

Dr. G. Winter,

профессоръ гинекологіи въ Берлинѣ,

при сотрудничествѣ Dr. C. Ruge,

въ Берлинѣ.

---

УЧЕБНИКЪ

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ДІАГНОСТИКИ.

---

Съ 20 таблицами и 140 рисунками въ текстѣ.

---

*Qui bene diagnoscit, bene medebitur.*

---

Переводъ со **второго** дополненнаго нѣмецк. изданія

д-ра мед. **В. М. Островскаго.**

---

РУССКОЕ ИЗДАНИЕ **ВТОРОЕ.**

---

(Lehrbuch der Gynäkologischen Diagnostik von Dr. Georg Winter, a. o. Professor für Gynäkologie und Oberarzt an der Kgl. Universitäts-Frauenklinik in Berlin. Unter Mitarbeit von Dr. Carl Ruge in Berlin. Mit 20 Tafeln und 140 Textabbildungen).

---

С - ПЕТЕРБУРГЪ.

---

Изданіе журнала «Практическая Медицина» (В. С. Эттингеръ).

---

Казанская, 44.

1898.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 17 Января 1898 г.

Типографія В. С. Эттингера, Казанская, 44.

## Предисловіе.

Въ послѣднее десятилѣтіе гинекологическая діагностика получила сильный толчокъ впередъ. Особенно комбинированное изслѣдованіе, благодаря частой провѣркѣ пальпаторнаго результата при чревосвѣченіяхъ, достигло такой тонкости и увѣренности, что можетъ служить въ настоящее время надежной основой для діагноза; именно благодаря соединенному методу изслѣдованія, гинекологическая діагностика стала наукой и представляетъ особый довольно обширный предметъ преподаванія. Несмотря на то, что въ каждомъ учебникѣ по женскимъ болѣзнямъ удѣлено мѣсто и діагностикѣ, мы считаемъ вполне желательнымъ отдѣльное изложеніе этого предмета; помимо «Гинекологической діагностики» *Veit'a* (1890 и 1891), этотъ отдѣлъ гинекологіи не нашелъ себѣ обработки до сихъ поръ ни въ нѣмецкой, ни въ другихъ литературахъ.

Я взялъ на себя этотъ трудъ потому, что преподаю этотъ отдѣлъ вотъ уже восемь лѣтъ, занимался обстоятельно усовершенствованіемъ его и выработалъ форму изложенія, въ дидактической пригодности которой я уже не разъ убѣждался. Я старался придти на встрѣчу требованіямъ практическаго врача и посвятилъ особое вниманіе тѣмъ пунктамъ въ діагностикѣ, важность которыхъ обнаружилась во время моего многолѣтняго тѣснаго общенія съ моими слушателями изъ врачей. Такимъ образомъ составленіе моего учебника шло рука объ руку съ преподаваніемъ, и я надѣюсь, что принесу имъ пользу какъ учащемуся, такъ и врачу-практику.

Я удѣлилъ много мѣста микроскопической діагностикѣ, потому что все болѣе и болѣе убѣждаюсь въ ея значеніи. Къ великому моему удовлетворенію мнѣ удалось заручиться для обработки этихъ главъ сотрудничествомъ *Carl'a Ruge*, творца и усовершенствователя этого метода; такимъ образомъ его ученія и наблюденія, имѣющія огромную важность для практической гинекологіи, получаютъ теперь давно желательное закрѣпленіе въ печати.

О моихъ рисункахъ я долженъ замѣтить слѣдующее:

Микроскопическими рисунками я обязанъ моему товарищу *Gebhardy*; они представляютъ аутотипическую передачу его превосходныхъ микрофотографій и по своей абсолютной вѣрности дѣйствительности даютъ микроскописту самую твердую основу для діагноза.

Рисунки, представляющіе данныя ощупыванія, нанесены на *Schultze*'вскія схемы (получаемыя при помощи каучуковыхъ штемпелей) по точнымъ измѣреніямъ на живой и могутъ представлять пригодный для научныхъ цѣлей матеріалъ.

Рисунки для клише изготовлены по моимъ указаніямъ канд. мед. *Павломъ Richter*'омъ въ Берлинѣ.

*G. Hirzel* ю выражаю мою благодарность за его всегдашнюю готовность придти на встрѣчу моимъ желаніямъ, которая сдѣлала отрадной нашу совмѣстную работу.

Берлинъ, пасха 1896 г.

G. Winter.

### Предисловіе ко второму изданію.

Такъ какъ съ появленія въ свѣтъ перваго изданія прошло лишь полтора года, то мнѣ пришлось лишь немного измѣнить и дополнить въ немъ.

Книга переводится на итальянскій и испанскій языки.

Берлинъ, сентябрь 1897 г.

G. Winter.

## Общая діагностика.

Гинекологическое изслѣдованіе имѣетъ цѣлью опредѣлить то состояніе, въ которомъ находятся женскіе половые органы и граничащія съ ними образованія.

Для этого мы обладаемъ слѣдующими методами:

*наружное изслѣдованіе;*  
*внутреннее изслѣдованіе;*  
*соединенное изслѣдованіе;*  
*изслѣдованіе черезъ прямую кишку.*

Какъ вспомогательные методы примыкаютъ:

*зондированіе матки;*  
*примѣненіе влагалищныхъ зеркалъ;*  
*расширеніе и ощупываніе полости матки;*  
*примѣненіе микроскопа.*

### Наружное изслѣдованіе.

Наружное изслѣдованіе служитъ для опредѣленія тѣхъ измѣненій на половыхъ частяхъ и по соедѣству съ ними, кои развиваются поверхъ тазового входа: оно находитъ себѣ примѣненіе при большихъ опухоляхъ матки и яичниковъ, при прогрессировавшей беремености, при брюшной водянкѣ, при заболѣваніяхъ почекъ, селезенки и печени, при такъ наз. ложныхъ опухоляхъ, которыя обусловливаются тучностью и метеоризмомъ, и, наконецъ, для опредѣленія болѣзненнаго участка въ области брюшной полости.

Врачъ всегда долженъ начинать съ наружнаго изслѣдованія, иначе онъ рискуетъ просмотрѣть, напримѣръ, высоко лежащія опухоли яичниковъ или измѣненія въ верхней части брюшной полости, какъ, напр., блуждающія почки.

Наружное изслѣдованіе требуетъ подходящаго положенія больной, лучше всего на кушеткѣ съ нѣсколько приподнятой верхней частью туловища; животъ въ большинствѣ случаевъ долженъ быть обнаженъ.

*Наружный осмотръ* необходимъ лишь при болѣе значительномъ вздутіи живота и примѣняется главнымъ образомъ для опредѣленія извѣстныхъ характеристичныхъ измѣненій формы живота, каковыя образуются, напримѣръ, при асцитѣ и крупныхъ брюшныхъ опухоляхъ.

*Ощупываніе* есть самая важная часть наружнаго изслѣдованія. Оно производится обѣими руками, плашмя положенными на животъ, приче́мъ равномернымъ, легкимъ надавленіемъ, преимущественно концами пальцевъ, стараются опредѣлить разницу въ консистенціи опухоли и прилегающихъ кишекъ. Необходимое для правильнаго ощупыванія расслабленіе брюшныхъ стѣнокъ лучше всего достигается умѣреннымъ приподнятіемъ верхней части тѣла и сгибаніемъ ногъ; переполненіе кишечника должно быть заранѣе устраниено помощью слабительнаго. Для изслѣдованія опухолей, лежащихъ сбоку въ брюшной полости, умѣстно положеніе больной на противоположномъ боку, при этомъ кишки опускаются книзу и дѣлаютъ возможнымъ непосредственное ощупываніе опухоли.

*Выстукиваніе* является вспомогательнымъ методомъ для ощупыванія и примѣняется тогда, когда брюшныя стѣнки настолько толсты или напряжены, что ихъ нельзя влупить, или если опухоли такъ вялы, что границы ихъ не прощупываются; необходимо оно для констатированія свободной жидкости въ брюшной полости (ascites, кровь, гной). Суть перкуссіи заключается въ ограниченіи тимпаническаго звука желудка и кишекъ отъ пустого звука опухолей или накопленія жидкости. Всѣ опухоли, прилегающія къ брюшнымъ покровамъ, какъ твердыя, такъ и кистовидныя, даютъ притупленный звукъ, и лишь въ исключительныхъ случаяхъ получается тимпаническій тонъ, если въ опухоляхъ развиваются газы отъ гніенія, напр. во внѣматочномъ плодномъ мѣшкѣ, гидронефрозѣ, яичниковыхъ новообразованіяхъ. Притупленно-тимпаническій звукъ наблюдается при опухоляхъ, склеившихся съ кишками, при небольшомъ накопленіи жидкости между кишками, при воспалительныхъ и раковыхъ новообразованіяхъ, заложенныхъ между петлями кишекъ.

Выстукиваніе должно производиться по извѣстному плану. Лучше всего перкутировать отвѣсно къ искомой границѣ; послѣдняя большею частью имѣетъ концентрическое положеніе вокругъ пупка, такъ какъ большинство крупныхъ опухолей занимаютъ срединное положеніе, а асцитъ ограничивается параллельно къ плоскости горизонта. Начинаютъ постукиваніе съ высшаго пункта на животѣ, такъ какъ здѣсь прежде всего можно ожидать найти притупленіе при опухоляхъ и тимпанію при водянкѣ; затѣмъ перкутируютъ вверхъ къ мечевидному отростку, внизъ къ лонному сочлененію, въ стороны къ области почекъ и при надобности еще по нѣкоторымъ промежуточнымъ радіусамъ. Выстукивать надо тихо, иначе легко получается созвучіе отъ кишекъ, которое измѣняетъ перкуторныя границы. При опухоляхъ пальпаторныя и перкуторныя границы должны большею частью совпадать.

*Выслушиваніе* находитъ себѣ приложеніе въ гинекологической діагностикѣ только лишь при отличительномъ распознаваніи беременности, для констатированія движеній и сердцебіенія плода и маточнаго шума. Для аускультации лучше всего пользоваться стетоскопомъ съ широкой воронкой, такъ какъ имъ легче уловить звуковыя явленія.

### Внутреннее изслѣдованіе.

Внутреннее изслѣдованіе производится введенными во влагалище пальцами, которыми мы стараемся опредѣлить измѣненія на влагалищѣ и влагалищной части матки. Подутно удастся неясно ощупать опухоли, прилежающія къ влагалищнымъ сводамъ, если онѣ исходятъ изъ надвлагалищной части шейки или околоматочной кѣтчатки или лежатъ въ Дугласовомъ пространствѣ; отъ податливости влагалищной стѣнки будетъ зависѣть возможность или невозможность опредѣлить съ надлежащей точностью свойства и границы этихъ опухолей.

Внутреннее изслѣдованіе образуетъ теперь лишь составную часть сочетаннаго изслѣдованія, поэтому, обследовавъ влагалище, тотчасъ-же кладутъ наружную руку на животъ и стараются обѣими руками ощупать органы, лежащіе поверхъ влагалищнаго свода. При абсолютной невозможности двойнаго изслѣдованія, влѣдствіе неподатливости брюшныхъ покрововъ, внутреннее изслѣдованіе сохраняетъ свое значеніе для гинекологической діагностики, какъ единственный методъ ощупыванія, такъ, напр., во многихъ случаяхъ перегиба матки назадъ.

**Комбинированное** (соединенное, сочетанное, двойное, наружно-внутреннее) изслѣдованіе. Подъ комбинированнымъ изслѣдованіемъ въ собственномъ смыслѣ мы понимаемъ ощупываніе внутреннихъ половыхъ органовъ со стороны влагалища и брюшныхъ покрововъ, въ болѣе широкомъ смыслѣ мы причисляемъ сюда также одновременное изслѣдованіе со стороны прямой кишки и брюшныхъ покрововъ и со стороны прямой кишки и влагалища.

Сочетанное изслѣдованіе со стороны влагалища и брюшныхъ покрововъ и есть настоящее гинекологическое изслѣдованіе и образуетъ основу гинекологической діагностики. Изученіе сочетаннаго изслѣдованія весьма трудно; начинающій стоитъ предъ нимъ, какъ предъ какой-то тайной; владѣющій же имъ можетъ ставить невѣроятно тонкіе пальпаторные діагнозы.

Для успѣшнаго выполненія соединеннаго изслѣдованія, должны быть соблюдаемы слѣдующія правила:

**Положеніе больной.** Положеніе при гинекологическомъ изслѣдованіи должно быть удобнымъ и приличнымъ для больной и допускать возможно болѣе точное ощупываніе тазовыхъ органовъ. Не всегда можно одинаково удовлетворить обоимъ требованіямъ; чѣмъ болѣе обращаютъ вниманіе на приличіе, тѣмъ болѣе неподходящимъ является положеніе для изслѣдованія. Наибольшее затрудненіе для соединеннаго изслѣдованія заключается въ напряженіи брюшныхъ покрововъ, зависящемъ отъ сокращенія заложенной въ нихъ мускулатуры. Чтобы по возможности ослабить напряженіе брюшныхъ стѣнокъ, надо, насколько возможно, сблизить точки прикрѣпленія мышцъ, т. е. нижній край грудной кѣтки съ верхнимъ краемъ таза. Исходя изъ этого основнаго положенія, надо больной придать такое положеніе, при коемъ туловище перегибается по передней своей поверхности;

это достигается приподнятіемъ верхней части тѣла и таза. Верхнюю часть туловища подпирають спинкой или подушкой и заботятся о томъ, чтобы голова покоилась неподвижно, такъ какъ всякое приподниманіе ея вызываетъ сильное напряженіе брюшныхъ покрововъ. Приближеніе верхняго конца таза производится посредствомъ сильнаго сгибанія ногъ въ тазобедренныхъ суставахъ; чѣмъ болѣе ноги пригибаются къ животу, тѣмъ болѣе приподымается тазъ и тѣмъ болѣе расслабляются брюшные покровы. Но сильное приподнятіе ногъ именно придаетъ положенію неприличный характеръ, поэтому въ полности воспользоваться этимъ принципомъ можно только подъ наркозомъ.

По этимъ правиламъ должно быть устроено ложе для изслѣдованія. Если изслѣдуютъ на дому у больной, то приходится довольствоваться кроватью или кушеткой. Верхняя часть туловища, приподнятая приблизи-



Рис. 1. Кресло для изслѣдованій  
*Veit-Schröder'a.*

тельно до половины прямого угла, должна покоиться безъ всякаго активнаго напряженія; затѣмъ велеть больной притянуть ноги къ животу, голени поставить почти отвѣсно, а бедра сильно отвести. Это положеніе удобно и для врача, и для больной и допускаетъ въ достаточной мѣрѣ ощупываніе внутреннихъ половыхъ органовъ. Изслѣдуя гинекологическую больную у себя на приѣмѣ, надо также обращать величайшее вниманіе на удобства для больной и на соблюденіе приличія. Диванъ <sup>1)</sup> (софа) для изслѣдованія несомнѣнно лучше всего отвѣчаетъ всѣмъ требованіямъ; на

немъ можно прекраснѣйшимъ образомъ производить наружное изслѣдованіе въ достаточной мѣрѣ и комбинированное изслѣдованіе (при соответственномъ приподнятій верхней части тѣла и сгибаніи ногъ), можно зондировать, вводить цилиндрическія зеркала, массировать, прижигать и т. д.; поэтому въ общемъ можно настоятельно рекомендовать примѣненіе софы для изслѣдованія, но для всѣхъ случаевъ она не достаточна. Если надо сильнѣе пригнуть ноги или приподнять тазъ съ цѣлью расслабить брюшныя стѣнки, если изслѣдованіе на софѣ не даетъ надежныхъ результатовъ, или если надо ввести *Simon'*овскія зеркала, тогда приходится уложить больную на кресло для изслѣдованія. Наиболѣе подходит для практическихъ цѣлей кресло *Veit-Schröder'a* (рис. 1), которому можно придать менѣе пугающій видъ обивкою изъ плиса и кружевъ.

Кишки мѣшаютъ изслѣдованію даже при умѣренномъ наполненіи; если приподнять тазъ, помощью-ли подушки или сильнаго пригибанія ногъ къ

<sup>1)</sup> *Dührssen* очень въсхваляетъ удобства низкаго дивана *Thure Brandt'a* (см. рис. 8 его «*Vademecum*»).

животу (крестцово-спинное положеніе), то кишки опускаются на грудобрюшную преграду и допускають болѣе свободное ощупываніе половых органовъ. Того же эффекта можно добиться для одной стороны, если поднять одну половину таза.

*Sims'*овское боковое положеніе не годится для соединеннаго изслѣдованія, зато допускаеть иногда лучшей осмотръ зеркаломъ передней влагалищной стѣнки и *portio*nis vaginalis. Кольнолоктевое положеніе совершенно не пригодно для изслѣдованія, къ тому же неприлично; имъ иногда пользуются въ гинекологіи, для вправленія ущемленныхъ опухолей. Къ изслѣдованію больной въ стоячемъ положеніи прибѣгаютъ лишь при распознаваніи выпаденій, такъ какъ при этомъ легче всего можно себѣ составить понятіе, насколько рукавъ и матка смѣщаются при стоянніи, т. е. при обыденныхъ занятіяхъ пациентки; о формѣ и степени отвислости живота тоже лучше всего можно себѣ составить сужденіе на стоящей.

**Подготовленіе живота.** Для соединеннаго изслѣдованія корсетъ долженъ быть во всякомъ случаѣ снятъ, всѣ стягивающіе шнурки развязаны, такъ чтобы животъ былъ свободенъ отъ давленія; тѣсно прилегающій корсетъ отдавливаетъ лежащія подъ нимъ брюшные покровы впередъ, такъ что вдавливаніе становится невозможнымъ. При первомъ изслѣдованіи, гдѣ требуется установить точный діагнозъ, не слѣдуетъ избавлять женщину отъ эгої, хотя и отнимающей время, процедуры. Далѣе животъ долженъ быть по возможности пустъ. Изслѣдованіе въ первые часы послѣ сытной ѣды встрѣчаетъ препятствіе въ наполненіи желудочно-кишечнаго канала и неприятно для больной; лучше отказаться отъ подобнаго изслѣдованія и пригласить больную на слѣдующій день; лучше всего изслѣдовать въ утренніе часы. Кишечникъ не долженъ быть вздутъ или переполненъ каломъ, особенно въ нижнихъ отдѣлахъ. Переполненіе прямой кишки дѣлаетъ почти невозможнымъ аккуратное изслѣдованіе и требуетъ назначенія клистира или отерочки изслѣдованія до слѣдующаго дня. Не слѣдуетъ желать опорожненія мочевого пузыря передъ первымъ изслѣдованіемъ, такъ какъ у большинства больныхъ можетъ понадобится изслѣдованіе уретры, пузыря и мочи.

Хотя въ общемъ безразлично, **какойъ рукойъ** производить внутреннее изслѣдованіе, однако почти всѣ гинекологи употребляютъ для этого лѣвую руку, вѣроятно на томъ основаніи, что она, какъ болѣе нѣжная и тонкая, болѣе пригодна для осязанія, правая же рука, какъ болѣе крѣпкая, скорѣе годится для надавливанія снаружи. Дома у больной врачъ при выборѣ руки руководствуется положеніемъ лежа для изслѣдованія, поэтому необходимо упражнять обѣ руки одинаково. Для ощупыванія маточныхъ придатковъ наиболѣе подходит одноименная рука, которую легче повернуть къ соответственной сторонѣ таза; тѣмъ не менѣе я считаю болѣе правильнымъ и правую половину таза изслѣдовать лѣвой рукойъ, такъ какъ это избавляетъ отъ необходимости мѣнять руку; особенно если стать по лѣвую сторону больной, то это удастся вполнѣ.

**Одинъ или два пальца?** Изслѣдованіе однимъ пальцемъ несомнѣнно пріятнѣе для больной, такъ какъ при этомъ менѣе растягивается влагалищный входъ; но два пальца даютъ существенно болѣе полный результатъ изслѣдованія: двумя пальцами можно гораздо выше проникать, благодаря болѣе длинѣ средняго пальца, осязательная поверхность больше; далѣе, раздвигая оба пальца, можно одновременно изслѣдовать въ двухъ различныхъ мѣстахъ, можно составить себѣ сужденіе о размѣрахъ ощупываемыхъ тѣлъ, сравнивать, пробовать флюктуацію. Благодаря всѣмъ этимъ преимуществамъ, ощупываніе двумя пальцами позволяетъ ставить гораздо болѣе вѣрные діагнозы. Я видалъ большое число діагностическихъ ошибокъ отъ изслѣдованія однимъ пальцемъ. Можно изслѣдовать и нерожавшихъ женщинъ двумя пальцами настолько бережно, чтобы онѣ этого и не чувствовали; лишь при цѣлости дѣвственной плевы, при узкомъ и чувствительномъ introitus я ввожу одинъ палецъ.

**Неподатливость брюшныхъ стѣнокъ** является препятствіемъ для ощупыванія, преодоленіе котораго требуетъ спокойствія со стороны больной, ловкости и большого терпѣнія со стороны врача. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ виною этому сильное накопленіе жира или отекъ, сокращеніе мышцъ или сильное напряженіе брюшныхъ покрововъ при крупныхъ опухоляхъ и водянкѣ. Гораздо чаще затрудненіе заключается въ неумѣннн больной расслабить свои брюшныя стѣнки, ибо страхъ и волненіе, стыдливость, боязнь боли лишаетъ ихъ необходимаго для этого спокойствія. Психическое успокоеніе больной лучше всего устраняетъ это препятствіе; чѣмъ спокойнѣе и мягче держится врачъ, тѣмъ спокойнѣе становится больная; всякій укоръ ухудшаетъ дѣло, всякое ободрительное слово, всякая похвала успокаиваетъ. Иныя больныя совершенно не понимаютъ, какъ расслабить брюшныя покровы; стараюсь сдѣлать это, онѣ все больше ихъ напрягаютъ. Легче всего можно добиться цѣли, если заставить пациентку считать, а потомъ равномерно дышать съ раскрытымъ ртомъ. Мѣстное успокоеніе мускулатуры можетъ быть достигнуто прикладываніемъ руки или поглаживаніемъ, или же стараются массирующими движеніями постепенно проникнуть въ глубину. Легче удастся преодолѣть напряженіе, если съ каждымъ выдоханіемъ нѣсколько глубже вдавливать наружную руку, а при слѣдующемъ вдыханіи удерживать достигнутое. Такимъ образомъ постепенно добиваются до матки. Довольно часто случается однако, что вопреки всѣмъ стараніямъ первое изслѣдованіе остается безуспѣшнымъ; второе или третье изслѣдованіе уже скорѣе ведетъ къ цѣли, и разъ больныя приобрѣли довѣріе къ врачу и его изслѣдованію, онѣ больше не причиняютъ затрудненій. Отнюдь не пѣлесообразно растягивать первое изслѣдованіе до тѣхъ поръ, пока не будетъ добытъ вѣрный діагнозъ; я считаю гораздо болѣе правильнымъ не запугивать больной чрезмѣрно долгимъ и болѣзненнымъ изслѣдованіемъ. Конечно, надо при первомъ же изслѣдованіи получить хоть приблизительное понятіе о положеніи дѣла а главное тотчасъ распознать злокачественныя заболѣва-

нiя; а затѣмъ лучше повторить изслѣдованіе черезъ 1 — 2 дня, послѣ вздлежащаго подготовленія больной, тогда гораздо легче добьемся діагноза и часто совсѣмъ иного; особенно можно рекомендовать такой образъ дѣйствія въ болѣе сложныхъ случаяхъ.

**Изслѣдованіе подъ хлороформнымъ наркозомъ** есть превосходное вспомогательное орудіе гинекологической діагностики. Полное расслабленіе брюшныхъ покрововъ и возможность примѣнить болѣе сильное надавливаніе допускають весьма обстоятельное ощупываніе внутреннихъ половыхъ органовъ. Такъ какъ у женщинъ усыпленіе легко удастся и болѣею частью безопасно, то можно не такъ скупиться на хлороформный наркозъ, прибѣгая къ нему тогда, когда требуется опредѣлить оперируемость рака матки, характеръ фиксацій перегнутой назадъ матки, установить детальную діагностику опухоли. Можно рекомендовать каждому оператору, какъ золотое правило, предъ каждымъ чрезвѣщеніемъ производить изслѣдованіе въ наркозѣ, тогда иная ошибка будетъ раскрыта еще во-время. Съ другой стороны, не надо быть черезчуръ щедрымъ съ хлороформнымъ наркозомъ, взвѣсивая важность ожидаемаго результата и тѣ опасности и неприятности, которыя влечетъ за собою всякій наркозъ. Для малоопытнаго опасность наркоза лежитъ еще въ соблазнѣ чрезмѣрнаго надавливанія руками при изслѣдованіи, что часто ведетъ къ обостренію воспалительныхъ состояній, разрыву *ruosalpinx'a* и внѣматочнаго плоднаго мѣшка.

**Техника двойного изслѣдованія.** Комбинированному изслѣдованію должно предшествовать обеззараженіе вводимой руки. Руку моють мыломъ, щеткой и водой, особенно концы пальцевъ и ногтевое пространство. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ приходится прикасаться къ свѣжимъ ранамъ (выкидышъ), присоединяють еще дезинфекцію сулемой (1 : 1000); въ обеззараженіи больной нѣтъ надобности. Руки обсушиваютъ и смазываютъ концы примѣняемыхъ для изслѣдованія пальцевъ вазелиномъ или борнымъ глицеринъ-лаволиномъ<sup>1)</sup>. Врачъ, изслѣдующій на дому у больной, беретъ съ собою жестянку съ двумя щетками, сулемовыя лепешки и банку съ борнымъ глицеринъ-лаволиномъ. Больную укладываютъ вышеописаннымъ образомъ, заботясь, чтобы она не напрягала ни одной группы мышцъ и нигдѣ не придерживалась: лучше всего помѣстить обѣ руки ея на желудокъ<sup>2)</sup>; платьевъ не приподымають вверхъ. Врачъ садится сбоку (слѣва) отъ больной и вводитъ подъ платьями (лѣвую) руку во влагалище. Если больная лежитъ на креслѣ для изслѣдованія, то врачъ становится между ногъ больной, ставитъ ногу на ступеньку и опирается локтемъ изслѣдующей руки о свое бедро. За-

<sup>1)</sup> На основаніи личнаго опыта мы можемъ рекомендовать примѣненіе глицерина (чистаго или борнаго, карболоваго) для этой цѣли, такъ какъ онъ легко смывается, что весьма важно при необходимости изслѣдовать многихъ женщинъ подрядъ, между тѣмъ какъ вазелинъ и проч. жирныя смазки отмываются съ трудомъ. *Veit* (Діагностика женск. болѣзн. 1892 г., стр. 15) вводитъ палецъ не смазаннымъ начѣмъ.

<sup>2)</sup> Мы не видимъ причины, почему-бы не вытянуть ихъ вдоль тѣла.

тѣмъ раскрывая introitus большимъ пальцемъ, вводятъ дѣвмый указательный палецъ въ вульву, отдавливая ютъ имъ промежность и медленно всовываютъ слегка согнутый средній палецъ во влагалище, избѣгая всегда чувствительнаго валика мочеиспускательнаго канала, потомъ поворачиваютъ руку такъ, чтобы ладонная поверхность пальцевъ лежала на передней стѣнкѣ рукава; четвертый и пятый пальцы держать пригнутыми къ ладони или вытянутыми по промежности. Начинаящiе часто жалуются на короткіе



Рис. 2. Положеніе руки при соединенномъ изслѣдованіи матки.  $\frac{1}{2}$ .

пальцы, между тѣмъ какъ они еще не научились эксплуатировать всю длину пальцевъ. Одновременно съ внутреннимъ оцупываніемъ медленно накладываютъ правую руку, которая должна быть теплой и сухой, на нижнюю часть живота. Двойное изслѣдованіе состоитъ теперь въ томъ, чтобы обхватить половые органы между наружной и внутренней рукой; при этомъ не слѣдуетъ ни приподымать ихъ изнутри, ни низдавливаетъ снаружи. Внутренняя рука отдавливаетъ слегка переднюю влагалищную стѣнку вверхъ, между тѣмъ какъ наружная рука, обращенная концами пальцевъ къ пупку, медленно вдавлиываетъ брюшные покровы, оттѣсняя кишки въ стороны, пока не почувствуется половые органы или внутренние пальцы (рис. 2).

#### Изслѣдованіе черезъ прямую кишку.

Изслѣдованіе со стороны прямой кишки предпринимается тогда, когда влагалищный входъ закрытъ, сильно суженъ дѣвственной плевой

или настолько болезненъ вследствие катарра и вагинизма, что нельзя ввести палецъ. Неподатливую и ригидную влагалищную стѣнку трудно отѣснить вверхъ настолько, насколько требуется для ощупыванія матки и ея придатковъ, между тѣмъ какъ мягкая, податливая, прямокишечная стѣнка допускаетъ такое въ болѣе удовлетворительной степени. Особенное значеніе приобретаетъ исследование *per rectum* во всѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ заболѣваніями въ заднемъ отдѣлѣ параметрія, въ Дугласовомъ пространствѣ и *septum recto-vaginale*; при распознаваніи раковыхъ и воспалительныхъ уплотнѣній въ околоматочной кѣлѣтчаткѣ, при выпотахъ, крововизліяніяхъ и опухоляхъ въ *Douglas'*овомъ пространствѣ,

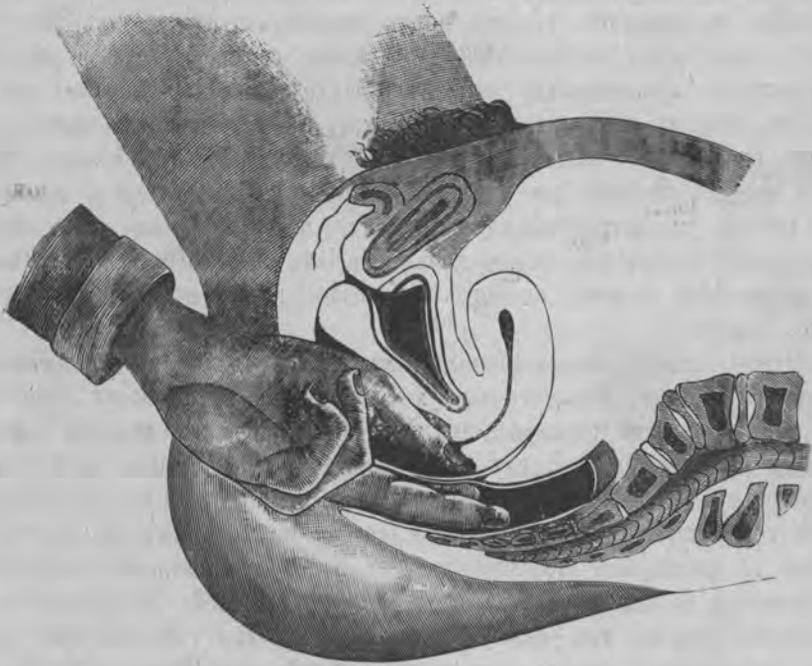


Рис. 3. Положеніе руки при соединенномъ прямокишечно-влагалищномъ исследованіи.  $\frac{1}{3}$ .

при измѣненіяхъ на задней маточной стѣнкѣ мы настоятельно рекомендуемъ исследование черезъ прямую кишку. Исследование однимъ пальцемъ достаточно при заболѣваніяхъ въ окружности нижняго отдѣла прямой кишки, между тѣмъ какъ при опухоляхъ, помѣщающихся на высотѣ шейки, точное исследование возможно лишь при условіи введенія двухъ пальцевъ въ прямую кишку, а это возможно только подъ наркозомъ. Введеніе всей руки въ прямую кишку, какъ это предложилъ *Simon*, оставлено, такъ какъ признано излишнимъ и опаснымъ. Съ исследованиемъ *per rectum* лучше всего соединять всегда введеніе большого пальца во влагалище; этимъ путемъ мы можемъ контролировать всѣ ощупываемыя со стороны прямой кишки опухоли (напр. *portio vaginalis*) и получить болѣе пра-

вильное представлѣніе о топографіи; въ то же время можно *комбинированно* изслѣдовать задніе отдѣлы параметрія и *septum recto-vaginale* <sup>1)</sup> (рис. 3).

Производство этого превосходнаго способа изслѣдованія требуетъ, чтобы прямая кишка была пуста. Оба пальца вводятъ въ прямую кишку осторожно, чтобы не причивить трещинъ, расправляютъ обѣ лежащія другъ на другѣ кишечныя стѣнки, продвигаютъ пальцы черезъ *Kohl-rausch*'овскую складку, и тогда мы находимся на высотѣ шейки и тазовой клѣтчатки.

**Изслѣдованіе со стороны пузыря**, если рѣчь не идетъ о болѣзняхъ самого пузыря, можетъ понадобиться лишь крайне рѣдко, такъ какъ соедѣнную съ пузыремъ область можно вполнѣ ощупать со стороны рукава. Лишь тогда, когда нужно опредѣлить отношеніе пузыря къ непосредственно прилежающимъ къ нему опухолямъ и выпотамъ въ *perimetrium anterius* или *sacrum praerperitoneale*, а главное если должно слѣдовать оперативное вмѣшательство, необходимо войти въ пузырь. Для этого вводятъ катетеръ или маточный зондъ съ толстой головкой и можно ими вполнѣ удовлетворительно опредѣлить положеніе, емкость пузыря, выпячиваніе внутрь его стѣнки подъ вліяніемъ опухолей и проч. Лишь въ чрезвычайныхъ рѣдкихъ случаяхъ необходимо ввести въ пузырь, вмѣсто зонда, палецъ.

Чтобы сдѣлать это возможнымъ, надо *расширить мочеиспускательный каналъ*. Для этого пользуются уретральными зеркалами *Simon*'а или *Negar*'овскими расширителями, начиная съ толщины катетера и доходя до толщины пальца; ихъ обезпложиваютъ вывариваніемъ и вводятъ медленно и осторожно по номерамъ. Если *orificium urethrae ext.* оказываетъ сопротивленіе, то расщепляютъ его съ обѣихъ сторонъ на  $\frac{1}{2}$  стм.; вслѣдъ за послѣднимъ номеромъ вводятъ тотчасъ палецъ. По окончаніи изслѣдованія выполаскиваютъ пузырь и уретру сулемой (1 : 10.000) и зашиваютъ разрѣзъ или разрывъ у отверстія уретры. Изслѣдованіе пузыря цистоскопомъ даетъ возможность вполнѣ опредѣлить смѣщенія и измѣненіе пузырной стѣнки подъ вліяніемъ прилежащихъ опухолей, и поэтому ощупываніе пузыря для этихъ цѣлей стало почти совершенно излишнимъ.

Объ изслѣдованіи самого пузыря и уретры см. ниже.

### Маточный зондъ.

Маточный зондъ (рис. 4) представляетъ собою металлическій пруть, длиною около 30 стм.; онъ снабженъ широкой рукояткой съ нарѣзками на верхней сторонѣ, дающими возможность узнать положеніе зонда въ маткѣ, пуговчатымъ утолщеніемъ на верхнемъ концѣ, 2—3 миллим. въ

<sup>1)</sup> *Д. О. Оттъ* рекомендуетъ при комбинированномъ изслѣдованіи *per rectum et per vaginam* вводить указательный палецъ во влагалище, а средній въ прямую кишку.  
Прям. перев.

поперечникѣ, во избѣжаніе поврежденія маточной стѣнки. На выпуклой сторонѣ зонда нарѣзаны дѣленія на сантиметры, а въ 7 см. отъ головки имѣется кольцо, по удаленію котораго отъ зѣва можно судить, лежить-ли зондъ въ полости матки, или онъ еще находится въ шейкѣ. Зондъ долженъ быть сдѣланъ изъ гибкаго металла, дабы можно было придавать ему надлежащую кривизну для всякой формы матки.

Зондированіе должно производиться при строго асептическихъ предосторожностяхъ. Зондъ долженъ предъ каждымъ употребленіемъ вывариваться, и надо по возможности избѣгать занесенія влагалищныхъ зародышей въ свободную обыкновенно отъ микроорганизмовъ полость матки. Правда, микробы влагалища и шейки безвредны для живой ткани, но, попадая на раны или способный къ разложенію матеріалъ, они могутъ вызвать зараженіе; во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда въ маткѣ находится омертвѣвающая ткань (выкидышъ, полипъ, ракъ), или когда предстоитъ оперативное вскрытіе маточной полости (удаленіе міомы), лучше совершенно отказаться отъ зондированія или, по крайней мѣрѣ, производить оное съ большою осторожностью. Вѣрнѣе всего можно избѣгнуть зараженія маточной полости, если вводить зондъ въ шейку съ помощью зеркала.

*Техника* зондированія трудна; ее слѣдовало бы основательно изучать на всѣхъ гинекологическихъ курсахъ не только потому, что маточный зондъ важный для діагностики инструментъ, но и потому, что на подобіе его вволятся всѣ инструменты, примѣняемые для внутриматочной терапіи.

Для зондированія больную укладываютъ, какъ для гинекологическаго изслѣдованія, затѣмъ вводятъ въ рукавъ два пальца и приставляютъ ихъ къ задней губѣ. Затѣмъ захватываютъ рукоятку зонда между большимъ и указательнымъ пальцемъ правой руки и даютъ зонду скользить по введеннымъ пальцамъ до port. vagin. (рис. 5), внутренней указательный палецъ направляетъ пуговку зонда въ каналъ шейки. Начинаящимъ это большею частью удается съ трудомъ, такъ какъ зондъ то и дѣло ускользаетъ во влагалищный сводъ, поэтому внутренніе пальцы должны все время лежать у маточнаго зѣва и контролировать конецъ зонда. Если зондированіе не удастся изъ-за узости зѣва, то вставляютъ послѣдній въ зеркалъ и вводятъ зондъ подъ контролемъ глаза. Когда зондъ проникъ въ шеечный каналъ, его медленно продвигаютъ, пока не натолкнутся на сопротивленіе задней стѣнки; затѣмъ, опустивъ рукоятку на промежность, продолжаютъ медленно подвигать зондъ впередъ, причѣмъ онъ проскальзываетъ въ полость матки, послѣдняя выпрямляется при этомъ на 20 — 30°



Рис. 4.  
Маточный зондъ. 1/2.

(рис. 6). Следовательно, для того чтобы зондирование удалось, необходима известная подвижность матки. Весьма часто зонд застрѣваетъ въ складкахъ слизистой оболочки шейки или у внутреннего зѣва; нерѣдко вырываетъ тогда болѣе толстый зондъ. Универсальнымъ же средствомъ при затруднительномъ прохожденіи зонда черезъ шейный каналъ является оттягиваніе внизъ влагалищной части помощью пулевыхъ щипцовъ; при

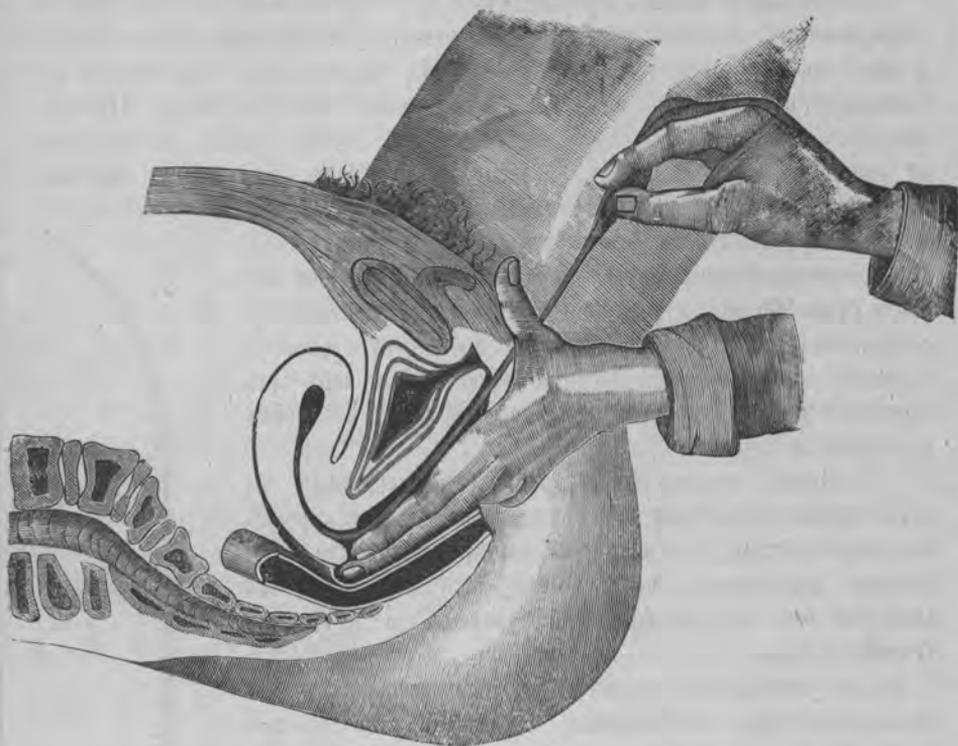


Рис. 5. Введеніе маточнаго зонда въ каналъ шейки.  
(Первый актъ зондированія).  $\frac{1}{2}$ .

этомъ складки слизистой оболочки разглаживаются, уголь у внутреннего зѣва выравнивается, такъ что зондъ легко проникаетъ въ полость матки. Пулевые щипцы удерживаютъ мизинцемъ правой руки и такимъ образомъ обходятся безъ помощника.

Техника зондированія нѣсколько видоизмѣняется при неправильномъ положеніи матки. При остроугольномъ загибѣ впередъ надо придать зонду сильную кривизну и низвести влагалищную часть пулевыми щипцами. Всего легче зондъ вводится при наклоненіи матки назадъ, такъ какъ влагалище, каналъ шейки и полость матки образуютъ тогда прямую линію; зондъ вводятъ, не опуская рукоятки. При *retroflexio uteri* зондъ вводятъ, какъ обыкновенно, въ каналъ шейки, затѣмъ поворачиваютъ его вогнутостью къзади и, приподнимая рукоятку, даютъ ему скользить въ матку. На этомъ основаніи зондированію должно всегда предшествовать опредѣ-

леніе положенія матки. Самымъ важнымъ требованіемъ для удачнаго зондированія является легкая и спокойная рука; мы должны, ловко манипулируя, провести зондъ по каналу безъ всякаго насилія.

Употребленіе маточнаго зонда не лишено *опасностей*. Маточнымъ зондомъ мы можемъ вызвать *зараженіе* не столько вслѣдствіе загрязненія самого инструмента, сколько вслѣдствіе занесенія зародышей изъ рукава въ полость матки и прививки ихъ въ маленькія ранки слизистой оболочки; поэтому мы должны стараться путемъ осторожнаго манипулированія избѣгать пораненія слизистой оболочки; если же послѣ зондированія появляется кровотеченіе, то лучше обеззаразить матку. Больше всего принято опасаться

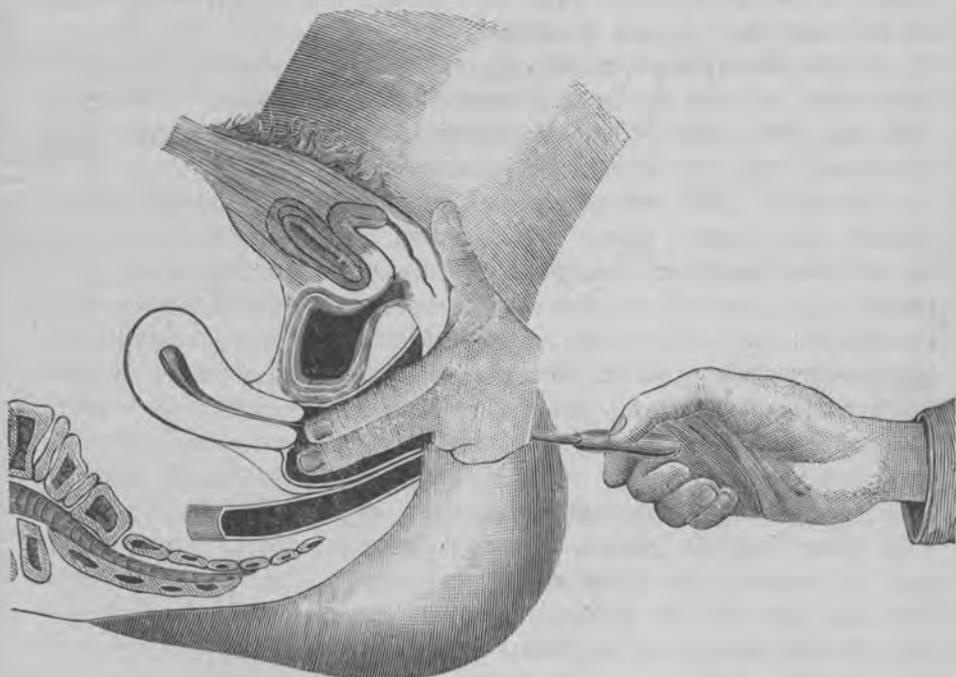


Рис. 6. Проскальзываніе зонда въ полость матки.  
(Второй актъ зондированія).  $\frac{1}{2}$ .

*прободенія* матки. Поверхностные надрывы слизистой оболочки не рѣдки и при осторожномъ употребленіи зонда; напротивъ, въ вещество матки, если оно имѣетъ нормальную плотность, зондъ нелегко проникаетъ. Если же мускулатура матки подверглась размягченію вслѣдствіе жирового перерожденія въ послѣродовомъ періодѣ или подъ вліяніемъ злокачественныхъ новообразованій, если матка атрофирована, если при міомахъ стѣнка матки сильно утончена, тогда часто достаточно небольшого усилія, чтобы проткнуть маточную стѣнку. При такихъ условіяхъ необходимо весьма медленное введеніе зонда; какъ только чувствуютъ, что зондъ проникаетъ въ паренхиму, его извлекаютъ назадъ; правда, часто зондъ проникаетъ черезъ стѣнку и исчезаетъ во влагалищѣ до рукоятки безъ того, чтобы

мы почувствовали малѣйшее сопротивленіе. Прободеніе матки зондомъ почти всегда безопасно; лишь тогда, когда въ маткѣ находятся разложившіяся массы, можетъ присоединиться перитонитъ. Если послѣдовала перфорация, то больной назначаютъ на нѣсколько дней покой и даютъ ей немного опія. Порядочныя *кровоотеченія* при зондированіи не составляютъ рѣдкости; легче всего они наступаютъ при эндометритическихъ разрошеніяхъ, при рактѣ, при *subinvolutio uteri*. Опаснымъ кровотеченіе можетъ стать при зондированіи матки, содержащей остатки выкидыша или плаценты; я неоднократно наблюдалъ въ такихъ случаяхъ, даже при осторожномъ манипулированіи, обильныя кровотеченія, которыя удавалось остановить только посредствомъ тампонаціи шейки; надо поэтому остерегаться зондированія при большой и мягкой маткѣ.

И такъ, зондированіе не есть индифферентное вмѣшательство, и поэтому надо къ нему прибѣгать возможно рѣже; оно не есть необходимая составная часть всякаго гинекологическаго изслѣдованія и должно предприниматься лишь по опредѣленнымъ показаніямъ.

Маточный зондъ всего болѣе необходимъ при изслѣдованіи маточной полости; онъ служитъ прежде всего для того, чтобы опредѣлить *вмѣстительность маточной полости* и отсюда судить о расслабленіи маточныхъ стѣнокъ или растяженіи ея полости ненормальнымъ содержимымъ. Нормальная полость матки допускаетъ лишь небольшіе размахи головки зонда при поворачиваніи рукоятки, между тѣмъ какъ въ расширенной полости зондъ можно легко двигать во все стороны и повертывать его вокругъ продольной оси; также и чрезмѣрно малую полость можно узнать потому, что она допускаетъ лишь совершенно незначительныя движенія зонда. *Ощупываніе внутриматочныхъ опухолей* гораздо труднѣе, чѣмъ можно было бы думать. Мягкіе полипы, сидящіе на тонкой ножкѣ, легко ускользаютъ отъ зонда и не прощупываются имъ; легче распознаются, какъ выступъ на внутренней стѣнкѣ, подслизистыя міомы плотной консистенціи, сидяція на широкомъ основаніи. Я не разъ убѣждался, что даже крупныя, плотныя опухоли, выполняющія полость матки, не распознаются зондомъ съ достаточной достовѣрностью. Поэтому не слѣдуетъ слишкомъ много довѣрять зондированію въ данномъ пунктѣ, а лучше при подозрѣніи на полипы расширить шеечный каналъ и ощупать полость матки пальцами.

Довольно надежныя результаты зондированіе даетъ при *изслѣдованіи эндометрія*; констатированіе *шероховатостей* на немъ есть главная задача для зонда, который чувствуетъ ихъ лучше, нежели введенный палецъ. Нормальная слизистая оболочка матки даетъ ощущеніе гладкой, обнаруживая лишь отдѣльныя неровности у дна; при переходѣ изъ одного рога въ другой чувствуютъ часто середину дна, какъ выступающій гребешокъ. Явственно констатируемыя шероховатости всегда патологичны; онѣ встрѣчаются при раковыхъ измѣненіяхъ слизистой оболочки, при *endometritis fungosa*, при задержкѣ мелкихъ частей аборта. Ощущать не-

ровности не легко; держа внутренніе пальцы у влагалищной части, продвигаютъ зондъ до дна, плотно прижимаютъ его и поворачиваютъ нѣсколько разъ или скользятъ имъ по стѣнкамъ и угламъ матки взадъ и впередъ; лишь тогда, когда мы увѣрены въ томъ, что пуговка зонда касается стѣнки, мы можемъ судить, есть-ли шероховатости, или нѣтъ. Судить по неровности о характерѣ разрошенія не удастся съ увѣренностью. Далѣе можно зондомъ *испытывать болѣзненность эндометрія*. Здоровый эндометрій при осторожномъ дотрогиваніи безболѣзненъ; только чувствительныя, нервныя особы жалуются и тутъ часто на боли, особенно при прохожденіи зонда черезъ внутренній зѣвъ. Если у терпѣливыхъ женщинъ всякое прикосновеніе къ слизистой оболочкѣ вызываетъ боли или даже судорожныя сокращенія матки, то мы вправѣ предположить воспаленіе. Довольно трудно иногда отличить пери- или параметритическую боль отъ эндометритической. Первая возникаетъ, если зондъ, при прохожденіи черезъ шейку, смѣщаетъ ее кпереди, теребя такимъ образомъ воспалительныя тяжи, проходящіе позади матки, или если, при проскальзываніи зонда въ полость матки, послѣдняя, выпрямляясь, теребитъ срощенія, лежащія спереди матки. Лишь тогда, когда, при вполне свободной окружности матки и избѣганіи всякаго смѣщенія ея, осторожное прикосновеніе къ слизистой оболочкѣ вызываетъ всегда боль, можно говорить объ эндометритической чувствительности; она выражается болѣею частью въ видѣ судорожной боли внизу живота или у пупка. Зондъ служитъ также для опредѣленія *суженій въ каналъ шейки и тѣла матки*. Нормальнымъ образомъ наружный и внутренній зѣвъ легко проходимы для пуговки зонда, толщиной въ 2—3 мм. Не всякое препятствіе при введеніи зонда слѣдуетъ принимать за суженіе, неопытный изслѣдователь легко запутывается въ складкахъ шейки. Лишь тогда, когда при оттягиваніи шейки внизъ пулевыми щипцами всегда застрѣваютъ на одномъ и томъ же мѣстѣ или чувствуютъ, что зондъ определенное мѣсто проходить съ трудомъ, можно предположить стенозъ; гораздо болѣе рѣдкія суженія въ полости матки также сказываются въ видѣ препятствія при продвиганіи зонда.

Въ зондѣ мы обладаемъ, кромѣ того, важнымъ подспорьемъ для распознаванія заболѣваній матки, которыя ведутъ къ *укороченіямъ, удлиненіямъ и смѣщеніямъ* органа. Въ общемъ эти состоянія опредѣляются ощупываніемъ, но не всегда съ желательной точностью; въ такихъ случаяхъ выручаетъ маточный зондъ. Прежде всего онъ можетъ помочь *отыскать матку*, если ее нельзя ощупать изъ-за непомѣрной толщины брюшныхъ покрововъ или скрытаго положенія ея между опухолями; тогда судятъ о положеніи матки по направленію зонда или отмѣчаютъ себѣ дно матки, ощупывая снаружи пуговку зонда. Въ такихъ случаяхъ надо зондировать съ особенной осторожностью, такъ какъ мы не знаемъ направленія полости матки и легко можемъ причинить поврежденія.

Случай 1. Несмотря на осторожность, мнѣ случилось разъ, отыскивая матку, лежавшую возлѣ межъяичной кистовидной опухоли, проникнуть зондомъ черезъ истонченную стѣнку матки въ опухоль.

Чаще всего зондъ употребляется для *измѣренія полости матки* и опредѣленія отсюда ея величины. Тщательнымъ ощупываніемъ можно безъ труда распознать уменьшенія и увеличенія матки; но въ виду различной толщины стѣнокъ, результатъ часто остается неточнымъ. Сравнивая данныя двойного изслѣдованія съ длиною, полученною при зондированіи, легче всего можно себѣ составить сужденіе о длинѣ матки и толщинѣ стѣнокъ. Такимъ именно образомъ поступаютъ при міомахъ, хроническомъ метритѣ, атрофіи. *Толщину стѣнки* матки легко опредѣлить, стараясь прощупать лежащій въ маткѣ зондъ; этимъ путемъ можно распознать маленькія міомы въ маточной стѣнкѣ. Изрѣдка можно воспользоваться зондомъ, чтобы убѣдиться въ наличности *сращеній при перегибѣ матки назадъ*; введенный зондъ повертываютъ и стараются приподнять матку; подвижная матка легко повинуется, при фиксированной же чувствуютъ сопротивленіе и причиняютъ боль; этого рода изслѣдованіе примѣняется только тогда, если ощупываніе не даетъ результатовъ.

Употребленіе зонда ограничивается извѣстными противопоказаніями, каковыя суть:

1. *Беременность.* Зондированіе беременной матки часто вызываетъ нарушеніе цѣлости плоднаго яйца и выкидышъ. Правда въ первые мѣсяцы зондъ легко можетъ проникнуть между плоднымъ яйцомъ и маточной стѣнкой, не вызывая выкидыша. Но если плодное яйцо выполняетъ уже матку, то почти всегда оно получаетъ при зондированіи поврежденіе, и тогда большею частью слѣдуетъ и перерывъ беременности. Во избѣжаніе этого надо предъ *каждымъ* зондированіемъ изслѣдовать на беременность или еще вѣрнѣе принципиально спрашивать о послѣднихъ мѣсячныхъ. Скорѣе всего можетъ случиться зондировать беременную матку, если женщина забеременѣваетъ въ теченіе гинекологическаго леченія. Мнѣ нѣсколько разъ случилось зондировать беременную матку у женщинъ, которыя обратились къ моему помощи съ выраженнымъ пролапсомъ во время беременности. Само собою разумѣется, что нельзя прибѣгать къ зонду для распознаванія беременности. Если случилось зондировать беременную матку, то совѣтуютъ женщинѣ нѣсколько дней полежать и назначаютъ ей въ предупрежденіе выкидыша нѣсколько приемовъ опія.

2. *Острыя воспаленія въ окружности матки.* Такъ какъ съ каждымъ зондированіемъ связано движеніе шейки впередъ и приподнятіе тѣла матки, то при этомъ тербятся околоматочные выпоты, что легко ведетъ къ обостренію пара- и периметритовъ, а при трубныхъ заболѣваніяхъ даже къ свѣжему перитониту. Также и при haematocoele и ранней трубной беременности надо отказаться отъ зондированія, которое можетъ повести къ новымъ кровоизліяніямъ, а иногда и къ ихорозному распаденію. При хроническихъ, мало болѣзненныхъ воспаленіяхъ осторожное употреб-

леніе зонда позволительно. Не слѣдуетъ поэтому забывать тщательно изслѣдовать окружность матки предъ каждымъ зондированіемъ.

3. *Вирулентные катарры* запрещаютъ зондированіе матки, такъ какъ легко можно затащить носителей заразы, особенно гонококковъ въ полость матки, а при пораженіи послѣдней—въ отверстія Фаллопиевыхъ трубъ; на этомъ основаніи зондированія и другія внутриматочныя манипуляціи играютъ главную роль въ этиологіи гонорройныхъ *pyosalpinx*'овъ. Такъ какъ не всегда можно съ увѣренностью діагностицировать вирулентный катарръ, то осторожности ради лучше не зондировать при всѣхъ гнойныхъ или подозрительныхъ катаррахъ.

### Примѣненіе зеркаль.

Зеркала служатъ для раздвиганія влагалищныхъ стѣнокъ и даютъ возможность осмотрѣть влагалище, влагалищную часть матки и нижній отдѣлъ шеечнаго кавала. Они пригъваются для распознаванія измѣненій, имѣющихъ мѣсто на поверхности упомянутыхъ частей, каковы: окраска слизистой оболочки во время беременности, катарры, поверхностныя изъязвленія на *portio vaginalis*, эрозіи, начинающіяся карциномы; поэтому нѣтъ надобности пользоваться зеркалами при всякомъ гинекологическомъ изслѣдованіи, а только тогда, когда имѣемъ дѣло съ подобными измѣненіями слизистой оболочки, которыя не поддаются точному распознаванію помощью ощупыванія.

Врачъ употребляетъ двоякаго рода зеркала:

1. Зеркало изъ молочнаго стекла *Carl'a Mayer'a*. Оно должно быть точно цилиндрическимъ и неслишкомъ толстостѣннымъ, дабы можно было обозрѣть возможно большую часть влагалища; оно не должно быть чрезчуръ длиннымъ; верхній конецъ скошенъ, дабы легче было вставить влагалищную часть, а передній край отворочень (рис. 7). Обыкновенно употребляютъ 5 номеровъ съ просвѣтомъ въ 4; 3; 2,3; 2; 1,5 см. (рис. 8); чаще всего пользуются № 2 для многорожавшихъ и № 3 для нерожавшихъ женщинъ. Вводятся они слѣдующимъ образомъ: второй и третій пальцы лѣвой руки кладутъ на внутреннюю поверхность обѣихъ большихъ губъ и раздвигаютъ ихъ, тогда *introitus* обнажается; затѣмъ захватываютъ зеркало правой рукой такимъ образомъ, чтобы отверстіе его было обращено къ ладони, а указательный палецъ лежалъ бы сверху на зеркаль, вблизи скошеннаго края; кладутъ зеркало плашмя на промежность, такъ чтобы отверстіе его находилось на уровнѣ влагалищнаго входа (рис. 9), и, сильно отдавливая промежность, вводятъ его въ рукавъ. При этомъ надо избѣгать прикосновенія къ валику мочеиспускательнаго канала.

При узкомъ входѣ, при *vulvitis*, *vaginismus* введеніе зеркала можетъ оказаться очень болѣзненнымъ и иногда можетъ причинить небольшіе надрывы слизистой оболочки. Когда зеркало проскользнуло въ рукавъ, его продвигаютъ до *portio vaginalis*, передняя губа которой прежде всего

вставляется въ вырѣзь зеркала, между тѣмъ какъ наружный зѣвъ и задняя губа остаются скрытыми позади зеркала; начинающіе думаютъ по этому, что имѣютъ предъ собою гипертрофію передней губы; но стоитъ опустить зеркало, чтобы вставилась и задняя губа. При фиксаціи шейки



Рис. 7. Зеркало изъ молочнаго стекла *Carl'a Mayer'a*.



Рис. 8. Наборъ изъ 5 зеркаль разной величины.

сзади или сбоку къ стѣнкѣ таза, часто не легко отыскать влагалищную часть; вращательными движеніями зеркала стараются тогда отыскать часть *port. vagin.*, которую узнаютъ по ея гладкой слизистой оболочкѣ; затѣмъ сильно опускаютъ зеркало и осматриваютъ зѣвъ. Надо остерегаться про-



Рис. 9. Введеніе *Mayer'овскаго* зеркала.

двигать зеркало слишкомъ далеко кверху, такъ какъ при этомъ смѣщается влагалищный сводъ и образуется вѣдствие раздвиганія обѣихъ губъ влагалищной части искусственный выворотъ (*ektropium*); если вытянуть немного зеркало назадъ, то *portio vag.* большею частью легко вставляется. При извлеченіи зеркала можно осмотрѣть обѣ влагалищныя стѣн-

ки вплоть до *introitus*, то приподнимая, то опуская зеркало. Точный осмотръ влагалищной части въ зеркалѣ изъ молочнаго стекла иногда бываетъ затруднителенъ, вслѣдствіе смѣщенія *portio. vag.* кверху и недостаточнаго освѣщенія; тогда приходится прибѣгнуть къ осмотру *Simon'*овскимъ зеркаломъ. Въ остальномъ зеркало *Mayer'*а весьма пригодно для обыденной практики, такъ какъ его можно примѣнять безъ помощника и производить въ немъ нѣкоторыя терапевтическія манипуляціи.



Рис. 10. *Simon'*овское зеркало (задняя ложка).  $\frac{1}{3}$ .



Рис. 11. *Simon'*овское зеркало (передняя ложка).  $\frac{1}{3}$ .

2. *Simon'*овское зеркало состоитъ изъ двухъ ложекъ, которыя укрѣпляются въ рукояткахъ, и служатъ для раздвиганія стѣнокъ влагалища. Этимъ зеркаломъ мы получаемъ болѣе полную картину, нежели *Mayer'*овскимъ: мы можемъ обозрѣть *portio vaginalis*, весь влагалищный сводъ, боковыя стѣнки рукава; мы можемъ при подвижной маткѣ низвести влагалищную часть пулевыми щипцами для болѣе тщательнаго осмотра; при фиксированной шейкѣ осмотръ и здѣсь нѣсколько затрудненъ. Общему употребленію этихъ зеркалъ мѣшаетъ необходимость въ помощникѣ, когда надо, напримѣръ, освободить руку для вытиранія *portio* или другихъ манипуляцій.

*Simon'*овскія зеркала состоятъ изъ двухъ ложекъ: одной желобоватой для задней стѣнки (рис. 10) и другой плоской для передней стѣнки (рис. 11); надо имѣть въ запасѣ ложки различной величины. (Надо обращать вниманіе, чтобы болѣе узкія ложки, какъ это нерѣдко дѣлаютъ

инструментальные мастера, не были въ то же время короче). Ложки насаживаются на двѣ рукоятки; для задней ложки рукоятка прямая, для передней изогнутая, въ виду выступанія лоннаго сочлененія; самый лучший механизмъ для скрѣпленія ложки и рукоятки это—посредствомъ пружиннаго зажима.

Усаживаются межъ ногъ больной, и обнажаютъ двумя пальцами лѣвой руки входъ во влагалище; затѣмъ, захвативъ рукоятку задней ложки въ правую руку, медленно вводятъ ложку въ рукавъ (рис. 12).

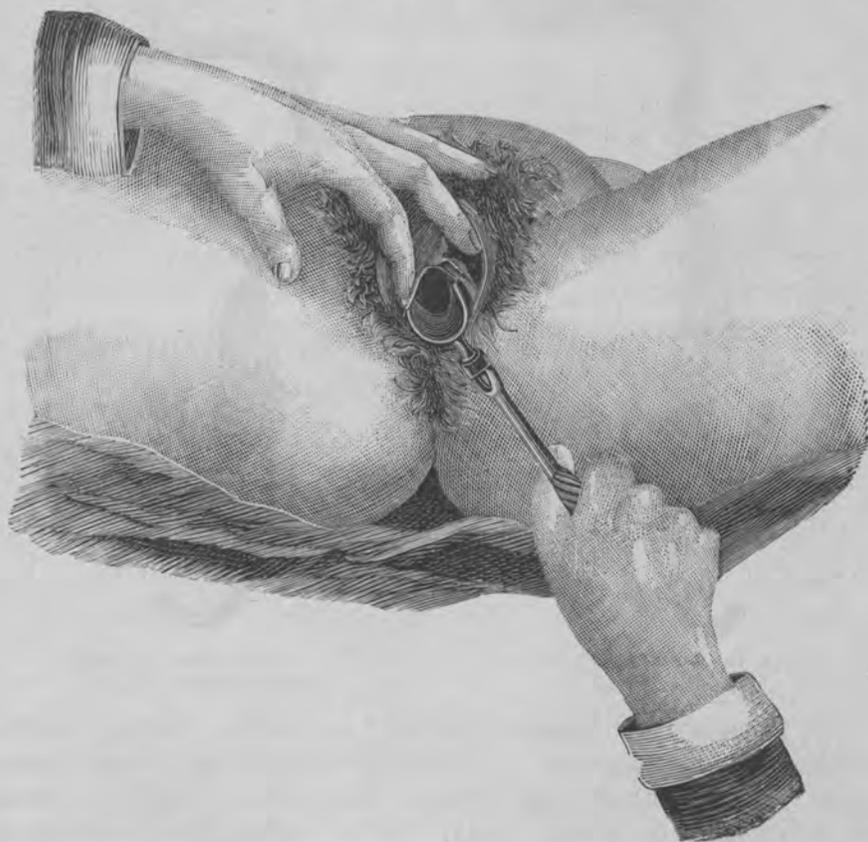


Рис. 12. Введеніе задней ложки *Simon'овскаго* зеркала.

Тогда рукоятку берутъ въ лѣвую руку и сильно оттягиваютъ ее внизъ на промежность, такъ чтобы вульва зіяла; взявъ теперь переднюю рукоятку правой рукой и отводя ее къ животу, продвигаютъ въ рукавъ переднюю пластинку зеркала непосредственно подъ валикомъ мочеиспускательнаго канала, возможно дальше отъ задней ложки (рис. 13). Не слѣдуетъ черезчуръ сближать обѣ ложки, дабы не ущемить складки слизистой оболочки; особенно при извлеченіи зеркалъ, которое производится

въ обратномъ порядкѣ, надо всегда удерживать ложки въ большемъ удаленіи одну отъ другой.

Послѣ каждаго употребленія слѣдуетъ вываривать зеркала.

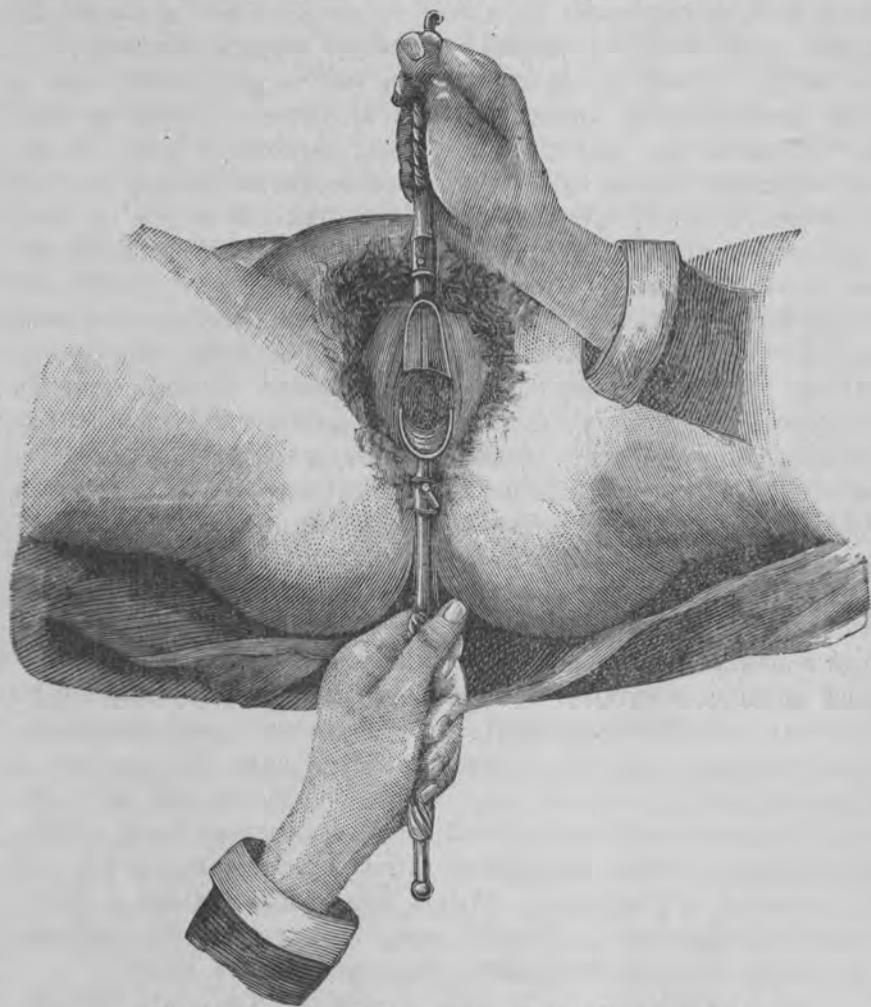


Рис. 13. Введеніе передней ложки *Simon'овскаго* зеркала.

### Расширеніе и ощупываніе полости матки.

Для распознаванія внутриматочныхъ заболѣваній мы имѣемъ въ своемъ распоряженіи нѣсколько методовъ: зонлированіе матки, микроскопическое изслѣдованіе взятыхъ изъ матки помощью кюретки частичекъ ткани и ощупываніе полости матки пальцемъ. Наилѣе тонко осязать мы можемъ зондомъ, распознавая безъ труда неровности и шероховатости на маточной стѣнкѣ; палецъ наиболѣе пригоденъ для распознаванія ограниченныхъ и болѣе грубыхъ измѣненій, напр. полиповъ, міомъ или раковыхъ инфильтрацій; микроскопъ опредѣляетъ съ достовѣрностью гистологическое строеніе поверхностныхъ пораженій.

Можно, лишь напริมѣръ, *подозрѣвать* саркома corporis, если зондомъ прощупываются въ маткѣ бугристыя неровности; съ *увѣренностью* же можно *поставить діагнозъ* тогда, если добыть кюреткой кусочки разрошенной и констатировать въ нихъ подъ микроскопомъ гистологическое строеніе рака; съ другой стороны, можно и пальцемъ распознать ракъ тѣла матки съ такой же опредѣленностью, какъ и ракъ шейки, если на стѣннкѣ прощупываются инфильтраціи или изъязвленія. Такимъ же образомъ поступаютъ при распознаваніи саркомъ, полиповъ и проч. Оба метода, ощупываніе полости матки и микроскопическая діагностика, являются въ извѣстномъ смыслѣ конкурирующими способами; оба ведутъ къ цѣли, и предпочтеніе того или другого часто есть дѣло вкуса врача. Въ общемъ, однако, надо сказать, что, помимо большей безопасности пробнаго выскабливанія, примѣненіе микроскопа стоитъ выше обследованія полости матки пальцемъ, ибо при послѣднемъ способѣ ошибки не рѣдки. Во-первыхъ, вслѣдствіе того, что палецъ плотно обхватывается шейкою, страдаетъ чувство осязанія; движенія пальца въ узкой маточной полости настолько затруднены, что результатъ ощупыванія значительно теряетъ въ точности. Но даже если отбросимъ все внѣшнія затрудненія, то палецъ не въ состояніи ощупать начинающійся ракъ слизистой оболочки, еще не поведшій къ инфильтраціи и явственному изъязвленію, между тѣмъ какъ микроскопическое изслѣдованіе даетъ уже въ эту пору вѣрный результатъ; при сужденіи о маточныхъ полипахъ весьма трудно однимъ осязаніемъ разграничить саркоматозныя и доброкачественныя опухоли. Распознаваніе злокачественныхъ заболѣваній матки исключительно помощью ощупыванія пальцемъ заключаетъ въ себѣ столько источниковъ ошибокъ, что въ сравненіи съ нимъ микроскопическая діагностика должна быть признана безупречнымъ методомъ, хотя и она, конечно, имѣетъ свои предѣлы. Поэтому ходъ изслѣдованія при распознаваніи внутриматочныхъ заболѣваній, напр. при кровотеченіяхъ, долженъ быть слѣдующій: сначала примѣняется маточный зондъ и въ случаѣ, если онъ открываетъ шероховатости, слѣдуетъ пробное выскабливаніе и микроскопическое изслѣдованіе добытыхъ массъ; лишь тогда, когда послѣднее не ведетъ къ цѣли, предпринимаютъ ощупываніе полости матки.

И такъ, расширеніе и ощупываніе полости матки находитъ себѣ примѣненіе:

1. Если клиническія явленія находятся въ рѣзкомъ противорѣчій съ результатомъ микроскопическаго изслѣдованія. Если, напрімѣръ, у пожилой женщины подозрѣвается злокачественное новообразованіе въ виду продолжительныхъ кровотеченій изъ матки, а микроскопъ, несмотря на повторныя пробныя выскабливанія, констатируетъ все доброкачественное заболѣваніе или вообще не даетъ точныхъ данныхъ для сужденія, тогда приходится обследовать полость матки пальцемъ; слѣдовательно, ощупываніе служитъ въ такихъ случаяхъ *для провѣрки или пополненія микроскопическаго діагноза*.

2. Если при возвращающихся маточныхъ кровотеченіяхъ и установ-

денныхъ микроскопически доброкачественныхъ измѣненіяхъ имѣютъ основаніе подозрѣвать извѣстныя причины для кровотеченій, напр. полипы или подслизистыя міомы. Въ такихъ случаяхъ ощупываніе служитъ *дополненіемъ зондированія*, которое при ограниченныхъ полипахъ даетъ болѣею частью весьма ненадежныя результаты.

Ощупываніе маточной полости предполагаетъ проходимость шейки для одного пальца; послѣдняя сама раскрывается, если изгоняются полипы или полипозныя міомы, саркомы, карциномы; часто однако наружный зѣвъ долго оказываетъ сопротивленіе, особенно у нерожавшихъ женщинъ, и тогда онъ долженъ быть вскрытъ, чтобы сдѣлать возможнымъ ощупываніе. *Раскрытіе наружнаго зѣва* производится посредствомъ двусторонняго разсѣченія влагалищной части. Подъ наркозомъ и послѣ тщательнаго обеззараженія паружныхъ половыхъ частей и рукава, вставляютъ *portio vagin.* въ зеркаль *Simon'a*, захватываютъ каждую губу *Muzeux'*евскими щипцами и разсѣкаютъ влагалищную часть съ обѣихъ сторонъ до свода. Тогда можно надлежащимъ образомъ осмотрѣть расширенный цервикальный каналъ, ввести палецъ для ощупыванія и во многихъ случаяхъ присоединить тотчасъ вылуценіе полипа. Затѣмъ зашиваютъ оба разрѣза отдѣльными узловатыми катгутowymi швами и тампонируютъ неплотно влагалище іодоформной марлей. Операнія эта технически легка, и ее можно рекомендовать и менѣе опытному практику.

Въ большинствѣ случаевъ препятствіе для ощупыванія матки лежитъ во всемъ шеечномъ каналѣ; разсѣченіе же всей шейки, двустороннее или срединное, послѣ отслойки пузыря есть слишкомъ большое вмѣшательство для діагностическихъ цѣлей.

Для практики рекомендуются слѣдующіе методы:

1. **Расширеніе инструментами.** Расширители, предложенные *Ellinger'*омъ, *Schultze*, *Schatz'*омъ, служатъ для расширенія цервикальнаго канала посредствомъ сильнаго давленія или дѣйствіемъ пружины; при этомъ они должны развить большую силу и легко ведутъ къ поврежденіямъ слизистой оболочки и цервикальной ткани. Болѣе цѣлесообразны дилататоры изъ твердаго каучука, предложенные *Hegar'*омъ; ихъ надо имѣть цѣлую серію, отъ толщины зонда и до толщины пальца (рис. 14). Примѣняются они такимъ образомъ, что вставляютъ влагалищную часть въ зеркаль *Simon'a*, фиксируютъ ее и, тщательно обеззаразивъ каналъ шейки, вводятъ одинъ номеръ за другимъ, начиная съ толщины зонда; если даже производить это медленно и каждый номеръ оставлять на нѣсколько минутъ, все-таки расширяющая сила настолько велика, что ткань шейки часто даетъ трещины. Лишь тогда, когда шейка обладаетъ извѣстной сочностью, расширеніе идетъ легко и безъ разрывовъ, но даже при такихъ условіяхъ и осторожномъ примѣненіи я наблюдалъ не разъ разрывы до параметрія. Поэтому къ расширителямъ лучше прибѣгать только при удаленіи остат-

ковъ выкидыша, для діагностическаго же расширенія лучше замѣнить ихъ разбухающими веществами.

**2. Иодоформная марля** есть довольно надежное въ отношеніи антисептики, но весьма медленно дѣйствующее расширительное средство. Лишь при мягкой, растяжимой шейкѣ можно рассчитывать на расширеніе ея до одного пальца въ одинъ пріемъ; но если шейка обладаетъ хотя бы своей нормальной плотностью, то она большею частью не поддается и лишь многократнымъ повтореніемъ тампонаціи удается ее достаточно расширить. Но именно это повторное, много дней длящееся расширеніе весьма опасно, ибо, несмотря на дезинфицирующее свойство марли, могутъ наступить разложенія; я неоднократно наблюдалъ при подобныхъ условіяхъ появленіе экссудатовъ и даже серьезныхъ зараженій. Поэтому расширеніе иодоформной марлей уместно лишь при сочной и мягкой шейкѣ, главнымъ образомъ при нарушеніяхъ беременности; для діагностическихъ же цѣлей я ее болше не примѣняю.

Передъ введеніемъ иодоформной марли необходимо обеззаразить наружныя половыя части и влагалище. Вставляютъ влагалищную часть въ зеркаль, фиксируютъ

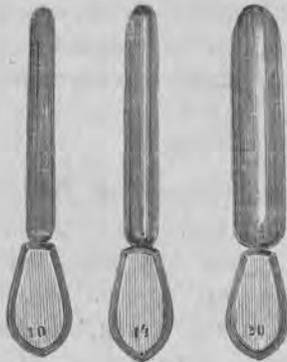


Рис. 14. Расширители Hegar'a.  $\frac{1}{3}$

ее (щипцами или крючкомъ) и всовываютъ иодоформную марлю, наръзанную на полоски въ 6 см. ширины, особой палочкой (рис. 15) въ шеечный каналъ. Сначала марля исчезаетъ въ полости матки и лишь постепенно можно плотно выполнить ею самую шейку, спустя сутки марлю удаляютъ и приступаютъ къ обследованію матки.

**3.** Изъ всѣхъ разбухающихъ веществъ всего надеж-



Рис. 15. Палочка для тампов. иодоформ. марлей.  $\frac{1}{3}$ .

нѣе и въ то же время всего нѣжнѣе дѣйствуютъ палочки ламинаріи; онѣ болѣе удовлетворяютъ требованіямъ безопаснаго расширенія, которыя состоятъ въ медленномъ растяженіи, вѣрности дѣйствія безъ необходимости повтореній и возможности соблести антисептику.

*Дѣйствіе палочекъ ламинаріи* состоитъ въ томъ, что, благодаря отдѣленіямъ матки, онѣ разбухаютъ и раскрываютъ шейку; въ то же время ткань шейки становится при этомъ полнокровнѣе и сочнѣе, а слѣдовательно и болѣе способной къ растяженію; кромѣ того, разбухая, палочки вызываютъ маточныя сокращенія, которыя въ свою очередь растягиваютъ шейку.

*Палочки ламинариі* (стебли морской водоросли *laminaria digitata*) должны быть просверлены по всей длинѣ и снабжены ниткой, протянутой черезъ каналъ, за которую палочка извлекается (рис. 16). Продѣвать нитку черезъ отверстіе въ нижнемъ концѣ палочки непрактично, такъ какъ нитка при потягиваніи можетъ оторваться, и палочка застрянетъ въ маткѣ.

Случай 2. Еще недавно пришлось наблюдать подобный случай въ университетской женской клиникѣ: нитка оторвалась, палочка исчезла за наружнымъ зѣвомъ и съ трудомъ удалось ее извлечь.

Для обеззараженія палочекъ, ихъ кладутъ въ растворъ іодоформа въ эфирѣ съ избыткомъ іодоформа; въ этомъ растворѣ онѣ остаются до употребленія; когда ихъ вынимаютъ, эфиръ испаряется, а палочка покрывается тонкимъ слоемъ іодоформа. Если приходится предпринимать расширение на квартирѣ у больной, то можно съ удобствомъ привозить съ собою палочки ламинариі въ закупоренной стеклянкѣ.

*Введеніе палочекъ ламинариі* требуетъ прежде всего весьма тщательнаго обеззараженія наружныхъ половыхъ частей и влагалища; но легче всего избѣжать занесенія зародышей въ шейку, если вводить всегда палочку въ *Simon*'овскомъ зеркалѣ, не прикасаясь къ стѣнкамъ влагалища. Фиксируютъ влагалищную часть, вытираютъ нѣсколько разъ цервикальный каналъ обмотанными ватой и намоченными въ сулемовый растворъ *Playfair*'овскими зондами. Провѣривъ еще разъ направленіе матки зондомъ, расширяютъ сначала шейку металлическими дилататорами до 6 или 7 миллим.; этимъ мы выигрываемъ то, что можемъ ввести палочку ламинариі такой толщины, которой можно достигнуть расширенія шейки на палецъ. Затѣмъ осторожно всовываютъ палочку корнцангомъ, продвигая ее почти до два матки; придавать палочкѣ предварительную изгибъ, соответствующій направленію матки, большею частью нѣтъ надобности, если сильно оттягивать внизъ влагалищную часть; въ заключеніе кладутъ впереди *roctio vag.* немного іодоформной марли, чтобы не дать палочкѣ выскользнуть.

Спустя сутки снова дезинфицируютъ вульву и влагалище, извлекаютъ палочку и приступаютъ къ *ощупыванію полости матки*. Для этой цѣли входятъ двумя пальцами въ рукавъ, указательный палецъ сильно сгибаютъ и медленно вводятъ средній палецъ, какъ наиболѣе длинный, черезъ раскрытую шейку въ полость матки, причемъ наружной рукою обхватываютъ матку, наклоняютъ ее слегка назадъ и надвигаютъ на ощупывающій палецъ (рис. 17); лишь такимъ образомъ можно проникнуть до дна матки. До и послѣ ощупыванія промываютъ матку дезинфицирующимъ растворомъ и совѣтуютъ больной лежать нѣсколько дней въ постели. Амбулаторнаго расширенія лучше не предпринимать; болѣе



Рис. 16. Палочка ламинариі съ продѣтой черезъ нее шелковинкой.  $\frac{1}{3}$ .

значительныя боли дѣлають иногда необходимымъ назначеніе нѣсколькихъ приѣмовъ опія. Необходимо внимательно слѣдить за температурой, чтобы возможно раньше распознать первые признаки зараженія.

Такъ какъ расширеніе ламинаріей вызываетъ усиленный притокъ крови къ маткѣ и сокращенія, то окружающія части теребятся и вслѣдствіе этого легко возникаютъ обостренія пери- и параметритическихъ воспаленій. На этомъ основаніи слѣдуетъ избѣгать этого приѣма при свѣже-воспалительныхъ заболѣваніяхъ вокругъ матки, при трубныхъ заболѣваніяхъ, при кровоизліяніяхъ въ брюшину и широкую связку. Предъ каждымъ расширеніемъ надо тщательно обследовать окружность матки. Вирулентныя



Рис. 17. Положеніе рукъ при ошупываніи полости матки. <sup>1</sup>/<sub>2</sub>.

катарры также запрещаютъ введеніе палочки; то же самое надо по возможности избѣгать этой манипуляціи при разложившемся содержимомъ матки, хотя это не всегда достижимо, такъ какъ часто распознаваніе и удаленіе такого содержимаго не возможно безъ предварительнаго расширенія шейки; въ этихъ случаяхъ особенно важна тщательная дезинфекція. Если считаться съ вышеупомянутыми противопоказаніями и предпринимать расширеніе только при здоровой окружности матки, тогда оно лишается своихъ опасныхъ сторонъ. Не надо, однако, никогда забывать, что необходима самая педантичная антисептика, и что надо избѣгать много разъ повторять расширенія одно за другимъ.

### Микроскопическое изслѣдованіе.

Микроскопъ есть важное пособіе для діагностики въ гинекологіи. Микроскопическое изслѣдованіе даетъ возможность опредѣлить характеръ ткани и измѣненія ея въ сравненіи съ нормой. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ клиническое наблюденіе не допускаетъ окончательнаго рѣшенія относительно натуры болѣзненнаго процесса, насъ выручаетъ анатомическое (гистологическое) изслѣдованіе ткани. Микроскопическое изслѣдованіе то служитъ для провѣрки и *подтвержденія* клиническаго діагноза, то даетъ *достоверность* сомнительнымъ клиническимъ даннымъ прямымъ констатированіемъ того или другого измѣненія ткани. Такимъ образомъ могутъ быть разрѣшены и разногласія пользующихъ врачей относительно болѣзни одной и той же пациентки. Наконецъ, бываютъ болѣзненные измѣненія, которыя при клиническомъ изслѣдованіи не даютъ никакой точки опоры для діагноза или которыя недоступны прямому клиническому изслѣдованію, тогда *распознаваніе* устанавливается *исключительно* на основаніи микроскопическаго изслѣдованія. Отсюда мы видимъ, какъ велико значеніе анатомическаго изслѣдованія для клинической діагностики. Если, напримѣръ, продолжительныя, крайне ослабляющія кровотеченія у пожилой женщины заставляютъ подозрѣвать начинающійся ракъ матки, если подозрѣніе подкрѣпляется выскабливаніемъ обильныхъ, губчатыхъ массъ, то *одно только* микроскопическое изслѣдованіе можетъ рѣшить, имѣемъ-ли мы дѣло съ доброкачественнымъ или злокачественнымъ перерожденіемъ, можно-ли поставить благоприятное предсказаніе и ожидать излеченія отъ выскабливанія или иной внутриматочной терапіи, или надо искать спасенія въ полной экстирпаціи. То же самое при пораженіяхъ влагалищной части иногда только микроскопически возможно поставить вѣрный діагнозъ, напр. отличить *ulcus carcinomatosum* отъ обыкновенной, воспалительной язвы.

Изъ распознаванія вытекаетъ предсказаніе и леченіе; для оперативнаго вмѣшательства существенно важно *раннее распознаваніе*, которое часто возможно только путемъ микроскопическаго изслѣдованія. *Выждать* дальнѣйшаго теченія для постановки діагноза, судить *ex juvantibus*, *ex poscentibus*—этотъ методъ былъ и есть вынужденная уловка за отсутствіемъ микроскопическаго изслѣдованія; если выждать, то можно упустить надлежащее время и потомъ окажется, что уже *слишкомъ поздно* оперировать.

Матеріалъ, служащій для микроскопическаго изслѣдованія, добывается различнымъ образомъ. Изъ доступныхъ частей можно вырѣзать кусочки ткани; изъ области, лежащей выше внутренняго зѣва, обыкновенно добываютъ кусочки посредствомъ *кюретки*; иногда можно пальцемъ достать отъ опухоли достаточные для изслѣдованія обрывки ткани, или изслѣдуютъ *произвольно отторгнувшіяся* массы.

Самое изслѣдованіе можно производить на *свѣжемъ* матеріалѣ, либо

замораживая и приготовляя достаточно тонкіе сръзы, либо стараясь распознать составныя части ткани посредством *расщипыванія* отдѣльныхъ частичекъ. *Замороженные сръзы* служатъ для возможно быстрой постановки діагноза и потому часто необходимы въ клиническомъ преподаваніи, чтобы скоро констатировать данное измѣненіе. Расщипываніе иногда бываетъ вполне достаточнымъ для распознаванія, напримѣръ, при крупноклѣточной саркомѣ измѣненныхъ соединительнотканннхъ элементовъ; при мелкоклѣточныхъ саркомахъ, при коихъ элементы вполне сходны съ лимфатическими, этотъ способъ измѣняетъ намъ. Но саркоматозную клѣтку легко смѣшать съ децидуальной; характеръ послѣдней можно опредѣлить, если она находится въ связи съ остальной децидуальной тканью, между тѣмъ какъ *изолированные* элементы едва-ли допускаютъ вѣрное распознаваніе. Децидуальную клѣтку можно назвать физиологическимъ типомъ саркоматозной клѣтки, т. е. саркоматозно перерожденный элементъ не представляетъ ничего специфическаго и вполне сходенъ съ физиологически образовавшейся децидуальной клѣткой. Цилиндрическая эпителиальная клѣтка злокачественной аденомы не отличается отъ разросшихся эпителиальныхъ элементовъ при простомъ железистомъ эндометритѣ (*endometritis glandularis*). Расщипанныя частички многослойнаго плоскаго эпителия врядъ-ли можно съ увѣренностью отличить отъ мелкихъ кусочковъ раковаго эпителиальнаго разрощенія. Методъ изолированія, расщипыванія, какъ неточный, непригоденъ для *діагностики*; только *строеніе частей ткани, а не отдѣльные элементы, даютъ возможность распознать, имѣемъ-ли мы дѣло съ доброкачественнымъ или злокачественнымъ заболѣваніемъ.*

Назначенный къ изслѣдованію матеріалъ *уплотняютъ*, затѣмъ нарезаютъ. Нарѣзывать можно ножомъ (бритвой) безъ всякой иной подготовки, кромѣ затверженія ткани, либо свободно съ руки, либо съ помощью фиксирующихъ массъ (печень и проч.); или уплотненные въ алкогольъ частицы пропитываютъ склеивающими веществами и затѣмъ приготовляютъ *сръзы*, а то и серіи сръзовъ отъ руки или микротомомъ. Для діагностическихъ цѣлей предпочтительнѣе заключеніе въ *целлоидинъ*, нежели въ парафинъ, хотя послѣдній и дѣлаетъ возможнымъ приготовленіе гораздо болѣе тонкихъ сръзовъ. При сръзахъ, заключенныхъ въ парафинъ, особенно если они нѣсколько толсты и подвергаются слишкомъ сильному сдавливанію при приготовленіи стойкихъ препаратовъ, могутъ образоваться смѣщенія и обманчивыя картины (источники ошибокъ). Окрашиваніе препаратовъ производится обычнымъ образомъ: алаункарминомъ, гемалауномъ, гематоксилиномъ, иногда примѣняется двойная окраска (гемалаунъ-эозинъ) и т. д.

Для діагностики надо дѣлать продольныя разрѣзы, поверхность коихъ перпендикулярна къ поверхности изслѣдуемаго кусочка, и поперечныя, идущіе параллельно къ поверхности; если на отдѣльныхъ частицахъ поверхность не различима или таковой совсѣмъ нѣтъ, то дѣлаютъ сръзы

по двумъ направлениямъ, перпендикулярнымъ другъ къ другу. Весьма цѣнны бывають часто косые срѣзы, такъ какъ въ нихъ комбинируются продольныя и поперечныя картины. Плоскіе срѣзы, т. е. такіе, которые задѣваютъ лишь поверхность изслѣдуемой части, большею частью непригодны и легко вводятъ въ заблужденіе; если, напримѣръ, приготовить плоскій срѣзь съ маточной железки, то мы не получимъ знакомой картины, представляющей просвѣтъ железы, выстланной цилиндрическимъ эпителиемъ, а получимъ круглыя или овальныя кучки полиэдрическихъ (шестиугольныхъ) фигуръ, которыя соотвѣтствуютъ поперечнымъ разрѣзамъ цилиндрическихъ эпителиальныхъ клѣтокъ; эти картины симулируютъ «сплошныя, эпителиальные отростки въ ткани», и неопытный изслѣдователь легко можетъ смѣшать ихъ съ ракомъ. — Весьма облегчаетъ микроскопическую діагностику изслѣдованіе при слабомъ увеличеніи (въ 10—20 разъ) не очень тонкихъ срѣзовъ (15—20  $\mu$ ); слабое увеличеніе важно для контроля, для отысканія извѣстныхъ мѣстъ, для сравненія препаратовъ между собою и для того, чтобы сразу охватить всю картину. При нѣкоторомъ навыкѣ можно часто помощью лупы (увеличеніе 4—5 разъ) или при слабомъ увеличеніи въ 10—20 разъ больше видѣть, нежели менѣе опытный при большемъ увеличеніи. При чрезчуръ сильномъ увеличеніи или при слишкомъ тонкихъ срѣзахъ (5—6  $\mu$ ) можетъ страдать отчетливость микроскопической картины для *диагностическихъ* цѣлей. И такъ, для распознаванія не слѣдуетъ упускать изслѣдованія подь *слабымъ увеличеніемъ*; легкость распознаванія не увеличивается съ нарастаніемъ тонкости срѣзовъ, но и не въ мѣру толстые препараты могутъ затруднить діагнозъ.

Надо *имѣть въ виду* при микроскопической діагностикѣ, что добытыя экзипзіей или выскабливаніемъ частицы могутъ и не принадлежать къ *настоящему* очагу болѣзни, что при curettage то попадають на изслѣдованіе поверхностно лежащія части, то глубокія. Далѣе, если приготовить срѣзы изъ *немногихъ* и слишкомъ *крошечныхъ* кусочковъ, то микроскопъ можетъ и не дать достаточно ясной картины интересующаго насъ пораженія; напримѣръ, можно на основаніи выскабливанія, при маломъ числѣ срѣзовъ, распознать доброкачественный эндометритъ, между тѣмъ какъ оставшееся неизслѣдованнымъ мѣсто обнаружило бы ракъ. Такъ какъ этотъ недочетъ зависитъ отъ добытаго матеріала, либо отъ недостаточнаго числа или величины срѣзовъ, то отсюда вытекаетъ требованіе: производить по возможности обильное выскабливаніе и достаточной величины экзипзіи и наготовлять много разнообразныхъ микроскопическихъ срѣзовъ. *Ошибки*, протекатьющія изъ неправильнаго толкованія (напр., принимать плоскостные разрѣзы железъ за ракъ), могутъ быть избѣгнуты при навыкѣ и тщательномъ приготовленіи срѣзовъ. При сомнительномъ результатѣ, зависитъ-ли свъ отъ недостатка въ матеріалѣ или отъ малочисленности срѣзовъ, приходится послѣ повторить изслѣдованіе. Существуютъ, впрочемъ, и *предѣлы* для микроскопической діагностики: едва-ли возможно, напримѣръ, отличить воспа-

лительно инфильтрованную ткань специфической (сифилитической) язвы (напр. *ulcus portionis vaginalis*) отъ простой; при бугорчатой язве крайне важно, но не всегда легко найти бугорковья палочки. Такъ какъ при микроскопической діагностикѣ въ гинекологіи обыкновенно почва, откуда взята изслѣдуемая часть, извѣстна, такъ какъ и клиническое изслѣдованіе уже даетъ существенныя точки опоры, то, благодаря этому, толкованіе микроскопическихъ картинъ значительно облегчено; отсюда явствуется, какъ выгодно, чтобы анатомическое изслѣдованіе шло рука объ руку съ клиническимъ. Сдѣланное нѣкоторыми возраженіе, будто по малымъ кускамъ нельзя ставить вѣрнаго діагноза, не основательно.—Для микроскопическаго изслѣдованія необходимы два *условія*: знаніе 1) *нормальной ткани* и 2) *патологическихъ измѣненій*; тогда можно дѣлать выводы на основаніи измѣненій, представляемыхъ микроскопической картиной.

### Построеніе гинекологическаго діагноза.

Для постановки діагноза врачъ имѣетъ въ своемъ распоряженіи два пути: объективное изслѣдованіе больной и опросъ больной. Последний путь болѣе старый, а прежде онъ былъ и единственный; но и теперь еще онъ играетъ большую роль у старыхъ врачей и даетъ въ рукахъ внимательныхъ наблюдателей и опытныхъ практиковъ превосходные результаты. Въ послѣднія десятилѣтія этотъ методъ распознаванія оттѣсненъ на задній планъ непосредственнымъ изслѣдованіемъ заболѣвшихъ органовъ. Наши способы изслѣдованія постоянно совершенствуются и въ отдѣльныхъ отрасляхъ достигли такой тонкости, что даютъ возможность ставить вѣрный діагнозъ, не прибѣгая вообще къ опросу больныхъ. Отношеніе обоихъ распознавательныхъ методовъ другъ къ другу въ отдѣльныхъ спеціальностяхъ различно и зависитъ въ общемъ отъ совершенства физикальныхъ приемовъ изслѣдованія. Самыми тонкими методами изслѣдованія располагаютъ офтальмологія, ларингологія, извѣстные отдѣлы внутренней медицины, между тѣмъ какъ другія отрасли послѣдней, какъ, напр., психіатрія, почти всецѣло опираются на опросъ больного.

Гинекологія принадлежитъ къ спеціальностямъ, располагающимъ весьма тонкими методами изслѣдованія и обязана своимъ выдающимся современнымъ положеніемъ на первомъ планѣ выработкѣ двойного метода изслѣдованія. *Последній въ большинствѣ случаевъ допускаетъ вѣрное распознаваніе безъ помощи опроса больной и долженъ занимать въ построеніи діагноза первое мѣсто.* Принципъ гинекологической діагностики заключается въ распознаваніи заболѣванія половыхъ органовъ на основаніи результата соединеннаго изслѣдованія. При этомъ врачъ имѣетъ двѣ задачи: прощупать измѣненія и правильно истолковать ихъ. Первое есть болѣе дѣло навыка, который можно пріобрѣсти только въ особыхъ курсахъ для изслѣдованія и должно стараться сохранить въ позднѣйшей практикѣ; кто послѣ мало изслѣдуетъ, тотъ скоро замѣтитъ, какъ онъ утрачиваетъ навыкъ, а съ этимъ и почву для

гинекологической діагностики. Истолковываніе же данныхъ изслѣдованія есть дѣло опыта и можетъ быть правильно изучено только путемъ провѣрки этихъ данныхъ. Лишь съ тѣхъ поръ, какъ подобная провѣрка стала возможна путемъ осмотра больныхъ органовъ при чревосѣченіяхъ, гинекологическая діагностика сильно шагнула впередъ и съ каждымъ годомъ выигрываетъ въ тонкости. Каждый спеціалистъ-гинекологъ на себѣ самомъ продѣлываетъ тотъ-же ходъ развитія, что и гинекологическая наука, ибо чѣмъ болѣе онъ оперируетъ, тѣмъ лучше онъ будетъ діагностицировать. Практическому врачу этотъ путь закрыть, и онъ бы никогда не достигъ цѣли—вѣрно распознавать, если бы ему не явился на помощь опытъ его учителей; послѣдніе, истолковывая ему правильно то, что онъ ошупываетъ, даютъ ему основу для дальнѣйшаго развитія этой способности въ практикѣ. Поэтому безусловно необходимо преподаваніе гинекологической діагностики въ спеціальныхъ курсахъ, дальнѣйшее сдѣлаетъ писанное слово учителя—*вотъ внутреннее оправданіе моего учебника.*

Данныя изслѣдованія надо выразить по возможности *яснымъ и ограниченнымъ патолого-анатомическимъ понятіемъ*. Врачъ долженъ распознать извѣстную, охарактеризованную болѣзнь, а не довольствоваться перечисленіемъ данныхъ или общими, расплывчатыми симптоматическими понятіями; слишкомъ часто врачъ удовлетворяется, ошупавъ опухоль, и не трудится помощью болѣе тщательнаго изслѣдованія опредѣлить родъ опухоли, или онъ отпускаетъ больную съ діагнозомъ: бѣли, дисменоррея, меноррагія и т. п., но вѣдь это только симптомы, а не болѣзни, и за подобнымъ діагнозомъ можетъ слѣдовать только симптоматическое леченіе. На моихъ курсахъ я всегда старался пріучать моихъ учениковъ распознавать болѣзнь, строго ограниченную въ патолого-анатомическомъ отношеніи, и того же буду придерживаться при изложеніи спеціальной діагностики.

Въ гинекологіи существуетъ лишь немного такихъ случаевъ, гдѣ въ основу діагноза нельзя класть объективное изслѣдованіе, это именно у молодыхъ и дѣвственныхъ, а также черезчуръ нервныхъ особъ. Въ такихъ случаяхъ надо по возможности обходиться безъ внутренняго изслѣдованія, такъ какъ психическій, нервный и, пожалуй, моральный вредъ здѣсь больше, нежели польза строго объективнаго распознаванія. На мѣсто послѣдняго здѣсь вступаетъ въ свои права опросъ больной; если таковой не приведетъ ни къ какому результату, если жалобы большой указываютъ на тяжкое или мѣстное страданіе, тогда и здѣсь надо предпринять изслѣдованіе и лучше всего подъ наркозомъ, который чрезвычайно облегчаетъ изслѣдованіе и устраняетъ вышеупомянутые его недостатки.

**Анамнезъ.** Наряду съ объективнымъ изслѣдованіемъ имѣетъ извѣстное значеніе для распознаванія опросъ больной, насколько онъ касается *симптоматологии*. *Лишь тогда можно опираться на симптомахъ страданія для постановки діагноза, когда объективное изслѣдованіе измѣняетъ намъ.* Отсюда понятно, что врачъ, не

увѣренный въ изслѣдованіи, всегда легче будетъ прибѣгать къ этому вспомогательному средству и можетъ построить на основаніи припадковъ діагнозъ, не имѣющій никакой объективной подкладки, между тѣмъ какъ опытный діагностъ тѣмъ меньше значенія будетъ придавать симптомамъ, тѣмъ болѣе увѣреннымъ онъ себя чувствуетъ въ своемъ изслѣдованіи. Тѣмъ не менѣе нельзя вполнѣ обходиться безъ симптоматологіи, особенно для распознаванія тѣхъ болѣзней, которыя не представляютъ опредѣленныхъ пальпаторныхъ данныхъ, какъ, напр., эндометритъ, или если результатъ объективнаго изслѣдованія допускаетъ разное толкованіе, напр. при *graviditas extrauterina*. Но польза, которую можно извлечь изъ симптомовъ, довольно незначительна, въ виду однородности гинекологическихъ припадковъ; послѣдніе проявляются почти всегда въ одномъ и томъ-же направленіи: больныя жалуются на боли, кровотеченія, бѣли и нѣкоторыя другія менѣе важныя явленія. Для врача поэтому нелегко составить себѣ картину болѣзни по жалобамъ. Иначе—опытный гинекологъ, онъ скоро научается различать, напримѣръ, между болями въ крестцѣ при *retroflexio* и при *parametritis posterior*, онъ можетъ воспользоваться характеромъ дисменорреи для діагноза, нѣрѣдко распознать болѣзнь по типу кровотеченія, такъ что совсѣмъ не рѣдки случаи, гдѣ онъ можетъ поставить діагнозъ на основаніи показаній больной, не изслѣдовавъ ея. Практическій врачъ <sup>4)</sup> врядъ-ли можетъ достигъ подобной опытности, и потому мы настоятельно предостерегаемъ его отъ вступленія на этотъ путь, который можетъ послужить источникомъ ошибокъ; особенно я хотѣлъ бы здѣсь уже предупредить не придавать слишкомъ большого значенія аменорреѣ въ діагностикѣ беременности.

Иное, несомнѣнно болѣе важное значеніе имѣютъ *жалобы больной*, если рѣчь идетъ о томъ, чтобы *привести ихъ въ связь съ страданіемъ половыхъ органовъ, распознаннымъ помощью объективнаго изслѣдованія*. Діагнозъ лишь тогда вполнѣ ясенъ и все исчерпываетъ, если всѣ жалобы непринужденно объясняются мѣстнымъ страданіемъ; если же этого нѣтъ, то надо полагать, что гинекологическое страданіе не единственное или вообще представляетъ лишь безразличное побочное обстоятельство. Разъяснимъ это примѣромъ: если врачъ при двойномъ изслѣдованіи распознаетъ *retroflexio uteri*, а больная жалуется на давящія боли въ крестцѣ, частые позывы къ мочеиспусканію, усиленную менструацію, головныя боли, давленіе въ области желудка, отсутствіе аппетита и дурное настроеніе, то это все явленія, которыя могутъ быть объяснены перигибомъ матки назадъ; но если, съ другой стороны, женщина съ *retroflexio uteri* такихъ жалобъ не предъявляетъ, а жалуется на тянущія боли въ правой *regio hypogastrica*, особенно при стояннн или лежаннн на лѣвомъ боку, соединенныя съ разстройствомъ желудка, тогда нельзя дѣлать отвѣтственными за нихъ измѣненія со стороны половыхъ органовъ, а

<sup>4)</sup> Мы не можемъ согласиться съ этимъ взглядомъ автора: діагностика—это своего рода талантъ, который можетъ оказаться въ большей мѣрѣ у практич. врача, нежели у спеціалиста-гинеколога.

можно будетъ констатировать иную причину, напр. правостороннюю блуждающую почку. Довольно часто случается, что картина болѣзни запутывается примѣшивающимися симптомами другихъ болѣзней, напр. печеночныхъ, желудочныхъ, нервныхъ. Исходя изъ этой точки зрѣнія, можно утверждать, что для полнаго діагноза необходимо знаніе всей симптоматологіи.

Наконецъ, точное ознакомленіе съ жалобами больной необходимо въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ видахъ *леченія*, главнымъ образомъ тогда, если эти жалобы нельзя устранить радикальнымъ леченіемъ болѣзни.

Наряду съ симптоматологіей надо при опросѣ больной *обращать еще вниманіе на этиологию и предыдущее теченіе болѣзни*.

Практикъ въ общемъ склоненъ довольствоваться діагнозомъ и вытекающимъ изъ него леченіемъ и мало даритъ вниманія этой части анамнеза, которая, хотя и затрогиваетъ въ сущности научную сторону случая, даетъ однако довольно часто точку опоры для предсказанія и леченія. Такъ, напримѣръ, не все равно, ведетъ-ли начало *retroflexio uteri* отъ недавно перенесеннаго послѣродового періода, или это уже старое страданіе, вызывала-ли уже опухоль трубы повторныя воспаленія брюшины, или нѣтъ, суть-ли параметритическіе экссудаты пурперальнаго или гонорройнаго происхожденія; все это устанавливается анамнезомъ. Эта часть опроса будетъ направлена къ тому, чтобы установить начало страданія и подыскать понятную причину. Причинъ гинекологическихъ страданій надо искать въ послѣродовомъ періодѣ, въ вредныхъ моментахъ во время менструаціи, въ половомъ зараженіи, иногда также въ образѣ жизни, ежедневной работѣ, домашнихъ условіяхъ; смотря по характеру болѣзни, приходится иногда коснуться при разспросахъ еще и другихъ областей. Анамнестическія данныя о дѣтствѣ больной рѣдко могутъ понадобиться, а свѣдѣнія о родныхъ почти никогда.

Изъ сказаннаго вытекаетъ, что опросъ больной, хотя имѣетъ лишь ограниченное значеніе для распознаванія, играетъ однако немаловажную роль при составленіи сужденія о болѣзни. Я считаю поэтому неизлишнимъ коснуться нѣкоторыхъ пунктовъ, которые дѣлаютъ весьма измѣчивой цѣну анамнестическихъ данныхъ. Прежде всего само собою разумѣется, что при опросѣ приходится затрогивать вещи весьма деликатнаго свойства; большею частью стыдливость не позволяетъ женщинѣ самой упоминать объ обстоятельствахъ, относящихся къ области супружеской и половой жизни; врачъ же не всегда можетъ этого избѣгнуть, долженъ однако щадить чувство стыдливости больной. Надо вообще обдумывать свои вопросы, если не желаемъ вызвать недовѣріе и психическое безпокойство у больной; трудно повѣрить, что можетъ вычитать безпокойная пациентка въ самомъ невинномъ вопросѣ врача. Далѣе, надо быть всегда насторожѣ, чтобы не быть введеннымъ намѣренно или ненамѣренно въ заблужденіе. Такъ какъ нашъ удѣлъ раскрывать брачныя и виѣбрачныя грѣхи, то въ этомъ пунктѣ мы не часто услышимъ правду; при этомъ надо помнить, что необдуманное слово врача, напр. о зараженіи и т. п., можетъ разстроить супруже-

ское счастье. Всего чаще предварительный опросъ терпитъ пораженіе изъ-за характера женщины вообще: женщина часто бываетъ столь непостояннымъ существомъ, поддающимся вліянію всякаго рода внѣшнихъ впечатлѣній, она такъ зависима отъ чувства и настроенія, что часто не въ состояніи давать ясныя показанія. Врачебное изслѣдованіе часто приводитъ въкоторыя женщины въ такое безпокойство, что онѣ едва въ состояніи говорить, а подавно давать правильные отвѣты. Ясно выражаться болшею частью вообще не есть дѣло женщины, еще менѣе иногда умѣние внимательно наблюдать за собою; съ другой стороны, у иныхъ женщинъ настолько повышена чувствительность, что надо остерегаться принимать ихъ ощущенія за болѣзненные симптомы. Съ этими особенностями женщины врачъ долженъ считаться, но онъ можетъ на нихъ сильно вліять. Рѣзкое обращеніе запугиваетъ и волнуетъ больныхъ; безпокойство и нервность врача тотчасъ-же передается больной, между тѣмъ какъ ровное и любезное отношеніе успокаиваетъ; энергическими разпросами можно раздобыть всѣ отвѣты такими, какими ихъ хотятъ имѣть. И такъ въ общемъ не легко снять пригодный анамнезъ. Я находилъ всегда болѣе цѣлесообразнымъ не разспрашивать много больныхъ, такъ какъ онѣ очень склонны отвѣчать такъ, какъ этого хочетъ врачъ, а лучше дать больной рассказать о своемъ страданіи. Опытный практикъ извлекаетъ изъ разсказа то, что ему нужно; если больная отклоняется въ сторону, то ее наводятъ опять на правильный путь. Во время разсказа можно себѣ составить сужденіе о характерѣ, психикѣ и состояніи нервовъ у пациентки. Наконецъ, спрашивается еще, *когда* снимать анамнезъ. По старому обычаю сначала дѣлаютъ возможно подробный опросъ, а затѣмъ приступаютъ къ изслѣдованію. Въ гинекологіи я считаю этотъ путь неправильнымъ, онъ ведетъ къ предвзятости мнѣнія, вельдетвіе чего обесужденіе пальпаторныхъ данныхъ теряетъ въ объективности; даже трезвый наблюдатель не всегда можетъ обойти этотъ подводный камень. Такъ какъ объективныя данныя даютъ основу для діагноза, то изслѣдованіе должно идти вперед; *при этомъ* и потомъ опрашиваютъ больную; надо только вначалѣ задать нѣсколько общихъ вопросовъ, чтобы ориентироваться относительно локализациі болѣзни и признать случай за гинекологическій.

**Наблюденіе за больной.** Практику не разъ случается, что, несмотря на примѣненіе всѣхъ діагностическихъ пособій и тщательно собранный анамнезъ, онъ все-таки не можетъ придти ни къ какому опредѣленному діагнозу; онъ вынужденъ тогда довольствоваться выжидательнымъ леченіемъ и дальнѣйшимъ наблюденіемъ за случаемъ; послѣднее въ связи съ новыми изслѣдованіями часто современемъ приноситъ желанную ясность. Еще важнѣе то, что съ теченіемъ времени могутъ развиваться въ болѣзни измѣненія, разъявляющія прежнія сомнѣнія; такъ, напр., иногда довольно трудно отличить міому отъ межсвязочнаго выпота; наблюденіе въ нѣсколько недѣль будетъ достаточно, чтобы произошли вельдетвіе всасыванія измѣненія въ формѣ опухоли и сдѣлали распознаваніе экссудата

несомнѣннымъ. Какъ весьма важное ограниченіе можно выставить то, что для больной не долженъ прозвиться ущербъ отъ замедленія въ распознаваніи. *Наблюденіе для діагностическихъ цѣлей за злокачественными заболѣваніями, будь то на шейкѣ матки или въ брюшной полости, не допустимо.* Въ прежнія времена играло важную роль, напримѣръ, наблюденіе за подозрительной язвой на влагалищной части; наблюдали до тѣхъ поръ, пока не констатировали злокачественное распаденіе; это надо считать теперь врачебной ошибкой, ибо потеря времени можетъ сдѣлать ракъ неоперабельнымъ. Гдѣ есть только подозрѣніе на злокачественность, надо всѣми средствами стараться добиться *немедленно* діагноза. Если исключить эти случаи, то наблюденіе часто даетъ довольно благоприятные діагностическіе результаты. При воспалительныхъ заболѣваніяхъ всасываніе ведетъ къ характернымъ измѣненіямъ формы и консистенціи: при сомнительныхъ опухоляхъ придатковъ наблюденіе современемъ обнаруживаетъ трубу, какъ ядро оныхъ. При небольшихъ яичниковыхъ опухоляхъ часто только дальнѣйшій ростъ позволяетъ рѣшить, имѣемъ-ли мы дѣло съ ретенціонной кистой или новообразованіемъ; при вѣматочной беременности могутъ нарѣдко понадобиться недѣли для выясненія вопроса, растеть-ли плодный мѣшокъ дальше, или плодное яйцо уже мертвое; при сомнительной маточной беременности часто только дальнѣйшее наблюденіе подтверждаетъ распознаваніе, и наконецъ при беременности мертвымъ плодомъ дальнѣйшее наблюденіе за маткой есть *единственное* средство, допускающее вѣрный діагнозъ. Съ наблюденіемъ за больной соединяють иногда извѣстное леченіе, которое *ex juvantibus* ведетъ къ діагнозу, напр. всасывающее леченіе при воспаленіяхъ, противовоспалитическое при подозрительныхъ процессахъ на вульвѣ.

**Общее состояніе больной.** Гинекологическія страданія въ общемъ мѣстнаго характера и представляютъ собою мѣстную реакцію на раздраженія, поражающія половые органы во время родовъ, менструаціи, вслѣдствіе инфекции и т. п. *Поэтому болышею частью діагностика должна притериваться мѣстныхъ измѣненій.* Нарѣдко однако гинекологическіе припадки возникаютъ въ теченіи общихъ заболѣваній и вызваны только ими, а не мѣстнымъ страданіемъ, такъ, напр., pruritus при диабетѣ, меноррагіи при сердечныхъ, почечныхъ болѣзняхъ, бѣли при хлорозѣ, аменоррея при бугорчаткѣ. Въ подобныхъ случаяхъ къ врачу часто обращаются изъ-за гинекологическаго страданія, а послѣднее приводитъ къ открытію общей болѣзни. Тамъ, гдѣ нельзя найти мѣстной причины для гинекологическаго припадка, надо искать какую-нибудь общую болѣзнь.

Но еще важнѣе обращать вниманіе на общее состояніе съ цѣлью опредѣлить, какими послѣдствіями мѣстное страданіе отразилось на отдаленныхъ органахъ и на всемъ организмѣ. Эти послѣдствія у женщины такъ часты и нарѣдко столь тяжелы, *что врачъ обязанъ въ каждомъ случаѣ обследовать состояніе всего тѣла.* Надо обращать вниманіе на общую анемію, которая развивается при эндометритахъ, сопро-

вождающемся кровотеченіями ракъ маткѣ и тяжелыхъ катаррахъ; на хроническое состояніе интоксикаціи, выражающееся въ общей слабости и упадкѣ питанія и присоединяющееся къ тѣмъ болѣзнямъ, которыя ведутъ къ образованию токсиновъ, каковы ракъ, pyosalpinx, гнойные эксудаты, заразные гнойные катарры и т. д. Чаще всего участіе отдаленныхъ органовъ и общаго состоянія стоитъ подъ вліяніемъ нервной системы. Не всегда легко установить связь съ мѣстнымъ страданіемъ половыхъ органовъ, и здѣсь часто выручаетъ діагнозъ ex juvantibus. Еще менѣе ясна связь съ гинекологическимъ страданіемъ, если мы имѣемъ дѣло съ общимъ нервнымъ состояніемъ, какъ неврастенія, истерія, психозъ. Во всякомъ случаѣ можно рекомендовать врачу большую осторожность въ этомъ отношеніи, такъ какъ можно натворить иногда много зла, если пользоваться гинекологическое страданіе, ошибочно предполагая, что оно находится въ связи съ неврозами.

Чтобы показать теперь на примѣрѣ, какъ ставится діагнозъ на основаніи изслѣдованія и опроса больной, я бы рекомендовалъ врачу слѣдующій методъ.

### Ходъ изслѣдованія.

Приходитъ, скажемъ, женщина въ среднихъ лѣтахъ.

Врачъ: «На что вы жалуетесь?»

Отвѣтъ: «Постоянныя боли въ крестцѣ и внизу живота съ сильными кровотечениями».

При такихъ явленіяхъ необходимо гинекологическое изслѣдованіе. Больная раздѣвается и ложится на столъ для изслѣдованія; производится изслѣдованіе. Врачъ распознаетъ перегибъ матки кзади и спрашиваетъ теперь: «Съ какихъ поръ вы страдаете болями въ крестцѣ?»

Отвѣтъ: «Вотъ уже три недѣли.»

«А раньше вы этимъ не страдали?»

«Никогда; только во время регулъ или послѣ долгаго напряженія у меня дѣлалось давленіе въ крестцѣ.»

«Съ какихъ поръ у васъ кровотечения?»

«Послѣднія три недѣли безпрестанно, обыкновенно же у меня только сильныя регулы, особенно когда я встаю послѣ родовъ.»

Такъ какъ острый характеръ кровотечения и болей не подходитъ къ картинѣ ретрофлексіи, врачъ изслѣдуетъ далѣе и констатируетъ чувствительность при давленіи въ окружности матки, а съ обѣихъ сторонъ неопредѣленныхъ очертаній мягкія, весьма болѣзненные опухоли, которыя онъ можетъ счесть за опухоли придатковъ; онъ подозрѣваетъ гонорройныя опухоли трубъ и спрашиваетъ:

«Нѣтъ ли у васъ бѣлей?»

«Да, но не очень сильныя.»

«Съ какихъ поръ?»

«Приблизительно два мѣсяца.»

«А раньше вы этимъ никогда не страдали?»

«Нѣтъ.»

Чтобы опредѣлить, есть-ли катарръ, врачъ изслѣдуетъ теперь зеркаломъ и находитъ умѣренное количество гнойныхъ выдѣленій въ зѣвѣ, отъ которыхъ онъ беретъ немного для микроскопическаго изслѣдованія на гонококки; но его подозрѣнiе уже раньше находитъ себѣ подтвержденiе при изслѣдованiи входа во влагалище, ибо онъ находитъ здѣсь немного секрета въ уретрѣ и красныя пятнышки на Бартолиновыхъ железахъ. Объективный диагнозъ гласитъ:

Retroflexio uteri, pyosalpinx duplex съ свѣжимъ периметритомъ, гоноррея.

Врачъ далѣе констатируетъ, что больная довольно малокровна и отъ постоянныхъ болей порядочно нервна. Изслѣдованiе готово.

Чтобы выяснитъ себѣ значенiе ретрофлексiи въ этой картинѣ болѣзни, врачъ продолжаетъ разспросы и узнаетъ, что больная неполнѣ здорова уже со времени первыхъ родовъ, бывшихъ восемь лѣтъ тому назадъ, что съ тѣхъ поръ бывало иногда давленiе въ крестцѣ, и желудокъ несовѣмъ въ порядкѣ, иногда бывали боли въ затылкѣ, явилась раздражительность и дурное настроенiе духа; регулы были всегда правильны, только послѣднiя совѣмъ не прекращались.

Теперь случай совершенно ясенъ: больная приобрѣла загибъ матки въ первый же послѣродовой періодъ, мѣсяца два тому назадъ заразилась перелоемъ, который при послѣдней менструаціи перешелъ на трубы и повелъ къ свѣжему периметриту.

## Частная діагностика.

### Нормальныя отношенiя.

Спеціальная діагностика гинекологическихъ страданiй мы предпосылаемъ описанiе нормальныхъ отношенiй, такъ какъ они должны образовать основу для сужденiя о патологическомъ состоянiи женскихъ половыхъ органовъ: топографически-анатомическія отношенiя для пальпаторнаго діагноза, гистологическія—для микроскопическаго діагноза. Тутъ-же мы присоединимъ описанiе методовъ, коими добываются эти данныя.

### Топографическая анатомія женскихъ половыхъ органовъ и нормальныя отношенiя при оцупыванiи.

Наружныя половыя части (vulva) состоятъ изъ большихъ и малыхъ срамныхъ губъ, похотника (clitoris) и преддверія (vestibulum) и отдѣляются дѣвственной плевой отъ влагалища.

*Большія срамныя губы* (labia pudenda majora) представляютъ собою двѣ толстыя складки кожи, которыя на внутренней своей поверхности гладки, а на наружной покрыты срамными волосами (pubes); спереди онѣ

сходятся въ передней спайкѣ и постепенно переходятъ въ кожу лобка, сзади между ними протянута *уздечка* (frenulum) — тонкая, поперекъ идущая складка кожи; позади послѣдней начинается *промежность*, простирающаяся до заднепроходнаго отверстія и далѣе, какъ задне-промежностная область (Hinterdamm), до крестца. У нерожавшихъ женщинъ большія губы такъ близко прилегаютъ другъ къ другу, что между ними только видѣются передніе края малыхъ губъ, между тѣмъ какъ у многорожавшихъ, вследствие надрыва задней спайки и расслабленія влагалищныхъ стѣнокъ, вульва часто настолько зіяетъ, что входъ во влагалище открытъ.

*Малыя срамныя губы* представляютъ двѣ тонкія складки слизистой оболочки столь различной длины, что иногда между большими губами выдается только ихъ передній край, часто же большая поверхность ихъ; приблизительно по серединѣ большихъ губъ онѣ переходятъ въ ихъ внутреннюю поверхность. Если раздвинуть большія губы, то можно видѣть наверху *клиторъ*, почти совершенно прикрытый крайней плотью (*praeputium*) — вялой, подвижной кожной складкой, которая оставляетъ обнаженной только головку похотника. Отъ нижней поверхности клитора отходитъ уздечка, которая, расщепляясь, расходится книзу и переходитъ въ малыя дѣтородныя губы; снаружн крайняя плотъ подходитъ съ каждой стороны къ малой губѣ, такъ что верхній конецъ послѣдней происходитъ изъ половины frenulum и половины praeputium, обхватывающихъ между собою похотникъ.

Раздвигая малыя губы, можно обозрѣвать *преддверіе влагалища* — vestibulum vaginae. Оно ограничивается внутренней поверхностью малыхъ и прилегающей частью большихъ губъ, спереди клиторомъ и его двураздѣльной уздечкой, а сзади рѣзко отдѣляется отъ промежности поперечно идущей задней спайкой; часть преддверія, образующая углубленіе позади спайки, называется *ладьевидной ямкой* — fossa navicularis. Въ преддверіе, предъ самымъ входомъ въ рукавъ, открывается *мочеспускательный каналъ* (urethra); возлѣ отверстія уретры находятся два маленькихъ плоскихъ углубленія, а подъ нимъ нѣсколько маленькихъ, едва видимыхъ ходовъ въ слизистой оболочкѣ, которые иногда проходимаы на извѣстномъ протяженіи для тонкаго зонда (*Skene'вскіе ходы*). На боковой стѣнкѣ преддверія, на 1—1½ стм. впереди задней срединной линіи, снаружн отъ дѣвственной плевы находится съ каждой стороны весьма узкое отверстие *выводнаго протока Бартолиновой железы*, который иногда доступенъ зондированію тонкимъ инструментомъ.

Преддверіе отдѣляется отъ влагалища *дѣвственной плевой* — hymen; послѣдняя представляетъ почти кольцевидную складку, которая начинается у orificium urethrae externum въ видѣ низкой каймы, постепенно возвышающейся по направленію къзади; поэтому отверстие hymen'a лежитъ у дѣвственницы не центрально, а болѣе впереди; величина его зависитъ отъ высоты плевы. При дефлораціи дѣвственная плева разрывается (иногда она только растягивается) и обыкновенно по обѣимъ сторонамъ до основанія, такъ

что образуются три доскута: одинъ средній, болѣе высокій, и два боковыхъ, болѣе низкихъ. У многорожавшихъ мы находимъ, какъ остатки плевры, отдѣльные сосочки — *carunculae myrtiformes*. При цѣлой дѣвственной плевѣ рукавъ не виденъ; если же hymen разорванъ, то обнажается нижняя часть передней влагалищной стѣнки, рѣдко задней; у multipara слизистая влагалища ложится во входъ маленькими валиками. Велѣдствіе старыхъ разрывовъ промежности introitus еще болѣе расширяется; разрывъ разрушаетъ переднюю часть промежности и спайку, такъ что fossa navicularis исчезаетъ, и продолжается по задней стѣнкѣ рукава, слѣва или справа отъ средняго валика, такъ что columna rugarum posterior, благодаря своей эластичности, перетягивается на другую сторону; если разрывъ простирается на влагалище съ обѣихъ сторонъ, то мы находимъ columnam отдѣленной и отвисающей въ видѣ язычка.

На этомъ кончаются данныя осмотра. Изслѣдованіе рукава требуетъ введенія пальца, а осмотръ влагалищной стѣнки производится помощью зеркала.

Vagina (влагалище, рукавъ) проходитъ при пустомъ пузырьѣ и пустой прямой кишкѣ спереди назадъ, приблизительно параллельно съ прямымъ разрывомъ тазового выхода и нѣсколько подъ нимъ; она представляетъ мышечную трубку, весьма различной вѣстительности, имѣющую въ длину 6—7 см. Передняя стѣнка лежитъ на задней, боковыя же образуютъ лишь короткія соединительныя части, такъ что на поперечномъ разрѣзѣ получается фигура . По передней стѣнкѣ и именно въ нижней ея половинѣ проходитъ подъ самымъ лоннымъ сочлененіемъ валикъ мочеиспускательнаго канала, который по серединѣ передней стѣнки уплощается и мало-по-малу исчезаетъ (*columna rugarum anterior*). Задняя стѣнка также имѣетъ въ нижней своей половинѣ нѣсколько болѣе плоскій срединный валикъ — *columna rugarum posterior*. Отъ обохъ валиковъ отходятъ въ стороны поперечныя складки и морщины, которыя всего выше у нерожавшихъ, но и у многорожавшихъ онѣ рѣдко отсутствуютъ, между тѣмъ какъ въ верхней своей половинѣ стѣнка гладка. Наверху vagina оканчивается куполообразно *влагалищнымъ сводомъ*. Передняя стѣнка находится въ весьма тѣсной связи внизу съ уретрой, а вверху съ пузыремъ; задняя стѣнка внизу плотно соединена съ тканью промежности, въ средней трети весьма рыхло съ прямой кишкѣй, а въ верхней трети также рыхло съ брюшиной Дугласова пространства; боковыя стѣнки рукава окружены тазовой кѣтчаткой. Влагалищныя стѣнки при средней крѣпости довольно туго и неподвижно соединены съ подлежащими тканями. Наполненіе сосѣднихъ органовъ имѣетъ большое вліяніе на положеніе влагалища: наполненный

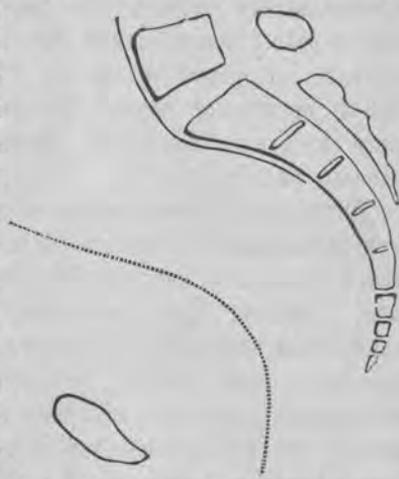


Рис. 18. Сагиттальный разрѣзъ таза съ проводной линіей.  $\frac{1}{2}$ .

мочевой пузырь отдавливает переднюю стѣнку въ просвѣтъ рукава, наполненная прямая кишка—заднюю; сверху вдается въ влагалищный сводъ влагалищная часть матки. Самые верхніе слои плоскаго эпителія влагалищной стѣнки болѣе или менѣе быстро отшелушиваются, такъ что влагалище постоянно покрыто бѣловатыми крошками.

**Portio vaginalis** (влагалищная часть) есть та часть шейки, которая свободно торчитъ во влагалищѣ; она лежитъ позади проводной линіи <sup>1)</sup>, на  $1\frac{1}{2}$ —2 поперечныхъ пальца впереди верхушки крестца, на уровнѣ линіи, соединяющей обѣ spinae ischii; обыкновенно она держится какъ-разъ средней линіи, но не рѣдки и боковыя отклоненія при косомъ положеніи тѣла матки. На верхушкѣ влагалищной части помѣщается *наружный зѣвъ матки*, который у нерожавшихъ образуетъ узкую поперечную щель, направленную къзади и книзу. Послѣ родовъ остаются съ обѣихъ сторонъ небольшіе надрывы, такъ что наружный зѣвъ становится шире и часто такъ зияетъ, что можно ввести кончикъ пальца въ нижнюю часть цервикальнаго канала; вслѣдствіе этого влагалищная часть распадается на двѣ губы. Шейка матки обхватывается влагалищнымъ сводомъ такимъ образомъ, что задняя губа приблизительно вдвое длиннѣе передней и соотвѣтственно этому надвлагалищная часть шейки спереди длиннѣе, нежели сзади; вслѣдствіе этого передній влагалищный сводъ кажется плоскимъ, а задній выше и выпуклымъ. Здоровая слизистая оболочка шейки всегда отдѣляетъ вѣскольکو прозрачной слизи, которая, тѣсно смѣшиваясь съ отшелушившимся плоскимъ эпителиемъ влагалища, образуетъ нормальный секретъ полового аппарата.

**Матка** имѣетъ приблизительно грушевидную *форму*, слегка уплощенную въ передне-заднемъ размѣрѣ. Ниже середины, въ области os internum она имѣетъ небольшой перехватъ и отсюда суживается, переходя въ шейку. Часть, лежащая выше перехвата, есть тѣло матки (corpus uteri), а тотъ отдѣлъ тѣла, который помѣщается между мѣстами отхожденія трубъ, мы называемъ дномъ матки (fundus uteri). *Величина* матки колеблется въ нормальныхъ предѣлахъ довольно значительно; матка всего больше у многорожавшихъ въ періодѣ половой зрѣлости, она значительно меньше во всѣхъ своихъ размѣрахъ у нерожавшихъ женщинъ и еще меньше у старухъ. Размѣры матки въ періодѣ половой зрѣлости слѣдующіе: ширина между яйцепроводами около 5 см., толщина тѣла около 3 см., а длина отъ дна до наружнаго зѣва около 9 см. *Консистенція* нормальной матки твердая и неподатливая, такъ что она не допускаетъ вдавленія пальцемъ; только въ области внутренняго зѣва существуетъ извѣстная мягкость и гибкость. Тѣло матки *лежитъ* при пустомъ пузырьѣ на верхней стѣнкѣ послѣдняго, дно почти достигаетъ задней стѣнки лоннаго сочлененія, наивысшая точка тѣла остается ниже плоскости тазоваго входа (рис. 19). Тѣло матки занимаетъ большую часть средняго положеніе,

<sup>1)</sup> Проводной линіей называется линія, проходящая по серединѣ тазоваго канала параллельно къ передней поверхности крестца (рис. 18). Обозначенія «справа» и «слѣва» считаются всегда отъ пациентки. Обозначеніе «спереди» и «сзади» относится къ стоящей пациенткѣ, слѣдовательно, передняя поверхность стоящей больной соотвѣтствуетъ верхней поверхности у лежащей.

но незначительныя боковыя отклоненія весьма часты, одинаково и въ правую и въ лѣвую сторону; въ такихъ случаяхъ тѣло направлено въ одну, а влагалищная часть соответственно въ другую сторону. Тѣло и шейка образуютъ между собою плоскій уголъ, равняющійся большею частью  $1\frac{1}{2}$  прямыхъ; величина угла допускаетъ колебанія, имѣющія лишь индивидуальное значеніе. Нормальная матка *подвижна* въ широкихъ предѣлахъ. При наполненіи мочевого пузыря сначала приподымается тѣло матки, затѣмъ вся матка отбѣсняется къ задней стѣнкѣ таза и въ то же время нѣсколько въ сторону и вверхъ. Наполненіе прямой кишки смѣщаетъ

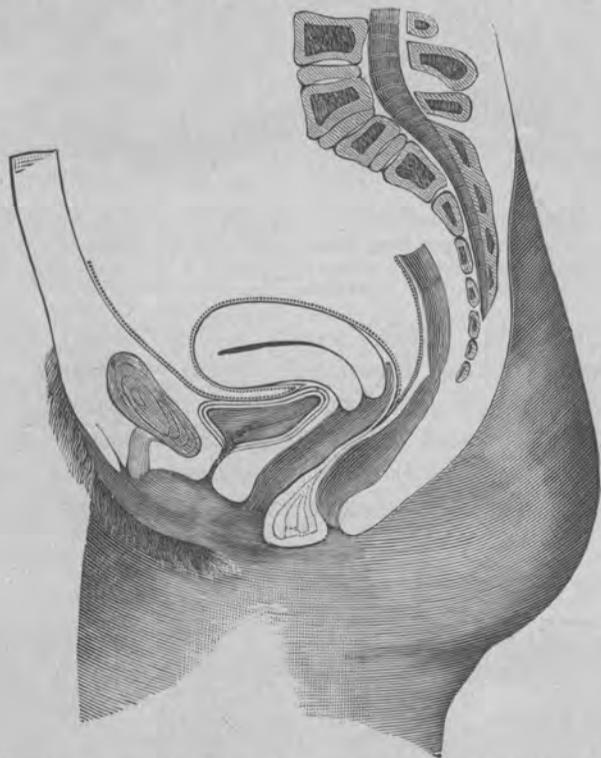


Рис. 19. Нормальное положеніе матки при умеренномъ наполненіи пузыря и порожней прямой кишки.  $\frac{1}{3}$ .

шейку впередъ и въ другую сторону, большею частью значить вправо; если ampulla recti сильно переполнена, то вся матка отодвигается вверхъ и въ другую сторону. Съ опорожненіемъ пузыря и прямой кишки эти ненормальныя положенія переходятъ въ вышеописанное нормальное.

Тѣло матки, за исключеніемъ боковыхъ краевъ, покрыто *брюшиной*; послѣдняя переходитъ спереди на матку съ верхней стѣнки пузыря на уровнѣ внутренняго зѣва, образуетъ здѣсь переднюю переходную складку и покрываетъ переднюю поверхность тѣла, все дно и всю заднюю стѣнку; здѣсь она опускается гораздо глубже, нежели спереди, покрываетъ заднюю стѣнку влагалища въ верхней ея трети и, образуя заднюю переход-

ную складку, заворачивается на заднюю стѣнку таза, гдѣ она покрываетъ переднюю стѣнку прямой кишки и переходитъ въ брюшину задней брюшной стѣнки. Такимъ образомъ между пузыремъ и маткой образуется *excavatio vesico-uterina*, а между маткой и задней тазовой стѣнкой, resp. прямой кишкой—*excavatio recto-uterina* или *Дугласова про-*

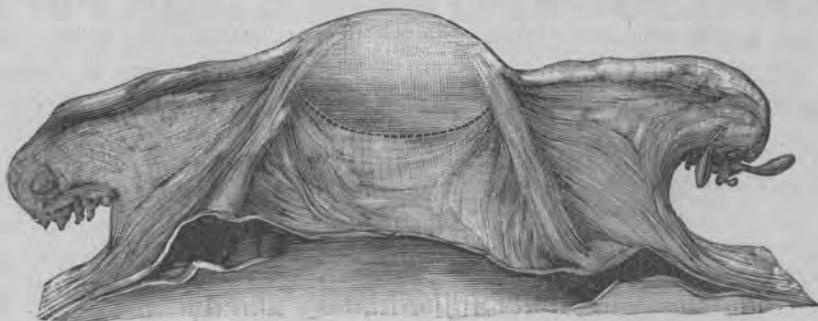


Рис. 20. Матка съ брюшиннымъ покровомъ и связками, видъ спереди.  
(по препарату университетской женской клиники).

Пунктиръ обозначаетъ границу между плотнымъ и рыхлымъ прикрѣпленіемъ брюшины.  $\frac{1}{2}$ .

*странство*, наиболѣе глубокій пунктъ котораго лежитъ приблизительно на границѣ между средней и верхней третью влагалища. *Excavatio vesico-uterina* представляетъ лишь щелевое пространство, когда матка лежитъ на пузырьѣ. Нижний отдѣлъ *Douglas'*ова пространства также щелевидный, верхній же большею частью выполненъ петлями кишекъ. Брюшина плотно и нераздѣльно срослена съ дномъ и прилегающей частью

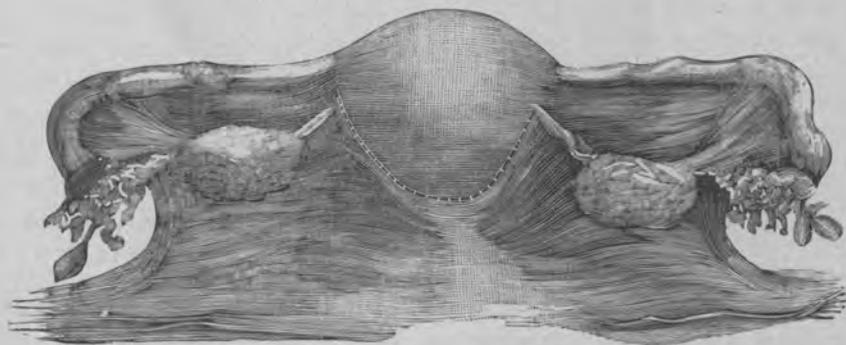


Рис. 21. То же самое, видъ сзади.

Пунктиръ обозначаетъ границу между плотнымъ и рыхлымъ прикрѣпленіемъ брюшины.  $\frac{1}{2}$ .

тѣла матки, къ нижней же части тѣла она лишь рыхло прилегаетъ и отдѣлена отъ матки соединительной тканью. Граница между плотно и рыхло прилегающей брюшиной образуетъ спереди слабо искривленную книзу дугу, а сзади спускается сильнымъ изгибомъ до задней поверхности шейки (рис. 20 и 21). Это отношеніе брюшины имѣетъ большое значеніе по-

тому, что въбрюшинныя новообразованія, выпоты, кровоизліянія могутъ отслоять оную и такимъ образомъ получить широкую связь съ маточной стѣнкой.

Бока матки не покрыты брюшиною, ибо оба листка, покрывающіе переднюю и заднюю стѣнку, съ боковъ заворачиваются и образуютъ *широкую связку*—*ligamentum latum*, послѣдняя представляетъ, слѣдовательно, дубликатуру брюшины. Обѣ пластинки широкой связки неодинаковой длины, соответственно различной высотѣ лежанія обѣихъ переходныхъ складокъ брюшины. Передній листокъ идетъ лишь приблизительно до высоты внутренняго зѣва, заворачивается затѣмъ впередъ, поднимается по передней стѣнкѣ таза и переходитъ въ брюшину передней брюшной стѣнки; задній листокъ спускается гораздо ниже, выстилаетъ по бокамъ *excavatio recto-uterina* и достигаетъ верхушки Дугласова пространства. Верхняя часть широкой связки кончается сбоку свободнымъ краемъ, который отъ *infundibulum tubae* тянется мимо яичника къ стѣнкѣ таза и на м. *ileo-psoas* переходитъ въ пристѣночный листокъ брюшины (рис. 24), этотъ свободный край называется *lig. infundibulo-pelvicum* (рис. 20 и 21). У стоящей женщины широкая связка лежитъ въ своей срединной части горизонтально, соответственно наклоненному впередъ положенію матки. Въ самомъ боковомъ отдѣлѣ широкой связки, между брюшнымъ концомъ трубы и яичникомъ лежитъ *parovarium*—комплексъ тонкихъ канальцевъ, изъ коихъ самый длинный тянется большею частью поверхъ отъ *lig. infundibulo-pelvicum*, образуя выпуклую кверху дугу, къ яичнику, прочіе же, числомъ отъ 8 до 10, идутъ отъ внутренней поверхности связки параллельно къ наружной части яичника; этотъ органъ есть остатокъ *Wolff*ова тѣла.

*Lig. rotunda* (круглыя связки) представляютъ два, толщиною почти въ карандашъ, мышечныхъ канатика, которые отходятъ съ обѣихъ сторонъ отъ дна матки впереди самой трубы и между пластинками широкой связки дугообразно тянутся къ передней брюшной стѣнкѣ (рис. 20); здѣсь они опускаются во внутреннее паховое кольцо, проходятъ паховой каналъ, выступаютъ изъ наружнаго пахового кольца и разсѣиваютъ свои волокна въ подкожной клѣтчаткѣ большихъ дѣтородныхъ губъ.

*Lig. recto-uterina* (*sacro-uterina*), крестцово-маточныя связки или *Дугласовы складки* суть двѣ плоскія складки брюшины, которыя отдѣляются отъ задней пластинки широкой связки тамъ, гдѣ она переходитъ въ боковую стѣнку Дугласова пространства; онѣ тянутся отъ области внутренняго зѣва къ передней поверхности крестца, теряясь тамъ на высотѣ второго или третьяго крестцоваго позвонка; позади шейки онѣ часто сходятся въ петлю (рис. 22 и 24). Въ складкахъ проходитъ плотная соединительная ткань и гладкія мышцы (*m. retractor uteri*, *Luschka*).

*Ощупываніе матки.* Введенные во влагалище пальцы поворачиваютъ ладонной поверхностью кверху, кладутъ ихъ въ передній сводъ или—еще лучше для фиксированія легко подвижной матки—указатель-

ный палец въ передній сводъ, а средній на влагалищную часть или въ задній сводъ. Наружную руку кладутъ слегка согнутой на животъ, приблизительно на три поперечныхъ пальца выше лоннаго сочлененія, обративъ кончики пальцевъ къ пупку. При такомъ положеніи руки матка находится между внутренней и наружной рукой (рис. 2). Оставляя внутренніе пальцы въ покоѣ, медленно вдавливаютъ наружную руку вглубь; при этомъ, если матка въ нормальномъ положеніи, то она должна очутиться между пальцами, въ противномъ случаѣ мы оцупываемъ собствен-

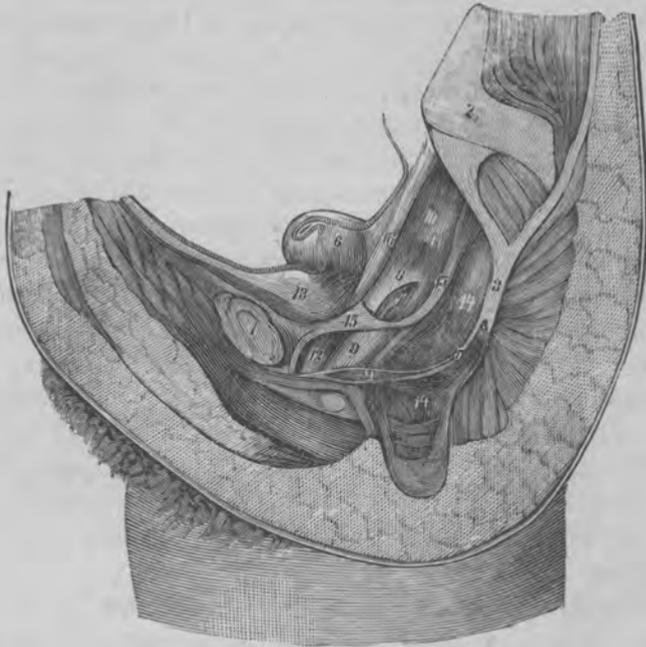


Рис. 22. Положеніе тазовыхъ органовъ, видъ слѣва, по удаленіи лѣвой стѣнки таза (видоизмѣнено по *Waldeyer*'у).  $\frac{1}{2}$ .

1. Symphysis. 2. Art. sacro-iliaca. 3. Lig. tuber. и spinos. sacrum. 4. M. levator ani. 5. M. coccygeus. 6. Uterus. 7. Portio vaginalis (видна черезъ надрѣзь свода). 8. Fornix vaginal. 9. Vagina. 10. Peritoneum Дугласова пространства снаружи 11. Лѣвая Дугласова складка. 12. Urethra. 13. Vesica. 14. Rectum. 15. Fascia pelvis. 16. Ureter.

ные пальцы. Начинающій получаетъ сперва лишь впечатлѣніе твердой резистенціи на томъ мѣстѣ, гдѣ матка лежитъ; не снимая пальцы, продолжаютъ оцупывать по всѣмъ направленіямъ (впередъ, въ стороны и къ влагалищной части), тогда по формѣ и по связи съ portio vag. узнаютъ матку. Обращаютъ вниманіе на форму, поверхность и величину матки, затѣмъ опредѣляютъ консистенцію, которую можно назвать нормальной, если матка настолько тверда и неподатлива, что не допускаетъ вдавленія пальцемъ; далѣе изслѣдуютъ положеніе матки и наконецъ подвижность ея. Матка, окруженная нормальной кѣтчаткой и брюшиной, подвижна по всѣмъ тремъ направленіямъ въ пространствѣ, т. е. ее можно притянуть къ лонному сочлененію, оттѣснить въ крестцовую впадину, смѣстить къ боковымъ

стѣнкамъ таза, его дно можно приподнять вверхъ приблизительно до половины высоты между пупкомъ и лобкомъ и снова притянуть внизъ настолько, чтобы влагалишная часть показалась во входѣ. Эти движенія, которыя не должны причинять существенной боли пациенткѣ, служатъ въ то же время для испытанія упругости связокъ. Обѣ широкія связки удерживаютъ матку, благодаря своей эластичности, въ срединной линіи, круглыя связки удерживаютъ дно кпереди, а крестцово-маточныя тянутъ шейку кзади и кверху.

**Яичники** (*ovaria*) обладаютъ миндалевидной формой и имѣютъ въ длину около 4 см., въ ширину 2—2½ см., въ толщину 1—1½ см.; величина ихъ подвержена извѣстнымъ колебаніямъ вслѣдствіе назрѣванія Граафовыхъ пузырьковъ и образованія *corpora lutea*. Яичники лежатъ близъ боковой стѣнки малаго таза подъ самой *linea arcuata*, верхнимъ полюсомъ почти достигая *vasa liaca*, а нижнимъ тазового дна; они свободно висятъ такимъ образомъ, что ихъ наибольшій размѣръ идетъ параллельно продольной оси тѣла, *hilus* обращенъ впередъ, свободный выпуклый край назадъ, а боковая поверхность прилегаетъ къ стѣнкѣ таза.

Яичникъ укрѣпленъ съ двухъ сторонъ: отъ его нижняго, маточнаго конца идетъ между пластинками *lig. latum* круглая, прочная, фиброзная связка—*lig. ovarii*, длиною въ 2—3 см., которая прикрѣпляется сбоку матки подъ самымъ мѣстомъ отхожденія яйцевода (рис. 21). Мимо его верхняго конца проходитъ *lig. infundibulo-pelvicum* къ тазовой стѣнкѣ; боковая часть послѣдняго, на которой яичникъ привѣшенъ къ стѣнкѣ таза, носить и названіе *lig. suspensorium ovarii*. Яичникъ не имѣетъ брюшиннаго покрова, а привѣшенъ къ задней пластинкѣ широкой связки на узкой (3—5 мм.) дубликатурѣ брюшины (*mesovarium*, рис. 21 и 23); послѣдняя покрываетъ лишь части яичника, граничащія съ *hilus*. Если матка лежитъ очень косо, то на той сторонѣ, куда *uterus* смѣщенъ, яичникъ лежитъ нѣсколько дальше кзади, между тѣмъ какъ другой перетягивается болѣе къ срединѣ таза.



Рис. 23. Яичникъ и широкая связка.

**Яичники** лучше всего *прощупываются* со стороны влагалища. Чтобы отыскать лѣвый яичникъ, отдаютъ лѣвый сводъ внутренними пальцами, обращенными кнаружи и кверху, противъ *linea arcuata*, затѣмъ кладутъ наружную руку съ слегка согнутыми пальцами нѣсколько кнутри отъ безымянной линіи и сближаютъ обѣ руки; при этомъ часто сразу находятъ яичникъ въ видѣ продольно-овальнаго тѣла упомянутой величины и плотной, но не твердой консистенціи. Яичникъ очень подвиженъ, такъ что его трудно удержать, и онъ легко ускользаетъ изъ подъ пальцевъ; это ускользаніе есть весьма цѣнное въ діагностическомъ отношеніи свойство. Большею частью яичникъ слегка чувствителенъ при значительномъ надавливаніи. Если яичникъ не прощупывается на означенномъ мѣстѣ, то надо обследовать эту половину таза полосами, проводя плотно при-

мыкающие пальцы сзади наперед, спереди назад и т. д.; при этом не надо размыкать пальцы, иначе яичник проскользнет так, что его и не заметишь. Опытному исследователю легко отыскать яичник, если пробираться от рога матки вдоль трубы или яичниковой связки, ибо и та, и другая ведут всегда к яичнику. Ощупывание правого яичника также производится левой рукой, причем кисть сильно опускают вниз, внутри концы пальцев поднимают и поворачивают руку несколько наружу; ищут главным образом кончиками пальцев. Хотя тут положение руки менее удобно, чем при ощупывании левого яичника, все-таки оно большею частью без труда удается, особенно если сесть или стать по левую сторону больной. Смѣна руки необходима лишь тогда, если исследование правых придатков не удастся, как следует, таким образом. При исследовании яичников надо обращать внимание на их величину, форму, поверхность, чувствительность и подвижность. Чаще всего яичники смѣшиваются с комками кала или с левой стороны с пустой flexura sigmoidea.

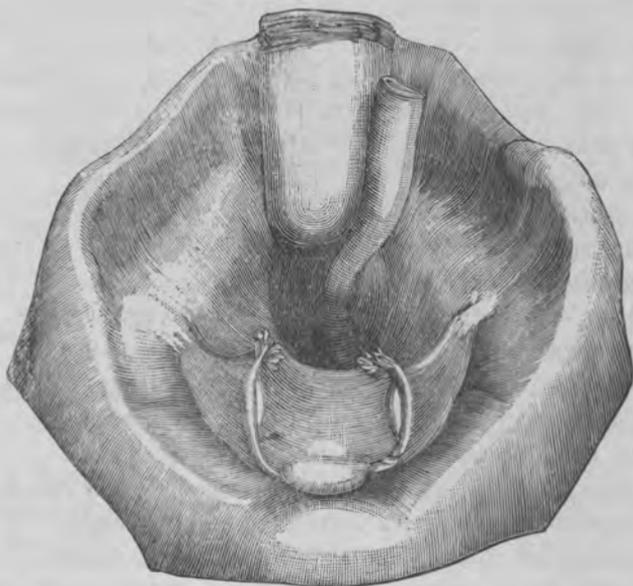


Рис. 24. Нормальное положение женских половых органовъ (по препарату университетской женской клиники).  $\frac{1}{3}$ .

**Яйцепроводы** (Фаллопиевы трубы) представляют собою тонкие, мышечные канатики около 10 см. длины; они лежат в верхнем свободном крае широкой связки и так покрыты брюшиной, что только небольшая часть их нижней периферии обращена к клетчатке lig. latі (рис. 27). От открытого бахромчатого конца тянется *fimbria ovarica* на lig. infundibulo-pelvicum к яичнику. Труба отходит от маточного рога, идет сначала горизонтально, близко позади передней стѣнки таза, подымается впереди яичника вверх, перекидывается через него и

опускается своимъ брюшнымъ концомъ въ боковую часть Дугласа, гдѣ *infundibulum* лежитъ вблизи крестцово-подвздошнаго сочлененія. Вмѣстѣ съ трубой поверхъ яичника ложится и прилегающая часть широкой связки, такъ наз. *mesosalpinx*, и почти совершенно его прикрываетъ (рис. 24).

*Ощупываніе трубъ* удается только при особенно мягкихъ и податливыхъ брюшныхъ покровахъ; легче ощупывается болѣе толстый маточный конецъ трубы, брюшной же конецъ слишкомъ мягокъ для того, чтобы его можно было ощупать. Трубы отыскиваютъ, сблизивъ плотно пальцы внутренней и наружной руки и передвигая ихъ перпендикулярно къ ходу трубы; при этомъ между пальцами перекачивается канатикъ мягкой консистенціи, едва толщиной въ вязальную иглу. Нормальныя трубы не болѣзненны. Легче всего ихъ смѣшать съ *lig. ovarii*, которое однако короче и тверже.

**Параметрій**, или тазовая клѣтчатка представляетъ собою часть соединительной ткани, простирающейся по всему тѣлу, съ которою онъ со

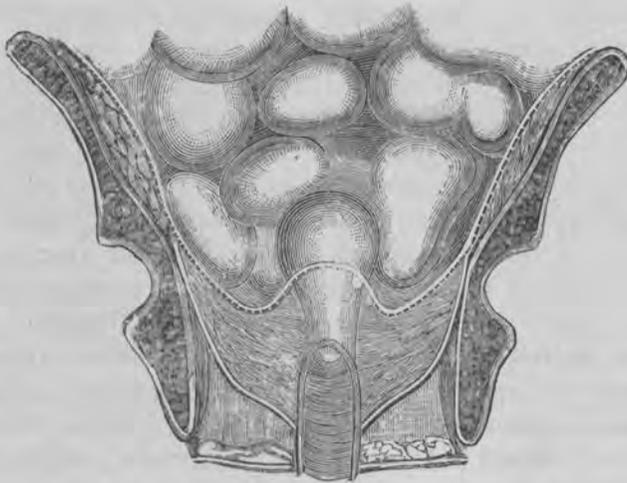


Рис. 25. Фронтальный разръзъ таза, видъ сзади; задній листокъ широкой связки удаленъ, чтобы показать параметрій, растянутый между брюшиной и *m. levator ani* (видоизмѣнено по *Spiegelberg*'у).  $\frac{1}{4}$ .

вѣхъ сторонъ находится въ непрерывной связи. Основу тазовой клѣтчатки образуетъ горизонтальный слой, ограниченный снизу *m. levator ani* и покрытый сверху брюшиною (рис. 25); такъ какъ послѣдняя образуетъ сверху множество углубленій и кармановъ, то верхняя граница очень неправильна и соотвѣтственно этому толщина соединительнотканнаго слоя весьма различна. Сильнѣе всего параметрій развитъ сбоку отъ шейки до самой стѣнки таза и называется здѣсь *основаніемъ широкой связки или lig. cardinale*. Этотъ фундаментъ тазовой клѣтчатки прободается спереди пузырьемъ и уретрой, посрединѣ половой трубкой, а сзади прямой кишкой, такъ что эти органы окружены соединительной тканью. Вслѣдствіе

такого распредѣленія по средней линіи находится меньше всего соединительной ткани, а главныя массы лежатъ на боковыхъ поверхностяхъ органовъ, доходя до тазовой стѣнки и соединяясь посрединѣ особыми пучками, обхватывающими шейку (рис. 26). Отъ этого фундамента параметрія тянутся въ разныя стороны отростки. Кверху подымается изъ него клѣтчатка *широкой связки*, которая, постепенно суживаясь, тянется до трубы (рис. 27); спереди она вступаетъ въ непосредственную связь съ *cavum praeperitoneale Ritzii*, окружаетъ сбоку пузырь и заворачивается кверху на брюшную стѣнку, какъ забрюшинная ткань. Отъ зашеечной клѣтчатки спускается слой соединительной ткани между задней стѣнкой влагалища и прямой кишкой (*septum recto-vaginale*), гдѣ онъ, постепенно истончаясь, доходить до половинной высоты задней стѣнки влагалища. Толстыя массы, лежащія на тазовой стѣнкѣ, находятся въ прямой связи съ клѣтчаткой, лежащей на крыльяхъ подвздошной кости; сюда параметрій переходитъ въ забрюшинную клѣтчатку, а черезъ *incisura ischiadica* въ соединительную ткань, лежащую подъ *m. glutaci*; спереди параметрій оставляетъ тазъ подъ *lig. Poupartii* и переходитъ въ клѣтчатку бедра.

Тазовая клѣтчатка повсемѣстно настолько мягка, что не представляетъ достаточнаго сопротивленія при ощупываніи; тамъ, гдѣ лежитъ нормальная тазовая клѣтчатка, пальцы соприкасаются и ничего не ощущаютъ; лишь въ отдѣльных мѣстахъ, гдѣ она нѣсколько утолщается, напр. на Дугласовыхъ складкахъ, прощупываются тяжи.

**Мочевой пузырь** вдвигнуть между влагалищемъ и маткой (рис. 19 и 22). Нижняя стѣнка пузыря находится въ тѣсной связи съ передней влагалищной стѣнкой и прилегающимъ параметріемъ; задняя стѣнка соединяется съ передней стѣнкой шейки, начывая отъ внутренняго зѣва и до прикрѣпленія влагалищнаго свода; при значительномъ наполненіи пузыря это соединеніе съ передней маточной стѣнкой расширяется, вслѣдствіе приподнятія рыхло прилегающей брюшины; сбоку отъ шейки пузырь также соединяется съ тазовой клѣтчаткой. Верхняя стѣнка покрыта брюшиной, а передняя прикрѣпляется рыхлой соединительной тканью къ задней стѣнкѣ лоннаго соединенія и горизонтальной вѣтви лобковой кости. Когда пузырь пустъ, то верхняя стѣнка лежитъ на нижней, образуя чашкообразное углубленіе; когда онъ наполняется, то моча собирается сперва въ боковыхъ частяхъ пузыря, затѣмъ верхняя стѣнка отходитъ отъ нижней, наковецъ при сильномъ наполненіи пузырь принимаетъ приблизительно круглую форму.

Въ пустомъ состояніи пузырь прощупывается только, какъ мягкая перепонка; даже содеража умѣренное количество мочи, онъ остается настолько вялымъ, что еще не прощупывается; лишь тогда, когда онъ содержитъ 300—400 грм., на мѣстѣ пузыря прощупывается кистовидная опухоль слабаго наполненія, которая не всегда лежитъ по средней линіи, но часто сбоку. Сильно растянутый пузырь можно смѣшать съ кистой, а при очень тугомъ наполненіи онъ можетъ даже производить впечатлѣніе твердой опухоли.

