ, въ другихъ же она образуетъ болѣе или менѣе обширныя сращения и вслѣдствіе богатой васкуляризаціи продолжаетъ расти и развиваться.

* Pathol. Anat., 4-te Liefer., pp. 795 и 806.

** Arch. f. Gynaecol., Bd. 1, p. 60.

*** Wien. allgem. medic., Zeitschr. № 2.

**** Кромѣ вышеупомянутой статьи Рокитанскаго, см. Wiltshire, Transact. of the pathologic. Soc. of Lond., v. XIX, p. 205.—Spence, Wells, Lond. Obstetric. Transact., v. XI p. 254.—Barnes, Ibid., v. XI, p. 201.—Pavoy, Americ. Journ. of Obstetric., v. IV, p. 454.—Tait, Edimb. medic. journ., 1869, Dec., p. 503.—Peaslee, Amer. Journ. of Obstetrics, v. VI, p. 276.—Atlee, Ovar. tumours, pp. 188—191.—Leopold, Arch. f. Gynaecol., Bd. VI, p. 232.—Rührig, Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. XVII, p. 340.—Thornton, Obst. Journ. of Gr. Brit., 1878, Febr.—Veit, Tagebl. der Cassel. Naturforschervers. 1878, p. 167.—Dannien, Arch. f. klin. Chir., B. XXII, p. 973.

5) Кистомы яичника могут осложняться новообразованиями совершенно другого типа и вследствие того мы получаемъ, разумѣется, опухоли со смѣшаннымъ анатомическимъ характеромъ. Такъ, стѣнки кисты вмѣсто того, чтобы состоять, какъ мы ужъ знаемъ, изъ обыкновенной соединительной ткани, представляютъ въ большемъ или меньшемъ количествѣ соединительную ткань эмбриональную и такимъ образомъ въ результатѣ получается миксоматозная киста—*kystoma mucomatosa*. Съ другой стороны, соединительнотканнные элементы могутъ подвергаться перерожденію саркоматозному, вследствие чего и получимъ цисто-саркому. Наконецъ, на томъ же самомъ основаніи первоначальная киста можетъ перейти въ кисто-карциномъ, коль скоро железистые элементы подвергаются раковому перерожденію.

6) Иногда дѣло доходить до частичнаго омѣлотовленія, разбѣяннаго въ стѣнкахъ кистомы. Въ случаѣ болѣе обширнаго омѣлотовленія стѣнокъ кисты, описанномъ Leopold'омъ, этотъ видъ регрессивнаго метаморфоза объясняется просто тѣмъ, что здѣсь дѣло шло о весьма сильномъ перекручиваніи ножки кисты.

7) Наконецъ, мы должны еще упомянуть объ известковыхъ отложеніяхъ въ кистахъ, описываемыхъ Waldeyer'омъ. Въ этихъ случаяхъ дѣло шло о болѣе или менѣе значительныхъ конкрементахъ известковаго свойства, помѣщавшихся въ углубленія стѣнокъ кистомъ и окруженныхъ эпителиальными элементами. По мнѣнію Waldeyer'a, должно допустить, что известковыя частицы отлагаются здѣсь первоначально въ железахъ, которыя постепенно атрофировались и затѣмъ исчезали вовсе.

Клиническія явленія, обусловливаемые кистами яичниковъ, могутъ быть въ высшей степени разнообразны и поэтому не легко было бы изложить ихъ здѣсь во всей полнотѣ. Вообще должно сказать, что припадки, на которые жалуются въ этихъ случаяхъ больныя, выступаютъ очень постепенно, исподволь и это совершенно понятно, такъ-какъ мы имѣемъ дѣло съ тихо развивающимся новообразованиемъ, вследствие чего больныя имѣютъ достаточно времени привыкнуть къ нимъ. Въ началѣ болѣзни, когда тшмог не достигъ еще извѣстной величины, большинство больныхъ обыкновенно вовсе ни на что не жалуется и нерѣдко приходится при изслѣдованіи случайно констатировать кисту яичника даже довольно порядочной величины, присутствіе которой больная даже не подозрѣваетъ. Случаи, въ которыхъ небольшія кисты вызывали бы извѣстные припадки, вследствие которыхъ больныя обращались бы за врачебною помощью, принадлежать къ величайшимъ рѣдкостямъ.

Для большей наглядности мы раздѣлимъ всѣ припадки, вызываемые кистами яичника, на три категории, а именно: на разстройство со стороны функцій полового аппарата, разстройства механическія и, наконецъ, на клиническія явленія, вызываемыя измѣненіями, происходящими въ самихъ кистахъ.

Изъ разстройствъ функціонныхъ со стороны половой сферы прежде указывали въ особенности на разстройства мѣсячныхъ. Въ настоящее время, однако, когда на этотъ вопросъ стали обращать болѣе тщательное вниманіе, убѣдились въ томъ, что разстройства мѣсячныхъ вовсе не составляютъ столь частое явленіе при кистахъ яичниковъ, какъ думали прежде. Въ этомъ можно убѣдиться изъ данныхъ, приводимыхъ на этотъ счетъ Ch. West'омъ * и Veigel'емъ **. По первому изъ этихъ авторовъ, на 85 случаевъ кистъ яичниковъ мѣсячныя были:

совершенно правильны	въ 26 случ.
дисменоройнаго характ.	» 1 »
обильны	» 5 »
захватывали впередъ (menstr. antecip.)	» 4 »
неправильнаго типа	» 7 »
Menstr. postpon.	» 3 »
Скудны	» 5 »
menostasis	» 14 »

По Veigel'ю, на 76 случаевъ кистъ яичниковъ мѣсячныя сохранили правильный характеръ 49 разъ.

На основаніи этихъ данныхъ, должно прійти къ заключенію, что разстройства мѣсячныхъ составляютъ далеко не постоянный спутникъ кистъ яичниковъ и что изъ этихъ разстройствъ чаще всего встрѣчается менопаузъ. Прекращеніе мѣсячныхъ встрѣчается чаще всего при кистахъ двустороннихъ, но далеко не постоянно. До тѣхъ поръ пока остается хотя частица непораженной ткани яичника, менструація можетъ появляться совершенно правильно.

Способность къ зачатію положительна уменьшена при кистахъ яичниковъ, особенно тѣхъ изъ нихъ, которыя достигли извѣстной степени развитія. Обстоятельство это объясняется не трудно тѣмъ, что при этомъ происходятъ очень серьезныя измѣненія въ положеніи, а также и очертаніи матки, которыя ужъ механически противодѣйствуютъ зачатію. Тѣмъ не менѣе однако, въ практикѣ встрѣчаются случаи осложненія кистъ беременностью. Осложненіе это имѣетъ столь важное клиническое значеніе, что мы коснемся его еще ниже, когда будемъ говорить о терапіи разсматриваемыхъ нами новообразованій. Здѣсь кстати не можемъ не упомянуть о томъ, что при кистахъ, иногда довольно рано уже, больныя жалуются на цѣлый рядъ явленій со стороны грудныхъ железъ, сильно напоминающія явленія, замѣчаемыя во время беременности. Нерѣдко приходится слышать отъ больныхъ, что отъ времени до времени у нихъ появляется неприятное ощущеніе то въ одной, то въ обѣихъ грудяхъ, выражающееся покальваніемъ или даже болью. При этомъ груди пред-

* Op. cit., p. 241.

** Op. cit., p. 432.

ставляются болѣе или менѣе увеличенными въ объемѣ и около-сосковъ кружокъ болѣе или менѣе окрашеннымъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы могли констатировать и усиленную функціональную дѣятельность железъ, а именно при надавливаніи на нихъ можно было выжать нѣсколько капель молока.

Что касается выдѣленій изъ родовыхъ путей, то при кистахъ яичниковъ нерѣдко приходится наблюдать усиленіе секрета какъ изъ матки, такъ и рукава. Это объясняется, съ одной стороны, тѣмъ, что больныя до развитія кистъ, страдали уже самыми разнообразными заболѣваніями половой сферы, — съ другой же стороны, — замѣчаемыми въ этихъ случаяхъ смѣщеніями матки. Въ особенности если эта послѣдняя сильно сдавлена новообразованиемъ, то мы будемъ имѣть дѣло съ болѣе или менѣе сильными венозными застоями въ ней, которые дадутъ усиленное выдѣленіе слизи, нерѣдко даже болѣе или менѣе окрашенной въ кровянистый цвѣтъ.

Вторая группа явленій, замѣчаемыхъ при кистахъ яичниковъ, обуславливается давленіемъ опухоли на близлежащія органы. Само собою разумѣется, что явленія эти какъ по отношенію интенсивности, такъ и по количеству ихъ, будутъ весьма различны, что обуславливается главнымъ образомъ величиною и степенью подвижности новообразованія. Вообще говоря, нужно, чтобы опухоль достигла сколько нибудь порядочныхъ размѣровъ для того, чтобы сказались уже явленія разсматриваемой категоріи. Кромѣ того, здѣсь очень важную роль играетъ степень подвижности опухоли, т. е. болѣе или менѣе обширныя сращенія ея съ сосѣдними органами. Прежде и чаще всего вліяніе давленія опухоли сказывается на мочевомъ пузырьѣ. Поэтому, вслѣдствіе давленія на шейку его, больныя часто жалуются на учащенный позывъ къ мочеиспусканію (ischuria), а также на болѣзненность при этомъ актѣ (stranguria). Если опухоль достигла очень большихъ размѣровъ, то иногда тѣ же явленія со стороны пузыря обуславливаются не столько давленіемъ на него опухоли, какъ оттягиваніемъ вверхъ и смѣщеніемъ пузыря, а отчасти также и мочеточниковъ. Смѣщеніе и прижатіе мочеточниковъ можетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ дойти до такой степени, что выдѣленіе мочи почти совершенно прекращается. При этомъ расширеніе мочеточниковъ можетъ доходить отъ 1½—2" (Scanzoni).

Прямая кишка нерѣдко очень рано уже испытываетъ болѣе или менѣе давленіе со стороны кисты, въ особенности, если дѣло идетъ о значительныхъ сращеніяхъ опухоли въ полости таза. Оттого-то болѣе или менѣе упорные запоры на низъ составляютъ одинъ изъ самыхъ частыхъ спутниковъ кистъ. Чѣмъ болѣе разрастается опухоль, тѣмъ больше она начинаетъ давить на кишечникъ, а также на желудокъ. Давленіе, производимое опухолью на желудочно-кишечный каналъ, въ клиническомъ отношеніи чрезвычайно важно, — такъ-какъ оно, разстраивая пище-

вареніе, составляетъ одинъ изъ главныхъ факторовъ упадка питания. По мѣрѣ того, какъ опухоль, перешедши изъ тазовой въ брюшную полость, все больше и больше разрастается, — грудобрюшная преграда начинаетъ смѣщаться вверхъ, вслѣдствіе чего начинаетъ разстраиваться дыханіе. Оно дѣлается учащеннымъ и поверхностнымъ и разстройство это доходитъ до того, что больныя не въ состояніи лежать. Вслѣдствіе механическаго разстройства дыханія и неравномѣрности расиредѣленія крови въ легкихъ, больныя нерѣдко страдаютъ мучительнымъ кашлемъ.

Механическому разстройству, вызываемому опухолью въ циркуляціи живота, должно приписать цѣлый рядъ явленій, замѣчаемыхъ при большихъ кистахъ яичниковъ. Такъ, страданія больныя усиливаются какъ отъ отека общихъ покрововъ (по преимуществу на нижнихъ конечностяхъ), такъ и отъ асцита, составляющаго столь частый спутникъ кистъ. При этомъ могутъ также встрѣчаться расширенія венъ въ различныхъ областяхъ. Чаще всего мы имѣемъ дѣло съ рѣзко выраженными узлами прямой кишки, на нижнихъ конечностяхъ и затѣмъ на брюшныхъ стѣнкахъ. Здѣсь иногда расширеніе венъ достигаетъ весьма значительной степени, такъ что весь животъ представляется испещреннымъ синими шнурами, толщина которыхъ можетъ превышать мизинецъ. Это то, что старинные клиницисты называли *carut medusae*.

Третью группу явленій, замѣчаемыхъ при кистахъ яичниковъ, составляютъ тѣ, которыя обусловливаются измѣненіями, происходящими въ нихъ самихъ, а также измѣненіями, вызываемыми ими въ брюшинѣ. Чаще всего мы имѣемъ дѣло съ болѣе или менѣе обширными частичными воспаленіями брюшины (*peritonitis partialis*). Они выступаютъ въ то время, когда опухоль достигаетъ ужь значительныхъ размѣровъ. При этомъ можетъ воспалиться какъ брюшинный отдѣлъ, покрывающій опухоль, такъ въ особенности *periton. pariet.* брюшныхъ стѣнокъ. Результатомъ этихъ частичныхъ перитонитовъ являются болѣе или менѣе обширныя сращенія опухоли съ сосѣдними органами. Для того, чтобы произошли подобныя сращенія, нужно, чтобы данная часть опухоли лишилась своего эпителиальнаго покрова. Но, имѣя въ виду, что это очень легко возможно при значительныхъ размѣрахъ опухоли, вслѣдствіе простаго тренія о сосѣднія части,—то этимъ обстоятельствомъ легко объясняется то, что мы очень рѣдко имѣемъ дѣло съ кистами скольконибудь значительныхъ размѣровъ безъ того, чтобы онѣ не представляли болѣе или менѣе обширныя сращенія съ сосѣдними органами. Клинически разсматриваемое явленіе, т. е. частичный перитонитъ, сказывается извѣстнымъ рядомъ явленій, а именно: болѣе или менѣе сильною (острою) болью въ извѣстномъ мѣстѣ живота, поднятіемъ T^c и учащеніемъ пульса, а также большимъ или меньшимъ развитіемъ тимпанита. Явленія эти держатся извѣстное время и затѣмъ мало по малу утихаютъ, чтобы черезъ

нѣсколько времени снова повториться. Подобнаго рода явленія замѣчаются во время теченія кисты по нѣскольку разъ и значительно усиливаютъ страданія больной.

Интеркуррентныя лихорадочныя явленія замѣчаются также при воспаленіи внутренней поверхности стѣнокъ кисты и достигаютъ особенной силы, если оно влечетъ за собою нагноеніе. Въ этихъ случаяхъ лихорадочныя явленія представляютъ совершенную аналогію съ тѣмъ, что замѣчается при нагноительныхъ процессахъ вообще и тянутся очень долго, причемъ силы больной все болѣе и болѣе падаютъ.

Что касается клиническихъ явленій, обусловливаемыхъ поворачиваніемъ кисты вокругъ ея оси, то они бываютъ различны, смотря по величинѣ опухоли, главнымъ же образомъ. смотря по скорости, съ какою совершается это измѣненіе въ кистѣ. Чаше всего мы будемъ имѣть дѣло съ явленіями болѣе или менѣе обширнаго перитонита и измѣненіями въ плотности стѣнокъ кистомы, т. е. эта послѣдняя увеличивается вслѣдствіе происходящаго при этомъ кровотеченія въ полость опухоли съ одной стороны,—съ другой же, вслѣдствіе экстравазаціи въ толщу стѣнокъ ея. Само собою разумѣется, что при этомъ будетъ также замѣчаться большая или меньшая степень анеміи, смотря по тому, какъ велико было кровотеченіе въ полость кисты.

Клиническія явленія всѣхъ разсмотрѣнныхъ нами группъ слишкомъ достаточны для того, чтобы объяснить ими печальную картину, замѣчаемую со стороны общаго состоянія больныхъ, одержимыхъ кистами яичниковъ. По мѣрѣ того, какъ киста достигаетъ все болѣе и болѣе, и болѣе и болѣе, и рука объ руку съ нимъ идетъ и постоянный упадокъ силъ. Больныя начинаютъ постепенно худѣть, обезкровливаются и мало-по-малу теряютъ силы. Скорѣйшему истощенію силъ способствуетъ въ особенности одинъ припадокъ, который нерѣдко приводитъ въ отчаяніе больныхъ. Припадокъ этотъ—рвота, которая, относительно, нерѣдко наблюдается во время теченія большихъ кистъ. Если къ этому прибавимъ разстройство со стороны органовъ дыханія и кровообращенія, подавленное душевное настроеніе, вслѣдствіе сознанія безутѣшности страданія, которымъ онѣ одержимы,—то легко понять—каково должно быть общее состояніе подобныхъ несчастныхъ, когда болѣзнь достигла уже извѣстной степени развитія. Степень переносимыхъ ими страданій иногда сказывается весьма рѣзко на физиономіи подобныхъ больныхъ. Цвѣтъ лица принимаетъ какой-то желтовато-грязный оттѣнокъ, черты его какъ бы заостряются, вокругъ рта выступаютъ рѣзко морщины, и притомъ въ такомъ возрастѣ, когда ихъ не слѣдовало еще ожидать. Однимъ словомъ, на немъ написано глубокое, мучительное страданіе. Всѣ эти особенности лица больныхъ, одержимыхъ кистами яичниковъ, очень мѣтко описаны Sp. Well's'омъ подъ именемъ *facies ovarica*. Впрочемъ, мы должны

сказать, что, несмотря на весь авторитетъ Sp. Wells'a, описанныя имъ измѣненія въ фізіономіи кистоматозныхъ больныхъ далеко не столь постоянны, какъ онъ утверждаетъ, и поэтому самому въ діагностическомъ отношеніи они не могутъ имѣть особеннаго значенія.

Этіологія.

Библиогр. Kiwisch, Klinische Vorträge, Bd. II, p. 79.—Sh. West, Diseases of women, 3 edit., p. 481.—Scanzoni, Würzb. medic. Zeitschr., 1865, Hft. I, p. 1.—Онъ же, Beiträge zur Gynaecol., 1869, Bd. V, p. 145—Court, Traité prat. des maladies de l'uterus. Paris, 2-me edit., 1872, p. 1066.—Peaslee, Ovarian tumours; their pathol., diagnos. and treatment. New-York: 1872.—Beigel, die Krankheiten des weiblich. Geschl., Erlangen, 1874, Bd. I, p. 477.—Olshausen, Die Krankheiten der Ovarien. Stuttgart, 1877, p. 74.—Koerberle, Maladies des ovaires. Extr. du nouveau Diction. de med. et de chir. prat. IV. XXV, Paris. 1878.

Выше мы познакомились ужъ со способомъ развитія (патогеніей) какъ фолликулярныхъ, такъ и сложныхъ кистъ яичника. Если изслѣдованія новѣйшей патологической анатоміи выяснили въ этомъ отношеніи очень многое, то, съ другой стороны, очень многое остается еще темнымъ. Въ самомъ дѣлѣ, мы знаемъ, что кистомы развиваются изъ флюгеровскихъ каналовъ; но, спрашивается: что же служитъ первоначальной причиной этого развитія? Принимая въ соображеніе то обстоятельство, что флюгеровскіе каналы фунгируютъ только во время внутриутробной жизни, намъ кажется, должно допустить съ большой вѣроятностью, что кистомы, если не всѣ, то по крайней мѣрѣ большинство изъ нихъ составляютъ результатъ какого-либо внутриутробнаго заболѣванія, первоначальная причина котораго все-таки остается для насъ неизвѣстною. Другими словами, очень вѣроятно, что кистомы составляютъ страданіе врожденное. Если даже не допускать этого положенія во всей полнотѣ его, то все-таки придется согласиться съ тѣмъ, что дѣвочки рождаются на свѣтъ съ анатомическими задатками будущихъ кистомъ, которыя въ извѣстную эпоху половой дѣятельности достигаютъ такого развитія, что становятся клиническимъ объектомъ. Что касается причинъ фолликулярныхъ кистъ, то онѣ еще темнѣе, по отношенію къ кистомамъ. Отчего тотъ или другой граафовъ пузырекъ, ни съ того, ни съ сего, превращается въ кисту? Въ послѣдніе годы Scanzoni высказалъ на этотъ счетъ предположеніе, которое, можетъ быть, не лишено нѣкотораго основанія. По его словамъ, очень многіе изъ больныхъ, страдающихъ кистами, одержимы въ извѣстную эпоху ихъ жизни болѣе или менѣе рѣзко выраженною хлороанеміей. Вслѣдствіе-то этого, во время менструальныхъ періодовъ гиперемія въ яичникахъ происходитъ недостаточная, т. е. ея не хватаетъ на то, чтобы созрѣвающий граафовъ пузырекъ лопался. По прошествіи, такимъ образомъ, извѣстнаго числа менструальныхъ періодовъ, въ данномъ граафовомъ пузырькѣ суммируется извѣстная степень

раздраженія, которая будетъ имѣть результатомъ развитіе ретенціонной кисты.

Въ виду неразъясненности первоначальныхъ причинъ развитія кистъ яичниковъ, клиницисту остается, по крайней мѣрѣ, выяснитъ нѣкоторыя этиологическія стороны вопроса, которыя могутъ быть разрѣшены путемъ статистики.

Возрастъ, въ которомъ, чаще всего встрѣчаются кисты яичника, обнимаетъ собою преимущественно и главнымъ образомъ эпоху наивысшаго проявленія половой дѣятельности женщины. Тѣмъ не менѣе, въ настоящее время извѣстенъ цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ кисты яичниковъ констатированы были у субъектовъ до наступленія половой зрѣлости и даже у очень маленькихъ дѣвочекъ. Случаи эти очень тщательно собраны Olshausen'омъ въ вышеприведенной монографіи его. Kiwisch наблюдалъ кисту у 14-лѣтней дѣвочки. Кромѣ того, онъ упоминаетъ еще о препаратѣ кисты яичника, развившейся у годовалого ребенка. Faucott Battye * описываетъ овариальную кисту вѣсомъ въ 76½ унцій у дѣвочки 12-ти лѣтъ отъ роду. Wegscheider ** приводитъ случай пролиферирующей кистомы обоихъ яичниковъ также у 12-ти лѣтней дѣвочки. Въ случаѣ Courty *** дѣвочкѣ, одержимой кистой, было 11 лѣтъ (не менструировала). Въ случаѣ Marjolin'a **** киста вѣсомъ въ 19 фунтовъ развилаь у 11-лѣтней дѣвочки. Goodrich описываетъ кисту у 8-лѣтней дѣвочки. Sp. Wells † произвелъ оваріотомію съ полнымъ успѣхомъ также у 8-лѣтней дѣвочки. Peaslee упоминаетъ о кистѣ у 5-лѣтней дѣвочки, а Carry 3-лѣтняго ребенка. Olcock †† произвелъ даже оваріотомію у 3-лѣтняго ребенка со смертельнымъ исходомъ. Schwartz ††† произвелъ оваріотомію съ полнымъ успѣхомъ у 4-лѣтней дѣвочки, у которой, кромѣ того, дѣло шло о menstr. praesox.

Подобнаго рода случаи все-таки останутся всегда исключениями изъ общаго правила, на основаніи котораго, какъ ужъ сказано, кисты яичника развиваются послѣ наступленія половой зрѣлости. На 966 случаевъ кистъ яичниковъ, приводимыхъ Sp. Wells'омъ (500 больныхъ), Peaslee, (116 больныхъ), Ch. Clay (241) и Koeberlé (69), больныя распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

Моложе	20 лѣтъ	32 случая
«	20—31 »	266 »
»	30—40 »	298 »
»	40—50 »	213 »
Старше	50 »	157 »
	Всего	966 случаевъ.

* Transact. of the obstetric. Soc. of Lond., v. II, p. 79.

** Beitr. z. Geb. u. Gynaecol. der geburtsh. Geselsch. in Berlin, 1870, I, p. 35.

*** Op. cit., p. 929.

**** Bullet. de la Soc. de Chir., 1869, 19 Juni.

† Brit. medic. Journ., 1874, March.

†† Lancet, 1871, 16 dec.

††† Arch. f. Gynaecol., Bd. XIII, p. 475.

Изъ этого видно, что наибольшее число случаевъ кистъ яичниковъ приходится на больныхъ въ возрастѣ отъ 30—40 лѣтъ.

У кого чаще встрѣчаются кисты яичниковъ—у замужнихъ или незамужнихъ субъектовъ? — спорили очень много. Мы ужъ нѣсколько разъ въ этомъ сочиненіи указывали на то, что подобные споры не имѣютъ никакого основанія, такъ-какъ незамужество еще ничего не доказываетъ относительно извѣстнаго отправления половой сферы (именно коита). Интереснѣе гораздо вопросъ: у кого чаще встрѣчаются кисты: у рожавшихъ ли, или у тѣхъ, которые не рожали? Статистическія данныя, приводимыя на этотъ счетъ авторами, расходятся очень сильно. Такъ, *Voinet* на 500 больныхъ кистами отмѣчаетъ 390 никогда не бывшихъ беременными. *Negroni* же на 400 больныхъ насчитываетъ только 43 не рожавшихъ. Данныя *Negroni* намъ кажутся болѣе вѣроятными, такъ-какъ они подтверждаются и другими авторами, какъ видно изъ нижеслѣдующей таблицы.

<i>Scanzoni</i>	на 45	больныхъ	нерожавшихъ	было	. . . . .	13
<i>Nussbaum</i>	» 21	»	»	»	. . . . .	1
<i>Olshausen</i>	» 63	»	»	»	. . . . .	8
Всего на 129 больныхъ нерожавшихъ было						. . . . . 22

Итакъ, бесплодіе вовсе не составляетъ предрасполагающей причины къ развитію кистъ, такъ какъ онѣ встрѣчаются гораздо чаще у женщинъ рожавшихъ.

Въ послѣднее время начали указывать на то, что по отношенію къ этиологіи кистъ играетъ до извѣстной степени роль наследственность (?). *Rose* наблюдалъ эту болѣзнь у двухъ, а *J. Simpson* у трехъ сестеръ. *Leves* рассказываетъ объ одномъ семействѣ, семь членовъ котораго погибли отъ кистъ. Очень вѣроятно, что во всѣхъ этихъ случаяхъ, дѣло шло не о простыхъ кистахъ, а о кистахъ-карциномахъ.

Что касается того, какой изъ яичниковъ чаще поражается кистами, лѣвый или правый,—то прежде увѣряли, что это по преимуществу лѣвый. Статистическія данныя скорѣе указываютъ обратное, именно—болѣе частое пораженіе праваго яичника (*Ch. West*). Одновременное пораженіе кистами обоихъ яичниковъ встрѣчается, относительно, довольно рѣдко, во всякомъ случаѣ, далеко не столь часто, какъ утверждалъ въ послѣднее время *Scanzoni*. По словамъ его, заболѣваніе обоихъ яичниковъ составляетъ столь частое явленіе, что онѣ воспользовался этимъ обстоятельствомъ, чтобы выставить его какъ укоръ противъ оваріотоміи. По его мнѣнію, односторонняя оваріотомія нерѣдко ни къ чему не ведетъ, такъ-какъ, по истеченіи извѣстнаго времени, выступаетъ заболѣваніе втораго яичника. Прямыя и многочисленныя статистическія данныя совершенно опровергаютъ это мнѣніе знаменитаго вюрцбургскаго гинеколога. *Scanzoni* былъ

введенъ въ ошибку тѣмъ, что онъ матеріаль свой собиралъ въ анатомико-патологическомъ институтѣ. Если въ протоколахъ вскрытій упоминалось о томъ, что при кистомѣ, положимъ, праваго яичника замѣчалось увеличеніе лѣваго, — то онъ это считалъ двустороннимъ заболѣваніемъ. Только такимъ образомъ можно объяснить то, что онъ насчитываетъ 59% двусторонняго заболѣванія кистами яичниковъ. На дѣлѣ это выходитъ, однако, далеко не такъ. Sp. Wells на 800 случаевъ долженъ былъ дѣлать двойную овариотомію только въ 47 случаяхъ. Если сюда прибавить еще 7 больныхъ, у которыхъ послѣ односторонней овариотоміи дѣло дошло до заболѣванія втораго яичника, то получится на 800 случаевъ 54 заболѣванія кистами обоихъ яичниковъ. По статистикѣ Atlee на 13 случаевъ овариотоміи приходится одна двусторонняя; Koeberlé на 100 случаевъ насчитываетъ 16; Keith же на 229 случаевъ овариотоміи долженъ былъ вырѣзать оба яичника только 13 разъ, Olshausen на 56 случаевъ 9 разъ и т. д.

Изъ этого видно, что одновременное заболѣваніе кистами обоихъ яичниковъ составляетъ ничуть не частое явленіе, а, наоборотъ, обстоятельство довольно рѣдкое.

Въ заключеніе, мы не можемъ не остановиться еще на одномъ вопросѣ, который долженъ интересовалъ всякаго гинеколога, а именно: часто ли встрѣчаются кисты яичниковъ въ ряду другихъ гинекологическихъ формъ? Къ сожалѣнію, вопросъ этотъ едва ли можетъ быть разрѣшенъ удовлетворительно, вслѣдствіе различныхъ обстоятельствъ. Самое главное изъ нихъ то, что клинической матеріаль, обнимающей кисты яичниковъ, по необходимости сосредоточивается въ рукахъ немногихъ, а именно тѣхъ, которые сумѣли составить себѣ репутацию овариотомистовъ. Если поэтому судить, напр., о чрезмѣрной частотѣ этого страданія въ практикѣ по матеріалу Sp. Wells'a, — то заключеніе будетъ совершенно ошибочно, такъ какъ, благодаря громкой славѣ Sp. Wells'a, къ нему стекается большинство больныхъ, одержимыхъ кистами. Тоже самое приѣмнимо къ каждой странѣ и отдѣльнымъ личностямъ.

Распознаваніе.

Библиогр.: Thierry, Sur le diagnostic différentiel des tumeurs dont le caractère pathognomonique est la fluctuation. L'expérience, 1840, № 61. — Spiegelberg, Monatschr. f. Geburtsk., 1869, Bd. XXXIV, p. 384. — Его же, Arch. f. Gynaecol., Bd. III, p. 271. — Его же, Die Diagnose der Ovariencysten въ Volk. Klin. Vortrage, № 55. — И. Добрынинъ, О диагностикѣ кистъ яичника. Диссертация. С-Петербургъ. 1869. — Schetelig, Arch. f. Gynaecol. Bd. I, p. 415. — J. Simpson, Clin. lectures on diseases of women. 1872, p. 426. — Atlee, Genes. and differential diagnosis of ovarian tumours. Philadelphia, 1873. — Spencer Wells, On diseases of the ovaries. Lond., 1873. — Rheinstaedter, Die Diagnose der Ovariencysten. Berl. Klin. Wochenschr., 1875, Mai. — Westphalen, Beiträge zur Probepunction. Arch. f. Gynaecol.

col., 1875, Bd. VIII.—Huppert, Ueber den Nachweis des Paralbumins. Prager Vierteljahrschr., 1876, № 17.—Olshausen, Op. cit., p. 118. — Péan. Leçons de clinique chirurgicale prof. à l'hôpit. St. Louis. Paris, 1877, p. 214—228. — Schroeder, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 5 Aufl. Leipzig. 1881, p. 376.—Spencer Wells, On ovarian and uterine tumours. London, 1882, p. 71.

Тому, кто хоть скольконибудь знакомъ съ историческимъ развитіемъ гинекологіи, слишкомъ хорошо извѣстно, въ какомъ печальномъ состояніи находилась эта часть нашей спеціальности. именно все то, что относилось къ распознаванію опухолей полости таза и живота, въ особенности же кистъ яичника. Мы ниже увидимъ, какія грубыя ошибки дѣлались въ этомъ отношеніи и притомъ со стороны тѣхъ, которые находились во главѣ научнаго движенія какъ хирурги, такъ и гинекологіи. Къ счастью, эти печальныя времена миновались, и если теперь еще случается читать объ ошибкахъ, дѣлаемыхъ въ этомъ отношеніи клиницистами, то это должно приписать, съ одной стороны, недостаточному и поверхностному изслѣдованію, съ другой же стороны — особеннымъ какимънибудь неблагопріятнымъ осложненіямъ даннаго случая.