**Мочеточникъ** вступаетъ въ малый тазъ тотчасъ позади мѣста прикрѣпленія *lig. infundibulo-pelvicum*, надъ *ileo-psoas* и проходитъ мимо задняго края яичника въ широкую связку (рис. 22), проникаетъ черезъ клетчатку и приближается сверху къ шейкѣ матки, отстоя отъ нея на уровнѣ внутренняго зѣва приблизительно на 1 сант. (рис. 26.) Затѣмъ онъ тянется въ томъ же направленіи, т. е. сверху, сзади и снаружи внизъ, внутрь и впередъ, къ переднему влагалищному своду, плотно прилегаєтъ къ нему на протяженіи 1—1½ стм. и сзади впадаетъ въ пузырь.

Ощупыванію подаются лишь тѣ короткіе куски мочеточниковъ, которые прилегаютъ къ переднему влагалищному своду; ихъ ощущаютъ на протя-



Рис. 26. Горизонтальный разръзъ таза, проведенный черезъ середину лоннаго соединенія и третьяго крестцоваго позвонка, чтобы показать горизонтальное протяженіе тазовой клетчатки (видовзмѣнено по *Freund'y*). Спереди пузырь, посрединѣ шейка, сзади Дугласово пространство и прямая кишка, сбоку отъ шейки мочеточника. 1/3.

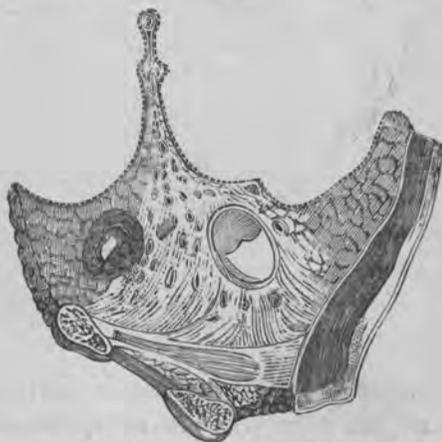


Рис. 27. Сагиттальный разръзъ, проведенный черезъ тазъ слѣва возлѣ матки, дабы показать отхожденіе вверхъ широкой связки изъ горизонтальнаго слоя клетчатки (видовзмѣнено по *Freund'y*). Спереди пузырь, сзади мочеточникъ, позади него видѣется влагалищная часть во вскрытомъ сбоку влагалищномъ сводѣ. 1/3.

женіи 1½—2 сант., приблизительно съ того мѣста, гдѣ уретра впадаетъ въ пузырь; отсюда они расходятся, теряясь кверху и образуя открытый къзади уголъ, по боковымъ частямъ передняго влагалищнаго свода и направляются въ видѣ гладкихъ подвижныхъ тяжей къ основанію широкой связки. Ощупываніе ихъ въ нормальномъ состояніи очень ненадежно, легче оно удается, если стѣнка мочеточника утолщена, и значительно облегчается введеніемъ катетера въ мочеточникъ.

**Прямая кишка** вступаетъ въ малый тазъ слѣва, впереди крестцово-подвздошнаго сочлененія и проходитъ, приближаясь къ средней линіи, по передней крестцовой впадинѣ; приблизительно на высотѣ *lin. anguata* она теряетъ свою брыжейку и до дна Дугласова пространства лежитъ виѣбрюшинно, прикрытая *peritoneum parietale*; отсюда до заднепроходнаго отверстія она всецѣло окружена тазовой клетчаткой (рис. 22 и 24).

Въ пустомъ состояніи прямую кишку можно ощупать въ видѣ подвиж-

ной ленты, въ палецъ шириною, впереди крестцовой кости, гдѣ она занимаетъ болѣе или менѣе срединное положеніе; если она наполнена, то прощупываютъ на протяженіи ея мягкія массы, измѣняющія отъ давленія свою форму, которыя по направленію кверху исчезаютъ. Если ввести палецъ въ прямую кишку, то попадаютъ сперва въ *ampulla recti*; въ пустомъ состояніи стѣнки прилегаютъ одна къ другой и кверху ихъ иногда трудно разъединить; около 6 стм. выше заднепроходнаго отверстія прощупывается полудлунная складка слизистой оболочки, сидящая главнымъ

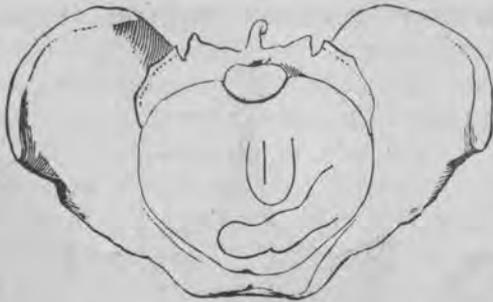


Рис. 28. Наполненная каломъ *flexura sigmoidea* (результатъ опухиванія).

образомъ на передней и правой стѣнкѣ и суживающая просвѣтъ кишки (*складка Kohlrausch'a*).

Слѣва на высотѣ тазового входа и нѣсколько выше прощупывается *flexura sigmoidea*, которая, смотря по длинѣ своей брыжейки, владеетъ въ тазъ на различномъ протяженіи, иногда она даже ложится впереди матки по средней линіи. Въ пустомъ

состояніи она представляетъ лентообразную, легко подвижную полосу; если же она наполнена, то на протяженіи ея прощупываются часто мягкія каловыя массы или твердыя *scybala*, которыя можно принять за яичникъ или опухоли придатковъ (рис. 28).

Для ориентированія важно знать тѣ **костныя части таза**, которыя можно ощупать со стороны влагалища. Ощупывается задняя стѣнка лобногосоединенія, горизонтальная и нисходящая вѣтви лобковой кости и верхняя часть восходящей вѣтви сѣдалищной кости, между тѣмъ какъ сѣдалищный бугоръ, будучи прикрытъ мягкими частями, не прощупывается. Изъ нисходящей вѣтви сѣдалищной кости легко прощупывается *spina ischii*, которая имѣетъ особенное значеніе для опредѣленія высоты стоянія влагалищной части. Безъимянная линія, а также верхній край сѣдалищной вырѣзки хорошо прощупываются при податливой стѣнкѣ влагалища, особенно подъ наркозомъ. Мысь и верхніе отдѣлы крестца достижимы, если тазъ не очень широкъ, заднія же, наиболѣе выгнутыя части крестца рѣже прощупываются спереди.

Иногда прощупываются отдѣльныя **мышцы въ маломъ тазу**, особенно если онѣ сокращены. На передней стѣнкѣ крестца, въ верхней его половинѣ выдѣляется въ видѣ небольшого валика *m. pyriformis*. На передней стѣнкѣ таза на *for. obturatorium* иногда прощупывается плоскій *m. obturator. int.*, а на высотѣ тазового входа ясно опухивается идущій изнутри и сверху книзу и кнаружи *m. ileo-psoas*.

**Лимфатическіе сосуды и лимфатическія железы.** Лимфатическіе

сосуды всей вульвы и нижней трети рукава тянутся къ *паховымъ железамъ*; въ нихъ погружается далѣе лимфатическій сосудъ, происходящій изъ рога матки и проходящій вмѣстѣ съ круглой связкой черезъ паховой каналъ. Лимфатическіе сосуды средней трети влагалища отдѣльно тянутся черезъ тазъ къ *подвздошнымъ железамъ*, сосуды же верхней трети, соединяясь съ сосудами влагалищной части и шейки въ большіе <sup>30</sup> стволы,

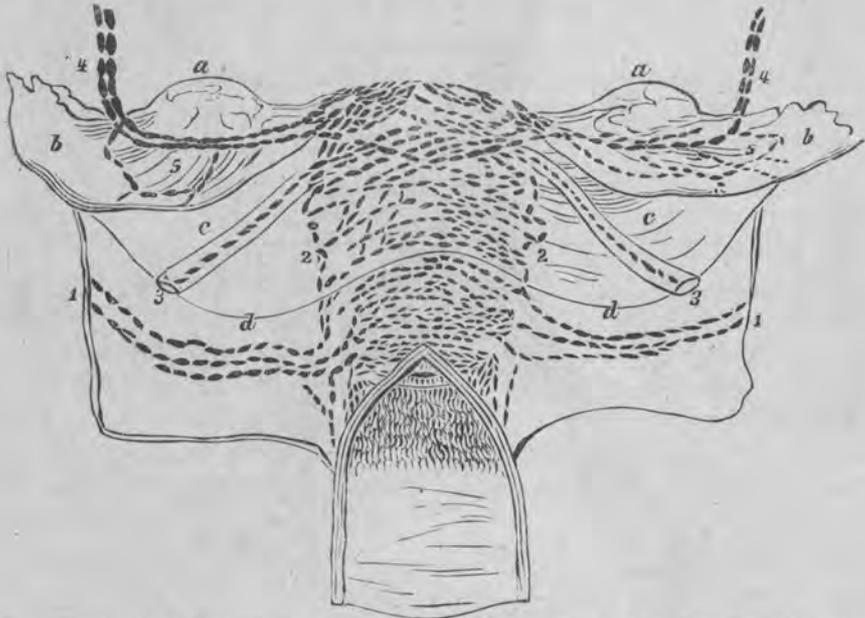


Рис. 29. Ходъ лимфатическихъ сосудовъ влагалищнаго свода, влагалищной части, шейки и тѣла матки (по Poirier).

*a.* яичникъ; *b.* труба; *c.* передняя пластинка широкой связки; *d.* задняя пластинка широкой связки.

1. Лимфатическіе сосуды шейки и влагалищнаго свода; 2. анастомозъ между лимфатическими сосудами тѣла и шейки матки; 3. лимфатическій сосудъ, идущій вмѣстѣ съ широкой связкой; 4. лимфатическіе сосуды дна и тѣла матки, идущіе къ gland. lumbales.

проходятъ черезъ основаніе широкой связки и погружаются въ тѣ же железы (рис. 29). Gland. iliacaе, числомъ отъ двухъ до трехъ, лежатъ на мѣстѣ развѣтвленія art. iliaca comm. между art. hypogastrica и iliaca ext., подъ самой безъимянной линіей, позади середины боковой стѣнки таза. Лимфатическіе сосуды тѣла и дна матки собираются по бокамъ матки въ большіе стволы, анастомозируютъ съ лимфатическими сосудами шейки и тянутся по верхнему краю широкой связки вмѣстѣ съ сосудами яйцевода и яичника къ lig. infundibulo-pelvicum, поднимаются въ немъ и погружаются на передней поверхности позвоночника въ *поясничныя железы*; послѣднія лежатъ вокругъ аорты на уровнѣ нижняго края почки (рис. 30).

*Ощупываніе тазовыхъ железъ* рѣдко удается, если онѣ не увеличены; напротивъ, въ припухшемъ состояніи ихъ можно отыскать, если въ глубокомъ наркозѣ ввести два пальца въ прямую кишку и передвигать ихъ по направленію къ безъимянной линіи, а наружную руку вдавливать

на соотвѣтственномъ мѣстѣ. Ощупываніе поясничныхъ желѣзъ вообще возможно только тогда, когда онѣ сильно увеличены.



Рис. 30. Ходъ лимфатическихъ сосудовъ матки и яичниковъ (по *Poirier*).

*a.* почка; *b.* матка; *c.* яичникъ; *d.* труба; *f.* мочеточникъ.

1. Gland. lymphatic. iliacae; 2. лимфатическіе сосуды шейки; 3. лимфатич. сосуды тѣла матки; 4. лимфатич. сосуды яичника; 5. gland. lymph. lumb. inf.; 6. gland. lymph. lumb. super.

### Нормальныя гистологическія отношенія.

При описаніи *нормальнаго гистологическаго строенія* мы будемъ здѣсь имѣть въ виду только тѣ части половыхъ органовъ, которыя имѣютъ значеніе для микроскопической діагностики, а именно: вульву, влагалище, влагалищную часть, шейку, матку и соотвѣтственныя слизистыя оболочки.

**Вульва** (*labium majus, minus, clitoris, mons Veneris*) покрыта такъ же, какъ и остальная кожа женскаго тѣла, многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ; въ самыхъ глубокихъ слояхъ лежатъ цилиндрическія кѣтки, по-

степенно переходящія въ кубическія, надъ ними болѣе круглый, зубчатый эпителий, въ верхнихъ слояхъ—плоскіе, роговъющіе элементы. Эпителиальныя кѣтки имѣютъ явственно выраженное ядро, которое пропадаетъ въ верхнемъ роговомъ слое. Въ эпидермисѣ находятся правильно распределенныя сосочки съ сосудами и нервами.—Далѣе надо отмѣтить на *labium majus* сильное развитіе волосъ и сальныхъ железъ; послѣднія, гроздовидной формы, открываются по нѣсколько въ одинъ волосной мѣшечекъ (табл. <sup>1)</sup> I, рис. 1); онѣ содержатъ короткій пристѣночный цилиндрическій эпителий, который постепенно измѣняется вслѣдствіе поглощенія жировыхъ капель. Кромѣ сальныхъ железъ, можно видѣть потовыя железы; послѣднія проникаютъ своимъ узкимъ протокомъ черезъ слой эпидермиса, опускаются, извиваясь (на подобіе пробочника), глубоко въ ткань и заворачиваются на концѣ въ видѣ клубка; онѣ несутъ однослойный цилиндрическій эпителий. Въ лежащей подъ эпидермисомъ рыхлой соединительной ткани, въ которой заложены волосяныя мѣшечки, потовыя железы, кровеносныя сосуды, нервы, а также эластическія волокна, мы находимъ скопленіе жировыхъ кѣтокъ.—Эти составныя части встрѣчаются во всѣхъ возрастахъ; отклоненія мы находимъ въ дѣтскомъ возрастѣ въ видѣ слабого развитія волосъ и сальныхъ железъ, а въ старости въ видѣ истонченія слоя эпидермиса, исчезновенія подкожной кѣтчатки и часто значительнаго отложенія пигмента въ самомъ глубокомъ цилиндрическомъ слое эпидермиса (*rete Malpighii*).

Для діагностики важно знать, какія картины даютъ микроскопическіе срѣзы, особенно косые и плоскостные, поверхностныхъ и глубокихъ слоевъ эпителиальнаго покрова и случайно встрѣчающихся углубленій эпителия. Получаются отрѣзки многослойнаго эпителия, кругловатыя или овальныя, похожіе на островки эпителия, лежащіе въ соединительнотканной стромѣ; эти картины поверхностныхъ срѣзовъ не должны быть смѣшиваемы со сплошными раковыми отростками.—Далѣе надо имѣть въ виду различныя срѣзы сальныхъ железъ, которые при недостаточномъ навыкѣ тоже могутъ подать поводъ къ смѣшенію съ патологическими процессами.—При гистологическихъ изслѣдованіяхъ вульвы надо еще помнить о *Bartholini'евыхъ железахъ* (табл. I, рис. 2): макроскопически онѣ дольчаты, даже гроздовидны, микроскопически трубчатого строенія и снабжены однослойнымъ, высокимъ, цилиндрическимъ эпителиемъ, съ ядромъ, лежащимъ ближе къ основанію, и плохо красящимся кѣточнымъ тѣломъ.—Относительно гистологии клитора особенныхъ замѣчаній сдѣлать не приходится, кромѣ упоминанія о *corpora cavernosa*.—На внутренней сторонѣ большихъ губъ ростъ волосъ большею частью прекращается; на границѣ съ *малыми губами* исчезаютъ потовыя железы; у поворожденныхъ сальныя железы часто совершенно отсутствуютъ здѣсь, у взрослыхъ онѣ иногда хорошо развиты и обильны; такимъ образомъ микроскопическая картина *labia minora* упрощается: многослойный, плоскій эпителий съ маленькими сосочками, подъ нимъ простая соединительная ткань съ сосудами. *Нупен*

<sup>1)</sup> Таблицы помѣщены въ концѣ книги.

обнаруживаетъ такъ же, какъ и малыя губы и влагалище (см. ниже), многослойный, плоскій эпителий съ хорошо развитыми сосочками на простой соединительнотканной основѣ.

На влагалищѣ надо различать двѣ части, составляющія влагалищную стѣнку: *многослойный, плоскій эпителий* и мускулатуру. При *нормальныхъ* условіяхъ дѣло не доходитъ до ороговѣнія поверхностныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ, только при выпаденіи влагалища эпителиальный покровъ высыхаетъ и получаетъ роговой слой. Въ эпителиальномъ слое видны многочисленные сосочки. Эпителий вездѣ слѣдуетъ за складками и выступами (*tugae*). Исключительнымъ образомъ встрѣчаются описанныя *Preuschen* омы влагалищныя железы, снабженныя цилиндрическимъ, мерцательнымъ эпителиемъ. При *haematokolpos* можетъ развиваться во влагалищѣ, вмѣсто толстаго слоя плоскаго эпителия, тонкій, многослойный или однослойный, цилиндрическій эпителий, иногда даже снабженный рѣсничками. Толщина эпителиального слоя влагалища мѣняется въ зависимости отъ возраста: у ребенка и новорожденнаго, сравнительно съ величиною, болѣе толстый эпителиальный слой съ болѣе крупными сосочками, нежели въ старости — здѣсь эпителиальный слой тонокъ, сосочки едва находимы или, крайней мѣрѣ, слабо развиты, эпителиальный покровъ гладокъ. Вторая составная часть — *мускулатура влагалища* многослойна, но направленіе волоконъ (круговое или продольное) неясно выражено; мышечныя пучки, состоящіе изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, всячески переплетаются. Между мускулатурой и эпителиальнымъ слоемъ находится тонкій слой плотной соединительной ткани; рыхлый слой связываетъ влагалище съ окружающими частями.

**Влагалищная часть** покрыта многослойнымъ эпителиемъ; самый глубокій слой содержитъ, какъ и во влагалищѣ, короткія цилиндрическія клѣтки; въ эпителии также находятся многочисленные, узкіе, но менѣе высокіе сосочки. Эпителиальный слой плотно прилегаетъ къ ткани влагалищной части.

**Шейка** снабжена нѣжнымъ, цилиндрическимъ эпителиемъ. Поверхность ея неровна, волниста отъ тонкихъ сосочковъ, складокъ, выступовъ, которые даютъ на поперечномъ разрѣзѣ картину папиллъ. На сосочкахъ цилиндрическія клѣтки сгруппированы въ видѣ изящной палисады или вѣерообразно: соответственно этому основаніе элементовъ тоньше, а верхняя часть шире. Съ поверхности идутъ углубленія въ ткань шейки, которыя могутъ принимать самыя разнообразныя формы: они могутъ образовывать большія *бухты*, получающія, благодаря выступамъ, почти ацинозный видъ и дающія своимъ красивымъ эпителиальнымъ покровомъ прекрасную микроскопическую картину; или углубленія имѣютъ просто *форму бутылки* съ болѣе узкимъ входомъ и расширеніемъ въ глубинѣ, эпителиальная кайма проходитъ здѣсь нормальнымъ образомъ такъ же, какъ и въ слѣдующей формѣ, почти гладко безъ возвышеній; третья форма простая *трубчатая* съ узкимъ просвѣтомъ, эпителии противоположныхъ стѣнокъ часто почти соприкасаются; эти трубчатыя железы

бываютъ простыя, раздѣленные и многовѣтвистыя «на подобіе оденныхъ роговъ»; онѣ направляются большею частью отъ поверхности слизистой оболочки кверху и внаружи.—*Эпителій* высокій, узкій, цилиндрическій, на поверхностныхъ частяхъ слизистой онѣ большею частью короче, нежели въ глубинѣ; съ большей высотой эпителиевъ связана и большая узость; граница между эпителиями мелко пунктирована. Ядро лежитъ у основанія клѣтки и очень хорошо красится, между тѣмъ какъ клѣточное тѣло не способно впитывать красящія вещества, особенно варминъ (табл. II, рис. 3); край клѣтки вслѣдствіе этого тонкій, просвѣчивающій.—Въ разныхъ возрастахъ эпителий шейки бываетъ нѣсколько различенъ: у новорожденныхъ и въ раннемъ дѣтствѣ ядра не лежатъ такъ равномерно у основанія, а могутъ передвинуться на границу нижней трети; въ зрѣломъ возрастѣ находятъ рѣснички, хотя и не такъ аккуратно, какъ на эпителияхъ матки (*Rich. Wolff*); мерцательные волоски констатируются на поверхностно лежащихъ клѣткахъ и только на свѣжихъ препаратахъ. Упомянутая третья форма (трубчатая) углубленій встрѣчается только въ періодѣ половой зрѣлости; въ климактеріи слизистая оболочка болѣе гладка, бухты обыкновенно исчезли, часто остаются еще отшнуровавшіяся маленькія кисты.—Каналь шейки начинается у наружнаго зѣва; *но не всегда послѣдній представляетъ границу между эпителиемъ влагалищной части и цервикальной слизистой*: у новорожденныхъ граница эта можетъ совпадать съ *orificium ext.*, но бываетъ также, что плоскій эпителий *port. vag.* вдается въ шеечный каналъ; въ третьихъ, граница между обоими родами эпителия можетъ оказаться и по сую сторону зѣва, на наружной сторонѣ влагалищной части (такъ назыв. *erosio congenita*). У взрослыхъ (*nulliparae*) границу образуетъ большею частью наружный зѣвъ, у многорожавшихъ (при отсутствіи болѣзненныхъ процессовъ) плоскій эпителий вляется въ *cap. cervicalis* (ср. эпидермидализацію).—Граница между многослойнымъ, плоскимъ эпителиемъ влагалищной части и цилиндрическимъ эпителиемъ шейки или рѣзко выражена, или имѣется постепенный переходъ, причемъ изъ однослойнаго цилиндрическаго образуются многообразные, постепенно наслаивающіеся эпителии; иногда многослойный, плоскій эпителий пододвигается подъ цилиндрическій (см. рис. 21, табл. 8).

Надо еще упомянуть о *бокаловидныхъ клѣткахъ* въ слизистой шейки, которая въ очень обильномъ количествѣ встрѣчается часто у новорожденныхъ, менѣе у взрослыхъ. Исслѣдованія показываютъ, что онѣ не столько находятся въ связи съ производствомъ слизи, сколько съ перерожденіемъ отдѣльныхъ клѣтокъ или значительной части ихъ.

Слизистая оболочка тѣла матки обнаруживаетъ, по сравненію съ слизистой шейки, *гладкую* поверхность; она вездѣ несетъ однослойный *цилиндрическій эпителий* (табл. II, рис. 4), который короче цервикальнаго; въ углубленіяхъ (маточныхъ железахъ) эпителий такъ же, какъ и въ цервикальныхъ железахъ, выше, на поверхности онѣ меньше и имѣетъ узко-цилиндрическую, а также кубическую форму. Овальное

ядро занимаетъ приблизительно середину клѣтки и хорошо воспринимаетъ красящія вещества, хорошо окрашивается также мелкозернистая протоплазма. *Положеніе ядра и способность къ окраскѣ* является въ общемъ отличительнымъ признакомъ между эпителиемъ шейки и тѣла матки.— Маточный эпителий во всѣхъ возрастахъ остается цилиндрическимъ; до половой зрѣлости онъ не несетъ мерцающихъ волосковъ; въ періодъ половой зрѣлости онъ усаженъ рѣсничками, мерцательное движеніе которыхъ направлено, по изслѣдованіямъ *M. Hofmeier'a*, наружу; въ климактерическомъ возрастѣ эпителий утрачиваетъ рѣснички, хотя и не аккуратно (у нѣкоторыхъ женщинъ онъ долго сохраняется), становится короче, получаетъ кубическую, даже нѣсколько неправильную форму, кругловатую, какъ-будто вздутую, и хуже красится. Въ зрѣломъ въ половомъ отношеніи органѣ погружаются съ поверхности многочисленныя *трубчатыя железы*, проникающія черезъ всю слизистую до muscularis; распределеніе ихъ въ отношеніи разстоянія другъ отъ друга и формы равномерное. Маточныя железы имѣютъ узкій входъ, въ которомъ противостоящіе эпителии почти соприкасаются, въ глубинѣ просвѣтъ железы расширяется постепенно и оканчивается на muscularis прямо или слегка загибаясь. Отклоненія отъ этого типа, которыя все-таки должны быть еще отнесены къ нормальной картинѣ, встрѣчаются въ видѣ раздвоенія выводного протока, дѣленія железы на протяженіи ствола (табл. III, рис. 5 и 6), иногда железистая трубка дѣлаетъ загибъ на мышечной оболочкѣ и идетъ на небольшомъ протяженіи почти параллельно къ ней, иногда она даже слегка погружается между мышечными пучками. Далѣе встрѣчаются въ предѣлахъ нормы варіаціи въ направленіи; между тѣмъ какъ въ общемъ направленіе железъ вездѣ прямое, почти перпендикулярное къ muscularis, оно на бокахъ и днѣ матки, соответственно мѣсту заворачиванія слизистой съ передней стѣнки на заднюю, слегка радиусообразное, что уравниваетъ несоответствіе между меньшей поверхностью и большимъ основаніемъ.— Далѣе, вмѣсто прямого направленія, железы могутъ извиваться, дѣлая боковыя изгибы; иногда это повторяется на большомъ протяженіи въ одномъ и томъ же направленіи, такъ что получается красивая, равномерная микроскопическая картина; помимо боковыхъ изгибовъ встрѣчаются извороты на подобіе пробочника (фигура маятниковаго и круговаго движенія). Между тѣмъ какъ въ железахъ вообще эпителий большею частью лежитъ гладко такъ же, какъ на поверхности слизистой, въ железахъ, извивающихся на подобіе пробочника, наблюдается слегка папиллярное распределеніе эпителиевъ; картина сосочковъ вызывается веденіемъ разрѣза перпендикулярно къ выступамъ (поперечное сѣченіе имѣетъ слегка видъ пилы). Въ патологическихъ случаяхъ мы встрѣчаемъ эти нормальныя модификаціи сильнѣе выраженными.

Кромѣ эпителиа и эпителиальныхъ образованій, слизистая оболочка заключаетъ *строму*, въ которой заложены сосуды и нервы (табл. III, рис. 6). Строма представляетъ собою мелкую соединительнотканную сѣть,

въ которой густо заложены кругловатые элементы, схожіе съ бѣлыми кровяными шариками. Тѣло клѣтки почти не видно, такъ какъ ядро выполняетъ всю клѣтку. Кромѣ *кругловатыхъ* клѣтокъ, встрѣчаются и *веретенообразныя*, особенно вблизи сосудовъ и въ глубинѣ слизистой, эти элементы тоже совершенно выполняются овальнымъ ядромъ. Иногда, особенно на невоплѣ нормальныхъ, слегка отечныхъ препаратахъ, можно видѣть явственно звѣздчатые элементы стромы, соединяющіеся между собою своими отростками. Въ стромѣ надо различать межклѣточное (мелковолокнистое) и клѣточное вещество, клѣтки стромы. Называть эту слизистую оболочку лимфоидной тканью изъ-за того только, что кругловатые элементы стромы похожи на лимфатическія тѣльца, нѣтъ основанія и легко вестъ къ ошибочному сужденію о функціи слизистой оболочки.

Далѣе слѣдуетъ упомянуть, что железы обвиты тонкими, веретенообразными соединительнотканными тѣльцами и кромѣ того обладаютъ прозрачною, какъ стекло, оболочкой — *tunica propria*, которая ясно констатируется на препаратахъ, осторожно вымоченныхъ въ разведенной водѣ кровяной сывороткѣ. — *Въ разныхъ возрастахъ* эпителии, какъ уже упомянуто, и строма слизистой оболочки бываютъ различны: между тѣмъ какъ до половой зрѣлости встрѣчаются все больше круглые элементы стромы, послѣ климактерія — въ *endometrium atrophicum senile* — преобладаютъ пучки веретенообразныхъ клѣтокъ, при частичномъ исчезаніи слизистой. Железы также подлежатъ измѣненіямъ: въ маткѣ новорожденной дѣвочки можно видѣть на нѣкоторыхъ срѣзахъ только поверхностный эпителии и никакихъ вѣдреній его; кое-гдѣ попадаются нѣсколько шаровидныхъ впадинъ, лежащихъ часто вмѣстѣ по 2 — 3 и занимающихъ  $\frac{1}{4}$  толщи слизистой; весьма рѣдко онѣ доходятъ до *muscularis* и тогда имѣютъ трубчатую форму; противоположность этому представляетъ вышеназванная картина слизистой, богатой железами, у лицъ въ періодѣ половой зрѣлости. Въ періодѣ увяданія число железъ убываетъ, онѣ становятся уже и какъ-бы не доходятъ до мускулатуры, ходъ ихъ становится неправильнымъ, нерѣдко параллельнымъ или косымъ къ поверхности; истонченіе слизистой идетъ рука объ руку съ уменьшеніемъ всего органа. Послѣ климактерія слизистая производитъ часто впечатлѣніе хроническаго интерстиціальнаго (циррознаго) процесса съ исчезаемъ паренхимы.

Здѣсь умѣстно еще остановиться на строеніи слизистой во время физиологическаго процесса — *менструаціи*. Слизистая матки обнаруживаетъ во время мѣсячныхъ чрезвычайное наполненіе кровью, а съ этимъ и болѣе или менѣе значительное набуханіе; строма сочна и рыхла. Слѣдующая ступень происходитъ отъ кровоизліяній (*diapedesis* и *haemorrhagia*) въ ткань, на поверхность или въ железы. Кровотеченіе на поверхности часто имѣетъ мѣсто между эпителиемъ и стромою, такимъ образомъ возникаютъ покрытые эпителиемъ бугры (эпителиальныя гематомы *Gebhard'a*) (табл. IV, рис. 7), которые иногда лопаются и изливаютъ свое содержимое въ полость матки. Далѣе слѣдуетъ ступень всасыванія крови, излившейся въ ткань: спустя

въ некоторое время послѣ прекращенія регулъ еще находятъ зернистое красящее вещество крови; когда всосется лимфатическая и серозная жидкость, слизистая снова возвращается *ad integrum*; во всякомъ случаѣ, утраченные могутъ быть, при образованіи гематомы эпителия или отслоившіяся отъ кровотеченія незначительныя частицы ткани скоро снова восстанавливаются. Полнаго отторженія слизистой оболочки или хотя бы значительныхъ участковъ эпителия или соединительной ткани не бываетъ при этомъ (ср. дисменорройныя мембраны). Измѣненія слизистой оболочки во время беременности будутъ особо описаны.

Обращаясь къ составнымъ частямъ самой **маточной стѣнки** и къ ея брюшинному покрову, мы сохранимъ дѣленіе на *тѣло, шейку и влагалищную часть*. Ткань *тѣла матки* состоитъ существеннымъ образомъ изъ мышечной массы: остовъ исчезаетъ предъ богатымъ развитіемъ послѣдней. *Микроскопически muscularis* состоитъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ—узкихъ, веретенообразныхъ элементовъ съ однороднымъ палочкообразнымъ ядромъ; въ небеременномъ состояніи рѣдко можно замѣтить въ клѣткахъ или ихъ ядрахъ болѣе тонкую структуру (даже при большомъ увеличеніи), между тѣмъ какъ мышечные элементы беременной матки, помимо того, что они увеличены въ нѣсколько разъ, обнаруживаютъ мелкозернистую протоплазму, а въ ядрѣ одно или два ядерныхъ тѣльца.—Мышечные элементы лежатъ *пучками*; въ послѣднихъ клѣтки правильно идутъ въ одномъ направленіи, такъ что мышечныя волокна одного и того же пучка пересѣкаются всегда въ одномъ и томъ же направленіи или вдоль, или поперекъ, или вкось; длинныя, узкія, веретенообразныя клѣтки продольнаго срѣза представляются на поперечномъ разрѣзѣ въ видѣ кучки маленькихъ, кругловатыхъ клѣтокъ, недостаютъ только рѣзкіе контуры послѣднихъ; болѣе сильное преломленіе свѣта сарколемою отличаетъ поперечныя сѣченія мышечныхъ волоконъ отъ соединительно-тканныхъ элементовъ, тоже и частое отсутствіе сѣченія ядра, объясняющееся тѣмъ, что при поперечномъ разрѣзѣ черезъ пучокъ не всѣ мышечные элементы пересѣкаются посреднѣ (табл. IV, рис. 8). На косыхъ срѣзахъ получаютъ короткія, веретенообразныя фигуры съ узкимъ ядромъ.

Самое распредѣленіе мышечныхъ пучковъ въ зрѣломъ въ половомъ отношеніи органѣ лишено правильности; нѣтъ равномѣрнаго дѣленія на слои, какъ въ кишечникѣ. Правда, описываютъ въ маткѣ наружный продольный и внутренній круговой слой, а между ними взаимно сплетающіеся и перекрещивающіеся пучки; исторія развитія матки также доказываетъ, что мускулатура въ послѣдней образуется изъ нѣсколькихъ правильныхъ слоевъ (*в. Hoffmann*), каковыя въ Фаллопиевой трубѣ сохраняются еще и впослѣдствіи; тѣмъ не менѣе на зрѣломъ органѣ не удастся провести указанное раздѣленіе на слои. Различныя мышечныя пучки соединяются въ *группы*; въ этихъ группахъ отдѣльныя пучки идутъ по разнымъ направленіямъ; мускулатура составлена изъ большихъ и меньшихъ группъ мышечныхъ пучковъ, которыя тѣсно прилегаютъ одна

къ другой и плотно соединены тканью стромы. Разрѣзъ черезъ мускулатуру тѣла матки даетъ картину равномернаго сплетенія, въ которомъ кое-гдѣ выдѣляются бѣловатые, блестящіе, похожіе на асбестъ пучки, это—продольно идущіе пучки стромы или мышечныхъ волоконъ.

Неправильно съ виду распределенная мускулатура *corporis uteri* способна и при *нормальныхъ*, и при *патологическихъ* условіяхъ подвергнуться равномерному наслонію: при увеличеніи матки, отъ роста-ли плода во время беременности или подъ вліяніемъ міомы, запутанная съ виду *muscularis* расправляется и ложится равномерными, продольными слоями или во всемъ органѣ, или главнымъ образомъ вокругъ міомы; вслѣдствіе этого можно послѣднюю вылушивать (такъ наз. образованіе капсулы при міомѣ).

Макроскопически явственно различимые продольные мышечные *пласты*, соотвѣтствующіе группамъ мышечныхъ пучковъ, соединены между собою въ увеличенной (вслѣдствіе беременности или опухоли) маткѣ косыми мышечными пучками. Отдѣльные *мышечные пучки*, изъ которыхъ мышечныя пластинки составлены, не идутъ равномерно по одному направленію, а то вкось, то поперекъ, и этимъ дана возможность сокращенія матки не только въ продольномъ, но и въ противоположныхъ направленіяхъ.

Ткань *шейки* состоитъ существеннымъ образомъ изъ соединительной ткани. Мускулатура тѣла матки лишь въ ничтожномъ количествѣ вступаетъ въ стѣнку шейки, разсыпаясь здѣсь на волокна и переплетаясь съ плотной соединительной тканью. Болѣе значительныя мышечныя пучки находятся еще вблизи внутренняго зѣва какъ по периферіи шейки снаружи, такъ и подъ самой слизистой оболочкой; наружныя пучки сохраняютъ еще продольное направленіе. Въ серединѣ стѣнки мы находимъ правильныя мышечныя пучки только въ сопровожденіи сосудовъ, и чѣмъ ближе къ поверхности влагалищной части, тѣмъ меньше.—Расправленіе шеечной стѣнки во время беременности не имѣетъ мѣста; лишь въ самыхъ верхнихъ частяхъ, снаружи и внутри, можно еще видѣть намекъ на слоистость; то же самое при развитіи міомы въ шейкѣ образованіе капсулы рѣдко бываетъ.

*Влагалищная часть* состоитъ, помимо скудныхъ мышечныхъ волоконъ, изъ болѣе или менѣе плотной соединительной ткани, которая подъ многослойнымъ, плоскимъ эпителиемъ имѣетъ волокнистое строеніе и богата ядрами, а въ болѣе глубокихъ слояхъ обнаруживаетъ болѣе твердые и толстыя, часто волнистыя пучки. Въ верхнихъ, близкихъ къ эпителию слояхъ найдены упругія волокна (*Dührssen*).

*Артеріальныя сосуды* слизистой тѣла матки обладаютъ лишь ничтожной мышечной оболочкой, такъ что они имѣютъ видъ почти капилляровъ; только послѣ патологическихъ процессовъ наблюдаются въ ней толстостѣнные, часто вьющіеся («cirroid angeordnete») сосуды. Въ слизистой шейки и во влагалищной части, въ подлежащихъ слояхъ сосуды имѣютъ болѣе толстыя мышечныя стѣнки.—Если волосники и мельчайшія вены *port. vag.*, благодаря сильному кровонаполненію, даютъ иногда (въ маткѣ новорожденной часто весьма явственно) картину пеще-

ристой ткани, то это случайныя застойныя явленія, а не признаки индивидуально различнаго развитія (такъ наз. кавернозной) влагалищной части.

Матка обладаетъ обширною сѣтью *лимфатическихъ сосудовъ*; послѣдніе имѣютъ въ слизистой форму простыхъ шелей, стѣнка которыхъ выстлана тонкимъ эндотелиемъ; по бокамъ органа они соединяются въ болѣе крупныя стволы (см. стр. 56).

Большая часть матки одѣта *брюшиннымъ покровомъ*; послѣдній состоитъ существеннымъ образомъ изъ соединительной ткани и, какъ вся брюшина, устланъ эндотелиемъ; кромѣ того имѣются въ немъ скудныя продольныя, а вблизи трубъ круговыя и мышечныя волокна; между брюшиной и мускулатурой заложено множество сосудовъ.—Мускулатура матки находится въ тѣсной связи съ брюшиной; въ беременномъ органѣ можно видѣть, какъ пластями наложенныя («расправившіеся») мышечныя пучки отходятъ отъ брюшины и тянутся сверху внизъ и внутрь въ стѣнку. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ брюшина плотно спаяна, мышечныя слои доходятъ до самой брюшины, тамъ же, гдѣ брюшинный покровъ рыхло прилегаетъ, находятся лишь немногія мышечныя пластинки, отдѣленныя одна отъ другой и мало соединяющіяся между собою.

Относительно макроскопическаго вида мѣста плотнаго прикрѣпленія брюшины см. стр. 46.

Слѣдуетъ еще упомянуть о весьма часто, но не постоянно встрѣчающихся на маткѣ образованіяхъ, представляющихъ остатки *Gartner*'овскихъ ходовъ; это суть отрѣзки каналовъ, которые лежатъ сбоку въ мускулатурѣ матки, а на высотѣ влагалищной части отходятъ нѣсколько впередъ; они снабжены цилиндрическимъ эпителиемъ; часть влагалищныхъ кистъ относятся на ихъ счетъ.

### Распознаваніе нормальной беременности.

Хотя распознаваніе беременности не относится собственно къ области гинекологической діагностики, я рѣшился однако заняться здѣсь этимъ вопросомъ, во-первыхъ, потому, что беременность, особенно въ первые мѣсяцы, распознается точно такимъ же образомъ, какъ и гинекологическія заболѣванія, во-вторыхъ, при цѣломъ рядѣ послѣднихъ результатовъ изслѣдованія можетъ такъ походить на беременность, что послѣдняя играетъ вездѣ большую роль въ дифференціальной діагностикѣ; далѣе, распознаваніе нормальной беременности еще и потому особенно важно для врача, что это состояніе имѣетъ для женщины капитальное значеніе, и нигдѣ діагнозъ врача не можетъ быть такъ легко провѣренъ, какъ въ этомъ случаѣ. «*Nunquam fere medis pericilitatur fama medici quam ubi agitur de graviditate determinanda*», говоритъ *van Swieten*, указывая на неприяности, которыя могутъ проистекать для врача изъ ошибочнаго распознаванія беременности. Мы настоятельно совѣтуемъ лишь тогда объявлять женщинѣ, что она беременна, если это неопровержимо вѣрно, въ противномъ случаѣ лучше обождать еще мѣсяць. До истеченія 3—4 мѣсяца женщины и не рассчитываютъ на распознаваніе беременности у нихъ, а

въ это время оно въ общемъ можетъ быть уже установлено съ увѣренностью; ранѣ этого діагнозъ въ рукахъ не очень опытнаго практика всегда сомнителенъ.

Распознаваніе беременности абсолютно вѣрно, если удастся доказать присутствіе плода въ маткѣ; но первые признаки этого присутствія появляются лишь въ серединѣ беременности, такъ что это требованіе можно выставить лишь для второй половины беременности; въ первые же 4 или 5 мѣсяцевъ распознаваніе устанавливается на основаніи измѣненій въ половыхъ частяхъ матери. Такимъ образомъ возникаетъ принципиальная разница между діагностикой въ первую и вторую половину беременности.

**Распознаваніе беременности въ первой ея половинѣ** основывается на тѣхъ измѣненіяхъ, которыя развиваются на половыхъ частяхъ съ момента оплодотворенія подъ вліяніемъ усиленнаго притока крови и роста плоднаго яйца и которыя состоятъ въ расширеніи кровеносныхъ сосудовъ и лимфатическихъ щелей, а также въ гипертрофii слизистыхъ оболочекъ и маточной мускулатуры; растущее яйцо, которое укрѣпилось вблизи маточнаго устья трубы, отдаляетъ другъ отъ друга маточныя стѣнки, но сперва значительно еще отстаетъ по своей величинѣ отъ растущей матки; лишь подъ конецъ 3-го мѣсяца периферія яйца достигаетъ вездѣ маточной стѣнки, такъ что decidua reflexa вездѣ прилегаетъ къ d. vera. Съ этого времени матка и плодное яйцо развиваютъ согласный ростъ, а въ 5—6-мъ мѣсяцѣ обѣ плодныя оболочки склеиваются.

*Распознаваніе беременности должно всегда устанавливаться только на основаніи объективнаго изслѣдованія.*

Для этого мы можемъ принимать во вниманіе слѣдующія измѣненія:

На влагалищномъ входѣ часто наблюдается уже спустя нѣсколько недѣль слегка синеватое окрашиваніе слизистой обѣихъ влагалищныхъ стѣнокъ, которое у дѣвственной плевы рѣзко переходитъ въ нормальную окраску слизистой vestibuli; всего болѣе бываетъ выражена синева на мочеиспускательномъ валикѣ и съ обѣихъ сторонъ отъ него на мѣстѣ перехода въ боковую стѣнку влагалища. Измѣненіе цвѣта есть явленіе индивидуальное и можетъ отсутствовать даже при живомъ плодномъ яйцѣ, особенно у первобеременныхъ, между тѣмъ какъ у повторобеременныхъ оно обыкновенно явственнѣе выступаетъ. Въ позднѣйшіе мѣсяцы окраска становится интенсивнѣе, къ этому присоединяется сильное расширеніе венъ, такъ что introitus получаетъ такой характерный темно-синій видъ, что одинъ взглядъ на него обезпечиваетъ діагнозъ. Нерѣдко остаются послѣ родовъ незначительныя расширенія сосудовъ, такъ что у многоразавшихъ можно найти слегка синеватый входъ и безъ новой беременности.

Синій introitus не есть исключительная принадлежность беременности, а наблюдается также при большихъ опухоляхъ матки и яичника, которыя вызываютъ сильное кровонаполненіе по сосѣдству.

Случай 3. У одной старой особы съ трудно распознаваемой опухолью яичника, похожей по формѣ и консистенціи на беременную матку, я долго думалъ о беременности, потому что влагалищный входъ былъ такой темно-синій, какой онъ бываетъ только въ послѣдніе мѣсяцы беременности.

Далѣе, наблюдаютъ иногда синее окрашиваніе входа и влагалища при болѣзняхъ, сопровождающихся разстройствомъ кровообращенія въ брюшныхъ венахъ (циррозъ печени, сердечныя и легочныя страданія, затрудненное дыханіе при наркозѣ).

Слизистая влагалища обнаруживаетъ подобныя же, но менѣе выраженыя измѣненія: она выглядитъ синеватой, часто сине-красной и вслѣдствіе набуханія обладаетъ извѣстнымъ блескомъ. Усиленный обмѣнъ веществъ въ слизистой рукава сказывается въ обильномъ отшелушиваніи плоскаго эпителія, который въ видѣ бѣловатыхъ крошекъ покрываетъ стѣнку влагалища. Шейка также отдѣляетъ нѣсколько больше слизи, такъ что усиленное отдѣленіе относится къ правильнымъ явленіямъ беременности. Слизистая на-ощупь мягка, разрыхлена, на подобіе бархата; въ сводѣ нерѣдко ощупываются пульсирующіе сосуды. И эти признаки индивидуальны и могутъ совершенно отсутствовать даже при живомъ яйцѣ; у повторнобеременныхъ они въ общемъ яснѣе выражены. Съ другой стороны, они, безъ сомнѣнія, встрѣчаются и безъ беременности, главнымъ образомъ при крупныхъ опухоляхъ, особенно міомахъ, при свѣжихъ воспаленіяхъ вблизи рукава, при катаррѣ; синій цвѣтъ влагалище получаетъ также нерѣдко при haematocele.

Раньше и явственнѣе всего наступаютъ измѣненія на влагалищной части. Разрыхленіе и синяя окраска ея слизистой служитъ иногда первымъ признакомъ беременности. Слизистая port. vag. бываетъ часто интенсивно-синяго цвѣта, эрозіи смотрятъ синевато-красными; на-ощупь она очень мягка и разрыхлена, между тѣмъ какъ подлежащая цервикальная ткань сперва сохраняетъ еще свою нормальную консистенцію и только въ позднѣйшіе мѣсяцы принимаетъ участіе въ разрыхленіи. Старые надрывы гораздо явственнѣе выступаютъ во время беременности, такъ какъ по своей рубцовой консистенціи они рѣзче отличаются отъ мягкихъ окружающихъ частей. У первобеременныхъ наружный зѣвъ округляется. Сочность влагалищной части не есть вѣрный признакъ беременности, ибо встрѣчается также при хроническомъ фунгозномъ эндометритѣ и метритѣ и при свѣжихъ воспаленіяхъ въ окрестности матки.

Важнѣйшія измѣненія, вызываемыя беременностью, касаются самой матки, это — увеличеніе и разрыхленіе. Для опытной руки увеличеніе замѣтно уже въ началѣ второго мѣсяца, а въ третьемъ оно не должно болѣе ускользать и отъ менѣе опытнаго. Первая перемѣна, которую можно констатировать на беременной маткѣ, состоитъ въ незначительномъ увеличеніи ея ширины, которая зависитъ отъ утолщенія боковыхъ стѣнокъ; но болѣе явственнымъ становится увеличеніе органа лишь тогда, когда онъ становится толще въ сагиттальномъ размѣрѣ вслѣдствіе раздви-

танія об'явъ стѣнокъ ростищимъ яйцомъ. Пока матка лежитъ въ тазу, увеличеніе констатировать не трудно; когда же она становится больше и выходитъ изъ малаго таза, слѣдовательно въ 5—6 мѣсяцѣ, распознаваніе беременности наталкивается часто на трудности, потому что ясно прощупываемую опухоль не могутъ принять съ увѣренностью за матку. Въ эту пору беременная матка обыкновенно сильно перегибается впередъ, а влагалищная часть стоитъ далеко кзади у тазовой стѣнки, такъ что переходъ ея въ тѣло матки часто не опредѣляется съ увѣренностью, особенно если нижній отрѣзокъ матки сильно разрыхленъ (рис. 31); мы склонны тогда принять беременную матку за опухоль и, судя по направленію *rot. vag.*, полагать, что матка лежитъ позади опухоли въ состояніи ретроверсія. Со стороны передняго влагалищнаго свода часто абсолютно не удается

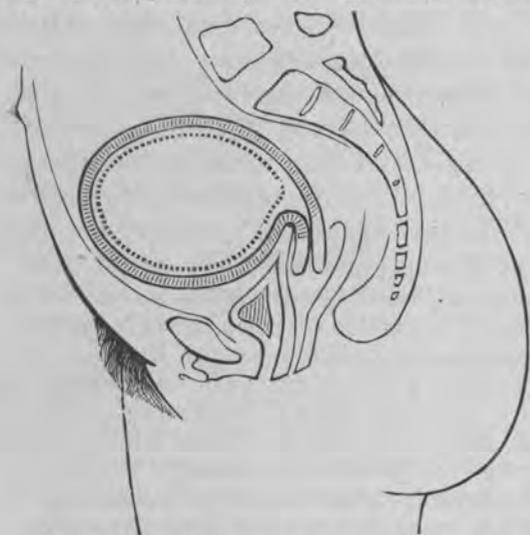


Рис. 31. Матка на пятомъ мѣсяцѣ беременности въ состояніи сильной антефлексіи.  
Р. О. <sup>1)</sup>  $\frac{1}{2}$ .



Рис. 32. Положеніе рукъ при нахожденіи *Hegar'*овскаго признака беременности (по *Hegar'*у).

найти уголь перегиба; только иля по боковому краю влагалищной части и шейки вверху, можно вѣрнѣе ощупать связь ихъ съ тѣломъ матки.

*Разрыхленіе* матки бываетъ индивидуально различно. Иногда она такъ мягка, что совсѣмъ невозможно ее прощупать, или ея границы опредѣляются только при самомъ легкомъ надавливаніи; но если въ такихъ случаяхъ обхватить всю матку растопыренными пальцами и, равномерно надавливая со всѣхъ сторонъ, повысить напряженіе въ ней, то ощупываніе гораздо лучше удастся. Съ другой стороны, разрыхленіе можетъ совершенно отсутствовать при нормальной беременности; обыкновенно тогда влагалищная часть и влагалище тоже бываютъ не такъ сини и менѣе сочны. Въ такихъ случаяхъ можно явственно различить самую ничтожную степень разрыхленія матки, если плотно захватить послѣднюю между обѣими руками и слегка сдавливать; самая незначительная упругость, едва за-

<sup>1)</sup> Этимъ сокращеніемъ мы будемъ обозначать результатъ ощупыванія.

мѣтная вдавливаемость уже говорить за разрыхленіе, между тѣмъ какъ небеременная матка тверда и неподатлива. Малую степень разрыхленія находятъ у первобеременныхъ, а также при осложненіи легкими степенями метрита. Нерѣдко случайно ощупываютъ беременную матку во время схватки, и она кажется твердой и напряженной, но спустя мгновеніе она снова подъ пальцами становится мягкой; эта перемѣна въ консистенціи есть вѣрный признакъ беременности. Иногда находятъ на мало разрыхленной беременной маткѣ неправильность контура, края и выступы, которые происходятъ отъ частичныхъ сокращеній; ихъ часто принимаютъ за маленькія міомы или части плода.

Разрыхленіе матки явственнѣе всего выступаетъ въ нижнемъ отрѣзкѣ, коль скоро онъ еще не выполненъ яйцомъ. Между тѣмъ какъ верхняя часть матки получаетъ увеличенное напряженіе отъ присутствія яйца, и шейка рѣзко выдѣляется своимъ малымъ разрыхленіемъ, промежуточный отдѣлъ матки настолько тонокъ и мягокъ, что часто совершенно не прощупывается, такъ какъ здѣсь прилегаютъ другъ къ другу только обѣ разрыхленные стѣнки матки. Если при нормальномъ положеніи матки пальпировать внутренней рукой со стороны передняго влагалищнаго свода, а наружную руку положить на заднюю поверхность матки тотчасъ надъ внутреннимъ звѣномъ, то обѣ руки какъ будто соприкасаются (рис. 32).

*Примѣчаніе.* *Негар* первый обратилъ настойчивое вниманіе на сжимаемость нижняго маточнаго сегмента и воспользовался этимъ признакомъ для распознаванія беременности въ первые мѣсяцы; онъ объясняетъ это явленіе ускользаніемъ всего яйца или околоплодныхъ водъ изъ нижняго маточнаго сегмента вверхъ, вслѣдствіе давленія ощупывающихъ пальцевъ, и причисляетъ оное къ истиннымъ признакамъ беременности, которые исключительно вызываютъ присутствіемъ плоднаго яйца въ маткѣ. Хотя несомнѣнно возможно, какъ я и самъ убѣдился, отбѣснить яйцо въ верхнюю часть маточной полости, все-таки сжимаемость нижняго отрѣзка матки я лишь отчасти отношу на счетъ ускользанія яйца кверху, такъ какъ въ третьемъ мѣсяцѣ яйцо обыкновенно не выполняетъ нижняго сегмента. Главное основаніе этого феномена лежитъ въ томъ, что здѣсь только обѣ маточныя стѣнки лежатъ другъ на другѣ и, конечно, онѣ гораздо тоньше и мягче на-ощупъ, чѣмъ выполненная яйцомъ верхняя часть тѣла матки и шейки. И такъ я вполне соглашаюсь съ *Негар*'омъ относительно существованія этого признака, но расхожусь съ нимъ въ объясненіи.

Эта мягкость и сжимаемость нижняго маточнаго сегмента выступаетъ тѣмъ яснѣе, чѣмъ мягче матка вообще, но большею частью она не отсутствуетъ и тогда, когда разрыхленіе въ общемъ незначительное. Главное значеніе этого признака я усматриваю не при распознаваніи нормальной беременности, а именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ возникаютъ особенныя диагностическія затрудненія, главнымъ образомъ при недостаточномъ разрыхленіи; особенно онъ мнѣ оказывалъ превосходныя услуги при распознаваніи беременности мертвымъ яйцомъ и при задержкѣ остатковъ выкидыша; даже при совсѣмъ ранней беременности здѣсь находятъ часто первые признаки разрыхленія.

Для врача знаніе этой особенной мягкости нижняго сегмента важно еще и потому, что отъ нея зависятъ иногда затрудненія въ распознаваніи беременности, напр. при вышеупомянутой уже антефлексіи беременной матки; не рѣдки также смѣшенія съ вѣматочной беременностью, особенно если тѣло матки лежитъ сбоку или кзади.

Распознаваніе беременности тѣмъ вѣрнѣе, чѣмъ большее число упомянутыхъ признаковъ удается найти. Не слѣдуетъ довольствоваться однимъ признакомъ, а надо изслѣдовать подъ-рядъ всѣ упомянутые органы, придавая однако наибольшее значеніе измѣненіямъ на маткѣ.

**Распознаваніе беременности во второй ея половинѣ** основывается на доказательствѣ присутствія плода въ маткѣ. Самымъ раннимъ признакомъ этого присутствія являются движенія плода, которыя можно часто констатировать стетоскопомъ уже подъ конецъ четвертаго мѣсяца въ видѣ тихаго царапанія и треска, а также легкихъ толчковъ, особенно если энергично надавить нѣсколько разъ на матку. Въ началѣ 6-го мѣсяца впервые выслушиваются сердечные тоны ребенка въ видѣ тихаго двойного удара. Въ это время можно также иногда распознать часть плода со стороны влагалищнаго свода: или головку, или наталкивающіяся мелкія части. Съ конца седьмого мѣсяца почти всегда ясно можно различить части плода, и при нормальныхъ условіяхъ діагнозъ беременности не подлежитъ больше никакому сомнѣнію.

Уже въ первые мѣсяцы беременности развиваются извѣстныя *измѣненія на грудяхъ*, которыя состоятъ въ набуханіи и функціонированіи железнатаго тѣла, послѣднее ставится твердымъ и при надавливаніи опорожняетъ молозиво; въ то же время припухаютъ монггомеровы *железы* — тѣ сальныя железы, которыя лежатъ въ околососковомъ кружкѣ; подкожныя вены синевато просвѣчиваютъ. Вслѣдствіе этого беременныя начинаютъ очень рано испытывать напряженіе и колотье въ грудяхъ; у нерожавшихъ этотъ признакъ имѣетъ большее значеніе, нежели у многорожавшихъ, но наибольшее ограниченіе въ своемъ значеніи для діагностики онъ находитъ въ томъ, что нерѣдко наблюдается также при большихъ міомахъ и опухляхъ яичника.

За немногими исключениями распознаваніе беременности можетъ быть установлено неоспоримымъ образомъ посредствомъ объективнаго изслѣдованія. Гораздо болѣе удобный путь лежитъ, повидимому, въ *предварительномъ опросѣ*. Отсутствіе менструаціи имѣетъ для распознаванія беременности столь важное значеніе, что при наличности этого признака каждый профанъ подозрѣваетъ тотчасъ беременность; для врача этотъ способъ распознаванія недовольтеленъ; хотя и можно выставить, какъ фактъ, что женщина, правильно менструировавшая и теперь внезапно потерявшая мѣсячныя, по всей вѣроятности, беременна, тѣмъ не менѣе этотъ фактъ получаетъ крайне важное ограниченіе съ двухъ сторонъ: во-первыхъ, менструація можетъ отсутствовать по разнымъ мѣстнымъ и общимъ причинамъ, съ другой стороны, иногда во время беременности наступають

менструальный, а еще чаще неправильныя кровотеченія, которыя совершенно маскируют аменоррею. Больныя считают эти кровотеченія регулами и на вопросъ врача о послѣднихъ мѣсячныхъ обозначаютъ это кровотеченіе во время беременности, какъ послѣднiя; отсюда проистекаетъ возможность ошибочнаго діагноза для врача, опирающагося на анамнестическія данныя. Я видѣлъ безчисленное множество ложныхъ діагнозовъ отъ врачей, которые въ распознаваніи беременности придавали слишкомъ большое значеніе анамнезу; послѣдній никогда не долженъ служить основой діагноза, а только подспорьемъ для объективнаго изслѣдованія. Я совѣтую всякому врачу, когда рѣчь идетъ о діагнозѣ беременности, сначала изслѣдовать, а потомъ снимать анамнезъ, въ противномъ случаѣ онъ легко получаетъ предвзятое мнѣніе въ ту или другую сторону. Другія данныя анамнеза не имѣютъ значенія, развѣ еще частая рвота и тошнота при отсутствіи другихъ гастрическихъ явленій.

**Дифференціальная діагностика.** Отличительное распознаваніе обнимаетъ собою обширную область, такъ какъ едва-ли есть одинъ родъ брюшныхъ опухолей, который нельзя было бы смѣшать съ беременностью; въ первые мѣсяцы оно играетъ понятно большую роль, такъ какъ въ это время еще не можетъ быть констатировано присутствіе плода въ маткѣ.

*Хроническій метритъ* даетъ поводъ къ смѣшенію съ беременностью потому, что и при немъ матка увеличена, а въ свѣжихъ случаяхъ получаетъ также извѣстную степень мягкости, къ тому же влагалищная часть сочна и синевата; конечно, только беременность первыхъ двухъ мѣсяцевъ можетъ приниматься здѣсь во вниманіе, такъ какъ при воспалительномъ припуханіи матка рѣдко бываетъ больше.

При хроническомъ метритѣ матка болѣе уплощена, не упруга и не давливаема. Въ воспалительномъ утолщеніи ткани принимаетъ участіе и шейка, и нижній отрѣзокъ матки, такъ что признакъ *Hegar*'а отсутствуетъ. Влагалище и входъ не обнаруживаютъ никакихъ измѣненій. Въ сомнительныхъ случаяхъ ничего больше не остается, какъ прослѣдить за ростомъ матки; лучше всего обождать, по крайней мѣрѣ, четыре недѣли, такъ какъ незначительная разница въ величинѣ ускользаетъ отъ ошупыванія. Если рѣчь идетъ о немедленномъ рѣшеніи вопроса, то приходится искать подкрѣпленія въ анамнезѣ.

*Haematometra* играетъ у врачей, какъ я не разъ убѣждался, большую роль въ дифференціальной діагностикѣ, вѣроятно потому, что она также сопровождается аменорреей; на практикѣ это состояніе едва-ли можетъ интересовать насъ въ виду большой его рѣдкости. Увеличеніе матки при *haematometra* равномерно круглое, между тѣмъ какъ тѣло беременной матки увеличено больше въ ширину; часто шейка также растягивается задержавшейся кровью и въ видѣ баллона переходитъ въ тѣло матки. Главное же различіе лежитъ въ консистенціи, ибо при *haematometra* матка растетъ только благодаря увеличенію ея содержимаго и поэтому она напряжена, какъ наполненный жидкостью баллонъ, а никогда не

бываетъ мягка или тѣстовата. Анамнезъ тоже даетъ точку опоры, такъ какъ при одинаковой величинѣ матки аме́норрея, повелшая къ *haematometra*, всегда длилась гораздо больше, нежели аменоррея при беременномъ состояніи.

Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, когда часть задержавшейся крови снова веосалась, можетъ образоваться мягкая консистенція, напоминающая беременность.

Отличительное распознаваніе отъ опухолей яичниковъ, міомъ, внѣматочной беременности см. соотвѣтственныя главы.

### Распознаваніе разстройствъ беременности.

Такое же значеніе, какъ нормальная беременность, имѣютъ для гинекологической діагностики рядъ разстройствъ беременности, которыя характеризуются опредѣленными данными при ощупываніи и которыя часто должны быть принимаемы во вниманіе при отличительномъ распознаваніи въ гинекологіи, поэтому и о нихъ будетъ здѣсь рѣчь.

### Беременность мертвымъ плодомъ.

Если плодъ умираетъ во время беременности, то онъ можетъ задержаться въ маткѣ на недѣли, мѣсяцы и даже далѣе срока нормальной беременности (*missed labour*). Прекращеніе движеній плода, остановка въ ростѣ живота при вѣрно подозрѣваемой беременности, продолжительныя кровотеченія или недомоганіе ведутъ больную почти всегда къ врачу, такъ что распознаваніе этого состоянія имѣетъ практическое значеніе.

Распознаваніе тѣмъ легче, чѣмъ далѣе продвинулась беременность; особенно въ послѣдніе мѣсяцы оно не представляетъ затрудненія, если при повторномъ изслѣдованіи не могутъ констатировать ни сердцебиеній, ни движеній ребенка, не будучи въ состояніи вывить въ этомъ *hydroamnion*, или если больныя заявляютъ, что всегда ясно замѣчаемыя ими движенія плода внезапно исчезли и животъ пересталъ расти. Если плодъ задерживается на нѣсколько недѣль, то части плода и даже головка становятся столь мягки, что не опредѣляются уже съ увѣренностью черезъ маточную стѣнку; въ виду отсутствія тогда сердцебиеній и движеній и слѣдовательно всякаго признака ребенка, діагнозъ беременности можетъ вообще поколебаться и можетъ въ это время опираться только на измѣненія въ половыхъ частяхъ, а главное на мягкости увеличенной матки.

Въ первую половину беременности смерть плода можно діагностицировать только по извѣстнымъ признакамъ со стороны матери. Они состоятъ прежде всего въ уменьшеніи сочности и окраски слизистой; входъ и влагалище чуть-чуть синеваы, иногда слегка покрасѣли, влагалище совѣмъ не разрыхлено или поразительно мало, несоотвѣтственно времени беременности; еще рѣзче этотъ обратный ходъ явленій сказывается на влагалищной части. Матка сама не мягка и не тѣстовата на-ощупъ, но становится тверже, развѣ только сохраняя извѣстную степень сдавливаемости стѣнки; въ отдѣльныхъ случаяхъ, вмѣсто эластической мягкости, при-

сущей ей при живомъ плодѣ, появляется ясная флюктуация. Чѣмъ больше времени прошло со времени смерти плода, тѣмъ больше исчезаютъ всѣ признаки нормальной беременности. Такъ какъ сочность бываетъ индивидуально весьма различна и при живомъ плодѣ, то въ отсутствіи ея мы не должны видѣть несомнѣнный признакъ смерти плода; болѣе надежный признакъ — остановка въ ростѣ матки, а при продолжительной задержкѣ яйца умѣренное уменьшеніе ея, вслѣдствіе всасыванія околоплодныхъ водъ, мумификаціи плода и спаданія маточной стѣнки. Благодаря этой остановкѣ въ ростѣ, появляется несоотвѣтствіе между величиной матки и срокомъ беременности, которое становится, конечно, тѣмъ больше, чѣмъ дольше задерживается яйцо. Этотъ съ виду надежный признакъ утрачивается, къ сожалѣнію, дою своего значенія для діагноза смерти плода потому, что женщины нерѣдко забеременѣваютъ во время длительной аменорреи, напр. во время кормленія, послѣ выздоровленія отъ тифа и т. д., и тогда получается несоотвѣтствіе между временемъ отсутствія мѣсячныхъ и величиною матки, но отсюда мы не можемъ діагностировать смерть плода; чѣмъ рѣзче это несоотвѣтствіе, тѣмъ скорѣе оно говоритъ за зачатіе во время аменорреи. *Абсолютную увѣренность въ діагнозъ можно приобрести лишь тогда, когда удастся самому констатировать остановку въ ростѣ матки*, но это предполагаетъ наблюденіе по меньшей мѣрѣ въ нѣсколько недѣль. Поэтому можно совѣтовать каждому врачу, чтобы онъ не ставилъ діагнозъ смерти плода въ первой половинѣ беременности при первомъ же изслѣдованіи, но чтобы онъ убѣдился, повторивъ изслѣдованіе спустя не очень короткій промежутокъ времени, въ томъ, что матка дѣйствительно не растетъ. Я видѣла, что иногда происходила ошибка въ оцѣнкѣ величины матки оттого, что матку ощупывали во время схватки.

Ходъ диагностики при смерти плода можетъ быть иллюстрированъ слѣдующимъ случаемъ:

Случай 4. Госпожа Р. является 11-го декабря 1895 года съ заявленіемъ, что считаетъ себя беременной, но не замѣчаетъ, чтобы у нея росъ животъ. Послѣднія мѣсячныя были въ серединѣ іюня; въ октябрѣ нѣсколько дней выдѣлялась кровь и слизь безъ болей. — Изслѣдованіе обнаруживаетъ сильное разрыхленіе влагалища и влагалищной части, нормально лежащую матку величиною въ кулакъ, круглой формы, мягкой консистенціи, съ особенно яснымъ разрыхленіемъ нижняго сегмента.

Беременность живымъ плодомъ съ іюня мѣсяца (слѣд. 5-ти мѣсяцевъ) можно было исключить въ виду малой величины матки; предположить незамѣченное отхожденіе плода въ октябрѣ во время кровотеченія съ почти 2-мѣсячной задержкой плаценты — казалось мнѣ невѣроятнымъ, въ виду большой мягкости половыхъ частей. Діагнозъ колебался между беременностью мертвымъ плодомъ, считая съ іюня и 3-мѣсячной беременностью живымъ плодомъ, которая могла возникнуть во время аменорреи. Поразительная мягкость частей заставила бы меня предположить послѣднее, тѣмъ болѣе, что пациентка ни на что не жаловалась, если бы этому не противорѣчило заявленіе очень опытнаго акушера, который опредѣленно діагностицировалъ приблизительно 2—3-мѣсячную беременность уже въ концѣ августа. Такимъ образомъ

самымъ вѣроятнымъ оставалась беременность мертвымъ плодомъ; я рѣшилъ подождать съ вѣрнымъ диагнозомъ 4—5 недѣль. 13-го января 1896 года пациентка снова явилась. Разрыхленіе значительно уменьшилось, а на влагалищной части совершенно исчезло; матка нѣсколько уменьшилась и явственно флюктуировала. Теперь я поставилъ диагнозъ съ увѣренностью: беременность мертвымъ плодомъ, хотя и теперь никакихъ жалобъ не было. 30-го января 1896 года плодное яйцо было произвольно изгнано; оно состояло изъ сильно мумифицированного плода 14-ти см. длины и плаценты.

Помимо упомянутыхъ признаковъ, остальная симптоматологія не имѣетъ значенія для діагностики, хотя извѣстныя жалобы больной и могутъ возбуждать подозрѣніе о смерти плода, таковы: гнилой вкусъ во рту при скверномъ аппетитѣ, увеличивающаяся усталость, недомоганіе, ощущение, будто въ животѣ переваливается какое-то постороннее тѣло, познабливаніе и т. п.; часть этихъ жалобъ встрѣчается и при живомъ плодѣ, особенно при длительныхъ кровотеченияхъ. Кровотеченія во время беременности отнюдь не служатъ признакомъ смерти плода, а, наоборотъ, гораздо чаще бываютъ при живомъ плодѣ и могутъ совершенно отсутствовать при мертвомъ.

### Кровотеченія во время беременности.

Кровотеченія являются самымъ частымъ разстройствомъ при беременности, особенно у рабочаго класса. При обсужденіи случая слѣдуетъ прежде всего отвѣтить на вопросъ, находится-ли кровотеченіе въ прямой связи съ беременностью, или же оно зависитъ отъ случайнаго осложненія, какъ ракъ влагалища, влагалищной части и шейки, слизистые полипы на шейкѣ, эрозія, изъязвленія травматическаго или специфическаго характера. Если при тщательномъ изслѣдованіи пальцемъ или зеркаломъ находятъ, что слизистая рукава и port. vag. нормальна, или видятъ, что кровь прямо вытекаетъ изъ шейки, то можно источникъ кровотеченія искать въ тѣлѣ матки, и этимъ съ громадной долей вѣроятности доказана прямая связь кровотеченія съ беременностью.

Гораздо труднѣе и важнѣе для врача отыскать *причины* этихъ разстройствъ беременности. Часто мы найдемъ указанія на заболѣванія матки, которыя, продолжая дѣйствовать, могутъ вызвать подобное же состояніе и при позднѣйшихъ беременностяхъ, такъ что профилактика позднѣйшихъ абортовъ нерѣдко зависитъ исключительно отъ правильнаго уясненія причины кровотеченія во время беременности. Самой частой причиной длительныхъ кровотеченій во время беременности является *эндометритъ*. Распознаваніе этой причины in graviditate сопряжено съ большими трудностями, ибо ощупываніе матки даетъ тотъ-же результатъ, что при обыкновенной беременности (или беременности мертвымъ плодомъ), а внутриматочное изслѣдованіе исключено. Зато анамнезъ даетъ намъ важную точку опоры въ видѣ характерныхъ для эндометрита разстройствъ менструаціи. Слѣдуетъ, впрочемъ, упомянуть, что вполнѣ отрицательный анамнезъ не исключаетъ однако хроническаго эндометрита, ибо существуютъ

несомнѣнно такого рода воспалительныя состоянія эндометрія, которыя не причиняютъ никакихъ страданій, но всегда вызываютъ выкидышъ. Длительность кровотеченій во время беременности, отхожденіе слизи съ кровью, частыя, все повторяющіяся схватки, привычный выкидышъ въ первые мѣсяцы дѣлаютъ весьма вѣроятнымъ заболѣваніе слизистой. Вѣрный діагнозъ эндометрита можетъ основываться лишь на анатомическомъ изслѣдованіи плоднаго яйца и, главное, опадающей оболочки. Существенно меньшее значеніе, какъ причина кровотеченія у беременныхъ, имѣетъ *травма*, которая гораздо рѣже ведетъ къ выкидышу вообще и никогда не ведетъ къ привычному выкидышу. Въ показаніяхъ большой травма всегда играетъ главную роль, такъ какъ это очень понятная для нихъ этиологія, притомъ въ ней нѣтъ недостатка во всякой беременности; но врачъ долженъ помнить, что при здоровомъ яйцѣ травма рѣдко ведетъ къ кровотечениямъ и выкидышу и лишь тогда можетъ считаться причиною послѣднихъ, если боли или кровотечения непосредственно присоединяются къ ней, если, слѣдовательно, есть непрерывная связь патологическихъ явленій съ травмой; при больномъ яйцѣ травмы гораздо чаще ведутъ къ кровотечениямъ. *Placenta praevia* является нерѣдко причиною кровотеченій во время беременности, которыя однако ничего характеристичнаго не представляютъ, во крайней мѣрѣ въ первые мѣсяцы; въ послѣдніе мѣсяцы они отличаются внезапнымъ появленіемъ, обильностью своею и кратковременной продолжительностью. Распознать предлежаніе плаценты возможно лишь при открытой шейкѣ, но его можно также подозрѣвать при сильномъ разрыхленіи шейки и нижняго маточнаго отрѣзка и пульсаціи влагалищныхъ сосудовъ.

Чтобы распознать причину кровотеченія у беременной, требуется на первомъ планѣ тщательное изслѣдованіе плоднаго яйца.

### Распознаваніе выкидыша.

Исходнымъ пунктомъ для діагностики аборта служатъ болѣею частью кровотечения, заставляющія обращаться къ врачебной помощи. Первый вопросъ въ такихъ случаяхъ:

**Имѣемъ-ли мы дѣло съ выкидышемъ? Распознаваніе аборта несомнѣнно гораздо легче, если прежними изслѣдованіями или опредѣленными показаніями больной установлена наличность беременности.** У беременной извѣстныя явленія тотчасъ указываютъ на выкидышъ, прежде всего *кровотеченія*, хотя надо отмѣтить, что беременныя могутъ кровоточить недѣлями и мѣсяцами, а выкидышъ можетъ и не присоединиться. Обильныя кровопотери и отхожденіе свѣжей венозной или артеріальной крови всегда говорятъ за свѣжія отслоенія плодныхъ оболочекъ, между тѣмъ какъ коричневатая, коричневато-желтая или смѣшанная съ слизью кровь еще не указываетъ на непосредственно угрожающій выкидышъ. Предположеніе аборта становится еще вѣроятнѣе, если у беременной женщины появляются *схватки*. Правда, тѣ слабыя

маточныя сокращенія, которыя сопровождаютъ выкидышъ въ первые мѣсяцы, не всегда ощущаются женщинами, особенно первобеременными, какъ схватки, но врачъ ихъ узнаеть по ихъ ритмическому появленію, по тянущимъ болямъ въ крестцѣ, нижней части живота и кишкахъ, по давленію на низъ, на пузырь и прямую кишку и по присоединяющемуся кровотеченію. Впрочемъ, и схватки не всегда служатъ признакомъ предстоящаго тотчасъ выкидыша; при извѣстныхъ разстройствахъ, именно при эндометритѣ, онѣ могутъ долго держаться безъ того, чтобы беременность была прервана; но если онѣ комбинируются съ кровотеченіемъ, то большую частью абортъ въ ходу.

Соединенное изслѣдованіе лучше всего покажетъ, угрожаетъ-ли выкидышъ. Если, вмѣсто равномерно мягкой беременной матки, ощущаютъ, какъ послѣдняя явственно твердѣеть, то въ этомъ заключается объективное доказательство существованія маточныхъ сокращеній; если выкидышъ въ ходу, то матка принимаетъ большую частью равномерно твердую консистенцію и повышенное напряженіе, такъ что она кажется перѣдко тверже небеременной матки и ужъ очень рѣзко отличается отъ мягкой беременной матки. Наиболее цѣнны тѣ измѣненія, которыя претерпѣваютъ шейка и плодное яйцо подъ вліяніемъ схватокъ. *Подобнымъ родовымъ измѣненіемъ не слѣдуетъ однако считать открытіе наружнаго зѣва и нижняго отдѣла шейки*, которое и безъ того часто бываетъ у многожавшихъ. Но если и верхняя часть шейки открыта, а тѣмъ болѣе если и внутренній зѣвъ пропускаетъ палець, то это всегда говоритъ за то, что схватки готовы изгнать яйцо или только что изгнали оное. Открытіе шейки у беременной служитъ безошибочнымъ признакомъ выкидыша; на время это явленіе можетъ исчезнуть, но выкидышъ все-таки не заставитъ себя долго ждать; введенный въ матку палець ощущаетъ яйцо прилежающимъ къ внутреннему зѣву или уже вступившимъ въ шейку.

*Распознаваніе выкидыша значительно труднѣе, если не извѣстно, есть-ли беременность.* И въ такихъ случаяхъ мы должны по возможности стараться доказать беременность, такъ какъ она тотчасъ придаетъ кровотеченіямъ ихъ настоящее значеніе. Но тутъ мы наталкиваемся на большія трудности, такъ какъ съ началомъ выкидыша сочность влагалищной части становится гораздо меньше, особенно, если кровотеченія уже долго длились; сама матка при абортѣ значительно меньше влѣдствіе длительного состоянія напряженія мускулатуры и влѣдствіе схватокъ, ея характерная мягкость также пропадаетъ. Эти діагностическія затрудненія особенно выступаютъ на 2-мъ мѣсяцѣ беременности, ибо подъ вліяніемъ описанныхъ только что измѣненій матка становится почти подобной небеременному органу, между тѣмъ какъ въ 3-мъ и 4-мъ мѣсяцахъ она все-таки остается значительно больше и мягче; здѣсь оказываетъ хорошія услуги признакъ *Negar'a*.

Анамнезъ въ такихъ случаяхъ тоже часто измѣняетъ намъ, ибо при

беременности, кончающейся выкидышемъ, такъ рано могутъ вступить правильныя и неправильныя кровотеченія, что аменоррею не удастся советомъ констатировать, или же менструація могла опоздать только на нѣсколько дней; какъ бы то ни было, точно установленная аменоррея является важнымъ указаніемъ для діагностики. Но и при отсутствіи увѣренности въ беременности распознаваніе аборта не причиняетъ затрудненій, если шейка открыта и прощупывается плодное яйцо.

*Діагнозъ аборта* проще всего устанавливается по *частямъ плоднаго яйца*, если онѣ произвольно отомли и были показаны врачу или если онѣ ясно ощупываются въ маткѣ. Всѣ отомедшіе куски должны быть подвергнуты тщательному изслѣдованію, такъ какъ найденная маленькая частица яйца можетъ утвердить трудный безъ этого діагнозъ. Объ анатомическомъ изслѣдованіи частей плоднаго яйца см. стр. 98. Распознаваніе частей яйца, разумеется, труднѣе, если ихъ можно ощупывать только въ маткѣ. О данныхъ изслѣдованія матки въ разныхъ стадіяхъ аборта см. стр. 77. Помимо своей своеобразной формы и консистенціи, части плоднаго яйца отличаются отъ полиповъ и злокачественныхъ образованийъ тѣмъ, что онѣ легко отдѣляются отъ маточной стѣнки. При мертвомъ и долго задержавшемся плодѣ иногда трудно разобраться въ результатѣ ощупыванія, такъ какъ плодное яйцо бываетъ тогда кругло и твердо, и его легко смѣшать съ подслизистой міомой или саркомой; но оно отличается отъ послѣднихъ тѣмъ, что крошится и главное опять-таки легко отслаивается отъ маточной стѣнки.

Когда діагнозъ выкидыша вѣрно установленъ, то предъ нами встаетъ второй вопросъ, который имѣетъ рѣшающее значеніе для терапіи, а именно:

**Въ какомъ стадіи находится выкидышъ?** Выкидышъ начинается съ первыми безвозвратными родовыми измѣненіями и кончается изгнаніемъ послѣдней частицы яйца; теченіе аборта обыкновенно продолжительное и можетъ протянуться на много недѣль и мѣсяцевъ. (Наибольшая продолжительность, которую я наблюдалъ, была въ 32 недѣли). Такъ какъ врачебная помощь можетъ потребоваться въ разные моменты этого періода, то и выкидышъ будетъ, конечно, найденъ въ разныхъ ступеняхъ. Съ практической точки зрѣнія мы различаемъ три стадіи:

*Начинающійся выкидышъ, неполный выкидышъ (задержка частей плоднаго яйца), совершившійся выкидышъ.*

Всего проще и всего безвреднѣе для больной, если удастся установить діагнозъ на основаніи отомедшихъ частей яйца. Поэтому при всякомъ выкидышѣ врачъ долженъ потребовать, чтобы ему показали вышедшіе куски, и долженъ постараться построить изъ нихъ яйцо такъ, какъ оно сидѣло въ маткѣ. Если всѣ части, плодныя и материнскія, налицо, то выкидышъ совершился, и изслѣдованіе больной не нужно больше; если даже недостаетъ нѣсколькихъ кусковъ deciduae verae, нѣтъ надобности

входитъ въ матку для діагностическихъ цѣлей<sup>1)</sup>), такъ какъ для дальнѣйшаго теченія это болшею частью безразлично. Лишь тогда, когда собраны всѣ части плоднаго яйца, можно составить себѣ сужденіе о стадіи выкидыша. На сообщенія больной нельзя полагаться въ этомъ отношеніи, такъ какъ болшіе куски и даже весь плодъ могутъ незамѣтно отойти на 3-мъ и 4-мъ мѣсяцахъ; съ другой стороны, показаніе, что «куски отходили», можетъ относиться какъ къ частямъ плода, такъ и къ кровянымъ сгусткамъ. Въ общемъ такимъ путемъ рѣдко удается составить себѣ сужденіе объ абортѣ и приходится для опредѣленія стадіи выкидыша тоже прибѣгнуть къ двойному изслѣдованію.

*Если шейка открылась и проходима для одного пальца*, тогда прямымъ ощупываніемъ яйца въ маткѣ не трудно рѣшить, въ какомъ стадіи находится выкидышъ. *Если плодное яйцо еще совершенно цело*, тогда на второмъ мѣсяцѣ ощупывается наверху въ тѣлѣ матки сидящее въ видѣ полипа круглое яйцо, между тѣмъ какъ вся остальная стѣнка матки обнаруживаетъ гладкую слизистую оболочку, или же яйцо начало спускаться и лежитъ въ видѣ круглаго тѣла на внутреннемъ зѣвѣ или въ шейкѣ. На 3-мъ мѣсяцѣ уже ощупывается напрягающійся пузырь или флюктуирующий плодный мѣшокъ, а въ немъ части плода, или, по отхожденіи воды, легко распознать плодъ; на 4-мъ мѣсяцѣ ориентированіе еще легче. Цѣлые кровянистые заносы отличаются весьма толстыми яйцевыми оболочками и производятъ впечатлѣніе почти плацентарной ткани. При *неполномъ выкидышѣ* результатъ изслѣдованія иной. На 2-мъ мѣсяцѣ *плодный мѣшокъ разрывается*, или же яйцо съ своими ворсинками отслаивается отъ decidua и изгоняется; остающіяся части яйца спадаются, ложатся въ складки и образуютъ полипозное тѣло, неправильной поверхности и крошковатой консистенціи, лежащее въ маткѣ или вдающееся въ шейку. Если въ маткѣ осталась только отдѣлившаяся отпадающая оболочка, то она виситъ въ видѣ развѣвющихся хлопьевъ. Неболшія частицы chorii и deciduae reflexae образуютъ лишь крошачія шероховатости на мѣстѣ прикрѣпленія яйца. На 3-мъ и 4-мъ мѣсяцѣ часто застрѣваетъ послѣ изгнанія плода *вся плацента*. Цѣликомъ не отдѣлившуюся плаценту очень часто можно просмотрѣть, такъ какъ ея фетальная, обращенная въ полость матки поверхность не отличается на ощупь отъ маточной стѣнки; при внимательномъ изслѣдованіи однако иногда ощупываютъ на ней болѣе крупныя сосуды, или распознаютъ, что одна стѣнка матки утолщена мягкими сложеніями. Какъ только часть плаценты отдѣлилась, распознаваніе легко. Куски плаценты принимаютъ форму полости матки, выполняя ее или свѣшиваясь въ шейку. *При совершившемся выкидышѣ* шейка болшею частью очень скоро закрывается; въ

<sup>1)</sup> Мы не можемъ съ этимъ согласиться; обследованіе матки всегда необходимо, ибо при выкидышахъ въ первые мѣсяцы беременности приходится нерѣдко приступить къ выскабливанію именно ради вставшихъ въ маткѣ разсыянныхъ кусочковъ deciduae, которые могутъ поддерживать кровотеченіе, повести къ образованію такъ назыв. децидуомы (Küstner) или къ разложенію. *Примѣч. пера.*

маточной полости ощупывают вездѣ гладкую стѣнку, только на бывшемъ мѣстѣ прикрѣпленія яйца находятъ незначительныя шероховатости.

*Если цервикальный каналъ закрытъ*, — а при затянувшихся выкидышахъ это очень часто бываетъ, — то приходится отказаться отъ прямого ощупыванія яйца, ибо предпринимать расширеніе шейки для однихъ діагностическихъ цѣлей можно лишь тогда, когда подозрѣваютъ присутствіе большихъ массъ въ маткѣ, которыя необходимо тотчасъ удалить. Мы должны тогда по величинѣ, формѣ и степени разрыхленія матки судить о стадіи выкидыша; здѣсь распознаваніе бываетъ чрезвычайно затруднено, и самый опытный изслѣдователь можетъ ошибиться, предрѣшая характеръ содержимаго матки. *Плѣтость яйца* можно подозрѣвать, если матка мягка на-ощупъ и соответствуетъ по величинѣ сроку беременности (надо, однако, помнить, что при цѣломъ, мертвомъ яйцѣ и эти признаки не подходятъ). Явственные схватки говорятъ большею частью за цѣлость яйца или за задержку крупныхъ массъ. Когда плодъ или часть яйца изгнаны, то матка сокращается и теряетъ свою сочность, особенно послѣ продолжительнаго или сильнаго кровоточенія; медленно утрачивается также размягченіе и окраска влагалищной части и рукава. Мы можемъ такимъ образомъ діагностицировать *задержку* частей яйца, если матка меньше, нежели соответствуетъ счету беременности, и въ то же время тверже. Разумѣется, что на 2-мъ мѣсяцѣ отличить задержку частей и цѣлаго яйца очень трудно, такъ какъ разница до и послѣ изгнанія яйца слишкомъ незначительна, а еще при мертвомъ яйцѣ эти трудности едва-ли преодолимы. Распознаваніе тѣмъ легче, чѣмъ больше подвинулась впередъ беременность, такъ какъ послѣ изгнанія плода матка становится значительно меньше и уплощается; правда, она очень долго сохраняетъ при этомъ высокую степень сочности. *Совершившійся абортъ* мы можемъ предположить, если матка почти вернулась къ своей нормальной величинѣ, тверда на-ощупъ и не кровоточитъ больше.

При распознаваніи задержки надо по возможности стараться еще опредѣлить родъ задержавшихся частей, ибо для леченія выкидыша весьма важно знать, содержитъ-ли еще матка всю плаценту или только части ея либо ворсистой оболочки, или же застряла только отпадающая оболочка съ незначительными частицами шоги. И здѣсь можетъ рѣшиться вопросъ только величина матки и степень ея мягкости. Если принять во вниманіе, что въ ранніе мѣсяцы беременности величина матки обуславливается больше толщиной ея стѣнокъ, нежели содержимымъ, то будетъ повятно, что при задержкѣ небольшихъ массъ матка можетъ казаться довольно толстой, а съ другой стороны въ нормальной по величинѣ маткѣ съ тонкой стѣнкой можно найти яйцо почти величиною въ грецкій орѣхъ. Судить о содержимомъ по степени размягченія матки тоже трудно, потому что мягкость зависитъ отъ индивидуально различнаго кровонаполненія; послѣднее можетъ быть очень значительнымъ при задержкѣ одной отпадающей оболочки и можетъ совершенно отсутствовать при задержкѣ круп-

ныхъ массъ, именно если болыныя долго кровоточили. Распознать, задержана-ли одна decidua или также крупныя части плоднаго яйца, чрезвычайно трудно, и тутъ можно такъ же часто угадать, какъ и ошпбиться. Можно только руководствоваться при этомъ общимъ положеніемъ: *чѣмъ больше и мягче матка, тѣмъ скорѣе она содержитъ части плоднаго яйца*. На 3-мъ и 4-мъ мѣсяцѣ мы имѣемъ дѣло чаще всего съ *задержкой всей плаценты*; при этомъ матка остается велика и очень мягка, такъ что имѣетъ извѣстное сходство съ беременной маткой, только форма ея плоска. Если плацента задержана долгое время, то матка становится меньше и тверже, а спустя мѣсяцы она можетъ оказаться совсѣмъ почти не увеличенной.

Зондъ имѣетъ для діагноза задержки остатковъ выкидыша весьма ограниченное значеніе, такъ какъ имъ нельзя съ полной увѣренностью ошупывать полиповыя, мягкія массы яйца, а при задержкѣ крупныхъ массъ зондированіе часто вызываетъ тяжелыя кровотеченія; на этомъ основаніи надо остерегаться зондировать увеличенную и мягкую матку. Напротивъ, зондъ превосходное пособіе для распознаванія задержки частицъ deciduae или кусочковъ chorii и поэтому находятъ себѣ наибольшее примѣненіе при діагностикѣ выкидыша на 2-мъ мѣсяцѣ; если зондированіе констатируетъ у dna значительныя неровности, послѣ чего появляется порядочное кровотеченіе, то можно заподозрить абортъ, даже если матка не увеличена и не мягка.

Для полноты діагноза необходимо еще выяснитъ, свѣжъ-ли выкидышъ, или находится въ состояніи гниlostнаго разложенія; особенно при затянувшемся выкидышѣ непременно надо измѣрить температуру и убѣдиться, нѣтъ-ли запаха гніенія.

Діагностика аборта заканчивается макроскопическимъ, а при надобности и микроскопическимъ изслѣдованіемъ плода, плаценты и главное яйцевыхъ оболочекъ, дабы уяснить причину аборта, особенно если анамнезъ или повторность выкидыша заставляеть подозрѣвать заболѣваніе послѣднихъ.

### Распознаваніе внѣматочной беременности.

**Опредѣленіе:** Подъ внѣматочной беременностью мы понимаемъ укрѣпленіе оплодотвореннаго яйца внѣ маточной полости. Укрѣпленіе это можетъ происходить на всемъ протяженіи Фаллопиевой трубы отъ ostium uterinum до infundibulum (вѣроятно, также на fimbria ovarica), далѣе въ яичникѣ, какъ въ нормальномъ, такъ и въ состоящемъ въ прямомъ сообщеніи съ расширенной трубой. Первичная имплантациа яйца на брюшинѣ не доказана съ достовѣрностью и во всякомъ случаѣ чрезвычайно рѣдка. По мѣсту имплантациа мы различаемъ:

- gr. tubo-uterina s. interstitialis,*
- gr. tubaria (isthmica, ampullaris, fimbriata),*
- gr. tubo-ovarialis,*
- gr. ovarialis,*

*gr. abdominalis* (последнюю мы подразделяем на *первичную*, если яйцо первично укрѣпилось на брюшинѣ, и *вторичную*, если яйцо, укрѣпившееся первично въ трубѣ или яичникѣ, оставляетъ эти органы и продолжаетъ расти на брюшинѣ).

Съ клинической точки зрѣнія, мы должны причислить къ *gravid. extrauterina* беременность въ *рудиментарномъ рогѣ матки*, такъ какъ она вызываетъ тѣ же явленія и діагностически большею частью не отличается отъ первой.

Это дифференцированіе внѣматочной беременности основано на анатомическихъ изслѣдованіяхъ, клинически же оно проводимо лишь въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ, поэтому съ діагностической точки зрѣнія мы соединяемъ всѣ виды въ одно. Трубная беременность, какъ наиболее частая, можетъ быть выставлена представительницей внѣматочныхъ беременностей; поэтому мы главнымъ образомъ займемся діагностикой этой формы, а въ добавленіе я укажу нѣкоторыя точки опоры, которыя могутъ въ благоприятныхъ случаяхъ повести къ распознаванію и болѣе рѣдкихъ формъ.

*Распознаваніе внѣматочной беременности* такъ же, какъ и маточной, существенно разнится въ зависимости отъ того, можемъ-ли мы доказать присутствіе плода или нѣтъ; поэтому я и здѣсь считаю нужнымъ раздѣлить на діагностику въ первой и второй половинѣ беременности.

*Распознаваніе въ первой половинѣ беременности* основывается на извѣстныхъ измѣненіяхъ, которыя развиваются въ половыхъ органахъ матери. Преобладающее число внѣматочныхъ беременностей лишь тогда попадаетъ къ врачу, когда нарушилось ихъ теченіе; но врачъ рѣдко будетъ имѣть случай наблюдать внѣматочную беременность, пока она развивается безъ разстройствъ, развѣ если больная случайно обратится за распознаваніемъ беременности вообще или по поводу другого страданія; но это только дѣло счастливаго случая, между тѣмъ какъ діагнозъ нарушенной внѣматочной беременности часто выпадаетъ на долю врача и имѣетъ большое практическое значеніе.

*Распознаваніе ненарушенной внѣматочной беременности* возможно, разумѣется, лишь въ первые мѣсяцы, такъ какъ обыкновенно разстройства разнаго рода очень рано наступаютъ; діагнозъ основывается на констатированіи шаровиднаго или веретенообразнаго вздутія трубы, которое большею частью рѣзко, часто даже перегибомъ отдѣляется отъ здоровой, неизмѣненной части трубы. По своей величинѣ плодный мѣшокъ соответствуетъ величинѣ яйца, такъ какъ тонкая трубная стѣнка не увеличиваетъ объема. Плодный мѣшокъ на-ощупь мягокъ и тѣстовать, но не обнаруживаетъ настоящаго напряженія и флюктуациі; онъ не имѣетъ упругой консистенціи, но податливъ и этимъ существенно отличается отъ опухолей яичника и *hydrosalpinx*. Плодный мѣшокъ подвиженъ, если нѣтъ склеекъ съ сосѣдними частями; въ последнемъ случаѣ онъ терять скоро свою характерную форму. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ плодный мѣшокъ

развивается не на ножкѣ, а встаетъ между обѣими пластинками широкой связки; благодаря этому связь его съ трубой становится неясной, форма круглѣе, а стѣнка толще, вслѣдствіе участія lig. latum. въ обусловленной беременностью гипертрофіи.

При внѣматочной беремености живымъ плодомъ ошибочныя діагнозы не рѣдки, такъ какъ опухоли придатковъ часто принимаются за внѣматочныя плодныя мѣшки, особенно если разрыхленіе матки и анамнестическія данныя подтверждаютъ какъ-будто беременность. Во многихъ случаяхъ мы ставили діагнозъ—*graviditas extrauterina*—у женщинъ, которыя имѣли маточную беременность или утратили мѣсячныя по другимъ причинамъ, потому что опухоль придатковъ давала картину плоднаго мѣшка. Рѣже случится просмотрѣть послѣдній или принять его за что-нибудь другое.

Чаще всего врачу приходится наблюдать внѣматочную беременность первыхъ мѣсяцевъ тогда, когда наступаютъ *разстройства* въ ея теченіи, въ видѣ-ли раздраженія брюшины, подготавлиющагося или наступившаго разрыва плоднаго мѣшка или изверженія яйца изъ трубы. Къ врачебной помощи въ такихъ случаяхъ прибѣгаютъ въ виду внезапнаго коллапса, внезапно наступившихъ или время отъ времени повторяющихся судорожныхъ болей внизу живота, продолжительныхъ кровотеченій или изъ-за незначительныхъ перитонитическихъ страданій или явленій давленія—эти припадки служатъ поэтому исходнымъ пунктомъ для діагноза. Мы рассмотримъ слѣдующія діагностически различныя состоянія:

1. *Свободное внутреннее кровотеченіе*. Общій видъ этихъ больныхъ таковъ, что въ тяжеломъ кровотеченіи нельзя усумниться; блѣдность, слабый, малый пульсъ, въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ зѣвота и потъ заставляютъ тотчасъ объ этомъ подумать. Такъ какъ наружнаго кровотеченія нѣтъ или оно незначительно, то мы вправѣ подозрѣвать внутреннее кровотеченіе; брюшныя припадки: позывъ къ рвотѣ, отрыжка, а главное сильныя боли направляютъ тотчасъ наше вниманіе на брюшную полость. Объективное изслѣдованіе послѣдней обнаруживаетъ слабое вздутіе, сильную чувствительность при давленіи, особенно въ одной *regio hypogastrica*. Если кровопотеря превосходитъ 1—2 литра, то можно констатировать свободно излившуюся кровь посредствомъ перкуссіи въ обѣихъ поясничныхъ областяхъ, резистенція здѣсь также увеличена. Между тѣмъ какъ распознаваніе внутренняго кровотеченія не подлежитъ болѣею частью никакому сомнѣнію, труднѣе отыскать источникъ кровотеченія. Часто притушеніе, увеличенная резистенція и чувствительность при давленіи въ одной *regio hypogastrica* направляютъ вниманіе на половыя органы. Внутреннее изслѣдованіе, которое неупустительно слѣдуетъ предпринимать у всякой женщины въ такомъ состояніи, обнаруживаетъ часто мягкую, податливую резистенцію въ Дугласѣ съ незначительнымъ смѣщеніемъ матки впередъ (*antepositio*) или увеличенную резистенцію въ области придатковъ. Распознаваніе лопнувшей внѣматочной беремености основывается при этомъ

всегда только на вѣроятности, такъ какъ изслѣдованіе придатковъ въ такомъ состояніи невозможно, или же измѣненія столь незначительны, что не могутъ быть констатированы. Во многихъ случаяхъ наводитъ на правильный путь утрата мѣсячныхъ; но такъ какъ неправильности менструаціи не рѣдки, и такъ какъ трубная беременность можетъ лопнуть еще до потери регуль, то мы лишаемся часто и этой опоры для діагностики. Тѣмъ не менѣе при навѣрное доказанномъ внутреннемъ кровотеченіи трубная беременность является самымъ вѣроятнымъ предположеніемъ. Отхожденіе отпадающей оболочки (см. стр. 87) наступаетъ обыкновенно лишь спустя нѣсколько дней послѣ катастрофы и потому этимъ признакомъ нельзя пользоваться для немедленнаго распознаванія.

*Отличительное распознаваніе.* Картину лопнувшей трубной беременности съ свободнымъ внутреннимъ кровотеченіемъ легче всего смѣшивать съ прободнымъ перитонитомъ, и здѣсь острое начало, перитонитическія явленія, констатированіе жидкости въ брюшной полости и Дугласовомъ пространствѣ, но больныя не столь анэмичны, сколько цианотичны.

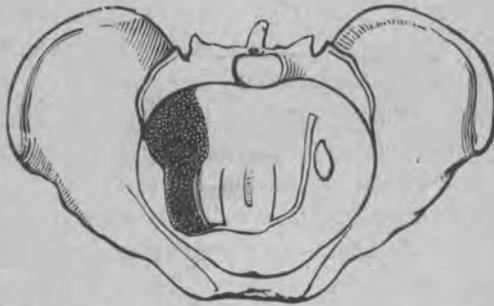


Рис. 33. Накопленіе крови въ трубѣ и haematocoele peritubaria при трубной беременности. Р. О.  $\frac{1}{6}$ . Маточная часть трубы свободна, затѣмъ слѣдуетъ растянутаая кровью часть, а вокругъ брюшного конца лежитъ маленькое кровоизліаніе.

онѣ обнаруживаютъ болѣе рѣзкіе воспалительные симптомы, и впечатлѣніе получается скорѣе перитонита, нежели кровотеченія.

2. *Инкапсулированное кровотеченіе.* Чаше, нежели къ свободному кровотеченію, разрывъ трубы или трубный выкидышь ведетъ къ кровоизліанію въ плодный мѣшокъ, въ окружности трубы или въ *Douglas'*ово пространство; *вслѣдствіе свертыванія крови образуются опухоли*, точное ощупываніе которыхъ играетъ главную роль при распознаваніи. Картина получается различная, смотря по мѣсту, гдѣ кровь накопилаь.

Если кровь изливается только въ трубу, то ощупываніе измѣненнаго такимъ образомъ плоднаго мѣшка значительно легче, нежели при ненарушенной беременности: труба растянута, и ея извилистость и форма ясно опредѣляется; маточная часть трубы часто свободна отъ крови и обнаруживаетъ нормальную толщину и мягкость, и рѣзко отграничивается отъ той части, которая наполнена кровью (рис. 33). Консистенція трубы очень твердая и плотная, при этомъ послѣдняя почти безболѣзненна при давленіи. Срощенія часто отсутствуютъ, такъ что эти трубныя опухоли обладаютъ извѣстной подвижностью.

Если кровь изливается только въ трубу, то ощупываніе измѣненнаго такимъ образомъ плоднаго мѣшка значительно легче, нежели при ненарушенной беременности: труба растянута, и ея извилистость и форма ясно опредѣляется; маточная часть трубы часто свободна отъ крови и обнаруживаетъ нормальную толщину и мягкость, и рѣзко отграничивается отъ той части, которая наполнена кровью (рис. 33). Консистенція трубы очень твердая и плотная, при этомъ послѣдняя почти безболѣзненна при давленіи. Срощенія часто отсутствуютъ, такъ что эти трубныя опухоли обладаютъ извѣстной подвижностью.

Большую часть къ трубнымъ кровотеченіямъ присоединяются гѣмор-

раги въ брюшную полость и ведутъ къ сочетанію внутри- и внѣтрубныхъ кровяныхъ опухолей. Если излившаяся кровь собирается въ *Douglas'*овомъ пространствѣ, то образуется *haematocoele retrouterina* — *заматочная кровяная опухоль*. Последняя выподвигаетъ все *Douglas'*ово пространство и отгибается внизъ влагалищный сводъ; матка перемѣщается впередъ и только при очень большихъ опухоляхъ приподымается вверхъ. Величина опухоли зависитъ отъ количества излившейся крови и обуславливаетъ въ свою очередь степень смѣщенія сосѣднихъ органовъ. Если мы имѣемъ дѣло съ чрезвычайно сильными кровотечениями, то кровь накапливается и поверхъ матки, достигаетъ передней брюшной стѣнки и ведетъ къ образованію большихъ опухолей, стоящихъ въ широкой связи съ послѣдней (рис. 34). Прямая кишка отгибается влѣво и назадъ и щелеобразно суживается, но никогда не обхватывается петлеобразно при чисто внутрибрюшинной *haematocoele*. Крышу кровяной опухоли образуютъ кишечныя петли, которыя склеиваются между собою и дѣлаютъ

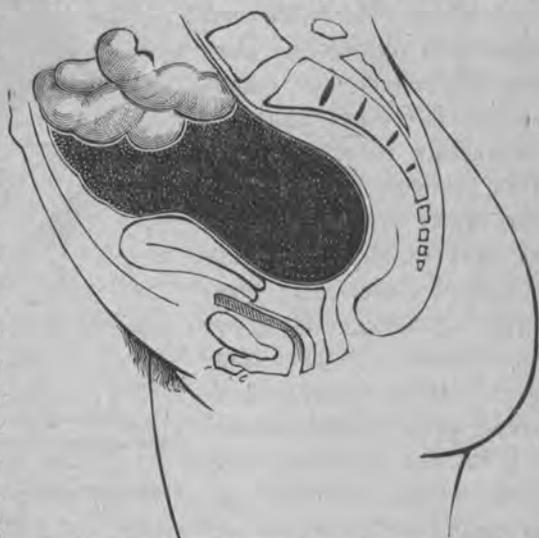


Рис. 34. *Haematocoele retrouterina* при допнувшей лѣвосторонней трубной беременности. Р. О.  $\frac{1}{6}$ . Кровоизліяніе доходитъ поверхъ матки до передней брюшной стѣнки и имѣетъ очень неправильную (отъ кишечныхъ петель) верхнюю границу.

неправильнымъ верхній контуръ *haematocoele*, особенно свѣжей; при болѣе старыхъ кровоизліяніяхъ воспалительныя явленія уменьшаются, и верхній контуръ можетъ стать рѣзкимъ и опредѣленнымъ, какъ при яичниковой опухоли (рис. 35). Связь кровоизліянія съ сосѣдними частями должна, разумѣется, стать очень тѣсной; такъ какъ кровь непосредственно къ нимъ прилегаетъ и на нихъ свертывается; наиболѣе плотное соединеніе получается съ задней стѣнкой матки, между тѣмъ какъ боковая стѣнка таза не всегда достигается, особенно при небольшихъ кровяныхъ опухоляхъ, такъ что ощупывающіе пальцы могутъ проникнуть между нею и опухолью; отсюда происходитъ умѣренная подвижность подобныхъ опухолей вмѣстѣ съ маткой, которая легко можетъ ввести въ заблужденіе. Важную роль въ сужденіи о внутрибрюшинныхъ кровоизліяніяхъ играетъ консистенція. Свѣжія кровяныя опухоли большею частью мягки и даютъ ощущеніе слабо-наполненной кисти, но уже спустя нѣсколько часовъ онѣ могутъ стать очень уругими; во всякомъ случаѣ большею частью удается констатировать зыбленіе. Скоро кровь свертывается и создаетъ болѣе плотную консистенцію, причемъ болѣе жидкія части мѣняются съ болѣе резистент-

ными. При дальнѣйшемъ сгущеніи крови и всасываніи жидкихъ составныхъ частей все болѣе и болѣе выступаетъ твердая резистенція реактивнаго пояса, и такимъ образомъ утрачивается характерное ощущеніе при пальпации haematocеле. Почти патогномично для haematocеле быстрый переходъ отъ кистовидной къ твердой консистенціи; лишь въ исключительныхъ случаяхъ кровь мѣсяцами остается жидкой и даетъ ощущеніе равномерно кистовидной опухоли. Топографія haematocеле становится болѣе неправильной при боковомъ положеніи кровоизліянія, если часть Douglas'ова пространства раньше заросла или же кровоизліяніе инкапсулировалось въ боковыхъ его отдѣлахъ; опухоль лежитъ тогда сбоку на задней поверхности матки, отбѣняетъ внизъ лишь часть Дугласова пространства и смѣщаетъ матку въ сторону.

**Отличительное распознаваніе заматочной кровяной опухоли.** Haematocеле retrouterina должна въ общемъ давать поводъ къ смѣшиванію со всеми опухолями, которыя могутъ занимать мѣсто позади матки, и, въ виду ея выраженной кистовидной консистенціи, главнымъ образомъ съ тѣми, которыя тоже содержатъ жидкость, таковы: опухоли яичника, трубы и сывороточные или гнойные брюшинные выпоты (о различіяхъ см. дифференціальную диагностику соответственныхъ заболѣваній).

Гораздо чаще однако смѣшиваютъ въ повседневной практикѣ заматочную кровяную опухоль съ retroflexio uteri gravidi, не только въ виду одинаковыхъ данныхъ ощупыванія, но и въ виду сходнаго анамнеза (аменорея, кровотеченія, схваткообразныя боли). Дифференціальныи діагнозъ этихъ обоихъ состояній приобрѣлъ въ гинекологіи печальную извѣстность, такъ какъ онъ во многихъ случаяхъ послужилъ причиною смертельныхъ катастрофъ; если haematocеле retrouterina принимаютъ за перегнутую взадь беременную матку, а это случалось безконечно часто, то слѣдуютъ попытки вправленія матки, которыя ведутъ къ разрыву капсулы haematocеле и къ послѣдовательнымъ смертельнымъ кровотеченіямъ; поэтому я совѣтовалъ бы врачу быть особенно внимательнымъ въ этомъ пунктѣ. Теоретически *разница* между обоими состояніями весьма ясна; она *состоитъ*

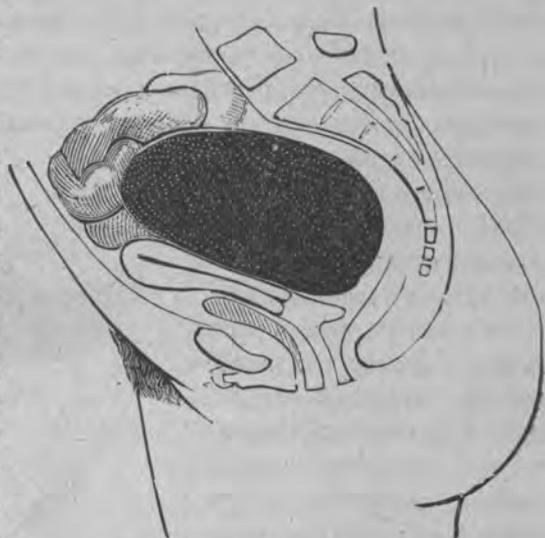


Рис. 35. Haematocеле retrouterina, спустя 5 мѣсяцевъ послѣ разрыва трубной беременности. Р. О.  $\frac{1}{6}$ .

Верхній контуръ оsumковавшейся haematocеле рѣзко ограниченъ.

въ томъ, что при *haematocoele retrouterina* должна быть всегда находима вся матка впереди опухоли, а при *retroflexio uteri gravidi* только шейка, которая прямо переходитъ въ опухоль; этотъ признакъ всегда слѣдуетъ отыскивать, и въ характерныхъ случаяхъ часто сразу можно поставить вѣрный діагнозъ. Но часто возникаютъ трудности потому, что матка слишкомъ близко лежитъ къ кровоизліянію для того, чтобы ихъ можно было разграничить, или же шейку при извѣстной длинѣ принимаютъ за всю матку, не говоря уже о случаяхъ, гдѣ внѣшнія затрудненія (толстые брюшные покровы и т. п.) не допускаютъ точнаго ощупыванія. Тогда должны придти на помощь другіе признаки: иногда точку опоры дать направленіе шейки, которая при искривленіи назадъ не очень большой беременной матки идетъ снизу и спереди назадъ и вверхъ, между тѣмъ какъ при смѣщеніи матки впередъ заматочной кровяной опухолью наружный зѣвъ смотритъ большею частью прямо книзу; лишь при всасываніи шейка измѣняетъ свое положеніе вслѣдствіе постепенно наступающаго наклоненія матки назадъ. Въ другихъ случаяхъ удастся вѣрно діагностицировать *haematocoele retrouterina*, если можно распознать трубы тотчасъ за брюшными покровами, причѣмъ одна большею частью бываетъ утолщена. Самая опухоль заматочная обнаруживаетъ часто совершенно ясныя различія: беременная матка равномерно округлена со всѣхъ сторонъ, часто также слегка подвижна, между тѣмъ какъ кровоизліяніе (особенно въ свѣжихъ случаяхъ) имѣетъ совершенно неправильный контуръ сверху, а иногда и въ тазу, вслѣдствіе неравномернаго выполненія Дугласа или сращеній съ тазомъ; для распознаванія этихъ признаковъ особенно пригодно изслѣдованіе *per rectum*. Консистенція беременной матки гораздо равномернѣе и не мѣняется такъ скоро, какъ при *haematocoele retrouterina*. — Наконецъ можно воспользоваться анамнезомъ и припадками: при отсутствіи всякаго разстройства и нормальномъ самочувствіи, *haematocoele retrouterina* весьма невѣроятна, между тѣмъ какъ продолжительныя кровотеченія, особенно если они появились послѣ кратковременной аменореи, или тяжелыя, повторяющіяся время отъ времени, судорожныя боли внизу живота дѣлаютъ ее очень вѣроятной.

Гораздо чаще трубныя кровотеченія ведутъ къ опухолямъ въ непосредственномъ соосѣдствѣ съ трубою, особенно вокругъ брюшного ея конца; такимъ образомъ возникаетъ *haematocoele peritubaria*. Положеніе этихъ кровяныхъ опухолей весьма различное и зависитъ въ общемъ отъ положенія трубной воронки; большею частью онѣ лежатъ сбоку и позади матки, опускаясь нѣсколько около матки книзу; но часто опухоль лежитъ на уровнѣ тазового входа и выше. При наклоненіи матки взадъ воронка трубы лежитъ въ передней половинѣ таза и такимъ образомъ образуются кровяныя опухоли впереди матки. Величина *haematocoele peritubaria* зависитъ отъ количества излившейся крови. Форма ея вначалѣ всегда расплывчатая, съ совершенно неправильными границами и направленными въ разныя стороны отростками, такъ что возникаютъ совсѣмъ своеобразныя формы, ка-

кїя рѣдко приходится наблюдать при другихъ заболѣванїяхъ; но послѣ продолжительнаго существованїя, когда наступаетъ организациа периферическаго слоя, опухоль становится круглѣе и вырисовывается опредѣленнѣе, какъ яичниковая опухоль. Связь haematocoele съ сосѣдними органами, будь это матка, прямая кишка или тазовая стѣнка, большею частью настолько тѣсная, что она эти органы широко обхватываетъ; поэтому она вначалѣ неподвижна, но мало-по-малу, когда связь съ тазомъ исчезаетъ, она можетъ получить значительную подвижность совокупно съ маткою и трубою. Консистенциа haematoc. peritub. вначалѣ мягка и податлива, послѣ она становится твердой, но никогда не бываетъ особенно твердой; и здѣсь можно иногда наблюдать быстрый переходъ отъ кистовидной консистенции къ плотной. Иногда кровь остается долгое время жидкой, и тогда изъ старой haematocoele съ организовавшимся корковымъ слоемъ возникаетъ опухоль, которую невозможно иногда отличить отъ кисты яичника даже макроскопически анатомически.

Чаще всего *кровотеченїя внутри трубы и вѣн ея комбинируются*, такъ что при ощупыванїи можно отграничить растянутую кровью, очень твердую, извилистую трубу отъ полусвернувшагося кровоизліянїя; особенно при haematoc. peritub. находятъ лежащїя сбоку и сзади мягкія опухоли съ вышеописанными свойствами, куда погружается растянутая труба (рис. 36). Такъ какъ кровотеченїя изъ трубы часто происходятъ периодически, съ промежутками въ недѣли, то можно иногда различить въ кровоизліянїи нѣсколько отдѣловъ разной твердости, въ зависимости отъ того, находится-ли въ нихъ болѣе старая или болѣе свѣжая кровь.

Гораздо рѣже бываютъ *гематомы въ широкой связкѣ* при трубной беременноти, такъ какъ большая часть трубныхъ беременностей кончается трубнымъ выкидышемъ; эти гематомы представляютъ собою межевязочныя опухоли со всѣми свойствами кровоизліянїя (см. ниже), причѣмъ отграничить измѣненную трубу большею частью не удастся.

Объективное изслѣдованїе всѣхъ этихъ опухолей должно быть прежде всего направлено къ тому, чтобы доказать кровоизліянїе; этимъ прїобрѣтается вѣроятность, что въ основѣ его лежитъ трубная беременноти, такъ какъ иныя причины внутри-брюшинной haematocoele очень рѣдки. Въ извѣстномъ рядѣ случаевъ это предположенїе упрочивается, если прощупывается

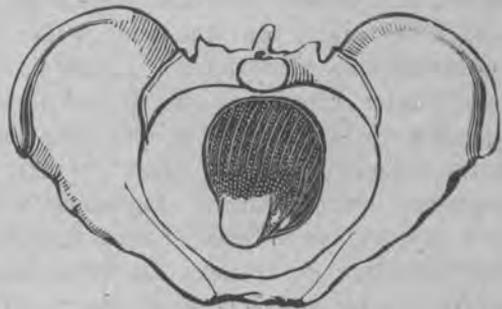


Рис. 36. Haematocoele peritubaria и кровоизліянїя внутри трубы при трубной беременноти. Р. О. 1/4.

Маточный отдѣлъ трубы не утолщенъ; къ нему примыкаетъ переполненная кровью часть трубы, которая погружается въ большую haematocoele, образовавшуюся вокругъ трубной воронки.

переходъ растянутой трубы въ крововзліяніе. Однако число случаевъ, гдѣ однимъ объективнымъ изслѣдованіемъ опухоли можно распознать внѣматочную беременность, не очень велико; въ большинствѣ же случаевъ, хотя бы и удалось доказать крововзліяніе (а тѣмъ болѣе, если опухоль не имѣетъ свойствъ послѣдняго), діагнозъ трубной беременности остается под сомнѣніемъ; къ тому еще во всѣхъ случаяхъ, гдѣ подозрѣвается трубная беременность, мы должны быть крайне осторожны въ изслѣдованіи, чтобы не вызвать разрыва опухоли. Для діагностики имѣютъ значеніе еще два другихъ признака, говорящихъ въ пользу беременности, это — *свойственныя беременности измѣненія въ половыхъ органахъ* (см. выше) и отхожденіе отпадающей оболочки. Однако разрыхленіе рукава, влагалищной части и матки, а также увеличеніе послѣдней отнюдь не такъ аккуратно встрѣчаются при трубной беременности, какъ при внутриматочной; особенно при раннемъ перерывѣ беременности и мертвомъ плодѣ отсутствуетъ часто всякая сочность и всякое увеличеніе матки, между тѣмъ какъ при живомъ плодѣ эти признаки, правда, играютъ большую роль. Такъ какъ, кромѣ того, разрыхленіе port. vag., синева слизистой оболочки и даже пульсація влагалищныхъ артерій встрѣчается при всевозможныхъ другихъ состояніяхъ, то приходится большею частью отрѣшиться отъ этихъ признаковъ въ первые мѣсяцы трубной беременности. Измѣненія грудныхъ железъ также аккуратно наступаютъ здѣсь, какъ при graviditas intrauterina, и можно при случаѣ ими воспользоваться, какъ подспорьемъ для діагноза.

Гораздо болѣе значительную роль въ распознаваніи трубной беременности играетъ *отхожденіе отпадающей оболочки*. Подъ вліяніемъ вызваннаго беременностью прилива крови, эндометрій превращается въ deciduam, которая по крайней мѣрѣ въ  $\frac{2}{3}$  всѣхъ случаевъ изгоняется наружу; отхожденіе происходитъ обыкновенно при сильныхъ, схваткообразныхъ боляхъ, чаще всего въ видѣ двухъ перепонокъ, соответствующихъ обѣимъ стѣнкамъ матки, рѣже кусками. Врачъ не часто получаетъ отпадающую оболочку для изслѣдованія, а долженъ большею частью полагаться на показанія больной, которая обыкновенно описываетъ ихъ въ видѣ мясистыхъ массъ. Распознать въ оболочкѣ deciduam не представляетъ затрудненій, но не всегда легко отвѣтить на вопросъ, есть-ли это decidua трубной беременности, выкидыша или менструаціи. Абортъ можно съ увѣренностью исключить, если въ обѣихъ половинахъ оболочки не находятъ ни яйца, ни соответствующей ему пустоты; decidua menstrualis тоньше и большею частью отходитъ кусками; при трубной беременности decidua всего толще. Во многихъ случаяхъ только микроскопъ можетъ разрѣшить сомнѣнія (см. микроскоп. діагност. извергнутыхъ изъ матки массъ).

Отхожденіе отпадающей оболочки навѣрное говоритъ за внѣматочную беременность, если можно исключить выкидышъ и dysmenorrhoea menbraparsae; наоборотъ, отсутствіе этого явленія не говоритъ противъ трубной беременности, такъ какъ decidua можетъ остаться въ маткѣ и подвергнуться обратному развитію въ нормальный эндометрій. Отхожденіе deciduae

никогда не наступает при безпрепятственно развивающейся трубной беременности, а только послѣ смерти плода, разрыва трубы, трубнаго выкидыша или кровоизліянія въ трубу. Но такъ какъ не за всякимъ разрывомъ и кровотеченіемъ должна слѣдовать смерть плода, то отхожденіе deciduae отнюдь нельзя считать вѣрнымъ признакомъ послѣдней, во оно всегда указываетъ на разстройства въ теченіи беременности. Отхожденіе происходитъ большею частью спустя нѣсколько часовъ или дней послѣ наступившаго разстройства, сопровождаясь длительнымъ кровотеченіемъ.

Этимъ правильнымъ развитіемъ deciduae при вѣматочной беременности пытались воспользоваться для распознаванія. Рядъ авторовъ, особенно *Wyder*, предложили выскаблить нѣсколько кусочковъ слизистой матки и подвергнуть ихъ микроскопическому изслѣдованію, чтобы констатировать присутствіе отпадающей оболочки. Но этотъ приѣмъ не позволителенъ, ибо выскабливаніе не разъ ужъ вело къ разрыву плоднаго мѣшка или къ гнилоственному разложенію кровоизліянія и къ смертельному исходу. Съ другой стороны, микроскопическая картина большею частью слишкомъ сомнительна, чтобы можно было ею воспользоваться, такъ какъ депидуальные элементы не распредѣлены равномернo по всей слизистой, и такъ какъ вскорѣ послѣ смерти плода наступаютъ въ ней обыкновенно обратные процессы развитія.

Эти обусловленные беременностью измѣненія тоже не всегда достаточны, чтобы опредѣлить въ спорной опухолѣ продуктъ вѣматочной беременности, довольно часто мы должны еще обратиться къ *симптомологіи и показаніямъ больной*. Аменоррея почти всегда на-лицо, лишь въ ограниченномъ числѣ случаевъ она совершенно отсутствуетъ; большею частью мѣсячныя опоздали хоть на нѣсколько дней, ранѣ наступленія первыхъ разстройствъ. Но разрывъ плоднаго мѣшка можетъ наступить и въ день ожидаемой менструаціи и даже раньше; довольно часто при вѣматочной беременности регулы приходятъ въ надлежащее время, но отличаются небольшимъ кровотдѣленіемъ. Какъ только наступаютъ разстройства, появляются также кровотечения различной продолжительности, которыя могутъ замаскировать періодъ аменорреи. Поэтому часто мы не получаемъ никакихъ годныхъ показаній, но каждая аменоррея, даже въ нѣсколько дней, должна возбудить подозрѣніе о беременности. Указанія больной на кратковременную аменоррею съ послѣдующимъ длительнымъ кровотеченіемъ направляютъ понятнымъ образомъ діагнозъ на *выкидышъ*, особенно если съ этимъ связано отхожденіе «мясистыхъ кусковъ» (decidua); если затѣмъ объективное изслѣдованіе производится недостаточно тщательно, то вѣматочный плодный мѣшокъ или маленькая haematocoele peritubaria ускользаетъ отъ вниманія и діагностицируется абортъ—ошибка, влекущая за собою тяжелыя послѣдствія, такъ какъ въ виду предполагаемой задержки частей плоднаго яйца предпринимается выскабливаніе матки, которое можетъ повести къ упомянутымъ дурнымъ исходамъ съ exitus letalis. Мы не можемъ достаточно настойчиво предостеречь, чтобы діагнозъ

выкидыша ставился въ такихъ случаяхъ лишь тогда, когда двойнымъ изслѣдованіемъ навѣрное доказано отсутствіе вѣматочнаго плоднаго мѣшка. Субъективные признаки беременности встрѣчаются при *graviditas extrauter.* гораздо рѣже и не играютъ роли въ діагностику.

Особую окраску получаетъ анамнезъ лишь тогда, когда наступаютъ *разстройства беременности*, будь это трубный выкидышъ, разрывъ плоднаго мѣшка или смерть плода. Припадки заключаются во внезапно появляющихся судорожныхъ боляхъ внизу живота, большею частью безъ предшествовавшаго поврежденія, но иногда послѣ случайной травмы (изслѣдованіе, поднятіе тяжести, танцы и т. п.); больныя описываютъ ихъ какъ внезапно появившюся рѣзъ внизу живота и въ прямой кишкѣ съ обморокомъ, головокруженіемъ, рвотою; большею частью это длится недолго, повторяется спустя короткое или долгое время, такъ что обыкновенно можно узнать о нѣсколькихъ приступахъ. Причину болей мы должны видѣть въ кровотеченияхъ, происходящихъ въ просвѣтъ трубы или въ брюшную полость. Другой симптомъ нарушенной вѣматочной беременности состоитъ въ наружныхъ кровотеченияхъ, которыя могутъ продолжаться безпрестанно до нѣсколькихъ мѣсяцевъ; кровотечения эти умѣренной силы, часто смѣшаны со слизью, рѣдко сопровождаются отхожденіемъ кусковъ и присоединяются къ вышеописаннымъ болямъ, иногда также къ каждому отдѣльному приступу. Въ первые дни кровотечения отходить обыкновенно *decidua*. Такъ какъ анамнезъ имѣетъ для распознаванія большое значеніе, то я намѣренъ привести нѣсколько типическихъ примѣровъ:

Случай 5. Г-жа S., 41 года, замужемъ съ 21-го года, родила семь разъ, выкидышей не было, послѣдніе роды 7 лѣтъ тому назадъ, никогда никакихъ страданій со стороны половыхъ органовъ; послѣднія регулы 24-го декабря 1893 г. 27-го января 1894 г. много танцевала, по возвращеніи домой внезапно сильныя боли, рѣзъ въ прямой кишкѣ, головокруженіе и тошнота, обморока не было, боли длились  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$  часа, но не повторились. Одновременно съ болями появилось кровотеченіе, которое длится уже 7 недѣль, отхожденія оболочки не замѣчалось. Діагнозъ: *haematocoele peritubaria* съ кровоизліяніемъ въ трубу.

Случай 6. Дѣвица N., 19 лѣтъ, первыя регулы въ 14 лѣтъ, правильны, черезъ 4 недѣли, всегда съ сильными болями въ животѣ; послѣднія регулы 1-го августа 1894 г.; 1-го сентября легкое выдѣленіе крови, 10-го сент. болѣе сильное кровотеченіе, которое длится 5 дней, потомъ прекращается, но снова появляется послѣ ванны и длится теперь 6 недѣль. Послѣ ванны одновременно съ кровью появляются внезапно колики въ животѣ, обморокъ, головокруженіе, тошнота. Черезъ 2 недѣли такой же второй приступъ. Отхожденія *deciduae* не замѣчено. Діагнозъ: *haematocoele retrouterina* съ кровотеченіемъ въ трубу.

Случай 7. Г-жа V., 24 л., замужемъ 4 года, разъ родила доношеннаго ребенка 3 года тому назадъ, съ тѣхъ поръ больна, послѣднія регулы 4-го декабря. Въ серединѣ января сильныя колики въ животѣ въ теченіе  $\frac{1}{4}$  часа безъ кровотечения. Въ началѣ февраля снова приступъ болей, который длится  $\frac{1}{4}$  часа и нѣсколько разъ повторился въ тотъ же день; одновременно появляются кровотечения, которыя длится уже 7 недѣль; спустя недѣлю послѣ начала кровотечения отходить безъ болей

мясистые куски. Пац. считала себя беременной въ виду явившагося вкуса къ непривычному. Диагнозъ: Haematocoele retrouterina.

Для предсказанія и леченія вѣматочной беременности рѣшающее значеніе имѣеть, *живъ-ли еще плодъ, или нѣтъ*. Пока нѣтъ никакихъ разстройствъ въ теченія беременности, можно подозрѣвать, что плодъ живъ, особенно если плодный мѣшокъ обладаетъ вышеописаннымъ, равномерно мягкимъ напряженіемъ. Гораздо труднѣе отвѣтить на этотъ вопросъ, когда появились разстройства, которыя хотя и указываютъ на перерывъ нормальнаго теченія, но не должны обязательно сопровождаться смертью плода. И здѣсь слѣдуетъ пользоваться по возможности для отличія объективными данными изслѣдованія. Тяжелыя внутреннія кровотеченія, большія заматочныя кровяныя опухоли указываютъ всегда на смерть плода. (Надо, однако, помнить, что послѣднія можно смѣшать съ растущимъ плоднымъ мѣшкомъ, особенно при равномерно кистовидной консистенціи и совпаденіи величины опухоли съ срокомъ беременности.) Даже ростъ спорной опухоли еще не говоритъ въ пользу живого плода, такъ какъ то же самое могутъ вызвать послѣдовательныя кровотеченія въ haematocoele. Если матка очень мягка и увеличена, если влагалищная часть и рукавъ сини и разрыхлены, то жизнь плода вѣроятна, но не вѣрна. Пульсирующія влагалищныя артерія встрѣчаются и при живомъ, и при мертвомъ плодѣ, прекращеніе же этого достовѣрно наблюдавшагося явленія съ большой вѣроятностью говоритъ за смерть плода. Мертвый плодъ вѣроятенъ, если послѣдовали сильныя кровоизліянія въ трубу. Отхожденіе deciduae, какъ упомянуто выше, не служитъ вѣрнымъ признакомъ смерти плода. Извѣстное значеніе принадлежитъ измѣненію въ грудныхъ железахъ, а именно цуэрперальному нагрубанію ихъ и стеканію молока, которое наступаетъ обыкновенно черезъ нѣсколько дней послѣ смерти плода; но и здѣсь осторожность необходима въ виду ненадежности всѣхъ измѣненій въ грудяхъ, наступающихъ во время беременности. Тамъ, гдѣ всѣ діагностическіе признаки измѣняютъ намъ, ничего больше не остается, какъ продолжительнымъ наблюденіемъ доказать дальнѣйшій равномерный ростъ или уменьшеніе плоднаго мѣшка. Въ пользованіи вышеописанными припадками (указывающими хотя всегда на разстройство), для распознаванія смерти плода, надо всегда быть осторожнымъ, такъ какъ они всѣ въ совокупности не доказываютъ еще оной съ достовѣрностью; приступы коликъ, обмороки бывають и при живомъ плодѣ. Наибольшее значеніе я готовъ придавать продолжительнымъ маточнымъ кровотеченіямъ, которыхъ я никогда не наблюдалъ при живомъ плодѣ, но, съ другой стороны, они могутъ отсутствовать при мертвомъ плодѣ <sup>1)</sup>.

Чтобы иллюстрировать трудности распознаванія жизни плода, я приведу слѣдующіе случаи:

<sup>1)</sup> Надо думать, что признакъ, указанный *Vicarelli* для внутриматочной смерти плода, а именно появленіе ацетонуріи, имѣеть мѣсто и при вѣматочной беременности. *Примѣч. перев.*

Случай 8. Г-жа S. Матка увеличена и мягка, *sinistro - antepositio*. Влагалище нѣсколько разрыхлено, слегка синевато. Справа позади матки, на уровнѣ тазового входа лежитъ опухоль, величиною въ кулакъ, въ которую труба переходитъ; послѣдняя въ наружной своей половинѣ утолщена, между тѣмъ какъ маточный ея конецъ, повидимому, нормаленъ. Консистенція упруго-кистовидная, на нижнемъ полюсѣ нѣсколько болѣе твердая; пульсація влагалищныхъ артерій. Анамнезъ: послѣднія регулы въ январѣ 1894 г.; 26-го марта появились умѣренные кровотечения, которыя съ перерывами длятся до сихъ поръ. Ни отхожденія *deciduae*, ни коликъ, ни обмороковъ не было; тошнота держится и теперь еще. Домашній врачъ вплоть до послѣдняго времени наблюдалъ равномерный ростъ. Чревосѣченіе показало, что плодъ мертвъ, далѣе *haematocoele peritubaris*, въ которую впадаетъ растянутая кровью труба.

Случай 9. Г-жа H. *Introitus* слегка синеватъ; *vagina* и *port. vag.* нѣсколько разрыхлены, матка велика, не мягка. Слева и сзади отъ нея круглая опухоль, величиною въ кулакъ, которая широко срослась съ лѣвымъ бокомъ и задней поверхностью матки. Консистенція явственно флюктуирующая, умѣренно напряженная, кровяные свертки не прощупываются. Анамнезъ показалъ, что послѣднія менструація была 18-го декабря 1893 г. Съ тѣхъ поръ повторныя, неправильныя, кратковременныя кровотечения, повторные обмороки, но настоящихъ схватокъ не было. Диагнозъ былъ поставленъ: трубная беременность живымъ плодомъ, ибо плодный мѣшокъ соотвѣтствуетъ по величинѣ сроку беременности, обладаетъ умѣренно упругимъ напряженіемъ и круглой формой, матка 9 ст. длины, а влагалище сильно разрыхлено. Чревосѣченіе обнаружило *haematocoele*.

Распознаваніе вѣматочной беременности во второй ея половинѣ несомнѣнно гораздо легче; *основное правило здѣсь заключается въ томъ, чтобы доказать присутствіе плода внѣ матки*. Съ отысканія плода и надо начинать всегда; такъ какъ плодъ лежитъ въ плодномъ мѣшкѣ, то явственность распознаванія частей плода зависитъ отъ толщины стѣнки плодномѣстилица; иногда части плода ясно прощупываются черезъ тонкія стѣнки плоднаго мѣшка, явнѣ всего тогда, когда ребенокъ выступилъ изъ плоднаго мѣшка и лежитъ свободно въ брюшной полости непосредственно за брюшными стѣнками. Труднѣе опредѣляется ребенокъ, если онъ лежитъ въ межсвязочномъ плодномъ мѣшкѣ, но и здѣсь онъ явственнѣе прощупывается, нежели при внутриматочной беременности; особенно легко распознать тѣ части плода, которыя лежатъ въ *Douglas'*овомъ пространствѣ: швы, роднички, хрустъ черепныхъ костей часто опредѣляются съ большою отчетливостью. Констатированіе плода сильно затрудняется смертью его и слѣдующими затѣмъ измѣненіями. Во-первыхъ, части плода становятся столь мягкими, что ихъ трудно прощупать; когда потомъ наступаетъ омѣлѣніе въ наружныхъ слояхъ плода или въ яйцевыхъ оболочкахъ (*lithopaedion* и *lithokelyphopaedion*), то констатированіе опухоли, конечно, легче, но распознаваніе плода возможно тогда лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ; если наступаетъ гнилостное разложеніе въ плодномъ мѣшкѣ съ прободеніемъ въ сосѣдніе органы, тогда присутствіе плода выдаетъ себя отхожденіемъ костныхъ частей черезъ

пузырь, кишечникъ, пупокъ, брюшные покровы. Наряду съ ощупываніемъ ребенка можно пользоваться констатированіемъ сердцебиеній и движеній плода; послѣднія отличаются большою отчетливостью и болѣзненностью. Труднѣе всего, надо полагать, констатировать плодъ при межсвязочномъ развитіи плоднаго мѣшка и давно наступившей смерти ребенка. Возможно, что съ дальнѣйшимъ усовершенствованіемъ техники рентгенографіи удастся констатировать плодъ помощью рентгеновскихъ лучей.

Когда установлена наличность плода, то надлежитъ рѣшить, лежитъ-ли онъ въ маткѣ или возлѣ нея; *надо стараться ощупать возлѣ плода или возлѣ плоднаго мѣшка матку*; удача или неудача будетъ зависѣть отъ положенія плоднаго мѣшка по отношенію къ маткѣ. Если плодный мѣшокъ сидитъ на ножкѣ и если маточная часть трубы свободна, тогда большею частью легко отграничить матку, даже если плодный мѣшокъ соединенъ съ нею сращеніями; затрудненія же возникаютъ при интралигаментарномъ развитіи плоднаго мѣшка, такъ какъ послѣдній

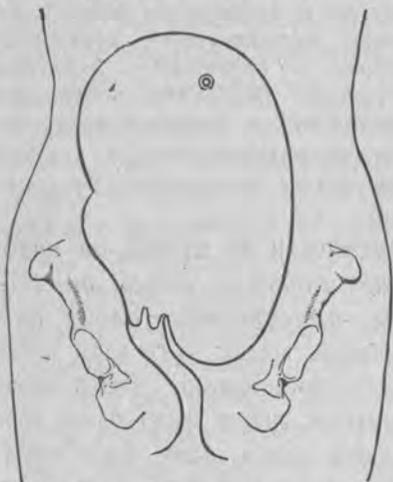


Рис. 37. Двѣсторонняя межсвязочная трубная беременность на 10-мъ мѣсяцѣ. Бlistовидная опухоль. Port. vag. справа на тазовой стѣнкѣ; fund. uteri отмѣчается на правомъ боку опухоли; слѣва возлѣ шейки лежитъ на влагалищномъ сводѣ головка; швы и пергаментный хрустѣ ясно выражены. Р. О.  $\frac{1}{6}$ .

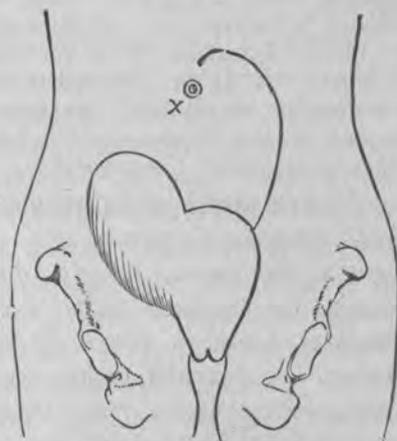


Рис. 38. Правосторонняя стебельчатая трубная беременность живымъ ребенкомъ на десятомъ мѣсяцѣ. Р. О.  $\frac{1}{6}$ . Матка смѣщена впередъ, велика и мягка; къ правому боку ея примыкаетъ ясно отграничиваемая резистенція (плацента), которая книзу расплывается. Слева очень отчетливо прощупывается спина ребенка; X мѣстонахожденіе мелкихъ частей.

вростае между пластинками широкой связки вплоть до матки и даже можетъ втиснуться въ мускулатуру послѣдней, такъ что границы матки становятся неясны, какъ при всякой межсвязочной опухоли (рис. 37). Далѣе ощупываніе матки зависитъ отъ положенія ея въ отношеніи къ плодному мѣшку; при стебельчатомъ развитіи послѣдняго ее находятъ иногда спереди за брюшными покровами и тогда легко распознать связь ея съ плоднымъ мѣшкомъ (рис. 38); но чаще всего матка лежитъ въ ретроверзіи и тогда она хорошо отграничивается со стороны прямой кишки.

При интралигаментарномъ развитіи *graviditas tubar.* матка лежитъ большею частью сбоку и спереди и вслѣдствіе роста плоднаго мѣшка она вытѣсняется изъ малаго таза вверхъ. Для уясненія этихъ топографическихъ условій безусловно необходимо тщательное изслѣдованіе подъ наркозомъ; надо, однако, остерегаться изслѣдовать слишкомъ энергически или смѣщать матку пулевыми щипцами, иначе можетъ произойти разрывъ плоднаго мѣшка. Надо также по возможности избѣгать употребленія зонда для отыскиванія матки. Иногда удается найти въ плодномъ мѣшкѣ плаценту въ видѣ ограниченной плотной резистенціи (рис. 38).

Дальнѣйшее подтвержденіе діагноза—*gravid. extrauter.*—получаетъ, въ отличіе отъ другихъ опухолей, въ свойственныхъ беременности измѣненіяхъ матки. Во второй половинѣ беременности матка всегда явственно увеличена во всѣхъ ея размѣрахъ, а при межевязочномъ развитіи плоднаго мѣшка часто сильно вытянута въ длину; консистенція ея при живомъ ребенкѣ очень мягка; далѣе, влагалище сине и сочно. Послѣ смерти плода эти явленія убываютъ, но большею частью еще долго остаются замѣтными. Грудныя железы находятся въ такомъ же состояніи, какъ при маточной беременности; по смерти ребенка въ нихъ наступаютъ пуэрперальныя измѣненія.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ данныя ощупыванія не достаточны для вѣрнаго діагноза, мы можемъ еще опираться на нѣкоторые пункты изъ анамнеза и симптоматологіи. Указаніе на аменоррею и здѣсь не надежно, такъ какъ послѣдняя часто маскируется возвращеніемъ мѣсячныхъ и неправильными кровотеченіями; въ большинствѣ случаевъ она однако констатируется хотя бы въ теченіе короткаго времени. Зато присоединяется новый моментъ—движенія плода, которыя уже по своей энергичности и сильной болѣзненности могутъ возбудить подозрѣніе о внѣматочномъ положеніи ребенка. Свойственные беременности субъективные симптомы слишкомъ неточны и часто совершенно отсутствуютъ. Если плодъ задолго умеръ, то менструація появляется снова, и, какъ единственное анамнестическое показаніе при такихъ продолжающихся внѣматочныхъ беременностяхъ, приходится выслушать, что раньше беременность была или подозрѣвалась, но что она не повела къ родамъ.

Случай 10. Г-жа В., 37 лѣтъ. Первые регулы въ 12 лѣтъ, всегда аккуратно, съ болями. Вышла замужъ 16 л., послѣ этого признаки перелойнаго зараженія. Послѣ двухлѣтней брачной жизни выкидышъ въ 1877 г. на 3-мъ мѣсяцѣ, послѣ этого *sterilitas*. Въ сентябрѣ 1885 г. *мѣсячныя пропали*, черезъ 5 мѣсяцевъ появились движенія плода, причинявшія всегда сильныя боли; на 8-мъ мѣсяцѣ движенія вдругъ прекратились; на 9-мъ мѣсяцѣ вышло съ болями и кровью какое-то губчатое тѣло (*decidua?*). Во все время беременности боли, но ни перитонита, ни кровотеченій, ни схватокъ. Вскорѣ затѣмъ снова появились регулы, которыя съ тѣхъ поръ аккуратно приходятъ каждыя 3—4 недѣли.—Опухоль, которую больная сама чувствовала въ животѣ. *въ первый 5 лѣтъ значительно уменьшилась*, по ея словамъ, а съ тѣхъ поръ осталась въ одномъ положеніи. Пац. жалуется на боли въ области пупка и усиленный позывъ на мочу.

*St. praes.* Нижняя часть живота выпичивается плоской опухолью,

доходящей вверхъ до пупка и въ стороны на ладонь отъ средней линіи; подвижность по всѣмъ направленіямъ очень ограничена. Консистенція очень твердая, мѣстами—какъ камень. *Port. vag.* по проводной линіи; матка въ ретроверсії позади опухоли, 7 см. длины; опухоль прощупывается черезъ передній влагалищный сводъ, здѣсь она оканчивается угловатымъ выступомъ весьма твердой консистенціи. Въ наркозѣ матку удается передвигать пулевыми щипцами отдѣльно отъ опухоли, связь между ними нигдѣ не констатируется. Опытъ съ рентгеновскими лучами не удался.

Объективныя данныя не допускали и мысли о вѣматочной беременности, такъ какъ въ опухоли не было и намека на плодъ; *зато анамнезъ былъ прямо показательнъ*, безъ него діагнозъ былъ бы невозможенъ, а вѣроятно распознавали бы подсывороточный фиброидъ; въ *уменьшеніи опухоли* можно было видѣть подтвержденіе предположенію объ образованіи lithopaedion.

*Уревоспеченіе подтвердило діагнозъ*; въ удаленной опухоли, которая свободно лежала въ срощеніяхъ салывика, и теперь съ трудомъ, но все-таки несомнѣнно, можно было распознать части плода; обращенный книзу острый выступъ была омѣлѣвшая плацента.

Важнѣе для діагноза, именно въ отличіе отъ маточной беременности, разстройствъ, выражающихся въ неправильныхъ, большею частью кратковременныхъ кровотеченіяхъ, приступахъ коликъ или болѣе или менѣе тяжелыхъ перитонитахъ; это величайшая рѣдкость, чтобы вѣматочная беременность достигла второй половины, не вызывая подобныхъ разстройствъ. Распознаваніе смерти плода, естественно, гораздо легче, нежели въ первой половинѣ беременности; оно основывается такъ же, какъ при маточной беременности на томъ, что сердцебіенія не слышны, части плода неясно прощупываются, животъ перестаетъ расти, груди уменьшаются; на смерть плода указываетъ также заявленіе больной, что вдругъ прекратились движенія плода—часто это сопровождается озвобомъ.

**Болѣе рѣдкія формы вѣматочной беременности.** Въ общемъ приходится довольствоваться діагнозомъ: вѣматочная беременность, предполагая *graviditas tubaria*, какъ болѣе частую форму. Лишь при особо благоприятныхъ условіяхъ удается діагностировать на живой другія формы *gravidit. extrauter.*, легче еще въ первые мѣсяцы беременности, раньше чѣмъ плодный мѣшокъ потерялъ влѣдствіе срощеній свою характерную топографію.

*Graviditas ovarialis* можно подозрѣвать, когда при доказанной беременности плодный мѣшокъ даетъ картину яичниковой опухоли, т. е. если *lig. ovarii* на него переходитъ, а труба можетъ быть отграничена отъ него на всемъ ея протяженіи.

*Graviditas interstitialis* можно подозрѣвать, если плодный мѣшокъ находится въ широкой связи съ маточнымъ рогомъ и если удается кнаружи отъ него прощупать круглую связку.

*Беременность въ рудиментарномъ рогѣ* даетъ различную картину при ощупываніи, смотря по тому, развилось-ли яйцо въ боковой части рога или же вблизи матки. Въ первомъ случаѣ опухоль очень отчетливо отграничивается отъ матки и даетъ въ общемъ впечатлѣніе яични-

ковой опухоли на длинной ножкѣ, консистенція которой мягче или тверже, смотря по тому, живъ-ли ребенокъ или мертвъ. Если же яйцо укрѣпилось въ маточной части рудиментарнаго рога, то плодный мѣшокъ обнаруживаетъ тѣ же отношенія, что подсывороточная міома; поэтому для діагноза большею частью необходима наличность аменорреи. *Lig. rotundum* всегда находится кнаружи отъ плоднаго мѣшка. Чтобы показать трудности распознаванія подобной беременности, я привожу слѣдующій случай:

Случай 11. У г-жи V. найдена опухоль, почти въ голову взрослого мужчины, круглая, очень твердая, обнаруживающая подъ наркозомъ умѣренную степень подвижности; матка отграничивается слѣва отъ нея, 7 см. длины; лѣвые придатки нормальны, правые не прощупываются. Ни разрыхленія, ни окраски влагалища. По объективнымъ даннымъ слѣдовало поставить діагнозъ: правосторонняя опухоль яичника (дермоидъ). Но анамнезъ говорилъ за вѣматочную беременность. Рѣчь идетъ о молодой женщинѣ, 28 лѣтъ, которая 1½ года тому назадъ вышла замужъ и 10-го апрѣля 1894 г. имѣла послѣднія регулы. 11-го февраля 1895 г. выдѣлились у нея два мясистыхъ куска, продолговатыхъ, плоскихъ, 4—5 см. длины; послѣ этого въ теченіе 4 недѣль отхожденіе кровянистой слизи, затѣмъ снова аменоррея по сію пору (начало мая). 17-го сентября ясныя движенія плода, державшіяся 3 недѣли. Нагрубаніе груди и стеканіе молока послѣ предполагаемой смерти плода. Съ января животъ будто-бы уменьшился. Этотъ анамнезъ заставлялъ предполагать съ полной опредѣленностью беременность, которая, судя по даннымъ объективнаго изслѣдованія, могла развиться въ самой боковой части трубы, хотя съ этимъ не согласовалась плотность и подвижность плоднаго мѣшка. Чревосѣченіе показало плодный мѣшокъ въ самой боковой части праваго придаточнаго рога, отъ наружной поверхности котораго отходили правые придатки и круглая связка. Связь плоднаго мѣшка съ маткой была тонкая, мышечная, безъ полости. Плодъ находился въ состояніи мацерации.

**Дифференціальная діагностика вѣматочной беременности.** Вѣматочная беременность можетъ быть смѣшиваема со всѣми опухолями половыхъ органовъ, занимающими положеніе возлѣ матки, чаще всего съ ретенціонными образованиями трубы и яичниковыми опухолями (см. отличія этихъ опухолей отъ маточной беременности).

Особое значеніе пріобрѣтаетъ отличительное распознаваніе между *graviditas extra- и intrauterina*. Рѣчь идетъ о тѣхъ случаяхъ, гдѣ анамнезъ и объективные признаки ставятъ беременность вѣ всякаго сомнѣнія, но гдѣ особыя условія затрудняютъ рѣшеніе вопроса, имѣемъ-ли мы дѣло съ внутри- или вѣматочнымъ развитіемъ плода. Такое сходство данныхъ можетъ, конечно, существовать только тогда, когда яйцо укрѣпилось въ непосредственной близости матки или вслѣдствіе межсвязочнаго развитія вросло вплоть до матки. Чаще случается, что внутриматочную беременность принимаютъ за вѣматочную, нежели наоборотъ. Подозрѣніе на вѣматочную беременность часто возникаетъ уже на 2—3-мъ мѣсяцѣ, *если влагалищная часть переходитъ въ спорную опухоль не по серединѣ, а сбоку*, тогда легко принять ту часть, которая составляетъ продолженіе *port. vag.*, за матку, а остальную часть опухоли за тѣсно прилегающій

внѣматочный плодный мѣшокъ; облегчается эта ошибка, если есть разница въ консистенціи, а именно если первый отдѣлъ тверже, или же если, вслѣдствіе закручиванія либо искривленія, тѣло матки лежитъ сильно перегнутомъ возлѣ шейки. Отъ этой ошибки стараются оградить себя исправленіемъ неправильнаго положенія матки, дабы быть въ состояніи лучше прослѣдить переходъ port. vag. въ тѣло матки, или же, передвигая ошупывающіе пальцы вверхъ по боковой поверхности шейки, стараются установить связь послѣдней съ corpus uteri, или повторно изслѣдуютъ и наблюдаютъ за переменною въ консистенціи, ошупываютъ ligg. rotunda и яичники, отхожденіе которыхъ отъ обоихъ боковъ опухолей навѣрное говоритъ за uterus gravidus. Въ 4—6-мъ мѣсяцѣ возникаютъ новыя трудности въ обсужденіи этого вопроса *вслѣдствіе сильнаго размягченія нижняго маточнаго сегмента*; вслѣдствіе этого тѣло беременной матки можетъ перегнуться и занять положеніе сбоку или позади шейки. Тогда принимаютъ шейку, верхній конецъ которой прощупывается черезъ мягкую стѣнку матки, за всю матку, особенно если шейка удлинена и тверда, а возлѣлежащій corpus ut — за внѣматочный плодный мѣшокъ. Эта ошибка чрезвычайно частая и нѣрѣдко она обнаруживалась только во время чревосѣченія, предпринятаго для экстирпаціи мнимой внѣматочной беременности. Всего надежнѣе можно оградить себя отъ этой ошибки, изслѣдуя подъ хлороформнымъ наркозомъ; при этомъ тѣло матки смѣщаютъ къ срединной линіи и тогда можно точнѣе опредѣлить переходъ влагалищной части, особенно при ошупываніи съ боковъ. Хорошее вспомогательное средство также—растопырить оба изслѣдующихъ пальца, захватить между ними port. vag., а сверху отдавливать внизъ какую-нибудь часть плода, лучше всего головку; тогда легко можно рѣшить, находится-ли послѣдняя внутри нижняго отрѣзка матки или возлѣ него. Часто и здѣсь обезпечиваетъ діагнозъ нахожденіе круглыхъ связокъ и яичниковъ. Анамнезъ можетъ дать очень цѣнныя разъясненія, а именно: неварушенное теченіе беременности говорить за внутриматочное развитіе плода, а вышеупомянутыя разстройства—за внѣматочное. Въ позднѣйшіе мѣсяцы ошибки бывають рѣже, такъ какъ легче удастся отграничить матку отъ плоднаго мѣшка, за исключеніемъ случаевъ межсвязочнаго развитія послѣдняго. Наконецъ, остается доказать, пуста-ли матка; осторожное употребленіе зонда дозвоительно, особенно при мертвомъ плодѣ; при gravid. intra-ligamentar. матка окажется удлиненной, но пустой. Трудности распознаванія иллюстрируются слѣдующимъ случаемъ:

Случай 12. Г-жа W. считаетъ себя беременной съ сентября 1887 г. Въ октябрѣ 1888 г. животъ по формѣ и размѣрамъ отвѣчаетъ послѣднимъ мѣсяцамъ беременности. Ясно отграничиваемая въ животѣ опухоль имѣетъ приблизительно форму беременной матки, равномерно гладкую поверхность, верхняя граница ея стоитъ выше пупка. Влагалищное изслѣдованіе показываетъ, что опухоль вдается въ тазовой входъ, отсюда ясно прощупывается головка; шейку можно прослѣдить въ небольшомъ протяженіи въ заднемъ, лѣвомъ квадрантѣ. Въ анамнезѣ

амеоррея съ сентября 1887 г., въ теченіе беременности нѣсколько разъ неправильныя кровотеченія, два раза тяжелый перитонитъ, прекращеніе движеній плода въ іюнь 1888 г. при явленіяхъ озноба и новаго перитонита; decidua не отходила. Диагнозъ колебался между *missed labour* и внѣматочной интралигаментарной беременностью; анамнезъ говорилъ за первое, данныя изслѣдованія за вторую. Была сдѣлана попытка доказать пустоту матки, но зондомъ это не вполне удалось (длина 10,5 см.); поэтому шейка была расширена ламинаріей, но и тогда удалось пальцемъ дойти только до внутренняго зѣва; зато удалось точно опредѣлить, что шейка проходитъ совершенно отдѣльно отъ плоднаго мѣшка. Чревосѣченіе обнаружило межсвязочную, правостороннюю трубную беременность.

### Анатомическое распознаваніе беременности.

*Диагнозъ беременности* можетъ быть поставленъ на основаніи клиническихъ данныхъ, но также и на основаніи анатомическихъ, *макроскопическихъ и микроскопическихъ*, препаратовъ. При этомъ рѣчь можетъ идти, во-первыхъ, о распознаваніи продуктовъ беременности — *плодныхъ частей* и, во-вторыхъ, о распознаваніи измѣненныхъ беременностью тканей (*материнскихъ частей*); каждый изъ этихъ моментовъ порознь или оба вмѣстѣ могутъ обосновывать диагнозъ.

Что касается *макроскопическаго* изслѣдованія продуктовъ беременности, то отошедшее *in toto ovulum* распознается по окружающимъ яйцо ворсинкамъ, по просвѣчивающему въ яйцѣ зародышу или частямъ его, изъ коихъ послѣ смерти зародыша и всасыванія его часто сохраняются одни лишь остатки пуповины. Въ первые 1—1½ мѣсяца яйцо отходитъ большею частью свободнымъ, безъ окружающихъ оболочекъ; кое-гдѣ пристали, можетъ быть, къ верхушкѣ ворсинокъ маленькія частицы *deciduae serotinae*, съ которою ворсинки были склеены. На плодномъ яйцѣ, извергнутомъ изъ матки въ позднѣйшіе мѣсяцы (начиная съ третьяго), можно констатировать наряду съ плодными (ворсинки, chorion, amnion, зародышъ или остатки его) *материнскія части*: покрывающую яйцо *decidua reflexa*, *dec. serotina*, а также отдѣлившуюся *d. vera*. Макроскопически *decidua reflexa*, т. е. часть маточной слизистой, покрывающая яйцо, обыкновенно гладкая и, смотря по тому, недавно или задолго передъ тѣмъ умеръ плодъ, она бываетъ то кровяной, то желтовато-бѣлой (жиръ, фибринъ) окраски; кое-гдѣ видѣются плоскія ямки, соответствующія расширеннымъ и измѣненнымъ отверстіямъ маточныхъ железъ. Гладкая, покрывающая яйцо слизистая *d. reflexae* заворачивается въ переходной складкѣ на гладкую также *d. vera*. Последняя обнаруживается на обращенной къ яйцу, т. е. къ маточной полости, сторонѣ (внутренняя сторона *d. verae*) поверхностныя бородки и явственныя отверстія маточныхъ железъ; отверстія эти величиною съ булавочное остріе, но бываютъ также вытянуты, расширены въ виду неравномѣрнаго натяженія слизистой матки. Истинная отпадающая оболочка имѣетъ частью видъ рѣ-

шета (*membrana cribrosa*). Поверхность *d. verae*, обращенная къ маточной стѣнкѣ (наружная сторона), ворсисто изъ-за выступающихъ, отдѣлившихся и оторвавшихся отъ стѣнки матки частицъ слизистой оболочки. *Decidua vera* можетъ, на подобіе плаща, цѣликомъ окружать изгнанное и заключенное въ *reflexa* яйцо, такъ что можно на немъ отыскать мѣсто отрыва *d. verae* у внутреннего зѣва, или же къ яйцу пристали только небольшія частицы *d. verae* на мѣстѣ перехода ея въ *reflexa*. *Decidua serotina* на извергнутомъ плодномъ яйцѣ сдавлена, остроконечно вытянута и представляетъ такъ наз. «острый конецъ» выкидыша.

При *ультившемъ плодномъ яйцѣ* макроскопическая картина *легче* опредѣляется, нежели тогда, когда содержимое яйца опорожнилось до его изгнанія. Тогда получаютъ кровяные сгустки, смѣшанные съ ворсинками, остатками яйцевыхъ оболочекъ, частицами *deciduae*—такъ наз. кровяной или мясистой заносъ (*mola carnosae*); на основаніи одной изъ этихъ частей устанавливается дифференціальный діагнозъ между выкидышемъ и извергнутыми слизистыми полипами или міомами.—Далѣе, можетъ быть поставленъ *макроскопическій діагнозъ* беременности по отошедшимъ оболочкамъ, характеръ которыхъ, какъ *decidua vera*, опредѣляется по ихъ наружной ворсинчатой и внутренней рѣшетовидной поверхности; правда, локализацию беременности нельзя съ точностью опредѣлить по отошедшей *decidua*, ибо таковая можетъ быть извергнута и при внѣматочной беременности. Для макроскопическаго распознаванія могутъ также служить оторвавшіеся или удаленные участки ворсинокъ.

И такъ, *макроскопическій* діагнозъ беременности устанавливается по *плоднымъ* частямъ—ворсинки, яйцевыя оболочки, зародышъ или его остатки—или по обусловленнымъ беременностью измѣненіямъ *материнскихъ* тканей (главнымъ образомъ по *decidua*).

Иныя образованія слизистой или мускулатуры матки похожи по своему мохнатуому виду на плацентарныя ворсинки, такъ что при *макроскопическомъ* осмотрѣ возможны ошайки. Разорванныя, омертвѣвшія міомы, слизистые полипы, изгоняемые маточными сокращеніями при одновременномъ кровотеченіи, кровяные свертки могутъ иногда макроскопически имитировать продукты беременности. *Дифференціальный діагнозъ* не можетъ быть вполнѣ точно установленъ макроскопически. Тогда вопросъ *рѣшаетъ* *микроскопическое изслѣдованіе*, доставляя доказательство въ пользу наличной или предшествовавшей беременности или въ пользу патологическихъ пораженій.