Вопросъ относительно распознаванія кистъ яичника до такой степени обширенъ и сложенъ, что, если бы мы вздумали рассмотреть его здѣсь со всѣхъ сторонъ, то намъ бы пришлось очень сильно раздвинуть рамки нашего сочиненія. Мы поэтому ограничимся здѣсь разборомъ самыхъ необходимыхъ обстоятельствъ, относящихся къ прямому и дифференціальному распознаванію кистъ, и отсылаемъ читателя относительно подробностей къ приведеннымъ нами выше литературнымъ источникамъ.

Какія данныя должны быть добыты при изслѣдованіи, чтобы установить прямое распознаваніе кисты яичника?

У постели больной мы можемъ имѣть дѣло съ двоякаго рода обстоятельствомъ: 1) киста еще такъ мала, что она не выходитъ изъ полости таза и 2) киста достигла ужъ такой величины, что она заняла большую или меньшую часть брюшной полости.

Въ первомъ случаѣ, наружное изслѣдованіе, въ особенности если брюшныя покровы хоть скольконибудь напряжены, не даетъ никакого положительнаго результата. Изслѣдованіе же внутреннее и при томъ бимануальное покажетъ слѣдующее. Въ той или другой половинѣ таза констатируется опухоль круглаго очертанія, большею частію ровной поверхности, слегка чувствительной при энергическомъ надавливаніи и консистенціи эластической. Что касается этого послѣдняго обстоятельства, именно консистенціи опухоли, то она въ ранніе періоды развитія кистъ имѣетъ очень важное значеніе. Можно съ положительностью утверждать, что при скольконибудь внимательномъ изслѣдованіи можно всегда констатировать, что мы имѣемъ дѣло съ опухолью, которая, если не на всей, то на большей части своей поверхности представляетъ эластическую консистенцію. Не

рѣдко, при изслѣдованіи опухоли по отношенію къ этому признаку, можно констатировать въ томъ или другомъ мѣстѣ зыбленіе, хотя весьма рѣдко съ такой ясностью, чтобы можно было утверждать, что оно существуетъ несомнѣнно. Зыбленіе констатируется тѣмъ легче, чѣмъ тоньше стѣнки кисты и чѣмъ болѣе данный случай чистый, т. е. если нѣтъ при этомъ осложненій воспалительными процессами, въ особенности же периметритомъ. Вообще же должно сказать, что чѣмъ меньше изслѣдуемый типъ, тѣмъ болѣе смутно выступаетъ зыбленіе и поэтому при распознаваніи молодыхъ кистъ признаку этому не должно придавать слишкомъ большое значеніе. Далѣе, внимательное изслѣдованіе выяснитъ, что констатируемая въ полости таза опухоль находится въ извѣстномъ отношеніи къ маткѣ. Мы уже выше указали на то, что опухоль развивается въ какой либо сторонѣ (половинѣ) таза; слѣдовательно, по мѣрѣ того, какъ опухоль увеличивается въ объемѣ, она будетъ отодвигать матку въ противоположную сторону. Но этого мало, положеніе матки будетъ представлять еще нѣкоторыя особенности. Пока опухоль помѣщается еще цѣликомъ или болѣею частью своею въ полости таза, матка въ большинствѣ случаевъ помѣщается позади опухоли. Тамъ же, гдѣ опухоль достигла болѣе или менѣе значительныхъ размѣровъ, она, подымаясь вверхъ, давить на маточное дно и отклоняетъ его впередъ, вследствие чего органъ и помѣщается въ переднемъ сводѣ. Какъ бы то ни было, но на довольно значительномъ матеріалѣ мы могли убѣдиться въ томъ, что при небольшихъ кистахъ матка помѣщается въ заднемъ, а при кистахъ значительныхъ размѣровъ — въ переднемъ сводѣ. Само собою разумѣется, что въ практикѣ встрѣчается не мало исключеній изъ этого правила, что будетъ зависѣть отъ различныхъ обстоятельствъ, главнымъ же образомъ отъ величины матки и случайныхъ сращеній съ тазовыми органами.

Говоря о маткѣ и относительномъ положеніи ея къ разсматриваемому новообразованію яичника, мы не можемъ не упомянуть о важномъ признакѣ, добываемомъ путемъ изслѣдованія. Если изслѣдуемая опухоль болѣе или менѣе подвижна, то, подымая ее вверхъ или вбокъ, можно констатировать, что опухоль находится въ извѣстной связи съ маткой, но что эта связь болѣе или менѣе слаба. Другими словами: матка слѣдуетъ за движеніями опухоли, но далеко не въ такой степени, какъ бы это было, если бы мы имѣли дѣло съ опухолью, исходящею изъ матки. Тѣ же самыя отношенія подвижности матки къ подвижности кисты мы замѣчаемъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ эта послѣдняя болѣею частью помѣщается въ брюшной полости. Если приставить палецъ къ влагалищной части и въ это время помощникъ оттягиваетъ (обѣими руками, приложенными надъ лоннымъ соединеніемъ) опухоль вверхъ, то можно убѣдиться въ томъ, что матка тоже оттягивается вверхъ, но не очень сильно. Для того, чтобы

эта вторичная подвижность матки выступала несомнѣннымъ образомъ, требуется, какъ мы ужъ сказали, чтобы матка не была сращена въ тазу. Кромѣ того, здѣсь очень важное значеніе имѣетъ еще одно обстоятельство, а именно большая или меньшая длина ножки кисты. Если ножка кисты не особенно длинна, то ее можно очень хорошо ощупать, причемъ получается также ощущеніе, какъ будто мы щупаемъ сильно напряженную связку. Если бы мы имѣли дѣло съ очень длинной ножкой, то, по совету Негарга, можно облегчить себѣ ощупываніе ея слѣдующимъ образомъ. Крѣпкими мюсеевскими щипцами, вкалываемыми въ влагалищную часть, оттягиваютъ матку сильно внизъ. При этомъ въ той сторонѣ, откуда выходитъ опухоль, ощупывается безъ особеннаго труда сильно напряженная *lig. recto-uterin.*, а вмѣстѣ съ тѣмъ можно также констатировать непосредственный переходъ *lig. ovarii* на изслѣдуемую опухоль.

Говоря объ отношеніяхъ матки къ кистѣ, мы не можемъ не упомянуть еще объ одномъ, относящемся сюда обстоятельстве, а именно о величинѣ ея. Размѣры матки, констатируемые въ этихъ случаяхъ, будутъ различны, смотря, во первыхъ, по возрасту, въ которомъ находится данная больная, а, во вторыхъ, отъ различныхъ патологическихъ состояній, въ которыхъ находилась сама матка до развитія кисты. Въ случаяхъ сколько-нибудь старыхъ, матка, вслѣдствіе давленія, претерпѣваемаго ею со стороны кисты, большею частью рѣдко бываетъ увеличена въ объемѣ; наоборотъ, иногда она представляетъ болѣе или менѣе рѣзкую атрофію въ той или другой части своей. Въ тѣхъ случаяхъ гдѣ матка приростаеъ дномъ своимъ къ поверхности кисты, мы можемъ получить отношенія, которыя имѣютъ въ клиническомъ отношеніи чрезвычайно важный интересъ. По мѣрѣ того, какъ киста растетъ и все болѣе и болѣе подымается въ брюшную полость, она оттягиваетъ за собою вверхъ и матку. Поэтому-то нерѣдко можно встрѣтить такіе случаи, въ которыхъ влагалищная часть достигается съ большимъ трудомъ. Иногда, срастаясь съ кистой, матка вытягивается въ длину въ весьма значительной степени. Въ одномъ изъ нашихъ клиническихъ случаевъ мы имѣли дѣло съ кистой громадныхъ размѣровъ. Не смотря на то, что мы зондировали нѣсколько разъ и самымъ тщательнымъ образомъ, мы не могли ориентироваться на счетъ маточнаго дна. Такъ-какъ дѣло шло о кистѣ неудобнооперируемой, то терапія должна была ограничиваться только проколами. При вскрытіи оказалось, что матка такъ крѣпко срослась съ заднею поверхностью кисты, что не было никакой возможности отдѣлить ее, и до такой степени была вытянута въ длину, что продольный размѣръ ея равнялся 20 центим. При этомъ она совершенно потеряла нормальную форму свою и скорѣе походила на совершенно цилиндрической каналъ. Этотъ замѣчательный препаратъ, отлично приготовленный однимъ изъ нашихъ учениковъ, докторъ Разумовскимъ, былъ демонстрированъ имъ въ здѣшнемъ акушерскомъ обществѣ и хранится теперь въ кабинетѣ нашей клиники.

При кистахъ большихъ, т. е. такихъ, которыя занимаютъ уже болѣе или менѣе значительную часть брюшной полости, мы, кромѣ вышеописанныхъ данныхъ, добываемыхъ путемъ внутренняго (бимануальнаго) изслѣдованія, получаемъ помощью наружнаго изслѣдованія цѣлый рядъ явленій, имѣющихъ несомнѣнное діагностическое значеніе. Если киста еще не особенно велика, напр. если она не достигаетъ еще до пупка, то при этомъ можно констатировать, что она имѣетъ большею частью внѣсрединное положеніе, т. е. что она болѣе или ме-

нѣе занимаетъ ту или другую часть живота. Срединное положеніе она имѣетъ только въ случаяхъ, гдѣ киста переходитъ уже за линію пупка. Если дѣло идетъ объ однополостной (фолликулярной или серозной) кистѣ, то ощупываніемъ убѣждаются въ томъ, что имѣютъ дѣло съ опухолью съ ровною поверхностью, консистенціи мягкой или (при сильномъ напряженіи стѣнокъ ея) эластической. Вызвать зыбленіе въ опухоли въ подобныхъ случаяхъ не трудно, производя суккусію по извѣстнымъ правиламъ. Если дѣло идетъ о кистомѣ, то ощупываніе укажетъ, что опухоль имѣетъ болѣе или менѣе неровную, бугристую поверхность и консистенція ея ужъ гораздо плотнѣе, чѣмъ при фолликулярныхъ кистахъ. Зыбленіе вызывается труднѣе и при этомъ нерѣдко приходится вызывать сотрясеніе въ стѣнкахъ кисты очень энергическими приѣмами. При постукиваніи мы получаемъ на всемъ протяженіи кисты тупой звукъ, такъ-какъ кишки обыкновенно смѣщены въ стороны.

Сопоставляя только что изложенные нами признаки, мы прійдемъ къ заключенію, что для прямого распознаванія кисты, необходимо получить при изслѣдованіи большой слѣдующія данныя.

1) При наружномъ изслѣдованіи нужно доказать, что мы имѣемъ дѣло съ опухолью съ рѣзко-очерченными контурами и болѣе или менѣе жидкимъ содержимымъ и что эта опухоль выходитъ изъ таза.

2) При комбинированномъ изслѣдованіи нужно доказать, что констатированная опухоль исходитъ не изъ матки. Для этого главнымъ образомъ пользуются тѣмъ, что констатируютъ слабую связь опухоли съ маткою, а также тѣмъ, что дно этой послѣдней находится къ опухоли въ извѣстныхъ отношеніяхъ, какъ это изложено выше. Самымъ важнымъ признакомъ для установки прямой діагностики кисты яичника, по нашему мнѣнію, служить то, что независимо отъ матки можно ощупать болѣе или меньшій сегментъ опухоли (эластической консистенціи или зыблющей) чрезъ одинъ изъ сводовъ рукава. Признакъ этотъ мы считаемъ на столько важнымъ, что въ затруднительныхъ случаяхъ мы на основаніи его рѣшали діагностику, не смотря на то, что другіе признаки выступали очень смутно. Къ сожалѣнію, бываютъ случаи, гдѣ это явленіе выступаетъ на столько слабо, что оно теряетъ свое діагностическое значеніе. Это именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ кистами очень большихъ размѣровъ и гдѣ существуютъ на столько обширныя сращения, что опухоль остается фиксированною надъ входомъ въ тазъ.

Приступая къ изложенію дифференціального распознаванія кистъ яичника, мы находимся въ большемъ затрудненіи. Если бы мы захотѣли слѣдовать примѣру большинства авторовъ, писавшихъ по этому вопросу, то намъ бы пришлось перебрать почти всю гинекологию. Да это едва-ли къ чему

нибудь повело бы, такъ-какъ это все-таки не охраняетъ отъ ошибокъ. Мы, поэтому, отбросимъ все то, что не имѣетъ прямого клиническаго значенія и остановимся только на тѣхъ патологическихкихъ формахъ, которыя дѣйствительно подавали и до сихъ, къ сожалѣнню, продолжаютъ подавать поводъ къ діагностическимъ ошибкамъ.

Для большей наглядности въ изложеніи дифференціальной діагностики кистъ яичника отъ другихъ патологическихкихъ состояній, мы рассмотримъ этотъ вопросъ, по примѣру нѣкоторыхъ новѣйшихъ авторовъ, какъ-то: Schroeder'a, Olshausen'a и др., съ двоякой точки зрѣнія. Съ чѣмъ можно смѣшать кисты яичника такой величины, когда онѣ еще почти цѣликомъ помѣщаются въ полости таза, и такія, когда онѣ занимаютъ большую или меньшую часть полости живота?

а) Дифференціальная діагностика кистъ яичника, заключенныхъ еще въ полости таза. Здѣсь мы рассмотримъ слѣдующія патологическія формы, которыя могутъ подавать поводъ къ ошибкамъ въ распознаваніи.

1) Накопленіе слизистой жидкости или крови въ фаллопиевыхъ трубахъ (hydro — et haematosalpinx). Изъ того, что сказано было нами выше объ этихъ патологическихкихъ состояніяхъ, не трудно убѣдиться въ томъ, что смѣшать ихъ съ кистами яичника возможно только при самомъ поверхностномъ изслѣдованіи. Въ самомъ дѣлѣ, при скопленіи жидкости въ трубѣ мы получаемъ опухоль, идущую зигзагомъ и слегка какъ бы приостряющуюся по направленію къ маткѣ. Кромѣ того, на основаніи существующихъ до сихъ поръ данныхъ въ литературѣ, извѣстно, что hydrosalpinx большею частью бываетъ двухсторонній. Затрудненія въ распознаваніи могутъ представлять лишь тѣ случаи, въ которыхъ скопленіе жидкости происходитъ только въ одномъ какомъ либо мѣстѣ трубы, такъ-какъ иногда опухоль очень близко по формѣ своей подходитъ къ кистѣ. Въ подобныхъ случаяхъ можетъ возникнуть сомнѣніе въ томъ — имѣемъ ли мы дѣло съ простымъ hydro-salpinx или же съ такъ называемою трубно-оваріальной кистою. Изъ затрудненія можетъ вывести только пробный проколь.

2) Кисты широкихъ связокъ и пароваріальныя кисты. Дифференціальная діагностика ихъ отъ обыкновенныхъ фолликулярныхъ кистъ и кистомъ яичника представляетъ величайшія затрудненія, которыя большею частью преодолѣваются только во время операціи или же послѣ тщательнаго анатомическаго изслѣдованія ихъ. Между тѣмъ практическое рѣшеніе этого вопроса чрезвычайно важно, такъ-какъ кисты, какъ широкихъ связокъ, такъ и тѣ, которыя развиваются изъ пароварія, въ большинствѣ случаевъ легко устраняются простымъ проколомъ. Коль скоро есть поводъ подозрѣвать, что мы имѣемъ дѣло съ этого рода новообразованиями, то пробный проколь весьма часто рѣшитъ діагностику. Содержимое этого рода новообразованій отли-

чается тѣмъ, что оно представляетъ совершенно свѣтлую, иногда слегка опаловую жидкость, которую Atlee сравниваетъ съ чистою ключевою водою; кромѣ того, она не содержитъ бѣлка. При гистологическомъ изслѣдованіи осадка, получаемого изъ этой жидкости, въ немъ нельзя открыть никакихъ слѣдовъ какихъ либо форменныхъ элементовъ, именно эпителиальныхъ, которые, какъ мы видѣли, составляютъ одну изъ самыхъ характерныхъ составныхъ частей, получаемыхъ въ осадкахъ содержаемаго кистомъ.

3) Фиброміомы матки. Принимая въ соображеніе свойства этого рода новообразованій, казалось бы, что очень трудно смѣшать ихъ съ кистами яичника. На дѣлѣ однако выходитъ не такъ. Въ новѣйшей литературѣ существуетъ много наблюденій, въ которыхъ сдѣлана была подобнаго рода ошибка. Особенно поучительна въ этомъ отношеніи казуистика, приводимая Atlee (см. вышеприведенное сочиненіе его, стр. 397). Въ одномъ изъ приводимыхъ имъ случаевъ дѣло дошло даже до ляпаротоміи. Мы сами имѣли возможность убѣдиться въ трудностяхъ, которыя можетъ представлять діагностика въ подобныхъ случаяхъ. У одной больной одинъ изъ самыхъ уважаемыхъ моихъ товарищей и я колебались очень долго между кистой яичника и фибромомъ матки, пока повторное и тщательное изслѣдованіе не убѣдило насъ въ томъ, что мы имѣли дѣло съ фибромомъ матки. При дифференціальномъ распознаваніи въ этихъ случаяхъ должно принимать въ соображеніе слѣдующія обстоятельства. Плотность новообразованія, очень малая неподвижность, нечувствительность его даже при глубокомъ надавливаніи и, наконецъ, опредѣленные, извѣстные отношенія его къ маткѣ говорятъ въ пользу фиброма. Въ самомъ дѣлѣ, при бимануальномъ изслѣдованіи не трудно констатировать, что нижній отрѣзокъ матки прямо и непосредственно переходитъ въ опухоль. При этомъ же мы убѣдимся въ томъ, что изслѣдуемое новообразование находится съ маткой въ гораздо болѣе тѣсной связи, чѣмъ это бываетъ при кистахъ. Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи, наконецъ, здѣсь очень важную роль играетъ зондъ. При фибромахъ сколько-нибудь значительной величины мы всегда докажемъ извѣстное увеличеніе (удлиненіе) полости матки. Если мы находимъ, что это увеличеніе доходитъ до 10 и болѣе сантиметровъ, причемъ опухоль не особенно велика, то съ очень большою вѣроятностью можно утверждать, что мы имѣемъ дѣло съ фиброміомой. Правда, и при кистахъ яичника попадаетъ иногда болѣе или менѣе значительное увеличеніе полости матки и выше мы привели одинъ изъ нашихъ случаевъ, въ которомъ удлиненіе полости достигло 20 сантиметровъ. Но начать съ того, что подобнаго рода случаи составляютъ исключеніе изъ общаго правила; во вторыхъ, тамъ, гдѣ это бываетъ, мы имѣемъ дѣло съ кистами громадной величины, представляющими множество весьма рѣзкихъ діагностическихъ признаковъ, такъ что о фиброміомахъ собственно не можетъ быть и рѣчи.

4) Тазовые эксудаты, какъ-то пара- и периметритъ. Послѣ подробнаго изложенія прямой діагностики этихъ патологическихъ состояній, мы считаемъ совершенно излишнимъ еще подробно остановиться здѣсь на этомъ вопросѣ. Не можемъ однако не указать здѣсь на то, что можно, пожалуй, еще допустить діагностическую ошибку и то при поверхностномъ изслѣдованіи только, когда дѣло идетъ о внутрибрюшинныхъ эксудатахъ. Здѣсь выведетъ изъ затрудненія то, что эксудатъ, какой бы онъ ни былъ, никогда не представляетъ тѣхъ правильныхъ, по крайней мѣрѣ, рѣзко выступающихъ контуровъ, какіе мы встрѣчаемъ при кистахъ. Второе: тщательное изслѣдованіе тумора въ высшей степени важно. Если бы даже мы имѣли дѣло съ внутрибрюшиннымъ эксудатомъ, который случайно находится въ періодъ размякченія, то на ощупь онъ будетъ представлять мѣстами только болѣе или менѣе тѣстоватымъ. При кистахъ же, если даже нельзя констатировать ясно зыбленіе, то во всякомъ случаѣ получимъ рѣзко эластическую консистенцію. Если бы и этого еще оказалось мало, то дальнѣйшее наблюденіе даннаго случая навѣрно выведетъ изъ затрудненія. Если дѣло идетъ о кистѣ, то она безостановочно растетъ, т. е. увеличивается въ объемѣ, между тѣмъ, если мы имѣемъ дѣло съ внутрибрюшиннымъ эксудатомъ, то онъ только случайно можетъ нѣсколько увеличиться въ объемѣ и то подъ вліяніемъ извѣстныхъ причинъ, какъ напр. травма, вызывающаго обостреніе его.

Какъ ни кажется невѣроятнымъ, чтобы при сколько нибудь тщательномъ изслѣдованіи можно было смѣшать тазовые эксудаты съ кистами яичника, тѣмъ не менѣе я не сомнѣваюсь въ томъ, что подобныя ошибки были дѣлаемы и, можетъ, быть нерѣдко. На мысль эту наводятъ насъ одинъ случай, который мы въ сколько лѣтъ тому назадъ наблюдали въ госпитальной практикѣ. Дѣло шло о больной, никогда не рожавшей, обратившейся къ намъ за совѣтомъ, такъ-какъ одинъ изъ нашихъ товарищей увѣрилъ ее, что она страдаетъ кистой яичника. При изслѣдованіи мы ни на минуту не могли усомниться въ томъ, что дѣло идетъ объ обыкновенномъ старомъ периметритѣ. Я разувѣрилъ больную и помѣстилъ ее въ гинекологическое отдѣленіе при Маріин. Родовсп. домѣ. По прошествіи нѣкотораго времени, я попросилъ товарища изслѣдовать вмѣстѣ со мною больную. Онъ изслѣдовалъ ее самымъ тщательнымъ образомъ и еще болѣе утвердился въ своемъ мнѣніи, именно, что дѣло идетъ о кистомѣ. Онъ настолько былъ убѣжденъ въ этомъ, что предложилъ мнѣ тутъ же сдѣлать проколъ опухоли. Не смотря на всѣ представленныя мною доводы, онъ остался при своемъ мнѣніи. Само собою разумѣется, что я не могъ допустить прокола, такъ-какъ я не менѣе моего антагониста былъ убѣжденъ въ томъ, что дѣло идетъ о воспалительной опухоли. Черезъ нѣсколько недѣль уже эксудатъ сталъ быстро уменьшаться въ объемѣ и большая, пролежавъ у насъ около 4-хъ мѣсяцевъ, оставила госпиталь съ небольшими остатками эксудата. Черезъ годъ мы получили отъ нея увѣдомленіе о томъ, что она благополучно родила и совершенно здорова.

Я поэтому снова повторяю, что подобныя ошибки возможны только при поверхностномъ изслѣдованіи, или же если къ изслѣдованію приступаютъ съ предвзятой идеей. Совсѣмъ иное дѣло, если дѣйствительно существующая киста осложняется болѣе или менѣе обширнымъ периметритомъ. Здѣсь периметритъ можетъ значительно затруднить діагностику, но ничуть не дѣлаетъ ее невозможною. Такъ-какъ периметритъ нисколько не задержитъ роста опухоли, то дальнѣйшее наблюденіе выяснитъ натуру ея.

Заматочная кровяная опухоль могла бы подать повод къ смѣшиванію ея съ кистою яичника развѣ въ первые дни послѣ того, какъ она развилась. Но въ это время существуетъ цѣлый рядъ столь рѣзко выступающихъ при этомъ клиническихъ явленій, истинное значеніе которыхъ не можетъ подлежать ни малѣйшему сомнѣнію. Не говоря ужъ объ анамнезѣ, изъ затрудненія можетъ вывести просто то, что при кистомахъ такой величины, какой обыкновенно достигаетъ haematocoele, мы никогда не наблюдаемъ тѣхъ бурныхъ явленій, которыя сопровождаютъ заматочную кровяную опухоль.

б) Дифференціальная діагностика кистъ яичника большихъ размѣровъ, т. е. занимающихъ большую или меньшую часть брюшной полости.

Большія кистомы могутъ быть смѣшиваемы съ слѣдующими состояніями:

1) Беременность. Какъ это ни покажется страннымъ, но подобныя ошибки встрѣчались и продолжаютъ встрѣчаться. Къ счастью должно сказать, что чаще принимали кисту за беременность, чѣмъ наоборотъ. Мы говоримъ «къ счастью», такъ какъ подобнаго рода ошибка не ведетъ къ ущербу больной, потому что ждуть, когда мнимая беременная разрѣшится, а между тѣмъ убѣждаются въ своей ошибкѣ. Совсѣмъ иное дѣло тамъ, гдѣ ошибка была дѣлаема въ обратномъ смыслѣ, т. е. гдѣ беременность была принимаема за кистому и при этомъ рѣшались на тотъ или другой хирургическій приемъ. Нѣсколько подобныхъ весьма печальныхъ ошибокъ были прямо и честно описаны тѣми, которые ихъ сдѣлали. Сюда должно отнести случаи Taignot'a *, Rollos'a ** и др. Намъ нечего толковать о томъ, что подобныхъ ошибокъ не трудно избѣгнуть, обративъ хоть сколько нибудь вниманіе на обыкновенные признаки беременности, констатированіе которыхъ столь легко.

2) Скопленіе жидкости въ полости брюшины — брюшная водянка (ascites). Это патологическое состояніе принадлежитъ къ числу тѣхъ, съ которыми чаще всего смѣшивали и продолжаютъ смѣшивать кистомы яичника. При внимательномъ изслѣдованіи однако больной не трудно выйти изъ затрудненій. Въ самомъ дѣлѣ, посмотримъ — каковы клиническія явленія, характеризующія асцитъ. Начать съ того, что если дѣло идетъ о такомъ накопленіи жидкости въ полости брюшины, что оно можетъ импонировать за кисту, то анамнезъ весьма часто ужъ укажетъ на то, что дѣло идетъ о какомъ либо заболѣваніи грудныхъ или брюшныхъ органовъ (сердце, печень, почки и пр.), которое не трудно будетъ констатировать обыкновеннымъ клиническимъ изслѣдованіемъ. Если дѣло идетъ объ асцитѣ отъ какой бы то ни было причины, то форма живота характерна

* Expérience, 1840, № 55.

** Medic. Times a. Gaz. 1862, p. 277.

въ томъ отношеніи, что онъ представляется плоскимъ, какъ бы отвисающимъ по сторонамъ. При кистахъ, наоборотъ, животъ болѣе выпуклый, какъ бы слегка приостренный въ области пупка. Въ томъ и другомъ случаѣ получается зыбленіе, но при кистѣ зыблющее мѣсто не измѣняется съ переменною положенія больной, при асцитѣ же оно измѣняется весьма рѣзко, такъ - какъ жидкость перемѣщается весьма легко. Перкусія даетъ очень важные дифференціальныя признаки. При асцитѣ мы получаемъ при постукиваніи тимпанической (кишечный) тонъ, а по бокамъ живота тупой звукъ. При кистомахъ же яичника какъ разъ наоборотъ: на передней поверхности живота перкуторный тонъ тупой и тимпанической только по бокамъ живота. Не можемъ здѣсь не упомянуть о признакѣ, на который указалъ Breslau. При асцитѣ верхняя перкуторная граница живота образуетъ линію, вынуклую къ низу, при кистомахъ же линія образуетъ дугу, обращенную выпуклостью вверхъ, т. е. къ мочеvidному отростку. Могутъ быть неблагоприятныя обстоятельства, которыя сильно затемняютъ результаты постукиванія; это особенно будетъ имѣть мѣсто тамъ, гдѣ дѣло идетъ о срощеніяхъ кистомы съ петлями кишекъ. При подобныхъ условіяхъ должно принять въ соображеніе слѣдующій очень важный признакъ. При сколько нибудь значительной кистѣ мы всегда можемъ прощупать на большемъ или меньшемъ протяженіи стѣнки ея, т. е. мы констатируемъ помощью ощупыванія, что дѣло идетъ о накопленіи жидкости, заключенномъ въ ея полости съ болѣе или менѣе резистентными стѣнками. При асцитѣ этого быть не можетъ. Этотъ признакъ теряетъ нѣсколько свое значеніе тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ кистою съ очень вялыми стѣнками.

Что касается того, какимъ образомъ выйти изъ діагностическаго затрудненія, коль скоро дѣло идетъ объ осложненіи кисты брюшною водянкою,—то вопросъ этотъ рѣшается болѣею частью просто. Если киста не особенно велика, асцитическое же накопленіе значительно, то распознаваніе опухоли яичника не можетъ представлять особенныхъ затрудненій, такъ какъ она обыкновенно при этомъ довольно подвижна и можетъ быть поэтому изслѣдована весьма хорошо. Если же дѣло, наоборотъ, идетъ о большихъ кистомахъ, то при этомъ асцитической жидкости или не бываетъ вовсе, или же ея такъ мало, что обстоятельство это не можетъ имѣть никакого серьезнаго діагностическаго значенія.

3) *Hydros sacculus*. Если дифференціальная діагностика между обыкновеннымъ асцитомъ и кистомами яичника не представляетъ особенныхъ затрудненій, то, съ другой стороны, эти послѣднія могутъ возрасти до очень значительной степени, коль скоро дѣло идетъ объ инкстированномъ скопленіи жидкости въ полости брюшины. Затрудненія эти увеличиваются еще больше, если при этомъ дѣло идетъ о какихъ либо новообразованіяхъ въ сальникѣ, напр. ракѣ. Въ подобныхъ затруднительныхъ случаяхъ

діагностику рѣшить только пробный проколъ, котораго мы коснемся ниже.

4) Растянутый мочево́й пузырь, казалось бы, нѣтъ никакой возможности смѣшать съ кистой, а между тѣмъ подобныхъ случаевъ нѣсколько ужъ описано въ литературѣ. Подобнаго рода ошибка объясняется легко тѣмъ, что въ данномъ случаѣ отступали отъ кардинальнаго гинекологическаго правила — не приступать къ серьезному изслѣдованію, не опорожнивъ предварительно пузырь помощью катетера.

5) Гидронефрозъ, если онъ представляетъ значительные размѣры, можетъ подавать поводъ къ затрудненію въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи. При этомъ должно принимать въ соображеніе слѣдующія обстоятельства. Такъ-какъ при опухоли, образуемой растянутой почкой, кишки должны быть отдавливаемы впередъ (по аналогіи съ тѣмъ, что замѣчается при всѣхъ ретроперитонеальныхъ опухоляхъ вообще), то мы и получимъ на передней части живота рѣзкій тимпанической звукъ при перкуссии. При внутреннемъ изслѣдованіи, если дѣло идетъ о кистомѣ, не трудно доказать, что она гораздо крѣпче сидитъ надъ входомъ или же во входѣ въ тазъ, чѣмъ это бываетъ при гидронефрозѣ. Если, кромѣ того, изслѣдованіе мочи докажетъ въ ней присутствіе бѣлка, кровяныхъ и гнойныхъ элементовъ, то это съ большею вѣроятностью говоритъ въ пользу гидронефроза. Не можемъ, наконецъ, не указать еще на дифференціально-діагностическій признакъ, приводимый Simon'омъ. Если ввести въ прямую кишку толстый эластическій катетеръ, то при гидронефрозѣ онъ придется позади, при кистомѣ же впереди опухоли.

6) Эхинококи почекъ, а также и печени и тѣ изъ этихъ паразитовъ, которые развиваются въ подбрюшинной клѣтчаткѣ. Если они достигаютъ очень значительной степени развитія, то ихъ не трудно смѣшать съ кистами яичника и только проколъ и изслѣдованіе жидкости подъ микроскопомъ выведетъ изъ затрудненія.