*Микроскопическое изслѣдованіе* имѣетъ цѣлью такъ же, какъ и макроскопическое, распознаваніе продуктовъ беременности—*плодныхъ* частей и вызванныхъ беременностью *тканевыхъ* измѣненій въ *материнскомъ* организмѣ. Въ послѣднемъ случаѣ рѣчь идетъ главнымъ образомъ, если не исключительно, о *констатированіи измѣненій въ слизистой оболочкѣ матки*. Что касается *дѣтскихъ частей*, то для микроскопическаго діагноза пользуются преимущественно *ворсинками chorii*,

которыя мы прежде всего и рассмотримъ. Ворсинки кожистой оболочки несутъ сосуды ребенка; на микроскопическомъ препаратѣ онѣ показываютъ соединительноканную строму, содержащую кругловатыя или веретенообразныя, а также звѣздчатыя клѣтки, которыя соединяются между собою своими отростками. Промежуточное вещество содержитъ муцинь (слизистая ткань). Строма эта подобна стромѣ пупочнаго канатика. Въ этой ткани лежатъ сосуды; на болѣе крупныхъ развѣтвленіяхъ ворсинокъ артеріи явственно отличаются отъ венъ своими мышечными стѣнками, на мелкихъ развѣтвленіяхъ ворсинокъ сосуды окружены, какъ капилляры, только эндотеліемъ и образуютъ мелкую сосудистую сѣть. Часто капилляры подступаютъ къ самому эпителиальному покрову ворсинокъ, слегка ее выпячивая. На болѣе крупныхъ стволахъ ворсинокъ (у болѣе зрѣлыхъ плодовъ) слизистая ткань тамъ и сямъ принимаетъ видъ волокнистой соединительной ткани. Ворсинки несутъ *двойной эпителиальный покровъ*: одинъ изъ нихъ непосредственно прилегаетъ къ ткани ворсинки; часто онъ какъ будто не только покрываетъ поверхность, но и властаетъ въ строму; онъ состоитъ изъ большихъ, кругловатыхъ клѣтокъ, снабженныхъ круглымъ же ядромъ, и представляетъ собою эктодерму, слѣдовательно, этотъ эпителий *зародышевого* происхожденія (клѣточный слой *Langhans'a*). Этотъ слой явственно выраженъ на ворсинкахъ изъ первыхъ недѣль беременности, на зрѣлой плацентѣ онъ едва замѣтенъ или его совсѣмъ не удастся отыскать. Второй эпителиальный покровъ есть то, что обычно называется эпителиемъ ворсинокъ *chorii*, онъ представляетъ собою такъ наз. *syncytium*—протоплазматическую массу, не обнаруживающую границъ между клѣтками и покрывающую ворсинку, тѣсно прилегая къ эктодермѣ; въ немъ множество круглыхъ и овальныхъ, хорошо окрашивающихся ядеръ. Протоплазма мелкозернистая, мелко-полосатая и обнаруживаетъ маленькія вакуолы. *Syncytium* возникаетъ, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, изъ маточнаго эпителия, слѣдовательно, онъ *материнскаго* происхожденія; онъ покрываетъ ворсинки и выстилаетъ также поверхность *serotinae*. Въ *первыя мѣсяцы* беременности, когда ворсинки малы, *syncytium* представляетъ толстый покровъ и обнаруживаетъ, во-первыхъ, цепцеобразныя утолщенія на верхушкахъ ворсинокъ со множествомъ ядеръ, во-вторыхъ, сидящіе въ видѣ полиповъ на толстой или тонкой ножкѣ «*эпителиальные отростки*»; въ нихъ находятся многочисленныя ядра, а также вакуолы; съ истонченіемъ ножки въ нихъ появляются разстройства питанія и даже они отшнуровываются. Эти эпителиальные отростки въ позднѣйшіе мѣсяцы (начиная съ шестого) исчезаютъ, такъ что ихъ находеніемъ можно пользоваться для опредѣленія срока беременности. Въ позднѣйшіе мѣсяцы беременности, когда эпителиальныхъ отростковъ уже нѣтъ, *syncytium* большею частью тоньше, особенно надъ выдающимися сосудистыми петлями въ верхушкахъ ворсинокъ онъ выглядитъ, какъ тонкая эндотеліальная кайма.

Микроскопическая картина, представляющая *строеніе ворсинокъ*,

*говоритъ за беременность, такъ какъ безъ послѣдней не возможно существованіе ворсинокъ, какъ плодныхъ частей.*

Могутъ явиться отклоненія отъ выше изображенной картины, если ворсинки долго лежатъ включенными въ кровяные сгустки, въ децидуальные массы, если ихъ окружаетъ фибринъ, если начинается организація послѣдняго; тогда *syncytium* пропадаетъ, вначалѣ еще встрѣчаются маленькіе, хорошо окрашивающіеся комки его, послѣ и они исчезаютъ. Далѣе, встрѣчается часто въ ткани ворсинокъ *обызвѣствленіе*. Кромѣ этихъ регрессивныхъ явленій, слѣдуетъ еще упомянуть прогрессивные процессы—воспалительныя разрошенія ворсинокъ при такъ наз. *пузырномъ заносѣ* (*mola hydatidosa*): ткань ихъ неравнобѣрно и сильно разрастается, особенно размножаются части, содержащія муцинъ, вся ворсинка удлиняется, проходятъ неправильныя отшнуровыванія, такъ что получаются густо сидящія и соединяющіяся между собою тонкими стебельками пузырьковидныя образованія; съ увеличеніемъ пузырьковъ наступаетъ въ центрѣ ихъ разжиженіе; при этомъ имѣетъ мѣсто своеобразное, мѣстами значительное *утолщеніе эпителиального покрова*, зависящее отъ разрастанія эктодермы и синцитія.

Рѣдко можно будетъ воспользоваться для микроскопическаго діагноза беременности яйцевыми оболочками: *chorion* и *amnion*—въ послѣднемъ заслуживаетъ вниманія короткій кубическій эпителий. Иногда, а именно при нагноеніи внѣматочной беременности, могутъ послужить для распознаванія извергнутыя части тѣла плода (кости, хрящи).

Подобно тому, какъ изъ плодныхъ частей существенную роль при микроскопической діагностикѣ беременности играютъ только ворсинки кожистой оболочки, такъ изъ *материнскихъ* тканевыхъ измѣненій такое же значеніе выпадаетъ только на долю отпадающей оболочки и главнымъ образомъ *децидуальныхъ клѣтокъ*.

Въ началѣ беременности и подъ ея воздѣйствіемъ слизистая матки очень скоро превращается въ отпадающую оболочку; измѣненіе касается обѣихъ частей, входящихъ въ составъ *mucosae uteri*: эпителиальныхъ образованій (эпителий и железы) и стромы, — изъ послѣдней развиваются децидуальные клѣтки. Въ *эпителии* беременность измѣняетъ главнымъ образомъ форму: высоко-цилиндрической эпителий съ центрально расположеннымъ ядромъ становится короткимъ, кубическимъ, нѣсколько неправильнымъ по формѣ и хуже воспринимаетъ краску (табл. 5, рис. 11). *Клѣтки стромы*, представляющія въ нормальной слизистой маленькіе, круглые или также веретенообразные элементы съ ядромъ, выполняющимъ всю клѣтку, становятся большими, кругловатыми, овальными, веретенообразными; ядро достигаетъ величины, въ нѣсколько разъ большей, чѣмъ первоначальная, клѣтка получаетъ большое, мелкозернистое клѣточное тѣло — *клѣтка стромы становится децидуальной клѣткой*. Клѣтки равномерно прилегаютъ другъ къ другу; раздѣленіе на слои не имѣетъ мѣста, хотя иногда попадаются крупно-клѣточные элементы отдѣльно и мелко-клѣточные, или веретенообразные, отдѣльно (табл. 5, рис. 10).

Кровеносные сосуды, слабо развитые въ нормальной слизистой, часто на препаратах совѣмъ незамѣтные, въ decidua vera широки, наполнены кровью, какъ и при какомъ другомъ состояніи, кромѣ беременности; въ виду тонкости эндотелія часто кажется, будто децидуальные клѣтки образуютъ стѣнку сосудовъ.

Однако *отдѣльная* децидуальная клѣтка не представляетъ ничего характернаго въ *дифференціально-диагностическомъ* отношеніи. При *эндометритѣ*, особенно сопровождаемъ міому и *endom. glandularis*, также происходитъ иногда увеличеніе клѣтокъ стромы: клѣточное тѣло отчетливо отдѣляется отъ ядра и получается измѣненіе, которое, съ одной стороны, ведетъ къ смѣшиванію съ отпадающей оболочкой, а съ другой стороны, съ саркомой (ср. при эндометритѣ). Отпадающую оболочку можно отличить отъ воспалительнаго разрошенія стромы по равномерному, занимающему всю слизистую оболочку, распределенію большихъ, густо лежащихъ другъ возлѣ друга клѣтокъ, между тѣмъ какъ при измѣненіяхъ, сопровождающихъ эндометритъ, поражаются лишь небольшіе участки слизистой, напр. только поверхностные слои. Отъ *саркомы decidua* отличается существеннымъ образомъ равномерностью своихъ элементовъ и равномернымъ распределеніемъ послѣднихъ; саркома же обнаруживаетъ неправильность въ величинѣ, какъ клѣтокъ, такъ и ядеръ. Хотя децидуальная клѣтка и похожа на саркоматозную и представляетъ, такъ сказать, физиологическій типъ ея, но рѣшающимъ является атипичность при саркомѣ и равномерность въ отпадающей оболочкѣ. Также и при *dysmenorrhoea membranacea* могутъ встрѣчаться большія клѣтки, совершенно схожія съ децидуальными; и даже цѣлые участки слизистой могутъ содержать крупныя элементы, напоминающіе децидуальныя измѣненія; но отмѣченный уже распределеніе и равномерность элементовъ при беременности не встрѣчаются при перепончатой дисменоррее.

Послѣ *полнаго* опороженія матки (плодь, плацента и яйцевыя плевы) отпадающая оболочка или остатки ея подвергаются быстрому *обратному развитію*. Децидуальная клѣтка становится меньше, вслѣдствіе выдѣленія мелкихъ протоплазматическихъ массъ, уменьшается и ядро, пока не достигается наконецъ прежняя величина и форма простой клѣтки стромы. Железистый эпителий такъ же, какъ и самыя железы, принимаетъ свою прежнюю форму; нежизнеспособные болѣе эпителии замѣщаются нарастающими новыми. Кровеносные сосуды подвергаются обратному развитію вмѣстѣ съ прочей слизистой. Черезъ нѣкоторое время послѣ опороженія матки еще можно узнать подъ микроскопомъ децидуальную клѣтку, хотя и находящуюся въ состояніи обратнаго развитія; затѣмъ слѣдуетъ періодъ, когда это уже невозможно сдѣлать съ увѣренностью. Отклоненія отъ этого хода вещей бывають тогда, когда матка не опорожнилась вполне своего содержимаго и потому не сократилась должнымъ образомъ. Обычной причиною подобнаго неполнаго сокращенія бываетъ задержка частей послѣда (табл. 6, рис. 12), когда большіе или меньшіе участки ворсинокъ за-

стрѣваютъ на *serotina*. Отсюда можетъ развиваться вслѣдствіе отложенія кровяныхъ свертковъ *плацентарный полипъ*. Вблизи застрявшихъ ворсинокъ децидуальные клѣтки долго сохраняются, не подвергаясь обратному развитію. Но и безъ задержки ворсинокъ могутъ большіе или меньшіе участки *deciduae* не принять участія въ происходящемъ вокругъ нихъ обратномъ развитіи,—тогда образуются такъ наз. децидуальные островки (табл. 6, рис. 13); послѣдніе могутъ иногда ограничиваться нѣсколькими клѣтками; въ рѣдкихъ случаяхъ ихъ можно иногда констатировать еще долгое время по окончаніи беременности.

Здѣсь мы должны остановиться на воспалительныхъ процессахъ, поражающихъ отпадающую оболочку, въ *endometritis decidua*; въ виду прямой причинной связи послѣдней съ привычнымъ выкидышемъ (*Veit*), важно умѣть *гистологически* опредѣлять ее. Часто можно уже *макроскопически* заключить о воспалительномъ характерѣ изслѣдуемой *decidua vera* по ея поразительной толщинѣ и болѣе плотной консистенціи; нерѣдко встрѣчаются на поверхности ея полипозныя разроженія, иногда весьма многочисленныя: встрѣчаются даже разроженія, приподымающіяся изъ слизистой оболочки на двухъ «ножкахъ». Кровотеченіе на поверхность и въ толщу слизистой также являются несомнѣннымъ послѣдствіемъ какихъ либо раздраженій. При *endometritis decidua serotina* бросается въ глаза макроскопически большая твердость и толщина *d. serotinae*, наружная поверхность ея нерѣдко бугриста, усажена крупными сопочками; наряду съ мелкими экстравазатами характерно меньшее просвѣчиваніе. Желтые и желтовато-бѣлыя мѣста въ воспалительно измѣненной *d. serotina* указываютъ уже на болѣе пассивный (вторичный) процессъ перерожденія (жировое перероженіе, размягченіе). Такая картина чаще встрѣчается при выкидышахъ, а также при преждевременныхъ родахъ (привычномъ умираніи плода), нежели при доношенномъ плодѣ, такъ какъ вслѣдствіе воспалительныхъ явленій и разстройствъ питанія плодъ умираетъ. Съ разстройствомъ питанія и нарушеннымъ, вслѣдствіе воспалительнаго утолщенія, кровообращеніемъ въ *serotina* находятся въ связи экстравазаты въ самой плацентѣ. Часто встрѣчаются на запоздалой оболочкѣ, въ толщинѣ ея, а также въ плацентѣ такъ наз. «*фибринозные клинья*», *фибринозная масса*; ихъ не слѣдуетъ считать вѣрнымъ признакомъ сифилиса, какъ это указываютъ нѣкоторые авторы, такъ какъ они наблюдаются и при простыхъ воспалительныхъ процессахъ.

*Гистологически* можно доказать, что какъ при *endometritis decidua vera*, такъ и *serotina* участіе железнатаго аппарата ничтожно; воспалительный процессъ главнымъ образомъ разыгрывается въ стромѣ. *Во-первыхъ*, можетъ значительно размножиться остовъ стромы: децидуальные клѣтки не лежатъ, какъ въ нормальной отпадающей оболочкѣ, густо одна около другой, а раздвинуты сильно размножившейся межклеточной стромой; иногда въ этой ткани ясно замѣтна волокнистость. Въ *измѣненной* такимъ образомъ *цирротичной decidua* клѣтки меньше, по формѣ круг-

ловаты или коротко-веретенообразны. Кѣтки часто лежатъ группами вмѣстѣ, отдѣленные отъ другихъ группъ интерцеллюлярнымъ веществомъ, содержащимъ мало кѣтокъ. Железы играютъ пассивную роль, онѣ сдавливаются.

Этой интерцеллюлярной формѣ (cirrhosis) соответствуетъ, *во-вторыхъ, целлюлярная* форма, гдѣ происходитъ сильное размноженіе элементовъ, вызывающее уже макроскопически замѣтное утолщеніе слизистой оболочки. Не всегда можно опредѣлять, была-ли слизистая матки уже до наступленія беременности въ воспалительно разросшемся состояніи и готовые уже кѣтки стали децидуальными подъ влияніемъ беременности, или же разрастаніе имѣло мѣсто лишь in graviditate. Что *децидуальная* ткань можетъ значительно разрастаться, доказываютъ уже полиповые наросты на слизистой, которые несомнѣнно образовались уже послѣ того, какъ женщина забеременѣла; вѣдь и нормальнымъ образомъ развиваются только подъ конецъ беременности такъ наз. septa плаценты, представляющія тоже продукты разрастанія отпадающей оболочки. Наряду съ этими измѣненіями, происходящими въ ткани самой deciduae, можетъ развиваться воспалительная мелкокѣточная инфильтрація, настолько значительная, что децидуальныхъ элементовъ совершенно не видно за мелкими, круглыми кѣтками, тѣмъ болѣе, что окрашиваемость круглыхъ кѣтокъ велика, а *децидуальныхъ кѣтокъ* ничтожна. Измѣненія, обнаруживаемыя на *сосудахъ deciduae*, будь то периваскулярныя мелкокѣточные накопленія, тромбы или просвѣчиваніе intimaе и эндотелия, должны быть разсматриваемы, какъ *вторичныя*, какъ послѣдствія воспаленія. Сюда же надо причислить жировое перерожденіе кѣтокъ, которое именно на serotina часто вызываетъ значительное увеличеніе элементовъ.

И такъ, *гистологически* не только устанавливается діагнозъ беременности констатированіемъ отпадающей оболочки, но и распознается воспалительное измѣненіе послѣдней, т. е. *анатомически-причинный моментъ* выкидыша или преждевременныхъ родовъ.

Для читателя, который хотѣлъ бы ознакомиться болѣе обстоятельно съ макроскопической и микроскопической анатоміей отпадающей оболочки и плаценты, мы приводимъ болѣе подробныя свѣдѣнія о *строеніи deciduae* въ разные періоды беременности, а также о строеніи *плаценты* съ ея межворсинчатымъ пространствомъ и плацентарнымъ кровообращеніемъ и о способѣ прикрѣпленія ворсинокъ.

Какъ *decidua vera*, такъ и serotina и reflexa представляютъ въ *первое время беременности* другую картину, нежели въ *послѣдніе мѣсяцы*.

Въ *первое время* до 3-го мѣсяца, когда плодное яйцо еще не совсемъ выполняетъ маточную полость, мы видимъ *decidua vera* значительно разросшейся и равномерно выстилающей внутреннюю поверхность; часто она въ три раза толще нормальной слизистой небеременной матки. Въ это время можно уже невооруженнымъ глазомъ отчетливо различить въ ней болѣе компактную верхнюю половину, въ которой кое-гдѣ можно прослѣдить идущіе до поверхности слизистой, въ видѣ тонкихъ полосокъ, выводные протоки железъ. Поверхность слизистой гладка, безъ значительныхъ неправильностей, но имѣетъ слегка

сосочковый видъ отъ углубляющихся устьй железъ Нижняя половина слизистой, прилегающая непосредственно къ muscularis, обнаруживаетъ густо расположенныя рѣзкія расширенія железъ, которыя вслѣдствіе выпячиваній внутрь и наружу получаютъ тонкія перетяжки. Между тѣмъ какъ въ верхней половинѣ наряду съ узкими выводными протоками находится въ изобиліи строма, послѣдняя почти совершенно исчезаетъ въ нижней железистой половинѣ. Отпадающая оболочка въ первое время получаетъ видъ endometritis glandularis. Въ первое время беременности можно съ полнымъ основаніемъ говорить о сплошномъ и губчатомъ слояхъ deciduae verae. Иную картину представляетъ въ это же время *decidua serotina*. Поверхность ея, которую можно отчетливо прослѣдить, несмотря на лежація надъ нею или даже прикрѣпляющіяся къ ней ворсинки chorii, не такъ равномерна и не ограничена на продольномъ разрѣзѣ почти прямолинейно, какъ у decidua vera, а слегка холмиста, тамъ и сямъ имѣетъ вырѣзъы, представляющіе частью расширенныя устья железъ. Правильная картина железъ истинной отпадающей оболочки здѣсь отсутствуетъ; правда, и въ serotina ясно различимы железы, но онѣ неправильно расположены и то бываютъ расширены въ верхней, то въ нижней части слизистой. Число железъ значительно уменьшено. Въ serotina существуютъ неправильно распределенныя кровеносныя полости, болѣе крупныя, нежели въ d. vera.— Въ *reflexa*, пока обращенная къ яичу поверхность ея еще не срослась тѣсно съ нимъ, можно видѣть слегка бугристую поверхность, въ ткани ея кое-гдѣ еще замѣтны неправильной формы и направленія остатки железъ; обращенная къ маточной полости поверхность почти гладка, легкія углубленія указываютъ на происхожденіе изъ маточныхъ железъ.

Въ *последніе мѣсяцы* беременности разрастаніе deciduae отстаеетъ отъ роста плода и увеличенія матки. *Decidua vera* становится тоньше и какъ бы растягивается вслѣдствіе увеличенія полости матки. Железы, равномерно распределенныя въ первое время и расширенныя въ губчатой слизистой, неправильно вытягиваются и сдавливаются, теряютъ мало-по-малу совершенно свой просвѣтъ, такъ что, наконецъ, можно видѣть на микроскопическихъ препаратахъ, только при сильномъ увеличеніи, два прилегающіе другъ къ другу ряда клѣтокъ, представляющіе прежнія противоположныя стѣнки железъ; иногда можно различить, какъ железистые эпителии противоположныхъ сторонъ, вытянутые вслѣдствіе роста матки, ставшіе короче и уже, часто похожіе только на эндотелии, лежатъ рядомъ и заходятъ другъ за друга. Такимъ образомъ подъ конецъ беременности маточная железа deciduae verae представляетъ просто короткій рядъ клѣтокъ; vera не обнаруживаетъ болѣе дѣленія на компактный и губчатый слой. Истонченіе истинной отпадающей оболочки можетъ доходить до того, что остается только узкая кайма изъ нѣсколькихъ децидуальныхъ клѣтокъ. Подъ конецъ беременности d. vera уже склеена съ reflexa, такъ что она не имѣетъ свободной поверхности; съ завороченной оболочкой тѣсно соединены водная и ворсистая; этимъ самымъ послѣднія склеены съ маточной стѣнкой и прилегаютъ къ ней. На микроскопическомъ препаратѣ можно ясно видѣть amnion и chorion, кое-гдѣ еще остатки ворсинокъ, а d. reflexa и vera, отъ которыхъ остались немногіе узкіе ряды элементовъ, похожихъ на децидуальныя клѣтки, трудно отличимы одна отъ другой. *Decidua serotina* подъ конецъ беременности также истончена; на разрѣзѣ она обнаруживаетъ большія отверстія сосудовъ, иногда наряду

съ этимъ щели или полости, соответствующія маточнымъ железамъ, наполнены часто отторгнутыми кругловатыми или плоскими, плохо красящимися эпителиями; кромѣ этого распада, въ нихъ находятся пристѣночные короткіе, кубическіе эпителиальные элементы. Подраздѣленіе запоздалой отпадающей оболочки на слои—на мелкокѣлочную и крупнокѣлочную, веретенообразную или на кѣлочный и железистый слои (*Friedländer*) не выполнимо. Большія сосудистыя полости *serotinae* суть большею частью венозныя; артеріальныя же сосуды, которые со вступленіемъ въ *serotina* теряютъ свою *muscularis*, представляютъ собою тонкіе каналы, идущіе косо къ поверхности *serotinae*, гдѣ они и изливаются. Поверхность *serotinae* усажена ворсинками, которыя отчасти проникаютъ въ нее (*Haftzotten*); поверхностный слой *serotinae* своеобразно измѣненъ, превращенъ въ слой фибрина. Слѣдуетъ еще упомянуть часто находимыя въ *serotina* многоядерные элементы (гигантскія кѣлки), которые несомнѣнно происходятъ главнымъ образомъ отъ покрова ворсинокъ (*syncytium*), откуда они и проникли въ ткань. Далѣе надо отмѣтить, что то тамъ, то сямъ большіе (венозные) просвѣты сосудовъ, лежащіе близко къ поверхности *serotinae*, сообщаются съ пространствомъ, лежащимъ надъ *serotina*—съ межворсинчатымъ пространствомъ, въ эти просвѣты вдаются также ворсинки.—*Decidua reflexa*, которая тѣсно спаяна съ яйцевыми плевами, констатируется подъ конецъ беременности лишь какъ тонкій слой децидуальныхъ кѣлокъ, часто жирно перерожденныхъ; на ней и въ ней находятъ остатки тонкихъ, нитевидныхъ ворсинокъ *chorii*.

Интересно сравнить съ состояніемъ въ концѣ беременности тѣ процессы, которые совершаются на маточной стѣнкѣ *послѣ опороженія* плода, но еще *до измѣненія плаценты и яйцевыхъ оболочекъ*. *Decidua vera* скручивается на подобіе растянутой *ad maximum* резиновой ленты; съ сокращеніемъ и уменьшеніемъ матки она снова становится толстымъ слоемъ, въ которомъ снова показываются просвѣты, большею частью наполненные кровью, и отверстія, отчасти соответствующія кровеноснымъ сосудамъ, отчасти же первоначальнымъ железамъ. На краю прикрѣпленной еще плаценты появляются вълѣдствіе сокращенія маточной мускулатуры форменныя складки отпадающей оболочки. Покрывающія еще *decidua vera* водная, ворсистая и завороченная оболочки слѣдуютъ пассивно за нею и образуютъ складки: полипозныя, сосочковыя, выступающія въ полость матки, часто весьма красивыя фигуры. На микроскопическомъ препаратѣ можно иногда видѣть отдѣленіе водной оболочки отъ вористой: *amnion* образуетъ полипозные выступы, дупликуратуры по направленію къ полости матки, между тѣмъ какъ *chorion*, слѣдуя складчатости *deciduae*, опускается въ углубленія между мышечными валиками. На *serotina* выступаетъ, соответственно уменьшенію мѣста прикрѣпленія послѣда, большая неправильность поверхности; *serotina* также становится толще вълѣдствіе уменьшенія матки,—щелевыя пространства въ ткани запоздалой оболочки (наполненыя кровью или итѣт) указываютъ тотъ слой, гдѣ происходитъ отдѣленіе плаценты.

*Послѣ измѣненія плаценты и яйцевыхъ оболочекъ* мы видимъ внутреннюю поверхность матки выстланной слоемъ слизистой оболочки съ многочисленными большими и маленькими ямками (остатки железъ); это участки слизистой, оставшіеся въ маткѣ, не оторвавшіеся вмѣстѣ съ яйцевыми плевами. Съ возрастающимъ уменьшеніемъ матки, отторженіемъ нежизнеспособныхъ тканевыхъ частицъ и эпителиевъ, съ замѣ-

щеніемъ и новообразованіемъ эпителія и ткани изъ оставшихся островковъ — маточная поверхность скоро снова выстилается эпителиемъ, снабжается железами и стромой. На нѣкоторыхъ препаратахъ мы видимъ на большемъ или меньшемъ протяженіи внутреннюю поверхность матки не поврежденной изгнаніемъ яйцевыхъ оболочекъ, значить *d. vera* и *reflexa* не были тѣсно спаяны; тѣмъ не менѣе возстановленіе нормальной слизистой происходитъ посредствомъ замѣщенія новыми составными частями.

Разсмотримъ теперь строеніе *плаценты*. Въ ней разыгрываются важные для ребенка окислительные процессы, воспринятіе питательнаго матеріала и отчасти выдѣлительные процессы. Зрѣлая, *измѣненная* изъ матки вмѣстѣ съ яйцевыми оболочками плацента имѣетъ большую частью слегка округленные края и почти одинаковую вездѣ толщину. *In situ* форма плаценты нѣсколько иная: края постепенно уплощаются и переходятъ на маточную стѣнку безъ замѣтнаго выступа или округленія. На плацентѣ надо различать двѣ поверхности: внутреннюю и наружную. Первая образуетъ часть яйцевой полости, на ней прикрѣпляется пуповина. Съ мѣста прикрѣпленія пуповины расходится лучеобразно по плацентѣ двѣ идущія отъ ребенка артеріи съ богатой углекислотою кровью и одна идущая къ нему вена съ богатой кислородомъ кровью, сосуды вездѣ переходятъ въ ткань *chorii*, оставляя только по краю свободный поясъ. Пробѣгающіе въ ворсистой оболочкѣ фетальные сосуды покрыты на поверхности водной оболочкой. Между *amnion* и *chorion* проходитъ въ студенистой ткани остатокъ желточного протока и его сосудовъ къ пупочному пузырьку, который часто удается отыскать. Наружная поверхность плаценты большею частью гладка, слегка просвѣчиваетъ, на ней намѣчено неглубокими бороздками раздѣленіе на дольки (*cotyledones*), часто видны красиво извивающіеся сосуды, мѣстами бѣловатыя отложения извести. Наружная поверхность образуется частью отдѣляющейся отъ матки *serotina* и представляетъ *pars materna placentae*; дольчатость зависитъ отъ дубликатуръ *serotinae*, проникающихъ въ ткань плаценты (такъ наз. *septa*). Между обѣими поверхностями, между *amnion*, *chorion* съ фетальными сосудами и материнской частью плаценты, находится, занимая почти всю толщю послѣдней, ткань ворсинокъ *chorii*, несущая развѣтвленія фетальныхъ сосудовъ и прикрѣпляющаяся большею своею частью къ *pars materna*, къ наружной поверхности плаценты.

Въ самомъ раннемъ періодѣ развитія появляются по всей периферіи окружающаго яйцо *chorion*'а маленькіе выступы (первый зачатокъ ворсинокъ), которые своими верхушками прикрѣпляются къ слизистой матки и въ то же время къ той части слизистой, которая обростаетъ *ovulum*, — къ *reflexa*. Съ ростомъ плоднаго яйца ворсинки увеличиваются; яйцо, лежащее первоначально на самой слизистой, сообразно увеличенію ворсинокъ, отодвигается отъ *d. serotina*, но также и отъ *decidua reflexa*; въ концѣ концовъ оно лежитъ цѣликомъ окруженное между *d. reflexa* и поверхностью слизистой оболочки матки (впослѣдствіи *decidua serotina*), отдаленное отъ поверхности на длину ворсинокъ и прикрѣпленное верхушками ворсинокъ къ обѣимъ поверхностямъ. *Ворсинки* вначалѣ бываютъ толсты, неуклюжи, нераздѣльны, въ дальнѣйшемъ теченіи рука объ руку съ ихъ увеличеніемъ возникаютъ на нихъ боковые отрѣски, которые частью также устремляются къ поверхности отпадающей оболочки (*reflexa* и *serotina*), а частью не доходятъ до нея. Съ разрастаніемъ ткани *chorii*, съ размноженіемъ вор-

синокъ и дальнѣйшимъ ихъ развѣтвленіемъ образуется ворсинчатая ткань зрѣлой плаценты, которая имѣетъ включенный видъ (табл. 5, рис. 9) изъ-за того, что густо расположенные стволы ворсинокъ пустили огромную массу вѣтвей. Съ ростомъ и развѣтвленіемъ ворсинокъ, служащихъ для воспріятія питательнаго матеріала для плода изъ материнской крови, значеніе маточной поверхности возрастаетъ, а значеніе *d. reflexae*, наоборотъ, падаетъ. Въ концѣ концовъ продолжаютъ разрастаться только ворсинки на *decidua serotina*, а пространство между *d. reflexae* и яйцомъ все уменьшается, пока, наконецъ, не запустѣваетъ вслѣдствіе роста яйца и ворсинокъ, идущихъ къ запоздалой отпадающей оболочкѣ. Съ этого момента начинается собственно *образованіе плаценты*, которая такимъ образомъ составляется: изъ *ворсистой оболочки* съ ея идущими изъ пуповины сосудами, изъ *ворсинокъ chorii*, несущихъ развѣтвленія сосудовъ, и, въ-третьихъ, изъ срастающейся съ ворсинками части *decidua serotina*. Въ плацентѣ принимаютъ, слѣдовательно, участіе и плодные, и материнскія части. *Decidua reflexa* съ относящейся къ ней ворсистой оболочкой и прилегающей къ послѣдней водной оболочкой образуютъ яйцевыя плевы, замыкающія полость плоднаго яйца; въ послѣдней накапливается околоплодная вода, въ которой лежитъ плодъ.

Между ворсинками и между ихъ развѣтвленіями остаются большія и меньшія полости, щели. Вблизи *chorion'a*, отъ котораго отходятъ *стволы* ворсинокъ, пространства между стволами болѣе широки. Съ возрастающимъ дѣленіемъ стволы и распаденіемъ ихъ на все меньшія и меньшія вѣтви, пространства между концевыми вѣтвями все уменьшаются, превращаясь, наконецъ, въ тонкія щели тамъ, гдѣ ворсинка лежитъ на ворсинкѣ. Каждую ворсинку съ ея развѣтвленіями можно сравнить съ деревомъ: стволъ выходитъ изъ *chorion'a*, вѣтви лежатъ между *chorion* и *serotina*, къ которой и прикрѣпляются верхнія изъ вѣтвей; здѣсь и выше поверхности *serotinae* ворсинки всего гуще расположены. При сравненіи съ деревьями надо, однако, прибавить, что въ природѣ обыкновенно каждое дерево съ его вѣтвями остается изолированнымъ, между тѣмъ какъ ворсинки въ обширныхъ размѣрахъ переплетаются своими развѣтвленіями, создавая такимъ образомъ равномерную, густую, ворсинчатую ткань. Полости, щели, остающіяся между большими и малыми вѣтвями и между стволами ворсинокъ на мѣстѣ ихъ происхожденія, образуютъ *межворсинчатое пространство* (*spatium inter villos chorii*).

Межворсинчатое пространство содержитъ кровь и именно материнскую, иногда много, а иногда въ незначительномъ количествѣ. Кровь притекаетъ изъ артерій *deciduae serotinae*; онѣ умѣренной ширины, лишены *muscularis*, поднимаются косо къ поверхности, открываются и изливаютъ свою кровь въ вены, которыя широкимъ отверстіемъ открываются на поверхности и въ которыя также врастаютъ стволы ворсинокъ (*Witt, Hofmeier*). Начало *межворсинчатого кровообращенія* нѣкоторые авторы относятъ уже ко второму мѣсяцу утробной жизни, но надо полагать, что оно обыкновенно позже возникаетъ (въ 3 — 4 мѣсяцѣ).

Большая часть конечныхъ ворсинокъ (конечныхъ вѣтвей) идутъ къ *serotina*, часть же ихъ свободно виситъ въ межворсинчатомъ пространствѣ, опираясь на сосѣднія ворсинки. Ворсинки, достигающія поверхности *serotinae*, обнаруживаютъ *двоякаго рода* поведеніе: однѣ изъ нихъ прикрѣпляются верхушкой къ поверхности, причѣмъ эпите-

дальный покров ворсинки и ее кончика сохраняется,—бываетъ, что конечная ворсинка загибается на поверхности serotinae, пробѣгая на ней известное разстояние и прикрѣпляясь такимъ образомъ большей поверхностью; въ последнемъ случаѣ эпителиальный покровъ иногда утрачивается на мѣстахъ прикрѣпленія. Этому рыхлому прикрѣпленію надо противопоставить *болѣе плотное прикрѣпленіе*, глубокое вростаніе ворсинокъ въ decidua serotina, гдѣ онѣ на концѣ своемъ нѣсколько расширяются или также загибаются. Эти образования (Haftzotten) теряютъ свой эпителиальный покровъ, такъ что плотная соединительно-тканвая строма ворсинокъ лежитъ посреди материнской ткани, посреди децидуальныхъ клѣтокъ. При искусственной инъекціи пупочныхъ сосудовъ удается иногда на благоприятныхъ препаратахъ видѣть, какъ изъ этихъ ворсинокъ (Haftzotten) выступаютъ тонкія сосудистыя петли, служація для питанія окружности ворсинки.

Возрѣніе, будто ворсинки постоянно проникаютъ въ маточныя железы, для человѣческой плаценты ошибочно; лишь иногда ворсинки вступаютъ въ нѣкоторые случайно расширившіеся при ростѣ serotina просвѣты железъ. Чаше проникаетъ въ отверстія (железы) на поверхности serotinae *эпителий* ворсинокъ (syncytium); онъ посылаетъ отростки вдоль поверхности serotinae, а также въ ткань ей; эти клѣтки уже и раньше были извѣстны подъ названіемъ гигантскихъ, но происхожденіе ихъ отъ syncytium установлено лишь Marchand'омъ.

### Микроскопическое распознаваніе извергнутыхъ изъ матки оболочекъ.

Въ прибавленіи къ вышеизложенному умѣстно будетъ остановиться здѣсь на важномъ для діагностики вопросѣ, *что вообще можетъ быть извергнуто либо удалено изъ матки* и въ частности въ видѣ оболочекъ (см. также полипы). Въ общемъ здѣсь можно различать *два большія группы*: отходяшія изъ матки пленки и частицы могутъ представлять *организованный* и *неорганизованный* матеріалъ. Къ последнему относятся *волокнистыя пленки*, которыя иногда изгоняются изъ матки при дисменорройныхъ страданіяхъ. Микроскопическая картина ихъ представляется въ видѣ мелкопетлистой, нѣжной или болѣе толстой сѣти фибрина, въ коей можетъ быть заложено значительное число бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Рѣже отходятъ или удаляются изъ матки *известковыя отложенія*, которыя ведутъ свое происхожденіе отъ омертвѣвшихъ и омѣлѣвшихъ полипозныхъ разроженій (также полипозныхъ мѣомъ), которыя, слѣдовательно, первоначально все-таки представляли организованную ткань.—Изъ *организованныхъ* массъ, которыя могутъ произвольно отходить изъ матки, на первомъ планѣ стоятъ *дисменорройныя* мембраны; онѣ представляютъ собою большія или меньшія части слизистой матки, иногда даже можетъ быть извергнута верхняя часть всей маточной слизистой; на удачныхъ препаратахъ можно отчетливо узнать мѣсто, соотвѣтствующее внутреннему зѣву, отверстія трубъ. Эти перепонки внутри (соотвѣтственно поверхности матки) гладки, кое-гдѣ ясно видны устья маточныхъ железъ, а снаружи (сторона, обращенная къ мус-

кулатурѣ) неровны, слегка ворсисты, соотвѣтственно мѣсту отрыва отъ остальной слизистой. Гистологическій характеръ дисменорройныхъ мембранъ большею частью напоминаетъ картину *endometritis interstitialis exsudativa* съ маленькими, кругловатыми клѣтками стромы, сжатыми и въ то же время раздвинутыми экссудатомъ (табл. 6, рис. 14). Иногда остовъ (межклѣточное вещество) стромы бываетъ утолщенъ; далѣе наблюдаются сочетанія съ железистой формой, съ гѣморрагіями. На ворсистой наружной сторонѣ перепонокъ нѣтъ ни малѣйшаго признака реакціоннаго пояса или экстравазатовъ, которымъ бы можно было приписать *этіологическую* роль въ процессѣ отторженія; судя по микроскопическимъ препаратамъ, можно полагать, что въ экссудативномъ припуханіи заключается механической моментъ, побуждающій матку изгнать эту массу. — Весьма интересно въ этихъ мембранахъ разнообразіе клѣтокъ стромы: обыкновенно элементы малы, кругловаты, какъ-бы сжаты; напротивъ, въ болѣе глубокихъ слояхъ мы находимъ болѣе крупныя, кругловатыя клѣтки съ плохо окрашивающимся клѣточнымъ тѣломъ и ядромъ, выполняющимъ лишь часть клѣтки (табл. 6, рис. 15); встрѣчается даже значительное увеличеніе большинства элементовъ, такъ что ядро выполняетъ только часть клѣтки, и элементы дѣйствительно выглядятъ какъ *децидуальные*. Нельзя отрицать, что въ этихъ, правда рѣдкихъ, случаяхъ дифференціальный діагнозъ между беременностью и дисменорройными мембранами можетъ представлять затрудненія. Однако дисменорройная перепонка никогда не обнаруживаетъ столь равномернаго измѣненія клѣтокъ, какъ отпадающая оболочка; у первой, кромѣ того, остовъ слизистой остается мелко-волокнистымъ, рыхлымъ, между тѣмъ какъ въ decidua онъ болѣе однородный и болѣе включаетъ элементы. — Железы большею частью сдвинуты, какъ-бы «измяты» и обнаруживаютъ нѣсколько измѣненія цилиндрическаго эпителия, который становится короче и даже кубическимъ.

Произвольно отходящія, организованныя массы могутъ представлять *продукты беременности* или нѣтъ.

Изъ *продуктовъ беременности* могутъ извергаться материнскія (децидуальныя) и плодныя (ворсинки chorii, яйцевыя оболочки) части. Децидуальныя части доставляютъ лишь доказательство беременности, но не допускаютъ точнаго сужденія о мѣстѣ беременности. Пробовали было установить гистологическія отличія между отпадающими оболочками при маточной и внематочной беременности; decidua при gravid. extrauter., сообразно не столь значительному увеличенію матки, обладаетъ будто бы гораздо меньшими клѣтками, и на ней будто-бы никогда нельзя отыскать железы, но эти признаки не точны. Отшедшія ворсинки говорятъ, разумѣется, за gravid. uterina. Интересно отхожденіе маленькихъ и болѣе крупныхъ пузырьковидныхъ образований съ одновременнымъ кровотеченіемъ; оно говоритъ за беременность съ миксоматознымъ перерожденіемъ ворсинокъ (*mola hydatidosa*).

## Измѣненія въ положеніи матки и сосѣднихъ съ нею органовъ.

**Опредѣленіе.** Нормальная матка подвижна въ обширныхъ предѣлахъ. Она можетъ измѣнять свое положеніе подъ вліяніемъ брюшного пресса и наполненія сосѣднихъ органовъ, но по устраненіи причины она возвращается въ свое нормальное положеніе, если только брюшина съ подкрѣпляющими ее связками и тазовая клѣтчатка обладаютъ своей нормальной эластичностью; это — *физиологическія перемѣны положенія*. Въ противоположность этому мы называемъ *патологическими* стойкія измѣненія положенія матки, въ которыхъ она *фиксирована* <sup>1)</sup>. Причины этихъ стойкихъ измѣненій въ положеніи матки заключаются въ состояніяхъ, *длительно* дѣйствующихъ на матку. Правда, и эти неправильныя положенія могутъ уступить мѣсто нормальному, если долго дѣйствовавшая причина удалена, такъ, напр., матка, перемѣщенная впередъ (*anteversio*) находящейся въ Дугласовомъ пространствѣ яичниковой опухолью, можетъ вернуться въ нормальное положеніе съ удаленіемъ опухоли.

Въ измѣненіи положенія матки принимаютъ участіе также и трубы, яичники и влагалище; кромѣ того, измѣняется также положеніе сосѣднихъ органовъ: пузыря и прямой кишки. Такъ какъ положеніе матки играетъ первенствующую роль во всей картинѣ болѣзни, то оно и кладется въ основу дѣленія неправильныхъ положеній, таковы суть:

1. *Перемѣщенія*—измѣненія положенія, при коихъ матка, вполнѣ сохраняя свою кривизну, измѣняетъ свое положеніе по отношенію къ тазу. Если мы прѣмемъ проводную линію таза за исходный пунктъ, то мы будемъ говорить объ *anteversio*, если матка перемѣщена впередъ, о *retroversio*, если она перемѣстилась назадъ и о *lateroversio* при перемѣщеніи ея въ сторону; то же самое матка можетъ подвднуться вверхъ по проводной линіи (*elevatio*) и опуститься книзу—*descensus* и *prolapsus uteri*.

2. *Наклоненія* (*versiones*)—измѣненія положенія, при коихъ тѣло матки отклоняется въ одну сторонѣ таза, а шейка въ другую, прічемъ матка совершаетъ поворотъ вокругъ точки, лежащей въ верхней части шейки, тамъ, гдѣ она заложена въ тазовую клѣтчатку. Названіе наклоненія мы избираемъ прѣмѣнительно къ нормальному положенію матки и говоримъ о наклоненіи впередъ (*anteversio*), если тѣло матки опустилось далѣе нормы впередъ на пузырь, о наклоненіи назадъ и вбокъ (*retro- и lateroversio*), если оно наклонилось далѣе кзади или въ сторону; при этомъ матка большею частью бываетъ выпрямлена.

3. *Загибы* (*flexiones*)—измѣненія положенія тѣла матки по отношенію къ шейкѣ; при нихъ измѣняется уголъ перегиба. Мы говоримъ о загибѣ впередъ (*ante-flexio*), если уголъ острѣе, нежели у нормальной матки, и о загибѣ назадъ (*retro-flexio*), если тѣло перегнулось назадъ,

<sup>1)</sup> Эта вторая половина фразы дѣлаетъ опредѣленіе неточнымъ, ибо не всякое патологическое смѣщеніе матки должно быть фиксированнымъ: *retroflexio* есть патологическое состояніе, а между тѣмъ она бываетъ *fixata* и *mobilis*. *Примѣч. перев.*

такъ что уголъ открытъ къзади. Загибы въ стороны (*lateroflexio*) чрезвычайно рѣдки, такъ какъ матка нелегко перегибается по боку; большинство латерофлексій суть загибы впередъ и взадъ въ связи съ закручиваніемъ.

4. *Закручиванія* (*torsiones*)—повороты матки вокругъ ея продольной оси.

5. *Выворотомъ* (*inversio*) мы называемъ впячиваніе стѣнки матки въ ея собственную полость.

6. *Грыжи* (*herniae*) матки суть смѣщенія ея въ грыжевой мѣшокъ; до сихъ поръ наблюдались лишь *herniae uteri inguinales* и *crurales*.

Диагностика этихъ отклоненій должна простираться не только на опредѣленіе положенія матки и сосѣднихъ съ нею органовъ, но и на *причины* того или иного неправильнаго положенія. Большинство неправильныхъ положеній вторичнаго характера и находятся въ зависимости отъ причинъ, дѣйствующихъ на матку извнѣ. *Эти причины имѣютъ обыкновенно гораздо большее патологическое значеніе, нежели самое измѣненіе положенія*, такъ, напр., *dextropositio uteri* есть вполне безразличное пораженіе, между тѣмъ какъ причина онаго сморщивающійся параметръ правой стороны, или лѣвосторонняя межсвязочная опухоль, есть настоящій источникъ страданій. Въ особенности это относится къ перемѣщеніямъ и наклоненіямъ матки, между тѣмъ какъ выпаденія и загибы уже и сами по себѣ имѣютъ большое патологическое значеніе.

### Перемѣщеніе матки впередъ. *Antepositio uteri*.

Вся матка, большею частью выпрямленная, обращена впередъ, влагалищная часть стоитъ тотчасъ позади лоннаго соединенія на нормальной высотѣ, т. е. у нижняго края симфиза; дно матки прощупывается тотчасъ за брюшными покровами, тутъ же иногда отходящія отъ него яичники; влагалищный сводъ тоже смѣстился впередъ, такъ что влагалище тянется позади лоннаго соединенія кверху (рис. 34).

Самой частой *причиной* *antepositio uteri* является заматочная опухоль, которая, развиваясь, смѣщаетъ матку впередъ, таковы опухоли яичника и Фаллопиевой трубы, занявшія Дугласово пространство. Всего болѣе выраженной бываетъ антепозиція при большихъ заматочныхъ кровоизліяніяхъ либо при сывороточныхъ или гнойныхъ выпотахъ въ тазовой брюшинѣ; матка часто лежитъ столь близко къ передней стѣнкѣ изліянія, что ее не удается отчетливо ощупать. Рѣдко матка фиксируется вълѣдствіе натяженія впередъ, такъ, напр., въ *excavatio vesico-uterina* могутъ найдаться, какъ послѣдствія кровоизліяній или выпотовъ, оплотнѣлые остатки или сращения, которыя притягиваютъ матку впередъ и спаиваютъ ее съ брюшиною передней брюшной стѣнки; то же и рубцы, образовавшіеся въ параметріи послѣ разрывовъ или экссудатовъ, могутъ притягивать впередъ шейку, а съ нею и матку. Встрѣчаются сочетанія съ *lateropositio*, если опухоль лежитъ сбоку или натяженіе происходитъ впередъ и въ сторону,

или съ *elevatio*, если опухоль развивается подъ маткой и сдвигаетъ ее кверху.

Распознаваніе этого измѣненія въ положеніи матки можетъ быть затруднено, если не удастся оцупать матку наружной рукой и особенно отграничить отъ заматочныхъ опухолей. Если тогда, какъ слѣдуетъ, воспользоваться внутренними пальцами, то можно еще, отдавливая кверху передній влагалищный сводъ, оцупать настолько переднюю стѣнку шейки и тѣла, чтобы предположить съ увѣренностью присутствие всей матки спереди.

### Перемѣщеніе матки назадъ. *Retropositio uteri.*

При перемѣщеніи матки назадъ влагалищная часть стоитъ кзади, между тѣмъ какъ наружный зѣвъ направленъ внизъ и нѣсколько впередъ: тѣло матки лежитъ въ крестцовой впадинѣ, передъ самой стѣнкой крестца, дно матки находится подъ самымъ мысомъ; при этомъ нормальная кривизна ея сохранена (рис. 39).

При *retropositio uteri* можно въ особенности сказать, что сама она въ картипѣ болѣзни *ничего* не значить, а *все* значеніе принадлежитъ причинамъ. Иногда находятъ перемѣщеніе матки назадъ при положеніи больной на спинѣ, объясняющееся ослабленіемъ связокъ; подобная *retropositio* не имѣетъ, конечно, патологическаго значенія. Не надо также забывать, что причиною перемѣщенія матки назадъ можетъ быть переполненіе пузыря, которое иногда остается незамѣченнымъ. Самая частая причина ретропозиціи заключается въ ведущихъ къ сморщиванію воспаленіяхъ позади матки; это могутъ быть лежащія въ Дугласовомъ пространствѣ остатки опорожненной или вскрывшейся, оплотнѣлой кровяной опухоли (*haematocoele*), абсцессовъ тазовой брюшины, которые въ свѣжемъ состояніи вызвали *anterpositio*, а теперь притянули матку назадъ; но еще чаще сморщивающіеся процессы разыгрываются въ параметріи, главнымъ образомъ въ обѣихъ *Douglas'*овыхъ складкахъ и, смѣщая верхній отдѣлъ шейки кзади и кверху, вызываютъ комбинацію изъ *retropositio*, *anteflexio* и *elevatio*. Рѣже причина лежитъ въ опухоли, которая отодвигаетъ тѣло матки отъ пузыря и весь органъ оттѣсняетъ кзади, таковы: яичниковыя опухоли, подвижная *pyosalpinx*, иногда также кровоизліянія и выпоты въ брюшинѣ или въ предшеечной клѣтчаткѣ.

*Сочетанія* ретропозиціи съ боковыми смѣщеніями весьма часты, если происходитъ одностороннее натяженіе вѣдствие сморщиванія одной лишь Дугласовой складки; комбинація съ ретроверсіей бываетъ тогда, когда влеченіе кзади дѣйствуетъ преимущественно на тѣло матки, при этомъ *portio vaginalis* отходитъ впередъ, и зѣвъ смотритъ впередъ и нѣсколько внизъ.

Распознаваніе легко, если вообще только удается оцупать матку. Характерно уже положеніе влагалищной части сзади на тазовой стѣнкѣ съ направленнымъ книзу зѣвомъ, и на этомъ можетъ опираться діагнозъ, если толстые брюшные покровы не даютъ возможности добраться до ле-

жащей далеко кзади матки. Если удастся затѣмъ, отгѣсняя возможно выше передній влагалищный сводъ, констатировать искривленіе матки по передней поверхности, то можно поставить діагнозъ помощью одной внутренней руки, а это большая выгода при этомъ неблагоприятномъ для ощупыванія наружной рукой положеніи матки. Поразительно часто смѣшиваютъ *retropositio* съ *retroflexio* въ виду путаницы въ опредѣленіяхъ и еще потому, что врачъ обыкновенно считаетъ искривленной взадъ всякую матку, которой онъ не находитъ спереди.

Болѣе важно *распознаваніе причинъ*. Заднюю *фиксацию* не трудно узнать, если матку оттягивать впередъ обѣими руками или только со стороны задняго влагалищнаго свода; появляющаяся при этомъ боль указываетъ тотчасъ на воспаленіе, какъ на причину оной. Также легко рѣшить, имѣемъ-ли мы дѣло съ *peri-* или *parametritis posterior*: если тѣло матки покрыто сращениями и фиксировано въ томъ мѣстѣ, гдѣ оно несетъ брюшинный покровъ, то причиною *parametritis*; если же наружная рука можетъ глубоко проникать позади матки въ Дугласово пространство, не ощущая сращеній, а, отгѣсняя вверхъ задній сводъ, наталкиваются тотчасъ на неподатливую ткань или воспалительные тяжи, то причина въ *parametritis*.

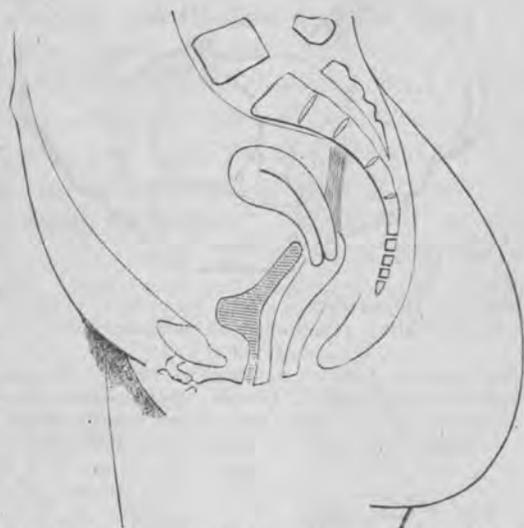


Рис. 39. *Retropositio uteri* вследствие *parametritis post. P. O.*

рука можетъ глубоко проникать позади матки въ Дугласово пространство, не ощущая сращеній, а, отгѣсняя вверхъ задній сводъ, наталкиваются тотчасъ на неподатливую ткань или воспалительные тяжи, то причина въ *parametritis*.

### *Lateropositio uteri, dextropositio, sinistropositio.*

Матка смѣщена къ боковой стѣнкѣ таза, сохранивъ свой нормальный загибъ, при этомъ тѣло матки лежитъ на пузырь или оно нѣсколько приподнято; влагалищный сводъ на той сторонѣ, куда матка смѣщена, щелеобразно суженъ, между тѣмъ какъ противоположный сводъ очень широкъ. Придатки трудно прощупываются между маткой и тазовой стѣнкой, а на другой сторонѣ они притянуты на середину таза (рис. 41).

*Lateropositio* лишь въ рѣдкихъ случаяхъ происходитъ отъ *врожденнаго укороченія широкой связки*. Среди *приобрѣтенныхъ* причинъ играютъ большую роль *опухоли придатковъ*, развивающіяся сбоку между маткой и стѣнкой таза; если онѣ на ножкѣ, то онѣ мѣше оказываютъ вліяніе на положеніе матки, а ложатся въ Дугласово пространство или выходятъ изъ малаго таза; напротивъ, *приросшія* и особенно меж-

связочный опухоли яичника и трубы могут получить нужный имъ для роста просторъ только путемъ смѣщенія матки (рис. 40). Типичскіе случаи *lateropositio* встрѣчаются при межсвязочныхъ гематомахъ и экссудатахъ. Если опухоль сидитъ больше въ верхней части широкой связки, то она смѣщаетъ въ сторону только тѣло матки и вызываетъ *latero-versio*; если же она сидитъ низко на влагалищномъ сводѣ, то съ пере-

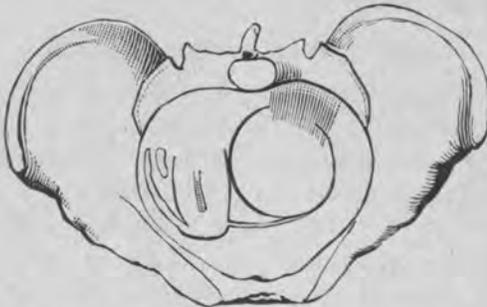


Рис. 40. Перемѣщеніе матки въ правую сторону (*dextropositio*) лѣвосторонней межсвязочной опухолью яичника. Р. О.

Кистовидная опухоль яичника въ лѣвой широкой связкѣ, величиною съ яблоко, фиксирована сроченіями слѣва и сзади къ тазовой стѣнкѣ; матка всецѣло отгнѣсна въ правую половину таза.

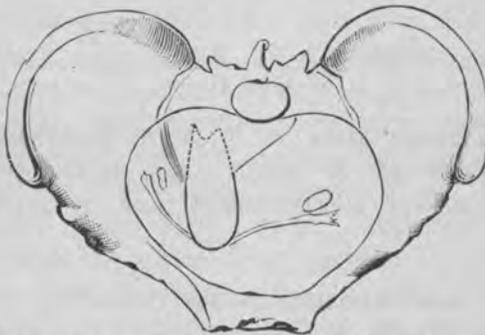


Рис. 41. Перемѣщеніе матки въ правую сторону (*dextropositio*) подъ влияніемъ сморщивающагося правосторонняго параметрита. Р. О.

Матка вполнѣ фиксирована въ правой половинѣ таза уплотненной и сморщившейся правой Дугласовой складкой; лѣвые придатки притянуты на середину таза.

мѣщеніемъ въ сторону часто связано нѣкоторое поднятіе (*elevatio*). Двустороннія межсвязочныя опухоли вытѣсняютъ матку вверхъ. Другая причина боковыхъ смѣщеній лежитъ въ *хроническихъ воспалительныхъ остаткахъ*, которые, сморщиваясь, притягиваютъ матку, къ тазовой стѣнкѣ; либо это — остатки межсвязочныхъ или сидящихъ въ болѣе глубокихъ отдѣлахъ тазовой кѣлчатки выпотовъ, либо это — односторонне сократившіяся Дугласовы складки, которыя въ то же время смѣщаютъ матку нѣсколько назадъ (рис. 41). Свѣжій интралигаментарный экссудатъ можетъ такимъ образомъ смѣстять матку въ одну сторону, а съ наступленіемъ всасыванія перетянуть ее черезъ середину таза къ противоположной стѣнкѣ. Въ области брюшины и ея придатковъ эти ведущія къ сморщиванію воспаленія рѣже разыгрываются.

Легкія степени *lateropositio* остаются большею частью не замѣченными; легче всего ихъ распознать, если, придавъ внутренней рукѣ такое положеніе, какъ при измѣреніи *conj. diagonalis*, отмѣтить себѣ срединную ливію и отношеніе матки къ ней; тогда видно, что матка смѣщена за срединную ливію въ одну сторону таза и что подвижность ея въ одну сторону уменьшена. Если причина перемѣщенія вбокъ за-

ключается въ крупной опухоли, тогда ощупываніе матки можетъ представлять затрудненія.

### Elevatio uteri.

При этомъ состояніи матка выдвинулась изъ таза вверхъ въ направленіи тазовой оси и приблизилась нѣсколько къ передней брюшной стѣнкѣ. Влагалищная часть можетъ при этомъ стоять выше верхняго края лоннаго соединенія, а дно матки, хотя и не увеличенной, можетъ доходить почти до пупка. Причина чрезмѣрно приподнятаго состоянія матки заключается чаще всего въ *опухоли, которая развилась подъ маткой* и выперла ее вверхъ. Подобныя опухоли суть: haematocolpos, большія карциномы и саркомы влагалища, большія, извергнутыя во влагалище, подслизистыя міомы матки, опухоли septi recto-vaginalis; опухоли, лежащія въ Дугласовомъ пространствѣ, производятъ одновременно и antepositio. Гораздо рѣже *матка извлекается изъ таза опухолями*, которыя отходятъ отъ нея короткой ножкой, какъ, напр., яичниковыми, или же *сращеніями* съ передней брюшной стѣнкой; чтобы вызвать elevatio, послѣднія должны образоваться въ такое время, когда матка лежитъ высоко на передней брюшной стѣнкѣ, т. е. во время беременности, родовъ и послѣродового періода. Подобныя сращения образуются послѣ кесарскаго сѣченія или подъ влияніемъ ryosalpinx'a in rueregio; они собственно не поднимаютъ матки вверхъ, а удерживаютъ ее наверху, мѣшая ей опуститься въ тазъ при обратномъ развитіи. Искусственныя фиксаціи ведутъ къ elevatio uteri при ventrofixatio, міотоміяхъ, шиванія въ брюшную рану ножки яичниковой опухоли и т. п. (рис. 42).



Рис. 42. Elevatio uteri вслѣдствіе фиксаціи матки послѣ кесарскаго сѣченія. Р. О.

Распознаваніе чрезмѣрно приподнятаго состоянія матки легко; оно можетъ, пожалуй, представлять затрудненія только тогда, когда влагалищная часть стоитъ столь высоко, что ея нельзя достигнуть, или если матка такъ плотно сращена съ опухолями, что ее не удастся отграничить.

### Выпаденіе. Prolapsus.

Выпаденіе есть устарѣлое обозначеніе смѣщенія матки внизъ. Подъ этимъ сборнымъ названіемъ разумѣютъ нѣкій рядъ измѣненій въ поло-

женіи матки, влагалища и сосѣднихъ съ ними органовъ, которыя имѣютъ совершенно различную этиологию и представляютъ совершенно различную клиническую картину. Поэтому врачъ никогда не долженъ довольствоваться діагнозомъ—пролапсъ, а долженъ принять во вниманіе измѣненія всѣхъ органовъ, принимающихъ участіе въ выпаденіи; для этой цѣли необходимо систематическое изслѣдованіе вульвы, промежности и тазового дна, влагалища, пузыря и прямой кишки.

Большіе пролапсы представляютъ собою конечныя ступени постепенно развивающихся измѣненій и большею частью весьма сходны между собою. Но большое число выпаденій, наблюдаемыхъ врачомъ, касается еще развивающихся случаевъ, которые разнятся въ существенныхъ пунктахъ, раньше чѣмъ перейдутъ въ одинаковые конечныя стадіи. Но такъ какъ каждый стадій можетъ иногда стать стаціонарнымъ, то мы не должны исходнымъ пунктомъ для діагноза выбирать одни лишь готовые конечныя стадіи, но и выставять, какъ особыя картины болѣзни, переходныя ступени, причемъ мы должны, конечно, имѣть въ виду, что послѣднія иногда довольно скоро переходятъ въ конечныя стадіи. Одна больная, напримѣръ, страдаетъ умѣреннымъ опущеніемъ влагалища и остается при немъ до конца жизни, между тѣмъ какъ у другой больной тотъ же *descensus vaginae* въ нѣсколько мѣсяцевъ переходитъ въ полное выпаденіе влагалища. То же самое бываетъ съ маткой. Исходя изъ этой точки зрѣнія, я раздѣлилъ различныя картины болѣзни, собранныя подъ названіемъ «пролапса».

Недоконченныя стадіи весьма подходящи для выясненія происхожденія пролапса, и такъ какъ на этомъ основываются различныя принципы терапіи, то діагностика должна обнимать извѣстные этиологическіе моменты; такъ напримѣръ, для леченія важенъ вопросъ, явился-ли *descensus uteri* первично или вторично.

*Descensus*, или опущеніемъ я обозначаю смѣщеніе влагалища или матки до плоскости вульвы, *prolapsus*, или выпаденіемъ, если органъ видѣется при смѣщеніи впереди вульвы; *inversio*, или выворотомъ я называю втягиваніе влагалища сверху въ ея собственный просвѣтъ.

Для распознаванія выпаденія имѣетъ большое значеніе то, въ какомъ положеніи мы изслѣдуемъ больную. Теоретически всего правильнѣе предпринимать изслѣдованіе въ стоячемъ положеніи больной, ибо тогда подъ вліяніемъ брюшного пресса органы смѣщаются именно въ то состояніе, которое тяготитъ больныхъ при ихъ повседневной работѣ; въ лежачемъ положеніи небольшіе пролапсы втягиваются назадъ, большіе становятся значительно меньше и только *prolapsus totalis* остается почти безъ измѣненія. Но такъ какъ изслѣдованіе въ стоячемъ положеніи непристойно и такъ какъ оно не допускаетъ сочетаннаго изслѣдованія и зондированія, то лучше всего изслѣдовать пролапсы на софѣ или креслѣ для изслѣдованія, заставляя при этомъ больныхъ натуживаться или извлекая пролапсъ, насколько возможно, щипцами или пальцами; тѣмъ не менѣе иногда

желательно присоединить изслѣдованіе въ стоячемъ положеніи, чтобы уяснить себѣ степень смѣшенія.

Изслѣдованіе начинаютъ съ осмотра *вульвы*. При незначительныхъ опущеніяхъ влагалища и матки вульва еще почти вполне замыкается, но при натуживаніи она зіяетъ, такъ что опущенныя части видѣются. При болѣе значительныхъ выпаденіяхъ она раздвинута соотвѣтственно объему выступившихъ частей. О ширинѣ introitus можно себѣ въ такихъ случаяхъ составить сужденіе только тогда, когда пролапсъ вправленъ. Весьма часто, но не всегда, находятъ рубцы отъ разрывовъ промежности, но если даже промежность цѣла, она все-таки кажется очень укороченной и сѣжавшейся, однако можно еще обнаружить frenulum и fossa navicularis; чаще всего бываютъ разрывы промежности средней степени, разрушившіе ладьеобразную ямку, такъ что кожа

промежности прямо переходитъ на выпавшую заднюю влагалищную стѣнку. При рѣдкихъ выпаденіяхъ у нерожавшихъ женщинъ можно видѣть во влагалищномъ входѣ низкіе остатки сильно раздвинутой дѣвственной плевы. Далѣе надо обращать вниманіе на заднепроходное отверстіе и orificium urethrae externum, такъ какъ съ prolapsus vaginae весьма часто комбинируется выпаденіе слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала и прямой кишки. Не рѣдки также пупочныя, паховыя и бедренныя грыжи.

*Влагалище* принимаетъ участіе при всѣхъ пролапсахъ, при этомъ можно различать слѣдующія состоянія:

**Опушеніе обѣихъ стѣнокъ влагалища.** При натуживаніи чаще всего выпячиваются въ introitus обѣ влагалищныя стѣнки, обыкновенно передняя нѣсколько больше, нежели задняя; рѣже опускается одна стѣнка и тогда чаще передняя (рис. 43); кольцевидное опущеніе рѣдко встрѣчается. Разслабленная columna vaginalis post. весьма часто проходитъ косо, такъ какъ вслѣдствіе разрыва влагалища она на одной сторонѣ оторвана и благодаря своей упругости перетянута на другую сторону.

**Выпаденіе передней влагалищной стѣнки** представляется въ видѣ торчащей впереди вульвы опухоли различной величины; боковыя части влагалища опустели нѣсколько вслѣдствіе натяженія, между тѣмъ какъ



Рис. 43. Descensus vaginal, ant. et post. съ descensus uteri P. O.

Обѣ влагалищныя стѣнки выпячиваются въ introitus; умѣренная cystocele, маленькая rectocele. Матка нѣсколько опущена.

Поперечная линия на рисункахъ, изображающихъ пролапсъ, обозначаетъ плоскость вульвы.

задняя влагалищная стѣнка въ чистыхъ случаяхъ остается въ нижнихъ своихъ отдѣлахъ *in situ*, а задній влагалищный сводъ выворачивается вслѣдствіе одновременнаго опущенія матки. Аккуратно встрѣчается здѣсь *cystocele*, соответствующая по своей величинѣ влагалищному пролапсу (рис. 44).

Выпаденіе задней влагалищной стѣнки принадлежитъ къ самымъ рѣдкимъ формамъ. Прежде всего *верхняя треть* влагалища, соединенная съ брюшиною Дугласова пространства, можетъ быть оттѣснена сверху внизъ, между тѣмъ какъ нижняя половина остается на нормальномъ мѣстѣ. Чаше всего наблюдается подобнаго рода выпаденіе при *высокихъ степеняхъ брюшной водянки*; равномерное давленіе жидкости медленно оттѣсняетъ внизъ заднюю влагалищную стѣнку, пока она не покажется въ половой

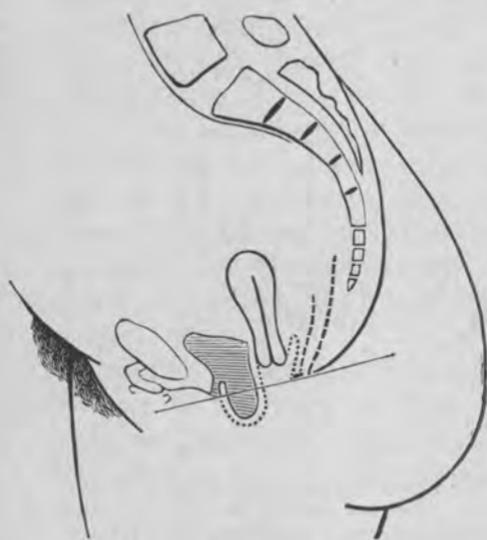


Рис. 44. Prolapsus vaginal. ant. со вторичнымъ descensus uteri. Р. О.

Передняя влагалищная стѣнка далеко выпячивается впереди вульвы, увлекая за собою матку; задняя стѣнка влагалища лишь вверху выворочена, внизу *in situ*; сильная *cystocele*, отсутствіе *rectocele*.

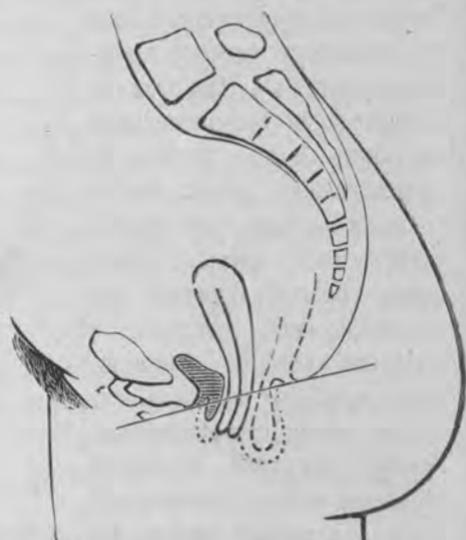


Рис. 45. Первичное выпаденіе задней влагалищной стѣнки съ высокой степенью *rectocele*. Р. О.

Матка, оттянутая внизъ задней влагалищной стѣнкой, вывернула сверху переднюю стѣнку влагалища; отсутствіе *cystocele*. Матка 10 см. въ *rectocele* обильныя каловыя массы.

расщелинѣ; она легко отодвигается кверху и даетъ ясное ощущеніе флюктуации. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ эта часть влагалищной стѣнки можетъ быть выпячена давленіемъ лежащихъ въ Дугласовомъ пространствѣ кишечныхъ петель (*enterocele vaginal. posterior*). Пролапсъ задней стѣнки рукава обыкновенно поражаетъ нижнюю половину ея, которая виситъ въ половой расщелинѣ въ видѣ слабо наполненнаго мѣшка или поперечной складки, или также въ видѣ кругловатой опухоли; часто ее можно далеко вытягивать впереди вульвы. Боковыя части влагалищной

стѣнки обыкновенно принимаютъ нѣкоторое участіе въ выпаденіи, между тѣмъ какъ передняя стѣнка влагалища остается совершенно *in situ*. *Rectocele*, т. е. выпячиваніе передней стѣнки прямой кишки, аккуратно встрѣчается при болѣе значительныхъ пролапсахъ задней влагалищной стѣнки. Разрывы промежности часто бываютъ, но не всегда (рис. 45).

**Выпаденіе всего влагалища.** При этомъ *vagina* всецѣло лежитъ впереди половой расщелины; кругомъ мы видимъ переходную складку тотчасъ позади *introitus*. Сзади остается *fossa navicularis*, относящаяся къ *vestibulum, in situ*; эта ямка производитъ часто впечатлѣніе, будто задняя влагалищная стѣнка не вполнѣ выпала, но по отсутствію морщинъ и складокъ легко ее распознать какъ слизистую оболочку *vestibuli*. Иногда можно видѣть неправильныя втягиванія выпавшаго влагалища; они происходятъ отъ рубцовыхъ тяжей, которые идутъ отъ этого мѣста къ тазовой стѣнкѣ и фиксируютъ эту часть влагалища. Вслѣдствіе фиксаціи шейки можетъ иногда такимъ же образомъ удерживаться наверху весь влагалищный сводъ, между тѣмъ какъ нижніе отдѣлы въ видѣ полного пролапса лежатъ впереди наружныхъ половыхъ частей.

### Выворотъ влагалища.

Въ противоположность къ пролапсамъ влагалища, при коихъ всегда сперва смѣщаются самыя нижнія части, мы называемъ *выворотомъ* (*inversio*) кольцевидное впячиваніе влагалища, которое начинается съ влагалищнаго свода и въ дальнѣйшемъ развитіи смѣщаетъ книзу все ниже и ниже лежащія части (рис. 46). Эти вывороты являются слѣдствіемъ первичнаго опущенія матки; когда матка опускается, она увлекаетъ за собою влагалищный сводъ, между тѣмъ какъ нижнія части рукава остаются еще совершенно *in situ* или слегка расслаблены. При болѣе значительныхъ степеняхъ *descensus uteri* влагалище становится все короче, пока влагалищная часть не показывается въ *introitus*; когда влагалище вполнѣ выворочено, оно часто лежитъ впереди половой расщелины въ такомъ же видѣ, какъ и при полномъ выпаденіи. Часто встрѣчаются сочетанія *inversio* съ *descensus vaginae*; при этомъ нижнія части расслаблены и опущены, а сверху выпяченъ влагалищный сводъ, промежуточные же части могутъ сперва оставаться еще неизмѣненными.

Всѣ части влагалища, которая лежатъ впереди половой расщелины, не прикрытыя слизистой *introitus* и *labia majora*, теряютъ свой характеръ слизистой оболочки: онѣ высыхаютъ, подвергаются *ороговѣнію* и получаютъ видъ эпидермиса; въ виду отсутствія салныхъ железъ онѣ теряютъ свою мягкость и упругость, трескаются и покрываются *корками*; иногда въ нихъ отлагается *пигментъ*. На всѣхъ выпавшихъ частяхъ, а главнымъ образомъ на *portio vaginalis* могутъ образоваться вслѣдствіе раздраженія одеждою *пролежневья язвы*; послѣднія большею частью бываютъ кругловатой, иногда же неправильной, звѣздчатой формы, имѣютъ острые, часто нѣсколько инфильтрированные края и не обнаруживаютъ склонности

къ рубцеванію; дно ихъ покрыто желтоватымъ налетомъ; онѣ мягки, и по этому признаку ихъ не трудно отличить отъ рака. Если влагалищный входъ туго обхватываетъ пролапсъ, то появляется отечное припуханіе слизистой оболочки; послѣдняя становится толстой и блестящей, и ея морщины выступаютъ иногда какъ толстые гребешки. При хроническомъ выпаденіи развивается гипертрофическое состояніе всего влагалища.

*Распознаваніе измѣненій въ положеніи влагалища.* Раздвигаютъ большія губы и заставляютъ большую умѣренно натуживаться, при этомъ въ introitus выпячивается большая или меньшая опухоль, въ которой можно по поперечнымъ складкамъ узнать влагалищную слизистую; состоитъ-ли она изъ одной или изъ обѣихъ стѣнокъ, можно узнать по положенію поперечной щели просвѣта и изъ перехода пролапса на переднюю или зад-

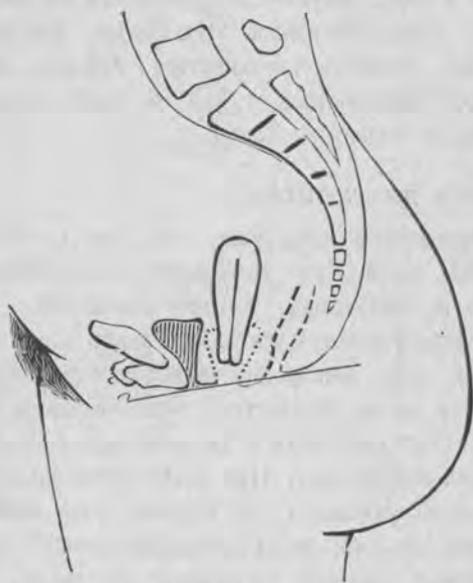


Рис. 46. Первичное опущеніе матки съ выворотомъ влагалища.

Матка наклонена назадъ и опущена, 7 см. Влагалищный входъ увокъ. Влагалище внизу in situ, вверху выворочено.

для отличія то, что при выворотѣ отъ влагалища лежитъ снаружи лишь столько, сколько шейка за собою увлекла, т. е. сколько нужно для ея прикрытія, между тѣмъ какъ при первичныхъ пролапсахъ расслабленное влагалище очень удлинено и расширено и большими складками ложится впереди вульвы.

Установивъ положеніе влагалища, изслѣдуютъ, какое участіе принимаетъ *матка* въ выпаденіи. Нерѣдко послѣдняя совершенно не вовлечена въ выпаденіе влагалища, лежитъ на нормальной высотѣ и въ правильной антеверсіи; чаще всего это наблюдается при умѣренномъ опущеніи нижняго отдѣла влагалищнаго свода, иногда также при болѣе значитель-

ную спайку. Первоначальные стадіи выпаденія влагалища, состоящіе въ одномъ только ослабленіи и разрыхленіи связи съ сосѣдними частями, распознаются на передней стѣнкѣ по тому, что она легче подается кверху подъ давленіемъ пальца, а на задней по тому, что она легко передвигается по прямой кишкѣ и легко захватывается въ складку. Начинаящійся выворотъ распознается по опущенію влагалищнаго свода. Если влагалище всецѣло лежитъ впереди половой расщелины, то затруднительно бываетъ рѣшить, выступила-ли она вслѣдствіе пролапса или вслѣдствіе выворота. Большею частью можетъ служить

номъ выпаденіи задней влагалищной стѣнки. Но въ преобладающемъ числѣ пролапсовъ участіе матки играетъ главную роль. Мы различаемъ два различныхъ состоянія:

1. **Первичное опущеніе и выпаденіе матки** возникаетъ при разслабленіи брюшины съ ея связками и тазовой кѣтчаткой, главнымъ образомъ Дугласовыхъ складокъ, и поэтому комбинируется обыкновенно съ ретроверсией. Влагалищная часть стоитъ по проводной линіи таза ниже *lin. interspinalis*. Верхняя часть влагалища выворочена, между тѣмъ какъ *introitus* и нижніе отдѣлы могутъ представлять нормальныя отношенія (рис. 46); но большую часть и послѣдніе разслаблены и опущены. При болѣе значительномъ опущеніи *portio vaginalis* вступаетъ во влагалищный входъ, а при законченномъ *prolapsus totalis* матка лежитъ впереди вульвы, покрытая вывороченнымъ вполнѣ влагалищемъ, большую часть въ *retroversio-flexio*, рѣдко въ *anteflexio* (рис. 47).

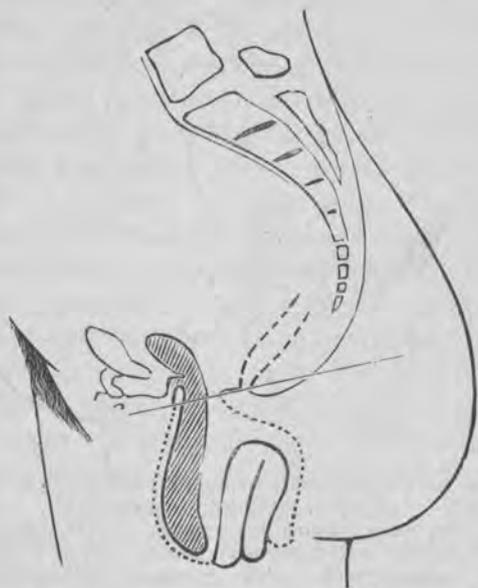


Рис. 47. Полное выпаденіе влагалища и матки.  
Р. О.

Матка 7 см.; большая *cystocele*, отсутствіе *rectocele*.

2. **Вторичное опущеніе съ удлиненіемъ шейки.** Эта картина болѣзни также начинается съ легкаго опущенія матки съ наклоненіемъ ея назадъ вслѣдствіе разслабленія брюшины и тазовой кѣтчатки, появляющагося большую частью одновременно съ разслабленіемъ влагалищныхъ стѣнокъ. Но въ дальнѣйшемъ теченіи матка *оттягивается внизъ* выпавшей передней влагалищной стѣнкой при содѣйствіи *cystocele*, которая состоитъ въ широкой связи съ передней стѣнкой влагалища и шейки. Этому вытяженію матка слѣдуетъ безъ труда, пока *portio vaginalis* не достигнетъ приблизительно влагалищнаго входа. (Такимъ образомъ возникаетъ вторичный *descensus uteri* при первичномъ выпаденіи передней влагалищной стѣнки съ *cystocele*, рис. 44). Дальнѣйшаго смѣщенія брюшина и тазовая кѣтчатка не допускаютъ безпрепятственно, а при дальнѣйшемъ дѣйствіи вытяженія со стороны передней влагалищной стѣнки и *cystocele* шейка медленно растягивается—*образуются elongatio cervicis*. Это удлиненіе, естественно, касается на первомъ планѣ передней стѣнки, съ которою пузырь непосредственно соединенъ, но, въ виду того, что шейка представляетъ связную массу, то удлиненіе въ меньшей степени простирается и на бо-

ковую и заднюю стѣнки. Задняя стѣнка шейки состоитъ изъ pars supra- и infravaginalis, участіе которыхъ въ удлинении шейки можетъ быть раз-

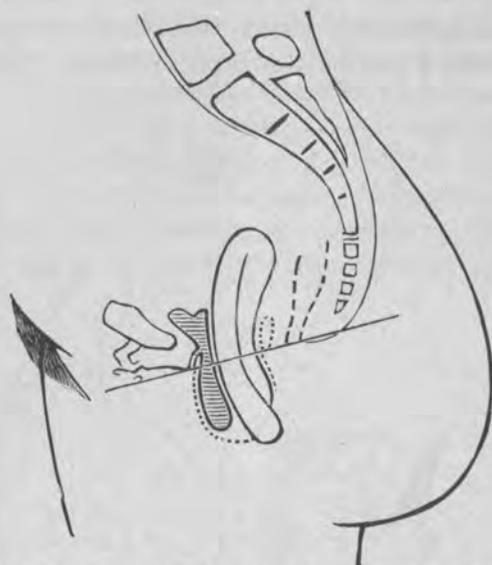


Рис. 48. Выпаденіе передней влагалищной стѣнки съ удлинениемъ шейки. Р. О.

Передняя стѣнка совершенно выпала, задняя въ верхней части опущена, внизу in situ. Надвлагалищная часть шейки удлинена. Матка, 11 см., лежитъ въ ретрофлексіи.

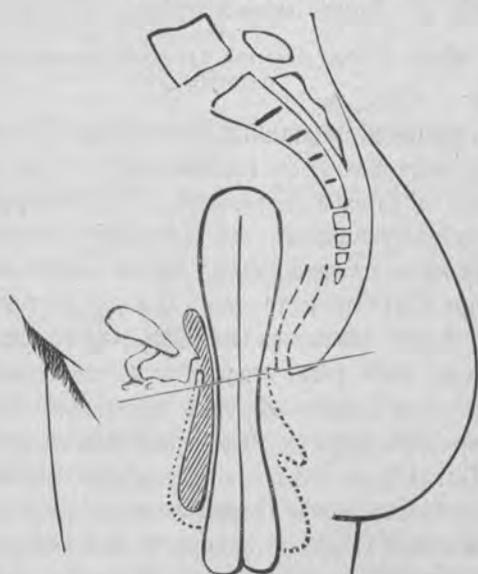


Рис. 49. Громадное выпаденіе всего влагалища съ удлинениемъ шейки. Р. О.

Влагалище очень толсто и отечно, сади въ складкахъ; сильно плескающая cystocele, отсутствіе rectocele. Матка 19,5 см. Ectropium шейки.

личное, между тѣмъ какъ въ передней стѣнкѣ отъ прямого воздѣйствія пузыря всегда растягивается только надвлагалищная часть. Если со- участіе задней стѣнки касается только pars infravaginalis и если матка съ самого начала не опущена, то мы находимъ задній влагалищный сводъ на совершенно нормальной высотѣ (Hypertrophia intermedia Schroeder'a). Но эта форма очень рѣдка, такъ какъ и въ этихъ случаяхъ имѣется большею частью первичное незначительное опущеніе матки съ выворотомъ шейки. Поэтому мы находимъ обыкновенно переходную складку задней стѣнки на половинѣ высоты влагалища (рис. 48), и въ удлинении принимаетъ участіе pars supravaginalis и въ меньшей мѣрѣ также р. infravaginalis задней цервикальной стѣнки. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ задняя стѣнка шейки удлинена только въ надвлагалищной своей части (рис. 49); это касается тѣхъ случаевъ, гдѣ уже имѣлось первичное выпаденіе нижней части задней влагалищной стѣнки и гдѣ вызываемый опущениемъ матки выворотъ влагалища простирается книзу настолько, что совпадаетъ съ первичнымъ пролапсомъ рукава; тогда вся задняя стѣнка влагалища лежитъ большими

складками впереди вульвы и elongatio задней цервикальной стѣнки обнимаетъ только надвлагалищный отдѣлъ ея.

Вторичное выпаденіе матки кончается, слѣдовательно, большею частью удлиненіемъ шейки; въ исключительныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ комбинаціей первичнаго выпаденія влагалища и первичнаго выпаденія матки.

Всѣ выпавшія части, лежація впереди вульвы, становятся отечными вслѣдствіе разстройства кровообращенія въ нихъ, а при долгомъ существованіи пролапса гипертрофируются. Благодаря этому влагалищная часть утолщается, твердѣетъ и иногда нѣсколько удлиняется; у нерожавшихъ она въ общемъ сохраняетъ свою форму, у многорожавшихъ же въ виду обоестороннихъ разрывовъ наступаютъ извѣстныя измѣненія формы: вслѣдствіе натяженія со стороны обѣихъ выпавшихъ стѣнокъ влагалища обѣ расщепленныя губы растягиваются настолько, что образуется большой estropium и наружный зѣвъ перемѣщается на наружную поверхность пролапса, а самый низкій пунктъ послѣдняго образуется внутренней цервикальной стѣнкой, а иногда даже внутреннимъ зѣвомъ; такимъ образомъ наружный зѣвъ чрезвычайно расширяется; если разрывъ существуетъ только на одной сторонѣ, то выворотъ развивается только здѣсь и зѣвъ получаетъ косое направленіе. Обнажающаяся вслѣдствіе выворота слизистая оболочка шейки, а также нерѣдко встрѣчающіеся маленькіе слизистые полипы покрываются плоскимъ эпителиемъ; послѣдній однако тонокъ, имѣетъ синеватую окраску и легко ранимъ. Несмотря на измѣненія эпителия, color vitae еще ясно различимъ; на внутренней стѣнкѣ шейки особенно легко образуются поверхностныя пролежневые язвы. Elongatio cervicis также надо разсматривать какъ вторичное измѣненіе; тѣ части удлинненной шейки, которыя лежатъ въ тазу, сохраняютъ свою нормальную толщину или сильно истончены, тѣ же, которыя лежатъ впереди половой расщелины, гипертрофируются.

*Распознать участіе матки въ пролапсѣ* не трудно. Пока матка еще лежитъ въ тазу, ея положеніе устанавливается посредствомъ двойнаго изслѣдованія per vaginam, но надо при этомъ остерегаться, чтобы не смѣшать ее вверхъ; главное вниманіе обращается на то, лежитъ-ли она въ нормальномъ наклоненіи впередъ или въ ретроверсии, и опредѣляется высота ея стоянія по относительному положенію влагалищной части къ поверхности остей. Но если portio vaginalis опустилась до влагалищнаго входа, то уже нельзя опредѣлять положеніе матки помощью влагалищнаго изслѣдованія, такъ какъ при этомъ пришлось бы отодвинуть матку вверхъ, а изслѣдуютъ per rectum, заставляя больную натуживаться или низводя матку пулевыми щипцами. Если влагалищная часть лежитъ далеко впереди половой расщелины или если все влагалище выпало, тогда насъ интересуетъ главнымъ образомъ *вопросъ, имѣемъ-ли мы дѣло съ полнымъ выпаденіемъ матки или съ удлиненіемъ шейки.* Это рѣшается *ощупываніемъ*, которымъ стараются ограничить матку, покрытую выпавшимъ влагалищемъ; если пальцы, проведенные

спереди и сзади поверхъ дна матки, сходятся еще впереди вульвы, то значить вся матка выпала; если же, насколько можно прощупать снаружи, матка простирается въ тазъ, то рѣчь идетъ объ удлинении шейки, продолженіе которой въ тазу опредѣляется со стороны прямой кишки. Границу между шейкой и тѣломъ матки можно иногда узнать по отхожденію Дугласовыхъ складокъ. Если часть матки, лежащая въ тазу, не длинна, то можно вытянуть дно матки со стороны прямой кишки предъ половую расщелину и такимъ образомъ превратить *elongatio cervicis* въ мнимый полный пролапсъ матки. Но гораздо болѣе простое средство для отличія полного выпаденія матки отъ удлиненія шейки — это *зондъ*; въ первомъ случаѣ зондированіе показываетъ нормальную длину матки, а въ послѣднемъ можно получить въ результатѣ измѣренія до 20 см. (надо помнить, что въ виду ретроверсии зондъ вводится при пролапсахъ вогнутостью кзади). Своеобразная разница получается въ длинѣ маточнаго канала, если зондировать при сильно вытянутой шейкѣ и при перегибахъ ея: если удлиненная шейка лежитъ совершенно выпрямленной, частью въ тазу, частью впереди ея, измѣреніе показываетъ, напримѣръ, около 12 см.; если же вытащить тѣло матки *per gestum*, причѣмъ послѣднее занимаетъ положеніе какъ при ретрофлексіи, то шейка перегибается и ложится въ складки (какъ ручная гармоника) и зондированіе, если оно не считается съ этими складками, показываетъ 7 см. На томъ же основаніи можно констатировать большую разницу, зондируя до и послѣ вправленія матки.

Болѣе обстоятельнаго разсмотрѣнія заслуживаетъ вопросъ, *какая часть шейки удлинена*. Въ передней стѣнкѣ рѣчь всегда идетъ объ удлинении надвлагалищной части; въ задней же стѣнкѣ возможно участіе только влагалищной или только надвлагалищной части или обѣихъ вмѣстѣ. Отличіе между этими формами устанавливается по высотѣ стоянія влагалищнаго свода: при удлинении *pars infravaginalis* онъ стоитъ на нормальной высотѣ, при удлинении *pars supravaginalis* онъ лежитъ впереди вульвы, участіе же обоехъ отдѣловъ можно предположить, если влагалищный сводъ стоитъ приблизительно на половинной высотѣ. Далѣе можно опредѣлять роль удлиненія по характеру слизистой оболочки, покрывающей заднюю поверхность пролапса: если слизистая гладка, лишена складокъ и неподвижно прилегаетъ къ шейкѣ, то мы имѣемъ дѣло съ *portio vaginalis*, тѣ же отдѣлы, которые покрыты складчатой и подвижной слизистой оболочкой, представляютъ надвлагалищную часть шейки.

Нижняя стѣнка *мочевого пузыря* почти нераздѣльно связана съ верхней половиной передней влагалищной стѣнки и съ передней цервикальной стѣнкой. На этомъ основаніи пузырь долженъ принимать участіе при всѣхъ пролапсахъ влагалища, въ извѣстномъ рядѣ случаевъ — первично, рѣже вторично; смотря по положенію, занимаемому передней влагалищной стѣнкой и шейкой, измѣняется и форма пузыря. При каждомъ опущеніи и выпаденіи передней стѣнки рукава, нижняя часть пузыря опускается, иногда даже выступая передъ вульву, и образуетъ

сильное выпячиваніе — *cystocele*; если, кромѣ того, существуетъ удлиненіе передней шеечной стѣнки, то мы находимъ одновременно, что мѣсто прикрѣпленія пузыря къ ней удлинилось съ 2 на 10 — 12 см. (рис. 49). Напротивъ, если выпала вся матка, то стѣнка пузыря увлекается вмѣстѣ съ шейкою, образуется также *cystocele*, которая однако гораздо меньше, нежели при первичномъ выпаденіи влагалища. Вмѣстѣ съ пузыремъ смѣщается книзу задняя половина *мочеиспускательнаго канала*, между тѣмъ какъ передняя остается прочно соединенной съ нижнимъ краемъ лоннаго сочлененія, такъ что уретра проходить въ пузырь, образуя открытую книзу кривизну. Измѣненное положеніе мочеиспускательнаго канала легко распознается помощью катетера; его вводятъ обычнымъ образомъ и затѣмъ поворачиваютъ верхушкою книзу. Пузырь можно иногда видѣть какъ небольшое выпячиваніе позади передней влагалищной стѣнки, или, если онъ содержитъ мочу, его можно констатировать какъ флюктуирующую опухоль, или его можно вмѣстѣ съ влагалищной стѣнкой приподнять отъ шейки въ видѣ толстой складки; нижній конецъ пузыря обозначается большею частью поперечной бороздой. Легче всего можно опредѣлить измѣненіе формы пузыря помощью катетера, которымъ устанавливають границы пузыря со всѣхъ сторонъ, причѣмъ однако стѣнка его легко выпячивается за предѣлы ея дѣйствительнаго положенія. Въ лежачемъ положеніи больной мы большею частью не находимъ мочи въ *cystocele*.

Нижняя половина задней влагалищной стѣнки соединена съ передней стѣнкой *прямой кишки* рыхлой тканью, допускающей обширное смѣщеніе обѣихъ. Поэтому задняя стѣнка рукава можетъ далеко опускаться, даже цѣликомъ выпасть, не увлекая за собою прямой кишки. Въ другихъ случаяхъ мы находимъ сильное выпячиваніе передней стѣнки прямой кишки (*rectocele*), которое иногда уже вторично вызвало выпячиваніе задней влагалищной стѣнки. Распознать это измѣненіе прямой кишки легко: вводятъ палецъ въ прямую кишку и стараются опредѣлить положеніе передней ея стѣнки, но надо остерегаться не выпячивать ея и не вызвать такимъ образомъ искусственно *rectocele*.

Послѣ того какъ обследовано участіе всѣхъ органовъ въ пролапсѣ, остается еще опредѣлить, вправимъ-ли послѣдній, т. е. можно-ли вернуть влагалище и матку въ ихъ нормальное положеніе внутри таза; отъ *вправимости* зависитъ на первомъ планѣ успѣхъ леченія. Вправление лишь въ исключительныхъ случаяхъ требуетъ наркоза, которымъ оно чрезвычайно облегчается при сильно отечныхъ или очень болѣзненныхъ влагалищныхъ стѣнкахъ. Обхватываютъ пролапсѣ такимъ образомъ, что оба большихъ пальца помѣщаются на передней поверхности его, а всѣ остальные пальцы на задней, и вдвигаютъ сначала ту часть влагалища, которая всего ближе лежитъ къ половой расщелинѣ, затѣмъ слѣдующія части и наконецъ *portio vaginalis*; когда влагалище вполне вправилось, то наклоняютъ матку впередъ, какъ это дѣлаютъ при ретрофлексіи, а именно тѣло

матки оттягиваютъ впередъ, а влагалищную часть отодвигаютъ назадъ; восстановленію вполне нормальнаго положенія матки надо при этомъ придавать наибольшее значеніе. Умѣренную степень отечности влагалищной стѣнки, могущую затруднять вправленіе, устраняютъ посредствомъ массажа; препятствія для вправленія матки заключаются чаще всего въ параметрическихъ экссудатахъ, въ периметритическихъ ерощеніяхъ и околomatочныхъ опухоляхъ. Послѣ вправленія пролапса легче всего ориентируются относительно ширины introitus'a и расслабленности тазового дна; при крупныхъ пролапсахъ влагалищный входъ такъ широкъ, что можно проникнуть въ рукавъ всей рукой.

*Дифференціальный діагнозъ.* Діагнозъ долженъ, какъ всегда, опираться на объективномъ изслѣдованіи, а не на симптомахъ. Указанія больной на давленіе внизъ и чувство припуханія въ вульвѣ отнюдь не характерны для одного пролапса, ибо эти жалобы встрѣчаются также при вульвитѣ и кольпитѣ, воспаленіяхъ матки и сосѣднихъ органовъ, а также при нѣкоторыхъ опухоляхъ; если одновременно существуетъ небольшой descensus, то мы легко склонны считать его причиной жалобъ и можемъ просмотрѣть другія отклоненія.

Но и при объективномъ изслѣдованіи возможны ошибки въ діагнозѣ; такъ, напр., *кисты влагалища*, выпячиваясь въ introitus, могутъ представить картину, подобную пролапсу; но онѣ лежатъ большею частью не по срединной линіи, а болѣе сбоку; покрывающая ихъ слизистая оболочка сильно истончена, такъ что морщины сглаживаются и содержимое просвѣчиваетъ синеватымъ блескомъ; далѣе кисту большею частью легко распознать какъ ограниченную опухоль съ слабой флюктуацией.

Выпаденіе задней стѣнки можетъ симулировать *влагалищную перегородку*, оторвавшаяся отъ передней стѣнки и отвисяющая въ introitus; но перегородка большею частью узка, переходитъ лишь на середину стѣнки и скоро теряется кверху, пролапсъ же шире, занимаетъ всю заднюю стѣнку, а сверху и по бокамъ переходитъ въ находящееся in situ влагалище. Часто выявляютъ картину слабые остатки перегородки на передней стѣнкѣ.

Трудно бываетъ разобраться, если при полномъ выпаденіи влагалища *наружный зѣвъ вполне зарощенъ*, какъ это нерѣдко бываетъ у старыхъ женщинъ; тогда можетъ получиться картина, напоминающая извергнутую міому или вывороченную матку. Въ тѣхъ случаяхъ, когда наружный зѣвъ неходимъ даже для тончайшаго зонда или не выдаетъ себя маленькой слизистой пробкой, выпавшее влагалище все-таки можно распознать по ея складкамъ и опустившемуся влагалищному своду.

Весьма часто смѣшиваютъ съ пролапсами *удлиненія влагалищной части*, особенно *penis-образныя гипертрофіи*, которыя могутъ достигать такой величины, что наружный зѣвъ доходитъ до вульвы или выступаетъ изъ нея; еще чаще принимаютъ, наоборотъ, опустившуюся при descensus uteri и покрытую вывороченнымъ влагалищемъ шейку за

удлиненную *portio vaginalis*. Отличительнымъ признакомъ служить прежде всего высота стоянія влагалищнаго свода: при настоящемъ удлинении влагалищной части послѣдній долженъ стоять спереди и сзади на нормальной высотѣ; далѣе, отличие лежитъ въ покрывающей шейку слизистой оболочкѣ: если она гладка и неподвижна, то мы имѣемъ дѣло съ *portio vaginalis*, тамъ же, гдѣ она становится складчата и подвижна, начинается слизистая собственно влагалища.

### Наклоненіе матки впередъ. *Anteversio uteri*.

Такъ какъ нормальная матка лежитъ въ умѣренномъ наклоненіи впередъ, то не легко установить границу между нормальной и патологической антеверсией. Мы говоримъ о послѣдней, если тѣло матки лежитъ на пузырьѣ ниже нормы, а влагалищная часть такъ далеко отклонилась къверху, что наружный зѣвъ обращенъ прямо къзади или даже назадъ и вверхъ (рис. 50). Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это неправильное положеніе вызвано хроническимъ метритомъ, тѣло матки увеличено и утолщено, связь его съ шейкой оплотнѣла, такъ что уголъ перегиба совершенно выровнялся.

*Распознаваніе* этого положенія легко. Уже положеніе влагалищной части бросается въ глаза, иногда зѣвъ едва достижимъ для пальца; тѣло матки тѣсно прилегаетъ къ переднему влагалищному своду и часто выпячиваетъ его книзу. И здѣсь важно поискать причины наклоненія впередъ.

Часто причину находятъ въ хроническомъ метритѣ, отъ котораго матка такъ утолщается и тяжѣетъ, что падаетъ впередъ. Въ иныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло со сращеніями тѣла матки или придатковъ съ передней стѣнкой таза, которыя оттягиваютъ матку впередъ и фиксируютъ ее въ этомъ положеніи; или же рѣчь идетъ о фиксациі шейки къ задней стѣнкѣ таза, которыя приподымаютъ и удерживаютъ ее, между тѣмъ какъ тѣло матки соответственно этому падаетъ впередъ.

### Наклоненіе матки вбокъ. *Lateroversio uteri*.

Нормальная матка часто лежитъ косо, такъ что дно смотритъ въ одну, а влагалищная часть въ другую сторону и при этомъ одинъ бокъ матки обращенъ впередъ. О патологическомъ наклоненіи въ сторону го-

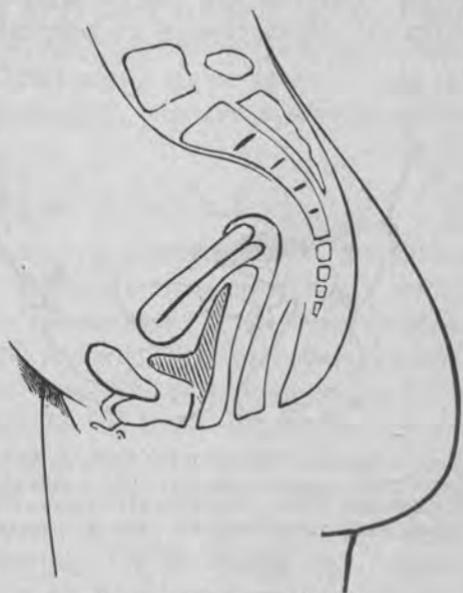


Рис. 50. *Anteversio uteri*. P. O.

ворять лишь тогда, если косо́е положеніе очень сильно выражено или если матка фиксирована въ немъ; иногда uterus можетъ даже лежать поперекъ въ тазу (рис. 51).

Примѣч.: *Schultze* обозначаетъ какъ *lateroversio* лишь тѣ измѣненія въ положеніи, при коихъ матка наклонена черезъ свой бокъ, а косыя положенія наклоненной впередъ матки онъ причисляетъ къ закручиваніямъ (*torsio*).

На *lateroversio* указываетъ уже положеніе влагалищной части, отклонившейся далеко въ одну сторону, причемъ зѣвъ смотритъ въ сторону и взадъ; тѣло лежитъ въ противоположной половинѣ таза, приблизившись дномъ къ боковой стѣнкѣ его.

Труднѣе оказывается отыскать *причины lateroversio*. *Врожденную lateroversio* мы встрѣчаемъ при уродливыхъ удвоеніяхъ матки. Матка образуется изъ обоихъ *Müller*'овскихъ протоковъ, которые косо идутъ съ обѣихъ сторонъ къ серединѣ таза и сливаются тамъ въ непарный органъ; если сліяніе не

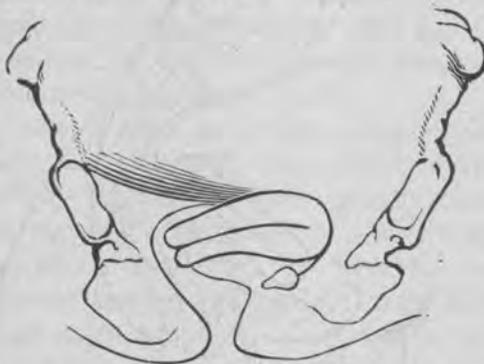


Рис. 51. Sinistroversio uteri. P. O.

Матка лежитъ почти поперекъ. Влагалищная часть фиксирована справа. Правый влагалищный сводъ щелевидный, лѣвый широкъ. Лѣвые придатки лежатъ подъ маткою.

происходить, то матка состоитъ изъ двухъ косо-лежащихъ половинокъ, которыя сходятся подъ угломъ; если одна изъ роговъ матки остается при этомъ рудиментарнымъ, между тѣмъ какъ другой получаетъ полное развитіе, то образуется сильно наклоненная вбокъ матка, которая однако отличается отъ всѣхъ другихъ формъ *lateroversio* вполне свободной подвижностью, отсутствіемъ придатковъ на внутренней ея

сторонѣ (они отходятъ отъ рудиментарнаго рога) и большею частью срединнымъ положеніемъ шейки. Тоже и при удвоеніяхъ съ вполне развитыми рогами матки (*uterus bicornis* и *didelphys*) оба рога болѣе или менѣе наклонены вбокъ.

Большею частью *lateroversio приобретена* благодаря ведущимъ къ сморщиванію воспаленіямъ въ тазовой клетчаткѣ. Если заключающаяся въ Дугласовой складкѣ соединительная ткань укорачивается, то шейка притягивается къ тазовой стѣнкѣ, а съ нею и тѣло матки, такъ какъ и на него дѣйствуетъ высоко приложенная влекущая сила,—образуется *lateropositio*; если же сморщиваніе происходитъ въ болѣе глубокихъ частяхъ параметрія, то шейка отклоняется въ одну сторону, а тѣло въ другую,—образуется *lateroversio* (рис. 51). Распознать эту форму легко по фиксациіи шейки и укороченію параметрія при свободно подвижномъ тѣлѣ матки. *Lateroversio* можетъ также возникнуть вслѣдствіе воздѣйствія

на тѣло матки, причѣмъ либо ведущія къ сморщиванію воспаленія въ широкой связкѣ или въ окружности Фаллопиевыхъ трубъ притягиваютъ corpus uteri къ тазовой стѣнкѣ и фиксируютъ оное тамъ, либо опухоли придатковъ или lig. latum оттягиваютъ тѣло матки въ сторону, чтобы имѣть просторъ для своего роста. И здѣсь такъ же, какъ при laterositiю, рѣчь идетъ большею частью о нестебелчатыхъ опухоляхъ, которыя не могутъ вырости въ брюшную полость. Какъ довольно рѣдкую причину наклоненія матки вбокъ надо упомянуть опухоли, которыя сильно оттягиваютъ шейку къ тазовой стѣнкѣ и такимъ образомъ вызываютъ отклоненіе тѣла матки въ противоположную сторону.

### **Наклоненіе матки назадъ. Retroversio uteri.**

Наклоненіе матки назадъ представляетъ такое измѣненіе въ положеніи матки, при коемъ тѣло матки отклоняется кзади отъ проводной линіи таза, между тѣмъ какъ влагалищная часть перемѣщается до проводной линіи или по сю сторону ея впередъ. Ретроверсія столь тѣсно связана въ діагностическомъ отношеніи съ ретрофлексіей, что имѣть будетъ посвящена одна глава.

### **Загибъ матки впередъ. Antelexio uteri.**

Подъ антефлексіей мы понимаемъ усиленіе нормальнаго искривленія матки по передней ея поверхности; такъ какъ оно колеблется въ извѣстныхъ предѣлахъ, то нельзя говорить о неправильномъ загибѣ, если уголъ немного острѣе нормальнаго, который равняется приблизительно  $1\frac{1}{2}$  прямымъ. Если же онъ менѣе прямого, то мы обозначаемъ положеніе матки какъ *патологическій загибъ впередъ*. Но этимъ не сказано, что подобное ненормальное искривленіе матки должно всегда представлять собою болѣзнь или вызывать опредѣленные страданія, или что имѣющіяся при этомъ жалобы должны находить свое обоснованіе въ ненормальномъ перегибѣ, наоборотъ, мы должны подчеркнуть, что въ большинствѣ случаевъ antelexio uteri есть безразличное или же вторичное явленіе, между тѣмъ какъ причину жалобъ, а часто и причину загиба впередъ надо искать въ осложняющихъ обстоятельствахъ, напримѣръ недостаточномъ развитіи матки, воспаленіяхъ въ Дугласовыхъ складкахъ. *Такимъ образомъ даже остроугольная антефлексія низводится почти на ступень ничего незначащей аномаліи положенія*; но мы не можемъ ее вполне вычеркнуть изъ разряда неправильныхъ положеній, такъ какъ бывають случаи, правда рѣдкіе, въ коихъ причину болѣзненныхъ симптомовъ надо искать въ одномъ неправильномъ загибѣ. Поэтому діагнозъ «antelexio» доказываетъ лишь въ большинствѣ случаевъ, что матка сильнѣе нормы искривлена впередъ, но большею частью онъ не касается самаго страданія. Во всякомъ случаѣ врачъ долженъ предложить себѣ вопросъ, не имѣются-ли наряду съ антефлексіей еще другіе моменты, которые могутъ считаться причиною жалобъ.

Поэтому мы раздѣляемъ диагностику на распознаваніе самой антефлексіи и распознаваніе рода *resp.* причинъ ея.

*Распознаваніе anteflexio uteri* легко, если удастся отчетливо ощупать матку. Шейка большею частью стоитъ по направленію влагалища, такъ что наружный зѣвъ смотритъ впередъ и внизъ, а тѣло матки такъ тѣсно прилегаетъ къ шейкѣ, что палецъ едва можетъ проникнуть въ уголь перегиба; если послѣдній прощупывается со стороны передняго влагалищнаго свода, тогда легко опредѣлить величину его. Надо только остерегаться не измѣнять при изслѣдованіи угла перегиба; при вялости ткани въ этомъ мѣстѣ легко выровнять уголь или даже превратить антефлексію въ ретрофлексію. Затрудненія при распознаваніи возникаютъ лишь тогда, если находящаяся въ антефлексіи матка такъ далеко смѣщена назадъ, что нельзя комбинированно ощупать тѣло матки, или если шейка такъ длинна, что тѣло матки внутри не достижимо, или если тѣло такъ мало, что оно вообще не опредѣляется отчетливо. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, въ виду положенія влагалищной части или на основаніи хода удлинненной шейки (по направленію влагалища), полагаютъ, что матка наклонена назадъ; также и со стороны прямой кишки нельзя обыкновенно такъ высоко провести палецъ, чтобы удалось ощупать перегибъ тѣла матки впередъ. Для практики эти случаи имѣютъ большое значеніе, такъ какъ они весьма часты и влекутъ за собою, при ошибочномъ распознаваніи ретроверсии, безуспѣшное и весьма мучительное для больной леченіе пессаріями. Если подозрѣваютъ въ такихъ случаяхъ антефлексію на основаніи того, что не удастся съ увѣренностью добраться до дна со стороны задняго влагалищнаго свода, или потому, что, идя по боковому краю матки, какъ будто ощупываютъ перегибъ тѣла впередъ, то, чтобы добиться увѣренности, не надо останавливаться предъ наркозомъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ можетъ уяснить дѣло изслѣдованіе зондомъ, который при ретроверсии скользитъ прямо назадъ и вверхъ до кольца, между тѣмъ какъ при антефлексіи отъ встрѣчаетъ препятствіе уже у внутренняго зѣва и только, если сильно загнуть инструментъ или опустить рукоятку, или притянуть влагалищную часть пулевыми щипцами, онъ проскальзываетъ впередъ; когда зондъ въ маткѣ, то можно иногда прощупать пуговку его и такимъ образомъ опредѣлить положеніе дна спереди.

Иногда могутъ подать поводъ къ смѣшенію съ антефлектированнымъ *corpus uteri* лежащая впереди матки опухоли, напр. параметритическіе экссудаты и міомы, если они прилегаютъ къ шейкѣ поверхъ внутренняго зѣва подъ такимъ же угломъ, какъ и тѣло матки. Въ отличіе можно указать на то, что эти опухоли не имѣютъ какъ разъ формы и величины тѣла матки, въ особенности выпоты имѣютъ болѣе разлитой характеръ, съ другой стороны, позади ихъ должно прощупываться или опредѣляться зондомъ еще и тѣло матки. Большія диагностическія трудности мнѣ приходилось не разъ преодолевать, когда къ антефлексіи присоединялось закручиваніе вслѣдствіе односторонняго сморщиванія связокъ; тѣло матки

лежало въ такихъ случаяхъ такъ отчетливо возлѣ длинной шейки, что я всегда принималъ его сперва за околوماتочную опухоль.

Насколько легко въ общемъ распознаваніе антефлексіи, настолько велики и непреодолимы могутъ быть трудности, когда рѣчь идетъ объ *опредѣленіи рода, причинъ и послѣдствій этого неправильнаго положенія*, словомъ, если приходится отвѣтить на вопросъ, принимаетъ-ли данная антефлексія участіе въ страданіяхъ, или нѣтъ. Классическія жалобы при антефлексіи, дисменоррея и бесплодіе, встрѣчаются почти при всѣхъ формахъ загиба матки впередъ и поэтому не могутъ служить для отличительнаго распознаванія отдѣльныхъ видовъ. *Самое важное различіе въ томъ, свободно подвижна-ли перегнутая впередъ матка, или она фиксирована воспалительнымъ сморщиваніемъ къ задней стѣнкѣ таза*; тщательнымъ комбинированнымъ изслѣдованіемъ это можно большею частью безъ труда опредѣлить. Если матку находятъ *свободно подвижной*, то рѣчь идетъ большею частью о врожденномъ состояніи; при этомъ обыкновенно уголъ перегиба не измѣняется и не расправляется при наполненіи пузыря, такъ что *негибкость угла* слѣдуетъ разсматривать какъ дальнѣйшій признакъ *anteflexio congenita* (рис. 52). Правда, встрѣчаются врожденные состоянія, гдѣ на длинной шейкѣ сидитъ маленькая, вялая матка, которую можно какъ на шарнирѣ перегибать впередъ и назадъ, такъ что попеременно получается то антефлексія, то ретрофлексія. При врожденныхъ формахъ матка большею частью мала и плохо развита.



Рис. 52. *Anteflexio uteri congenita*. Р. О. Матка подвижна; остроугольный загибъ впередъ; негибкость угла. Тѣло матки хорошо развито.

Простыя подвижныя формы антефлексіи могутъ быть также приобретенными, развиваясь вслѣдствіе разстройствъ питанія въ маточной стѣнкѣ, которыя ведутъ къ истонченію и размягченію стѣнки и къ загибу матки впередъ. Физиологическими примѣрами могутъ служить антефлексіи беременной и пуэрперальной матки.

При *фиксированной антефлексіи* матка привѣшена къ задней стѣнкѣ таза въ ретропозиціи и умѣренно приподнятомъ положеніи (*elevatio*); вытянутое въ длину влагалище, высокое стояніе *port. vaginalis* и *retropositio* говорятъ уже за эту форму антефлексіи (рис. 53); но ее

легко доказать и прямым путем — уменьшенной или утраченной подвижностью матки вперед и болью при смещении передней стѣнки таза. Какъ причину фиксации находятъ исключительно укороченіе обѣихъ Дугласовыхъ складокъ (*parametritis posterior retrahens*); при этомъ самое

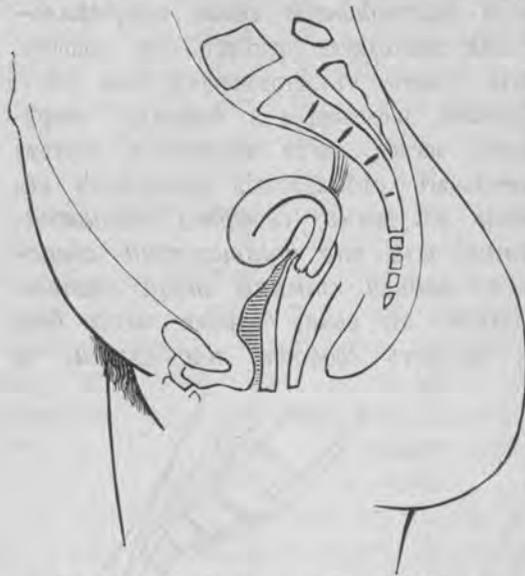


Рис. 53. *Anteflexio uteri fixata*. Р. О.

Подъ влияніемъ *parametr. poster.* матка фиксирована сваді и находится въ антефлексіи и ретропозиціи.

рѣдкихъ случаяхъ *per se* какъ причина механическихъ расстройствъ.

тѣло матки остается свободно подвижнымъ. При фиксированномъ загибѣ впередъ измѣненіе положенія есть всегда вторичное явленіе, безразличное для больной, первичнымъ же и собственно источникомъ страданія являются фиксирующія воспаления.

Дифференціальныи диагнозъ между обоими этими состояніями весьма затрудняется, если къ первоначально подвижной антефлексіи присоединяется фиксирующее воспаление.

Изъ различныхъ формъ антефлексіи только врожденная, съ негибкимъ угломъ, можетъ быть разсматриваема въ

### Наклоненіе и загибъ назадъ. *Retroversioflexio*.

*Retroversio* есть измѣненіе положенія матки, при коемъ тѣло ея приближается къ крестцу, а влагалищная часть стоитъ приблизительно въ проводной линіи таза; при этомъ матка большею частью выпрямлена, иногда еще нѣсколько перегнута на передней поверхности. При *retroflexio* влагалищная часть стоитъ еще ближе къ лонному сочлененію, между тѣмъ какъ тѣло матки опустилось глубже назадъ въ крестцовую впадину и образуетъ съ шейкой открытый къзади уголъ. Наклоненіе и загибъ назадъ относятся, по выше указанному подраздѣленію, къ различнымъ группамъ, но, въ виду ихъ одинаковой этиологіи и многочисленныхъ переходовъ одной формы въ другую, ихъ слѣдуетъ изложить вмѣстѣ. *Retroversio* представляетъ большею частью лишь переходъ къ *retroflexio*; послѣдняя развивается изъ первой тогда, когда присоединяется состояніе расслабленія въ области внутренняго зѣва. Нерѣдко однако ретроверсія сохраняется, будь то потому, что область внутренняго зѣва сохраняетъ свою нормальную плотность (*retroversio* у нерожавшихъ), либо матка стала ненормально плотной вследствие хрони-

ческаго воспаленія, или же потому, что матка фиксирована въ наклоненіи назадъ вслѣдствіе воспаленія серознаго покрова или придатковъ.

Retroversioflexio не есть измѣненіе въ положеніи одного тѣла матки, во въ ней принимаютъ участіе также влагалище, portio vaginalis, шейка, Фаллопиевы трубы и яичники; изслѣдованіе должно простираться на всѣ эти органы, тѣмъ болѣе, что цѣлый рядъ жалобъ объясняется не однимъ неправильнымъ положеніемъ тѣла матки, но и участіемъ сосѣднихъ органовъ.

Данныя ощущенія (рис. 54 и 55). На *влагалищѣ* мы находимъ весьма рѣзкія измѣненія въ его направленіи. Такъ какъ верхній конецъ рукава обхватываетъ влагалищную часть, то онъ долженъ вмѣстѣ съ нею податься впередъ; вслѣдствіе этого влагалище, направленіе котораго призади стоящей port. vag. совпадаетъ съ прямымъ размѣромъ тазового выхода, здѣсь почти прямо подымается позади симфиза. Такъ какъ introitus vaginae тоже

лежитъ гораздо ближе къ передней стѣнкѣ таза, то влагалищный сводъ и introitus оказываются значительно ближе другъ къ другу, нежели при нормальномъ ходѣ рукава. Поэтому влагалищная трубка становится слишкомъ длинной для этого короткаго разстоянія и сокращается, если она только сохранила свою нормальную упругость, или же, что мы наблюдаемъ особенно у многорожавшихъ, образуетъ складки, которыя ложатся въ introitus. Такимъ образомъ получается картина опущенія передней стѣнки,

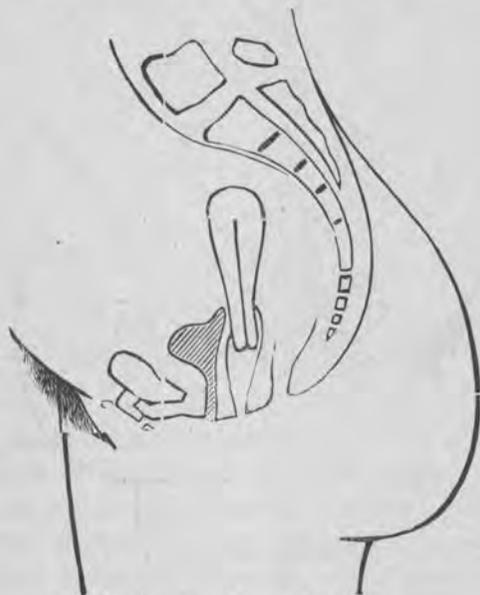


Рис. 54. Retroversio uteri. P. O.

которое мы, въ противоположность къ первичному descensus vaginae (см. стр. 117), назовемъ лучше всего *вторичнымъ опущеніемъ при ретрофлексии*; въ отличіе отъ перваго оно вполне исчезаетъ, если вправленіемъ матки возвратитъ влагалищную часть на ея нормальное мѣсто. Положеніе задней влагалищной стѣнки въ нижней ея половинѣ опредѣляется связью ея съ прямой кишкой, между тѣмъ какъ верхняя половина перемѣщается впередъ вмѣстѣ съ port. vag.; наслѣдствіе этого образуется по срединѣ ея перегибъ впередъ. Если къ ретроверсии присоединяется descensus, то влагалище сверху выворачивается и становится вслѣдствіе этого еще короче.

*Влагалищная часть* перемѣщается при ретроверсияхъ приблизительно до проводной линіи таза, при ретрофлексіяхъ же она еще дальше

отбъняется впередъ лежащимъ въ Дугласъ тѣломъ матки; чѣмъ больше послѣднее, тѣмъ ближе port. vag. стоитъ къ лонному соединенію, а при retroflexio uteri gravidi мы находимъ ее прижатой къ задней стѣнкѣ симфиза. Если тѣло матки лежитъ глубоко въ Дугласовомъ пространствѣ, то влагалищная часть оттягивается кверху, а при загибѣ назадъ беременной матки она часто стоитъ надъ верхнимъ краемъ лоннаго соединенія. Благодаря этому смѣщенію port. vag. кверху передней влагалищной сводъ уплощается до полнаго почти исчезновенія передней маточной губы, задняя же губа лежитъ въ просвѣтѣ влагалища и часто хоботообразно удлинена, тѣмъ болѣе, что черезъ задній сводъ прощупывается надвлагалищная часть шейки, которую тоже легко относить къ port. vagin.; такимъ образомъ получается зяніе цервикальнаго канала, кажущійся estro

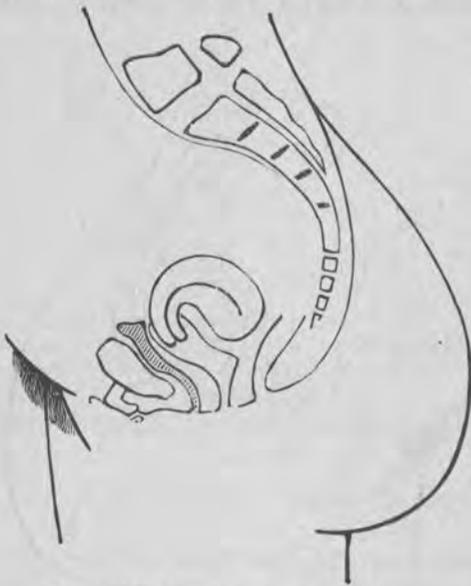


Рис. 55. Retroflexio uteri. P. O.

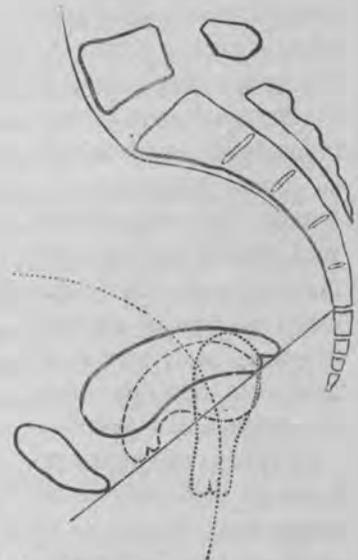


Рис. 56. Кажущееся и истинное опущеніе влагалищной части. Схем.  $\frac{1}{3}$ . Влагалищная часть при ретрофлексии находится на томъ же уровнѣ, какъ и въ нормально лежащей маткѣ, между тѣмъ какъ при ретроверсии она дѣйствительно опустилась ниже вслѣдствіе descensus.

ріш, который однако тоже выравнивается послѣ вправленія матки. **Направленіе вертикальнаго канала** образуетъ при ретроверсии прямолінейное продолженіе полости матки. При умѣренной степени ретроверсии наружный зѣвъ смотритъ впередъ и внизъ; но чѣмъ ниже опускается тѣло матки, тѣмъ болѣе зѣвъ обращается впередъ, а при наивысшихъ степеняхъ онъ даже обращенъ вверхъ. При ретрофлексии умѣренной степени зѣвъ смотритъ впередъ и внизъ, при остроугольныхъ загибахъ прямо книзу. Чѣмъ дальше влагалищная часть подвигается къ передней стѣнкѣ таза, тѣмъ болѣе она приближается къ introitus; поэтому она при ощупываніи легче достижима и ее считаютъ опустившейся. *Но это опущеніе только кажущееся*, ибо она остается въ той же плоскости

таза, что и нормально стоящая *port. vag.* (приблизительно плоскость узкой части таза), между тѣмъ какъ подъ настоящимъ опущеніемъ влагалищной части мы понимаемъ опущеніе въ тазу, т. е. по проводной линіи, какъ это бываетъ при *descensus* въ связи съ ретроверсіей (рис. 56).

Но рѣшающимъ моментомъ при ощупываніи является измѣненіе положенія *тѣла матки*. О наклоненіи назадъ мы говоримъ лишь тогда, когда *corpus uteri* отчетливо прощупывается за проводной линіей, следовательно вблизи мыса; между этимъ положеніемъ и тою степенью ретрофлексіи, при коей тѣло матки выпячиваетъ Дугласово пространство почти до *introitus'a*, встрѣчаются всевозможные переходные стадіи; подраздѣленіе *retroversioflexio* по различнымъ степенямъ я считаю непрактичнымъ, а лучше обозначаю, на высотѣ какого крестцоваго позвонка лежитъ матка. Ретрофлексированное тѣло матки рѣдко лежитъ совершенно посрединѣ, большею же частью нѣсколько влево, рѣже вправо, въ виду того, что часто присоединяется къ загибу назадъ закручиваніе. При ретроверсіи задняя стѣнка матки вполне выпрямлена, въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ она еще отчетливо перегнута по передней поверхности (по *Schultze: retroversio cum anteflexione*); при загибахъ образуется уголъ въ области внутренняго зѣва, который можетъ стать настолько острымъ, что тѣло матки будетъ прилегать къ задней стѣнкѣ шейки.

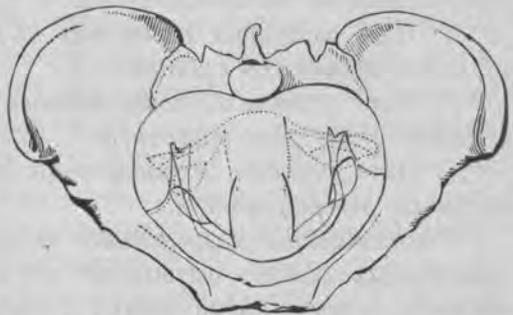


Рис. 57. Положеніе Фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ при антеверсіи и ретроверсіи. Схем.

При умѣренномъ наклоненіи матки назадъ *яичники* едва-ли мѣняютъ свое положеніе въ тазовомъ входѣ; но если *corpus uteri* глубже опускается въ крестцовую впадину, то *lig. ovarii* оттягиваетъ срединный конецъ яичника кзади, такъ что послѣдній поворачивается вокругъ своей фронтальной оси и, кромѣ того, смотря по расслабленности *lig. suspensorium ovarii*, онъ смѣщается еще нѣсколько книзу; *ovarium* остается, следовательно, въ сущности на своемъ нормальномъ мѣстѣ (рис. 57). Въ дѣйствительности же мы находимъ большую часть яичники лежащими глубоко въ Дугласовомъ пространствѣ, такъ какъ *ligg. infundibulo-pelvica (suspensoria ovarii)* принимаютъ участіе въ общемъ расслабленіи тазовой брюшины и допускаютъ смѣщеніе яичниковъ внизъ. Послѣдніе лежатъ иногда такъ низко въ Дугласѣ, что ихъ можно ошупать одними внутренними пальцами на передней стѣнкѣ крестца.

Положеніе *трубъ* подвергается весьма важному измѣненію, а именно: маточный конецъ ихъ отходитъ вмѣстѣ съ дномъ матки назадъ, между тѣмъ какъ брюшной конецъ, связанный съ яичникомъ, остается по близости послѣдняго (рис. 57). При выраженной *retroversioflexio* онѣ имѣютъ

направленіе сзади напередъ; это обстоятельство весьма затрудняетъ ощупываніе маточнаго конца, а слѣдовательно и распознаваніе трубныхъ заболѣваній.

Участіе *мочевого пузыря* зависитъ отъ положенія шейки, съ которою онъ тѣсно связанъ. Чѣмъ болѣе шейка подвигается впередъ, тѣмъ болѣе она выпячиваетъ заднюю стѣнку пузыря, а при *retroflexio uteri gravidi*, гдѣ шейка подается сильно вверхъ, она увлекаетъ за собою и пузырь, такъ что дно послѣдняго значительно смѣщается вверхъ, а мочеиспускательный каналъ вытягивается въ длину.

При ретрофлексіи, особенно при увеличенной маткѣ, *прямая кишка* выпячивается внутрь, такъ что послѣдствіемъ можетъ быть умѣренное сѣуженіе кишечной трубки.

**Распознаваніе.** При загибахъ назадъ диагностика должна обращать свое вниманіе на слѣдующіе пункты:

1. Надо опредѣлять *измѣненіе въ положеніи матки и участіе въ ономъ сосѣднихъ органовъ.*

2. Надо установить, *подвижна-ли матка, или фиксирована, и какого рода эта фиксація.*

3. Надо выяснитъ, *имѣются-ли осложненія, и въ какой они связи съ ретрофлексіей.*

*Распознаваніе измѣненнаго положенія* основывается на вышеприведенныхъ данныхъ ощупыванія, изъ коихъ положеніе тѣла матки представляетъ, конечно, самый важный пунктъ. Известную точку опоры для сужденія о положеніи тѣла матки имѣютъ уже въ положеніи *port. vaginalis*: если послѣдняя стоитъ по проводной линіи таза, а зѣвъ смотреть впередъ и внизъ, то матка большею частью лежитъ въ ретроверсіи, но она можетъ лежать и въ антефлексіи; если влагалищная часть стоитъ спереди, а зѣвъ смотреть внизъ, то матка лежитъ въ ретрофлексіи или въ антепозиціи; различитъ эти два положенія можно только, опредѣливъ, гдѣ находится тѣло матки, что вѣрнѣе всего удается посредствомъ тщательнаго двойнаго ощупыванія. Но такъ какъ въ большемъ числѣ загибовъ назадъ толстые брюшныя покровы и кишки не даютъ наружной рукѣ проникнуть до матки, глубоко лежащей въ крестцовой впадинѣ, то эти случаи не были бы доступны распознаванію, если бы нельзя было помощью однихъ внутреннихъ пальцевъ добиться весьма вѣроятнаго діагноза. Правда, для этого влагалищная стѣнка должна быть податлива, а положеніе матки довольно низкое. Тогда прощупываютъ ограниченную резистенцію величины и формы матки, которая подъ тупымъ угломъ переходитъ въ шейку; ощупываніе этой соединительной части представляетъ затрудненія, если шейка очень длинна и тонка, а загибъ очень остроугольный. При неподатливомъ влагалищѣ иногда еще можно опредѣлитъ тѣло матки со стороны прямой кишки. Если и это не удается, такъ что до матки нельзя добраться ни наружной, ни внутренней рукой, то можно еще прибѣгнуть къ зонду: по направленію, которое послѣдній принимаетъ, опредѣляютъ

положеніе матки. Для самыхъ трудныхъ случаевъ остается еще наркозъ. Я наблюдалъ иногда, что ретроверсія оставалась нераспознанной потому, что внутренними пальцами недостаточно высоко отбѣсняли задній влагалищный сводъ, а наружные пальцы помѣшались на переднюю стѣнку наклоненной назадъ матки и принимали это мѣсто за обращенное впередъ дно.

Когда установленъ діагнозъ—retroversioflexio, то надлежитъ рѣшить, *подвижна-ли матка или фиксирована*. Мы называемъ матку лишь тогда *подвижной*, если ее не только можно передвигать въ разныя стороны или внизъ и вверхъ, но и *вполнѣ наклонить впередъ*, и *она остается лежать спереди*, пока черезъ нѣкоторое время, отъ наполненія-ли пузыря или натуживанія больной, она снова не падаетъ назадъ. Мы называемъ матку *фиксированной*, если она разнаго рода воспалительными продуктами *такъ плотно соединена съ тазовой стѣнкой*, что ее *совершенно нельзя приподнять или очень мало*, или же, *если и удастся вполнѣ наклонить ее впередъ, то ее тотчасъ притягиваетъ назадъ, какъ только ее выпустятъ*. Тѣ случаи, гдѣ матка удерживается въ крестцовой впадинѣ только благодаря своей величинѣ (беременность, міома), мы называемъ не фиксированными, а *ущемленными*. *Слѣдовательно, для распознаванія фиксаціи необходимо вправить матку*. Для производства *вправленія* больную укладываютъ въ крестцовоспинное положеніе, послѣ того какъ были вполнѣ опорожнены пузырь и прямая кишка. Тогда входятъ двумя пальцами въ задній влагалищный сводъ и приподымаютъ матку по возможности до мыса или мимо него сбоку, между тѣмъ какъ наружная рука глубоко вдавливаютъ брюшные покровы и старается проникнуть за дно матки; когда послѣднее захвачено, внутренне пальцы оставляютъ задній сводъ, переходятъ въ передній и отдаютываютъ влагалищную часть назадъ; въ то же время наружная рука низводитъ тѣло матки на мочевою пузырь. Въ тотъ моментъ, когда пальцы оставляютъ задній влагалищный сводъ, тѣло матки часто снова падаетъ назадъ, потому что наружная рука не могла его прочно захватить; тогда можно, особенно при очень негибкой маткѣ, давленіемъ на влагалищную часть спереди косвеннымъ образомъ приподымать тѣло матки вверхъ. Но даже при сильномъ загибѣ удается нерѣдко отодвинуть матку, лежащую сзади на шейкѣ, вмѣстѣ съ послѣдней вверхъ. Наибольшія затрудненія при вправленія мы встрѣчаемъ въ толщинѣ брюшныхъ покрововъ и главное въ чувствительности больной. Если вправленію мѣшаетъ неподатливость задняго влагалищнаго свода, то можно еще имѣть успѣхъ, приподымая тѣло матки указательнымъ пальцемъ со стороны прямой кишки и въ то же время отдавливая большимъ пальцемъ со стороны рукава port. vaginal. сзади.

Ручное вправленіе требуетъ навыка и ловкости, и врачу, который располагаетъ ограниченнымъ опытомъ, оно часто не будетъ удаваться. Изъ неудачи обыкновенно выводится заключеніе, что матка фиксирована.

Но это отнюдь не вѣрно; лишь тогда можно діагностицировать фиксаціи, если *вся* способы вправленія не привели къ цѣли или если фиксаціи прощупываются. Если ручное вправленіе послѣ нѣсколькихъ бережныхъ попытокъ осталось безуспѣшнымъ, то надо отказаться отъ него и попробовать *приподнять матку зондомъ*; если послѣдній примѣнять съ осторожностью, то онъ никакого вреда не причинитъ, а подниметъ матку съ большей легкостью и безболѣзненностью, нежели неловкое ручное вправленіе. Легкія поврежденія слизистой оболочки съ незначительнымъ кровотеченіемъ могутъ, правда, при этомъ произойти, но болѣе значительныхъ пораненій паренхимы или прободенія маточной стѣнки я никогда при этомъ не наблюдалъ. Лучше всего примѣнять слабо изогнутый маточный зондъ съ толстой пуговкой; инструментъ вводятъ вышеописаннымъ образомъ въ ретрофлексированную матку, поворачиваютъ его такъ, чтобы вогнутая сторона прилегала къ передней стѣнкѣ матки и сильно опускаютъ рукоятку на промежность; подвижная матка поднимается этимъ путемъ такъ далеко кверху, что ее можно правой рукой захватить снаружи и нивести на мочевой пузырь, въ то время, какъ лѣвая рука фиксируетъ зондъ въ маткѣ. Когда матка лежитъ спереди, то отдавливаетъ обоими внутренними пальцами влагалищную часть назадъ и тогда вынимаютъ зондъ. Если матка фиксирована, то приподнятіе мало удается или совсѣмъ не возможно, притомъ причиняетъ боли вслѣдствіе натяженія сросшеній. Короткія, неподатливыя сросшенія можно узнать по упругому сопротивленію, встречаемому зондомъ при вправленіи; фиксація матки весьма вѣроятна также тогда, когда зондъ въ рукѣ все поворачивается вогнутостью къзади.

Вправленіе можно еще производить слѣдующимъ образомъ: захватываютъ переднюю губу *Muzeux*'евскими щипцами и сильно оттягиваютъ ее вперед и внизъ; въ то же время указательнымъ пальцемъ лѣвой руки приподнимаютъ тѣло матки со стороны прямой кишки или же двумя пальцами со стороны задняго влагалищнаго свода возможно выше, а *port. vagin.* отодвигаютъ щипцами, рукоятки которыхъ приподняты къ животу большой, къзади; иногда вправленіе удается этимъ путемъ съ чрезвычайной легкостью (*Küstner*).

Если примѣненіе зонда противопоказуется или изъ техническихъ основаній не ведетъ къ цѣли (напр. у нерожавшихъ), то приступаютъ къ ручному вправленію подъ *хлороформнымъ наркозомъ*; для половыхъ органовъ это несомнѣнно самый бережный способъ, дающій, кромѣ того, возможность ощупать фиксаціи.

Не слѣдуетъ довольствоваться однимъ констатированіемъ сросшеній, а надо опредѣлить, *какого рода фиксація* имѣется въ данномъ случаѣ; для правильнаго леченія это крайне важная часть діагностики. Мы различаемъ:

1. *Интраперитонеальная или периметритическая фиксація*. Здѣсь рѣчь идетъ о перитонитическихъ сросшеніяхъ, которыя могутъ образоваться на маткѣ вездѣ, гдѣ она покрыта брюшиною; чаще всего мы находимъ ихъ на задней стѣнкѣ вплоть до дна или сбоку вблизи заболѣвшихъ придатковъ, образующихъ большую часть исходный пунктъ

для воспаленія. Срощенія представляютъ собою отдѣльные тяжи или плоскостныя перепонки различной длины; бываютъ периметритическія сращения, — а именно тѣ, которыя сопровождаются сморщиваніемъ и запусѣніемъ брюшины или которыя представляютъ остатки оплотнѣлыхъ кровяныхъ опухолей (haematocoele) или экскудатовъ, — кои такъ прочно припаяваютъ матку къ тазовой стѣнкѣ, что она становится абсолютно неподвижной. Но большею частью мы имѣемъ дѣло съ отдѣльными перемычками и мембранами, которыя оставляютъ маткѣ извѣстную подвижность и нерѣдко полную вправимость. Периметритическая натура ихъ узнается по связи съ тѣми мѣстами матки, которыя покрыты брюшиною, по неправильности расположенія и нѣжности ихъ, такъ что онѣ часто рвутся отъ легкаго давленія пальцемъ.

2. *Параметритическая фиксация* можетъ двоякимъ путемъ вести къ неврвимои retroversioflexio: во-первыхъ, вслѣдствіе плотнаго соединенія шейки съ передней тазовой стѣнкой посредствомъ сморщивающихся экскудатовъ parametrium anterius или рубцовыхъ тяжей, являющихся остатками разрывовъ; съ другой стороны, можетъ образоваться фиксация на задней стѣнкѣ таза, если сзади производится влеченіе на тѣло матки со стороны старыхъ сморщившихся выпотовъ, лежащихъ въ нижнихъ отдѣлахъ широкой связки или подъ отслаиваемой частью брюшины; иногда можетъ подать поводъ къ неврвимоу наклоненію назадъ одно сморщиваніе Дугласовыхъ складокъ, если послѣднія прикрѣпляются непомѣрно высоко на задней стѣнкѣ матки, особенно часто подобное отношеніе наблюдается у нерожавшихъ. Крупные параметритическіе экскудаты, образующіеся при существующей уже ретроверсии, также ведутъ къ фиксаци послѣдней. Распознаваніе параметритической фиксаци основывается на констатированіи экскудата или отдѣльныхъ тяжей въ области околоматочной клѣтчатки, между тѣмъ какъ отдѣлъ матки, покрытый брюшиною, и все Дугласово пространство свободны отъ сращеній; параметритическія сращения на-ощупъ гораздо толще и плотнѣе периметритическихъ.

3. Весьма часто встрѣчается *косвенная фиксация матки вслѣдствіе пориженія* придатковъ, которые спаяны съ задней стѣнкой таза и такимъ образомъ удерживаютъ матку съ обѣихъ сторонъ, между тѣмъ какъ самое тѣло матки можетъ и не быть фиксированнымъ. Распознаваніе подобнаго рода фиксаци основывается на констатированіи сращенныхъ опухолей придатковъ; послѣднія часто находятся въ столь широкомъ соединеніи съ тѣломъ матки, что ихъ трудно отграничить отъ него.

Болѣ рѣдкая причина неврвимости матки лежатъ въ *непомѣрной короткости передней влагалищной стѣнки*, которая удерживаетъ port. vaginal. вблизи передней стѣнки таза и вызываетъ такимъ образомъ стойкую ретроверсию матки. Если съ цѣлью вправленія отодвигаютъ влагалищную часть къзади, то это удается лишь въ неполной мѣрѣ, и она снова смѣщается впередъ, какъ только ее выпускаютъ. Это первичное укороченіе передней стѣнки влагалища бываетъ врожденнымъ, или же оно

образуется вслѣдствіе старческаго сморщиванія; ее не слѣдуетъ смѣшивать съ вторичнымъ укороченіемъ, развивающимся при наклоненіи матки назадъ вслѣдствіе эластическаго сокращенія передней стѣнки; въ послѣднемъ случаѣ матка большею частью вправима.

Для полноты діагноза остается, наконецъ, *опредѣлить всю осложненія, стояція въ болѣе или менѣе тѣсной связи съ загибомъ матки назадъ* и дающія обыкновенно больше повода къ жалобамъ, нежели самое измѣненіе положенія; сюда относятся *метритическія припуханія матки, катарры, смѣщенія яичниковъ, свѣжій перитонитъ*.

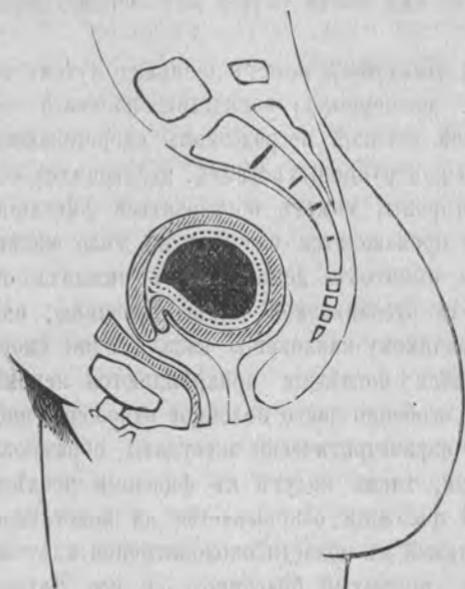


Рис. 58. Retroflexio uteri gravidi.

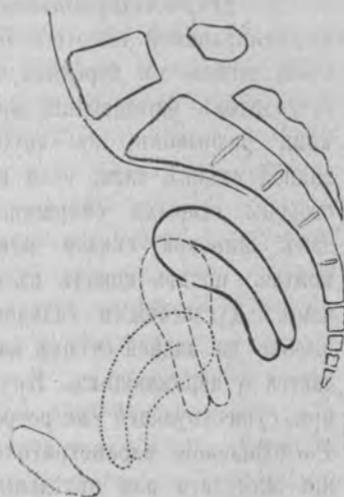


Рис. 59. Retropositio, retroversio и retroflexio uteri.

Особенное значеніе имѣетъ осложненіе беременностью — *retroflexio uteri gravidi*. Въ первые два мѣсяца беременность часто остается незамѣченной, такъ какъ не легко распознать увеличеніе и разрыхленіе матки, лежащей далеко кзади и трудно доступной комбинированному изслѣдованію. На третьемъ и четвертомъ мѣсяцахъ, когда загибъ назадъ беременной матки чаще всего попадаетъ подъ наблюденіе врача въ виду начинающихся явленій ущемленія, развиваются вполне характерныя пальпаторныя данныя (рис. 58). Влагалище и port. vag. представляютъ большую часть явственныхъ признаковъ беременности; влагалищная часть придвинута къ самому симфизу и стоитъ очень высоко, зѣвъ обращенъ внизъ. Задній влагалищный сводъ отгѣсненъ внизъ, въ рѣдкихъ случаяхъ почти до introitus'a, равномерно круглой опухоли, которая можетъ выполнять весь малый тазъ; форма опухоли и отношеніе ея къ тазу лучше всего опредѣляется со стороны прямой кишки. Консистенція опухоли мягкая, а при

ущемленія въ тазу даже туго-эластическая. Форма и консистенція опухоли заставляютъ, правда, заподозрить беременность въ перечнутой назадъ маткѣ, но увѣренность пріобрѣтается лишь тогда, если удастся констатировать при соединенномъ изслѣдованіи со стороны задняго влагалищнаго свода и брюшныхъ покрововъ равномерный переходъ влагалищной части въ тѣло матки; такъ какъ соединеніе между послѣдними большею частью очень мягко и рыхло, то иногда оное трудно прощупать, и тогда впадаютъ въ ту ошибку, что считаютъ расположенную спереди твердую шейку, особенно если она нѣсколько удлинена, за всю матку, а мягкое тѣло въ Дугласъ за опухоль, лежащую позади матки. Поэтому *retroflexio uteri gravidi* смѣшиваютъ чаще всего съ *haematocele retrouterina* (дифференціальный діагнозъ см. стр. 85), съ заматочными, периметритическими экссудатами (см. послѣдніе) или съ заматочными яичниковыми опухолями (см. послѣднія).

**Дифференціальный діагнозъ.** Распознать *retroversioflexio* легко, если только удастся ощупать матку; но такъ какъ, въ виду глубокаго положенія тѣла матки, это не совѣмъ легко, то діагностическія ошибки не рѣдки. Чаще всего мнѣ приходилось сталкиваться у моихъ учениковъ съ *смѣшиваніемъ retroflexio u retropositio*. Помимо того, что рядъ ошибокъ происходитъ отъ смѣшиванія обоихъ опредѣленій (рис. 59) и оттого, что *retropositio*, какъ патологическое понятіе, слишкомъ мало знакомо врачамъ, ошибки большею частью зависятъ отъ того, что врачъ, не находя тѣла матки спереди на нормальномъ мѣстѣ, не задумываясь предполагаетъ ретрофлексію. Это отрицательное заключеніе невѣрно. Уже положеніе влагалищной части въ задней половинѣ таза говоритъ большею частью противъ ретрофлексіи; если затѣмъ идти выше со стороны передняго влагалищнаго свода, то при *retropositio* ощупываютъ искривленіе матки по передней поверхности, между тѣмъ какъ ретрофлексію мы въ правѣ предположить только тогда, если можемъ ощупать тѣло матки въ заднемъ сводѣ или констатировать оное помощью зонда.

Весьма часто смѣшиваютъ *retroversio* и *anteflexio*, особенно въ тѣхъ нерѣдкихъ случаяхъ, когда шейка удлинена, а тѣло матки мало и атрофично; и здѣсь и тамъ влагалищная часть занимаетъ то же положеніе, и такъ какъ черезъ задній сводъ часто прощупывается большая часть надвлагалищной шейки, то ее легко принимаютъ за все тѣло, тѣмъ болѣе что не удается съ увѣренностью опредѣлить спереди маленькое, атрофичное corpus uteri. Отъ этой ошибки легче всего можно оградить себя, если ощупывать матку, или по боковому краю ея вверхъ, и обращать вниманіе на перегибъ впередъ, или же стараться опредѣлить направленіе полости зондомъ.

Заматочныя опухоли могутъ быть приняты за *retroflexio uteri*, если онѣ прилегаютъ къ заднему влагалищному своду, соединяясь подъ угломъ съ задней стѣнкой шейки и отгнѣняя послѣднюю впередъ; подобныя ошибки встрѣчаются при *подсывороточныхъ міомахъ, параметритическихъ*

*выпотахъ* или *остаткахъ haematocoele и экссудатовъ Дугласова пространства*. Принципъ отличительнаго распознаванія долженъ заключаться здѣсь въ констатированіи матки *впереди* этихъ опухолей, будь то посредствомъ ощупыванія или осторожнаго зондированія; подспорьемъ можетъ далѣе служить форма и связь этихъ опухолей: онѣ большею частью шире матки и лежатъ не только прямо позади шейки, какъ ретрофлексированная матка, но и сбоку отъ нея, онѣ сѣуживаются по направленію къ тазу, соединяются съ нимъ; изслѣдованіе *per rectum* здѣсь вѣрнѣе всего выясняетъ дѣло.

### Закручиваніе матки. *Torsio uteri.*

*Torsio* есть поворотъ матки вокругъ ея продольной оси, который можетъ произойти во влагалищѣ, такъ что вся матка поворачивается вокругъ оси, или же въ веществѣ самой матки, будь это въ области внутренняго зѣва или выше его въ тѣлѣ матки; въ послѣднемъ случаѣ нижній отдѣлъ матки остается на мѣстѣ, а закручивается только тѣло.

Скручиваніе встрѣчается чаще всего въ связи съ антефлексіей, если при одностороннемъ сморщиваніи Дугласовыхъ складокъ одинъ бокъ матки оттянуть назадъ; то же самое при ретрофлексіяхъ мы находимъ тѣло матки смѣщеннымъ не прямо назадъ, а вслѣдствіе закручиванія въ сторону, чаще всего влѣво. При удвоеніяхъ матки мы находимъ послѣднюю закрученной такимъ образомъ, что одинъ рогъ смотритъ впередъ, а другой назадъ. *Распознаваніе* этихъ закручиваній, касающихся всей матки въ совокупности, устанавливается на основаніи того, что поверхности органа не смотрятъ прямо впередъ и назадъ, а обращены нѣсколько въ сторону; при осмотрѣ зеркаломъ находятъ часто наружный зѣвъ въ косомъ или даже сагиттальномъ направленіи.

Закручиваніе матки въ самомъ веществѣ ея происходитъ вслѣдствіе роста подсерозныхъ міомъ или яичниковыхъ опухолей, сидящихъ на короткой ножкѣ. Діагнозъ возможенъ здѣсь только случайный, большею частью на основаніи положенія придатковъ; обыкновенно же онъ ставится лишь путемъ осмотра при операціи.

### Выворотъ матки. *Inversio uteri.*

Съ гинекологической точки зрѣнія насъ интересуютъ двѣ формы выворота: хроническая пуэрперальная и выворотъ вслѣдствіе опухолей матки.

При *хроническомъ пуэрперальномъ выворотѣ* выпячивается въ полость матки стѣнка согр. ut., начиная со дна, причемъ выворотъ можетъ доходить только до внутренняго зѣва или вывороченное тѣло матки выпячивается въ шейку либо сквозь нее во влагалище, или же шейка также принимаетъ участіе въ выворотѣ, по крайней мѣрѣ верхнимъ своимъ отдѣломъ; область наружнаго зѣва обыкновенно сохрывается. Вслѣдствіе выпячиванія образуется сверху болѣе или менѣе глубокая воронка, въ которую втягиваются придатки съ обѣихъ сторонъ. При влагалищномъ

изслѣдованіи мы находимъ полипозное, мягкое тѣло, которое кверху суживается и исчезаетъ въ наружномъ зѣвѣ. Если пальцемъ проникнуть въ наружный зѣвъ, то можно констатировать кругомъ переходъ вывороченной части въ сохранившійся отдѣлъ шейки; эта переходная складка часто исчезаетъ, если оттянуть вывороченную матку внизъ, такъ какъ благодаря этому выворотъ шейки становится полнымъ. Если нельзя пальцемъ съ увѣренностью опредѣлить переходъ вывороченной матки въ шейку, то это можно еще доказать зондомъ: послѣдній кругомъ шейки полипа наталкивается на сопротивленіе со стороны вывороченной шейки и нигдѣ не проникаетъ въ полость матки. Осмотръ зеркаломъ также даетъ нѣкоторыя характеристическія данныя: поверхность гладка, какъ бархатъ, блестяща и ярко-красна; иногда на нижнемъ концѣ отчетливо можно распознать оба трубныхъ отверстія въ видѣ маленькихъ втягиваній.

Хотя такимъ образомъ въ благопріятныхъ случаяхъ распознаваніе *inversio uteri* возможно при помощи одного изслѣдованія *per vaginam*, тѣмъ не менѣе въ виду ответственности этого діагноза слѣдуетъ всегда предпринимать двойное изслѣдованіе, и притомъ со стороны прямой кишки и брюшныхъ покрововъ; большею частью можно тогда безъ труда доказать отсутствіе тѣла матки, а при благопріятствующихъ брюшныхъ покровахъ—наличность воронки на мѣстѣ *corp. ut.*, въ которую тянутся трубы, яичники же обыкновенно остаются на краю ея.

*Дифференціальный діагнозъ.* Выворотъ матки можетъ быть смѣшиваемъ только съ лежащей во влагалищѣ подслизистой міомой матки; объ отличіяхъ между ними см. ниже.

Распознаваніе *выворота при маточныхъ опухоляхъ* возможно лишь тогда, если міома вмѣстѣ съ вывороченной маткой лежитъ впереди половой расщелины. Если опухоль сидитъ на ножкѣ на вывороченной стѣнкѣ матки, то можно ихъ отчетливо отграничить другъ отъ друга благодаря перетяжкѣ или кольцу, но если опухоль связана съ маткою широкимъ основаніемъ, то переходъ между ними незамѣтенъ, развѣ иногда по консистенціи, такъ какъ тѣло матки мягче міомы; и въ этихъ случаяхъ надо стараться констатировать помощью соединеннаго изслѣдованія воронку выворота; если маточная стѣнка выворочена опухолью лишь частично, то это, конечно, едва-ли удастся. На этомъ основаніи большинство выворотовъ при маточныхъ міомахъ распознается лишь при оперативномъ удаленіи опухоли.

### Распознаваніе міомъ матки.

Диагностика міомъ предполагаетъ знакомство съ анатомическими свойствами и различными формами развитія этихъ опухолей; поэтому, раньше чѣмъ приступить къ изложенію діагностическихъ принциповъ, я хочу здѣсь остановиться на топографической анатоміи міомъ, поскольку она имѣетъ значеніе для распознаванія.

### Топографическая анатомія міомъ.

Маточныя міомы суть ограниченныя новообразованія мускулатуры. Первоначально имѣется большею частью множество зачатковъ, но лишь ограниченное число ихъ получаетъ дальнѣйшее развитіе. Въ большинствѣ случаевъ преобладаетъ по своей величинѣ одна міома, а нѣсколько меньшихъ группируются вокругъ нея, большею частью въ ея оболочкѣ; въ другихъ случаяхъ мы имѣемъ конгломератъ міомъ, располагающихся вокругъ матки. Первоначально всѣ міомы лежатъ интерстиціально, но вслѣдствіе различнаго направленія роста возникаютъ клинически и анатомически совершенно различныя формы развитія. Мы различаемъ прежде всего на тѣлѣ матки

1. **Подсывороточныя міомы.** Міомы называютъ подсывороточными, если онѣ вырастаютъ изъ наружной стѣнки матки, притомъ на такомъ мѣстѣ ея, которое покрыто сывороточной оболочкой. Отличіе ихъ отъ междуточно лежащихъ міомъ состоитъ въ томъ, что онѣ наибольшей своей периферіей вышли изъ стѣнки и не имѣютъ толстой оболочки изъ маточной мускулатуры (рис. 62). Небольшія міомы представляютъ собою узловатое утолщеніе на наружной поверхности матки; болѣе крупныя суть самостоятельныя опухоли, находящіяся въ болѣе или менѣе широкой связи съ маточной стѣнкой. Чѣмъ больше становится подсерозныя міомы, тѣмъ болѣе онѣ вытягиваются изъ стѣнки матки, соединяясь съ нею только ножкой. Если эта ножка очень широка, то она образуется еще обыкновенно частью міомы, болѣе узкія ножки состоятъ только изъ мускулатуры, а самыя тонкія могутъ иногда составляться изъ одной брюшины и сосудовъ; иногда встрѣчается полное отдѣленіе ножки. Если подсывороточныя міомы вырастаютъ изъ бока матки, то онѣ попадаютъ межъ листками широкой связки и называются *межсвязочными* (интралигаментарными) *міомами*; и эти послѣднія могутъ иногда совершенно отдѣлиться отъ матки и лежать въ широкой связкѣ какъ изолированныя опухоли. Если подсывороточныя міомы исходятъ изъ нижнихъ отдѣловъ тѣла матки, которые покрыты рыхло прикрепленной брюшиной, то онѣ отслаиваютъ послѣднюю и растутъ подъ нею дальше. Подобныя міомы называютъ, въ противоположность къ подсывороточнымъ, *подбрюшинными*; сюда онѣ могутъ приводнять брюшину Дугласова пространства и задней тазовой стѣнки, разрастаясь вплоть до послѣдней, спереди онѣ попадаютъ подъ брюшину excavatio vesico-uterina и смѣщаютъ пузырь; если онѣ отходятъ болѣе отъ боковыхъ частей передней и задней стѣнки, то онѣ и здѣсь врастаютъ въ широкую связку и могутъ попасть подъ coesum, flexura sigmoidea. Если міома снабжена длинной ножкой, то матка сохраняетъ свою форму, исключая то мѣсто, гдѣ отходитъ ножка опухоли, только въ общемъ она нѣсколько удлинена и утолщена вслѣдствіе гипертрофіи мускулатуры. *Полость* матки измѣнена только тогда, если часть міомы еще сидитъ въ стѣнкѣ; при опухоляхъ, сидящихъ на длинныхъ ножкахъ, она, соотвѣтственно удлинению матки, нѣсколько вытянута въ длину (рис. 74).

2. **Межуточные миомы** (*m. interstitiale, intraparietale, intramurale*) сидятъ въ стѣнкѣ матки, вездѣ окружены оболочкой мускулатуры и лишь мало выдаются изъ контуровъ матки; онѣ ведутъ къ увеличенію по всѣмъ направленіямъ той одной стѣнки, въ которой онѣ сидятъ, между тѣмъ какъ здоровая стѣнка вытягивается въ длину и ширину и вслѣдствіе этого часто значительно истончается. Матка въ цѣломъ увеличивается отъ интерстиціальной миомы, часто столь же равномерно, какъ и *uterus gravidus* (рис. 60), но большею частью пораженная стѣнка нѣсколько выпячена наружу. Вслѣдствіе гипертрофіи мускулатуры вокруг миомы выступающія наружу очертанія ея округляются. *Маточная полость* обнаруживается при межуточныхъ миомахъ важныя измѣненія: вслѣдствіе уве-



Рис. 60. Межуточная миома задней стѣнки (по препарату университетской женской клиники).  $\frac{1}{2}$ .

личенія размѣровъ одной стѣнки она сильно растягивается въ длину и въ ширину; она лежитъ эксцентрически—къ одной наружной стѣнкѣ матки весьма близко, а отъ другой отдѣлена на всю толщю миомы; если опухоль вдаётся въ полость, то послѣдняя получаетъ нѣсколько дугообразную форму (рис. 74).

3. **Подслизистыя миомы** суть миомы, растущія по направленію къ полости матки и выступающія въ нее изъ маточной стѣнки приблизительно на половину своего контура; онѣ покрыты снутри одной только слизистой оболочкой и развѣ еще тонкимъ слоемъ мускулатуры. При дальнѣйшемъ ростѣ онѣ еще больше попадаютъ въ полость и равномерно растягиваютъ матку, такъ что ея форма можетъ стать совершенно круглой; вслѣдствіе этого стѣнка равномерно истончается, исключая то мѣсто, гдѣ находится основаніе опухоли. Связь миомы съ маткой колеблется въ

значительныхъ предѣлахъ; болѣе широкое соединеніе образуется самой міомой, менѣе широкое одной мускулатурой. *Полость матки* больше всего измѣняется отъ слизистой міомы; она становится длиннѣе и шире и такъ окружаетъ міомы, сидящія на тонкой ножкѣ, что онѣ почти свободно лежатъ въ полости (рис. 74).