7) Размягченныя фиброміомы матки. Говоря объ этихъ новообразованіяхъ, мы ужъ указали на то, что въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ дѣло доходитъ до болѣе или менѣе обширныхъ размягченій ихъ ткани, такъ что въ нихъ образуются какъ бы отдѣльныя полости съ жидкимъ содержимымъ. Вотъ этого то рода фиброміомы, носящія поэтому названіе *tumeurs fibro-cystiques*, и подають поводъ къ смѣшиванію ихъ съ кистами. Въ послѣдніе годы описано особенно много ошибокъ этого рода. Изъ діагностическаго затрудненія могутъ вывести въ этомъ случаѣ слѣдующія соображенія. Во первыхъ, анамнезъ укажетъ на то, что въ подобныхъ случаяхъ прежде бывали болѣе или менѣе обильныя кровотеченія изъ половой сферы, что съ большимъ вѣроятіемъ говоритъ въ пользу міомъ. Какъ бы обширны ни были размягченія ихъ, получаемое въ этихъ случаяхъ зыбленіе гораздо болѣе смутно, чѣмъ это бываетъ при кистахъ.

Кромѣ того, въ ближайшемъ сосѣдствѣ зыблющихъ мѣсть можно констатировать совершенно плотную консистенцію, — характерное свойство мѣомъ. При изслѣдованіи внутреннемъ мы убѣдимся въ томъ, что ощупываемый снаружи tumor находится къ маткѣ въ гораздо болѣе тѣсной связи, т. е. матка слѣдуетъ за всѣми движеніями его. Затѣмъ не должно упускать изъ вида то обстоятельство, что при фиброміомахъ матки эта послѣдняя стоитъ обыкновенно гораздо выше, чѣмъ это бываетъ при кистомахъ. Не смотря на этотъ рядъ дифференціально-диагностическихъ признаковъ, могутъ однако встрѣчаться случаи, въ которыхъ отличіе размягченныхъ фиброміомъ отъ кистъ яичника представляеть неопределимые трудности. При подобныхъ условіяхъ ничего болѣе не остается, какъ прибѣгнуть къ пробному проколу. Жидкость, получаемая изъ размягченныхъ фиброміомъ, отличается однимъ свойствомъ, которое Atlee считаетъ специфическимъ, это именно способность ея быстро створаживаться.

8) Увеличенія селезенки въ нѣкоторыхъ случаяхъ были смѣшиваемы съ кистами (Tavignot, Réan). При дифференціальномъ распознаваніи должно принимать въ соображеніе, во первыхъ, общее состояніе больной, а во вторыхъ, явленія, характеризующія увеличеніе селезенки, а именно извѣстную форму и извѣстное, т. е. косое положеніе ея въ животѣ, причеиъ regio mesogastrica остается пустою, не занятою.

9) Подвижная почка весьма рѣдко можетъ подавать поводъ къ ошибкамъ въ диагностикѣ. Это могло бы имѣть мѣсто развѣ тамъ, гдѣ дѣло бы шло о весьма значительномъ увеличеніи въ объемѣ почки, смѣщенной впередъ, занимающей, слѣдовательно, переднюю поверхность живота и крѣпко сидящей надъ входомъ въ тазъ. Изъ затрудненія выводятъ слѣдующія соображенія. При изслѣдованіи не трудно констатировать характерную анатомическую форму почки, чрезмѣрно легкую подвижность ея и то, что констатируемая опухоль не находится ни въ какой связи съ половой сферой. Кромѣ всего этого, смѣщенную почку обыкновенно весьма легко вправить на ея нормальное мѣсто.

10) Осложненіе кисты беременностью весьма нерѣдко можетъ подавать поводъ къ серьезнымъ затрудненіямъ въ распознаваніи. При этомъ обыкновенно упускаютъ изъ виду, т. е. не распознаютъ или беременность, или же, наоборотъ, кисту. Затрудненія эти возрастаютъ особенно тамъ, гдѣ беременность еще ранняя, киста же достигла довольно большихъ размѣровъ. Тутъ приходится выжидать и тщательно изслѣдовать нѣсколько разъ, пока не удастся совмѣстно съ опухолью яичника констатировать увеличенную въ объемѣ матку, а въ этой послѣдней отдѣльную часть плода. При малѣйшемъ подозрѣніи въ томъ, что мы имѣемъ дѣло съ разсматриваемымъ осложненіемъ, всегда выгоднѣе допускать возможность ея, чѣмъ отрицать ее.

Во всѣхъ руководствахъ къ гинекологіи и спеціальныхъ трактатахъ о кистахъ приводятся случаи, въ которыхъ за кисты яичника принимались такъ называемыя призрачныя увеличенія живота, т. е. такія увеличенія его въ объемъ, которыя обуславливаются собственно не опухолями, а скопленіемъ газовъ (tympanites), отложеніемъ жира въ покровахъ его, спазмомъ одного изъ прямыхъ мускуловъ и пр. Что такія ошибки дѣйствительно случались, — не подлежитъ никакому сомнію. Такъ, Lizaars, знаменитый профессоръ хирургіи въ Единбургѣ, въ 20-хъ годахъ настоящаго столѣтія приступилъ въ слѣдствіе подобной ошибки къ оваріотоміи. Изъ старой литературы можно бы привести еще нѣсколько подобныхъ случаевъ. Мы упомянули объ этомъ какъ о курьезѣ, а ничуть не для того, чтобы здѣсь толковать о томъ — какъ отличить кисту яичника отъ тимпанита и т. д.

Изъ того, что сказано было выше о дифференціальной діагностикѣ кистъ отъ другихъ патологическихъ состояній, не трудно убѣдиться въ томъ, что могутъ встрѣчаться случаи, въ которыхъ, не смотря на самое тщательное и повторное изслѣдованіе, мы все таки будемъ въ затрудненіи, когда приходится съ положительностью рѣшить — съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Въ подобныхъ случаяхъ ничего болѣе не остается, какъ прибѣгнуть къ пробному проколу. Обстоятельство это имѣетъ столь важное значеніе, что мы считаемъ нужнымъ остановиться на немъ нѣсколько подробнѣе. Сколько мнѣ пришлось наблюдать, гинекологи въ этомъ отношеніи раздѣляются на два лагеря: одни прибѣгаютъ къ пробнымъ проколамъ вездѣ и всегда, другіе же на этотъ счетъ очень осторожны. Вообще же нужно сказать, что тамъ, гдѣ можно избѣгнуть прокола, самое лучшее стараться обойтись безъ него. Причина, почему мы высказываемся на этотъ счетъ такимъ образомъ, существенно состоитъ въ томъ, что проколь, какъ бы онъ ни казался невиннымъ, иногда однако можетъ подавать поводъ къ серьезнымъ осложненіямъ, а именно къ воспаленію внутренней поверхности кисты, и притомъ въ слѣдствіе вступленія въ нее воздуха. Во всякомъ случаѣ, въ практикѣ гораздо выгоднѣе быть скупымъ, чѣмъ щедрымъ на проколы. Приступая къ проколу, необходимо прежде ужъ быть увѣреннымъ, что имѣемъ дѣло съ опухолью съ жидкимъ содержимымъ. На это можно бы возразить слѣдующее. Если предварительно мы ужъ знаемъ, что дѣло идетъ объ опухоли съ жидкимъ содержимымъ, то къ чему еще прибѣгать къ проколу? Пробный проколь можетъ быть настоятельно необходимымъ для слѣдующихъ цѣлей:

- 1) Для того, чтобы узнать химическія и микроскопическія свойства содержимаго.
- 2) Стѣнки кисты могутъ быть такъ напряжены, что не можемъ составить себѣ яснаго понятія о свойствахъ ихъ.
- 3) Киста иногда такъ велика, что проколь оказывается существенно необходимымъ для того, чтобы сдѣлать ее болѣе доступною для всесторонняго изслѣдованія.

Проколь, какъ съ цѣлью діагностическою, такъ равно и терапевтическою, былъ очень энергически отвергаемъ многими знаменитыми оваріотомистами. Далѣе всѣхъ въ этомъ отношеніи зашии Stilling и Lawson Tait. Первый изъ нихъ прямо утверждалъ, что ни одинъ врачъ не долженъ никогда

прибѣгать къ проколу, такъ какъ это формальное преступленіе. Изъ новѣйшихъ хирурговъ-гинекологовъ L. Tait не менѣе категорически убѣжденъ, что проколъ гораздо опаснѣе оваріотоміи. Что подобнаго рода мнѣнія—очевидныя крайности,—не можетъ подлежать никакому сомнѣнію, такъ какъ они опровергаются данными такихъ опытныхъ оваріотомистовъ, каковы: Sp. Wells, Koeberlé, Spiegelberg и др. Если мы выше высказались въ томъ смыслѣ, что въ практикѣ выгоднѣе нѣсколько скупиться на пробные проколы, чѣмъ быть слишкомъ щедрымъ на нихъ, то мы имѣли главнымъ образомъ въ виду два обстоятельства. Во первыхъ, не можетъ подлежать сомнѣнію, что проколъ можетъ иногда повлечь за собою нагноеніе стѣнокъ кисты со всѣми его серьезными послѣдствіями. Во вторыхъ, въ большинствѣ случаевъ пробный проколъ вовсе не настоятельно требуется для положительнаго распознаванія кисты, какъ это нѣкоторые утверждаютъ. Что послѣднее приводимое нами обстоятельство имѣетъ дѣйствительно не малое значеніе, доказывается тѣмъ, что прежде, когда распознаваніе кистъ вообще было гораздо слабѣе теперешняго, къ пробнымъ проколамъ прибѣгали несравненно чаще, чѣмъ теперь. Это подтверждается также на каждомъ гинекологѣ въ частности: чѣмъ онъ моложе, т. е. менѣе опытенъ, тѣмъ чаще онъ прибѣгаетъ къ пробнымъ проколамъ и насборотъ.

Производится пробный проколъ различнымъ образомъ. Обыкновенно мѣстомъ для прокола выбирается передняя поверхность живота и притомъ въ бѣлой линіи. Этой послѣдней отдается преимущество потому, что здѣсь покровы тонки и бѣдны сосудами. Иногда однако приходится отступить отъ этого правила, если мы имѣемъ дѣло съ многокамерною кистой, и если намъ почему либо желательно сдѣлать проколъ одной изъ камеръ, лежащихъ внѣсрединно. Выбравъ мѣсто для прокола, остается рѣшить—какимъ инструментомъ произвести его. Прежде для этого прибѣгали къ троакарамъ различной толщины; для этой цѣли были даже придуманы особенные, спеціальныя троакары. До введенія въ практику аспиратора Dieulafoy, мы всегда производили пробные проколы помощью троакара средней толщины, трубка котораго на наружномъ концѣ была снабжена небольшимъ жолобкомъ для болѣе удобнаго стока жидкости. Если бы не было подъ рукою подобнаго троакара, то на наружный конецъ трубочки можно надѣвать длинную каучуковую кишку, другою концемъ которой опускается въ сосудъ, назначенный для собиранія жидкости. Больную кладутъ на спину съ приподнятою значительно головою, на край постели, такъ, чтобы животъ слегка перевисалъ. Троакаръ, смоченный масломъ, берется полною рукою, такимъ образомъ, чтобы наружный конецъ его упирался въ ладонь, и затѣмъ, разомъ, сильнымъ движеніемъ вкалываемъ его въ назначенное мѣсто. Жидкость должно выпускать не быстро (во избѣжаніе обмороковъ), а исподволь, для чего потихоньку надавливаютъ на верхнія и боковыя части живота. Въ настоящее время я прибѣгаю къ проколу троакаромъ только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣю дѣло съ очень большими опухолями и очень густымъ содержимымъ. При другихъ же условіяхъ, я преимущественно прибѣгаю къ аспиратору. Если бы нужно было добыть только небольшое количество жидкости, то нѣкоторые (Wolher) совѣтуютъ прибѣгнуть просто къ правцовскому шприцу.

Послѣ прокола сохраняютъ небольшую часть выпущенной жидкости для того, чтобы подвергнуть ее химическому и гистологическому изслѣдованію. Такъ какъ мы выше ужъ подробно изложили химическія и микроскопическія свойства кистомъ, то мы остановимся здѣсь только на жидкостяхъ, добываемыхъ проколомъ въ другихъ случаяхъ.

Если дѣло идетъ объ асцитической жидкости, то удѣльный вѣсъ ея незначительный (1010—1015) и она или вовсе не содержитъ бѣлка, или же онъ констатируется въ очень незначительномъ количествѣ. Асцитическая жидкость, кромѣ того, представляетъ еще одну особенность, въ высшей степени характерную, состоящую въ томъ, что, по прошествіи извѣстнаго времени (10—40 часовъ), въ ней образуется свертокъ фибрина, чего при кистомамъ при обыкновенныхъ условіяхъ никогда не бываетъ. При изслѣдованіи помощію микроскопа въ асцитической жидкости никогда не констатируются эпителиальные элементы, а только амебидныя клѣтки.

Въ жидкости, добытой проколомъ при гидронефрозѣ, констатируются всѣ характерныя составныя части мочи. Впрочемъ, при этомъ нельзя не упускать изъ виду, что если дѣло идетъ объ очень застарѣлыхъ гидронефрозахъ, то химическое изслѣдованіе можетъ дать совершенно отрицательный результатъ. Въ высшей степени интересный случай подобнаго рода сообщилъ Schetelig изъ практики Simon'a.

Жидкость, добываемая изъ размягченныхъ фиброміомъ (*tumeurs fibrocystiques*), представляетъ ту особенность, что она, при удѣльномъ вѣсѣ въ 1020, скоро створаживается и имѣетъ желтоватый цвѣтъ.

При эхинококкахъ жидкость имѣетъ очень малый удѣльный вѣсъ и вовсе не содержитъ бѣлка, или же только слѣды его; за то въ ней констатируется инозитъ и сахаръ. При изслѣдованіи подъ микроскопомъ находятъ характерныя scolices.

Если многіе нападаютъ на пробный проколъ, то тѣмъ больше дѣлается это по отношенію къ пробному разрѣзу. Противники пробнаго разрѣза упускаютъ однако изъ виду одно очень важное обстоятельство, которое мы пояснимъ слѣдующимъ примѣромъ.

Дѣло идетъ объ опухоли, достигшей такихъ размѣровъ, что причиняетъ очень тяжкіе припадки, такъ что удаленіе ея настоятельно показано. Между тѣмъ распознаваніе не настолько положительно, чтобы на основаніи его можно было рѣшиться приступить прямо къ эстипаціи новообразованія, т. е. овариотоміи. Спрашивается: что дѣлать при подобныхъ обстоятельствахъ? Неужели оставаться пассивнымъ зрителемъ въ то время, какъ болѣзнь съ каждымъ днемъ дѣлаетъ постоянные успѣхи, и спокойно ожидать фатальной развязки? Я думаю, что съ этимъ едва ли можно согласиться съ какой угодно точки зрѣнія, какъ гуманитарной, такъ и чисто врачебной. При подобныхъ условіяхъ,

я считаю совершенно умѣстнымъ и показаннымъ сдѣлать послѣднее усиліе, которымъ располагаетъ наука, т. е. прибѣгнуть къ пробному разрѣзу, для того, чтобы, если это окажется возможнымъ, завершить его удаленіемъ опухоли. На основаніи только что сказаннаго, приступая къ пробному разрѣзу, необходимо приготовить все, что нужно для овариотоміи. Пробный разрѣзъ покрововъ живота и брюшины дѣлается совершенно по тѣмъ же правиламъ, которыя изложены будутъ ниже, на протяженіи отъ 6 — 10 сантиметровъ. Если бы это оказалось нужнымъ, то можно даже нѣсколько увеличить его. Если бы и послѣ этого распознаваніе не было совсѣмъ ясно, то можно прибѣгнуть еще къ проколу опухоли, для того, чтобы сдѣлать ее какъ можно болѣе доступною для изслѣдованія. Вслѣдъ за этимъ вводятся 3—4 пальца или же вся рука въ полость брюшины и опухоль изслѣдуется самымъ подробнымъ образомъ, какъ по отношенію къ происхожденію ея, такъ и по свойствамъ; вмѣстѣ съ этимъ изслѣдуютъ также матку, яичники и прочее. Если бы въ результатѣ этого изслѣдованія получилось, что опухоль удобооперируема, т. е. что она можетъ быть удалена цѣликомъ или же только отчасти, то приступаютъ тутъ-же къ овариотоміи. Если же, наоборотъ, мы убѣждаемся въ томъ, что данная опухоль не можетъ быть удалена операціей, то далѣе пробнаго разрѣза не идутъ и зашиваютъ слѣданный разрѣзъ по правиламъ искусства.

Въ заключеніе того, что сказано нами, какъ о прямомъ, такъ и дифференціальномъ распознаваніи кистъ яичника, намъ остается еще рассмотреть нѣсколько относящихся сюда вопросовъ, имѣющихъ прямой клинической интересъ. Рѣшивъ, на основаніи вышесказаннаго, что дѣло идетъ о кистѣ яичника, невольнo вытекаетъ цѣлый рядъ вопросовъ? Если это киста, то односторонняя ли она, или двусторонняя? Если одна, то какой яичникъ пораженъ? Представляетъ ли она одну или нѣсколько полостей? Существуютъ ли болѣе или менѣе обширныя сращенія съ сосѣдними органами?

Для того, чтобы рѣшить имѣемъ ли дѣло съ одно- или двустороннею кистою, необходимо доказать, что опухоль являются совершенно отдѣльныя двѣ опухоли и что между ними существуетъ болѣе или менѣе рѣзко выступающая борозда. Если опухоли еще не велики, то при внутреннемъ изслѣдованіи иногда удастся доказать, что оба боковыхъ свода заняты болѣе или менѣе равномѣрно. Если же мы имѣемъ дѣло съ опухолью, достигшей очень большихъ размѣровъ, то отвѣчать положительно на разсматриваемый нами вопросъ въ высшей степени трудно. Одна изъ опухолей яичниковъ можетъ быть очень небольшихъ размѣровъ и совершенно маскируется другою большею кистою. Въ высшей степени поучительный случай подобнаго рода мы встрѣтили на одной больной въ нашей клиникѣ, о которомъ мы сдѣлали сообщеніе въ здѣшнемъ акушерскомъ обществѣ.

Если дѣло идетъ о заболѣваніи только одного яичника, то какъ опредѣлить: пораженъ ли правый или лѣвый яичникъ? Если кистама находится еще въ полости таза (т. е. не вышла изъ подъ лоннаго соединенія въ брюшную полость), то при бимануальномъ изслѣдованіи можно констатировать, что опухоль занимаетъ по преимуществу тотъ или другой сводъ, причемъ матка смѣщена въ противоположную сторону. Если же дѣло идетъ о кистѣ большихъ размѣровъ, то постукиваніе нерѣдко можетъ съ положительностью рѣшить разсматриваемый нами вопросъ. Въ самомъ дѣлѣ, допустимъ, что дѣло идетъ о кистомѣ праваго яичника, то кишки будутъ гораздо болѣе отдалены внизъ и влѣво, чѣмъ съ противоположной стороны и вслѣдствіе этого мы получимъ съ лѣвой стороны тимпанической звукъ на болѣе обширномъ протяженіи, чѣмъ справа.

Что касается того—имѣемъ-ли мы дѣло съ одно-полостною (т. е. фолликулярною) или же много-полостною кистой, то рѣшеніе этого вопроса обыкновенно не представляетъ особенныхъ трудностей. Въ первомъ случаѣ опухоль представляется болѣе круглою, зыбленіе гораздо легче и поверхность ея совершенно гладкая. При кистомахъ же дѣло идетъ о неровной, бугристой опухоли, не имѣющей столь правильныхъ очертаній, и зыбленіе въ ней вызывается гораздо труднѣе. Кромѣ того, при рѣшеніи этого вопроса не должно упускать изъ вида то, что при кистомахъ общее состояніе большой подрывается гораздо скорѣе и въ болѣе значительной степени, чѣмъ при фолликулярныхъ кистахъ, которыя, какъ мы уже видѣли выше, никогда не достигаютъ значительныхъ размѣровъ.

Одинъ изъ наиболѣе важныхъ вопросовъ, возникающихъ при распознаваніи кистъ яичника, состоитъ въ томъ, чтобы рѣшить существуютъ ли сращенія опухоли съ сосѣдними частями, а если существуютъ, то въ какой степени? Приблизительно точное рѣшеніе этого вопроса мы считаемъ не маловажнымъ, такъ-какъ обстоятельство это имѣетъ извѣстное вліяніе на исходъ оваріотоміи. Сразу же мы должны замѣтить, что рѣшить этотъ вопросъ съ особенною точностью и положительнымъ образомъ невозможно. Если дѣло идетъ о кистѣ не особенно большихъ размѣровъ, то отсутствіе сращеній рѣшается легче. Прежде всего мы убѣждаемся въ томъ—въ какомъ отношеніи находится опухоль къ стѣнкамъ живота (слѣдовательно, къ паріетальной пластинкѣ брюшины). Съ этою цѣлью зазвываютъ въ большія и глубокия складки брюшныя стѣнки и убѣждаются въ томъ—можно ли ихъ передвигать отдѣльно, т. е. независимо отъ опухоли. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это возможно, съ большой вѣроятностью можно допустить, что особенныхъ сращеній не существуетъ. Особенно важно рѣшить—существуютъ ли сращенія между опухолью и тазовыми органами, т. е. маткой, пузыремъ и прямою кишкою. Для этой цѣли приставляютъ указательный палецъ правой руки ко влагалищной части, а лѣвой

отодвигаютъ опухоль вверхъ и въ стороны. Если опухоль слишкомъ велика, то оттягиваніе ее вверхъ поручаютъ ассистенту. Если при этомъ замѣчаютъ, что матка въ сильной степени и легко слѣдуетъ за движеніями, сообщаемыми снаружи опухоли, то должно допустить, что сращения существуютъ и притомъ значительныя. При обратныхъ явленіяхъ мы дѣлаемъ и обратное заключеніе. При этого рода изслѣдованіи можно иногда также констатировать напрягающіяся перемычки между опухолью и окружающими частями. Въ случаяхъ затруднительныхъ, при подобныхъ условіяхъ, весьма полезно прибѣгнуть къ зонду для того, чтобы убѣдиться въ положеніи матки. Не должно также упускать здѣсь изъ виду и анамнезъ, точно также, какъ и частоту и степень предшествовавшихъ частичныхъ перитонитовъ. Все это вмѣстѣ заставляетъ предположить, что мы въ данномъ случаѣ встрѣтимъ болѣе или менѣе обширныя сращения.

Предсказаніе весьма серьезно и, по отношенію къ окончательному исходу, абсолютно неблагоприятно. Есть, правда, въ литературѣ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ ростъ кисты шель чрезвычайно медленно, такъ что больныя пользовались относительно порядочнымъ здоровьемъ. Такъ, Peaslee рассказываетъ объ одной больной, носившей свою опухоль 13 лѣтъ. Въ случаѣ Hagg'a болѣзнь длилась даже 50 лѣтъ; въ случаѣ Gruilt'a больная носила громадную опухоль 30 лѣтъ*. Подобные случаи однако принадлежатъ къ исключеніямъ и обыкновенно можно принять за правило, что если киста достигла сколько нибудь значительныхъ размѣровъ, то ростъ ея идетъ безостановочно до тѣхъ поръ, пока больная, если ей не помочь, не погибнетъ. Изъ статистическихъ данныхъ, приводимыхъ R. Lee относительно средней продолжительности жизни больныхъ послѣ того, какъ клинически обнаруживалась киста, видно, что она очень невелика. На 131 больную смертельный исходъ наступилъ по истеченіи года въ 38 случаяхъ, черезъ 2 года—въ 25 случаяхъ, черезъ 3 года у 17 больныхъ, у 10 черезъ 4 года, у 27 черезъ 5—16 лѣтъ, у 2-хъ черезъ 25 лѣтъ и у 1 по истеченіи 30 лѣтъ. Почти къ подобнаго же рода результатамъ пришелъ и Bird. Olshausen полагаетъ, что при пролиферирующихъ кистомахъ около 60—70% всѣхъ больныхъ, среднимъ числомъ, погибаетъ въ теченіи первыхъ 3-хъ лѣтъ послѣ обнаруженія первыхъ припадковъ.

Прежде указывали на то, что при кистахъ возможно произвольное исцѣленіе. Это послѣднее можетъ произойти различнымъ путемъ. Во первыхъ, вслѣдствіе разрыва кисты, а во вторыхъ, вслѣдствіе скручиванія ея вокругъ своей ножки. Никто не сомнѣвается въ возможности этихъ фактовъ, но только одно можно утверждать, что это встрѣчается въ высшей степени рѣдко и то только при простыхъ, фолликулярныхъ кистахъ. До сихъ поръ

* Казуистику см. у Olshausen'a, op. cit., p. 114.

существуеть очень мало наблюденій относительно произвольнаго исцѣленія кистомъ посредствомъ скручиванія ихъ ножки. Въ виду всего этого, громадное большинство больныхъ, одержимыхъ кистами, безостановочно идетъ къ фатальной развязкѣ, т. е. смерти, которая чаще всего и главнымъ образомъ наступаетъ отъ постепеннаго истощенія силъ, рѣже отъ интеркурентныхъ перитонитовъ.

е) Лечение кистъ яичника.

Въ прежнее время, когда хирургическая терапия была вовсе неизвѣстна, или же находилась еще въ младенческомъ состояніи, очень много толковали о внутреннемъ леченіи кистъ. Съ этою цѣлью прибѣгали къ настойчивому употребленію такъ называемыхъ *resorbentia*, въ числѣ которыхъ особенную роль играли препараты ртути, іода и брома. Если въ литературѣ разсматриваемаго вопроса можно найти цѣлую массу случаевъ чудеснаго исцѣленія кистъ этимъ способомъ, то это объясняется очень просто слабою діагностикой, т. е. по просту тѣмъ, что имѣли дѣло съ случаями, въ которыхъ дѣло шло обо всемъ, что угодно, только не о кистахъ яичника.... Какъ бы то ни было, но въ настоящее время, мнѣ кажется, смѣшно было бы полагаться на упомянутыя средства. Наоборотъ, ихъ слѣдуетъ избѣгать сколько возможно въ виду ослабляющаго дѣйствія ихъ на организмъ. Тоже самое должно сказать и относительно мочегонныхъ и драстическихъ средствъ, которыми прежде весьма сильно злоупотребляли при кистахъ. Нѣкоторые авторы съ большимъ энтузіазмомъ отзываются о цѣлительномъ вліяніи на кисты нѣкоторыхъ минеральныхъ источниковъ, каковы Крейцнахъ (у насъ Старая Русса, Друскеники), Галль, Рейхенгаль и пр. Къ подобному взгляду на дѣло должно относиться весьма осторожно, такъ-какъ всѣ упомянутыя воды дѣйствуютъ ослабляющимъ образомъ и по этому должно быть осторожну въ выборѣ посылаемыхъ туда случаевъ. Все, что можетъ сдѣлать обыкновенная, т. е. не хирургическая терапия при кистахъ яичника, состоитъ въ томъ, что стараются сколько возможно поддерживать силы больной (*tonica*) и дѣйствуютъ на основаніи извѣстныхъ правилъ противъ интеркурентныхъ частичныхъ перитонитовъ (холодъ, *opiata*, меркуріальныя втиранія, ванны и проч.).

Изъ терапевтическихъ попытокъ, занимающихъ, такъ сказать, средню между обыкновенною и хирургическою терапіей, мы должны назвать постоянное методическое прижатіе и электролизъ. Помощью особенно придуманныхъ для этой цѣли повязокъ думали не только останавливать дальнѣйшій ростъ кисты, но достигнуть даже уменьшенія ея въ объемѣ. Съ большою похвалою отзываются объ этомъ способѣ *Hamilton*, *Gendrin* и въ особенности *Seymour*. На сколько можно судить изъ описанія этихъ авторовъ, сжимающая повязка должна быть въ высшей степени мучительна для больныхъ, результаты же ея на столько ничтожны, что

едва ли ихъ можно принять въ соображеніе. Что касается электролиза въ примѣненіи къ терапіи кистъ, то въ послѣднее время его выхваляли Semeledeger * и Fieber **. До сихъ поръ существуетъ на этотъ счетъ еще такъ мало наблюденій, что невозможно высказать поэтому поводу никакого положительнаго заключенія.

Хирургическое леченіе кистъ обнимаетъ собою цѣлый рядъ оперативныхъ приемовъ, изъ которыхъ мы рассмотримъ здѣсь слѣдующіе: простой проколъ, проколъ съ дренажемъ, надрѣзь стѣнокъ мѣшка, вырыскиваніе въ кисту раздражающихъ жидкостей и, наконецъ, вылушеніе кисты, т. е. овариотомію.

а) Простой проколъ кисты (punctio, ovarioentesis) имѣетъ существенно въ виду опороженіемъ содержимаго ея доставить временное облегченіе больной. Слѣдовательно, приемъ этотъ имѣетъ главнымъ образомъ въ виду паллиативную задачу. Хотя нѣкоторые авторы, какъ-то Atlee E. Martin, Knops, Sp. Wells, Schilling и другіе приводятъ случаи, въ которыхъ вслѣдъ за проколомъ жидкость болѣе не накопилась снова въ кистѣ и такимъ образомъ наступало исцѣленіе, тѣмъ не менѣе большинство согласно въ томъ, что подобные случаи весьма рѣдки. Очень вѣроятно, что здѣсь имѣли дѣло съ пароваріальными кистами (кистами широкихъ связокъ). Непосредственный эффектъ прокола состоитъ въ томъ, что больная получаетъ прямое и положительное облегченіе, такъ-какъ дыханіе и другія отправления становятся нормальными. Но, по прошествіи большаго или меньшаго промежутка времени, жидкость снова накапливается и притомъ тѣмъ скорѣе, чѣмъ чаще дѣлаются проколы.

Уже давно, какъ мы упомянули объ этомъ выше, многіе указывали на опасныя послѣдствія, могущія проистекать отъ проколовъ кисты, особенно частыхъ. Сюда главнымъ образомъ относятся нагноеніе стѣнокъ ея и развитіе перитонита. Первое обстоятельство возможно безъ всякаго сомнѣнія и обуславливается не травматизмомъ собственно, а вступленіемъ воздуха въ полость кисты. Что касается перитонита, то онъ встрѣчается, относительно, рѣдко и притомъ бываетъ болѣею частію очень ограниченный. Вслѣдствіе-то этого, опасеніе относительно того, что проколы способствуютъ происхожденію сращенія, не совсѣмъ вѣрно, такъ-какъ, если даже допустить ихъ, они будутъ ограничиваться ближайшимъ сосѣдствомъ прокола. Одна несомнѣнная невыгода, которую представляютъ повторные проколы, состоитъ въ томъ, что за ними очень быстро падаютъ силы больной, что легко объясняется громадной потерей бѣлка. На основаніи этого, къ проколамъ должно прибѣгать только въ тѣхъ случаяхъ, когда невозможно приступать къ радикальной терапіи (овариотоміи) и гдѣ этотъ хирургическій приемъ остается единственнымъ ресурсомъ для облегченія страданій больной.

Что касается техники паллиативнаго прокола кисты, то онъ

* Wiener medic. Presse, 1875, № 52.

** Medic-chir. Centralblatt, 1876, №№ 25—26.

въ сущности ничѣмъ не отличается отъ того, что сказано было нами по поводу прокола съ діагностическою цѣлью. Для избѣжанія вступленія воздуха въ полость кисты, были придуманы различнаго рода троакары (Thompson'a и друг.). Въ послѣднее время я постоянно, гдѣ возможно, прибѣгала для этой цѣли къ аспиратору Dieulafoy.

Проколъ кисты чрезъ рукавъ производится главнымъ образомъ въ виду того, чтобы лучше возможно было опорожнить ее. Кроме того, къ этому способу прибѣгаютъ также тамъ, гдѣ имѣютъ дѣло съ кистами небольшихъ размѣровъ или же срощенными въ полости таза. Для выполнения прокола *per vaginam* употребляютъ въ дѣло длинный прямой, или же слегка искривленный троакаръ. Проколъ по этому способу въ настоящее время почти вовсе оставленъ, такъ-какъ онъ не представляетъ никакихъ преимуществъ предъ обыкновеннымъ проколомъ и, кроме того, онъ можетъ повлечь за собою пораненіе тазовыхъ органовъ (Tevignot).

Что же касается прокола кисты *per rectum*, то нельзя не удивляться, что способъ этотъ могъ прийти кому нибудь въ голову именно при кистахъ, столь легко доступныхъ чрезъ брюшинныя стѣнки. Sp. Wells рассказываетъ объ одномъ подобномъ проколѣ, окончившемся весьма печально, а именно воспаленіемъ кисты, за которымъ послѣдовала смерть по истеченіи нѣсколькихъ дней.

Относительно прокола при кистахъ см. Bruninghansen, Ueber die Paracentese durch den Nabel. *Medic. Chir. Zeit.*, 1816. — Ch. Thompson, *Med. Times and Gaz.*, 1858, March. — Hofman, Ein neues Verfahren zur Vornahme der Punction. *Wien. med. Presse*, 1868, № 59. — H ö c k e r, *Zeitschr. f. Geburtsk. u. Frauenkr.*, 1875, I, p. 355. — Olshausen, *Op. cit.*, p. 177—178.

б) Проколъ и дренажированіе кисты состоитъ въ томъ, что кисту прокалываютъ обыкновеннымъ образомъ и, выпустивъ жидкость, чрезъ трубку троакара вводятъ другую тоненькую (металлическую) или же просто дренажную трубку. При этомъ проколъ дѣлаютъ или чрезъ брюшныя стѣнки, или же *per vaginam*. Идея этого способа состоитъ въ томъ, чтобы жидкость постоянно вытекала наружу, причемъ внутренняя поверхность кисты, приходя въ прикосновеніе съ воздухомъ, должна постепенно съживаться. Принимая въ соображеніе опасности, съ которыми сопряженъ этотъ методъ, онъ въ настоящее время оставленъ совершенно. По совершенному справедливому замѣчанію Olshausen'a, къ нему можно было бы рѣшиться прибѣгнуть лишь въ случаѣ крайней необходимости, а именно тамъ, гдѣ приступлено было къ оваріотоміи, а между тѣмъ, эта послѣдняя оказывается невозможною.

Относительно этого способа см.: Récamier, *Revue medic.*, 1839, Jan. — Ollenrath, *Die Heilbarkeit der Eierstockgeschw.* Berlin, 1844. — Maisonneuve, *Des operations applicables aux maladies de l'ovaire*, Paris. 1850. — Simon Thomas, *Arch. f. Holl. Beiträge*. 1859. Bd. II, Hft. 2. — Boinet, *Des inconvenient du traitement des cystes de l'ovaire, soit par l'incision, soit*

par l'application des caustiques et la suppuration. Union medic., 1870, №№ 20—29.—E. Martin, Berl. Klin. Wochenschr. 1874, № 24.—De l'on. Bulet. de la soc. de chirurgie, 1876, mars.

Къ только что рассмотрѣнному способу очень близко примыкаетъ способъ Noegerath'a, который онъ называетъ ovariocentesis vaginalis. Растянувъ хорошенько рукавъ помощью обыкновеннаго американскаго зеркала, дѣлають разрѣзъ свода влагалища и брюшины, пока не будетъ обнажена киста. Затѣмъ эта послѣдняя прокалывается троакаромъ и, по выпущеніи жидкости, отверстие прокола расширяется и края его пришиваются къ краямъ отверстия въ сводѣ рукава. Изъ этого видно, что идея этого способа состоитъ въ томъ, чтобы установить сообщеніе между полостью кисты и рукавомъ, вслѣдствіе чего жидкость будетъ постоянно вытекать наружу, сама же полость будетъ постоянно находиться подъ вліяніемъ воздуха. Способъ этотъ, сколько намъ извѣстно, не вошелъ въ гинекологическую практику и составляетъ ничто иное, какъ модификацію стариннаго способа Ledran'a.

с) Разрѣзъ кисты съ послѣдовательноымъ пришиваніемъ краевъ его (т. е. разрѣза) къ брюшнымъ стѣнкамъ—способъ Ledran'a. Идея этого способа могла развиться тогда (1737 г.), когда объ оваріотоміи въ томъ смыслѣ, какъ она производится теперь, не имѣли еще и понятія. Хотя способъ Ledran'a нашелъ жаркихъ защитниковъ въ Portal'ѣ, de Haen'ѣ, Denman'ѣ, Diondi и нѣкоторыхъ другихъ, тѣмъ не менѣе онъ въ настоящее время, съ успѣхами оваріотоміи, долженъ былъ отойти совершенно на задній планъ. Въ самомъ дѣлѣ, разсматриваемый способъ не только не безвреднѣе, но гораздо болѣе опасенъ, чѣмъ настоящая оваріотомія. Оставить въ тѣлѣ громадную нагнаивающуюся полость, значить подвергать больную очень большому шансу погибнуть отъ истощенія, піеміи и т. д. Завѣдомо приступить къ способу Ledran'a едвали кто рѣшится. Онъ имѣетъ raison d'être только тамъ, гдѣ, приступивъ къ оваріотоміи, мы убѣждемся, что эта послѣдняя, вслѣдствіе предвидящихся непреодолимыхъ затрудненій, не можетъ быть выполнена. Въ одномъ подобномъ случаѣ оперировалъ съ блестящимъ успѣхомъ по способу Ledran'a нашъ покойный товарищъ проф. Корженевскій. По словамъ Сазеаихъ, съ такимъ же успѣхомъ оперировали при подобныхъ условіяхъ Portal, Vonpemain, Ray и Velreau.

д) Впрыскиваніе въ полость кисты раздражающихъ жидкостей имѣетъ цѣлью вызвать въ ней слипчивое воспаленіе, а слѣдовательно и запусѣваніе ея. Исполняется этотъ способъ слѣдующимъ образомъ. Проколъ кисты и выпущеніе содержимаго ея производится въ томъ видѣ, какъ мы описали его выше. Затѣмъ, прямо черезъ трубку троакара или черезъ проведенный въ нее эластическій катетеръ впрыскивается та или другая жидкость. Нѣкоторые брали для этой цѣли растворъ сѣрно-кислаго цинка (Denman, Bell), портвейнъ (Scudamore, Hamilton), другіе — горячее вино (Brenner), другіе, наконецъ, алкоголь различной крѣпости (L'Homme, Gobert, Lafaye, Jobert). Начиная съ 1846 года всѣ, по примѣру Velreau, остановились на іодѣ. Этотъ послѣдній впрыскивается въ

* Ovariocentesis vaginalis, Americ. Journ. of, Obstetrics, 1869, v. II, № 1.

растворахъ различной крѣпости. J. Simpson бралъ чистую іодовую настойку. Guibourt бралъ *jodii puri, jodidi potassae aa. pp. V, Spirit. vin. 50 pp., aq. destil. 100 pp.* Boinet, прибѣгающій къ разсматриваемому способу чаще другихъ, употребляетъ слѣдующій растворъ: *t-rae jodi, aq. destil, aa. pp. 100, jodidi potassae pp. 10.* Какой бы изъ упомянутыхъ растворовъ ни былъ взятъ, его впрыскиваютъ, смотря по величинѣ кисты, въ количествѣ 200—400 граммъ. Вспрыснувши жидкость, ее оставляютъ въ кистѣ отъ 5—10 минутъ, причемъ слегка разминаютъ животъ для того, чтобы она пришла во всестороннее прикосновеніе со стѣнками кисты. Затѣмъ жидкость по возможности вся снова выпускается обратно.

До конца 50-хъ годовъ большинство гинекологовъ и хирурговъ отзывалось о разсматриваемомъ способѣ съ большимъ энтузіазмомъ. Въ настоящее же время, за исключеніемъ можетъ быть одного Boinet, къ нему прибѣгаютъ въ высшей степени рѣдко и то очень неохотно. Отъ впрыскиванія раздражающихъ жидкостей можно ожидать успѣха только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ объ однополостныхъ (фолликулярныхъ) кистахъ. При кистахъ же многополостныхъ весьма трудно ожидать отъ этого чего нибудь особеннаго, такъ-какъ нельзя же впрыснуть въ каждую кисту отдѣльно. Да если бы и можно было, то это было бы сопряжено съ весьма значительною опасностью. Да и при однополостныхъ кистахъ, для того, чтобы впрыскиваніе раздражающихъ веществъ увѣнчалось желаемымъ результатомъ, необходимо, чтобы вещества эти брались въ крѣпкихъ растворахъ. Но это, въ свою очередь, можетъ вести къ весьма неприятнымъ послѣдствіямъ, а именно—чрезмѣрно сильному воспаленію стѣнокъ кисты, перитониту, выступанію впрыснутой жидкости въ полость брюшины, и, наконецъ, къ болѣе или менѣе сильному іодизму. Все это, вмѣстѣ взятое, дѣлаетъ этотъ способъ настолько опаснымъ, что это далеко не выкупааетъ результатовъ его. Въ самомъ дѣлѣ, въ литературѣ существуютъ наблюденія, и притомъ въ очень значительномъ числѣ, въ которыхъ впрыскиваніе въ кисты раздражающихъ жидкостей увѣнчалось будто бы вполне благоприятнымъ результатомъ. Особенно много данныхъ на этотъ счетъ приводитъ Boinet. Но тѣмъ не менѣе однако, эти благоприятные результаты очень сомнительны, такъ какъ доказано другими наблюденіями, что кисты послѣ этого способа леченія нерѣдко рецидивируютъ. Въ виду всего этого, способъ этотъ въ настоящее время оставленъ почти всѣми и тѣ немногіе защитники, которые до сихъ поръ остаются вѣрными ему, вѣроятно не замедлятъ перейти на сторону оваріотомистовъ.

Объ этомъ способѣ см. J. Simpson, *Edinb. Monthly Journ.* 1854, Mai.—Scanzoni, *Verhandl. der Phys. medic. Gesel. zu Würzb.*, 1859, Bd. IX. — O. v. Franqué, *Spitalszeitung*, 1863. — Simon, *Monatschr. f. Geburtsk.*, 1863, Bd. XII, p. 302.—Schuh, *Wiener medic. Halle.*, 1864, № 8.—Boinet *Jodotherapie*, 2-не édit., Paris, 1865.—Lud. Fürst, *Wiener medic. Presse*, 1869, p. 415.

Овариотомія.

(Ovariectomy, Cystovariectomy, Oophorectomy).

Подъ этимъ именемъ разумѣется операція, помощію которой патологически измѣненные яичники удаляются изъ организма.

Истор.-библiогр. замѣч. Обыкновенно, говоря о начаткахъ овариотоміи, заходятъ далеко въ сѣдую древность, причемъ, понятю, приходится основываться на баснословныхъ разсказахъ, сохраненныхъ исторіей. Такъ увѣряютъ, что вырѣзываніе нормальныхъ яичниковъ было извѣстно древнимъ. Въ этомъ отношеніи указываютъ на лидійскихъ царей, въ гинекейхъ которыхъ внуками служили кастрированные женщины. Объ Гигесѣ циркулируетъ преданіе, что онъ приказывалъ кастрировать своихъ возлюбленныхъ, для того, чтобы онѣ дольше сохраняли свои прелести (?). Какъ бы то ни было, но первые намеки на то, что въ извѣстныхъ случаяхъ можно бы рѣшиться на вылучиваніе патологически измѣненныхъ яичниковъ, мы встрѣчаемъ только въ концѣ 17-го стол., а именно, у Plater'a (1680) и у Schorckorfa (1685). Еще болѣе положительно на этотъ счетъ высказывается Morgan (1718) и Schlenner (1723). Споры о томъ, кто первый произвелъ овариотомію, не привели собственно къ положительному результату, такъ-какъ первыя овариотоміи были дѣломъ случая, причемъ операторы нерѣдко не знали что они вырѣзываютъ. Такъ обстояло дѣло до первыхъ годовъ настоящаго столѣтія, когда Mac. Dowell (изъ Кентуки), въ 1805 г., рѣшился приступить къ овариотоміи въ первый разъ съ предварительно обдуманнѣмъ планомъ. Поэтому, его совершенно справедливо должно считать истиннымъ творцемъ овариотоміи, которая обезсмертила его имя. До смерти своей, послѣдовавшей въ 1830 г., M. Dowell произвелъ, вѣроятно, всего 13 овариотомій изъ которыхъ выздоровленіе наступило въ 8 случаяхъ.

Прежде, чѣмъ изложить дальше исторію овариотоміи, мы не можемъ не остановиться еще нѣсколько на M. Dowell'ѣ. Какимъ образомъ объяснить себѣ, что совершенно безизвѣстный до тѣхъ поръ хирургъ, заброшенный судьбой въ маленькій американскій городъ, рѣшается приступить къ операціи, которая, еще много десятиковъ лѣтъ спустя, наводила ужасъ на лучшихъ и самыхъ смѣлыхъ представителей хирургіи, каковы Diefenbach въ Германіи и Velpeau во Франціи? Отвѣтъ на этотъ вопросъ мы получимъ, принявъ въ соображеніе нѣкоторыя черты изъ жизни Dowell'я и его національный характеръ. Онъ учился въ Единбургѣ, гдѣ, безъ сомнѣнія, слышалъ отъ своего знаменитаго учителя хирургіи—Bell'я, что овариотомія возможна. Попадши обратно въ Америку, онъ имѣлъ дѣло съ негритянками, и, принимая въ соображеніе тогдашнія понятія о рабствѣ, онъ могъ рѣшиться приступить къ операціи, надъ которой онъ бы задумался въ Европѣ; операціи свои M. Dowell, производилъ на негритяпкахъ, по тогдашнимъ понятіямъ in anima vili... Во вторыхъ, M. Dowell былъ американецъ до мозга костей, т. е., человѣкъ, который, разъ рѣшившись на что либо, исполнитъ его во что бы то ни стало и не останавливаясь ни предъ какимъ рискомъ. Всѣ эти обстоятельства, вмѣстѣ взятые, должны были содѣйствовать тому, что овариотомія вышла именно изъ Америки, а не изъ другой страны.

Послѣ M. Dowell'я въ Америкѣ овариотомію производили Nathan и Alban Smith, но безуспѣшно. До 40-хъ годовъ овариотомія и въ Америкѣ была очень мало въ ходу, пока въ 1843 году не началъ оперировать Atlee. Съ этого времени явился цѣлый рядъ американскихъ овариотомистовъ, какъ Kimball, Dunlap, Peaslee, Bradford, White, H. Storer и многіе другіе.

Въ Англій первый приступилъ къ овариотоміи Lizars, въ Единбургѣ, въ 1824 году, но имѣлъ несчастіе натолкнуться на случай, въ которомъ собственно не было кисты. Всего Lizars оперировалъ 4 раза и весьма неудачно. Послѣ этого въ Англій сдѣлано было нѣсколько попытокъ, но всѣ неудачно и вообще до 1836 г. вовсе бросили овариотомію. Только черезъ 10 лѣтъ, именно въ 1846 году Hawkins сдѣлалъ первую овариотомію съ ус-

пѣшнымъ исходомъ въ госпиталь Св. Георгія въ Лондонѣ. Между тѣмъ Ch. Clay (въ Манчестерѣ) уже съ 1842 года произвелъ рядъ удачныхъ оваріотомій. Истинною эпохою въ судьбахъ оваріотоміи должно считать 1858 годъ, когда началъ свою оваріотомическую дѣятельность Sp. Wells, имѣющій громадные заслуги въ этомъ отношеніи не только потому, что онъ, значительно улучшилъ технику, но и еще потому, что онъ такъ сказалъ, популяризировалъ эту операцію. Sp. Wells представляетъ небывалый примѣръ въ нашей наукѣ. Въ самомъ дѣлѣ, какой хирургъ можетъ похвастать, что онъ какую либо изъ большихъ операцій произвелъ столько разъ, какъ Sp. Wells оваріотомію? Въ продолженіи какихъ нибудь 20 лѣтъ онъ произвелъ болѣе чѣмъ восемь сотъ оваріотомій! Въ настоящее время число произведенныхъ имъ оваріотомій заходитъ за 1000. Поэтому онъ совершенно справедливо всѣми признается величайшимъ авторитетомъ въ этомъ дѣлѣ и изданное имъ сочиненіе о болѣзняхъ личника составляетъ одно изъ лучшихъ украшеній новѣйшей гинекологической литературы. Говоря объ англійскихъ оваріотомистахъ, не можемъ не упомянуть о бывшемъ ученикѣ I. Simpson'a, Keith'a въ Единбургѣ, который произвелъ гораздо меньше оваріотомій, чѣмъ Sp. Wells, но достигшій такихъ результатовъ, съ которыми не можетъ соперничать ни одинъ изъ живущихъ теперь оваріотомистовъ.

Во Франціи первую удачную оваріотомію произвелъ въ 1814 году польскій врачъ Воерковскій и затѣмъ въ 1847 году провинціальный врачъ (въ Conde sur Noireau) Voillégar'd. Затѣмъ было сдѣлано еще нѣсколько попытокъ различными хирургами, но все безуспѣшно. Въ 1856 и 1857 годахъ происходили въ парижской медицинскій академіи извѣстные дебаты объ оваріотоміи, причѣмъ кѣ-то члены этого знаменитаго собранія высказались противъ этой операціи. Исключеніе составилъ только Сазеаихъ, который настаивалъ на томъ, что не слѣдуетъ подвергать ostrакизму эту операцію, которая можетъ оказать величайшія благодѣянія. Не смотря на приговоръ медицинскій академіи, Nélaton серьезно занялся этимъ вопросомъ и въ 1862 году отправился въ Лондонъ, чтобы познакомиться съ оваріотоміей въ томъ видѣ, какъ ее производили Sp. Wells и B. Brown. Возвратившись въ Парижъ, онъ въ томъ же году произвелъ первую свои оваріотомію. Я былъ такъ счастливъ, что въ теченіи почти всего 1863 года, во время пребыванія моего въ Парижѣ, я могъ слѣдить въ этомъ отношеніи за знаменитымъ клиницистомъ при производствѣ оваріотоміи. Nélaton не только упростилъ во многомъ производство этой операціи, но, относясь къ ней съ величайшимъ энтузіазмомъ, чрезвычайно много содѣйствовалъ ея распространенію и создалъ такого ученика, какъ Réal, который занимаетъ въ настоящее время одно изъ первыхъ мѣстъ въ ряду европейскихъ оваріотомистовъ. Почти въ одно время съ Nélaton'омъ началъ производить свои оваріотоміи и Koeberle (въ Страсбургѣ), человекъ, въ высшей степени осторожный и который съ особенною любовью разработалъ діагностическую сторону дѣла.

Что касается Германіи, то первый тамъ сталъ производить оваріотомію Chrusmar; до 1820 года онъ произвелъ три оваріотоміи и изъ нихъ только одну съ успѣшнымъ исходомъ. Послѣ этого въ германской литературѣ попадаются отдѣльные случаи только, такъ что до 1850 года было произведено всего 23 оваріотоміи, изъ которыхъ 16 (!!) имѣли смертельный исходъ. Когда оваріотомія получила чрезвычайное развитіе въ Англии, то и въ Германіи ей стали посвящать особенное вниманіе и въ настоящее время трудно найти тамъ сколько нибудь серьезнаго гинеколога, который хоть бы одинъ или нѣсколько разъ не производилъ эту операцію. Изъ пѣлаго ряда нѣмецкихъ оваріотомистовъ мы должны назвать Shilling'a въ Кассель, Nusbaum'a, Billroth'a, Simon'a, Spiegelberg'a, Hegar'a, Olshausen'a, Schroeder'a и мног. друг.

Въ Италіи только въ послѣдніе годы съ особеннымъ рвеніемъ занялись оваріотоміей, такъ что до 1876 года въ этой странѣ произведено было около 70 съ чѣмъ то оваріотомій.

Въ Россіи первую попытку къ оваріотоміи сдѣлалъ профессоръ вленскаго университета Северинъ Галензовскій, въ 1827 году. Онъ не могъ окончить операціи и долженъ былъ ограничиться тѣмъ, что вырѣзалъ

часть стѣнки кисты, слѣд., нѣчто въ родѣ операціи Ledgana. Затѣмъ овариотомію произвелъ въ Харьковѣ Ванцети (спершній профессоръ хирургіи въ Падуѣ) въ 1846 году и въ 1848 д-ръ Гаартманъ, въ Гельсингфорсѣ. Въ 1862 году началъ производить свои овариотоміи проф. Крассовскій и до настоящаго времени продолжаетъ посвящать этой операціи неутомимое усердіе. Вслѣдъ за проф. Крассовскимъ овариотомію стали производить др. Грубе и Лазаревичъ въ Харьковѣ, Икавицъ въ Тамбовѣ, проф. Склифасовскій въ Одессѣ и Кіевѣ, въ Москвѣ проф. Новацкій и д-ръ Савостицкій, въ Варшавѣ д-ръ Глишинскій, Нейгебауеръ и проф. Гиршгофтъ. Вслѣдъ за проф. Крассовскимъ въ Петербургѣ было произведено нѣсколько овариотомій другими хирургами, но безъ успѣшнаго результата. Первая овариотомія, произведенная съ удачнымъ исходомъ въ стѣнѣ академіи, была операція, сдѣланная мною въ первый разъ въ здѣшнемъ Повивальн. Инстит., въ 1868 году. Послѣ этого въ разныхъ нашихъ госпиталяхъ стали производить овариотоміи д-ра Ливенъ, Грюневальдъ, Тауровскій, Соколовскій и др. съ успѣшнымъ исходомъ.

Библиогр. къ исторіи овариотоміи: Schorkopf, De hydropo ovarii. Gotingae, 1585. — Salvator Morand, Histoire de l'acad. des sciences, Paris, 1718 p. 34. — Очень много интересныхъ историческихъ данныхъ можно найти у Atlee и у Dutoit, Die Ovariectomie in England, Deutschland und Frankreich. Würzburg, 1864.—Keith, Brit. medic. Journ., 1878, № 5. — Sp. Wells, On ovarian and uter. tumours. London, 1882, p. 179 (Подробности относительно M. Dowella).—Thivior, De l'ovariectomie antiseptique. Bruxelles, 1882, p. 1.

Къ техникѣ овариотоміи: Bühring, Die Heilung der Eierstockgeschwülste. Berlin, 1848.—Ch. Clay, Results of all the operations for extirpation of diseased ovaria. London, 1848.—Sp. Wells, Dubl. quart. Journ., 1859. — Ero же, History and progr. of ovariectomy in Great Britain. Medico-chir. Transact., 1863, v. XLVI, p. 33. — Ero же, Diseases of the ovaries. London, 1865—1874.—Koeberlé, Sur le traitement des kystes des ovaires par l'ovariectomie. Paris, 1865. — Ero же, статья о патологіи яичниковъ и преимущественно объ овариотоміи въ Nouveau diction. de médecine et de chirurgie pratiques, выходящемъ подъ редакцію Jaccoud, t. XXV, Paris, 1878, p. 360. — Stilling, Die Extraperitonealmethode der Ovariectomie. Berlin, 1866. — Bryant, Clinical surgery. London, 1867. On ovariectomy, p. 602. — Крассовскій, De l'ovariectomie, 1868. — М. Горвицъ, Eine erfolgreiche Ovariectomie. St. Petersburg. medic. Zeitschr. 1869. — Péan, Ovariectomie et Splénotomie. Paris, 1869. — P. Grenser, Die Ovariectomie in Deutschland historisch und kritisch dargestellt. Leipzig, 1870.—Panás, Operations d'ovariectomie. Bullet. de la soc. de chir. 1871.—W. Atlee, A. Retrospect of the struggles and triumph of Ovariectomy in Philadelphia. Philad. 1875. — Péan. Leçons de clinique chirurgicale prat. à l'hôpital St. Louis. Paris, 1876. — Keith, On the results of the treatment of the pedicle in Ovariectomy. Lancet, 1876, v. I, p. 582.—Hegar, Ueber Ovariectomie. Volkman's Samml. klin. Vortr., 1876, № 109.—Olshausen, О томъ же въ этомъ же собраніи, 1876, № III. — Koeberlé, De l'hemostase définitive par compression excessive. Paris, 1877. — Keith, On the results of treatment of the pedicle in ovariectomy. Lancet, 1876, 15 apr. — Spiegelberg, Zur Klammerbehandlung des Stieles etc. Berl. klin. Wochenschr., 1879, № 18.—Thornton, Medic. Times and Gaz., 1880, v. I, № 1560. — Schroeder, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 5-e Aufl., 1881, p. 401.—Hegar и Kaltenbach, Die operative Gynaecologie. 2 Aufl. Stuttgart, 1881, p. 201.

Прежде, чѣмъ приступить къ овариотоміи, нужно приготовить къ ней больную и все необходимое для операціи. Приступая къ такой операціи, какъ овариотомія, необходимо предварить больную о чемъ собственно идетъ дѣло, потому что на врачѣ лежитъ нравственная обязанность не обманывать больную, т. е. не вводить ее въ заблужденіе на счетъ опасности, которой она по не-

обходимости должна подвергнуться. При этомъ однако ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ обезкураживать ее; родственникамъ же и близкимъ ей людямъ мы безъ всякой утайки должны изложить всѣ опасности, сопряженныя съ операцией. Такъ называемое приготовленіе больной къ операциі, какъ оно практиковалось прежде, т. е. назначеніе различныхъ тоническихъ средствъ для поправленія общаго состоянія, мы считаемъ совершенно напрасной потерей времени, такъ какъ силамъ больной не поправиться до тѣхъ поръ, пока не будетъ устранена причина упадка ихъ, т. е. новообразование яичника. Все приготовительное леченіе, необходимое при оваріотоміи, состоитъ въ томъ, что за нѣсколько дней до операциі заботятся о надлежащемъ опорожненіи кишечника помощью легкихъ слабительныхъ и наканунѣ операциі очищаютъ еще прямую кишку помощью клистира. Очень полезно также назначать не задолго предъ операцией нѣсколько теплыхъ ваннъ.

Что касается мѣста или среды, гдѣ должна быть произведена оваріотомія, то, само собою понятно, что, если возможно, должно избѣгать при этомъ большихъ госпиталей, для устраненія возможности заболѣванія различными инфекционными процессами. Всего лучше оперировать въ небольшомъ госпиталѣ, гдѣ и уходъ послѣ операциі можетъ быть гораздо лучше. Операционная комната должна быть свѣтлая и достаточной величины; температура ея ничуть не должна быть высокая, какъ утверждали нѣкоторые англійскіе хирурги (Bird, Ch. Clay и др.). Тоже самое должно сказать на счетъ теплыхъ водяныхъ паровъ, которыми совѣтовали наполнять комнату, въ которой производится оваріотомія. Sp. Wells справедливо указываетъ на то, что все это очень непріятно для оперирующаго и совершенно бесполезно для оперируемой.

Что касается помощниковъ, то должно считать особенно благопріятнымъ обстоятельствомъ, если оперирующій располагаетъ достаточнымъ числомъ людей, съ которыми онъ оперировалъ ужъ прежде и которые получили ужъ въ этомъ дѣлѣ достаточную опытность. Если бы этого не было, то оперирующій долженъ до операциі каждому изъ помощниковъ объяснить хорошенько его обязанности, для устраненія всякаго замѣшательства во время производства операциі. Для производства оваріотоміи необходимо имѣть, по крайней мѣрѣ, четырехъ помощниковъ. Одинъ изъ нихъ хлороформируетъ больную, другой стоитъ противъ ножа и непосредственно помогаетъ оператору (снимая кровь, удерживая выпадающія кишки и пр.), третій стоитъ у ногъ оперируемой, фиксируя ихъ и т. д., четвертый подаетъ инструменты. Кроме того, необходимо, чтобы при этомъ были еще одна или двѣ сидѣлки (бабушки) для подаванія губокъ, полотенецъ и пр. Если киста удаляется помощью каленаго желѣза, то особому помощнику поручается забота о жаровнѣ и накаливаніи желѣза.

Инструментальный аппаратъ, необходимый при

производствѣ оваріотоміи, очень простъ и составляющіе его инструменты будутъ описаны ниже. Тѣмъ не менѣе чрезвычайно важно, чтобы, приступая къ оваріотоміи, были наготовѣ всевозможные инструменты и въ достаточномъ числѣ, на случай, если бы они потребовались. Кромѣ инструментовъ, должны быть приготовлены въ достаточномъ количествѣ теплая и холодная вода, ледъ, liq. sesquichlor. fer., оживляющія средства, корпія, компрессы, полотенца и пр. Необходимыя при оваріотоміи инструменты должны помѣщаться въ сосудѣ, наполненномъ 5% растворомъ карбола.

Изъ всѣхъ операционныхъ столовъ, предложенныхъ для большихъ операций, я предпочитаю обыкновенный узкій столъ достаточной высоты, чтобы не приходилось нагибаться. На него кладется обыкновенный тонкій матрасъ, покрывающійся клеенкой. Операционный столъ долженъ быть поставленъ такъ, чтобы свѣтъ падалъ прямо на него и чтобы помощники не заслоняли его.

Приготовивъ такимъ образомъ все нужное для операции и осмотрѣвъ хорошенько еще разъ инструменты и всѣ другія принадлежности, приступаютъ къ наркозу. Лучше всего хлороформировать больную въ другой комнатѣ, для того, чтобы не напугать ее приготовлениями къ операции и, когда она хорошо захлороформирована, ее переносятъ на операционный столъ.

Для большей наглядности мы раздѣляемъ всю технику оваріотоміи на слѣдующіе четыре момента: вскрытіе брюшной полости, проколъ кисты, опорожнение и извлечение ея, удаление кисты и, наконецъ, сшиваниеъ раны.

1. Моментъ первый—вскрытіе брюшной полости. Прежде чѣмъ приступить къ выполнению этого момента, операционное поле, т. е. животъ больной тщательно вымывается 3—5% карболовымъ растворомъ (теплымъ). Стоя съ правой стороны больной, оперирующій брюшистымъ скальпелемъ дѣлаетъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, послонно, начиная его подъ пупкомъ, и не доходить до симфизы сантиметровъ на 5—6. Такимъ образомъ разрѣзъ дѣлается до тѣхъ поръ, пока не обнажена будетъ брюшина. Затѣмъ эта послѣдняя захватывается зубчатымъ пинцетомъ и въ ней дѣлается небольшое отверстие (окошечко), причемъ ножъ держать плашмя, чтобы не вскрыть кисту. Затѣмъ брюшина вверхъ и внизъ вскрывается по желобоватому зонду. Убѣдившись введеннымъ пальцемъ, что сращеній нѣтъ или что они могутъ быть легко преодолеваемы, разрѣзъ увеличиваютъ на столько, чтобы киста была обнажена на достаточномъ протяженіи. Для этого лучше всего прибѣгнуть къ искривленнымъ по краю тупоконечнымъ ножницамъ В. Brown'a. Что касается величины разрѣза какъ брюшныхъ стѣнокъ, такъ и брюшины, то само собою разумѣется, что онъ сообразуется съ величиной опухоли. Если приходится увеличивать разрѣзъ, то это дѣлается, обходя пупокъ съ лѣвой стороны. Вообще должно сказать, что чѣмъ меньше разрѣзъ, тѣмъ выгоднѣе, т. е. тѣмъ болѣе шансовъ для успѣшнаго

исхода. Сколько мнѣ извѣстно, одинъ Clay увѣряетъ противное. Мнѣніе это однако опровергается статистическими данными всѣхъ овариотомистовъ. Къ сожалѣнію, въ практикѣ очень нерѣдко приходится увеличивать разрѣзь до послѣдней возможности (*usque ad scrobiculum*), это именно тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ большими многополостными кистами и когда онѣ не могутъ быть всѣ опорожнены.