Подслизистыя міомы вызываютъ рефлекторно влѣдствіе давленія на внутреннюю поверхность матки и на *os internum* маточныя сокращенія, которые могутъ вызвать значительныя смѣшенія ооухоли. Расширивъ внутренній зѣвъ, онѣ попадаютъ верхушкою въ шейку, изглаживаютъ ее, доходятъ до наружнаго зѣва и, по его расширеніи и даже полномъ из-

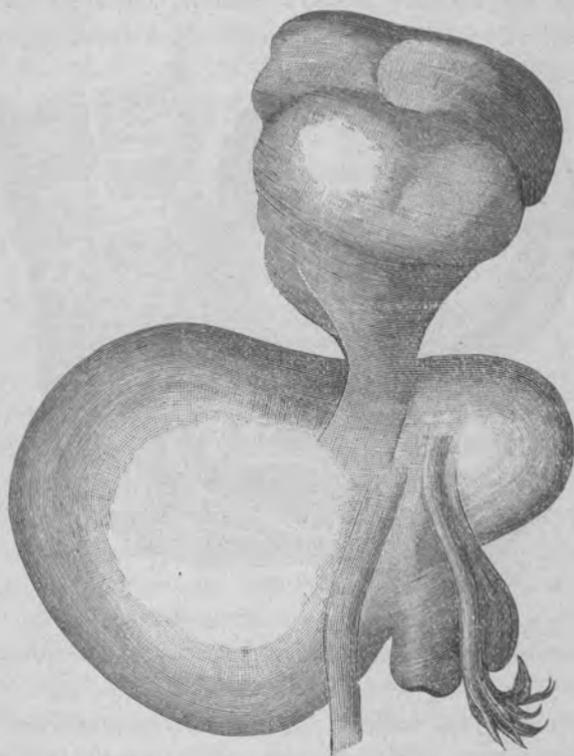


Рис. 61. Одна подсывороточная и двѣ межзоточныя міомы матки (по препарату университетской женской клиники). <sup>1/3</sup>.

глаживаніи, попадаютъ во влагалище, гдѣ онѣ большею частью остаются лежать (рис. 64); иногда при сильномъ примѣненіи брюшнаго пресса онѣ могутъ изгоняться изъ половой расщелины. Это смѣшеніе — *рожденіе* міомы — возможно лишь при сильномъ вытягиваніи ножки въ лѣву; эти міомы называютъ *фиброзными полипами* (рис. 63). Рожденіе широко сидящей міомы влечетъ за собою *частичный выворотъ* той части маточной стѣнки, отъ которой міома отходитъ. Влѣдствіе сильнаго вытягиванія обезпечивающей питаніе ножки образуется анэмическій некрозъ, а подъ вліяніемъ микроорганизмовъ влагалища ихорозное распаденіе ооухоли.

При всѣхъ формахъ міомъ, чаще всего при подслизистыхъ и междуточныхъ, слизистая тѣла матки находится въ состояніи сильнаго воспалительнаго утолщенія по типу *железистаго и междуточного эндометрита*.

**Міомы шейки** значительно рѣже. Большая часть лежащихъ въ шейкѣ міомъ исходятъ одновременно изъ тѣла и шейки или медленно вростають изъ тѣла въ шейчную стѣнку. Чистыя цервикальныя міомы рѣдко наблюдаются. И здѣсь можно различать выше изображенныя три формы.

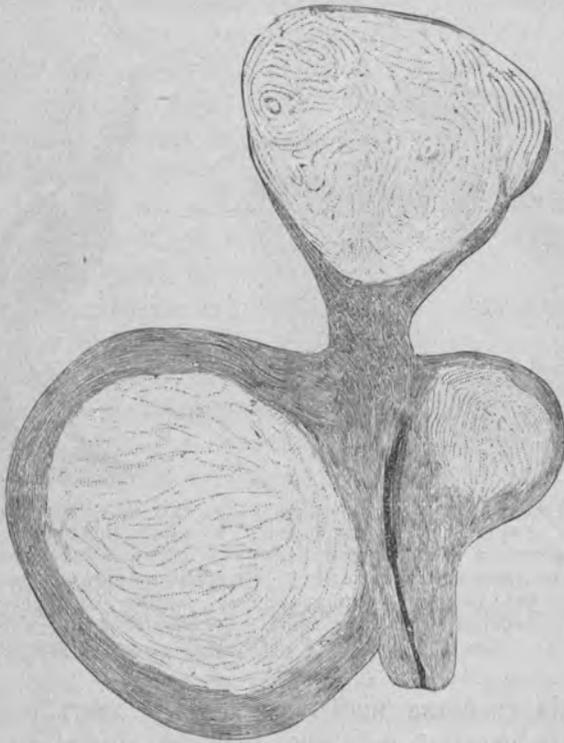


Рис. 62. То же самое на сагиттальномъ разрѣзѣ.  $\frac{1}{3}$ .

*Подсвороточныя цервикальныя міомы* въ тѣсномъ смыслѣ слова не существуютъ, такъ какъ шейка нигдѣ не имѣетъ плотно приставшей свороточной оболочки; вырастающія изъ наружной поверхности шейки міомы развиваются только подбрюшинно или межсвязочно, всегда обружены тазовой клѣтчаткой и только сверху покрыты брюшиною; онѣ смѣшаютъ сосѣдніе органы (мочеточникъ, пузырь, прямая кишка) и оттѣсняють тѣло матки вверхъ, такъ что оно сидитъ на міомѣ.

*Междуточные цервикальныя міомы* раздвигаютъ во всѣ стороны ту стѣнку, въ которой онѣ сидятъ, между тѣмъ какъ другая стѣнка сильно истончается, вытягивается и полудушно обхватываетъ пораженную стѣнку; вслѣдствіе этого наружный зѣвъ сильно вытягивается въ длину.

*Подслизистыя міомы* очень рано получают ножку и, какъ фиброзныя полипы, появляются въ наружномъ зѣвѣ.

Весьма часто встрѣчаются *комбинаціи нѣсколькихъ міомъ* въ разныхъ формахъ: подсерозныя, интерстиціальныя, подслизистыя міомы тѣла и шейки могутъ развиваться вмѣстѣ. Каждая міома обнаруживаетъ выше упомянутыя измѣненія, но общая картина можетъ получиться весьма сложная.



Рис. 63. Большой фиброзный полипъ; въ стѣнкѣ небольшая межзубчатая, а въ днѣ болѣе крупная подсывороточная міома (по препарату университетск. женск. клиника).  $\frac{1}{3}$ . Полипъ отходитъ отъ дна, онъ расширилъ шейку и виситъ въ верхней части влагалища.



Рис. 64. Рожденіе подслизистой міомы (по препарату университетск. женск. клиника).  $\frac{1}{3}$ . Міома родилась во влагалище черезъ изглаженную шейку и вполнѣ открытъ наружный зѣвъ: спереди пузырь и уретра.

**Клиническія свойства міомъ** прежде всего даютъ опору для распознаванія этихъ опухолей и поэтому требуютъ обстоятельнаго разбора, поскольку они имѣютъ значеніе для этой цѣли.

**Форма.** Міомы круглы, рѣже овальны и въ общемъ сохраняютъ эту форму благодаря концентрическому росту. Чистая форма міомы меньше всего выступаетъ при интерстиціальному развитіи, такъ какъ опухоль при этомъ всецѣло окружена мышечной оболочкой. Подсывороточныя міомы лучше всего обнаруживаютъ свою вполнѣ шаровидную форму съ гладкой поверхностью, какъ бильярдный шаръ; но какъ-разъ у нихъ чаще всего бываютъ отклоненія, такъ какъ онѣ нерѣдко могутъ приобрести свойства самостоятельно растущей опухоли, — тогда онѣ становятся овальны, дольчаты, дѣлятся на болѣе крупныя отдѣлы и получаютъ также нерѣдко мелко-бугристую поверхность. Тоже и подслизистыя міомы имѣютъ шаровидную форму, пока онѣ лежатъ въ маткѣ. Но подъ влияніемъ маточ-

ныхъ сокращеній онѣ подвергаются при изгнаніи паразитическимъ измѣненіямъ формы: онѣ вытягиваются въ длину, приспособляются къ формѣ маточной и шеечной полости, часто обнаруживаютъ перетяжки отъ зѣва и становятся длинны и узки, какъ полипъ. Подсыворочныя міомы паразитически измѣняютъ форму во время беременности: влѣдствіе растяженія матки онѣ растягиваются въ ширину и, вмѣсто круглаго бугра, онѣ представляютъ только плоское утолщеніе маточной стѣнки.

**Консистенція** міомъ есть несомнѣнно наиболѣе важное для діагностики свойство ихъ; она зависитъ отъ взаимнаго отношенія обѣихъ основныхъ составныхъ частей: соединительной и мышечной ткани; чѣмъ больше первой, тѣмъ тверже міома, чѣмъ больше послѣдней, тѣмъ мягче. Чистыя фибромы могутъ быть на-ощупъ тверды, какъ камень, особенно при подсыворочномъ развитіи, между тѣмъ какъ чистыя міомы могутъ быть такъ мягки, какъ беременная матка; послѣднія часто вдавнны, даютъ кажущуюся флюктуацію и приближаются по консистенціи къ кистовиднымъ опухолямъ. Чѣмъ больше маточной стѣнки помѣщается надъ міомами, тѣмъ онѣ мягче на-ощупъ; но большинство міомъ тверды, неподатливы и явственно тверже здоровой маточной мускулатуры.

*Рѣзкія измѣненія въ консистенціи* претерпѣваютъ міомы влѣдствіе патологическихъ процессовъ въ веществѣ ихъ.

*Міомы становятся тверже* влѣдствіе рубцоваго (старческаго) сморщиванія межмышечной соединительной ткани (induratio) или влѣдствіе омѣтленія, которое чаще всего появляется въ подсерозныхъ, рѣже всего въ интратенциальныхъ міомахъ и болѣею частью начинается съ центра, иногда также въ видѣ скорлупы на периферіи; консистенція міомъ можетъ стать отъ этихъ процессовъ тверда, какъ камень.

Важнѣе *размягченія міомъ*, такъ какъ они нерѣдко даютъ поводъ къ діагностическимъ ошибкамъ. Размягченіе почти аккуратно наступаетъ *во время беременности* влѣдствіе *разрыхленія* матки, послѣднее простирается также на міому и дѣлаетъ ее болѣе и мягче; послѣ родовъ эти измѣненія медленно исчезаютъ. Некробіотическіе процессы въ міомѣ часто ведутъ къ *жировому размягченію* и даже кашицеобразному распаденію; таковое наступаетъ во время беременности, послѣ родовъ или примыкаетъ къ другимъ разстройствамъ питанія. Тоже и омертвѣніе (гангрена) міомы, какъ оно встрѣчается въ родильномъ періодѣ и послѣ выскабливанія слизистой матки, дѣлаетъ опухоль мягче. *Воспалительные процессы* въ міомѣ и *нагноенія*, каковыя мы наблюдаемъ чаще всего при инфекціяхъ и при изгнаніи подслизистыхъ міомъ, тоже ведутъ къ исчезновенію твердой консистенціи. Мягче всего становятся міомы отъ *накопленія жидкости въ веществѣ ихъ*, будутъ-ли это продукты распаденія или накопленіе лимфы въ лимфатическихъ щеляхъ соединительной ткани либо въ сильно расширенныхъ лимфатическихъ сосудахъ. Консистенція можетъ въ этихъ случаяхъ получиться различная: при равномерномъ пропитываніи міомы жидкостью, опухоль становится такъ мягка, какъ

матка во время беременности. Если же мы имѣемъ дѣло съ крупными кистами, то консистенція зависитъ оттого, лежатъ-ли онѣ поверхностно или еще окружены толстымъ слоемъ мускулатуры; въ первомъ случаѣ міома флюктуируетъ, какъ яичниковая киста, въ послѣднемъ случаѣ можетъ иногда отсутствовать всякое размягченіе. Телеангіэктатическія міомы также отличаются большою мягкостью. Вслѣдствіе саркоматознаго перерожденія міома можетъ размягчиться и даже совершенно распасться.

**Подвижность** міомъ зависитъ отъ ихъ отношеній къ маткѣ. Подслизистыя и межучочныя міомы, равномерно увеличивающія матку, обладаютъ подвижностью самой матки, которая иногда сдерживается въ своихъ экскурсіяхъ только неподатливостью брюшныхъ покрововъ и связокъ. Подсывороточныя міомы часто пріобрѣтаютъ собственную подвижность, которая въ общемъ зависитъ отъ толщины ножки; если ножка очень широка, то онѣ мало передвигаются по маткѣ, а слѣдуютъ движеніямъ послѣдней, при тонкой же ножкѣ подвижность можетъ стать очень велика, и особенно при вялыхъ брюшныхъ покровахъ міома можетъ слѣдовать всякому движенію тѣла; какъ слѣдствіе подобной подвижности часто наблюдается при подсерозныхъ міомахъ брюшная водянка.

**Неподвижными** міомы становятся только при особыхъ условіяхъ. При *межсвязочномъ и подбрюшинномъ развитіи*, міомы, даже сидящія на ножкахъ, теряютъ свою подвижность, такъ какъ покрывающая ихъ брюшина удерживаетъ ихъ на днѣ таза; въ этихъ случаяхъ подвижность не вполне утрачивается, но брюшина и окружающая клѣтчатка допускаютъ большую частью незначительныя смѣщенія. Весьма плотное соединеніе съ сосѣдствомъ, особенно съ тазовой стѣнкой, могутъ получить міомы благодаря *параметритическимъ выпотамъ* или обширнымъ *периметритическимъ сращениямъ*, каковыя наблюдаются при нерѣдко осложняющихъ міому *pyosalpinx*'ахъ. Міомы могутъ также стать неподвижными вслѣдствіе *ущемленія*, если подсерозная міома выполняетъ малый тазъ или если матка, увеличенная межучочной міомой, удерживается въ ретрофлексіи; отъ величины міомы и ширины тазовой полости зависитъ степень неподвижности и возможность вправленія.

### Распознаваніе міомъ.

*Діагнозъ міомы основывается на нахожденіи плотной опухоли маточной стѣнки*; эта опухоль можетъ лежать въ самой стѣнкѣ, вдаваться въ маточную полость или расти изъ наружной поверхности матки. Для констатированія маточной опухоли мы пользуемся тремя различными методами: прямымъ ощупываніемъ матки, ощупываніемъ придатковъ и призмѣніемъ зонда.

Важнѣе всего **прямое ощупываніе опухоли и ея связи съ маточной стѣнкой**. Въ большинствѣ случаевъ достаточно соединенное изслѣдованіе, чтобы съ увѣренностью діагностировать міому; но данныя, которыя мы при этомъ получаемъ, будутъ различны, смотря по формѣ развитія міомы.

*Межуточныя міомы* сами по себѣ никогда не прощупываются, но распознаются по утолщенію и увеличенію матки. Когда міомы еще малы, то ихъ только можно подозрѣвать на основаніи увеличенія и твердой консистенціи матки; иногда, правда, можно довольно отчетливо опредѣлить болѣе твердую консистенцію міомы среди болѣе мягкой маточной ткани или ощупать ихъ въ видѣ небольшихъ бугровъ на наружной поверхности (рис. 65); чѣмъ больше и тверже матка, тѣмъ вѣрнѣе можно предположить міому. Когда опухоль очень велика, то иногда трудно доказать, что это матка; вѣрнѣйшій признакъ это—переходъ влагалищной части въ самую опухоль; если мы помощью этого признака съ увѣренностью опредѣлили, что эта крупная опухоль—матка, то при твердой ея консистенціи мы всегда должны діагностицировать міому<sup>1)</sup>.

Для точнаго опредѣленія локализациі міомы въ маткѣ одно ощупываніе не всегда достаточно. Если при изслѣдованіи со стороны передняго влагалищнаго свода или съ боковъ можно констатировать, что *portio vaginalis* выше свода расширяется и равномерно переходитъ въ опухоль, тогда трудно опредѣлить, въ какой стѣнкѣ сидитъ міома. Но если переходъ совершается не по срединной линіи, а по периферіи, и если здѣсь еще можно прощупать часть матки въ неизмѣненномъ состояніи, то отсюда можно вывести заключеніе, что здѣсь полость лежитъ и, слѣдовательно, міома на противоположной сторонѣ. Проще можно здѣсь достигнуть цѣли помощью маточнаго зонда (см. стр. 156).

*Діагнозъ межуточной міомы шейки* болшею частью легко поставить на основаніи равномернаго, бугристаго утолщенія одной стѣнки и полудуннаго растяженія другой истонченной стѣнки; если міомы сидятъ въ нижней части шейки, то мы находимъ болѣе значительныя опухоли вдающимися во влагалище и можемъ также при открытомъ наружномъ зрѣніи отчетливо различить выпячиваніе въ просвѣтѣ шеечнаго канала; труднѣе

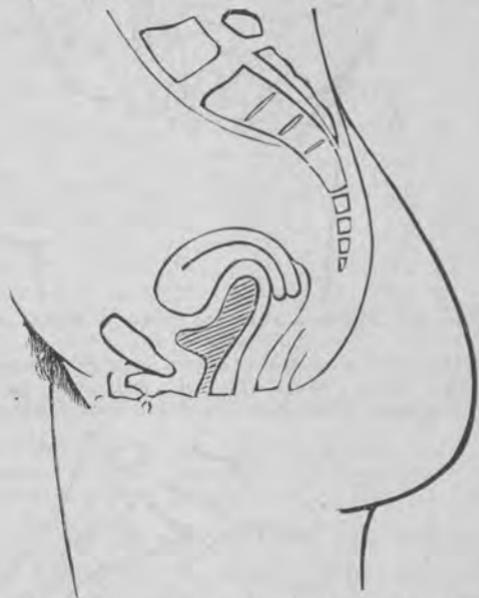


Рис. 65. Небольшая интрастициальная міома передней стѣнки. Р. О.

Тѣло матки толсто и твердо, нижній сегментъ тонко и мягко, 9 см. Передняя стѣнка шарообразно выступаетъ; зондированіе обнаруживаетъ весьма замѣтную разницу въ толщинѣ обѣихъ стѣнокъ.

<sup>1)</sup> Беременность въ метритной маткѣ можетъ дать въ первые мѣсяцы такія же данныя ощупыванія, и сужденіе по одной консистенціи уже не разъ вводило даже опытныхъ діагностовъ въ заблужденіе.

становится распознаваніе, если крупная опухоль заграждаетъ доступъ къ наружному зъву.



Рис. 66. Крупная интерстиціальная міома передней стѣнки. Р. О.

Матка стоитъ на уровнѣ двухъ поперечныхъ пальцевъ ниже пупка. Зондъ, 12 см., скользитъ по задней стѣнкѣ, у дна онъ отчетливо прощупывается.



Рис. 67. Подслизистая міома въ началѣ изгнанія. Р. О.

Міома заострилась по направленію къ полости матки и шеечному каналу; наружный зъвъ проходимъ для одного пальца; небольшая часть шейки еще не изглажена.

*Распознаваніе подслизистой* міомы основывается на тѣхъ же началахъ, что и діагнозъ междуточной міомы, коль скоро шейка закрыта, и только по равномерно круглой формѣ матки и по переходу влагалищной части какъ-разъ въ середину опухоли можно иногда заподозрить подслизистый характеръ міомы. Съ увѣренностью доказать подслизистую міому можно только при непосредственномъ ощупываніи ея, когда цервикальный каналъ открытъ или когда начинается изгнаніе міомы (рис. 67). Благопріятный моментъ для распознаванія подслизистой міомы представляетъ менструація, такъ какъ въ это время, въ виду конгестивнаго привуханія міомы, часто возбуждаются схватки, которыя расширяютъ шейку; послѣ менструаціи міома опять отступаетъ назадъ въ маточную полость, и шейка закрывается. Если при сильныхъ меноррагіяхъ можно заподозрить подслизистую міому, то не надо забывать поизслѣдовать большую во время мѣсячныхъ. Палецъ, введенный въ матку, или ощупываетъ твердую опухоль

въ полости ея, находящуюся въ болѣе или менѣе широкой связи съ маточной стѣнкой, или только шаровидное выпячиваніе одной стѣнки.

Чтобы опредѣлить ширину ножки подслизистыхъ міомъ въ томъ случаѣ, если не удастся непосредственно ощупать ее, *Fritsch* совѣтуетъ захватить опухоль *Museum*'евскими щипцами и дѣлать повороты; чѣмъ легче міома закручивается, тѣмъ тоньше должна быть ножка. Такъ какъ этимъ способомъ можно иногда инфицировать міому, то онъ умѣстенъ только тогда, когда за этимъ должно слѣдовать удаленіе опухоли. Расширеніе шеечнаго канала и ощупываніе полости матки предпринимаютъ только тогда, когда имѣютъ вѣское основаніе подозрѣвать подслизистую міому и имѣютъ намѣреніе тотчасъ присоединить экстирпацію ея. Иногда можно діагностицировать подслизистую міому по баллонообразному расширенію шейки и влагалищной части; это въ томъ случаѣ, когда міома изгнана изъ матки и, подобно *abortus cervicalis*, застряла за наружнымъ зѣвомъ; *portio vaginalis* превращается при этомъ въ шаръ, и черезъ узкій зѣвъ можно ощупать міому зондомъ или, по разсѣченіи *os. ext.*, прямо пальцемъ.

Подслизистыя шеечныя міомы большею частью легко доступны прямому ощупыванію, такъ какъ онѣ рано расширяютъ наружный зѣвъ и вдаются во влагалище; связь ножки съ цервикальной стѣнкой также легко ощупывается.

Всего легче опредѣляются посредствомъ ощупыванія *подсывороточныя міомы*. Пока онѣ малы, онѣ имѣютъ характеръ бугровъ или стебельчатыхъ опухолей твердой консистенціи, сидящихъ на наружной поверхности матки; при крупныхъ опухоляхъ данныя изслѣдованія зависятъ отъ способа соединенія міомы съ маткою: если связь очень широка, то міомы образуютъ вмѣстѣ съ маткой *одну* опухоль, и только въ одномъ мѣстѣ можно распознать незатронутый остатокъ матки, въ видѣ бугра или края, или по мягкой консистенціи, или по переходу *port. vaginalis* въ эту часть (рис. 69). Чѣмъ уже связь опухоли съ маткой, тѣмъ труднѣе діагнозъ міомы, такъ какъ послѣдняя получаетъ тогда свойства опухоли, лежащей *возлѣ матки*; при ясно выраженной ножкѣ можно ощупать матку и опухоль отдѣльно другъ отъ друга, и діагнозъ міомы осно-



Рис. 68. Подсывороточная міома передней стѣнки.  
Р. О.

Міома, величиною въ кулакъ, отходитъ отъ передней стѣнки; основаніе опухоли величиною приблизительно въ пятакопѣчную монету. Матка 8 см.

вываается на первомъ планѣ на свойствахъ ножки. Последняя имѣть всегда извѣстную консистенцию, большею частью она широка, коротка и мясиста (рис. 68). Распознаваніе подсывороточныхъ міомъ затрудняется тѣмъ, что онѣ часто теряютъ свою характерную круглую форму, но, съ другой стороны, оно облегчается рѣзко выраженной у нихъ твердой консистенціей.



Рис. 69. Три подсывороточныя міомы матки. Р. О. Справа міома величиною въ кулакъ, слева меньшая подсывороточная міома, въ оболочкѣ которой прощупывается еще одна совсѣмъ маленькая. Дно матки отчетливо констатируется зондомъ между объемами крупными опухолями. Зондъ 11 см.

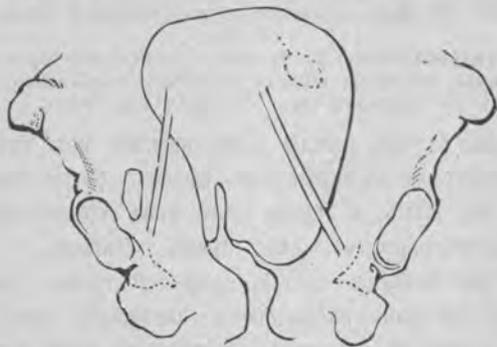


Рис. 70. Межсвязочная міома лѣвой стѣнки тѣла и шейки матки. Р. О.

Міома, величиною въ дѣтскую головку, въ широкое соединеніе съ лѣвымъ бокомъ матки; лѣвая широкая связка вполне изглажена, такъ что *lig. rotundum* проходитъ спереди, а яичникъ лежитъ на задней поверхности. Міома вдается также въ болѣе глубокія части тазовой кѣлчатки и прилегаетъ къ лѣвому влагалашному своду.

Эти міомы имѣютъ ограниченную подвижность, особенно въ направленіи сверху внизъ, и ихъ не удастся вправить, т. е. вывести изъ малого таза.

Ощупываніе придатковъ играетъ большую роль въ распознаваніи міомъ, такъ какъ безъ этого часто невозможно съ увѣренностью опредѣлить локализацию и форму развитія опухоли; надо, по крайней мѣрѣ, пытаться въ каждомъ случаѣ установить направленіе придатковъ, хотя часто

*Межсвязочное развитіе міомы* распознается по связи послѣдней съ бокомъ матки; эта связь можетъ занимать весь бокъ матки (рис. 70), но также быть очень тонкой, встрѣчается даже полное отдѣленіе міомы отъ маточной стѣнки. Смѣщеніе матки въ сторону, незначительная подвижность опухоли и характерное направленіе придатковъ (см. стр. 156) также говорятъ въ пользу интралигаментарной опухоли. *Подбрюшинное развитіе* можно предположить, если міома исходитъ изъ такого мѣста матки, которое совершенно лишено брюшиннаго покрова или покрыто лишь рыхло прилегающей брюшиной; это обыкновенно низко сидяція міомы тѣла матки или шейки. Въ такихъ случаяхъ можно всегда отграничить отъ міомы значительный кусокъ тѣла матки, который сдвинуть вверхъ или въ сторону (рис. 71).

Эти міомы имѣютъ ограни-

толстые брюшные покровы дѣлають ошупываніе невозможнымъ. Важнѣе всего прослѣдить ходъ *круглыхъ связокъ*; начинаютъ ошупываніе тотчасъ поверхъ горизонтальной вѣтви лобковой кости, причемъ, сильно вдавливая наружную руку, передвигаютъ ее перпендикулярно къ ходу связокъ; нащупавъ плотный канатикъ, прослѣживаютъ его до опухоли и

дальше на ней; чѣмъ тѣснѣе связка прилегаетъ къ міомъ, тѣмъ труднѣе ее ощупать отдѣльно.

Если *ligg. rotunda* переходятъ на опухоль, гдѣ удается прослѣдить ихъ до самой верхушки послѣдней, то этимъ не только добыто доказательство въ пользу маточной опухоли, но и дана возможность опредѣлить, по направленію связокъ и мѣсту ихъ схождения, положеніе дна матки. *Яичники* также измѣняютъ свое положеніе при міомахъ, такъ какъ короткія и неподатливыя *ligg. ovarii* удерживаютъ ихъ сбоку матки вблизи дна. Яичниковыя связки лишь въ исключительныхъ

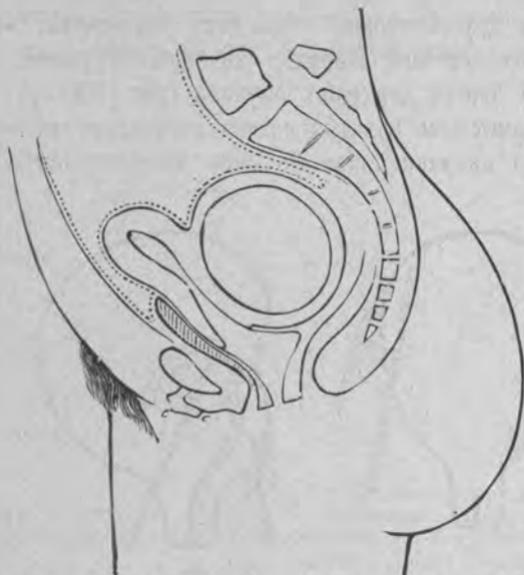


Рис. 71. Забрюшинная міома задней стѣнки шейки.  
Р. О.

Міома задней цервикальной стѣнки, величиною въ кулакъ, надъ нею свободно подвижное тѣло матки. Зондъ 11,5 стм. Шеечный каналъ проходитъ для одного пальца, задняя стѣнка шейки вѣсколько выпячена.

случаяхъ прощупываются при тонкихъ брюшныхъ покровахъ; онѣ указываютъ путь отъ дна матки къ яичникамъ. *Фаллопиевы трубы* большею частью ускользаютъ отъ ошупыванія; только при межсвязочномъ развитіи міомы ихъ иногда можно констатировать въ видѣ тонкихъ перекатывающихся канатиковъ.

По ходу круглыхъ связокъ можно приблизительно слѣдующимъ образомъ судить о локализациі міомъ и о томъ, въ какомъ направленіи онѣ развиваются.

Если *подсывороточная міома* сидитъ какъ-разъ на днѣ матки, то она можетъ образовать большую опухоль, съ которой *ligg. rotunda* не вступаютъ ни въ какія отношенія, а только остаются подъ нею, тоже и яичники (рис. 72 1).

Если міома сидитъ въ маткѣ ниже мѣста отхожденія круглыхъ связокъ, то послѣднія поднимаются опухолью вверхъ, а яичники остаются, при симметрической локализациі опухоли, болѣе или менѣе высоко по бокамъ ея; подобныя отношенія наблюдаются при *межуточныхъ и подслизистыхъ міомахъ* (рис. 72 2).

Если *миома* сидитъ *въ одной стннкѣ* и растягиваетъ ее главнымъ образомъ вверхъ, то матка лежитъ косо; на одной сторонѣ круглая связка проходитъ глубоко внизу, а на другой высоко вверху, направляясь вкось поверхъ опухоли; одинъ яичникъ лежитъ глубоко внизу, а другой высоко вверху на опухоли (рис. 72 з).

При *межсвязочномъ развитіи* придатки одной стороны лежатъ свободно возлѣ матки, а на другой сторонѣ они такъ раздвинуты, что круглая связка оказывается на передней сторонѣ, яичникъ на задней, а труба проходитъ обыкновенно черезъ верхушку опухоли (рис. 72 4).

При *миомахъ задней стннки* круглая связка переходятъ на переднюю периферію опухоли, а яичники также большею частью прощупываются спереди (рис. 72 5).

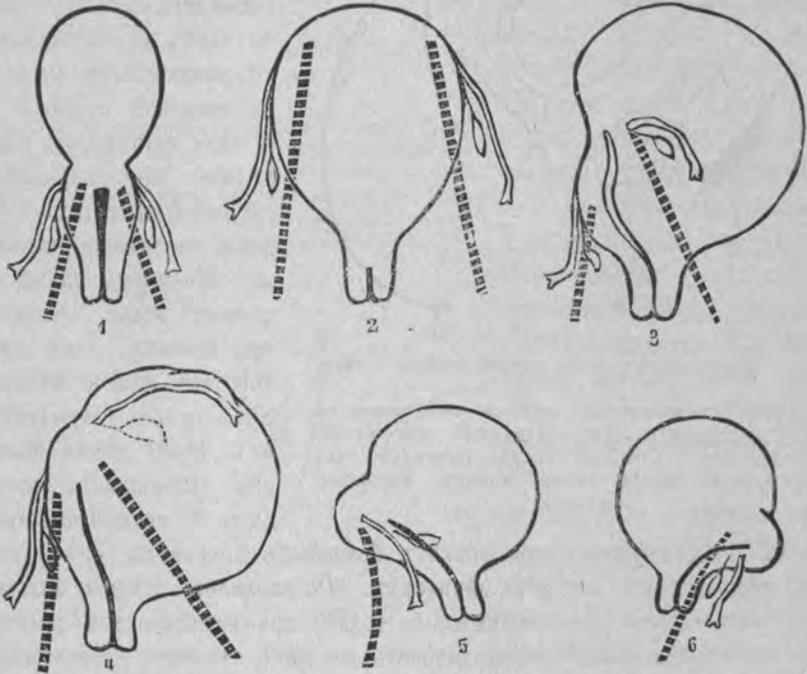


Рис. 72. Ходъ круглыхъ связокъ при различныхъ формахъ развитія миомы. (Схем.).

При *миомахъ передней стннки* *ligg. rotunda* идутъ совсѣмъ кзади, а яичники отбѣняются далеко внизъ въ Дугласово пространство (рис. 72 в).

При *миомахъ шейки* придатки не измѣняютъ своего положенія по отношенію къ тѣлу матки, но вмѣстѣ съ послѣднимъ поднимаются миомой вверхъ (рис. 73).

**Примѣненіе зонда** есть чрезвычайно важное пособіе для распознаванія миомъ, но, къ сожалѣнію, оно должно быть весьма ограничено, такъ какъ именно при миомахъ оно сопряжено съ многоразличными *опасностями*. Главная опасность заключается въ зараженіи полости матки за-

родышами влагалища и шейки, чего слѣдуетъ всячески избѣгать при міомахъ, подлежащихъ операци; въ такихъ случаяхъ лучше всего совѣтъ не зондировать, развѣ еще съ помощью зеркала послѣ обеззараженія цервикальнаго канала. Довольно легко можетъ случиться при міомахъ прободеніе маточной стѣнки, такъ какъ послѣдняя часто бываетъ сильно истончена; не всегда можно также съ увѣренностью избѣгнуть поврежденій слизистой оболочки и міомы, въ виду неправильнаго хода маточной полости. Поэтому къ зонду слѣдуетъ прибѣгать только тогда, когда двойное

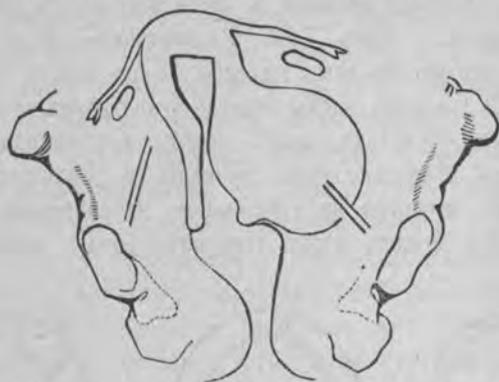


Рис. 73. Положеніе придатковъ при міомѣ шейки. Р. О.

Міома лѣвой стѣнки шейки, развивавшаяся интралигаментарно. Придатки отчетливо прослѣдуются вверху возлѣ тѣла матки, а круглыя связки ощупываются только въ нижнихъ своихъ отдѣлахъ.

изслѣдованіе и ощупываніе придатковъ не доставило желательной ясности. Сюда присоединяется рядъ *трудностей* при употребленіи зонда: часто введеніе его не удастся, или зондъ наталкивается на выдающуюся міому либо на маточную стѣнку и даетъ впечатлѣніе, будто уже достигли дна, или же то онъ скользитъ въ одинъ, то въ другой далеко вытянутый рогъ матки, такъ что получаютъ весьма различныя данныя. Поэтому при употребленіи зонда необходима *осторожность въ технику и въ истолковываніи получаемыхъ данныхъ*; но съ этими предосторожностями зондированіе является превосходнымъ діагностическимъ пособіемъ, безъ примѣненія котораго часто невозможно съ увѣренностью ставить діагнозъ міомы. Зондированіемъ преслѣдуютъ различныя *цѣли*: во-первыхъ, помощью зонда отыскиваютъ въ опухоли полость матки; если зондъ проникаетъ въ опухоль или если можно на какомъ-либо мѣстѣ периферіи послѣдней прощупать черезъ стѣнку пуповку зонда или даже большую часть его, то мы знаемъ тогда, что полость лежитъ въ опухоли, а съ этимъ опухоль съ вѣроятностью распознана какъ маточная; при интерстиціальныхъ міомахъ можно, опредѣливъ полость зондомъ, распознать, въ какой стѣнкѣ опухоль сидитъ, при подсывороточныхъ міомахъ можно посредствомъ прощупыванія зонда отыскать незатронутый остатокъ матки. Самое важное показаніе для употребленія зонда это—*измѣреніе длины маточной полости*. При всѣхъ міомахъ, даже если онъ только не-

большой своей частью сидятъ въ маточной стѣнкѣ, полость удлинена; только при подсывороточныхъ міомахъ, соединяющихся съ маткой посредствомъ тонкой ножки, полость можетъ имѣть свою нормальную длину. Зондированіе даетъ также точку опоры для опредѣленія *формы маточной полости*: невозможность дѣлать большія экскурсіи зондомъ говоритъ за нормальную полость, между тѣмъ какъ при сильномъ расширеніи послѣдней, напр. при межуточныхъ міомахъ, зондъ легко передвигается въ разныя стороны; при подслизистыхъ міомахъ можно дѣлать зондомъ самые обширные размахи и часто ощущаютъ, какъ будто скользить черезъ выступъ (рис. 74). Распознаваніе подслизистыхъ міомъ помощью зонда отнюдь не такъ надежно, какъ можно было бы думать; только небольшія, твердыя міомы нелегко ускользаютъ отъ него, при болѣе же значительныхъ опухоляхъ зондъ можетъ ихъ обходить, даже не замѣтивъ ихъ. Мнѣ нѣсколько разъ случалось не распознать крупныхъ подслизистыхъ міомъ, несмотря на тщательное, направленное на этотъ пунктъ изслѣдованіе; здѣсь можетъ вѣрно диагностировать только введенный въ матку палецъ.

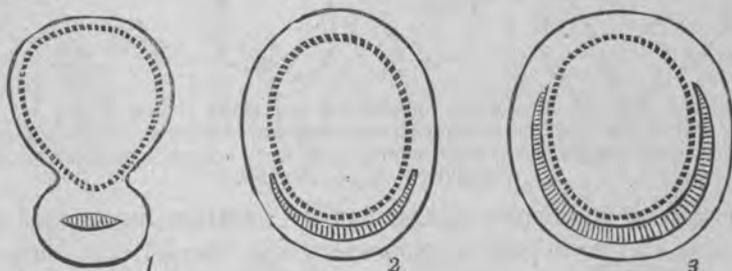


Рис. 74. Форма маточной полости при подсывороточной (1), межуточной (2) и подслизистой (3) міомѣ. (Схем.).

Если мы имѣемъ дѣло съ *конгломератомъ нѣсколькихъ міомъ*, тогда ориентированіе можетъ оказаться весьма труднымъ. Всегда слѣдуетъ отыскать вначалѣ тѣло матки; оно лежитъ большею частью тамъ, гдѣ различныя міомы сходятся своими основаніями. Чтобы найти матку, надо ощупать, въ какую часть опухоли шейка непосредственно переходитъ, или пробовать, съ какого мѣста опухоли давленіе лучше всего передается влагалишной части; если этимъ путемъ не достигаютъ цѣли, то отыскиваютъ дно матки зондомъ или стараются опредѣлить его мѣстоположеніе по ходу круглыхъ связокъ; иногда можетъ насъ направить различіе въ консистенціи между мягкой мускулатурой матки и твердыми міомами. Констатировавъ съ увѣренностью тѣло матки, опредѣляютъ связь отдѣльных міомъ съ нимъ, опираясь на вышеуказанныя данныя ощупыванія и зондированія.

### Дифференціальная диагностика.

Въ виду того, что подсывороточныя, межуточныя и подслизистыя міомы представляютъ различныя данныя ощупыванія, отличительному распознаванію приходится считаться съ самыми разнообразными пораженіями.

**Подсывороточныя міомы** представляютъ собою опухоли, которыя развиваются снаружи на маткѣ или возлѣ нея и поэтому легче всего могутъ быть смѣшиваемы съ опухолями придатковъ или параметрія.

Наибольшее практическое значеніе имѣеть дифференціальный діагнозъ между міомами и *яичниковыми опухолями* (см. послѣднія).

*Заматочная кровяная опухоль* и *межсвязочныя гѣматомы*, возникающія чаще всего при разстройствахъ въ теченіи трубной беременности, только тогда могутъ походить на міомы, когда онѣ получаютъ болѣе или менѣе твердую консистенцію влѣдствіе свертыванія крови и реактивнаго воспаленія въ окружности; но и при этихъ условіяхъ ихъ консистенція лишь рѣдко можетъ стать столь равномерно твердой, какъ при міомахъ. Дальѣйшее различіе основывается на широкой связи кровоизліяній съ сосѣдними органами, особенно съ тазовой стѣнкой, каковая связь при міомахъ совершенно отсутствуетъ или встрѣчается лишь тогда, когда присоединились осложненія съ эксудатами. Отъ широкаго соединенія, въ которое свертывающаяся кровь входитъ съ маточной стѣнкой, зависитъ тѣсное прилеганіе кровяной опухоли, которое явственно отличается отъ способа соединенія (широкаго или стебельчатаго) подсерозной міомы. Въ общемъ особенно труденъ дифференціальный діагнозъ межсвязочныхъ гѣматомъ и міомъ, такъ какъ, благодаря покрову брюшины и реакціи въ клѣтчаткѣ, сглаживаются характерныя особенности обѣихъ опухолей. Если не удастся поставить діагнозъ посредствомъ ощупыванія, то дѣло можетъ иногда выяснитъ результатъ зондированія и ходъ *ligg. rotunda*. Въ сомнительныхъ случаяхъ наблюденіе въ теченіе нѣсколькихъ недѣль обнаружить явственное сморщиваніе кровяныхъ опухолей, между тѣмъ какъ міомы останутся стаціонарными. Показанія болной относительно происхожденія ихъ страданія болшею частью ясно намекаютъ на острое начало при разстройствахъ внѣматочной беременности или на травму.

О различіяхъ между подсывороточными міомами и эксудатами см. послѣдніе.

О различіяхъ между *Pyosalpinx*'ами и подсывороточными міомами см. первыя.

Нерѣдко смѣшиваютъ подсывороточную міому съ *тѣломъ матки*, а именно если она какъ-разъ имѣеть величину послѣдняго и такимъ же образомъ соединяется съ шейкой. По формѣ и величинѣ часто трудно рѣшить, какой изъ обѣихъ бугровъ матка и какой міома, иногда рѣшаетъ вопросъ консистенція, которая у міомы всегда тверже, и всегда рѣшаетъ введеніе зонда. Часто принимаютъ за подсывороточную міому *одинъ изъ роговъ двурогой матки*; и здѣсь лучше всего ограждаютъ себя отъ ошибки введеніемъ зонда въ оба рога или нахожденіемъ придатковъ, которые при *uterus bicornis* отходятъ отъ наружной поверхности предпола-

гаемой опухоли, а при подсывороточной миомѣ придатки обѣихъ сторонъ должны отходить отъ матки.

**Межуточные миомы** можно смѣшать только съ тѣми состояніями, которыя ведутъ къ болѣе или менѣе равномерному увеличенію матки.

Чаще всего врачу приходится рѣшать вопросъ, имѣеть-ли онъ дѣло съ интерстиціальной миомой или съ *беременностью*. Трудно бываетъ различеніе въ первые мѣсяцы беременности, такъ какъ въ это время разрыхленіе еще весьма незначительно; если таковое констатируется гдѣ-либо, будь это на влагалищной части или на тѣлѣ матки, тогда болѣе вѣроятна беременность; при миомахъ матка бываетъ болѣе тверда и напряжена, нежели небеременная матка, и иногда можно явственно отличить разницу въ консистенціи между миомами и мускулатурою; если миома сидитъ въ верхней части тѣла матки, то находящаяся подъ нею болѣе мягкая мускулатура можетъ даже симулировать признакъ  *Hegar'a* . Труднѣе всего установить дифференціальныи диагнозъ между миомой и ранней беременностью мертвымъ плодомъ, часто разрѣшаютъ здѣсь сомнѣнія только анамнезъ и наблюденіе за больною. Чѣмъ крупнѣе миома, тѣмъ легче отличительное распознаваніе, такъ какъ въ соотвѣтственное время беременности разрыхленіе уже рѣзче выступаетъ. Мягкая консистенція есть рѣшающій признакъ беременности; нерѣдко однако вслѣдствіе накопленія жидкости или процессовъ перерожденія миомы становятся столь мягкими, что онѣ по консистенціи приближаются къ беременной маткѣ, но крайне рѣдко встрѣчается при нихъ разрыхленіе *port. vaginal.* и влагалища, которое въ этотъ періодъ беременности почти никогда не отсутствуетъ. *Безусловно вѣрнымъ признакомъ беременности является перемѣна консистенціи:* сокращенія никогда не бывають въ миомахъ, а всегда должны быть истолковываемы какъ схватки во время беременности. Когда миома стоитъ выше пупка, тогда смѣшиваніе съ беременностью почти съ увѣренностью можно исключить, такъ какъ въ это время уже должны констатироваться признаки существованія плода; только пузырный заносъ или беременность мертвымъ плодомъ могутъ еще представлять затрудненія. Само собою разумѣется, что полная аменоррея, согласующаяся въ своей продолжительности съ величиною спорной опухоли, говоритъ за беременность, между тѣмъ какъ *правильная* менструація дѣлаетъ болѣе вѣроятной миому; прибавлю, однако, что часто возможны ошибки изъ-за того, что неправильныя кровотеченія принимаютъ за *menses*, или же аменоррея имѣеть другія причины.

Трудности въ отличительномъ распознаваніи беременности и миомы иллюстрируются слѣдующимъ случаемъ:

Случай 13. Женщина, 55 лѣтъ, была направлена для миомотоміи. Была найдена опухоль величины и формы матки на 6-мъ мѣсяцѣ беременности, верхняя граница которой находится приблизительно у пупка. Опухоль эта тѣстовато-мягкой консистенціи; *ligg. rotunda* идутъ на верхушку ея; никакихъ признаковъ плодныхъ частей, ни сердцебиеній, ни движеній; *vulva* не имѣеть характерной окраски, влагалище нѣ-

сколько сине-красно, задняя маточная губа цвѣта винныхъ дрожжей, влагалищная часть нѣсколько разрыхлена. По показаніямъ больной, она перестала правильно менструировать только три мѣсяца тому назадъ, послѣднія четыре ведъли она страдаетъ тошнотой, но не считаетъ себя беременной. Была взвѣшена возможность беременности въ виду мягкости опухоли, разрыхленія влагалищной части и анамнестическихъ данныхъ, но не доказана въ виду отсутствія признаковъ плода и не вѣроятна въ виду преклоннаго возраста; поэтому діагнозъ оставленъ *in suspensio*. При повтореніи изслѣдованія черезъ нѣсколько дней констатирована несомнѣнная измѣнчивость консистенціи, и такимъ образомъ упроченъ діагнозъ беременности. Черезъ нѣсколько дней наступилъ выкидышъ, и удалена большая *moles carnosae*.

Межуточные міомы, не превосходящія величины кулака, иногда трудно отличимы отъ *хроническаго метрита*. Симптомы и анамнез здѣсь очень мало помогаютъ разрѣшенію вопроса, такъ какъ небольшія міомы часто возникаютъ и растутъ при воспалительныхъ явленіяхъ; наблюденіе за больной можетъ только тогда рѣшить вопросъ въ пользу міомы, если оно тянется долгое время и констатируетъ замѣтный ростъ матки; зато въ благопріятныхъ случаяхъ комбинированное изслѣдованіе ведетъ къ вѣрному результату: метритная матка болѣею частью равномерно увеличена во всѣхъ своихъ размѣрахъ, между тѣмъ какъ міоматозная часто неравномерно вздута лишь на одной стѣнкѣ; метритная матка въ свѣжѣмъ стадіи нѣсколько мягка и болѣзненна и только въ хроническомъ неподатлива и тверда, между тѣмъ какъ міоматозная тверда и напряжена, и міому часто удастся отграничить по консистенціи отъ здоровой мускулатуры, при этомъ она рѣдко бываетъ болѣзненна. Состояніе шейки также можетъ послужить для распознаванія; хроническій метритъ болѣею частью захватываетъ и шейку, такъ что и тѣло матки, и шейка равномерно утолщены и тверды и соединены между собою негибкимъ угломъ, между тѣмъ какъ при міомахъ шейка остается мягкой и не утолщенной. Обыкновенно вопросъ легко рѣшается зондомъ: въ то время какъ при хроническомъ метритѣ онъ проникаетъ въ середину матки и вездѣ одинаково хорошо прощупывается черезъ стѣнку, при міомахъ онъ отклоняется въ сторону, причѣмъ получается замѣтная разница въ зависимости отъ того, прощупываютъ-ли зондъ черезъ міоматозную или нормальную маточную стѣнку.

О различіяхъ между интерстиціальными міомами и карциномами матки см. послѣднія.

**Подслизистыя міомы** представляютъ при вполне закрытой шейкѣ тѣ же данныя ощупыванія, что и интерстиціальныя и подобно послѣднимъ могутъ быть смѣшиваемы съ беременностью и хроническимъ метритомъ; если, напротивъ, цервикальный каналъ открытъ, и палецъ можетъ проникнуть въ полость матки, тогда получается довольно характеристичный результатъ изслѣдованія; послѣдній, въ свою очередь, даетъ однако вѣрдо поводъ къ смѣшиванію съ другими схожими внутриматочными опухолями—на первомъ планѣ съ *выкидышемъ*. Такъ наз. цервикальный абортъ, который застрялъ позади закрытаго наружнаго зѣва и шарообразно рас-

тянулъ шейку, на которой сидитъ пустое, но нѣсколько увеличенное тѣло матки, представляетъ такую точно картину, какъ и подслизистая міома у нерожавшихъ, дошедшая путемъ изгнанія до наружнаго зѣва. Далѣе, можетъ быть плодное яйцо, еще находящееся *in situ*, дать такой же результатъ ощупыванія, какъ и подслизистая міома, сидящая въ маткѣ; отличіе устанавливается на основаніи объективныхъ, а также анамнестическихъ признаковъ беременности, особенно на основаніи разрыхленія влагалищной части и рукава. Если можно видѣть или ощупать полипозное тѣло, то діагнозъ становится болѣе увѣреннымъ: части плоднаго яйца выглядятъ болшею частью черными отъ пропитывающей ихъ крови, между тѣмъ какъ міомы, пока онѣ еще лежатъ въ шейкѣ, не омертвѣваютъ и поэтому обнаруживаютъ болшею частью нормальную, красную слизистую оболочку. При ощупываніи части плоднаго яйца узнаются по ихъ крошащейся консистенціи и легкой отдѣляемости отъ маточной стѣнки, міомы же имѣютъ болѣе гладкую поверхность, болѣе плотную консистенцію и находятся въ органическомъ соединеніи съ маткой. Наибольшія трудности представляетъ отличить долго задержавшійся выкидышъ съ мертвымъ плодомъ отъ подслизистой міомы; и здѣсь за продукты беременности говорить то, что они крошатся, раздавливаются между пальцами и легко отслаиваются отъ маточной стѣнки. Анамнезъ можетъ при патологической беременности легко ввести въ заблужденіе, въ виду продолжающихся кровотеченій.

О дифференціальномъ діагнозѣ между *миосаркомами* и подслизистыми міомами см. первыя.

Практическое значеніе имѣетъ отличіе фиброзныхъ отъ *слизистыхъ полиповъ*. Въ выраженныхъ случаяхъ ихъ отличить не трудно: въ противоположность къ круглой формѣ, гладкой поверхности и болшею частью твердой консистенціи подслизистыхъ міомъ, слизистые полипы болшею частью продольно-овальны, часто дольчаты или распадаются на нѣсколько отдѣловъ; поверхность ихъ рѣдко бываетъ гладкая, обыкновенно она неправильна отъ втягиваній и углубленій; часто выдаются надъ поверхностью не лопнувшіе еще фолликулы, а въ другихъ мѣстахъ видна выступающая изъ нихъ слизь. Слизистая оболочка интенсивно красна и легко кровоточитъ, если только на свѣшивающихся во влагалище отдѣлахъ не произошла метаплазія эпителия, тогда они кажутся болѣе свѣтло-красными (и до фіолетоваго цвѣта), какъ влагалищный эпителий. Ножка слизистыхъ полиповъ болшею частью гораздо тоньше, консистенція ея въ общемъ гораздо мягче; однако и рождающіяся міомы могутъ стать отечными и мягкими. Въ извѣстномъ рядѣ случаевъ признаки настолько сглаживаются, что клинически установить разницу не возможно; даже при анатомическомъ изслѣдованіи классификація полиповъ не всегда легка, въ виду многочисленныхъ переходныхъ формъ.

Если подслизистая міома лежитъ во влагалищѣ, то при соотвѣтственной величинѣ легко возможно смѣшать ее съ *вывороченнымъ тѣломъ матки*. Рѣзкое разграниченіе ихъ имѣетъ большое практическое

значеніе; діагностическая ошибка почти исключительно дѣлается въ томъ направленіи, что *inversio uteri* принимаютъ за міому, а не наоборотъ, и приступаютъ къ экстирпации ея; эта ошибочная операція можетъ повести къ самымъ печальнымъ для больной послѣдствіямъ. Во избѣжаніе этихъ, влекущихъ за собою серьезные послѣдствія, ошибокъ, необходимо *при каждой подслизистой міомъ соответственной величины съ увѣренностью исключить выворотъ*, раньше чѣмъ приступить къ удаленію опухоли. Отличія между обоими состояніями основываются на отношеніи опухоли къ шейкѣ и тѣлу матки. При выворотѣ матки съ сохранившейся еще отчасти шейкой, высоко введенный палецъ безъ труда ощупываетъ кругомъ переходъ шейки опухоли во внутреннюю цервикальную стѣнку, между тѣмъ какъ полиппъ лишь въ одномъ мѣстѣ сидитъ на стѣнкѣ, а на другой сторонѣ палецъ можетъ проникнуть мимо ножки въ верхнюю часть шейки. Если пальцемъ не удастся достаточно высоко добраться, то прибѣгаютъ къ помощи зонда; послѣднимъ также можно ощупать вездѣ переходъ вывороченнаго *corpus ut.* во внутреннюю поверхность сохранившагося отдѣла шейки, между тѣмъ какъ при полипахъ инструментъ на одной сторонѣ глубоко проскальзываетъ въ полость матки. Гораздо точнѣе однако устанавливается дифференціальный діагнозъ посредствомъ двойного изслѣдованія; наиболѣе рекомендуется для этого комбинированное изслѣдованіе со стороны прямой кишки и брюшныхъ покрововъ. При подслизистыхъ міомахъ ощупываютъ поверхность опухоли матку, нормальной величины или увеличенную другими міомами, между тѣмъ какъ при *inversio uteri* ощупывающіе пальцы сходятся уже тотчасъ надъ шейкою, а сверху опредѣляется воронка выворота, особенно подъ наркозомъ. Всѣ признаки, касающіеся самой опухоли, лежащей во влагалищѣ, допускаютъ двойственное толкованіе: величина той и другой можетъ случайно быть одинаковой; консистенція вывороченнаго тѣла матки болѣею частью нѣсколько мягче и податливѣе, но и міома можетъ утратить свою твердую консистенцію, благодаря вторичнымъ измѣненіямъ; слизистая оболочка обѣихъ красна, пока не наступила гангрена, но на вывороченной маткѣ она часто нѣсколько болѣе шероховата; менструальное отхожденіе крови изъ нея могло бы повести къ распознаванію *inversio uteri*, если бы оно не маскировалось неправильными кровотеченіями. Единственный признакъ, который при осмотрѣ зеркаломъ можетъ повести къ діагнозу это—нахожденіе обѣихъ трубныхъ устьй, особенно если ихъ можно зондировать.

Болѣе значительныя *опухоли влагалищной стѣнки*, имѣющія круглую форму и гладкую поверхность, напр. саркомы и рѣдкіе случаи рака, а также одинаковой формы значительныя *опухоли влагалищной части* отличаютъ отъ подслизистыхъ міомъ легче всего по ихъ отношенію къ шеечному каналу. Если можно пальцемъ, е. в. подъ наркозомъ, проникнуть такъ высоко, чтобы ощупать исчезновеніе ножки въ цервикальномъ каналѣ, то діагнозъ міомы вѣренъ; въ противномъ случаѣ судятъ

по суживающейся по направленію къ *port. vag.* формѣ опухоли и отсутствію соединенія съ влагалищной стѣнкой; не слѣдуетъ принимать за ножку прощупываемая иногда между мѣстами и стѣнкой влагалища вторичныя сращения, которыя большею частью легко уступаютъ давленію пальца.

### Распознаваніе яичниковыхъ опухолей.

*Опредѣленіе.* Подъ яичниковыми опухолями мы понимаемъ рядъ перерожденій и новообразованій яичника, самая выдающаяся клиническая черта которыхъ это — увеличеніе органа. Правда, припуханія яичника встрѣчаются и при нормальныхъ условіяхъ, напр. отъ задержки жидкости въ Граафовомъ пузырькѣ и образованія *corpus luteum* или отъ воспалительныхъ состояній ткани яичника остраго и хроническаго характера; но при этихъ состояніяхъ органъ достигаетъ обыкновенно лишь величины куриного яйца, такъ что эту величину можно въ общемъ считать предѣломъ между переходящими физиологическими или воспалительными припуханіями и между стойкими опухолями, хотя, съ другой стороны, надо прибавить, что первыя въ рѣдкихъ случаяхъ могутъ быть и больше, а послѣднія, конечно, бываютъ и меньше, когда попадаютъ подъ наблюденіе въ раннихъ стадіяхъ. *И такъ съ диагностической точки зрѣнія я склоненъ понимать подъ яичниковыми опухолями всѣ припуханія яичника, величиною превосходящія куриное яйцо.*

*Подраздѣленіе:* Яичниковыя опухоли подраздѣляютъ лучше всего на *кистовидныя и сплошныя*, причѣмъ исходнымъ пунктомъ подраздѣленія берется одно свойство, весьма важное какъ въ смыслѣ гистологическаго происхожденія, такъ и главнымъ образомъ въ диагностическомъ отношеніи. Правда, это подраздѣленіе не всегда совпадаетъ съ консистенціей опухолей, ибо, съ одной стороны, кисты часто имѣютъ плотную консистенцію, а, съ другой стороны, первоначально сплошныя опухоли могутъ стать кистовидными влѣдствіе размягченія. Кистовидныя опухоли дѣлятся далѣе на ретенціонныя кисты и настоящія новообразованія, какое расчлененіе наилучше соотвѣтствуетъ какъ происхожденію опухолей и различію ихъ роста, такъ и терапевтическимъ принципамъ. Въ основу распознаванія яичниковыхъ опухолей я кладу слѣдующую схему:

#### I. Кистовидныя опухоли.

1. *Ретенціонныя кисты:* кисты Граафова пузырька, кисты желтаго тѣла, воспалительныя кисты, дермоидныя кисты (кожевики); сюда примыкаютъ трубно-яичниковыя и пароваріальныя кисты.

Примѣч. *Дермоидныя кисты* не совсемъ подходятъ подъ эту схему, такъ какъ, развиваясь по теоріи *Sohnheim*'а изъ эмбриональнаго зачатка, онѣ близко стоятъ къ настоящимъ новообразованіямъ, но, съ другой стороны, въ готовомъ видѣ онѣ вполнѣ походятъ на ретенціонныя кисты по своему медленному росту, обусловливаемому лишь увеличеніемъ задержаннаго содержимаго. Такъ какъ для ихъ роста, распознаванія и леченія только послѣдній пунктъ играетъ роль, то я ихъ причисляю къ ретенціоннымъ кистамъ.

2. *Новообразованія*: kystoma proliferum glandulare и kystoma proliferum papillare.

## II. Сплошныя опухоли.

Фибромы, фибросаркомы, саркомы, карциномы; болѣе рѣдкія формы: эндотелиомы, тератомы.

### Клинически-анатомическая характеристика различныхъ яичниковыхъ опухолей.

Я считаю необходимымъ предпослать краткую характеристику различныхъ опухолей яичника, дабы дать этимъ основу для распознаванія опухолей вообще и главное для отличія ихъ другъ отъ друга, ибо задача врача не исчерпывается тѣмъ, чтобы поставить вообще діагнозъ яичниковой опухоли, но онъ долженъ еще опредѣлить родъ опухоли, ретенціонная-ли это киста или новообразованіе, доброкачественное или злокачественное; лишь отъ правильности этого діагноза часто зависитъ врачебное вмѣшательство. Разумѣется, я ограничусь только изображеніемъ тѣхъ свойствъ, которыя могутъ быть при изслѣдованіи распознаны и положены въ основу діагностики.

*Простыя ретенціонныя кисты* Граафова пузырька могутъ достигать величины дѣтской головки; онѣ болшею частью однополостныя, имѣютъ тонкую стѣнку, умѣренно упругое наполненіе и свѣтлое серозное содержимое; онѣ болшею частью односторонни, имѣютъ мало склонности къ срощеніямъ и при благопріятномъ положеніи рѣдко причиняютъ страданія.

*Кисты желтаго тѣла*, достигающія величины апельсина, имѣютъ болшею частью толстую стѣнку; никакихъ дальнѣйшихъ отличительныхъ клиническихъ чертъ онѣ не имѣютъ, и поэтому клиническое распознаваніе ихъ болшею частью не возможно.

*Воспалительныя кисты* суть кистовидныя перерожденія всего яичника или части его и имѣютъ исходнымъ пунктомъ расширенныя фолликулы или вѣдренія зародышеваго эпителия; онѣ образуются при воспалительныхъ процессахъ придатковъ и поэтому встрѣчаются въ сообществѣ трубныхъ заболѣваній, ложно-перепончатыхъ кистъ брюшины и всякаго рода периметритическихъ состояній; онѣ болшею частью обоесторонни, имѣютъ серозное содержимое и всяческія срощенія съ сосѣдними частями. Изъ этихъ кистъ образуется вслѣдствіе сообщенія съ одновременно развивающимся hydrosalpinx *трубно-яичниковая киста*—сочетаніе средней величины овариальной кисты съ тѣсно прилегающей къ ней (особенно брюшнымъ концомъ) растянутой трубой; въ опухоли, имѣющей часто видъ реторты, можно отличить обѣ входящія въ нее составныя части.

Прим. Я отдѣлилъ эти воспалительныя кисты отъ вышеупомянутыхъ простыхъ ретенціонныхъ кистъ, хотя часто и тѣ и другія имѣютъ несомнѣнно одну и ту же исходную точку, но клиническая картина у нихъ совершенно различна: при первыхъ господствуетъ воспалительный характеръ вслѣдствіе участія трубъ и брюшины, между тѣмъ какъ при послѣднихъ болшею частью отсутствуетъ всякій намекъ на воспаление.

*Дермоидныя кисты* рѣдко превышаютъ по величинѣ голову взрослога человѣка, чаще всего величина ихъ колеблется между куринымъ яйцомъ и дѣтской головкой; онѣ бывають кругловатыя и овальныя, а часто вслѣдствіе намѣченного дѣленія имѣють форму булки; содержимое ихъ состоитъ изъ жидкаго жира и вырастающихъ изъ эпидермоидальной внутренней стѣнки волосъ и зубовъ; въ стѣнкѣ сидятъ нерѣдко куски костей, которые при благопріятномъ положеніи опухоли могутъ быть отчетливо прощупываемы. Умѣренной величины дермоидная киста часто производитъ впечатлѣніе твердой, сплошной опухоли въ виду ея толстой стѣнки и упругаго наполненія. Кожевики отличаются нерѣдко порядочной чувствительностью при давленіи и причиняють также иногда произвольныя боли; они очень медленно растутъ и чаще всего наблюдаются у молодыхъ особъ, рѣдко на обѣихъ сторонахъ. Дермоидныя опухоли часто образуютъ сращенія съ сосѣдними органами и легко заражаются со стороны кишечника; вслѣдствіе этого развиваются газы въ опухоли и происходитъ прободеніе въ сосѣдніе органы.

*Пароваріальныя кисты* образуются изъ каналовъ parovarium (epoophoron); большею частью онѣ однополостныя, слабого наполненія и имѣють тонкую стѣнку; содержимое ихъ прозрачное, сывороточное. Кисты эти всегда лежатъ межсвязочно между трубою и яичникомъ; поэтому труба сильно вытянута въ длину и тѣсно прилегаетъ къ кистѣ, яичникъ же иногда удается отграничить у основанія или въ ножкѣ опухоли. Пароваріальныя кисты имѣють медленный ростъ и чаще всего наблюдаются у молодыхъ субъектовъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ образуются небольшія ретенціонныя кисты изъ paroophoron (часть Wolff'ова тѣла, принадлежащая первичной почкѣ) и изъ добавочныхъ трубъ; ихъ исходная точка клинически не распознаваема.

*Железистая киста* (*kystoma proliferum glandulare*) представляетъ клинически наиболѣе частую форму яичниковыхъ опухолей; она наблюдается отъ самыхъ мелкихъ до самыхъ крайнихъ величинъ. Форма ея въ простыхъ случаяхъ кругловата и остается таковой, если въ опухоли преобладаетъ одна большая киста; она становится неправильной вслѣдствіе развитія нѣсколькихъ кистъ по направленію къ наружной поверхности главной опухоли и обнаруживаетъ тогда многія перетяжки и дѣленія. Поверхность гладка, если мы имѣемъ главнымъ образомъ дѣло съ одной большой кистой, но она становится бугристой, если меньшія кисты изъ нея выступаютъ. Консистенція опухоли зависить отъ величины кисты: небольшія опухоли большею частью плотны на-ощупь, болѣе крупныя ясно кистовидны, съ раздѣльной флюктуацией при наличности нѣсколькихъ крупныхъ кистъ или со сплошной флюктуацией при существованіи одной большой полости. Многополостныя кисты съ небольшими полостями бывають иногда абсолютно тверды, нигдѣ не обнаруживая флюктуации. У большинства крупныхъ, явственно кистовидныхъ опухолей находятъ въ стѣнкѣ твердые участки, соотвѣтствующіе не перерожденнымъ

еще кистовидно частямъ. Подвижность стебельчатыхъ яичниковыхъ опухолей довольно велика, если этому не препятствуютъ напряженіе брюшныхъ покрововъ или срощенія. Крупныя опухоли образуютъ обыкновенно срощенія, чаще всего съ сальникомъ, кишками и брюшной стѣнкой, рѣже съ маткой и тазовыми органами. Железистыя кистомы часто бываютъ односторонними и большею частью онѣ сидятъ на ножкѣ; брюшная водянка при нихъ рѣдко бываетъ и то въ незначительной степени.

*Сосочковая кистома* (*kystoma proliferum papillare*, *adenoma papillare simplex* и *adeno-carcinoma papillare Pfannenstiel*) рѣдко бываетъ больше головы взрослого человѣка; чаще всего наблюдается величина съ дѣтскую головку. Форма рѣдко бываетъ вполне круглая, поверхность шишковатая, бугристая и часто несетъ отчетливо прощупываемыя сосочковыя разрощенія. Консистенцію часто трудно опредѣлить какъ кистовидную въ виду мелкости полостей и наполненія ихъ сосочковыми массами. Эти опухоли въ преобладающемъ числѣ случаевъ двустороннія. Развитие ихъ большею частью на обѣихъ сторонахъ, или по крайней мѣрѣ на одной, интралигаментарное, причеиъ онѣ рѣдко вполне сидятъ въ широкой связкѣ, чаще только основаніемъ, между тѣмъ какъ остальная периферія свободна. Срощенія съ сосѣдними органами и тазовой брюшиной весьма часты, такъ что вполне свободная подвижность рѣдка. Метастазы въ брюшинѣ встрѣчаются въ прогрессировавшихъ случаяхъ весьма часто, особенно въ Дугласовомъ пространствѣ. Брюшная водянка очень рано появляется, особенно если сосочки сидятъ на наружной поверхности, и бываетъ обыкновенно очень обильной. *Поверхностная папиллома* представляетъ собою древовидныя сосочковыя разрощенія, сидящія на нормальномъ яичникѣ; она большею частью двусторонняя и рано вызываетъ асцитъ.

*Фибромы* яичника кругловаты или овальны, очень тверды, имѣютъ гладкую, мало дольчатую поверхность и большею частью односторонни; онѣ могутъ превышать по величинѣ голову взрослого человѣка, рано вызываютъ брюшную водянку и часто обнаруживаютъ внутри образованіе кистъ.

*Фибросаркомы* (это обозначеніе ствѣчаетъ не клиническому характеру, а гистологическому строенію) могутъ достигать величины вдвое большей головы взрослого мужчины, имѣютъ дольчатую поверхность и твердую консистенцію; онѣ большею частью обоесторонни и вызываютъ асцитъ. Характеръ опухоли доброкачественный, ни метастазы, ни рецидивы не бываютъ.

*Саркомы* суть мягкія, мозговидныя опухоли съ довольно гладкой поверхностью; большею частью онѣ односторонни и причиняютъ асцитъ. Новообразованіе рано прорываетъ наружную поверхность опухоли и заражаетъ сосѣдство, главнымъ образомъ брюшную полость.

*Карциномы* представляютъ перерожденіе всего яичника; онѣ иногда достигаютъ большой величины и имѣютъ бугристую поверхность. Брюшная водянка рано появляется. Новообразованіе входитъ въ широкія срощенія

съ сосѣдними частями, очень рано прорываетъ поверхность и вызываетъ метастазы въ брюшинѣ, главнымъ образомъ въ Дугласовомъ пространствѣ, сальникѣ, тазовой клѣтчаткѣ, въ особенности въ ножкѣ; развитіе ихъ большею частью двустороннее.

Чаще, нежели чистыя карциномы, *адено-саркома papillare* и раковое перерожденіе железистой кистомы.

Рѣдкія формы суть *эндотелиомы*, которыя клинически не отличаются отъ саркомъ и карциномъ, и *тератомы*, тоже очень близко стоящія къ раку; послѣднія содержатъ различныя зародышевыя ткани, иногда въ нихъ опредѣляются твердые, какъ кость, части.

### Распознаваніе яичниковыхъ опухолей.

Для распознаванія опухолей яичника весьма важно знать, какъ онѣ соединяются съ маткой. Въ ножкѣ опухоли мы находимъ тѣ же элементы, которые соединяютъ нормальный яичникъ съ маткой, т. е. *lig. ovarii*, Фаллопиеву трубу и *lig. latum* (рис. 75). *Яичниковая связка* есть наиболѣе постоянная въ своей формѣ часть ножки; правда, она иногда вытягивается въ длину, но остается толстой и плотной, представляя ту часть ножки, которая прощупывается въ видѣ канатика, связующаго опухоль съ маткой. *Труба* можетъ быть весьма различной длины; она можетъ при очень крупныхъ опухоляхъ сохранять свою нормальную длину, а иной разъ она сильно вытягивается въ длину уже при опухоляхъ средней величины. Длина трубы зависитъ отъ отношенія опухоли къ *mesosalpinx*; чѣмъ болѣе опухоль развивается независимо отъ послѣдней и широкой связки, тѣмъ менѣе труба участвуетъ въ образованіи ножки, и чѣмъ болѣе опухоль, изглаживая *mesosalpinx*, приближается къ трубѣ, тѣмъ болѣе послѣдняя съ ростомъ опухоли вытягивается въ длину. *Широкая связка* вмѣстѣ съ проходящими въ обѣихъ ея пластинкахъ сосудами, нервами и соединительной тканью образуетъ главную массу собственно ножки, боковой свободный край которой представляетъ *lig. infundibulo-pelvicum*. Широкая связка можетъ вполне сохраниться въ своей длинѣ и ширинѣ, если опухоль стебельчатая и растетъ только по направленію кнаружи; тогда находятъ только *mesovarium* и небольшую часть *mesosalpinx* расправленными и прикрывающими отчасти опухоль (рис. 76, 3). Длина ножки бываетъ весьма различна: иногда ножка такъ коротка, что едва можно проникнуть пальцами между опухолью и маткой, а иной разъ она такъ длинна, что опухоль можно смѣстить подъ реберную дугу; ширина также бываетъ разная. Своеобразныя отношенія мы находимъ часто при сплошныхъ опухоляхъ, возникшихъ изъ равномернаго перерожденія яичника: *mesovarium* въ этихъ случаяхъ не расправлено, а тянется въ ворота (*hilus*) опухоли, такъ что послѣдняя выступаетъ надъ ножкой со всѣхъ сторонъ, дѣлая ее этимъ очень короткой и неподатливой (рис. 76, 2).

Если опухоль яичника растетъ по направленію къ *mesovarium* и ши-

рокой связкѣ, то она раздвигаетъ обѣ пластинки послѣдней и вросаетъ между ними; такимъ образомъ она цѣликомъ или отчасти покрывается брюшиною широкой связки—она развивается *интралигаментарно* (рис. 76, 4). Чаще всего мы встрѣчаемъ при опухоляхъ яичника частичное межсвязочное развитіе, такъ что небольшая часть основанія опухоли сидитъ между листками mesovarium и lig. latum, между тѣмъ какъ остальная периферія развивается свободно. Интралигаментарное развитіе ясныѣ всего можно наблюдать при опухоляхъ, берущихъ начало отъ межсвязочно лежащихъ органовъ, напр. при пароваріальныхъ кистахъ; послѣднія помѣщаются обыкновенно въ боковой части широкой связки, оставляютъ серединную часть ея нерасправленной и вытягиваютъ ее въ своего рода ножку.

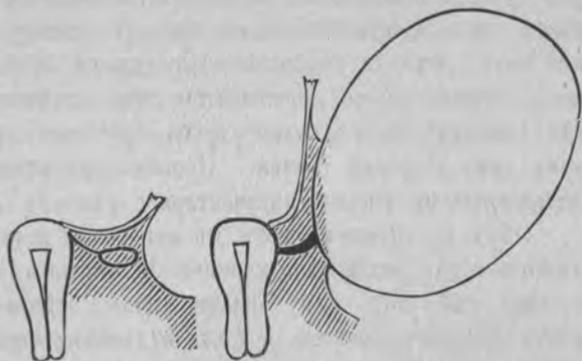


Рис. 75. Ножка нормальнаго яичника и яичниковой опухоли (схем.).

Ножка образуется трубкой. lig. ovarii и lig. latum; только основаніе опухоли прикрыто расправленнымъ mesovarium.

Межсвязочными опухоли яичника могутъ расти въ разныхъ направле-  
ніяхъ: однѣ растутъ, подобно пароваріальнымъ кистамъ, изъ наружной  
части lig. latum, развиваясь  
въ забрюшинную клетчатку,  
слѣва подъ flexura sigmoidea,  
а справа подъ слѣпую кишку;  
другія приподымаютъ заднюю  
пластинку широкой связки и  
попадаютъ такимъ образомъ  
на заднюю стѣнку таза, или  
онѣ распространяются подъ  
рыхло прилегающей брюшиной  
задней маточной стѣнки на  
другую сторону, или онѣ по-  
падаютъ, хотя и гораздо рѣже,  
приподымая переднюю пла-  
стинку, по соедѣству съ пу-  
зыремъ и въ cavum praereti-  
toneale Retzii. Большою  
частью интралигаментарныя яичниковыя опухоли растутъ, развертывая ме-  
диальную часть широкой связки, по направленію къ маткѣ вплоть до ея  
бока, иногда даже раздвигая мускулатуру; онѣ могутъ тогда помѣщаться

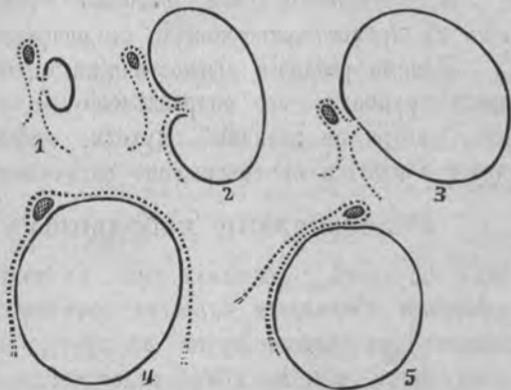


Рис. 76. Отношенія яичниковыхъ опухолей къ широкой связкѣ на сагиттальномъ разрѣзѣ (схем.).

1. Нормальный яичникъ. 2. Короткая ножка при сплошныхъ опухоляхъ. 3. Обычная ножка при яичниковыхъ опухоляхъ. 4. Интралигаментарное развитіе. 5. Ретролигаментарное развитіе.

возлѣ тѣла матки въ самой широкой связкѣ, но могутъ также развиваться вглубь въ окологеечную клетчатку и прилежать къ влагалищному своду.

Иногда можетъ получиться подобная интралигаментарному развитію локалізациа опухоли, если стебельчатая первоначально яичниковая опухоль фиксируется сращениями на днѣ Дугласова пространства; она приподнимаетъ тогда покрывающую ее широкую связку, такъ что задняя и верхняя часть опухоли свободно обращена въ брюшную полость, между тѣмъ какъ спереди къ ней прилегаютъ *обѣ* пластинки lig. latum или свободно, или спаиваясь съ опухолью; труба пробѣгаетъ поверхъ опухоли въ верхнемъ краѣ широкой связки. Подобное развитіе называютъ *ретролигаментарнымъ* (псевдо-лигаментарное развитіе Pawlik'a) (рис. 76. 5).

Опухоли яичника даютъ въ отношеніи величины, консистенціи, локалізациі столь различныя клиническія картины, что трудно подвести діагностику ихъ подъ одну общую точку зрѣнія и выставить общія для всѣхъ случаевъ правила. *Для большинства опухолей руководящимъ принципомъ служитъ ощупываніе ножки, соединяющей ихъ съ маткой, поэтому оно должно лечь въ основу подраздѣленія.* Съ діагностической точки зрѣнія яичниковыя опухоли подраздѣляютъ на

- 1) небольшія яичниковыя опухоли, которыя цѣликомъ или большей своей частью еще лежатъ въ маломъ тазу;
- 2) среднія, которыя поднялись въ брюшную полость, по величинѣ немногимъ превышаютъ голову взрослога человѣка и во всякомъ случаѣ еще не достигаютъ реберной дуги;
- 3) крупныя опухоли, которыя достигаютъ реберной дуги и вступаютъ въ прямое прикосновеніе съ печенью, селезенкой и почками.

Помимо различія діагностическихъ методовъ, приложимыхъ при этихъ трехъ группахъ, это подраздѣленіе не лишено значенія еще и потому, что, смотря по величинѣ опухоли, дифференціальной діагностикѣ приходится считаться съ совершенно различными состояніями.

### Распознаваніе небольшихъ опухолей яичника,

какъ опухолей, лежащихъ еще въ тазу, затрудняется тѣмъ, что *не удастся болышею частью найти ножку*, ибо матка и опухоль лежатъ такъ близко другъ къ другу, что нельзя пальцами проникнуть между ними, или же ножка недостаточно натянута, чтобы ее можно было ощупать; искусственно натянуть ножку, какъ это дѣлаютъ при крупныхъ опухоляхъ, не удобовыполнимо въ виду малости и недостаточной смѣщаемости опухоли. Лишь иногда удастся ощупать ножку, если вправитъ опухоль въ большой тазъ и проникнуть между нею и маткой; тоже и при заматочныхъ опухоляхъ можно иногда ощупать тяжъ, идущій на переднюю поверхность опухоли. Но это все исключенія; въ преобладающемъ числѣ случаевъ приходится отказаться отъ констатированія этого такъ наз. «школьнаго признака» и стараться опре-

дѣлать яичниковую натуру опухоли *по ея свойствамъ*. Прежде всего надо стараться *отграничить опухоль отъ матки* (рис. 77); она или прощупывается вполне раздѣльно отъ матки, или при межсвязочномъ развитіи отдѣляется отъ нея явственной перетяжкой. Чѣмъ ближе опухоль лежитъ къ маткѣ, тѣмъ отграниченіе труднѣе и временами удается только тогда, если пытаться проникнуть между обѣими со стороны влагалищнаго свода возлѣ *portio vaginalis*; наверху у тѣла матки обѣ образуютъ часто одну массу. При заматочныхъ опухоляхъ отграниченіе особенно трудно, если опухоль плотно ущемлена и широко прилегаетъ къ задней стѣнкѣ или тѣсно спаяна съ нею сращеніями и экссудатами; и здѣсь надо всегда стараться отдѣлать отъ матки круглыя очертанія опухоли и исключить наличность ножки, какъ при міомахъ и трубныхъ опухоляхъ.

**Форма** яичниковой опухоли кругловата или овална, поверхность ея большею частью гладка, иногда въ отдѣльныхъ мѣстахъ втянута (рис. 78); дольчатость и бугры находятъ при сплошныхъ опухоляхъ, иногда также при дермоидахъ.

**Кистовидная консистенція** обыкновенно не опредѣляется у небольшихъ яичниковыхъ опухолей; онѣ большею частью производятъ впечатлѣніе сплошной опухоли въ виду упругаго напряженія и незначительнаго содержимаго, особенно если онѣ обладаютъ толстыми стѣнками, какъ напр. коживики; тонкостѣнные, вялыя опухоли легче распознать какъ кистовидныя. Лишь тогда, если самую опухоль энергично

взять между пальцами и сильно (но осторожно) надавливать на противоположныхъ мѣстахъ, то можно вызвать флюктуацію. Сплошныя опухоли яичника такой величины гораздо рѣже наблюдаются. **Положеніе** тогда говорить за яичниковое происхожденіе опухоли, если послѣднюю находятъ на мѣстѣ яичника, тогда ее безъ дальнѣйшихъ сомнѣній признаютъ за увеличенный яичникъ. Чаще всего небольшія опухоли яичника находятъ сзади возлѣ тѣла матки, или онѣ опускаются въ Дугласово пространство, образуя заматочную опухоль и вызывая смѣщеніе матки впередъ (*antepositio*). Межсвязочныя опухоли лежатъ сбоку и нѣсколько кзади отъ матки. Рѣже всего подвижныя опухоли яичника лежатъ впереди матки; среди этихъ предматочныхъ опухолей поразительно часто попадаются коживики.

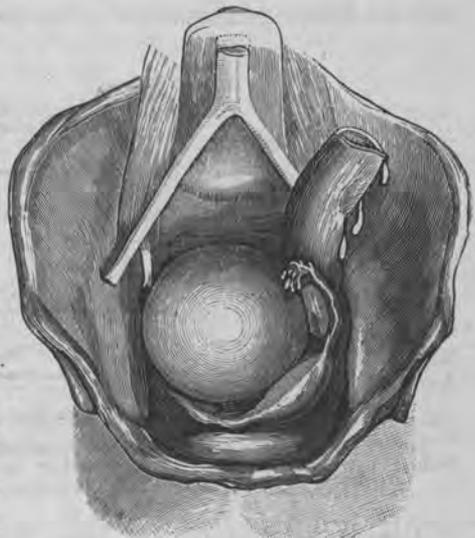


Рис. 77. Правосторонняя кистовидная опухоль яичника (по препарату университетской женской клиники).  $\frac{1}{3}$ .

Въ Дугласовомъ пространствѣ лежитъ подвижная, круглая, кистовидная опухоль яичника правой стороны, которая отътѣснила матку влево и впередъ; спереди пузырь. Правая труба на въкоторомъ протяженіи видна впереди опухоли, лѣвые придатки здоровы.

**Дифференціальный діагноз.** При разборѣ этихъ небольшихъ яичниковыхъ опухолей прежде всего возникаютъ затрудненія въ отличеніи ихъ отъ *воспалительнаго припуханія яичника*. Правда, при *хроническомъ оофоритѣ* яичникъ рѣдко превышаетъ величину голубинаго яйца и отличается отъ настоящихъ опухолей яичника большой чувствительностью при давленіи, а также иногда осложняющимися воспалительными процессами въ окружности. Напротивъ, *острый оофоритъ* можетъ вызывать и болѣе крупныя опухоли; но болѣе частью здѣсь наводятъ на правильный путь лихорадка, сильная чувствительность при давленіи, сопутствующій пельвеоперитонитъ, инфекціозная этиологія. Трудности этого отличительнаго распознаванія иллюстрируются слѣдующимъ случаемъ.

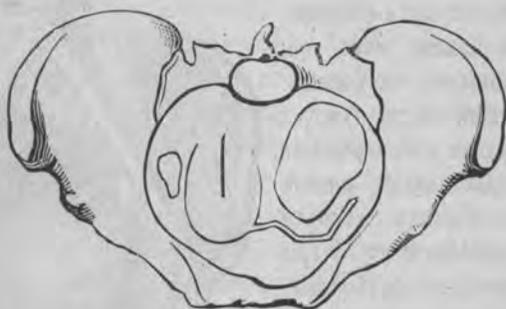


Рис. 78. Левосторонняя опухоль яичника. Р. О.

Ретенціонная киста лѣваго яичника величиною съ гусиное яйцо; dextropositio uteri. Лѣвая труба отчетливо прощупывается по всей длинѣ впереди опухоли. Правый яичникъ нормаленъ.

Случай 14. Больная, 21 года, подверглась выскабливанію 26 дней тому назадъ; спустя 3 дня получила лихорадку (до 40,4°) съ ознобомъ. Возлѣ небольшой, антефлектгированной матки найдена слѣва, сзади въ Дугласѣ опухоль яичника, величиною съ кулакъ, повидимому сплошная; въ виду безболѣзненности и подвижности ея она была принята за дермоидную кисту. При экстирпаціи оказалось, что это—яичникъ, увеличенный вслѣдствіе отека и инфильтраціи, съ абсцессомъ въ грецкій орѣхъ; на поверхности и въ окружности отсутствовала всякая воспалительная краснота.

Дифференціальный діагнозъ между яичниковыми опухолями и *миомами* есть важная и часто трудно разрѣшимая задача; смѣшиваютъ ихъ чрезвычайно часто, даже самые опытные діагносты; это объясняется тѣмъ, что обоюдо рода опухоли имѣютъ отдѣльныя общія свойства; если положиться на одно изъ нихъ, не принимая во вниманіе общей картины, то легко поставить ошибочный діагнозъ. *Только данныя ощупыванія должны служить основой для распознаванія*, симптомы здѣсь не имѣютъ никакого рѣшающаго значенія. Возникновеніе опухоли въ юномъ возрастѣ дѣлаетъ опухоль яичника вѣроятной, но не вѣрной, то же самое образованіе и ростъ опухоли въ климактерическомъ возрастѣ лишь съ вѣроятностью говорить противъ миомы; очень быстрый ростъ скорѣе говорить,

пожалуй, за яичниковую опухоль, медленный — за міому; но увѣренность пріобрѣтается только помощью двойного изслѣдованія. Легче всего, конечно, смѣшать съ опухолями яичника подсывороточныя міомы, сидящія на тонкой ножкѣ; междуточныя міомы, пока онѣ малы, легко діагностицируются, но если онѣ образуютъ очень крупныя опухоли, то могутъ быть также иногда приняты за опухоли яичника и наоборотъ. *Самое важное отличіе лежитъ въ консистенціи.* Можно выставить почти какъ общее правило, что сплошныя опухоли—міомы, а кистовидныя суть опухоли яичника. Правда, міомы становятся иногда благодаря разнымъ измѣненіямъ столь мягки, что даютъ флюктуацію, съ другой стороны, плотныя опухоли яичника не есть крайняя рѣдкость, и даже кистовидныя опухоли яичника могутъ быть очень тверды на-ощупь, какъ, напр., толстостѣнные дермоидныя кисты и мелкополостныя міомы. Но это все лишь исключенія, которыя только ограничиваютъ вышеуказанное правило, но не опровергаютъ его. *Кистовидная консистенція образуетъ всегда главную опору для распознаванія яичниковой опухоли;* нерѣдкія діагностическія ошибки зависятъ здѣсь не отъ ошибочнаго толкованія правильно распознанной консистенціи, а именно оттого, что консистенція неправильно опредѣлена. Толстые брюшныя покровы, прилеганіе кишечныхъ петель, толстыя стѣнки опухоли затрудняютъ ориентированіе. При испытаніи консистенціи лучше всего поступаютъ такимъ образомъ, что обхватываютъ обѣими руками опухоль на двухъ прямо противоположныхъ мѣстахъ и короткими толчками пробуютъ сдвинуть ее. При опухоляхъ, лежащихъ глубоко въ тазу, опредѣленіе консистенціи несомнѣнно облегчается изслѣдованіемъ *per rectum*. Когда установлена консистенція данной опухоли, приступаютъ къ опредѣленію *связи ея съ маткою*. Стебельчатыя опухоли яичника имѣютъ тонкую, перепончатую ножку, которая или совсѣмъ не прощупывается, или при сильномъ оттягиваніи матки внизъ едва распознается по *lig. ovarii*. Иначе—міомы; иногда, правда, и онѣ обладаютъ совершенно тонкой ножкой, но большею частью послѣдняя гораздо толще яичниковой связки, короче, болѣе мясита на-ощупь, шире и болѣе неопредѣленныхъ очертаній. Если ножка идетъ къ дву матки или къ такому мѣсту *congruit.*, гдѣ не лежитъ широкая связка, то это говоритъ скорѣе въ пользу міомы, то же самое распознанное отсутствіе трубы въ ножкѣ. Ножку ощупываютъ лучше всего по указаніямъ *Schultze* и *Hegar*'а (см. стр. 176): толстые брюшныя покровы и глубокое положеніе ощупываемыхъ образований сильно затрудняютъ изслѣдованіе. Трудности опредѣленія ножки еще возрастаютъ при межсвязочномъ развитіи опухоли. Обыкновенно эти яичниковыя опухоли растутъ только до маточной стѣнки, такъ что вездѣ можно отчетливо констатировать перетяжку, между тѣмъ какъ міомы имѣютъ мясистое соединеніе (правда, въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчается полное отдѣленіе интралигаментарныхъ міомъ отъ маточной стѣнки). Ограниченіе матки можетъ оказаться весьма труднымъ, если она, какъ это бываетъ у старыхъ женщинъ, уплощена, вытянута въ длину и тѣсно прилегаетъ

къ опухоли. Съ другой стороны, энергично растушія опухоли яичника могутъ раздвинуть маточную стѣнку и получить на этомъ мѣстѣ мышечный покровъ, такъ что онѣ представляютъ собою опухоли, находящіяся въ столь широкой связи съ маткой, какъ широко сидящія подсывороточныя міомы.

Случай 15. Г-жа Н. Матка сильно приподнята вверхъ (elevatio); справа опухоль съ дѣтскую головку, слѣва опухоль съ голову взрослого человѣка въ широкомъ соединеніи съ маточной стѣнкой.  $\frac{3}{4}$  года тому назадъ былъ поставленъ однимъ изъ первыхъ гинекологовъ Германіи діагнозъ—подсывороточныя міомы. Теперь можно было, несмотря на широкое соединеніе, съ увѣренностью діагностицировать двустороннюю опухоль яичника, такъ какъ констистенція вездѣ отчетливо кистовидная. При операциі пришлось обѣ опухоли острымъ путемъ вырѣзывать изъ маточной стѣнки, такъ что съ обѣихъ сторонъ осталось широкое ложе.

*Измѣреніе зондомъ* играетъ въ отличительномъ распознаваніи между міомами и опухолями яичника большую роль, такъ какъ при всѣхъ міомахъ можно констатировать извѣстное удлиненіе полости—за исключеніемъ міомъ, сидящихъ на очень тонкой ножкѣ, при маткѣ, совершенно свободной отъ другихъ міомъ, — между тѣмъ какъ при опухоляхъ яичника обычно не происходитъ удлиненіе полости; правда, при сильномъ ростѣ интралигаментарной опухоли яичника тонкая матка можетъ быть такъ вытянута, что зондъ покажетъ 10—12 см. *Ощупываніе придатковъ* можетъ иногда въ сомнительныхъ случаяхъ рѣшить вопросъ въ пользу міомы, если удается съ увѣренностью ощупать оба нормальныхъ яичника, хотя болѣею частью это требованіе не выполнимо, такъ какъ именно при подсывороточныхъ міомахъ яичники такъ смѣщаются, что они недоступны ощупыванію. Круглыя связки являются весьма желаннымъ признакомъ, говорящимъ въ пользу интерстиціальной міомы, если ихъ можно прослѣдить до верхушки опухоли; при подсывороточныхъ міомахъ онѣ не имѣютъ этого діагностическаго значенія, такъ какъ онѣ могутъ и не переходить на опухоль, а при межесвязочныхъ міомахъ и яичниковыхъ опухоляхъ ходъ круглой связки можетъ быть одинаковымъ, ибо при *всякой* опухоли, развивающейся въ маточной части широкой связки, lig. rotundum

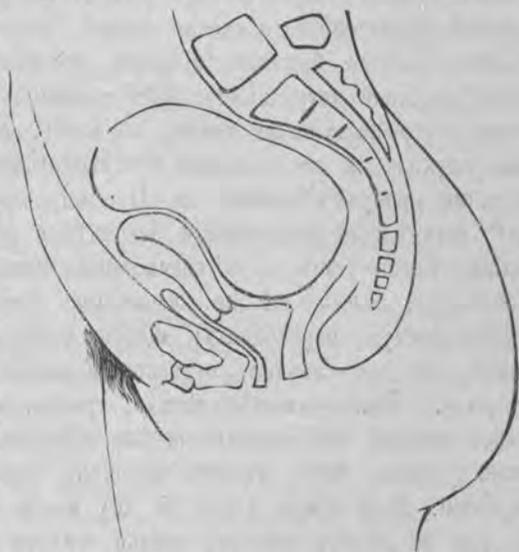


Рис. 79. Заматочная опухоль яичника. Р. О. Опухоль яичника съ небольшою голову взрослого человѣка; матка въ antepositio; опухоль и матка вездѣ отчетливо отграничиваются другъ отъ друга.

пробѣгаетъ вкось черезъ опухоль подъ передней пластинкой ко дну матки. Явственный маточный шумъ можетъ иногда подтвердить діагнозъ міомы и указывать противъ яичниковой опухоли.

Особенныя трудности представляетъ отличить *интралигаментарныя опухоли яичника* отъ другихъ опухолей съ той же локализацией, такъ какъ прикрытыя клѣтчаткой и брюшиной широкой связки онѣ утрачиваютъ свои характерныя особенности, главнымъ образомъ трудно ощупать соединеніе съ маткой; таковы, напримѣръ, трубныя опухоли, гѣматомы, экссудаты. Особенно трудно распознаваемы небольшія многополостныя, сосочковыя опухоли, такъ какъ флюктуация при нихъ еще неясно выражена, а круглая форма скрыта отдѣльными выступающими отдѣлами и часто воспалительно утолщенной связкой. *Экссудаты* отличаются разлитой, рѣдко круглой формой, твердой консистенціей и широкой связью съ тазомъ. *Гѣматомы* болѣе схожи съ опухолями яичника, такъ какъ онѣ круглѣе и обладаютъ мягкой консистенціей, но онѣ отличаются неправильной формой и реактивнымъ поясомъ инфильтраціи въ окружающей клѣтчаткѣ, особенно при болѣе старыхъ опухоляхъ. Болѣе продолжительное наблюденіе за больной разясняетъ иное сомнѣніе, констатируя при экссудатахъ и гѣматомахъ медленное исчезаніе, при яичниковыхъ опухоляхъ, напротивъ, ростъ. Межъязочныя *трубныя опухоли* мы часто никакими діагностическими средствами не въ состояніи отличить отъ яичниковыхъ. Подробности см. соотв. главы.

При *заматочномъ положеніи* опухоли (рис. 79) возможно смѣшиваніе съ haematocoele retrouterina и выпотомъ въ тазовой брюшинѣ; эти состоянія, отличающіяся другъ отъ друга въ извѣстныхъ пунктахъ, могутъ быть однако по своимъ общимъ свойствамъ вѣдѣть противопоставлены яичниковымъ опухолямъ (см. стр. 82). Заматочная кровяная опухоль отличается еще, помимо упомянутыхъ на вышеуказанномъ мѣстѣ свойствъ ея, разнообразіемъ своей консистенціи (частью кистовидная, частью плотная) и быстрымъ затвердѣваніемъ. Не такъ легко можетъ случиться смѣшиваніе съ retroflexio uteri gravidi, такъ какъ консистенція беременной матки совсѣмъ иная, хотя надо признать, что при ущемленіи въ началѣ третьяго или четвертаго мѣсяца матка можетъ утратить свою характерную мягкость и получить упруго-кистовидную консистенцію, напоминающую яичниковую опухоль. Обыкновенно загибъ назадъ беременной матки легко распознается по переходу влагалитной части въ матку; если же это не удастся, то надо воспользоваться вышеприведенными признаками беременности, анамнезомъ, наблюденіемъ.

Дифференціальный діагнозъ съ hydrosalpinx см. послѣднюю.

### Распознаваніе яичниковыхъ опухолей средней величины.

Наличность опухоли большею частью не подлежитъ въ такихъ случаяхъ сомнѣнію; уже острое выпячиваніе живота дѣластъ ее вѣроятной, а выстукиваніе и ощупываніе констатируютъ ее съ увѣренностью. При

этой величины опухолей мы меньше рискуем принять накопление жира и метеоризм за опухоль, нежели при очень крупных опухолях, так как первая имѣютъ отношеніе не только къ брюшнымъ покровамъ. Когда опухоль съ увѣренностью доказана, то положеніе ея на тазовомъ входѣ дѣлаетъ весьма вѣроятнымъ происхожденіе изъ половыхъ органовъ, а явственно кистовидная консистенція заставляетъ заключать, что она исходитъ изъ яичника. *Но при этихъ опухоляхъ основа діагноза лежитъ въ нахожденіи связи съ маткой, въ ощупываніи ножки*; отчетливость прощупыванія послѣдней зависитъ отъ ея положенія и натянутости. Чтобы опухать ножку, проникаютъ наружной рукой или бимануально между маточнымъ рогомъ и опухолью; лишь тогда, когда матка лежитъ спереди или подъ опухолью, и ножка втянута, можно прощупать послѣднюю, передвигая пальцы наружной руки отвѣсно къ направленію ножки. Въ большинствѣ случаевъ однако ножка слишкомъ вяла или лежитъ слишкомъ далеко отъ брюшныхъ покрововъ, чтобы ее можно было снаружи точно ощупать; труднѣе всего это удается, если матка лежитъ позади опухоли. Поэтому въ преобладающемъ числѣ случаевъ необходимъ особый способъ изслѣдованія, чтобы съ увѣренностью констатировать ножку; онъ состоитъ въ томъ, что ножку искусственно напрягаютъ, сильно оттягивая матку книзу помощью пулевыхъ щипцовъ (*Hegar*). Внутреннее изслѣдованіе слѣдуетъ тогда производить *per rectum*, такъ какъ изслѣдованіе *per vaginam* затрудняется выворотомъ влагалища, вызываемымъ низведеніемъ матки. Лучше всего изслѣдовать подъ наркозомъ, вводя два пальца возможно выше въ прямую кишку, а наружными пальцами проникая между однимъ рогомъ матки и опухолью отвѣсно къ ходу ножки. Можно нахожденіе ножки еще облегчить себѣ тѣмъ, что поручаютъ помощнику надавливать опухоль кверху (*Schultze*), захватывая въ то же время побольше брюшныхъ покрововъ для вдавливанія собственной руки (рис. 80). Въ большинствѣ случаевъ можно тогда констатировать ножку и въ то же время опредѣлить, изъ какого рога матки она исходитъ, слѣдовательно діагностировать, какой сторонѣ опухоль принадлежитъ; эту часть діагноза можно подтвердить нахожденіемъ здороваго яичника на другой сторонѣ и легкой подвижностью другого рога матки, между тѣмъ какъ рогъ на больной сторонѣ болѣе или менѣе фиксированъ короткой ножкой. Нахожденіе ножки лучше всего ограждаетъ отъ ошибки въ діагнозѣ; у старыхъ, исхудалыхъ женщинъ янѣсколько разъ не могъ опредѣлить ее изъ-за тонкости тканей. Затрудненія возникаютъ, если ножка столь коротка, что нельзя проникнуть между маткой и опухолью, или если есть сращенія между ними, или если опухоль развивается межсвязочно. Въ такихъ случаяхъ надо, по крайней мѣрѣ, постараться отграничить опухоль отъ матки и поставить діагнозъ на основаніи общихъ свойствъ ея, главнымъ образомъ консистенціи и формы.

**Дифференціальный діагнозъ** этихъ опухолей средней величины обнимаетъ гораздо большую область, нежели отличительное распознаваніе

опухолей, лежащихъ въ тазу, такъ какъ приходится принимать во вниманіе и опухоли нѣкоторыхъ брюшныхъ органовъ и брюшныхъ покрововъ. Основной мыслью дифференціальной діагностики остается всегда находеніе ножки, на вторыхъ планѣ могутъ способствовать разрѣшенію вопроса свойства опухолей.

*Дифференціальный диагнозъ между опухолями яичника и осумкованной брюшной водянкой или выпотомъ въ брюшинѣ.* Между тѣмъ какъ свободный асцитъ лишь рѣдко вызываетъ такое напряженіе брюшныхъ покрововъ, чтобы его можно было смѣшать съ опухолями яичника (и то только съ очень крупными), инкапсулированная жидкость создаетъ ограниченную опухоль кистовидной консистенціи. При заболѣваніяхъ брюшины, напримѣръ при бугорчаткѣ, карцинозѣ или хронически воспалительныхъ состояніяхъ, часто осумковывается между кишечными петлями и передней брюшной стѣнкой извѣстное количество жидко-



Рис. 80. Положеніе рукъ при ощупываніи ножки яичниковой опухоли. Исследователь вводитъ два пальца лѣвой руки въ прямую кишку и забираетъ правой рукой брюшные покровы книзу, дабы можно было глубже проникнуть; помощникъ одной рукой оттягиваетъ матку помощью пулевыхъ щипцовъ книзу, а другой отдавливаетъ матку вверхъ, чтобы натянуть ножку.

сти, которая своей кистовидной консистенціей можетъ напоминать яичниковую опухоль и даже симулировать многополостную кистому, если въ окружности находятся метастатическія или воспалительныя оплотнѣнія. Отличить эси опухоли отъ яичниковыхъ трудно, такъ какъ въ виду всестороннихъ сращеній матку едва можно отграничить и никогда нельзя ощупать ножку; зато онѣ часто ясно отличаются по своей формѣ и границамъ: при яичниковыхъ опухоляхъ, даже если онѣ тонкостѣнные и окружены сращениями, ихъ собственная стѣнка ощупывается въ видѣ границы, между тѣмъ какъ осумкованные экссудаты не представляютъ округленныхъ очертаній на границѣ съ кишками, а постепенно переходятъ въ

утолщенные отъ воспаленія окружающія части; форма послѣднихъ рѣдко бываетъ круглѣ или овальна, обыкновенно она плоска и мало выпячиваетъ брюшные покровы. Иногда діагнозъ перитонита подтверждается находженіемъ узелковъ въ брюшинѣ или инкапсулированныхъ жидкихъ массъ въ другихъ мѣстахъ. Перкуссія даетъ при яичниковыхъ опухоляхъ явственное притупленіе, между тѣмъ какъ при инкапсулированномъ выпотѣ склеенныя съ нимъ кишечныя петли часто вызываютъ притупленно-тимпаническій звукъ.

Случай 16. Г-жа Н. Матка мала, въ антеверсіи, 6 см. Констатирована опухоль, стоящая на 2 пальца выше пупка и на ладонь заходящая по обѣ стороны отъ срединной линіи; внизъ она спускается позади матки въ тазъ, связь съ маткой трудно установить. Такъ какъ опухоль гладка на-ощупь, обладаетъ кистовидной консистенціей и довольно подвижна, то она была принята за яичниковую. При операціи найдена подъ сальникомъ и между кишечными петлями осумкованная, бугорчатая брюшная водянка и просовидные узелки въ окружности на брюшинѣ.

*Опухоли брюшной стѣнки* могутъ быть смѣшиваемы только съ тѣми опухолями яичника, которыя въ виду широкихъ срощеній тѣсно прилегаютъ къ брюшной стѣнкѣ. На первомъ планѣ должны быть приняты во вниманіе *выпоты въ забрюшинной клетчаткѣ* передней брюшной стѣнки и фибромы брюшныхъ покрововъ; и тѣ и другія имѣютъ большею частью очень твердую консистенцію и этимъ отличаются отъ кисты яичника; далѣе, даже при плотныхъ срощеніяхъ кругловатая форма говоритъ всегда въ пользу яичниковой опухоли, между тѣмъ какъ экссудаты плоскіе, кверху кончаются большею частью острымъ краемъ, книзу теряются въ тазовой клетчаткѣ и вступаютъ въ широкую связь съ маткой; боковое положеніе говоритъ больше за выпотъ, срединное за яичниковую опухоль; даже если твердая консистенція экссудата утрачена вслѣдствіе обширнаго нагноенія, то отсутствіе круглаго контура говоритъ противъ опухоли. *Фибромы брюшныхъ покрововъ* исходятъ или изъ фасціи m. obliquus internus либо m. transversus, главнымъ образомъ на гребешкѣ подвздошной кости, или изъ передней либо задней пластинки m. rectus; фибромы, исходящія изъ прямой мышцы, большею частью настолько малы и лежатъ такъ высоко, что врядъ-ли могутъ быть смѣшиваемы съ опухолями яичника; напротивъ, фибромы косоіи мышцы представляютъ болѣе крупныя опухоли, которыя по своей круглой формѣ и твердой консистенціи могутъ походить на плотную яичниковую опухоль; если опухоль кистовидна, то фиброма брюшныхъ покрововъ не вѣроятна, даже при характерномъ для нея положеніи. Если опухоль выросла наружу и сильно выдается, то она съ вѣроятностью принадлежитъ брюшнымъ покровамъ; если она сидитъ глубоко и развивается больше по направленію къ брюшной полости, то она, надо полагать, внутрибрюшная. Иногда можно при вставаніи больного и напряженіи брюшныхъ покрововъ замѣтить непосредственный переходъ мускулатуры въ опухоль, или при вя-

лых брюшныхъ стѣнкахъ можно обхватить лежащую въ нихъ опухоль сзади. Во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ рѣшаетъ вопросъ опять-таки нахожденіе связи съ маткой (ножки) или обоихъ нормальныхъ яичниковъ.

*Опухоли сальника* могутъ быть иногда смѣшиваемы съ опухолями яичника, если онѣ спускаются до таза; но онѣ большею частью плоски, «щитообразны» и отличаются большей подвижностью и повертываемостью по всѣмъ направлѣніямъ. *Benckiser* могъ въ одномъ случаѣ настолько перегнуть кверху опухоль сальника, что опупывалась задняя поверхность ея; далѣе можно, по словамъ этого автора, всегда констатировать отро-стокъ опухоли, идущій къ селезенкѣ. Отсутствие связи съ половыми орга-нами говорить, конечно, и здѣсь противъ яичниковой опухоли.

*Переполненія мочевого пузыря* легко могутъ симулировать по своему положенію, формѣ, очертаніямъ и консистенціи яичниковую опу-холь; правда, пузырь большею частью болѣе вялый, но при сильномъ наполненіи онъ можетъ стать очень напряженнымъ. Переполненный пузырь не такъ свободно подвиженъ, какъ стебельчатая опухоль, такъ какъ при сильномъ наполненіи онъ лежитъ большею своею частью въбрюшинно. Ошибка въ діагнозѣ тѣмъ легче, если больная страдаетъ не *retentio urinae*, а отхожденіемъ мочи по каплямъ и особенно если стѣнки пузыря утолщены вслѣдствіе хроническаго цистита. Менѣе опытному діагносту можно поэтому совѣтовать во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ прибѣгать къ катетеру.

*Эхинококковые мѣшки* часто принимаются за опухоли яичника, особенно если они лежатъ въ тазу и близко подходят къ маткѣ; ихъ сходство состоитъ въ томъ, что она также круглы и флюктуируютъ; по большею частью они болѣе напряжены и болѣе толстостѣнны, нежели яичниковыя опухоли, и часто обнаруживаютъ сильныя сращенія съ окру-жающими частями; они часто появляются во множественномъ числѣ и тогда занимаютъ мѣста, гдѣ яичниковыя опухоли совсѣмъ лежать не мо-гутъ. Въ пользу эхинококка говорить далѣе сочетаніе съ опухолями пе-чени, очень медленный ростъ и, конечно, показаніе, что уже равьше была сдѣлана операція по поводу того же страданія.

Случай 17. Г-жа Н. Матка смѣщена влѣво и впередъ туго напря-женной опухолью, величиною въ кулакъ, лежащей справа и позади нея; опухоль ограничивается отъ матки, многочисленныя сращенія съ окружностью. Несмотря на то, что опухоль производила впечатлѣніе яичниковой и хотя никакихъ другихъ опухолей въ брюшной полости не было найдено, былъ поставленъ діагнозъ—эхинококковый мѣшокъ, въ виду того, что больную уже два раза оперировали по поводу того же страданія. Операція подтвердила діагнозъ.

Дифференціальный діагнозъ между яичниковой опухолью и *беремен-ностью* есть область частыхъ диагностическихъ ошибокъ; число случаевъ, гдѣ беременность была распознава лишь во время чревоушибленія, довольно значительно. *Въ первую половину беременности*, когда еще нѣтъ признаковъ существованія плода, подобное смѣшиваніе, конечно, легче

возможно. Главнымъ образомъ это случаи сильно антефлексированной беременной матки на четвертомъ или пятомъ мѣсяцѣ, которые маскируютъ предматочную, кругловатую, слабо-кистовидную, слѣловательно яичниковую опухоль, ибо не легко рѣшить, переходить-ли далеко кзади стоящая влагалищная часть въ спорную опухоль или въ лежащую позади нея матку; виною въ этой ошибкѣ сильное разрыхленіе нижняго маточнаго сегмента. Лишь тогда можно доказать или исключить переходъ *portio vaginalis* въ опухоль, если изслѣдовать высоко со стороны прямой кишки или подниматься къ тѣлу матки по боковому краю шейки. Въ иныхъ случаяхъ межсвязочныя опухоли яичника, широко прилегающія къ маткѣ, симулируютъ равномерное увеличеніе послѣдней и, въ виду кистовидной консистенціи, заставляютъ думать о беременности. Условія для такой ошибки особенно благоприятны на третьемъ и четвертомъ мѣсяцѣ; въ такихъ случаяхъ не слѣдуетъ полагаться на тотъ признакъ, что если влагалищная часть переходитъ въ опухоль не по серединѣ, а сбоку, то мы всегда имѣемъ дѣло съ възлѣматочной опухолью, ибо это встрѣчается также при

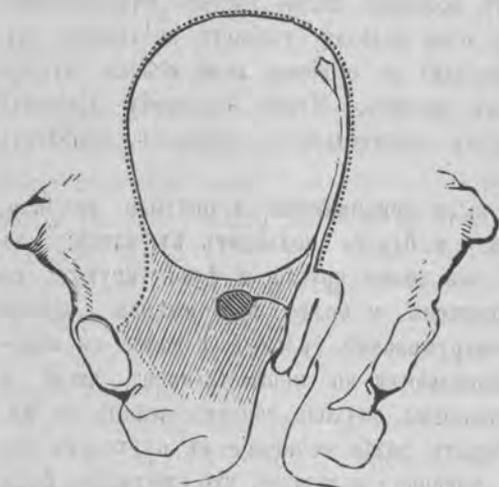


Рис. 81. Правосторонняя пароваріальная киста.  
Р. О.

Кистовидная, очень подвижная опухоль величиною съ дѣтскую головку. Правую трубу можно прослѣдить на опухоли на большомъ протяженіи, въ можкѣ отчетливо прощупывается правый яичникъ.  
Пунктиръ=брюшинный покровъ.

беременностяхъ съ неравно-  
мѣрнымъ растяженіемъ тѣла  
матки и при боковыхъ откло-  
неніяхъ; тоже и различіе въ  
консистенціи между болѣе  
твердой маткой и интралига-  
ментарной кистой можетъ на-  
блюдаться при неравномер-  
номъ разрыхленіи беременной  
матки; *напротивъ, рѣже  
можетъ насъ обмануть  
смягчаемость матки по  
отношенію къ опухоли.*  
Если удастся ощупать оба  
яичника или переходъ обѣихъ  
круглыхъ связокъ на опухоль,  
тогда беременность, конечно,  
несомнѣнна. Что касается зна-  
ченія анамнеза при этомъ  
отличительномъ распознаваніи,

то я отсылаю къ сказанному при беременности. Наблюденіе за больной въ теченіе нѣсколькихъ недѣль можетъ разрѣшить всякое сомнѣніе.

*Во вторую половину беременности* можетъ произойти ошибочное діагностицированіе яичниковой опухоли лишь тогда, если отсутствуютъ признаки существованія ребенка, напр. при мертвомъ, мацерированномъ плодѣ и особенно при многоводіи (*hydramnion*); если послѣднее сильно растягиваетъ матку, то консистенція можетъ стать явственно кистовидной, и если не удастся констатировать переходъ влагалищной части

въ матку, то опухоль легко принять за яичниковую. Отъ этой ошибки лучше всего можно себя оградить, стараясь найти *per rectum* или *per vaginam* связь *portio vaginalis* съ маткой, *resp.* отсутствіе нормальной матки. Толщина стѣнки также представляетъ отличительное средство, такъ какъ при самомъ сильномъ растяженіи матки околоплодными водами стѣнка все еще остается значительно толще, нежели стѣнка яичниковой опухоли. Далѣе стараются прослѣдить ходъ круглыхъ связокъ; если онѣ переходятъ на опухоль, то мы имѣемъ дѣло съ маткой; ясный маточный шумъ тоже говоритъ въ пользу беременности. Если случай не поддается толкованію по объективнымъ даннымъ, то можно воспользоваться и анамнезомъ. Большая казуистика діагностическихъ ошибокъ въ данномъ пунктѣ объясняется по большей части слишкомъ поверхностнымъ изслѣдованіемъ. Слѣдующій случай можетъ однако свидѣтельствовать о трудностяхъ подобнаго дифференціального діагноза.

Случай 18. Г-жа Н. явилась 19 янв. 1894 г. съ жалобой на сильное увеличеніе живота. Обхватъ выше пупка 122 см.; крупная, выполяющая весь животъ опухоль даетъ при постукиваніи притупленный звукъ; въ обихъ поясничныхъ областяхъ кишечный тонъ; крупноволнистая флюктуация проходитъ черезъ всю опухоль. Влагалищная часть нѣсколько разрыхлена и переходитъ въ опухоль не по срединѣ, а нѣсколько вправо, въ правомъ—переднемъ влагалищномъ сводѣ прощупывается неясно головка, а справа и сверху подъ реберной дугой другая крупная часть. Приходилось думать о беременности, хотя отчетливость флюктуации, тонкостѣнность опухоли и нахожденіе плодныхъ частей на правой сторонѣ несовсѣмъ гармонировало съ *hydramnion*. Сочетаніе яичниковой опухоли съ беременностью я считалъ мало вѣроятнымъ, такъ какъ нигдѣ нельзя было констатировать борозду или границу между беременной маткой и опухолью; поэтому я счелъ самымъ вѣроятнымъ объясненіемъ беременность двойнями съ *hydramnion* въ одномъ плодномъ яйцѣ, хотя стѣнка на лѣвой половинѣ казалась слишкомъ тонкой для матки. Послѣдняя менструація была въ концѣ мая 1893 г. 1-го марта послѣдовали произвольные роды, и по изгнаніи ребенка осталась большая, вялая, тонкостѣнная опухоль, въ которую матка, вдавливая внутрь правую стѣнку ея, помѣстилась такъ, что обѣ вмѣстѣ представляли одну опухоль. При предпринятой впоследствии операціи оказалось, что рѣчь шла о пароваріальной кистѣ.

Отличить съ увѣренностью опухоль яичника отъ *пароваріальной кисты* возможно лишь въ исключительныхъ случаяхъ, если удастся на той же сторонѣ, гдѣ лежитъ опухоль, совершенно независимо отъ нея ощупать яичникъ (рис. 81); если же это не удастся, то можно иногда заподозрить пароваріальную кисту, если опухоль тонкостѣнна и вяло кистовидна и обваруживаетъ сплошную флюктуацию.

Дифференціальный діагнозъ между опухолями яичника и *опухольми почек* см. послѣдвія.

### Распознаваніе крупныхъ опухолей яичника.

Крупныя опухоли яичника суть тѣ, которыя растягиваютъ весь животъ; онѣ лежатъ на тазовомъ входѣ, доходить до реберной дуги или

подъ нее, а съ обѣихъ сторонъ до почечной области, приходя въ соприкосновеніе съ печенью, селезенкой и желудкомъ; большею частью рѣчь идетъ о большихъ, въ клиническомъ смыслѣ однополостныхъ, железистыхъ кистамахъ. *При распознаваніи этихъ опухолей принципъ заключается тоже въ нахожденіи связи ихъ (ножки) съ однимъ изъ маточныхъ роговъ.* Но въ виду сильнаго напряженія брюшныхъ покрововъ и тѣснаго прилеганія опухоли къ маткѣ, большею частью невозможно такъ далеко проникнуть наружной рукой, чтобы быть въ состояніи отграничить матку и ощупать ножку. Зато діагнозъ приобретаетъ большую увѣренность, если только удастся доказать наличность ограниченной опухоли съ кистовидной консистенціей, такъ какъ изъ другихъ органовъ рѣдко исходятъ кисты такой величины. Констатированіе опухоли вообще начинаютъ съ ощупыванія; но такъ какъ сильное напряженіе брюшныхъ покрововъ часто затрудняетъ отчетливое прощупываніе тонкихъ стѣнокъ опухоли, то здѣсь приходится чаще, нежели при среднихъ опухоляхъ, опредѣлять границы посредствомъ перкуссіи; пѣлъ выстукиванія въ общемъ та, чтобы доказать притупленіе въ области опухоли и кишечный тонъ въ обѣихъ поясничныхъ областяхъ; если въ стѣнкѣ опухоли находятся болѣе плотные участки, то границы легче опредѣляются ощупываніемъ.

Дифференціальная діагностика должна считаться прежде всего съ тѣми состояніями, которыя могутъ образовать столь же большія опухоли или, по крайней мѣрѣ, симулировать, таковы, напримѣръ, такъ наз. *ложныя опухоли*: толстый panniculus adiposus, напряженный отекъ брюшныхъ покрововъ, сильная степень метеоризма или сильное выпячиваніе вздутаго живота, каковое истеричныя въ состояніи вызвать посредствомъ искусственнаго лордоза. Перкуссія довольно часто вводитъ въ заблужденіе, такъ какъ не удается черезъ толстые брюшные покровы вызвать кишечный тонъ; приходится поэтому всегда очень сильно производить выстукиваніе. Ощупываніе обманываетъ насъ при толстомъ жировомъ слоѣ особенно тогда, когда послѣдній оканчивается поверхъ пупочной области сильнымъ выпячиваніемъ, образуя какъ-бы верхушку опухоли; большею частью во всѣхъ такихъ случаяхъ не удается констатировать границы опухоли, а только увеличенное напряженіе живота. При всякомъ подобнаго рода сомнѣніи нѣтъ лучшаго діагностическаго средства, нежели хлороформный наркозъ; надавливая сильно, можно тогда легко доказать отсутствіе опухоли.

*Свободная брюшная водянка* очень часто симулируетъ большую яичниковую кисту; иногда стоитъ только приложить руку къ животу, чтобы разбраться, съ чѣмъ имѣешь дѣло, а иной разъ распознаваніе можетъ быть столь труднымъ, что всѣ діагностическія средства окажутся недостаточными; я видѣлъ большое число случаевъ, гдѣ точный діагнозъ могъ быть поставленъ только во время операціи. Чтобы отличить оба эти состоянія, служатъ слѣдующія діагностическія пособія:

Осмотръ показываетъ, что при асцитѣ животъ принимаетъ плоскую, раздавленную въ ширину форму, такъ какъ у горизонтально лежащей больной жидкость накапливается сперва въ поясничныхъ областяхъ и наиболѣе выпячивается эти части, и только при очень обильныхъ скопленіяхъ растягивается и середина живота. Всѣ опухоли, напротивъ, и въ особенности подвижныя яичниковыя кисты, ложатся по срединѣ живота и увеличиваютъ его въ сагиттальномъ размѣрѣ, между тѣмъ какъ поясничная область лишь умѣренно растягивается вздутымъ кишечникомъ; иногда находятъ даже между обоими выпячиваніями легкую перетяжку. Эта типичная форма живота предполагаетъ однако извѣстную мягкость и податливость брюшныхъ покрововъ и поэтому всего болѣе бываетъ выражена у многожавшихъ, между тѣмъ какъ при неподатливыхъ брюшныхъ стѣнкахъ у нерожавшихъ широкая форма бываетъ гораздо менѣе отчетлива. При перемѣнѣ положенія больной, животъ при опухоляхъ сохраняетъ болѣе или менѣе свою остроконечную форму, при асцитѣ же онъ въ отлогахъ частяхъ еще болѣе выпячивается, а въ верхнихъ частяхъ уплощается. Неравномерное вздутіе живота говоритъ скорѣе за выпячиваніе отдѣльными отрѣзками кисты; свободная брюшная водянка дѣлаетъ форму живота равномерной; при инкапсулированномъ асцитѣ соответственная часть верѣдко особенно выдается. Иногда форма реберной дуги имѣетъ діагностическое значеніе, такъ какъ загнутый край встрѣчается при большихъ опухоляхъ, вросшихъ въ нижнее отверстіе грудной кѣтки, между тѣмъ какъ брюшная водянка не измѣняетъ формы реберной дуги.

Болѣе важныя отличія между яичниковыми опухолями и асцитомъ даетъ перкуссія. Свободно подвижная асцитическая жидкость скопляется у горизонтально лежащихъ больныхъ въ Дугласовомъ пространствѣ и въ поясничныхъ областяхъ и отдѣляется отъ тимпанического кишечнаго тона горизонтальной линіей, которая при умѣренной водянкѣ стоитъ тотчасъ надъ лоннымъ сочлененіемъ; чѣмъ болѣе скопленіе жидкости, тѣмъ выше отступаетъ эта линія, но по срединѣ живота всегда остается кишечный тонъ, такъ какъ здѣсь собираются плавающія въ асцитической жидкости кишки. При болѣе значительной брюшной водянкѣ полоса кишечнаго тона становится все уже и наконецъ остается у пупка и выше его по направленію къ желудку. Наконецъ при высшихъ степеняхъ асцита кишечный тонъ совершенно исчезаетъ, такъ какъ кишки ужъ не могутъ добраться до поверхности. Какъ рано это наступаетъ, зависитъ отъ длины брыжейки; при хроническомъ перитонитѣ, сопровождаемомъ сморщиваніемъ брыжейки, это наступаетъ довольно рано, вслѣдствіе этого данныя перкуссіи могутъ совершенно напоминать опухоль, тѣмъ болѣе, что и въ поясничной области вслѣдствіе сморщиванія брюшины кишечныя петли удерживаются, не ускользая отъ напора асцитической жидкости, и даютъ здѣсь ясный кишечный тонъ. При опухоли яичника отношеніе между тупостью и кишечнымъ тономъ какъ-разъ обратное. Подвижная опухоль прилегасть къ

брюшнымъ покровамъ по срединѣ живота и даетъ здѣсь притупленный звукъ, между тѣмъ какъ по сторонамъ въ поясничной области и наверху остается тимпаническій звукъ. Чѣмъ крупнѣе опухоль, тѣмъ область притупленія обширнѣе, а полоса тимпанита сверху исчезаетъ, оставаясь подъ конецъ только въ поясничныхъ областяхъ. Перкуссія имѣетъ, слѣдовательно, задачей отыскать области тимпанического и притупленного звука и отграничить ихъ одну отъ другой. Чтобы отыскать границы, начинаютъ лучше всего выстукивать на наивысшей точкѣ живота, такъ какъ здѣсь вѣрнѣе всего можно рассчитывать найти ясный звукъ при асцитѣ и притупленный при опухоляхъ, и перкутируютъ затѣмъ внизъ по направленію къ симфизу и далеко въ обѣ стороны до области почекъ; постукиваютъ тихо и отмѣчаютъ границы. Въ типическихъ случаяхъ результатъ перкуссіи столь ясенъ, что уже на основаніи его одного можно поставить діагнозъ; однако и отклоненія отъ этого типа весьма часты: такъ, напри- мѣръ, при брюшной водянкѣ тоже встрѣчается ясный звукъ въ пояснич- ныхъ областяхъ или потому, что сильно наполненные кишки вытѣсняютъ жид- кость, или потому, что кишечныя петли склеились съ брюшной стѣнкой, напр. при карциноматозномъ и туберкулезномъ перитонитѣ, и жидкость не можетъ проникнуть въ поясничную область; съ другой стороны, отсутствуетъ иногда кишечный тонъ въ поясничной области при крупныхъ опухоляхъ, если кишечныя петли не содержатъ воздуха. Если отъ этого діагнозъ стано- вится сомнительнымъ, то повторяютъ выстукиваніе черезъ нѣсколько дней, назначивъ иногда предварительно слабительное. На высотѣ живота рѣже встрѣчаются уклоненія отъ нормы, легче всего тогда, если кишки въ видѣ исключенія ложатся впереди опухоли, или если въ опухоли развиваются газы, какъ, напр., при ихорозномъ распадѣнн дермоида.

Отличительнымъ признакомъ свободного асцита является *смыщая- мость перкуторныхъ границъ при перемѣнѣ положенія боль- ной*. Такъ какъ свободно подвижная жидкость всегда сбѣгаетъ въ отлогія мѣста, а кишки стремятся вверхъ, то при сильно выраженномъ боковомъ положеніи въ обращенной кверху сторонѣ живота звукъ разясняется, а въ лежащей книзу половинѣ граница тупости поднимается, образуя всегда горизонтальную линію; этотъ признакъ измѣняетъ только тогда, если асцитъ не свободенъ или кишки безвоздушны. Подобнымъ же образомъ можно доказать измѣнчивость границъ, изслѣдуя больную въ вполнѣ горизонталь- номъ или стоячемъ положеніи. Опухоли большею частью совсѣмъ не измѣ- няютъ своего положенія и сохраняютъ свои перкуторныя границы безъ перемѣны.—Особенныя затрудненія возникаютъ въ толкованіи данныхъ пер- куссіи при миксоидныхъ опухоляхъ въ случаѣ разрыва ихъ и выступленія миксоматозной жидкости въ брюшную полость, каковое осложненіе часто наблюдается въ виду тонкостѣнности этихъ опухолей. Въ этихъ случаяхъ получаютъ фигуру притупленія, какъ при крупной, лежащей по срединѣ живота опухоли, и, кромѣ того, въ одной или обѣихъ поясничныхъ обла- стяхъ притупленный звукъ отъ накопившейся здѣсь жидкости; такъ какъ

послѣдняя при переѣнѣ положенія не стекаетъ внизъ въ виду своей тягучей консистенціи, то тупость остается. Въ большемъ числѣ случаевъ я находилъ въ этомъ состояніи объясненіе аномальнымъ перкуторнымъ отношеніямъ; смѣшиваніе съ брюшной водянкѣ тѣмъ легче возможно, что эти мягкія опухоли плохо прощупываются.

Весьма важный признакъ асцита это—*переѣнна звука при поверхностной и глубокой перкуссіи*. При болѣе или менѣе крупныхъ опухоляхъ мы всегда получимъ притупленіе, будемъ-ли перкутировать поверхностно или глубоко, тихо или громко, такъ какъ вызванная постукиваніемъ волна не проникаетъ насквозь черезъ массу жидкости; только по краямъ иногда присоединяется созвучіе кишечнаго тона. Если же перкутировать при брюшной водянкѣ, то при поверхностномъ, тихомъ постукиваніи мы получаемъ притупленный звукъ, между тѣмъ какъ при глубоко въдавливаніи пальцевъ жидкость отбѣсняется въ стороны и получается кишечный тонъ. При свободномъ асцитѣ это самый надежный перкуторный признакъ; однако я наблюдалъ случаи, гдѣ и этотъ признакъ измѣняется, а именно при очень глубокомъ положеніи кишечныхъ петель вслѣдствіе сморщиванія брыжейки.

Въ подходящихъ случаяхъ самое простое средство для отличительнаго распознаванія это—*ощупываніе*. Упругія кисты иногда такъ легко обхватываются, что легко опредѣлить ихъ границы, особенно по бокамъ, между тѣмъ какъ свободная асцитическая жидкость не даетъ никакого пальпаторнаго сопротивленія, а ускользаетъ въ стороны; только при высшихъ степеняхъ брюшной водянки иногда получается извѣстная упругость вслѣдствіе крайняго растяженія живота.—Вѣрнымъ признакомъ является часто *флюктуационная волна*, которую вызываютъ легкимъ постукиваніемъ концевъ пальцевъ одной руки, а воспринимаютъ другой рукой. При брюшной водянкѣ волна возникаетъ уже при самомъ легкомъ поколачиваніи и дрожательными движеніями пробѣгаетъ по всему животу; при напряженныхъ опухоляхъ это никогда невозможно, только при вялыхъ и тонкостѣнныхъ кистахъ можно вызвать волну. Кажущаяся флюктуация получается при очень вялыхъ брюшныхъ покровахъ, если ихъ сотрясти постукиваніемъ. Помощью флюктуационной волны можно въ подходящихъ случаяхъ поставить дифференціальный діагнозъ между асцитомъ и кистой, если испытывать, насколько забленіе простирается въ область почекъ; положивъ руку въ этомъ мѣстѣ, чувствуютъ часто при асцитѣ, какъ волна пробѣгаетъ до позвоночника, между тѣмъ какъ при опухоляхъ она гораздо раньше кончается. Если прощупываютъ твердые участки по периферіи ясной пальпаторной резистенціи, то это можно принять за отдѣлы опухоли, ибо метастазы при асцитѣ имѣютъ обыкновенно болѣе разлитой характеръ, бывають болѣе подвижны и держатся большею частью области сальника. Явственный хрустъ кожи также считается признакомъ коллоидной опухоли.

Особенно труденъ *дифференціальный діагнозъ между асцитомъ и очень вялыми, тонкостѣнными кистами*, каковы пароваріаль-

ныя кисты или яичниковыя кисты съ всосавшимся отчасти содержимымъ, или кисты въ послѣродовомъ періодѣ. Во-первыхъ, въ виду отсутствія всякаго напряженія въ содержимомъ, эти кисты располагаются при горизонтальномъ положеніи больной такъ плоско, что животъ приобретаетъ такую форму, какъ при брюшной водянкѣ; при переměнѣ положенія онѣ ложатся въ наиболѣе отлогую часть живота, такъ что получается переменная перкуторнаго звука, какъ при асцитѣ. Сюда присоединяется то, что ихъ стѣнка очень плохо прощупывается, а при постукиваніи получается совершенно отчетливая флюктуаціонная волна; поэтому ошибки здѣсь весьма часты.

При внимательномъ выстукиваніи и ощупываніи, особенно при повторныхъ изслѣдованіяхъ, останется немного случаевъ, гдѣ не удастся поставить дифференціальный діагнозъ между брюшной водянкой и кистой. Въ сомнительныхъ случаяхъ можно еще прибѣгнуть къ *пробному проколу*. Послѣ тщательнаго обеззараженія брюшныхъ покрововъ вкалываютъ дезинфицированный присасывающій шприцъ въ томъ мѣстѣ живота, гдѣ констатируется съ увѣренностью притупленный звукъ. Если черезъ умѣренно толстую канюлю ничего не присасывается, то можно съ вѣроятностью предположить яичниковую опухоль съ коллоиднымъ содержимымъ; если же присасываютъ жидкость, то въ отдѣльныхъ случаяхъ можно на основаніи изслѣдованія ея поставить вѣрный діагнозъ. За опухоль яичника говоритъ густая, тягучая, коллоидная консистенція, буровато-зеленоватый цвѣтъ, высокій удѣльный вѣсъ (1020—1040), между тѣмъ какъ асцитическая жидкость выглядит свѣтло-желтой, зеленоватой или отъ примѣси крови красной либо коричневой и имѣетъ низкій удѣльный вѣсъ (1010—1015). Вольшую частью мы имѣемъ при брюшной водянкѣ очень жидкое содержимое, только при студенистомъ ракѣ оно можетъ получить густую, тягучую консистенцію. Химическое и микроскопическое изслѣдованіе такъ рѣдко даютъ неоспоримые результаты, что лучше совершенно отказаться отъ ихъ примѣненія.

О дифференціальномъ діагнозѣ между *инкапсулированнымъ асцитомъ* и опухолями яичника см. стр. 177.

При *осложненіи брюшной водянки яичниковыми опухолями* діагностическія трудности возрастаютъ, такъ какъ въ результатъ получается комбинація перкуторныхъ данныхъ обоихъ состояній; долше всего сохраняется полоса кишечнаго тона въ обоихъ подреберьяхъ. При переměнѣ положенія получаютъ обыкновенно самый вѣрный результатъ, такъ какъ въ лежащей кверху поясничной области перкуторный звукъ разъясняется. Если опухоль преобладаетъ своей массой, то часто не удается констатировать наряду съ нею асцитъ; если жидкость накапливается между отдѣльными частями опухоли и брюшной стѣнкой, то получаютъ ограниченныя участки съ очень отчетливой флюктуаціей; чрезвычайная подвижность, такъ назыв. *пляска опухоли*, говоритъ за осложненіе брюшной водянкѣ. Напротивъ, если асцитъ преобладаетъ своей массой, то опухоли отступаютъ на задній планъ, и часто даже подъ наркозомъ не легко констатировать опухоль, ея границы, консистенцію и связь съ маткой.

Особенно ответственный диагноз небольших папиллом или фибросаркомъ яичниковъ чрезвычайно затрудненъ при значительной брюшной водянкѣ. Если подозрѣваютъ подобныя опухоли какъ причину асита, то надо сдѣлать проколъ и тогда можно будетъ въ опорожненной брюшной полости и при вялости брюшныхъ покрововъ крайне легко опредѣлить опухоли. Пробное чревосѣченіе въ такихъ случаяхъ я считаю только тогда допустимымъ, если предвидится, что опухоли можно будетъ удалить, ибо у карциноматозныхъ больныхъ оно представляетъ большую опасность зараженія, нежели обыкновенно, и часто оно служитъ причиною тому, что подобные ослабленные больные уже не поднимаются больше съ своего больного ложа.

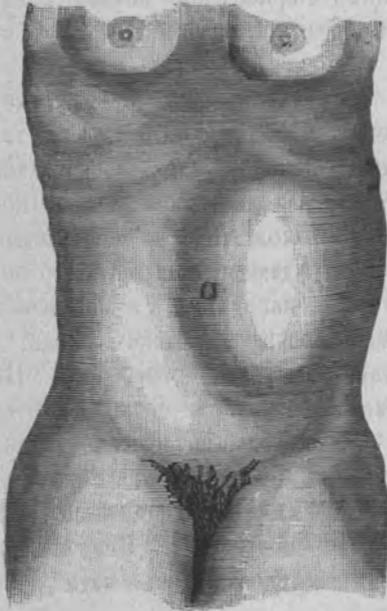


Рис. 82. Киста поджелудочной железы (по *Flaischlen'y*).

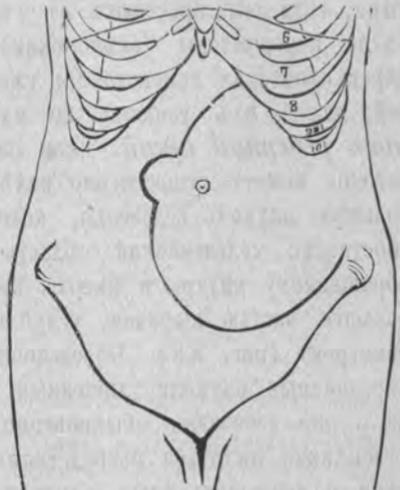


Рис. 83. Большая опухоль селезенки с отчетливыми вырѣзками. Р. О.

Для кистъ поджелудочной железы на первомъ мѣстѣ характеристична локализациа ихъ; онѣ развиваются въ лѣвомъ подреберьѣ и растутъ сверху внизъ, такъ что *наибольшая выпуклость всегда остается вблизи pancreas у пупка* (рис. 82).

Консистенция ихъ большею частью на всемъ протяженіи ясно кистовидна. Смѣшать ихъ можно только съ высоко лежащей яичниковой опухолью и, въ виду малой подвижности, главнымъ образомъ съ приросшей. Вѣрнѣ всего можно исключить яичниковую опухоль двойнымъ изслѣдованіемъ половыхъ органовъ. Предложенный нѣкоторыми авторами пробный проколъ для химическаго опредѣленія ферментовъ поджелудочной железы не всегда надеженъ и, пожалуй, опасенъ въ виду возможности пораненія желудка.

*Забрюшинныя и брыжеечныя опухоли* легко принимаются за яичниковыя, если онѣ, сильно выпячивая животъ, растутъ также книзу до тазового входа. И здѣсь можно было бы всегда съ легкостью исключить опухоль яичника, если бы удавалось ощупать оба яичника и съ увѣренностью исключить связь съ маткой, но это не всегда возможно. Нельзя также воспользоваться консистенціей для отличительнаго распознаванія, такъ какъ чистыя кисты могутъ имѣть исходнымъ пунктомъ забрюшинныя и мезентеріальныя образованія, а ретроперитонеальныя миксомы и саркомы могутъ по своей мягкости симулировать кисты. *Характеристичнымъ бываетъ во многихъ случаяхъ отношеніе къ кишкамъ:* между тѣмъ какъ свободно подвижныя яичниковыя опухоли оттясываютъ кишки въ стороны и окружены тимпанитомъ, забрюшинныя и брыжеечныя опухоли сдвигаютъ часто кишечныя петли впередъ къ брюшной стѣнкѣ и даютъ барабанный звукъ на высотѣ опухоли.

*Опухоли селезенки* также могутъ быть смѣшиваемы съ яичниковыми, если онѣ врастаютъ въ тазовый входъ и главное если онѣ кистовидно перерождены (эхинококки); въ противномъ случаѣ своеобразная паренхиматозная консистенція уже характерна для селезеночныхъ опухолей; далѣ ихъ узнаютъ по ихъ *косому положенію и исчезанію подъ реберной дугой*. Если развивается блуждающая селезенка, то положеніе можетъ существенно измѣниться; такъ, напримѣръ, я наблюдалъ большую опухоль селезенки, которая лежала поперекъ тазового входа, а собственно селезеночная область оставалась совершенно свободной. По обращенному внутрь и вверхъ краю селезеночной опухоли прощупываются большою частью вырѣзки, углубляющіяся въ опухоль на нѣсколько сантиметровъ (рис. 83). Селезеночныя эхинококки представляютъ большія, кистовидныя опухоли, лишенныя вышеозначенныхъ особенностей селезенки, но и они исчезаютъ обыкновенно въ лѣвомъ подреберьѣ. Конечно, и здѣсь надо пытаться посредствомъ двойного изслѣдованія отыскать яичники и исключить связь опухоли съ маткой.

*Опухоли печени* принимаются иногда за яичниковыя, если онѣ спускаются до тазового входа, или смѣшиваются съ тѣми опухолями яичника, которыя вслѣдствіе образованія сросеній во время беременности или въ послѣродовомъ періодѣ фиксируются въ области печени. Равномѣрныя увеличенія печени распознаютъ легче всего по своеобразной паренхиматозной консистенціи, по острому нижнему краю, характерно поднимающемуся вкось къ мечевидному отростку и по вырѣзкѣ для желчнаго пузыря. Далѣ, всѣ печеночныя опухоли болѣе или менѣе замѣтно смѣщаются съ дыханіемъ. Скорѣе всего могутъ быть приняты за яичниковыя опухоли большія, отшнуровавшіяся доли печени (корсетная печень), крупныя печеночныя опухоли, въ особенности эхинококки. На первомъ планѣ надо стараться опредѣлить связь опухоли съ половыми органами или съ печенью. Въ иныхъ случаяхъ отличіемъ можетъ служить родъ подвижности, ибо стебельчатыя опухоли печени легко смѣщаются кверху

и трудно внизу, а яичниковые опухоли наоборот. Разъясняет дѣло нахождение широкаго или тяжеобразнаго соединенія съ печенью или ножки, идущей къ маткѣ.

Съ *миомами* могутъ быть, конечно, смѣшиваемы и яичниковыя опухоли средней и крупнои величины. Отличія, указанные выше при дифференціальной діагностикѣ небольшихъ опухолей, имѣютъ приложеніе и здѣсь; надо однако прибавить, что при крупныхъ миомахъ кистовидное перерожденіе чаще бываетъ, вслѣдствіе чего отдѣльныя части миомы могутъ вполне походить на яичниковую опухоль; далѣе, у крупныхъ многополостныхъ кистомъ консистенція можетъ быть столь же плотной, какъ у миомы. Тѣмъ не менѣе испытаніе консистенціи остается весьма важнымъ, а также нахождение ножки; особенно облегчаетъ распознаваніе большой миомы констатированіе удлиненія маточной полости, хотя надо помнить, что именно при миомахъ зондъ весьма часто не доходитъ до дна и вслѣдствіе этого ошибочно указываетъ болѣе короткую полость. Возможно смѣшиваніе и съ *интерстиціальными*, мягкими миомами, если нельзя съ увѣренностью опредѣлить переходъ шейки въ тѣло матки и такимъ образомъ доказать происхожденіе опухоли изъ матки. Очень легко можно смѣшать съ яичниковой опухолью крупныя фибромы тазовой клетчатки, особенно если онѣ сидятъ на тонкой ножкѣ и обладаютъ мягкой консистенціей.

При діагностикѣ яичниковой опухоли должны быть приняты во вниманіе еще слѣдующіе пункты:

**Распознаваніе межесвязочнаго мѣстоположенія опухоли.** Свойства интралигаментарной локализациа опухоли всего яснѣе выступаютъ, если опухоль лежитъ всецѣло между листками широкой связки и развивается по направленію къ маткѣ; если же она помѣщается въ боковой отдѣлъ *lig. latum*, то она можетъ пріобрѣсть свойства стебельчатой опухоли, вытягивая свободную часть широкой связки. Особенно пароваріальныя кисты имѣютъ часто, несмотря на свое вполне межесвязочное мѣстоположеніе, такого рода вытянутую ножку, которая позволяетъ имъ большую подвижность и даже можетъ перекручиваться. Межесвязочныя опухоли яичника обнаруживаютъ все *большую или меньшую степень неподвижности*, такъ какъ покрывающій ихъ листокъ широкой связки фиксируетъ ихъ на днѣ таза; но ограниченіе подвижности часто лишь ничтожно, такъ какъ брюшина податлива. Опредѣляютъ степень подвижности путемъ двойнаго изслѣдованія, передвигая опухоль сверху внизъ; при этомъ оказывается,



Рис. 84. Опухоль правой доли печени.  
Р. О.

Поверхъ опухоли находится желчный пузырь; половые органы отчетливо отграничиваются.

что опухоль подвижна до известной границы, полагаемой прикрѣпленіемъ lig. infundibulo-pelvicum къ тазовой стѣнкѣ, но что ее никогда не удастся вполне вправить, т. е. вывести изъ таза. Правда, неподвижными бываютъ также ущемленные и проросшія опухоли; ущемленіе можно предположить, конечно, только тогда, когда опухоль имѣетъ соотвѣтственную емкости таза величину, а у проросшихъ опухолей фиксація большею частью гораздо плотнѣе, причѣмъ у основанія опухоли прямо ощущаются тяжи или экссудаты, между тѣмъ какъ межсвязочныя опухоли окружены мягкой, смѣшаемой тканью. У опухолей, сидящихъ въ широкой связкѣ только своимъ основаніемъ, послѣднее образуетъ часта неподвижную точку, вокругъ которой движется верхушка опухоли.

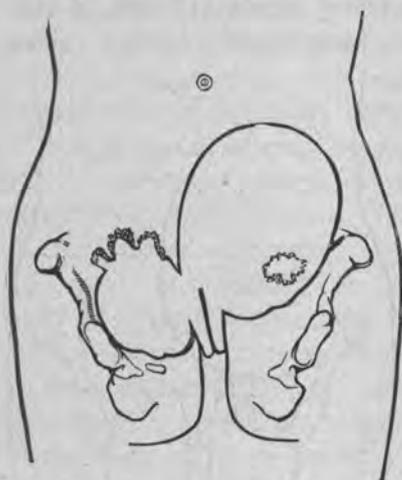


Рис. 85. Двусторонняя, межсвязочная, сосочковая опухоль яичника. Р. О. 1/2. Съ правой стороны опухоль сидитъ глубоко въ параметріи, съ лѣвой стороны — наверху въ широкой связкѣ; обѣ такъ тѣсно связаны съ маткой, что дно ея не отграничивается; прощупывается только шейка и слѣна кусокъ тѣла матки. Зондъ 7 см. На обѣихъ опухоляхъ сосочковыя разрошенія.

Отношеніе опухоли къ маткѣ весьма важно для діагноза интралигаментарнаго положенія; правда, и здѣсь существуютъ большія различія въ зависимости отъ того, насколько опухоль приблизилась къ маткѣ: во многихъ случаяхъ она столь тѣсно прилегаетъ, что только легкая перетяжка ихъ отдѣляетъ, или только дно матки отграничивается, или матка сильно вытянута въ длину и истончена, такъ что ее вообще только можно констатировать зондомъ, или опухоль такъ вросла въ мускулатуру, какъ будто она изъ нея исходитъ. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, гдѣ широкая связка неполнѣе расправлена, опухоль лежитъ такъ далеко отъ матки, что едва можно констатировать связь между ними и легко можно передвигать ихъ одну по отношенію къ другой. Характеристичнымъ остается въ этихъ случаяхъ всегда

*связь опухоли какъ-разъ съ боковымъ краемъ матки*; правда, и это не такъ ясно выступаетъ, когда медиальная часть широкой связки остается свободной; тогда матка помѣщается иногда настолько впередъ или назадъ, что опухоль кажется предметочной или заматочной; но если въ этихъ случаяхъ придвинуть матку къ опухоли, то все-таки можно доказать связь между ними. Передняя поверхность матки образуетъ большею частью съ покрытой lig. latum передней поверхностью опухоли одинъ сплошной контуръ, между тѣмъ какъ задняя пластинка широкой связки приподымается далеко вверхъ растущей опухолью; при этомъ опухоль ложится на заднюю поверхность матки, обнаженную отъ брюшины и производя въ впечатлѣніи заматочной опухоли. Приподнятіе передняго листка

широкой связки бывает гораздо реже, но все-таки наблюдается иногда, а именно при сосочковых опухолях, которые растут вокруг пузыря в *sacum praeperitoneale Retzii*. Развитие межсвязочных опухолей простирается иногда очень глубоко в таз, если они проникают в собственно параметрий; они лежат тогда низко на тазовом дне, на подобие стембельчатых опухолей, опустившихся в Дугласово пространство. Если они сидят собственно в широкой связке, то они развиваются поверх тазового входа. Весьма резким признаком интралигаментарного развития является *смещение матки*, если оно происходит *как раз в сторону*. Заматочная или сбоку лежащая стембельчатая опухоль, если она вследствие ущемления или сращения не могут подняться вверх, тоже смещают матку, чтобы создать себе место для роста, но большею частью в сторону и вперед. При обоесторонних межсвязочных опухолях матка часто совершенно выпирается из таза вверх; иногда находят тогда одну опухоль наверху, а другую внизу возле матки. *Ощупывание придатков* можно также раздобыть точку опоры для суждения

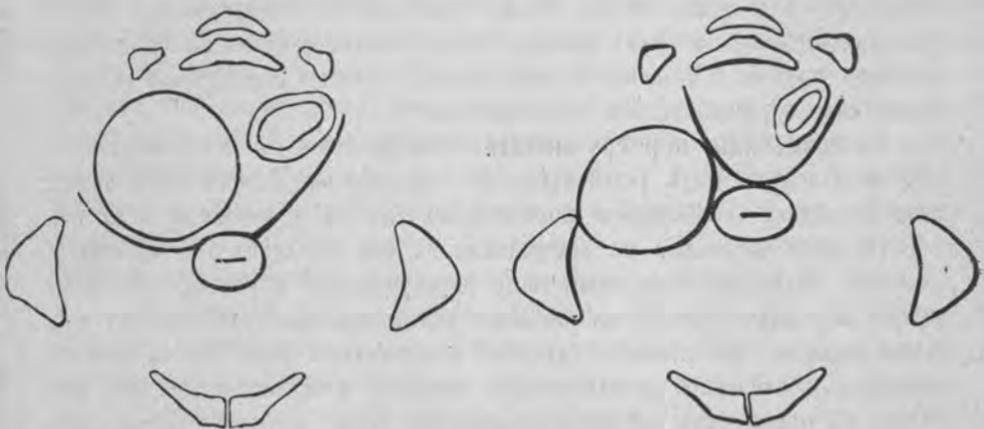


Рис. 86 и 87. Отношения Дугласовых складок при заматочном и межсвязочном местоположении яичниковой опухоли.  $\frac{1}{3}$ . Схем.

об интралигаментарном развитии опухоли, если находят трубу вытнутой в длину и тесно прилегающей к опухоли, а круглая связка идет вкось по передней поверхности к внутреннему паховому кольцу. *Безошибочным признаком в отличительном распознавании между интралигаментарной и глубоко в Дуглась лежащей опухолью служит ход Дугласовых складок*, которые однако не всегда можно отыскать: если Дугласова складка прощупывается впереди опухоли, то последняя лежит в Дугласовом пространстве (рис. 86), между тем как при интралигаментарном местоположении складка отгибается назад и к срединной линии (рис. 87).

Распознавание сращений представляет небольшие трудности, если опухоль лежит в малом тазу. Прежде всего за сращения говорит не-вправимость опухоли, если она не обусловлена интралигаментарным по-

ложеміемъ или ущемленіемъ; у основанія опухоли прощупываются большею частью короткіе тяжи, сильно чувствительные при давленіи. Если опухоль лежитъ въ большомъ тазу, то рѣчь идетъ прежде всего о распознаваніи *пристѣночныхъ сращеній*; ихъ узнають легче всего по неподвижности опухоли: между тѣмъ какъ не очень крупная опухоль легко смѣщается справа налево и, если длина ножки допускаетъ, то и сверху внизъ, она становится отъ разлитыхъ, пристѣночныхъ сращеній совершенно неподвижной и тѣсно прилегаетъ къ брюшнымъ покровамъ; правда, неподатливыя брюшныя стѣнки могутъ иногда предоставлять значительной опухоли столь ничтожную степень подвижности, что ее можно счесть приросшей. Частичныя сращенія съ передней брюшной стѣнкой часто довольно отчетливо опредѣляются, если опухоль сильно смѣстится, тогда образуются на соотвѣтственномъ мѣстѣ втягиванія брюшной стѣнки. Мѣстная боль при давленіи или перитонитическое треніе заставляють подозрѣвать сращенія вслѣдствіе свѣжаго перитонита. *Сращенія съ кишками* можно подозрѣвать, если матка широко срослась съ передней брюшной стѣнкой, точнѣе опредѣлить ихъ можно только тогда, если удастся констатировать всегда въ опредѣленныхъ мѣстахъ мягкія, лентообразныя резистенціи и вызвать въ нихъ урчаніе. Сращенія съ сальникомъ, печенью и селезенкой обыкновенно нельзя распознать съ увѣренностью.

**Распознаваніе перекручиванія ножки** лишь въ исключительныхъ случаяхъ можетъ быть установлено на основаніи ощупыванія самой ножки; если послѣдняя оказывается паразитально толстой и короткой, если еще опредѣляются перетяжки на поверхности ея или въ особо благоприятныхъ случаяхъ отдѣльныя извилины, тогда перекручиваніе вѣроятно. *Обыкновенно же перекручиваніе ножки распознается только по послѣдствіямъ.* Въ рѣдкихъ случаяхъ отсутствуютъ какіе бы то ни было симптомы и найденное перекручиваніе является неожиданностью при операціи; въ отдѣльныхъ случаяхъ появляются боли, которыя быстро нарастають и медленно проходятъ, особенно во время менструаціи; иногда сильный приступъ болей и внезапный ростъ опухоли указываютъ на кровотеченія внутри опухоли вслѣдствіе перекручиванія ножки. Но самымъ вѣскимъ симптомомъ остается *общій перитонитъ*, протекающій съ умѣренной лихорадкой, частымъ пульсомъ и метеоризмомъ. Во время остраго стадія опухоль не прощупывается отчетливо изъ-за сильнаго метеоризма; когда животъ спадается, контуры ея постепенно выступаютъ и становятся все отчетливѣе съ уменьшеніемъ воспаления. Если перитонитъ появляется у лица, у котораго не подозрѣвали опухоли, то діагнозъ можетъ долгое время оставаться сомнительнымъ; если же разлитое воспаленіе брюшины настигаетъ при завѣдомой наличности яичниковой опухоли, то самой частой причиною является перекручиваніе ножки. Можно также заподозрить перекручиваніе ножки *по общимъ сращеніямъ* съ кишками, брюшными покровами и маткой, какъ результатъ peritonitis diffusa. Чаше всего перекручиваніе ножки встрѣчается при опухоляхъ средней величины.

**Распознавание злокачественности.** Выше мы вскользь упомянули, что при распознавании яичниковых опухолей важно определять, какого рода опухоль, и поэтому указали клинические признаки, поскольку они имеют значение для дифференциальной диагностики различных опухолей; особенно важно заранее установить злокачественность и распознать, например, распространение рака за пределы опухоли. Злокачественное перерождение, развивающееся внутри железистых кистомъ, ускользает от клинического распознавания; то же самое не удается во многих случаях рѣшить, имѣемъ-ли мы предъ собою простую или раковую сосочковую опухоль; зато часто удается определять чисто саркоматозныя или карциноматозныя опухоли, иногда еще раньше, нежели новообразование захватило окружающія части. *Твердая консистенція и бугристая поверхность* подозрительны въ смыслъ злокачественности, хотя надо признаться, что фибромы, фибросаркомы, а иногда и многополостныя кистомы могутъ обнаруживать подобныя же свойства. *Двусторонность* при почти равныхъ опухоляхъ и *частичное развитіе въ широкой связкѣ* также подозрительны. *Брюшинная водянка* не есть вѣрный признакъ злокачественности, а встрѣчается въ незначительной степени также при железистыхъ кистомѣхъ, въ большей массѣ при фибромахъ и фибросаркомахъ и, главное, при папилломахъ, лишь только сосочки достигаютъ поверхности; во всякомъ случаѣ асцитъ почти аккуратно встрѣчается при злокачественныхъ опухоляхъ и поэтому всегда возбуждаетъ подозрѣніе. *Возрасту* нельзя придавать значеніе при распознаваніи злокачественности, такъ какъ злокачественныя опухоли могутъ встрѣчаться въ юномъ возрастѣ и доброкачественныя до самаго преклоннаго возраста. *Маразмъ и кахексія* встрѣчаются также при крупныхъ, доброкачественныхъ опухоляхъ, напротивъ при небольшихъ опухоляхъ они всегда очень подозрительны. *Ранній отекъ ногъ* при небольшихъ опухоляхъ я готовъ считать однимъ изъ вѣрнѣйшихъ признаковъ злокачественности. Изъ всего вышесказаннаго вытекаетъ, что діагнозъ нельзя считать безусловно вѣрнымъ, пока ракъ сидитъ еще въ самой опухоли; *уверенность пріобрѣтается болѣею частью только тогда, когда захвачена окрестность.* Злокачественныя опухоли вступаютъ тогда въ широкое, массивное *сращеніе съ окружающими частями* и фиксируются плотно и неподвижно. Вълѣдствіе диссеминаціи рака появляются на двѣ Дугласова пространства и на тазовой брюшинѣ *метастазы*, то въ видѣ шишекъ, то въ видѣ сплошныхъ кожистыхъ утолщеній; при комбинированномъ изслѣдованіи со стороны прямой кишки и влагалища эти шишки можно болѣею частью отграничить отъ главной опухоли, причемъ между пальцами ощущается шумъ тренія, такъ наз. *хрустъ снѣжковъ*. Отъ подобнаго же хруста, встрѣчаемаго при кровоизліяніяхъ въ Дугласово пространство, при бугорчатыхъ узелкахъ на брюшинѣ или при сосочковыхъ разрощеніяхъ на яичниковыхъ опухоляхъ, раковыя метастазы отличаются болѣею крупностью и болѣе интенсивнымъ треніемъ. Изъ воротъ (hilus) яичника кар-

циноматозныя массы проникають въ ножку, а оттуда въ широкую связку и параметрій, образуя здѣсь отдѣльныя *шишки или еще чаще сплошныя, хрящеватыя утолщенія*; такимъ образомъ основаніе опухоли окружается неправильными, бугристыми массами. Если въ верхней части брюшной полости находятъ шишковатыя опухоли, особенно въ области сальника и ободочной кпшки, то онѣ также могутъ быть разсматриваемы какъ метастазы и говорятъ въ пользу злокачественности; но надо остерегаться смѣшиванія ихъ съ комками кала и съ завороченнымъ сальникомъ, какъ это бываетъ при туберкулезномъ перитонитѣ. Въ извѣстномъ рядѣ случаевъ только осмотръ при чревосѣченіи уясняетъ натуру опухоли.

Въ добавленіе я намѣренъ еще изложить:

### Распознаваніе остраго и хроническаго воспаленія яичника.

*Острое воспаленіе яичника* (oophoritis acuta), если оставить въ сторонѣ пурперальныя формы, лишь рѣдко наблюдается. Непремѣннымъ условіемъ діагноза является изолированное ошупываніе яичника. Самое важное измѣненіе заключается въ припуханіи органа, которое рѣдко превышаетъ величину куриного или гусинаго яйца (см. случай 14). Консистенція яичника становится соотвѣтственно измѣненію мягкой и вдавимой, при нагноеніи также флюктуирующей, но никогда столь равномерно кистовидной, какъ при ретенціонныхъ кистахъ; при этомъ рѣдко отсутствуетъ извѣстная степень болѣзненности. Разстройство общаго состоянія, произвольныя боли, лихорадка говорятъ за острый оофоритъ и противъ малыхъ кистъ. Труднѣе становится распознаваніе, если острое воспаленіе яичника присоединяется къ трубнымъ заболѣваніямъ или сопровождается regiooophoritis acuta. Такъ какъ въ этихъ случаяхъ изолированное ошупываніе яичника затруднено и болѣзненность нельзя отнести только на счетъ яичника, то мы лишаемся главныхъ признаковъ; тѣмъ не менѣе участіе яичника вѣроятно, если значительная, круглая опухоль составляетъ главную часть заболѣванія придатковъ.