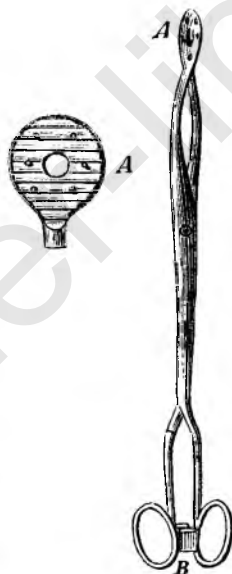
Въ разсматриваемомъ моментѣ овариотоміи можетъ встрѣтиться одно весьма неблагоприятное обстоятельство, состоящее въ томъ, что брюшина становится не распознаваемою. Это въ свою очередь можетъ зависѣть отъ большаго накопленія асцитической жидкости, влѣдствіе чего часть брюшины выпячивается въ разрѣзь, такъ что ее принимаютъ за кисту и, наконецъ, оттого, что брюшина очень утолщена. Кромѣ того, вскрытіе брюшины можетъ встрѣтить затрудненіе еще и потому, что въ мѣстѣ разрѣза она представляетъ сплошныя сращенія съ кистой. Особенно неблагоприятнымъ должно считать то, если отдѣляютъ брюшину на большемъ или меньшемъ протяженіи отъ брюшныхъ стѣнокъ, такъ-какъ это неминуемо влечетъ за собою обширный перитонитъ. Если трудно было бы напасть на такое мѣсто, гдѣ брюшина выступаетъ болѣе явственно, то нужно искать его, увеличивъ разрѣзь на сколько понадобится.

2) Моментъ второй: проколъ кисты, опорожненіе и извлеченіе ея изъ брюшной полости. Обнаживъ вышесказаннымъ образомъ кисту, заботятся объ остановкѣ кровотеченія изъ краевъ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ. Если кровотеченіе обуславливается пораненіемъ болѣе значительныхъ артеріальныхъ вѣточекъ или же венъ, то для того, чтобы не терять времени, накладываютъ на кровоточащія сосуды лигатуру или же ущемляютъ ихъ помощію обыкновенныхъ пинцетовъ или такъ называемыхъ бульдоговъ (фиг. 63), которые заслуживаютъ предпочтенія, такъ-какъ они по малой величинѣ своей не мѣшаютъ дальнѣйшимъ манипуляціямъ. Въ то время, когда одинъ изъ помощниковъ фиксируетъ обѣими руками (придавливая хорошенько края разрѣза) выпячивающуюся кисту, оперирующій толстымъ троакаромъ прокалываетъ ее какъ можно ближе къ верхнему краю раны. Истекающая жидкость собирается въ приставленный цилиндрической сосудъ. Когда киста достаточно опорожнена, нужно приступить къ извлеченію ея изъ брюшной полости, причемъ если существуютъ сращенія, эти послѣднія должны быть предварительно устранимы. Для извлеченія кисты употребляются различные приемы. Nélaton напр. прибѣгалъ для этого къ очень крѣпкому пинцету (фиг. 64), внутренняя поверхность котораго на верхнемъ концѣ устроена такимъ образомъ, что она сильно ущемляетъ захваченную ткань. Пинцетъ этотъ совершенно умѣстенъ, если мы имѣемъ дѣло съ кистой съ толстыми и крѣпкими стѣнками. Въ противномъ случаѣ онъ легко соскальзываетъ, причемъ захваченная имъ часть кисты рвется. Мы, поэтому, всегда пред-

почитаемъ весьма простой способъ, предложенный для этой цѣли проф. Крассовскимъ. Опорожнивъ, на сколько нужно, содержимое кисты, троакаромъ прокалываютъ ее въ противоположномъ мѣстѣ, затѣмъ крѣпко перехватываютъ захваченную такимъ образомъ часть кисты крѣпкою лигатурою, вслѣдствіе чего получается какъ бы ножка, фиксируемая на трубкѣ троакара. Этотъ приемъ въ высшей степени облегчаетъ какъ извлеченіе кисты, такъ и устраненіе сращеній, потому что рука получаетъ хорошую точку опоры на трубкѣ троакара. Захвативъ эту послѣднюю одною рукою, сильно потягиваютъ кисту въ ту или другую сторону. Если при этомъ убѣждаемся въ томъ, что она удерживается сращеніями, то приступаютъ къ устраненію ихъ. Если они не очень крѣпки, то ихъ просто уничтожаютъ рукою, введенною



Фиг. 63.



Фиг. 64

между ними и кистой. При этомъ слѣдуетъ избѣгать насилія, такъ-какъ, въ противномъ случаѣ, киста можетъ разорваться въ одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ и содержимое ея попадетъ въ полость брюшины. Если мы имѣемъ дѣло съ очень плотными и толстыми сращеніями, то ихъ отдѣляютъ, подводя подъ нихъ экразерную цѣпь, или же накладываютъ двѣ лигатуры и перерѣзываютъ сращенія въ срединѣ между лигатурами. Особенный интересъ представляютъ сращенія кисты съ салъникомъ и кишками, а также съ тазовыми органами, въ особенности съ маткой и пузыремъ. При этомъ не можемъ не замѣтить, что преж-

ній страхъ по отношенію къ сращеніямъ кисты съ сальникомъ преувеличенъ. Сальникъ можно отрѣзать на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи безъ особеннаго ущерба. Такъ, Рéап'у въ одномъ случаѣ пришлось удалить почти весь сальникъ и оперированная тѣмъ не менѣе выздоровѣла. Что касается сращеній съ кишками, то они гораздо болѣе неблагоприятны, такъ какъ при малѣйшей неосторожности можно вскрыть кишку. Въ подобныхъ случаяхъ отдѣляютъ то, что возможно, не трогая слишкомъ крѣпкихъ сращеній. Въ особенности же неблагоприятными должно считать сращенія съ тазовыми органами, именно съ пузыремъ и маткою. При этомъ должно поступать совершенно такимъ же образомъ, какъ сказано при сращеніяхъ кишечныхъ. Иногда случается, что сращенія на передней и боковыхъ поверхностяхъ кисты отдѣлены, между тѣмъ киста не можетъ быть вытянута изъ полости живота, потому что стѣнки ея очень хрупки. Въ подобныхъ случаяхъ, засунувъ всю руку въ полость кисты и захвативъ нѣкоторые изъ перегородокъ ея, вытаскиваютъ ее такимъ образомъ потихоньку наружу. Если бы мы имѣли дѣло съ толстыми и сосудистыми сращеніями, то самое безопасное, какъ ужъ сказано,—перевязка ихъ, или же устраненіе ихъ каленымъ желѣзомъ или, наконецъ, гальвано-каустическимъ способомъ.

3) Моментъ третій: удаленіе кисты. Устранивъ выше-сказаннымъ образомъ сращенія, кисту вытягиваютъ наружу, чтобы ножка ея при этомъ напряглась. Во время вытягиванія ея изъ брюшной полости, помощники заботятся о томъ, чтобы не вываливались изъ нея кишки и сальникъ. Для этого они сближаютъ крѣпко рану и, если бы это не помогло, выпадающія кишки удерживаются помощію большихъ губокъ, смоченныхъ въ теплой водѣ. Въ то время, какъ помощникъ оттягиваетъ вверхъ кисту, оперирующій осматриваетъ тщательно ножку ея, чтобы узнать всѣ ея свойства, т. е. чѣмъ она составляется, каковы длина и ширина ея, какого развитія достигли въ ней сосуды и проч. Послѣ этого приступаютъ къ удаленію кисты. Этотъ актъ операціи можетъ быть выполненъ различнымъ образомъ. Какой бы способъ ни былъ употребленъ въ дѣло, онъ имѣетъ существеннымъ образомъ двѣ задачи: отдѣлить ножку такимъ образомъ, чтобы не было кровотеченія во время отдѣленія и въ особенности кровотеченія послѣдовательнаго. Въ этомъ отношеніи существуютъ два главныхъ способа: внутрибрюшинный и внѣбрюшинный. Первый изъ нихъ, т. е. в н у т р и б р ю ш и н н ы й состоитъ въ томъ, что ножка кисты отдѣляется тѣмъ или другимъ путемъ и ножка вводится назадъ въ полость брюшины. Какимъ образомъ, спрашивается, лучше всего отдѣлить ножку кисты? Самый старыи способъ состоялъ въ накладываніи толстой и крѣпкой лигатуры, которая выводилась въ нижній край раны. Затѣмъ придуманы были различнаго рода сжимающіе снаряды (к л я м п ы), которыхъ описано очень много

модификацій. Всѣ эти инструменты имѣютъ задачей сжимать крѣпко ножку кисты и удерживать ее наружу въ теченіи такого времени, когда ужъ нельзя бояться кровоточенія. Мы приводимъ здѣсь изображеніе клямпа S. Wells'a (фиг. 65). Инструментъ этотъ имѣетъ много преимуществъ предъ другими подобнаго рода инструментами, такъ-какъ, будучи сложенъ, онъ имѣетъ овальную форму, вслѣдствіе чего онъ очень легко адаптируется къ ножкѣ. Ножки этого клямпа — С. С. — пригоняются



Фиг. 65.

къ нему такъ, какъ изображено на фиг. В и ими можно произвести весьма сильное сжатіе. Начиная съ первой нашей овариотоміи до настоящаго времени, мы придерживались, гдѣ возможно, отдѣленія ножки помощью каленаго желѣза по В. Brown'у и до сихъ поръ получали столь удовлетворительные результаты, что должны отдать ему преимущество предъ всѣми другими способами. Не говоря ужъ о томъ, что способъ этотъ въ высшей степени простъ по исполненію, онъ имѣетъ громадную выгоду въ томъ отношеніи, что абсолютно почти обезпечиваетъ отъ послѣдовательныхъ кровоточеній. Производится отжиганіе ножки

слѣдующимъ образомъ. Осмотрѣвъ хорошенько ножку, ее захватываютъ крѣпко въ экразерную цѣпь и сильно затягиваютъ ее. Затѣмъ, для болѣе удобнаго манипулированія, кисту отрѣзаютъ. Послѣ этого на ножку, пониже того мѣста, гдѣ она захвачена



Фиг. 66.

въ экразеръ, накладывается клямпъ В. Brown'a. Мы, по примѣру проф. Красовскаго, прибѣгаемъ для этой цѣли къ клямпу, модифицированному докторомъ Мержевскимъ (фиг. 66). Сжавъ крѣпко-на-крѣпко ножку, ее отжигаютъ принаровленнымъ для этого каленымъ желѣзомъ. Прежде, чѣмъ приступаютъ къ употребленію каленаго желѣза, клямпъ снизу обкладывается

влажною корпией, чтобы устранить раскаливаніе клемпа и дѣйствіе высокой температуры на покровы живота. Отжиганіе производится тихо, длинными штрихами, для того, чтобы оно было равномернo. Отжегши ножку, мы всматриваемся въ поверхность ея и еще нѣсколько разъ клювовиднымъ желѣзомъ прижигаемъ виднѣющіяся ямочки—отверстія сосудовъ. Окончивъ актъ отжиганія, тихонько распускаемъ клемпъ и въ это время, для предосторожности, отоженная ножка удерживается длиннымъ пинцетомъ, подкладываемымъ подъ клемпомъ. Это дѣлается для того, чтобы, еслибы оказалось нужнымъ, можно было снова вытаскивать ножку. Когда мы убѣждаемся въ томъ, что ножка отожжена какъ слѣдуетъ, то ее опускаютъ въ полость таза. Что касается дальнѣйшей участи опущенной въ полость таза отоженной ножки, то изслѣдованія Spiegelberg'a и Waldeyer'a доказали, что какъ оставленные въ полости брюшины лигатуры (ligature à fil perdu), такъ и ножка кисты, по истеченіи извѣстнаго времени, окружаются (обрастаютъ) толстымъ слоемъ соединительной ткани и что онѣ, слѣдовательно, какъ бы перестаютъ быть инородными тѣлами.

При экстраперитонеальномъ способѣ отдѣленія ножки, эта послѣдняя удерживается наружу или помощью клемпа, или же такимъ образомъ, что по наложеніи на нее лигатуры, она вшивается въ брюшную рану. Въ послѣднемъ случаѣ, для того, чтобы еще лучше фиксировать ножку, Koeberle предложилъ прокалывать ее большою иглою, оба конца которой лежатъ на брюшныхъ стѣнкахъ. Какимъ бы образомъ ни была фиксирована снаружи ножка кисты, ее отъ времени до времени смазываютъ полуторохлористымъ желѣзомъ, для того, чтобы содѣйствовать скорѣйшей мумификаціи ея.

Познакомившись съ обоими способами отдѣленія ножки, спрашивается: какой изъ нихъ заслуживаетъ преимущества? Экстраперитонеальный способъ, придуманный въ 40-хъ годахъ Shilling'омъ, въ Касселѣ, въ началѣ имѣлъ горячихъ защитниковъ, но въ послѣднее время онъ долженъ былъ уступить способу внутрибрюшному. Этотъ послѣдній способъ имѣетъ несомнѣнныя преимущества въ томъ отношеніи, что онъ гораздо проще, и, кромѣ того, при немъ мы не имѣемъ дѣла съ омертвѣвающей поверхностью (гангренизирующая часть ножки), которая можетъ подавать поводъ къ различнымъ неблагоприятнымъ осложненіямъ. Если интраперитонеальный методъ и имѣетъ сказанныя преимущества, за то, съ другой стороны, могутъ встрѣчаться случаи, въ которыхъ онъ неприменимъ; это именно тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ очень широкою ножкою и чрезвычайно богатою сосудами. Это обстоятельство приводилось прежде какъ одинъ изъ важнѣйшихъ аргументовъ противъ внутрибрюшного способа. Въ настоящее время аргументъ этотъ потерялъ значительную долю своей вѣскости, такъ какъ доказано, что раздѣленіе широкой ножки на нѣсколько частей и наложеніе на каждую изъ нихъ

отдѣльной лигатуры отлично обезпечиваютъ отъ послѣдовательныхъ кровотеченій.

Прежніе споры между оваріотомистами о томъ — какому способу должно отдать преимущество—внутрибрюшинному или внѣбрюшинному—съ каждымъ годомъ все болѣе и болѣе склоняются въ пользу перваго. Въ самомъ дѣлѣ, говорятъ, что внѣбрюшинный способъ особенно примѣнимъ тамъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ очень длинною ножкою. Аргументъ этотъ, по истинѣ, очень слабъ, такъ какъ, что намъ мѣшаетъ длинную ножку превратить въ короткую, т. е. обрѣзать ее на столько, на сколько нужно? Защитники внѣбрюшиннаго способа quand même забываютъ, что чаще имѣютъ дѣло съ короткими и широкими ножками и, что удерживая такую ножку внѣ брюшной полости, мы вызываемъ очень сильное напряженіе въ маткѣ, которое не можетъ не сказаться самымъ неблагоприятнымъ образомъ на исходѣ операци. На основаніи всего этого, Lawson Tait считаетъ одною изъ главныхъ причинъ усиленнаго развитія оваріотоміи въ послѣднее время то обстоятельство, что внѣбрюшинный способъ постепенно оставляетъ большинствомъ гинекологовъ. Въ послѣдніе годы мы ни разу не прибѣгали къэтому способу и вездѣ обходились очень хорошо или отжиганіемъножки, или же лигатурами, но въ томъ и другомъ случаѣ погружали ее обратно въ полость таза.

Отдѣливъ кисту отъ ножки вышеуказаннымъ образомъ, ощупываютъ тщательно второй яичникъ. Еслибы онъ оказался несомнѣнно патологически измѣненнымъ (т. е. болѣе или менѣе увеличеннымъ въ объемѣ, съ небольшимъ кистовиднымъ образованіемъ), то лучше всего удалить его, т. е. сдѣлать двойную оваріотомію.

Покончивъ съ отдѣленіемъ кисты, приступаютъ къ очисткѣ полости брюшины отъ попавшаго въ нее содержимаго кисты и крови. Это то, что называется туалетомъ брюшины. Для этой цѣли совершенно чистыми губками различной величины, смоченными въ теплой водѣ, хорошенько очищаютъ кишки и другія внутренности и удаляютъ ими различныя жидкости. Это дѣлается до тѣхъ поръ, пока употребляемыя въ дѣло губки не будутъ оказываться чистыми и почти сухими.

Такъ-какъ при оваріотоміи приходится иногда употреблять въ дѣло очень много губокъ, то для предосторожности необходимо, чтобы онѣ до приступа къ операци были сосчитаны. Послѣ этого нужно строго наблюдать за тѣмъ, чтобы губки не были разрываемы на части. Все это необходимо для того, чтобы какая-нибудь изъ губокъ, по оплошности, не была оставлена въ полости брюшины. Въ Вѣнѣ нѣсколько лѣтъ тому назадъ былъ процессъ по поводу зашитой бѣдѣ-бы въ животѣ губки... Nil supra invidiam medici...

4) Моментъ четвертый: сшиваніе раны. Оно производится обыкновенно крѣпкою стартиновскою иглою такимъ образомъ, что она вкалывается на разстояніи двухъ или болѣе сантиметровъ отъ края раны и выводится на такомъ же разстояніи съ противоположной стороны. При этомъ прежде много спорили о томъ — должно ли захватывать въ шовъ брюшину, или нѣтъ.

Alban Smith первый настойчиво совѣтовалъ это и въ настоящее время совѣтъ этотъ исполняется почти всѣми оваріотомистами со Sp. Wells'омъ во главѣ. Противъ него высказались Ch. Clay, B. Brown, Koeberlé и Dunlap. Цѣлый рядъ опытовъ на животныхъ, предпринятыхъ по этому поводу Sp. Wells'омъ, доказали громадныя преимущества, представляемыя наложеніемъ швовъ чрезъ брюшину. Выгоды эти главнымъ образомъ состоятъ въ томъ, что тимпанитъ развивается въ меньшей степени, склейка краевъ брюшины происходитъ весьма скоро, и, кромѣ того, по выздоровленіи, не могутъ такъ легко происходить грыжи живота.

Швы накладываются глубокіе, т. е., чрезъ брюшину, и поверхностные — только чрезъ брюшные покровы, для того, чтобы еще лучше сближать эти послѣдніе. Мы отдаемъ всегда преимущество металлическимъ лигатурамъ, главнымъ образомъ потому, что онѣ крѣпче сближаютъ края раны и при поверхностныхъ швахъ не такъ скоро прорѣзываютъ края, какъ лигатуры шелковыя. Прежде зашивали не всю рану, а оставляли ее открытою у нижняго края для стока гноя и проч. Въ настоящее время всѣ согласны въ томъ, что гораздо выгоднѣе зашивать наглухо всю рану.

Зашивъ рану, снова хорошенъко обмываютъ животъ, половыя части и такъ далѣе тѣмъ же теплымъ карболовымъ растворомъ. Затѣмъ, на рану кладется надлежащей величины пучекъ правильной корпіи, смоченной въ растворѣ карболовой кислоты въ глицеринѣ, поверхъ него кладется сухой компрессъ (фланелевый) и все это укрѣпляется бинтомъ. Когда все кончено, оперированную укладываютъ въ предварительно хорошо согрѣтую постель.

Въ настоящее время, когда антисептика властвуетъ неограниченно въ хирургии, повязка послѣ оваріотоміи должна быть накладываема, придерживаясь строго ученія Листера. Съ этою цѣлью на всю рану накладывается протективъ, поверхъ котораго кладется нѣсколько слоевъ листеровской марли и все это укрѣпляется неподвижнымъ бинтомъ. Повязка эта не снимается въ теченіи 8—10 дней. Понятно, что отъ этого правила придется отступить, если будемъ имѣть дѣло съ какими-либо угрожающими явленіями.

Вообще говоря, благодаря антисептикѣ, мы въ настоящее время далеко не въ такой степени боимся тѣхъ осложнений (обширныхъ срощеній) при оваріотоміи, которыя до введенія листеризма заставляли хирурговъ отказываться отъ окончанія операціи. Нельзя не выразить удивленія тому обстоятельству, что оваріотомисты болѣе другихъ хирурговъ вообще сопротивлялись введенію антисептики. Такъ, напр. Sp. Wells только съ 884 своей оваріотоміи сталъ слѣдовать ученію Lister'a. Тоже самое должно сказать на счетъ Keith'a. Сколько мнѣ извѣстно, изъ выдающихся оваріотомистовъ одинъ Lawson Tait остается до сихъ поръ твердъ и совершенно игнорируетъ листеризмъ. Тѣмъ не менѣе, результаты его послѣдней сотни оваріотомій по истинѣ изумительны: на сто оваріотомированныхъ онъ потерялъ только трехъ (!).

Какъ бы то ни было, но громадное большинство гинекологовъ совершенно согласно въ томъ, что антисептика оказала самое благотвѣтельное вліяніе на исходы разсматриваемой нами операціи. Мы здѣсь не можемъ войти въ подробное разсмотрѣніе примѣненія антисептическаго способа, такъ-какъ онъ слишкомъ хорошо извѣстенъ всякому врачу. Не лишнимъ однако здѣсь упомянуть о томъ, что приверженцы листеризма расходятся по отношенію къ

одному вопросу, а именно—нуженъ ли здѣсь шпрей, или нѣтъ? Нѣкоторые совершенно отвергаютъ его пользу и указываютъ даже на вредъ отъ него (интоксикація). Изъ германскихъ оваріотомистовъ особенно сильно отстаиваетъ *spreu* проф. *Schroeder*. Мы сами при всѣхъ нашихъ лапаротоміяхъ всегда прибѣгали къ шпрею и никогда не замѣчали отъ него никакихъ неблагоприятныхъ послѣдствій.

О примѣненіи антисептики къ гинекологіи вообще и къ оваріотоміи въ частности см.: *Negar u. Kaltenbach, Die operat. Gynaecol., 2-te Aufl., Stuttgart. 1881, p. 180.* — *Thiriar. De l'ovariotomie, antiseptique, Bruxelles, 1882.*

Послѣдовательное леченіе послѣ оваріотоміи очень просто и имѣетъ симптоматическій характеръ. Въ первые часы послѣ операціи, оперированная больная частью представляетъ признаки коляпса, вслѣдствіе чего ей даютъ отъ времени до времени глотокъ горячаго вина, шампанскаго и т. д. и къ ногамъ прикладываютъ грѣлки. Когда по прошествіи нѣсколькихъ часовъ, пульсъ подымается и оперированная начинаетъ жаловаться на чувство жженія и боль въ ранѣ, то приступаютъ къ методическому употребленію холода, въ видѣ пузыря со льдомъ. Если бы боли отъ этого не унимались и больная безпокоилась, то назначаютъ препараты опія внутрь (*extr. opii aq. gr. s. — i, 2 — 3* раза въ день) или же впрыскиваютъ морфій подѣ кожу. Начиная съ перваго же дня послѣ операціи, должно поддерживать силы, назначая крѣпкій бульонъ, молоко и пр. Пузырь методически опоражняется катетеромъ. При первыхъ явленіяхъ развивающагося перитонита усиливаемъ еще употребленіе холода и опіатовъ, но никогда не прибѣгаемъ къ мѣстному кровопусканію (пьявкамъ). Противъ тошноты и рвоты даемъ какое-либо шипучее питье, ледяныя пилюли, *nitr. bismuti*, морфій и пр. Если, наоборотъ, наступаютъ явленія коляпса, то стимулируютъ всевозможными возбуждающими, какъ-то: *moschus*, вино, *fine champagne*, камфора и пр. При тимпанитѣ прибѣгаютъ къ промывательнымъ изъ *ol. tereb.* и *as. foet.* Кишкѣ, при обыкновенномъ ходѣ дѣла, мы очищаемъ помощью промывательнаго на 3—4 день послѣ операціи. Что же касается сниманія швовъ, то мы никогда не совѣтуемъ дѣлать это ранѣе 7—8 дня. Нѣкоторые изъ поверхностныхъ швовъ удаляютъ раньше только въ такомъ случаѣ, если они угрожаютъ прорѣзываніемъ краевъ.

Показанія къ оваріотоміи проистекаютъ сами собою изъ того, что сказано нами выше о леченіи кистъ яичниковъ вообще. Они легко сводятся къ одному общему знаменателю. Оваріотомія показана во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ одной или двусторонней кистой, гдѣ болѣзнь развивается безостановочно и общее состояніе больной начинаетъ разстраиваться. Изъ этого видно, что установка показанія къ оваріотоміи не представляетъ никакого затрудненія. Тѣмъ не менѣе однако, *in praxi* при этомъ обыкновенно выступаетъ вопросъ, отвѣчать на который не всегда легко. Когда должно приступать къ оваріотоміи? По отношенію къ этому вопросу, оваріотомисты

раздѣляются рѣзко на два лагеря. Одни утверждаютъ, что къ овариотоміи должно приступать немедленно, коль-скоро мы узнали, что дѣло идетъ о кистѣ, достигшей порядочной величины, для того, чтобы оперировать въ такое время, когда общее состояніе больной еще вполне удовлетворительно. Другіе, наоборотъ, увѣряютъ, что къ операціи, столь опасной, какъ овариотомія, должно приступать не раньше, какъ киста достигла значительныхъ ужъ размѣровъ, и когда общее состояніе порядочно ужъ пострадало, т. е., когда больная успѣла убѣдиться въ томъ, что она страдаетъ тяжелою болѣзнью, при которой ей ничего болѣе не остается, какъ подвергнуться операціи, какъ единственному шансу спасенія. Между этими двумя крайними мнѣніями, мнѣ кажется, не трудно найти средину. Оперировать очень рано невыгодно, потому что при небольшихъ кистахъ брюшина не претерпѣла еще тѣхъ измѣненій, которыя дѣлаютъ ее менѣе уязвимою при кистахъ большихъ размѣровъ. Это обстоятельство настолько важно, что его слѣдуетъ принимать въ серьезное соображеніе при опредѣленіи времени, когда должно приступить къ овариотоміи. Съ другой же стороны. ждать до тѣхъ поръ, пока больная успѣетъ убѣдиться въ тяжести своего страданія, — значитъ искать только возможности оправдать себя въ случаѣ неудачнаго исхода операціи. Такой образъ дѣйствія ни въ какомъ случаѣ нельзя назвать человѣчнымъ; во вторыхъ же, чрезмѣрное выжиданіе положительно уменьшаетъ шансы на успѣхъ, такъ-какъ приходится оперировать при неблагоприятныхъ условіяхъ со стороны общаго состоянія. На основаніи всего этого, мы придерживаемся того правила, что приступаемъ къ овариотоміи, коль-скоро киста достигла такихъ размѣровъ, что верхній край ея хватаетъ до пунка, причемъ не обращаемъ вовсе вниманія на то, какъ бы общее состояніе больной ни казалось еще благоприятнымъ. Съ другой же стороны, мы не придерживаемся и примѣра тѣхъ, которые утверждаютъ, что случаи для овариотоміи должно строго выбирать, т. е. оперировать только тамъ, гдѣ существуютъ всевозможные шансы на успѣхъ. Едва ли съ этимъ можно согласиться. Что же, спрашивается, дѣлать тѣмъ больнымъ, которыя не представляютъ извѣстной суммы шансовъ къ успѣшному исходу операціи? Отказывать имъ въ единственно возможномъ пособіи искусства лишь для того, чтобы обезпечить себѣ лучшіе проценты исходовъ, идетъ прямо въ разрѣзъ съ высокимъ призваніемъ врача.

Прежде, когда какъ діагностика кистъ, такъ и техника овариотоміи были еще въ младенческомъ состояніи, насчитывали очень много противупоказаній къ этой операціи. Въ настоящее время число ихъ сдузилось до послѣдней возможности. Единственнымъ раціональнымъ и вмѣстѣ съ тѣмъ серьезнымъ противупоказаніемъ должно считать заболѣванія грудныхъ органовъ (сердца и легкихъ) такого рода, что они сами по себѣ угрожаютъ жизни больной.

Прежде указывали на то, что воспаление и нагноение мѣшка кисты, сопровождающіяся высокими температурами, составляютъ противупоказаніе къ овариотоміи. Въ особенности же въ этомъ случаѣ указывали на перитонитъ вообще, какъ противупоказаніе къ овариотоміи. Въ настоящее время существуетъ ужь въ литературѣ цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ было оперируемо при упомянутыхъ патологическихъ состояніяхъ со стороны стѣнокъ кисты и брюшины и притомъ съ отличнымъ результатомъ. Сюда относятся случаи Veit'a*, Keith'a**, Freund'a***, (2 случая), Teal'я****, Holmes'a*****, и Schroedera†, Spens. Wells'a*† и Tray†*, оперировавшихъ при перитонитѣ; на 24 подобныхъ случая Sp. W. насчитываетъ 9 съ благопріятнымъ исходомъ. Въ высшей степени интересны тѣ случаи овариотоміи, которая предпринимается была съ цѣлью спасти больныхъ при обильныхъ кровотеченияхъ въ кисту, когда больнымъ угрожаетъ неминуемая смерть. Sp. Wells*††, правда, потерялъ своихъ двухъ больныхъ, но единственно потому, что онъ могъ приступить къ операциіи ужь въ такое время, когда больныя находились in extremis. За то Wilshir'y*†††, приступившему къ операциіи заблаговременно, удалось спасти больную, обреченную на вѣрную смерть.

Особенный клиническій интересъ представляетъ пагноеніе стѣнокъ кистомъ. Мы говоримъ это потому, что въ началѣ процессъ этотъ можетъ развиваться при столь не рѣзкихъ клиническихъ явленіяхъ, что распознаваніе того, съ чѣмъ собственно имѣемъ дѣло, можетъ представлять не мало затрудненій. Чаше всего мы будемъ имѣть дѣло съ такими случаями, гдѣ можно смѣшать рассматриваемое нами патологическое состояніе съ начинающимся брюшнымъ тифомъ и затянущимся нѣсколько частичнымъ перитонитомъ. Что касается перваго изъ названныхъ патологическихъ состояній, то внимательное наблюденіе больной въ теченіи нѣсколькихъ дней выведетъ изъ затрудненія. По отношенію же къ частичному перитониту, дифференціальное распознаваніе уже гораздо труднѣе. Для этого необходимо принять въ соображеніе нѣкоторыя данныя въ клиническомъ теченіи обоихъ процессовъ. Данныя эти въ нижецитируемой статьѣ нашей объ этомъ вопросѣ приведены въ слѣдующей синоптической таблицѣ.

Частичный перитонитъ.

1) Если дѣло идетъ объ острой формѣ, чистой, то лихорадочныя явленія имѣютъ болѣе постоянный характеръ, яли, по крайней мѣрѣ, послабленія очень незначительны. Вообще же T° достигаетъ очень значительной высоты.

Нагноеніе стѣнки кистомъ.

Съ самаго начала процесса лихорадочныя движенія сохраняютъ постоянно ослабляющій характеръ. При этомъ T° рѣдко достигаетъ очень значительной высоты, т.е. рѣдко заходитъ за 39°. Что же касается до колебаній, то они обыкновенно

* Описанъ Schroeder'омъ, Berl. kl. Wochenschr., 1867, № 40.

** Lancet, 1865, 8 July.

*** Berl. Beiträge. z. Geb. u. Gyn. Bd. II, Hft. 1, p. 50.

**** Brit. a for. med. chir. Review. 1874, Apr., p. 504.

***** Medico chir. Transact., w. IV,

† Handb. der Krankh. d. weibl. Geschlechtsorg. p. 79.

*† Op. cit., p. 279.

† Schroeder, op. cit. p. 379.

*†† Op. cit., p. 264.

*††† Patel, Transact. of the soc. of London, v. XIX p. 295.

При болѣе хроническомъ теченіи частичнаго перитонита выступаетъ не столько послабляющій, сколько перемежный характеръ лихорадочныхъ движеній.

2) Знобы составляютъ частое явленіе.

3) Пульсъ малый, очень ускоренный, причѣмъ часто удары находятся въ опредѣленномъ соотвѣтствіи съ температурой.

4) Боли достигаютъ высокой степени, смотря по распространенности процесса, и локализируются въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ поражена брюшина.

5) Напряженіе опухоли увеличивается по мѣрѣ распространенія процесса.

6) Теченіе непродолжительно, рѣдко болѣе 7—8 дней.

7) Тошнота при частичномъ перитонитѣ встрѣчается чаще, особенно если онъ достигаетъ сколько нибудь значительнаго распространенія.

8) Общее состояніе страдаетъ не особенно, ужъ вслѣдствіи того, что процессъ продолжается не долго.

Подробности относительно разсматриваемаго вопроса см. въ статьѣ моеи: Нагноеніе стѣнокъ кистомъ яичника съ клинической точки зрѣнія. Врачъ, 1881, № 40, 41 и 42. Не можемъ также не упомянуть о томъ, что одинъ изъ нашихъ прежнихъ учениковъ д-ръ Кузьминъ, въ Москвѣ, оперировалъ одинъ случай при нагноеніи стѣнокъ кисты съ полнымъ успѣхомъ.

Говоря о показаніяхъ и противуказаніяхъ къ овариотоміи, не можемъ не упомянуть вкратцѣ о томъ, что, при извѣстныхъ условіяхъ, беременность не можетъ служить препятствіемъ къ производству овариотоміи. Само собою разумѣется, что, при осложненіи беременности кистой, самый рациональный образъ дѣйствія будетъ состоять въ выжиданіи. Если бы были какія либо угрожающія явленія, какъ то: одышка и пр., то ограничиваются паллиативною терапіей, т. е. проколомъ и выпускаемъ содержимаго кисты. Но иногда явленія могутъ достигнуть такой угрожающей высоты, что поневолѣ должно прийти на мысль—спасти больную единственно возможнымъ образомъ, т. е. овариотоміей. Въ наукѣ до сихъ поръ существуетъ 25 случаевъ овариотоміи при беременности, изъ которыхъ въ 4-хъ операція была проведена по ошибкѣ, т. е. когда не подозревали беременности, въ остальныхъ же 21 случаѣ къ ней приступлено было, когда знали, что имѣютъ дѣло съ беременностью и именно съ цѣлью спасти больныхъ (при разрывѣ кисты, *ruptura uteri* и пр.). Изъ всѣхъ оперированныхъ беременныхъ умерли 3; въ остальныхъ случаяхъ беременность была прервана 9 разъ, одинъ разъ со смертельнымъ исходомъ, но зато всѣ остальные выздоровѣли. *

Не смотря на то, что какъ діагностика кисты, такъ и техника овариотоміи находятся въ настоящее время на значительной степени усовершенствованія, можетъ однако случиться, что, вскрывъ полость брюшины, оказывается, что операція не можетъ быть окончена. Причиной этого въ большинствѣ

венно болѣе или менѣе значительны (1½—2°).

Знобы наблюдаются очень рѣдко; кромѣ того, они гораздо менѣе сильны и продолжительны.

Пульсъ также малый, но гораздо менѣе ускоренный и несоотвѣтствующій температурѣ.

Боли несравненно слабѣе и причѣмъ сосредоточены съ наибольшей силой *in reg. epigastri*.

Напряженіе опухоли незначительно.

Нагноеніе, разъ обнаружившись, длится сравнительно довольно долго.

Тошнота выступаетъ менѣе рѣдко, по крайней мѣрѣ, она не такъ учащена. Кромѣ того, принадлежъ этотъ явленіе относительно поздно.

Силы больныхъ подрываются въ значительной степени уже и вскорѣ послѣ появленія первыхъ припадковъ.

* Olshausen, op. cit., p. 108. Данныя эти заимствованы нами у Negata и Kaltenbach'a, Oper. Gynaecol. p. 219.

случаевъ чаще всего бываетъ весьма обширныя и непреодолимыя сращенія кисты съ окружающими частями. Мы ужъ выше упомянули о томъ, что въ нѣкоторыхъ затруднительныхъ случаяхъ изъ затрудненія выведеть пробный разрѣзъ. Если же бы надежда на возможность экстирпации кисты оказалась тщетною въ то время, когда киста обнажена уже на значительномъ протяженіи, то ничего болѣе не остается, какъ прибѣгнуть къ вырѣзыванію только части ея, т. е. къ частичной оваріотоміи (*ovariotomia partialis*). Эта модификація обыкновенной оваріотоміи состоитъ въ томъ, что изъ кисты удаляется столько, сколько оказывается возможнымъ, причѣмъ остатки ея оставляють. Остающаяся часть кисты подвергается нагноенію и затѣмъ спадается на столько, что возможенъ исходъ въ выздоровленіе.

Предсказаніе. Всякому, знакомому съ литературой нашей специальности, очень хорошо памятно то, относительно, недавнее еще время, когда оваріотомія давала столь плачевные результаты, что считали себя вправѣ поставить вопросъ: можно ли вообще допустить оваріотомію какъ врачѣбную операцію? Были и такіе, которые громили анаемой тѣхъ, которые, будучи убѣждены, напротивъ, въ спасительности этой операціи, дѣлали первые робкіе шаги на этомъ поприщѣ. Если когда либо крайнія мнѣнія оказывали вредное вліяніе на поступательное движеніе науки, то это было именно здѣсь, т. е. по отношенію къ оваріотоміи. Сколько душевнаго горя приходилось переносить тѣмъ, которые, не смущаясь никакими мнимо-научными и квази-человѣчными доводами, смѣло шли къ начертанной себѣ великой цѣли. Многіе, мы увѣрены, сдѣлавъ одну или двѣ неудачныхъ попытки, отказывались отъ дальнѣйшаго производства оваріотоміи только потому, что они не хотѣли вступать въ борьбу съ клеветой и недостойными инсинуаціями Я полагаю, что именно по этой причинѣ эта спасительная операція, къ сожалѣнію, у насъ въ Россіи не достигла еще той степени развитія, какъ бы это было желательно. Станемъ надѣяться, что въ скоромъ будущемъ мы не будемъ имѣть причины завидовать нашимъ товарищамъ на западѣ и въ этомъ отношеніи. Въ настоящее время мы пережили уже ту печальную эпоху въ исторіи оваріотоміи, когда приходилось защищать законность ея. Теперь никто болѣе въ ней не сомнѣвается. Въ самомъ дѣлѣ, если сравнить результаты любой большой операціи, то они далеко отстоятъ отъ исходовъ, получаемыхъ теперь при оваріотоміи. Изъ сопоставленія данныхъ приводимыхъ на этотъ счетъ Gallez'омъ, видно, что средняя смертность отъ различныхъ хирургическихъ операцій = 46,98%. Исходы же послѣ оваріотоміи, раздѣливъ ихъ на двѣ эпохи, а именно—раннюю и ту, которая обнимаетъ послѣдніе годы, выражаются слѣдующимъ образомъ: первая ка-

тегорія даетъ смертность въ 41,82%, вторая же категорія—въ 32,64%.

Замѣтимъ при этомъ, что послѣдній выводъ основанъ на 1152 случ.

Что результаты послѣ оваріотоміи становятся все лучше и лучше въ рукахъ отдѣльныхъ оваріотомистовъ, доказывается лучше всего слѣдующими данными.

Spencer Wells на 4-ю сотню своихъ оваріотомій насчитываетъ среднимъ числомъ смертность только въ 12%.

Bird	18,74%
Réan	18,18%
Keith	15,65%

Какъ ни благоприятны приведенные здѣсь результаты, получаемые при оваріотоміи, тѣмъ не менѣе всѣ стремленія оваріотомистовъ постоянно направлены къ тому, чтобы еще болѣе ограничить смертность послѣ этой операціи. Вслѣдствіе этого, изслѣдованіе причинъ, подающихъ поводъ къ смертельному исходу послѣ оваріотоміи, составляетъ вопросъ дня. Прежде полагали, что наиболѣе частую причину смертельнаго исхода послѣ оваріотоміи составляетъ перитонитъ. Обширныя статистическія изслѣдованія доказываютъ однако какъ разъ противное. На основаніи ихъ, должно прийти къ заключенію, что шокъ съ различными его видоизмѣненіями служитъ наиболѣе частою причиною смертельнаго исхода послѣ оваріотоміи. Принимая въ соображеніе приводимыя на этотъ счетъ данныя Koeberle и Negroni, мы увидимъ, что на долю шока приходится 16,8% смертности. Если теперь общую смертность отъ оваріотоміи принять въ 41, %, то смертность отъ остальныхъ причинъ = 24,2%. Приведенные нами результаты послѣ оваріотоміи въ настоящее время далеко уже не удотворяютъ большинство оваріотомистовъ. На основаніи результатовъ, полученныхъ въ самое послѣднее время Sp. Wells'омъ, Thorp'омъ Réan'омъ, Schroeder'омъ и въ особенности L. Tait'омъ, нельзя не согласиться съ Schroeder'омъ, что недалеко ужъ то время, когда смертность послѣ оваріотоміи ни въ какомъ случаѣ, среднимъ числомъ, не будетъ превышать 10%.

Что такое была оваріотомія по отношенію къ исходамъ въ относительно еще недавнее время, видно изъ слѣдующихъ статистическихъ данныхъ. Въ 1849 году Kiwisch насчитывалъ 122 оваріотоміи, произведенныя различными врачами въ различныхъ странахъ. Изъ нихъ окончены были 86, 22 не могли быть доведены до конца, 14 разъ діагностика оказалась ошибочною; изъ оперированныхъ выжило 58, умерли 47, 17 остались неизлеченными. Изъ 292 оваріотомій, собранныхъ въ 1856 Fock'омъ, 92 не могли быть окончены вслѣдствіе обширности сращеній. Или же діагностика оказалась ошибочною, выздоровѣло только

120 Статистика, собранная Dutoit, идетъ до 1863 года и обнимаетъ 742 оваріотоміи; изъ нихъ окончено было 585; на это число приходится 330 успѣшныхъ и 255 смертельныхъ исходовъ.

Въ послѣднее время М. Sims выступилъ съ учениемъ о томъ, что самую частую причину смертельнаго исхода послѣ оваріотоміи составляетъ гнилостное зараженіе (септихемиа). Такъ какъ М. Sims, по какой то странной случайности, произвелъ до сихъ поръ очень мало оваріотомій, то для доказательства своего теза онъ воспользовался главнымъ образомъ протоколами вскрытій послѣ случаевъ, оперированныхъ Sp. Wells'омъ. Я долженъ однако замѣтить, что доводы, при видимые Sims'омъ, основаны на ложномъ толкованіи какъ клиническихъ, такъ и посмертныхъ явленій и вообще очень мало убѣдительны. Если и трудно спорить о томъ, что sepsis будетъ составлять наиболѣе частую причину смертельныхъ исходовъ послѣ оваріотоміи, то еще довольно значительный % придется на другія причины, въ особенности же на шокъ и послѣдствительныя кровотеченія.

Въ виду этого обстоятельства, т. е. столь частаго смертельнаго исхода вслѣдствіе септихемиа, М. Sims совѣтуетъ съ профилактическою цѣлью прибѣгать при оваріотоміи къ дренажированію брюшной полости, а также полости таза. Съ этою цѣлью, по удаленіи кисты, прокалывается кривымъ троакаромъ задній сводъ рукава и чрезъ него проводится обыкновенная дренажная трубка. При этомъ дана возможность стоку наружу жидкостей изъ полости брюшины и притомъ такихъ жидкостей, которыя легко могутъ разлитися и подавать поводъ къ гнилостному зараженію. Кромѣ того, чрезъ дренажную трубку можно прополаскивать брюшную полость различными дезинфицирующими веществами. Вскорѣ послѣ выхода въ свѣтъ брошюры М. Sims'a, трактующей объ этомъ вопросѣ, явилось много жаркихъ защитниковъ дренажа, примѣннаго къ оваріотоміи. Въ Германіи особенно защищалъ этотъ способъ Nussbaum. Въ статьѣ, посвященной недавно этому вопросу Kaltenbach'омъ, этотъ послѣдній указываетъ на то, что дренажъ въ обыкновенныхъ случаяхъ оваріотоміи совершенно излишенъ и, кромѣ того, вреденъ, какъ лишній травматизмъ. Если бы послѣ оваріотоміи констатировали жидкій экссудатъ въ дугласовой складкѣ, то онъ можетъ быть выпущенъ помощью прокола, какъ это дѣлали нѣкоторые американскіе и англійскіе гинекологи.

Если при обыкновенныхъ оваріотоміяхъ можно еще спорить о цѣлесообразности дренажа, то за то въ случаяхъ т. н. частичной оваріотоміи онъ совершенно умѣстенъ и можетъ принести несомнѣнную пользу. По вопросу о дренажахъ при оваріотоміи см.: М. Sim s, Ueber Ovariotomie, Нѣмен. пер. Beigel'я, Erlangen, 1873. — Schroeder, Sitzungsber. der phisic.-medic. Societät zu Erlangen. 1875, 10 Mai. — Kaltenbach, Zeitschr. f. Geburtsk. u. Frauenkrankh., 1876, p. 563. — Bardenhauer, Zur Frage der Drainage der Bauchöhle. Stuttgart, 1879.

Въ заключеніе намъ остается еще вкратцѣ упомянуть о томъ, какое вліяніе оказываетъ успѣшная оваріотомія на послѣдовательную функциональную дѣятельность половой сферы оперированныхъ. Если дѣло ограничилось удаленіемъ одного яичника, то мѣсячныя приходятъ какъ ни въ чемъ не бывало, сохраняя совершенно свой прежній нормальный типъ. Тоже самое должно сказать и насчетъ дѣторожденія, такъ какъ въ литературѣ существуетъ теперь ужъ очень большое число наблюденій, въ которыхъ оваріотомированныя женщины рожали и притомъ нерѣдко даже двойни. Что же касается двойной оваріотоміи, то, само собою понятно, что послѣ нея какъ менструація, такъ и способность къ зачатію должны совершенно прекра-

тятся. Если въ послѣднее время указывали на то, что нѣкоторыя женщины, выздоровѣвшія послѣ двойной оваріотоміи, менструировали, то, безъ сомнѣнія, всѣ подобнаго рода наблюденія основаны на ложномъ толкованіи фактовъ, которое легко можетъ ввести въ заблужденіе. Во первыхъ, нужно еще доказать, что въ подобныхъ случаяхъ дѣйствительно цѣликомъ были удалены оба яичника. Во вторыхъ, почему не допустить, что тотъ или другой патологическій процессъ на внутренней поверхности матки (влекущій за собою гиперемію ея) давалъ кровотеченія, которыя могли быть приняты за мѣсячныя?

До сихъ поръ мы рассмотрѣли оваріотомію въ томъ видѣ, какъ она предпринимается съ цѣлью удаленія новообразованій яичника, т. е. опухолей его, достигающихъ болѣе или менѣе значительныхъ размѣровъ. Въ послѣдніе годы стали раздаваться голоса въ нашей наукѣ въ пользу того, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ заболѣваніемъ одного или обоихъ яичниковъ воспалительнаго свойства (oophoritis), вызывающимъ очень тяжелую картину рефлекторныхъ припадковъ, можно рѣшиться на удаленіе яичниковъ. Это то, что нѣкоторые, по примѣру Battey'a называютъ нормальною оваріотоміей. Должно признаться, что названіе это весьма сбивчиво и собственно ничего не означаетъ. По этому, оваріотомію, производимую съ вышеозначенною цѣлью, гораздо лучше называть операцией Battey'a, какъ это предложилъ Sims въ честь американскаго врача Battey'a, который первый произвелъ эту операцию. Впрочемъ, мы должны замѣтить, что почти въ одно время съ Battey'емъ, или даже нѣсколько раньше его (27 Іюля 1872 г.) операциа эта была произведена проф. Негар'омъ, въ Фрейбургѣ. Что касается техники вырѣзыванія (экстирпаци) яичниковъ, только воспаленныхъ, не образующихъ слѣд. опухолей въ тѣсномъ смыслѣ этого слова, то она производится на тѣхъ же началахъ, какъ и обыкновенная оваріотомія. Вырѣзываніе въ этомъ случаѣ яичниковъ черезъ сводъ рукава, какъ это въ началѣ практиковалось Battey'емъ, Trenholm'омъ, Sims'омъ и др., — въ настоящее время совершенно оставлено, какъ способъ гораздо болѣе опасный и, кромѣ того, болѣе сложный, чѣмъ обыкновенная оваріотомія.

До сихъ поръ произведено около 30 разъ вырѣзываніе яичника при эпилепсіи, различныхъ другихъ рефлекторныхъ судорогахъ, чаще всего при дисменорей, сопровождающейся очень сильными припадками въ различныхъ отдѣлахъ нервной системы. Въ одномъ случаѣ Негаръ приступилъ къ вырѣзыванію яичниковъ вслѣдствіе мучительнаго рефлекторнаго кашля, не дававшего покоя больной.

Что можно сказать относительно цѣлесообразности оваріотоміи въ подобныхъ случаяхъ? Будучи научены опытомъ, мы ужъ знаемъ, что не слѣдуетъ торопиться и не высказывать слишкомъ поспѣшное заключеніе о такомъ важномъ вопросѣ. Въ этомъ случаѣ нужно выждать, пока болѣе значительное число наблюденій не выяснитъ дѣло. Пока же не можемъ не указать на то, что въ высшей степени трудно и щекотливо рѣшиться на экс-

тирпацію яичниковъ въ случаяхъ, когда мы имѣемъ дѣло съ рефлекторной картиной, такъ-какъ не всегда возможно гарантировать за то, что рефлекторные припадки дѣйствительно и главнымъ образомъ зависятъ отъ того или другаго патологическаго измѣненія ткани яичниковъ. Пока діагностика не будетъ основана на болѣе точныхъ данныхъ, до тѣхъ поръ показанія къ такъ называемой нормальной оваріотоміи будутъ до извѣстной степени шатки. Заключение это вытекаетъ само собою изъ внимательнаго разбора случаевъ Battey'я: 2 изъ его оперированныхъ умерли; изъ остальныхъ 10 выздоровленіе наступило у 4; въ шести (!!) же случаяхъ операція осталась совершенно безъ всякаго эффекта на страданіе, которое послужило показаніемъ къ ней.

Если еще можно поспорить о цѣлесообразности экстирпаціи яичниковъ при нервныхъ страданіяхъ рефлекторнаго свойства, за то, съ другой стороны, она имѣетъ несомнѣнную будущность въ томъ видѣ, какъ предложилъ эту операцію Негаръ вслѣдъ за Tropholm'омъ. Отправляясь съ той точки зрѣнія, что въ случаяхъ кровотеченія изъ матки, обусловливаемаго фиброміомами, можно бы достигнуть благопріятнаго результата, если устранить постоянный импульсъ къ гипереміямъ, прористекающій изъ яичниковъ,—Негаръ и предлагаетъ при подобныхъ условіяхъ прибѣгать къ вырѣзыванію яичниковъ. Само собою разумѣется, что онъ совѣтуетъ прибѣгать къ подобному героическому средству, какъ къ ultima ratio, тамъ, гдѣ обыкновенныя средства не приносятъ желаемаго результата. Операція Негар'а имѣетъ въ виду вызвать climactericum раньше нормальнаго срока для того, чтобы также раньше срока наступило обратное (старческое) развитіе въ половой сферѣ. Что взгляды Негар'а на этотъ вопросъ основаны на совершенно рациональныхъ фізіологическихъ началахъ,—доказывается лучше всего успѣшнымъ исходомъ принятой имъ экстирпаціи яичниковъ въ нѣсколькихъ случаяхъ, въ которыхъ дѣло шло о фиброміомахъ матки, дававшихъ такое кровотеченіе, что оно совершенно подорвало общее состояніе больныхъ. По поводу вырѣзыванія яичниковъ при фиброміомахъ матки, Schroeder* высказывается въ томъ смыслѣ, что здѣсь дѣйствуетъ благопріятно не столько кастрація, какъ перевязка большихъ сосудовъ, питающихъ новообразованія. Впрочемъ, нужно имѣть въ виду, что кастрація дѣйствуетъ благопріятно при фиброміомахъ средней величины; при очень же большихъ міомахъ она часто оставалась безрезультатною.

Что касается исходовъ послѣ кастраціи, то Негаръ на произведенныя имъ 50 операцій насчитываетъ 14%, а на 28, сдѣланныхъ другимъ операторомъ, 17% смертности.

* См. ero Krankh. der weiblichen Geschlechtsorgane, 5-te Aufl., p. 251.—Hofmeyer Zeitschr. f. Geburtsk. und Frauenkr., Bd. V. p. 106.

Объ операции Battey'я, см.: R. Battey, Extirpation of the functionally active ovaries for the relief of epileptic seizures ascribed to ovarian irritation. *Transact. of the amer. Gynaecolog. Soc.*, 1877, v I. p. 340. — Hegar, Zur Extirpation des normalen Eierstocks. *Centralblatt f. Gynaecologie* 1877 — 1878. — M. Sims, Battey's Operation. *British medic. Journ.*, 1877. Olshausen, *Op. cit.*, p. 398—Коеберле, *Op. cit.* p. 600.—Очень обширную и всевозможную подробности относительно кастрации см. въ превосходной монографіи Hegar'a: Die Castration der Frauen vom physiologischen und chirurgischen Standpunkte aus. Leipzig 1878.

2) ДЕРМОИДНЫЯ КИСТЫ ЯИЧНИКА.

Библиогр.: Kohlrausch, Ueber den Bau der haar- und zahnhaltigen Cysten des Eierstocks. *Müller's Arch.*, 1843, Hft. 4, p. 155. — Steinlin, Ueber Fettcysten in den Ovarien. *Zeitschr. f. ration. Medic.*, 1850, IX, p. 155.—Lebert, Mémoires lus à la société de biologie pend. 1852. Paris. 1853. T. IV, p. 203.—Wagner, *Arch. f. physiolog. Heilk.*, 1857.—Его же, Beobachtungen und klinische Bemerkungen ueber Dermoidcysten. *Prag. Vierteljahrshchr.* 1860, Bd. 60, p. 25. — Rokitansky, *Allgem. Wiener medic. Zeitung*, 1860, № 2—4. — Mayweg, *Entwicklungsgesch. der Cysten des Ovarium*, Bonn, 1860. — Pommier, Quelques considerations sur les kystes dermoides de l'ovaire, *Strasb.* 1864.—His, *Arch. f. microscop. Anatomie*, Bd. I, p. 160.—Waldeyer, *Eierstock u. Ei*, 1870.—Онъ же *Arch. f. Gynaecologie*, Bd. I, p. 304.—Pauly, *Berl. Beitr. zur Geburtsk. u. Gynaecolog.* Bd. IV, p. 3.—Fleischlen, *Zeitschr. f. Geburst. u. Gynaecol.*, Bd. VI, p. 127.

Подъ именемъ дермоидныхъ кистъ яичника понимаютъ такія новообразованія этого органа, которыя представляютъ въ строеніи своемъ составныя части, присущія только общимъ покровамъ, т. е. кожѣ. Въ отношеніи анатомическомъ дермоидныя кисты отличаются тѣмъ, что онѣ всегда однополостныя и никогда не имѣютъ пролиферирующаго характера, какъ мы это видѣли при кистомахъ. Обыкновенно дермоидныя кисты рѣдко достигаютъ очень значительной величины; большими изъ нихъ считаютъ ужъ такія, кототорыя по размѣрамъ своимъ равняются головѣ взрослого человѣка. Можно также считать за правило, что дермоиды поражаютъ всегда только одинъ яичникъ и только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ оба яичника. Двойныя дермоидныя кисты описаны Pesch'омъ *, Alpuie **, Réan'омъ ***, Skjöldberg'омъ † и Olshausen'омъ ††.

Стѣнки дермоидныхъ кистъ обыкновенно очень толсты и только въ рѣдкихъ случаяхъ тонки. Внутренняя поверхность ихъ бываетъ различна: то она совершенно гладка, то, наоборотъ, представляетъ цѣлый рядъ выдающихся мѣсть (возвышенницъ), представляющихъ совершенную аналогію съ обыкновенной кожей. Вся внутренняя поверхность дермоидныхъ кистъ представляетъ нѣсколько слоевъ эпидермоидальныхъ клѣтокъ, изъ которыхъ верхнія обыкновенно не имѣютъ ядра, между тѣмъ

* *Monatsh. f. Geburtsk.*, 1857, Bd. IX, p. 93.

** *Gaz. des hôp.*, 1857, № 58.

*** *Union medic.*, 1863, № 125—145.

† *Hygiea*, 1867, Nov.

†† *Berl. klin. Wochenschr.*, 1876, № 11.

какъ клѣтки ниже лежащихъ слоевъ снабжены ядромъ и на видѣ кругловаты. Упомянутыя возвышенница внутренней поверхности усѣяны волосами, по строенію своему ничѣмъ не отличающимися отъ обыкновенныхъ волосъ на другихъ частяхъ тѣла, т. е. они имѣютъ волосяныя мѣшечки, которые, въ свою очередь, снабжены салными железами. Гораздо въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ салныя железы, констатируются потовыя железы (Kohlrausch, Wagner, Heschl и др.).



Фиг. 67.

Дермоид. киста по Cruwellhier'у, содержащая волосы, жиръ и салныя железы.

Содержимое дермоидныхъ кистъ составляетъ мягкая, желтоватая масса, по консистенціи своей сильно напоминающая первородную смазку (*vernix caseosa*) и состоящая изъ жира и эпидермоидальныхъ клѣтокъ. Въ этой то массѣ находятъ волосы, которые обыкновенно рыжаго или красноватаго цвѣта. Это обстоятельство въ высшей степени странно, такъ-какъ упомянутый цвѣтъ волосъ констатируется безъ исключенія у всѣхъ субъектовъ, одержимыхъ дермоидными кистами, какой бы цвѣтъ волосъ они не имѣли на другихъ частяхъ тѣла, даже у негритянокъ. Волосы эти обыкновенно довольно толсты и могутъ быть очень различной длины. Кромѣ этого, констатируютъ еще кости и зубы. Кости обыкновенно находятъ въ видѣ большихъ или меньшихъ пластинокъ, крѣпко сидящихъ въ соединительно-тканномъ слоѣ стѣнокъ. Heschl описалъ случаи, въ которыхъ

отдѣльныя кости были соединены между собою суставными поверхностями. Что касается до зубовъ, находимыхъ въ дермоидныхъ кистахъ, то они сидятъ также въ соединительно-тканномъ слоѣ. На 129 случаевъ дермоидныхъ кистъ Lebert нашель зубы 63 раза; по даннымъ же, приводимымъ Pauly, зубы въ дермоидныхъ кистахъ встрѣчаются гораздо рѣже, именно на 245 случаевъ 46 разъ. Что касается количества, въ которомъ встрѣчаются зубы, то оно весьма различно; обыкновенно оно не велико. Иногда, впрочемъ, число зубовъ бываетъ очень значительно; такъ, Autenrieth * въ одномъ случаѣ насчиталъ ихъ до 300. Schnabel ** въ одной дермоидной кистѣ нашель болѣе 100 зубовъ. Особенный интересъ представляетъ находимое въ содержимомъ дермоидныхъ кистъ нервное вещество (Steinlin, Gray, Rokitansky, Klebs). Virchow даже описываетъ случай, въ которомъ нервная масса по расположенію своему напоминала мозжечекъ.

Дермоидныя кисты въ рѣдкихъ случаяхъ осложняются другою рода новообразованиями, такъ что получаютъ сложный характеръ. Особенный клиническій интересъ представляютъ тѣ случаи, въ которыхъ дермоиды осложняются коллоиднымъ перерожденіемъ. Подобные случаи описаны Lebert'омъ, Sp. Wells'омъ, Эйхвальдомъ и др. Что касается осложненія дермоидныхъ кистъ карциномомъ, то до сихъ поръ извѣстно въ литературѣ всего два такихъ случая, описанные Heschl'емъ и Rommier.

Вопросъ относительно того—откуда берутся дермоидныя кисты—давно занималъ патологовъ. Странность элементовъ, входящихъ въ составъ дермоидныхъ кистъ, подавала поводъ къ самымъ страннымъ теоріямъ на счетъ ихъ способа развитія. Такъ, полагали, что вслѣдствіе какого-то стремленія природы къ созиданію (nisus formativus), дермоидныя кисты составляютъ ничто иное, какъ продуктъ зачатія безъ обыкновеннаго оплодотворенія (lucina sine concubitu parthogenesis). Въ настоящее время большинство патологовъ придерживается объясненія происхожденія дермоидныхъ кистъ, которое дано His'омъ. По его мнѣнію, первоначальнымъ основаніемъ для образованія половой сферы служить осевой цилиндръ, носящій его имя (His's Achsenstrang), въ образованіи котораго участвуетъ и верхній зародышевой слой, который главнымъ образомъ выходитъ изъ роговой пластинки. На основаніи этой теоріи, становится понятнымъ, какимъ образомъ изъ нѣкоторыхъ частей верхняго слоя, не пошедшихъ на образованіе яичника, развивается ткань, по строенію своему похожая на общіе покровы; изъ частей же средняго слоя развиваются жировая ткань, кости, зубы и пр. Изъ этого также понятно, что дермоидныя кисты составляютъ всегда патологическій процессъ, сопряженный по преимуществу.

* Reil u. Antenrieth, Arch. f. Physiol., 1807, Bd. VII, p. 225.

** Würtemb. Corresp.—Bl., 1844, 10.

Вслѣдствіе-то этого, ихъ такъ часто находятъ у очень молодыхъ субъектовъ и даже у новорожденныхъ. По Pigne'y * на 18 случаевъ дермоидныхъ кистъ 3 раза онѣ констатированы были у недоношенныхъ новорожденныхъ, 4 раза у зрѣлыхъ плодовъ, 6 разъ у дѣтей моложе 2 лѣтъ и 5 разъ у дѣтей, имѣвшихъ меньше 12 лѣтъ отъ роду. Если тѣмъ не менѣе дермоидныя кисты встрѣчаются по преимуществу у субъектовъ послѣ наступленія половой зрѣлости, то это объясняется просто тѣмъ, что развитие ихъ идетъ весьма тихо.

Клиническія явленія, вызываемыя дермоидными кистами, обнаруживаются весьма медленно, такъ-какъ развитие этихъ новообразованій, какъ ужъ сказано, совершается въ теченіи многихъ лѣтъ. Они десятками лѣтъ могутъ оставаться въ полости таза и слѣд. вызвать только явленія, обусловливаемыя прижатіемъ тазовыхъ органовъ. При этихъ условіяхъ довольно часто замѣчается переходъ въ нагноеніе и вскрытіе кисты въ сосѣдніе органы, какъ то: пузырь, прямую кишку и рукавъ. Если же дермоидныя кисты увеличиваются въ объемѣ и выходятъ изъ полости таза, то онѣ даютъ тѣ же клиническія явленія, какъ кистомы.

Вслѣдствіе-то этого, прямое распознаваніе ихъ всегда очень затруднительно и можетъ быть рѣшено только пробнымъ проколомъ.

Что касается предсказанія при дермоидныхъ кистахъ, то оно, вообще говоря, гораздо благопріятнѣе, чѣмъ при обыкновенныхъ кистамахъ, такъ-какъ первыя растутъ весьма медленно и поэтому не причиняютъ никакихъ особенныхъ страданій. Опасность можетъ возникнуть лишь тогда, когда дѣло доходить до нагноенія и обширнаго перитонита. Впрочемъ, вскрытіе дермоидовъ происходитъ большею частью такимъ образомъ, что исходъ для больныхъ бываетъ благопріятный.