Чаще отъ врача требуется *распознаваніе хроническаго воспаленія яичника* (oophoritis chronica). И здѣсь еще рѣзче должно быть выставлено требованіе, чтобы большой яичникъ былъ отдѣльно прощупанъ, и всякій діагнозъ оофорита на основаніи одного надавливанія снаружи на яичниковую область долженъ быть настойчиво отклоненъ. Если удастся изолированно ошупать яичникъ, если можно опредѣленно исключить всякое участіе брюшины и если нѣтъ экссудата и сросеній, то мы имѣемъ въ сущности два пункта, образующихъ основу діагноза: *увеличеніе и болѣзненность* яичника, но только сочетаніе обоихъ упрочиваетъ діагнозъ. Увеличеніе яичника происходитъ вслѣдствіе утолщенія стромы или расширенія фолликуловъ, или отъ того и другого вмѣстѣ и равномерно захватываетъ весь органъ; большею частью яичникъ величиною съ голубиное яйцо, рѣдко съ куриное. Въ противоположность съ временнымъ увеличе-

нѣмъ, встрѣчающимся и въ нормальномъ яичникѣ вслѣдствіе образованія Граафовыхъ пузырьковъ и желтыхъ тѣлъ, мы находимъ при oophoritis chronica постоянное увеличеніе. Консистенція тверда, часто упруга, но не представляетъ ничего характернаго, такъ какъ при небольшихъ дермоидныхъ кистахъ она бываетъ такою же, между тѣмъ какъ небольшія ретенціонныя кисты отчетливѣе флюктуируютъ. Поверхность иногда мелкобугриста вслѣдствіе мелкокистовиднаго перерожденія фолликуловъ. Такимъ образомъ увеличеніе и консистенція одни не достаточны для распознаванія, а должны присоединиться еще одинъ симптомъ—боль при давленіи. Но столь субъективный симптомъ, какъ болѣзненность при давленіи, весьма неточенъ въ виду разнообразной чувствительности больныхъ и разнообразнаго надавливанія при изслѣдованіи; далѣе не надо забывать, что и нормальные яичники могутъ быть нѣсколько болѣзненны и что пери- и параметрическіе процессы могутъ давать боль при давленіи на яичникъ. Лишь изолированная, значительная болѣзненность яичника есть симптомъ оофорита, но она одна также не достаточна для діагноза, ибо нерѣдко встрѣчается первная болѣзненность, такъ наз. оварія. *Поэтому самыми вѣрными признаками хроническаго оофорита надо считать сочетаніе выраженной болѣзненности съ постояннымъ увеличеніемъ яичника.*

Трудности распознаванія значительно возрастаютъ, если хроническое воспаленіе яичника сочетается съ трубными заболѣваніями, періоофоритомъ и параметрическими выпотами. Болѣзненность въ такихъ случаяхъ не сосредоточивается въ одномъ яичникѣ и такъ какъ изолированное ощупываніе послѣдняго невозможно, то и нельзя опредѣлить увеличеніе его; но мы рѣдко ошибемся, если при хроническихъ опухоляхъ придатковъ предположимъ также воспалительные процессы въ яичникѣ.

Симптомы бываютъ столь неопредѣленнаго или общаго характера, что ими нельзя воспользоваться для распознаванія хроническаго оофорита; поразительно часто наблюдается иррадіація болей въ бедра.

## Распознаваніе злокачественныхъ заболѣваній матки, влагалища и вульвы.

### Ракъ матки.

*Подраздѣленіе.* Ракъ матки возникаетъ въ слизистой оболочкѣ или непосредственно подъ нею изъ элементовъ ея (лишь нѣкоторыя рѣдкія формы имѣютъ иные исходные пункты). Поэтому мы лучше всего принимаемъ за основу для подраздѣленія слизистую оболочку и различаемъ по примѣру Ruge и Veit'a

1. *Ракъ влагалищной части*, образующійся въ слизистой оболочкѣ, покрывающей portio vaginalis, т. е. отъ наружнаго зѣва до прикрѣпленія влагалищнаго свода (рис. 103, пунктиръ).

2. *Ракъ шейки*, возникающей на слизистой оболочкѣ на протяженіи отъ наружнаго до внутренняго зѣва (рис. 103, поперечная штриховка).

3. *Ракъ тѣла матки*, исходящей изъ слизистой матки, начиная отъ внутренняго зѣва вверхъ до трубныхъ устій (рис. 103, продольная штриховка).

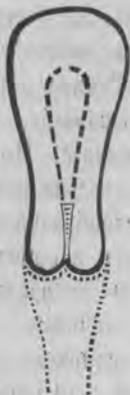


Рис. 88. Нормальная матка со своими различными слизистыми оболочками (схем.).

Это подраздѣленіе находитъ себѣ оправданіе не только въ различномъ строеніи и характерѣ слизистой, составляющей исходный пунктъ карциномы, но и въ различныхъ путяхъ распространенія отдѣльныхъ формъ. Правда, это раздѣленіе, особенно на карциномы влагалищной части и шейки, проводимо только для раннихъ ступеней, но именно для распознаванія послѣднихъ, которыя съ развитіемъ гинекологіи все чаще попадаютъ врачу, оно имѣетъ большое значеніе, ибо не только клиническія картины, но и методы распознаванія совершенно различны, смотря по исходной точкѣ и распространенію рака.

Какъ основу для діагностики я предпосылаю:

#### Топографическая анатомія рака матки.

**I. Ракъ влагалищной части.** Ракъ представляетъ собою новообразование, которое болѣе или менѣе скоро распадается. Новообразование можетъ развиваться изъ влагалищной части въ просвѣтъ рукава, представляя тогда исходящую изъ *portio vaginalis* опухоль, или же оно развивается въ самую ткань влагалищной части и инфильтрируетъ ее. Смотря по тому, быстро или медленно происходитъ распаденіе новообразования, преобладаетъ инфильтрація или изъязвленіе; такимъ образомъ возникаютъ различныя клиническія картины, которыя надо рѣзко разграничивать въ діагностическомъ отношеніи, хотя и надо признать, что онѣ часто представляютъ не различныя формы, а только различныя стадіи одной и той же формы, развивающіеся одинъ изъ другого. Мы различаемъ:

1. *Полипозный ракъ* влагалищной части; эта такъ наз. цвѣтная капуста представляетъ собою опухоль на поверхности *portio vaginalis*, которая исходитъ изъ обѣихъ маточныхъ губъ или изъ одной, или изъ части одной губы, довольно часто изъ спайки между губами; опухоль либо сидитъ плоско всѣмъ своимъ протяженіемъ на влагалищной части, либо на ножкѣ; рѣдко ножку найдутъ тоньше пальца. Величина опухоли можетъ быть весьма различная, начиная съ величины лѣснаго орѣха и доходя до величины кулака, когда она выполняетъ весь просвѣтъ влагалища. Тѣ части *portio vaginalis*, которыя не поражены ракомъ, скрыты за «цвѣтной капустой» и ихъ часто трудно отыскать. Поверхность опухоли никогда не бываетъ гладкой, болѣею частью она бугристая, неровная, шероховатая и крошится; изрѣдка она бываетъ красной, обыкновенно же покрыта маркой, гангренозной массой (рис. 89 и 90).

2. *Инфильтрирующий рак* вызываетъ утолщенія и уплотнѣнія во влагалищной части, которая всю ее обхватываютъ кольцомъ или оставляютъ свободными одну губу или части оной; инфильтрація идетъ на различную глубину въ ткань, но рѣдко за предѣлы прикрѣпленія влага-

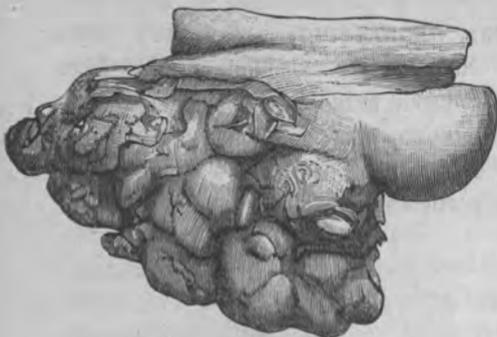


Рис. 89. Ракъ влагалищной части, имѣющій видъ пѣвтной капусты; надвлагалищная ампутація (по препарату университета женск. клин.).  $\frac{1}{1}$ .



Рис. 90. То же самое въ сагиттальномъ разрѣзѣ.

лищного свода. Поверхность обнаруживаетъ весьма незначительные дефекты, въ рѣдкихъ случаяхъ даже совершенно здоровую слизистую оболочку (рис. 91).

3. *Раковая полость* во влагалищной части представляетъ образовавшуюся вслѣдствіе изъязвленія воронку, которая соотвѣтствуетъ боль-



Рис. 91. Инфильтрирующий ракъ влагалищной части (по препарату университета женск. клин.).  $\frac{1}{2}$ . Ракъ занимаетъ всю толщю одной губы и прилегающій влагалищный сводъ и еще покрытъ нетронутой слизистой оболочкой.



Рис. 92. Раковая полость во влагалищной части (по препарату университета женск. клин.).  $\frac{1}{2}$ .

шею частью лишь одной губѣ и пронизываетъ ткань portio vagin. почти до внутренняго зѣва; полость проходитъ рядомъ съ шеечнымъ каналомъ и наружнымъ зѣвомъ, часто переходя въ нижнюю часть первого (рис. 92).

4. *Раковая язва* представляет собою совершенно плоское изъязвление на поверхности влагалищной части, не обнаруживающее никакой наклонности роста вглубь, а распространяющееся только по поверхности; она большею частью принадлежит одной губѣ (*ulcus rodens*, рис. 93).

*Пути распространения.* Распространение рака влагалищной части по поверхности происходит исключительно по направлению къ влагалищному своду и отсюда на самыя *стѣнки влагалища*, между тѣмъ какъ переходъ на цервикальную слизистую наблюдается крайне рѣдко. Такъ наз. цвѣтная капуста и *ulcus rodens* имѣютъ величайшую склонность распространяться на влагалище, причѣмъ они поражаютъ ту поверхность влагалищной стѣнки, которая прилегаетъ къ большой губѣ. Тѣ карциномы, которыя проникаютъ болѣе въ толщу *portio vaginalis*, распространяются въ



Рис. 93. Раковая язва (*ulcus rodens*) на задней губѣ и прилежащемъ влагалищномъ сводѣ (по препарату университет. женск. клин.).  $\frac{1}{1}$ .



Рис. 94. Инфильтрирующий ракъ шейки (по препарату университет. женск. клин.).  $\frac{1}{2}$ .

субвагинальной ткани рукава и ведутъ къ инфильтраціи, которая сперва еще бываетъ покрыта слизистой оболочкой; медленно онѣ шагаютъ впередъ по направлению къ влагалищному входу, причѣмъ на передней стѣнкѣ онѣ стоятъ всегда всего ниже, а на задней всего выше. Въ рѣдкихъ случаяхъ находятъ изолированные, метастатическіе узлы во влагалищной стѣнкѣ, такъ назыв. контактные карциномы, т. е. раковыя пораженія на тѣхъ мѣстахъ влагалищной стѣнки, которыя прилегаютъ къ первичному раку.

Распространение на *цервикальную ткань* чаще всего встрѣчаютъ при инфильтрирующихъ формахъ; оно происходитъ *per continuitatem*, крайне рѣдко прыжками, рѣдко доходитъ до *os internum* и лишь въ исключительныхъ случаяхъ за предѣлы его, иногда слизистая оболочка шейки заражается сзади. *Тѣло матки* поражается лишь въ самыхъ позднихъ ступеняхъ болѣзни и тоже *per continuitatem*; распространение въ видѣ метастазъ весьма рѣдко встрѣчается въ ткани тѣла матки, а на слизистой оболочкѣ вообще не наблюдалось до сихъ поръ. *Seelig* считаетъ вѣро-

ятнымъ, что раннее поражение corpus ut. происходитъ по лимфатическимъ путямъ.

*Тазовая клѣтчатка* поражается со стороны влагалищнаго свода или съ периферіи нижняго отдѣла надвлагалищной части шейки. Распространеніе рака въ лимфатическихъ щеляхъ тазовой клѣтчатки зависитъ отъ строенія параметрія; оно происходитъ чаще всего въ заднихъ отдѣлахъ бокового параметрія, лежащихъ сбоку и спереди отъ Дугласовыхъ складокъ, доходя до таза; передніе отдѣлы и тѣ, которые лежатъ сбоку отъ мочевого пузыря, остаются почти всегда свободными. Тонкіе слои параметрія между шейкой и пузыремъ и сзади между шейкой и брюшиной представляютъ мало простора для распространенія рака. Инфекція тазовой клѣтчатки совершается большею частью per continuitatem въ видѣ инфильтрацій, примыкающихъ къ пораженной части portio vaginalis или влагалищнаго свода, образующихъ скоро вслѣдствіе распаденія большія полости, которыя открываются во влагалище; лишь рѣдко возникаютъ значительныя опухоли въ параметріи. Иногда инфекция распространяется по лимфатическимъ сосудамъ и вызываетъ тогда образованіе плотныхъ тяжей, которые тянутся къ тазу.

*Мочевой пузырь* довольно поздно захватывается со стороны передняго свода, а *прямая кишка* сравнительно рѣдко поражается со стороны задняго параметрія. Распространеніе per continuitatem на *полость брюшины* также происходитъ довольно поздно.

*Лимфатическія железы*, поражаемыя при ракъ влагалищной части, суть glandulae iliacae, лежащія тотчасъ подъ тазовымъ входомъ; зараженіе ихъ наступаетъ поздно и даже при пораженіи параметрія довольно рѣдко (около 25 %).

*Внутренніе органы* очень поздно и очень рѣдко поражаются при ракъ portio vaginalis, чаще всего легкое и печень.

**II. Ракъ шейки.** Ракъ шейки исходитъ изъ цервикальной слизистой или изъ элементовъ ея, лежащихъ подъ нею въ шеечной ткани; для узловъ, лежащихъ глубоко въ цервикальной ткани, *Veit* предполагаетъ происхожденіе изъ эндотелиевъ. Вслѣдствіе разнообразія роста, а также вслѣдствіе смѣны инфильтраціи и распаденія возникаютъ слѣдующія, различныя въ діагностическомъ отношеніи картины болѣзни:

1. *Инфильтрирующий ракъ* представляетъ собою утолщеніе всей шейки или одной стѣнки ея, или части стѣнки; онъ возникаетъ также въ видѣ узла въ шейкѣ, растягивающаго ее равномерно или частично. При этомъ отсутствуетъ сперва всякое изъязвленіе, узелъ покрытъ нетронутой слизистой оболочкой какъ въ шейкѣ, такъ и на влагалищной части, но мало-по-малу слизистая истончается, заражается сзади и наконецъ распадается (рис. 94).

2. *Раковая полость* образуется въ шейкѣ тогда, когда пропиты- вающія карциномы вслѣдствіе распаденія вскрываются наружу (рис. 95), или если раковый процессъ съ поверхности проникаетъ на ограниченномъ

мѣстѣ въ глубину, сопровождаясь быстрымъ распаденіемъ. Полости лежатъ въ шейкѣ и доступны со стороны цервикальнаго канала, въ рѣдкихъ случаяхъ также со стороны влагалища. Шеечный каналъ большею частью придвинутъ къ здоровой стѣнкѣ и отчасти переходитъ въ полость (рис. 96).

3. *Раковое изгязвленіе въ шеечномъ каналѣ* (внутренній ракъ шейки) представляетъ собою форму, исходящую одновременно изъ слизистой оболочки всего канала, мало проникающую вглубь и быстро распадающуюся. Такимъ образомъ шеечный каналъ развивается въ полость, между тѣмъ какъ цервикальная стѣнка во многихъ случаяхъ совершенно не инфильтрирована, а, наоборотъ, постепенно истончается изнутри, въ другихъ же случаяхъ инфильтрація сильнѣе и идетъ рука объ руку съ распаденіемъ въ сторону канала (рис. 97).



Рис. 95. Раковая полость въ шейкѣ, образовавшаяся вслѣдствіе распаденія инфильтрирующей карциномы (по препарату университет. женск. клин.).  $\frac{1}{2}$ .



Рис. 96. Большая раковая полость въ шейкѣ съ разрушеніемъ почти всего шеечнаго канала (по препарату университет. женск. клин.).  $\frac{1}{2}$ .

*Пути распространенія.* Непрерывное распространеніе рака шейки по поверхности происходитъ исключительно по направленію къ *тѣлу матки* съ переходомъ за внутренній зѣвъ; особенно при поверхностной карциномѣ слизистой оболочки (3) присоединяется иногда заболѣваніе всей внутренней поверхности матки. Далѣе *corpus uteri* можетъ поражаться вслѣдствіе непосредственнаго распространенія рака въ вещество матки, причемъ инфильтрируются все выше и выше лежація части и, распаясь, принимаютъ участіе въ образованіи полости. Распространеніе путемъ метастазъ не рѣдко какъ въ веществѣ, такъ и въ слизистой оболочкѣ. Ракъ шейки никогда не распространяется по поверхности слизистой оболочки за *os externum* на *влагалище*; зато при прогрессирующей карциномѣ новообразованіе распространяется такъ же, какъ при ракѣ *portio vaginalis*, въ подвлагалищной ткани, постепенно подвигаясь къверху и всегда отдавая предпочтеніе передней стѣнкѣ. Метастатическое распространеніе на слизистую влагалища рѣдко. *Тазовая клетчатка* захватывается съ периферіи шейки и сперва на томъ мѣстѣ, гдѣ ракъ глубже всего про-

чикъ; позже всего она поражается при поверхностномъ ракъ слизистой оболочки, раньше всего при глубокихъ инфильтраціяхъ одной стѣнки; распространѣніе по параметрію происходитъ такимъ же образомъ, какъ при ракъ влагалищной части. *Пузырь* поражается довольно рано, особенно при карциномѣ передней стѣнки; напротивъ, *прямая кишка* заболѣваетъ лишь послѣ обширнаго пораженія тазовой клѣтчатки. *Полость брюшины* долго противостоитъ инфекціи. Относительно заболѣванія *желѣзъ* и *внутреннихъ органовъ* имѣетъ силу сказанное при ракъ влагалищной части.

III. **Ракъ тѣла матки.** Ракъ тѣла матки всегда исходитъ изъ слизистой оболочки, и, смотря по размѣрамъ первичнаго пораженія, можно различать слѣдующія три клиническія картины:



Рис. 97. Раковое изъязвленіе въ шейечномъ каналѣ и тѣлѣ матки (по препарату университет. женск. клин.).  $\frac{1}{2}$ .



Рис. 98. Разлитой ракъ тѣла матки, обрывающійся какъ-разъ у внутренняго зѣва (по препарату университет. женск. клин.).  $\frac{1}{2}$ .

1. *Разлитой ракъ* образуется вслѣдствіе равномернаго заболѣванія всей слизистой тѣла матки; на ней развиваются шишковатыя утолщенія или ворсинчатая разрошенія, которыя путемъ медленной инфильтраціи стѣнки и воспалительной реакціи ведутъ къ утолщенію всего органа, пока ракъ въ формѣ бугровъ и шишекъ не вырастаетъ изъ наружной поверхности матки по направленію къ брюшной полости; изнутри маточная полость расширяется вслѣдствіе распадѣнія новообразованія (рис. 98).

2. *Ограниченный ракъ* возникаетъ, если новообразованіемъ поражается ограниченное мѣсто маточной стѣнки, между тѣмъ какъ прочіе отдѣлы остаются совершенно здоровыми; рѣдко пораженная часть бываетъ меньше 3-копѣечной монеты. Распадѣніе новообразованія ведетъ къ такому же образованію полости на пораженномъ мѣстѣ, какъ это было описано sub. 1 (рис. 99).

3. *Полипозный ракъ* очень рѣдокъ и, можетъ быть, всегда вториченъ. На совершенно ограниченномъ мѣстѣ, часто на тонкой ножкѣ, отходитъ отъ маточной стѣнки полипъ, который выполняетъ маточную по-

лость, а при дальнѣйшемъ ростѣ растягиваетъ ее; онъ мягокъ, крошится и распадается на поверхности и не распространяется вглубь. Прочая слизистая здорова, лишь иногда, какъ при всѣхъ формахъ, изъязвляется ея поверхность вслѣдствіе воспаленія (рис. 100).

**Пути распространенія.** Ростъ рака въ самой маткѣ происходитъ или преимущественно въ *толщю стѣнки*, или по направленію къ *маточной полости*. Всѣ тѣ карциномы, которыя имѣютъ склонность развиваться по направленію къ полости, мѣнѣе инфильтрируютъ стѣнку, тѣ же, которыя распространяются въ маточной стѣнкѣ, рѣдко ведутъ къ



Рис. 99. Ограниченный ракъ тѣла матки (по препарату университет. женск. клин.)  $\frac{1}{2}$ .



Рис. 100. Полиповый ракъ тѣла матки—метастазъ при ракъ яичника (по препарату университет. женск. клин.)  $\frac{1}{4}$ .

значительнымъ новообразованіямъ, вдающимся въ полость. Наклонность распространяться по поверхности не очень велика; только первично разлитыя карциномы простираются иногда за внутренній зѣвъ по направленію къ шейкѣ; но большею частью онѣ останавливаются у *os internum*. Ростъ совершается предпочтительно въ глубину, но весьма медленно и требуетъ большею частью много времени для полного пронизыванія всей стѣнки. *Тазовая клетчатка* можетъ поражаться только въ *lig. latum*, если ракъ достигнетъ периферіи матки какъ-разъ у боковыхъ краевъ ея или въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ онъ распространяется между мускулатурой и рыхло прилегающей брюшиной; отсюда происходитъ тогда инфекция въ формѣ узловатыхъ утолщеній; глубокія части параметрія могутъ заражаться только со стороны шейки. *Брюшина* можетъ поражаться на всей наружной поверхности тѣла матки, если узлы до нея доходятъ. На этихъ

мѣстахъ образуются срощенія съ прилегающими органами, салъвикомъ и кишками или съ peritoneum parietale, а затѣмъ бываетъ и прободеніе въ кишечникъ. *Пузырь и прямая кишка* захватываются очень поздно. Изъ *железъ* поражаются при ракъ тѣла матки glandulae lumbales, лежащія на позвоночникѣ вокругъ аорты; ихъ зараженіе происходитъ очень поздно. Метастазы во *внутреннихъ органахъ* встрѣчаются лишь въ позднихъ стадіяхъ; раньше всего и неособенно рѣдко заболѣваютъ *яичники*.

#### Распознаваніе рака матки.

*Диагнозъ рака матки есть одинъ изъ самыхъ ответственныхъ для врача; всякая ошибка стоитъ человѣческой жизни, то же самое слишкомъ поздно поставленный диагнозъ, такъ какъ ракъ пока успѣлъ уже сдѣлаться неоперабельнымъ. При всякихъ условіяхъ надо стремиться, вооружившись всеми діагностическими пособіями, распознать ракъ при первомъ же изслѣдованіи.* Къ вспомогательнымъ средствамъ, имѣющимся въ распоряженіи врача-практика, я причисляю также консультацію съ опытнымъ товарищемъ. Практиковавшееся раньше *наблюденіе за больной, у которой подозрѣвается ракъ, имѣющее въ виду подмѣтить выступающія позже разрушительныя свойства новообразованія, должно считаться теперь погрѣшностью противъ врачебнаго искусства.*

Диагнозъ можетъ быть установленъ неоспоримо только путемъ объективнаго изслѣдованія. Но есть рядъ симптомовъ (такъ назыв. *раковые симптомы*), которые дѣлаютъ диагнозъ карциномы очень вѣроятнымъ. Эти симптомы находятся въ особенномъ отношеніи къ распознаванію: *они не должны служить опорой диагноза, а только указаніемъ, что, вѣроятно, имѣется ракъ.* Для вольнопрактикующаго врача, который часто склоненъ изъ вниманія къ больной или по собственному незнанію спеціальности пропустить изслѣдованіе, или который не можетъ настоять на ней въ виду отказа больной, чрезвычайно важно знать, что извѣстные симптомы дѣлаютъ весьма вѣроятнымъ злокачественное заболѣваніе матки. *При наличности таковыхъ надо во что бы то ни стало предпринять тщательное изслѣдованіе со спеціальнымъ намѣреніемъ искать карциному, какъ причину этихъ симптомовъ.* Эти раковые симптомы суть: *кровотеченіе post cohabitationem*, которое происходитъ вслѣдствіе механическаго инсульта или вслѣдствіе переполненія сосудовъ во время соитія и разрыва ихъ; оно является весьма частымъ и нерѣдко начальнымъ симптомомъ рака шейки и возбуждаетъ поэтому величайшее подозрѣніе, хотя наблюдается иногда также при гиперэмическихъ эрозіяхъ, при endometritis haemorrhagica или при полипахъ. Также многозначительны *послѣклимактерическія кровотеченія*, если они появляются по крайней мѣрѣ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ прекращенія регулъ; они также не патогномичны для рака, а

встрѣчаются тоже и при миомахъ, полипахъ, при заболѣваніяхъ сосудовъ и очень тонкой, легко-ранимой слизистой оболочкѣ, но въ преобладающемъ числѣ случаевъ они обязаны своимъ происхожденіемъ раку. Неправильныя кровотеченія, не связанныя съ менструаціей, представляютъ нѣчто весьма обычное при ракѣ, но они встрѣчаются при столь многихъ другихъ заболѣваніяхъ, что въ нихъ нельзя видѣть особенно вѣской симптомъ рака; тѣмъ не менѣе и они должны побуждать къ изслѣдованію; чѣмъ старше женщина, тѣмъ больше вѣроятность найти здѣсь ракъ. На ракъ указываютъ также извѣстнаго рода отдѣленія; ихорозно-кровянистыя выдѣленія, смѣшанныя съ обрывками ткани, суть скорѣе принадлежность сильно распадающейся карциномы и потому имѣютъ для ранняго діагноза ничтожное значеніе; но *сывороточно-кровянистыя* бѣли, похожія на мясные помои, появляются уже въ очень раннихъ стадіяхъ рака влагалищной части, а помимо того очень рѣдко встрѣчаются.

Какъ я неоднократно убѣждался, два пункта играютъ незаслуженнымъ образомъ большую роль у неопытныхъ врачей въ распознаваніи рака, это — раковая кахекеія и извѣстные «сороковые годы»; я хотѣлъ бы настойчиво предостеречь отъ этого заблужденія: кахекеія появляется лишь въ очень позднемъ періодѣ и потому не приложима для ранняго распознаванія; возрастомъ тоже нельзя пользоваться ни за, ни противъ діагноза, ибо карциномы наблюдаются начиная съ 20-хъ годовъ и до самаго преклоннаго возраста.

*Распознаваніе рака матки основывается на констатированіи обоихъ его клиническихъ свойствъ: новообразованія и распадаенія*; первое появляется какъ разрощеніе на поверхности или какъ инфильтрація, послѣднее начинается съ поверхности и ведетъ къ размягченію новообразованной ткани или центра инфильтраціи и къ образованію значительныхъ раковыхъ полостей. Тамъ, гдѣ оба свойства явственно выражены, распознаваніе легко. Если же одно изъ свойствъ отсутствуетъ, т. е. если мы имѣемъ дѣло съ разрощеніемъ или инфильтраціей безъ всякаго распадаенія или съ язвой, дно котораго не инфильтрировано, то распознаваніе клиническимъ путемъ можетъ быть очень труднымъ и даже невыполнимымъ. Для констатированія обоихъ этихъ клиническихъ свойствъ рака мы пользуемся ощупываніемъ и осмотромъ; и то и другое пособіе имѣетъ свое значеніе для диагностики, но неодинаковымъ образомъ. Начинаящійся ракъ, особенно на влагалищной части, часто лучше распознается глазомъ и требуетъ тщательнаго изслѣдованія зеркаломъ, между тѣмъ какъ далеко развившаяся карцинома большею частью представляетъ очень отчетливыя данныя при ощупываніи, осмотръ же легко можетъ снова сбить съ правильнаго пути, такъ какъ подвлагалищныя инфильтраціи могутъ быть прощупываемы, но не видимы; съ другой стороны, большія раковыя полости часто закрыты отъ взора инфильтраціоннымъ валомъ. *Въ этихъ случаяхъ можно рекомендовать осмотръ въ связи съ ощупываніемъ.* Естественно, что распознаваніе рака матки

тѣмъ проще, чѣмъ онъ доступнѣе пальцу и глазу: если ракъ сидитъ на наружной поверхности влагалищной части, или если можно проникнуть черезъ открытый зѣвъ въ шейку, то исследующій палецъ большею частью легко можетъ ощупать изъязвленіе и пропятаваніе, между тѣмъ какъ при закрытой шейкѣ и при новообразованіяхъ въ тѣлѣ матки ощупываніе и осмотръ измѣняютъ намъ. Такимъ образомъ способъ распознаванія рака долженъ быть различный, смотря по мѣстоположенію и развитію его.

**Распознаваніе рака влагалищной части** всего легче, такъ какъ измѣненія легко опредѣляются пальцемъ и глазомъ. Вѣрнѣе всего можно составить себѣ сужденіе о *наростахъ, имѣющихъ видъ цветной капусты*, которые въ видѣ полипа исходятъ изъ вещества влагалищной части, особенно если на поверхности уже наступило распаденіе; если поверхность шероховата, если опухоль крошится, уступаетъ давленію пальца, если она безъ труда пробуравливается зондомъ, то мы несомнѣнно имѣемъ дѣло съ ракомъ. Если ракъ лежитъ плоско на наружной поверхности portio vaginalis, то всякое разрошеніе надъ уровнемъ послѣдней подозрительно; большею частью эти карциноматозные участки отличаются также болѣе значительной твердостью отъ нормальной ткани. Если новообразованіе лежитъ въ толщѣ влагалищной части, если, слѣдовательно, мы имѣемъ дѣло съ *инфильтрирующей карциномой*, то мы находимъ характерную хрящевато-твердую консистенцію; въ то же время влагалищная часть измѣняется въ своей формѣ, она становится широка, неуклюжа, безформенна. Эти измѣненія легче всего распознаются, если они ограничиваются извѣстными отдѣлами portio vaginalis, между тѣмъ какъ прочія части остаются нормальными по формѣ и консистенціи. Пока ракъ покрытъ нетронутой слизистой оболочкой, діагнозъ довольно труденъ, хотя слизистая и выдѣляется часто очень синимъ оттѣнкомъ и разбѣянными желтыми точками, соответствующими жирно перерожденнымъ раковымъ гнѣздамъ; какъ только на поверхности начинается изъязвленіе, сомнѣнія исчезаютъ. *Раковое изъязвленіе* на влагалищной части легко опредѣляется при образованіи полости съ неровной, шероховатой, разможенной стѣнкой; если окружающую ткань находятъ твердой, то измѣненія столь характерны, что достаточно дотронуться, чтобы поставить діагнозъ. Если же полость не настолько широка, чтобы можно было ввести палецъ, то можно распознать начинающееся распаденіе помощью зеркала: вмѣсто гладкой слизистой оболочки влагалищной части, мы видимъ тогда надрывы съ зазубреннымъ, часто желтовато-маркимъ краемъ, или вмѣсто нормального окаймленія зѣва зазубренный край язвы. И въ этихъ случаяхъ можно распознать глубоко идущее распаденіе, если втиснуть палецъ съ нѣкоторой силой въ подозрительныя мѣста, или если зондъ безъ труда проникаетъ въ ткань, или если кюреткой легко добываются кусочки. *Всякая ткань, которая крошится, весьма подозрительна въ смыслъ карциномы*. Труднѣе всего распознать ракъ, появляющійся въ видѣ *плоской язвы*, такъ какъ рядъ другихъ процессовъ тоже вызываетъ

плоскія изъязвленія на влагалищной части. Карциноматозная язва характеризуется острымъ, мѣстами зазубреннымъ краемъ, желтовато-сѣрой, слегка бугристой поверхностью, умѣренной глубиной дефекта и инфильтрированнымъ дномъ.

Въ значительномъ числѣ случаевъ упомянутые клиническіе признаки не достаточны для постановки вѣрнаго діагноза; *тогда надо прибѣгнуть къ микроскопу*. Вырѣзываютъ кусочекъ изъ подозрительныхъ мѣстъ и ставятъ діагнозъ на основаніи гистологической картины. Чѣмъ больше клинической опытъ, тѣмъ увѣреннѣе становятся въ обсужденіи подобныхъ рѣдкихъ случаевъ и тѣмъ рѣже приходится прибѣгать къ микроскопу. Менѣе опытный врачъ долженъ бы часто видѣть въ зеркалѣ сомнительныя картины или ощущивать подозрительную твердость, если онъ только тщательно изслѣдуетъ, и поэтому именно въ его рукъ микроскопъ долженъ играть большую роль при распознаваніи рака влагалищной части; притомъ пробная эксцизія столь незначительная операція, что ее можно рекомендовать врачу въ довольно частое пользованіе.

*Техника пробной эксцизіи.* Вставляютъ влагалищную часть въ Simon'овскомъ зеркалѣ и оттягиваютъ ее внизъ въ introitus пудевыми щипцами, которыми захватываютъ здоровую ткань. Затѣмъ вырѣзываютъ помощью пинцета и длиннаго копьевиднаго ножа клинъ, обращенный верхушкой въ ткань portio vaginalis, основаніе котораго, шириною приблизительно въ 1 см., на половину захватываетъ язву и на половину граничащую съ нею здоровую ткань. Кровотеченіе большею частью ничтожно; однимъ или двумя узловатыми катгутowymi швами закрываютъ маленькую рану и тампонируютъ іодоформной марлей.

**Дифференціальный діагнозъ.** Дифференціальному діагнозу приходится считаться съ совершенно различными состояніями, смотря по тому, приходится-ли отличать инфильтрирующий или изъязвляющійся ракъ. *Полипозныя карциномы* (наросты, имѣющіе видъ цвѣтной капусты) не часто даютъ поводъ къ ошибочнымъ діагнозамъ, такъ какъ другого рода полипы влагалищной части очень рѣдки. Но такъ какъ полипозныя опухоли очень часто исходятъ изъ шейки, то прежде всего надо установить, отходить-ли данная опухоль дѣйствительно отъ наружной поверхности portio vaginalis; *міомы шейки* могутъ торчать изъ нея на широкой ножкѣ, но онѣ отличаются отъ карциномъ своей гладкой слизистой оболочкой (которая, правда, иногда гангренозно распадается) и главное своей плотной консистенціей; и здѣсь осторожное втыканіе зонда даетъ хорошее понятіе о консистенціи.

*Фолликулярныя гипертрофіи влагалищной части* ведутъ къ образованію значительныхъ опухолей на ограниченныхъ участкахъ portio vaginalis; но онѣ не имѣютъ ни шероховатой, бугристой поверхности, ни крошковатой консистенціи, а гладкую слизистую, сквозь которую иногда просвѣчиваютъ расширенныя фолликулы; когда послѣдніе лопаются, то мѣстами образуются неправильныя втягиванія поверхности, какъ на миндалинахъ. Иногда приходится здѣсь обратиться къ помощи микроскопа.

*Clark'овскіе наросты, имѣющіе видъ цветной капусты,* крайне рѣдко встрѣчаются въ чисто доброкачественной формѣ и столь аккуратно переходятъ въ карциному, что лучше ихъ съ самаго начала разсматривать какъ таковую.

*Острия кондиломы* могутъ симулировать ракъ влагалищной части, если онѣ, какъ это чаще всего бываетъ во время беременности, густо сидятъ, образуя ограниченную опухоль на наружной сторонѣ portio vaginalis; онѣ представляютъ тогда настоящее новообразованіе съ бугристой поверхностью, не имѣя однако ни инфильтрированнаго основанія, ни настоящаго изъязвленія, а только сосочковую поверхность съ толстымъ эпителиемъ; видъ ихъ большею частью красновато-бѣлый. Распознаваніе облегчается тѣмъ, что находятъ кондиломы и на другихъ мѣстахъ влагалищной части или въ рукавѣ и вульвѣ.

*Инфильтрирующія карциномы* легче всего могутъ быть смѣшиваемы съ воспалительными пораженіями (metritis colli), особенно если вслѣдствіе надрывовъ и припуханія лежащихъ между послѣдними частей portio vaginalis становится шишковатой. Воспалительныя измѣненія поражаютъ всегда равномерно всю влагалищную часть, консистенція не столь хрящевато-твердая и упругая, какъ при ракъ, а поверхность покрыта гладкой слизистой оболочкой. Весьма схожія съ карциномой данныя ощупыванія получаютъ при пронизываніи влагалищной части *расширенными фолликулами*, тѣмъ болѣе, что отъ выскакиванія ихъ portio vag. можетъ казаться бугристой на-ощупь; сходство еще увеличивается оттого, что это измѣненіе захватываетъ большею частью не всю влагалищную часть, а консистенція можетъ оказаться очень упругой. Но въ зеркалѣ мы распознаемъ гладкій покровъ слизистой оболочки и просвѣчивающіе въ отдѣльныхъ мѣстахъ фолликулы. Въ сомнительныхъ случаяхъ надо прибѣгнуть къ микроскопу.

*Плоскія раковыя язвы* безъ одновременной инфильтраціи часто довольно трудно отличимы отъ другихъ язвенныхъ образованій на влагалищной части; нуженъ богатый клиническій опытъ, чтобы съ увѣренностью судить объ язвѣ portio vag., и даже опытному діагносту приходится здѣсь чаще, чѣмъ въ другихъ случаяхъ, вопрошать микроскопъ. Характеристикъ раковой язвы (см. стр. 205) я хочу противопоставить здѣсь клиническія особенности другихъ язвенныхъ процессовъ.

*Эрозіи* въ общемъ легко отличимы отъ раковой язвы, и лишь тогда можетъ возникнуть сомнѣніе относительно характера ихъ, если онѣ развиваются на воспалительно твердой почвѣ или если онѣ вслѣдствіе образованія толстыхъ сосочковъ (erosio papillaris) получаютъ шероховатую, бугристую поверхность. Вопросъ рѣшается осмотромъ черезъ зеркало. Эрозія большею частью равномерно окаймляетъ наружный зѣвъ и, благодаря своему эпителиальному покрову, имѣетъ зеркальную поверхность и ярко-красный цвѣтъ, между тѣмъ какъ карциномы, даже при совершенно поверхностныхъ дефектахъ, выглядятъ болѣе матовыми и шероховатыми.

Эрозии не имѣютъ остраго края, а обнаруживаютъ постепенный переходъ въ плоскій эпителий влагалищной части съ неправильной границей; на поверхности видны рѣдко эпителиальные островки, фолликулы или фолликулярныя язвы. Труднѣе становится судить объ эрозии при отторженіи эпителия, гнойной инфекціи поверхности или образованіи струпа.

*Пролежневья язвы* встрѣчаются почти только при пролапсахъ, образуя неправильные, часто далеко простирающіеся во влагалище, рваные дефекты; онѣ часто оставляютъ наружный зѣвъ свободнымъ, между тѣмъ какъ при ракъ послѣдній обыкновенно прежде всего поражается; онѣ большею частью рѣзко отдѣляются отъ утолщеннаго эпителия гипертрофированной влагалищной части, имѣютъ язвенное дно, часто со слегка желтоватымъ налетомъ; по периферіи часто находятъ рубцы, по серединѣ островки эпителия. Въ противоположность карциномѣ отсутствуетъ всякая инфильтрація почвы, и спустя нѣсколько дней послѣ вправленія пролапса можно видѣть явственные признаки заживленія. То же и на нормально лежащей влагалищной части могутъ образоваться пролежневья язвы отъ плохо прилаженныхъ пессаріевъ; онѣ помѣщаются прямо подъ дугой пессарія, имѣютъ продолговатую форму, маркое дно и быстро заживаютъ по удаленіи кольца.

Язвы, *кои остаются* послѣ отторженія куска слизистой оболочки, будь то *послѣ крупозныхъ или дифтеритическихъ процессовъ* или *послѣ прижиганій*, отличаются отъ рака остатками гангренозной, бѣлой слизистой оболочки и отсутствіемъ всякой инфильтраціи.

Особенно сходную съ ракомъ картину даетъ *бугорчатая язва*, правда, очень рѣдкая. Она располагается кругомъ наружнаго зѣва и имѣетъ очень острые, часто подрытые края, подобно туберкулезной язвѣ кишекъ. Дно язвы желтовато, слегка зернисто и бугристо; на немъ, а также вокругъ язвы часто видѣются желтые, просовидные, бугорковые узелки. Въ нахожденіи бугорчатаго заболѣванія въ другихъ органахъ, особенно въ одновременно существующемъ туберкулезѣ матки и трубъ, имѣютъ важную опору для діагноза. Подъ микроскопомъ легко опредѣляются специфическія туберкулезныя образования и бугорковыя палочки.

*Ulcera mollia* представляютъ большею частью небольшія язвы, иногда увеличивающіяся отъ сліянія, имѣющія слегка зазубренный, нѣсколько возвышенный край; дно ихъ сально-дифтеритическое, не инфильтровано. Довольно вѣрные признаки мягкаго шанкра это—его множественность, контактные язвы и одновременное появленіе подобныхъ же язвъ во влагалищѣ и главное на наружныхъ половыхъ частяхъ.

*Ulcera syphilitica* встрѣчаются на влагалищной части въ трехъ видахъ: какъ начальныи склерозъ, какъ распавшаяся папула и какъ гумма. *Язвенно распавшееся первичное пораженіе* на влагалищной части не рѣдко; оно отличается своей единичностью и твердой консистенціей основанія. При ближайшемъ осмотрѣ мы видимъ часто язву съ нависшимъ краемъ, съ плотно приставшимъ, грязновато-сѣрожелтымъ налетомъ; у

многорожавшихъ съ раскрытымъ наружнымъ зѣвомъ ова часто простирается далеко въ шеечный каналъ (*Neumann*). Папулезныя язвы нѣсколько приподняты надъ уровнемъ влагалищной части и имѣютъ поверхность, покрытую бѣловатой или желтоватой, распавшейся тканью; большею частью онѣ встрѣчаются во множественномъ числѣ, а наряду съ ними наблюдаются не изъязвившіяся папулы во влагалищѣ и особенно на вульвѣ. Гуммы на *portio vaginalis* крайне рѣдки. *Neumann* описываетъ ихъ какъ изъязвленія вблизи наружнаго зѣва, помѣщающіяся какъ на передней, такъ и на задней губѣ, часто захватывающія обѣ губы одновременно. Образующіяся изъ нихъ язвы имѣютъ форму эллипса, рѣзко ограничены, поверхностны или нѣсколько углублены, обыкновенно покрыты желтоватымъ, гноевиднымъ налетомъ; по отторженіи послѣдняго остаются часто губчатая, сильно кровоточащія грануляціи. Отличіе ихъ отъ карциномы заключается въ ихъ развитіи въ сторонѣ отъ наружнаго зѣва, въ ихъ подрытомъ краѣ, быстромъ распадѣнн, кратероподобномъ углубленн, въ периферическомъ распространѣнн съ серпигинознымъ краемъ. При всѣхъ сифилитическихъ процессахъ діагнозъ подтверждается нахожденіемъ сифилитическихъ пораженій въ другихъ мѣстахъ, ev. успѣшностью противосифилитическаго леченія.

**Распознаваніе рака шейки** значительно труднѣе, особенно если онъ глубоко сидитъ въ толщѣ шейки или вслѣдствіе закрытія наружнаго зѣва не доступенъ ощупыванію пальцемъ. Тѣ формы рака, которыя, изъязвляясь, вскрываются на наружную поверхность влагалищной части, представляютъ такъ же мало трудностей для распознаванія, какъ и изъязвившіяся карциномы *portio vaginalis*; ихъ легко узнаютъ по шероховатымъ, покрытымъ ключьями, крошащимся стѣнкамъ полости, особенно если окружающая ткань инфильтрирована. Также легко поддаются сужденію тѣ случаи, въ которыхъ можно попасть въ полость со стороны цервикальнаго канала или гдѣ вся внутренняя поверхность послѣдняго карциноматозно перерождена; и здѣсь ощупываютъ шишковатая утолщенія съ шероховатой поверхностью и крошковатой консистенціей. Если можно нижнюю часть шеечнаго канала обозрѣть зеркаломъ, то язвенную поверхность узнаютъ по отсутствію эпителия, шероховатости, или какъ-разъ у наружнаго зѣва виденъ нижній, зубчатый край язвы. Крошковатую консистенцію стѣнки можно легче всего констатировать помощью кюретки; если при легкомъ надавливанн удастся послѣдней удалить значительныя тканевыя части, то мы несомнѣнно имѣемъ дѣло съ ракомъ; къ микроскопу рѣдко приходится прибѣгать въ этихъ случаяхъ.

Трудно распознаваемы инфильтрирующія карциномы, отчасти или вполнѣ пронизывающія шейку, но вездѣ покрытыя еще слизистой оболочкой; ихъ можно отличить по измѣненію формы и консистенціи шейки; послѣдняя вздувается, становится толста и неуклюжа, часто лишь на одной сторонѣ, причемъ шеечный каналъ оттѣсняется къ другой сторонѣ; консистенція совершенно тверда, какъ хрящъ, часто даже упруга. Если ракъ прибли-

жается къ слизистой *portio vaginalis*, то послѣдняя получаетъ часто явственно синюю окраску, мѣстами просвѣчиваютъ въ ней желтыя точки, соответствующія распавшимся раковымъ гнѣздамъ; перѣдко, однако, она выглядитъ ярко-красной, теряетъ свой блескъ, и ея поверхностные слои легко снимаются. Когда ракъ еще больше приблизился къ слизистой оболочкѣ, послѣдняя распадается, ракъ обнажается и представляетъ тогда ту же картину, что первичный ракъ влагалищной части. При этихъ пропитывающихся карциномахъ весьма часто приходится дѣлать пробную экцизию для цѣлей микроскопическаго изслѣдованія. Вполнѣ закрытый зѣвъ представляетъ большое препятствіе для распознаванія рака шейки, особенно если рѣчь идетъ о формахъ, которыя, не пропитывая существеннымъ образомъ шейки, изъязвляются по направленію къ цервикальному каналу, и въ особенности при *carcinoma cervicis internum*. Эти случаи стоятъ въ діагностическомъ отношеніи на одной ступени съ ракомъ тѣла матки; или стараются, расширивъ наружный зѣвъ, получить доступъ для пальца, или, что цѣлесообразнѣе, добываютъ кюреткой кусочки ткани для микроскопическаго изслѣдованія. Такъ какъ эти случаи невозможно клинически отграничить отъ карциномы *corp. uteri*, то лучше всегда заодно выскабливать полость матки и, наоборотъ, при подозрѣваемомъ ракѣ тѣла матки изслѣдовать также и верхнюю часть шейки. Я припоминаю отчетливо два случая, гдѣ все выскабливали только *corpus uteri* и находили подъ микроскопомъ доброкачественныя измѣненія слизистой оболочки, между тѣмъ какъ ракъ безпрепятственно развивался въ верхней части шейки.

**Дифференціальный діагнозъ.** На первомъ планѣ даютъ поводъ къ смѣшиванію съ другими состояніями инфильтрирующія карциномы, а именно: во-первыхъ, съ метритическими измѣненіями и фолликулярными гипертрофіями, которыя отличаются отъ рака шейки такимъ же образомъ, какъ и отъ рака влагалищной части (см. стр. 207), и, во-вторыхъ, съ *интерстиціальными миомами*, сидящими въ стѣнкѣ шейки; послѣднія также вызываютъ частичныя утолщенія шейки, но онѣ круглѣе, рѣзче ограничены и окружены мягкой тканью, между тѣмъ какъ ракъ, благодаря своимъ отпрыскамъ и воспалительной реакціи, болѣе разлито переходитъ въ сосѣднія части. Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ рѣшается микроскопомъ; всякое изъязвленіе уясняетъ дѣло. Распадающіяся карциномы слизистой оболочки могутъ при отсутствіи замѣтной инфильтраціи представлять такія же данныя при ощупываніи, какъ и *хроническій катарръ шейки у старыхъ женщинъ*; и здѣсь слизистая на-ощупъ шероховата, неровна, бугриста влѣдствіе углубленій железъ и утолщенія межлежащихъ участковъ ткани; болшею частью однако поверхность не такъ клочковата, какъ при ракѣ, и обнаруживаетъ въ зеркалѣ блескъ слизистой оболочки; кюреткой, вводимой въ шейный каналъ, чтобы испытать, не крошится-ли ткань, ничего не удастся добыть; и здѣсь послѣднее слово принадлежитъ часто микроскопу.

Для распознаванія рака тѣла матки клиническіе симптомы также

имѣють лишь второстепенное значеніе. Такъ какъ въ преобладающемъ числѣ случаевъ онъ появляется въ болѣе зрѣломъ возрастѣ, часто даже послѣ климактерія, то наступающія въ это время неправильныя кровото-ченія, а также серозно-кровянистыя выдѣленія въ свѣжихъ и зловонныя выдѣленія въ позднихъ стадіяхъ служатъ указаніемъ на возможное раз-витіе рака и должны побудить къ тщательному изслѣдованію; переме-жающіяся маточныя колики у старыхъ женщинъ тоже являются подозри-тельнымъ симптомомъ. Прежде всего надо подчеркнуть, что ракъ тѣла матки *не даетъ характерныхъ пальпаторныхъ данныхъ* при двойномъ изслѣдованіи. Въ раннихъ стадіяхъ матка можетъ быть вполне нормальна, въ болѣе прогрессирующихъ случаяхъ она бываетъ толще, больше, часто даже отчетливо бугриста, болѣе упруга, но все-таки ни-чѣмъ существеннымъ не отличается отъ міоматозной или метритной матки; даже если ракъ пробивается на наружную поверхность въ формѣ шишекъ, его ощупываніемъ нельзя съ увѣренностью отличить отъ подсывороч-ныхъ міомъ. *Распознаваніе рака тѣла матки возможно лишь путемъ изслѣдованія полости.* Мы начинаемъ всегда съ зондиро-ванія; оно обнаруживаетъ на ограниченныхъ мѣстахъ или на всей внут-ренней поверхности шероховатости, которыя отличаются отъ неровностей, образующихся при задержкѣ отпадающей оболочки и endometritis fun-ghosa, тѣмъ, что онѣ очень тверды, очень бугристы и вызываютъ ощу-щеніе, какъ будто скользишь черезъ выступы въ углубленія; иногда получается также ощущеніе, будто пуговка зонда проникаетъ въ ткань. Эти данныя никогда не служатъ, конечно, доказательствомъ рака, но должны побуждать къ примѣненію другихъ діагностическихъ методовъ; съ другой стороны, можно почти съ увѣренностью исключить ракъ, если весь эндометрій находятъ гладкимъ. Разъ найдены шероховатости, то присту-пають къ микроскопическому изслѣдованію; впрочемъ, нельзя ничего воз-разить противъ того, чтобы при очень подозрительныхъ симптомахъ обра-щаться къ помощи микроскопа, даже если зондомъ не констатированы ше-роховатости. *Микроскопъ является въ распознаваніи рака тѣла матки верховнымъ средствомъ.* Лишь въ тѣхъ случаяхъ можно отка-заться отъ примѣненія микроскопа, когда изъ раскрытой шейки высту-пають несомнѣнно карциноматозныя массы, или когда при произвольно раскрывшейся шейкѣ введенный палецъ находитъ неоспоримыя данныя въ пользу рака. Матеріалъ для изслѣдованія добываютъ посредствомъ *проб-наго выскабливанія*. Никогда не слѣдуетъ ограничиваться выскабливаніемъ только тѣхъ мѣстъ, гдѣ подозрѣваютъ раковое пораженіе или гдѣ зондомъ ощупали шероховатости, *а надо принципиально выскабли-вать всю матку* (переднюю стѣнку, заднюю стѣнку, правый бокъ, лѣ-вый бокъ, дно, трубные углы и наконецъ также верхнюю часть шейки); только тогда можно быть увѣреннымъ, что ограниченныя раковыя гнѣзда не останутся незамѣченными. Какъ при всякомъ выскабливаніи, предпри-нимаемомъ для терапевтическихъ цѣлей, необходимо и здѣсь примѣненіе

варкоза и предварительное расширение цервикального канала; опорожняющиеся из шейки при выскабливании крошки ткани должны быть тщательно собраны и всё в совокупности пойти на исследование. Ошибочные диагнозы при этомъ методѣ исследования могутъ только происходить вследствие незнанія или неуверенности въ истолковываніи гистологическихъ данныхъ.

Ощупываніе полости матки даётъ въ развитыхъ случаяхъ точные результаты: мы находимъ ограниченныя или разлитыя, бугристыя утолщенія маточной стѣнки или твердый, инфильтрированный край и дно раковой язвы, или выполняющія полость ворсинчатыя, сосочковыя разрошенія, или опухоли съ шероховатой поверхностью и крошковатой консистенціей. *Трудно опредѣляются небольшія, мягкія, полипозныя карциномы, а начинающійся ракъ слизистой оболочки можетъ совершенно ускользнуть отъ пальца.* Во всѣхъ случаяхъ, въ конхъ шейка произвольно открылась, предпринимаятъ ощупываніе полости матки, но при малѣйшемъ сомнѣніи или отрицательномъ результатѣ исследования присоединяютъ пробное выскабливаніе и микроскопическое распознаваніе. Если же шейка закрыта, то опираются сперва на результатъ пробнаго выскабливанія и только тогда, когда гистологическій діагнозъ не точенъ, присоединяютъ расширение и ощупываніе. Разборъ обоихъ методовъ оказывается не въ пользу послѣдняго, во-первыхъ, потому, что онъ опаснѣе, нежели выскабливаніе, а во-вторыхъ, данныя ощупыванія гораздо чаще даютъ поводъ къ диагностическимъ ошибкамъ, нежели микроскопическое исследование, сдѣланное опытной рукой (см. стр. 25 и слѣд.).

*Дифференціальный діагнозъ* при ракѣ тѣла матки вѣрится почти исключительно на гистологической почвѣ. Если пользуются данными внутреннего ощупыванія, то надо помнить, что саркомы слизистой оболочки, распавшіяся міомы, слизистые полипы, остатки выкидыша могутъ иногда представлять ту же картину; въ противоположность имъ всѣмъ ракъ тѣла матки выдѣляется сочетаніемъ новообразованія и распаденія; если палецъ обхватывается недостаточно расширенной шейкой, то онъ можетъ потерять ощущение для болѣе тонкихъ различій вышеназванныхъ опухолей.

**Распознаваніе исходнаго пункта** рака матки имѣетъ діагностическій и терапевтический интересъ. Пока не существуетъ общепринятаго правила экстирпировать всю матку при всякой карциномѣ этого органа, откуда бы она ни исходила, необходимо опредѣлять исходный пунктъ новообразованія. Особенно важно различіе между ракомъ шейки и влагалищной части; но *разграниченіе ихъ возможно лишь въ начальныхъ формахъ и то только въ характерныхъ случаяхъ.* Легко можно судить о мѣстѣ происхожденія наростовъ, имѣющихъ видъ цвѣтной капусты и сидящихъ на наружной поверхности portio vaginalis, или объ исходной точкѣ плоскаго изъязвленія и развивающагося позади закрытаго зѣва рака шейки; труднѣе, напротивъ, разобраться въ многочисленныхъ переходныхъ формахъ раковыхъ полостей, вскрывшихся на наружную поверхность влагалищной части. Вѣрнымъ признакомъ рака влагалищной части

является прежде всего то, что онъ оставляетъ свободнымъ (правда, не всегда) шеечный каналъ, а затѣмъ поверхностное развитіе процесса. Ощупывая надвлагалищную часть шейки со стороны прямой кишки и брюшныхъ покрововъ, мы большею частью можемъ распознать, сидятъ-ли инфильтрація лишь поверхностно во влагалищной части, между тѣмъ какъ сама шейка стройна и тонка, или же послѣдняя инфильтрирована до внутренняго зѣва и выше. Чѣмъ глубже полость изъязвленія проникаетъ въ шейку и чѣмъ ближе къ внутреннему зѣву доходить пропитываніе, тѣмъ вѣрнѣе, что мы имѣемъ дѣло съ ракомъ шейки. Наибольшее сходство имѣетъ ракъ влагалищной части съ тѣми карциномами шейки, которыя пробиваютъ себѣ путь черезъ слизистую *portio vaginalis* сзади и симулируютъ плоскія язвы; послѣднія, однако, имѣютъ большею частью очень острый край и обнаруживаютъ рѣзкое ограниченіе здоровой слизистой оболочки отъ язвы, между тѣмъ какъ при ракѣ влагалищной части имѣются обыкновенно постепенные переходы между здоровыми и больными участками; то же и въ этихъ случаяхъ надо обращать вниманіе на распространеніе инфильтраціи въ шейкѣ. Впрочемъ, распознаваніе исходнаго пункта часто затрудняется тѣмъ, что карциномы исходятъ изъ переходнаго эпителія, и поэтому получаютъ комбинаціи разныхъ формъ.

**Распознаваніе распространенія рака матки.** Когда діагнозъ рака твердо установленъ, то для врача возникаетъ еще другая не менѣ важная задача: опредѣлить распространеніе рака въ половыхъ органахъ, въ окружности ихъ и въ болѣе отдаленныхъ органахъ, ибо отъ этого зависитъ возможность удаленія рака. Всякая ошибка въ этомъ направленіи можетъ въ одномъ случаѣ стоить человѣческой жизни, а въ другомъ повлечь за собою бесполезную и опасную операцію. *Вопросъ объ оперируемости сводится къ тому, ограничивается-ли ракъ одной только маткой, или онъ уже распространился за предѣлы ея.*

*Распространеніе рака въ самой маткѣ* имѣетъ практическое значеніе лишь для тѣхъ, кто при извѣстныхъ формахъ рака влагалищной части экстирпируетъ только шейку. Съ другой стороны, въ каждомъ случаѣ по меньшей мѣрѣ желательно хоть приблизительно опредѣлить границы карциномы въ маткѣ. При ракѣ влагалищной части опираются на нахожденіи границы между инфильтрированной и нормальной тканью путемъ двойного ощупыванія надвлагалищной части шейки. При цервикальной карциномѣ можно вѣрнѣе такимъ же образомъ отграничить новообразование отъ здоровой матки посредствомъ ощупыванія, между тѣмъ какъ распространеніе по слизистой можно опредѣлить лишь пальцемъ или зондомъ по прекращенію шероховатости. Метастазы на слизистой оболочкѣ также можно иногда распознать помощью зонда, но въ ткани матки они едва-ли могутъ быть констатированы.

Гораздо большее значеніе имѣетъ распространеніе рака за предѣлы матки; мы различаемъ *мѣстное распространеніе, распространеніе на железы и распространеніе на внутренніе органы* въ формѣ

метастазовъ. *Мѣстно ракъ можетъ распространяться на влагалище, на тазовую кѣтчатку, на мочевоу пузырь и на прямую кишку.*

Пораженіе *влагалища* легко распознается посредствомъ ощупыванія; во влагалищномъ сводѣ прощупывается инфильтрація, исходящая изъ portio vaginalis, или шероховатая и бугристая поверхность, большую частью явственно отграничивающаяся отъ здоровой, гладкой стѣнки; поверхностныя изъязвленія лучше распознаются осмотромъ. При субвагинальномъ распространеніи рака ясно прощупывается пораженная часть влагалища, принимающая участіе въ инфильтраціи и распаденіи и отдѣляющаяся книзу отъ здоровой слизистой оболочки твердымъ, какъ хрящъ, кольцомъ; осмотръ здѣсь часто измѣняется, такъ какъ обыкновенно инфильтрація еще бываетъ покрыта нормальной слизистой. Метастазы находятъ преимущественно въ задней стѣнкѣ въ видѣ подвижныхъ твердыхъ узловъ, величиною отъ чечевичнаго зерна до грецкаго орѣха, покрытыхъ обыкновенно синеватой слизистой оболочкой; иногда они появляются также на валикѣ мочеиспускательнаго канала и образуютъ здѣсь субвагинальные узлы, которые обхватываютъ уретру и поздно изъязвляются.

*Изслѣдованіе параметрія* есть самая важная часть діагноза, такъ какъ возможность операциіи именно ограничивается чаще всего состояніемъ тазовой кѣтчатки. Такъ какъ поражаются главнымъ образомъ задніе отдѣлы параметрія, то сочетанное изслѣдованіе со стороны влагалища лишь рѣдко ведетъ къ цѣли, и только при податливой влагалищной стѣнкѣ и очень тонкихъ брюшныхъ покровахъ можно составить себѣ определенное сужденіе о состояніи тазовой кѣтчатки. Поэтому надо принципиально предпринимать это изслѣдованіе со стороны прямой кишки. Точное обследованіе отдѣловъ тазовой кѣтчатки, высоко лежащихъ возлѣ шейки, требуетъ большею частью введенія пальца повыше складки *Kohlrusch'a*, а это возможно только двумя пальцами. Уже на этомъ основаніи необходимо примѣненіе хлороформнаго наркоза, котораго не слѣдуетъ бояться изъ маловажныхъ основаній въ такомъ важномъ вопросѣ, гдѣ рѣшается жизнь или смерть больного. Лишь очень опытный изслѣдователь можетъ при благоприятныхъ условіяхъ въ случаяхъ очень свѣжихъ или далеко прогрессировавшихъ составить себѣ вѣрное сужденіе и безъ наркоза, въ огромномъ же большинствѣ случаевъ приходится прибѣгать къ наркозу. *Изслѣдованіе состоитъ въ томъ, что вводятъ два пальца далеко въ прямую кишку и въ то же время большой палецъ во влагалище и обхватываютъ параметрій съ обѣихъ сторонъ,* между тѣмъ какъ наружная рука подкрѣпляетъ изслѣдованіе снаружы; такимъ образомъ можно констатировать самыя тонкія измѣненія въ тазовой кѣтчаткѣ. Пока параметрій здоровъ, удается легко свести пальцы возлѣ самой шейки и оцупать между ними мягкую кѣтчатку, круглыя очертанія здоровой шейки и нормальныя или вѣсколько напряженныя *Дугласовы* складки. Если же ракъ перешелъ уже за предѣлы шейки,

тогда прилегающій параметрій утолщенъ и образуетъ вмѣстѣ съ шейкою твердый, неправильно ограниченный узелъ; круглый контуръ шейки на этомъ мѣстѣ исчезъ или сталъ неправильнымъ, толстые тяжи или болѣе плотные пучки ткани тянутся въ сторону и къзади. При далеко прогрессирующей карциномѣ констатируютъ, что узловатые тяжи, толщиной въ палецъ, доходятъ до тазовой стѣнки и плотно соединяются съ нею. Иногда находятъ известную мягкую припухлость параметрія, не прощупываемая однако въ немъ плотныхъ инфильтрацій; это состояніе представляетъ часто предшествующую ступень раковой инфильтраціи и потому должно внушать сильныя подозрѣнія. Большой палецъ, введенный со стороны влагалища безъ большого насилия въ раковую полость, констатируетъ въ то же время, что распаленіе простирается за предѣлы шейки въ тазовую клетчатку, что язвенная полость, слѣдовательно, не принадлежитъ уже болѣе одной шейкѣ (рис. 101). Легче всего можно разобраться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ на одной сторонѣ имѣется здоровый параметрій, а на другой сторонѣ больной, тогда мы судимъ по различнымъ очертаніямъ шейки и по разницѣ въ консистенціи тазовой клетчатки (рис. 102). Изрѣдка мы находимъ пораженіе параметрія лишь въ видѣ отдѣльныхъ толстыхъ тяжей, которые тянутся къ тазу впереди Дугласовыхъ складокъ и иногда прерываются отдѣльными узелками. Въ тѣхъ случаяхъ, неособенно частыхъ, гдѣ обширное пропитываніе тазовой клетчатки не сопровождается распаденіемъ по направленію къ влагалищу, прощупываются твердые, какъ хрящъ, опухоли бугристой поверхности, выполняющія все пространство

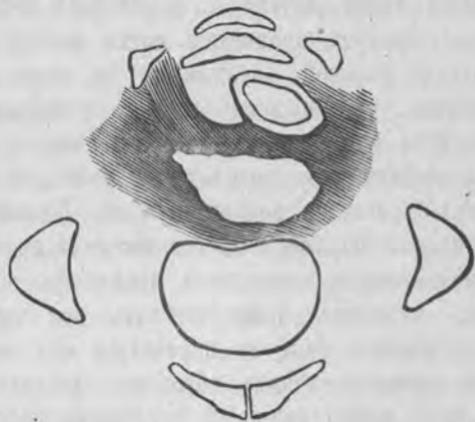


Рис. 101. Далеко прогрессирующій ракъ шейки и обоихъ параметріевъ. Р. О.  $\frac{1}{3}$ .  
Шейка и прилегающіе отдѣлы обоихъ параметріевъ образуютъ одну большую полость, вокругъ которой вся клетчатка до таза инфильтрирована.

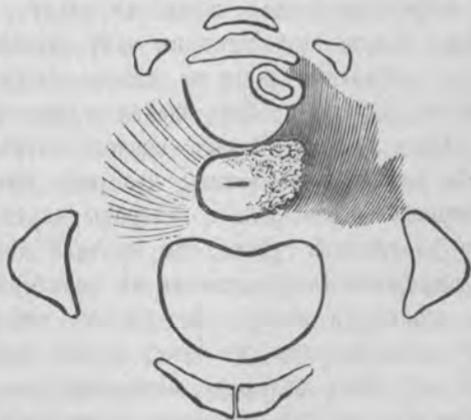


Рис. 102. Ракъ шейки и лѣваго параметрія. Р. О.  $\frac{1}{3}$ .  
Ракъ проникъ со стороны лѣвой шейечной стѣнки въ клетчатку и инфильтрировалъ ее до самой стѣнки таза, между тѣмъ какъ правая сторона вполне здорова.

не сопровождается распаденіемъ по направленію къ влагалищу, прощупываются твердые, какъ хрящъ, опухоли бугристой поверхности, выполняющія все пространство

между маткой и тазовой стѣнкой, особенно въ заднихъ отдѣлахъ. Трудно судить, не распространился-ли ракъ впередъ по направленію къ пузырю и не пробился-ли онъ въ parametrium anterius; можно заподозрить это, если передняя стѣнка разрушена и если при одновременномъ изслѣдованіи со стороны пузыря катетеромъ и со стороны шейки пальцемъ сохранившійся слой кажется очень тонкимъ, но рѣшительное сужденіе можно большею частью приобрести лишь во время операціи.

Гораздо менѣе вѣрный признакъ пораженія тазовой клѣтчатки это — фиксація матки, потеря ея нормальной подвижности. Правда, при абсолютно здоровомъ параметріи матка вполне подвижна и легко вытягивается внизъ до половой расщелины, но даже если прилегающая къ шейкѣ клѣтчатка уже поражена ракомъ, а боковая часть еще свободна, матка сохраняетъ почти нормальную подвижность; она фиксируется лишь тогда, когда инфильтрація доходить до таза, но и тогда часто ошибаются относительно степени подвижности ея. Къ тому же чрезвычайно частыя воспалительныя пораженія фиксируютъ матку такимъ же образомъ. Испытаніе подвижности даетъ намъ мѣрило для сужденія о техническихъ трудностяхъ, которыхъ можно ожидать при операціи, для распознаванія же распространенія рака въ параметріи оно не имѣетъ значенія. Подвижность матки пробуютъ такимъ образомъ: захвативъ пулевыми щипцами здоровую часть portio vaginalis, поручаютъ другому лицу оттягивать ее внизъ и изслѣдуютъ со стороны прямой кишки и брюшныхъ покрововъ, лучше всего подъ наркозомъ.

*Распознаваніе раковаго пораженія тазовой клѣтчатки представляетъ иногда большія трудности.* Упомяну слѣдующія: если инфильтрирующая карцинома сидитъ въ одной стѣнкѣ шейки, то послѣдняя сильно вздувается въ одну сторону по направленію къ параметрію, и получаются такія же давныя ошупыванія, какъ если бы ракъ на этомъ мѣстѣ уже пробилъ шейку и поразилъ окружающія части параметрія. Здѣсь должны рѣшить вопросъ очертанія: чѣмъ они круглѣе, тѣмъ скорѣе можно предположить, что ракъ еще сидитъ въ шейкѣ; если же они неправильно ограничены со стороны параметрія и если фиброзные тяжи тянутся до тазовой стѣнки, то, по всей вѣроятности, параметрій пораженъ. *Подсывороточныя міомы* въ периферической части шейки и соседнемъ параметріи могутъ представлять такія же данныя при ошупываніи, какъ если бы ракъ въ этомъ мѣстѣ пробился въ тазовую клѣтчатку. Подъ наркозомъ большею частью нетрудно будетъ отличить округленныя очертанія міомы отъ разлитого ограниченія карциномы. Въ одномъ случаѣ различительное распознаваніе причинило мнѣ большія затрудненія въ виду того, что міома была окружена выпотными тяжами.

*Заболванія придатковъ* весьма часто симулируютъ раковую инфильтрацію параметрія, особенно если утолщенная труба или яичникъ опустился въ Дугласово пространство, окруженъ экссудатомъ и спаянъ съ брюшиной вблизи Дугласовыхъ складокъ. Большею частью эти опухоли

не столь тверды, какъ раковые инфильтраты клѣтчатки, которые имѣютъ хрящевую консистенцію; кистовидныя же опухоли можно, почти не задумываясь, отнести къ придаткамъ. Карциноматозныя инфильтраты прилегаютъ непосредственно къ влагалищному своду, помѣщаясь у самой шейки въ горизонтальномъ параметріи, между тѣмъ какъ опухоли придатковъ большею частью прощупываются нѣсколько выше, не спаяны съ боковою поверхностью шейки, между ними имѣется еще мягкая соединительная ткань, если только она не принимаетъ участія въ воспаленіи. Иногда удается эти опухоли придатковъ освободить изъ ихъ сросеній и тогда ихъ можно отчетливѣе отграничить отъ матки и прослѣдить утолщенную трубу до маточнаго рога. Наибольшія трудности возникаютъ, если приходится рѣшать, *имѣетъ-ли уплотненіе въ параметріи раковый или воспалительный характеръ*. Обширныя инфильтраціи или опухоли въ тазовой клѣтчаткѣ суть большею частью воспалительнаго характера, особенно если онѣ широко прилегаютъ къ тазу или развиваются тамъ, куда ракъ обыкновенно не распространяется, а именно въ *septum recto-vaginale*, переднихъ и боковыхъ отдѣлахъ параметрія, лежащихъ возлѣ мочевого пузыря. Консистенція воспалительныхъ припуханій не имѣетъ хрящевой твердости, въ свѣжихъ случаяхъ она мягка, а при болѣе застарѣлыхъ процессахъ фиброзна и неподатлива; форма ихъ большею частью плоская, между тѣмъ какъ карциномы кругловаты и бугристы. Трудно разобратся въ канатикахъ, образуемыхъ инфильтрированными лимфатическими сосудами, раковаго-ли они или воспалительнаго происхожденія, къ тому же они часто встрѣчаются и совместно. Наболѣе надежная точка опоры для сужденія объ инфильтраціи параметрія заключается въ констатированіи непрерывной связи процесса съ раковымъ гнѣздомъ въ шейкѣ; если инфильтрація находится на той же сторонѣ, гдѣ ракъ и мѣстно (во влагалищѣ) болѣе прогрессировалъ, или если при двойномъ ощупываніи удастся доказать прямую связь раковой шейки съ уплотнѣніемъ клѣтчатки, или, чему я придаю наибольшее значеніе, если пальцы проникаютъ изъ язвенной полости въ инфильтраты параметрія, то ихъ раковая натура несомнѣнна.

Переходъ на *мочевой пузырь* легко распознать, если произошло прободеніе *septum vesico-vaginale* или *vesico-cervicale* и образовался свищъ, или если при далеко прогрессиравшемъ ракѣ появляются тяжелый катарръ пузыря, кровавая моча или сильныя явленія раздраженія со стороны пузыря. Но гораздо большее значеніе имѣетъ возможно раннее распознаваніе пораженія пузыря, которое ограничиваетъ оперируемость рака или заставляеть видоизмѣнить планъ операціи; разумѣется, здѣсь имѣются въ виду только тѣ случаи, гдѣ преимущественно поражена передняя стѣнка шейки. *Единственное средство для ориентированія здѣсь — цистоскопъ*; имъ мы въ состояніи опредѣлять такія измѣненія въ стѣнкѣ пузыря, которыя, по моему мнѣнію, служатъ вѣрнымъ признакомъ, что ракъ приближается къ ней снаружи. Судя по моимъ изслѣдо-

ваніямъ въ большомъ числѣ случаевъ, заболѣваніе пузырьной стѣнки происходитъ слѣдующимъ образомъ: на томъ мѣстѣ, гдѣ ракъ приближается снаружи къ пузырю (большую частью дно пузыря слѣва или справа возлѣ *trigonum Lientaudii*), слизистая оболочка припухаетъ и ложится въ толстыя, большую частью параллельныя складки, которыя постепенно становятся все выше и оставляютъ между собою большія углубленія. Затѣмъ слизистая становится отечной, пузырчатой, эпителий отслаивается, и получается картина, напоминающая *oedema bullosum*; при этихъ значительныхъ измѣненіяхъ можетъ еще не быть и намека на циститъ. Лишь гораздо позже можно наблюдать появленіе въ слизистой оболочкѣ небольшихъ узелковъ, величиною съ чечвицу, или плоскихъ выступовъ, которые легко распознать какъ карциномы по ихъ мозговидному характеру и своеобразному блеску; на поверхности ихъ видны также сосуды. Если потомъ наступаетъ изъязвленіе, то поверхность этихъ узловъ становится шероховатой и бываетъ усажена бѣлыми, болѣе или менѣе плотно сляпанными хлопьями ткани; при этомъ уже находятъ большую частью распространенный циститъ. Въ общемъ эти измѣненія въ пузырьѣ наступаютъ очень поздно, когда ракъ уже успѣлъ произвести обширныя разрушенія. Часто я находилъ здоровый пузырь въ неоперируемыхъ случаяхъ. Подводя итогъ моимъ наблюденіямъ, я долженъ сказать, что уже первыя измѣненія, т. е. сильная складчатость слизистой оболочки пузыря, говорятъ за пораженіе пузырьно-влагалищной перегородки.

*Заболѣваніе прямой кишки* при ракѣ матки большую частью легко распознается и не ускользнетъ отъ нашего вниманія, если принципиально во всѣхъ случаяхъ изслѣдовать *per rectum*. Такъ какъ зараженіе прямой кишки происходитъ *per continuitatem* снаружи, то кишечная трубка сохраняетъ свою полную подвижность, пока она еще свободна; какъ только поражаются наружные слои стѣнки, слизистая оболочка становится неподвижной, пока наконецъ въ ней самой не образуются узелки, которые, распадаясь, ведутъ къ отхожденію крови и ихорозной жидкости.

Менѣе важную роль играетъ въ сужденіи объ оперируемости рака матки *распространеніе* его *на железы*, такъ какъ большую частью оно наступаетъ ужъ тогда, когда новообразование уже и мѣстно перешло за предѣлы матки и проникло въ параметрій; тѣмъ не менѣе къ полному изслѣдованію относится и констатированіе пораженія железъ. Важнѣе всего изслѣдованіе тазовыхъ железъ. Удовлетворительное ощупываніе *gl. iliacaе* возможно лишь тогда, если въ глубокомъ наркозѣ ввести два пальца высоко въ прямую кишку по направленію къ крестцово-подвздошному сочлененію и въ то же время снаружи сильно вдавливаетъ брюшныя покровы по направленію къ этому мѣсту; если железы прощупываются, то это всегда значить, что онѣ увеличены; большую частью онѣ представляются въ видѣ опухолей, величиною въ грецкій орѣхъ, очень твердыхъ и мало подвижныхъ, лежащихъ по-одиночкѣ или образующихъ цѣлый пакетъ, обыкновенно на той сторонѣ, гдѣ ракъ пробился въ

параметрій. Смѣшать ихъ съ яичниками трудно, такъ какъ послѣдніе мягче, лежать ближе къ срединной линіи и даже при наличности срощеній бываютъ подвижныѣ. Довольно рѣдко находятъ лимфатическія желѣзы въ параметріи между маткой и тазовой стѣнкой въ видѣ подвижныхъ узловъ твердой консистенціи, величиною отъ чечевицы до горошины; съ увѣренностью разобраться въ нихъ всегда трудно. Исслѣдованіе *наховыхъ желѣзъ* весьма просто; мы находимъ увеличенныя, твердыя желѣзы, которыя вначалѣ подвижны, въ позднѣйшихъ же стадіяхъ фиксируются и, заражая окружающія части, образуютъ болѣе крупныя опухоли, которыя вслѣдствіе распада въ центрѣ получаютъ мягкую консистенцію; надъ ними кожа неподвижна и красна, пока наконецъ онѣ не вскрываются самопроизвольно. Часто встрѣчающіяся на этомъ мѣстѣ воспалительныя припуханія желѣзъ могутъ давать поводъ къ ошибкамъ; твердость и сравнительно долго остающаяся подвижность желѣзъ говоритъ за карциному. *Gl. lumbales* могутъ быть, пожалуй, прощупываемы лишь при пустомъ кишечникѣ и тонкихъ, лишенныхъ жира брюшныхъ покровахъ въ видѣ лежащихъ на позвончикѣ неподвижныхъ, твердыхъ узловъ; мнѣ лично это никогда не удавалось.

*Отыскиваніе метастазовъ* при ракѣ матки лишено значенія, такъ какъ они большею частью появляются лишь тогда, когда новообразованіе уже перешагнуло за предѣлы матки; въ началѣ ихъ появленія ихъ невозможно діагностицировать, а можно лишь подозрѣвать на основаніи извѣстныхъ симптомовъ, напр. кровохарканья и кровавой рвоты; когда они становятся больше, ихъ иногда можно констатировать обычно примѣняемыми во внутренней медицинѣ методами исслѣдованія. Большое значеніе имѣютъ метастатическія пораженія яичника, такъ какъ ихъ не трудно удалить оперативнымъ путемъ; мы находимъ тогда, чаще всего при ракѣ тѣла матки, яичниковыя опухоли съ клиническими признаками злокачественности.

*Распознаваніе рецидивовъ.* Въ виду все болѣе распространяющагося оперативнаго леченія рака матки распознаваніе возвратовъ пріобрѣтаетъ большое значеніе и для практическаго врача, поэтому мы не можемъ обойти этотъ вопросъ молчаніемъ.

Подъ рецидивомъ въ тѣсномъ смыслѣ слова понимаютъ появленіе рака въ такомъ мѣстѣ, гдѣ онъ до операціи не могъ быть констатированъ; но въ болѣе широкомъ смыслѣ сюда причисляются и тѣ случаи, гдѣ во время операціи несомнѣнно остались раковыя массы, гдѣ рѣчь идетъ, слѣдовательно, только о дальнѣйшемъ ростѣ этихъ массъ. Слѣдуя обычному разговорному смыслу этого слова, я буду понимать рецидивъ въ болѣе широкомъ смыслѣ.

Рецидивъ можетъ быть *мѣстный*, когда ракъ снова появляется на мѣстѣ первичнаго пораженія или въ области нанесенной при операціи раны; далѣе бываетъ *рецидивъ лимфатическихъ желѣзъ*, если ракъ обнаруживается въ лимфатическихъ железахъ на какомъ-либо мѣстѣ тѣла, и *метастатическій рецидивъ*, если новообразованіе, распространяясь

по кровеноснымъ путямъ, появляется во внутреннихъ органахъ, что бываетъ при ракъ матки чаще всего въ печени, легкихъ, почкахъ, желудка, костяхъ, яичникъ, брюшинѣ.

Вышеизображенные симптомы рака имѣютъ при распознаваніи рецидива еще болѣе вѣское значеніе, такъ какъ по удаленіи матки здоровое влагалище одно весьма рѣдко даетъ поводъ къ кровотечениямъ и выдѣленіямъ, посему объ эти жалобы послѣ операціи карциномы представляютъ *signum mali ominis*. Къ нимъ присоединяется еще другой, крайне подозрительный симптомъ — ревматоидныя боли въ одной ногѣ, напоминающія сѣдалищную невралгію; эти боли появляются главнымъ образомъ при рецидивахъ, сидящихъ глубоко въ тазовой клетчаткѣ. Сильный отекъ одной нижней конечности, тяжелая кахексія безъ наличности кровотечения или выдѣленій возбуждаютъ подозрѣніе въ существованіи метастатическаго рецидива. Всѣ эти симптомы образуютъ цѣнное указаніе на наличность заболѣванія, распознать которое возможно, конечно, только путемъ изслѣдованія.

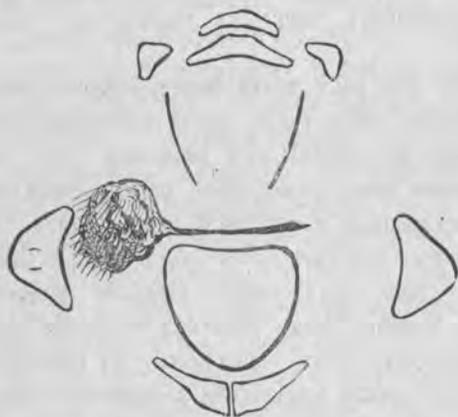


Рис. 103. Мѣстный рецидивъ въ параметріи послѣ полной экстирпаціи матки. Р. О.  $\frac{1}{3}$ .

Возвратъ дало небольшое зерно, оставленное вблизи праваго угла рубца.

Рѣже всего находятъ *мѣстные рецидивы* поверхностно въ *слизистой оболочкѣ влагалища*; они образуютъ тогда бородавчатая или плоскія инфильтраціи съ бугристой крошащейся поверхностью (на подобіе карциномы влагалищной части), рѣзко отграничивающіяся отъ здоровой слизистой. Грануляціонныя бугорки въ рубцѣ или вшитыя въ углы раны Фаллопиевыя трубы съ вывороченной, легко кровоточащей слизистой оболочкой возбуждаютъ подозрѣніе на рецидивъ, но они большею частью

мягче на-ощупь; часто приходится здѣсь обращаться къ помощи микроскопа. Рѣдкій видъ рецидива я наблюдалъ нѣсколько разъ послѣ экстирпаціи рака *portio vaginalis* съ переходомъ на влагалищный сводъ; самому рецидиву предшествовало въ этихъ случаяхъ разлитое утолщеніе слизистой оболочки, принимавшей сосочковый, бархатистый видъ; пораженный участокъ выглядѣлъ какъ-бы облупленный, обнаруживая постепенный переходъ въ здоровую слизистую; за этимъ стадіемъ, гдѣ микроскопъ открывалъ лишь доброкачественное утолщеніе эпителия, слѣдовало всякій разъ черезъ короткое время раковое пораженіе означенныхъ участковъ. Чаше возвратъ развивается въ подвлагалищной ткани, образуя сперва покрытые еще слизистой оболочкой и выдающіеся въ просвѣтъ влагалища весьма подвижныя,

кругловатые узлы хрящевой консистенціи; эти узлы очень рано прирастают во влагалище и образуют характерныя раковыя полости съ инфильтрированнымъ краемъ.

Если *рецидивъ* возникаетъ *въ болѣе глубокихъ слояхъ тазовой клетчатки*—предпочтительно въ parametrium anterius и основаніи широкихъ связокъ,—то появляются узлы, лежащіе нѣсколько поодаль отъ влагалищной трубки; правда, ихъ можно прощупать и со стороны влагалища въ видѣ ограниченныхъ опухолей хрящевой консистенціи, которыя часто неподвижно связаны съ тазовой стѣнкой (рис. 103), тѣмъ не менѣе при подозрѣніи на возвратъ никогда не слѣдуетъ упустить изслѣдованіе rectum, такъ какъ только отсюда опредѣляются плоскіе рецидивы, развивающіеся непосредственно на стѣнкѣ таза. Иногда находятъ обширныя инфильтраціи всей тазовой клетчатки, болшею частью это — *прививные рецидивы*; эти раковыя пропитыванія (рис. 104) иногда трудно отличимы отъ параметритическихъ экссудатовъ, такъ какъ они могутъ имѣть совершенно ту же форму и локализацию, что и послѣдніе; но консистенція ихъ тверда, какъ хрящъ, между тѣмъ какъ выпоты фиброзы и неподатливы; иногда они бугристы, рано вызываютъ тромбозъ бедренныхъ сосудовъ, сильныя боли и кахексію; часто діагнозъ рецидива подтверждается лишь прогрессирующимъ ростомъ.

Ограниченные рецидивы въ параметрії могутъ легко быть смѣшиваемы съ воспалительными утолщеніями въ оставленныхъ придаткахъ; послѣдніе однако болшею частью мягче, отчасти кистовидны, а иногда удается отграничить трубу и яичникъ.

*Рецидивы въ железахъ* появляются, смотря по тому, какая часть матки была первично поражена, то въ gl. iliacae, то въ gl. lumbales, создавая здѣсь ту же карциному, какую даютъ заболѣвшія железы при не удаленномъ еще ракъ матки; возвратъ въ подвздошныхъ железахъ

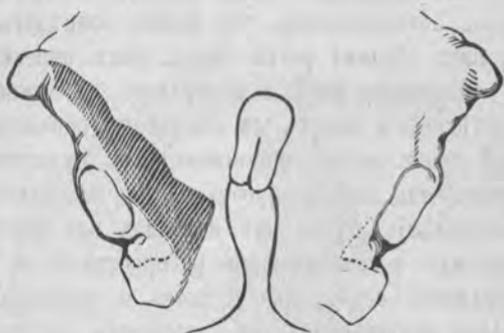


Рис. 104. Рецидивъ въ правомъ параметрії послѣ надвлагалищной ампутаціи шейки (прививной рецидивъ). Р. О.

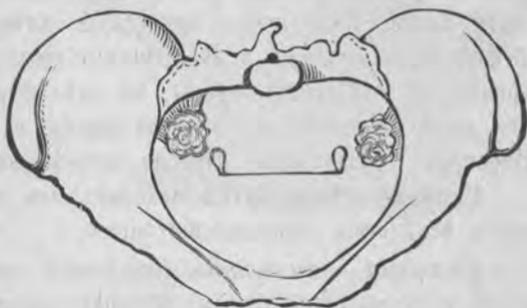


Рис. 105. Рецидивъ въ железахъ, послѣ полной экстирпаціи матки. Р. О.  
На тазовой стѣнкѣ съ обѣихъ сторонъ пакеты железъ, внутри отъ нихъ оба яичника.

можетъ быть распознанъ лишь путемъ комбинированнаго изслѣдованія регестумъ въ глубокомъ наркозѣ (рис. 105).

Распознаваніе *метастатическихъ рецидивовъ* подлежитъ тѣмъ же трудностямъ, какъ и констатированіе метастазовъ вообще.

### Саркома матки.

Саркома возникаетъ на влагалищной части, шейкѣ и тѣлѣ матки.

**Саркома**, берущая исходный пунктъ изъ наружной поверхности влагалищной части, весьма рѣдка; она встрѣчается въ тѣхъ же формахъ, что и ракъ, чаще всего въ видѣ цвѣтной капусты; поэтому разграниченіе ихъ возможно только анатомическимъ путемъ, да и здѣсь различія столь незначительны, что можно сомнѣваться вообще въ возможности выставить саркому *portio vagin.* какъ опредѣленную патологическую форму.

**Саркома шейки** возникаетъ въ нижнемъ отдѣлѣ слизистой оболочки послѣдней и ведетъ къ обильному образованію гроздовидныхъ массъ отечной консистенціи, напоминающихъ пузырчатый заносъ; эти массы выступаютъ изъ шейки, врастаютъ во влагалище, такъ что часто получается впечатлѣніе, будто онѣ исходятъ изъ *portio vaginalis*; въ позднѣйшихъ стадіяхъ новообразование распространяется на тѣло матки и на влагалище, заражаетъ первикальную ткань и параметрій. *Диагнозъ этой саркомы легко поставить на основаніи ея гроздовидной формы и отечной консистенціи.* Отъ *mola hydatidosa*, съ которою эта саркома имѣетъ наибольшее сходство, ее можно отличить по тому, что она исходитъ изъ стѣнки шейки, между тѣмъ какъ первая выступаетъ изъ полости матки. Ракъ шейки никогда не имѣетъ ни гроздовиднаго строенія, ни отечной консистенціи. Въ раннихъ стадіяхъ можно эти формы саркомы принять за слизистые полипы, но онѣ отличаются отъ послѣднихъ тѣмъ, что легко крошатся; въ сомнительныхъ случаяхъ рѣшаетъ микроскопъ. Впрочемъ, гроздовидная саркома весьма рѣдко встрѣчается.

**Саркома тѣла матки** исходитъ изъ слизистой оболочки или возникаетъ вслѣдствіе перерожденія міомы.

**Саркома слизистой оболочки** возникаетъ на ограниченномъ мѣстѣ и образуетъ опухоли, которыя выполняють полость матки, въ дальнѣйшемъ ростѣ значительно ее растягиваютъ и по расширеніи шеечнаго канала врастаютъ во влагалище; онѣ имѣютъ мягкую консистенцію, часто дольчатое строеніе, а въ раннихъ стадіяхъ нетронутый покровъ слизистой оболочки; распадаются онѣ весьма поздно путемъ изъязвленія (рис. 106).

**Миосаркома** образуется путемъ перерожденія подслизистой или интерстиціальной міомы.

Міома пріобрѣтаетъ мало-по-малу признаки злокачественности, т. е. быстрый ростъ, образованіе метастазовъ въ сосѣднихъ органахъ и возвратъ послѣ экстирпаціи (рецидивирующая фиброма); наконецъ, получается такая же картина, какъ при саркомѣ слизистой оболочки (рис. 107).

*Примѣч.* Я обхожу молчаніемъ діагностику саркоматозно перерож-

денныхъ подсывороточныхъ міомъ, такъ какъ онѣ почти никогда не опредѣляются на основаніи опредѣленныхъ клиническихъ признаковъ (развѣ асцитъ), а обыкновенно распознаются лишь анатомически.

Какъ особый видъ саркомъ описаны опухоли, происшедшія будто-бы изъ отпадающей оболочки во время беременности или по истеченіи ея и получившія поэтому названіе *deciduoma malignum*. Впрочемъ, ихъ положеніе въ патологій еще не установлено съ твердостью; новѣйшія изслѣдованія сдѣлали вѣроятнымъ, что мы имѣемъ тутъ дѣло съ новообразованіемъ ворсинокъ, а не отпадающей оболочки, и что почву представляетъ *syncytium*; такимъ образомъ ихъ пришлось бы причислить къ карциномамъ (*chorio-carcinoma*, *syncytioma malignum*).

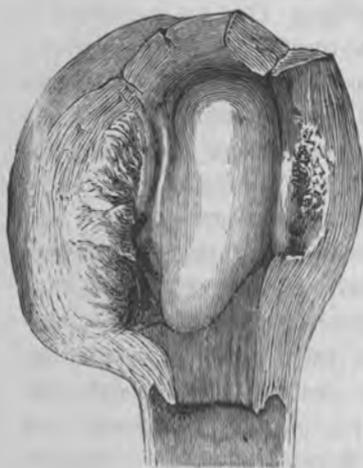


Рис. 106. Саркома слизистой оболочки тѣла матки (по препарату унверсит. женск. клиники).  $\frac{1}{2}$ . Саркома пронизываетъ часть стѣнки и образуетъ полиповидныя опухоли въ полости матки.

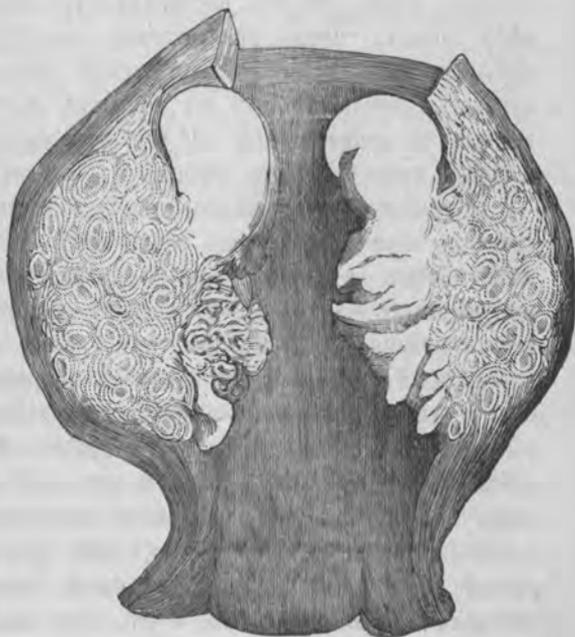


Рис. 107. Миосаркома тѣла матки (по препарату унверсит. женск. клиники).  $\frac{1}{2}$ . Въ стѣнкѣ межучютная міома, саркоматозно перерожденная въ той части, которая обращена къ полости матки.

**Направленіе роста** всѣхъ видовъ саркомъ происходитъ сперва въ плоскость матки и лишь въ позднихъ ступеняхъ въ самую стѣнку; тогда новообразованіе пронизываетъ стѣнку до сывороточнаго покрова, пробиваетъ послѣдній и образуетъ крупныя, мягкія опухоли, которыя быстро распространяются въ брюшной полости и заражаютъ сосѣдніе органы. Переходъ на тазовую кльтчатку наступаетъ поздно; пораженіе железъ и метастазы во внутреннихъ органахъ рѣдки, чаще всего еще встрѣчаются переносы во влагалищѣ.

**Распознаваніе.** Такъ же, какъ при ракъ матки, существуютъ и при

саркомѣ извѣстные симптомы, которые намекають на развитіе ея и потому требуютъ тщательнаго изслѣдованія, это—неправильныя кровотеченія особенно въ климактеріи и продолжительныя, кровянисто-водянистыя выдѣленія. Діагнозъ основывается на тѣхъ же началахъ, какъ и при рактѣ тѣла матки; при малыхъ опухоляхъ двойное ощупываніе можетъ и здѣсь дать совершенно отрицательный результатъ; когда же онѣ становятся больше, мы находимъ равномерное припуханіе матки, большею частью мягкой консистенціи. *Съ увѣренностью распознать саркому можно лишь посредствомъ микроскопическихъ изслѣдованій удаленныхъ изъ матки частей ткани или же посредствомъ ощупыванія полости матки.* Гистологическій діагнозъ стоитъ и здѣсь на первомъ планѣ, но онъ несомнѣнно труднѣе, чѣмъ при карциномѣ, и долженъ поэтому чаще подвергаться провѣркѣ посредствомъ обследованія пальцемъ полости матки; если шейка проходима, то этого никогда не слѣдуетъ упускать. Если мы находимъ въ маткѣ опухоли мягкой консистенціи съ неправильной, но большею частью гладкой поверхностью, въ которыя палецъ можетъ проникнуть, то мы имѣемъ дѣло съ саркомами.

*Распознаваніе міосаркомы* подлѣжить гораздо большимъ трудностямъ и пока перероженіе развивается только внутри міомъ, оно вообще можетъ быть установлено только посредствомъ послѣдующаго изслѣдованія вылущенныхъ опухолей. Въ основѣ діагноза міосаркомы должна быть всегда наличность міомы, быстрый ростъ которой, особенно въ болѣе престарѣломъ возрастѣ, въ связи съ неправильными кровотеченіями и водянистыми выдѣленіями возбуждаетъ подозрѣніе на саркому. Пробное выскабливаніе рѣдко даетъ здѣсь пригодный матеріалъ, такъ какъ саркомы могутъ еще быть покрыты здоровой слизистой оболочкой. Ощупываніе полости матки только тогда разрѣшаетъ наши сомнѣнія, когда оно доставляетъ намъ такія данныя, какія раньше описаны при саркомѣ слизистой оболочки; надо по возможности стараться раздобыть пальцемъ или щипцами *Heywood-Smith'a* кусочки для микроскопическаго изслѣдованія. Поделизистыя міомы, рецидивирующія послѣ вылущенія, всегда возбуждаютъ подозрѣніе на саркому и требуютъ анатомическаго изслѣдованія.

При длительныхъ кровотеченіяхъ послѣ выкидыша и въ особенности послѣ пузырьчатаго заноса надо всегда подвергнуть микроскопическому изслѣдованію удаленныя кюреткой или пальцами массы, особенно если онѣ обильны и по своему виду не соотвѣтствуютъ частямъ плоднаго яйца, дабы возможно раньше опредѣлить начинающуюся хоріо-карциному.

*Діагнозъ оперируемости* ставится при саркомѣ такимъ же образомъ, какъ при рактѣ; надо только имѣть въ виду, что саркомы гораздо скорѣе и въ болѣе обширныхъ размѣрахъ пронизываютъ маточную стѣнку, пробиваются сквозь нее и быстро распространяются крупными опухолями по брюшной полости. Въ одномъ случаѣ, бывшемъ подъ моимъ наблюденіемъ, мягкая саркома, пробившаяся наружу изъ маточной стѣнки, была принята за опухоль яичника.

### Ракъ влагалища.

*Первичный ракъ влагалища* появляется большею частью въ видѣ *плоскихъ инфильтрацій*, которыя равномерно поражаютъ часть стѣнки, а то и всю стѣнку, чаще всего заднюю, и рано изъязвляются на поверхности. Рѣже представляетъ онъ *крупную опухоль*, которая широко сидитъ на влагалищной стѣнкѣ, выполняетъ и значительно растягиваетъ просвѣтъ влагалища; эта форма отличается тѣмъ, что она поздно распадается и долго сохраняетъ покровъ слизистой оболочки. Иногда приходится наблюдать карциному въ видѣ *подвлагалищныхъ инфильтрацій*, которыя колыцомъ окружаютъ весь рукавъ. Лишь въ немногихъ случаяхъ я наблюдалъ ракъ какъ *поверхностное измѣненіе*, занимающее всю влагалищную стѣнку, которое состоитъ въ *бородавчатыхъ легко кровоточащихъ буграхъ* безъ глубоко идущихъ инфильтрацій; большею частью я находилъ рѣзкое отграниченіе отъ здоровой слизистой оболочки, лишь въ одномъ случаѣ слизистая всего преддверія была также шероховата, бугриста и кровоточива.

Рѣчь идетъ о такой же картинѣ, какая описана мною выше на стр. 220, какъ начальный стадій влагалищнаго рецидива послѣ вылученія матки.

*Вторичный ракъ влагалища* присоединяется *per continuitatem* къ раковымъ заболѣваніямъ сосѣднихъ органовъ; чаще всего онъ встрѣчается при карциномѣ шейки, рѣже при поражении мочевого пузыря, прямой кишки или вульвы, иногда онъ появляется въ формѣ метастазовъ, особенно на валикѣ мочеиспускательнаго канала, при ракѣ тѣла и шейки матки.

Довольно рано происходитъ *распространеніе рака влагалища* въ глубину сквозь тонкую влагалищную стѣнку въ окружающую околовлагалищную ткань; такимъ образомъ возникаютъ плоскія утолщенія, которыя медленно подвигаются къ тазовой стѣнкѣ и распадаются по направленію къ влагалищу. Мочевой пузырь и прямая кишка поражаются раньше, нежели при ракѣ матки. Изъ железъ поражаются при карциномѣ влагалища *gl. isaciae*, а при ракѣ въ нижней трети рукава также и *gl. inguinales*.

**Распознаваніе и различительное распознаваніе.** *Распознаваніе* легко, такъ какъ измѣненія протекаютъ на поверхности. Инфильтрація, появляется-ли она въ формѣ совершенно плоскихъ опухолей на влагалищной стѣнкѣ или въ видѣ узловъ, легко распознается по своей хрящеватой твердости; если присоединяется изъязвленіе, то діагнозъ уже не подлежитъ сомнѣнію. Затрудненія иногда причиняютъ крупныя опухоли, покрытыя еще слизистой оболочкой; синеватый видъ послѣдней, желтыя, просвѣчивающія точки, мягкая консистенція и извѣстная наклонность крошиться, которая опять-таки лучше всего опредѣляется осторожнымъ втыканіемъ зонда, говорятъ за злокачественность. Часто, однако, приходится подвергнуть кусокъ опухоли микроскопическому изслѣдованію.

*Различительное распознаваніе* между ракомъ влагалища и крупными фолликулярными гипертрофіями и міомами шейки основывается на

нахожденіи въ первомъ случаѣ связи съ влагалищной стѣнкой. *Гуммы влагалища* отличаются отъ карциномъ тѣмъ, что язвенный процессъ преобладаетъ, а инфильтраціи или совсѣмъ отсутствуютъ, или разлиты окружаютъ язву и при этомъ бываютъ мягче на-ощупь, самыя язвы не крошатся, а обнаруживаютъ маркіи налетъ при сиаузныхъ краяхъ; рано присоединяется образованіе свищей и прободеніе въ сосѣдніе органы.

Различеніе первичнаго рака влагалища отъ вторичнаго, перешедшаго съ матки, основывается на томъ, что при первомъ сама влагалищная часть свободна и лишь иногда изъязвлена снаружи на томъ мѣстѣ, которое прилежитъ къ карциномѣ.

При *изслѣдованіи распространенія влагалищнаго рака*, которое предпринимается на первомъ планѣ для опредѣленія оперируемости, обращаютъ, какъ при ракъ матки, главное вниманіе на состояніе около-влагалищной ткани; вѣрнѣе всего это достигается сочетаннымъ изслѣдованіемъ со стороны прямой кишки и влагалища; этотъ методъ представляетъ большія выгоды даже при пораженіи передней стѣнки, такъ какъ мягкая прямокишечная стѣнка легче выпячивается, нежели инфильтрированная влагалищная стѣнка. Если параметрій здоровъ, то вездѣ по сосѣдству съ влагалищемъ прощупывается мягкая ткань, и карциному можно подвергать значительнымъ смѣщеніямъ вѣстѣ съ влагалищной стѣнкой; если же параметрій пораженъ, то прощупываютъ утолщенія, которыя въ неправильномъ расположеніи тянутся къ тазовой стѣнкѣ, и распознаютъ распространеніе изъязвленія за контуры влагалища.

### Саркомы влагалища.

Саркомы влагалища появляются первично, на подобіе карциномъ, въ видѣ плоскихъ изъязвляющихся инфильтрацій стѣнки или образуютъ кругловатые, покрытыя еще слизистой оболочкой опухоли, которыя распадаются сравнительно поздно (фибро-саркомы); иногда наблюдалось также гроздовидное строеніе съ водяночной консистенціей, какъ при саркомѣ шейки. Метастазы появляются часто весьма рано въ формѣ множественныхъ, мягкихъ узловъ, особенно при саркомѣ въ дѣтскомъ возрастѣ.

*Распознаваніе* плоскихъ, изъязвляющихся саркомъ основывается на тѣхъ же признакахъ, что и діагнозъ рака, и клиническое разграниченіе ихъ большею частью невозможно. Ограниченныя опухоли выдаютъ свою злокачественность своей крошащейся консистенціей и, пожалуй, своей множественностью.

### Ракъ наружныхъ половыхъ частей.

Ракъ наружныхъ половыхъ частей встрѣчается въ двухъ довольно различныхъ формахъ.

1. *Канкрондъ* представляетъ болѣе или менѣе выступающее новообразованіе, на поверхности котораго наступаетъ распаденіе большею частью медленно и лишь поздно; вначалѣ происходитъ отторженіе эпидермиса, а затѣмъ развивается плоская язва, медленно распространяющаяся въ

глубину съ твердыми, завороченными краями и инфильтрированнымъ дномъ. Поверхность канкроида обнаруживаетъ часто сосочковыя разрощенія или роговидное утолщеніе эпителія попеременно съ дефектами эпителія и мокнущими мѣстами. Канкроидъ чаще всего сидитъ на внутренней поверхности большихъ и малыхъ губъ, на клиторѣ и ладьеобразной ямкѣ.

**2. Инфильтрирующая карцинома** представляетъ большія, твердыя опухоли съ глубокой, обширной инфильтраціей и далеко идущимъ распаденіемъ; благодаря этому возникаютъ большія язвы съ бугристыми, инфильтрированными краями и очень маркимъ дномъ; кожа по окружности часто обнаруживаетъ синеватую окраску. Въ противоположность канкроидамъ этотъ ракъ идетъ гораздо глубже и рано вступаетъ въ связь съ костями.

Железы, а именно паховыя, поражаются при обѣихъ формахъ.

**Распознаваніе** легко во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сочетаются поверхностныя или глубокія инфильтраціи кожи съ распаденіемъ; труднѣе признать за карциному выростающія надъ уровнемъ кожи бородавчатыя формы, особенно еще до наступленія распаденія; однако, твердость опухоли, особенно у основанія, говоритъ за злокачественный характеръ; иногда удается выдавить канкроидныя жемчужины.

**Различительное распознаваніе** обнимаетъ цѣлый рядъ состояній, образующихъ также опухоли на наружныхъ половыхъ частяхъ.

*Psoriasis vulvae* (leukoplacia) представляетъ ограниченныя, бѣловасыя, нѣсколько возвышенныя мозоли, появляющіяся на внутренней поверхности большихъ и малыхъ половыхъ губъ. Чрезвычайно часто изъ нихъ развиваются канкроиды, подобно тому какъ это бываетъ при *psoriasis lingualis* и *buccalis*, по вылушеніи которыхъ развиваются новыя изъ другихъ мозолей. Въ виду многочисленныхъ переходовъ между обими этими заболѣваніями трудно опредѣлить, что еще *psoriasis* и что уже канкроидъ; какъ только поверхность начинаетъ становиться сосочковой, а основаніе начинаетъ инфильтрироваться, можно заподозрить ракъ; часто приходится установить этотъ срокъ микроскопомъ. Иногда можетъ также развиваться канкроидъ на почвѣ *vulvitis pruriginosa*, и здѣсь первые зачатки его трудно отграничить отъ хронической инфильтраціи окружающихъ частей.

*Condylomata acuminata* встрѣчаются нерѣдко въ видѣ цѣлаго конгломерата и представляютъ, особенно во время беременности, опухоли, имѣющія видъ цвѣтной капусты, которыя могутъ распадаться на поверхности и отдѣлять ихоръ; тогда онѣ приобрѣтаютъ сходство съ сосочковыми канкроидами; мягкое основаніе сильно бугристой поверхности, отсутствіе глубокаго распаденія и нахожденіе въ окружности отдѣльных папилломъ даетъ возможность съ увѣренностью исключить канкроидъ; въ сомнительныхъ случаяхъ рѣшаетъ микроскопъ.

*Lues vulvae* можетъ въ различныхъ стадіяхъ создавать картины, симулирующія ракъ. Рѣже всего еще даютъ поводъ къ смѣшиванію *condylomata lata*; онѣ представляютъ плоскія, мало инфильтрированныя папулы съ поверхностно распадающимся и слущивающимся эпителиемъ.

Лишь въ исключительныхъ случаяхъ, когда широкія кондиломы встрѣчаются въ единичномъ числѣ или вслѣдствіе механическаго раздраженія сильно инфильтрованы либо поверхностно изъязвлены, или если онѣ сливаются въ широкія бляшки, то можетъ возникнуть подозрѣніе на карциному; различіе заключается всегда въ инфильтраціи основанія, которая при канкрюидахъ значительно и глубже простирается; для подтвержденія діагноза надо изслѣдовать все тѣло на сифились. Легче можно смѣшать съ *carcinoma vulvae* *первичный сифилитическій абфектъ*, такъ какъ онъ появляется въ единичномъ числѣ и имѣетъ сильно инфильтрованное, твердое, какъ хрящъ, основаніе, имѣющее часто форму кружка; зато видъ его совсѣмъ другой: онъ имѣетъ грязную, темнокоричневую поверхность и очень незначительное слущиваніе эпителия, между тѣмъ какъ не изъязвляющіяся карциномы большею частью выглядятъ бѣловатыми или ярко-красными; при канкрюидахъ, кромѣ того, инфильтрація большею частью тверже, а распадѣніе наступаетъ раньше. *Позднія формы сифилиса* рѣже даютъ картины, схожія съ карциномой, такъ какъ онѣ пріобрѣтаютъ очень характерный видъ, благодаря обширнымъ, плоскимъ язвамъ; большія и малыя губы разлиты или бородавчато утолщены, какъ при *elephantiasis*, то же и промежность и прилегающая кожа, которая имѣетъ часто бронзовый и даже сѣрый цвѣтъ; сюда присоединяются обширныя изъязвленія на валикѣ мочеиспускательнаго канала, которыя ведутъ къ его отдѣленію и рубцовымъ суженіямъ уретры; малыя губы находятъ часто продыравленными. Отсутствие глубокой инфильтраціи и сочетаніе хроническаго отека съ плоскими язвами говорятъ противъ рака. Въ одновременно существующихъ язвенныхъ процессахъ въ прямой кишкѣ съ рубцовыми стриктурами можно найти подтвержденіе діагнозу сифилиса. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя съ увѣренностью установить дифференціальный діагнозъ между сифилисомъ и карциномой, надо изслѣдовать вырѣзанные кусочки подъ микроскопомъ или примѣнить сперва энергическое противосифилитическое леченіе; сравнительная доброкачественность *carcinoma vulvae* дѣлаетъ дозволительною эту потерю времени въ нѣсколько недѣль.

*Elephantiasis vulvae* представляетъ утолщенія кожи, появляющіяся на большихъ губахъ и похотникѣ, съ одновременной инфильтраціей и мягкими гипертрофическими измѣненіями подкожной кѣтчатки; поверхность при словомъ перерожденіи большею частью сосочковая или бородавчатая. По этимъ свойствамъ легко распознать крупныя опухоли, напротивъ, небольшія утолщенія съ сильно сосочковой поверхностью (*elephantiasis papillomatosa*) могутъ походить на сосочковый канкрюидъ, особенно если присоединяется изъязвленіе. И здѣсь діагнозъ карциномы основывается на хрящеватой инфильтраціи въ противоположность къ разлитымъ утолщеніямъ кожи при *elephantiasis*.

*Ulcus tuberculosum (lupus perforans или exulcerans)* представляетъ плоскія язвы, часто съ подрытыми краями, которыя нерѣдко зарубцовываются съ одной стороны. Отличіе отъ раковыхъ язвъ основ-

вается на нахожденіи небольшихъ узелковъ по периферіи и на днѣ и отсутствіи сильной инфильтраціи у основанія.

Случай 19. На внутренней поверхности лѣвой малой губы сидитъ язва съ зазубренными краями и сальнымъ дномъ; въ окружности слизистая оболочка красна, инфильтрирована и покрыта маленькими дефектами, величиною въ просяное зерно. На днѣ этой язвы начинается свищевой ходъ, который идетъ вверхъ впереди задней спайки по передней поверхности прямокишечной трубки. Микроскопическое изслѣдованіе вырѣзаннаго куска обнаружило гигантскія клетки и бугорковыя палочки.

*Lupus vulvae* (hypertrophicus), котораго я никогда не имѣлъ случая видѣть, описывается *Winckel*'емъ въ видѣ гладкихъ, часто ярко-красныхъ опухолей, величиною отъ горошины до голубиного яйца; поверхность ихъ изъязвляется.

### Саркома наружныхъ половыхъ частей

наблюдается очень рѣдко и представляетъ или крупныя, кругловатыя опухоли, которыя исходятъ изъ половыхъ губъ, изъ клитора или отверстія уретры и отличаются мягкой, отечной консистенціей, или онѣ начинаются на губахъ въ формѣ бородавокъ, имѣющихъ часто меланотическій характеръ.

### Микроскопическое распознаваніе злокачественныхъ заболѣваній матки.

*Микроскопическое распознаваніе рака* основывается исключительно на нахожденіи *его гистологическаго состава*. Карциному описываютъ какъ новообразованіе, характеризующееся эпителиальными, атипическими разрощеніями и альвеолярнымъ строеніемъ, неудержимо проникающими въ глубину ткани эпителиальными тяжами, которые совершенно разрушаютъ ткани на мѣстѣ и по сосѣдству, посылаютъ метастазы въ отдаленные органы и наконецъ приводятъ больныхъ къ гибели вслѣдствіе истощенія (раковая кахекесія). Хотя съ диагнозомъ карциномы уже а priori связано представленіе о роковомъ теченіи, однако при микроскопическомъ изслѣдованіи не слѣдуетъ опираться на *клинической картинѣ прогрессивнаго, разрушительнаго хода болѣзни*, а надо ставить діагнозъ исключительно на основаніи гистологической структуры. Ошибочнымъ образомъ нѣкоторые авторы требуютъ для доказательности гистологическаго препарата, чтобы на немъ видно было уже прониканіе рака *въ сосѣднія ткани*, переходъ за предѣлы мѣстоположенія; они считаютъ необходимымъ, чтобы при ракъ слизистой оболочки матки, напримеръ, была поражена уже и мускулатура, и только тогда признаютъ микроскопическій діагнозъ вѣрнымъ, когда констатировано прониканіе эпителиальныхъ тяжей въ muscularis. Между тѣмъ ракъ распознается *не по мускулатурѣ*, въ которую въѣдряется карцинома слизистой оболочки, а по *свойственной ему структурѣ*. Вѣдь иногда карциномы попадаютъ подъ наблюденіе въ очень раннемъ стадіи, когда онѣ еще цѣлкомъ сидятъ въ слизистой оболочкѣ; встрѣчаются, далѣе, на слизистой

оболочкѣ матки полипозныя разрощенія, раково перерожденныя, основаніе которыхъ совершенно свободно отъ злокачественнаго перерожденія, и которыя еще даже отдѣлены отъ мускулатуры слоемъ, хотя и тонкимъ, здоровой слизистой. *Было бы ошибкой оставить подобные препараты подъ сомнѣніемъ только въ виду отсутствія пораженія muscularis*; выжиданіе момента, когда карцинома перейдетъ на мускулатуру, причинило бы ущербъ больной, операція могла бы оказаться потомъ запоздалой. Исторія рецидивовъ, изученіе препаратовъ показываетъ, какъ часто находятся уже далеко зашедшіе метастазы въ сосѣдней ткани даже при благоприятномъ и видимо своевременномъ оперативномъ вмѣшателствѣ; поэтому необходимо *раннее* распознаваніе (Frühdiagnose) раковаго заболѣванія.

*Картина строенія рака* представляется въ видѣ *стѣвидно расположенныхъ пространствъ*, наполненныхъ *эпителиальными* (эпителиоидными) *кѣтками* и заложанныхъ въ богатой большею частью сосудами ткани. Эти пространства представляютъ собою связную систему каналовъ; они могутъ быть узки и широки, тѣсно прилегать другъ къ другу, отдѣляясь только тонкимъ слоемъ ткани, или оставлять между собою широкіе участки ткани. Распространеніе этихъ полостей въ ткани то происходитъ преимущественно въ одномъ направленіи, на другихъ препаратахъ онѣ распределены радиусообразно, а то и совсѣмъ неправильно разбросаны; форма полостей не всегда одинаковая, онѣ имѣютъ расширенія, отшнурованія, словомъ, онѣ атипичны.—На микроскопическихъ препаратахъ эти сообщающіяся стѣвидныя пространства выступаютъ на поперечномъ разрѣзѣ какъ кругловатыя, овальныя или также неправильныя щели—т. наз. *альвеолы*; поэтому говорятъ объ *альвеолярномъ строеніи* рака; на продольномъ разрѣзѣ эти наполненныя эпителиальными кѣтками пространства походятъ скорѣе на тяжи. Въ стѣвидныхъ пространствахъ, въ альвеолахъ лежатъ *эпителиальные элементы*, которые могутъ представлять разнообразныя формы, но специфически ни въ чемъ не отличаются отъ эпителиевъ; эти кѣтки могутъ быть велики, подобны плоско-эпителиальнымъ, а по своей неправильной формѣ схожи съ эпителиями мочевого пузыря, онѣ могутъ быть малы, лежатъ рыхло или тѣсно нагроможденными; въ послѣднемъ случаѣ онѣ имѣютъ видъ грануляціонной ткани; въ эпителиальныхъ массахъ можно видѣть перлы, луковички, концентрически расположенные эпителии (табл. 7, рис. 16 и табл. 15, рис. 37). Въ стадіи развитія этихъ выполняющихъ раковые альвеолы эпителиоидныхъ элементовъ кѣтки бывають малы, снабжены большимъ ядромъ и настолько тѣсно скучены, что едва замѣтна граница между кѣтками; эти *сплошныя эпителиальные слои* обозначаютъ какъ эпителиальные отростки, эпителиальные тяжи, раковыя гвѣзда (табл. 15, рис. 38).—На срѣзѣ черезъ раковую опухоль эти эпителиальныя массы легко выдавливаются при легкомъ боковомъ давленіи, какъ выдавливается изъ оболочки содержимое мягкой колбасы или при *compedo* бѣловатое содержимое закупоренной железы.

Наряду съ этими эпителиальными массами, всецѣло выполняющими сѣтевидныя пространства и представляющими *сплошныя эпителиальные отростки*, эпителиальные тяжи, встрѣчается и другого рода *распределение эпителиевъ* въ этихъ пространствахъ, которое заслуживаетъ упоминанія, особенно здѣсь при карциномахъ матки; это распределение состоитъ въ томъ, что альвеолярныя пространства не вполне выполняются эпителиальными элементами, послѣдніе многими слоями покрываютъ стѣнку лишь на известную толщину, оставляя свободнымъ большее или меньшее отверстіе, лежащее болѣе или менѣе центрально (табл. 10, рис. 26). Просвѣтъ въ этихъ эпителиальныхъ образованияхъ можетъ быть довольно рѣзко ограниченъ, тогда распределение элементовъ въ пристѣночномъ эпителиальномъ слое не представляетъ никакихъ особенностей; или же внутри эпителиальныхъ массъ есть щели, указывающія на то, что эпителии разрастаются по направленію къ центру, но еще не достигли закрытія отверстія (табл. 10, рис. 27); здѣсь видно выраженное лучистое распределение эпителиевъ по радіусамъ.— Благодаря центральному, рѣзко или нерѣзко ограниченному отверстию, наблюдатель получаетъ, въ противоположность къ *сплошнымъ* эпителиальнымъ отросткамъ, впечатлѣніе *железистой, аденоидной* формы.

Наряду съ распределеніемъ эпителиальныхъ массъ въ раковыхъ альвеолахъ въ формѣ сплошныхъ или железистыхъ образований, встрѣчается еще въ высшей степени важное распределение въ видѣ *однослойнаго цилиндрическаго эпителия*. Въ отдѣльныхъ случаяхъ можетъ оказаться весьма труднымъ отличить эти выстланныя однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ полости отъ простыхъ железъ и распознать въ нихъ ракъ, вообще злокачественное новообразование. Эти раковыя новообразования съ однослойнымъ эпителиемъ называютъ *adenoma malignum* (carcinoma glandulare cylindrocellulare) (см. табл. рис. 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35).

*И такъ строеніе рака представляется* въ видѣ сѣти полостей, наполненныхъ эпителиальными клѣтками или содержащихъ эпителиальные элементы въ различномъ распределеніи. Мы говоримъ поэтому объ *альвеолярномъ строеніи рака*, о раковыхъ отросткахъ, эпителиальныхъ тяжахъ, о железистомъ ракъ или аденокарциномѣ, о злокачественной аденомѣ, т. е. о ракъ съ однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ.— Какъ эти отдѣльныя формы карциномъ возникаютъ и каково ихъ строеніе, объ этомъ будетъ сказано ниже.

Отъ простыхъ поверхностныхъ измѣненій, отъ эпидермализаціи, отъ эпителиальныхъ отростковъ, на примѣръ, наблюдаемыхъ при заживленіи эрозій (табл. 8, рис. 21, 22), раковое перерожденіе отличается тѣмъ, что оно неудержимо проникаетъ въ глубину, что оно появляется *въ ткани гетеропластически*, т. е. тамъ, гдѣ никогда не бываютъ эпителиальныя разрощенія. *О различительномъ распознаваніи* между ракомъ и поверхностными измѣненіями см. ниже; объ обманчивыхъ картинахъ, получающихся отъ косыхъ или плоскостныхъ срѣзовъ, см. выше.

На вопросъ, *откуда берутся эпителиальныя образования*, лежащія въ раковыхъ альвеолахъ, можно вкратцѣ отвѣтить, что исходнымъ пунктомъ ихъ является наличный эпителий: во первыхъ, наличный многослойный, плоскій эпителий влагалищной части, влагалища и наружныхъ половыхъ частей (большею частью сплошные отростки), далѣе наличный, но подвергающійся превращенію цилиндрической эпителий (шейка, тѣло матки—железистая форма рака), наконецъ наличный, но не превращающійся однослойный цилиндрической эпителий (шейка, тѣло матки—*adenoma malignum*).

Ткань, въ которой находятся раковыя разрощенія, можетъ оказаться воспалительно измѣненной; часто получается впечатлѣніе, что мы имѣемъ дѣло съ демаркирующей мѣлкоклеточной пролифераціей. Благодаря тому, что мелкія, круглыя кѣтки проникаютъ въ раковыя массы, стираются иногда рѣзкія обыкновенно границы между соединительной тканью и ракомъ. — Въ другихъ случаяхъ ткань относится совершенно пассивно къ раковымъ гнѣздамъ и оказывается на препаратахъ неизмѣненной.

Что касается рака влагалищной части, то онъ обнаруживаетъ различный *гистологическій* характеръ. По микроскопическимъ даннымъ надо различать *три* формы: на первомъ планѣ назовемъ карциномы, берущія свой исходный пунктъ изъ *наличнаго покровнаго эпителия влагалищной части, изъ многослойнаго плоскаго эпителия*; при раковомъ перерожденіи эпителиальный слой утолщается, по направленію вглубь появляются *сперва* плоскія, а *потомъ* шипообразно выскрывающія разрощенія эпителия, отъ которыхъ и рядомъ съ которыми вырастаютъ новые отростки и проникаютъ въ глубину ткани (*Waldeyer—Thiersch*). Идущіе въ глубину эпителиальные отростки могутъ быть совершенно узкіе, но также толстые и массивные, соединяясь широкими или узкими эпителиальными мостиками. Эти эпителиальныя массы идутъ не только вглубь, но распространяются по всѣмъ направленіямъ, такъ что весьма часто болѣе старыя, поверхностныя разрощенія занимаютъ меньшее протяженіе, нежели болѣе молодыя и глубокія. — Въ большомъ числѣ карциномъ *portio vaginalis*, которыя въ гистологическомъ отношеніи должны быть причислены къ этой группѣ, мы не находимъ на поверхности многослойнаго, утолщающагося эпителиальнаго пласта: послѣдній или отслоился, отскочилъ, какъ глазурь, или вмѣсто утолщенія наступило, наоборотъ, истонченіе эпителиальнаго слоя, которое, чѣмъ ближе къ раковому гнѣзду, тѣмъ болѣе выражено, такъ что надъ карциномой, надъ находящимися въ глубинѣ эпителиальными отростками вообще не находятъ эпителия; поэтому кажется, что ракъ лежитъ въ глубинѣ подъ воспалительно раздраженными, поверхностными слоями соединительной ткани. Однако направленіе эпителиальныхъ отростковъ перпендикулярно къ поверхности, поверхностныя железы, часто очень узкія и расширяющіяся въ глубинѣ, указываютъ на происхожденіе изъ рано утраченнаго плоскаго эпителия влагалищной части. Заявленіе, будто при ракъ эпителий влагалищной части, благодаря прони-

кающимъ въ глубину отросткамъ, менѣ подвиженъ, какъ-бы пригвожденъ къ подлежащей ткани (*Spiegelberg*), слишкомъ схематично, чтобы согласоваться съ фактическими данными при начинающейся карциномѣ, а для многихъ случаевъ оно прямо ошибочно.

Надо упомянуть объ одномъ явленіи, часто встрѣчающемся въ начальномъ стадіи раковаго перерожденія, это — о мелкокѣлочной инфильтраціи, которая представляетъ какъ-бы реакціонный поясъ противъ вѣдряющихся эпителиальныхъ массъ со стороны лежащей снизу ткани. Это явленіе указываетъ явно на воспалительный процессъ, разыгрывающійся при карциномѣ. При далеко зашедшемъ распространеніи рака часто не находятъ кѣлочной инфильтраціи вокругъ раковаго гнѣзда.

Раковые эпителиальные отростки, исходящіе изъ покровнаго эпителія влагалищной части, въ преобладающемъ числѣ случаевъ сохраняютъ обычное многослойное строеніе; встрѣчаются, однако, и примѣры, гдѣ въ эпителиальныхъ массахъ появляются слоистыя образованія въ родѣ луковицъ (эпителиальныя жемчужины, канкроидныя жемчужины), дающія очень красивую микроскопическую картину (табл. 7, рис. 16).

Въ эпителиальныхъ массахъ могутъ также разыгрываться *вторичныя*, дегенеративныя процессы: мы видимъ распаленіе кѣлокъ въ центрѣ отростковъ, сначала исчезаютъ контуры отдѣльныхъ кѣлокъ, кѣлочное тѣло становится однороднымъ и просвѣчивающимъ, ядро растворяется, способность окрашиваться уменьшается (табл. 7, рис. 17); такимъ образомъ эпителиальныя тяжи могутъ распасться въ центрѣ, между тѣмъ какъ периферическіе слои эпителія все дальше врастаютъ въ окружающую ткань.—Наряду съ этимъ процессомъ центрального размягченія наблюдается иногда такое явленіе, что центральныя участки становятся крошковатыми, повидимому омертвѣваютъ и рѣзко отграничиваются отъ жизнеспособнаго еще периферическаго эпителія; эти массы обладаютъ обыкновенно весьма значительной способностью воспринимать красящія вещества и потому на микроскопическомъ препаратѣ раковыя тяжи кажутся какъ-бы наполненными внутри посторонней инъекціонной массой, которую можно бы удалить кисточкой.

*Вторую* форму представляетъ анатомо-гистологическая картина рака, берущаго начало отъ эрозій влагалищной части (*Erosionscarcinom*). Эрозіи (табл. 8, рис. 20, 22) характеризуются, во-первыхъ, тѣмъ, что мѣсто многослойнаго, плоскаго эпителія заступаетъ цилиндрической эпителией съ выраженнымъ цервикальнымъ характеромъ, во-вторыхъ, тѣмъ, что съ этой поверхности, покрытой цилиндрическимъ эпителиемъ, погружаются въ ткань трубчатыя или железистыя углубленія (*erosio simplex*), или же образуются большія или меньшія возвышенія въ видѣ сосочковъ, покрытыхъ цилиндрическимъ эпителиемъ (*erosio papillaris*). Сочетанія между простой и сосочковой эрозіей, вторичныя измѣненія на железоподобныхъ углубленіяхъ, какъ отшнурованія, расширенія (фолликулы, *ovula Nabothi*—табл. 9, рис. 23), даютъ вышеописанныя вариации эрозій.—Ракъ беретъ начало отъ этихъ эрозій, отъ ихъ однослойнаго цилиндрическаго эпителія. По-

слѣдній подвергается при раковомъ перерожденіи особымъ измѣненіямъ: въ однослойнаго, высокаго цилиндрическаго эпителия съ лежащимъ у основанія клѣтки ядромъ образуется многослойный эпителий; высокая цилиндрическая форма первоначальнаго эпителия исчезаетъ, появляются болѣе кубическіе, затѣмъ кругловатые, словомъ полиморфные элементы, лежащіе другъ на другѣ, причеиъ клѣточные ядра лежатъ болѣе въ центрѣ. Несмотря на превращеніе въ железахъ эрозій простаго эпителия въ многослойный, железистый видъ не утрачивается, такъ какъ сохраняется центральный просвѣтъ. Надо замѣтить, что одновременно съ этимъ карциноматознымъ превращеніемъ эпителия происходитъ чрезмѣрное разрошеніе его въ окружающую ткань (периферическій ростъ), а съ этимъ и значительное увеличеніе первоначальныхъ, болѣе узкихъ железъ эрозій. Границы железы прорываются эпителиальными массами, которыя все дальше проникаютъ въ своемъ разрушительномъ шествіи.— Сохранившійся первоначально железистый habitus, указывающій на происхожденіе новообразованія изъ железъ эрозій, часто утрачивается потому, что эпителий, разрастаясь, не оставляетъ просвѣта, такъ что образуются сплошные эпителиальные стержни. На подобныахъ препаратахъ, разумѣется, трудно установить происхожденіе карциномы изъ превращеннаго однослойнаго цилиндрическаго эпителия (эпителий эрозій) или изъ существующаго многослойнаго покровнаго эпителия.

Такъ какъ сплошные первоначально эпителиальные тяжи могутъ получить въ центрѣ просвѣты, а съ этимъ, пожалуй, и железистый видъ, то понятно, что нельзя еще заключать о происхожденіи рака изъ эрозій на основаніи видимо железистаго habitus'a. Согласно вышесказанному, изслѣдованіе центрально лежащаго содержимаго можетъ достаточно выяснитъ, имѣемъ-ли мы дѣло съ первично железистымъ характеромъ рака, или сходство съ железами образовалось вторично.

Обыкновенно раковое перерожденіе эрозій начинается на поверхности или, по крайней мѣрѣ, въ верхнихъ слояхъ. Болѣе рѣдкая форма та, гдѣ карциноматозное перерожденіе цилиндрическаго эпителия начинается на лежащихъ глубоко въ ткани железахъ эрозій или на вторичныхъ расширеніяхъ железъ (такъ наз. фолликулахъ); здѣсь надъ сидящимъ въ глубинѣ ракомъ можетъ находиться на поверхности доброкачественное измѣненіе—эрозія.

*Третья* форма, подѣ которой можетъ являться ракъ влагалищной части въ гистологическомъ препаратѣ, есть такъ наз. *злокачественная аденома*. Въ основѣ этой формы также лежитъ эрозія, и эта карцинома имѣетъ исходнымъ пунктомъ цилиндрической эпителий, который покрываетъ поверхность эрозій вмѣсто первоначальнаго многослойнаго, плоскаго эпителия.—Цилиндрической эпителий эрозій вѣдряется въ ткань, образуетъ красивыя, узкія железы, ткань эрозій образуетъ сосочковыя разрошенія, покрытыя цилиндрическимъ эпителиемъ. Между тѣмъ какъ эрозія (simplex или papillaris) на этомъ остававливается, мы видимъ при злокачественной аденомѣ все новыя и новыя вѣдренія цилиндрической эпителиаль-

ныхъ тяжей по всѣмъ направлѣніямъ, наряду съ разроженіями ткани. Эпителіальные тяжи лежатъ тѣсно одинъ возлѣ другого, такъ что остовъ, въ которомъ заложены эти эпителіальныя образованія, почти исчезаетъ. — Благодаря колоссальному разроженію цилиндрическаго эпителия и ткани образуется часто запутанная микроскопическая картина, представляющая однослойные эпителіальные тяжи желѣзистаго вида, но безъ настоящаго просвѣта. Желѣзистая форма, вызванная первоначальнымъ видѣреніемъ эпителия эрозіи, исчезаетъ, лишь эпителіальные тяжи съ однослойнымъ эпителиемъ прорастаютъ струму; вмѣсто картинъ простой эрозіи, изображенныхъ на рис. 20, 22 (табл. 8), получаютъ такія картины, какъ на рис. 30, 32, 33, 34, 35 (см. таблицы) (эти рисунки взяты случайно не отъ рака влагалищной части, а отъ adenoma malignum corp. ut.).

Въ чистой злокачественной аденомѣ (карцинома съ однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ) мы не видимъ указаннаго при второй формѣ превращенія цилиндрическаго эпителия въ многослойный, полиморфный эпителий. Въ этомъ не лежитъ, однако, специфическая разница между обѣими формами рака, ибо возможны переходы отъ adenoma malignum къ многослойной карциномѣ въ отдѣльныхъ мѣстахъ или во всемъ препаратѣ или, какъ выражаются часто, превращеніе злокачественной аденомы въ желѣзистый ракъ; впрочемъ, это обозначеніе только *описательное*, указывающее на распредѣленіе кѣтокъ, но не на специфическія различія. Adenoma malignum есть такъ же ракъ, какъ и такъ наз. желѣзистая карцинома; въ первомъ случаѣ это—ракъ съ однослойнымъ эпителиемъ, во второмъ—съ многослойнымъ; первая форма можетъ переходить въ послѣднюю, изъ многослойной же карциномы не можетъ стать однослойная,—впрочемъ, въ первоначально многослойномъ ракѣ могутъ получить однослойное распредѣленіе *вновь* образующіяся эпителіальныя массы.

Важное положеніе, которое adenoma malignum занимаетъ въ ряду злокачественныхъ новообразованій половыхъ органовъ (матки, трубъ и яичниковъ), требовало этого обстоятельнаго изложенія и разбора отдѣльныхъ формъ карциномы, который до сихъ поръ не вездѣ проводился съ достаточною ясностью.

Трудности въ *распознаваніи рака влагалищной части*, возникающія для клиническаго изслѣдователя при истолковываніи результата осмотра пораженнаго мѣста, ощущенія при ощупываніи, симптомовъ и т. д., разрѣшаются прямымъ гистологическимъ изслѣдованіемъ. Микроскопическое изслѣдованіе стало весьма важнымъ факторомъ при такъ наз. *дифференціальной діагностикѣ*. Если мы, напримѣръ, имѣемъ предъ собою оплотнѣвшія, инфильтрированныя мѣста и не можемъ клинически опредѣлить, воспалительныя-ли это или злокачественно перерожденныя, то достаточно приготовить микроскопическій препаратъ изъ вырѣзаннаго кусочка, чтобы выяснить, имѣемъ-ли мы дѣло только съ воспалительнымъ, мелкокѣлочнымъ скопленіемъ или съ заключенными въ альвеолярныхъ пространствахъ кучками эпителіальныхъ кѣтокъ. Нахожденіе бугорковыхъ палочекъ въ

воспалительно пропитанной ткани может охарактеризовать данное заболѣваніе какъ туберкулезное.

Небольшія *міоматозныя* припуханія, особенно въ сочетаніи съ значительнымъ образованіемъ эрозій, могли бы иногда при изслѣдованіи пальцемъ и зеркаломъ быть приняты за раковое новообразованіе, но подъ микроскопомъ мы ясно различаемъ пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ въ продольныхъ и поперечныхъ сѣченіяхъ, и это говоритъ намъ за доброкачественныя, міоматозныя образованія.

Что касается различительнаго распознаванія между *саркомой* и *карциномой*, то клиницисту оно не причиняетъ много заботъ, ибо для него существенно важно только *рѣшить*, имѣетъ-ли онъ дѣло съ *злокачественнымъ или незлокачественнымъ* заболѣваніемъ. При ракъ діагнозъ рѣшаетъ вышеизображенная гистологическая картина: альвеолярное строеніе, наполненіе альвеоловъ эпителиальными элементами. Саркома, какъ злокачественное новообразованіе соединительной ткани обнаруживаетъ измѣненіе соединительнотканыхъ элементовъ: при неравномѣрномъ увеличеніи клѣточного тѣла, часто далеко переходящемъ за предѣлы нормы, при огромномъ нарастаніи ядра и въ то же время колоссальномъ размноженіи элементовъ, нормальная ткань погибаетъ и замѣщается новообразованіемъ. Рис. 108 (представляющій хотя саркому слизистой оболочки тѣла матки) показываетъ неравномѣрно разросшіеся элементы съ увеличенными ядрами неправильной формы, замѣстившіе нормальные элементы стромы, которые въ общемъ всегда равномѣрно построены и снабжены ядрами почти одинаковой величины. При саркомѣ большую часть отчетливо констатируется постепенный переходъ злокачественно измѣняющихся клѣтокъ, вытѣсняющихъ нормальные элементы (непрерывный переходъ отъ нормальнаго), между тѣмъ какъ при ракъ, благодаря сѣтевиднымъ пространствамъ, мы не имѣемъ переходныхъ ступеней.— Хотя для изслѣдующаго врача отвѣтъ на вопросъ, предлежитъ-ли злокачественное или доброкачественное заболѣваніе, имѣетъ *большій* интересъ, нежели рѣшеніе, ракъ или саркома, тѣмъ не менѣе изображенная здѣсь вкратцѣ картина саркомы (см. также ниже) имѣетъ дифференціально-діагностическое значеніе, когда приходится рѣшить, имѣетъ-ли мы дѣло съ простымъ, воспалительнымъ или съ саркоматознымъ перерожденіемъ: въ первомъ случаѣ мы имѣемъ равномѣрное, въ послѣднемъ неравномѣрное, атипическое разрощеніе клѣтокъ.

При сильной *фолликулярной гипертрофій* влагалищная часть представляется неправильной на-ощупъ и можетъ у изслѣдователя возбудить подозрѣніе о раковомъ перерожденіи. Въ гистологической картинѣ рѣшающимъ элементомъ являются полости, образуемыя расширенными железами эрозій и несущія на стѣнкѣ однослойный цилиндрической эпителий. Эпителий въ фолликулахъ (*ovula Nabothi*), соответственно увеличенію кисти, большею частью не столь высокъ, какъ на эрозіяхъ; часто онъ становится короткимъ, кубическимъ (табл. 9, рис. 23). На рис. 23 (табл. 9) ясно представлены отрѣзки двухъ расширенныхъ железъ съ пристѣвочнымъ кубическимъ, какъ-бы прижатымъ эпителиемъ.

Изслѣдующему врачу часто причиняютъ діагностическія трудности такъ наз. *язвенныя образованія* на влагалищной части; неправильный характеръ язвенной поверхности, нерѣдко сильныя кровотеченія, а то и вызванныя искусственно (прижиганіями и пр.) инфильтраціи симулируютъ раковыя язвы даже тамъ, гдѣ мы еще имѣемъ дѣло съ доброкачественными процессами. *Гистологически* мы должны выдвинуть здѣсь двѣ группы, представляющія одинаковые клиническіе симптомы: такъ назыв. *эрозійныя язвы* и *настоящія ulcera*, гдѣ не удастся опредѣлить специфическую (сифилитическую или туберкулезную) причину. Первые имѣютъ прямую связь съ описанными уже выше эрозіями, отъ которыхъ онѣ отличаются тѣмъ, что ткань portio vaginalis пронизана значительными железистыми разрощеніями, и что при нихъ самопроизвольно или подъ вліяніемъ механическихъ инсультовъ (спринцованія, прижиганія, cohabitatio) возникаютъ довольно значительные дефекты, какіе вызываются обыкновенно только злокачественными процессами; сюда присоединяется еще чрезвычайно обильная воспалительная инфильтрація съ колоссальнымъ развитіемъ сосудовъ. Гистологическую картину можно вкратцѣ охарактеризовать такъ: эрозійныя железы съ ихъ цервикальнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ лежатъ въ богатой сосудами и сильно инфильтрированной мелкими клѣтками ткани. — *Настоящія ulcera portionis vaginalis* представляютъ часто не очень большія пораженія съ острыми краями, рѣзко ограничивающіяся отъ здоровой ткани и нѣсколько углубленныя; гистологическая картина показываетъ мелкоклѣточную инфильтрацію, большею частью не очень глубоко проникающую въ ткань, колоссально увеличенные и расширенныя сосуды, которые на самомъ препаратѣ какъ будто свободно изливаются (*ulcus simplex haemorrhagicum* см. ниже). Язвы не покрыты эпителиемъ, железы большею частью отсутствуютъ въ ткани, или, если онѣ остались отъ прежнихъ процессовъ, то находятся большею частью въ состояніи растворенія и некроза (табл. 9, рис. 24). Экспизія и микроскопическое изслѣдованіе устанавливаютъ здѣсь доброкачественность процесса и исключаютъ карциному. Этиологія этихъ не часто встрѣчающихся язвъ не выяснена. Онѣ отличаются отъ *бугорчатыхъ язвъ*, которыя тоже обнаруживаютъ мелкоклѣточное проитываніе, но вмѣстѣ съ тѣмъ гвѣзда распада (детритъ) со многими гигантскими клѣтками въ ткани и бактериологически констатируемыя туберкулезныя бациллы. *Сифилитическія язвы* влагалищной части большею частью не представляютъ гистологически никакихъ особенныхъ отличительныхъ признаковъ; на микроскопической картинѣ *ulcus syphiliticum* едва-ли можно отличить отъ простого воспалительнаго пораженія, но всегда легко отличить отъ раковой язвы. — *Пролежневныя язвы* влагалищной части при пролапсѣ и *поверхностныя*, разѣдающія *влагалищныя эрозіи (Fischel)* едва-ли могутъ приниматься во вниманіе при дифференціальной діагностикѣ рака, но на микроскопическомъ препаратѣ ихъ легко распознать какъ простые, доброкачественные процессы.

До сихъ поръ была рѣчь о гистологическихъ данныхъ, поскольку они устра-

няютъ затрудненія, возникающія при клиническомъ распознаваніи, и разрѣшаютъ сомнѣнія относительно злокачественности или доброкачественности процесса.

Бываютъ, однако, *затрудненія при истолковываніи самихъ микроскопическихъ картинъ*: какъ, напримѣръ, отличить *доброкачественныя эпителиальныя измѣненія на влагалитцной части отъ раковыхъ перерожденій*? Рѣчь идетъ, слѣдовательно, о дифференціальной діагностикѣ между гистологическими картинами или, иначе, выражаясь, о выясненіи обманчивыхъ картинъ. На *первомъ* планѣ это микроскопическія картины утолщеній и разрошеній многослойнаго плоскаго эпителия, которыя ошибочнымъ образомъ принимаются за карциному. При бородавчатыхъ образованіяхъ, при *condylomata acuminata* вмѣстѣ съ разростаніемъ и развѣтвленіемъ сосочковаго тѣла значительно утолщается и покровный эпителий; онъ слѣдуетъ за растущими въ разныхъ направленіяхъ соединительнотканными папиллярными разрошеніями и покрываетъ ихъ. Микроскопическіе срѣзы часто переѣкаютъ сосочковыя разрошенія вкось, болѣе плоско, и получаютъ картины, гдѣ большія эпителиальныя «гнѣзда» лежатъ среди ткани. Ошибка готова: альвеолярное пространство, выполненное эпителиальными массами, слѣдовательно—ракъ. Такія ошибки возможны у недостаточно опытнаго еще діагноста. Въ противоположность къ поверхностнымъ эпителиальнымъ утолщеніямъ и тѣмъ эпителиальнымъ тяжамъ, которые получаютъ отъ особаго направленія срѣза, надо при ракѣ всегда доказать, что разрастающіеся эпителиальные тяжи являются еще гетеропластически и въ глубинѣ ткани. Острыя кондиломы, какъ и всѣ бородавчатыя разрошенія, суть *поверхностныя и поверхностно остающіеся процессы*. — *Во-вторыхъ*, имѣютъ значеніе микроскопическія картины, создаваемыя *заживленіемъ эрозій*; между тѣмъ какъ при бородавчатыхъ разрошеніяхъ рѣчь идетъ о *процессахъ*, которые разыгрываются на поверхности рука объ руку съ разрошеніемъ сосочковаго тѣла, мы имѣемъ при заживленіи эрозій простыя *поверхностныя измѣненія*, эпителиальныя превращенія, которыя никогда не заходятъ за извѣстную глубину и всегда находятся въ непосредственной связи съ поверхностью. И здѣсь бываютъ у малоопытныхъ сомнѣнія относительно раковаго процесса. Эрозія влагалитцной части, которая вмѣсто первоначальнаго многослойнаго, плоскаго эпителия несетъ однослойный цилиндрическій эпителий, образующій углубленія (железы эрозій) и покрывающій возвышенія ткани (сосочковыя образованія), обнаруживаетъ при *процессахъ заживленія* стремленіе возстановить утраченный покровный эпителий portio vaginalis. Цилиндрическій эпителий становится короче, надъ нимъ появляются болѣе кубическіе, затѣмъ болѣе кругловатые элементы; такимъ образомъ получается посредствомъ наслаиванія подобный первоначальному эпителиальный слой. Наслоеніе эпителия можетъ коснуться всей «ссадненной» поверхности или только частей ея (табл. 8, рис. 22); небольшія эрозійныя железы могутъ совершенно выполняться, при болѣе крупныхъ железистыхъ разрошеніяхъ нижняя часть сохраняетъ свой железистый видъ, между тѣмъ какъ верхніе отрѣзки выполнены многослойнымъ эпи-

телиемъ (табл. 8, рис. 21); лежащіе въ глубинѣ остатки железъ могутъ въслѣдствіи совершенно отшнуроваться отъ поверхностнаго эпителия, благодаря боковымъ разрощеніямъ соединительной ткани; на отдѣльныхъ препаратахъ можно видѣть, какъ цилиндрической эпителий лежащихъ внизу отрѣзковъ железъ отшелушивается и покрываетъ сбоку плоскій эпителий (табл. 8, рис. 21). Такимъ образомъ, когда эрозія зажила, могутъ остаться въ глубинѣ железы, которыхъ раньше тамъ не было подъ покровнымъ эпителиемъ (табл. 9, рис. 23).—Это изложенное выше превращеніе однослойнаго эпителия въ многослойный, плоскій даетъ поводъ неопытному изслѣдователю предположить начинающееся карциноматозное образованіе. Если сравнить рис. 21 (табл. 8) и рис. 26 (табл. 10), то различіе ясно выступаетъ: на первомъ мы видимъ только *поверхностное измѣненіе* и никакихъ разрошеній въ глубинѣ—заживленіе эрозіи, напротивъ, въ рис. 25 (слабое увеличеніе) и 26 (сильное увеличеніе) видны въ глубинѣ, большія раковыя гнѣзда, расположенныя по бокамъ проникающаго съ поверхности эпителиальнаго тяжа.

Подобно раку влагалищной части, **ракъ шейки** тоже представляетъ разныя гистологическія формы, несмотря на сходство макроскопическое. *Во-первыхъ*, цервикальная карцинома можетъ развиться изъ наличнаго *однослойнаго, цилиндрическаго эпителия*, причемъ происходитъ такое же превращеніе поверхностнаго и находящагося въ железахъ эпителия, какое описано при эрозіонномъ ракъ влагалищной части. Цилиндрической эпителий становится постепенно многослойнымъ, полиморфнымъ; большею частью остается въ эпителиальныхъ массахъ центральный просвѣтъ, такъ что карцинома какъ въ поверхностныхъ слояхъ, такъ и въ глубинѣ получаетъ железистый видъ (carcinoma glandulare). Эти образовавшіяся изъ цилиндрическаго эпителия многослойныя эпителиальныя массы, обнаруживающія часто центральный просвѣтъ, проникаютъ въ глубину ткани, а также распространяются въ стороны въ сторону шейки.—При значительномъ разрошеніи эпителия можетъ исчезнуть просвѣтъ въ раковыхъ эпителиальныхъ тяжахъ, такимъ образомъ могутъ возникнуть совершенно сплошныя эпителиальныя стержни. На рис. 25, 26 и 27 (табл. 10) видно превращеніе цилиндрическаго эпителия, вѣдреніе его, железистое строеніе, а также уже сплошныя тяжи (табл. 10, рис. 26).—Достоинно упоминанія, что при быстромъ прогрессированіи раковаго перерожденія могутъ остаться между раковыми гнѣздами незатронутыя, нормальныя съ виду цервикальныя железы (рис. 26 и 27); отшнуровавшіяся такимъ образомъ островки нормальной ткани большею частью погибаютъ, не принявъ участія въ злокачественномъ перерожденіи. Что касается альвеоларныхъ пространствъ, которыя при ракъ всегда существуютъ и наполнены эпителиальными массами, то упомянемъ вкратцѣ, что въ самомъ началѣ раковаго перерожденія эти пространства образуются существующими просвѣтами железъ, но очень скоро tunica propria железистой стѣнки прорывается (периферическій ростъ), и эпителиальныя массы въ своихъ новообразуемыхъ пространствахъ подвигаются впередъ; съ разрощеніемъ эпителиальныхъ

тяжей создаются одновременно и воспринимающія их пространства (альвеолы, пустоты). На рис. 26 (табл. 10) ясно выступает контрастъ между нетронутой железой и раковымъ, железистымъ образованіемъ, непомерно расширившимся, несмотря на начальный стадій процесса; ясно видно также разрощеніе раковаго образованія наружу.

Во *второй формѣ* цилиндрическая, однослойная эпителиальная поверхность обнаруживаетъ съ началомъ карциномы *превращеніе въ равномерно толстый, многослойный эпителиальный пластъ* — поверхность покрыта какъ-бы «сахарной глазурью». Съ превращеніемъ поверхности идетъ рука объ руку могучее разрастаніе этого многослойнаго эпителиальнаго пласта внутрь цервикальной ткани. Измѣненная поверхность шейки, подобно *покровному эпителию* влагалищной части, влагалища, кожи, посылаетъ сплошные эпителиальные тужи въ глубину; соответственно этому въ послѣднихъ отсутствуетъ центральный просвѣтъ. Изъ этого описанія вытекаетъ, что въ прогрессирувавшемъ стадіи формы 1 и 2 не разграничиваются рѣзко и микроскопическія картины могутъ быть вполнѣ одинаковы. При *первой* формѣ поверхность слегка волнистая, сосочковая, при *второй* болѣе гладкая, какъ многослойный, плоскій эпителий.

*Третья форма*, въ которой проявляется ракъ шейки, есть *аденома malignum*. Эпителий этой карциномы остается однослойнымъ; железистыя разрощенія, многократно и неправильно развѣтвляющіяся, проникаютъ глубоко въ ткань. Цервикальная злокачественная аденома отличается сохраненіемъ железистой формы отъ того же новообразованія влагалищной части и тѣла матки. Железистыя разрощенія съ ихъ массовыми отростками и развѣтвленіями распределены *съ своеобразной равномерностью*, между ними находятся всегда хорошо сохранившаяся строма, но выпячиваніямъ одного железистаго протока соответствуютъ впячиванія внутрь близлежащаго, такъ что, несмотря на промежуточную ткань, элементы правильно смыкаются (табл. 11, рис. 28).

Подобно тому какъ всякая злокачественная аденома или, иными словами, каждая карцинома съ однослойнымъ эпителиемъ можетъ превратиться въ ракъ съ многослойнымъ эпителиемъ, можетъ это произойти иногда также при аденома malignum cervicale, тѣмъ не менѣе здѣсь остается картина, нѣсколько отличающаяся отъ обычныхъ формъ: правда, железы нѣсколько расширяются, но наслоеніе и превращеніе въ полиморфный эпителий столь незначительно и совершается равномерно на столь узкомъ протяженіи, что при слабомъ увеличеніи наблюдатель получаетъ впечатлѣніе простыхъ железъ.

*Четвертая* форма рака шейки та, гдѣ *карцинома* развивается по *лимфатическимъ путямъ*, лимфатическимъ щелямъ; получается впечатлѣніе, будто тканевыя щели сѣтеобразно соединены болѣе тонкими пучками и наполнены въ различной степени эпителиальными элементами. Болѣе узкія щели бываютъ туго-наполненныя, сплошныя, а болѣе крупныя и широкія обнаруживаютъ просвѣты, въ которыхъ видны кое-гдѣ болѣе крупныя эпителии, часто похожіе на плоско-эпителиальныя клѣтки.

Перерожденная такимъ образомъ шейка имѣетъ макроскопически и микроскопически видъ «*источенной червями*» («*wurmstichig*»), какое названіе можно удержать для этихъ карциномъ какъ описательное (табл. 11, рис. 29). Этотъ «червивый» ракъ иной разъ является лишь спутникомъ другой формы карциномы, причѣмъ на границѣ болѣе толстыхъ раковыхъ эпителиальныхъ тяжей примыкаетъ тонкій, красивый рисунокъ лимфатической карциномы, или же онъ встрѣчается самостоятельно, начинаясь у самой поверхности. Въ *гистогенетическомъ* отношеніи можно различать здѣсь *два* группы: въ *первой* группѣ ползущія по лимфатическимъ щелямъ эпителиальныя образования легко сводятся къ эпителию, эндотелий лимфатическихъ щелей можетъ при этомъ еще сохраниться; раковый стержень лежитъ часто въ лимфатическомъ сосудѣ, какъ тромбъ въ кровеносномъ сосудѣ; эта форма обыкновенно не даетъ такихъ красивыхъ картинъ, какъ формы второй группы. Во *второй* группѣ ясно видно, какъ измѣненія исходятъ изъ эндотелия лимфатическихъ путей: веретенообразныя эндотелиальныя клѣтки получаютъ большее ядро, которое сильно воспринимаетъ красящія вещества, клѣтки образуютъ наслоенія, выполняя мелкія щели какъ-бы грануляціонной тканью, въ болѣе крупныхъ или сильно расширенныхъ щеляхъ онѣ увеличиваются и даже походятъ на плоскій эпителий. По ея происхожденію эту форму можно обозначить какъ *эндотелиому*.

Для разрѣшенія возникающихъ у клинициста сомнѣній относительно характера цервикальныхъ разрощеній служатъ, какъ уже указано выше, когда была рѣчь о влагалищной части, *прямая гистологическія изслѣдованія*; здѣсь на шейкѣ встрѣчаются такъ же, какъ на *rotio vaginalis*, фолликулярныя образования, инфильтраціи, распадающіяся міомы — все это можетъ дать поводъ предпринять анатомическое изслѣдованіе. Гистологическая картина та же, что указана была выше для подобныхъ измѣненій.

Ошибочное толкованіе *микроскопическихъ препаратовъ* возможно также относительно шейки, если поверхностныя измѣненія—въ данномъ случаѣ ороговѣніе (*Epidermidalisierung*)—принимаются за продукты раковаго перерожденія. Гистологическій характеръ подобныхъ измѣненій цервикальной поверхности совершенно тотъ же, что и при процессѣ заживленія эрозій влагалищной части; здѣсь, благодаря превращенію на поверхности цилиндрическаго однослойнаго эпителия, въ полиморфный, получается многослойный, подобный эпидермису покровъ,—тамъ, благодаря превращенію цилиндрическаго эпителия, занявшаго мѣсто первоначальнаго многослойнаго плоскаго эпителия, въ многослойный плоскій эпителий, происходитъ возстановленіе, *restitutio ad integrum*; здѣсь мы имѣемъ эпидермидальныя измѣненія, тамъ процессъ заживленія, оба процесса представляютъ одну и ту же гистологическую картину.—Покрытіе эпидермисомъ цервикальной поверхности происходитъ при зіяніи шеечнаго канала (выворотъ послѣ родовъ, пролапсъ). Ошибки, въ которыя можетъ впадать неопытный изслѣдователь, имѣя передъ собою микроскопическую картину заживленія эрозій, въ той же мѣрѣ возможны здѣсь при эпидермидали-

заці; поэтому мы отсылаемъ къ замѣчаніямъ, сдѣланнымъ выше при ракѣ влагалищной части.

Гистологія рака тѣла матки представляетъ также различныя формы. *Во-первыхъ, цилиндрической эпителии поверхности, а также железъ* можетъ при начинающейся карциномѣ перейти въ многослойный и, прорывая tunica propria и значительно расширяя просвѣтъ железъ, проникнуть въ глубину слизистой и дальше за предѣлы ея въ мускулатуру (табл. 15, рис. 38). На рис. 36 (табл. 14) изображены начальные измѣненія эпителия, постепенно переходящія въ болѣе значительныя измѣненія. — Болѣе рѣдкая, но весьма ваглядная на благоприятныхъ препаратахъ модификація та, гдѣ карциноматозное превращеніе эпителиевъ совершается *не на поверхности* и не въ верхнихъ частяхъ железистыхъ трубокъ, а гдѣ раковый процессъ начинается *въ глубинѣ* слизистой оболочки надъ самой мускулатурой. Карцинома можетъ здѣсь оказаться покрытой совершенно нормальной съ виду, во всякомъ случаѣ не перерожденной злокачественно слизистой оболочкой.

При *другой* формѣ рака corp. ut. вся поверхность полости матки или большая часть ея оказывается покрытой *толстымъ эпителиальнымъ слоемъ* («сахарной глазурью»): слизистая оболочка какъ-бы оконеченная, кое-гдѣ видны легкія углубленія соответственно отверстіямъ маточныхъ железъ. Здѣсь однослойный цилиндрической эпителии превратился въ толстый, довольно равномерно растянутый, многослойный эпителиальный пластъ, отъ котораго отходятъ и воникаютъ вглубь сплошные стержни, какъ при ракѣ покровнаго эпителия влагалищной части, влагалища, кожи (по *Thiersch-Waldeyer*'у).

Сюда примыкаетъ *третья* форма такъ наз. *рогового рака*, напоминающаго канкрюидъ наружной кожи. Въ карциноматозныхъ эпителиальныхъ тяжахъ мы находимъ здѣсь эпителиальныя жемчужины, луковичнообразно наслоенныя массы, часто въ обильномъ количествѣ (т. 15, р. 37).

Какъ *четвертую* форму упомянемъ *злокачественную аденому*; здѣсь эпителии остается однослойнымъ. Если прослѣдимъ этотъ процессъ схематически, отправляясь отъ нормальной железы, то мы видимъ, какъ при одновременномъ расширеніи и увеличеніи железы поднимаются въ ней эпителиальныя возвышенія, въ то же время происходитъ железистое разрощеніе въ окружности (за предѣлы железы). Съ дальнѣйшимъ вростаніемъ въ окружающую ткань появляются все новыя эпителиальныя возвышенія, а также углубленія въ этихъ самыхъ возвышеніяхъ. Первоначальная железа совершенно пропадаетъ въ этихъ всячески переплетающихся цилиндро-эпителиальныхъ тяжахъ: мы не имѣемъ болѣе железы, а только эпителиальныя тяжи съ цилиндрическимъ эпителиемъ. Если будемъ дальше развивать эту схему и представимъ себѣ, какъ изображено въ схемѣ I, что наряду съ первыми возвышеніями (1 и 2), съ ихъ колоссально размножающимися мало-по-малу разрощеніями появляются подобныя же перерожденія и на другихъ мѣстахъ железистой стѣнки (3, 4, 5), то

въ конечномъ результатѣ получится запутанная, всячески переплетающаяся масса эпителиальныхъ тяжей. Эту картину можно сравнить съ дождевыми червями, которые завиваются въ клубки. Рука объ руку съ эпителиальнымъ разрошеніемъ происходитъ, разумѣется, и разрастаніе стромы: эпителий сидитъ на соединительнотканной основѣ, каждый эпителиальный тяжъ имѣетъ свой соединительнотканный остовъ, который однако часто такъ тонокъ, что препаратъ нерѣдко вызываетъ впечатлѣніе, будто эпителий на эпителии сидитъ.—Все вмѣстѣ имѣетъ железастый видъ: цилиндрико-эпителиальные тяжи вызываютъ воспоминаніе о железахъ, но нигдѣ железы, какъ таковой, съ просвѣтомъ и противостоящими эпителиями нѣтъ; эпителии здѣсь не сохраняютъ того же взаимнаго отношенія, что въ железахъ, т. е. *vis-à-vis*, а стоятъ они *dos-à-dos*, —железъ нѣтъ, а только все вмѣстѣ имѣетъ железистый видъ.

Злокачественная аденома сама по себѣ представляетъ *различныя* формы: *первая*, выше изображенная форма, дающая картину запутаннаго

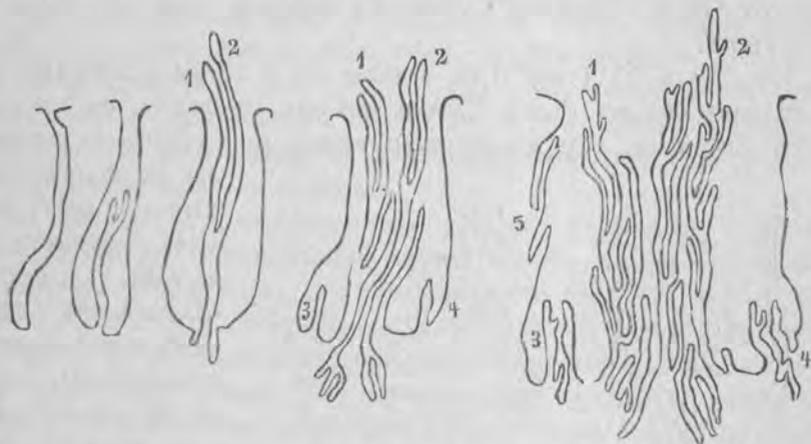


Рис. 108. Образование *adenoma malignum uteri invertens* изъ нормальной железы. Продольный разрѣзъ (схема I).

клубка дождевыхъ червей, должна быть отграничена отъ *второй* формы которая имѣетъ совершенно правильное, настоящее железистое строеніе: железа къ железу.

Въ прогрессирующихъ случаяхъ, гдѣ новообразованіе проросло всю слизистую оболочку и даже значительныя части мускулатуры, впечатлѣніе злокачественнаго тотчасъ бросается въ глаза,



Рис. 109. Тоже на поперечномъ разрѣзѣ (схема I).

между тѣмъ какъ вначалѣ даже опытный изслѣдователь встрѣчаетъ затрудненія, только повторныя изслѣдованія даютъ возможность высказать окончательное

суждение. Для уяснения этой формы служит схема II: вмѣсто увеличенія железы огромными разроженіями, имѣющими мѣсто въ самой желѣзѣ (интраглангулярными), мы видимъ здѣсь все болѣе и болѣе размножающіяся железистыя разроженія, выпячивающіяся въ сосѣднія ткани; такимъ образомъ первоначальная железа остается какъ-бы въ центрѣ прорѣзывающихъ окружающія части железистыхъ разроженій. Железистые отростки разрушаютъ мало-по-малу всю окрестность «матерней железы». Если представить себѣ, что тотъ же процессъ совершается на сосѣднихъ железахъ, то каждому станетъ понятенъ эффектъ, т. е. полное разрушеніе ткани. Разроженіе не ограничивается, конечно, только слизистой оболочкой, а, какъ и всякая карцинома, постепенно переходитъ за предѣлы той ткани, въ которой возникъ первичный очагъ.—Если бросимъ еще разъ взглядъ на различные процессы, обнаруживающіеся при злокачественной аденомѣ, то мы сумѣемъ различить процессъ, протекающій первоначально болѣе внутри железы (интраглангулярный), отъ внѣжелезистаго (экстраглангулярнаго) процесса или, по Gebhard'у, adenoma malignum corp. ut. *invertens* и *evertens*.

Рис. 32 и 33 (табл. 13), а также 34 и 35 (табл. 14) иллюстрируютъ намъ обѣ эти формы. Едва-ли требуетъ упоминанія, что эти формы могутъ сочетаться, вѣдь эти процессы отнюдь не специфически различны,

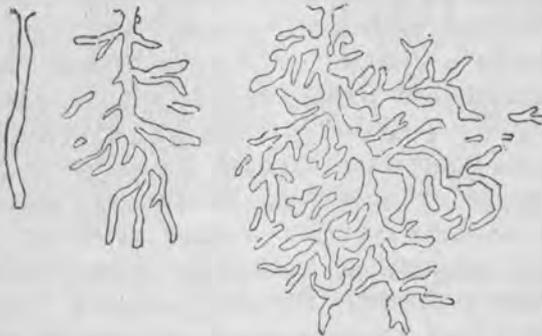


Рис. 110. Образование adenoma malignum uteri evertens изъ нормальной железы. Продольный разрѣзъ. (Схема II).

они тѣ же, только въ нѣсколько иномъ видѣ. При злокачественной аденомѣ, т. е. ракъ съ однослойнымъ эпителиемъ, можетъ появиться многослойность эпителия и возникнетъ sarcoma glandulare, а при дальнѣйшей пролиферации клѣтокъ даже альвеолярный ракъ; къ этому превращенію особенно склонна adenoma malignum corp. ut. evertens, и благодаря этому часто весьма облегчается микроскопическій діагнозъ (констатированіе раковыхъ эпителиальныхъ массъ).

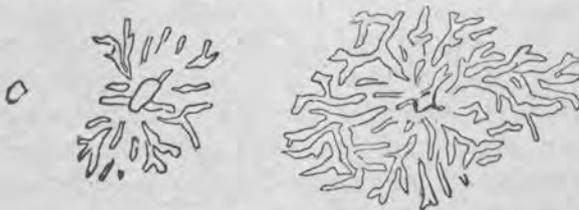


Рис. 111. То же самое на поперечномъ разрѣзѣ. (Схема II).

Интересно, что при злокачественной аденомѣ, соответственно разроженію клѣтокъ по поверхности, направлены и фигуры дѣленія ядеръ, митозы: оси дѣленія идутъ

параллельно къ основанію клѣтки, а не болѣе или менѣе перпендикулярно, какъ это бываетъ обыкновенно при неправильномъ разрощеніи эпителия въ вышину и въ глубину (*Atani*). Мы дали болѣе подробное описаніе злокачественной аденомы, во-первыхъ, чтобы облегчить пониманіе ея строенія, а во-вторыхъ, потому, что до сихъ поръ нѣтъ обстоятельныхъ описаній.

Какъ мы видѣли изъ разсмотрѣнія карциномъ влагалищной части, шейки и тѣла матки, *гистологическія формы* ихъ разнятся между собою; но онѣ также не мало отличаются въ кое-какихъ пунктахъ отъ тѣхъ картинъ, какія даетъ намъ ракъ другихъ органовъ; необходимо изучить эти отклоненія, чтобы быть въ состояніи въ каждомъ данномъ случаѣ ставить правильный діагнозъ по микроскопическому препарату. — Осмотря по отдѣлу матки, встрѣчаются преимущественно тѣ или другія формы карциномы; мы встрѣчаемъ *adenoma malignum evertens* и *invertens* чаще всего на тѣлѣ матки; если имѣемъ дѣло съ злокачественной аденомой шейки, то чаще съ формой *ad. evertens* (ср. рис. 28, т. 11). Такъ наз. червявый ракъ чаще всего наблюдается на шейкѣ, менѣе на влагалищной части, всего рѣже на тѣлѣ матки. Формы *carcinoma glandulare*, какъ онѣ изображены на рис. 27 (табл. 10), чаще всего бываютъ, повидимому, шеечного происхожденія. Если и не съ абсолютной вѣрностью, то съ вѣроятностью можно часто по микроскопической картинѣ рака опредѣлить мѣстоположеніе его на маткѣ:

Что касается *номенклатуры*, то слѣдуетъ упомянуть, что карциномы со сплошными эпителиальными массами большею частью обозначаются какъ *альвеолярныя*; тамъ, гдѣ обнаруживаются центральныя отверстія, говорятъ о *железистомъ* ракѣ (*carcinoma glandulare*) или аденокарциномѣ; но въ этомъ названіи заключается нѣчто *описательное*, поэтому можно (описательно) сказать, что аденокарцинома перешла въ альвеолярный ракъ. *Злокачественная аденома* это — ракъ съ однослойнымъ эпителиемъ; изъ нея можетъ произойти карцинома съ многослойнымъ эпителиемъ (*adenocarcinoma*), но въ концѣ концовъ также (особенно при *ad. evertens*) *альвеолярный ракъ*.

Къ карциномѣ тѣла матки примыкаетъ еще одно злокачественное эпителиальное новообразованіе, которое отличается отъ большинства прочихъ новообразованій абсолютно определенной этиологіей, это — *syncytioma malignum* (*carcinoma syncytiale* [*Kossmann*]). Это новообразованіе не возможно безъ беременности этимъ опредѣляется а priori и его мѣстоположеніе (*corpus, tuba Fallopii*); оно мыслимо только въ извѣстные годы женской половой жизни — климактерій свободенъ, до наступленія способности къ зачатію это новообразованіе исключено. Эпителиальныя массы происходятъ отъ *эпителиальныхъ составныхъ частей*, покрывающихъ *ворсинки chorii*, таковыя мы имѣемъ здѣсь двойкаго рода: *syncytium* — эпителиальный покровъ ворсинокъ, въ которомъ не замѣтны границы клѣтокъ и который считается материнскаго происхожденія (изъ превращеннаго маточнаго эпителия), и, *во-вторыхъ*, находящійся подъ syncy-

tius зародышевой *слои эктодермы*, замѣтный только въ раннихъ періодахъ беременности.

Для пониманія этого новообразованія надо замѣтить слѣдующее:

При нормальныхъ условіяхъ часть ворсинокъ (см. выше при decidua) прикрѣпляется поверхностно къ запоздалой отпадающей оболочкѣ, а другая часть (Haftzotten) проникаетъ въ поверхностные децидуальные (serotina) слои. На syncytium ворсинъ можно рано замѣтить такого рода процессъ, что мелкія или крупныя части его (или пучки, вначалѣ безъ ядеръ) на подобіе корней проникаютъ въ материнскую ткань dec serotinae. При болѣзненныхъ, но еще не злокачественныхъ процессахъ какъ при mola hydatidosa, это прониканіе частицъ синцитія еще значительнѣе (*Marchand*). Эти синцитіальные отрѣзки представляются въ serotina въ видѣ хорошо окрашиваемыхъ крупныхъ кѣтокъ съ большимъ ядромъ, въ видѣ гигантскихъ кѣтокъ со многими ядрами. На миксоматозно перерожденныхъ ворсинкахъ (вдали отъ decidua) встрѣчаются также разрошенія syncytium и лежащаго подъ нимъ эктодермальнаго слоя. Эти *синцитіальныя и эктодермальныя* составныя части ворсинокъ, которыя уже нормальнымъ образомъ, а также въ ненормальныхъ процессахъ вступаютъ въ тѣсное прикосновеніе съ decidua serotina, могутъ давать поводъ къ злокачественнымъ новообразованіямъ, которыя часто въ весьма короткое время вызываютъ тяжелыя влагалищныя, легочныя и даже мозговые метастазы, распространяющіеся главнымъ образомъ по кровеноснымъ путямъ.—Сущность этого вида опухолей разъяснилъ намъ *Marchand*.

На микроскопической картинѣ syncytioma malignum мы находимъ, во-первыхъ, большіе синцитіальные тяжи—сѣтеобразно расположенныя протоплазматическія массы со многими ядрами и пустотами, во-вторыхъ, въ петляхъ между синцитіальными протоплазматическими массами кѣточные элементы, болѣею частью полѣдрические, свѣтлые, менѣе воспринимающіе красящія вещества, нежели части syncytium; эти кѣточные элементы *Marchand* относятъ къ зародышевой эктодермѣ.—Наряду съ большими, синцитіальными, протоплазматическими массами, которыя распределены на подобіе сѣти перекладинъ и оставляютъ между собою крупныя и мелкія пространства, встрѣчаются также крупныя *кѣточные элементы* съ большимъ ядромъ, а также многоядерныя *гигантскія кѣтки*, которыя стоятъ въ непосредственной связи съ syncytium.—Въ ткани опухоли находится многочисленныя полости (кровяныя полости), также поразительно много некротическихъ участковъ, которые часто составляютъ наибольшую часть добытыхъ для изслѣдованія массъ; при ближайшемъ разсмотрѣніи некротическихъ, плохо окрашивающихся массъ, которыя выглядятъ какъ мелко-волокнуистый фибринъ, можно убѣдиться, что онѣ, помимо фибрина и кровяныхъ свертковъ, произошли изъ крупныхъ, синцитіальныхъ образований, имѣющихъ форму перекладинъ: хорошо окрашивающіяся первоначально массы теряютъ свою способность воспринимать красящія вещества, получаютъ слегка блестящій, однородный

характеръ, становятся затѣмъ мелковолоконистыми и утрачиваютъ оставшіяся до тѣхъ поръ замѣтными очертанія.

При клиническомъ изслѣдованіи врачъ наталкивается на затрудненія въ *распознаваніи рака тѣла матки*, ибо, съ одной стороны, могутъ и при эндометритѣ появиться тяжелые симптомы, возбуждающіе подозрѣніе на карциному, а съ другой стороны, жалобы при ракѣ могутъ быть незначительными. Даже обиліе выскобленныхъ массъ, заставляющее подозрѣвать почти съ увѣренностью злокачественное перерожденіе, можетъ зависѣть отъ простыхъ, воспалительныхъ процессовъ разрошенія. *Дифференціальный диагнозъ* между сарцинома согротис и эндометритомъ *часто можно поставить исключительно гистологическимъ путемъ*. Микроскопическія картины эндометритическихъ процессовъ, будь то болѣе железистые или интерстиціальныя, отмѣчены такими рѣзкими чертами, что не трудно отличить отъ нихъ вышеописанные препараты карциномы. О частностяхъ гистологической картины эндометрита см. ниже. Далѣе могутъ играть роль въ дифференціально-диагностическомъ отношеніи отторженные частицы распадающихся міомъ; констатированіе подъ микроскопомъ мышечныхъ волоконъ устраниваетъ всякое сомнѣніе относительно характера извергнутыхъ массъ.—Иногда могутъ возникнуть у изслѣдующаго врача сомнѣнія относительно того, имѣеть-ли онъ дѣло съ раковымъ перерожденіемъ или съ *плацентарнымъ полипомъ*; вопросъ разъясняется нахожденіемъ свойственныхъ беременности измѣненій материнской слизистой (децидуальной части) или составныхъ частей зародыша.—Съ тѣхъ поръ какъ сдѣлано въ высшей степени важное открытіе syncytioma malignum, можетъ возникнуть вопросъ о *различительномъ распознаваніи* между простой плацентарной стромой и этимъ новообразованіемъ въ случаяхъ отхожденія плацентарныхъ частей (задержка послѣда и т. д.), особенно при могущемъ понадобитсяъ вслѣдствіе угрожающихъ симптомовъ искусственномъ удаленіи. Syncytioma malignum состоитъ существеннымъ образомъ изъ могуче разросшихся синцитіальныхъ массъ, къ которымъ могутъ еще примѣшиваться болѣе свѣтлыя эпителиевидныя кѣтки (эктодерма), между тѣмъ какъ плацентарный полипъ, варяду съ децидуальными частями, обнаруживаетъ лишь узкій, равномерно сидящій на ворсинчатой ткани эпителиальный покровъ; и такъ рѣшающими являются чрезвычайно разросшіяся синцитіальныя массы, не встрѣчающіяся въ обыкновенной плацентарной ткани; подкрѣпленіемъ діагноза могутъ, пожалуй, еще служить часто встрѣчающіяся при syncytioma malignum обширныя некротическія участки. Злокачественное *перерожденіе стромы ворсинокъ* или *децидуальныхъ составныхъ частей* не принимается во вниманіе при различительномъ распознаваніи, такъ какъ существованіе онаго хотя возможно, но до сихъ поръ еще не доказано съ достовѣрностью.—До сихъ поръ есть только одно наблюденіе относительно злокачественнаго перерожденія ткани ворсинокъ (*Aschoff*).

Трудности въ толкованіи микроскопической картины могутъ возникнуть, въ смыслѣ подозрѣнія на карциному, при нахожденіи *многослойнаго эпи-*

*телиа* въ выскобленныхъ изъ полости матки массахъ. На ограниченныхъ мѣстахъ слизистой оболочки матки встрѣчается на поверхности многослойный эпителий, который обнаруживаетъ такія же отношенія къ болѣе глубокимъ участкамъ ткани, какія мы встрѣчаемъ при заживленіи эрозіи влагалищной части и при цервикальной эпидермидализаціи. Можно наблюдать при небольшихъ полипозныхъ разрощеніяхъ слизистой матки, что одна половина поверхности выслана многослойнымъ эпителиемъ, между тѣмъ какъ другая половина обнаруживаетъ красивый, характерный маточный эпителий. Въ нормально широкой полости тѣла матки это очень рѣдкое явленіе, на полипахъ же цервикальной слизистой, особенно имѣющихъ стремленіе выступить черезъ наружный зѣвъ, весьма частое. Многослойный эпителиальный пластъ въ полости матки долженъ оставаться подъ подозрѣніемъ; *при отсутствіи прогрессивнаго распространенія* вглубь не можетъ быть рѣчи о карциномѣ. Подобныя эпителиальныя наслоенія обозначены также какъ psoriasis (*Rosthorn*).

Необходимо еще вкратцѣ поговорить о дифференціальномъ діагнозѣ между ракомъ и *syncytioma malignum* съ одной стороны и между *синцитиомой* и *саркомой* съ другой стороны. Клиническія данныя (предшествовавшая беременность и проч.) часто могутъ лишь съ вѣроятностью указывать на то или другое. Гистологическое изслѣдованіе выскобленнаго матеріала можетъ безъ труда рѣшить вопросъ между карциномой и *syncytioma malignum*, если принимать во вниманіе крупныя, синцитіальныя, имѣющія видъ перекладней, ворсинчатыя массы. Не такъ легко разобраться между саркомой и синцитиомой; раньше случаи *syncytioma malignum* большею частью принимали за гиганто-кѣлочныя саркомы, и дѣйствительно рядъ саркомъ, особенно полипозныя и нѣсколько отечныя, обладающія рыхлой тканью, обнаруживаютъ вытянутыя въ длину гигантскія кѣтки, совершенно сходныя съ синцитіальными. Но при саркомахъ *едва-ли* можно встрѣтить по всей опухоли *ту же гистологическую картину*: между тѣмъ какъ въ однихъ мѣстахъ встрѣчаются крупныя элементы и гигантскія кѣтки, подобныя синцитіальнымъ, въ другихъ мѣстахъ можно найти больше круглыхъ кѣтокъ, а то и веретенообразныя кѣтки и не найти гигантскихъ кѣтокъ. При *syncytioma malignum*, наоборотъ, констатируется *вездѣ то же* строеніе—происходящія отъ эктодермы синцитіальныя протоплазматическія массы съ кѣлочнымъ матеріаломъ въ ихъ сѣчатыхъ пространствахъ. Неоднородность кѣлочнаго строенія саркомы можетъ служить въ случаѣ сомнѣнія хорошимъ дифференціально-діагностическимъ признакомъ. Присутствіе гигантскихъ кѣтокъ въ ткани уже не можетъ, какъ раньше, говорить исключительно въ пользу гиганто-кѣлочной саркомы, мы должны также подумать о возможности *syncytioma malignum*, и, наоборотъ, одни гиганто-кѣлочныя образованія не могутъ еще служить доказательствомъ злокачественной синцитіомы; *суть-ли гигантскія кѣтки эпителиальнаго (синцитіальнаго) или соединительнотканнаго происхожденія (саркома), нельзя такъ просто сразу распознать.*

При рѣшеніи вопроса, карцинома или саркома, было уже выше

указано, что изслѣдующаго врача больше интересуетъ отвѣтъ, злокачественное или незлокачественное заболѣваніе. Для гистологическаго различительнаго распознаванія между ракомъ и саркомой, а главное между ракомъ, *synsitioma malignum* и саркомой, важно присоединить слѣдующія замѣчанія относительно строенія саркомъ слизистыхъ оболочекъ тѣла матки, влагалищной части, шейки. Въ противоположность карциномѣ, представляющей злокачественное *эпителиальное* новообразованіе, саркома есть злокачественное *соединительнотканное* новообразованіе. Рѣчь идетъ не только о простомъ численномъ нарастаніи соединительнотканыхъ элементовъ слизистой матки, но и въ то же время объ извращеніи первоначальнаго типа пораженныхъ частей; изъ небольшихъ, круглыхъ или веретенообразныхъ клѣтокъ стромы, совершенно выполняемыхъ ядромъ, возникаютъ крупныя, далеко превосходящія норму, неоднородныя элементы съ большими, имѣющими часто неправильную форму ядрами. Распредѣляются новообразованныя клѣтки отнюдь не равномерно, а болѣе крупныя и болѣе мелкія клѣтки лежатъ рядомъ. Извращеніе типа клѣтокъ и неравномѣрность ихъ распредѣленія—вотъ что діагностически важно. Смотря по роду развитія клѣтокъ, мы различаемъ на маткѣ слѣдующія, болѣею частью отчетливо разграничиваемыя формы саркомъ: *во-первыхъ*, крупноклѣточное новообразованіе: элементы стромы немѣрно увеличены. они болѣе круглы, иногда веретенообразны, неравномѣрно распредѣлены—крупныя рядомъ съ мелкими; ядра имѣютъ часто величину обычныхъ клѣтокъ стромы, —рис. 39 (табл. 16) иллюстрируетъ намъ эту форму. *Вторая* форма та, гдѣ клѣтки стромы превращены въ большіе, веретенообразныя элементы, похожіе часто на децидуальныя клѣтки, превосходя ихъ нерѣдко величиною.—*Третью* группу образуютъ гиганто-клѣточные саркомы: между колоссальнымъ разрощеніемъ клѣтокъ распредѣлены крупныя, многоядерныя клѣтки; въ этой группѣ находятся болѣею частью болѣе мелкіе, кругловатые или веретенообразныя элементы, между которыми эти гигантскія клѣтки лежатъ. При недостаточной окраскѣ или слишкомъ толстыхъ сръзахъ очертанія гигантскихъ клѣтокъ ступшеваются, и эти образованія можно просмотрѣть; ядра ихъ принимаются тогда за ядра мелкихъ, круглыхъ клѣтокъ. — Труднѣе всего распознать образующія *четвертую* группу мелко-круглоклѣточные саркомы, особенно если мы имѣемъ недостаточный матеріалъ для изслѣдованія; здѣсь большинство элементовъ новообразованія не превосходитъ по величинѣ и формѣ нормальную клѣтку саркомы; типъ элементовъ, повидимому, не измѣненъ, а только произошло колоссальное размноженіе ихъ. Діагностически важно то, что слизистая матки, разрушенная колоссальнымъ разрощеніемъ клѣтокъ, не обнаруживаетъ болѣе состава слизистой оболочки. Если одинъ сръзь за другимъ показываетъ только мелкоклѣточное разрощеніе и никакихъ железъ, то изслѣдующій вправѣ заключить, что онъ имѣетъ дѣло съ подобнымъ, похожимъ на лимфосаркому новообразованіемъ. При болѣе тщательномъ рассмотрѣніи отдѣльныхъ препаратовъ все-таки удастся отыскать *неправильности* въ вели-

чивъ и формъ кѣтокъ и ядеръ, которыя и подтверждать діагнозы; при этой формѣ нерѣдко можно констатировать и гигантскія кѣтки.

Упомянемъ здѣсь вкратцѣ о крайне рѣдкихъ *хондросаркомахъ* влагалищной части гесп. шейки: здѣсь въ болѣе или менѣе измѣненной ткани лежатъ болѣе крупныя или мелкія частицы, отчетливо характеризующіяся какъ группы *хрящевыхъ кѣтокъ*.—Въ саркомахъ могутъ далѣе имѣть мѣсто вторичныя измѣненія: максоматозное перерожденіе, некробіотическіе процессы, апоплексія.

Обыкновенно саркоматозное превращеніе ткани совершается постепенно; поэтому между перерожденными элементами можно отыскать еще нормальные; при саркомѣ мы находимъ непрерывный переходъ больной ткани въ здоровую, въ противоположность раку, гдѣ эпителиальная составная часть въ нихъ альвеолярныхъ пространствахъ рѣзко отграничивается отъ саркомы. На эти соотношенія можно сослаться при различительномъ распознаваніи между саркомой и карциномой. Но иногда при саркомѣ можетъ оказаться въ изслѣдуемомъ матеріалѣ иная группировка превращенной ткани въ отношеніи къ нормальной: мы видимъ тогда при слабомъ увеличеніи рѣзкія границы новообразованія, въ самой ткани опухоли тяжёобразное распределеніе элементовъ, такъ что микроскопическая картина можетъ даже симулировать намъ эпителиальныя тяжи и альвеолярное строеніе (табл. 16, рис. 41). Въ другихъ случаяхъ саркомы скопленія кѣтокъ лежатъ въ щеляхъ, которыя совершенно походятъ на альвеолы, и сами кѣтки получаютъ эпителиальный видъ по своему свободному положенію, по отсутствію отношеній къ окружающей ткани, и если на имѣющемся въ нашемъ распоряженіи кускѣ нельзя прослѣдить его происхожденіе, его генезъ, то едва-ли возможно рѣшить, саркома это или ракъ.

Отношеніе *железъ* къ саркоматозной ткани бываетъ различное: большею частью онѣ прямо погибаютъ, но бываетъ и наоборотъ (и это не рѣдкость при дольчатыхъ, грозловидныхъ саркомахъ влагалищной части и шейки), что въ нихъ происходятъ прогрессивныя процессы, эпителий превращается въ многослойный, прорывается въ окружающія части, словомъ, обнаруживаются карциноматозныя измѣненія. Тогда мы имѣемъ предъ собою *карциносаркому*, гдѣ саркома и ракъ существуютъ рядомъ; но выраженіе *carcinosarcoma* иногда примѣняется и для тѣхъ вышеупомянутыхъ случаевъ, гдѣ изслѣдованіе не выясняетъ намъ генеза новообразованія, происходитъ-ли оно изъ соединительной ткани или эпителия, ракъ-ли это или саркома.

Клиническая картина заболѣваній влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ не представляетъ столько затрудненій для различительнаго распознаванія между ракомъ и доброкачественными поражениями, сколько болѣзни вышележащихъ отдѣловъ полового тракта. Поводъ къ сомнѣніямъ относительно характера заболѣванія могутъ давать влагалищныя язвы, специфическія и не специфическія, особенно въ верхнихъ частяхъ рукава, во влагалищномъ сводѣ, или бородавчатая разрошенія, возникающія послѣ долгаго ношенія пессаріевъ. Поверхностныя язвы, переходящія съ *portio vaginalis* на влагалищный сводъ (*ulcera rodentia*), нерѣдко просто

воспалительныя, похожія на *decubitus*, производятъ при осмотрѣ въ высшей степени подозрительное впечатлѣніе. Въ этихъ рѣдкихъ случаяхъ вопросъ рѣшается *гистологическимъ изслѣдованіемъ вырванныхъ кусочковъ*. Простыя, не злокачественныя язвы, а также простыя, не злокачественныя, бородавчатая разрошенія даютъ описанную уже выше картину (см. *portio vaginalis*); раковое перерожденіе обнаруживаетъ воспроизводство эпителиальныхъ массъ въ глубинѣ. *Гистологическая картина влажно-слизистого рака* проста: карцинома беретъ свое начало отъ покровнаго эпителія; на послѣднемъ появляются утолщенія, затѣмъ стержнеобразныя отростки, которые проникаютъ въ глубину, прогрессивно разрастаясь и распространяясь (табл. 7, рис. 18). Ту же гистологическую картину представляютъ карциномы наружныхъ половыхъ частей; здѣсь часто находятъ въ эпителиальныхъ тяжахъ раковыя жемчужины (табл. 7, рис. 19). *Carcinoma vulvae* можетъ далѣе развиться изъ салныхъ железъ.

#### Анатомическое распознаваніе исходящихъ изъ матки полиповъ и тканевыхъ частицъ (міома, міосаркома, слизистый полипъ).

Изъ матки могутъ или самопроизвольно отходить болѣе или менѣе значительныя массы, или ихъ можно искусственно удалить, когда отторженіе уже подготовлено. Эти извергнутыя массы бываютъ *организованныя* или *неорганизованныя*. О части этихъ образованийъ уже была рѣчь выше (микроскопич. распознав. извергнут. изъ матки оболочекъ, стр. 108); здѣсь мы займемся главнымъ образомъ маточными полипами.

Весьма важно быть въ состояніи судить по составу изслѣдуемыхъ частицъ о томъ, грозитъ-ли обладательницѣ ихъ, теперь или въ будущемъ, опасность, необходимы-ли терапевтическія мѣры либо операція, или нѣтъ. Часто можно уже *макроскопически* опредѣлить съ большою вѣроятностью природу извергнутыхъ массъ, а то и начинающееся злокачественное ихъ перерожденіе по вѣншему виду, по ворсинчатому строенію, по разрыву, по консистенціи. Тамъ, гдѣ діагнозъ не можетъ быть поставленъ *микроскопически* съ достаточной точностью, выступаетъ на сцену какъ подтверждающее или прямо рѣшающее діагнозъ *микроскопическое* изслѣдованіе.

Среди извергаемыхъ изъ матки образованийъ стоятъ на первомъ планѣ по своей важности *миоматозные полипы* — міомы, выросшія подслизисто, выдвинувшіяся надъ поверхностью слизистой оболочки матки и сидяція на болѣе или менѣе широкомъ основаніи или на тонкой ножкѣ. Смотря по большому или меньшему участію мышечнаго вещества или фиброзной ткани, эти наросты причисляютъ то къ міомамъ, то къ фибромиомамъ; при преобладаніи *фиброзныхъ* составныхъ частей консистенція соотвѣтственно тверже, разрывъ не такой влажно-блестящій. *Макроскопическій видъ* міомъ и фибромиомъ на разрывѣ почти всегда столь характеренъ, что діагнозъ можно поставить уже при осмотрѣ невооруженнымъ глазомъ. Для пониманія вида міомъ необходимо бросить взглядъ на ихъ происхожденіе. — На одномъ мѣстѣ мускулатуры матки, строеніе

которой было описано выше (см. стр. 63), видно небольшое овальное или веретенообразное припуханіе; послѣднее помѣщается на мышечномъ пучкѣ, обнаруживаетъ сначала мелкокѣлочную инфильтрацію (грануляціонная ткань), часто богатую сосулами, изъ которой исходитъ наконецъ размноженіе элементовъ, будь то мышечныхъ или фиброзныхъ. Благодаря разрастанію элементовъ на ограниченномъ мѣстѣ возникаетъ довольно хорошо изолированная, отчетливо выдѣляющаяся изъ окружающихъ частей группа мышечныхъ пучковъ: узелокъ. Благодаря разному направленію мышечныхъ пучковъ, которое при большемъ участіи соединительной ткани отчетливо сказывается микроскопически раздвиганіемъ мышечныхъ пучковъ, получается на узелкѣ неправильная полосатость; мы видимъ на разрѣзѣ бѣловатые, волокнистые, часто блестящіе, какъ асбестъ, пучки. Наряду съ этимъ первымъ мельчайшимъ узелкомъ образуется второй, третій и еще цѣлый рядъ; благодаря прилеганію (*appositio*) этихъ маленькихъ образований и сращенію ихъ между собою, возникаетъ болѣе крупное образованіе — міома. Послѣдняя можетъ имѣть слоистую, плотную структуру, но въ ней могутъ еще обнаруживаться шелковидныя пространства, если составляющіе міому маленькіе узелки не вступили вездѣ въ тѣсное соединеніе; но макроскопическій видъ всегда остается тотъ же характерный, бѣловатый, волокнистый, часто блестящій, какъ асбестъ, съ переплетающимися пучками, которые включаютъ болѣе сѣроватые участки, соответствующіе поперечнымъ сѣченіямъ мышечныхъ пучковъ. — Въ подслизистыхъ (полипозныхъ) міомахъ могутъ находиться макроскопически отчетливо различимыя *железы*, даже сохранившія еще связь съ слизистой оболочкой; онѣ могутъ развѣтвляться и, расширяясь, образовывать значительныя кисты. Слизистая оболочка или утолщена, или атрофична, истончена. — *Жировое перерожденіе, омѣлтіе* въ міомахъ можно распознать по бѣловатой окраскѣ и по консистенціи. Часто видны *лимфатическія пространства* съ неправильными стѣнками, какъ-бы расширенныя щели въ ткани, содержащія желтовато просвѣчивающую студенистую массу; наряду съ этимъ отчетливо различаются *лимфатическіе сосуды*, стѣнки которыхъ рѣзче ограничены. Изрѣдка встрѣчается значительное развитіе сосудовъ, которые могутъ принять даже кавернозный характеръ. *Некротическіе* участки міомъ могутъ быть распознаны по ихъ грязновато-бурой окраскѣ, какъ-бы вызванной винными дрожжами; волокнистость бываетъ при этомъ часто нѣсколько сглажена. — Цѣль влияніемъ-ли некротическихъ процессовъ или инсультовъ отходящія міоматозныя массы обнаруживаютъ иногда на своей поверхности потери вещества вродѣ изъязвленій; острые края и рисунокъ волокнистой ткани выясняютъ уже и невооруженному глазу отсутствіе злокачественнаго происхожденія; въ случаѣ сомнѣнія вопросъ рѣшается микроскопическимъ изслѣдованіемъ. — Начинаящееся саркоматозное перерожденіе можно распознать уже при макроскопическомъ осмотрѣ разрѣза: бѣловато-волокнистая, блестящая, какъ асбестъ, картина ткани міомы или фиброміомы исчезаетъ, и мы видимъ на разрѣзѣ болѣе однородное (гомогенное) строеніе; эти участки могутъ также сильнѣе выда-

ваться надъ поверхностью разрыва; окраска перерожденныхъ частей бѣловато-сѣрая, при болѣе значительномъ развитіи сосудовъ красновато-сѣрая; *миома* становится *миосаркомой*, въ то же время появляется большая ломкость перерожденныхъ частей. — *Раковое* превращеніе рѣдко наблюдается, оно въ сущности не первичное, а вторичное и происходитъ вслѣдствіе раковаго перерожденія вѣдвѣрившихся въ міому железъ или вслѣдствіе востанія снаружи (*argosio*) сидящаго на міомѣ рака слизистой оболочки. Карциноматозное перерожденіе распознается *макроскопически* по тому, что изъ сѣтевидно расположенныхъ полостей выжимаются эпителиальныя массы.

Хотя *макроскопически* и можно съ полною увѣренностью распознать міому, но для опредѣленія болѣе тонкихъ измѣненій макроскопическая картина не достаточна; хотя *железы* и опредѣляются болѣею частью макроскопически, однако только подъ *микроскопомъ* можно видѣть красивый мерцательный, цилиндрической эпителий; при некротическихъ участкахъ, а также дефектахъ на поверхности подобныхъ некротическихъ миоматозныхъ полиповъ влажно-блестящая картина разрыва не ясна, и только микроскопическимъ путемъ можно съ увѣренностью распознать, играютъ-ли тутъ роль начинающіеся злокачественныя процессы или нѣтъ. Важнѣе всего микроскопическое изслѣдованіе при *начинающемся саркоматозномъ* измѣненіи: хотя мы и макроскопически имѣемъ цѣнную точку опоры въ своеобразно однородномъ измѣненіи структуры, тѣмъ не менѣе достаточную увѣренность и возможность констатировать болѣе тонкое распространеніе мы приобретаемъ только микроскопическимъ путемъ; разыгрываются-ли уже на основаніи извергнутыхъ полиповъ злокачественныя процессы, необходимо-ли дальнѣйшее вмѣшательство (полная экстирпація), все это не можетъ быть каждый разъ съ точностью рѣшено однимъ макроскопическимъ изслѣдованіемъ. — Неизмѣненная миома, которая состоитъ изъ перекрещивающихся въ разныхъ направленіяхъ мышечныхъ пучковъ, подъ микроскопомъ вслѣ отчетливо обнаруживаетъ нормальныя гладкія мышечныя волокна, или же по совершенно равномернымъ, узкимъ, палочкообразнымъ ядрамъ можно заключить о нормальной природѣ и величинѣ мышечныхъ волоконъ, контуры которыхъ не всегда рѣзко обозначены; то же самое на поперечныхъ и косыхъ разрывахъ получаютъ равновеликіе элементы съ ихъ ядрами или, по крайней мѣрѣ, мало различающіеся другъ отъ друга въ зависимости отъ того, пересѣчены-ли кѣтки на своемъ концѣ или по серединѣ тѣла. Мы получаемъ всегда картину, изображенную выше при мускулатурѣ матки (табл. 4, рис. 8); надо только имѣть въ виду, что при миомахъ или миофибромахъ эти группы мышечныхъ пучковъ всегда болѣе далеко раздвинуты соединительной тканью. Даже при мелкокѣточной инфильтраціи міомы не утрачивается картина мышечныхъ волоконъ и ихъ ядеръ. При *саркоматозномъ* перерожденіи изслѣдователь первоначально получаетъ еще картину перекрещивающихся мышечныхъ пучковъ; при поверхностномъ просматриваніи препаратовъ можно просмотрѣть *уже существующее измѣненіе элементовъ* изъза существующей еще группировки пучковъ волоконъ. Характерно при

превращеніи то, что равномерная картина элементовъ и формы ядеръ уступаетъ мѣсто неравномерному рисунку: рядомъ съ узкими, палочкообразными ядрами мы видимъ болѣе широкія (первоначально въ общемъ еще довольно узкія), продолговатыя, рѣзкое ограниченіе и окраска мышечныхъ элементовъ исчезли; ядра становятся кругловатыми, овальными, большія и меньшія лежатъ рядомъ, увеличивая неравномерность картины. Та же неравномерность обнаруживается на продольномъ и поперечномъ разрѣзахъ. Замѣщеніе мышечныхъ клѣтокъ съ ихъ типичнымъ, характерно узкимъ, рѣзко контурированнымъ, хорошо окрашеннымъ ядромъ болѣе крупными и неравномерными, неравномерно перемѣшанными элементами съ большими, кругловато-овальными ядрами указываетъ на произошедшее перерожденіе. На благоприятныхъ микроскопическихъ препаратахъ можно легко прослѣдить постепенный переходъ мышечныхъ элементовъ въ большіе, узкіе, веретенообразные элементы съ все увеличивающимися ядрами. Получается впечатлѣніе, будто стройная, узкая мышечная клѣтка *прямо* переходитъ въ саркоматозную клѣтку. На другихъ препаратахъ ткань мускулатуры какъ-бы превратилась въ мелкоклѣточную ткань вродѣ грануляціонной; наряду съ круглыми клѣтками почти нельзя узнать болѣе никакихъ другихъ мышечныхъ элементовъ. Лишь мало-по-малу происходятъ затѣмъ саркоматозное перерожденіе посредствомъ *дальнѣйшей дифференцировки* (метаплазія) небольшой круглой клѣтки въ болѣе крупныя, неравномерно распределенныя элементы, снабженныя большимъ, часто гигантскимъ ядромъ.

Что касается *слизистыхъ полиповъ*, то имъ недостаетъ при микроскопическомъ осмотрѣ, въ противоположность къ разрѣзу миоматознаго или фибромиоматознаго полипа, различія между покровной слизистой оболочкой и ядромъ опухоли, — они обладаютъ только слизистой тканью, которая можетъ быть то болѣе фиброзной (плотвѣ на-ощупь), то болѣе железистой (мягче). Железы могутъ быть расширены, кистовидны и придавать полипу фолликулярный видъ (фолликулярный полипъ), или при равномерномъ слегка кистовидномъ расширеніи получается подобіе рыбьей икры. Полипы сидятъ на длинной ножкѣ или на широкомъ основаніи (*molluscum*), богаты сосулами, снабжены авоцдексіями. Поверхность ихъ болѣею частью гладка, влажно-блестяща или снабжена углубленіями на подобіе миндалевидныхъ железъ. Иногда можетъ образоваться красивый сосочковый видъ въслѣдствіе разрощенія поверхностнаго эпителія и поверхностнаго тканевого слоя. Эта влажно-блестящая поверхность несетъ эпителій своей почвы, изгнанная изъ матки часть выстлана цервикальнымъ или маточнымъ эпителіемъ.

*Микроскопически* мы весьма часто замѣчаемъ на полипахъ начинающееся или волюяѣ законченное ороговѣніе поверхностнаго эпителія (*Epidermidalisirung*): цилиндрической эпителій поверхности превращенъ въ многослойный (см. выше при эрозіяхъ); поверхность кажется не столь блестящей, менѣе богата сосулами, нѣсколько рагидитѣ. На разрѣзѣ мы видимъ, какъ эта многослойная структура эпителія опускается и въ железы полипозной ткани и даже проникаетъ до основанія полипа. Пласть многослойнаго, плоскаго эпителія тѣмъ толще, чѣмъ ближе полипъ си-

дуть къ наружному зѣву, чѣмъ шире просвѣтъ цервикальнаго канала и чѣмъ больше времени прошло съ выступленія полипа изъ *orificium externum*. Крошковатость или разрывчатость ткани, легкая раздавливаемость, появленіе въ ткани бѣловатаго, красновато-сѣраго, отличающагося отъ окружности рисунка вызываетъ при осмотрѣ препарата подозрѣніе на злокачественное перерожденіе.—Злокачественныя перерожденія слизистыхъ полиповъ не часты; дѣлесообразно однако подвергать всегда тщательному осмотру основаніе полиповъ, такъ какъ злокачественное перерожденіе могло уже, пожалуй, проникнуть глубже—въ маточную ткань.—Часто достаточно, какъ и при міомахъ, одного макроскопическаго осмотра, чтобы убѣдиться въ сохраненіи доброкачественной природы полипа; нерѣдко, однако, только *микроскопическое* изслѣдованіе можетъ доставить намъ полную ясность. При микроскопическомъ изслѣдованіи слизистыхъ полиповъ мы находимъ всегда составныя части почвы, изъ которой полипъ вышелъ: при шеечномъ полипѣ—плотную строму цервикальной слизистой и цервикальныя железы съ ихъ характернымъ, не окрашивающимся эпителиемъ и лежащимъ у основанія ядромъ, при полипахъ тѣла матки—выше (см. нормальная анатомія) изображенную мелко-кругло-клеточную строму и маточныя железы съ ихъ хорошо воспринимающимъ краски клеточнымъ тѣломъ и центрально лежащимъ большею частью ядромъ. Въ полипахъ можетъ подвергнуться значительному разрастанію то соединительнотканная, то эпителиальная составная часть слизистой оболочки.

При фиброзныхъ полипахъ, т. е. при тѣхъ образованіяхъ, гдѣ строма значительно размножена, гдѣ эпителиальныя составныя части даже уменьшены, можетъ возникнуть подозрительный видъ вслѣдствіе обильнаго мелко-клеточнаго разроженія, вслѣдствіе значительнаго развитія сосудовъ; но, какъ уже отмѣчено выше, противъ саркоматознаго перерожденія говоритъ полная равномерность и однородность мелко-клеточнаго разроженія. При полипахъ согр. *ut.* можно нерѣдко видѣть на основаніи пучки мышечныхъ волоконъ, которые были вовлечены разроженіемъ тѣсно прилегающей къ мускулатурѣ слизистой оболочки. При железистыхъ полипахъ происходитъ разроженіе железъ, умноженіе и увеличеніе ихъ; даже въ болѣе крупныхъ полипозныхъ образованіяхъ можетъ тѣсно прилегать железа къ железѣ, будучи отдѣлена одна отъ другой лишь скудной стромой. Поверхность полиповъ можетъ также разрастаться, на ней могутъ выскочить красивыя сосочковыя образованія. При отшнуровываніяхъ, перегибахъ въ стволикѣ железы нарушается отдѣленіе секрета, образуются значительныя расширенія, кистовидныя образованія, такъ наз. фолликулы (фолликулярный полипъ).

Злокачественныя перерожденія слизистыхъ полиповъ *саркоматознаго* характера обнаруживаютъ, въ противоположность простымъ воспалительнымъ разроженіямъ, не только простое размноженіе стромы, но и превращеніе клетокъ стромы: послѣднія измѣняютъ свой типъ, становятся неравномерной величины, ихъ ядро тоже принимаетъ участіе въ этомъ увеличеніи, какъ уже указано было выше относительно саркоматознаго измѣненія міомы.

*Раковое перерожденіе* характеризуется появленіемъ въ ткани эпи-

телиальных массъ, которыя пронизываютъ полиппъ всецѣло или только большую его часть. Раковое измѣненіе можетъ выступать въ формѣ альвеолярнаго рака или адено-карциномы, или также въ видѣ adenoma malignum. При злокачественномъ перерожденіи полипповъ надо подвергать особенно тщательной ревизіи основаніе полиппа: въ однихъ случаяхъ перерожденіе переходитъ за предѣлы основанія (мѣсто отрыва), другіе же обнаруживаютъ еще неизмѣненную ткань на линіи раздѣла; послѣдніе представляютъ, слѣдовательно, полипозныя карциномы, которыя могутъ быть радикально удалены изъ матки кюреткой. Укажемъ еще здѣсь вкратцѣ на легко случающееся при полипахъ смѣшиваніе эпидермидализаціи съ раковымъ измѣненіемъ; принявшій характеръ эпидермиса массы проникають часто въ железы вплоть до основанія полиппа; на поперечномъ срѣзѣ черезъ полиппъ мы видимъ тогда среди ткани эти эпителиальныя массы, которыя можно смѣшать съ раковыми стержнями. Если не упускать изъ виду того факта, что эпидермидализированныя эпителиальныя массы глубоко проникають именно при полипахъ, то отличіемъ отъ рака можетъ служить распредѣленіе эпителия въ готовыхъ (преформированныхъ) пространствахъ и всякое отсутствіе вступающей въ ткань эпителиальной массы.

Къ описанію извергнутыхъ или искусственно удаленныхъ полипозныхъ образований (слизистые полиппы, полипозныя міомы) умѣсто присоединить разсмотрѣніе извергнутыхъ *компактныхъ крошекъ или частицъ*, между прочимъ задержанныхъ *плацентарныхъ частей* (плацентарныя полиппы). Способъ, какимъ крошки попадаютъ въ руки врача, какъ произвольно отошедшія изъ матки или удаленныя имъ изъ полового канала во время изслѣдованія, говоритъ большею частью съ самаго начала за наличность злокачественныхъ образований. *Микроскопически* мы можемъ довольно увѣренно отличить болѣе или менѣе обезцвѣченные кровяные свертки (не организованныя части) отъ мозговидной, красновато-сѣрой ткани (организованныя опухолевыя части); организованныя, некротическія массы или включенныя въ кровяные сгустки части могутъ безъ микроскопическаго изслѣдованія представлять значительныя трудности для распознаванія. Помощью микроскопа мы съумѣемъ по строенію частицъ опредѣлить, съ какимъ перерожденіемъ мы имѣемъ дѣло, съ раковымъ или саркоматознымъ, а также съумѣемъ отличить некротическія, обыкновенно не окрашивающіяся составныя части отъ кровяныхъ свертковъ, отъ массъ фибрина. Гистологическіе признаки отдѣльныхъ злокачественныхъ перерожденій были изложены нами выше.

Среди извергнутыхъ или удаленныхъ изъ матки массъ можно отчасти уже *микроскопически* распознать плацентарныя части по ихъ ворсинчатому строенію, особенно при осторожномъ расщипываніи. Эти остатки плаценты, выкидыша могутъ также принять форму полипозныхъ образований, если они были задержаны въ маткѣ продолжительное время. Макроскопически мы часто отчетливо различаемъ на плацентарныхъ полипахъ наслоенія, какъ въ тромбѣ, благодаря повторному отложенію кровяныхъ свертковъ. Однако, макроскопическая картина подобныхъ остат-

ковъ выкидыша можетъ оказаться чрезвычайно запутанной вслѣдствіе произошедшихъ многочисленныхъ кровоизліяній и наличности зародышевыхъ ворсинокъ; здѣсь также приходится намъ на помощь микроскопъ.

Многое изъ того, что извергается или удаляется изъ матки, можетъ казаться ворсинчатымъ, не имѣя даже отдаленной связи съ ворсинками *choriæ* (т. е. съ беременностью); даже болѣе опытный изслѣдователь можетъ при *макроскопическомъ* осмотрѣ впасть въ заблужденіе относительно природы ворсинчатыхъ массъ: оторванные клочья міомы могутъ выглядѣть совершенно, какъ ворсинки. Синцитіальная новообразованія также могутъ казаться ворсинчатыми, такъ что макроскопически можно даже подумать о нормальныхъ ворсинкахъ хоріона, между тѣмъ какъ предъ нами злокачественное перерожденіе синцитіального покрова ворсинокъ; и такъ, *макроскопическое толкованіе ворсинчатыхъ частей требуетъ особенной внимательности.*

Отхожденіе мелкихъ или крупныхъ пузырькообразныхъ частицъ, которыя сидятъ на стволѣ на подобіе виноградныхъ ягодъ, указываетъ уже макроскопически на *пузырчатый занозъ*; здѣсь макроскопическая картина вполнѣ удовлетворяетъ, микроскопическое изслѣдованіе служитъ только для подтвержденія.

Важно, чтобы все извергаемое или удаляемое изъ матки было подвергнуто тщательному *макроскопическому* изслѣдованію; систематическое проведеніе этого метода можетъ намъ многое разъяснить и дать кое-какія указанія относительно прогноза и терапіи. Нѣкоторые изъ относящихся сюда объектовъ будутъ, конечно, распознаны лишь помощью *микроскопическаго* изслѣдованія.

*Большій навыкъ и постоянно проводимая макроскопическая и микроскопическая провѣрка даютъ здѣсь, какъ и вездѣ, въ награду болѣе надежное и легкое распознаваніе; опытный изслѣдователь уже макроскопически болѣе опредѣлитъ, нежели меньше опытный съ помощью большихъ увеличеній.*

### Діагностика трубныхъ заболѣваній.

Изъ заболѣваній Фаллопиевыхъ трубъ наибольшее значеніе принадлежитъ воспалительнымъ: всѣ они заразнаго происхожденія. Микроорганизмы проникаютъ снаружи, чаще всего изъ маточной полости, рѣже изъ брюшной полости, поселяются въ складкахъ слизистой оболочки и вызываютъ реактивное воспаленіе, которое распространяется на мускулатуру и серозочный покровъ (*serosa*); въ то же время внутри трубы отлагаются воспалительные продукты: сывороточная жидкость или гной.

Примѣч. До сихъ поръ приводятся въ достовѣрную этиологическую связь съ воспалительными заболѣваніями трубъ слѣдующіе микроорганизмы: гонококкъ, *streptococcus* и *staphylococcus pyogenes* и бугорковья палочки; главную роль играетъ гоноррея. Среди 202 случаевъ воспалительныхъ трубныхъ заболѣваній *Wertheim* нашелъ 83 раза живые организмы, изъ коихъ 56 разъ гонококковъ.

Воспалительныя заболѣванія Фаллопиевыхъ трубъ встрѣчаются въ слѣдующихъ формахъ:

### Salpingitis.

**Анатомическая картина.** При *катарральномъ салпингитѣ* слизистая оболочка припухаетъ, такъ что толстыя складки выполняютъ просвѣтъ трубы; мускулатура лишь слегка утолщена вслѣдствіе умѣренной инфильтраціи. Черезъ брюшной конецъ трубы воспаленіе переходитъ на сосѣдную тазовую брюшину и на серозную оболочку самой трубы и ведетъ къ склейкѣ *ostium abdominale* и къ сращенію съ сосѣдними органами. Въ каналѣ яйцепровода находятся небольшія количества серозной жидкости.

При *гноynomъ салпингитѣ* всѣ воспалительныя процессы сильнѣе выражены. Слизистая оболочка гораздо сильнѣе припухаетъ, иногда язвенно распадается; мускулатура сильно инфильтрирована, часто до толщины большого пальца руки; сквозь трубную стѣнку и черезъ брюшной конецъ инфекция достигаетъ сывороточнаго покрова трубы и тазовой брюшины и ведетъ, съ одной стороны, къ закрытію трубной воронки, а съ другой стороны, къ спаиванію съ органами, прилегающими къ зараженнымъ мѣстамъ. Такимъ образомъ возникаютъ сращенія трубы съ салпникомъ, кишечникомъ, пузыремъ, маткой, а главное вокругъ *infundibulum tubae* съ тазовой стѣнкой. Нерѣдко воспаленіе проникаетъ въ прилегающую къ трубѣ клетчатку, вызывая ограниченныя уплотненія ея. Въ каналѣ трубы находятъ большею частью немного гноя, или свѣжаго, серознаго, или творожистаго, крошковатаго, сгущеннаго.

Такимъ образомъ трубы утолщаются и образуютъ тяжи,

которые соотвѣтственно нормальному ходу трубы пробѣгаютъ отъ маточнаго рога по направленію назадъ, образуя выпуклую снаружи дугу.

**Распознаваніе.** Между тѣмъ какъ ощупываніе нормальныхъ трубъ представляетъ значительныя трудности и удается лишь при благопріятныхъ брюшныхъ покровахъ, ощупываніе больныхъ трубъ значительно облегчается, благодаря утолщенію стѣнки. Чтобы отыскать ихъ, поступаютъ такимъ же образомъ, какъ при отыскиваніи нормальныхъ трубъ: внутреннюю и наружную руку тѣсно сближаютъ, такъ чтобы ощупывающіе пальцы соприкасались сбоку отъ матки, и передвигаютъ ихъ перпендикулярно къ ходу трубы; при этомъ ощущаютъ, какъ между замкнутыми

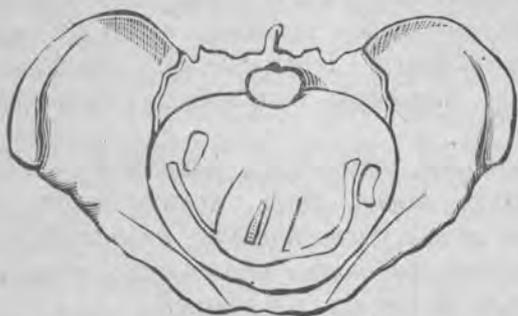


Рис. 112. Salpingitis catarrhalis. P. O. Въ лѣвой трубѣ узловатая припухлость, оба яичника отчетливо отграничиваются; отсутствіе сращеній.

пальцами катятся болѣе или менѣе толстый канатикъ. Если труба проходитъ очень близко къ передней тазовой стѣнкѣ, то иногда не легко сблизить пальцы на этомъ мѣстѣ для соединеннаго изслѣдованія; если же матку приподнять внутренней рукой и этимъ приблизить трубу къ передней брюшной стѣнкѣ, тогда можно часто прощупать трубу одной наружной рукой тотчасъ за брюшными покровами въ видѣ поперечно проходящаго тяжа. При отыскиваніи трубъ надо всегда держаться близко къ маточному рогу, ибо здѣсь онѣ всего тверже, между тѣмъ какъ по направленію къ брюшному концу канатикъ становится болѣею частью мягче и болѣе неопредѣленной формы; иногда можно облегчить себѣ ощупываніе маточнаго конца трубы тѣмъ, что его передвигаютъ по боковому краю матки, какъ-бы по подставкѣ.

Данныя ощупыванія при сальпингитѣ весьма различны, смотря по тому, имѣемъ-ли мы дѣло съ острыми процессами или съ тѣми измѣненіями, которыя послѣдніе оставили послѣ себя. При острыхъ случаяхъ часто не удается ощупать трубу въ виду чрезвычайной болѣзненности ея и одновременно пораженной болѣею частью брюшины, а приходится довольствоваться констатированіемъ локализованной болѣзненности въ области трубы, или, самое большее, удастся опредѣлить въ ней совершенно неясную и нерѣзко ограниченную мягкую консистенцію. Лишь по истеченіи извѣстнаго времени, болѣею частью нѣсколькихъ дней, можно прощупать самыя трубы и констатировать ощупываніемъ воспалительныя измѣненія; послѣднія бываютъ различны въ зависимости отъ интенсивности воспалительной реакціи.

При самыхъ легкихъ формахъ *катаррального сальпингита* трубу находятъ лишь немного утолщенной, часто лишь нѣсколько тверже нормальной и нѣсколько болѣзненной при давленіи; въ хроническихъ случаяхъ часто единственнымъ констатируемымъ признакомъ является боль, которая наступаетъ только въ тотъ моментъ, когда труба проскальзываетъ между пальцами. Чѣмъ сильнѣе реактивныя явленія въ стѣнкѣ, тѣмъ толще и тверже находимые тяжи. Яичникъ часто прощупывается отдѣльно въ дугѣ, образуемой трубой, или возлѣ самаго брюшнаго конца ея; срощенія иногда совершенно отсутствуютъ или болѣею частью они скудны и нѣжны (рис. 112).

При *гнойномъ сальпингитѣ* всѣ объективныя измѣненія бываютъ гораздо болѣе выражены и потому діагнозъ гораздо легче; безъ труда прощупывается труба, бывающая часто толщиной въ палецъ, на всемъ ея дугообразномъ, слегка извилистомъ протяженіи. Всего отчетливѣе прощупывается всегда маточная часть трубы, которая широко и толсто, иногда нѣсколькими узлами отходитъ отъ маточнаго рога, между тѣмъ какъ боковая часть яйцепровода, въ виду наполненія ея секретомъ и срощенія съ тазовой стѣнкой и яичникомъ, менѣе отчетлива (рис. 113). Консистенція трубы очень твердая и плотная; болѣзненность рѣдко отсутствуетъ, но въ общемъ зависитъ отъ сопутствующаго воспаленія. На-

ружный, выпуклый контуръ трубы большею частью ошупывается гораздо отчетливѣе, нежели внутренній, вогнутый, обращенный къ маткѣ, ибо отсюда воспалительный процессъ часто распространяется на широкую связку, отчего очертанія сглаживаются, далѣе въ виду многообразныхъ сращеній съ маткой. Яичникъ рѣдко прощупывается отдѣльно, иногда его можно подозрѣвать, если возлѣ брюшного конца трубы удастся еще отграничить изолированную опухоль. Распознаваніе трубныхъ заболѣваній весьма затрудняется нѣкоторыми измѣненіями въ положеніи матки; напримѣръ, при *retropositio uteri* дно матки съ обѣими трубами отходить такъ далеко кзади, что въ результатѣ ошупыванія очень трудно разобраться, часто это удается только подъ наркозомъ. При *retroversio* и *retroflexio* почти никогда не удается ошупать трубу на всемъ ея протяженіи; особенно столь важная для діагноза маточная часть трубы трудно достижима, и то только при сильномъ отлавлываніи вверхъ задняго влагалищнаго свода; зато часто хорошо прощупывается обращенный впередъ булавовидный конецъ трубы (рис. 114). Иногда при ретроверсии находятъ сбоку возлѣ матки только

часть трубы, которую однако легко признать за трубу по ея продолговатой, пальцевидной формѣ.

**Различительное распознаваніе.** Въ діагнозѣ сальпингита едва-ли можно ошибиться при болѣе или менѣе отчетливомъ припуханіи трубы. Прежде всего надо остерегаться, чтобы не смѣшивать *нормальный яичникъ* съ брюшнымъ концомъ трубы. Дѣло въ томъ, что если яич-

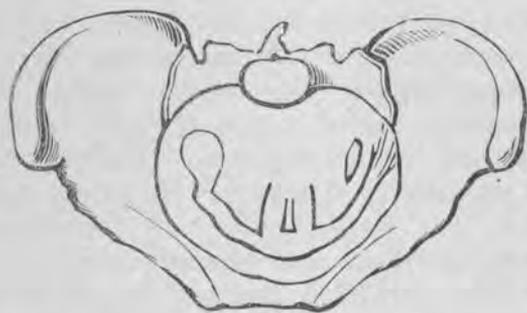


Рис. 113. Salpingitis purulenta. P. O.  
Правая труба весьма извилиста; лѣвая труба идетъ прямо и окружена сращениями на своемъ брюшномъ концѣ.

никъ веретенообразенъ и постепенно переходитъ въ *lig. ovarii*, то онъ получаетъ большое сходство съ трубой; но такъ какъ послѣдняя прикрѣпляется у два, а яичниковая связка гораздо ниже, то при тщательномъ изслѣдованіи бока матки можно опредѣлить мѣсто прикрѣпленія, вли стараются ошупать маточную часть трубы, которая при каждомъ заболѣваніи обнаруживаетъ наиболѣе явственные измѣненія. Смѣшиваніе съ *пара- и периметритическими тяжами* лишь рѣдко возможно, такъ какъ больныя трубы толще и круглѣе, нежели тяжи, и такъ какъ послѣдніе большею частью бываютъ во множественномъ числѣ и не имѣютъ характернаго хода Фаллопиевыхъ трубъ. Накопленіе *комковъ кала* въ *flexura sigmoidea*, иногда также пустая кишечная петля, довольно часто принимается за утолщеніе трубы (конечно, только на лѣвой сторонѣ), такъ какъ рядъ комковъ симулируетъ извилистость и можетъ занять положеніе трубы. Всегда однако *flexura sigmoidea*, имѣющая длинную бры-

жѣйку, легче смѣщается, нежели труба, иногда она даже ложится впереди матки, а комки кала, если они не тверды, можно формовать, вдавливать, и они не болѣзненны; наконецъ, точный діагнозъ можно поставить при повторномъ изслѣдованіи, особенно послѣ назначенія слабительныхъ.

### Ретенціонныя опухоли.

Если брюшной конецъ трубы закрывается вслѣдствіе околотрубныхъ воспаленій (*perisalpingitis*), а болная слизистая оболочка отдѣляетъ воспалительные продукты (слизь, гной, иногда и кровь), то послѣдніе накапливаются въ каналѣ трубы и растягиваютъ ее. Брюшной конецъ трубы можетъ больше всего вмѣстять содержимаго и потому становится всего объемистѣе, маточный же конецъ весьма мало растягивается, а интерстиціальная часть лишь рѣдко принимаетъ участіе въ расширеніи. Растяжимость трубы зависитъ отъ толщины ея стѣнки; чѣмъ менѣе послѣдняя инфильтрирована, тѣмъ легче она уступаетъ давленію и тѣмъ болѣе она можетъ растягиваться; этимъ обусловливается большое разнообразіе въ величинѣ, формѣ и консистенціи ретенціонныхъ опухолей (рис. 115).

Мы различаемъ *hydrosalpinx*, *pyosalpinx* и *haematosalpinx*.

**Hydrosalpinx** представляетъ тонкостѣнную опухоль, которая наполнена болшею частью чисто серозною жидкостью. Онъ обладаетъ рядомъ свойствъ, которыя въ болшинствѣ случаевъ дѣлаютъ возможнымъ распознаваніе.

**Форма** *hydrosalpinx*'а зависитъ въ сущности отъ распределенія жидкости въ немъ. Такъ какъ содержимое легче всего можетъ скопляться въ болѣе широкой брюшной части, то основная форма водянки трубы есть форма булавъ съ очень толстымъ концомъ. Готовыя (преформированныя)

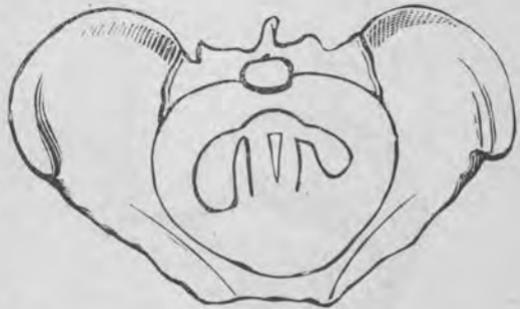


Рис. 114. Обоесторонній *pyosalpinx* при *retroversio uteri*. P. O.

извилины трубы съ образованіемъ складокъ въ каналѣ ея измѣняютъ форму *hydrosalpinx*'а, такъ какъ образуются нѣсколько отдѣловъ, или при полномъ закрытіи просвѣта возникаютъ кругловатыя опухоли изъ брюшной части трубы, отъ которыхъ рѣзко отдѣляется мало наполненная маточная часть. Большое вліяніе на форму оказываютъ отношенія трубы къ *mesosalpinx*'у; послѣдній слишкомъ коротокъ для трубы и потому заставляеть ее, когда она растягивается жидкостью, извиваться, подобно тому какъ кишечникъ образуетъ извилины на своей брыжейкѣ; чаще всего извилины сидятъ на маточной половинѣ трубы, которая какъ-бы ножкой фиксирована къ маткѣ и тазовому дну. Такимъ путемъ происходятъ

характерныя извилины трубныхъ опухолей (рис. 115). Въ исключительныхъ случаяхъ hydrosalpinx развивается между листками широкой связки; въ такомъ случаѣ никогда не образуется извилистость (по крайней мѣрѣ ощутимая), какъ при свободно подвижной трубѣ, а получается кругловатая, покрытая брюшиной опухоль съ довольно гладкой поверхностью. Когда часть содержимаго всасывается, то hydrosalpinx спадается и становится плосче на-ощупь.

*Положеніе* hydrosalpinx'a соотвѣтствуетъ въ общемъ положенію нормальной трубы. Маточная часть находится всегда на своемъ мѣстѣ, между тѣмъ какъ расширенная трубная воронка опускается глубоко въ Дугласово пространство, или же она можетъ ложиться на боковую или заднюю поверхность матки, въ рѣдкихъ случаяхъ даже на дно матки, и тамъ сростись. Чаше всего мы находимъ брюшной конецъ впереди крестцово-

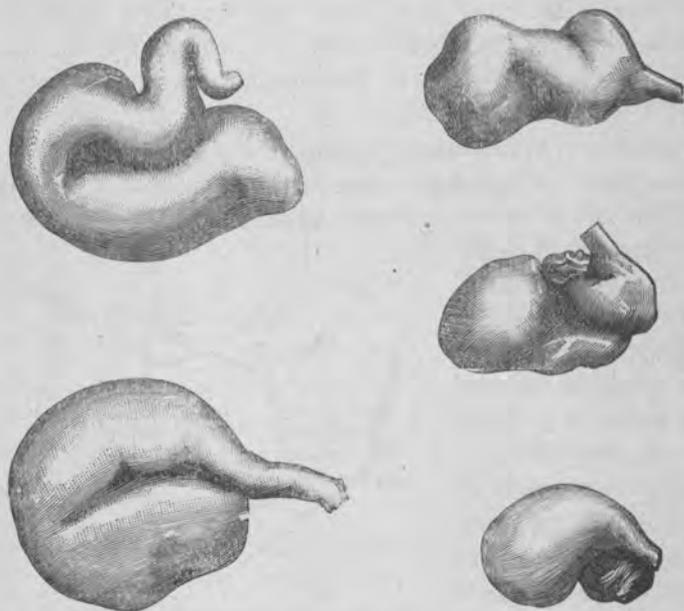


Рис. 115. Различныя формы ретенціонныхъ опухолей трубы.  $\frac{1}{3}$ . (По препаратамъ универсат. женск. клиники).

подвздошнаго сочлененія въ боковой части *Douglas'*ова пространства. Иногда труба перегибается впередъ и ложится въ excavatio vesico-uterina. Впрочемъ, возможны значительныя варіаціи въ положеніи трубы, пока послѣдняя не потеряла свою подвижность вѣдствие сращеній. Интралигаментарныя трубныя опухоли удерживаются широкой связкой возлѣ матки, выполняютъ обыкновенно самый lig. latum и лежатъ у самаго тѣла матки; когда онѣ становятся больше, онѣ выпячиваютъ свободный край связки кверху и поднимаются выше дна матки. Въ глубину тазовой клѣтчатки онѣ рѣдко растутъ (рис. 116 и 117).

*Подвижность* опухоли зависит от сопутствующаго пельвеоперитонита и его послѣдствій. Бываютъ hydrosalpinx'ы, которые на своемъ mesosalpinx'ѣ такъ подвижны, какъ яичниковая опухоль на своей ножкѣ, и при вялой широкой связкѣ могутъ подвергаться значительнымъ смѣщеніямъ; такъ, напр., я наблюдалъ одинъ hydrosalpinx, величиною почти въ кулакъ, который легко можно было сдвинуть вверхъ до реберной дуги. Даже межсвязочныя опухоли могутъ оставаться довольно подвижными, если только свободна срединная часть связки; тѣмъ не менѣе это — исключенія. Большею частью очень рано появляются перитониты, которые ведутъ къ сращениямъ, особенно вокругъ брюшного конца трубы, фиксируя послѣдній тамъ, гдѣ онъ въ данное время лежитъ: на боковой или задней поверхности матки, на днѣ Дугласова пространства или на тазовой стѣнкѣ.

Отъ длины и податливости сращеній съ тазовой стѣнкой и peritoneum parietale зависитъ, сохраняетъ-ли опухоль еще извѣстную степень подвижности или она широко припаяна; сращения, вызванныя сморщиваніемъ параметритическихъ экссудатовъ, рѣдки.

*Консистенція* hydrosalpinx'a всегда отчетливо кистовидная, такъ какъ стѣнка его тонка, а жидкое содержимое легко подвижно.

Только тогда трудно констатировать флюктуацію, когда опухоли малы или окружены выпотами, или если на нихъ лежатъ припаянными кишечныя петли. Напряженіе стѣнки различно, смотря по степени наполненія hydrosalpinx'a. Когда часть содержимаго опорожняется или всасывается, то опухоль теряетъ свою кистовидную консистенцію, она становится вялой, мягкой и прощупывается иногда, какъ лента.



Рис. 116. Межсвязочный, правосторонний hydrosalpinx. Р. О.

Опухоль не отграничивается отъ матки и фиксирована у основанія экссудатомъ; вверхъ отчетливо прощупывается утолщенный маточный отдѣлъ трубы.

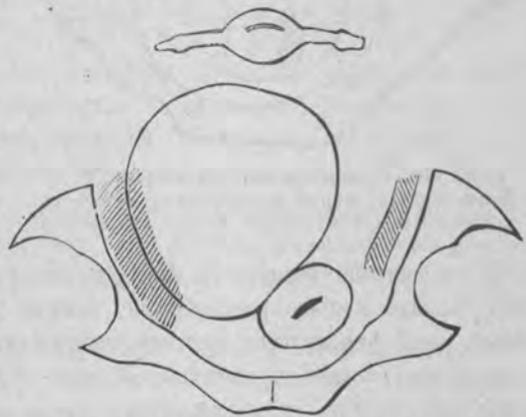


Рис. 117. То же самое на горизонтальномъ разрѣзѣ. Р. О.  $\frac{1}{3}$ .

Справа опухоль фиксирована къ тазу периметритическими тяжами; она приподняла заднюю пластинку широкой связки и легла на заднюю поверхность матки. Слева неясно прощупывается кусокъ слабо наполненной трубы.

*Чувствительность при давлении*, которую находят при трубных заболѣваніяхъ, не обуславливается hydrosalpinx'омъ самимъ по себѣ, а зависитъ въ общемъ отъ сопутствующаго воспаления; въ свѣжихъ случаяхъ она обыкновенно очень интенсивна, въ старыхъ она можетъ совершенно отсутствовать.

**Pyosalpinx** образуется вслѣдствіе задержки значительныхъ гнойныхъ массъ при salpingitis purulenta; такъ какъ небольшія количества гноя клинически не опредѣлимы, то о pyosalpinx'ѣ говорятъ лишь тогда, когда брюшной конецъ трубы замѣтно расширенъ. Свойства pyosalpinx'a въ общемъ тѣ же, что и hydrosalpinx'a, только видоизмѣненные интенсивностью воспалительнаго процесса, а главное толщиной стѣнки. Опухоли въ общемъ гораздо меньше, такъ какъ гной не производится въ столь большихъ количествахъ, и такъ какъ сильно утолщенная стѣнка сопротивляется растяженію. *Форма* pyosalpinx'a гораздо рѣже обнаруживаетъ сильную извилистость, такъ какъ утолщенная стѣнка не допускаетъ этого;



Рис. 118. Правосторонній pyosalpinx. Р. О. Булавовидная форма pyosalpinx'a; между послѣднимъ и краемъ матки небольшой выпотъ.

при умѣренномъ наполненіи чаще всего получается форма булавъ (рис. 118), между тѣмъ какъ при болѣе значительныхъ нагноеніяхъ она становится шаровидной. Если pyosalpinxъ развивается межсвязочно, то онъ имѣетъ вполне шаровидную форму и такъ бываетъ окруженъ воспалительно — утолщенными пластинками широкой связки, что характерная форма

трубы совершенно теряется. *Положеніе* pyosalpinx'a также обнаруживаетъ гораздо меньше разнообразія, нежели при hydrosalpinx'ѣ, такъ какъ первый рано фиксируется многими сращениями. При нормальномъ положеніи матки pyosalpinxъ помѣщается чаще всего соответственно обычному направленію трубы съ обращеннымъ къзади и книзу брюшнымъ концомъ; послѣдній почти всегда лежитъ на задней стѣнкѣ таза, то нѣсколько выше, большею же частью нѣсколько ниже въ Дугласовомъ пространствѣ или на боковой стѣнкѣ матки. Кистовидную *консистенцію* и флюктуацию можно констатировать только при крупныхъ опухоляхъ; умѣренные количества гноя не могутъ быть констатированы изъ-за толщины стѣнки и окружающихъ экссудатовъ. Консистенція чаще всего наблюдаемыхъ формъ pyosalpinx'a тверда и неподатлива, только на брюшномъ концѣ она нѣсколько мягче.

*Подвижность* pyosalpinx'a также зависитъ отъ размѣровъ и крѣпости сращеній. Pyosalpinx'ы безъ всякихъ сращеній съ вполне свободною подвижностью рѣдки; большею частью очень рано появляются вокругъ

брюшного конца короткія и неподатливыя сращения, фиксирующія его къ задней стѣнкѣ таза, между тѣмъ какъ передніе отдѣлы могутъ сохранять вмѣстѣ съ маткой свою нормальную подвижность. Если присоединяется распространенное воспаленіе тазовой клѣтчатки (pelveoperitonitis), то вся труба укутывается сращениями съ маткой, peritoneum parietale, пузыремъ, прямой кишкой и яичниками; вслѣдствіе этого подвижность сильно ограничивается, а при широкихъ сращенияхъ съ тазомъ вполнѣ утрачивается. Если присоединяются параметритическіе эксудаты, то въ результатѣ часто получается полное замуровываніе трубы; особенно межсвязочный pyosalpinx можетъ стать вполнѣ неподвижнымъ вслѣдствіе параметрита. *Чувствительность при давленіи* зависитъ здѣсь существеннымъ образомъ, но не исключительно отъ сопутствующаго пельвеоперитонита; въ свѣжихъ случаяхъ она очень интенсивна, въ застарѣлыхъ она можетъ совершенно отсутствовать (рис. 119).

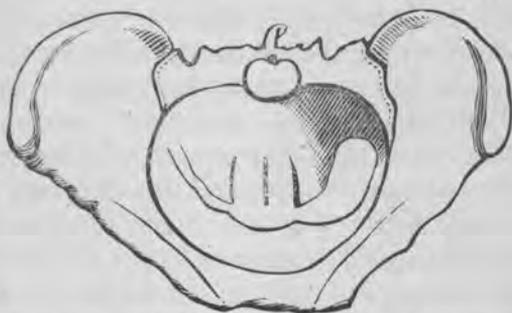


Рис. 119. Левосторонній pyosalpinx съ помѣщающимся подъ его брюшнымъ концомъ параметритическимъ эксудатомъ. Р. О.  
Правая труба вѣскольکو утолщена.

**Haematosalpinx** представляетъ скопленіе крови въ трубѣ, брюшное отверстіе которой закрыто; онъ образуется въ связи съ haematometra при гинатрезіяхъ или вслѣдствіе кровоизліяній въ hydrosalpinx при перекручиваніи или травмахъ. Скопленіе крови въ трубѣ при трубной беременности не слѣдуетъ по *Veit*'у причислять къ haematosalpinx до тѣхъ поръ, пока брюшной конецъ открытъ; если же онъ потомъ закрывается склейками, то можетъ остаться какъ послѣдствіе graviditas tubaria настоящій haematosalpinx.

*Свойства* haematosalpinx'a не характеристичны и очень близко подходят къ свойствамъ hydrosalpinx'a, ибо при первомъ мы тоже имѣемъ дѣло съ легкими воспалительными процессами, причиннаго или послѣдовательнаго характера; только консистенція haematosalpinx'a обыкновенно значительно тверже, если трубный мѣшокъ очень туго наполненъ, а тѣмъ болѣе, если кровь въ трубѣ свернулась.

**Распознаваніе ретенціонныхъ опухолей.** Въ основѣ діагноза должно лежать нахожденіе опухоли, которая лежитъ возлѣ матки и ограничивается отъ нея; трубное происхожденіе таковой опредѣляется на основаніи вышеуказанныхъ свойствъ.

*Форма* можетъ быть въ отдѣльныхъ случаяхъ столь характерной, что она одна обезпечиваетъ діагнозъ. Надо обращать главнымъ образомъ вниманіе на колбасовидную форму и на извилистость маточнаго отдѣла; извилины иногда выступаютъ какъ лежащія рядомъ узлы, которые со-

отвѣтствуютъ отдѣльнымъ отрѣзкамъ трубы; особенно легко распознаются извилины, обращенныя къ брюшнымъ покровамъ, если проводить по нимъ пальцами наружной руки, между тѣмъ какъ обращенныя книзу завитки легче ускользаютъ отъ ощупыванія. Если извилины трубы лежатъ слишкомъ близко другъ къ другу, то онѣ пропадаютъ для изслѣдователя, тогда ощупываются только нѣкоторыя перетяжки на поверхности кругловатой опухоли. При межсвязочной локализациі трубная опухоль, будучи покрыта брюшиной, теряетъ свою характеристичную форму. Если hydrosalpinx припаянъ къ маткѣ, то онъ также представляетъ лишь кругловатую, трудно отграничиваемую опухоль безъ рѣзкихъ формъ, а прилегающій яичникъ, лежащій кругомъ экссудаты и сращения съ кишками часто совершенно сглаживаютъ очертанія опухоли. Pyosalpinx узнаютъ по формѣ только тогда, если онъ продолговатъ и имѣетъ колбовидный конецъ; извилины гораздо рѣже прощупываются при немъ. Периметритическія сращения, параметритическіе экссудаты вокругъ брюшного конца часто совершенно ступшевиваютъ форму pyosalpinx'a; если онъ лежитъ интралигаментарно или сращенъ съ маткой, то онъ представляетъ кругловатую или продолговатую опухоль, которая въ своей формѣ ничего характернаго не имѣетъ. *Положеніе* спорной опухоли можетъ только тогда говорить въ пользу ея трубнаго происхожденія, если оно соответствуетъ ходу трубы, и въ особенности, если главная опухоль лежитъ на мѣстѣ infundibulum tubae въ боковой части Дугласова пространства. *Подвижность и консистенція* ничего патогномоничнаго для трубныхъ опухолей не представляютъ.

Къ этимъ свойствамъ опухолей, которыя иногда уже одни могутъ утвердить діагнозъ, примыкаютъ еще нѣкоторые признаки, имѣющіе для распознаванія большое значеніе.

*Ощупываніе толстаго канатика, идущаго отъ маточнаго рога къ опухоли*, есть безошибочный признакъ трубной опухоли. Канатикъ этотъ есть инфильтрированная и не расширенная маточная часть трубы; онъ потому столь постояненъ при воспалительныхъ трубныхъ опухоляхъ, что исходящее изъ матки воспаленіе прежде всего поражаетъ эту часть трубы. Чѣмъ болѣе инфильтрирована стѣнка, тѣмъ отчетливѣе прощупывается канатикъ, и только при застарѣлыхъ водянкахъ трубы трубная стѣнка можетъ стать столь тонкой вѣдствие всасыванія, что мы уже больше не прощупываемъ канатика. Отчетливѣе всего прощупывается канатикъ, если, приподнимая матку снизу, проводить наружной рукой возлѣ маточнаго рога спереди назадъ и сзади напередъ; сбоку онъ большею частью становится менѣе отчетливъ и теряется въ опухоли или пробѣгаетъ еще извѣстное разстояніе на ея стѣнкѣ (рис. 120); онъ явственно прощупывается даже при межсвязочномъ развитіи ретенціонной опухоли (рис. 116). Нахожденіе этого канатика имѣетъ значеніе главнымъ образомъ тогда, когда вся труба вмѣстѣ съ яичникомъ, кишками, пузыремъ и перитонеальными кистами образуютъ одну неопредѣленную опухоль.

*Я считаю нахождение утолщения на маточной части трубы самым ярким признаком трубной опухоли.*

*Двусторонность поражения* есть весьма важный диагностический момент, так как почти всегда поражаются обе трубы одновременно или одна вскоре послѣ другой. Полная незатронутость одной стороны при ясно выраженном измѣненіи другой принадлежит анатомически къ величайшимъ рѣдкостямъ, да и клинически значительно преобладаетъ по своей частотѣ отчетливо констатируемая обоюдосторонность. Не слѣдуетъ, конечно, ожидать встрѣтить на обѣихъ сторонахъ однородныя опухоли; это бываетъ лишь въ ограниченномъ числѣ случаевъ. Гораздо чаще обѣ стороны обнаруживаютъ неодинаковыя измѣненія вслѣдствіе разницы въ интенсивности, распространеніи и давности процесса. Наряду съ hydrosalpinx'омъ одной стороны находятъ hydrosalpinx на другой сторонѣ, рядомъ съ отчетливыми ретенционными опухолями съ гнойнымъ или катарральнымъ содержимымъ на одной сторонѣ находятъ только салпингитъ на другой; даже если при опухоли на одной сторонѣ находятъ только неопредѣленное утолщеніе другихъ придатковъ или только локализованную фиксацію, особенно вокругъ маточнаго рога, или болѣзненность, ограничивающуюся именно областью придатковъ, то уже и это одно можетъ говорить въ пользу двусторонности поражения, а слѣдовательно и въ пользу трубнаго происхожденія спорной опухоли. Если значительныя трубныя опухоли лежатъ рядомъ въ Дугласовомъ пространствѣ, то иногда трудно опредѣлить, одна-ли это опухоль или двѣ; въ послѣднемъ случаѣ болѣею частью находятъ между обѣими явственную борозду, или же опухоли, главная масса которыхъ лежитъ у тазовой стѣнки, суживаются по направленію къ срединной линіи.

*Пери- и параметритическія воспаленія* играютъ въ діагнозѣ трубныхъ заболеванийъ крупную роль, такъ какъ зараженіе почти всегда переходитъ съ трубы на тазовую брюшину, а иногда и на параметрій. Всякій острый пельвеоперитонитъ, особенно если онъ рецидивируетъ, возбуждаетъ подозрѣніе, что причина въ поражении трубы. Хотя констатировать съ опредѣленностью заболѣваніе трубы въ остромъ стадіи пельвеоперитонита и невозможно, но все-таки на трубу указываетъ локализованная болѣзненность вблизи придатковъ. Когда острый періодъ прошелъ, то остаются неопредѣленныя на-ощупь, крайне чувствительныя опухоли въ области придатковъ, которыя состоятъ изъ трубъ, какъ ядра, и припухшихъ яичниковъ, припаянныхъ кишечныхъ петель и маленькихъ кистъ брюшины. Чѣмъ старше процессъ, тѣмъ болѣе выступаетъ форма трубы, а вокругъ нея остаются многочисленныя сращения съ сосѣдними органами и тазовой стѣнкой, особенно вокругъ ostium abdominale. Параметритическія воспаленія появляются болѣею частью только при гнойныхъ заболѣваніяхъ трубы и ведутъ въ остромъ стадіи къ болѣзненнымъ выпотамъ подъ трубою, особенно подъ infundibulum; отъ нихъ остаются рубцы въ параметрії въ видѣ разлитыхъ, тяжеобразныхъ утолщеній.

Въ этихъ различныхъ стадіяхъ пельвеоперитонитъ, рѣже параметритъ, является почти постояннымъ спутникомъ трубнаго заболѣванія и, локализуясь въ области придатковъ, служитъ важнымъ доказательствомъ въ пользу трубнаго происхожденія спорной опухоли, ибо, хотя при опухоляхъ яичника, кровоизліяніяхъ, міомахъ нѣтъ недостатка въ воспалительныхъ осложненіяхъ, все-таки послѣднія далеко не столь часты и не принимаютъ такихъ размѣровъ, какъ при трубныхъ опухоляхъ.

Нахожденіе *гонорройнаго катарра* также можетъ подкрѣпить діагнозъ трубной опухоли, такъ какъ перелой является самой частой причиной послѣдней; такъ какъ гоноррею у женщины не всегда легко констатировать, то доказательствомъ можетъ служить также перелой мужа.

Можно также опираться на *анамнезъ*, который даетъ намъ указанія на воспалительный характеръ опухоли; если изъ предварительнаго опроса вытекаетъ, что опухоли образовались послѣ воспаленія тазовой брюшины,

тогда можетъ возникнуть не болѣе, какъ *подозрѣніе* на трубную опухоль; но если показанія больной гласятъ, что приступы пельвеоперитонита время отъ времени повторяются, между тѣмъ какъ въ промежуткахъ она чувствуетъ себя здоровой или, по крайней мѣрѣ, лучше, если, слѣдовательно, характеръ перитонита рецидивирующій, то можно съ извѣстной *вѣроятностью* принять спорную опухоль за гонорройный pyosalpinx. Показаніе, что



Рис. 120. Правосторонній hydrosalpinx. Р. О. Справа отчетливо прощупывается утолщенный трубный канатикъ, который сбоку переходитъ на опухоль. Слева прощупывается только кусокъ вялой, колбасовидной опухоли.

болѣзнь началась вскорѣ послѣ замужества, усиливаетъ подозрѣніе, что дѣло идетъ о заразномъ заболѣваніи Фаллопиевой трубы.

*Пробный проколъ* есть діагностическое средство, которое можетъ и должно быть зашѣнено тщательнымъ ощупываніемъ. Несмотря на противогнилостныя предосторожности, пробный проколъ не безопасенъ, такъ какъ безгнилостныя опухоли, водянка трубы и кровяная опухоль могутъ при этомъ подвергнуться зараженію и нагноиться, pyosalpinx можетъ излить часть своего содержимаго въ брюшную полость. Кромѣ того, получая при проколѣ кровь, серозную жидкость или гной, мы не можемъ съ увѣренностью высказаться, сидѣло-ли это внутри трубы или возлѣ нея, слѣдовательно для точнаго діагноза результаты пробнаго прокола не пригодны. Поэтому при распознаваніи трубныхъ опухолей лучше всего совершенно отказаться отъ этого вспомогательнаго средства; только для изслѣдованія на микроорганизмы можетъ иногда оказаться желательнымъ аспирировать немого гноя.

**Распознаваніе содержимаго трубноѣ опухоли**, сывороточное-ли оно, гнойное или кровянистое, не во всѣхъ случаяхъ возможно, тѣмъ болѣе, что иное содержимое можетъ обнаруживать одновременно различныя свойства или въ немъ могутъ произойти превращенія; въ большинствѣ случаевъ можно поставить дифференціальный діагнозъ между hydro- и pyosalpinx по вышеуказаннымъ признакамъ. Распознаваніе haemato-salpinx'a болѣею частью невозможно на основаніи только данныхъ ошупыванія, зато можно найти точку опоры въ нѣкоторыхъ этиологическихъ моментахъ, на первомъ планѣ въ гинатрезіяхъ съ одновременной haematometra.

Еще труднѣе опредѣлить клинически *характеръ pyosalpinx'a*; только послѣдующее изслѣдованіе гноя можетъ неоспоримо установить, гонорройнаго-ли онъ, туберкулезнаго или септического происхожденія; существуютъ, однако, нѣкоторые клиническіе признаки, допускающіе вѣроятный діагнозъ относительно этиологии процесса. *Бугорчатка* можетъ быть заподозрѣна какъ причина pyosalpinx'a, если одновременно существуетъ туберкулезъ кишекъ или легкихъ; въ одномъ случаѣ навела меня на этотъ діагнозъ волчанка кожи лица. Нѣсколько болѣе увѣренности даетъ намъ нахожденіе одновременно существующаго туберкулезнаго перитонита, который часто можно съ точностью распознать по аспиту и образованію узелковъ на брюшинѣ; на трубахъ я такъ же, какъ другіе авторы, находилъ поразительно отчетливо узелки въ isthmus'ѣ. *Гоноррея* есть самая частая причина pyosalpinx'a и можетъ быть смѣло предположена, если нѣтъ опредѣленной точки опоры для другой этиологии. Доказанная гоноррея нижнихъ отдѣловъ половыхъ органовъ, особенно матки, есть надежное свидѣтельство въ пользу одинаковой этиологии трубнаго заболѣванія; однако отсутствіе таковой еще не исключаетъ гонорройный pyosalpinx, такъ какъ пораженіе слизистой оболочки могло излечиться, или инфекция матки могла не вызвать никакихъ симптомовъ. Клиническое распознаваніе *септического pyosalpinx'a* (зараженіе стрептококками или стафилококками) должно до сихъ поръ считаться невозможнымъ, помимо совершенно свѣжихъ пuerперальныхъ случаевъ; по нѣкоторымъ наблюденіямъ *Zweifel'*я, діагнозъ—pyosalpinx septicus—становится вѣроятнымъ, если долгое время держатся вечернія повышенія температуры. Тотъ фактъ, что начало болѣзни относится къ родильному періоду, еще не говоритъ въ пользу септического происхожденія, такъ какъ и гоноррея какъ-разъ въ это время имѣетъ обыкновеніе переходить на трубы.

**Распознаваніе вскрывающагося pyosalpinx'a** имѣетъ большое значеніе, такъ какъ обильное опороженіе гноя не только причиняетъ крайне тягостныя страданія, но и вызываетъ опасность для жизни. Прободеніе происходитъ въ прямую кишку, въ мочевой пузырь, во влагалище и черезъ брюшныя покровы наружу. Такъ какъ прободенію всегда предшествуетъ отложеніе значительныхъ выпотовъ, черезъ которые образуются свишья сообщенія съ соотвѣтственными полыми органами, то трубная опу-

холь въ это время не выступает отчетливо въ своей характерной формѣ, значительныя массы экссудата, большею частью параметритическаго, окружаютъ ее и связываютъ съ полымъ органомъ, въ который она вскрылась. Для распознаванія прободенія необходимо прежде всего констатировать отхожденіе гноя, будь то съ испражнениями, мочей, изъ влагалища или черезъ брюшныя покровы; большею частью онъ вытекаетъ въ обильномъ количествѣ и отличается рѣзкимъ запахомъ. Свищъ въ брюшной стѣнкѣ или во влагалищѣ, гдѣ его легко распознать между складками по инфильтраціи подлежащей ткани и по выступающему гною, зондируютъ и обращаютъ вниманіе на направленіе зонда къ трубѣ. Въ прямой кишкѣ вскрышшееся отверстіе часто столь мало, что его нельзя ощупать; но оно сидитъ всегда на томъ мѣстѣ, гдѣ экссудатъ всего тѣснѣе прилегаешь къ прямокишечной стѣнкѣ. Для констатированія прободенія въ пузырь необходимо примѣненіе цистоскопа. И такъ діагнозъ—*pyosalpinx perforata*—основывается на нахожденіи трубной опухоли и опорожненія гноя изъ органа, съ которымъ она широко соединена; отличіемъ отъ вскрышагося экссудата служатъ круглыя очертанія опухоли и зловонный запахъ гноя, говорящій за продолжительную задержку послѣдняго въ большомъ мѣшкѣ.

Подъ **опухольми придатковъ** я понимаю, въ отличіе отъ рѣзко охарактеризованныхъ ретенціонныхъ опухолей, небольшія опухолевые образованія, помѣщающіяся возлѣ верхней части тѣла матки, которыя состоятъ изъ утолщенной и свернувшейся въ клубокъ трубы, воспалительно увеличеннаго яичника, склеившихся кишечныхъ петель и сальника и небольшихъ выпотныхъ массъ, лежащихъ среди перитонеальныхъ сращеній. Плотное склеиваніе всѣхъ этихъ органовъ между собою дѣлаетъ невозможнымъ пальпаторное отграниченіе отдѣльныхъ составныхъ частей, такъ что нельзя съ увѣренностью доказать, а можно только подозрѣвать трубное происхожденіе опухоли. Чѣмъ менѣе доступны для ощупыванія измененныя придатки, тѣмъ труднѣе разобраться при изслѣдованіи: между тѣмъ какъ при нормальномъ положеніи матки можно по утолщенному маточному концу трубы безъ труда опредѣлить опухоль придатковъ какъ трубную, мы при *retropositio*, *retroflexio* вынуждены довольствоваться общимъ впечатлѣніемъ опухоли, лежащей въ верхнемъ отдѣлѣ придатковъ. Однако, двусторонность, болѣзненность, многочисленныя сращенія съ окружностью, мягковато-плотная, но не кистовидная консистенція являются при этомъ характерными признаками трубной опухоли.

**Различительное распознаваніе.** Дифференціальной діагностикѣ ретенціонныхъ опухолей приходится считаться съ различными состояніями, смотря по тому, идетъ-ли рѣчь объ явственно кистовидномъ *hydrosalpinx* или о твердомъ, толстостѣнномъ *pyosalpinx*ѣ.

*Hydrosalpinx* чаще всего смѣшиваютъ съ *кистовидными яичниковыми опухолями*. Оба состоянія представляютъ столь сходныя данныя, что иногда даже осмотръ при чревосѣченіи не выясняетъ намъ исходнаго пункта опухоли. Особенно трудно разобраться при межсвязочномъ

развитіи, гдѣ нельзя отчетливо различить ни формы трубной опухоли, ни связи ея съ маткой; и здѣсь надо стараться всегда отыскать утолщенный маточный отрѣзокъ трубы; кромѣ этого, говорятъ въ пользу трубной опухоли двусторонность и всяческіе воспалительные процессы по сосѣдству. Легче установить разницу при свободномъ, стебельчатомъ развитіи hydrosalpinx'a: между тѣмъ какъ яичниковая опухоль обнаруживаетъ всегда кругловатую или овальную форму, свободно подвижна или окружена лишь отдѣльными сращениями у основанія, hydrosalpinxъ имѣетъ большею частью, хотя и не всегда, извѣстную продолговатую, извилистую, булавовидную форму и связанъ обыкновенно со всѣми сосѣдними частями многочисленными периметритическими сращениями. *Надо всегда стараться ощупать трубу*; при опухоли яичника трубу часто можно констатировать во всей ея длинѣ и нормальной толщинѣ впереди опухоли, между тѣмъ какъ при hydrosalpinx'ѣ она утолщена въ маточной своей части и теряется сбоку на опухоли. Нахожденіе яичника при hydrosalpinx'ѣ большею частью не удается изъ-за многочисленныхъ сращеній.

Еще большія трудности можетъ представлять различіе hydrosalpinx'a отъ *пароваріальной кисты*, такъ какъ при ней не удается отграничить трубу и рядомъ съ опухолью можно иногда отчетливо прощупать яичникъ.

О различеніи hydrosalpinx'a отъ *осумкованныхъ перитонитическихъ экссудатовъ* см. ниже.

Гораздо чаще остается неузнаннымъ, какъ трубная опухоль, *pyosalpinx*, такъ какъ въ виду ея толстыхъ стѣнокъ ея смѣшиваютъ со многими твердыми опухолями; такъ, напр., pyosalpinxъ съ сильно инфильтрированной стѣнкой и незначительнымъ гнойнымъ содержимымъ можетъ быть принятъ за *стебельчатую, подсывороточную міому*, особенно если труба свернулась въ клубокъ, если извилины ея скрыты подъ выпотными массами или развились межесвязочно. При тщательномъ ощупываніи можно всегда распознать міому по ея круглой формѣ, свободной подвижности и безболѣзненности, между тѣмъ какъ трубныя опухоли имѣютъ, благодаря окружающимъ экссудатамъ, болѣе разлитыя границы, болѣзненны и обыкновенно плотно связаны съ сосѣдними частями; двусторонность и нахожденіе двухъ симметричныхъ опухолей тоже говоритъ за трубное происхожденіе. Свойства ножки, связывающей опухоль съ маткой, тоже различны; при pyosalpinx'ѣ мы имѣемъ тонкую ножку, которая соединяетъ только маточный рогъ съ опухолью, между тѣмъ какъ другая часть послѣдней только снаружы прилегаетъ къ маткѣ и отграничивается отъ нея, между тѣмъ какъ подсывороточныя міомы отходятъ отъ матки всей своей обращенной къ маткѣ периферіей и потому обнаруживаютъ гораздо болѣе широкое соединеніе. Анамнезъ также можетъ служить вышеуказаннымъ образомъ для уясненія дифференціального діагноза.

Объ отличіи pyosalpinx'a отъ *параметритическихъ экссудатовъ* см. ниже.

*Трубная беременность* легче всего может создавать картины, сходныя съ воспалительными заболѣваніями трубъ; особенно трубный заносъ (*mola tubaria*), т. е. задержка мертвого плоднаго яйца съ кровотеченіями въ просвѣтъ трубы, даетъ результатъ опущиванія, который часто едва-ли можно отличить отъ гнойнаго сальпингита или отъ *pyosalpinx*'а. Если принять во вниманіе, что трубная беременность часто развивается на почвѣ старыхъ воспалительныхъ заболѣваній, и что, съ другой стороны, послѣ неполнѣ воссавшейся трубной беременности могутъ остаться воспалительныя состоянія, то будетъ понятно, что въ иныхъ застарѣлыхъ случаяхъ различительное распознаваніе не возможно. Напротивъ, для свѣжихъ случаевъ надо въ общемъ признать дифференціальныи діагнозъ возможнымъ, а именно на основаніи слѣдующихъ данныхъ: при трубномъ заносѣ, если труба сильно растянута свернувшейся кровью, твердая консистенція еще рѣзче выражена, нежели при *pyosalpinx*; такъ какъ при первомъ отсутствуютъ обширныя воспаления, то мы совсѣмъ не находимъ срощеній съ сосѣдними органами или весьма немногія; *mola tubaria* почти безболѣзненна. Характерна для трубныхъ беременностей незатронутость маточнаго конца трубы, за исключеніемъ тѣхъ рѣдкихъ случаевъ, когда яйцо укрѣпляется вблизи матки, между тѣмъ какъ при воспалительныхъ трубныхъ заболѣваніяхъ именно эта часть отличается своей толщиной и твердостью; если можно съ *увѣренностью* доказать, что другая сторона не поражена, то беременность въ трубѣ гораздо вѣроятнѣе, нежели воспаление. Околотрубная, а иногда и лежащая нѣсколько сбоку заматочная кровяная опухоль можетъ быть часто смѣшиваема съ *hydrosalpinx* въ виду своей кистовидной консистенціи, по крайней мѣрѣ въ свѣжихъ случаяхъ. Чѣмъ болѣе тонкоствѣнна опухоль, чѣмъ отчетливѣе она флюктуируетъ и чѣмъ равномернѣе ея консистенція, тѣмъ скорѣе можно предположить *hydrosalpinx*, между тѣмъ какъ при кровоизліяніяхъ никакая стѣнка собственно не прощупывается, она болѣе разлита переходя въ окружающія части, обнаруживаютъ неравнобѣрную консистенцію и, главное, твердѣютъ болѣею частью вслѣдствіе свертыванія крови. И здѣсь можетъ намъ разъяснить діагнозъ свойство маточнаго конца трубы. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ надо отличить трубную беременность отъ воспаления трубы, играетъ важную роль анамнезъ въ тѣхъ пунктахъ, которые указаны были выше при соответственныхъ заболѣваніяхъ.

### Новообразованія Фаллопиевыхъ трубъ.\*

Новообразованія Фаллопиевой трубы чрезвычайно рѣдки и такъ мало отличаются въ своемъ проявленіи отъ воспалительныхъ трубныхъ опухолей, что до сихъ поръ еще ни въ одномъ случаѣ діагнозъ не могъ быть поставленъ съ *увѣренностью* на живой. Если изъ опубликованныхъ до сихъ поръ наблюденій собрать симптомы этихъ новообразованій, поскольку ими можно воспользоваться для діагноза, то получимъ лишь слѣдующее:

*Папилломы* — доброкачественныя, ворсистыя разрощенія слизистой

оболочки, выполняющія весь просвѣтъ трубы; большая слизистая оболочка отдѣляетъ обильную сывороточную жидкость, которая при открытомъ маточномъ отверстіи трубы можетъ время отъ времени вытекать наружу, а при открытомъ брюшномъ концѣ повести къ *ascuity*.

**Карциномы:** старія опухоли придатковъ обнаруживаютъ внезапно быстрый ростъ; симптомы тѣ же, что при напихломахъ (*ascites*, *hydrogros profluens*), кромѣ того исхуданіе и кахекеія (*Sänger.*).

Данныя ошущиванія ничѣмъ не отличаются отъ тѣхъ, которыя были изложены при воспалительныхъ трубныхъ заболѣваніяхъ.

### Діагностика воспаленій тазовой брюшины.

Подъ *pelveoperitonitis* понимаютъ воспаленіе тѣхъ отдѣловъ брюшины, которые какъ пристѣночный листокъ (*peritoneum parietale*) покрываютъ верхнія части малаго таза, крылья подвздошныхъ костей и прилегающія части передней и задней брюшной стѣнки, а какъ внутренностный листокъ (*peritoneum viscerale*) матку, трубы, основаніе яичниковъ, мочевой пузырь, переднюю часть прямой кишки и образуютъ возлѣ матки широкія связки. Наряду съ понятіемъ пельвеоперитонита употребляются обозначенія: *perimetritis* для воспаленія сывороточнаго покрова матки (большею частью это понятіе употребляется въ болѣе широкомъ смыслѣ для обозначенія воспаленія всей тазовой брюшины въ противоположность параметриту), *perisalpingitis* для воспаленія сывороточнаго покрова трубъ и окололежащихъ частей, *perioophoritis* для воспаленія въ окружности яичниковъ.

Пельвеоперитонитъ можетъ выступать какъ частичное явленіе общаго воспаленія брюшины, исходящаго изъ органовъ брюшной полости, напр. послѣ прободенія желудка, кишекъ, желчнаго пузыря; эти случаи мы здѣсь исключаемъ. Для *гинеколога* всего важнѣе тѣ формы перитонита, которыя присоединяются къ заболѣваніямъ тазовыхъ органовъ; онѣ либо распространяются отсюда постепенно на всю брюшину, вызывая разлитой перитонитъ, либо разыгрываются въ области малаго таза и по сосѣдству съ нимъ. Согласно этому слѣдовало бы прежде всего различать разлитое (*peritonitis diffusa*) и ограниченное (*p. circumscripta*) воспаленіе брюшины, но такъ какъ первое можетъ въ области всей брюшины исчезнуть и оставить слѣды только въ маломъ тазу, совершенно сходные съ воспалительными продуктами ограниченаго перитонита, то это подраздѣленіе трудно проводимо и большею частью только возможно на высотѣ болѣзненнаго процесса.

### Разлитой перитонитъ.

Разлитой перитонитъ возникаетъ въ слѣдствіе распространенія воспаленія съ первично пораженнаго отдѣла тазовой брюшины и захватываетъ мало-по-малу весь пристѣночный листокъ и сывороточный покровъ всѣхъ органовъ до самой грудобрюшной преграды. Для *гинеколога* важны слѣдующія формы:

1. **Септический перитонитъ** происходитъ отъ зараженія брюшной полости *streptococcus* или *staphylococcus pyogenes* или *bacterium coli* при оперативномъ вскрытїи брюшной полости, при разрывѣ *pyosalpinx'a*, нагноившихся дермоидныхъ кистъ, плодныхъ мѣшковъ, кровавыхъ ооухолей (*haematocoele*), при прободенїи ихорозно распавшихся карциномъ и т. д. Классическая картина, на которой зиждется діагнозъ, составляется изъ *мѣстныхъ явленій раздраженія* и *признаковъ общаго гнилостнаго зараженія (sepsis)*. Первые состоятъ въ метеоризмѣ, боли при давленїи, рвотѣ, икотѣ, отложенїи экссудата; послѣдніе въ лихорадкѣ, слабой и неправильной сердцедѣтельности и упадкѣ силъ. Діагнозъ не представляеть затрудненїи, если всё или, по крайней мѣрѣ, главные симптомы на-лицо; но это рѣдко бываетъ, и каждый изъ основныхъ симптомовъ можетъ отсутствовать. Самый постоянный изъ мѣстныхъ симптомовъ, въ то же время и самый ранній—*метеоризмъ*, который встрѣчается во всѣхъ ступеняхъ отъ едва замѣтнаго увеличеннаго напряженія брюшной стѣнки до вздутія живота на подобіе барабана. При каждомъ ослабленїи воспалительнаго процесса метеоризмъ уменьшается; при каждомъ обостренїи, наоборотъ, усиливается; поэтому для діагноза и прогноза перитонита онъ остается самымъ цѣннымъ признакомъ. Гораздо менѣе важна для распознаванія *болзненность при давленїи*: она можетъ совершенно и не быть, а именно при формахъ, протекающихъ медленно и съ обильнымъ экссудатомъ, или она можетъ остаться незамѣченной при тяжелыхъ септическихъ воспаленїяхъ. *Рвота* почти никогда не отсутствуетъ при разлитомъ, гнилостномъ перитонитѣ и проявляется обыкновенно въ видѣ частаго, легкаго изверженія жидкихъ, черныхъ массъ, которыя поднимаются изъ желудка большею частью небольшими количествами, рѣже обильными массами. Самый непостоянный изъ всѣхъ симптомовъ это — *отложеніе экссудата*, который можетъ быть клинически констатированъ. Лишь при медленно протекающихъ формахъ можно опредѣлить въ пояничныхъ областяхъ мало подвижныя массы экссудата; иногда можно найти значительныя, свободно подвижныя массы, какъ при брюшной водянкѣ.

Изъ общихъ явленїи наиболее цѣнно для діагностики *ускореніе пульса*; оно никогда не отсутствуетъ и большею частью является также первымъ признакомъ начинающагося воспаленія. При тяжелыхъ формахъ пульсъ быстро ускоряется, становится малымъ и неправильнымъ; въ болѣе легкихъ формахъ онъ достигаетъ лишь умѣренной частоты. Гораздо болѣе непостоянный симптомъ—*лихорадка*; она можетъ совершенно отсутствовать или быть очень незначительной при самыхъ тяжелыхъ заболѣванїяхъ, быстро ведущихъ къ смерти; въ другихъ случаяхъ она держится на умѣренной высотѣ и рѣдко достигаетъ чрезмѣрныхъ степеней; она не имѣеть характернаго теченія. *Общій видъ* больныхъ, особенно лицо, можетъ быть настолько характернымъ, что опредѣляетъ сразу и діагнозъ, и прогнозъ; безпокойство и страхъ въ лицѣ, искаженныя черты лица,

большіе, полные ужаса глаза придаютъ больному перитонитомъ своеобразный видъ.

2. **Доброкачественный, незаразный перитонитъ** (*Schröder*) возникаетъ безъ воздѣйствія микроорганизмовъ при разрывѣ и перекручиваніи яичниковыхъ опухолей, при сосочковыхъ кистомахъ, при разстройствахъ питанія въ міомахъ и опухоляхъ яичника; наиболѣе выраженную картину мы находимъ при перекручиваніи ножки. Въ противоположность къ септическому перитониту, здѣсь общія явленія совершенно отсутствуютъ; діагнозъ опирается только на мѣстныхъ явленіяхъ раздраженія, состоящихъ въ чувствительности при давленіи, метеоризмѣ, иногда рвотѣ; сердечные симптомы почти всегда отсутствуютъ, а часто и лихорадка. Въ известномъ рядѣ случаевъ нѣтъ и мѣстныхъ явленій, такъ что заболѣваніе остается нераспознаннымъ, хотя впоследствии при лапаротоміи находятъ выраженные измѣненія на брюшинѣ.

3. **Туберкулезный перитонитъ** поражаетъ большею частью всю брюшину и ведетъ къ отложенію *серознаго выпота* и къ высыпанію *бугорковъ* по всей брюшной полости. Экссудатъ въ большинствѣ случаевъ жидокъ и легко подвиженъ, какъ асцитъ; въ другихъ случаяхъ онъ осумковывается между кишечными петлями и брюшной стѣнкой, образуя плоскія, неправильно ограниченныя кистовидныя опухоли; въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ дѣло доходитъ безъ отложенія экссудата до склеиванія листковъ брюшины и до сморщиванія и укороченія брыжейки и сальника. Болѣзнь протекаетъ подостро или хронически съ умѣренной лихорадкой, а часто и безъ лихорадки, а также безъ участія общаго состоянія, но иногда при сильномъ исхуданіи. Діагнозъ не всегда можетъ быть съ точностью поставленъ; во всѣхъ случаяхъ, гдѣ свободно подвижный экссудатъ находится въ брюшной полости, распознаваніе колеблется между бугорчатымъ перитонитомъ и брюшной водянкой; подъ наркозомъ, однако, часто удается, особенно при сочетанномъ изслѣдованіи со стороны прямой кишки и брюшныхъ покрововъ, прощупать *отдѣльные бугорки* или тревіемъ другъ о друга обонихъ брюшинныхъ листковъ вызвать хрустъ снѣжковъ. *Констатированіе утолщенныхъ, узловатыхъ трубокъ* усиливаетъ вѣроятность туберкулезнаго перитонита, тоже и *бугорчатка кишекъ, легкиихъ, кожи*. Легче становится распознаваніе, если можно выстукиваемъ и ощупываемъ доказать присутствіе *инкапсулированнаго асцита*, ибо самой частой причиной онаго является туберкулезъ. Наслѣдственность, исхуданіе и общая слабость дѣлають бугорчатку вѣроятной; *Fehling* придаетъ большое значеніе въ распознаваніи бугорчатаго перитонита опухоли селезенки.

4. **Карциноматозный перитонитъ** присоединяется къ раку матки и яичниковъ и ведетъ къ отложенію большею частью *свободно подвижнаго асцита* и къ *высыпанію маленькихъ узелковъ* и плоскостныхъ утолщеній въ области всей брюшины, которыя въ дальнѣйшемъ теченіи приводятъ къ склеиванію кишекъ между собою, къ *образованію*

*крупныхъ узловъ* на брюшинѣ, особенно Дугласова пространства, и на свернувшемся сальникѣ. Нахождение экссудата легко, между тѣмъ какъ ощупываніе узелковъ удастся лишь при извѣстной ихъ величинѣ; всего болѣе вниманія надо обратить на Дугласово пространство, гдѣ чаще всего можно констатировать множество узелковъ, склеиваніе обоихъ листковъ брюшины и отчетливый хрустъ сѣтга при комбинированномъ изслѣдованіи *per rectum*; слѣдующій пунктъ, гдѣ чаще всего находятъ метастатическія опухоли, это—*сальникъ*. *Различительное распознаваніе между раковымъ и бугорчатымъ перитонитомъ* часто не легко. Если, однако, мы находимъ болѣе значительныя опухоли на половыхъ органахъ, особенно съ признаками злокачественнаго перерожденія, или отчетливыя опухоли сальника, или крупныя узлы въ Дугласѣ, то мы имѣемъ, вѣроятно, дѣло съ раковымъ процессомъ; тѣмъ не менѣе обѣ картины могутъ стать столь сходными, что ихъ трудно различить даже при внимательномъ осмотрѣ во время чревоусѣченія; высокую степень какексии мы наблюдаемъ чаще при карциномахъ.

### Pelveoperitonitis.

Гораздо чаще, чѣмъ съ разлитыми воспаленіями брюшины, мы встрѣчаемся въ гинекологіи съ процессами, разыгрывающимися въ маломъ тазу—съ *пельвеоперитонитомъ*. Послѣдній имѣетъ болѣею частью исходнымъ пунктомъ половые органы и локализуется на брюшинѣ малаго таза и соседнихъ областей, особенно брюшныхъ покрововъ; онъ наблюдается во веѣхъ стадіяхъ, отъ остраго начала и до остатковъ стараго фиброзаго утолщенія или сращенія. Острое начало пельвеоперитонита обозначается рѣзкими воспалительными явленіями со стороны брюшины; въ дальнѣйшемъ теченіи дѣло доходитъ до отложенія гнойнаго или сывороточнаго выпота въ области малаго таза или до склеиванія воспаленныхъ листковъ брюшины. Съ діагностической точки зрѣнія мы должны поэтому различать три различныя картины болѣзни:

*Свѣжій пельвеоперитонитъ, пельвеоперитонитическій экссудатъ и перитонитическія сращенія.*

Подъ понятіемъ—*свѣжій пельвеоперитонитъ* я подразумѣваю, во-первыхъ, *острый стадій выпотного и слипчиваго перитонита*, затѣмъ *рецидивы пельвеоперитонита*, возникающіе при наличности старыхъ воспалительныхъ продуктовъ, и наконецъ *свѣжія, ограниченныя воспаленія*, локализирующіяся вокругъ отдѣльныхъ органовъ полового аппарата. Общая черта этого рода воспаленій есть, слѣдовательно, *свѣжій перитонитъ*, не поведшій еще къ отложенію воспалительнаго продукта; острый периметритъ, перисальпингитъ, періоофоритъ могутъ быть названы частичными проявленіями его. Главный признакъ, на которомъ основывается діагнозъ этого стадія, есть *чувствительность брюшины при давленіи*, которую мы можемъ констатировать при ощупываніи брюшныхъ покрововъ снаружи, причѣмъ она сопровождается рефлекторнымъ напряже-

ніемъ брюшныхъ мышцъ, или при ощупываніи снаружи покрытыхъ брюшиною отдѣловъ таза, или при смѣщеніи матки. Въ остромъ періодѣ выпотного или слипчиваго (гонорройнаго) перитонита часто присоединяются мѣстные явленія раздраженія въ формѣ легкаго метеоризма, *tenesmus vesicae*, а то и рвоты, икоты; часто встрѣчается также легкая лихорадка; произвольныя боли, зависящія отъ воспаленія брюшины, могутъ при этомъ быть столь жестоки, что больная не въ состояніи дѣлать ни одного движенія. Въ этомъ стадіи нельзя ошибиться въ діагнозѣ, хотя тщательное ощупываніе тазовыхъ органовъ еще невозможно. Гораздо труднѣе распознаваніе, если отсутствуютъ всякія явленія раздраженія, а на-лицо только чувствительность при давленіи; особенно трудно бываетъ часто установить различіе между *воспалительной* и *нервной болью*. Надо въ такихъ случаяхъ обращать вниманіе, не имѣемъ-ли дѣло съ непомерно чувствительной (*hyperaesthesia*), нервной болью, которая при малѣйшемъ дотрогиваніи до брюшныхъ покрововъ вздрагиваетъ такъ, какъ если бы страдала тяжелымъ перитонитомъ, и въ особенности при внутреннемъ изслѣдованіи надо всегда имѣть въ виду, что страхъ, возбужденіе, неловкое надавливаніе пальцемъ могутъ симулировать перитонитическую болѣзненность. Только тогда, если мы при осторожномъ дотрогиваніи находимъ всегда болѣзненность на однихъ и тѣхъ же мѣстахъ, можно и безъ нахожденія воспалительнаго продукта поставить діагнозъ периметрита, между тѣмъ какъ нервная боль, вызвана-ли она *hyperaesthesia peritonei* или сильной гиперѣстезіей кожи, имѣетъ въ себѣ нѣчто измѣнчивое, зависитъ отъ вѣдшихъ впечатлѣній и часто совершенно несообразна съ производимымъ давленіемъ. Чрезмѣрная гиперѣстезія кожи, какую мы находимъ при *neuralgia lumbosacralis*, также можетъ симулировать перитонитическія боли.

Діагнозъ пельвеоперитонита имѣетъ болѣе твердую почву, если процессъ повелъ уже къ отложенію воспалительнаго продукта, тогда мы можемъ опираться на объективныя данныя.

**Пельвеоперитонитическій эксудатъ** представляетъ собою изліяніе сывороточной, сывороточно-гноющей или чисто гноющей жидкости; онъ инкапсулируется чаще всего въ *Дугласовомъ пространствѣ* и равномерно выполняетъ его, если оно было свободно отъ сросеній. Матка оттѣсняется выпотомъ къ передней тазовой стѣнкѣ, такъ что влагалищная часть прощупывается тотчасъ за лоннымъ соединеніемъ, а при значительномъ эксудатѣ даже на верхнемъ краю симфиза, между тѣмъ какъ тѣло матки съ придатками такъ тѣсно прилегаютъ къ эксудату, что ихъ иногда трудно отграничить. Позади матки прощупываютъ выпоть въ видѣ опухоли, которая выполняетъ верхнюю часть малаго таза, иногда подымается далеко поверхъ тазового входа и сбоку отъ матки или надъ нею ложится на переднюю брюшную стѣнку. Верхняя половина задней влагалищной стѣнки сильно отдавлена книзу, часто почти до *introitus'a* и сквозь нее прощупывается нижній контуръ эксудата, который бываетъ или круглымъ, или тупоконеч-

нымъ, смотря по давленію, подъ которымъ выпоть стоитъ въ Дугласѣ. Спереди выпоть широко прилегаетъ къ задней стѣнкѣ матки, большею частью до самаго дна, а сзади вступаетъ въ тѣсную связь съ передней

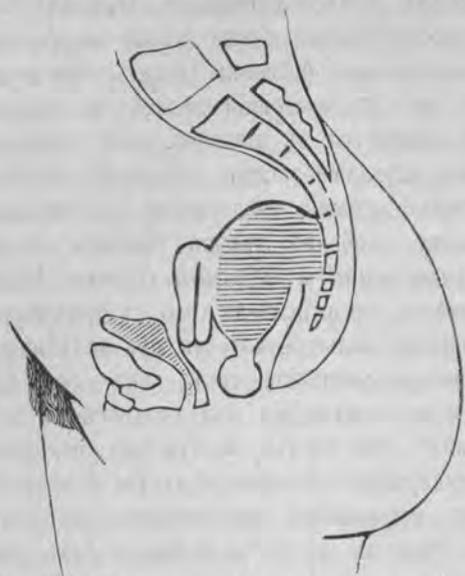


Рис. 121. Пельвеоперитонитическій экскудатъ.  
Р. О.

Въ Дугласѣ экскудатъ, величиною съ кулакъ, въ широкомъ соединеніи со всей задней стѣнкой матки, лежащей въ *retroversio* и *anteversio*; широкое соединеніе съ задней стѣнкой таза.

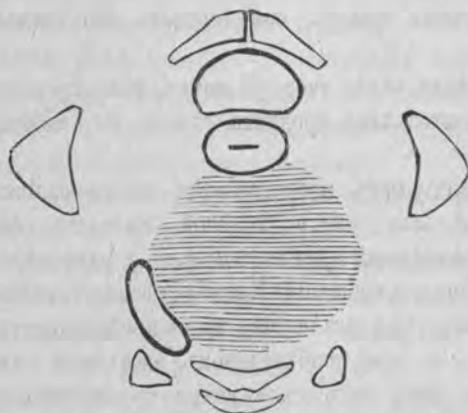


Рис. 122. Тоже самое на поперечномъ разрѣзѣ.  
Р. О.

Прямая кишка сильно отѣснена экскудатомъ влѣво, но не обхвачена; имъ стѣнка ея выпячена внутрь.

стѣнкой крестца, между тѣмъ какъ боковыя стѣнки таза достигаются только при болѣе значительныхъ опухоляхъ (рис. 121 и 122). Крыша экскудата образуется кишечными петлями, которыя дѣлаютъ верхнія очертанія его неопредѣленными и часто прощупываются какъ плоскія тесмы, наполненныя урчащими газами. *Консистенція экскудата въ свѣжемъ стадіи всегда флюктурирующая*; она можетъ, однако, колебаться между мягкой податливостью и тугой эластичностью, смотря по давленію, подъ которымъ выпоть стоитъ. Въ окружности экскудата развиваются явленія раздраженія, интенсивность которыхъ различна, смотря по тому, имѣемъ-ли мы дѣло съ сывороточнымъ или гнойнымъ изліяніемъ. При абсцессахъ въ Дугласѣ, напримѣръ, мы находимъ слизистую оболочку влагалища синеватой, мягкой и разрыхленной, съ пульсирующими сосудами; слизистая оболочка прямой кишки отечна, припухла и отдѣляетъ стекловидную слизь, вытекающую черезъ задній проходъ; на верхней периферіи среди покровныхъ кишечныхъ петель прощупываются разлитыя утолщенія. При серозныхъ экскудатахъ эти реактивныя явленія гораздо рѣже или могутъ совершенно не быть.

Эта типическая пальпаторная картина существенно измѣняется, если *отложеніе экскудата* происходитъ не въ Дугласовомъ пространствѣ, а въ виду закрытія послѣдняго склейками въ *боковыхъ карманахъ*

*брюшинной полости* впереди или позади широкой связки или въ excavatio vesico-uterina. Со стороны влагалища въ этихъ случаяхъ ничего не прощупывается, а при двойномъ изслѣдованіи удастся лишь неотчетливо констатировать какія-то резистенціи съ флюктуаціей безъ рѣзкаго ограниченія. Часто находятъ между срощеніями, особенно при опухоляхъ придатковъ, осумкованныя скопленія жидкости серознаго, перитонитическаго характера и такъ наз. *перитонеальныя кисты*. Если послѣднія вообще доступны для пальца, то онѣ представляются на-ощупъ вялыми, кистовидными резистенціями безъ всякихъ отчетливыхъ границъ; если эти скопленія жидкости стоятъ подъ болѣе значительнымъ давленіемъ, то они производятъ впечатлѣніе кистовыхъ опухолей; такъ, напр., я принялъ разъ конгломератъ подобныхъ перитонеальныхъ кистъ (Adhäsionscysten), величиною съ кулакъ, за hydrosalpinx. Иногда происходитъ *осумкованіе гноя* послѣ протекшаго разлитого, септического перитонита или также *сывороточной жидкости въ верхней части брюшной полости*. Лишь при извѣстной величинѣ и благопріятномъ положеніи тотчасъ за брюшными покровами можно эти скопленія съ увѣренностью констатировать; они отличаются опять-таки неправильной формой, весьма неясными границами и слабымъ напряженіемъ.

*Дифференціальный діагнозъ между сывороточнымъ и гнойнымъ эксудатомъ* можно поставить лишь на основаніи реакціи въ окружности: чѣмъ мягче и сочнѣе слизистая влагалища, чѣмъ болѣзненнѣе и толще инфильтраціи въ окружности, тѣмъ скорѣе можно заподозрить гной. Лихорадка — непостоянный симптомъ и можетъ при старыхъ скопленіяхъ гноя совершенно отсутствовать.

*Различительное распознаваніе.* Заматочный эксудатъ можетъ въ свѣжѣмъ стадіи, въ виду отчетливой флюктуаціи, быть смѣшиваемъ *только съ кистовыми опухолями*. Изъ опухолей придатковъ могутъ здѣсь подлежать обсужденію только тѣ, которыя могутъ развиваться глубоко въ Дугласовомъ пространствѣ, на первомъ планѣ стельчатыхъ яичниковыхъ опухоли, между тѣмъ какъ hydrosalpinx лежитъ болѣе частью нѣсколько выше и сбоку и поэтому скорѣе можетъ получить сходство съ ассиметрическимъ эксудатомъ. *Заматочная опухоль яичника* съ antepositio uteri можетъ только тогда быть смѣшана съ заматочнымъ выпотомъ, когда она утратила свои рѣзкія границы вълѣдствіе широкихъ срощеній съ сосѣдними частями; но и въ этихъ случаяхъ можно добиться діагноза посредствомъ тщательнаго ощупыванія контуровъ опухоли: при яичниковой опухоли должна вездѣ прощупываться собственная стѣнка, между тѣмъ какъ при эксудатахъ таковой нѣтъ, ее замѣняютъ сами окружающіе органы; лучше всего можно составить себѣ сужденіе объ этомъ, если пытаться проникнуть сбоку между задней маточной стѣнкой и опухолью и обращать вниманіе на то, отграничиваются-ли онѣ другъ отъ друга или тѣсно и на широкомъ протяженіи прилегаютъ, или же при ощупываніи верхней периферіи убѣждаются, что въ одномъ случаѣ

она представляет рѣзкій, опредѣленный контуръ, а въ другомъ неясно ограничивается кишечными петлями. Больше затрудненій причиняють *выявляемые hydrosalpinx'ы*, выполняющіе часть таза; правда, и они имѣютъ собственную стѣнку, какъ яичниковыя опухоли, но въ виду ея тонкости и болѣе многочисленныхъ сращеній съ задней маточной стѣнкой и съ кишечными петлями ее труднѣе констатировать, нежели стѣнку яичниковой опухоли. Если имѣютъ возможность долго наблюдать за больными, то по медленному всасыванію или произвольному опорожненію можно будетъ поставить діагнозъ экссудата, такъ какъ *hydrosalpinx* болѣею частью остается стаціонарнымъ, а яичниковыя опухоли медленно растутъ.

Труднѣе всего отличеніе отъ типической *haematocoele retrouterina*. Положеніе и форма опухоли, а также широкое соединеніе съ маткой и тазомъ точно такое же, какъ при экссудатѣ, ибо жидкая кровь также накапливается въ Дугласовомъ пространствѣ и, благодаря инкапсулированію и организациі периферіи, входитъ въ такія же тѣсныя соединенія съ другими органами. Единственная пальпаторная разница въ консистенціи; когда кровь свертывается, то консистенція становится неравномерной, выстовидные участки смѣняются мягкими массами; если же кровь остается жидкой, то она можетъ совершенно походить на экссудатъ. Такъ какъ кровь вызываетъ лишь незначительныя явленія раздраженія въ окружности, то картина получается болѣе сходная съ серознымъ экссудатомъ; но если кровяная опухоль икорозно распадается, то явленія раздраженія усиливаются и даютъ такую же картину, какъ тазовый абсцессъ. Во многихъ случаяхъ находятъ надежную точку опоры для различенія въ анамнезѣ: если послѣдній показываетъ, что предшествовала непродолжительная аменоррея, что имѣло мѣсто острое начало съ сильными, повторными приступами коликъ безъ лихорадки, то вѣроятна кровяная опухоль (*ex graviditate tubaria*), между тѣмъ какъ острое начало съ высокой лихорадкой и перитонитическими явленіями раздраженія говоритъ за экссудатъ; сывороточные выпоты развиваются обыкновенно безъ лихорадки и безъ болей. Малокровный, слегка желтушный видъ, а также продолжительныя маточныя кровотеченія говорятъ за *haematocoele*. Вѣрнѣе всего можно установить дифференціальный діагнозъ между кровяной опухолью, сывороточнымъ и гнойнымъ экссудатомъ посредствомъ *пробнаго прокола*. Въ этихъ случаяхъ, гдѣ рѣчь идетъ только о прокалываніи задняго свода, а не о пораненіи органа, асептическая пункція вреда не приноситъ. Ее производятъ послѣ тщательнаго обеззараженія влагалища аспираціоннымъ шприцемъ съ тонкой канюлей, причѣмъ подъ руководствомъ пальца вкалываютъ иглу позади влагалищной части въ самую глубокую часть заматочной опухоли; но и здѣсь проколъ долженъ приберегаться только на случай нужды.

Смѣшеніе заматочнаго экссудата съ *retroflexio uteri gravidi* рѣже случается, нежели при *haematocoele*, такъ какъ здѣсь анамнезъ не такой сбивчивый; различеніе основывается на тѣхъ же принципахъ, которые были разобраны выше при *haematocoele* (см. стр. 84).

**Перитонитическія сращения** представляют собою или остатки старыхъ, сгущенныхъ, вскрывшихся или опорожненныхъ экссудатовъ, или продуктъ слипчиваго (большею частью гонорройнаго) пельвеоперитонита; въ первомъ случаѣ они представляютъ толстые, мозолистые рубцы, частичныя запусканія или плоскостныя сморщиванія тѣхъ или другихъ отдѣловъ брюшины; въ последнемъ случаѣ это — перепонки и тяжи, которые покрываютъ органы или соединяютъ ихъ между собою и съ тазовой стѣнкой. *Распознаваніе* этихъ воспалительныхъ продуктовъ основывается на прямомъ ощупываніи *кожистыхъ*, разлитыхъ *утолщениій* въ Дугласовомъ пространствѣ, которыя повели къ полной или частичной облитерациіи его со смѣщеніемъ матки назадъ (*retropositio*); эти утолщенія прощупываютъ, отдавливая кверху задній влагалищный сводъ, а еще лучше со стороны прямой кишки; если матку оттянуть впередъ, то за нею слѣдуетъ передняя стѣнка прямой кишки. *Плоскостныя сморщиванія* брюшины распознаютъ по утолщенію и недостаточной растяжимости ея. Собственно *перитонитическія сращения* прощупываются въ видѣ перепонокъ и тяжей, которые напрягаются между мѣстами, имѣющими брюшинный покровъ, главнымъ образомъ въ Дугласѣ и по сосѣдству съ придатками; ихъ распознаютъ, отдавливая высоко кверху влагалищные своды, какъ нѣжныя, тонкіе, часто разрывающіеся подъ пальцами тяжи, которые при дотрогиваніи большею частью болѣзненны. Дальнѣйшій признакъ перитонитическаго сращения есть фиксація подвижныхъ обыкновенно органовъ, главнымъ образомъ матки, трубъ, яичниковъ и кишекъ. Если матка утратила свою подвижность въ какомъ-либо направленіи или если перегнутую назадъ матку не удастся приподнять, то можно діагностировать перитонитическое сращеніе, если неподвижность касается преимущественно частей, покрытыхъ брюшиною; если не удастся приподнять опустившійся въ Дугласово пространство яичникъ или передвигать въ достаточной степени по тазовой стѣнкѣ нормально лежащій яичникъ, то мы имѣемъ дѣло съ результатомъ періоофорита; если на опредѣленныхъ мѣстахъ опухоли всегда констатируются подвижныя кишечныя петли или таковыя неизмѣнно лежатъ въ Дугласѣ, то это говоритъ за перитонитическую фиксацію ихъ. Можно далѣе заподозрить перитонитическія сращения на основаніи мѣстной боли при давленіи въ мѣстахъ, покрытыхъ брюшиною; если, напримѣръ, при крупныхъ яичниковыхъ опухоляхъ находятъ опредѣленные мѣста всегда болѣзненными, то это говоритъ за мѣстный перитонитъ, и здѣсь дѣйствительно находятъ большею частью при чревосѣченіи ограниченныя перитонитическія сращенія.

### Распознаваніе параметрита.

Подъ *параметритомъ* мы понимаемъ воспаленіе тазовой клѣтчатки, заложеной между брюшиною и *m. levator ani*, выполняющей въ маломъ тазу пространство между отдѣльными органами и окутывающей послѣдніе

(стр. 51); частичными проявлениями параметрита являются *paracystitis* и *paraproctitis*—воспаления тѣхъ отдѣловъ тазовой кѣлѣчатки, которые окружаютъ мочевой пузырь и прямую кишку. Въ болѣе широкомъ смыслѣ мы причисляемъ еще къ параметриту воспаления соединительнотканнхъ слоевъ, стоящихъ въ непрерывной связи съ параметріемъ, каковы савш граеритонеале Retzii, кѣлѣчатка на крыльяхъ подвздошнхъ костей, забрюшинная ткань, если только эти воспаления примыкаютъ къ заболѣваніямъ собственно параметріа. При болѣе застарѣлыхъ процессахъ эта связь часто утрачивается вслѣдствіе всасыванія нѣкоторыхъ отдѣловъ экссудата, и тогда трудно доказать, что воспаление отдаленной соединительной ткани беретъ начало изъ параметріа.

Параметритъ выступаетъ въ двухъ совершенно различныхъ формахъ: какъ *parametritis exsudativa* и какъ *parametritis retrahens*.

### I. Параметритическій экссудатъ.

Параметритическій выпотъ образуется вслѣдствіе отложенія въ щеляхъ соединительной ткани студенистой жидкости и представляетъ въ свѣжѣмъ сталіи неопредѣленно ограниченное, *мягко-эластическое припуханіе* пораженнаго участка; лишь тогда, когда отекъ въ окружности всосался и выпотѣвшая жидкость свернулась, экссудатъ выступаетъ въ своемъ характерномъ видѣ, какъ *твердая опухоль*; какъ таковая, онъ долго сохраняется и вслѣдствіе дальнѣйшаго сгущенія становится все тверже и плотнѣе. Посредствомъ всасыванія онъ можетъ совершенно исчезнуть и оставить нормальную, мягкую соединительную ткань, или же можетъ остаться мозолистое утолщеніе, которое ведетъ къ сморщиванію ткани и измѣненію положенія матки. Если выпотъ распространяется, то эти измѣненія продѣлываютъ все новые участки тазовой кѣлѣчатки, между тѣмъ какъ въ другихъ мѣстахъ можетъ уже наступить всасываніе; если наступаетъ гнойное размягченіе, то въ различныхъ мѣстахъ экссудата образуются маленькіе абсцессы, которые мало-по-малу сливаются въ большія скопленія гноя и большею частью прокладываютъ себѣ опредѣленный путь наружу.

**Распознаваніе.** Распознаваніе параметритическаго экссудата основывается на находеніи опухоли въ тазовой кѣлѣчаткѣ, обладающей извѣстными характерными свойствами.

**Положеніе экссудата.** Опухоль должна всегда находиться на такомъ мѣстѣ, гдѣ лежитъ параметральная соединительная ткань или одно изъ ея развѣтвленій. Чаще всего выпотъ появляется въ *задне-боковыхъ отдѣлахъ* горизонтальнаго пласта соединительной ткани и образуетъ здѣсь опухоль сбоку и сзади отъ матки; въ присоединеніе къ этому часть экссудата часто распространяется въ заматочной ткани на другую сторону таза и образуетъ такимъ образомъ петлю, которая обхватываетъ прямую кишку (рис. 123). Рѣже *заматочная ткань* одна является мѣстоположеніемъ выпота; въ такомъ случаѣ мы имѣемъ лежащую почти по срединной линіи заматочную опухоль, которая по сторонамъ утолщается

и разбивается, а книзу простирается въ *septum rectovaginale* и обыкновенно кончается рѣзкимъ краемъ на половинѣ высоты задней влагалищной стѣнки (рис. 124). Пуэрпальные экссудаты часто сидятъ *между листками широкой связки* и образуютъ тогда поверхъ тазового входа большія околоматочныя опухоли, которыя часто совершенно не спускаются въ собственно параметрїи и поэтому внутри не прощупываются; сбоку они доходят по *lig. infundibulo-pelvicum* до тазовой стѣнки (рис. 125). Если экссудатъ локализуется въ *соединительной ткани fossae iliacaе*, то получаютъ плоскія, широко сидящія опухоли, которыя соединяются съ маткой тяжами черезъ посредство широкой связки или совершенно разобщены съ нею, такъ что производятъ часто впечатлѣніе самостоятельныхъ опухолей. Если выпотъ отсюда распространяется далѣе вверхъ, то онъ попадаетъ въ клѣтчатку боковой и задней брюшной стѣнки, между тѣмъ какъ впередъ онъ направляется поверхъ Пупартовой связки къ передней брюшной стѣнкѣ. Изъ параметрїа экссудаты попадаютъ, отслаивая переднюю пластинку широкой связки, въ рыхлую клѣтчатку, окружающую мочевой пузырь и въ *cavum praeperitoneale Retzii* и отсюда подвигаются вверхъ въ подбрюшинной жировой ткани *передней брюшной стѣнки*. Эти экссудаты брюшныхъ покрововъ не идутъ выше пупочной области, такъ какъ на этомъ уровнѣ исчезаетъ рыхлая клѣтчатка между брюшиной и фасціей; обыкновенно они также

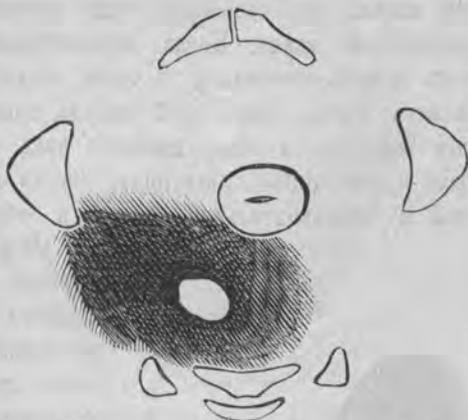


Рис. 123. Параметритическій экссудатъ въ лѣвомъ, заднемъ квадрантѣ. Р. О.  $\frac{1}{2}$ . Выпотъ переходитъ въ зашеечной ткани на другую сторону, обхватываетъ и суживаетъ прямую кишку.

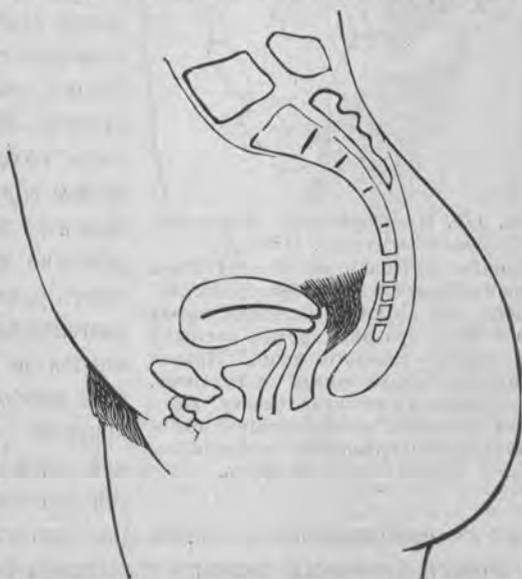


Рис. 124. Параметритическій экссудатъ въ *septum recto-vaginale*. Р. О. Экссудатъ, рис. 123, на среднемъ разрѣзѣ; онъ не доходитъ до *introitus'a* на 4см. сильное суженіе прямой кишки.

не переходят за срединную линию, так что въ общемъ они представляютъ плоскія утолщенія въ одной половинѣ передней брюшной стѣнки. Рѣже всего мы встрѣчаемъ выпотѣванія въ *parametrium anterius*—въ томъ отдѣлѣ клетчатки, который заложенъ между шейкой и пузыремъ; они образуютъ тяжеобразныя опухоли, простирающіяся вверхъ до половины высоты матки, по сторонамъ они исчезаютъ въ горизонтальномъ слое соединительной ткани. Когда параметральный выпотъ нагнаивается, то абсцессъ можетъ опуститься въ такія области, куда плотный экссудатъ не проникаетъ; такъ, напр., гной иногда покидаетъ тазовую полость черезъ *incisura ischiadica* и обнаруживается какъ абсцессъ на ягодицѣ подъ свободнымъ краемъ *glutaeus maximus*; иногда гной опускается въ паравагинальную и парапроктальную ткани и обнаруживается на промежности.

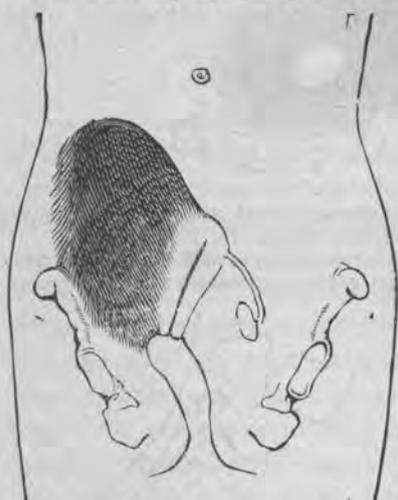


Рис. 125. Пуэрперальный межсвязочный экссудатъ. Р. О.  $\frac{1}{3}$ .

Выпотъ помѣшалъ маткѣ опуститься при ея обратномъ послѣродовомъ развитіи; дно матки по срединѣ между лобкомъ и пупкомъ, *portio vaginalis* на высотѣ тазового входа. Правая широкая связка занята экссудатомъ, величиною въ дѣтскую головку, который оставилъ неизгнаннымъ горизонтальный параметрій; широкое содавленіе съ *fossa iliaca*.

*Форма экссудата* чрезвычайно различна, смотря по формѣ соединительнотканного слоя, въ которомъ выпотъ распространяется. Тамъ, гдѣ брюшина образуетъ границу экссудата, форма его обыкновенно совершенно круглая, между тѣмъ какъ въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ онъ переходитъ въ здоровую клетчатку, граница бываетъ неправильная и разлитая, форма плоская и постепенно теряющаяся; если выпотъ граничитъ съ органами, напр. тазомъ, маткой, прямой кишкой, то послѣдніе образуютъ рѣзкую границу и часто обхватываются экссудатомъ. *Выпоты горизонтальнаго слоя клетчатки* плоски, широко расходятся, особенно въ нижнемъ отдѣлѣ, обхватываютъ прямую кишку, опускаются возлѣ влагалищнаго свода внизъ и распространяются по тазовой стѣнкѣ. *Межсвязочные экссудаты* сверху, поскольку они покрыты раздвинутыми листками широкой связки, совершенно круглы, снизу же они становятся широки и постепенно теря-

ются въ горизонтальномъ соединительнотканномъ слое. *Экссудаты боковой и задней брюшной стѣнки* представляютъ совершенно плоскія утолщенія ея, между тѣмъ какъ выпоты въ передней брюшной стѣнкѣ приобретаютъ своеобразную форму потому, что они сверху становятся все тоньше и оканчиваются острымъ краемъ, а книзу становятся все шире и массивнѣе и теряются въ горизонтальномъ слое клетчатки. Болѣе значительныя экссудаты *Дугласовыхъ складокъ*, поскольку они покрыты брюшиной, также круглы, книзу же они расширяются.

Благодаря всасыванию, форма экссудата значительно изменяется; так как всасывание всего быстрее совершается на периферии и в самых тонких местах экссудата, то последние сокращаются по направлению к главной массе, которая доль всего противостоят всасыванию, так, напр., к тазовой стенке или при межсвязочных выпотах к матке; с другой стороны, вследствие всасывания отдельных связующих частей форма может распадаться на несколько отдѣловъ.

*Связь экссудата* с соседними частями есть одно из важнейших свойств его, которым он наиболее отличается от всех других опухолей. Когда воспаление, подвигаясь вперед, достигает таза или какого-либо органа, то оно распространяется вокруг него и по нему в щелях соединительной ткани и создает затѣм при свертывании широкое, тѣсное соединеніе с нимъ (рис. 126); напримѣръ, выпоты в заднем квадрантѣ широко прилегают к боковой стенкѣ таза. Связь *с маткой* также весьма тѣсная, но образуется она, конечно, только на тѣх мѣстах, до которых доходит параметральная клетчатка; напримѣръ, экссудаты в горизонтальной клетчаткѣ широко подступают к боковой и задней поверхности шейки, обхватывают ее чаще сзади, рѣже спереди, а иногда окружают ее кольцомъ; межсвязочные экссудаты подходят к боковому краю матки, часто тоже обхватывают ее и, отслаивая рыхло прилежащую брюшину, переходят на переднюю и заднюю поверхность (рис. 127 и 128); кверху выиоть оканчивается на пограничной линіи между рыхлымъ и плотнымъ прикрѣпленіемъ брюшины и поэтому онъ никогда не достигаетъ дна матки. Если экссудатъ вступаетъ в связь съ

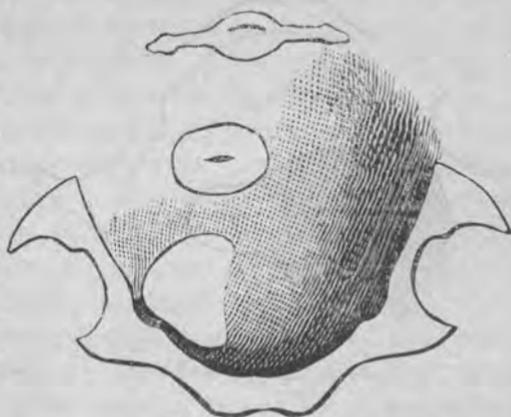


Рис. 126. Параметритическій экссудатъ в лѣвомъ переднемъ квадрантѣ и въ parametrium anterius. Экссудатъ находится въ широкой связи съ передней и лѣвой тазовой стенкой, смѣцаетъ пузырь вправо и между нимъ и передней перивикальной стенкой распространяется на другую сторону.

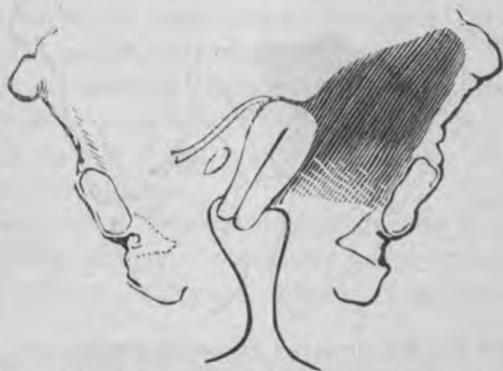


Рис. 127. Параметритическій экссудатъ в лѣвой широкой связкѣ и въ fossa iliaca. P. O. Экссудатъ оставилъ совершенно свободной горизонтальную клетчатку; весьма широкое соединеніе съ fossa iliaca; средняя часть выпота вмѣстѣ съ маткой весьма подвижна.

задней поверхности шейки, обхватывают ее чаще сзади, рѣже спереди, а иногда окружают ее кольцомъ; межсвязочные экссудаты подходят к боковому краю матки, часто тоже обхватывают ее и, отслаивая рыхло прилежащую брюшину, переходят на переднюю и заднюю поверхность (рис. 127 и 128); кверху выиоть оканчивается на пограничной линіи между рыхлымъ и плотнымъ прикрѣпленіемъ брюшины и поэтому онъ никогда не достигаетъ дна матки. Если экссудатъ вступаетъ в связь съ

*влагалищем*, что чаще всего бывает сзади, то онъ такъ тѣсно прилегается, что влагалищная стѣнка лежитъ на немъ совершенно неподвижно; если это не крупныя опухоли, а плоскія инфильтраціи, то вслѣдствіе своей тѣсной связи съ задней влагалищной стѣнкой онъ производятъ такое впечатлѣніе, какъ будто послѣдняя сама очень плотна и неподатлива. Всего характеристичнѣе соединеніе съ *прямой кишкой*: эксудатъ тѣсно обхватываетъ ее на большой сторонѣ и образуетъ неподатливое полукольцо, которое снаружи постепенно переходитъ въ плоское выпотѣваніе; если эксудатъ захватываетъ и заматочную ткань, и другой квадрантъ, то кольцо замыкается вокругъ прямой кишки и вызываетъ при сморщиваніи столь сильное суженіе ея, черезъ которое едва можетъ пройти одинъ палецъ. Чтобы прощунать это соединеніе съ прямой кишкой, надо палецъ ввести высоко поверхъ складки *Kohlrausch'a*. Слизистая оболочка на мѣстѣ эксудата неподвижна, при прободеніи прощупываютъ только небольшое отверстіе въ кольцо.

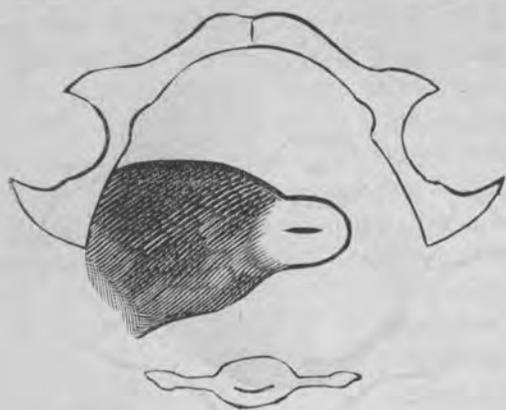


Рис. 128. То же самое на поперечномъ разрѣзѣ. Р. О. Широкое соединеніе съ лѣвымъ бокомъ матки; эксудатъ обхватываетъ ее, отслаивая заднюю пластинку широкой связки.



Рис. 129. Межсвязочный параметритическій эксудатъ въ состояніи всасыванія. Р. О. Главная масса эксудата занимаетъ еще середину связки; соединеніе съ маткой уже тоньше, а связь съ тазомъ исчезла, за исключеніемъ толстаго тяжа въ *lig. infundibulo-pelvicum*.

периферіи, то прежде всего втягиваются отростки, такъ что исчезаютъ болѣе тонкія соединенія съ отдѣльными органами, между тѣмъ какъ болѣе толстыя массы еще остаются. Такимъ образомъ бываетъ при эксудатахъ въ горизонтальной части параметрія, что они не имѣютъ болѣе связи съ маткой, они широко прилегаютъ къ тазу въ видѣ треугольной, плоской массы, между тѣмъ какъ срединная часть тазовой кѣлѣчатки уже свободна; съ дальнѣйшимъ ходомъ всасыванія эти выпоты все болѣе стягиваются къ тазовой стѣнкѣ и симулируютъ аномаліи таза, напр. косо-

Когда наступаетъ *всасываніе эксудата*, то связь съ сосѣдними органами существенно измѣняется; такъ какъ всасываніе начинается на

сбуженный тазъ, экзостозы, тазовыя опухоли. Рѣже бываетъ, что сперва исчезаетъ связь съ тазомъ и экссудаты отступаютъ къ маткѣ, чаще всего еще при интралигаментарныхъ экссудатахъ (рис. 129), послѣдніе представляются тогда въ видѣ кругловатыхъ опухолей на боковой стѣнкѣ матки и симулируютъ міомы. Параметритическіе выпоты, лежащіе на крыльяхъ подвздошныхъ костей или въ брюшныхъ покровахъ, теряютъ вслѣдствіе всасыванія свое тонкое соединеніе съ маткой, и тогда трудно установить, что исходнымъ пунктомъ ихъ явился параметрій.

*Подвижность* параметритическихъ экссудатовъ зависитъ отъ связи ихъ съ тазомъ; чѣмъ шире послѣдняя, тѣмъ опухоль неподвижнѣе; съ другой стороны, срединныя части подобнаго экссудата могутъ сохранять извѣстную степень подвижности (рис. 127). Межвизочные выпоты, не имѣющіе болѣе связи съ тазомъ, могутъ даже обнаруживать довольно высокую степень подвижности вмѣстѣ съ маткой.

Экссудатъ не обладаетъ особой, характерной для него *консистенціей*: встрѣчаются всевозможные переходы отъ мягкой и рыхлой и до твердой, какъ кость. Свѣжіе выпоты на-ощупь мягки, эластичны и нѣсколько податливы; но уже черезъ нѣсколько дней сочность пропадаетъ и уступаетъ мѣсто твердой неподатливости; твердость быстро увеличивается, становится все плотнѣе, пріобрѣтая рубцовый характеръ, въ противоположность упругой и хрящевой твердости карциномъ. Когда появляется нагноеніе въ экссудатѣ, то консистенція становится на ограниченныхъ мѣстахъ нѣсколько мягче, но лишь рѣдко наблюдается флюктуация въ области всей опухоли; только тамъ, гдѣ готовится прободеніе, получается явственное размягченіе и удается констатировать флюктуацию. Лучше всего можно судить о консистенціи экссудата, ощупывая его снизу, особенно со стороны прямой кишки, сверху же нельзя отчетливо ощупать изъ-за кишекъ.

*Болезненность* не имѣетъ здѣсь діагностическаго значенія; наоборотъ, мы наблюдаемъ, что крупныя экссудаты параметрія почти безболѣзненны, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, которые осложняются периметритомъ и трубными опухолями.

Въ сомнительныхъ случаяхъ можно воспользоваться и *анамнезомъ*, который указываетъ намъ на понятную этиологію для экссудата (пуэрперій, выкидышъ, операція) или на острое начало съ ознобомъ и послѣдующей продолжительной лихорадкой; особенно можно этому придавать значеніе при пуэрперальныхъ экссудатахъ.

*Наблюденіе* за больной можетъ иногда помочь рѣшенію вопроса, если мы констатируемъ сильно послабляющую лихорадку; болѣе цѣнно наблюденіе, что спорная опухоль медленно уменьшается, особенно подъ влияніемъ всасывающаго леченія.

*Дифференціальная діагностика* параметритическихъ экссудатовъ играетъ большую роль въ виду частоты ихъ и въ виду разнообразія данныхъ ощупыванія, которыя получаютъ при нихъ; смѣшиваніе возможно въ

общемъ со всѣми твердыми опухолями въ окружности матки. Уплотненные экссудаты могутъ иногда создавать картину, весьма сходную съ *подсывороточными миомами*, особенно возможна ошибка въ этомъ направленіи при межсвязочныхъ выпотахъ въ виду ихъ круглой формы и широкой связи съ маткой. Для различительнаго распознаванія надо всегда обращать вниманіе на контуры: при миомѣ они вездѣ круглы, только не у ножки, между тѣмъ какъ параметритическіе экссудаты могутъ быть совершенно круглы сверху, гдѣ они покрыты обѣими пластинками широкой связки (особенно при отсутствіи осложняющаго периметрита и сращеній съ кишками), зато снизу и сбоку они не круглы, а, слѣдуя распредѣленію клѣтчатки, расходятся, расширяются и плотно соединяются съ тазовой стѣнкой. Дальнѣйшая разница заключается въ связи съ маткой: при миомахъ всегда можно констатировать ножку (правда, часто очень широкую), между тѣмъ какъ выпоты гораздо тѣснѣе соединяются съ маткой, причѣмъ, отслаивая рыхло прикрѣпленную брюшину, облѣпляютъ ее, одновременно прилегая къ передней и задней маточной стѣнкѣ; часто уясняютъ діагнозъ продолженія экссудата въ *septum recto-vaginale* или въ другихъ пластахъ соединительной ткани. Во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ надо изслѣдовать *per rectum*; тогда при миомахъ мы съумѣемъ и снизу опредѣлить круглыя очертанія и отчетливое отграниченіе отъ тазовой стѣнки, при экссудатахъ же мы найдемъ широкое прилеганіе къ стѣнкѣ таза. При сочетаніи экссудатовъ и миомъ діагнозъ становится весьма труднымъ. При межсвязочныхъ выпотахъ различіе отъ миомъ становится гораздо труднѣе тогда, когда горизонтальный параметрій остается совершенно свободнымъ, и мы не находимъ на нижнемъ контурѣ характернаго широкаго расхожденія, иногда отдѣльные соединительнотканые тяжи даютъ еще здѣсь опору для діагноза. Подвижность опухоли еще не говоритъ за миому, такъ какъ и интралигаметарные экссудаты, если они не достигаютъ тазовой стѣнки, бываютъ подвижны вмѣстѣ съ маткой, зато выпоты горизонтальнаго параметрія весьма отличаются отъ миомъ отсутствіемъ подвижности. Въ извѣстномъ рядѣ случаевъ можно рѣшить вопросъ въ пользу миомы помощью зонда, которымъ констатируютъ замѣтное удлиненіе маточной полости.

Гораздо труднѣе смѣшать съ миомами интраперитонеальные экссудаты, такъ какъ они имѣютъ жидкое содержимое и долгое время сохраняютъ таковое; только стувившись, они получаютъ плотную консистенцію, но по мѣрѣ затвердѣнія выступаетъ и неправильность очертаній, которая въ свою очередь облегчаетъ распознаваніе. И здѣсь круглый контуръ говоритъ въ пользу миомы, особенно на верхней периферіи, гдѣ при межбрюшинныхъ выпотахъ границы бываютъ обыкновенно неправильны вслѣдствіе приращенія кишечныхъ петель, между тѣмъ какъ снизу очертанія могутъ быть круглыми и при экссудатахъ, благодаря покрывающей ихъ брюшинѣ Дугласова пространства. Зондъ можетъ здѣсь быть примененъ съ діагностическою цѣлью такъ же, какъ при параметритическихъ экссудатахъ.

При различительномъ распознаваніи между міомами и экссудатами симптомы почти лишены значенія, даже болѣзненность можетъ совершенно отсутствовать при старыхъ экссудатахъ; зато анамнезъ, обнаруживая острое, лихорадочное начало, даетъ доказательство въ пользу выпота. Большое значеніе для дифференціального діагноза этихъ обоихъ заболѣваній имѣетъ *наблюденіе за больной*: міомы сохраняютъ свою величину или растутъ очень медленно, во всякомъ случаѣ никогда не уменьшаются или весьма медленно и то только при особо благоприятныхъ условіяхъ, между тѣмъ какъ экссудаты часто совершенно исчезаютъ въ весьма короткое время, особенно при содѣйствіи всасывающаго леченія, или они значительно уменьшаются и такъ измѣняютъ свою форму, что ихъ теперь гораздо легче узнать по очертаніямъ и соединенію съ сосѣдними органами. Поэтому въ сомнительныхъ случаяхъ можетъ иногда рѣшить изслѣдованіе, повторенное спустя одинъ или два мѣсяца.

Дифференціальный діагнозъ между параметритическимъ экссудатомъ и *pyosalpinx* представляетъ часто трудно разрѣшимую задачу. Прежде болѣею частью смѣшивали оба состоянія въ виду одинаковости анамнеза и симптомовъ и сходства пальпаторныхъ данныхъ, да и теперь еще малоопытный изслѣдователь навѣрное принимаетъ болѣею частью *pyosalpinx* за экссудатъ. Въ послѣдніе годы, благодаря часто предпринимаемой провѣркѣ данныхъ ошупыванія при чревосѣченіи, научились различать оба состоянія, но и въ настоящее время приходится преодолевать немало діагностическихъ трудностей, въ особенности когда оба заболѣванія комбинируются; вопросъ, имѣемъ-ли мы дѣло только съ экссудатомъ или съ трубною опухолью, или наряду съ экссудатомъ еще поражена и труба, или пораженная труба составляетъ центръ выпота, ставить и теперь еще иногда большія требованія нашему распознавательному искусству. Отъ консистенціи нельзя ожидать разъясненія, какъ можно было бы а priori думать, такъ какъ *pyosalpinx*, даже если онъ содержитъ порядочное количество гноя, не флюктуируетъ, а бываетъ столь же твердымъ на-ощупъ какъ экссудатъ. Важно, напротивъ, *положеніе опухоли по отношенію къ маткѣ*: выпоты лежатъ въ общемъ глубже, возлѣ шейки и иногда оттѣсняютъ внизъ влагалищный сводъ; даже если они заложены въ *lig. latum* возлѣ тѣла матки, они болѣею частью захватываютъ кромѣ того еще и нижнія части широкой связки и распространяются на горизонтальную клѣтчатку; высокое положеніе опухоли возлѣ дна матки сильно говоритъ въ пользу трубнаго заболѣванія. Экссудаты обыкновенно болѣе плоски и разлиты, между тѣмъ какъ трубныя опухоли кругловаты, особенно верхній контуръ ихъ, и даже если онѣ комбинируются съ выпотами, то кое-гдѣ можно все-таки еще опредѣлить округленность очертаній. Снизу, тоже и со стороны прямой кишки, различеніе между обоими заболѣваніями часто бываетъ трудно потому, что какъ-разъ подъ основаніемъ *pyosalpinx*'а чаще всего и отлагаются экссудаты. Если находятъ по обѣимъ сторонамъ возлѣ дна матки опухоли съ вышеописанными свой-

ствами, то весьма вѣроятно, что предъ нами двустороннее пораженіе Фаллопиевыхъ трубъ.