Имѣя дѣло съ новообразованіемъ, растущимъ столь тихо, какъ дермоидныя кисты, понятно само собою, что и показанія къ экстирпаціи ихъ будутъ не столь настоятельны, какъ при кистамахъ обыкновенныхъ. Здѣсь весьма часто можно будетъ ограничиваться проколомъ. Peaslee очень настойчиво совѣтуетъ прибѣгать къ проколу и дренажу черезъ рукавъ. Если бы явилось показаніе къ экстирпаціи кисты, то приступаютъ къ ней точно такимъ же образомъ, какъ при обыкновенной оваріотоміи. Прежде утверждали, что предсказаніе при экстирпаціи дермоидныхъ кистъ гораздо болѣе неблагопріятно, чѣмъ при обыкновенной оваріотоміи. Мнѣніе это однако опровергается данными, приводимыми на этотъ счетъ Sp. Wells'омъ. На 800 оваріотомій онъ встрѣтилъ дермоидныя кисты 20 разъ. Изъ этихъ 20 случаевъ онъ потерялъ только 2-хъ больныхъ; слѣд., смертность не превышаетъ 10%.

* Bullet. de la soc. anat., 1846, t. XXI, p. 200.

3) ПЛОТНЫЯ НОВООБРАЗОВАНІЯ ЯИЧНИКА.

Этого рода новообразованія распадаются на двѣ большія группы—новообразованія эпителиальныя и десмоидныя. Къ первой изъ нихъ относятся всевозможныя формы карцинома, а ко второй—фибромы, саркомы, папилломы и энхондромы.

Для того, чтобы не повторяться, мы изложимъ здѣсь въ общихъ чертахъ особенности, характеризующія плотныя новообразованія яичниковъ, причемъ будемъ главнымъ образомъ придерживаться превосходной статьи Leopold'a*, совершенно исчерпывающей предметъ, и монографіи Olshausen'a**.

Если сравнить плотныя опухоли яичника съ кистами этого органа, то мы должны прийти къ заключенію, что первыя встрѣчаются въ высшей степени рѣдко. Leopold, на основаніи данныхъ, заимствованныхъ имъ у Sp. Wells'a, нашелъ, что плотныя новообразованія на общее число новообразованій яичника составляютъ едва $1\frac{1}{2}\%$. Одна изъ самыхъ выдающихся особенностей плотныхъ новообразованій яичника состоитъ въ томъ, что они большею частью поражаютъ одновременно оба яичника. Только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ разсматриваемыя нами образованія достигаютъ значительной величины; очень большія плотныя опухоли яичниковъ принадлежатъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. Что касается формы ихъ, то она гораздо болѣе правильная, чѣмъ это замѣчается при кистомахъ. Положеніе ихъ, какъ и при кистомахъ, можетъ быть весьма различно. Вообще же должно замѣтить, что благодаря ихъ плотности, онѣ не такъ скоро и труднѣ выходятъ изъ полости таза въ полость брюшную и оттого-то при нихъ чаще замѣчаются явленія ущемленія въ полости таза.

Чрезвычайно интересную анатомическую особенность плотныя опухоли яичника представляютъ по отношенію къ ножкѣ своей. Эта послѣдняя почти исключительно образуется только тою частью широкой связки, которая носитъ названіе alae vesperilionis, между тѣмъ какъ фаллопиевы трубы и собственныя связки яичниковъ (ligg. ov.) остаются нетронутыми. Въ рѣдкихъ случаяхъ опухоли эти не имѣютъ вовсе ножки и лежатъ внѣдренными между пластинками широкихъ связокъ.

Въ клиническомъ отношеніи мы должны упомянуть объ одномъ явленіи, присущемъ разсматриваемымъ новообразованіямъ, въ особенности же карциному, и состоящему въ томъ, что при нихъ весьма рано появляется асцитъ и водянка общихъ покрововъ, особенно на нижнихъ конечностяхъ.

* Die soliden Eierstockgeschwülste. Arch. f. Gynaecol., B. VI, p. 189.

** Op. cit., p. 411.

1) Карциномъ яичника.

Библиогр. Förster Verhandlungen der Würzb. phis. — med. Gesel., B. X, p. 44. — Mosler, Monatschr. f. Geburtsk., Bd. XVI: p. 141. — Waldeyer, Arch. f. Gynaekol., Bd. I, p. 307. — Wernich, Beiträge der Baz. Gesel. f. Geburtsh., 1872, Bd. 1 p. 87. — Kuster, Beiträge der Geselsch. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Sitzungsab. 1865, p. 1. — Sp. Wells. On ovary and uterine tumours. London, 1882, p. 49.

Карциномъ составляетъ одну изъ самыхъ частыхъ плотныхъ опухолей яичника и встрѣчается въ немъ во всевозможныхъ формахъ. По отношенію къ распространенію своему, мы различаемъ два главныхъ вида. Въ одномъ изъ нихъ онъ представляетъ инфильтрацію стромы яичника, причемъ яичникъ, увеличиваясь въ объемѣ, сохраняетъ приблизительно свою первоначальную форму. При другомъ, болѣе рѣдкомъ видѣ, онъ образуетъ большей или меньшей величины раковые узлы, вслѣдствіе чего выходитъ опухоль болѣе или менѣе бугристая. Изъ всѣхъ видовъ карцинома въ яичникахъ до сихъ поръ чаще встрѣчали медулярную форму. Нерѣдко карциномъ присоединяется къ кистоматознымъ новообразованіямъ яичника, такъ что въ результатѣ получаются сложные новообразованія—*kystoma carcinomatousum*. Особенный патологическій интересъ имѣетъ такъ называемый коллоидный ракъ яичника, истинная сущность котораго до сихъ поръ составляетъ еще спорный вопросъ. Въ то время, какъ Cruveilhier и Rokitansky относятъ эту форму прямо къ разряду раковыхъ новообразованій, Waldeyer считаетъ ее только переходною формою между кистомами и новообразованіями раковыми въ тѣсномъ смыслѣ. Что касается папиллярнаго карцинома (Sp. Wells и Klebs), то онъ представляетъ въ сущности обыкновенную пролиферирующую кистому, только съ тою особенностью, что папиллярныя разраженія ея при ближайшемъ изслѣдованіи оказываются состоящими изъ раковыхъ элементовъ.

Въ этиологическомъ отношеніи мы не можемъ не указать на ту особенность рака яичника, что онъ встрѣчается не только у субъектовъ, приближающихся къ климактеріку, но гораздо чаще у молодыхъ женщинъ, а именно въ такомъ возрастѣ, когда ракъ въ другихъ органахъ встрѣчается, относительно, рѣдко. До какой степени часто ракъ поражаетъ оба яичника—видно изъ данныхъ Olshausen'a, по которымъ изъ 51 случая рака яичника имѣли дѣло съ пораженіемъ обоихъ яичниковъ 26 разъ.

Клиническія явленія, обусловливаемыя карциномомъ яичника, развиваются въ началѣ обыкновенно весьма тихо и незамѣтно для больной. Но съ того времени, какъ новообразование въ одномъ изъ обоихъ яичниковъ достигло сколько нибудь порядочной величины, мало по малу начинаютъ обнаруживаться весьма серьезные припадки. Больная начинаетъ жаловаться на боль въ тазовой сторонѣ, нерѣдко являющуюся приступами

и притомъ иногда въ такой степени, что больная не можетъ удерживаться отъ крика. Въ одномъ изъ случаевъ карцинома яичниковъ, который намъ пришлось наблюдать, боли доходили до такой степени, что намъ пришлось прибѣгать къ очень частымъ впрыскиваніямъ подъ кожу большихъ количествъ морфія. Очень рано, относительно, появляются асцитъ и anasarca. Вслѣдъ за этимъ силы больной постепенно падаютъ и она скоро впадаетъ въ маразмъ. Смерть обыкновенно наступаетъ отъ этого послѣдняго, рѣже отъ перитонита. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ страданія больной достигаютъ еще большей степени, когда новообразование переходитъ на кишечный каналъ, вызывая въ немъ стриктуры.

Распознаваніе, въ началѣ, когда мы имѣемъ дѣло только съ увеличеніемъ яичника, довольно затруднительно. Но оно вскорѣ выясняется, когда констатируется пораженіе и втораго яичника и начинаютъ обнаруживаться явленія асцита и упадка силъ. Въ практикѣ нерѣдко возникнетъ сомнѣніе—имѣемъ ли мы въ данномъ случаѣ дѣло съ чистымъ карциномомъ, или же съ кистокарциномомъ яичника? Точное рѣшеніе этого вопроса не имѣетъ собственно особеннаго значенія, такъ-какъ предсказаніе, какъ въ томъ, такъ и другомъ случаѣ одинаково неблагопріятно.

Леченіе можетъ быть только палліативное, имѣющее цѣлью унимать боли и поддерживать силы больной. Если бы асцитъ достигъ значительнаго развитія, то для облегченія больной, должно прибѣгнуть къ проколу. Что же касается радикальнаго леченія, т. е., оваріотоміи при карциномѣ яичника, то нечего объ этомъ и думать. Съ одной стороны, техника операціи можетъ представить величайшія затрудненія, вслѣдствіе сращенія опухоли съ органами таза; съ другой же стороны, она ни къ чему не поведетъ, такъ-какъ рецидивъ неминуемъ. Не только при чистомъ карциномѣ, но даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ данныя подозрѣвать, что дѣло идетъ о кистокарциномѣ яичника, должно воздерживаться отъ всякихъ попытокъ къ удаленію опухоли. Карциноматозное свойство новообразованія яичника мы считаемъ прямымъ противопоказаніемъ къ оваріотоміи. Нѣкоторые изъ новѣйшихъ авторовъ, какъ напр. Schroeder (Op. cit., p. 423), считаютъ, наоборотъ, при карциномѣ яичника оваріотомію настоятельно показанною и совѣтуютъ, поэтому, прибѣгать къ операціи какъ можно скорѣе. Противопоказанія къ этой операціи они находятъ лишь тогда, если можно ощупать различные раковые узлы въ дугласовой складкѣ или брюшинѣ. Въ томъ то и дѣло, что когда наступаетъ моментъ, когда можно бы рѣшиться на операцію, раковые узлы въ брюшинѣ констатировать обыкновенно не трудно.

2) Фибромы яичника.

Библиогр. Spengler, Casper's Wochenschrift, 1850, Bd. 34—Kiwisch, Klinische Vorträge. 2-te Aufl. Prag, 1852, Bd. 2, p. 188. — Klob, pathol. Anat. der weibl. Sexualorg., p. 339, — Spiegelberg, Fibrom des

Eierstocks von enormer Größe. Monatschr. f. Geburtsk., 1866, Bd. XXVIII, p. 415.—Rlatchly Fibro-cystic disaes of the ovary, Amer. Journ. of medic. n. 1870, p. 281.—Waldeyer, Diffuses Eierstockfibrom von eigenthümlichem Bau. Arch. f. Gyn., 1871, Bd. II, p. 440.—Lawson Tait, Fibroma of the ovary, removed by operation. Transact. of the pathol. Soc., 1874, XXV.—Emmet, A case of myo-cystoma of the ovary. Am. Journ. of obst., 1876, p. 651. Sp. Wells, on ovarian and uterine tumours. London, 1882, p. 47.

Фибромы поражаютъ обыкновенно только одинъ изъ яичниковъ. По отношенію къ своему развитію, они представляютъ одну особенность, которая рѣзко отличаетъ ихъ отъ тѣхъ же новообразованій въ маткѣ. Въ этой послѣдней, какъ ужъ извѣстно, фиброміомы развиваются изъ какого либо рѣзко ограниченнаго мѣста паренхимы матки; въ яичникахъ же этого не бываетъ, а, напротивъ, фиброміомы имѣютъ, такъ сказать, сплошное развитіе, т. е. они развиваются изъ всей поверхности пораженнаго органа. По отношенію къ гистологическому строенію, фибромы яичника также отличаются отъ такихъ же новообразованій матки: въ нихъ вовсе не констатируются мышечные элементы, или же они попадаютъ въ крайне ограниченномъ количествѣ (Virchow). Что касается ножки при фибромахъ яичника, то она образуется только mesovarium'омъ. При кистахъ же яичника въ образованіи ножки принимаютъ существенное участіе широкія связки. Иногда фибромъ яичника такъ врастаетъ между пластинокъ широкой связки, что даже на трупѣ въ высшей степени трудно рѣшить—имѣемъ ли мы дѣло съ фибромомъ матки или же яичника. Иногда фибромы яичника могутъ претерпѣвать совершенно остеодное превращеніе, т. е. они окостенѣвають. Подобные случаи описываютъ Waldeyer и Kleinwächter* Иногда совмѣстно съ фиброміомами яичника констатируются и кисты этого органа. Обыкновенно фибромы яичника достигаютъ незначительной величины и только весьма рѣдко они образуютъ очень большія опухоли. Въ этомъ отношеніи особенно интересны случаи, описанные Simpson'омъ и Spiegellberg'омъ, въ первомъ опухоль вѣсила 56 фунтовъ, а во второмъ фибромъ яичника достигъ такихъ размѣровъ, что объемъ живота—150 центим.

Клиническія явленія, вызываемыя фибромами яичника, если они достигаютъ порядочной величины, будутъ совершенно такого же характера, какъ и тѣ, которыя обусловливаются всѣми плотными тазовыми опухолями. Очень рано, слѣдов., будутъ выступать припадки со стороны прижатія органовъ таза, а именно пузыря и прямой кишки. Вслѣдствіе разстройства циркуляціи, мы очень скоро въ этихъ случаяхъ получаемъ асцитъ. Общее же состояніе больной долго остается довольно удовлетвори-тельнымъ.

Распознаваніе фибромовъ яичника представляетъ величайшія затрудненія. Самое трудное при этомъ будетъ рѣшить съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло—съ фибромомъ ли матки или же,

* Arch. f. Gynaecol., Bd. IV, p. 171.

яичника? Мы видѣли ужъ выше, что рѣшеніе этого вопроса бываетъ иногда невозможно даже и на секціонномъ столѣ. При рѣшеніи этого вопроса мы главнымъ образомъ должны руководствоваться данными, на основаніи которыхъ мы устанавливали діагностику фиброміомъ матки; зондъ здѣсь принесетъ несомнѣнную пользу. Такимъ образомъ *per exclusionem* мы можемъ съ вѣроятностью остановиться на распознаваніи фиброма яичника. Рѣшивъ эту часть вопроса, не трудно ужъ будетъ установить дифференціальное распознаваніе между рассматриваемымъ новообразованіемъ и карциномомъ, а тѣмъ болѣе кистой. Во всякомъ случаѣ при установкѣ подобной діагностики должно быть осторожно и распознаваніе фибромовъ яичника будетъ вѣроятное только, а ничуть не положительное.

Предсказаніе въ этомъ случаѣ гораздо болѣе благоприятно, чѣмъ при всѣхъ другихъ новообразованіяхъ яичника, такъ-какъ фибромы растутъ очень медленно, весьма рѣдко только достигаютъ большихъ размѣровъ и очень мало разстраиваютъ общее состояніе.

Леченіе и здѣсь будетъ палліативное. Мы должны по возможности содѣйствовать отправленіямъ кишечника и пузыря. Для этой цѣли будутъ служить *escrotica* и *drastica*, теплыя ванны, катетеризмъ и пр. Впрочемъ, терапия палліативная ничѣмъ не будетъ отличаться отъ той, съ которой мы познакомились при фиброміомахъ матки. На радикальную терапію, т. е., на экстирпацию опухоли можно рѣшаться только тамъ, гдѣ новообразованіе достигло такихъ размѣровъ, что приводитъ въ неминуемую опасность жизнь больной. Сама операція ничѣмъ не будетъ отличаться отъ обыкновенной овариотоміи, только производство ея въ этомъ случаѣ представляетъ несравненно большія затрудненія.

3) Саркомъ яичника.

Библиогр. Rokitansky, Zeitschr. der Gesellsch. der Aerzte zu Wien, 1867, № 37. — Herz, Virchow's Arch. Bl. XXXVI, p. 97. — Lobeck, Winkel's Studien u. Berichte, 1874, Bd. I, p. 353. — Beigel, Krankh. des weibl. Geschl., 1874, I, p. 440. — Characteris. Malignant. disease of both ovaries Brit. med. Journ., 1875, Aug.

Въ яичникѣ саркомъ развивается изъ соединительно-тканной стромы и, по изслѣдованіямъ Leopold'a, встрѣчается въ этомъ органѣ вовсе не такъ рѣдко, какъ думали прежде. Virchow описываетъ саркомы яичниковъ слѣдующимъ образомъ: «Они представляютъ опухоли различной консистенціи, то совершенно плотныя, то болѣе мягкія, иногда до такой степени хрупкія, что онѣ легко разрываются. Въ разрѣзѣ онѣ представляются на видъ бѣловато-красными или же совершенно бѣлыми, причѣмъ выступаютъ пучковатое строеніе ихъ». Опухоли эти чрезвычайно богаты сосудами и, при особенномъ избыткѣ этихъ послѣднихъ, рассматриваемыя новообразованія представляютъ пещеристое (кавернозное) строеніе. Саркомы нерѣдко осложняются другими новообра-

зованіями, какъ-то: фибромами и кистами. Въ случаѣ, описанномъ Spiegelberg'oмъ, дѣло шло о мышечной саркомѣ раковаго свойства (*myosarcoma carcinomatodes*). Въ ранніе и даже болѣе поздніе періоды своего развитія саркомъ представляетъ довольно равномерное увеличеніе яичника съ гладкою и ровною поверхностью. Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ саркомъ яичника достигаетъ особенно значительной величины.

Клиническія явленія, вызываемыя саркомомъ яичника, носятъ на себѣ тотъ же характеръ, какъ и при карциномѣ этого органа и отличаются только тѣмъ, что они развиваются гораздо скорѣе, такъ-какъ саркомы растутъ обыкновенно болѣе быстро.

Распознаваніе между саркомомъ и карциномомъ яичника представляетъ въ практикѣ непреодолимыя затрудненія. На основаніи того, что сказано было нами при карциномѣ, — мы можемъ только утверждать, что дѣло идетъ о т. назыв. злокачественномъ новообразованіи. Но есть ли это послѣднее саркомъ, или карциномъ — рѣшить въ высшей степени трудно. При этомъ должно руководствоваться отчасти степенью подвижности опухоли: такъ-какъ карциномы скоро инфильтруютъ тазовую клѣтчатку, то они вълѣдствіе этогого раздо менѣе подвижны, чѣмъ саркомы.

По отношенію къ предсказанію и терапіи при саркомахъ яичника можно повторить только тоже самое, что сказано было о карциномѣ этого органа.

Самостоятельная папиллома яичника принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. Первый подобный случай описанъ Gusseno'w'oмъ и Ebert'oмъ *. Поражены были оба яичника, превратившіеся въ опухоли величиною съ куриное яйцо. Само новообразование представляло различнымъ образомъ переплетенныя между собою ворсинки съ колбовидными окончаніями. Окончанія этихъ ворсинокъ состояли изъ очень нѣжной соединительной ткани и веретено-образныхъ клѣтокъ. Въ клиническомъ отношеніи важно то, что рассматриваемое новообразование далеко не такая певинная вещь, какъ это должно сказать на счетъ папилломы въ другихъ органахъ. Въ случаѣ Gusseno'w'a новообразование это вызвало очень скоро громадный асцитъ.

Бугорчатка (*tuberculosis*) встрѣчается въ яичникѣ только какъ осложненіе того-же процесса въ маткѣ и фаллопиевыхъ трубахъ. Sp. Wells увѣряетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ Fox параллельно съ кистами яичниковъ констатировалъ и бугорчатку этого органа. Сколько мнѣ извѣстно, до сихъ поръ никто не подтвердилъ вѣрность этого факта.

К О Н Е Ц Ъ .

* *Virchow's Arch.* 1868, Bd. XLIII, p. 14.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

А.

Авень-Зоаръ, 1 т., 19.
Авероесъ, 1 т., 19.
Авицена, 1 т., 18.
Аденомъ грудной железы. 1 т., 214.
Акакій, 1 т., 26.
Акейдоперастика, 1 т., 93.
Али-бенъ-Абасъ, 1 т., 17.
Альбукасиъ, 1 т., 18.
Agalactia, 1 т., 205.
Amorrhoea, 2 т., 323.
Ампутація влагалищ. части, 1 т., 466;—
коническая и воронкообразная, 1 т.,
473.
Amussat, 1 т., 37.
Анестезія половой сферы, 1 т., 109.
An hysteria, 1 т., 390.
Аномалии дѣвственной плевы, 1 т., 163;—
въ отдѣленіи и выдѣленіи молока, 1 т.,
205.
Аномалии первоначальнаго развитія боль-
шихъ губъ, 1 т., 132;—малыхъ губъ,
1 т., 190;—клитора, 159;—грудныхъ
железъ, 1 т., 191;—рукава, 1 т., 233;—
матки, 1 т., 387.
Anteversio uteri, 2 т., 4.
Aran, 1 т., 50.
Артеій Каппадокійскій, 1 т., 11.
Аранцій Цезарь, 1 т., 23.
Архигенъ Апомейскій, 1 т., 6.
Astruc, 1 т., 34.
Ashwell, 1 т., 49.
Atresia vulvae, 1 т., 133;—vaginae, 1 т.,
241;—hymanalis, 1 т., 165;—uteri, 1 т.,
408.
Атрофія матки, 1 т., 423;—старческая,
1 т., 427;—кормящихъ грудью, 1 т.,
429;—пузырчатая, 1 т., 429;—само-
стоятельная, 1 т., 430.

Б.

Barnes R. 1 т., 55.
Бартолиновы железы, воспаление и нагное-
ніе ихъ, 1 т., 141.

Besquerel, 1 т., 50.
Беневени Антоній, 1 т., 21.
Bennet Henry, 1 т., 47.
Bedford, 1 т., 57.
Bernutz, 1 т., 51.
Biford, 1 т., 58.
Boerhave, 1 т., 31.
Boivin Marie, 1 т., 39.
Большія дѣтородныя губы, 1 т., 131.
Боль кончиковая, 1 т., 169.
Богинъ Каспаръ 1 т., 25.
Braun C. 1 т., 47.
Brown B. 1 т., 50.
Бугорчатка рукава, 1 т., 323;—матки.
2 т., 300;—яичника, 2 т., 549.
Burns J., 1 т., 38.
Busch D. H., 1 т., 42.

В.

Вагинизмъ, 1 т., 251.
Vagina duplex s. septa, 1 т., 235.
Vaginitis, 1 т., 264.
Введеніе лекарственныхъ веществъ въ
полость матки, 1 т., 118.
Везалій, 1 т., 22.
Wells Spencer. 1 т., 53.
Versiones uteri, 2 т., 2.
West Ch., 1 т., 49.
Виръ Жанъ, 1 т., 23.
Vigaroux, 1 т., 36.
Влагалищная часть матки, 1 т., 328;
гипертрофія ея, 1 т., 440; ампутація,
1 т., 466, 473; сосковыя опухоли, 2 т.,
244.
Внутреннее изслѣдованіе, 1 т., 68.
Внутриматочныя вырискиванія, 1 т., 121.
Внутриматочныя снаряды, 2 т., 81.
Внутриутробная матка, 1 т., 405.
Воды минеральныя при страданіяхъ по-
ловой сферы, 1 т., 502.
Водянка фаллопиевыхъ трубъ, 2 т., 429.
Волчанка большихъ губъ, 1 т., 138.
Воспалительныя формы матки, 1 т., 447.
Воспаленіе Бартолиновыхъ железъ, 1 т.,
141;—малыхъ губъ, 1 т., 152;—груд-

ныхъ железъ, 1 т., 197;—рукава, 1 т., 264;—внутренняго покрова матки, 1 т., 479;—паренхимы матки острое, 1 т., 508;—хроническое, 1 т., 513;—серознаго покрова матки, 2 т., 355;—подбрюшинной тазовой кѣтчаткы, 2 т., 378;—фаллопиевыхъ трубъ, 2 т., 427;—яичника, 2 т., 445.

Впрыскиванія внутриматочныя, 1 т., 121.

Вправление выпадающей матки, 2 т., 121;—вывороченной матки, 2 т., 148.

Врачебные шарики, 1 т., 107.

Выворотъ стѣнокъ рукава, 2 т., 106;—матки, 2 т., 138.

Выпаденіе матки, 2 т., 103;—старческое, 2 т., 113;—рукавныхъ стѣнокъ, 1 т., 283.

Выправление изогнутой матки, 2 т., 80.

Вырѣзываніе фиброзныхъ полиповъ, 2 т., 227;—слизистыхъ полиповъ, 2 т., 241.

Выскабливаніе карциноматозныхъ язвъ, 2 т., 282.

Высокое стояніе матки, 2 т., 137.

Vulvitis follicularis, 1 т., 137.

Вѣсь матки, 1 т., 324.

Г. Н.

Gaillard Thomas, 1 т., 57.

Haematometra, 1 т., 410;—unilateralis, 1 т., 417.

Haematocoele periuterin., 2 т., 401.

Haematosalpinx, 2 т., 426.

Galactocoele, 1 т., 211.

Galactorrhoea, 1 т., 208.

Галень, 1 т., 9.

Gallard, 1 т., 55.

Гальванокаустика при ампутаціи влагалыщной части, 1 т., 470;—при фиброзныхъ полипахъ, 2 т., 232.

Гангрена большихъ губъ, 1 т., 135.

Gardien G. M., 1 т., 37.

Herpes areolae, 1 т., 194;—vulvae, 1 т., 138.

Hewitt Gr., 1 т., 53.

Гинекологическая терапія, 1 т., 95.

Гинекологическое изслѣдованіе, 1 т., 65.

Гиерпрофія матки, 1 т., 435;—влагалыщной части, 1 т., 440;—надвлагалыщной части, 1 т., 458.

Гиерермія яичниковъ, 1 т., 443.

Гишпорать, 1 т., 3.

Горечавка, 1 т., 87.

Гофманъ Фридрихъ, 1 т., 31.

Goupi, 1 т., 51.

Грудныя железы, 1 т., 188.

Грудные соски, заболѣваніе ихъ, 1 т., 193.

Грыжи большихъ губъ, 1 т., 148;—рукава, 1 т., 287;—маточныя, 2 т., 153;—яичника, 2 т., 465.

Губка прессованная, 1 т., 87;—морская, 2 т., 44.

Губы дѣтородныя малыя, 1 т., 150; пороки развитія, 1 т., 150; воспалительныя формы, 1 т., 152.

Губы дѣтородныя большія, 1 т., 131; пороки развитія, 1 т., 132; тертима и рожа, 1 т., 134; отекъ и гангрена, 1 т., 135; сыпныя формы, 1 т., 136; vulvitis follicularis, 1 т., 137; herpes vulvaris и lupus vulvae, 1 т., 138; eczema, 1 т., 140; prurigo, 1 т., 141; нарывы, 1 т., 141; опухоли, 1 т., 143; elephantiasis, 1 т., 143; папиллярныя опухоли, 1 т., 145; кисты, 1 т., 145; грыжи, 1 т., 148.

Hunter William, 1 т., 33.

Hugier, 1 т., 51.

Guilbert, 1 т., 36, 41.

Гюи-де-Шодіакъ, 1 т., 21.

Hydrometra, 1 т., 420.

Hydrosalpinx, 2 т., 429.

Hydrocele lig. rot., 2 т., 353.

Hymen, 1 т., 161; аномалія его, 1 т., 193;—uterinum, 1 т., 349.

Hymenorrhoea, 2 т., 132.

Hysterocele, 2 т., 153.

Hysteriasis, 1 т., 369.

Д.

Davis D., 1 т., 42.

Двойной рукавъ, 1 т., 235.

Двулостная матка, 1 т., 399.

Двураздѣльная матка, 1 т., 396.

Двурогоя матка, 1 т., 398.

Defectus uteri, 1 т., 390.

Дермодидныя кисты яичниковъ, 2 т., 540.

Descensus uteri, 2 т., 103.

Dionis P., 1 т., 29.

Discisio задней стѣнки цервикальнаго канала, 2 т., 99.

Дисменоррея, 2 т., 332;—нервная, 2 т., 332;—конгестивная, 2 т., 333;—органическая, 2 т., 335;—перепончатая, 2 т., 345.

Дифтеритъ рукава, 1 т., 273.

Дно матки, 1 т., 328.

Дѣвственная плева, 1 т., 761; аномалія ея, 1 т., 161.

Дѣтская матка, 1 т., 405.

Души рукавные, 1 т., 98.

Дюбуа Жакъ, 1 т., 23.

Duparquet, 1 т., 44.

Dupuifren, 1 т., 37.

Е.

Евстахій Варф., 1 т., 23.

Estropion oris uteri., 1 т., 497.

Eczema vulvae, 1 т., 140.
 Elephantiasis vulvae, 1 т., 143.
 Elevatio uteri, 2 т., 137.
 Elytritis, 1 т., 264.
 Elytroraphia, 2 т., 133.
 Emenagoga, 2 т., 327.
 Endohypertrophia cervicalis, 1 т., 475.
 Endometritis, 1 т., 479;—acuta, 1 т., 481;—
 chronica, 1 т., 487;—hyperplastica, 1 т.,
 488;—polyposa, 1 т., 488;—cystica, 1 т.,
 488;—glandulotuberosa, 1 т., 496;—cer-
 vicalis, 1 т., 496.
 Enterocoele 1 т., 290.
 Erosiones papillarum, 1 т., 193;—collis uteri,
 1 т., 532.
 Engotinum, подкожныя впрыскиванія его,
 2 т., 194.
 Erysielas большихъ губъ, 1 т., 134;—
 грудныхъ железъ, 1 т., 197.
 Erythema большихъ губъ, 1 т., 134.

Ж.

Железы Бартолиновы, воспаленіе ихъ,
 1 т., 141.
 Железы грудныя, 1 т., 188; недостатокъ
 развитія, 1 т., 191; воспалительныя
 формы, 1 т., 197; новообразованія,
 1 т., 213; фиброзныя опухоли, 1 т.,
 213; жировикъ, 1 т., 214; аденомъ,
 1 т., 214; энхондромъ, 1 т., 216;
 миксомъ, 1 т., 217; саркомъ, 1 т.,
 218; ракъ, 1 т., 219.
 Жировикъ грудной железы, 1 т., 214.

З.

Загибы матки, 2 т., 49; выпрямленіе
 ихъ, 2 т., 80.
 Задержаніе крови въ маткѣ, 1 т., 410;—
 одностороннее, 1 т., 417.
 Зарошеніе входа въ рукавъ, 1 т., 133;—
 рукава, 1 т., 241;—матки 1 т., 408.
 Зачаточная матка, 1 т., 393.
 Зашиваніе разрывовъ промежности, свѣ-
 жихъ, 1 т., 183;—застарѣлыхъ, 1 т.,
 185.
 Зибольдъ А. Е., 1 т., 37.
 Зеркала маточныя, 1 т., 72.
 Зондъ маточный, 1 т., 79;—при наклоне-
 нияхъ матки, 2 т., 34;—при загибахъ,
 2 т., 93;—при atrophia uteri, 1 т., 434.
 Зудъ рукава, 1 т., 248.
 Звъзъ маточный наружный. 1 т., 329;—
 внутрѣнный, 1 т., 331.

И. I.

Исслѣдованіе гинекологическое, 1 т.,
 65;—наружное, 1 т., 67;—внутреннее,

1 т., 68;—комбинированное 1 т., 69;—
 внутренней поверхности матки, 1 т.,
 79.

Измѣненіе въ положеніи матки, 2 т., 1;—
 яичниковъ, 2 т., 464.
 Изъязвленіе грудныхъ сосковъ, 1 т., 193;—
 маточной шейки 1 т., 532.
 Инородныя тѣла въ рукавѣ, 1 т., 280.
 Истерика 1 т., 369.
 Incurvatio uteri, 2 т., 75.
 Inversio uteri, 2 т., 138.
 Jürg Chr., т. 38.
 Isthmus uteri, 1 т., 331.

К.

Каналъ мочеиспускательный, патологія
 наружнаго отверстія его, 1 т., 154.
 Carus Gustaw, 1 т., 40.
 Carunculae myrtiformes, 1 т., 164.
 Карциномъ рукава, 1 т., 321;—грудной
 железы, 1 т., 219;—матки, 2 т., 248;—
 яичника, 2 т., 545.
 Каловые свищи, 1 т., 310.
 Катарръ рукава. 1 т., 264;—матки
 острый. 1 т., 481;—хроническій. 1 т.,
 487.
 Каустическія средства, 1 т., 111
 Кисты большихъ губъ, 1 т., 145;—молоч-
 ныя, 1 т., 211;—рукава, 1 т., 319;—
 широкихъ связокъ, 2 т., 420;—яични-
 ковъ, 2 т., 471.
 Кисты яичниковъ, 2 т., 471; патологиче-
 ская анатомія и нагноеніе ихъ, 2 т.,
 472; этиологія, 2 т., 492; распозна-
 ваніе, 2 т., 495; леченіе, 2 т., 513;—
 дермоидныя, 2 т., 540.
 Kilian, 1 т., 43.
 Kivisch, 1 т., 47.
 Клиторъ, патологія его, 1 т., 159.
 Clyterodectomia, 1 т., 161.
 Клиническія явленія при страданіяхъ
 матки, 1 т., 360.
 Clintock, 1 т., 52.
 Klob, 1 т., 53.
 Cossygodunia, 1 т., 169.
 Colpitis, 1 т., 264.
 Коломбо Реальдо, 1 т., 22.
 Кольца маточныя, 2 т., 38, 123.
 Клетчатка подбрюшинная тазовая, воспа-
 леніе ея, 2 т., 378.
 Colporaphia, 2 т., 133;—anterior, 2 т., 134;—
 posterior, 2 т., 135.
 Configuratio uteri, 1 т., 340.
 Конституціи Африканскій, 1 т., 20.
 Комбинированное изслѣдованіе, 1 т., 69.
 Конгестивная дисменорея, 2 т., 333.
 Кошчиковая боль, 1 т., 169.
 Кровеносные сосуды матки, 1 т., 349.
 Кровоизвлеченіе изъ матки, 1 т., 101.

Крупозное воспаление рукава, 1 т., 273.
 Кровяная околоматочная опухоль, 2 т., 401.
 Кровоизлияние въ фаллопиевы трубы, 2 т., 426;—въ ткань яичника, 2 т., 443.
 Круглыя маточныя связки, патологія ихъ, 2 т., 351.

Л.

Lachapelle, 1 т., 39.
 Lateroversiones uteri, 2 т., 4, 11.
 Лечение язвъ маточной шейки sub graviditate, 1 т., 546.
 Levret, 1 т., 42.
 Lee Rob., 1 т., 43.
 Lisfranc, 1 т., 44.
 Ляминарія, 1 т., 88.

М.

Малыя дѣтородныя губы, патологія ихъ, 1 т., 150.
 Martin, 1 т., 52.
 Mastitis panchym., 1 т., 200.
 Матка, анатомико-физиологич. замѣчанія, 1 т., 324; аномаліи первонач. развитія, 1 т., 398; агрофія, 1 т., 425;—двурогая, 1 т., 398;—двураздѣльная, 1 т., 396;—двуполостная, 1 т., 399;—дѣтская, 1 т., 405;—зачаточная или рудиментарная, 1 т., 393;—однорогая, 1 т., 394; воспалительныя формы ея, 1 т., 477; воспаленіе паренхимы, 1 т., 508; изъязвленія на шейкѣ, 1 т., 530; зарощеніе, 1 т., 408; кровеносныя сосуды, 1 т., 349; кльническія явленія при болѣзняхъ матки, 1 т., 360; катарръ острый, 1 т., 481;—хроническій, 1 т., 487; гипертрофія, 1 т., 435; высокое стояніе, 2 т., 137; выворотъ, 2 т., 138; грыжи, 2 т., 153; выпаденіе, 2 т., 103; загибы, 2 т., 49; мышечный слой, 1 т., 342; наклоненія, 2 т., 2; накопленіе крови въ маткѣ, 1 т., 410, 417;—слизи или серозной жидкости, 1 т., 420;—газовъ, 1 т., 420; нервы матки, 1 т., 351; очертаніе ея, 1 т., 340; опущеніе, 2 т., 103; приостановка въ развитіи, 1 т., 405; положеніе, 1 т., 333; отсутствіе, 1 т., 390; развитіе, 1 т., 455; связочный аппаратъ, 1 т., 336; слизистая оболочка, 1 т., 346; чрезмѣрная подвижность, 2 т., 101; фиброміомъ, 2 т., 155; полипы, 2 т., 207; сосочковья опухоли влагаліщ. части, 2 т., 244; карциномъ, 2 т., 248; саркомъ, 2 т., 284; бугорчатка, 300; воспаленіе серозн. покрова, 2 т., 355.

Маточный зондъ, 1 т., 79.
 Маточныя зеркала, 1 т., 72.
 Маточныя кольца, 2 т., 38, 123.
 Mauriceau, 1 т., 29.
 Meissner, 1 т., 46.
 Meigs, 1 т., 56.
 Meier, 1 т., 37.
 Mende, 1 т., 41.
 Menstrua profusa, 2 т.,
 Menostasis, 2 т., 324.
 Menorrhagia, 2 т., 330.
 Меркато Люд., 1 т., 24.
 Меркуриаліи Гер., 1 т., 25.
 Metritis parench. acuta, 1 т., 508;—chronica, 1 т., 513.
 Metrocataarrhus, 1 т., 479.
 Метротомъ Simpson'a, 342;—Greenhalgh'a, 2 т., 342;—Sims'a, 2 т., 344.
 Механическая дисменорея, 2 т., 335.
 Минеральн. воды при болѣзняхъ половой сферы, 1 т., 502.
 Миксомъ грудной железы, 1 т., 217.
 Миртовидные сосочки, 1 т., 164; гиперплегія ихъ, 1 т., 164.
 Міомы матки, 2 т., 155.
 Мандини-ди-Люци, 1 т., 21.
 Молоко, аномаліи въ отдѣленіи и выдѣленіи его, 1 т., 205.
 Молочныя свищи и опухоли, 1 т., 210.
 Мочепускательный каналъ, патологія наружнаго его отверстія, 1 т., 154.
 Мошонъ, 1 т., 9.
 Мышечный слой матки, 1 т., 342.
 Мѣсячныя, 2 т., 305; патологія ихъ, 2 т., 322; отсутствіе ихъ, 2 т., 323; слишкомъ обильныя, 2 т., 328; болѣзненныя, 2 т., 332.

Н.

Надвлагалищная часть матки, 1 т., 328; гипертрофія ея, 1 т., 458.
 Naegele, 1 т., 40.
 Наклоненіе матки, 2 т., 2;—первичное, 2 т., 8;—послѣдовательное, 2 т., 10.
 Накопленіе въ маткѣ крови, 1 т., 410, 417;—слизи, серозной жидкости и газовъ, 1 т., 420.
 Наружное изслѣдованіе, 1 т., 67.
 Нарывы большихъ губъ, 1 т., 141;—околоматочныя, 2 т., 393.
 Нервы рукава, 1 т., 248.
 Нервы матки, 1 т., 351.
 Нервная дисменорея, 2 т., 332.
 Новообразованія грудныхъ железъ, 1 т., 213;—рукава, 1 т., 317;—фаллопиевыхъ трубъ, 2 т., 433;—яичниковъ, 2 т., 470.
 Nonat, 1 т., 50.

О.

- Обильныя мѣсячныя, 2 т., 328.
 Одиорогая матка, 1 т., 394.
 Околomatочныя нарывы, 2 т., 393.
 Околomatочная кровяная опухоль, 2 т., 401.
 Oophoritis, 2 т., 445;—*acuta*, 2 т., 447;—*chronica*, 2 т., 455.
 Oophorectomia, 2 т., 518.
 Опухоли большихъ губъ, 1 т., 143;—молочныя, 1 т., 210;—околomatочная кровяная, 2 т., 401.
 Ощущение матки, 2 т., 103;—личника, 2 т., 467.
 Органическая дисменорея, 2 т.,
 Орибазій, 1 т., 11.
 Осмотръ, 1 т., 68.
 Отекъ большихъ губъ, 1 т., 135.
 Отсутствие матки, 1 т., 390;—мѣсячныхъ; 2 т., 323;—рукава, 1 т., 235;—фаллоп. трубъ, 2 т., 424;—личниковъ, 2 т., 441.
 Очертаніе матки, 1 т.
 d'Outrepoint, 1 т.
 Ovariectomy, 2 т., 518.

П.

- Павель Эгинскій, 1 т., 13,
 Пальмовидныя складки, 1 т., 348.
 Papilloma uteri, 2 т., 244.
 Папиллярныя опухоли большихъ губъ, 1 т., 145.
 Паразиты рукава, 1 т., 275.
 Paramastitis, 1 т., 198.
 Parametritis, 2 т., 378.
 Паря Амбруазъ, 1 т., 24.
 Penuria lactea, 1 т., 205.
 Perineohexis, 1 т., 173.
 Perineographia, 1 т., 183;—по Simon'y, 1 т., 180;—по Diefenbach'y, 1 т., 185;—по Langenbeck'y, 1 т., 185;—по В. Brown'y, 1 т., 186;—по Геинеру, 1 т., 186;—по Нейгебауэру, 1 т., 187.
 Perineoexosis, 2 т., 135.
 Перевязка фиброзныхъ полиповъ, 2 т., 228.
 Перепопчатая дисменорея, 2 т., 345.
 Perimetritis, 2 т., 355.
 Perivaginitis, 1 т., 272.
 Пессаріи, 1 т., 464, 2 т., 38, 81, 124;—Zwank'a, 2 т., 125.
 Rhysometra, 1 т., 424.
 Пиней Севериъ, 1 т., 27.
 Пявки, приставленіе ихъ къ шейкѣ, 1 т., 102.
 Plenk, J. J., 1 т., 35.
 Плева дѣвственная, 1 т., 163.
 Плотныя новообразованія личника, 2 т., 544.

- Подвижность чрезмѣрная матки, 2 т., 101.
 Полипы матки, 2 т., 207;—фиброзные, 2 т., 207;—слизистые, 2 т., 232;—рукава, 1 т., 317.
 Положеніе матки, 1 т., 333.
 Полость матки, 1 т., 329.
 Polygalactia, 1 т., 208.
 Пороки первоначальн. развитія большихъ губъ, 1 т., 132;—грудныхъ железъ 1 т., 191;—матки, 1 т., 389;—рукава, 1 т., 234;—фаллопиевыхъ трубъ, 2 т., 424;—личниковъ, 2 т., 440.
 Portio vaginalis, 1 т., 328.
 Прижигающія средства, 1 т., 111.
 Прижиганіе слизистыхъ полиповъ, 2 т., 240.
 Прессованная губка, 1 т., 87.
 Приотавовка въ развитіи матки, 1 т., 405.
 Prolapsus vaginae, 1 т., 283;—uteri, 2 т., 104;—senilis, 2 т., 113.
 Промежность, разрывы ея, 1 т., 173; зашиваніе разрывовъ, 1 т., 183.
 Prurigo vulvae, 1 т., 141.
 Puzos Nic., 1 т., 32.

Р.

- Развитіе матки, 1 т., 455.
 Раздавливаніе слизистыхъ полиповъ, 2 т., 243.
 Разѣсъ, 1 т., 16.
 Разминаніе входа въ рукавъ, 1 т., 260.
 Размѣры матки, 1 т., 326.
 Разрывы промежности, 1 т., 173; зашиваніе ихъ, 1 т., 183.
 Разрѣзъ задней стѣнки цервикальн. канала, 2 т., 99.
 Разширеніе насильственное входа въ рукавъ, 1 т., 261.
 Разширяющія средства, 1 т., 87.
 Разширеніе цервик. канала, 1 т., 86 2 т., 96.
 Разширитель Ellinger'a, 1 т., 92.
 Регуляторъ Martin'a, 2 т., 83.
 Редрессаціи матки при наклоненіяхъ, 2 т., 30.
 Rectocele, 1 т., 289.
 Recamier, 1 т., 36.
 Retroversio uteri, 2 т., 4.
 Rhagades papillarum, 1 т., 193.
 Родриго-а-Кастро, 1 т., 27.
 Рожа большихъ губъ, 1 т., 134;—грудей, 1 т., 197.
 Roederer J. G., 1 т., 33.
 Рудиментарная матка, 1 т., 393.
 Рудиментарное состояніе рукава, 1 т., 237.
 Рукавъ, 1 т., аномаліи первонач. разви-

гия, 1 т., 233; бугорчатка, 1 т., 323; воспаление, 1 т., 264; крупъ и дифтеритъ, 1 т., 273;—подслизист. соедин. ткани, 1 т., 272; выпаденіе стѣнокъ, 1 т., 283; грыжа, 1 т., 287; зудъ, 1 т., 248; инородныя тѣла въ немъ, 1 т., 280; катарръ, 1 т., 264; кисты, 1 т., 319; новообразованія, 1 т., 317; паразиты, 1 т., 275; полипы, 1 т., 317; ракъ, 1 т., 321; суженія и зарощенія, 1 т., 238; фибромы, 1 т., 317.

Ruptura perinei, 1 т., 173.
Руфъ Эфесскій, 1 т., 6.

С.

Savage H., 1 т., 52.
Salpingitis, 2 т., 427.
Саркомъ грудной железы, 1 т., 218;—матки, 2 т., 284;—яичника, 2 т., 548.
Saxtorph, 1 т., 35.
Свищи молочныя, 1 т., 210;—каловые, 1 т., 310;—мочерукавные, 1 т., 293;—половой сферы, 1 т., 292.
Серационъ, 1 т., 15.
Серозный покровъ матки, воспаление его, 2 т., 355.
Seyfert, 1 т., 49.
Simpson, 1 т., 45.
Sims, 1, 57.
Сильвій, 1 т., 23.
Situs extramedianus uteri, 2 т., 12.
Scanzoni, 1 т., 48.
Скарификація влагалищной части, 1 т., 104, 525.
Слизистыя полипы матки, 2 т., 232; операціи надъ ними, 2 т., 240.
Слизистая оболочка матки, 1 т., 346; катарръ острый, 1 т., 481;—хроническій, 1 т., 487.
Слизотеченіе изъ родовыхъ путей, 1 т., 492.
Скручиваніе слизистыхъ полиповъ, 2 т., 242.
Смазваніе влагалищной части и рукава, 1 т., 105.
Smellie William, 1 т., 32.
Смѣщеніе матки по проводной линіи таза, 2 т., 103.
Снаряды внутриматочныя, 2 т., 81.
Соски грудныя, заболѣваніе ихъ, 1 т., 193.
Сосочки миртовидныя, гиперплазія ихъ, 1 т., 164.
Сосочковыя опухоли влагалищн. части, 2 т., 244.
Соскабливаніе внутренней поверхности матки, 2 т., 507.
Соранъ Эфесскій, 1 т., 6.
Срошеніе большихъ губъ, 1 т., 133.

Stahl G. E., 1 т., 31.
Stark Chr., 1 т., 35.
Старческая матка, 1 т., 268.
Stenosis vaginae, 1 т., 238.
Стояніе высокое матки, 2 т., 137.
Сыпныя формы больш. губъ, 1 т.; 136.
Суженіе рукава, 1 т., 238;—цервикальн. вацала, 2 т., 336.

Т.

Тампонада рукава, 1 т., 95.
Терапія гинекологическая, 1 т., 95.
Трещины груди. сосковъ, 1 т., 193.
Тротулы, 1 т., 20.
Трубы fallopievy, патологія, 2 т., 422; водянка ихъ, 2 т., 429; воспаление, 2 т., 427; кровоизліяніе въ нихъ, 2 т., 426; новообразованія, 2 т., 433; пороки первонач. развитія, 2 т., 424.
Тѣла инородныя въ рукавъ, 1 т., 280.
Тѣло матки, 1 т., 328.

У.

Uterus bipartitus s. bifidus, 1 т., 393;—unicornus, 1 т., 394;—duplex separatus s. didelphus, 1 т., 397;—bicornis, 1 т., 398;—arcuatus, 1 т., 399;—bilocularis s. septus, 1 т., 399;—foetalis, 1 т., 405;—infantilis, 1 т., 358, 405.

Ф.

Фаллопій Габріэль, 1 т., 22.
Фаллопьевы трубы, патологія ихъ, 2 т., 422.
Фиброзная опухоль грудн. железы, 1 т., 213;—матки, 2 т., 155;—рукава, 1 т., 318.
Фиброзныя полипы матки, 2 т., 207; операціи надъ ними, 2 т., 227.
Фиброміомы матки, 2 т., 155; анатомич. свойства, 2 т., 157; клинич. явленія, 2 т., 169; предсказаніе, 2 т., 185; распознаваніе, 2 т., 179; терапія палліативная, 2 т., 188;—радикальная, 2 т., 198; этиологія, 2 т., 176.
Фиброміомы широкихъ связокъ, 2 т., 420;—яичника, 2 т., 546.
Фиксированіе матки при наклоненіяхъ, 2 т., 36;—при загибахъ, 2 т., 81;—при выпаденіяхъ, 2 т., 123.
Фейтъ Г., 1 т., 53.
Phlegmone perituterinum, 2 т., 384;—fossae iliacae, 2 т., 384;—pelvis, 2 т., 384;—papillarum, 1 т., 193.
Fissurae papillarum, 1 т., 193.
Flexiones uteri, 2 т., 49.
Форма матки, 1 т., 324.

Folliculitis vulvaris, 1 т., 137;—пупуха-
rum, 1 т., 153.
Франко Петръ, 1 т., 23.
Фрейндъ, 1 т., 30.

Х.

Хирургическое леченіе наклонной мат-
ки, 2 т., 47;—загибовъ, 2 т., 98;—кисть
личниковъ, 2 т., 514.

Ц.

Цельсъ, 1 т., 5.
Цервикальный каналъ, 1 т., 331; суже-
ніе его, 2 т., 336.
Ceinture hypogastrique, 2 т., 37.
Cystocele, 1 т., 228.
Cystovariotomia, 2 т., 518.

Ч.

Частичная гипертрофія матки, 1 т.,
440.
Чирчель, 1 т., 52.
Чрезмѣрная подвижность матки, 2 т.,
101.

Ш.

Chambon de Monteaux, 1 т., 35.
Шаркии врачебные, 1 т., 107.
Шейка матки, 1 т., 328; изъязвленія на
ней, 1 т., 530.
Шпахъ Изр., 1 т., 26.

Э.

Экразеръ при фиброзныхъ полипахъ,
2 т., 229.

Я.

Яичники, анатомико-физиологич. замѣч.,
2 т., 435; воспаленіе ихъ, 2 т., 445;—
острое, 2 т., 447;—хроническое, 2 т.,
455; гиперемія и кровоизліяніе въ ткань
ихъ, 2 т., 443; грыжи, 2 т., 465; дер-
модныя кисты, 2 т., 540; измѣненіе
въ положеніи, 2 т., 469; карциномъ,
2 т., 545; кисты, 2 т., 471; новооб-
разованія, 2 т., 470;—плотныя, 2 т.,
544; опущеніе, 2 т., 467; пороки перво-
начальнаго развитія, 2 т., 440; сар-
комъ, 2 т., 548; фибромы, 2 т., 546.

СПИСОКЪ

статей и сочиненій профессора

М. Горвица.

НАЗВАНІЕ.

ГДѢ НАПЕЧАТАНО.

- 1) О медицинскихъ учрежденіяхъ въ Англии. Медицинскій Вѣстникъ, 1863.
- 2) О задержаніи плоднаго яйца въ полости матки. Тамъ-же, 1865, №№ 1—2.
- 3) Опытъ ученія о выкидышѣ. Диссерт., С.-Петербургъ, 1865.
- 4) Объ отношеніи наклоненій матки къ загибамъ ея. Медицинскія Новости, 1865, № 35.
- 5) Объ органической дисменорее. Тамъ-же, 1866, №№ 14—15—17.
- 6) О піэміи вслѣдствіе карцинома матки. Ibid., 1865, № 43.
- 7) О хроническомъ спазмѣ рукава. Ibid., 1866, №№ 34, 35 и 37.
- 8) Zur Pathologie der periuterinen Abscesse auserhalb des Puerperium St.-Petersb. Medic. Zeitschr. 1867, Bd. XII,
- 9) Критическій разборъ сочиненія М. Военно-медич. журн., 1867.
- 10) Ein Fall von frühzeitiger Pubertät und Geburt. St. Petersburg. Medic. Zeitschr., 1867, Bd. XIII Hft. 9—10.
- 11) Ueber Complication des Wochenbettes durch fibröse Polypen der Gebärmutter. Ibid., 1868. По русски: Москов. Медицин. газета за тотъ-же годъ. По англійски: Journ. of the Gynaecol. Soc. of Boston.
- 12) Zur Casuistik der Graviditas extrauterina. St. Petersburg. Medic. Zeitschr., 1869.
- 13) Zur Diagnostik der Initialperiode der Schwangerschaft. Ibid., 1869.

НАЗВАНІЕ.

ГДѢ НАПЕЧАТАНО.

- 14) Eine erfolgreiche Ovariectomie. Ibid., 1869, Bd. XVI, Hft. 6. По русски: Мед. Вѣстн., 1869.
- 15) Къ ученію о задержаніи послѣда при двойняхъ. Мед. Вѣстн., 1869, №№ 36, 37 и 39.
- 16) О положеніи и очертаніи матки въ родильномъ періодѣ. Ibid., 1869.
- 17) Клиническія записки по гинекологіи. С.-Петербург., 1870.
- 18) Учебникъ акушерства К. Шредера. Переводъ подъ ред. М. Горвица, съ примѣчаніями редактора. С.-Петербург., 1871.
- 19) Тоже, 2-е изданіе, 1876.
- 20) Тоже, 3-е изданіе, 1881.
- 21) Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы. С.-Петербург., 1874—1878, 3 т.
- 22) О воспаленіи симфиза таза въ родильномъ періодѣ. Военно-медиц. журналъ, 1878, сентябрь.
- 23) Contribution à l'étude de la version podalique. Arch. de Tocologie, 1878, Septembre.
- 24) Ueber ein Perforationsverfahren in schwierigen Fällen. Berl. Zeitsch. für Geburtsh. u. Gynaecol., 1869.
- 25) Чрезмѣрная подвижность матки какъ клиническая форма. Врачъ, 1880, № 1.
- 26) Dystocia foetalis spastica. Arch. de Tocologie. 1880, octobre.—Врачъ, 1880.
- 27) О воспаленіи и нагноеніи стѣнокъ кистомъ яичника. Врачъ, 1881.
- 28) Zur Lehre von der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Giessen., 1881.
- 29) Руководство къ патологіи и терапіи родильнаго періода Винкеля. Перев. подъ ред. М. Горвица. С.-Петербург., 1882.
- 30) О неукротимой рвотѣ беременныхъ. С.-Петербург., 1882.
- 31) Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы. 2-е изданіе. С.-Петербург., 1882 и 1883.

ОГЛАВЛЕНИЕ II ЧАСТИ.

	стр.
ГЛАВА XXIII. Обь измѣненіяхъ въ положеніи матки	1
1) Наклоненія матки	2
2) Загибы матки	49
Чрезмѣрная подвижность матки	101
3) Смѣщенія матки по проводной линіи таза	103
а) Опущеніе и выпаденіе матки	103
б) Чрезмѣрно высокое стояніе матки	137
в) Выворотъ матки	138
г) Маточная грыжа	153
ГЛАВА XXIV: Новообразованія матки	155
I. Фиброміомы.	155
Патологическая анатомія	156
Клиническія явленія	169
Этіологія	176
Распознаваніе	179
Предсказаніе	185
Леченіе	187
а) Терапія палліативная	188
б) Терапія радикальная	198
II. Полипы матки	207
1) Фиброзные полипы матки	207
2) Слизистые полипы матки	232
III. Сосочковья опухоли влагалишной части матки	244
IV. Карциномъ матки	248
Патологическая анатомія	249
Клиническія явленія	253
Этіологія	258
Распознаваніе	261
Предсказаніе	268
Леченіе	269
V. Саркомъ матки	284
Патологическая анатомія	285
Клиническія явленія	287
Этіологія	289
Распознаваніе	290
Предсказаніе	297
Леченіе	297
VI. Аденомъ матки	298
VII. Бугорчатка матки	300
ГЛАВА XXV. Патологія мѣсячныхъ	305
1) Отсутствіе мѣсячныхъ	323

	стр.
2) Слишком обильныя мѣсячныя и маточное кровотеченіе во время мѣсячныхъ	328
3) Затрудненныя или болѣзненные мѣсячныя	332
a) Дисменорея нервная	332
b) Дисменорея конгестивная	333
c) Дисменорея органическая или механическая	335
d) Дисменорея перепончатая	345
ГЛАВА XXVI: Патологія связочнаго аппарата и брюшиннаго покрова матки	351
I. Патологія круглыхъ связокъ	351
II. Патологія брюшиннаго покрова матки и подбрюшинной соединительной ткани	355
1) Периметритъ	355
Патологическая анатомія	357
Клиническая картина	364
Этіологія	366
Распознаваніе	369
Предсказаніе	372
Леченіе	374
2) Параметритъ	378
Патологическая анатомія	379
Клиническая картина	381
Этіологія	389
Распознаваніе	390
Предсказаніе	391
Леченіе	392
3) Околomаточныя нарывы	393
Патологическая анатомія	393
Клиническая картина	394
Этіологія	397
Распознаваніе	398
Предсказаніе	399
Леченіе	400
4) Околomаточная кровяная опухоль	401
Патологическая анатомія	403
Клиническая картина	408
Этіологія	411
Распознаваніе	413
Предсказаніе	416
Леченіе	416
ГЛАВА XXVII: Патологія фаллопиевыхъ трубъ	422
Анатомическія замѣнанія	422
a) Пороки первоначальнаго развитія	424
b) Кровозиліянія фаллопиевой трубы	426
c) Воспаленіе трубъ	427
d) Водянка фаллопиевыхъ трубъ	429
e) Новообразованія фаллопиевыхъ трубъ	433
ГЛАВА XXVIII: Патологія яичниковъ	435
1) Пороки первоначальнаго развитія яичниковъ	440
2) Гиперемія и кровоизліяніе яичника	443
3) Воспаленіе яичника	445
a) Острое воспаленіе яичника	447
b) Хроническое воспаленіе яичника	455
4) Измѣненіе въ положеніи яичника	464
a) Грыжи яичника	465
b) Олушеніе яичника	467
5) Новообразованіе яичника	470
1) Кисты яичниковъ	471
Патологическая анатомія и патогенія кистъ яичника	472
Этіологія	492

	стр.
Распознаваніе	495
Леченіе кистъ яичника	513
Овариотомія	518
2) Дермовдныя кисты яичника	540
3) Плотныя новообразованія яичника	544
а) Карциномъ яичника	545
б) Фибромы яичника	546
в) Саркомъ яичника	548

akusher-lib.ru

ГЛАВНѢЙШІЯ ОПЕЧАТКИ.

ЧАСТЬ I.

<i>Стран.</i>	<i>Строки.</i>	<i>Напечатано.</i>	<i>Слѣдуетъ читать.</i>
II	8 сн.	гипотетическіе	полемигескіе
III	5 св.	порѣшить	намѣтить
—	22 »	откуда они	откуда они заимствованы
IV	6 »	личныя	лестныя
14	7 сн.	генекологія	гинекологія
20	15 св.	huprocatica	hiprocatica
32	4 сн.	въ одной	изъ одной
—	2 »	hyst.	hist.
35	11 »	одновременно	одновременно
—	5 »	которыя	которыя
36	12 и 19 сн.	Vigarous	Vigaroux
41	19 сн.	изедадь	издадь
44	8 »	акъ	какъ
52	10 св.	упомянуть	не упомянуть
56	13 сн.	1807	1878
72	24 св.	vergito	vertigo
—	31 »	сдѣланъ	срѣзанъ
85	7 сн.	удерживается	воздерживается
93	26 св.	(metronvictur)	(metronycter)
106	1 сн.	средство ни	средство это ни
115	8 св.	значительно	значительныя
117	23 »	но	то
124	10 сн.	conrant	cougant
—	3 »	внутреннемъ	наружномъ
125	14 »	и различныхъ щелочей.	и щелочей.
136	5 св.	oxyd. zinci	sulf. zinci
138	18 »	gr. jj	Œj
141	3 »	vulvae	vulvae
148	5 »	и умерла	не умерла
154	17 сн.	coitum	coitum
—	10 »	ежду зырѣ	же пузырь
156	24 св.	Каранкулы	Карункулы
157	1 сн.	останавливаться	останавливается
165	7 св.	бѣлехватыхъ	бѣлесоватыхъ

<i>Стран.</i>	<i>Строка.</i>	<i>Напечатано.</i>	<i>Слѣдуетъ читать.</i>
185	6 »	промежуточности	промежности
190	10 »	обильно	обильноо
191	3 сн.	Kiwisch'a	Kisch'a
197	22 св.	окрашеніе	окрашиваніе
—	24 »	быль	боль
203	5 сн.	скота	стока
227	5 »	дѣли	дѣло
233	1 св.	Глава XI	Глава XII
236	14 сн.	Frenid'a	Freund'a
300	20 св.	не благоприятно	не неблагопріятно
310	14 »	вымущить	выдущитъ
315	15 »	свящу	свищу
393	18 сн.	безполые	неполые
432	24 »	ячниковъ	ячничковъ
457	24 »	она редуцируетъ	онѣ редицируютъ
462	2 »	привнакъ	признакъ
465	11 св.	ее	его
500	17 »	спонитъ	спорить
501	4 »	оказанный	сказанный
525	2 »	безуспѣшнымъ	безуцѣшнымъ
—	5 сн.	матки	матки.
536	13 »	fullicularis	follicularis
545	12 »	Трохелорафія	Трахелорафія

ЧАСТЬ II.

2	22 св.	prolapsus	prolapsus
11	24 »	сокращеніе	срощеніе
13	21 сн.	то наклоненіе	наклоненіе
16	10 св.	замужество	замужество
24	24 »	prousa	profusa
29	20 »	не, рѣдко	нерѣдко
33	5 »	смѣщаемы	смѣщаемымъ
61	23 сн.	приобрѣтенные	врожденные
—	21 »	рѣже	чаще
81	23 »	фиг. 32	фиг. 34
—	9 »	фиг. 33	фиг. 35
83	4 »	фиг. 34	фиг. 36
84	12 »	фиг. 35	фиг. 37
—	8 »	фиг. 36	фиг. 38
—	5 »	сущность	сущностію
99	11 »	задней	передней
111	25 »	случая	случаевъ
126	7 св.	фиг. 37	фиг. 39
135	5 сн.	фигуру.	фигуру (см. фиг. 40)
140	11 »	фиг. 38	фиг. 41

<i>Стран.</i>	<i>Строка.</i>	<i>Напечатано.</i>	<i>Слѣдуетъ читать.</i>
141	17 сн.	фиг. 39	фиг. 42
160	9 »	отсываеъ	описываетъ
181	10 »	интерстиціальныя	интерстиціальныя
204	15 сн.	раціонально	не раціонально
228	12 »	клявовиднаго и загнутымъ	клявововидно изогнутымъ
250	10 сн.	раздѣля	отдѣля
259	31 св.	смертность рака	смертность отъ рака
276	17 »	на §j	на §iii
315	23 »	и Courty, по которымъ ин- траменструальный пе- риодъ равняется лунно- му мѣсяцу.	и Courty.
323	22 »	подъ этимъ именемъ	подъ именемъ
350	9 »	рожавшими	рожавшихъ
361	4 сн.	перитонеальнымъ	перитонеальнымъ
382	17 »	рѣдко	нерѣдко
387	26 св.	роговъ	боговъ
405	4 »	Впрочемъ	Впрочемъ
492	12 сн.	по отношенію	чѣмъ по отношенію
501	23 »	неподвижность	подвижность
515	21 св.	брюшинныя	брюшныя
534	30 сн.	счатьѣ	статьѣ