*Гематомы из тазовой клетчатки* даютъ при ощупываніи картину, столь сходную съ экссудатами, что ихъ не всегда возможно различить. Кровь, которая изливается въ тазовую клетчатку большею частью вслѣдствіе разрыва крупной вены, рѣже вслѣдствіе лопанія трубной беременности, раздвигаетъ и разрываетъ клетчатку и слѣдуетъ ей развѣтвленіямъ въ томъ же родѣ, какъ экссудатъ. Локалізація гематомы большею частью возлѣ матки въ широкой связкѣ, отсюда она простирается до таза, часто обхватываетъ матку, особенно на задней поверхности ея, и переходитъ затѣмъ въ параметрій другой стороны (рис. 130). Консистенція вначалѣ мягка и эластична, но вслѣдствіе свертыванія крови становится вскорѣ тверже, все-таки большею частью не столь равномерно плотной, какъ при выпотѣ; жидкіе и плотные участки встрѣчаются попере-

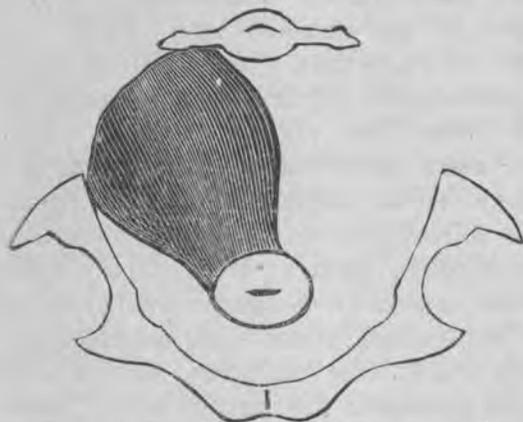


Рис. 130. Гематома въ правой широкой связкѣ. Р. О.  $\frac{1}{3}$ . Опухоль находится въ широкомъ соединеніи съ правымъ бокомъ матки, она выпячиваетъ и отчасти отслаиваетъ заднюю пластянку lig. lat. Консистенція попеременно то плотная, то мягкая, горизонтальный параметрій свободенъ.—Четыре недѣли тому назадъ больная упала; неправильныя кровотечения. Диагнозъ подтвержденъ пробнымъ проколомъ.

мѣнно. Связь гематомъ съ тазомъ и маткой обыкновенно не такъ широка и тѣсна, какъ при экссудатѣ. И такъ главныя различія между гематомой и экссудатомъ заключаются, во-первыхъ, въ кон-

систенціи, которая при выпотахъ всегда отличается болѣе равномерной плотностью, и, во-вторыхъ, въ формѣ, такъ какъ гематомы въ общемъ представляютъ болѣе кругловатыя опухоли, которыя рѣдко посылаютъ отдаленные отростки къ сосѣднимъ органамъ, между тѣмъ какъ выпоты обыкновенно болѣе плоски и разлиты и то тамъ, то здѣсь широко связываются съ сосѣдними органами. Наибольшее сходство представляютъ старыя гематомы и выпоты въ широкой связкѣ. Такъ какъ пальпаторныя данныя не всегда надежны, тѣмъ болѣе, что къ кровоизліяніямъ могутъ присоединиться воспалительныя утолщенія соединительной ткани, то надо призвать на помощь анамнезъ; онъ указываетъ на острое начало съ лихорадкой при экссудатахъ, между тѣмъ какъ гематомы, хотя тоже большею частью возникаютъ остро, но сопровождаются нерѣдко обморокомъ и внезапными сильными болями и присоединяются къ менструаціи или къ травмѣ. Изъ симптомовъ я долженъ отмѣтить при гематомахъ отсутствіе лихорадки, часто анэмичный видъ и иногда продолжительныя маточныя кровотечения.

*Паратифлитические экссудаты*, особенно старые, могут легко быть смѣшаны съ параметритическими экссудатами, расположенными въ fossa iliaca, тѣмъ болѣе, что они могутъ настолько опуститься въ lig. latum, что станутъ близки къ маткѣ. Если вспомнимъ къ тому, что при параметритическихъ выпотахъ, которые распространились вверхъ на крыло подвздошной кости, можетъ вследствие всасыванія исчезнуть связь съ маткой, то намъ будетъ понятно, что картина можетъ получиться весьма сходная. За паратифлитическій экссудатъ говорить, однако, то обстоятельство, что главная масса его лежитъ на крыльѣ подвздошной кости, между тѣмъ какъ срединная часть широкой связки совершенно мягка и свободна (рис. 131); далѣе эти выпоты отличаются тѣмъ, что, будучи покрыты слѣпой кишкой, они обнаруживаютъ очень мягкіе и неопредѣленные контуры и притупленно-барабанный звукъ; наконецъ, они болѣе окружаютъ соесис, нежели параметритическіе экссудаты, которые лежатъ скорѣе плоско на fossa iliaca.

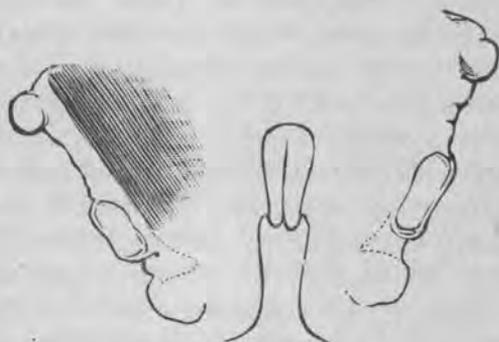


Рис. 131. Паратифлитическій экссудатъ. Р. О. Опухоль, величинаю въ кулакъ, плотно фиксированная въ fossa iliaca; она нѣсколько вдается въ тазъ, но все-таки остается въ отдаленіи отъ матки. Консистенція по периферіи очень твердая, сверху мягкая, благодаря прилеганію кишки.

Изъ показаній больной острое начало, послѣдовавшее послѣ продолжительнаго запора, и многократные рецидивы говорятъ въ пользу paratyphlitis. Чрезвычайно часто ведетъ къ ошибочному диагнозу паратифлита правосторонній периметритъ и поражение придатковъ; причиною здѣсь недостаточно тщательное, *только наружное* изслѣдованіе; при надавливаніи получаемъ боли съ правой стороны и безъ дальнѣйшихъ размышленій относимъ ихъ къ слѣпой кишкѣ, тѣмъ болѣе, что на-лицо и запоръ, въ которомъ вѣдь нѣтъ недостатка ни при одномъ гинекологическомъ страданіи. Большинство случаевъ «воспаленія слѣпой кишки», которые были направлены къ намъ въ клинику врачами, оказывались потомъ правосторонними периметритами и болѣзнями придатковъ.

Я видѣлъ нѣсколько разъ, что *карциномы прямой кишки* принимались (случалось это и со мною) за заматочные параметритическіе экссудаты, если онѣ вызывали на уровнѣ шейки парапроктическія инфильтраціи; онѣ доже представляютъ неподвижныя опухоли, которыя только нѣсколько тверже, нежели экссудаты. Лишь только наступаютъ явленія со стороны прямой кишки, то изслѣдованіе per rectum тотчасъ выяснитъ діагнозъ.

*Различіе пери- и параметритическаго экссудата пред-*

ставляет иногда трудную задачу и вопреки всякой діагностической про-  
 ницательности удается не всегда уже потому, что они часто комбиниру-  
 ются; существуетъ, однако, рядъ отличительныхъ признаковъ, которые въ  
 большинствѣ случаевъ дѣлають дифференціальный діагнозъ возможнымъ.  
 Мѣстоположеніе экскудата чаще всего рѣшаетъ и его характеръ, такъ  
 какъ сбоку лежащія опухоли принадлежать большею частью клѣтчаткѣ,  
 а лежащія срединно позади матки принадлежать Дугласову пространству.  
 Поэтому поводъ къ смѣшиванію дають собственно только заматочные  
 экскудаты, которые могутъ образоваться какъ въ Дугласѣ, такъ и въ  
 зашеечномъ параметріи. Отъ положенія выпота зависить *смѣщеніе матки*;  
 сильное перемѣщеніе въ сторону (*lateropositio*) указываетъ на лежащей  
 сбоку параметритическій экскудатъ, перемѣщеніе впередъ (*anteropositio*) на  
 опухоли Дугласа или ретроцервикальной ткани. Параметритическій выпоть  
 развивается подъ Дугласовымъ пространствомъ, поэтому онъ въ общемъ  
 лежитъ нѣсколько глубже и *ближе къ задней влагалищной стѣнкѣ*;  
 вслѣдствіе этого послѣдняя лежитъ большею частью неподвижно на опу-  
 холи, между тѣмъ какъ при чистыхъ экскудатахъ Дугласа, когда про-  
 межуточная клѣтчатка свободна, стѣнка сохраняетъ еще извѣстную сте-  
 пень подвижности. Въ большинствѣ случаевъ рѣшаетъ вопросъ *нижній  
 контуръ*: при перитонитическихъ экскудатахъ онъ, соответственно Ду-  
 гласову пространству, круглый или овальный, во всякомъ случаѣ рѣзко  
 ограниченный, между тѣмъ какъ заматочные выпоты клѣтчатки распро-  
 страняются книзу въ *septum recto-vaginae* и имѣють вслѣдствіе этого  
 заостренный конецъ, опускаются ниже и далѣе въ стороны по стѣнкѣ  
 таза, нежели экскудатъ Дугласа. Наибольшее значеніе я придаю *отно-  
 шенію экскудата къ прямой кишкѣ*: такъ какъ прямая кишка ле-  
 житъ на уровнѣ Дугласова пространства въбрюшинно и окружена лишь  
 парапроктической клѣтчаткой, то всякая опухоль Дугласа, будь это вы-  
 потъ или haematocoele, отодвинетъ только прямую кишку въ сторону, но  
 не будетъ окружать ее; параметритическіе же экскудаты вступаютъ въ  
 гораздо болѣе тѣсныя отношенія къ прямой кишкѣ, они ее обхватываютъ,  
 кольцеобразно суживаютъ и неподвижно соединяются съ слизистой обо-  
 лочкой ея. Изслѣдованіе *per rectum* одно уясняетъ намъ эти различныя  
 отношенія; если опухоль только съ одной стороны выпячиваетъ стѣнку  
 прямой кишки и отдѣляетъ кишечную трубку къ стѣнкѣ таза, между  
 тѣмъ какъ слизистая оболочка надъ опухолью остается подвижна, то мы  
 имѣемъ дѣло большею частью только съ экскудатами Дугласа, — кольце-  
 образное же обхватываніе, всестороннее суженіе (какъ-будто пробойни-  
 комъ выбитое круглое отверстіе въ экскудатѣ), неподвижность слизистой  
 говорятъ за параметритическій выпоть. Рѣшающими могутъ быть также  
*отношенія къ задней маточной стѣнкѣ*: пельвео-перитонитическій  
 экскудатъ не знаетъ границъ и соединяется съ задней маточной стѣнкой  
 на всемъ протяженіи брюшиннаго покрова, слѣдовательно до дна и выше,  
 между тѣмъ какъ въбрюшинно лежащій выпоть останавливается на по-

трапичной линіи рыхлаго прикрѣпленія брюшины и оставляетъ верхнюю половину тѣла матки свободной. *Консистенція* выпота въ не очень застарѣлыхъ случаяхъ весьма характерна: перитонитическіе экссудаты большею частью мягки, кистовидно флюктуируютъ, между тѣмъ какъ параметритическіе очень рано твердѣютъ; лишь при застарѣлыхъ, уплотненныхъ выпотахъ различеніе болѣе трудно.

### Parametritis retrahens.

Parametritis retrahens есть хроническое воспаленіе тазовой клѣтчатки, которое съ самаго начала выражается въ уплотнѣніи и сморщиваніи; оно почти исключительно локализируется въ заднихъ отдѣлахъ параметрія, специально въ обѣихъ Дугласовыхъ складкахъ (parametritis post.). Наклонность къ распространенію рѣдко встрѣчается, часто однако одновременно съ Дугласовыми складками поражается сосѣдняя клѣтчатка, иногда также соединительная ткань, заложенная въ lig. infundibulo-pelvicum; нерѣдко присоединяются периметритическіе процессы въ прилегающей къ пораженной клѣтчаткѣ брюшинѣ и ведутъ къ приращенію яичника на этомъ мѣстѣ. Постояннымъ послѣдствіемъ этого сморщивающаго параметрита являются *измѣненія въ положеніи матки* вслѣдствіе натяженія шейки, они и стоятъ на первомъ планѣ въ пальпаторной картинѣ. Если мы имѣемъ дѣло съ двусторонней parametritis retrahens, то находимъ матку въ retropositio; если пораженъ только или преимущественно *одинъ* параметрій, то шейка притянута назадъ и въ большую сторону и получаютъ наклоненія матки въ сторону (lateroversio), рѣже перемѣшенія (positio) съ закручиваніемъ (torsio). Если поражается клѣтчатка въ lig. infundibulo-pelvicum, то она сморщивается и фиксируетъ яичникъ къ тазовой стѣнкѣ; я называю это состояніе *paraooophoritis*. Въ рѣдкихъ случаяхъ весь горизонтальный пластъ соединительной ткани сокращенъ и сморщенъ (*Freund*).

*Распознаваніе.* При комбинированномъ изслѣдованіи прежде всего бросается всегда въ глаза *измѣненіе въ положеніи матки*. Установивъ затѣмъ, что матка фиксирована въ этомъ ложномъ положеніи, изслѣдуютъ далѣе, сидитъ-ли *фиксация въ области тѣла или шейки*. При неосложненной parametritis retrahens находятъ все Дугласово пространство свободнымъ и тѣло матки подвижнымъ по всѣмъ направленіямъ; если затѣмъ отдалить задній сводъ кверху, а шейку смѣстить впередъ, то найдемъ послѣднюю фиксированной сзади или на одной сторонѣ (рис. 132) и въ то же время вызовемъ боли вслѣдствіе натяженія фиксирующихъ тяжей; по направленію, въ которомъ движеніе шейки затруднено и болѣзненно, можно заключить о локализациіи воспаленія. На пораженной сторонѣ *параметрій сильно укороченъ и утолщенъ*, въ болѣе свѣжихъ случаяхъ онъ обнаруживаетъ отчасти тѣстоватое припуханіе, въ старыхъ онъ неподатливъ, жилистъ; влагалитный сводъ часто неподатливъ, какъ если бы онъ самъ былъ инфильтрированъ. При *двусторонней типической param. post.* находятъ весь задній влагалитный сводъ туго натянутымъ, и если внутренними пальцами напрягать Дугласовы складки посредствомъ

отодвигания вперед влагалищной части и в то же время отдавливать сводь-кверху, то можно отчетливо прощупать два тяжа, которые сходятся под-острым углом позади шейки; несравненно лучше еще прощупываются они, если войти пальцем высоко в rectum, особенно под наркозом: они представляются тогда в видъ туго натянутых складок, которые сливаются позади шейки, къ которымъ спереди примыкаютъ большею-частью отдѣльные разлитые тяжи. Диагноз param. post. несомнѣнно легче всего поставить при изслѣдованіи per rectum. При *paraooophoritis* нахо-

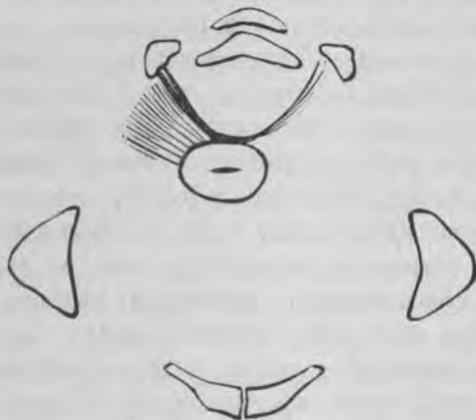


Рис. 132. Parametritis retrahens. P. O. 1/3. Правая Дугласова складка и лежащая впереди нея клетчатка сморщилась и повела къ смѣщенію шейки вправо.

Отъ выпотного параметрита тоже могутъ остаться послѣ прободенія, опороженія или неполнаго всасыванія рубцовыя, мозолистыя утолщенія въ клетчаткѣ, которыя могутъ вести къ смѣщенію матки; но эти *residua-parametritidis* не такъ строго локализируются въ заднихъ квадрантахъ или въ Дугласовыхъ складкахъ, а встрѣчаются вездѣ, гдѣ возможны экссудаты; кромѣ того, они не столько тяжеобразны, сколько плоски, разлиты, большею частью плотны и неподатливы и занимаютъ болѣе значительные отдѣлы въ параметріи.

*Различіе пара-и периметритическихъ тяжей* основывается прежде всего на ихъ положеніи; послѣдніе встрѣчаются по всей окружности матки, главнымъ образомъ вблизи придатковъ, между тѣмъ какъ первые сидятъ только въ окружности шейки и очень близко прилегаютъ къ влагалищному своду; первые большею частью весьма многочисленны, между тѣмъ какъ при *parametritis posterior* прощупываются только оба тяжа Дугласовыхъ складокъ; параметритическіе тяжи очень неподатливы, жилисты, рубцовы, неразрывчаты, периметритическіе же нѣжны, часто тонки, какъ паутина, и легко рвутся подъ пальцемъ. Фиксація тѣла или шейки матки, смотря по тому, сидитъ-ли она на мѣстахъ, покрытыхъ брюшиной или клетчаткой, тоже можетъ служить для дифференціального діагноза.

дять яичникъ прикрѣпленнымъ къ тазовой стѣнкѣ только однимъ тяжемъ — сморщеннымъ *lig. infundibulopelvicum*, въ противоположность къ развивающемуся по всей периферіи періоофориту; натяженіе сморщенной связки причиняетъ боли.

При рубцовомъ сморщиваніи всей тазовой клетчатки (*parametritis atrophicans*) находятъ весь горизонтальный соединительнотканый пластъ неподатливымъ и жилистымъ, часто твердымъ, какъ доска; при этомъ матка оттянута вверхъ и совершенно фиксирована.

## Распознаваніе катарровъ.

**Определеніе.** Катаррами или воспаленіями слизистыхъ оболочекъ мы называемъ группу заболѣваній, которыя *анатомически* выражаются гипереміей и отложеніемъ воспалительныхъ продуктовъ въ формѣ выпотовъ или молодыхъ клѣтокъ въ толщѣ или на поверхности слизистыхъ оболочекъ, и которыя при хроническихъ состояніяхъ сопровождаются размноженіемъ и увеличеніемъ составляющихъ слизистую оболочку элементовъ. *Клинический* характеръ ихъ заключается въ усиленной дѣятельности слизистой оболочки и отдѣльныхъ ея составныхъ частей и въ рядѣ страданій, которыя вызываются непосредственно или рефлекторно измѣненной слизистой или ея воспалительными продуктами.

**Подраздѣленіе.** Катарры могутъ появляться во всѣхъ отдѣлахъ слизистой оболочки, начиная отъ наружныхъ половыхъ частей и до брюшного конца fallopieвой трубы. Мы подраздѣляемъ ихъ на:

*Vulvitis*, т. е. катарръ слизистой оболочки vestibulum и introitus vaginae.

*Kolpitis* или vaginitis, т. е. катарръ слизистой оболочки влагалища отъ hymen'a вверхъ до os externum cervicis.

*Endometritis*, т. е. катарръ слизистой оболочки матки отъ os externum вверхъ до os tubae uterinum, который подраздѣляется далѣе на

*Endometritis cervicis* или *catarrhus cervicis*, когда поражена слизистая отъ наружнаго до внутренняго зѣва и

*Endometritis corporis* или *catarrhus corporis*, если поражена слизистая отъ внутренняго зѣва до маточнаго отверстія трубы.

*Endosalpingitis*, т. е. воспаленіе слизистой оболочки трубы.

Катарръ рѣдко поражаетъ одинъ изъ этихъ отдѣловъ, а большею частью нѣсколько заразъ; далѣе онъ имѣетъ большую склонность распространяться снизу вверхъ или, если онъ начался сверху, то поражаетъ вторично ниже-лежащіе отдѣлы. На этомъ основаніи катарръ слизистой оболочки долженъ быть разсматриваемъ какъ нѣчто связанное. Но такъ какъ разные отдѣлы слизистой оболочки анатомически и физиологически весьма различны, то и заболѣванія выступаютъ подъ совершенно различными анатомическими и клиническими картинами. На этомъ основаніи будетъ сперва рѣчь особо о заболѣваніи каждого отдѣла, а потомъ мы разсмотримъ ихъ съ одной общей точки зрѣнія.

Начиная сверху, я пропускаю здѣсь endosalpingitis, такъ какъ она представляетъ самый важный отдѣлъ трубныхъ заболѣваній и была уже изложена при нихъ.

### Endometritis.

**Определеніе.** Endometritis corporis есть воспаленіе слизистой оболочки тѣла матки, начиная отъ внутренняго зѣва вверхъ до маточнаго

конца трубы. Понятіе о воспаленіяхъ слизистой оболочки клинически трудно отграничить отъ чисто функциональныхъ разстройствъ слизистыхъ оболочекъ; такъ, напримѣръ, женщина можетъ страдать тяжелыми меноррагіями при хроническомъ эндометритѣ, во также при совершенно здоровомъ эндометріи, напр. вслѣдствіе сердечныхъ болѣзней; то же самое тяжелая дисменоррея появляется какъ при эндометритѣ, такъ и на чисто первой почвѣ при совершенно здоровомъ эндометріи. Часто только микроскопъ можетъ рѣшить, воспалена-ли въ такихъ случаяхъ слизистая оболочка или здорова. Поэтому для понятія эндометрита требуются на первомъ планѣ анатомическія измѣненія слизистой оболочки. Тѣмъ не менѣе мы можемъ прибѣгать къ микроскопу для распознаванія эндометрита только въ ограниченномъ числѣ случаевъ; болѣею же частью примѣненіе его ограничивается послѣдовательнымъ изслѣдованіемъ удаленной съ лечебными цѣлями слизистой оболочки. *Пробное выскабливаніе матки только съ цѣлью распознаванія эндометрита не позволительно*, иначе пришлось бы у безчисленнаго множества больныхъ дѣлать безъ надобности эту не всегда безопасную операцію. Мы должны стараться поставить діагнозъ всѣми имѣющимися въ нашемъ распоряженіи *клиническими* средствами, а анатомическое изслѣдованіе удаленныхъ затѣмъ массъ подтвердить или исправить діагнозъ; только въ этомъ смыслѣ клиническое и анатомическое изслѣдованіе эндометрита должны пополнять другъ друга.

**Подраздѣленіе.** Подъ понятіемъ эндометрита подразумѣваютъ цѣлый рядъ состояній, которыя представляютъ совершенно различныя анатомическія и клиническія картины и столь различную этиологію, патологическую анатомію и симптоматологію, что еще только локалізація въ эндометріи образуетъ единственное связующее звено между ними. *Поэтому какъ для дидактическихъ, такъ и для практическихъ цѣлей настоятельно необходима классификація.* Помимо само собою понятнаго подраздѣленія на острыя и хроническія, ограниченныя и разлитыя формы, пробовали также класть въ основу классификаціи общіе принципы. Всего естественнѣе *анатомическая точка зрѣнія*, положенная *Ruge* въ основѣ его подраздѣленія на *endometritis glandularis*, *end. interstitialis* и *end. diffusa*, къ которымъ примыкаютъ еще другія формы какъ *end. deciduae*, *end. post abortum* и *end. exfoliativa*. Для діагностическихъ цѣлей и вообще на практикѣ эта точка зрѣнія не пригодна, во-первыхъ, потому, что она всегда предполагаетъ анатомическое изслѣдованіе, которое мы, какъ разъяснено выше, не можемъ предпринимать для распознавательныхъ цѣлей, а выполняемъ всегда лишь послѣ леченія, а во-вторыхъ, потому, что этимъ различнымъ анатомическимъ картинамъ не соответствуютъ опредѣленныя клиническія состоянія; попытки, которыя *Veit* сдѣлалъ, чтобы согласовать одно съ другимъ, еще слишкомъ новы и мало доказательны, чтобы быть введенными въ практику. Изъ совершенно другой точки зрѣнія исходитъ *Winckel*, который раздѣляетъ эндометриты по ихъ *этиологіи* и различаетъ 12 формъ.

Нѣтъ сомнѣнія, что съ научной точки зрѣнія этотъ принципъ для подраздѣленія самый правильный, но помимо того, что многія изъ этихъ формъ еще не установлены твердо, эта точка зрѣнія пока не пригодна для діагностики, такъ какъ опредѣленіе причинъ частью невозможно, частью выполнимо лишь помощью сложныхъ методовъ. Для практика было бы удобно подраздѣленіе по тремъ *главнымъ симптомамъ* (кровотеченія, боли, выдѣленія) на *end. haemorrhagica, dysmenorrhoeica, catarrhalis*, если бы во множествѣ случаевъ не наблюдались нѣсколько симптомовъ въ одинаковой силѣ или частая смѣна ихъ. Съ точки зрѣнія современныхъ діагностическихъ знаній я считаю болѣе правильнымъ *отказаться отъ всякой классификаціи* и вмѣсто этого *понятіе объ эндометритѣ брать какъ нѣчто цѣлое*; насколько мы въ настоящее время въ состояніи уже выдѣлить изъ общей картины діагнозы отдѣльныхъ формъ, какъ, напр., *end. gonorrhoeica, end. exfoliativa, end. fungosa*, я это въ соответственныхъ мѣстахъ сдѣлаю.

**Распознаваніе.** При распознаваніи эндометрита намъ приходится избрать другой путь, не тотъ, что при другихъ болѣзняхъ: *намъ приходится въ большей или меньшей степени отказаться отъ объективныхъ данныхъ и вмѣсто этого пользоваться симптомами для діагноза*. Причина этому лежитъ въ томъ, что эндометритъ *собственно не представляетъ никакихъ пальпаторныхъ данныхъ*, а только незначительныя измѣненія въ полости матки, между тѣмъ какъ симптомы, съ другой стороны, могутъ выступать въ столь характерной формѣ и представлять столь рѣзкую клиническую картину, что распознаваніе часто возможно безъ изслѣдованія больной. Я намѣренъ поэтому при діагностикѣ эндометрита поступить наоборотъ и изложить симптомы впереди объективныхъ данныхъ, но заранѣе хочу напомнить, что не слѣдуетъ полагаться вполнѣ на показанія больной, а надо по возможности стараться констатировать припадки, по крайней мѣрѣ что касается кровотеченій и выдѣленій, объективнымъ путемъ.

Самый выдающійся симптомъ это — *кровотеченіе*, которое преимущественно появляется въ видѣ меноррагіи, рѣже въ промежуткахъ между мѣсячными. Менструація сперва измѣняется въ отношеніи количества выдѣляемой крови. Такъ какъ нельзя говорить о нормальномъ количествѣ крови при менструаціи, ибо женщины могутъ терять очень много и очень мало крови, не будучи больными, то трудно опредѣлять, что значить чрезмѣрное менструальное кровотеченіе. Если больныя показываютъ, что мѣсячныя стали у нихъ значительно сильнѣе, чѣмъ прежде, что проходить нѣсколько дней (часто 8—14), раньше чѣмъ онѣ оправятся отъ кровопотери, — между тѣмъ какъ здоровыя женщины совершенно не чувствуютъ слабости или самое большее 1—2 дня послѣ регулъ, — то это указываетъ на слѣшкомъ сильное кровотеченіе; слабость отъ ненормальныхъ кровопотерь при менструаціи прогрессируетъ, пока женщина наконецъ совершенно не оправляется больше и еще анэмичной вступаетъ въ новую

менструацію; такимъ образомъ развивается хроническая анемія, которая лучше всего доказываетъ чрезмѣрность мѣсячныхъ кровотеченій. Показанія больной, что крови идутъ «очень сильно», что «льетъ изъ нея» и т. п., характерны для меноррагіи. Образованіе кусковъ вслѣдствіе свертыванія крови тоже бываетъ только при сильныхъ кровотеченияхъ. Далѣе удлинняется продолжительность менструаціи при эндометритѣ; такъ какъ абсолютной мѣры для этого не существуетъ, а встрѣчаются колебанія отъ 2 до 8 дней у здоровыхъ женщинъ, то въ этомъ симптомѣ можно лишь тогда усмотрѣть нѣчто патологическое, если менструація длится еще дольше (до 14 дней) или наконецъ совершенно не прекращается, а все продолжается съ небольшими перерывами; если регулы длятся значительно дольше, чѣмъ раньше у той же женщины, то это указываетъ на заболѣваніе. Наступленіе менструаціи лишь рѣдко происходитъ въ нормальный срокъ, большею же частью раньше времени (*anteropens*), вмѣсто 4 каждыя, 3 недѣли, каждыя 2 недѣли, «два раза въ мѣсяцъ». Это смѣняется иногда аменорреей въ 2—3 мѣсяца, особенно послѣ сильныхъ кровотеченій. Межменструаціонныя кровотечения въ общемъ рѣже, встрѣчаются, однако, послѣ совокулений, психическихъ возбужденій и физическихъ напряженій. Относительно давности страданія мы обыкновенно получаемъ отвѣтъ, что оно развивалось медленно и постепенно усиливалось въ теченіе мѣсяцевъ и лѣтъ; рѣже приходится слышать, что непосредственно послѣ нормальныхъ менструацій наступили сильные меноррагіи.

При той частотѣ, съ какою меноррагіи появляются при самыхъ разнообразныхъ гинекологическихъ и общихъ страданіяхъ, діагнозъ эндометрита, поставленный на основаніи этого одного симптома, разумѣется, весьма неточенъ. Есть ли меноррагія симптомъ эндометрита или она функциональнаго характера, т. е. сводится къ нарушенной дѣятельности эндометрія изъ мѣстныхъ или общихъ причинъ, на это трудно, а часто и невозможно отвѣтить. Поэтому въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кровотеченіе единственный симптомъ, мы нуждаемся для распознаванія эндометрита въ объективныхъ данныхъ (см. стр. 302); при отсутствіи таковыхъ мы можемъ дойти до діагноза эндометрита, только взвѣсивъ искусно въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи другія причины кровотеченій и исключивъ ихъ. Я считаю поэтому необходимымъ, чтобы врачъ обстоятельнѣе ознакомился съ различными причинами маточныхъ кровотеченій и ихъ характерными чертами, и отсылаю поэтому, чтобы не повторяться, къ главѣ «Причина кровотеченій» въ аналитической діагностикѣ. Особенную трудность будетъ всегда представлять правильное толкованіе кровотеченій, возникающихъ при острыхъ воспаленіяхъ глубже лежащихъ слизистыхъ оболочекъ, при свѣжихъ трубныхъ воспаленіяхъ, при параметритѣ, такъ какъ они часто сочетаются съ эндометритомъ. Такъ какъ мѣстное вслѣдствованіе маточной полости въ этихъ случаяхъ исключено, то, пока не присоединяются другіе симптомы эндометрита, остается часто сомнительнымъ, слѣдуетъ ли разсматривать кровотеченіе лишь какъ

проявленіе одновременной гиперэміи матки или какъ симптомъ настоящаго эндометрита. Во многихъ случаяхъ можетъ намъ разрѣшить сомнѣнія только дальнѣйшее наблюденіе: ибо чѣмъ дольше и интенсивнѣе остаются кровотеченія послѣ исчезновенія воспаленія въ сосѣднихъ съ маткою органахъ, тѣмъ скорѣе можно считать эндометрій больнымъ; чѣмъ кратковременнѣе кровотеченія, тѣмъ скорѣе они только симптомъ.

Болѣе рѣдкій, но діагностически не менѣе важный симптомъ *endometritis corporis* есть *истеченіе* изъ половыхъ путей («бѣли»). Между тѣмъ какъ при нормальномъ эндометріи отсутствуетъ собственно всякое выдѣленіе, мы находимъ при чистомъ катаррѣ тѣла матки сывороточно-гнойный секретъ; въ острыхъ случаяхъ истеченіе серозно-гнойное, смѣшано съ кровью, иногда становится чисто гнойнымъ, при хроническихъ же, катарральныхъ формахъ оно принимаетъ опять болѣе жидкій, гнойный видъ.

*Примѣсь слизи совершенно отсутствуетъ при чистомъ катаррѣ тѣла матки* и появляется лишь тогда, когда поражена и шейка. Количество выдѣленій можетъ быть весьма различно; есть извѣстныя формы эндометрита съ бурными симптомами, которыя даютъ очень мало выдѣленій, между тѣмъ какъ въ другихъ случаяхъ можетъ очень сильно течь; самыя обильныя истеченія наблюдаются при гонорройныхъ формахъ, особенно во время беременности. До и послѣ регулъ истеченіе большею частью усиливается; нерѣдко бываетъ, что оно совершенно отсутствуетъ или только извѣстное время. Большею частью выдѣленія лишены запаха, но иногда, благодаря продуктамъ обмѣна микроорганизмовъ, они дѣлаются очень зловонными. Если наряду съ эндометритомъ существуетъ катарр шейки и влагалища, то выдѣленіе *corp. ut.* смѣшивается съ цервикальнымъ и влагалищнымъ секретомъ и утрачиваетъ свои характерныя свойства. Особенную трудность представляетъ, именно въ только что названныхъ случаяхъ, распознать въ истеченіи секретъ тѣла матки.

Прежде всего отнюдь не легко опредѣлить, отдѣляется-ли флюгъ, который лежитъ во влагалищѣ, слизистой оболочкой послѣдняго, или онъ вытекъ изъ матки, тѣмъ болѣе, что выдѣленія *corp. ut.* и рукава могутъ быть довольно сходными. Если при осмотрѣ зеркаломъ какъ разъ попадаютъ на такой моментъ, когда секретъ вытекаетъ изъ наружнаго зѣва, тогда *этомъ* вопросъ разрѣшенъ; но въ большинствѣ случаевъ и для этого нужны особыя вспомогательныя средства; если же надо дальше рѣшить, есть-ли маточное выдѣленіе продуктъ тѣла или шейки, то его надо во что бы то ни стало раздобыть отдѣльно отъ влагалищнаго секрета, чтобы быть въ состояніи изслѣдовать его свойства. Это діагностическое пособіе есть *Schultze'*вскій пробный тампонъ (рис. 133); его дѣлаютъ изъ рыхлой ваты довольно широкомъ и не очень толстымъ и перевязываютъ накрестъ ниткой, не оставляя продолженія ея для вытягиванія тампона. При-

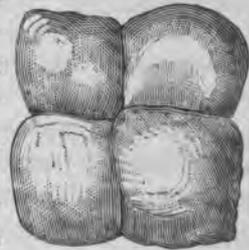


Рис. 133. *Schultze'*вскій пробный тампонъ.

мѣняютъ тампонъ слѣдующимъ образомъ: устанавливаюгъ влагалищную часть въ Simon'овскомъ зеркалѣ, очищаютъ ея наружную поверхность и все влагалище отъ приставшаго секрета, но избѣгаютъ при этомъ кровотоcheniя слизистой оболочки, такъ какъ примѣсъ крови къ добытому секрету затрудняетъ обсужденiе его свойствъ; затѣмъ кладутъ тампонъ впереди влагалищной части такимъ образомъ, чтобы наружный зѣвъ какъ-разъ приходился противъ мѣста перекрещиванiя нитки, и плотно прижимаютъ его кругомъ къ влагалищному своду, такъ чтобы онъ возможно меньше могъ мѣнять свое положенiе. Если выдѣленiе очень обильно, то тампонъ очень скоро отстаетъ; если влагалище очень широко и расслаблено, то онъ легко выпадаетъ; въ такихъ случаяхъ лучше класть впереди него еще второй тампонъ. Спустя 24 часа тампонъ вынимаютъ, обнаживъ его Simon'овскимъ зеркаломъ и захвативъ его нижнiй конецъ щипцами.

*Примѣчанiе.* *Schultze* совѣтуетъ напитать ватный тампонъ 20—25% растворомъ таннина въ глицеринѣ. Послѣ многочисленныхъ контрольных опытовъ я убѣдился, что лучше брать тампонъ изъ сухой ваты, а именно на слѣдующихъ основанiяхъ: во-первыхъ, мѣшаетъ сильное водянистое выдѣленiе, вызываемое глицериномъ, такъ какъ лишаетъ насъ возможности судить о содержанiи воды въ маточномъ секретѣ, кромѣ того небольшiя количества слизи такъ сгущаются, что ихъ трудно узнать; далѣе, таннинъ-глицеринъ раздражаетъ влагалище и вызываетъ обильное отшелушиванiе плоскихъ эпителиальныхъ клѣтокъ; послѣднiя примѣшиваются къ секрету, дѣлаютъ его мутнымъ, и намъ трудно рѣшить, насколько отшелушиванiе можно приписать катарру; благодаря этому, слизь и гной трудно различить, такъ что не легко опредѣлить, прозрачно-ли отдѣляемое шейки или оно мутно отъ гноя и эпителиальныхъ клѣтокъ.

При нормальныхъ половыхъ органахъ мы найдемъ на томъ мѣстѣ тампона, которое лежало предъ наружнымъ зѣвомъ, небольшое количество прозрачной, какъ стекло, слизи и легкую желтоватую окраску ваты, по периферiи же тампонъ покрытъ слегка блестящимъ слоемъ отшелушившагося влагалищнаго эпителия. Съ помощью тампона легко рѣшить, *происходитъ-ли выдѣленiе изъ матки или изъ влагалища*: первое лежитъ всегда вблизи точки перекрещиванiя нитокъ, влагалищный же секретъ оставляетъ это мѣсто свободнымъ и покрываетъ периферiю. Гораздо труднѣе отвѣтить на вопросъ, *является-ли источникомъ выдѣленiя шейка или тѣло матки*; до извѣстной степени можно объ этомъ судить по *свойству* секрета: всякая слизь шеечнаго происхожденiя, между тѣмъ какъ *чистый* гной выдѣляется изъ тѣла матки; при этомъ надо, однако, замѣтить, что эрозiи окрашиваютъ слегка желтовато-гноино тѣ мѣста ваты, которыя къ нимъ прилегали, то же самое дѣлаетъ чистая цервикальная слизь по своей окружности. Труднѣе всего разобраться, если находятъ на пробномъ тампонѣ слизь и гной; если оба тѣсно перемѣшаны, то вѣроятно, что они одновременно отдѣляются въ шейкѣ, что мы, слѣдовательно, имѣемъ дѣло съ гнойнымъ катарромъ шейки; если же чистый гной и чистая слизь не перемѣшаны, а лежатъ отдѣльно, то *несомнѣнно*, что наряду съ шейкой поражено и тѣло матки; это становится такъ

же *въроятнымъ*, если въ хроническихъ случаяхъ гораздо больше гноя, нежели слизи. Если на влагалишной части находятся эрозіи, *ovula Nabothi*, *ectropium*, то цервикальный катарръ *въроятенъ*, съ другой стороны отсутствіе этихъ измѣненій не исключаетъ его. Количество гноя, которое мы находимъ на пробномъ тампонѣ при катаррѣ *согр. ut.*, весьма различно и можетъ иногда совершенно отсутствовать при несомнѣнно существующемъ заболѣваніи; поэтому никогда не слѣдуетъ исключать катарръ тѣла матки на основаніи однократнаго отрицательнаго результата изслѣдованія, а надо повторять изслѣдованіе, особенно въ періоды, когда выдѣленіе обыкновенно сильнѣе, напр. до и послѣ регуль или во время болей, наступающихъ въ серединѣ между двумя менструаціонными періодами (*Mittelschmerz*). Микроскопическое изслѣдованіе отдѣляемаго на содержаніе гноя излишне; при подозрѣніи на гоноррею матки мы имѣемъ въ секретѣ хорошій матеріалъ для находженія гонококковъ.

Дальнѣйшимъ пригоднымъ для діагноза симптомомъ являются *маточныя боли*; онѣ имѣютъ характеръ схватокъ и описываются больными какъ появляющіяся приступами судорожныя боли или какъ тупое давленіе въ связи съ натугами на низъ и напираніемъ на пузырь. Большею частью область матки прямо обозначается какъ мѣсто боли, другія же женщины относятъ боль къ области пупка, иногда даже подъ реберныя дуги. Эти схваткообразныя боли несомнѣнно сводятся къ маточнымъ сокращеніямъ, которыя вслѣдствіе воспаленія эндометрія, а то и всей маточной стѣнки становятся болѣзненными. Эти схваткообразныя боли становятся характерными для эндометрита лишь тогда, когда онѣ появляются въ связи съ отправленіемъ слизистой оболочки матки, т. е. при менструаціи, хотя надо замѣтить, что маточныя колики появляются и отъ другихъ причинъ до и во время мѣсячныхъ. О своеобразности эндометритной дисменорреи ср. главу: «Причины дисменорреи» въ аналитической діагностикѣ. Значительно рѣже маточная боль появляется въ серединѣ свободнаго промежутка между двумя менструаціями (такъ наз. промежуточныя боли — *Mittelschmerz*), приблизительно за 14 дней до новыхъ регуль, *въроятно* въ связи съ періодически появляющимися выдѣленіями; иногда такія болевыя ощущенія появляются совершенно неправильно въ межменструальное время, большею частью они вызываются, *въроятно*, задержкой секрета. Въ противоположность къ меноррагіи и истеченію, маточная боль есть чисто субъективный симптомъ, въ сужденіи о которомъ намъ приходится полагаться исключительно на ощущенія и показанія больной; поэтому надо быть осторожнымъ въ толкованіи и стараться подыскать объективныя данныя при тѣхъ формахъ эндометрита, гдѣ боль является единственнымъ симптомомъ.

Кромѣ этихъ симптомовъ, которые въ своей опредѣленности представляютъ существенную, часто единственную опору для діагноза, надо упомянуть еще другой комплексъ симптомовъ, который *разыгрывается отчасти въ брюшныхъ органахъ, отчасти въ нервной и психической сферѣ* и приобретаетъ значеніе для діагноза эндометрита потому, что всего интенсивнѣе проявляется при отправленіи слизистой оболочки матки

— во время менструаціи. Больныя жалуются на постоянное напирание на низъ, на чувство «припухлости», «полноты внизу живота», онѣ «чувствуютъ свою матку», илѣютъ патуги на низъ и усиленный позывъ къ мочеиспусканію, жалуются на боли внизу живота, въ спячѣ, въ обѣихъ ногахъ. Эти страданія рѣзко усиливаются за нѣсколько дней до регуль или вообще только тогда появляются, во всякомъ случаѣ связаны съ менструальнымъ процессомъ и сводятся, вѣроятно, къ предменструальному приливу. Рѣзко бросается въ глаза *рядъ нервныхъ жалобъ и нарушеніе психики*: уже за 4—6 дней до регуль больныя начинаютъ чувствовать себя плохо, усталыми, «какъ будто конецъ пришелъ», жалуются на ломоту и разбитость во всѣхъ членахъ, онѣ нервны, раздражительны, легко возбуждаются, пугаются, спятъ плохо, безпокойно, со сновидѣніями, обнаруживаютъ часто совершенно другой темпераментъ и характеръ: въ обыкновенное время спокойныя и мирныя женщины становятся сварливыми и злыми, «такъ что нельзя ихъ выносить»; онѣ чувствуютъ постоянное безпокойство въ мысляхъ и не въ состояніи ихъ сосредоточить. Иногда находятъ тяжелое меланхолическое настроеніе, женщина не рада жизни, жизнь ей надобла. Всѣ эти психическія явленія иногда въ болѣе слабой степени существуютъ и въ межменструальное время. Эти такъ наз. *«предменструальные симптомы»* представляютъ собою чрезмѣрное усиленіе тѣхъ жалобъ, которыя встрѣчаются и у здоровыхъ женщинъ до и во время регуль, и находятъ себѣ объясненіе въ предменструальномъ приливѣ крови къ больному эндометрію. Трудно установить здѣсь границу между нормальнымъ и патологическимъ, особенно въ психической сферѣ; кромѣ того надо отмѣтить, что подобныя состоянія не суть исключительно симптомы эндометрита, а въ равной мѣрѣ встрѣчаются при метритѣ, заболѣваніяхъ трубъ и яичниковъ; тѣмъ не менѣе они при эндометритѣ, особенно при катаральной формѣ, всего болѣе выражены и сохраняютъ свое значеніе для распознаванія, такъ какъ указываютъ на заболѣванія слизистой оболочки матки. Желудочныя явленія, особенно *тошнота* и *рвота*, часто бываютъ спутниками эндометрита, а иногда могутъ фигурировать какъ единственная жалоба; поэтому они должны направить наше вниманіе на эндометрій, если можно исключить желудочную болѣзнь.

Упомянутые до сихъ поръ симптомы имѣютъ для діагноза эндометрита высокое, но не патогномоничное значеніе; за исключеніемъ несомнѣнно констатированнаго истеченія изъ тѣла матки, остальные признаки встрѣчаются и при другихъ страданіяхъ. Мы должны поэтому во всякомъ случаѣ стараться положить въ основу діагноза *объективныя данныя*. Такъ какъ мы получаемъ при *изслѣдованіи маточной полости зондомъ*; палецъ гораздо менѣе пригоденъ для констатированія незначительныхъ измѣненій маточной слизистой, нежели палочка свободно вводимого зонда. Въ большемъ числѣ случаевъ маточная полость сильно *расширена*, какъ это легко узнать по свободнымъ экскурсіямъ и поворотамъ зонда во всѣ стороны. Впрочемъ, широкая полость такъ часто встрѣчается при нормальномъ содержимомъ матки, при полипахъ, выкидышахъ или при плохомъ

обратномъ развитіи послѣ выкидыша или родовъ, или при хроническомъ расслабленіи маточной мускулатуры, что этотъ объективный признакъ имѣетъ лишь ограниченное значеніе. Болѣе важны *шероховатости*, которыя чаще всего встрѣчаются въ днѣ и въ прилегающихъ частяхъ тѣла матки; но и этотъ признакъ не патогномониченъ, во-первыхъ, потому, что шероховатости наблюдаются также при ракъ и при задержкѣ отпадающей оболочки, да и нормальный эндометрій обнаруживаетъ иногда нѣкоторыя неровности, во-вторыхъ, потому, что слизистая оболочка иногда совершенно гладка, даже при сильной гиперплазіи. Иногда получаютъ ощущеніе, будто зондъ погружается въ мягкую слизистую оболочку матки, какъ нога въ коверъ; значительное отхожденіе крови послѣ зондированія тоже указываетъ на измѣненія въ эндометріи. Шероховатости наиболѣе выражены при *end. fungosa*; ощущеніе получается оттого, что пуговка зонда скользитъ по отдѣльнымъ буграмъ слизистой оболочки. Весьма важный объективный признакъ это—*сильная чувствительность эндометрія при надавливаніи зондомъ*; она чаще всего локализуется въ днѣ матки или въ мѣстахъ, гдѣ ощущаются шероховатости, и выражается интенсивнымъ покалываніемъ или коликами въ области матки, въ пупкѣ или крестцѣ; боль иногда настолько сильна, что больныя кричатъ, отказываются отъ зондированія или впадаютъ въ обморочное состояніе. Значеніе этого симптома урѣзывается тѣмъ, что очень нервныя, боязливыя, черезчуръ чувствительныя женщины ощущаютъ боль отъ зондированія и при здоровомъ эндометріи, и еще тѣмъ, что возникающія при зондированіи пери- и параметритическія боли принимаются часто за эндометритическія. Чтобы избѣгнуть послѣдней ошибки, надо помнить, что первыя возникаютъ при введеніи зонда, при связанномъ съ этимъ дерганіи тяжей, между тѣмъ какъ эндометритная боль вызывается въ тотъ моментъ, когда пуговка зонда дотронуется до слизистой оболочки; поэтому въ сомнительныхъ случаяхъ оставляютъ на мгновеніе зондъ спокойно лежать въ полости и затѣмъ осторожно продвигаютъ его къ слизистой оболочкѣ.

При *двойномъ ощупываніи* эндометритъ ничѣмъ особеннымъ себя не выдаетъ, за исключеніемъ развѣ легкаго разрыхленія слизистой оболочки влагалищной части, особенно при фунгозныхъ формахъ; зато часто осложняющія эндометритъ заболѣванія придатковъ, метритъ, пара- и периметритъ обуславливаютъ весьма рѣзкія данныя при ощупываніи.

Выше я разъяснилъ, почему въ діагностическомъ отношеніи лучше не предпринимать подраздѣленія эндометритовъ, а разсматривать ихъ какъ цѣлое. Но изъ общей картины можно выдѣлить рядъ формъ, которыя какъ этиологически и анатомически, такъ и клинически охарактеризованы настолько опредѣленно, что ихъ можно выставить какъ особыя заболѣванія эндометрія. Для врача важно знать эти формы и въ конкретномъ случаѣ также діагностицировать; поэтому я постараюсь, насколько возможно, опредѣлять эти отдѣльные виды и указать ихъ діагностическіе признаки.

*Endometritis acuta septica* (non puerperalis) есть заразное воспа-

леніе эндометрія, которое возникает вѣдствие прониканія микроорганизмовъ (стрептококки, стафилококки, *bacterium coli*, сапрофиты) въ маточную полость. Діагнозъ основывается на первомъ плаѣ на *обильномъ истеченіи* изъ тѣла матки, которое бываетъ серознымъ, кровянистымъ, гнойнымъ, вѣдствие примѣси ключевъ ткани грязнымъ и часто зловоннымъ, ихорознымъ, во-вторыхъ—на *разстройствѣ общаго состоянія*, главное *лихорадка*. При ощупываніи мы никакихъ особыхъ данныхъ не находимъ, исключая умѣренную чувствительность матки при давленіи, незначительное разрыхленіе *portio vaginalis* и влагалища.

*Endometritis catarrhalis* есть хронически протекающее воспаленіе, этиологію котораго надо искать въ зараженіи полости матки микроорганизмами (вѣроятно, вышеупмянутыми возбудителями раневой инфекціи); анатомически измѣненія заключаются только въ гипереміи и инфильтраціи слизистой оболочки. Діагнозъ основывается главнымъ образомъ на несомнѣнно констатированномъ *выдѣленіи изъ тѣла матки сыроваточнойнаго характера* и во многихъ случаяхъ на выраженныхъ *предменструальныхъ симптомахъ*, между тѣмъ какъ меноррагіи и дисменоррея лишь иногда выступаютъ въ картинѣ болѣзни. Ощупываніе и зондированіе даютъ отрицательный результатъ; шероховатость и болѣзненность эндометрія почти всегда отсутствуютъ. При этихъ формахъ *пробный тампонъ* является необходимымъ діагностическимъ пособіемъ.

*Endometritis gonorrhoeica*, образующаяся вѣдствие зараженія гонококками, есть остро-начинающееся и хронически протекающее воспаленіе, сопровождающееся сильно гнойнымъ истеченіемъ; анатомическій характеръ соответствуетъ приблизительно картинѣ катаррального эндометрита. Клиническій діагнозъ основывается на констатированіи *гнойнаго истеченія изъ тѣла матки съ одновременнымъ нахожденіемъ гонококковъ* или, по крайней мѣрѣ, несомнѣнныхъ клиническихъ признаковъ *гонорреи на другихъ мѣстахъ половыхъ органовъ* (см. ниже). Кровотеченія бываютъ главнымъ образомъ въ остромъ стадіи, въ хроническомъ же они могутъ не быть; предменструальные симптомы почти никогда не бываютъ. Объективныхъ данныхъ нѣтъ; изслѣдованіе зондомъ не позволительно; зато можно заподозрить гонорройный эндометритъ при одновременномъ трубномъ заболѣваніи.

*Endometritis tuberculosa* происходитъ отъ зараженія слизистой оболочки матки бугорковыми палочками. Діагнозъ можетъ быть съ увѣренностью поставленъ лишь путемъ *констатированія туберкулезныхъ узелковъ и бациллъ въ выскобленныхъ кусочкахъ слизистой оболочки*. Подозрѣніе можно имѣть, если симптомы эндометрита обнаруживаются у чахоточной, особенно если найденъ туберкулезный перитонитъ и сальпингитъ или туберкулезныя язвы на влагалищной части. Припадки не представляютъ ничего характернаго, за исключеніемъ развѣ творожисто-крошковатаго истеченія; часто встрѣчаютъ при этой формѣ аменоррею.

*Endometritis fungosa* выражается анатомически сильнымъ разроще-

ніемъ слизистой оболочки хронически-интерстиціального, железистаго и разлитого характера; клинически она отличается отъ другихъ формъ сильными, повторными меноррагіями, между тѣмъ какъ дисменоррея рѣже встрѣчается, а fluor всегда отсутствуетъ. Діагнозъ основывается на *меноррагіяхъ* въ связи съ нахожденіемъ *шероховатостей* у дна матки, широкой маточной полости, а иногда разрыхленія слизистой оболочки на portio vaginalis. Болѣзненности эндометрія большею частью нѣтъ; пробный тампонъ ничего не обнаруживаетъ; пробное выскабливаніе дозволительно лишь при подозрѣніи на злокачественность. Часто распознаваніе устанавливается лишь микроскопическимъ изслѣдованіемъ кусочковъ слизистой оболочки, выскобленныхъ съ терапевтическими цѣлями. Окружность матки большею частью свободна отъ заболѣваній.

**Endometritis dysmenorrhoeica** характеризуется клинически, преимущественно или даже исключительно, появленіемъ маточныхъ болей, дисменорройныхъ и такъ наз. промежуточныхъ (Mittelschmerz) и отсутствіемъ кровотеченій и выдѣленій. Анатомически рѣчь идетъ здѣсь большею частью о хроническихъ, интерстиціальныхъ, экссудативныхъ процессахъ, но встрѣчаются и железистыя формы. Діагнозъ основывается на *маточной дисменорреѣ* и на *констатированіи зондомъ сильной чувствительности эндометрія*, шероховатостей, иногда также узкой полости. Пробный тампонъ и ощупываніе даютъ отрицательные результаты.

**Endometritis exfoliativa** (Dysmenorrhoea membranacea) представляетъ хроническое воспаленіе слизистой оболочки матки, клиническіе признаки которой заключаются большею частью въ тяжелой дисменорреѣ и всегда въ отхожденіи слизистой оболочки матки кусками или сплошными перепонками на 2—5 день менструаціи.

Примѣч. End. exfoliativa по своимъ симптомамъ и анатомическимъ измѣненіямъ всего ближе стоитъ къ end. dysmenorrhoeica и представляетъ лишь особую разновидность ея; при первой боль вызывается выпотѣваніемъ въ слизистую оболочку, а не маточными сокращеніями, которыя нужны для изгнанія мембранъ. Я наблюдалъ, что end. dysmenorrhoeica послѣ долгаго существованія переходила въ end. exfoliativa.

Діагнозъ основывается на *отхожденіи организованной оболочки во время менструаціи*. При дифференціальномъ распознаваніи надо прежде всего исключить всѣ свертки и крупозныя перепонки, которые отличаются своею ломкостью и тѣмъ, что сами распадаются, особенно въ водѣ. Если въ извергнутой перепонкѣ дѣйствительно распознана организованная слизистая оболочка, то это можетъ быть decidua menstrualis либо decidua graviditatis uterinae или extrauterinae. Различительное распознаваніе между ними можетъ иногда быть труднымъ; если нѣсколько разъ подъ-рядъ извергаются перепонки во время наступившихъ въ срокъ регулъ, то рѣчь идетъ вѣроятнѣе всего объ эндометритѣ; если же перепонка была извергнута только разъ или всегда послѣ промежутка въ нѣсколько мѣсяцевъ, причемъ регулы опаздывали, хотя бы и на нѣсколько дней, то вѣроятнѣе выкидышъ или внѣматочная беременность.

Во многихъ случаяхъ можно поставить вѣрный діагнозъ только путемъ микроскопическаго изслѣдованія (см. стр. 101 и 109).

**Endometritis deciduae** есть воспалительное заболѣваніе слизистой оболочки матки во время беременности. Распознаваніе этой формы эндометрита представляеть большія затрудненія, такъ какъ изслѣдованіе маточной полости при этомъ невозможно, и мы должны опираться только на симптоматиологию. Симптомы заключаются также въ кровотеченіяхъ, истеченіи и маточныхъ боляхъ. *Кровотеченія* часто появляются такъ рано, что не удается подмѣтить аменоррею беременности, и держатся долго, нерѣдко до нѣсколькихъ мѣсяцевъ; они тянутся съ измѣнчивой силой, доставляя то болѣе свѣжую, венозную, то долго задержанную кровь буроватаго цвѣта, перемѣшанную со слизью; часто отходитъ только розовато-окрашенная слизь. *Истеченіе* изъ полости тѣла матки большею частью чисто гнойное и весьма обильное, особенно при гонорройныхъ формахъ; иногда водянистыя выдѣленія отходятъ значительными массами (*hydrorrhoea uteri gravidi*). Чтобы опредѣлять происхожденіе выдѣленій изъ матки, надо прибѣгнуть къ пробному тампону. Боли или держатся постоянно съ ясно маточнымъ характеромъ, или появляются въ видѣ *родовыхъ схватокъ*; послѣднія представляютъ безспорно самый важный симптомъ end. deciduae и главную жалобу больныхъ. Всѣ эти симптомы, особенно кровотеченія и fluor, появляются преимущественно въ первую половину беременности и исчезаютъ, когда состоялось склеиваніе decidua vera и reflexa. Діагнозъ end. deciduae подтверждается если уже до беременности былъ распознавъ эндометритъ, или если, по крайней мѣрѣ, показанія больной дѣлають его весьма вѣроятнымъ. Распознаваніе клинически невозможно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ отсутствуютъ всякіе симптомы во время беременности и гдѣ ихъ не было и до нея; въ этихъ совсѣмъ не рѣдкихъ случаяхъ выкидышъ является единственнымъ выраженіемъ заболѣванія, но онъ дѣлаеть эндометритъ лишь тогда вѣроятнымъ, если онъ повторяется и особенно въ раніе мѣсяцы. *Анатомическое изслѣдованіе извергнутыхъ яйцевыхъ оболочекъ есть единственно вѣрный способъ распознаванія*, поэтому оно должно быть произведено какъ макроскопически, такъ и микроскопически во всѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ подозрѣніе на end. deciduae (см. стр. 102).

### Catarrhus cervicis.

*Опредѣленіе.* Подъ катарромъ шейки или endometritis cervicis мы понимаемъ воспаленіе слизистой оболочки шейки отъ os externum вверхъ до os internum, въ теченіе котораго могутъ, однако, обнаруживаться воспалительныя явленія на наружной поверхности влагалищной части.

*Распознаваніе.* Распознаваніе шеечнаго катарра легче, нежели распознаваніе end. corporis, такъ какъ часто можно обозрѣть, по крайней мѣрѣ, часть больной слизистой оболочки, и такъ какъ легко распознаваемыя измѣненія на наружной поверхности portio vaginalis появляются только

въ сопровожденіи катарра шейки. Осмотръ цервикальной слизистой въ *Simon'*овскомъ зеркалѣ, который можно сдѣлать еще болѣе полнымъ, захватывая крючками и искусственно выворачивая обѣ губы, обнаруживаетъ ярко-красную поверхность съ бархатнымъ, мягкимъ блескомъ. Сюда примыкаетъ тщательный осмотръ наружной поверхности влагалищной части, гдѣ развиваются ниже упоминаемая измѣненія, которыя могутъ считаться вѣрнымъ признакомъ еще существующаго или уже излеченнаго катарра шейки, это суть: *erosiо, ovula Nabothi, слизистые полипы, ectropium* съ *metritis colli*.

*Erosiо* суть измѣненія покрывающей влагалищную часть слизистой оболочки, которыя состоятъ въ замѣщеніи толстаго плоскаго эпителия цилиндрическимъ. Распознаваніе ихъ очень легко: вокругъ нѣсколько пріоткрытаго обыкновенно зѣва виднѣется, вмѣсто свѣтло-фіолетоваго плоскаго эпителия, различной величины блестящая поверхность, стоящая въ непосредственной связи съ цервикальныхъ каналомъ; окраска ея колеблется между нѣжнымъ, свѣтло-краснымъ оттѣнкомъ при мѣстной или общей анеміи и интенсивнымъ пурпуромъ при свѣжихъ катаррахъ или даже синекраснымъ цвѣтомъ при осложненіи беременностью; поверхность слегка шероховата, часто бороздчата; периферія не ограничена рѣзко, а неправильно переходитъ въ окружающій плоскій эпителий. При заживленіи можно видѣть посреди нихъ эпителиальные островки, или онѣ цѣликомъ покрыты уже нѣжнымъ плоскимъ эпителиемъ, но какъ *заживленныя эрозио* онѣ сохраняютъ тогда болѣе интенсивный синевато-красный цвѣтъ, нежели нормальный эпителий. Поверхность эрозио покрыта слизистымъ секретомъ, а нерѣдко желтоватымъ налетомъ, обнаруживая поверхностное изъязвленіе съ потерей эпителия; она легко кровоточитъ, иногда самопроизвольно, а то всегда при вытираніи. Различаютъ *erosiо simplex* съ равномерной, довольно гладкой поверхностью безъ значительныхъ углубленій, *erosiо papillaris*, поверхность которой обнаруживаетъ неправильную бугристость или выступы на подобіе гребешковъ съ глубокими, правильными погруженіями железистой ткани во влагалищную часть, и *erosiо follicularis*, которая обнаруживаетъ по всей поверхности и преимущественно по краю фолликулы въ видѣ желтыхъ точекъ или маленькія, величиною въ чечевичу, кисты, которыя при прокальваніи опорожняють густую слизь, или остатки лопнувшихъ кистъ въ видѣ маленькіхъ, кругловатыхъ ямокъ.

*Ovula Nabothi* представляютъ собою небольшія ретенціонныя кисты, которыя развиваются изъ дна железъ цервикальной слизистой оболочки или эрозио послѣ отшнурованія выводнаго протока; онѣ лежатъ первоначально въ глубинѣ, но вслѣдствіе растяженія скоро выдвигаются на поверхность и чаще всего находятся по периферіи заживающихъ эрозио. Онѣ отчетливо *прощупываются* какъ небольшіе, ограниченные бугорки, которые выдаются надъ уровнемъ влагалищной части, особенно если онѣ скучены; *на видѣ* это небольшія, ограниченныя возвышенія слизистой оболочки съ просвѣчивающимъ, прозрачнымъ или желтоватымъ содержимымъ.

Если эти ретенціонныя кисты остаются въ глубинѣ, то онѣ вызываютъ ограниченное или даже общее утолщеніе влагалищной части; если къ этому присоединяется гипертрофія межжелезистой ткани, то эти измѣненія обозначаются какъ *фолликулярная гипертрофія*.

Въ связи съ хроническимъ катарромъ шейки находятся *слизистые полипы*, которые состоятъ изъ ограниченной гиперплазіи цервикальной слизистой оболочки. Если они сидятъ въ нижней части шейки или вывѣшиваются изъ наружнаго зѣва, то ихъ можно ощупать и видѣть; они имѣютъ различную величину, приблизительно отъ горошины до крупнаго яйца, и сидятъ на ножкѣ различной длины. Поверхность ихъ рѣдко бываетъ гладкая, большею частью дольчатая, обнаруживая слѣды дѣленія на нѣсколько отрѣзковъ, лакуны, большія или меньшія кисты; консистенція ихъ мягкая; ихъ слизистая оболочка блестяща, ярко-красна, слегка кровоточива, покрыта слизью, которую она отдѣляетъ. Если полипы долго висятъ во влагалищѣ, то покрываются хотя плоскимъ эпителиемъ, но сохраняютъ всегда, какъ и заживающія эрозіи, синевато-красный цвѣтъ.

Легко распознаются ощупываніемъ тѣ послѣдствія шеечнаго катарра, которыя разыгрываются въ видѣ хроническаго процесса оплотнѣнія (*induratio*) цервикальной ткани и обозначаются какъ *metritis colli*; этотъ процессъ дѣлаетъ всю шейку твердой и плотной, фиброзной и неподатливой, а форму влагалищной части толстой и неуклюжей. Если съ обѣихъ сторонъ существуютъ разрывы *portio vaginalis*, то гипертрофированная подслизистая ткань выпирается изъ шеечнаго канала и создаетъ *выворотъ* (*ectropium*); послѣдній легко узнать по широкой, толстой, неуклюжей влагалищной части, которая съ своими вывороченными губами имѣетъ видъ гриба, передняя губа часто хоботообразно удлинена. Въ зеркалѣ мы видимъ по обѣ стороны надрывы, обнаженную слизистую оболочку шейки съ вызванными катарромъ измѣненіями и съ начинающейся съ края эпидермализаціей. При одностороннихъ надрывахъ можно ощупать и видѣть *os externum* односторонне удлинненнымъ до свода, оба края разрыва утолщенными и вывороченными и цервикальную слизистую обнаженную на одной сторонѣ.

Особая картина возникаетъ при катаррѣ шейки у нерожавшихъ женщинъ съ суженнымъ *os externum*; небольшой наружный зѣвъ имѣетъ видъ черной точки, такъ какъ свѣтъ не отражается изъ наполненной слизью шейки; слизь задерживается, сгущается и расширяетъ каналъ шейки; помощью зонда можно легко опредѣлить это шаровидное расширеніе, а давленіемъ на шейку можно опорожнить густыя массы слизи.

Во всѣхъ случаяхъ катарра шейки, но особенно въ тѣхъ, гдѣ вышеописанныя измѣненія отсутствуютъ, большую роль играетъ *изслѣдованіе секрета*; *нельзя діагностицировать катарра шейки, если нѣтъ неправильностей въ выдѣленіи*. Чтобы добыть цервикальный секретъ, устанавливаютъ влагалищную часть въ зеркалѣ и наблюдаютъ вытекающее изъ наружнаго зѣва выдѣленіе или сжимаютъ шейку обѣими *Simon*'ов-

скими ложками; но лучше и здѣсь, особенно при скудномъ выдѣленіи, вложить пробный тампонъ; спустя сутки на немъ находятъ достаточное для распознаванія количество секрета, или же по удаленіи тампона вытекаетъ значительное количество выдѣленій. Нормальное отдѣляемое шейки представляетъ прозрачную, тягучую слизь. При катаррѣ секретъ измѣняется, во-первыхъ, *количественно*; онъ вытекаетъ въ значительномъ количествѣ, накапливается во влагалищѣ или постоянно смачиваетъ наружныя половыя части и бѣлье; но, съ другой стороны, выдѣленіе можетъ также сгуститься, такъ что совершенно ничего не вытекаетъ или отходятъ только отдѣльныя крошки. Рѣшающее значеніе для діагноза имѣетъ однако *качество* отдѣляемаго, т. е. *содержаніе слизи* въ немъ. *Шейка есть единственная часть половыхъ органовъ, которая отдѣляетъ настоящую слизь*, и поэтому гдѣ находятъ слизь въ ненормальномъ количествѣ, тамъ шейка одна или преимущественно поражена. Цервикальный секретъ тягучъ, слизистыя нити тянутся отъ наружнаго края зѣва къ зеркалу, или при вытираніи ватой отдѣляемое тоже вытягивается въ длинныя нити; секретъ можетъ быть совершенно прозрачнымъ, какъ вода, безъ всякой мути, чаще, однако, онъ слегка сѣрвовой окраски вслѣдствіе примѣси эпителиальныхъ клѣтокъ и лейкоцитовъ. Чаще всего слизь перемѣшана съ гноемъ, особенно при старыхъ заразныхъ катаррахъ; благодаря этому она можетъ получить разную окраску отъ легкаго желтоватаго оттѣнка до интенсивнаго желто-зеленаго цвѣта; иногда содержаніе гноя столь обильно, что слизь, а съ нею и вязкость секрета, совершенно ступшевывается; иногда находятъ въ отдѣляемомъ примѣсь крови. Трудно ставить діагнозъ по характеру секрета при катаррѣ у нерожавшихъ женщинъ съ узкимъ зѣвомъ.

**Различительное распознаваніе.** При обильномъ истеченіи изъ шеечнаго канала важно рѣшить, *есть-ли* это симптомъ *воспаленія*, слѣдовательно дѣйствительнаго измѣненія слизистой оболочки, или только продуктъ *функциональнаго разстройства* — *гиперсекреціи*. Вышеупомянутыя воспалительныя измѣненія цервикальной слизистой, главное эрозіи и ovula Nabothi, говорятъ за катарръ, то же самое всякая примѣсь гноя; если же мы находимъ только отдѣленіе прозрачной слизи, тогда на вопросъ труднѣе отвѣтить. Чистую гиперсекрецію мы наблюдаемъ, на примѣръ, во время беременности, при опухоляхъ шейки, при воспаленіяхъ по сосѣдству съ нею, при приливахъ въ нижней части брюшной полости и очень часто при хлорозѣ.

Эрозіи могутъ быть смѣшиваемы съ нѣкоторыми другими пораженіями влагалищной части. Весьма часто принимаютъ при *выворотѣ за эрозію* обращенную кнаружи слизистую оболочку шейки, такъ какъ при осмотрѣ зеркаломъ ускользаетъ отъ вниманія наружный зѣвъ, какъ граница между цервикальнымъ каналомъ и наружной поверхностью portio vaginalis, а между тѣмъ отъ его положенія зависитъ и діагнозъ: все, что лежитъ снаружи отъ него, есть эрозія, то, что онъ включаетъ, есть слизистая оболочка шейки. Чтобы опредѣлить его положеніе, захватываютъ каждую

губу за наружную поверхность пулевыми щипцами и, складывая их, восстанавливают форму влагалищной части; при этом цервикальная слизистая исчезает внутри; при эрозиях os externum большую часть гораздо меньше, и влагалищная часть не имеет формы гриба. Известное сходство с эрозиями приобретает ограниченная краснота, возникающая при кольпите на наружной поверхности portio vaginalis; но она обыкновенно не лежит концентрически вокруг зѣва и не выглядит столь бархатно-блестящей, как эрозия, а представляет лишь покрасивший участок слизистой оболочки с истонченным эпителием; она легко кровоточит и то же отдѣляет на пробный тампонъ небольшое количество гноя.

Дифференціальное распознаваніе эрозій отъ *карциноматозныхъ*, *туберкулезныхъ*, *сифилитическихъ язвъ* см. стр. 207.

### Colpitis.

*Определеніе.* Подъ кольпитомъ мы понимаемъ катарральное воспаленіе слизистой оболочки влагалища отъ дѣвственной плевы вверхъ до наружнаго зѣва.

*Распознаваніе* кольпита основывается на измѣненіяхъ слизистой оболочки и на характерѣ влагалищнаго секрета; оно легко, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, гдѣ невозможно введеніе зеркала, напр. у дѣтей, при цѣлости дѣвственной плевы или вагинизмѣ. Слизистая оболочка обнаруживаетъ при острыхъ формахъ *сплошную красноту*, начиная отъ самой легкой степени и до пламеннаго, пурпурно-краснаго цвѣта, иногда съ легкимъ синеватымъ оттѣнкомъ; окраска равномерно распространяется на все влагалище, только при вторичныхъ кольпитахъ, присоединяющихся къ заразнымъ катаррамъ шейки, окраска часто ограничивается частями задней влагалищной стѣнки, прилегающими къ наружному зѣву. Большею частью со сплошной краснотой соединяется полосатая и пятнистая *гиперемія*, которая зависитъ отъ особенно сильной инъекціи сосочковаго тѣла; мы видимъ, особенно въ верхнихъ отдѣлахъ влагалища, выраженные *красныя пятна*—какъ будто забрызгали красными чернилами—или *покрасившія полосы*, соответствующія верхушкамъ складокъ; при болѣе легкихъ и хроническихъ формахъ эти красныя пятна являются единственнымъ признакомъ измѣненія слизистой оболочки. Когда раздвигаютъ зеркаломъ влагалищныя стѣнки, то иногда капля крови выступаетъ изъ покрасившихъ мѣстъ, или кровоточитъ при вытираніи, или видны *эксимозы*. Всего отчетливѣе выступаютъ пятна и эксимозы у старыхъ женщинъ, у которыхъ плоскій эпителий сильно истонченъ. Кровотеченія при изслѣдованіи и совокупленіи являются здѣсь часто слѣдствіями этихъ ограниченныхъ гиперемій. При болѣе интенсивныхъ воспаленіяхъ сосочковое тѣло припухаетъ, складки и сосочки поднимаются надъ уровнемъ слизистой оболочки. Всего рѣче выражены эти измѣненія, когда присоединяется беременность; воспалительное припуханіе въ связи съ собственной беременності гипертрофіей вызываютъ толстыя, зернистыя раз-

рожденія на слизистой оболочкѣ (*colpitis granulatis*); иногда развиваются въ воспаленныхъ сосочкахъ гипертрофическія состоянія, которыя ведутъ къ образованію *condylomata acuminata*; послѣднія представляютъ небольшія бородавчатыя возвышенія съ бугристой, бѣловатой поверхностью и встрѣчаются обыкновенно по-одиночкѣ во влагалищѣ или на наружной поверхности *portio vaginalis*; въ одномъ случаѣ я видѣлъ, что изъ каждаго сосочка выскочила маленькая бородавка. На наружной поверхности влагалищной части также находятся красныя пятна, которыя легко кровоточатъ и теряютъ свой эпителий (эрозія по влагалищному типу). У беременныхъ, рѣже въ небеременномъ состояніи, дѣло доходитъ до образованія пузырьковъ газа въ слизистой оболочкѣ (*colpitis emphysematosa*), которые, по-одиночкѣ или кучками, большею частью встрѣчаются на задней стѣнкѣ. Въ зеркалѣ ихъ очень легко отличить отъ припухшихъ сосочковъ по тонкому отставшему эпителиальному покрову; будучи проколоты подъ водой, они оперожняютъ газъ.

*Ощупываніе* отступаетъ на задній планъ предъ осмотромъ. При разлитыхъ, острыхъ катаррахъ слизистая оболочка имѣетъ на-ощупъ равномерно мягкую, бархатную консистенцію, какъ во время беременности; припуханіе сосочковъ, особенно *in graviditate*, и пузырьки *colpitis emphysematosa* тоже опредѣляются безъ труда. Своеобразныя данныя получаютъ при старческомъ кольпитѣ въ виду частыхъ сълеекъ обѣихъ влагалищныхъ стѣнокъ въ формѣ рубцовоподобныхъ тяжей или облитерации сводовъ; эти склейки легко уступаютъ умѣренному давленію пальца, причѣмъ происходитъ нѣкоторое кровотеченіе.

Важнѣе для діагноза *изслѣдованіе секрета*. Между тѣмъ какъ въ нормальномъ влагалищѣ отшелушиваются лишь весьма незначительныя количества плоскихъ эпителиевъ, мы находимъ при всякой формѣ влагалищнаго катара качественныя и количественныя измѣненія отдѣляемаго. Эти измѣненія состоятъ, во-первыхъ, въ чрезмѣрномъ *отшелушиваніи плоскихъ эпителиальныхъ клѣтокъ*, которыя образуютъ бѣлыя массы и, при отсутствіи всякой жидкости, лежатъ на поверхности слизистой оболочки толстыми, бѣлыми крошками; по удаленіи ихъ можно видѣть сильно покрасѣвшую слизистую оболочку. Въ другихъ случаяхъ образуется, вслѣдствіе *отдѣленія сыворотки* изъ сосудистыхъ петель сосочковъ, жидкость, которая вслѣдствіе смѣшенія съ отторженными эпителиями смотритъ бѣловато-сывороточной, болѣе или менѣе густой; въ одновременно отдѣляющейся цервикальной слизи эпителиальныя клѣтки образуютъ бѣлыя крошки. Всѣ чисто бѣлыя выдѣленія содержатъ отторженные плоскіе эпителии; серозная жидкость происходитъ изъ влагалища, всякая же слизь шеечнаго происхожденія; *молочно-сывороточный секретъ характеристиченъ для влагалища*. При острыхъ, особенно разныхъ формахъ присоединяется *отдѣленіе гноя*, которое придаетъ секрету желтоватый оттѣнокъ. Чѣмъ острѣе процессъ, тѣмъ желтѣе и гнойнѣе выдѣленіе; въ наиболѣе обильномъ количествѣ выдѣляется чистый гной при гонорройномъ, зерни-

стомъ кольпитѣ во время беременности. Гнойныя выдѣленія не характерны для одного влагалища, а могутъ происходить также изъ матки; въ большинствѣ случаевъ осмотръ слизистой оболочки выясняетъ намъ, принимаетъ-ли участіе влагалище въ отдѣленіи или нѣтъ; въ сомнительныхъ случаяхъ надо матку закрыть пробнымъ тампономъ. При кольпитѣ тампонъ болѣе или менѣе сильно пропитанъ и прилегающая къ влагалищу поверхность его покрыта гноемъ; при пятнистомъ кольпитѣ тампонъ обнаруживаетъ соотвѣтственно каждому пятну желтую точку.

**Различительное распознаваніе.** Отграниченіе *кольпита отъ простой гиперсекреціи* представляетъ извѣстныя затрудненія; послѣднюю мы встрѣчаемъ при беременности, при воспаленіяхъ, выпотахъ и опухоляхъ, локализирующихся вблизи влагалища, при хлорозѣ и анэміи, послѣ чрезмѣрныхъ раздраженій (coitus, онанизмъ). Всякая примѣсь гноя или сильная гиперемія слизистой оболочки говоритъ скорѣе за воспалительныя измѣненія.

*Молочница (soor) на слизистой оболочкѣ влагалища* создаетъ такія же картины, какъ и сопровождающійся отшелушиваніемъ эпителія кольпитъ; она чаще всего встрѣчается во время беременности и также образуетъ бѣловатыя пятна на слизистой оболочкѣ, которыя, однако, не очень обширны и сидятъ большею частью на вершинѣ складокъ; они не легко стираются, крѣпко приставъ къ верхнимъ слоямъ эпителія, и поэтому при энергичномъ вытираніи легко возникаетъ кровотеченіе. Микроскопическое изслѣдованіе этихъ бѣлыхъ пятенъ въ разбавленной калийной щелочи въ одномъ случаѣ обнаруживаетъ только крупныя плоскоэпителіальныя клѣтки, а въ другомъ мицелій молочнаго грибка (*oidium albicans*).

Въ рѣдкихъ случаяхъ *отслаивается* при кольпитѣ часть влагалищной слизистой и отходитъ сплошными клочьями (чаще это бываетъ послѣ прижиганія іодомъ); смѣшать эти куски съ извергнутыми изъ матки оболочками невозможно, такъ какъ они не представляютъ полную слизистую оболочку, а только слой плоскаго эпителія; при микроскопическомъ изслѣдованіи легко распознать эти крупныя клѣтки съ ихъ центральнымъ ядромъ.

### Vulvitis.

Подъ *vulvitis catarrhalis* мы понимаемъ воспалительное заболѣваніе слизистой оболочки на внутренней поверхности большихъ губъ, на малыхъ губахъ, на клиторѣ, а также въ преддверіи до дѣвственной плевы; съ этимъ соединяется часто воспаленіе каналовъ, выстланныхъ слизистой оболочкой и впадающихъ въ преддверіе (*vestibulum*), таковы: мочеиспускательный каналъ, выводные протоки *Bartholini*'евыхъ железъ и *Skene*'вскіе ходы. *Діагнозъ* основывается почти исключительно на *измѣненіяхъ слизистой оболочки*, которыя легко распознаются путемъ осмотра; въ свѣжихъ, особенно заразныхъ случаяхъ слизистая оболочка обнаруживаетъ разлитую красноту, яркаго или пурпурнаго характера, осо-

бенно во влагалищномъ входѣ; въ хроническихъ случаяхъ она блѣднѣе, но усѣяна красными пятнами и полосами на краю hymen'a, въ непосредственномъ соосѣдствѣ съ отверстіемъ уретры, на наружной поверхности дѣвственной плевы и вокругъ выводного протока *Bartholini*'евыхъ железъ. Слизистая оболочка легко кровоточитъ при грубомъ дотрогиваніи (напр. введеніи зеркала); особенно на этихъ покраснѣвшихъ мѣстахъ; при прикосновеніи къ воспаленнымъ участкамъ часто наступаютъ сокращенія въ *constrictor cunni* и въ мышцахъ тазового дна (*vaginismus*). Въ острыхъ случаяхъ мы находимъ также припуханіе большихъ и малыхъ губъ.

*Выдѣленіе* въ острыхъ случаяхъ гнойное и перемѣшано съ липкой слизью *Bartholini*'евыхъ железъ. При *vulvitis maculosa* отсутствуетъ всякое отдѣленіе и лишь отшелушившійся плоскій эпителий покрываетъ небольшими крошками слизистую оболочку; зато изъ небольшихъ углубленій (*recessus*) слизистой оболочки удается иногда выдавить молочный или гнойный секретъ.

*Vulvitis pruriginosa* (*pruritus vulvae*) представляетъ собою хроническое воспаленіе слизистой оболочки вульвы, главнымъ симптомомъ котораго является сильный зудъ. Слизистая оболочка и окружающая кожа поразительно расслаблены, вялы и складчаты, особенно на *praeputium clitoridis*, и отличается свинцово-сѣрымъ цвѣтомъ; кое-гдѣ видны слѣды расчесовъ. Такъ какъ *vulvitis pruriginosa* большею частью вторичнаго происхожденія, то діагнозъ долженъ простирается и на *причины*. Какъ *внутреннія* причины должны быть приняты во вниманіе: желтуха, нефритъ, диабетъ, застойная гиперемія, особенно при порокахъ сердца; какъ *внѣшнія* причины — бѣдія выдѣленія, растительные и животныя паразиты, мастурбація. Вулвизъ можетъ иногда навести насъ на діагнозъ внутренней болѣзни, напр. сахарнаго мочеизнуренія. *Schultze* указываетъ на *pruritus* какъ на симптомъ эндометрита.

*Kraurosis vulvae* представляетъ атрофическое состояніе въ *osium* слизистой оболочки большихъ и малыхъ губъ и влагалищнаго входа; вслѣдствіе этого большія губы плоски, малыя же совсѣмъ отсутствуютъ или намѣчены лишь въ видѣ плоскихъ продольныхъ полосокъ; клиторъ малъ и большею частью совершенно скрытъ подъ атрофированными складками слизистой оболочки; *introitus* узокъ; слизистая оболочка бѣловата, съ сѣрыми пятнами, атрофична. Отличіе *kraurosis vulvae* отъ *vulvitis pruriginosa* заключается въ суженіи влагалищнаго входа и атрофическомъ состояніи кожи въ противоположность къ расслабленному ея состоянію при послѣдней.

**Діагнозъ распространенія катарра.** Катарральное заболѣваніе всякаго отдѣла половыхъ органовъ представляетъ по даннымъ изслѣдованія и по симптомамъ обособленную область; часто, однако, мы получаемъ смѣшанныя данныя, будь то относительно выдѣленій или измѣненій слизистой оболочки, въ виду того, что нѣсколько отдѣловъ поражается одновременно,

или потому, что катарръ съ первично пораженнаго мѣста распространяется на сосѣдніе органы; отсюда вытекаетъ для врача дальнѣйшая задача— *опредѣлить распространеніе катарра въ половыхъ органахъ*; особенно по отношенію къ леченію катарра весьма важно знать, поражена ли наряду съ влагалищемъ и матка или наряду съ шейкой *corpus uteri*, ибо вышележащій отдѣлъ тоже долженъ быть подвергнутъ леченію, иначе по устраненіи катарра въ нижнихъ отдѣлахъ онъ можетъ сынова заразить ихъ. Наиболѣе отвѣчаетъ практическимъ пѣлямъ *изслѣдованіе снизу вверхъ*. У больныхъ, обращающихся къ врачу съ жалобой на «бѣлы», прежде всего стараются составить себѣ сужденіе о количествѣ выдѣленій осмотромъ бѣлы и наружныхъ половыхъ органовъ; при этомъ надо обращать вниманіе на слѣды, оставленные ѣдкими выдѣленіями на вульвѣ и внутренней поверхности бедеръ, въ видѣ красноты, экземы и изъязвленій кожи. Затѣмъ начинаютъ осмотръ съ вульвы и въ случаѣ полученія положительныхъ данныхъ, особенно при остромъ воспаленіи, присоединяютъ тутъ же изслѣдованіе уретры, *Bartholini*'евыхъ железъ и маленькихъ каналцевъ слизистой оболочки. Затѣмъ слѣдуетъ изслѣдованіе зеркаломъ влагалища, наружной поверхности *portio vaginalis* и цервикальной слизистой, поскольку она доступна глазу. *Большое значеніе имѣетъ тутъ вопросъ, ограничивается ли катарръ влагалищемъ или онъ захватилъ и матку*. Если при повторномъ изслѣдованіи находятъ во влагалищѣ только бѣлый секретъ, будь это молочный, сывороточный или крошковатый, то можно заболѣваніе матки исключить; если, напротивъ, лежащее во влагалищѣ выдѣленіе гнойное, будь то чисто гнойное или сывороточно-гнойное, то оно можетъ быть влагалищнаго происхожденія, но могло также попасть въ рукавъ изъ тѣла матки. Первый пунктъ легко можно выяснитъ путемъ осмотра влагалищной слизистой, отдѣляетъ-ли наряду съ этимъ и матка, можно рѣшить только при помощи *Schultze*'вскаго пробнаго тампона; *послѣдній долженъ быть примененъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ находятъ гной во влагалищѣ*. Если находятъ слизь во влагалищѣ, то несомнѣнно поражена шейка. Такимъ образомъ вопросъ о томъ, больна-ли наряду съ влагалищемъ и матка, въ общемъ рѣшается легко. Гораздо труднѣе установить, только ли тѣло матки принимаетъ участіе въ катаррѣ, или одна шейка, или оба вмѣстѣ. Въ характерныхъ случаяхъ легко удастся опредѣлить, получился ли чисто гнойный, либо сывороточно-гнойный секретъ на пробномъ тампонѣ (катарръ тѣла матки), или чисто слизистый (катарръ шейки); но въ большинствѣ случаевъ мы находимъ смѣсь изъ гноя и слизи, и тогда трудно рѣшить, откуда это берется (см. стр. 300); слѣдовательно, въ разрѣшеніи важнаго вопроса, остановился-ли катарръ у внутреннего зѣва или захватилъ и тѣло матки, пробный тампонъ намъ часто измѣняетъ. Заболѣваніе матки становится тогда вѣроятнымъ при наличности слѣдующихъ *симптомовъ*; сильная дисменоррея или изображенныя выше предметруальныя страданія указываютъ на эндометритъ; правда, катарры шейки

въ соединеніи съ метритомъ и одновременнымъ пери- и параметритомъ или трубнымъ заболѣваніемъ также часто обусловливаютъ недомоганіе и всевозможныя предменструальныя жалобы, но не въ столь рѣзкой формѣ, какъ катарръ тѣла матки. Сильныя меноррагіи при свѣжихъ и особенно гнойныхъ цервикальныхъ катаррахъ не всегда можно считать за симптомъ распространенія катарра на *corpus uteri*, часто онѣ служатъ только выраженіемъ одновременной гипереміи матки; какъ таковыя онѣ приходятъ и уходятъ съ острымъ этадіемъ. Если же онѣ долго держатся, переходя и въ хроническій стадій, то одновременное пораженіе тѣла матки становится весьма вѣроятнымъ. Если наряду съ катарромъ шейки находятъ трубныя заболѣванія, то инфекция навѣрное прошла черезъ *corpus uteri*, но она могла и не повести къ стойкому измѣненію слизистой оболочки его. Изслѣдованіе маточной полости зондомъ съ цѣлью распознать заболѣваніе тѣла матки въ большинствѣ случаевъ не примѣнимо, ибо оно опасно.

**Распознаваніе гонорреи.** Послѣ того какъ установлено мѣстоположеніе и распространеніе катарра, остается еще выяснитъ причины его. Помимо того, что изъ правильнаго распознаванія причинъ вытекаетъ и самое успѣшное леченіе, значеніе данного вопроса сосредоточивается на одномъ пунктѣ: *заразнаго-ли происхожденія* катарръ или нѣтъ. Изъ всѣхъ заразныхъ заболѣваній слизистой оболочки, которыя мы до сихъ поръ знаемъ, наибольшую роль играетъ *гоноррея*; то обстоятельство, что она достаточно изучена во всѣхъ ея клиническихъ проявленіяхъ и что она представляетъ самую частую причину всѣхъ катарровъ женскихъ половыхъ органовъ, дѣлаетъ распознаваніе оной, уже помимо соціального значенія гонорреи, чрезвычайно важной составной частью діагноза катарра.

*Діагнозъ гонорреи вѣрнѣе всего устанавливается находженіемъ гонококковъ.* Для такого изслѣдованія пригодны только тѣ секреты, которые совсѣмъ не содержатъ другихъ организмовъ или весьма немногіе, напримѣръ, отдѣляемое уретры, маточный секретъ, особенно при узкомъ наружномъ зѣвѣ; легче всего удастся констатировать гонококковъ при вульвовагинитѣ у дѣтей и при гнойномъ уретритѣ. Влагалищный секретъ взрослыхъ совершенно не годенъ для отысканія гонококковъ. Секретъ изъ мочеиспускательнаго канала добываютъ такимъ образомъ, что выжимаютъ его со стороны влагалища, медленно поглаживая указательнымъ пальцемъ сзади напередъ, послѣ того какъ больная нѣсколько часовъ предъ тѣмъ не мочилась; шеечный секретъ отбираютъ платиновымъ ушкомъ или снимаютъ его съ пробнаго тампона. Затѣмъ секретъ распредѣляютъ платиновымъ ушкомъ на покровномъ стеклышкѣ въ видѣ тонкаго слоя или растираютъ между двумя покровными стеклышками; затѣмъ стекла высушиваютъ и три раза проводятъ черезъ пламя; потомъ окрашиваютъ секретъ воднымъ растворомъ метиленовой синьки, даютъ препарату высохнуть и изслѣдуютъ въ масляной иммерсіи. Гонококковъ узнаютъ по ихъ положенію внутри гнойныхъ клѣтокъ, гдѣ они образуютъ обыкновенно маленькія кучки въ 8—10 паръ вокругъ ядра; они настояшіе диплококки, которые при-

легаютъ другъ къ другу своими плоскими сторонами, на подобіе двухъ кофейныхъ бобовъ. Если они лежатъ внѣ клѣтки, то ихъ можно подозрѣвать по этой формѣ, но съ увѣренностью діагностицировать нельзя. Объ инволюціонныхъ формахъ еще труднѣе судить и только съ извѣстной вѣроятностью въ нихъ можно узнать гонококковъ, если онѣ лежатъ въ клѣткѣ.

Если въ изслѣдуемомъ секретѣ встрѣчаются другого рода кокки, то можно отличить отъ нихъ гонококковъ по свойству послѣднихъ обезцвѣчиваться по *Gram*'овскому способу. Способъ *Gram*'а состоитъ въ томъ, что препараты (на покровныхъ стеклышкахъ) оставляютъ плавать полчаса на водномъ растворѣ анилина съ генціана-фіолетомъ, затѣмъ споласкиваютъ и кладутъ на 5 минутъ въ слабый растворъ іодистаго калия; послѣ этого ихъ еще разъ обмываютъ въ водѣ и держатъ въ безводномъ спиртѣ до полного обезцвѣчиванія. Гонококки тогда вполне обезцвѣчены, но могутъ подвергнуться послѣдовательной окраскѣ коричневой, такъ наз. Бисмарковой краской (*Bismarckbraun*) или метиленовой синькой, причемъ представляютъ яркій контрастъ съ прочими организмами, окрашенными въ темно-фіолетовый цвѣтъ.

Если изслѣдованіе на гонококки дало положительный результатъ, то діагнозъ перелоя неоспоримъ; отрицательный же результатъ еще не доказываетъ противоположнаго, ибо при хронической гонорреѣ гонококки могутъ временно исчезнуть изъ выдѣленій или находиться въ столь скудномъ количествѣ, что ихъ не удастся найти; съ другой стороны, и послѣ исчезновенія ихъ могутъ остаться измѣненія слизистой оболочки; въ такихъ случаяхъ надо повторить изслѣдованіе спустя нѣкоторое время, особенно послѣ менструаціи или при обостреніи катарра, или послѣ преднамѣреннаго раздраженія.

Въ хроническихъ случаяхъ микроскопическое изслѣдованіе безспорно не достаточно для нахождения малочисленныхъ гонококковъ, а методы выращиванія въ разводкахъ пока еще слишкомъ сложны, чтобы войти въ общую практику; поэтому весьма важно, что есть рядъ клиническихъ симптомовъ, которые почти патогномичны для гоноррей.

Этотъ *клинический діагнозъ перелоя* находитъ самую вѣрную опору въ остромъ, гнойномъ уретритѣ; лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ послѣдній можетъ быть вызванъ другими микроорганизмами, напр. *bacterium coli*, но эта рѣдкая случайность не нарушаетъ высокаго діагностическаго значенія гнойнаго уретрита. Иначе дѣло обстоитъ при *urethritis chronica* съ молочнымъ выдѣленіемъ; несомнѣнно, что чаще всего она является наслѣдіемъ остраго, гнойнаго уретрита, но несомнѣнно и то, что она иногда наблюдается и безъ гоноррей. Подобное же значеніе имѣютъ скопленія секрета въ углубленіяхъ слизистой оболочки и въ *Skene*'евыхъ ходахъ пятнистая краснота вокругъ мочеиспускательнаго канала бываетъ большею частью спутницей уретрита и поэтому также возбуждаетъ подозрѣніе о существованіи триппера. Дальнѣйшимъ клиническимъ доказательствомъ гоноррея является *гнойное зараженіе Bartholini'евыхъ железъ*, которое ведетъ къ разнымъ состояніямъ: при совсѣмъ свѣжихъ

зараженіяхъ можно выжимать гнойъ изъ выводного протока, причемъ въ самой железѣ могутъ еще отсутствовать измѣненія; если выводной протокъ закупоривается, то гнойъ задерживается въ железѣ и вызываетъ на типичномъ мѣстѣ твердыя, напряженныя, болѣзненные, вначалѣ еще подвижныя *опухолы*, величиною до грецкого орѣха. Если инфекция проникаетъ сквозь шейку прогрия въ подкожную ткань, то развивается *абсцессъ*, положеніе котораго въ задней половинѣ большихъ губъ, вблизи мѣста отхожденія labia minora указываетъ на происхожденіе изъ Бартолиновой железы; онъ вскрывается обыкновенно въ vestibulum. Если не происходитъ нагноенія железы, то при закупоркѣ выводного протока развиваются вслѣдствіе задержки секрета *кисты Bartholini'евой железы*, которыя своимъ положеніемъ легко выдають свое происхожденіе; онѣ не представляютъ вѣрнаго признака гонорреи, а встрѣчаются также послѣ травматической закупорки выводного протока, напр. послѣ родовъ. При хроническомъ переломѣ вульвы можно весьма часто видѣть красноту, какъ-бы отъ укуса блохи, вокругъ выводного протока *Bartholini'евыхъ* железъ; эта *macula gonorrhoeica (Sänger)* имѣетъ высокое діагностическое значеніе. *Condylomata acuminata* суть весьма частые спутники перелоя уретры и безъ него наблюдаются крайне рѣдко.

Если отсутствуютъ признаки гонорреи наружныхъ половыхъ частей, то клинической діагнозъ становится неустойчивымъ. Острые кольпиты съ обильнымъ, гнойнымъ выдѣленіемъ, особенно съ сильной припухlostью складокъ и сосочковъ, дѣлають гоноррею вѣроятной, то же самое катарры шейки, при которыхъ преобладаетъ гнойный секретъ; но при большинствѣ хроническихъ кольпитовъ и цервикальныхъ катарровъ намъ недостаетъ увѣренности въ клиническомъ діагнозѣ. Послѣдній приобретаетъ больше вѣроятности, если присоединяются заболѣванія придатковъ, особенно гнойнаго характера: гнойный салпингитъ и pyosalpinx, рецидивирующій пельвеоперитонитъ и особенно мѣстные параметриты въ соединеніи съ трубными заболѣваніями бывають преимущественно гонорройнаго происхожденія.

Анамнестическія данныя имѣють для діагноза перелоя лишь ограниченное значеніе, и ими надо пользоваться съ большою осторожностью; наибольшее значеніе имѣють еще доказанная гоноррея мужа, начало гнойнаго катарра тотчасъ послѣ соитія или послѣ свадьбы и начальныя явленія со стороны пузыря.

### Микроскопическое распознаваніе эндометрита.

Во многихъ случаяхъ анамнезъ, совокупность симптомовъ, клиническое изслѣдованіе допускають увѣренное распознаваніе эндометрита и исключаютъ всякое сомнѣніе относительно другого заболѣванія, напр. злокачественнаго перерожденія. Опытъ, однако, учить насъ, что иногда, вопреки благопріятному анамнезу, отнюдь не подозрительнымъ симптомамъ и почти отрицательному результату изслѣдованія, гистологическое изслѣдо-

ваніе выскобленныхъ массъ обнаруживаетъ начинающееся злокачественное измѣненіе слизистой оболочки. Наоборотъ, у врача могутъ пробудить настойчивое подозрѣніе на злокачественность сильныя, неправильныя кровотечения у пожилой женщины, нахожденіе увеличенной матки, обиліе выскобленныхъ массъ, значительное паденіе вѣса; между тѣмъ, изслѣдуя микроскопически выскобленные частицы, мы находимъ только простой, доброкачественный *endometritis glandularis hyperplastica*, вмѣсто подозрѣваемаго злокачественнаго перерожденія. Ясно, что въ подобныхъ случаяхъ безъ микроскопическаго изслѣдованія былъ бы, во-первыхъ, поставленъ невѣрный діагнозъ, во-вторыхъ, была бы предложена или даже выполнена ничѣмъ неоправдываемая операція.

*Необходимо по возможности каждый разъ послѣ выскабливанія предпринимать гистологическое изслѣдованіе, дабы избѣгнуть ошибокъ и возможно раньше распознать начинающееся злокачественное перерожденіе.*—Здѣсь мы набросимъ гистологическую картину эндометрита, во-первыхъ, въ томъ видѣ, какъ она представляется на *нетронутой*, не поврежденной кюреткой *слизистой оболочкѣ* (*in situ*), и, во-вторыхъ, какъ она рисуется намъ по *выскобленнымъ частицамъ*.

Воспалительное пораженіе слизистой оболочки матки можетъ такъ же, какъ при воспаленіи слизистыхъ оболочекъ другихъ органовъ, касаться только отдѣльныхъ составныхъ частей или всѣхъ ихъ въ совокупности. Соотвѣтственно нормальному гистологическому составу эндометрія, возможно участіе въ воспаленіи эпителиальныхъ и соединительнотканыхъ (интерстиціальныхъ) частей, или такъ какъ эпителиальныя образованія составляютъ главнымъ образомъ железистый аппаратъ, то можно выставить *железистое* (*end. glandularis*) и *межуточное* (*end. interstitialis*) воспаленіе.

Разсмотримъ сперва воспалительныя формы, чаще всего интересующія насъ—*endometritis corporis*; обѣ группы этого эндометрита (железистый и интерстиціальный) имѣютъ то общее, что при нихъ происходитъ *размноженіе элементовъ* слизистой оболочки.

При *endometritis interstitialis* наблюдается въ острыхъ формахъ значительное разрощеніе маленькихъ кругловатыхъ клѣтокъ стромы, послѣднія поэтому густо скучены; для *остраго межуточнаго* эндометрита типично превращеніе всей слизистой въ однородную ткань, пропитанную мелкими, круглыми клѣтками. У болѣе старыхъ особъ и при часто рецидивирующемъ эндометритѣ, гдѣ слизистая оболочка подверглась послѣ предшествовавшихъ процессовъ неправильному обратному развитію, слѣдовательно при *endometritis interstitialis chronica* съ временными обостреніями, мы часто не находимъ слизистую оболочку равномѣрно пораженной, а лишь ограниченныя гнѣзда круглоклѣточной инфильтраціи. Рис. 43 (табл. 17) иллюстрируетъ намъ этотъ процессъ ограниченаго накопленія клѣтокъ (слѣва, сверху) при хронически воспаленной, атрофичной слизистой оболочкѣ.—Эффектъ остраго размноженія маленькихъ круглыхъ клѣ-

токъ слизистой оболочки при эндометритѣ выражается *макроскопически* въ утолщеніи наряду съ покрасвѣніемъ, зависящимъ отъ большого кровенаполненія. *Микроскопически* размноженіе клѣтокъ стромы сказывается *двоимъ образомъ; во-первыхъ*, вслѣдствіе сильнаго разрошенія межжелезистой ткани железы раздвигаются, такъ что на микроскопическомъ препаратѣ кажется, будто ихъ меньше стало, ибо на той же поверхности видѣется теперь меньше просвѣтовъ железъ; *во-вторыхъ*, происходящее вокругъ железъ мелкоклѣточное разрошеніе не только раздвигаетъ, но и сдвливаетъ ихъ, ибо имъ некуда раздаться; такимъ образомъ возникаетъ картина, изображенная на рис. 44 (табл. 18).—Маленькая клѣтка стромы сохраняетъ въ острыхъ воспалительныхъ процессахъ свою первоначальную форму; кругловатое ядро всецѣло выполняетъ клѣтку, отъ клѣточного тѣла едва замѣтна тонкая кайма.

Кромѣ остраго интерстиціального эндометрита, сопровождающагося размноженіемъ клѣтокъ стромы, встрѣчается при дисменорройныхъ процессахъ болѣе *экссудативная* форма. На основаніи микроскопической картины интерстиціальной, выпотной формы изслѣдователь можетъ съ большою увѣренностью высказать, что слизистая оболочка матки особенно чувствительна къ прикосновенію зонда, что во время менструаціи появляются жестокія боли; слѣдовательно, здѣсь гистологическое изслѣдованіе можетъ служить для распознаванія симптомовъ. Одинъ изъ видовъ дисменорройныхъ процессовъ и его гистологія были подробно изложены при разсмотрѣніи дисменорройныхъ перепонокъ.—*Endometritis interstitialis exsudativa* отличается тѣмъ, что въ строму изливается между клѣтками ея сывороточно-бѣлковая жидкость, которая на микроскопическомъ препаратѣ обнаруживается при воздѣйствіи реактивовъ въ видѣ мелкозернистой массы. Выпотъ распределенъ неравномѣрно, онъ раздвигаетъ однѣ части слизистой оболочки больше, нежели другія; микроскопическій препаратъ получаетъ пятнистый рисунокъ, такъ какъ мѣстами густо лежатъ кучками круглыя клѣтки, а рядомъ мѣста, гдѣ обильнѣе излился экссудатъ, кажутся какъ-бы щелями. Рис. 42 (табл. 17) даетъ намъ ясное представленіе объ этомъ процессѣ.—Эффектъ отъ этого межзюточного, выпотного процесса получается многообразный: клѣтки стромы *раздвигаются*, за исключеніемъ нѣсколькихъ распределенныхъ по слизистой оболочкѣ островковъ, сохраняющихъ болѣе сильную мелкоклѣточную инфильтрацію, но въ то же время онѣ сдвливаются—по крайней мѣрѣ, такъ кажется на микроскопическихъ препаратахъ; клѣтки стромы меньше, рѣзче очерчены и не такъ хорошо красятся, какъ при интерстиціальной формѣ съ размноженіемъ элементовъ. Железы также претерпѣваютъ сжатіе при выпотномъ эндометритѣ, но не такъ рѣзко, какъ при остромъ межзюточномъ воспаленіи; онѣ часто обнаруживаютъ неправильныя, идущія зигзагами очертанія, которыя при дисменорройныхъ перепонкахъ напоминаютъ картину измятой бумаги (ср. рис. 14, табл. 6 и рис. 42, т. 17).

*Интерстиціальные воспалительные* процессы разыгрываются

обыкновенно равномерно во всей слизистой оболочкѣ; правда, болѣе поверхностные слои (подъэпителиальные) обнаруживаютъ здѣсь такъ же, какъ при *выпотныхъ* формахъ, нѣсколько болѣе значительную кѣточную инфильтрацію; на неравнобѣрныхъ, ограниченныхъ разрощенія уже указано было выше.

Межуточный и межуточно-выпотной эндометритъ можетъ излечиваться путемъ постепеннаго исчезанія мелкокѣточной инфильтраціи и всасыванія изливагося матеріала (*restitutio ad integrum*). При неполномъ излеченіи развивается *хроническій интерстиціальный эндометритъ*, характеризующійся тѣмъ, что вмѣсто маленькихъ, круглыхъ кѣтокъ появляются веретенообразные элементы: круглыя кѣтки становятся продолговатыми и узкими. Веретенообразные элементы, смѣшанные съ круглыми кѣтками, могутъ придавать стромѣ однородный характеръ (подострый стадій), но они могутъ также въ видѣ пучковъ неравнобѣрно пересѣкать строму, придавая ей болѣе фиброзное строеніе.

Кромѣ исхода въ *выздоровленіе* или въ *хроническую* воспалительную форму, наблюдается еще обратное развитіе съ *исчезновеніемъ* (атрофія) значительныхъ участковъ слизистой оболочки, — строма превращается въ плотную, рубцовую ткань (*cirrhosis*). Толщина слизистой оболочки при этомъ значительно уменьшается, нормальнымъ образомъ гладкая поверхность ея становится неправильной, тоже и граница съ мускулатурой (*endometritis interstitialis atrophicans*). На рис. 43 (табл. 17) видно истонченіе слизистой оболочки, неровности поверхности, неправильная граница съ мускулатурой. На сосудахъ этой измѣненной слизистой оболочки часто наряду съ расширеніемъ выступаетъ утолщеніе стѣнокъ. — Появляющіяся при интерстиціальныхъ процессахъ вторичныя измѣненія железистаго аппарата будутъ подробнѣе изображены ниже.

Обостренія хроническаго эндометрита сказываются появленіемъ вновь круглыхъ кѣтокъ наряду съ фиброзными съ виду, состоящими изъ веретенообразныхъ элементовъ, пучками. Въ упомянутыхъ случаяхъ съ истонченіемъ слизистой оболочки результатъ выскабливанія, несмотря на рѣзкіе клиническіе симптомы, часто ничтожный, и мы получаемъ для гистологическаго изслѣдованія крошечныя лишь частицы.

Подобно тому какъ при интерстиціальномъ эндометритѣ происходятъ размноженіе элементовъ стромы, мы видимъ при *endometritis glandularis* численное наростаніе эпителиальныхъ кѣтокъ. Въ слизистой оболочкѣ тѣла матки мы должны различать *эпителиальную поверхность* и исходящія изъ нея эпителиальныя образованія (маточныя железы). При железистомъ эндометритѣ мы видимъ, что на обычно гладкой *поверхности* возникаютъ вслѣдствіе разрощенія кѣтокъ слегка сосочковыя, пуговчатыя возвышенія. Размножающіеся элементы не могутъ умѣститься на прежнемъ мѣстѣ и нуждаются въ большей поверхности, поэтому образуются на слизистой оболочкѣ небольшія углубленія и возвышенія, или же, чтобы доставить мѣсто разножившимся кѣткамъ, поверхность получаетъ слегка

волнистый характеръ; измѣненіе поверхности то совершается по направленію кнаружи (къ маточной полости), причемъ получается выпуклая кривизна, то въ обратномъ направленіи, причемъ получаются вогнутыя очертанія; большого значенія эти измѣненія поверхности не имѣютъ.

На *маточныхъ железахъ* разрощеніе клѣтокъ отражается многообразнымъ образомъ: во-первыхъ, размноженіе эпителия, происходящее по всѣмъ направленіямъ, можетъ вызвать простое *увеличеніе* железы въ длину, но въ то же время обусловить *расширеніе*, такъ какъ разрошеніе клѣтокъ сказывается и въ продольномъ, и въ поперечномъ направленіи. Слизистая оболочка утолщается, чтобы быть въ состояніи вмѣстить удлинившіяся и расширившіяся железы. Въ виду расширенія железъ, кажется подъ микроскопомъ, будто онѣ ближе сдвинулись: разстояніе между железами, которое при межучномъ эндометритѣ увеличивается вслѣдствіе размноженія межжелезистой (интерстиціальной) ткани, здѣсь уменьшается. Сближеніе просвѣтовъ железъ и расширеніе ихъ говоритъ за *endometritis glandularis*. При дальнѣйшемъ разрощеніи эпителиальныхъ элементовъ, простое удлиненіе и расширеніе уже не достаточно, и болѣе значительное увеличеніе поверхности достигается тѣмъ, что железистая трубка становится *извилистой* (рис. 46, табл. 19). Извилистость часто представляется въ видѣ изгибовъ (внутри и наружу) железистой трубки, идущихъ въ одной и той же плоскости; на благопріятныхъ препаратахъ железы тянутся сверху внизъ на большомъ протяженіи, не прерываясь и образуя изгибы внутри и наружу, на одинаковомъ разстояніи другъ отъ друга. Наряду съ этой *простой извилистостью*, которая совершается, такъ сказать, по направленію движенія маятника, т. е. въ одной плоскости, можетъ образоваться еще для дальнѣйшаго увеличенія поверхности *спиралеобразная* извилистость по *всѣмъ* направленіямъ (на-манеръ пробочника). На микроскопическомъ препаратѣ картина этихъ винтообразныхъ извилинъ железъ отчетливо отличается отъ простой извилистости какъ на продольномъ, такъ и на поперечномъ разрѣзѣ: въ первомъ случаѣ на разрѣзѣ видны только небольшіе участки железъ, между тѣмъ какъ въ послѣднемъ случаѣ железистыя трубки тянутся рядомъ на большомъ протяженіи. При извилистости железъ эпителиальная кайма все-таки остается всегда гладкой, равномерной. Размножающіеся при железистомъ эндометритѣ эпителиальные элементы стараются, далѣе, создать необходимое увеличеніе поверхности посредствомъ небольшихъ выпячиваній эпителия въ просвѣтъ железы и въ окружающую ткань, благодаря этому эпителиальный слой получаетъ на *поперечномъ разрѣзѣ* железы *сосочковый видъ*, а на продольномъ разрѣзѣ эти выступы придаютъ стѣнкѣ железы *видъ пилы*. На рис. 48 (табл. 20) отчетливо видна картина густо расположенныхъ железъ съ расширеннымъ просвѣтомъ, которыя прямо тянутся сверху внизъ по направленію къ мускулатурѣ; на поперечномъ разрѣзѣ черезъ подобную железу получается, благодаря сосочкообразнымъ отросткамъ, красивый, звѣздчатый рисунокъ (рис. 49, табл. 20).

Въ вышеупомянутыхъ картинахъ железистаго эндометрита, которыя объясняются единственно *размноженіемъ эпителиальныхъ клетокъ и стремленіемъ увеличить* поверхность для размножившихся элементовъ, надо отмѣтить правильность рисунка. Однако, вслѣдствіе неравнобѣрнаго разрошенія эпителия въ отдѣльныхъ железахъ, вслѣдствіе расширенія просвѣта железъ подѣ влияніемъ большаго производства слизи на ограниченномъ мѣстѣ и застоя секрета, что въ свою очередь обуславливаетъ перегибы и отшнурованія выше и ниже расширенныхъ мѣстѣ, можетъ возникнуть и неправильная картина на продольномъ и поперечномъ сѣченіи, которую намъ рисуешь фиг. 47 (табл. 19).—Железы здѣсь или просто расширены (*эктазія*) и тогда еще проходимы, или мы имѣемъ дѣло съ отшнуровываніемъ (*кисты*), тогда каналъ железы прерывается.—Увеличеніе железы при *endometritis glandularis*, зависящее отъ размноженія эпителия, обозначается какъ *гипертрофія*; отъ этого простого *увеличенія* железы, которой на поперечномъ разрѣзѣ соответствуетъ всегда *одинъ* просвѣтъ, надо отличать *размноженіе* железъ (и ихъ просвѣтовъ на поперечномъ разрѣзѣ)—*гиперплазію*.

Размноженіе железистыхъ трубокъ можетъ происходить различнымъ образомъ: во-первыхъ, вслѣдствіе востанія эпителия съ *поверхности* могутъ возникать дѣйствительно новыя железы, или же изъ *ствола нѣличныхъ железъ* могутъ исходить небольшія железистыя выпячиванія, которыя постоянно увеличиваются; вѣдь и въ нормальной слизистой мы находимъ процессы дѣленія на железахъ, а при патологическихъ условіяхъ они только усиливаются. Изъ железистыхъ выпячиваній могутъ исходить дальнѣйшія (вторичныя, третичныя) дѣленія и развѣтвленія; такимъ образомъ на поперечномъ разрѣзѣ, вмѣсто *одного* первоначальнаго просвѣта, получаютъ многіе. На микроскопическомъ препаратѣ мы эти выпячиванія не такъ часто видимъ, какъ они въ дѣйствительности встрѣчаются, ибо не каждое отвѣтвленіе лежитъ въ той же плоскости разрѣза; отчетливѣе можно видѣть эти отростки железъ на эктатическихъ и кистовыхъ образованіяхъ,—при внимательномъ разсмотрѣніи рис. 47 (табл. 19) мы можемъ замѣтить во многихъ мѣстахъ (особенно слѣва) это отхожденіе новыхъ железистыхъ трубокъ отъ эктатической железы. Къ размноженію железъ (а въ связи съ этимъ и просвѣтовъ ихъ на поперечномъ разрѣзѣ) примыкаетъ увеличеніе и размноженіе железъ путемъ *востанія въ мускулатуру*. Нормальная слизистая оболочка тѣла матки рѣзко отграничивается отъ мускулатуры, въ видѣ исключенія только опускается иногда та или другая железистая трубка ниже границы слизистой между мышечными пучками; при патологическихъ условіяхъ отдѣльныя маточныя железы глубоко проникаютъ между мышечными пучками; кромѣ того, происходятъ процессы дѣленія, развѣтвленія, такъ что возникаютъ небольшія группы железистыхъ трубокъ среди мускулатуры.

И такъ, при железистомъ эндометритѣ наблюдается увеличеніе железы и расширеніе ея просвѣта (*гипертрофія*), но также размноженіе железъ

(*гиперплазія*). Между тѣмъ какъ гипертрофія вызываетъ извилистость и сосочкообразное разрошеніе эпителія внутрь расширеннаго просвѣта, мы видимъ при гиперплазіи размноженіе железистыхъ трубокъ посредствомъ дѣленія, развѣтвленія и вростанія въ окружающую ткань; мы видимъ тутъ, слѣдовательно, интраглангулярный процессъ (*inversio*) наряду съ экстраглангулярнымъ (*eversio*). Своеобразную картину даютъ эти выдающіяся въ просвѣтъ железъ выпячиванія эпителія на поперечномъ и продольномъ разрѣзѣ: на поперечномъ разрѣзѣ они производятъ впечатлѣніе железъ, помѣщающихся въ просвѣтѣ железы; лежащія тутъ отрѣзки, отдѣленные разрѣзомъ отъ стѣнки железы, кругловаты или овальны и усажены цилиндрическимъ эпителиемъ; они сидятъ на соединительнотканной части инвертированнаго участка (рис. 50, табл. 20). На продольномъ разрѣзѣ эти отрѣзки представляютъ узкіе, продолговатые островки ткани, покрытые цилиндрическимъ эпителиемъ. — Тѣ же явленія были описаны при злокачественной аденомѣ; здѣсь мы находимъ при доброкачественныхъ заболѣваніяхъ процессы, которые даютъ намъ ключъ къ различнымъ формамъ злокачественнаго перерожденія. Изъ предыдущаго ясно, что до начала злокачественной аденомы есть индифферентный, такъ наз. переходный стадій, когда невозможно рѣшить, остается-ли процессъ доброкачественнымъ или начинаетъ становиться злокачественнымъ. — То же самое нельзя судить по эпителиальному стержню, который исходитъ изъ многослойнаго эпителія кожи, влагалища, влагалищной части и проникаетъ нѣсколько въ ткань, есть-ли онъ начало канкроида или нѣтъ; онъ есть только «предостереженіе», но еще не ракъ, онъ можетъ снова исчезнуть. — Встрѣчающіяся затрудненія еще не даютъ намъ права покинуть постъ, въ данномъ случаѣ пренебречь гистологическимъ изслѣдованіемъ, а должны только побудить насъ возможно большимъ упражненіемъ сѣзуть рамки нераспознаваемаго.

Железистый эндометритъ можетъ *исчезнуть*, можетъ *излечиться*; большую частью онъ представляетъ заболѣваніе, которое легко рецидивируетъ вопреки выскабливанію или внутриматочнымъ промываніямъ; *самопроизвольныя выздоровленія* (разумеется, до *cessatio mensium*) рѣдки въ сравненіи съ случаями выздоровленія послѣ соответственнаго леченія. Прямая и обстоятельная гистологическія наблюденія надъ самопроизвольнымъ излеченіемъ отсутствуютъ, такъ какъ безъ внимательства нельзя раздобыть матеріалъ для изслѣдованія, но всякое внимательство уничтожаетъ понятіе о самопроизвольномъ выздоровленіи. Намъ остается изслѣдовать матку у тѣхъ женщинъ, которыя поразительно долго, очень обильно и правильно менструировали и у которыхъ съ началомъ климактеріи можно предположить самопроизвольное излеченіе предшествовавшаго железистаго эндометрита. Изслѣдованіе матки въ климактеріи показываетъ, что съ убываніемъ толщины слизистой оболочки уменьшаются и железы; можно наблюдать, какъ рука объ руку съ измѣненіями въ стромѣ, наряду съ уменьшеніемъ железъ, образуются отшнуровыванія, маленькія кисты, какъ эпителій въ отдѣльныхъ железахъ становится неправильнымъ, кругловато-

кубическимъ и теряетъ свою нормальную способность окрашиваться.—Эпителий имѣетъ гомогенный видъ, отслаивается отъ стѣнки, растворяется; въ климактерической слизистой оболочкѣ получаются полости, которыя содержатъ мелкій детритъ и которыя должны быть разсматриваемы какъ прежнія железы. Послѣ всасыванія мелкозернистаго распада и сывороточно-бѣлковой жидкости образуются сперва щели, а потомъ все исчезаетъ. — Самопроизвольное излеченіе железистаго эндометрита сопровождается значительными измѣненіями въ интерстиціальной ткани (исчезновеніе, атрофія), которыя, наконецъ, ведутъ къ вышеизображенному *endometrium atrophicum senile*.

Нало замѣтить, что чистыя формы какъ межучочнаго, такъ и железистаго эндометрита рѣдки; обыкновенно имѣются *сочетанія*, при коихъ преобладаетъ то одинъ, то другой процессъ; поэтому намъ приходится различать *endometritis interstitialis glandularis* и *endometritis glandularis interstitialis*. Въ чистой или почти чисто выраженной формѣ интерстиціального эндометрита разстоянія между сдвинутыми железами велики; если, несмотря на значительныя разстоянія, просвѣты железъ шире обыкновеннаго, а то даже шире, нежели въ нормальной слизистой, если находимъ къ тому въ расширенныхъ железахъ эпителиальныя разрощенія въ видѣ сосочкоподобныхъ, вдающихся въ просвѣтъ образований, тогда доказано сочетаніе интерстиціальной и железистой формы. Наоборотъ, при сильно расширенныхъ железахъ, имѣющихъ на продольномъ разрѣзѣ пилообразную, а на поперечномъ звѣздчатую форму, слѣдуетъ предположить участіе интерстиціальной ткани, если железы не сдвинулись ближе соответственно своему расширенію. Широкия или пилообразныя железы указываютъ на участіе эпителиальныхъ элементовъ, даже тамъ, гдѣ мы несомнѣнно имѣемъ дѣло съ межучочнымъ эндометритомъ.—На рисункахъ 48 и 49 (табл. 20) мы видимъ почти чистыя формы железистаго эндометрита: расширенныя железы лежатъ густо другъ возлѣ друга; рис. 46 (табл. 19) тоже представляетъ главнымъ образомъ железистую форму хотя имѣющееся посреди препарата разрастаніе интерстиціальной ткани заставляетъ думать объ участіи послѣдней.—Ясно а priori, что съ значительнымъ утолщеніемъ слизистой оболочки при железистомъ эндометритѣ долженъ большею частью имѣть мѣсто необходимый для строенія, хотя бы и незначительный, приростъ стромы.—На рис. 47 (табл. 19) представленъ железистый эндометритъ, но въ отдѣльныхъ мѣстахъ отчетливо видно участіе стромы. Рис. 42 (табл. 17) ясно показываетъ, какъ интерстиціальныи (выпотной) процессъ раздвигаетъ железы, тутъ же видно расширеніе послѣднихъ и слегка неправильное разрощеніе эпителия, слѣдовательно эта картина соответствуетъ *endometritis interstitialis exsudativa glandularis*. На рис. 48 (табл. 20) железистыя измѣненія равномерно занимаютъ весь препаратъ сверху до низу, на рис. 42 (табл. 17) и 44 (табл. 18) такимъ же образомъ (въ одинаковой силѣ сверху до низу) представленъ интерстиціальныи процессъ.

При многихъ воспаленіяхъ *равномерно участвуетъ вся слизистая*: железистый процессъ такъ же сильно выраженъ въ поверхно-

стныхъ слояхъ, какъ и въ глубокихъ, то же самое бываетъ при многихъ интерстиціальнхъ воспаленіяхъ. Этимъ измѣненіямъ, равномерно занимающимъ всю толщу слизистой оболочки, можно противопоставить тѣ случаи, гдѣ слизистая часто уже макроскопически отчетливо обнаруживаетъ двѣ различныя части: болѣе компактный поверхностный слой и губчатый (железистый) глубокой слой. Макроскопическому виду соотвѣтствуетъ и микроскопическая картина; густо скученныя, кругловатыя и кругловато-веретенообразныя клѣтки стромы раздвигаютъ и сдавливаютъ железы въ верхнемъ отдѣлѣ слизистой оболочки—мы имѣемъ такимъ образомъ предъ собою выраженную картину интерстиціального процесса; въ нижнемъ, болѣе глубокомъ отдѣлѣ мы видимъ подъ микроскопомъ расширенныя и близко сдвинутыя, часто почти соприкасающіяся железы, которыя обнаруживаютъ также эпителиальныя сосочковыя разроженія — однимъ словомъ, картину чистаго железистаго эндометрита. Обратная картина, т. е. железистыя измѣненія въ верхнихъ отдѣлахъ слизистой оболочки и интерстиціальныя въ глубинѣ, не встрѣчается въ столь рѣзкихъ чертахъ. Отсюда слѣдуетъ заключить, что выраженные *железистые процессы* слизистой оболочки сидятъ иногда въ глубинѣ, а на поверхности находятся только интерстиціальныя измѣненія, — это особенно характерно для нѣкоторыхъ формъ *endometritis glandularis* (напр. при миомахъ). Это та же картина, которую обнаруживаетъ *mutatis mutandis* слизистая оболочка тѣла матки при образованіи *decidua vera* и которая была изображена выше, когда была рѣчь объ измѣненіяхъ слизистой во время беременности.

Въ общемъ надо признать, что слизистая оболочка тѣла матки обнаруживаетъ *при эндометритахъ вездѣ тѣ же измѣненія* (за исключеніемъ ограниченныхъ, полипозныхъ разроженій); едва-ли встрѣтятся случаи, чтобы при выраженномъ железистомъ разроженіи съ сильнымъ утолщеніемъ слизистой оболочки были найдены на другихъ мѣстахъ выраженные интерстиціальныя измѣненія съ атрофической слизистой; что иногда на одномъ мѣстѣ замѣчается нѣсколько большее участіе железистыхъ составныхъ частей, а на другомъ интерстиціальнхъ, съ этимъ нельзя не согласиться.

Участіе *кровеносныхъ сосудовъ* въ эндометритѣ, насколько можно судить по микроскопической картинѣ, весьма различно; наряду съ препаратами, гдѣ развитіе сосудовъ почти такое же, какъ въ нормальной слизистой, можно встрѣтить достойныя вниманія измѣненія: кромѣ расширенія, бросается въ глаза частое утолщеніе сосудистыхъ стѣнокъ; ихъ распредѣленіе въ видѣ виноградныхъ вѣтвей (цирзойное) ясно обнаруживается подъ микроскопомъ красивыми изгибами и тѣмъ, что разрѣзъ ихъ пересѣкаетъ во многихъ мѣстахъ. Гѣморрагическія формы особенно отличаются широкими капиллярами, кровоизліяніями въ ткани; гѣморрагическій эндометритъ часто даетъ картину менструаціи, хотя въ эпителии менѣе выражено образованіе гѣматомы; въ другихъ случаяхъ ткань *всей* слизистой оболочки пронизана гѣморрагіями, раздвинута, мѣстами даже разможжена, — такъ можно говорить объ *аноплексіи* слизистой оболочки.

Трудно установить участіе лимфатическихъ сосудовъ при разныхъ формахъ эндометрита, такъ какъ при легкихъ случаяхъ можно видѣть множество широкихъ лимфатическихъ щелей и сосудовъ, а при болѣе тяжелыхъ они часто совсѣмъ не констатируются.

На основаніи вышесказаннаго мы можемъ дать точныя *обозначенія* эндометритнымъ гистологическимъ измѣненіямъ; мы различаемъ:

*Endometritis interstitialis,*

*Endometritis glandularis;*

изъ сочетанія обѣихъ формъ можетъ возникнуть

*Endometritis interstitialis glandularis,*

*Endometritis glandularis interstitialis.*

Чтобы обозначить еще другія измѣненія, обнаруживаемыя микроскопомъ, можно выбрать, на примѣръ, слѣдующія названія:

*Endometritis interstitialis glandularis ectatica (cystica),*

*Endometritis glandularis ectatica (cystica) interstitialis,*

*exsudativa haemorrhagica;*

послѣднее обозначеніе обнимаетъ измѣненіе железъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ участіе интерстиціальной ткани и сосудовъ. Смотри по теченію, прибавляются слова *acuta, subacuta, chronica*; наконецъ, пользуясь еще приставками *hypertrophica* или *hyperplastica* или также *superficialis* и *profunda*, можно было бы набросить точную гистологическую картину. Цѣлесообразно привыкать при постановкѣ діагноза возможно точнѣе обозначать микроскопическій характеръ выскобленныхъ массъ. Обозначеніе упрощается, если вопросъ только поставленъ относительно доброкачественности или злокачественности; препаратъ можетъ, на примѣръ, обнаруживать доброкачественныя измѣненія, а гистологическое его обозначеніе будетъ *endometritis glandularis ectatica (cystica) interstitialis haemorrhagica chronica*.

Для препаратовъ, гдѣ трудно или невозможно рѣшить, преобладаетъ-ли железистый или интерстиціальный процессъ, гдѣ оба измѣненія, по видимому, одинаково развиты, умѣстно обозначеніе: *endometritis diffusa*.

Часто употребляется выраженіе *endometritis fungosa*, оно только описательное и имѣетъ въ виду выразить, какъ выглядитъ значительное разрощеніе эндометрія; это есть разрощеніе, которое при разрѣзѣ черезъ матку грибовидно выдается надъ краемъ разрѣза. Названіе «*фунгозный*» лучше удержать для ограниченнаго припуханія, которое выступаетъ надъ окруженностью съ болѣе широкой поверхностью и болѣе узкимъ основаніемъ, нежели для сильно разросшагося *in toto* эндометрія. Фунгозный эндометритъ есть клиническое (описательное) обозначеніе и представляетъ гистологически весьма различныя картины: въ основѣ фунгозной формы можетъ лежать то болѣе железистый, то болѣе интерстиціальный процессъ, и во всякомъ случаѣ гиперплазія; на примѣръ, гистологическій діагнозъ фунгознаго эндометрита можетъ гласить: *endometritis interstitialis chronica glandularis ectatica (hyperplastica)* и т. д.

— Выше было сказано, что чистыя формы рѣдко встрѣчаются, что, наоборотъ, чаще наблюдаются сочетанія между межучточными и железистыми

воспаленіями. Упомянемъ еще о весьма важномъ воздѣйствіи отдѣльныхъ формъ другъ на друга, особенно по отношенію къ микроскопическимъ картинамъ. Уже при описаніи интерстиціального эндометрита было указано на то, что вслѣдствіе разрошенія кѣтокъ стромы железы сдавливаются и въ то же время раздвигаются. Воздѣйствіе межзачаточныхъ воспалительныхъ процессовъ на слизистую оболочку сказывается въ еще большей мѣрѣ, если сама строма претерпѣваетъ значительныя измѣненія въ своей структурѣ вслѣдствіе частыхъ обостреній и вслѣдствіе обратнаго развитія послѣ подобныхъ острыхъ или подострыхъ приступовъ; тогда появляется хронически воспалительное состояніе, обуславливающее неравномерность слизистой оболочки; подъ влияніемъ хроническихъ интерстиціальныхъ процессовъ железы смѣщаются въ ткани, происходитъ застой секрета въ отдѣльныхъ мѣстахъ и образуются расширенія (ectasia); эти рубцовыя измѣненія въ стромѣ могутъ также вести къ отшнуровыванію и перегибамъ стволика железы, и тогда возникаютъ настоящія кистовидныя полости. Эта гистологическая картина измѣненій железъ была уже выше начерчена, здѣсь же мы желали указать на происхожденіе ея подъ влияніемъ интерстиціальныхъ процессовъ; чѣмъ болѣе железы принимаютъ участіе въ воспалительномъ процессѣ, тѣмъ болѣе значительное и разнообразное воздѣйствіе оказываютъ на нихъ хроническія интерстиціальныя измѣненія, особенно при обостреніяхъ или вообще при хроническомъ эндометритѣ. Такимъ образомъ слѣдуетъ объяснять разнообразныя гистологическія картины *хроническаго* воспаления эндометрія въ противоположность къ болѣе однороднымъ картинамъ *острыхъ* процессовъ. Наличие многихъ перетяжекъ, расширеній въ видѣ песочныхъ часовъ и другихъ, наличие кистъ на железахъ слизистой оболочки можетъ, наравнѣ съ пучками веретенообразныхъ соединительнотканнныхъ элементовъ въ стромѣ, служить *диагностическимъ* признакомъ *хроническихъ* процессовъ.

До сихъ поръ была рѣчь объ измѣненіяхъ слизистой оболочки матки *in situ*. Диагнозъ отдѣльныхъ измѣненій легче поставить, когда мы можемъ обозрѣть эндометрій во всей его толщѣ, нежели тогда, когда имѣемъ дѣло съ *выскобленными* частицами, гдѣ различныя части слизистой, поверхностныя и глубокія, перемѣшаны, гдѣ отдаленныя на самомъ дѣлѣ участки лежатъ рядомъ. Для постановки микроскопическаго діагноза надо изслѣдовать не *одну* выскобленную частицу, а *множество*, надо изъ различныхъ срѣзовъ отъ многихъ частицъ искусственно соорудить картину эндометрія въ цѣлости. Можно было бы, напримѣръ, на основаніи гистологическаго изслѣдованія *одного* кусочка предположить *интерстиціальный эндометритъ* въ то время, когда предъ нами *железистый эндометритъ*, обладающій вышеизображенной особенностью, что поверхностные слои компактны и обнаруживаютъ интерстиціальныя измѣненія; изслѣдованіе же различныхъ частицъ и сочетаніе различныхъ картинъ изъ многихъ срѣзовъ даетъ возможность избѣгнуть этой ошибки. Далѣе, гистологическое изслѣдованіе *одной* крошки могло бы, напримѣръ, показать доброкачественныя измѣненія, между тѣмъ какъ контрольное изслѣдованіе другихъ

частиць выясняетъ намъ наличность злокачественнаго перерожденія. Если не упускать изъ виду этой точки зрѣнія, о которой уже была рѣчь и выше (см. «микроскопическое изслѣдованіе», стр. 31—34), то можно столь же надежно *ставить діагнозъ* на основаніи *выскобленныхъ* кусочковъ, какъ и при изслѣдованіи *in situ*.

Несмотря на необходимость каждый разъ предпринимать *микроскопическое* изслѣдованіе *выскобленныхъ* частиць для установкѣ вѣрнаго діагноза, не слѣдуетъ пренебрегать и *макроскопическимъ* осмотромъ. Помощью послѣдняго прежде всего опредѣляется количество *выскобленнаго*, если, конечно, *выскабливаніе* правильно выполнено, т. е. сдѣлано съ возможной полнотой; по количеству *выскобленнаго* мы можемъ судить, имѣемъ-ли дѣло съ незначительнымъ или съ сильнымъ разрастаніемъ эндометрія; въ послѣднемъ случаѣ можно съ увѣренностью предположить *гиперплазію*, такъ какъ простое увеличеніе (гипертрофія) никогда не ведетъ къ значительнымъ утолщеніямъ слизистой оболочки. Мягкая консистенція добытыхъ массъ даетъ основаніе думать объ *интерстиціальныя*, *межучочно-выпотныхъ* процессахъ. Даже огромныя количества *выскобленнаго* матеріала (иные передаютъ о «полныхъ горстяхъ»), которыя величиною крошекъ и своимъ обиліемъ могли бы возбудить подозрѣніе на злокачественность, обнаруживаютъ при *макроскопическомъ* осмотрѣ своимъ мелко-губчатымъ, рѣшетовиднымъ строеніемъ доброкачественный процессъ: отверстія въ губчатой ткани, придающія матеріалу видъ сита, соответствуютъ болѣе или менѣе расширеннымъ, а также кистовидно перерожденнымъ маточнымъ железамъ. Рѣдко при подобныхъ свойствахъ окажется подъ микроскопомъ *раковое* образованіе; обыкновенно мы имѣемъ тутъ дѣло съ *фунгознымъ* эндометритомъ, который гистологически представляетъ *end. hyperplastica glandularis ectatica*. Мозговидный характеръ, красновато-сѣрая окраска, отсутствіе рѣшетовидныхъ отверстій, болѣе однородное (гомогенное) строеніе говоритъ *макроскопически* за злокачественное перерожденіе. Количество *выскобленнаго* матеріала, будь оно незначительно или обильно, само по себѣ никогда не даетъ надежной точки опоры для рѣшенія, имѣемъ-ли мы дѣло съ *злокачественнымъ* или *доброкачественнымъ* процессомъ.

Къ этому разбору гистологическихъ измѣненій при эндометритѣ, который, можетъ быть, сдѣланъ нѣсколько схематично, слѣдуетъ еще присоединить описаніе *особенныхъ измѣненій стромы*, а также *эпителиальныхъ образованій*, знаніе которыхъ важно, чтобы избѣгать ошибокъ въ распознаваніи. Что касается измѣненій *стромы* при *endometritis interstitialis*, то было уже указано, что при острой формѣ рѣчь идетъ о размноженіи мелкихъ, круглыхъ клѣтокъ; послѣднія снабжены кругловатымъ ядромъ, всецѣло выполняющимъ клѣтку, клѣточное тѣло едва замѣтно, ядро хорошо красится; для подострыхъ и хроническихъ воспалительныхъ процессовъ характерны болѣе веретенообразные элементы, которые съ виду состоятъ только изъ продолговато-овальнаго ядра и его отростковъ. Оба сорта клѣтокъ, круглыя и веретенообразныя, претерпѣваютъ

достойныя вниманія отклоненія отъ даннаго выше описанія. Круглыя клѣтки получаютъ, напримѣръ, въ дисменорройныхъ перепонкахъ, особенно въ частяхъ, близко лежащихъ къ мѣсту отрыва, отчетливое клѣточное тѣло, ядро лежитъ большею частью въ центрѣ; протоплазма здѣсь мало зернистая, почти гомогенная, ядро меньше, рѣзко очерчено, кругловато, клѣтка часто лежитъ какъ-будто свободно въ интерстиціальной и экссудативно измѣненной ткани; величина элементовъ измѣнчива, встрѣчаются рядомъ нѣсколько большіе и нѣсколько меньшіе. Но и веретенообразные элементы оказываются въ этихъ перепонкахъ увеличенными и обладающими явственнымъ, часто мелко-зернистымъ протоплазматическимъ тѣломъ, съ овальнымъ ядромъ посрединѣ; эти клѣтки тоже рыхло заложены въ ткани, часто какъ-бы изолированы на препаратѣ, особенно на краю срѣза, и потому ихъ хорошо можно рассмотреть. Бываютъ дисменорройныя мембраны, которыя обнаруживаютъ этотъ напоминающій decidua составъ въ довольно равномерномъ видѣ и на порядочномъ протяженіи.

Но и при другихъ процессахъ, наур. при *endometritis glandularis* (при міомахъ) интерстиціальная ткань, особенно клѣтки стромы, можетъ значительно измѣняться; здѣсь рѣчь идетъ большею частью о подострыхъ процессахъ. Клѣтки стромы, если и не равномерно на всемъ препаратѣ, то все-таки въ значительномъ числѣ превратились въ довольно большія клѣтки, далеко превосходящія обычные элементы стромы; вокругъ увеличеннаго овальнаго ядра имѣется отчетливый мелкозернистый протоплазматическій ободокъ (рис. 45, табл. 18). Это измѣненіе самихъ клѣтокъ остается довольно равномернымъ; правда, встрѣчаются небольшія различія въ величинѣ—однѣ шире, короче, другія уже, длиннѣе, но однородность картины не нарушается этимъ. Достойно вниманія, что при этомъ измѣненіи клѣтокъ стромы получается мѣгѣ интенсивная окраска, въ сравненіи съ другими интерстиціальными процессами; протоплазма слабо окрашивается, а главное утрачиваетъ свою энергическую способность окрашиваться овальное ядро. Далѣе, клѣтки не расположены такъ густо, какъ при остромъ интерстиціальномъ эндометритѣ, между ними излился мелкозернистый экссудатъ, который разъединяетъ ихъ, хотя и не въ сильной степени. Эти измѣненія клѣтокъ, наблюдаемые нерѣдко при доброкачественныхъ процессахъ, даютъ поводъ (и это уже случалось) къ смѣшиванію съ децидуальными элементами и саркомой. Дифференціально-диагностическіе признаки см. ниже стр. 331 и 332.

Что касается измѣненій *эпителиальныхъ образований* при *endometritis glandularis*, то выше было указано, то рѣчь здѣсь идетъ о размноженіи эпителиальныхъ элементовъ, что размноженіе клѣтокъ ведетъ къ увеличенію (удаленію и расширенію) железъ, что наряду съ простымъ увеличеніемъ (гипертрофія) происходитъ еще размноженіе железъ (гиперплазія); при этомъ предполагалось, что клѣтки сохраняютъ всегда картину эпителия *corp. ut.*, хорошо окрашивающееся мелкозернистое клѣточное тѣло, центрально лежащее, интенсивно окрашивающееся, кругловато-овальное

ядро, что распределение элементов всегда представляет нормальную однослойность.— Съ разрошениемъ и размноженіемъ эпителиальныхъ клетокъ можетъ возрасти *высота* послѣднихъ, часто онѣ становятся тогда очень узки, густо скучены и на отдѣльныхъ препаратахъ кажутся не однослойными болѣе. Последнее явленіе только кажущееся, при внимательномъ разсмотрѣніи мы видимъ только своеобразное измѣненіе формы, взаимное приравливаніе, вызванное приростомъ клетокъ: рядомъ съ цилиндро-эпителиальной клеткой съ широкимъ основаніемъ лежитъ клетка съ очень узкимъ основаніемъ, первая въ верхней части узка, послѣдняя тамъ-же шире; ядра не лежатъ рядомъ, а какъ-бы уступая другъ другу мѣсто, одно лежитъ нѣсколько выше середины, другое нѣсколько ниже середины клетки. И такъ, *типическая однослойность* эпителия сохранена, только взаимная *группировка иная*, дабы выиграть мѣсто для новообразованныхъ клетокъ и для ихъ ядеръ.—При значительномъ железистомъ размноженіи клетокъ тоже уменьшается способность протоплазмы и ядра къ окрашиванію; въ крайнихъ случаяхъ можетъ при первомъ бѣгломъ взглядѣ на микроскопическій препаратъ явиться мысль, что передъ нами цервикальное измѣненіе, ибо именно эпителий шейки плохо красится, прозраченъ, однороденъ, но остается типичное положеніе ядеръ болѣе или менѣе въ центрѣ въ противоположность шеечному эпителию, гдѣ ядро лежитъ у основанія клетки.

Вышеупомянутые процессы, которые разыгрываются какъ при интерстициальномъ, такъ и железистомъ эндометритѣ, даютъ поводъ къ ошибкамъ: можно *смѣшать* децидуальную клетку съ увеличенной клеткой стромы, можно послѣднюю принять за продуктъ саркоматознаго перерожденія; въ первомъ случаѣ ошибка временная и поправимая, въ послѣднемъ случаѣ она имѣетъ принципиальное значеніе. Скажемъ нѣсколько словъ о различительномъ распознаваніи между этими гистологическими картинами.

При *endometritis interstitialis* и *interstitialis exsudativa* возможно смѣшиваніе *увеличенныхъ клетокъ стромы* съ *децидуальными клетками*. Во время беременности, какъ было подробно изложено выше, клетка стромы превращается въ децидуальную, причемъ первая получаетъ мелкозернистый протоплазматическій ободокъ вокругъ увеличившагося ядра. Подобный же процессъ мы видѣли внѣ беременности при подострыхъ эндометритическихъ процессахъ: клетка стромы, увеличиваясь, получаетъ клеточное тѣло, которое содержитъ увеличенное также ядро. По *отдѣльной* клеткѣ не видно, обязана-ли она своимъ происхожденіемъ первому или второму измѣненію; но, имѣя дѣло съ *отпадающей оболочкой*, мы видимъ, что то же превращеніе обнимаетъ всю слизистую и проходитъ почти черезъ всю толщю ея; при эндометритѣ же большую часть подвергаются превращенію только части (хотя и значительныя) слизистой, обыкновенно поверхностные участки; слѣдовательно *измѣненная in toto слизистая оболочка* и почти одинаковая вездѣ величина и форма клетокъ при отпадающей оболочкѣ даютъ достаточную точку опоры для

различенія отъ неравнобѣрныхъ измѣненій при эндометритѣ; рис. 45 (табл. 18) показываетъ намъ неоднородность клѣтокъ при *эндометритѣ*, а на рис. 10 (табл. 5) мы можемъ различить вездѣ одинаковую величину децидуальныхъ элементовъ, несмотря на круглоклѣточную инфильтрацію. Кроме этого различія, *характерно* еще свойство *межклеточнаго вещества*; въ отпадающей оболочкѣ оно гомогенное или нѣсколько волокнистое, клѣтки какъ-бы облиты межклеточнымъ веществомъ, между тѣмъ какъ при эндометритѣ оно мелкозернистое, рыхлое, волокнистое, клѣтки легче изолируются изъ ихъ межклеточнаго вещества, нежели децидуальные элементы. Это свойство межклеточнаго вещества крайне важно для распознаванія въ случаяхъ *decidua menstrualis* (*dysmenorrhoea* *menstruata*), гдѣ клѣтки увеличились во всей толщѣ слизистой оболочки и едва-ли отличимы отъ децидуальныхъ,—здѣсь увеличенные элементы лежатъ рыхло въ экссудативной, мелко-волокнистой, межклеточной ткани, на краю срѣза она уже изолирована, тамъ существуетъ тѣсная связь съ межклеточнымъ веществомъ.

Смѣшеніе съ вышеописанными увеличенными клѣтками стромы повело къ ошибочному воззрѣнію (*Abel-Landau*), будто это измѣненіе клѣтокъ означаетъ *саркоматозное* перерожденіе. Какъ уже сказано, увеличеніе клѣтокъ стромы встрѣчается нерѣдко при извѣстномъ раздраженіи, напр. при железистомъ эндометритѣ, на этой измѣненной интерстиціальной ткани никакіе прогрессивные процессы не наблюдаются; въ этой воспалительно раздраженной ткани сохраняется типъ стромы, неравнобѣрное и неоднородное, атипическое разрощеніе клѣтокъ и ихъ ядеръ не имѣетъ здѣсь мѣста, увеличеніе клеточнаго тѣла и ядра не переходить за извѣстные предѣлы.

Для *дифференціального распознаванія* между *ракомъ* и железистымъ *эндометритомъ* важно то, что при карциномѣ мы имѣемъ многослойный эпителий и прогрессивное разрастаніе въ окружающую ткань. При *endometritis glandularis* можетъ легко возникнуть видъ многослойности при сильномъ размноженіи эпителия и значительномъ развитіи гребешкообразныхъ выступовъ въ просвѣтъ железы, особенно при *слишкомъ толстыхъ* срѣзахъ; въ этихъ сомнительныхъ случаяхъ надо приготовить столь тонкіе срѣзы, чтобы однослойность или многослойность ясно обнаруживалась. Ошибочное принятіе многослойности при косыхъ срѣзахъ (полу-плоскостные срѣзы) или при наличности эпителиальныхъ выступовъ можетъ быть избѣгнуто при извѣстномъ навыкѣ, а также при контрольномъ изслѣдованіи многихъ срѣзовъ.

Необходимость навыка не ставить изслѣдователю недостижимые предѣлы, а есть вполнѣ основательное требованіе въ каждой спеціальности; начинающій можетъ прилежаніемъ легко умножить свои знанія.—Для карциномы считается характернымъ, что она возникаетъ мѣстно, переходитъ за предѣлы первичнаго очага, что она обладаетъ *гетеротипіей*. Гетеротипія, т. е. развитіе на незаконномъ мѣстѣ, встрѣчается также при простомъ железистомъ гиперпластическомъ эндометритѣ: железистыя трубки мо-

гуть проникнуть въ мускулатуру, въ подслизистую міому, не будучи злокачественными. И такъ, появленіе простыхъ железистыхъ трубокъ въ мускулатурѣ само по себѣ еще не доказываетъ злокачественности тѣмъ, что граница слизистой оболочки перейдена эпителиальными образованиями; *известная гетеротипія* встрѣчается при железистомъ эндометритѣ, *не имѣя злокачественнаго* характера и не обуславливая предрасположенія къ злокачественному перерожденію.

Различительное распознаваніе между железистымъ эндометритомъ и *adenoma malignum invertens* не представляетъ затрудненій: картину неправильно перекрещивающихся эпителиальныхъ тяжей легко отличить отъ железъ endometritis glandularis, даже если онѣ представляютъ значительное размноженіе эпителия; достаточно бросить взглядъ на рис. 50 (табл. 20) въ сравненіи съ рис. 33 (табл. 13) и рис. 35 (табл. 14). При adenoma malignum invertens нѣтъ железъ, ошибочнымъ образомъ изслѣдователь часто связываетъ съ цилиндрическимъ эпителиемъ понятіе о железѣ, — *здѣсь* нѣтъ просвѣта железы, а только эпителиальные тяжи, тамъ (при эндометритѣ) хорошо сохранившіяся, хотя и измѣненныя железы (см. выше adenoma malignum). — Гораздо труднѣе можетъ оказаться дифференціальное распознаваніе между endometritis glandularis и *adenoma malignum evertens*; въ началѣ послѣдняго совершаются тѣ же процессы, что и при железистомъ эндометритѣ (размноженіе железъ); поэтому при adenoma malignum evertens incipiens трудно рѣшить, имѣемъ-ли дѣло съ доброкачественнымъ измѣненіемъ или съ начинающимся злокачественнымъ перерожденіемъ и это затрудненіе ничѣмъ не устранить, ибо оно лежитъ въ недоконченности процесса, въ переходномъ его состояніи, которое не даетъ никакихъ точекъ опоры для сужденія. Въ *болѣе позднихъ стадіяхъ злокачественнаго перерожденія* рѣшающимъ моментомъ является то, что *на препаратахъ исчезаетъ железа какъ индивидуумъ*. Хотя мы выше (ср. рис. 32, 34) вывели развитіе adenoma malignum evertens изъ разрошенія отдѣльной железы, тѣмъ не менѣе въ прогрессировавшихъ стадіяхъ отдѣльная железа пропадаетъ: вездѣ ткань слизистой оболочки, а также muscularis разрушена железистыми образованиями, болѣею частью мало расширенными. При *железистомъ эндометритѣ* индивидуумъ сохраняется; хотя въ глубинѣ слизистой оболочки отрѣзки железъ часто тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, такъ что одна полость почти граничитъ съ другой, все-таки сравненіе нѣсколькихъ срѣзовъ обнаружитъ предъ нами ходъ, направленіе, роль измѣненія *отдѣльной* железы, словомъ, индивидуальность железы; для уясненія достаточно сравнить соответственные рисунки (см. таблицы).

Надо согласиться, что именно дифференціальный діагнозъ между adenoma malignum evertens и endometritis glandularis hyperplastica можетъ представлять затрудненія, да и во всякой отрасли медицины распознаваніе известныхъ, отдѣльныхъ болѣзней можетъ оказаться труднымъ. Весьма пріятной подмогой является наклонность этой формы злокачественной

аденомы переходить въ аденокарциномы путемъ превращенія однослойнаго эпителия въ многослойный и образованія сплошныхъ раковыхъ стержней: рѣзкіе контуры железистыхъ образованій тогда исчезаютъ, и уже при слабомъ увеличеніи можно узнать эти мѣста, гдѣ произошло превращеніе однослойнаго цилиндрическаго эпителия въ полипоморфный, многослойный, по ихъ нѣсколько затушеванному виду, расплывчатости границъ и менѣе интенсивной окраскѣ.

**Endometritis cervicalis.** Воспалительныя пораженія слизистой оболочки шейки замѣтно отличаются отъ заболѣваній слизистой оболочки тѣла матки, а также отъ воспалительныхъ измѣненій влагалищной части. Воспаленія слизистой согр. ut. представляются главнымъ образомъ въ видѣ продуктивныхъ процессовъ, сопровождающихся размноженіемъ кѣтокъ; этимъ, какъ мы видѣли, создаются самыя разнообразныя макро- и микроскопическія картины; подобнымъ же образомъ, хотя и въ не столь значительной степени, обнаруживаютъ гиперпластическіе процессы эрозии влагалищной части: при нихъ можетъ произойти глубокое, железистое разрушеніе ткани *portio vaginalis*, даже безъ наличности какого-либо злокачественнаго перерожденія. Въ сравненіи съ тѣломъ матки и влагалищной частью, цервикальная слизистая образуетъ при воспалительныхъ измѣненіяхъ болѣе скудные формативные продукты; интересно, что шейка и въ этомъ пунктѣ занимаетъ особое отъ другихъ отдѣловъ матки положеніе. *Шейка* реагируетъ на воспалительныя раздраженія главнымъ образомъ *секреторно*—производствомъ слизи; какъ послѣдствія этихъ секреторныхъ аномалій можно считать часто встрѣчающіяся кистовидныя *расширенія шеечныхъ железъ* (кисты, фолликулы, *Naboth*'овыя яички). Часть такъ наз. *фолликулярныхъ полиповъ* происходитъ изъ этихъ расширеній, которыя, увеличиваясь, поднимаются надъ поверхностью и получаютъ ножку. Скопленіе слизи въ шейкѣ при узкомъ наружномъ зѣвѣ и обусловленномъ этимъ недостаточномъ оттокомъ ведетъ къ расширенію цервикальнаго канала поверхъ зѣва, отъ давленія слизистой пробки слизистая оболочка дѣлается тонка, почти атрофична.

Наряду съ этими неправильностями въ отдѣленіи, встрѣчается еще при воспалительныхъ явленіяхъ *мелкокѣлочная инфильтрація слизистой оболочки*; болѣею частью мѣстомъ этого кѣлочнаго пропитыванія являются болѣе поверхностныя части слизистой; столь равномерная инфильтрація, идущая черезъ всю толщю, какъ при *endometritis corporis interstitialis*, на шейкѣ рѣдко встрѣчается. Весьма интересной представляется здѣсь мелкокѣлочная инфильтрація вокругъ железъ: возбудители воспаленія поражаютъ часть поверхностной ткани слизистой оболочки, проникаютъ сверху въ железы и вызываютъ въ окружающей железы ткани *cervicitis interstitialis periglandularis*, болѣе отдаленная ткань мало или совершенно не затронута.

На *шейкѣ* такъ же, какъ на тѣлѣ матки, надо различать, соответственно составнымъ частямъ ея, *интерстиціальныя* и *железистыя процессы*; первые поражаютъ болѣею частью, какъ уже упомянуто,

лишь часть слизистой оболочки и именно *верхнюю*, обращенную къ каналу; благодаря этой инфильтраціи, а также обостреніямъ подобныхъ процессовъ послѣ временнаго обратнаго развитія, выводные протоки цервикальныхъ железъ смѣшаются, суживаются, отшнуровываются. Endometritis cervicalis interstitialis ведетъ такимъ образомъ, при усиленномъ отдѣленіи слизи на поверхности и въ железахъ, къ задержкѣ стока вслѣдствіе отшнурованій, а съ этимъ къ расширеніямъ и къ кистамъ въ железистой части. — Слѣдовательно, кистовидныя образованія шейки (ectasia) могутъ возникать, во-первыхъ, на почвѣ секреторныхъ аномалій, во-вторыхъ, подъ вліяніемъ воспалительныхъ процессовъ и вызванной ими задержки оттока усилившагося отдѣленія.

При воспалительныхъ *железистыхъ* процессахъ находятъ размноженіе железъ; на стволікѣ железы могутъ появиться отростки железистаго характера, съ поверхности могутъ образоваться железистыя выдренія поверхностнаго эпителия; оба процесса, какъ уже упомянуто, незначительны въ сравненіи съ размноженіемъ железъ (гиперплазія) въ слизистой оболочкѣ тѣла матки и съ продуктивными процессами при эрозіяхъ влагалищной части; новообразованіе железъ съ поверхности часто отчетливо констатируется при полипахъ. Но подобно тому какъ на влагалищной части вслѣдствіе разрошенія ткани и эпителия вырастаютъ изъ поверхности сосочковыя разрошенія (сосочковая эрозія), такъ и на шейкѣ, особенно на нижней ея части, прилегающей къ наружному зѣву, можетъ возникнуть *endometritis cervicalis papillaris*. Тѣ же процессы наблюдаются и на полипахъ слизистой оболочки шейки: полипъ можетъ получить сосочковую поверхность, можетъ далѣе стать значительно железистымъ вслѣдствіе выдреній эпителия въ ткань. Картина сосочковыхъ возвышеній поверхности (сосочковая эрозія) съ ихъ многочисленными видоизмѣненіями не встрѣчается, какъ упомянуто выше, на слизистой оболочкѣ тѣла матки.

На цервикальной слизистой также наблюдается при железистомъ пораженіи разрошеніе железъ за предѣлы слизистой оболочки, *въ самую ткань шейки*; это разрошеніе однако ничтожно въ сравненіи съ подобными же процессами на слизистой оболочкѣ тѣла матки.

Такъ же, какъ на влагалищной части, хотя и рѣже, встрѣчаются на шейкѣ въ нижней ея трети *язвы*, которыя рѣзко ограничены, мало и медленно увеличиваются, лежатъ нѣсколько ниже поверхности слизистой оболочки и даютъ поводъ къ значительнымъ кровотеченіямъ; онѣ обнаруживаютъ сильную мелкоклеточную инфильтрацію, которая часто неглубоко проникаетъ, чрезвычайно расширенныя капилляры, которые съ виду какъ бы изливаются на поверхности. Эпителий поверхности утраченъ, на днѣ язвы можно найти кое-гдѣ железы, какъ первоначальныя составныя части слизистой оболочки; при язвахъ на влагалищной части также встрѣчаются железы въ язвенномъ днѣ, если раньше на этомъ мѣстѣ была эрозія (см. рис. 24, табл. 9 и стр. 237). Наиболее подходящее обозначеніе это — *ulcus simplex haemorrhagicum*; выраженіе — эрозіонная язва, которое ввели нѣкоторые авторы, неправильно потому, что язва ничего общаго не имѣетъ съ эрозіей, по крайней мѣрѣ.

*истологически*, какъ уже упомянуто, половная язва можетъ случайно развиться на такомъ мѣстѣ влагалищной части, гдѣ раньше сидѣла эрозія.

*Дифференціальный диагнозъ* между *ulcus simplex haemorrhagicum* который клинически часто симулируетъ раковое пораженіе, и настоящей карциномой рѣшается микроскопическимъ изслѣдованіемъ; неоднократно изображенная выше гистологическая картина рака рѣзко отличается отъ мелкоклѣточного соединительнотканнаго воспаленія язвы. Трудности могутъ возникнуть при *рѣшеніи* вопроса, имѣемъ-ли мы дѣло съ *железистымъ цервикальнымъ эндометритомъ* или съ *начинающейся злокачественной аденомой*, тѣмъ болѣе, что на шейкѣ послѣдняя принимаетъ большую частью форму *adenoma evertens*. Подозрительно всегда, если на вырѣзанныхъ изъ шейки кусочкахъ обнаруживаются значительныя железистыя разрошенія, проникающія въ ткань; простыя гиперпластическія разрошенія всегда обнаруживаютъ свою индивидуальность, т. е. даютъ возможность обзорѣть разрастаніе отдѣльной железы, между тѣмъ какъ при злокачественной аденомѣ цервикальная ткань всецѣло пронизана железистыми образованіями, которыя, все сызнова выростая и все дальше образуя выпячиванія (*eversio*), проникаютъ до брюшины. Рис. 28 (табл. 11) даетъ характерную картину злокачественной аденомы шейки. — О необходимости макро- и микроскопическаго изслѣдованія *полиповъ*, о различительномъ распознаваніи отъ *саркомы* было уже сказано выше. Надо прибавить, что часто простыя катарральныя пораженія шейки описывались какъ злокачественныя, вопреки гистологическимъ даннымъ; къ задачамъ *микроскопической діагностики* и относится строго разграничивать отдѣльныя заболѣванія и давать имъ соответственныя обозначенія.

Трудность *различительнаго распознаванія* просто воспалительной и *туберкулезной* инфильтраціи слизистой оболочки шейки и тѣла матки зависитъ отъ трудности найденія бугорковыхъ палочекъ, *гистологически* же мы не имѣемъ никакихъ надежныхъ точекъ опоры для сужденія; ограниченныя воспалительныя гнѣзда въ слизистой оболочкѣ, найденіе гигантскихъ клѣтокъ въ воспалительно пропитанной ткани возбуждаютъ, конечно, подозрѣніе на бугорчатый процессъ и требуютъ *бактеріологическаго* изслѣдованія.

### Распознаваніе пороковъ развитія внутреннихъ половыхъ органовъ.

Изъ уродливостей женскихъ половыхъ органовъ на первомъ планѣ интересуютъ насъ у взрослой женщины уродливыя образованія матки и влагалища, между тѣмъ какъ разстройство въ развитіи яичниковъ и трубъ, съ одной стороны, слишкомъ мало изучены, съ другой стороны, представляютъ столь мало клиническихъ данныхъ, что не могутъ быть съ увѣренностью распознаны. Я также не намѣренъ останавливаться здѣсь на порокахъ развитія наружныхъ половыхъ органовъ, ибо тяжелыя формы

едва ли когда наблюдаются у взрослой женщины, а болѣе легкія формы такъ просто опредѣляются осмотромъ, что нѣтъ надобности въ подробномъ діагностическомъ разборѣ ихъ; уродливости же матки въ связи съ порочнымъ развитіемъ влагалища представляютъ большой практической интересъ.

Распознаваніе этихъ уродливостей предполагаетъ правильное пониманіе *развитія женскихъ половыхъ органовъ*, поэтому я хочу предположить изложеніе послѣдняго, поскольку оно можетъ имѣть значеніе для діагностики.

*Внутренніе половые органы* развиваются изъ зародышевой железы и обоихъ Müller'овыхъ протоковъ, между тѣмъ какъ Wolff'овъ протокъ исчезаетъ, оставивъ лишь незначительные рудименты. Зародышевыя железы развиваются на внутренней сторонѣ обоевъ Wolff'овыхъ тѣлъ, лежащихъ по обѣ стороны позвоночнаго столба зародыша, между тѣмъ какъ Wolff'овы протоки тянутся ввысь сбоку отъ позвоночника. Müller'овы протоки начинаются на проксимальной части Wolff'ова тѣла и растутъ отсюда по вентральной стѣнкѣ Wolff'ова протока внизъ, причѣмъ въ верхней части лежатъ внаружи, а въ дистальной кнутри отъ него; при этомъ они постепенно сближаются, а въ самой нижней части тѣсно прилегаютъ. Они имѣютъ, слѣдовательно, сходящееся книзу направленіе, которое еще болѣе выражено потому, что при descensus ovarii верхній конецъ вѣтвь съ яичникомъ спускается внизъ; нижній конецъ Müller'ова хода впадаетъ въ мочеполовую пазуху (sinus urogenitalis). Приблизительно на серединѣ ихъ протяженія проеиходитъ впервые сліяніе Müller'овыхъ протоковъ, которое постепенно распространяется сверху внизъ, между тѣмъ какъ верхніе концы остаются парными. Мало-по-малу исчезаетъ на слившихся частяхъ промежуточная стѣнка и такимъ способомъ образуется общій каналъ. Изъ Müller'овыхъ протоковъ образуются: Фаллопеевы трубы, матка и влагалище. Верхніе парные отдѣлы становятся *трубами*, средніе же и дистальные сливаются въ непарную *матку* и *влагалище*; границу между парной и непарной частью образуетъ мѣсто прикрѣпленія круглой связки. Изъ зародышевыхъ железъ образуются *яичники*, проксимальный отрѣзокъ Wolff'ова хода превращается въ рудиментарный ерооргоп (parovarium), а дистальныя части его прослѣжены до области шейки (такъ наз. Gartner'овы ходы).

*Наружныя половыя части* развиваются изъ срединно лежащаго полового бугра и изъ обѣихъ боковыхъ половыхъ складокъ, между которыми тянется половая борозда; между половыми складками лежитъ отверстіе клоаки, которое вслѣдствіе развитія промежности распадается на sinus urogenitalis и anus. Изъ полового бугра образуется *клиторгъ*, изъ обѣихъ боковыхъ половыхъ складокъ — *большія губы*, изъ полового желобка — *gima pudendi*, боковые края которой образуются *малыми губами*. *Промежность* образуется отъ срединнаго ерощенія обѣихъ половыхъ складокъ, между тѣмъ какъ septum rectovaginale вросаетъ сверху внизъ по направленію къ промежности.

Граница между сферой развитія Müller'ова протока и участіемъ наружной кожи лежитъ въ *двѣственной плевѣ*, которая образуется изъ самаго нижняго, слѣбого конца Müller'ова протока и представляетъ границу между нимъ и мочеполовой пазухой.

*Подраздѣленіе.* Въ противоположность систематическому подраздѣленію, данному главнымъ образомъ Kussmaul'емъ, для пороковъ развитія матки и влагалища, я считаю болѣе правильнымъ съ диагностической точки зрѣнія образовать лишь двѣ группы, вполнѣ законченныя и обособленныя одна отъ другой: первая группа обнимаетъ все случаи недостаточнаго развитія этихъ органовъ, другая же включаетъ удвоенныя образования. Основаніе для выдѣленія первой группы заключается въ томъ, что мы здѣсь имѣемъ дѣло съ женщинами, которыя страдаютъ цѣлымъ рядомъ функциональных разстройствъ (амеоррея, безплодіе, *molimina menstrualia*, *impotentia coeundi*) подъ вліяніемъ этого недоразвитія и съ этимъ обращаются къ врачу; исходя изъ этихъ разстройствъ, мы должны констатировать порокъ развитія, какъ причину ихъ, и распознать, какого рода этотъ недостатокъ развитія. Вторая группа — раздвоенія — представляетъ всегда лишь случайную находку у здоровыхъ въ остальномъ женщинъ; лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ съ ними соединяются атрезіи, развиваются извѣстныя страданія.

## I. Распознаваніе задержки въ развитіи матки и влагалища.

Эта группа обнимаетъ все случаи полного отсутствія, рудиментарнаго развитія и такъ наз. гипоплазіи матки въ сочетаніи съ отсутствіемъ или недостаточнымъ развитіемъ влагалища; яичники и трубы въ большинствѣ случаевъ вполнѣ развиты, то же и наружныя половыя части. Слѣдовательно, здѣсь идетъ рѣчь о недостаточномъ развитіи слившихся правильнымъ образомъ Müller'овыхъ протоковъ, между тѣмъ какъ превращеніе зародышевыхъ железъ и развитіе наружныхъ genitalia никакимъ нарушеніемъ не подверглось. Задача врача при этихъ уродливостяхъ заключается, какъ уже сказано, большею частью въ томъ, чтобы выискать причину абсолютной амеорреи, рѣже чтобы выяснитъ основаніе безплодія или *impotentia coeundi*.

Исслѣдованіе начинаютъ съ осмотра *наружныхъ половыхъ частей*; обращаютъ вниманіе сперва на ростъ волосъ, состояніе развитія большихъ и малыхъ губъ и клитора. Въ большинствѣ случаевъ, даже при самыхъ тяжелыхъ порокахъ развитія матки и влагалища, мы находимъ наружныя половыя части совершенно нормальными, такъ какъ онѣ ничего общаго не имѣютъ съ развитіемъ Müller'ова протока. Далѣе надо обращать вниманіе на форму большихъ губъ и ощупать, нѣтъ-ли въ нихъ яичкоподобныхъ тѣлъ, такъ какъ среди женщинъ съ указанными недостатками иногда скрываются мужскіе гермафродиты. Затѣмъ осматриваютъ уретру, которая, хотя и не принимаетъ участія въ уродливомъ

развитіи, однако часто столь сильно расширяется попытками къ соитію при отсутствіи влагалища, что палець безъ труда проникаетъ въ пузырь.

Изслѣдованіе *влагалища* зависитъ отъ состоянія его входа. При тяжелыхъ уродствахъ мы находимъ полное закрытіе послѣдняго; имѣемъ ли мы при этомъ дѣло съ *atresia hymenaeica* при нормальномъ влагалищѣ или съ полнымъ отсутствіемъ послѣдняго, можно рѣшить только помощью изслѣдованія *per rectum*. Въ послѣднемъ случаѣ мы не прощупываемъ влагалищной трубки, а лишь отдѣльные тонкіе, фиброзные тяжи, а иногда и этого нѣтъ; можно облегчить себѣ отысканіе влагалищнаго рудимента, если ввести катетеръ въ мочевой пузырь и на немъ ощупывать. Если мы имѣемъ дѣло съ зарощеніемъ дѣвственной плевы при вполне развитыхъ *genitalia*, то почти всегда предъ нами *haematokolpos*; послѣдній можно распознать при осмотрѣ по сильному выпячиванію замкнутаго *hymen'a* и синеватому просвѣчиванію менструальной крови, при изслѣдованіи же со стороны прямой кишки или бимануальномъ онъ прощупывается въ видѣ болѣе или менѣе туго наполненной, кругловатой опухоли, выполняющей весь тазъ до влагалищнаго входа, на которой сверху сидитъ тоже расширенная матка, а часто и двусторонній *haematosalpinx*. Въ рѣдкихъ случаяхъ находятъ позади *atresia hymenaeica* нерастянутое влагалище, которое узнается по подвижно лежащимъ другъ на другѣ стѣнкамъ. Часто находятъ открытый *introitus*, но вмѣсто влагалища лишь короткій, слѣпой мѣшокъ; послѣдній очень коротокъ у дѣвственницъ, такъ какъ онъ соответствуетъ короткой мочеполовой пазухѣ; если же имѣли мѣсто совокупленія, то онъ можетъ значительно удлиниться и расшириться и такимъ образомъ симулировать почти нормальное влагалище. О состояніи влагалища поверхъ слѣпного мѣшка можно себѣ составить сужденіе опять-таки только путемъ изслѣдованія *per rectum* на катетерѣ. *Тщательное изслѣдованіе особенно необходимо тогда, когда предстоитъ оперативное вскрытіе влагалища.* Если влагалище существуетъ въ своей нормальной длинѣ, то надо изслѣдовать *влагалищную часть*.

Самую важную часть распознаванія представляетъ изслѣдованіе *матки*. Тщательное ощупываніе возможно только подъ наркозомъ, причѣмъ два пальца вводятъ въ прямую кишку, а наружную руку кладутъ на брюшные покровы; отысканіе небольшихъ рудиментовъ опять-таки облегчается введеніемъ катетера въ мочевой пузырь. Такъ какъ рудименты лежатъ на задней стѣнкѣ пузыря, то сперва ощупываютъ по срединной линіи отъ лоннаго соединенія по направленію къ мысу; если здѣсь ничего не паходятъ, то ищутъ дальше по сторонамъ, и такъ какъ здѣсь рудименты обыкновенно проходятъ поперекъ таза, то плотно сближаютъ пальцы и проводятъ ими спереди назадъ, какъ при изслѣдованіи трубъ. Далѣе стараются составить себѣ сужденіе о лежащихъ по бокамъ яичникахъ и по возможности ощупать круглую связку.

Если при самомъ тщательномъ изслѣдованіи не находятъ никакого

рудимента матки ни въ сагитальномъ, ни въ горизонтальномъ направленіи, ни даже фиброзные тяжи, то надо тѣмъ не менѣе остерегаться діагностицировать полный *defectus матки*, такъ какъ *анатомически* наличные рудименты могутъ ускользнуть отъ *клиническаго* изслѣдованія, или же мы могли принять рудиментарные маточные рога за Фаллопиевы трубы, или же при полномъ отсутствіи матки рѣчь можетъ идти о мужскихъ гермафродитахъ. *Дѣйствительный defectus uteri является у взрослой величайшей рѣдкостью*. Если же въ области матки отчетливо находятъ рудиментъ, то онъ можетъ представляться въ различныхъ формахъ: въ однихъ случаяхъ прощупываютъ посрединѣ на мѣстѣ матки небольшое, кругловатое, плотное тѣло или только легкое утолщеніе клѣтчатки, которое книзу примыкаетъ къ слѣпому мѣшку влагалища или соединяется съ фиброзными тяжами, соответствующими рудиментарному влагалищу. Къ этой маткѣ, лежащей по срединной линіи, примыкаютъ съ боковъ рудименты, которые тянутся по направленію къ тазу; они представляютъ большею частью тонкіе, кругловатые или плоскіе, чаще всего сплошные тяжи, которые походятъ на-ощупъ на трубы и въ боковой своей части, съ одной или съ обѣихъ сторонъ, обнаруживаютъ утолщеніе, соответствующее большому скопленію мышечныхъ волоконъ, иногда съ полостью внутри. Эти боковыя вздутія всегда представляютъ боковой конецъ маточнаго рудимента и образуютъ кетати отличіе отъ трубъ (рис. 134); ихъ часто принимаютъ за яичники, но отъ этой ошибки лучше всего можно оградить себя, констатировавъ отдѣльно яичники. Есть-ли полость въ рудиментѣ матки, можно судить лишь тогда, если при функционирующей слизистой оболочкѣ образуется haematometra. Анатомически вѣрный, но клинически, въ виду трудности ощупыванія, большею частью не приложимый признакъ для опредѣленія границы между маткой и трубой есть *lig. rotundum*. Послѣ опредѣленія матки ощупываютъ *яичники*. При наиболѣе часто наблюдаемой формѣ маточнаго рудимента, при *uterus rudimentarius bipartitus*, ихъ всегда находятъ, во многихъ случаяхъ нормальными на одной или обѣихъ сторонахъ, въ другихъ случаяхъ недоразвитыми, смотря по тому, коснулась-ли задержка въ развитіи только *Müller'ова* протока или также зародышевой железы. Сужденіе о состояніи ихъ развитія можно себѣ составить только на основаніи ихъ величины и функціональной способности, а о послѣдней заключаютъ на основаніи акуратно или неаккуратно появляющихся *molimina menstrualia*. Состояніе *трубъ* большею частью не поддается клиническому обсужденію.

Наконецъ, можно иногда *per vaginam* или при соединенномъ изслѣдованіи *per rectum* найти отчетливо матку, сохранившую свою форму, но всѣ размѣры которой уменьшены; это недоразвитіе матки можно снова подраздѣлять на двѣ формы, которыя тоже можно распознать посредствомъ ощупыванія: одна форма отличается преобладаніемъ шейки въ длинѣ и толщинѣ надъ тѣломъ матки, которое составляетъ только четвертую или

третью часть всей длины органа и обладает очень тонкими, часто лишь кожистыми стѣнками (*uterus foetalis*); вторая форма обнаруживаетъ матку нормальной формы (безъ преобладанія шейки), вся длина которой только 4—5 см. (*hypoplasia uteri*). Въ этихъ случаяхъ мы можемъ также заключить о характерѣ матки по состоянію влагалищной части: при *uterus foetalis* послѣдняя большею частью совершенно отсутствуетъ, и вмѣсто зѣва мы находимъ только небольшое отверстіе въ сводѣ; при гипоплазии влагалищная часть намѣчена, хотя она и невелика, и на верхушкѣ ея находится зѣвъ въ видѣ поперечной щели. Помощью зонда убѣждаются затѣмъ, имѣетъ-ли матка полость, и по длинѣ ея судятъ о степени недоразвитія; потомъ опредѣляютъ величину и положеніе яичниковъ.

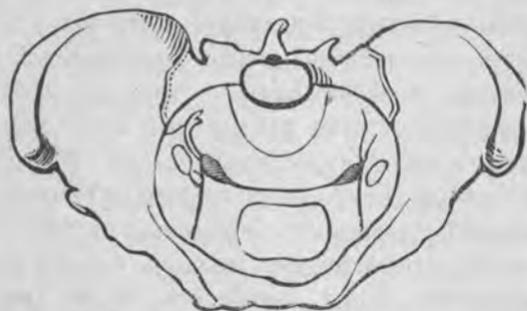


Рис. 134. Uterus rudimentarius bipartitus.

(Результатъ осмотра при чревосъченіи)

Только поперечно идущій рудиментъ съ боковыми придухшими рогами; правые придатки нормальны, слѣва небольшой яичникъ и два маленькихъ тяжа, соответствующихъ трубъ.

*Различительное распознаваніе.* Чаще всего смѣшиваютъ дефектъ матки или рудиментарное развитіе ея съ *pseudohermaphroditismus masculinus externus*, т. е. съ мужскими субъектами, имѣющими женскія наружныя половыя части. Литература знаетъ рядъ подобныхъ мужскихъ гермафродитовъ, которые вступили въ бракъ какъ женщины, потому что полъ ихъ при роженіи былъ признанъ по наружнымъ

половымъ органамъ женскимъ. Дифференціальный діагнозъ менѣе всего рѣшается наружнымъ видомъ половыхъ органовъ, послѣдніе могутъ у мужскаго гермафродита совершенно походить на женскіе: клиторъ, большія и малыя губы, даже влагалищный входъ могутъ оказаться нормально развитыми; рѣже уже находятъ у нихъ вполне развитое влагалище, если не быть введеннымъ въ заблужденіе тѣми случаями, гдѣ *sinus urogenitalis* удлиненъ и расширенъ попытками къ совокупленію. *Рѣшающимъ является результатъ изслѣдованія половыхъ железъ.* Яичники находятъ на нормальномъ мѣстѣ, между тѣмъ какъ яички большею части совершили свой *descensus*, но опустились въ большія губы, гдѣ ихъ отчетливо прощупываютъ какъ подвижныя тѣла. Въ предположеніи, что имѣютъ дѣло съ женщинами, яички нерѣдко принимаютъ за яичники и діагностицируютъ *hernia ovarii*, но послѣдняя, во-первыхъ, очень рѣдко встрѣчается, во-вторыхъ, при ней не опредѣляется форма яичка и придатка; трудно разобраться въ случаяхъ, гдѣ имѣется двусторонній *cryptorchismus*. Результатъ изслѣдованія матки долженъ оцѣниваться съ большою осторожностью, такъ какъ и *uterus masculinus* можетъ опредѣляться какъ небольшой рудиментъ; чѣмъ больше, однако, рудиментъ, будь онъ сагиталь-

ный или поперечный, тѣмъ вѣроятнѣе, что мы имѣемъ дѣло съ женщиной. Не слѣдуетъ придавать никакого значенія при различительномъ распознаваніи habitus'у, голосу, половымъ ощущеніямъ, излітію жидкости при половыхъ возбужденіяхъ, такъ какъ эти признаки могутъ совершенно отсутствовать или сказываться въ превратномъ направленіи.

## II. Распознаваніе удвоенной матки и влагалища.

Удвоенія матки и влагалища основываются на томъ, что Müller'овы протоки не сливаются должнымъ образомъ, а остаются парными и въ тѣхъ своихъ отдѣлахъ, которые превращаются въ матку и влагалище, такъ что каждый отдѣлъ особо развивается въ цѣлое влагалище или цѣлую матку, либо въ часть органа. Степень двойственности можетъ быть различна: либо весь половой каналъ, либо только верхній или только нижній отдѣлъ его раздвоенъ, чаще всего остается непарной шейка.

*Распознаваніе этихъ уродливостей всегда зависитъ отъ случая*; помимо случаевъ задержки крови или секретовъ въ замкнутой половинѣ онѣ не причиняютъ никакихъ страданій и поэтому не подозрѣваются.

Въ извѣстномъ рядѣ случаевъ находятъ сперва раздвоенное влагалище (vagina septa), да и то случайно, понавѣ при изслѣдованіи однимъ пальцемъ въ одну половину, а другимъ въ другую, или получивъ разныя данныя при изслѣдованіи влагалищной части со стороны каждой половины. Раздвоенное влагалище легче всего можно просмотрѣть, если одна половина въ рудиментарномъ состояніи и перегородка близко прилегаетъ къ стѣнкѣ; если существуетъ отверстіе книзу, то можно рудиментарную половину констатировать зондомъ. Гораздо легче опредѣляются частичныя перегородки, особенно если онѣ помѣщаются внизу, такъ какъ тогда можно ошупать ихъ верхній край. Если есть подозрѣніе на vagina septa, то ее легче всего диагностируютъ по двойному introitus'у или по лежащей между обоими пальцами перегородкѣ. Труднѣе распознать перегородки, если онѣ разорваны; большею частью онѣ сидятъ на задней стѣнкѣ и выѣшиваются изъ половой расщелины въ видѣ доскутовъ слизистой оболочки. Въ другихъ случаяхъ мы находимъ только намекъ на перегородку въ видѣ валикообразныхъ возвышеній по срединной линіи передней и задней стѣнки. *Всякое раздвоеніе влагалища имѣетъ большое значеніе для распознаванія двойственности матки.*

Далѣе стараются опредѣлить *состояніе влагалищной части*. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ находятъ двѣ вполне развитыя влагалищныя части, изъ коихъ каждая снабжена нормальнымъ зѣвомъ; при этомъ всегда находятъ раздвоеніе влагалища, такъ что въ каждомъ рукавѣ стоитъ одна portio vaginalis; лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, когда одна половина влагалища рудиментарна, находятъ иногда обѣ portiones vaginales въ нормально развитой половинѣ. *Двойная влагалищная часть указываетъ всегда на очень полное раздвоеніе матки, на uterus didelphys или uterus*

*bicornis duplex*. Въ большинствѣ случаевъ *portio vaginalis* одиночна, и раздѣленіе начинается лишь выше въ шейкѣ, но тогда она большею частью широка, а иногда раздѣлена по срединной линіи перегородкой владлица или равнозначущимъ *raphe*; соответственно этому наружный зѣвъ можетъ быть одиночный (*uterus bicornis uniforis*) или двойной. И эта форма влагалищной части встрѣчается большею частью при значительно развитыхъ раздвоеніяхъ матки, за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ *uterus septus biforis*, который при одиночной маткѣ обнаруживаетъ двойной наружный зѣвъ. Если одиночный наружный зѣвъ широко раскрытъ, какъ, напр., у многорожавшихъ или во время родовъ и въ родильномъ періодѣ, то проникающій палецъ можетъ распознать, одиночна-ли шейка (*uterus bicornis unicollis*), или она раздѣлена идущей сверху перегородкой, и насколько послѣдняя спускается внизъ. Когда во время родовъ или въ родильномъ періодѣ *portio vaginalis* не сформирована, то можно по ошибкѣ принять нижній конецъ раздѣленной шейки за двойной наружный зѣвъ.

Важнѣе всего, конечно, распознаваніе *раздвоенія тѣла матки* и прилегающей части шейки. Для этого пользуются двумя методами: соединеннымъ изслѣдованіемъ двумя пальцами со стороны прямой кишки, по возможности подъ наркозомъ, и введеніемъ двухъ зондовъ въ обѣ половины матки. Въ самыхъ легкихъ случаяхъ матка одиночна, но на своемъ днѣ сильно расширена и посрединѣ нѣсколько втянута, при этомъ снабжена иногда срединной продольной бороздой (*uterus arcuatus*). Между тѣмъ какъ мы здѣсь снаружи имѣемъ намекъ на раздвоеніе, полость можетъ оказаться весьма различной: она можетъ быть нераздѣльна, имѣя соответственно втягиванію небольшой отростокъ на днѣ, или же она раздѣлена сверху перегородкой на двѣ половины (*uterus septus*). Эту перегородку легко можно опредѣлить, если удастся пальцемъ проникнуть въ полость во время родовъ, выкидыша, въ послѣродовомъ періодѣ или послѣ искусственнаго расширенія; палецъ всегда наталкивается сперва на свободный край перегородки, можетъ проникнуть въ обѣ полости и опредѣлить, насколько *septum* простирается книзу. Если шейка закрыта, то можно раздвоеніе доказать только двумя одновременно введенными зондами, которые не соприкасаются въ разъединенныхъ отдѣлахъ. Если перегородка не занимаетъ всей длины матки, то говорятъ объ *uterus subseptus* и дѣлятъ его на *uterus subseptus unicorporeus*, *unicollis* и *uniforis*, смотря по тому, остается-ли одиночной часть полости тѣла матки или только шейка, или только наружный зѣвъ.

Если при ощупываніи находятъ тѣло матки сверху отчетливо раздѣльнымъ, то мы имѣемъ дѣло съ *uterus bicornis* или *didelphys*. Если оба рога лежатъ близко одинъ возлѣ другого, то ихъ легко распознать какъ обѣ половины раздвоенной матки; если же они сходятся подъ очень тупымъ угломъ, то изслѣдующій легко склоненъ принять одинъ рогъ за подсывороточную міому, въ виду его стебельчатаго соединенія съ другимъ; однако, уже косое положеніе спорной опухоли указываетъ на двурогость

матки, введеніемъ же зонда, ощупываніемъ придатковъ и наконецъ по консистенціи можно съ увѣренностью различить оба состоянія (см. стр. 159). Если точно опредѣлили оба рога, то остается рѣшить, какъ далеко идетъ разъединеніе. Если оба рога переходятъ у внутренняго зѣва въ общую шейку, то предъ нами *uterus bicornis infrasimplex* (рис. 135): шейка при этомъ большею частью толще и шире обыкновеннаго и можетъ на большемъ или меньшемъ протяженіи раздѣляться сверху перегородкой (*uterus bicornis uniforis, unicollis*). Если же ощупываніемъ опредѣляются двѣ шейки, то мы имѣемъ предъ собою *uterus bicornis duplex*, если обѣ шейки широко соединяются своими срединными поверхностями, и *uterus didelphys*, если онѣ вполне раздѣлены и только связаны рыхлой клетчаткой. Чѣмъ глубже простирается раздвоеніе, тѣмъ легче оно констатировать, и двѣ раздѣльныя матки такъ же хорошо прощупываются, какъ и каждая одиночная; тѣмъ не менѣе можно себѣ облегчить распознаваніе, если ввести два зонда и этимъ сдѣлать матки нѣсколько болѣе плотными. Часто не легко отличить *uterus didelphys* отъ *uterus bicornis duplex*, такъ какъ трудно опредѣлить, какъ широко соединеніе между обѣими матками, особенно во время родовъ, когда клетчатка сильно разрыхлена; лучше всего испытываютъ широту соединенія, передвигая матки одну по отношенію къ другой. При раздвоеніяхъ часто наблюдается закручиваніе (*torsio*) матки, такъ что одинъ рогъ, обыкновенно лѣвый, поворачивается впередъ, другой назадъ.

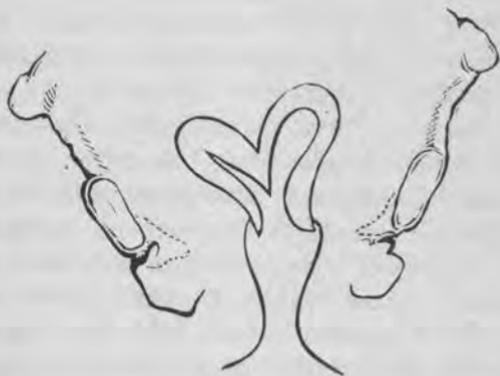


Рис. 135. *Uterus bicornis infrasimplex*. Р. О. Лѣвый рогъ великъ (9 см.), правый меньше (6, 5 см.). Раздѣльность простирается до области внутренняго зѣва; въ шейкѣ перегородка, которая почти доходитъ до широко раскрытаго наружнаго зѣва.

Другой родъ клиническихъ картинъ возникаетъ, если оба *Müller*'ова протока не развиваются равномерно, а только одинъ достигаетъ своего нормальнаго развитія, *между тѣмъ какъ другой или совершенно пропадаетъ, или имѣется въ зачаточномъ состояніи*; соотвѣтственно этому матка находится только на одной сторонѣ (*uterus unicornis*), между тѣмъ какъ на другой сторонѣ либо полный дефектъ, либо *рудиментарный рогъ*; съ послѣднимъ часто соединяется тогда рудиментарное влагалище. Діагнозъ этого состоянія есть большею частью дѣло случая; если же въ рудиментарномъ рогѣ развивается беременность или происходитъ задержка менструальной крови или гноя, то возникаютъ заболѣванія съ очень тяжелыми, часто опасными для жизни послѣдствіями, правильное распознаваніе которыхъ имѣетъ громадное значеніе.

Распознавание *uterus unicornis* основывается на формах и положении матки. Соответственно развитію изъ *одного Müller'*ова протока, однорогая матка уже, тоньше, вытянута въ длину и, заостряясь, переходитъ въ трубу, не имѣя собственно дна; соответственно положенію протока, uterus лежитъ вкось, часто почти поперекъ; на его срединной сторонѣ придатки отсутствуют. Если на другой сторонѣ находится зачаточный рогъ, то отъ степени его развитія зависитъ, можно-ли его діагностировать, или нѣтъ. Совершенно тонкій, нитевидный рогъ трудно прощупать, развѣ если онъ вздувается на боковомъ концѣ, но опять-таки это вздутіе легко принять за яичникъ. Если рогъ достигаетъ приблизительно толщины нормальной трубы, то при благоприятныхъ брюшныхъ покровахъ его можно отчетливо прощупать; онъ впадаетъ всегда тотчасъ надъ внутреннимъ зѣвомъ. Если рудиментарный рогъ еще толще, то можно ясно прощупать, какъ онъ, на подобіе подсывороточной міомы, на ножкѣ отходить отъ внутренняго края матки. Имѣть-ли рудиментарный рогъ полость, можно опредѣлить лишь тогда, если есть сообщеніе съ полостью матки и удастся ввести зондъ въ рогъ; при массивной соединительной части можно предположить полость въ боковой части рога, если въ немъ развиваются ретенціонныя опухоли или беременность.

Значеніе этихъ уродливостей возрастаетъ, если въ рудиментарномъ рогѣ *накапляется* позади замкнутаго конца *менструальная кровь, слизисто-серозная жидкость или гной* (*haemato-, hydro-, ruometra unilateralis*). Эти опухоли вызываютъ столь тяжелые симптомы, что онѣ всегда попадаютъ подъ наблюденіе врача, хотя въ общемъ онѣ довольно рѣдки. Діагнозъ этихъ ретенціонныхъ опухолей чрезвычайно труденъ и большею частью лишь тогда правильно ставится, когда врачу случайно приходятъ въ голову эти состоянія; для распознаванія требуется констатировать *флюктуирующую опухоль въ несомненно раздвоенной маткѣ*. Но распознаваніе раздвоенія затрудняется тѣмъ, что, въ виду растяженія опухоли жидкостью, она утрачиваетъ всѣ свойства матки и влагалища; если же удастся, будь то вверху на маткѣ или чаще еще на влагалищѣ, найти хотя бы одинъ вѣрный признакъ раздвоенія, то предположеніе haematometra или ruometra въ зачаточномъ рогѣ приобретаетъ большую вѣроятность. Сама опухоль имѣетъ кругловатую или продолговатую форму, упруго-кистовидную консистенцію и, главное, положеніе, которое можетъ стать характернымъ. Если образовалась опухоль въ боковой части рудиментарнаго рога, то она лежитъ такъ далеко отъ матки, что сперва всегда можно подумать объ яичниковой опухоли; лишь тогда, если удастся на наружной поверхности опухоли констатировать начало трубы и яичника, или если симптомы рѣзко выражены, тогда можно поставить вѣрный діагнозъ. Характерныя данныя получаются, напротивъ, если развиваются ретенціонныя опухоли въ двурогой маткѣ или въ *uterus didelphys*; онѣ прилегаютъ тогда столь тѣсно къ здоровой половинѣ, какъ межезязочныя опухоли. Если ретенціонная опухоль локализуется исключительно

или главнымъ образомъ въ маточномъ рогѣ, то здоровый рогъ оттѣсняется далеко къ другой сторонѣ и его можно констатировать посредствомъ ощупыванія или зондированія; если же поражена и шейка, то влагалищный сводъ соотвѣтственной стороны оттѣсняется книзу, перегородка шейки далеко выпячивается въ просвѣтъ и вслѣдствіе этого каналъ щелеобразно сѣуживается; если, наконецъ, поражено и влагалище, то флюктуирующая опухоль простирается до-низу и отдавливаетъ перегородку далеко въ просвѣтъ рукава; въ послѣднемъ случаѣ мы находимъ флюктуирующую опухоль, которая находится въ обширной связи со всей половой трубкой. Тѣсность этихъ соединеній зависитъ отъ рода раздвоенія: при *uterus didelphys* можно легче всего отграничить отърыгую матку; при двурогой маткѣ опухоль большею частью столь близко прилегаетъ, что трудно констатировать уголъ между обоими рогами; при *uterus septus* ретенціонная опухоль сидитъ въ части самой матки и только зондированіемъ можно опредѣлить пустую половину.

*Симптоматологія* играетъ при распознаваніи этихъ опухолей столь крупную роль, что безъ нея мы не всегда можемъ уяснить себѣ, съ чѣмъ имѣемъ дѣло. Характерные признаки заключаются въ появленіи тяжелыхъ дисменоррейныхъ коликъ при свободномъ истеченіи менструальной крови и въ медленномъ нарастаніи страданій въ связи съ ростомъ опухоли при каждой менструаціи; при этомъ вначалѣ имѣются между регулами совершенно свободные отъ болей промежутки. Эта правильность и интенсивность болей предполагаетъ, однако, полную функциональную способность атретичнаго рога; весьма часто, однако, послѣдній менструируетъ неправильно и скудно, тогда совпаденіе коликъ съ регулами не выражено и ростъ опухоли очень медленный. Если въ рогѣ накапливается слизь или гной, то менструальныя страданія совершенно отсутствуютъ, но медленный ростъ опухоли идетъ рука объ руку съ усиленіемъ болей. На этомъ симптомѣ основывается различительное распознаваніе между *haemato-* и *hydrometra*, между тѣмъ какъ *ruometra* часто можетъ быть распознана по лихорадкѣ и сопутствующему воспаленію.

### Распознаваніе болѣзней мочевого аппарата.

*Предварительныя фізіологическія замѣчанія.* Чтобы способствовать пониманію отдѣльныхъ разстройствъ мочеиспусканія, которыя должны образовать исходный пунктъ для діагностики заболѣваній мочевыхъ путей, я считаю необходимымъ остановиться на фізіологіи выдѣленія мочи.

Моча, выступающая изъ почечныхъ пирамидъ, собирается въ почечной лоханкѣ и стекаетъ въ мочеточникъ; какъ только въ послѣдній вступаетъ моча, мускулатура его рефлекторно сокращается и волнообразно передвигаетъ мочу къ пузырю, куда она ритмически выпрыскивается съ промежутками отъ нѣсколькихъ секундъ до 1—2 минутъ. Пока мочевой

пузырь пустъ, верхняя стѣнка его лежитъ на нижней на подобіе тарелки. Первая моча накапливается въ боковыхъ частяхъ и постепенно приподнимаетъ верхнюю стѣнку; сначала образуются при этомъ нѣсколько отдѣленій, раздѣленные еще соприкасающимися мѣстами пузырьными стѣнками (какъ легко можно убѣдиться, опорожня мочу катетеромъ), пока постепенно обѣ стѣнки совершенно не отдаляются одна отъ другой. Сперва пузырь все еще остается плоскимъ и вялымъ, но съ болѣе сильнымъ наполненіемъ онъ становится круглымъ. Моча задерживается въ пузырь, благодаря дѣятельности гладкой мускулатуры *m. sphincter internus*, которая своими пучками обвиваетъ шейку пузыря и, находясь въ постоянномъ упруготоническомъ состояніи, производитъ замыканіе пузыря. Задняя половина уретры, кромѣ того, окружена поперечно-полосатой мускулатурой, которая подчинена волѣ и вступаетъ въ дѣятельность лишь тогда, когда надлежитъ вызвать активное усиленіе затвора. Когда пузырь до извѣстной степени наполненъ, то это передается сознанію при посредствѣ чувствительныхъ волоковъ; надо при этомъ различать между ощущеніемъ полноты пузыря, которое происходитъ отъ растяженія пузырьной стѣнки и сказывается тупымъ давленіемъ внизу живота, и настоящимъ позывомъ на мочу, который всегда исходитъ изъ шейки пузыря.

Примѣчаніе. Подъ *шейкой пузыря* я понимаю часть уретры, непосредственно прилегающую къ пузырю, которая примыкаетъ какъ горлышко къ бутылкѣ. Правда, анатомически эта часть ничѣмъ не отличается, а у женщины она даже не отдѣлена круговой мышцей отъ остальной уретры, какъ у мужчины, тѣмъ не менѣе изъ физиологическихъ основаній целесообразно удерживать это названіе.

Когда при дальнѣйшемъ наполненіи пузыря изглаживается или растягивается область задней складки *orificium internum*, то моча вступаетъ въ шейку пузыря и вызываетъ *позывъ къ мочеиспусканію*; это есть ощущеніе, вызываемое прямо сокращеніемъ обхватывающей уретру гладкой мускулатуры; при патологическихъ условіяхъ эта чувствительность усиливается часто до настоящей боли. *Мочеиспусканіе* совершается такимъ образомъ, что мы произвольно или рефлекторно расслабляемъ сокращеніе мускулатуры и этимъ освобождаемъ затворъ; тогда моча вытекаетъ изъ пузыря, единственно подъ вліяніемъ внутрибрюшного давленія. Механизмъ мочеиспусканія лучше всего можно сравнить съ вытеканіемъ содержимаго изъ горшка, если вынуть пробку изъ находящагося на днѣ его отверстія; подобно тому какъ тогда жидкость вытекаетъ подъ вліяніемъ воздушнаго давленія, послѣ того какъ открыли отверстіе, такъ и моча вытекаетъ изъ пузыря, когда освобожденъ затворъ. Извѣстныя различія въ мочеиспусканіи, напр. сила струи, зависятъ отъ величины внутрибрюшного давленія; большая можетъ произвольно мочиться только до тѣхъ поръ, пока это давленіе положительное. *M. detrusor urinae* не принимаетъ участія въ актѣ мочеиспусканія, а служитъ только для того, чтобы сдѣлать стѣнку пузыря эластически-растяжимой, дабы она могла приспособляться къ своему содержимому; можетъ быть, этой мышцѣ надо еще приписать опороженіе послѣдняго количества мочи.

*Примѣчаніе.* Противъ содѣйствія *m. detrusor* при мочеиспусканіи говоритъ, напимѣръ, отсутствіе шарообразной формы при опорожненіи пузыря, свободное опорожненіе катетеромъ, когда всякое дѣйствіе *detrusor* а исключено, напр. въ глубокомъ наркозѣ, невозможность мочеиспусканія при отрицательномъ давленіи въ брюшной полости.

По мѣрѣ того какъ моча вытекаетъ, пузырь уменьшается, причеиъ внутрибрюшное давленіе вдавливаетъ верхнюю стѣнку въ нижнюю, сначала по серединѣ, а потомъ по бокамъ. Концентрическаго уменьшенія пузыря не происходитъ, а большую часть нѣсколько мочи остается въ боковыхъ частяхъ.

Слѣдовательно, для нормальнаго мочеиспусканія нужно только, чтобы затворъ мочеиспускательнаго канала былъ освобожденъ, и чтобы давленіе въ брюшной полости было положительное.

*Подраздѣленіе.* Изъ практическихъ основаній не целесообразно систематически изложить здѣсь діагностику различныхъ заболѣваній пузыря и уретры, а лучше *брать исходнымъ пунктомъ извѣстные симптомы*, изъ-за которыхъ испрашивается врачебный совѣтъ, и лишь при отысканіи причинъ этихъ страданій остановиться на распознаваніи отдѣльныхъ болѣзней. Большинство больныхъ ищутъ врачебной помощи изъ-за затрудненій при мочеиспусканіи, чаще всего *изъ-за учащеннаго и болѣзненнаго позыва на мочу* или *изъ-за болей при мочеиспусканіи* (*tenesmus vesicae, dysuria*); меньшая часть приходитъ къ врачу съ жалобами на *непроизвольное отхожденіе мочи* (*incontinentia urinae*), иныя изъ-за *затрудненнаго или совершенно невозможнаго опорожненія мочи* (*ischuria*); въ весьма рѣдкихъ случаяхъ больныя прибѣгаютъ къ врачу, *замѣтивъ измѣненія въ своей мочѣ*, напр. кровь (*haematuria*). Врачу предстоитъ при этомъ задача выяснить причины этихъ страданій и поставить такимъ образомъ діагнозъ болѣзни, — въ этомъ родѣ поступлю здѣсь и я.

### Распознаваніе причинъ *tenesmus vesicae* (dysuria).

*Определеніе.* Раньше чѣмъ приступить къ распознаванію этого чрезвычайно частаго страданія, необходимо опредѣлить, что слѣдуетъ понимать подъ тенезмомъ пузыря. Нельзя считать болѣзненнымъ всякій учащенный позывъ къ мочеиспусканію; хотя и надо считать правиломъ, что здоровая женщина мочится не чаще 4 — 5 разъ въ день и ни разу ночью, тѣмъ не менѣе привычка, количество выпитаго, психическія возбужденія вызываютъ часто усиленный позывъ на мочу, когда ни о какихъ болѣзняхъ не можетъ быть и рѣчи; объ этихъ состояніяхъ я здѣсь не говорю, а имѣю въ виду только ту дизурію, которая своей интенсивностью и болѣзненностью ведетъ больную къ врачу или, по крайней мѣрѣ, образуетъ самый выдающийся симптомъ ея болѣзни. Прежде всего необходимо установить, мочится-ли вообще больная чаще обыкновеннаго, ибо взгляды больныхъ на этотъ пунктъ часто довольно странныя. Прежде всего надо считать непормальнымъ ночной позывъ на мочу; далѣе не-

обходимо выяснитъ, что позывъ дѣйствительно появляется слишкомъ рано, т. е. уже при незначительномъ количествѣ мочи въ пузырь, и не выпускается-ли при частомъ позывѣ каждый разъ большое количество мочи, какъ, напр., при діабетѣ и интерстиціальномъ нефритѣ. *Патологическимъ* надо считать *позывъ на мочу, если онъ долгое время появляется уже при ничтожныхъ количествахъ мочи, если его нельзя подавить и если онъ болѣзненъ*. Подобный патологическій тенезъ наблюдается при заболѣваніяхъ уретры, мочевого пузыря, при заболѣваніяхъ по сосѣдству съ пузыремъ, особенно внутреннихъ половыхъ органовъ и наконецъ какъ чисто нервный симптомъ; изъ нихъ наибольшее значеніе имѣютъ заболѣванія самихъ мочевыхъ органовъ.

Для опредѣленія причины дизуріи начинаютъ лучше всего съ изслѣдованія мочеиспускательнаго канала.

### Распознаваніе заболѣваній мочеиспускательнаго канала.

Распознаваніе болѣзней уретры требуетъ обладанія методами изслѣдованія, которые отчасти разнятся отъ обычно принятыхъ въ гинекологіи, поэтому необходимо на нихъ остановиться.

**Методы изслѣдованія.** Больную кладутъ на кресло для изслѣдованія и начинаютъ съ *осмотра*. При этомъ обращаютъ вниманіе сперва на положеніе и ширину *orificium urethrae externum*, на цвѣтъ и припухлость уретральной слизистой, на припуханіе валика мочеиспускательнаго канала, на отдѣленіе уретры, на пятна и покрасвѣніе слизистой преддверія вокругъ отверстія уретры, на образование опухолей въ мочеиспускательномъ каналѣ. Затѣмъ *ощупываютъ* уретру введеннымъ во влагалище пальцемъ, чтобы опредѣлить припухлость и болѣзненность ея или болѣе значительныя опухоли на ея протяженіи. Ощупываніе внутренней поверхности мочеиспускательнаго канала рѣдко бываетъ необходимо и къ нему прибѣгаютъ лишь тогда, когда зондъ и эндоскопъ даютъ неточные результаты; оно не вполне безопасно, такъ какъ требуетъ расширенія уретры для пальца. Съ ощупываніемъ соединяютъ добываніе *уретрального секрета*, причемъ пальцемъ со стороны влагалища выдавливаютъ содержимое уретры, проводя пальцемъ сзади напередъ, очистивъ предварительно отверстіе мочеиспускательнаго канала отъ приставшаго влагалищнаго выдѣленія. Обращаютъ вниманіе на количество и качество секрета; тотчасъ послѣ мочеиспусканія удается констатировать секретъ только при обильномъ отдѣленіи, лучше всего изслѣдовать поэтому нѣсколько часовъ спустя или при незначительномъ отдѣленіи рано утромъ, когда больная еще не выпустила ночной мочи.

Для распознаванія нѣкоторыхъ заболѣваній уретры весьма важно изслѣдованіе *зондомъ*. Нормальная уретра безъ труда пропускаетъ зондъ съ толстой пуговкой, и ея слизистая при прикосновеніи гладка и безболѣзненна. Зондъ служитъ въ общемъ для опредѣленія ограниченной болѣзненности или шероховатостей, суженія просвѣта или опухолей въ уретрѣ.

*Эндоскопія* играетъ гораздо меньшую роль при изслѣдованіи женской уретры, нежели при изслѣдованіи мужской, такъ какъ ощупываніемъ, зондированіемъ и изслѣдованіемъ секрета можно точно опредѣлить заболѣванія женской уретры, поэтому она не есть необходимая принадлежность въ діагностикѣ каждаго случая, а примѣняется лишь по опредѣленнымъ показаніямъ. *При хроническихъ случаяхъ уретрита* съ незначительнымъ отдѣленіемъ и отсутствіемъ припухлости эндоскопія представляетъ цѣнное пополненіе зондированія, дѣлая доступными глазу ограниченныя измѣненія уретральной слизистой; далѣе она необходима при кровотеченіяхъ изъ уретры, при сильныхъ боляхъ во время мочеиспусканія, когда нѣтъ свѣжихъ воспалительныхъ состояній, которыя бы ихъ объясняли. Въ этихъ случаяхъ рѣчь идетъ главнымъ образомъ о *распознаваніи полиповъ, опухолей или инородныхъ тѣлъ въ уретрѣ* и въ нѣкоторыхъ случаяхъ о *различительномъ распознаваніи отъ чисто нервныхъ состояній*.

*Техника.* Для эндоскопированія женской уретры пользуются лучше всего эндоскопомъ Casper'a. Отверстіе мочеиспускательнаго канала должно быть достаточно широко, чтобы пропустить трубку приблизительно въ 7 мм. толщины, въ противномъ случаѣ его расширяють тупымъ путемъ посредствомъ дилататоровъ. Продвиганіе трубки спереди назадъ болѣзненно, имѣеть, однако, большія преимущества предъ изслѣдованіемъ сзади напередъ, когда намъ постоянно мѣшаетъ истеченіе мочи изъ пузыря; если уретра слишкомъ чувствительна, то впрыскивають 1—2 грм. 10 % раствора кокаина, спустя 5 минутъ вводятъ трубку и продвигаютъ ее мало-по-малу къ *orificium internum*. Если изслѣдуютъ сзади напередъ, то надо предварительно вполне опорожнить пузырь, но и тогда приходится и уретру и трубку постоянно обсушивать ватой. При нормальной уретрѣ мы видимъ въ эндоскопѣ небольшую центральную фигуру, представляющую просвѣтъ въ видѣ щели и слизистую оболочку въ видѣ радіусообразно расположенныхъ складокъ. Слизистая оболочка красновата, въ заднихъ отдѣлахъ часто красновато-синя влѣдствіе богатства венозными сосудами. Лакуны слизистой оболочки узнають по ихъ выдающемуся валу, между тѣмъ какъ железы *Littre* большею частью не удается съ точностью разсмотрѣть. Если конецъ эндоскопа проскальзываетъ черезъ *orificium internum* въ пузырь, то въ отверстіи показывается гораздо болѣе блѣдная слизистая оболочка пузыря, и вытекаетъ моча.

Какъ послѣднее діагностическое пособіе можно назвать *оперативное вскрытіе уретры* двумя боковыми разрѣзами, которые ведутся въ сторону и взадъ приблизительно на 1—1½ см. Эта операція примѣняется, конечно, только тогда, когда всѣ другія средства измѣняютъ, напр. при ограниченныхъ опухоляхъ, особенно если имѣется въ виду немедленное ихъ удаленіе.

*Изслѣдованіе мочи* не имѣеть существеннаго значенія при заболѣваніяхъ мочеиспускательнаго канала; правда, къ мочѣ примѣшиваются

ненормальныя составныя части, какъ гной, кровь, иногда и опухолевья частицы, но ихъ гораздо проще можно опредѣлить прямымъ выжиманіемъ изъ уретры. *Главная задача изслѣдованія мочи при уретритѣ состоитъ въ томъ, чтобы убѣдиться, здоровы-ли еще пузырь.* Для этой цѣли надо, конечно, собрать мочу такимъ образомъ, чтобы она не загрязнялась въ уретрѣ ненормальными составными частями, лучше всего помощью катетера; однако при острыхъ, особенно при заразныхъ заболѣваніяхъ мочеиспускательнаго канала катетеризація всегда заключаетъ опасность зараженія пузыря и поэтому не должна примѣняться. Замѣщеніемъ ея служатъ *методъ собиранія мочи въ двѣ стеклянки по Thompson'у (Zweigläsermethode)*; этотъ способъ состоитъ въ томъ, что больная сперва выпускаетъ извѣстное количество мочи, этимъ прополаскивается уретра, а остальное количество мочи собираютъ потомъ въ особой стеклянкѣ для изслѣдованія.

**Urethritis.** Изъ всѣхъ болѣзней мочеиспускательнаго канала уретритъ имѣетъ наибольшее значеніе. Распознаваніе уретрита въ остромъ періодѣ легко, въ хроническихъ же случаяхъ или при наличности послѣдствій часто довольно трудно. При совершенно свѣжихъ воспаленіяхъ окружность наружнаго мочеиспускательнаго канала припухла и часто отечна, слизистая уретры интенсивно красна; при хроническихъ формахъ, особенно гонорройнаго происхожденія, можно видѣть пятнистую красноту вокруг *orificium externum*, иногда отдѣльныя острия кондиломы. Въ свѣжихъ случаяхъ *прощупывается* со стороны влагалища инфильтрированная уретра какъ толстый, цилиндрическій, болѣзненный тяжъ, который въ незначительной степени опредѣляется еще и въ хроническихъ случаяхъ. Важнѣе всего для діагноза констатированіе *отдѣленія*. Нормальнымъ образомъ мочеиспускательный каналъ вполне сухъ, и всякая жидкость, которую удастся выдавить изъ него, указываетъ на измѣненія слизистой оболочки. Въ совершенно свѣжихъ случаяхъ выдавливаются крупными каплями чисто-желтый гной; спустя 1—2 недѣли гнойное отдѣленіе смѣняется бѣловатымъ секретомъ; въ этомъ видѣ, состоя преимущественно изъ отшелушившихся эпителиальныхъ клетокъ, онъ можетъ держаться мѣсяцы и годы, образуя одинъ изъ самыхъ вѣрныхъ признаковъ *urethritis chronica*. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ наблюдается водянистое отдѣляемое, перерѣзываемое гнойными полосками. Какъ послѣдній стадій отдѣленія обыкновенно еще долгое время остается умѣренная степень отшелушивания эпителия. Наконецъ отдѣленіе можетъ совершенно прекратиться и какъ послѣдній слѣдъ остается только состояніе раздраженія въ уретрѣ, которое можетъ однако причинять значительныя страданія при мочеиспусканіи. Для распознаванія этихъ случаевъ, въ которыхъ больныя жалуются на щекотаніе и жженіе, на щипаніе и зудъ, на «комичное» ощущеніе послѣ мочеиспусканія, связанное съ умѣреннымъ позывомъ на мочу, зондъ представляетъ очень цѣнное пособіе. При малѣйшемъ дотрогиваніи, особенно *urethra posterior*, возникаютъ боли и тѣ же ощущенія, что при

мочевыпусканій; иногда ощущаются также шероховатости, которыя особенно чувствительны къ давленію. Зондированіемъ можно довольно точно опредѣлять мѣсто этихъ болѣзненныхъ ощущеній и отличать отъ раздраженія пузырьнаго дна. Лишь рѣдко послѣ примѣненія этого метода еще останется надобность въ эндоскопированіи, развѣ только если при продолжительныхъ страданіяхъ уретры не удастся получить положительную точку опоры ни добываніемъ секрета, ни помощью зонда. Я самъ въ этихъ случаяхъ никогда не имѣлъ надобности прибѣгнуть къ эндоскопу и поэтому изъ собственного опыта ничего не могу сообщить о получаемыхъ здѣсь картинахъ. Въ изображеніи послѣднихъ я слѣдую здѣсь *Janowski*'ому<sup>1)</sup>, который даетъ очень обстоятельное описаніе. Онъ описываетъ *хроническую разлитую* и хроническую ограниченную форму. При первой стѣнка уретры диффузно инфильтрирована и обнаруживаетъ крупныя, неподатливыя складки; въ отдѣльныхъ мѣстахъ находятъ твердые инфильтраты, которые выпячиваютъ въ трубку эндоскопа крупныя валики, отсвѣчивающіе на поверхности красновато-желтымъ блескомъ. Надъ заживающими мѣстами эпителий кажется сѣроватымъ съ перламутровымъ отблѣскомъ; стриктуры рѣдки. При *ограниченной формѣ* видны инфильтраціи вокругъ лакунъ и железъ *Littre*; эпителий слегка сѣрватою окраски и легко ранимъ на поверхности. При заживленіи образуются надъ всей инфильтрированной областью нѣжныя, тонкіе, явственно сѣтчатыя рубцовыя пучки, которые постепенно уплощаются и тогда становятся бѣлыми; при этомъ находятъ иногда умѣренные суженія.

**Опухоли мочеиспускательнаго канала. Опредѣленіе.** Подъ названіемъ «tumor» я хочу здѣсь собрать всѣ *ограниченныя припуханія уретральной слизистой*, которыя могутъ выпячиваться изъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала или оставаться въ просвѣтѣ уретры. Практическую важность имѣютъ только пролапсъ слизистой оболочки уретры, *condylomata acuminata*, полипы слизистой оболочки (*carunculae*) и ракъ мочеиспускательнаго канала. Симптомы этихъ заболѣваній имѣютъ нѣчто общее въ сильныхъ явленіяхъ раздраженія, особенно во время мочеиспусканія, которыя обыкновенно гораздо интенсивнѣе, нежели при уретритѣ, въ особенности при опухоляхъ, лежащихъ въ уретрѣ; эти явленія состоятъ въ судорожныхъ боляхъ, которыя отдають въ наружныя половыя части, въ задній проходъ и въ оба бедра, въ судорожныхъ сокращеніяхъ тазового дна и въ интенсивномъ тевезмѣ м. *sphincter ani*; сюда присоединяются кровотеченія изъ уретры. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ какъ кровотеченія, такъ и всѣ явленія раздраженія могутъ отсутствовать. Распознаваніе этихъ опухолей легко, если онѣ лежатъ снаружи на *organiis ext.* или въ немъ и если онѣ, по крайней мѣрѣ, настолько выдаются изъ просвѣта уретры, что можно видѣть хоть верхушку ихъ; въ этомъ случаѣ ихъ можно сдѣлать нѣсколько доступнѣе, если ихъ пальцемъ выдавить впередъ со стороны влагалища или если

заставить большую натуживаться; желательно, чтобы можно было обозрѣть большую часть опухоли, особенно мѣсто прикрѣпленія. При дифференціальному распознаваніи вышеназванныхъ заболѣваній надо на первомъ планѣ стараться опредѣлить ихъ положеніе по отношенію къ *orificium ext.* и отыскать зондомъ или катетеромъ каналъ уретры.

При *выпаденіи* (*prolapsus*) уретральной слизистой просвѣтъ мочеиспускательнаго канала всегда измѣневъ; при кольцеобразномъ пролапсѣ онъ виднѣется по срединѣ опухоли, при частичномъ выпаденіи одной стѣнки онъ полудунай и оттѣсненъ къ одной сторонѣ. Дальнѣйшимъ признакомъ пролапса является то, что расслабленную слизистую оболочку можно выравить и возстановить каналъ; при этомъ одновременнымъ ощупываніемъ со стороны влагалища можно убѣдиться въ отсутствіи ограниченаго утолщенія стѣнки. Видъ выпавшей слизистой красный со всѣми оттѣнками этого цвѣта, при часто присоединяющихся гангренозныхъ процессахъ—грязно-бурый.

Если же мы имѣемъ дѣло съ настоящимъ опухолевымъ образованіемъ на *orificium ext.* или въ передней половинѣ уретры, то *condylomata acuminata* можно распознать по ихъ сосочковой, шероховатой поверхности и блѣдно-красному цвѣту; онѣ безболѣзненны при дотрогиваніи, появляются большею частью во множественномъ числѣ, особенно на наружныхъ половыхъ частяхъ и сопровождаются признаками катарра. Иногда ихъ находятъ снаружи уретры слившимися въ наросты, имѣющіе видъ цвѣтной капусты.

*Каринкулы* или полипы слизистой оболочки (сосудистые полипы) рѣдко бывають множественны, большею же частью одиночно лежатъ въ наружномъ отверстіи мочеиспускательнаго канала; они имѣють гладкую слизисто-оболочечную поверхность съ зазубреннымъ, гребешкообразнымъ краемъ и ярко-красный цвѣтъ, крайне чувствительны при дотрогиваніи и самопроизвольно и причиняють при этомъ иногда судороги и вагинизмъ.

Рѣже всего встрѣчаются на наружномъ отверстіи уретры *первичныя саркомы и карциномы*; онѣ отличаются инфильтрированнымъ основаніемъ и крошащейся поверхностью.

Гораздо труднѣе становится распознаваніе уретральныхъ опухолей, если онѣ лежатъ такъ далеко кзади, что становятся недоступны глазу; тяжелая уретральная дизурія, произвольныя боли и судороги, а также и кровотеченія изъ мочеиспускательнаго канала заставляють ихъ подозрѣвать. Болѣе значительныя опухоли можно распознать со стороны влагалища какъ болѣе или менѣе ограниченныя утолщенія уретры; особенно *carcinoma periurethrale* характеризуется хрящеватымъ, эластичнымъ припуханіемъ уретральнаго валика, которое легко отличить отъ гораздо болѣе мягкаго воспалительнаго припуханія. Помощью зонда можно распознать болѣе плотныя опухоли, напр. небольшія фибромы или резистентныя полипы, какъ болѣе или менѣе мягкое препятствіе. Въ этихъ слу-

чаяхъ играетъ важную роль эндоскопія уретры. *Эберманъ* <sup>1)</sup> такимъ образомъ описываетъ эндоскопическую картину при небольшихъ опухоляхъ: на мѣстѣ прикрѣпленія послѣднихъ нормальныя продольныя складки исчезаютъ, а при болѣе сильномъ расширеніи уретры и по всей окружности; поверхность полипа выглядитъ гладкой и интенсивно-красной, между тѣмъ какъ папилломы обнаруживаютъ неровную поверхность, и отдѣльныя части отбрасываютъ тѣнь вокругъ себя. Гораздо болѣе рѣзкое вмѣшательство, нежели эндоскопія, есть насильственное расширеніе и внутреннее ошупываніе уретры; вмѣсто этого послѣдняго способа, если діагнозъ нетвердо установленъ, а опухоль вѣроятна, лучше сдѣлать двустороннее разсѣченіе уретры, чтобы затѣмъ, въ случаѣ надобности, присоединить тотчасъ удаленіе опухоли.

*Камни и инородныя тѣла* легко распознать помощью зонда или эндоскопа.

### Распознаваніе болѣзней мочевого пузыря.

Если изслѣдованіе уретры не обнаружило никакихъ неправильностей, то какъ ближайшая причина дизуріи выступаютъ на очередь *заболѣванія пузыря*. Диагностику начинаютъ съ изслѣдованія мочи.

**Изслѣдованіе мочи.** Изъ всѣхъ методовъ изслѣдованія этотъ менѣе всего причиняетъ больнымъ безпокойства, менѣе всего требуетъ специальной подготовки и въ большинствѣ случаевъ доставляетъ достаточно діагностическихъ данныхъ; онъ основывается въ общемъ на томъ, чтобы распознать заболѣванія пузыря по ненормальнымъ составнымъ частямъ, примѣшаннымъ къ мочѣ, или по измѣненіямъ мочи, которыя возникли подъ ихъ вліяніемъ.

**Предосторожности.** Моча должна быть собрана свободной отъ постороннихъ примѣсей, исходящихъ изъ другихъ органовъ; такъ какъ у женщины трудно избѣжать примѣшиванія влагалищнаго секрета, то мочу всегда слѣдуетъ выпускать катетеромъ; при свѣжихъ же гонорройныхъ уретритахъ или вообще, когда катетеризація невозможна, мочу собираютъ въ двѣ стеклянки (способъ *Thompson'a*). Катетеромъ опорожняютъ пузырь до конца и обращаютъ главное вниманіе на послѣднюю порцію, такъ какъ въ ней скопляется осадокъ и кровь. Для сужденія о томъ, есть-ли осадокъ, недостаточно осмотрѣть мочу въ ночной посудѣ или въ приносимой часто женщинами «стеклянкѣ съ мочей», а надо собрать ее въ тонкомъ, высокомъ стеклянномъ цилиндрѣ, вмѣщающемъ около 80—100 грм., въ которомъ можно на свѣтъ отличить мельчайшій осадокъ уже простымъ глазомъ.

Если моча въ цилиндрѣ оказывается совершенно прозрачной, то можно съ весьма большою вѣроятностью исключить болѣзнь пузыря. Если же въ мочѣ находится осадокъ, то изслѣдованіе онаго представляетъ очень удобный путь къ распознаванію заболѣванія пузыря. Простого

<sup>1)</sup> *Эберманъ*, *Klinisch. Handb. der Harn- und Sexualorgane*, 3 ч., стр. 380.

осмотра рѣдко бываетъ достаточно; правда, красновато-сѣрый осадокъ съ крупными хлопьями, который образуется ввиду въ стклянкѣ при остываніи мочи, можно признать за мочекислый натръ; съ другой стороны, равномерное помутнѣніе свѣже-выпущенной мочи безъ образования осадка указываетъ на обильное содержаніе бактерій, или взвѣшенные въ мочѣ мелкіе хлопья указываютъ на примѣсь органическихъ элементовъ, напр. гноя или эпителиальныхъ клѣтокъ; тоже и кровь въ мочѣ можно безъ труда распознать. Обыкновенно, однако, приходится предпринять химическое, а иногда и микроскопическое изслѣдованіе седимента.

*Примѣчаніе.* Я излагаю здѣсь химическое и микроскопическое изслѣдованіе только въ основныхъ чертахъ и ссылаюсь относительно болѣе подробной діагностики на учебники *Posner'a*, *Ulemann'a*, *Zülzer'a* и *Oberländer'a*.

Начинаютъ *химическое изслѣдованіе* съ того, что нагреваютъ въ пробиркѣ порцію осѣвшей мочи. Если осадокъ при этомъ растворяется вполнѣ, то рѣчь идетъ о мочекисломъ натрѣ. Если же онъ не растворяется, то прибавляютъ нѣсколько капель уксусной кислоты; если онъ теперь растворяется, то въ мочѣ содержатся фосфаты; какого рода послѣдніе, суть-ли это часто осаждающіяся въ щелочной мочѣ фосфорнокислыя соли земель или трипельфосфаты (фосфорнокислая амміакъ-магнезія), легче всего рѣшается микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Если осадокъ не растворяется ни при нагреваніи, ни отъ прибавленія кислоты, то мы имѣемъ дѣло, вѣроятно, съ клѣточными элементами (гной, эпителий, кровь) или съ бактеріями. Если осадокъ при нагреваніи сгущается, то это можетъ зависѣть отъ усиленнаго выдѣленія фосфатовъ или отъ осажденія бѣлка; нѣсколько капель уксусной кислоты растворяютъ первые, а на послѣдній не оказываютъ вліянія или еще болѣе сгущаютъ его.

Если химическое изслѣдованіе сдѣлало вѣроятной наличность форменныхъ элементовъ въ осадкѣ, то должно сдѣлать *микроскопическое изслѣдованіе* послѣдняго. Добываніе осадка, если онъ обилень, производится проще всего путемъ осажденія его въ рюмкѣ или на фильтрѣ; если онъ скуденъ, то надо прибѣгнуть къ *центрифужной машинѣ*; благодаря примѣненію послѣдней удается еще опредѣлить осадки, которые ускользаютъ отъ всѣхъ другихъ методовъ изслѣдованія; благодаря этому діагностика заболѣваній пузыря очень изощрилась, и значительно сдузилась область такъ наз. нервныхъ страданій пузыря. Нормальная моча совсѣмъ не даетъ осадка или только незначительное количество слизи съ нѣсколькими отшелушившимися клѣтками плоскаго эпителия. При микроскопическомъ изслѣдованіи седимента рѣчь идетъ на первомъ планѣ объ отысканіи *гноя*; послѣдній вѣрнѣе всего указываетъ на воспалительныя измѣненія какого-либо отдѣла мочевого аппарата, начиная съ уретры и вверхъ до почечной паренхимы. Нахожденіе гноя ничего труднаго не представляетъ. На неокрашенномъ препаратѣ можно при неяркомъ освѣщеніи отчетливо различить рѣзкіе контуры круглыхъ гнойныхъ клѣтокъ отъ другихъ примѣсей; только, если онѣ разбухаютъ, какъ это часто

случается въ щелочной мочѣ, онѣ теряютъ свои очертанія и становятся неясными; легче всего распознать многоядерныя гнойныя клѣтки послѣ примѣненія анилиновыхъ красокъ. О происхожденіи гноя, т. е. изъ пузыря-ли онъ или изъ вышележащихъ отдѣловъ, ничего микроскопически рѣшить нельзя. Слѣдующее за гноемъ мѣсто по важности занимаетъ *эпителій*. Въ нормальной мочѣ онъ рѣдко находится, въ патологическихъ же случаяхъ болѣе или менѣе обильно; онъ встрѣчается отдѣльными клѣтками, небольшими кучками, болѣе крупными хлопьями или даже сплошными кусками. Эпителіальныя клѣтки плоскія, часто кубической формы съ выдающимися углами и втянутыми краями, иногда хвостатыя; если онѣ долго остаются въ мочѣ, то набухаютъ и ихъ контуры ступенчатыя. По микроскопическому виду клѣтокъ нельзя судить о мѣстѣ ихъ происхожденія; только ихъ количество и сплошная масса имѣютъ патологическое значеніе. Далѣе обращаютъ вниманіе на *содержаніе крови*, которое распознается по хорошо сохранившимся краснымъ кровянымъ шарикамъ или по выцвѣтшимъ и распавшимся клѣткамъ, или даже только по красящему веществу крови. Намъ приходится довольствоваться однимъ констатированіемъ крови; откуда она исходитъ, особенно пузыря-ли или почечнаго происхожденія, этого микроскопическимъ путемъ рѣшить нельзя. Часто мы находимъ большія количества *слизи* въ видѣ равномернаго стекловиднаго слоя, въ которомъ взвѣшены отдѣльныя слизевыя тѣльца. Нахожденіе *микроргановъ* имѣетъ по отношенію къ этиологіи большое значеніе; ихъ удастся констатировать уже съ помощью сухой системы или въ висячей каплѣ, лучше въ окрашенномъ анилиномъ препаратѣ; для распознаванія отдѣльныхъ видовъ необходима масляная иммерзія. Для обычной практики важно прежде всего нахожденіе гонokokковъ и бугорковыхъ палочекъ. Въмѣстѣ съ форменными элементами могутъ находиться въ мочѣ *аморфныя и кристаллическія осадки*; наиболѣе часты: ураты и фосфаты въ видѣ аморфныхъ массъ или въ видѣ иголь и розетокъ, мочекислый амміакъ въ формѣ дурмана (шары, снабженные иглами), желтоватыя кристаллы мочевоы кислоты, имѣющіе большую часть форму точильнаго камня, щавелевокислая известь (форма конверта) и кристаллы фосфорнокислой амміакъ-магнезіи, напоминающіе гробовыя крышки.

*Запахъ* мочи имѣетъ для діагноза лишь второстепенное значеніе. При остромъ разномъ циститѣ съ амміачнымъ броженіемъ мочевоы кислоты замѣтенъ рѣзкій запахъ амміака, между тѣмъ какъ при хроническихъ воспаленіяхъ пузыря, особенно гонорройнаго происхожденія моча обыкновенно не разложившаяся и лишена запаха; если въ пузырь образуются ихорозно распадающіяся новообразованія, то моча получаетъ зловонный запахъ.

*Реакція* мочи измѣняется при циститѣ съ амміачнымъ броженіемъ въ щелочную, то же самое иногда при разстройствахъ обмѣна веществъ.

Ислѣдованіе мочи должно быть направлено на первомъ планѣ на нахож-

деніе катарра пузыря; послѣдній является наиболѣе частой причиною дизуріи и болшею частью можетъ быть распознанъ однимъ только изслѣдованіемъ мочи. Отступленіе отъ нормы заключается въ примѣси катаррального секрета, который состоитъ главнымъ образомъ изъ гноя и эпителия пузыря. Содержаніе гноя можетъ быть весьма различнымъ; при острыхъ формахъ часто бываетъ столь много гноя, что онъ образуетъ сильный осадокъ, между тѣмъ какъ при хроническихъ, особенно гонорройныхъ формахъ количество гноя значительно меньше и часто столь скудно, что какъ седиментъ оно вообще не опредѣляемо; если и при хроническихъ катаррахъ пузыря долго держатся большія количества гноя, то вѣроятно, что другіе источники нагноенія осложняютъ катарръ пузыря, напр. образованіе дивертикуловъ, прободные абсцессы или pyosalpinx, или нагноеніе почекъ. Содержаніе гноя всегда есть одинъ изъ важнѣйшихъ признаковъ катарра пузыря, но иногда указываетъ также на нагноеніе въ выше-лежащихъ отдѣлахъ; исходить-ли гной изъ пузыря или изъ почекъ, этого микроскопическимъ и химическимъ изслѣдованіемъ узнать нельзя, а можно только рѣшить помощью цистоскопа. Кромѣ гноя, находятъ при катаррѣ пузыря эпителий, въ острыхъ случаяхъ часто сплошными хлопьями; при болѣе давнихъ катаррахъ или также послѣ излеченія отъ остраго воспаленія иногда остается еще долгое время отшелушиваніе эпителия съ умѣренными болѣзненными явленіями; происходитъ ли эпителий только изъ пузыря, микроскопъ также рѣшить не можетъ. Кровь находятъ только при острыхъ катаррахъ пузыря тѣсно перемѣшанной съ гноемъ; продолжительныя или часто повторяющіяся кровотеченія, значительное содержаніе крови безъ гноя всегда указываютъ на тяжелое заболѣваніе пузыря или почки. Слизь имѣется болшею частью при катаррѣ пузыря. Микроорганизмы играютъ при распознаваніи важную роль постолько, что обильное содержаніе ихъ указываетъ обыкновенно на катарры, вызванные зараженіемъ извнѣ (нечистый катетеръ); при гонорройныхъ циститахъ обыкновенно не находятъ постороннихъ бактерій и даже констатированіе гонококковъ лишь рѣдко удается. Щелочная или средняя реакція указываетъ лишь въ соединеніи съ микроорганизмами, трипельфосфатами, гноемъ на катарръ пузыря и именно на ту форму его, которая такъ что вызывается нечистой катетеризаціей; при гонорройномъ циститѣ моча имѣетъ болшею частью нормальную реакцію, при бугорчаткѣ она обыкновенно даже сильно кислая. Амміачный запахъ указываетъ на ихорозный катарръ, но, съ другой стороны, нормальный запахъ не исключаетъ катарра.

Съ діагнозомъ катарра почти исчерпывается область изслѣдованія мочи. Всѣ прочія заболѣванія пузыря, которыя наблюдаются у женщины, опухоли, камни, инородныя тѣла никакихъ характерныхъ измѣненій мочи не даютъ, результатъ изслѣдованія указываетъ только на сопутствующій катарръ. Всего цѣннѣе, пожалуй, еще обильное отхожденіе свѣжей крови, которое указываетъ, поскольку вопросъ идетъ о пузырѣ, на опухоли, камни или постороннія тѣла. Если въ мочѣ находятся хлопья и частицы

ткани, то при благоприятныхъ условіяхъ можно иногда помощью микроскопическаго изслѣдованія ихъ распознать папиллому или міому; но въ общемъ мы предостерегаемъ отъ подобнаго діагноза, особенно отъ распознаванія рака на основаніи карциномоподобныхъ клѣтокъ, ибо отдѣльные индивидуумы не характерны для рака и не могутъ быть отличены отъ эпителія пузыря.

**Цистоскопія.** Въ *цистоскопъ Nitze* мы приобрѣли инструментъ, который имѣетъ неоцѣнимое значеніе для діагностики болѣзней пузыря и почекъ; особенно распознаваніе опухолей и инородныхъ тѣлъ въ пузырьѣ, а также различительное распознаваніе между заболѣваніями пузыря и почекъ получило благодаря цистоскопу твердую почву. Для гинеколога цистоскопъ имѣетъ совершенно особенное значеніе, такъ какъ даетъ возможность опредѣлить отношеніе пузыря къ извѣстнымъ заболѣваніямъ женскихъ половыхъ органовъ съ такой полнотой, которая раньше была невозможна. *Я поэтому не задумываюсь объявить цистоскопъ необходимымъ инструментомъ для гинеколога* и обращаю здѣсь особенное вниманіе на тѣ діагностическія данныя, которыми мы обязаны цистоскопу; поскольку эти данныя касаются заболѣваній половыхъ органовъ, они до сихъ поръ почти не нашли себѣ оцѣнки со стороны гинекологовъ.

**Техника.** Цистоскопія стала въ настоящее время обособленнымъ отдѣломъ діагностики, технику ея не легко изучить; я предполагаю ее здѣсь извѣстной и ограничусь упоминаніемъ тѣхъ пунктовъ, которые имѣютъ значеніе для цистоскопіи у женщины.

**Примѣч.** *Nitze*вскій цистоскопъ I, который сперва былъ устроенъ для изслѣдованія мочевого пузыря у мужчины, вполне пригоденъ также для изслѣдованія женскаго пузыря. Несмотря на то, что женская уретра гораздо короче и значительно растяжимѣ мужской, я считаю непрактичнымъ черезчуръ укорачивать цистоскопъ, такъ какъ тогда приходится слишкомъ приблизить лицо къ вульвѣ; нецѣлесообразно также придавать ему значительно большій діаметръ, такъ какъ тогда приходится расширять довольно узкое часто *orificium externum*. Хотя короткимъ и толстымъ инструментомъ можно достигнуть гораздо болѣе интенсивнаго освѣщенія, я, однако, послѣ многихъ попытокъ отказался отъ этой модификаціи и примѣняю цистоскопъ въ 21 см. длины ствола и 6,5 см. толщины. Важенъ уголъ между стволомъ и клювомъ; у женщины онъ не нуженъ въ виду прямого направленія уретры, а при освѣщеніи самой важной части—дна пузыря онъ часто даже мѣшаетъ. Такъ какъ часто только при сильномъ опущеніи ствола возможно ввести клювъ на должное разстояніе отъ пузырянаго дна, то я предпочитаю инструментъ съ очень тупымъ угломъ (рис. 136), такъ какъ имъ я лучше въ состояніи обозрѣть дно и лучше могу слѣдовать за смѣщеніями пузыря, нежели оригинальнымъ цистоскопомъ I *Nitze*. Для упрощенія электрическихъ проводовъ я пользуюсь только небольшой вилкой, которая менѣ нарушаетъ подвижность инструмента, нежели большая рукоятка, а прерыватель тока я помѣстилъ въ проводной шнуръ. Какъ источникомъ электричества я пользуюсь всегда городской станціей.

Для цистоскопіи женщину укладываютъ на кресло для изслѣдованія настолько высоко, чтобы половые органы находились какъ-разъ на уровнѣ глаза изслѣдователя. Что касается приготовленій, наполненія пузыря, техники и метода изслѣдованія, то надо слѣдовать въ точности предписаніямъ *Nitze*. Изслѣдованіе женскаго пузыря производится точно такимъ же образомъ, какъ и изслѣдованіе мужского; однако, рядъ затрудненій возникаетъ изъ-за частыхъ смѣщеній и измѣненій формы пузыря, зависящихъ отъ измѣненій въ положеніи матки и влагалища, отъ прилегающихъ опухолей матки и соедѣнныхъ органовъ. Благодаря этому часто невозможно придать пузырю желательную для изслѣдованія шаровидную форму, онъ сохраняетъ пазухи и выпячивания, въ которыя трудно заглянуть цистоскопомъ. Далѣе, часто бываетъ затруднено вставленіе отверстій мочеточниковъ, которыя также принимаютъ участіе въ смѣщеніи. Цистоскопія у женщины въ общемъ болѣе безопасна въ виду короткости мочеиспускательнаго канала и рѣдко ведетъ къ заразнымъ катаррамъ пузыря. Тѣмъ не менѣе ее слѣдуетъ, разумѣется, предпринимать со всеми асептическими предосторожностями; при гонорройномъ уретритѣ она не допустима, пока рѣчь идетъ объ остромъ гнойномъ теченіи, между тѣмъ какъ хроническія формы допускаютъ осторожное изслѣдованіе, особенно послѣ промыванія уретры. Какъ особую предосторожность я рекомендую выпустить тотчасъ послѣ изслѣдованія воду, которою наполнили пузырь.

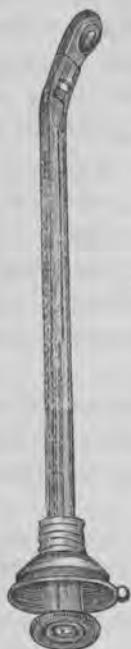


Рис. 136.  
Цистоскопъ *Nitze*.

**Показанія.** Несмотря на все мѣры предосторожности, цистоскопія является вмѣшательствомъ, которое не должно быть предпринимаемо въ каждомъ случаѣ катарра пузыря, а требуетъ своихъ особыхъ *показаній*; какъ таковыя я хотѣлъ бы выставить на первомъ планѣ *извѣстныя формы катарра* у женщины, которыя не могутъ быть съ увѣренностью распознаны помощью изслѣдованія мочи. При острыхъ катаррахъ цистоскопическое изслѣдованіе совершенно излишне, часто невыполнимо и иногда вредно влѣдствіе производимаго раздраженія, только при очень затяжныхъ и тяжелыхъ катаррахъ, при катаррахъ съ интенсивными страданіями и незначительными данными отъ изслѣдованія мочи желательно опредѣлить форму катарра и степень измѣненія пузырной стѣнки. Далѣе цистоскопія необходима, если за катарромъ имѣютъ основаніе подозрѣвать какъ первичную причину опухоли, камни, инородныя тѣла или язвенные процессы. При *сильномъ гнойномъ теченіи* цистоскопія необходима, чтобы рѣшить, производитъ-ли гной сама пузырная стѣнка, или онъ исходитъ изъ дивертикуловъ, прободныхъ абсцессовъ и *pyosalpinx*’овъ, или онъ стекаетъ внизъ изъ почки; особенно для распознаванія почечной пиуріи цистоскопія является незаменимымъ пособіемъ. *Гематурия*, за исключе-

нѣмъ тѣхъ случаевъ, когда рѣчь идетъ о незначительномъ отхожденіи крови при остромъ циститѣ или гѣморрагическомъ нефритѣ, требуетъ всегда цистоскопическаго изслѣдованія, особенно если кровотеченіе значительно, долго длится или повторяется. Прежде всего надо установить, исходить ли кровь изъ пузыря, или изъ почки. Такъ какъ кровотечения изъ пузыря очень мѣшаютъ цистоскопіи, а почечныя кровотечения требуютъ изслѣдованія во время самаго кровотечения, то, чтобы не терять времени, изслѣдуютъ сперва во время кровотечения и констатируютъ, имѣются-ли измѣненія на пузырьной стѣнкѣ, или кровь брызгаетъ изъ мочеточниковъ. Въ первомъ случаѣ болѣе обстоятельный діагнозъ возможенъ лишь тогда, если повторить изслѣдованіе въ свободное отъ кровотечения время. Если изъ анамнеза и припадковъ можно подозрѣвать камни, то необходимо цистоскопировать и по возможности до примѣненія зонда и до ощупыванія, то же самое, если анамнезъ указываетъ на введеніе *постороннихъ тѣлъ* въ пузырь.

Но самое существенное пріобрѣтеніе для гинеколога составляютъ тѣ показанія для цистоскопіи, которыя имѣютъ въ виду *констатированіе извѣстныхъ отношеній мочевого пузыря къ заболѣваніямъ прилегающихъ къ нему половыхъ органовъ*.

Результатъ цистоскопированія у женщины нормальнымъ образомъ едва ли чѣмъ отличается отъ данныхъ изслѣдованія мужского пузыря, за исключеніемъ развѣ вышеупомянутыхъ, часто довольно поразительныхъ измѣненій формы пузыря. При тѣсномъ прилеганіи опухолей находятъ выпячиванія стѣнки и уплощеніе пузыря, при смѣщеніяхъ матки карманообразныя и щелевидныя стуженія, которыя весьма затрудняютъ осмотръ пузыря. Отверстія мочеточниковъ бываютъ часто смѣщены или несимметрично расположены.

Цистоскопическій діагнозъ *цистита* основывается прежде всего на инъекціи слизистой оболочки; нормальнымъ образомъ блѣдная слизистая получаетъ другую окраску: она становится розовой, насыщенно-красной, часто красно-бурой; болѣе и менѣе инъицированныя мѣста смѣняютъ другъ друга и придаютъ мраморо-подобный видъ слизистой оболочкѣ. Часто можно видѣть ограниченныя красныя пятна, зависящія отъ неравногѣрной инъекціи, и гѣморрагіи на блѣдной въ общемъ слизистой оболочкѣ. Другія картины возникаютъ, если рѣчь идетъ объ инъекціи крупныхъ и среднихъ сосудовъ; тогда видѣется больше сосудовъ, нежели на нормальной слизистой оболочкѣ и узкіе обыкновенно сосуды выглядятъ расширенными. Всего рѣзче выражена инъекція на днѣ пузыря, особенно по сосѣдству съ *orificium internum*. При болѣе интенсивныхъ формахъ слизистая оболочка шероховата, припухла, образуетъ складки и толстые валки, на верхушкѣ которыхъ видны обыкновенно гѣморрагіи. Отторженіе верхнихъ эпителиальныхъ слоевъ, встрѣчающееся при всякомъ катаррѣ, представляетъ весьма различныя картины: въ болѣе легкихъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ длительнымъ, медленнымъ отшелушиваніемъ плоскаго эпителія, цистоско-

пическое изображеніе слизистой оболочки можетъ быть совершенно нормальнымъ; если отшелушиваніе болѣе обильно и совершается сплошными хлопьями, то послѣдніе плаваютъ въ водѣ, которою наполняютъ пузырь, и дѣлаютъ ее мутной; хлопья слизистой оболочки, еще несовсѣмъ отставшіе отъ стѣнки, выглядятъ бѣловатыми, блестящими, развѣвающимися въ водѣ перепонками. Труднѣе диагностировать на основаніи цистоскопической картины *форму цистита*. Для гинеколога важны прежде всего двѣ формы: разлитой, гнойный катарръ, возникающій послѣ операций, чаще всего послѣ неопытнаго катетеризированія, и гонорройный циститъ. При первомъ мы находимъ очень рѣзкую картину: слизистая оболочка инъфицирована, иногда до грязно-бурой окраски, шероховата и обнаруживаетъ сильное отслоеніе эпителия. Гонорройный циститъ, который болѣею частью приходится наблюдать въ хроническомъ стадіи, отличается прежде всего инъекціей и разлитой краснотой пузырянаго дна, между тѣмъ какъ остальная слизистая совершенно нормальна или обнаруживаетъ лишь отдѣльныя красныя пятна. При бактерійномъ разложеніи мочи слизистая оболочка пузыря можетъ выглядѣть совершенно нормальной.

*Опухоли и камни пузыря* такъ рѣдки у женщинъ и данныя изслѣдованія такъ мало отличаются отъ соответственныхъ картинъ у мужчинъ, что я опускаю здѣсь описаніе цистоскопической картины и отсылаю къ учебнику по цистоскопіи *Nitze*. Напротивъ, *инородныя тѣла* почти исключительно встрѣчаются у женщинъ, такъ какъ болѣею частью здѣсь рѣчь идетъ объ истеричныхъ, къ тому же введеніе постороннихъ тѣлъ облегчается короткостью мочеиспускательнаго канала у женщины; куски катетера, головныя шпильки, булавки, шелковыя нити и проч. даютъ столь понятныя цистоскопическія картины, что я не считаю нужнымъ останавливаться на описаніи ихъ.

Цистоскопія у женщины открыла совершенно спеціальную область въ распознаваніи отношеній извѣстныхъ *заболѣваній половыхъ органовъ* къ мочевому пузырю, она заполняетъ такимъ образомъ очень важный пробѣлъ, такъ какъ до сихъ поръ эту связь съ пузырной стѣнкой удавалось опредѣлить лишь въ очень неточной степени. Это несомнѣнно область величайшей важности для гинеколога не только по отношенію къ распознаванію этихъ измѣненій вообще, но и по отношенію къ постановкѣ показаній для удаленія подобныхъ опухолей, вступившихъ въ тѣсную связь съ пузыремъ. Рѣчь идетъ при этомъ главнымъ образомъ о заболѣваніяхъ, которыя приближаются къ пузырной стѣнкѣ извнѣ, поражаютъ ее и могутъ вести къ прободеніямъ въ пузырь, таковы: *параметритическіе эксудаты, ruosalpinx, назновившіяся яичниковыя опухоли, особенно дермоиды, внематочная беременность и ракъ матки*.

Если *параметритическіе эксудаты* образуютъ опухоли вблизи пузыря, то вызываютъ выпячиваніе внутрь стѣнки послѣдняго, доходящее иногда до щелеобразнаго суженія, которое первоначально еще можетъ

быть покрыто гладкой слизистой оболочкой, но лишь только воспаленіе приблизилось къ пузырьной стѣнкѣ и повело къ разстройствамъ кровообращенія въ ней, слизистая оболочка ложится въ толстыя складки (въ одномъ случаѣ она выглядѣла какъ при *état shamonné* желудка) нормальной окраски, какъ это наблюдается также при ракъ шейки, когда онѣ приближается къ пузырю. Въ другихъ случаяхъ складки становятся отечны, стекловидно набухаютъ и покрыты маленькими пузырьками, возникшими вслѣдствіе отслоенія эпителия, — особенно послѣдніе, съ ихъ просвѣчиваніемъ создаютъ удивительныя цистоскопическія картины. *Kolischer* справедливо называетъ это состояніе *oedema bullosum*.

Случай 20. Г-жа Л. Слѣва, непосредственно на пузырьѣ лежитъ твердая опухоль, величиною въ небольшой кулакъ, находящаяся въ тѣсной связи съ лѣвой стѣнкой. Цистоскопическое изслѣдованіе показало въ общемъ нормальную слизистую оболочку, только часть, непосредственно прилегавшая къ выпоту, обнаруживала рѣзкія измѣненія: стѣнка выпячена внутрь, и слизистая оболочка лежитъ въ толстыхъ, большею частью параллельныхъ другъ къ другу складкахъ; нѣкоторыя изъ складокъ просвѣчиваютъ, какъ стекло, и покрыты маленькими прозрачными пузырьками. Слизистая оболочка блѣдна, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ покрыта небольшими петехіями.

Подобную же картину создаетъ *pyosalpinx*, прилегающій къ стѣнкѣ пузыря. Если наступаетъ прободеніе, то можно непосредственно наблюдать переходъ гноя въ чистую воду, наполняющую пузырь. *Kolischer* наблюдалъ при одномъ вскрывшемся *pyosalpinx*'ѣ щелеобразное отверстіе съ бахромчатыми краями, откуда торчала желтоватая, продырявленная по длинѣ пробка, которая при давленіи на опухоль придатковъ удлинялась, пока гной не растворился и не осѣдалъ на дно пузыря. Нагноившіеся дермоиды распознаютъ иногда по отвисающимъ въ пузырь волосамъ, вскрывшуюся внѣматочную беременность — по торчащимъ въ пузырьѣ плодовымъ частямъ.

О картинѣ, получающейся при *ракъ шейки*, см. стр. 217.

Благодаря цистоскопіи всѣ остальные, прежде исключительно при мѣнявшіеся, методы изслѣдованія отошли на второй планъ и служатъ только дополненіемъ цистоскопіи, если она не выполнима или даетъ неточные результаты; особенно это относится къ ощупыванію пузыря снаружи и къ изслѣдованію зондомъ.

**Ощупываніе пузыря** можетъ быть предпринято посредствомъ бимануальнаго изслѣдованія со стороны влагалища и брюшныхъ покрововъ или введеннымъ черезъ уретру пальцемъ. Первое представляетъ, разумѣется, очень несовершенный методъ и можетъ иногда лишь возбудить подозрѣніе на опухоль, камни или инородныя тѣла, если вмѣсто едва прощупываемыхъ въ нормальномъ состояніи пузырныхъ стѣнокъ констатируютъ ограниченныя утолщенія; но болѣе или менѣе точнаго діагноза этимъ способомъ нельзя поставить. Иначе дѣло обстоитъ съ ощупываніемъ пузыря снаружи. Со временъ *Simon*'а этотъ методъ почти одинъ служилъ для распознаванія у женщины опухолей, камней или инородныхъ тѣлъ въ

пузырь и выработался до большой степени совершенства; онъ не такъ скоро будетъ покинутъ гинекологами, особенно не владѣющими цистоскопомъ, такъ какъ даетъ имъ возможность ставить пальпаторный діагнозъ, съ которымъ гинекологъ болѣе сроднился. Невыгодныя стороны этого метода по сравненію съ цистоскопіей состоятъ въ томъ, что палецъ больше вредитъ стѣнкѣ пузыря, нежели цистоскопъ, что ощупыванію должно предшествовать всегда расширеніе мочеиспускательнаго канала и что данныя изслѣдованія по отчетливости уступаютъ цистоскопическимъ картинамъ. Цистоскопія во всѣхъ отношеніяхъ заслуживаетъ предпочтенія предъ внутреннимъ ощупываніемъ пузыря и можетъ быть замѣнена послѣднимъ лишь тогда, если она не выполнима или даетъ неточные результаты въ виду того, что моча долго остается густой и кровавой. Наконецъ, выборъ метода будетъ зависѣть также отъ технической подготовки врача.

О техникѣ расширенія мочеиспускательнаго канала см. стр. 14.

Болѣе простое средство для ощупыванія внутренности пузыря есть *зондъ*, который употребляютъ въ формѣ катетера или маточнаго зонда съ толстой пуговкой. У женщины прибѣгаютъ къ зондированію главнымъ образомъ для опредѣленія смѣщенной и измѣненной формы пузыря, но не надо при этомъ упускать изъ виду, что стѣнка пузыря легко выпячивается во всѣ стороны; далѣе, зондъ служитъ для того, чтобы опредѣлить чувствительность пузырной стѣнки, особенно пузыряго дна при воспалительныхъ процессахъ, либо распознать камень или инкрустацію стѣнки пузыря.

Какъ болѣе рѣдкую причину учащеннаго, большею частью не болѣзненнаго позыва на мочу надо еще упомянуть *сморщиваніе пузыря*, которое состоитъ въ гипертрофій стѣнки пузыря съ суженіемъ его просвѣта, большею частью въ зависимости отъ хроническихъ катарровъ; соотвѣтственно меньшей вмѣстительности пузыря, позывъ къ мочеиспусканію учащенъ. *Діагнозъ этого состоянія устанавливается посредствомъ наполненія пузыря*; если уже при незначительномъ наполненіи (при 80—100 грм.) наступаетъ каждый разъ позывъ на мочу и послѣдняя выгоняется затѣмъ мимо катетера, то ясно, что пузырь имѣетъ слишкомъ малую емкость; правда, надо исключить изъ этой картины болѣзни острые катарры и сильныя явленія раздраженія; иногда можно прямо ощупать утолщенныя стѣнки пузыря.

Нѣтъ сомнѣнія, что причину дизурій мы чаще всего находимъ въ заболѣваніяхъ мочевого аппарата самого; благодаря примѣненію болѣе усовершенствованныхъ методовъ изслѣдованія, особенно центрифуги и цистоскопа, число случаевъ, гдѣ при выраженной дизуріи пузырь и уретра оказывались вполнѣ нормальными, все уменьшается; тѣмъ не менѣе и опытному изслѣдователю попадаются нерѣдко случаи, гдѣ приходится искать для дизуріи другихъ причинъ. Въ этомъ отношеніи имѣютъ большое значеніе прежде всего **извѣстныя заболѣванія половыхъ органовъ**; они вызываютъ этотъ симптомъ различнымъ образомъ. Одни заболѣванія ведутъ

къ *уменьшенію пространства* въ маломъ тазу и вслѣдствіе этого къ давленію на пузырь, смѣщенію его, отчего теребится чувствительное пузырное дно; сюда относятся: беременность, міомы, retroflexio uteri, особенно во время беременности, опухоли придатковъ, anteversio-flexio, antepositio uteri, haematocoele retrouterina и абсцессы въ Дугласовомъ пространствѣ. Другой рядъ болѣзней ведетъ только путемъ *рефлекса* къ усиленному позыву на мочу, таковы главнымъ образомъ пораженія слизистой оболочки, напр. вульвитъ и кольпитъ, слизистые полипы шейки, иногда также эндометритъ. Другимъ образомъ вызываютъ затрудненія при мочеиспусканіи воспаленія по сосѣдству съ пузыремъ, напр. метритъ, пери- и параметритъ, экссудаты и pyosalpinx, а именно пузырь принимаетъ участіе въ *гиперэміи* тазовыхъ органовъ или *повышается чувствительность слизистой оболочки пузыря*, хотя нѣтъ никакихъ мѣстныхъ измѣненій. Во всѣхъ этихъ заболѣваніяхъ можно иногда видѣть причину тенезма пузыря, *но лишь тогда, когда мочевые органы сами признаны здоровыми*. Въ отличіе отъ дизуріи при болѣзняхъ пузыря и уретры, здѣсь настоящихъ болей нѣтъ, а есть только учащенный позывъ, за исключеніемъ развѣ тѣхъ случаевъ, гдѣ при вульвитѣ моча чисто внѣшнимъ образомъ раздражаетъ воспаленныя мѣста, или при периметритѣ, когда затронутъ сывороточный покровъ пузыря.

Если самое тщательное изслѣдованіе окружающихъ органовъ ничего ненормальнаго не открываетъ, то единственнымъ объясненіемъ дизуріи остается *мѣстный неврозъ*; онъ можетъ выступать въ двухъ формахъ: какъ острая судорога пузыря (cystospasmus) — большею частью скоро-преходящее состояніе сильныхъ, болѣзненныхъ натугъ, и въ видѣ такъ наз. «irritable bladder» — хронически учащенный позывъ безъ существенныхъ болей. Распознаваніе этихъ состояній легко и основывается главнымъ образомъ на исключеніи вышеупомянутыхъ причинъ дизуріи; правда, самой причины невроза трудно доискаться.

Дизурія есть наиболее частая жалоба, съ которою обращаются женщины, страдающія болѣзнями мочевыхъ органовъ, и въ виду многосторонности ея причинъ она часто представляетъ трудно разрѣшимую діагностическую проблему. Совѣзмъ другого рода страданіе — *недержание мочи* (incontinentia urinae); оно также не можетъ быть разсматриваемо какъ патогномоническій симптомъ определенной болѣзни, а есть принадлежность цѣлаго ряда совершенно различныхъ заболѣваній и потому требуетъ также аналитическаго разбора.

### Распознаваніе причинъ недержанія мочи.

*Опредѣленіе.* Подъ incontinentia urinae понимаютъ непроизвольное отхожденіе мочи, т. е. моча вытекаетъ постоянно или временами безъ того, чтобы больныя получали ощущеніе фізіологическаго позыва на мочу. Правда, больныя иногда жалуются на то, что онѣ «не могутъ удерживать мочу», обозначая этимъ совѣзмъ другого рода страданіе, ко-

торое состоитъ въ интенсивномъ тенезмѣ съ постояннымъ отхожденіемъ мочи небольшими количествами. Этотъ родъ произвольнаго отхожденія мочи есть ничто иное, какъ то, что больныя не въ состояніи подавить позывъ на мочу и часто теряютъ ее по дорогѣ къ ночной посудѣ. Это состояніе основывается, конечно, на совершенно другихъ измѣненіяхъ и относится къ области лизурии; оно должно быть помощью тщательнаго предварительнаго опроса исключено, раньше чѣмъ приступаютъ къ распознаванію недержанія мочи.

*Распознаваніе* самаго *недержанія* мочи легко: замѣчаютъ экзему и фурункулы въ окрестности половыхъ частей, запахъ мочи и видятъ, какъ моча вытекаетъ. Произвольное отхожденіе мочи бываетъ однако различной степени, смотря по роду страданія, которымъ оно обуславливается. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ женщины не могутъ удержать ни одной капли; стоятъ-ли онѣ или лежатъ, все продолжаетъ течь; въ менѣе тяжелыхъ случаяхъ женщина въ состояніи въ горизонтальномъ положеніи вполнѣ или, по крайней мѣрѣ, долго задерживать мочу, которая вытекаетъ только въ стоячемъ положеніи; въ еще болѣе легкихъ случаяхъ моча удерживается и въ стоячемъ положеніи, и только при внезапномъ напряженіи брюшнаго пресса (кашель, чиханіе) нѣсколько вытекаетъ.

Наиболѣе важная задача заключается въ *отысканіи причинъ недержанія* мочи, которыя бываютъ двоякаго рода:

*свищи и поврежденія мочевого аппарата,  
недостаточность замыкающаго аппарата пузыря.*

Обѣ эти группы причинъ разграничиваютъ одновременно съ распознаваніемъ *incontinentia urinae* вообще слѣдующимъ образомъ: больную укладываютъ на кресло для изслѣдованія и стараются сперва помощью осмотра опредѣлить, откуда моча идетъ, изъ уретры или изъ влагалища. Этимъ уже исчерпывается главный вопросъ, ибо *всякое отхожденіе мочи изъ влагалища указываетъ на ненормальное сообщеніе между мочевымъ и половымъ аппаратомъ*, между тѣмъ какъ *вытеканіе мочи по нормальному пути происходитъ лишь вслѣдствіе недостаточности жомовъ* (сфинктеровъ).

Чтобы отыскать *свищъ* (фистула), пробуютъ сперва ощупать это неестественное отверстіе пальцемъ. Если оно сидитъ въ предѣлахъ влагалища, то при извѣстной величинѣ его можно ощупать пальцемъ, даже проникнуть черезъ него въ пузырь или констатировать значительные дефекты въ пузырно-влагалищной стѣнкѣ; если же отверстіе свища меньше или скрыто между складками слизистой оболочки, то легче удастся отыскать его помощью *Simon*'овскаго зеркала; установивъ въ немъ всю переднюю стѣнку влагалища, можно видѣть, какъ моча вытекаетъ или собирается въ зеркалѣ; при внимательномъ осмотрѣ направленія, откуда моча вытекаетъ, можно найти небольшую фистулу и, обнаживъ крючками и щипцами соотвѣтственное мѣсто, непосредственно осмотрѣть отверстіе свища. Если не ясно, есть-ли это отверстіе свища или наружный зѣвъ, или

только кажущееся отверстіе, то легче всего можно опредѣлить фистулу, если ввести катетеръ черезъ уретру въ пузырь и вывести его черезъ фистулу; если это не удастся, то катетеръ оставляютъ въ пузырь, вводятъ зондъ въ свищъ и стараются привести оба инструмента въ прикосновеніе. Если не удастся обнажить фистулу или наблюдать вытеканіе мочи, то прибѣгаютъ къ такъ наз. *пробѣ съ молокомъ*. Для этого наполняютъ ирригаторъ теплымъ молокомъ (около литра) и трубку надѣваютъ на катетеръ съ двойнымъ токомъ; обнаживъ *Simon*'овскимъ зеркаломъ переднюю влагалищную стѣнку и наружный зѣвъ, вводятъ катетеръ, закрывъ нижнее отверстіе его, въ пузырь, вытираютъ влагалище до-суха и впускаютъ молоко. При болѣе крупныхъ фистулахъ молоко тотчасъ показывается черезъ отверстіе свища; при меньшихъ фистулахъ часто сперва наполняется пузырь, пока затѣмъ при передвижаніи зеркала или раздвиганіи складокъ крючками молоко вдругъ вырывается изъ отверстія. *Проба съ молокомъ есть очень надежное средство для распознаванія недержанія мочи; въ то же время она даетъ возможность констатировать фистулу и родъ ея.*

Когда такимъ образомъ распознано ненормальное сообщеніе между мочеполовыми органами, то надо далѣе діагностицировать, *изъ* какого отдѣла мочевого аппарата и *въ* какой отдѣлъ полового аппарата ведетъ свищъ; съ одной стороны, рѣчь можетъ идти о пузырьныхъ или мочеточниковыхъ, съ другой стороны, о влагалищныхъ или маточныхъ свищахъ.

Иногда наблюдаются также *уретро-влагалищныя фистулы*; но онѣ не занимаютъ особаго положенія, такъ какъ небольшія сообщенія между передней половиной мочеиспускательнаго канала и влагалищемъ не причиняютъ недержанія, а лишь незначительныя отклоненія при мочеиспусканіи, свищи же задней половины уретры большею частью простираются въ пузырь или, по крайней мѣрѣ, въ виду всегда связаннаго съ ними разрушенія замыкающаго аппарата пузыря, вызываютъ тотъ же родъ недержанія мочи, что и пузырьныя фистулы.

Вопросъ о томъ, имѣемъ-ли дѣло съ *фистулой пузыря или мочеточника*, рѣшается уже мѣстоположеніемъ свищевого отверстія: свищи мочеточника сидятъ большею частью въ боковомъ сводѣ и лишь рѣдко открываются въ шейку, пузырьныя фистулы, наоборотъ, сидятъ обыкновенно только на передней стѣнкѣ. Точный отвѣтъ на этотъ вопросъ даетъ проба съ молокомъ: при пузырьныхъ свищахъ всегда молоко вытекаетъ, правда, при небольшихъ отверстіяхъ надо для ясности раздвинуть края; при фистулѣ мочеточника молоко не отходитъ, пузырь наполняется, а въ то же время часто по каплямъ вытекаетъ изъ свища прозрачная моча. Зондированіе тоже большею частью разъясняетъ дѣло: если ввести катетеръ въ пузырь и зондировать фистулу со стороны влагалища, то при пузырьномъ свищѣ оба инструмента соприкасаются, между тѣмъ какъ при фистулахъ мочеточника тонкій зондъ скользитъ далеко назадъ и вверхъ и не касается лежащаго въ пузырьѣ катетера.

Когда такимъ образомъ разрѣшенъ вопросъ относительно существованія пузырнаго свища, то вало далѣе опредѣлить, открывается-ли онъ во влагалище (*пузырно-влагалищный свищъ*) или ведетъ въ каналъ шейки, съ потерей части передней губы или безъ этого (*пузырно-маточный свищъ*). Въ болѣе простыхъ случаяхъ уже изслѣдованіе пальцемъ можетъ рѣшить, что отверстіе сидитъ ниже *portio vaginalis* въ передней влагалищной стѣнкѣ; съ другой стороны, при совершенно нормальной передней стѣнкѣ влагалища можно видѣть въ зеркалѣ, какъ моча вытекаетъ изъ наружнаго зѣва. Въ трудныхъ случаяхъ опять таки рѣшается проба съ молокомъ: шейку затыкаютъ плотнымъ тампономъ и впускаютъ молоко въ пузырь; если оно вытекаетъ, то фистула должна быть во влагалищѣ, если нѣтъ, то она лежитъ въ шейкѣ. Обозрѣть фистулу въ самой шейкѣ трудно, если шейка хорошо сформирована и наружный зѣвъ не очень широкъ; легче сдѣлать свищъ доступнымъ глазу, а иногда и зондировать, если часть передней губы разрушена. Разрѣшеніе шейки для діагностическихъ цѣлей не представляетъ надобности. Болѣе трудно точно опредѣлить мѣстоположеніе фистулы мочеточника, такъ какъ здѣсь нельзя воспользоваться молочной пробой; если свищъ сидитъ во влагалищномъ сводѣ, то большею частью онъ поддается осмотру и зондированію (*мочеточнико-влагалищный свищъ*); сообщеніе же мочеточника съ шейкой (*мочеточнико-маточный свищъ*) можно установить лишь, исключивъ съ увѣренностью пузырно-маточную фистулу, т. е. если при несомнѣнномъ отхожденіи мочи изъ матки проба съ молокомъ повторно даетъ отрицательный результатъ. Въ этомъ случаѣ, гдѣ все сводится къ тому, чтобы отходящую изъ матки жидкость признать съ увѣренностью за мочу, приходится иногда прибѣгнуть къ химическому изслѣдованію на мочевины. Если діагнозъ фистулы твердо установленъ, то необходимо, особенно въ видахъ операціи, распространить изслѣдованіе на рубцовыя измѣненія и сращения.

Въ подходящихъ случаяхъ можно воспользоваться цистоскопіей для распознаванія свища, разумѣется не тогда, когда большое отверстіе въ пузырь дѣлаетъ невозможнымъ наполненіе его водой. Сперва необходимо закрыть отверстіе со стороны влагалища тампонами, зажиманіемъ влагалищной стѣнки надъ фистулой, затыканіемъ или защемленіемъ шейки; затѣмъ наполняютъ пузырь. Свищъ представляется со стороны пузыря въ видѣ канала съ большимъ или меньшимъ отверстіемъ, который выстланъ слизистой оболочкой; конецъ его обыкновенно не виденъ; маленькія фистулы иногда трудно отыскать между складками слизистой оболочки пузыря. *Это изслѣдованіе важно для опредѣленія положенія мочеточника по отношенію къ свищевому краю и для различенія между фистулой мочеточника и пузыря;* въ первомъ случаѣ находятъ пузырь незатронутымъ и констатируютъ продолжительное отсутствіе тока мочи изъ соответственнаго мочеточника.

Менѣе пригодны для распознаванія свищей *показанія* больной о характерѣ недержанія мочи у нея; даже соблазнительное сообщеніе, что

онѣ часть мочи сами пускаютъ, а другая отходитъ произвольно, не должно еще говорить въ пользу фистулы мочеточника, такъ какъ подобное же показаніе встрѣчается при пузырно-влагалищныхъ свищахъ.

Другая причина *incontinentia urinae* есть **недостаточность замыкающаго аппарата пузыря**. Заподозрить эту причину можно уже изъ *показаній больной*, которая жалуется не на постоянное отхожденіе мочи, а только на вытеканіе временами по каплямъ, особенно при напряженіи брюшного пресса (кашель и т. п.) или при сильномъ раздвиганіи ногъ. Изслѣдованіе подтверждаетъ наши подозрѣнія, если мы *наблюдаемъ отхожденіе мочи черезъ уретру*. Если заставить больную сильно кашлять или натуживаться, то можно большею частью видѣть, какъ моча вытекаетъ по каплямъ или выбивается струей; если же этого нѣтъ, то, чтобы пріобрѣсть увѣренность въ недостаточности замыкающаго аппарата, надо исключить посредствомъ пробы съ молокомъ въ *Simon'овскомъ* зеркалѣ наличность фистулы. Труднѣе отыскать *причину недостаточности* замыкающаго аппарата. Чаще всего рѣчь идетъ о *парезахъ* или *параличахъ т. sphincter*, которые наблюдаются послѣ хроническихъ катаровъ пузыря, послѣ травмъ (роды) или у нервныхъ особъ, довольно часто, однако, безъ видимой причины. Въ другихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ *разрушеніями уретры*, либо *травматическими*, либо *язвенными*; первыя отличаются гладкой рубцовой каймой, послѣднія, обыкновенно сифилитическаго происхожденія, обширными мозолистыми утолщеніями и изъязвленіями въ окружности. Разрушенія въ передней половинѣ уретры не вызываютъ недержанія мочи; если же они поражаютъ и заднюю половину, а тѣмъ болѣе мышечные пучки т. sphincter, то задерживаніе мочи становится невозможнымъ; для нормальнаго замыканія необходима цѣлость отъ трети до половины задней уретры. Къ этому разряду *incontinentia urinae* относится также ночное недержаніе мочи (*enuresis nocturna*), которое также сводится къ парезу замыкающаго аппарата и легко распознается по анамнестическимъ даннымъ. Болѣе рѣдкою причиной недержанія мочи являются *врожденныя уродливости*, какъ, напр., расщепленіе и полный дефектъ мочеиспускательнаго канала, фистулы пузыря, *utachus'a*. Всѣ эти состоянія, если вообще наблюдаются на живой, встрѣчаются въ самой ранней молодости, или анамнезъ съ точностью указываетъ на врожденное ихъ происхожденіе. Распознаваніе этихъ состояній легко и основывается на уясненіи топографіи; напротивъ, трудно разобраться въ тѣхъ случаяхъ, когда мочеточникъ впадаетъ на ненормальномъ мѣстѣ, напр. въ вульвѣ.

Случай 21. Анна Г. показываетъ, что съ рожденія страдаетъ произвольнымъ отхожденіемъ мочи, но утверждаетъ въ то же время, что можетъ мочиться и нормальнымъ образомъ. Мочеиспускательный каналъ нормально развитъ; *introitus vaginae* частью закрытъ дѣвственной плевой. Справа возлѣ нея открывается широкимъ отверстіемъ каналъ, выстланный слизистой оболочкой, въ который зондъ проникаетъ приблизительно на 2 см. и который навѣрное не сообщается ни съ

уретрой, ни съ влагалищемъ; введенные одновременно во всё три канала зонды не соприкасаются. Моча произвольно, но периодически отходить изъ упомянутого правосторонняго канала. Проба съ молокомъ даетъ совершенно отрицательный результатъ: ни изъ влагалища, ни изъ уретры не вытекаетъ ни капли молока. Моча прозрачна; пузырь вмѣщаетъ около 200 грм. Цистоскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ слѣва нормальное устье мочеточника съ перемежающимся вприскиваніемъ мочи, между тѣмъ какъ справа отверстіе мочеточника не констатируется.

Дальнѣйшимъ симптомомъ весьма общаго значенія является задержаніе мочи (*ischuria*); въ виду многообразія его причинъ онъ также требуетъ аналитической діагностики.

### □ Распознаваніе причинъ задержанія мочи (*ischuria*).

*Опредѣленіе.* Подъ *ischuria* понимаютъ затрудненіе или невозможность мочеиспусканія. Въ легкихъ случаяхъ опорожненіе мочи происходитъ лишь послѣ долгаго выжиданія, натуживанія или надавливанія; въ другихъ случаяхъ больныя могутъ мочиться только въ опредѣленномъ положеніи или только по каплямъ, между тѣмъ какъ въ тяжелыхъ случаяхъ существуетъ полная задержка мочи съ растяженіемъ пузыря. Если при чрезмѣрно растянутомъ пузырьѣ моча отходить произвольно, то мы обозначаемъ это состояніе какъ *ischuria paradoxa*.

*Распознаваніе* задержанія мочи основывается главнымъ образомъ на вышеупомянутыхъ показаніяхъ больной, но получаетъ важное подтвержденіе, особенно при полной задержкѣ, въ констатированіи чрезмѣрно растянутого пузыря; о распознаваніи послѣдняго помощью выстукиванія и ощупыванія см. стр. 52. Чаще всего просматриваютъ задержаніе мочи, если присоединяется вытеканіе мочи по каплямъ, ибо при отхожденіи мочи не приходитъ въ голову *ischuria*; всё сомнѣніе легко разрѣшается катетеромъ. Особая форма затрудненнаго мочеиспусканія состоитъ въ томъ, что больная не вполне опорожняетъ свой пузырь, что въ немъ послѣ мочеиспусканія еще остается моча (*Residualurin*); въ этомъ состояніи скорѣе всего еще можно обвинять недостаточную дѣятельность *m. detrusor*. Эту форму *ischuria* распознаютъ введеніемъ катетера, по количеству выпускаемой остаточной мочи судятъ о степени этого расстройства.

Между тѣмъ какъ діагнозъ задержанія мочи можно въ общемъ назвать легкимъ, нельзя того же сказать объ отысканіи причинъ этого явленія; все-таки надо *въ каждомъ случаѣ* стараться *отвѣтить на этотъ вопросъ*, ибо *ischuria* есть часто затяжное страданіе и исчезаетъ лишь съ устраненіемъ причинъ. Я различаю двѣ формы задержанія мочи: механическую, при коей невозможность опорожненія мочи зависитъ отъ механическаго препятствія, и функціональную, которая сводится къ нервному расстройству механизма мочеиспусканія.

Распознаваніе *механической ишуріи* основывается на отысканіи механическаго препятствія для опорожненія мочи; при этомъ механизмъ

механическаго препятствія для опорожненія мочи; при этомъ механизмъ мочеиспусканія можетъ быть совершенно не затронутъ, но иногда разстроены и онъ. Во-первыхъ, *болѣзни уретры* ведутъ часто къ затрудненію мочеиспусканія, но рѣдко къ полной задержкѣ мочи,—таковы: стриктуры, періуретральный ракъ и вызванные сифилисомъ рубцы. Діагнозъ легко поставить посредствомъ введенія катетера или тонкаго зонда, но при этомъ надо помнить, что опорожненіе мочи можетъ еще совершаться черезъ очень суженный каналъ. Еще большую роль играютъ у женщины *заболѣванія половыхъ органовъ*, тѣмъ-ли, что они прямо прижимаютъ уретру къ лонному соединенію, или же смѣщаютъ заднюю часть ея вмѣстѣ съ *orificium internum*; въ этой формѣ *ischuria* является однимъ изъ самыхъ важныхъ и обыкновенно также первымъ симптомомъ ущемленія (*incarceratio*). Къ опухолямъ, вызывающимъ затрудненное мочеиспусканіе, принадлежатъ, напримѣръ, подслизистыя міомы, родившіяся во влагалище, большія карциномы влагалища, *haematokolpos*, міомы и крупныя карциномы шейки, *retroflexio uteri gravidi* на 3—4 мѣсяцѣ, *haematocele retrouterina*, крупныя экссудаты Дугласова пространства, заматочныя опухоли яичника, тазовыя опухоли. Распознаваніе этихъ причинъ болѣею частью легко, такъ какъ тутъ рѣчь идетъ всегда о крупныхъ опухоляхъ, занимающихъ весь тазъ.

*Функциональнымъ* я называю задержаніе мочи, зависящее отъ разстройства механизма мочеиспусканія влѣдствіе нервныхъ вліяній. Чтобы понять, гдѣ послѣднія локализируются, надо вспомнить, что при нормальномъ механизмѣ позывъ на мочу вызывается по чувствительнымъ путямъ со стороны внутренней поверхности пузыря и въ особенности со стороны шейки пузыря, что путемъ рефлекса расслабляется *m. sphincter* и тогда происходитъ опорожненіе мочи подъ вліяніемъ брюшнаго пресса, причѣмъ *m. detrusor* самое большее содѣйствуетъ только полному опорожненію пузыря. Отсюда слѣдуетъ, что функциональная *ischuria* можетъ возникать, съ одной стороны, *влѣдствіе разстройства въ рефлекторной дѣятельности* и, съ другой стороны, *влѣдствіе невозможности примѣнить должнымъ образомъ брюшную прессу*. Разстройства въ области рефлекса могутъ то касаться болѣе чувствующей части, передающей центральному органу ощущеніе полного пузыря, то центробѣжной части проводящихъ нервовъ, которая должна освободить замыкающій аппаратъ. Разграниченіе этихъ процессовъ возможно лишь тогда, когда мы имѣемъ дѣло съ нарушеніемъ проводимости въ периферическихъ нервахъ; въ большинствѣ случаевъ приходится брать этотъ процессъ какъ цѣлое.

*Распознаваніе функциональнаго задержанія мочи основывается на исключеніи механическаго*, ибо если нигдѣ нельзя найти механическаго препятствія для опорожненія мочи, то остается только предположить какое либо разстройство въ нервномъ аппаратѣ. Діагнозъ, слѣдовательно, въ общемъ простъ; если же идти дальше и стараться выяснить, какого рода это функциональное разстройство и въ какомъ отдѣлѣ замѣшанныхъ тутъ нервовъ и центровъ оно сидитъ, периферическаго - ли оно происхожденія

или центрального, зависит ли от органических изменений нервного аппарата или оно чисто функциональное, то можно натолкнуться на большія затрудненія. Какъ чисто периферическія формы, напримѣръ, приходится разсматривать параличныя состоянія, присоединяющіяся къ сильнымъ катарамъ пузыря, которыя приходится, вѣроятно, относить на счетъ изменений нервныхъ волоконъ и пузырной стѣнки. Чаще встрѣчается *ischuria* при измененияхъ центральныхъ органовъ: органическія заболѣванія спинного мозга разрушаютъ иногда рефлекторный аппаратъ и задерживаютъ активную дѣятельность брюшного пресса; при острыхъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ съ помутнѣніемъ сознанія наступаетъ *ischuria* потому, что позывъ на мочу не ощущается и сфинктеръ не расслабляется; истеричныя особы получаютъ ишурию, потому что утратили власть надъ своимъ сфинктеромъ. Какъ расстройство въ рефлекторной дѣятельности мы можемъ разсматривать задержаніе мочи при операціяхъ на наружныхъ половыхъ частяхъ и влагалищѣ, между тѣмъ какъ *ischuria* у лапаротомированныхъ и родильницъ часто зависитъ отъ невозможности пустить въ ходъ брюшной прессъ въ горизонтальномъ положеніи.

Какъ болѣе рѣдкая форма задержанія мочи наблюдаются *судорожныя состоянія въ области т. sphincter*, которыя не даютъ ему расслабиться. Въ нѣсколькихъ случаяхъ на этотъ діагнозъ натолкнулись потому, что при незначительномъ раздраженіи шейки пузыря катетеромъ наступали столь сильныя сокращенія жома, что катетеръ плотно обхватывался; эта форма ишурии также примыкаетъ часто къ катарральнымъ раздраженіямъ слизистой оболочки въ этой области.

Распознаваніе отдѣльныхъ формъ задержанія мочи, изъ коихъ я хотѣлъ очертить по крайней мѣрѣ нѣкоторыя, довольно трудно, но имѣетъ большое значеніе для леченія.

### Распознаваніе болѣзней мочеточниковъ.

*Катарръ мочеточника* представляетъ большею частью страданіе, перешедшее съ пузыря, рѣже съ почки; симптомы его и свойства мочи перебиваются съ явленіями катаррального цистита или піелита. Слѣдовательно, задача діагностики состоитъ большею частью въ томъ, чтобы констатировать распространеніе катарра пузыря на мочеточникъ. Это возможно только помощью прямого ощупыванія больного мочеточника, что легче удастся, нежели при нормальномъ мочеточникѣ, такъ какъ при катаррѣ стѣнка утолщается и при переходѣ воспаления на соедѣнія части присоединяются околочеточниковыя инфильтраціи и уплотненія. Утолщенный мочеточникъ прощупывается вышеописаннымъ образомъ со стороны передняго влагалищнаго свода, и лишь иногда при очень тонкихъ брюшныхъ покровахъ снаружи, въ видѣ болѣзненнаго, толстаго тяжа въ характеристичномъ для него положеніи. Цистоскопія не можетъ примѣняться для распознаванія катарра мочеточника, такъ какъ помощью ея нельзя съ увѣренностью исключить піелитъ.

Случай 21 а. Въ послѣдніе два года боли въ лѣвой почечной области. Усиленный позывъ на мочу и cystospasmus.

Матка нѣсколько смѣщена впередъ (antepositio). Слѣва мочеточникъ весьма отчетливо прощупывается со стороны передняго влагалищнаго свода вплоть до тазовой стѣнки въ видѣ канатика толщиной въ карандашъ; какъ-разъ на мѣстѣ впаденія его въ пузырь инфильтрація прекращается; умѣренная чувствительность мочеточника при давленіи. Правый мочеточникъ лишь нѣсколько утолщенъ, но также отчетливо прощупывается до тазовой стѣнки въ видѣ тяжа толщиной съ визальную иглу; срединные концы обоихъ мочеточниковъ отстоятъ другъ отъ друга приблизительно на 2 см.; здѣсь прощупывается мягкая пузырьная стѣнка.

Цистоскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ нормальную слизистую оболочку, только дно пузыря нѣсколько покраснѣло. Въ области отверстія лѣваго мочеточника виденъ пузырьчатый отекъ (oedema bullosum) съ прозрачными, густо сидящими пузырьками, между которыми самое устье мочеточника скрыто. Слѣва выдѣленіе мочи не наблюдается, справа моча прозрачная.

При *бугорчаткѣ Schrader* находилъ мочеточники толщиной въ карандашъ среднихъ размѣровъ, неравномерно инфильтрованными, твердыми и чувствительными при давленіи. Распознаваніе туберкулеза ему удавалось такимъ образомъ, что онъ бимануально выжималъ мочеточники, послѣ предварительнаго опорожненія пузыря, и затѣмъ находилъ въ мочѣ бугорковья палочки.

*Перевязки и поврежденіе* мочеточниковъ имѣть большое значеніе для гинеколога, такъ какъ они иногда осложняютъ тяжелыя чревосѣченія и вылущеніе матки; своевременное распознаваніе можетъ иногда предотвратить тяжелыя послѣдствія этого поврежденія. Часто уже во время операціи ясно становится, что мочеточникъ перерѣзанъ, менѣе замѣтна перевязка. Если перерѣзка мочеточника осталась неузнанной во время чревосѣченія, то она останется незамѣченной и потомъ, такъ какъ она теряется въ картинѣ общаго перитонита, между тѣмъ какъ влагалищное поврежденіе скоро обнаруживается произвольнымъ отхожденіемъ мочи (фистула мочеточника). Большее значеніе имѣетъ ранній діагнозъ перевязки мочеточника; ее можно заподозрить, если уже въ первый день появляется высокая температура съ болями въ соотвѣтственной области почки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ припадки совершенно отсутствовать, а именно если прекращается отдѣленіе мочи въ соотвѣтственной почкѣ и другая здоровая почка компенсаторно ее замѣщаетъ; въ другихъ случаяхъ симптомы отсутствуютъ только вначалѣ, а черезъ 6—8 дней появляются уремическія явленія. При перевязкѣ обоихъ мочеточниковъ появляется полная анурия съ уреміей. Съ увѣренностью можно распознать перевязку мочеточника только съ помощью цистоскопа или еще лучше посредствомъ катетеризаціи мочеточниковъ.

*Катетеризація мочеточниковъ.* Введеніе катетера въ мочеточникъ для того-ли, чтобы собрать мочу изъ одной почки, или чтобы испытать проходимость мочеточника, стало примѣняться у женщины *Simon*'омъ; но

въ виду большой технической трудности этой манипуляціи и вопреки нѣкоторымъ усовершенствованіямъ, введеннымъ въ нее *Grünfeld*'омъ, *Paulik*'омъ и др., она не вошла въ общую гинекологическую практику, а осталась въ рукахъ немногихъ. Благодаря цистоскопіи катетеризація мочеточниковъ настолько облегчилась, что всякій, умѣющій владѣть цистоскопомъ, можетъ безъ труда изучить и этотъ методъ.

*Техника.* Съ находящимися нынѣ въ употребленіи цистоскопами *Nitze* и *Casper*'а, отличающимися другъ отъ друга лишь въ мелочахъ, тѣсно соединяется вторая тонкая трубка или крытый каналъ, въ которомъ передвигается мочеточниковый катетеръ. Во время введенія цистоскопа въ пузырь катетеръ скрытъ въ каналѣ; въ инструментѣ *Casper*'а каналъ снабженъ крышкой; когда установлено отверстіе мочеточника, катетеръ нѣсколько выдвигаютъ и, приподымая стволъ его къ противоположному паховому сгибу, вводятъ конецъ его въ отверстіе мочеточника, куда онъ большею частью тотчасъ проникаетъ; если же онъ соскальзываетъ вверхъ или въ сторону, то его нѣсколько вытягиваютъ назадъ, опять приставляютъ конецъ къ отверстию и снова вдвигаютъ. Когда конецъ катетера прошелъ въ мочеточникъ, то продвигаютъ его на нѣсколько сантиметровъ дальше, и тогда можно, освободивъ катетеръ удаленіемъ крышки, вынуть цистоскопъ изъ пузыря. Теперь катетеръ безъ труда проникаетъ далеко въ мочеточникъ. (Подробности относительно техники см. *Nitze*, Berl. klin. Wechenschrift 1895, № 16 и 17 и *Casper*: «Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren».)

*Опасности* катетеризаціи мочеточниковъ заключаются въ пораненіи слизистой оболочки, въ зараженіи мочеточника, а иногда и почечной лоханки; ихъ можно избѣгнуть посредствомъ осторожнаго введенія асептического инструмента, и онѣ не стоятъ по пути къ общему примѣненію этого метода; тѣмъ не менѣе надо ограничивать послѣдній лишь самыми необходимыми случаями.

*Діагностическія задачи* катетеризаціи мочеточниковъ заключаются прежде всего въ изолированномъ *собираніи секрета одной почки*. Если продолжительныя боли въ области почки или почечныя колики, или длительная пиурия, въ которой нельзя винить одинъ пузырь, заставляютъ подозрѣвать пиелитъ, а помощью цистоскопіи не удастся констатировать опороженіе гноя изъ мочеточника или опредѣлить съ точностью форму почечной болѣзни, то пытаются собрать отдѣльно мочу изъ подозрительной почки, съ цѣлью изслѣдованія на гной, эпителий, кристаллическія составныя части, бугорковые палочки. Само собою разумѣется, что добиваться діагноза помощью этого несовсѣмъ простаго, а въ неопытныхъ рукахъ и небезразличнаго средства можно только тогда, когда есть основаніе подозрѣвать серьезное страданіе. Далѣе, изолированное собираніе почечнаго отдѣленія важно тогда, когда надо рѣшить, поражена-ли одна почка или обѣ; это показаніе не должно быть въ настоящее время оставлено безъ вниманія, когда имѣется въ виду вылушеніе одной почки. Дальнѣйшей

задачей катетеризаціи является испытаніе *проходимости мочеточника* до почечной лоханки. Разъ катетеръ введенъ, то въ нормальномъ мочеточникѣ онъ болѣею частью безъ труда продвигается вверхъ, поэтому при легкомъ продвиганіи нетрудно діагностировать суженіе или закрытіе мочеточника; какого рода это закрытіе, зависитъ-ли оно отъ прижатія опухолями извнѣ, или отъ стриктуры влѣдствіе катарра мочеточника съ *periureteritis*, или отъ перевязки,—это не столько опредѣляется катетеромъ, сколько предыдущей исторіей болѣзни; тоже и распознаваніе ущемленныхъ камней лишь въ исключительныхъ случаяхъ возможно на основаніи твердости сопротивленія. Нѣтъ надобности разяснять, что можно діагностировать закрытіе мочеточника помощью одного цистоскопа, если убѣждаются, что изъ одного мочеточника моча долго не выдѣляется; но такъ какъ отдѣленіе почки совершается очень медленно и минутами можетъ отсутствовать моча даже изъ проходимаго мочеточника, то необходимо продолжительное и повторное наблюденіе за отверстіями мочеточниковъ, чтобы съ увѣренностью исключить проходимость. Въ серьезныхъ случаяхъ это изслѣдованіе, предъявляющее слишкомъ большія требованія къ силѣ наблюдателя, лучше замѣнить катетеризаціей.

### Распознаваніе почечныхъ болѣзней.

Болѣзни почекъ относятся къ области внутренней медицины и хирургіи, гинеколога же интересуютъ лишь нѣкоторыя заболѣванія, которыя особенно часто наблюдаются у женщины или пріобрѣтаютъ значеніе при дифференціальномъ распознаваніи другихъ страданій. Съ этой точки зрѣнія я хочу ограничиться діагностикой трехъ болѣзней: *піэлита, почечныхъ опухолей и блуждающей почки*.

**Распознаваніе піэлита.** Піэлитъ чаще всего попадаетъ подъ наблюденіе гинеколога, когда онъ присоединяется къ циститу, обусловленному гонококками, бугорковыми палочками или другими микроорганизмами. Трудно отвѣтить на вопросъ о томъ, ограничивается-ли воспаленіе пузыря или оно перешло на мочеточникъ и почечную лоханку; всѣ попытки выставить діагностически важныя данныя, опирающіяся на изслѣдованіи мочи, оказались неудачными: считавшіяся равнѣе патогномичными хвостатыя эпителиальныя клѣтки встрѣчаются и въ пузырьѣ, выставленную характеристичную кислую реакцію мы находимъ также при гонорройныхъ и бугорчатыхъ пораженіяхъ пузыря; содержаніе гноя въ мочѣ столь измѣнчиво, что по обильному количеству нельзя еще заключать объ участіи почечной лоханки; нѣсколько болѣе вѣрнымъ признакомъ является слишкомъ обильное содержаніе бѣлка сравнительно съ ничтожнымъ количествомъ гноя. Симптомы, выражающіеся въ почечныхъ коликахъ и боли въ поясницѣ, заставляютъ подозрѣвать заболѣваніе почечной лоханки. *Вѣрный діагнозъ можно поставить лишь на основаніи цистоскопической картины.* Въ случаяхъ, гдѣ піэлитъ присоединяется къ циститу, пузырная стѣнка обнаруживаетъ вышеописанныя измѣненія; если наблюдать затѣмъ за отверстіями мочеточниковъ, то можно видѣть при піэлитѣ, какъ выдѣляется мутная моча, которая сперва

явственно отдѣляется отъ прозрачной воды, наполняющей пузырь, пока она въ ней не растворится; въ другихъ случаяхъ, когда разрушена отдѣлительная паренхима, опорожняется даже чистый гноѣй. Труднѣе становится цистоскопическое распознаваніе, если моча выдѣляется изъ почки лишь слегка помутившей; тогда можетъ понадобиться введеніе катетера. При піэлитѣ надо всегда наблюдать за отверстиями обоихъ мочеточниковъ.

**Распознаваніе почечныхъ опухолей.** *Опредѣленіе.* Подъ почечными опухолями мы подразумѣваемъ съ диагностической точки зрѣнія рядъ болѣзненныхъ состояній почки, сопровождающихся отчетливо констатируемымъ увеличеніемъ органа; это суть главнымъ образомъ *ретенціонныя опухоли*, образующіяся вследствие скопленія мочи со слизью или гноемъ (гидро- и піонефрозъ), и *новообразованія* (ракъ и саркома). Почечныя опухоли представляютъ интересъ для гинеколога лишь потому, что онѣ чрезвычайно часто даютъ поводъ къ смѣшиванію съ яичниковыми опухолями.

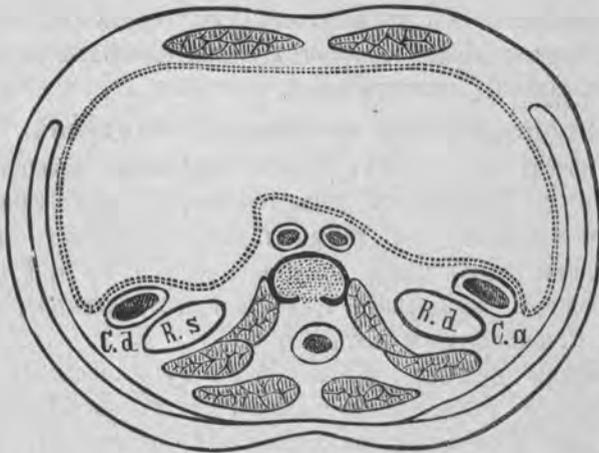


Рис. 137. Горизонтальный разрѣвъ черезъ брюшную полость въ области почекъ (схем.).

Чтобы уяснить характерныя свойства почечныхъ опухолей, необходимы нѣкоторыя *предварительныя анатомическія замѣчанія*. Почка лежитъ, по *Henle*, своей задней поверхностью на m. quadratus lumborum возлѣ 1 — 3 поясничнаго позвонка; кверху она простирается до 11-го ребра, а иногда еще дальше нѣсколько; лѣвая почка лежитъ большею частью нѣсколько выше правой; кнутри почки граничатъ съ краемъ m. psoas, онѣ окружены мягкой жировой тканью. Peritoneum parietale гладко растянута надъ ними, всякое вытягиваніе его въ своего рода брыжейку есть явленіе патологическое; спереди и нѣсколько снаружи отъ почекъ лежатъ толстыя кишки: впереди правой colon ascendens, впереди лѣвой colon descendens. Отношенія этой части толстыхъ кишекъ къ брюшину различны, но большею частью задняя периферія ихъ, прилегающая къ почкѣ, лежитъ внѣбрюшинно (рис. 137).

Изъ этихъ анатомическихъ отношеній вытекаютъ нѣкоторыя топографическія свойства почечной опухоли, образующія главную опору для діагноза, это — *положеніе опухоли и ея отношеніе къ толстымъ*

*жишкамъ.* Небольшія опухоли мало или совсѣмъ не измѣняютъ положенія почки, если только не имѣлась уже раньше блуждающая почка; но коль скоро онѣ увеличиваются, онѣ растутъ главнымъ образомъ кнаружи и кпереди, такъ какъ съ внутренней стороны препятствуетъ позвоночный столбъ; при этомъ онѣ отслаиваютъ брюшину отъ боковой брюшной стѣнки и сдвигаютъ переходную складку ея на передней брюшной стѣнкѣ все болѣе кпереди. Опухоль остается лежать всегда внѣбрюшинно на задней и боковой брюшной стѣнкѣ; съ дальнѣйшимъ ростомъ она достигаетъ передней брюшной стѣнки, сперва верхнимъ своимъ отрѣзкомъ, лежащимъ подъ реберной дугой, и затѣмъ нижнимъ своимъ концомъ растетъ по направленію къ тазу; становясь еще больше, опухоль переходитъ за срединную линію, растягиваетъ также другую сторону живота и опускается въ малый тазъ. Главныя свойства почечной опухоли, вытекающія изъ такого

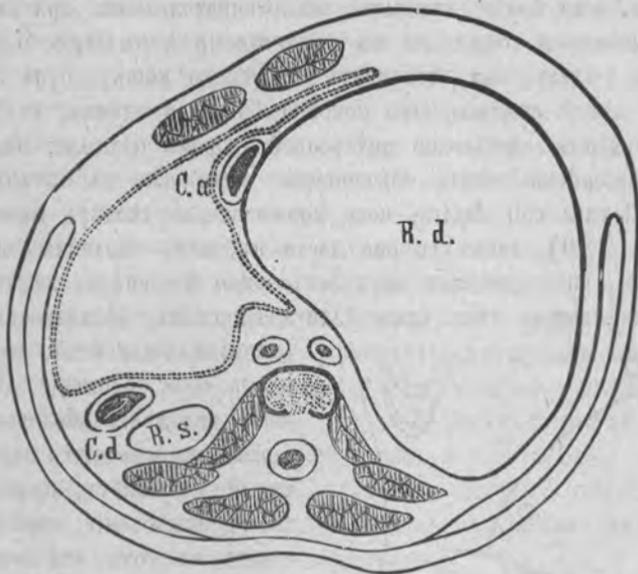


Рис. 138. Горизонтальный разръзъ черезъ опухоль почки *in situ* (схем.).

направленія роста, суть ея *внѣсрединное положеніе* въ соотвѣтственной половинѣ брюшной полости и ея *неподвижность* вслѣдствіе внѣбрюшиннаго развитія (конечно, если вѣтъ блуждающей почки). Распознаваніе этихъ свойствъ не трудно. Ощупываніе небольшихъ опухолей можетъ причинять затрудненія и требуетъ благопріятнаго положенія больной, расслабленныхъ брюшныхъ покрововъ, а то и наркоза; изслѣдуютъ въ спинномъ или боковомъ положеніи больной и пользуются обѣими руками для ощупыванія, причемъ одну подкладываютъ подъ область почки, а другую кладутъ на опухоль. Почечныя опухоли, интересующія гинеколога въ виду возможности смѣшать ихъ съ яичниковыми опухолями, конечно, гораздо болѣе и легко прощупываются; подвижность или совершенно отсутствуетъ, или имѣется въ незначительной степени въ частяхъ, обращенныхъ къ брюшной полости. Положеніе въ почечной области (вплоть до позвоночника) отчет-

ливо констатируется ощупываніемъ при плотныхъ и упругихъ опухоляхъ, въ противномъ случаѣ выручаетъ перкуссия, которая констатируетъ постоянное отсутствіе кишечнаго тона на этомъ мѣстѣ. Даже при крупныхъ опухоляхъ можно обыкновенно распознать, что онѣ одну сторону живота оставляютъ свободной, а на другой простираются до области почки (рис. 138). Иначе, конечно, если опухоль развивается въ блуждающей почкѣ или если она повела къ образованію таковой вслѣдствіе растяженія брюшиннаго покрова; тогда вѣбрюшинное положеніе можетъ совершенно утратиться, и опухоль можетъ опуститься въ пупочную область и ниже; всегда, однако, сохраняется тотъ признакъ почечной опухоли, что позади нея не помѣщаются кишечныя петли и, слѣдовательно, не можетъ оказаться тимпаническій звукъ, и что ее можно отодвинуть въ область почки, если она только не фиксирована въ своемъ новомъ положеніи.

Другимъ, еще болѣе важнымъ распознавательнымъ признакомъ являются *отношенія опухоли къ толстымъ кишкамъ*. Когда почечная опухоль растетъ, она отгѣсняетъ ободочную кишку, будь это съ правой или съ лѣвой стороны, отъ боковой брюшной стѣнки, такъ что colon проходитъ большею частью по внутренней сторонѣ опухоли; нижній отрѣзокъ colon ascendens лежитъ обыкновенно сагитально на опухоли, между тѣмъ какъ flexura coli dextra, косо подымаясь, переходитъ въ colon transversum (рис. 139), такъ что она часто въ видѣ гирлянды виситъ на опухоли; при лѣвостороннихъ опухоляхъ colon descendens лежитъ наверху почти отвѣсно, между тѣмъ какъ flexura sigmoidea, обладающая хорошо

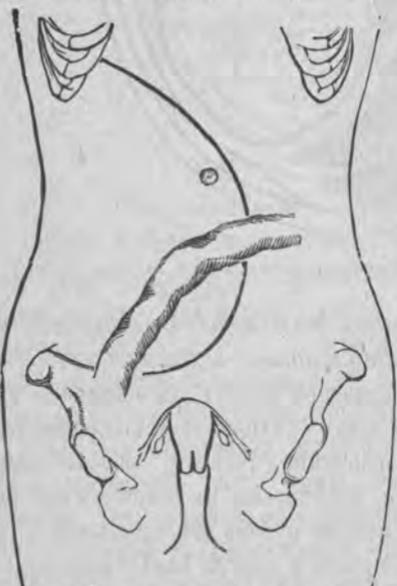


Рис. 139. Правосторонняя опухоль почки.  
Р. О.

Colon ascendens и transversum проходятъ вкось черезъ опухоль; послѣдняя неподвижна и лежитъ вѣбрюшинно.

развитой брыжейкой, менѣе измѣняетъ свое положеніе. Это измѣненіе положенія ободочной кишки можно считать почти закономъ, который допускаетъ, правда, нѣкоторыя исключенія; послѣднія состоятъ въ томъ, что почечная опухоль разрастается иногда на внутренней сторонѣ кишекъ, отгѣсняя ихъ кнаружи; далѣе, если правосторонняя опухоль почти растетъ подъ слѣпой кишкой книзу по направленію къ тазу, то соесит отгѣсняется кверху и лежитъ только на верхнихъ отдѣлахъ опухоли; при наличности воспалительныхъ срощеній кишечныхъ петель съ поверхностью опухоли и между собою, либо совершенно не происходятъ смѣщенія кишекъ, либо они неправильны. Констатированіе кишки на опухоли большею частью легко удается. Для отличенія почечной опухоли

отъ яичниковой достаточно вообще нахожденія кишки на опухоли, но для отграниченія отъ другихъ опухолей, напр. забрюшинныхъ, надо доказать, что мы имѣемъ дѣло съ толстой кишкой. Последняя, въ пустомъ состояніи, прощупывается на опухоли въ видѣ плоской, нѣсколько подвижной тѣсмы, въ которой иногда констатируется урчаніе; легче еще распознать кишку, когда она растянута газами. По предложенію *Ziemssen'a* впускаютъ черезъ длинный клистирный наконечникъ (около 15 стм.) 20 грм. двууглекислаго натра и 15 грм. виннокислоты въ нѣсколько приѣмовъ черезъ 3—4 минуты и затѣмъ нѣсколько воды или вливаютъ въ кишку содержація углекислоту минеральныя воды, благодаря этому толстыя кишки вздуваются; такъ какъ газы и жидкость не переходятъ за *Bauhin'*еву заслонку, то можно разсматривать вздуваніе какъ спеціальнѣйшій признакъ толстыхъ кишекъ.

Въ прежнія времена *изслѣдованіе мочи* давало важную точку опоры для распознаванія почечной опухоли, причемъ содержаніе гноя указывало на піонефрозъ, а гематурія на новообразованіе почки. Теперь эта часть діагностики перешла къ *цистоскопическому соединенію съ катетеризаціей мочеточниковъ*. Хотя въ большинствѣ случаевъ можно поставить діагнозъ почечной опухоли и безъ этого метода, тѣмъ не менѣе иногда послѣдній доставляетъ существенное подтвержденіе, а въ сомнительныхъ случаяхъ даже единственную основу для діагноза. Особенно эти изслѣдованія въ состояніи дать цѣпныя разъясненія относительно характера опухоли: при злокачественныхъ опухоляхъ можно уже въ раннихъ стадіяхъ наблюдать гематурію съ характерной картиной выпрыскиванія кровавой мочи въ чистую воду, наполняющую пузырь. При ретенціонныхъ опухоляхъ надо различать между открытыми и закрытыми мѣшками; при послѣднихъ констатируютъ отсутствіе выдѣленія мочи изъ соответственнаго мочеточника помощью цистоскопа, а еще вѣрнѣе катетеризаціей, иногда также препятствіе при вдвиганіи катетера; при открытыхъ мѣшкахъ, особенно при піонефрозѣ легко поставить діагнозъ на основаніи выдѣленія гноя изъ соответственнаго мочеточника.

Случай 22. Г-жа Р. Справа имѣется почечная опухоль, величиною приблизительно въ голову взрослого мужчины, со всеми характерными пальпаторными признаками. При цистоскопическомъ изслѣдованіи пузырь оказывается совершенно здоровымъ; отверстіе лѣваго мочеточника очень мало и выдѣляетъ прозрачную мочу; отверстіе праваго мочеточника сильно покраснѣло и инъцировано. Въ послѣднемъ виситъ толстая гнойная пробка; при давленіи на опухоль опорожняется каждый разъ спустя нѣсколько секундъ густой гной въ видѣ небольшой сосиски, которая опускается на дно и медленно растворяется въ водѣ, наполняющей пузырь. Вылущенная опухоль оказалась правостороннимъ піонефрозомъ съ образованіемъ камней.

*Различительное распознаваніе.* Для гинеколога важно только смѣшываніе почечныхъ опухолей съ *яичниковыми*; таковое возможно вообще лишь тогда, когда почечная опухоль настолько велика, что спускается до тазового входа, или же когда яичниковая опухоль подымается до почечной области. Последнее явленіе встрѣчается, конечно, на первомъ планѣ при крупныхъ опухоляхъ, но иногда оно можетъ наблюдаться

и при небольших опухоляхъ, если онѣ подвѣлись вверхъ вмѣстѣ съ беременной маткой или же не опустились послѣ родовъ, такъ какъ оказались фиксированными въ почечной области. Самымъ важнымъ отличіемъ всегда останется то, что *почечныя опухоли не имѣютъ прямой связи съ маткой* и что подъ ними иногда можно прощупать оба яичника, между тѣмъ какъ яичниковыя опухоли обнаруживаютъ болѣе или менѣе отчетливое тяжеобразное соединеніе съ маткой; но такъ какъ число случаевъ, гдѣ это удастся съ увѣренностью констатировать, не очень велико, то надо призвать на помощь вышеупомянутые характерные признаки почечной опухоли. Яичниковая опухоль лишь въ рѣдкихъ случаяхъ будетъ лежать вѣсрединно въ одной половинѣ живота, а другую оставлять свободной; кромѣ того кнаружи отъ нея можно болшею частью перкуторно обнаружить кишечныя петли, между тѣмъ какъ при почечныхъ опухоляхъ здѣсь всегда притупленный звукъ. Если почечныя опухоли стали нѣсколько подвижны вслѣдствіе растяженія брюшиннаго покрова, то онѣ все-таки отличаются ограниченной подвижностью книзу и извѣстной фиксацией наверху, между тѣмъ какъ при яичниковыхъ опухоляхъ получается обратное явленіе. Такія *отношенія кишечника*, какія мы наблюдаемъ при почечныхъ опухоляхъ, не встрѣчаются при опухоляхъ яичниковъ; во всякомъ случаѣ послѣднія никогда не могутъ имѣть впереди себя верхнюю часть восходящей или нисходящей ободочной кишки; правда, крупныя яичниковыя опухоли могутъ иногда имѣть на своей верхушкѣ colon transversum, а большія подбрюшинныя опухоли, могутъ повасть справа подъ слѣпую кишку, слѣва подъ flexura sigmoidea, но эти отдѣлы кишечника можно узнать по ихъ формѣ, а послѣднюю еще по ея ливной брыжейкѣ. Въ трудныхъ случаяхъ придется прибѣгнуть за разрѣшеніемъ сомнѣній къ *цистоскопу* и катетеризации мочеточниковъ. *Анамнезъ и симптоматологія* тоже могутъ дать нѣкоторыя цѣнныя разъясненія: если развитію опухоли предшествуютъ симптомы со стороны почекъ, т. е. почечныя колики и продолжительныя боли въ поясничной области, или если большая опредѣленно заявляетъ, что опухоль показалась сперва въ области почки и оттуда росла книзу, то вѣроятна почечная опухоль; очень медленный ростъ и начало опухоли въ дѣтскихъ лѣтахъ встрѣчается гораздо чаще при почечныхъ опухоляхъ.

Большія *липомы жировой клетчатки почекъ* даютъ болшею частью такую же картину, какъ и почечныя опухоли и по своей мягкой консистенціи и часто отчетливой флюктуации могутъ быть приняты за яичниковыя опухоли.

**Распознаваніе блуждающей почки.** Блуждающая почка есть чрезвычайно частое страданіе у женщинъ и нѣрѣдко наблюдается въ сочетаніи со страданіями и особенно со смѣщеніями половыхъ органовъ.

Уже извѣстная *группа симптомовъ*, не наблюдаемая при половыхъ страданіяхъ, направляетъ вниманіе врача на почечную область; przypadки состоятъ въ тянущихъ боляхъ въ regio hypochondriaca (особенно справа) и въ крестцѣ, въ чувствѣ напряженія и боли въ животѣ при стояніи и

подыманіи руки, въ чувствѣ внезапнаго соскальзыванія тѣла при вставаніи, въ тянущихъ боляхъ въ области почки при лежаніи на противоположномъ боку; сюда присоединяются симптомы со стороны желудка и расстройства пищеваренія. Особенно характерны такъ назыв. явленія ущемленія почекъ, которыя состоятъ во внезапно наступающихъ приступахъ болей въ области почки съ признаками раздраженія брюшины и въ нѣсколько дней обыкновенно проходятъ.

Для *распознаванія* блуждающей почки важно придать больной такое положеніе, которое допускаетъ расслабленіе брюшныхъ мышцъ и позволяетъ почкѣ удалиться изъ ея нормальнаго положенія, это есть положеніе на здоровой сторонѣ съ нѣсколько согнутыми бедрами; при этомъ почка соскальзываетъ часто до пупка или даже по другую сторону его. Особенно рекомендуется быстрый переходъ изъ спиннаго въ боковое положеніе или изслѣдованіе послѣ ходьбы. Если брюшные покровы тонки, то иногда можно даже *видѣть* очертанія почки; большею же частью надо положить одну руку подъ почечную область, а другую плашмя на regio hypochondriaca и тогда, если брюшные покровы благоприятствуютъ, можно *ощупать* опухоль, имѣющую величину, форму и своеобразно паренхиматозную консистенцію почки; иногда отчетливо прощупывается обращенный внутри hilus (рис. 140). Часто не удается ощупать всю почку, а только часть ея, преимущественно нижній конецъ. Наиболее благоприятное время для ощупыванія почки — пауза между выдохомъ и послѣдующимъ вдохомъ.

Часто почка столь подвижна, что она подъ пальцами ускользаетъ и исчезаетъ по направленію къ нормальному своему ложу. Вѣрнѣе всего можно признать въ сомнительной опухолѣ почку, если она вправляется въ соответственную почечную область. Труднѣе становится діагнозъ, если почка не смѣстилась настолько далеко, а осталась на своемъ нормальномъ мѣстѣ и только нѣсколько опустилась нижнимъ своимъ полюсомъ; при такихъ условіяхъ наиболее благоприятно для ощупыванія положеніе на спинѣ, при глубокомъ дыханіи удается тогда констатировать смѣщеніе нижняго полюса. Иногда почка прощупывается лучше всего при сидѣніи съ сильно наклоненнымъ впередъ туловищемъ.

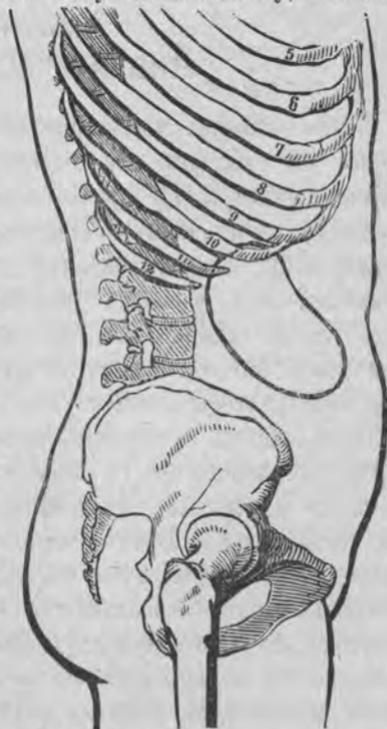


Рис. 140. Правосторонняя блуждающая почка при положеніи на лѣвомъ боку.

Отсутствіе почки на нормальномъ мѣстѣ, западеніе почечной области и перкуссия почекъ не представляютъ вѣрныхъ признаковъ блуждающей почки.

*Различительное распознаваніе* блуждающей почки обнимаетъ рядъ состояній, ведущихъ къ подобнымъ же опухолямъ въ почечной области. Но если обращать вниманіе на вышеупомянутые признаки блуждающей почки, то придется считаться на правой сторонѣ только съ извѣстными остроконечными отшнурованіями печени (*корсетная печень*), которыя могутъ представлять ту же форму и консистенцію, что и почки. Связь этой доли съ печенью часто трудно доказать, смѣщаемость при дыханіи тоже отсутствуетъ, но иногда можно опредѣлять острый нижній край печени, а самая опухоль не такъ отчетливо вправляется въ почечную область.

На лѣвой сторонѣ гораздо менѣе возможно смѣшеніе съ нормальной *селезенкой*, ибо послѣдняя обнаруживается изъ подъ реберной дуги только какъ блуждающая селезенка, а это рѣдкое явленіе; къ тому же селезенка отличается отъ почки по своей формѣ и вырѣзкамъ; но рѣшающимъ и здѣсь является вправленіе, при коемъ селезенка ускользаетъ на свое нормальное мѣсто подъ реберной дугой, а почка исчезаетъ въ глубинѣ по направленію къ позвоночнику.

Блуждающія почки, выродившіяся въ опухоли, могутъ быть смѣшиваемы иногда съ *опухольми половыхъ органовъ*.

Иногда симулируютъ блуждающую почку *частичныя сокращенія брюшныхъ мышцъ*; подъ наркозомъ они, разумеется, исчезаютъ.

## Аналитическая діагностика.

Моя основная мысль при составленіи частной діагностики была та, чтобы для каждаго гинекологическаго заболѣванія указать путь, коимъ можно достигнуть его распознаванія; при этомъ главная роль отведена двойному (сочетанному) изслѣдованію, симптомы же приходятъ на помощь тогда, когда данныя комбинированнаго изслѣдованія оставляютъ въ насъ сомнѣнія. Для учебника подобная систематическая обработка матеріала есть главное условіе. Но при этомъ я не могу скрыть отъ себя, что для врача это въ общемъ не есть правильное руководство къ діагностикѣ; ибо врачъ, чтобы провести, напримѣръ, весь ходъ изслѣдованія на міомы, долженъ раньше заподозрить ихъ существованіе въ данномъ случаѣ, или когда онъ констатируетъ катарръ въ какомъ-либо отдѣлѣ половыхъ органовъ, то извѣстные симптомы уже заранѣе направляютъ его вниманіе на этотъ пунктъ. Врачъ, который непредубѣжденно приступаетъ къ какому-нибудь случаю и не знаетъ, въ какомъ направленіи придется искать діагнозъ, стоитъ первоначально лицомъ къ лицу съ совокупностью всѣхъ болѣзней; первую путеводную нить для своихъ исканій онъ черпаетъ изъ показаній и жалобъ больной, а иногда изъ факта констатированія опухоли. Если бы гинекологія имѣла рядъ патогномическихкихъ симптомовъ, то ими былъ бы предначертанъ опредѣленный путь для діагностики; но такъ какъ этого нѣтъ, такъ какъ гинекологическія страданія выражаются главнымъ образомъ въ кровотеченіяхъ, боляхъ внизу живота и выдѣленіяхъ, наряду съ нѣкоторыми другими второстепенными жалобами, а эти симптомы, въ

свою очередь, повторяются въ самыхъ различныхъ видахъ при всѣхъ гинекологическихъ заболѣваніяхъ, то ясно, что ими нельзя воспользоваться плодотворнымъ образомъ для распознаванія. Только тонкій наблюдатель и знатокъ гинекологическихъ страданій можетъ, опираясь на всякаго рода побочныя обстоятельства, разложить аналитическимъ путемъ подобный главный симптомъ на отдѣльные виды и такимъ образомъ добиться діагноза; для менѣе опытнаго діагноста этотъ путь сперва закрыть. Лишь при одномъ симптомѣ, самомъ важномъ и отвѣтственномъ изъ всѣхъ, *кровотеченія*хъ, я считаю необходимымъ для врача приступать къ построенію діагноза аналитическимъ путемъ, особенно въ виду чрезвычайнаго разнообразія болѣзненныхъ состояній мѣстнаго и общаго характера, которыя вызываютъ маточныя кровотечения, и тѣмъ болѣе, что объективныя данныя часто могутъ быть недостаточными или совершенно отрицательными.

Далѣе, мы имѣемъ въ гинекологіи нѣкоторыя болѣзненные состоянія, которыя по своимъ рѣзкимъ чертамъ почти приобрѣтаютъ значеніе особой болѣзни, а въ глазахъ публики несомнѣнно и имѣютъ таковое, на самомъ же дѣлѣ они представляютъ только симптомъ,—мы говоримъ объ *аме-норреѣ*, *дисменорреѣ* и *бесплодіи*. Съ точки зрѣнія больной сильная боль при менструаціи, продолжительное отсутствіе регулъ, бесплодіе есть уже само по себѣ извѣстная болѣзнь, которая можетъ существовать безъ другихъ явленій и часто одна уже служитъ основаніемъ, чтобы обратиться къ врачу. Иначе для врача; онъ долженъ совершенно отрѣшиться отъ этого взгляда и видѣть *въ этихъ состояніяхъ не болѣзнь sui generis, а только симптомъ гинекологическаго или общаго страданія*. Значеніе этихъ состояній еще возрастаетъ потому, что они представляютъ симптомъ очень многихъ и очень различныхъ болѣзней. Для врача отсюда вытекаетъ *задача обратиться къ аналитической діагностикѣ и, сообразуясь съ жалобами больной и съ данными изслѣдованія, опредѣлить ту болѣзнь, которая вызвала этотъ симптомъ*. Въ виду той частоты, съ которою обращаются къ врачу съ этими жалобами, я считаю аналитическую діагностику причинъ кровотеченій, аменорреи, дисменорреи и бесплодія особенно важной частью моего руководства.

### Причины кровотеченій.

Изъ всѣхъ гинекологическихъ симптомовъ кровотеченіе есть самый важный: въ виду его значенія для всего организма особенно важно разыскать самую болѣзнь, вызвавшую этотъ симптомъ, дабы соответственнымъ леченіемъ устранить источникъ кровотечения. Отсюда для врача вырастаетъ тяжелая, часто неразрѣшимая задача; легко въ общемъ разобраться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мѣстныя заболѣванія половыхъ органовъ составляютъ причину кровотеченій, но трудно судить о послѣднихъ тогда, если они вызваны только расстройствами кровообращенія, внутренними болѣзнями или нервными вліяніями.

Ходъ анализа такой, что сперва *отыскиваютъ источникъ кровотечения, т. е. опредѣляютъ, изъ какого органа оно исходитъ*. При наружныхъ кровотеченияхъ нашему разсмотрѣнію подлежатъ *наружныя половыя части, влагалище, влагалищная часть, шейка и*

*тѣло матки*, между тѣмъ какъ трубы лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ опорожняють черезъ матку кровь наружу. Одновременно съ отысканіемъ органа, который кровоточитъ, часто находятъ и самый болѣзненный процессъ, который повелъ къ кровотеченію. Опытный діагностъ обыкновенно обращаетъ тотчасъ свое вниманіе на тѣло матки, такъ какъ оно служитъ самымъ частымъ источникомъ кровотеченій; врачъ-практикъ лучше сдѣлаетъ, если изберетъ болѣе вѣрный путь и по порядку подвергнетъ изслѣдованію другіе органы.

Начинають съ **наружныхъ половыхъ органовъ**. Осмотръ ихъ тотчасъ выясняетъ, исходить-ли кровотеченіе отсюда, такъ какъ можно прямо видѣть кровоточащее мѣсто. При здоровой слизистой оболочкѣ кровотеченія возникаютъ только отъ поврежденій, напр. отъ паденія, удара, чаще всего при совокупленіи; надрывы дѣвственной плевы иногда довольно сильно кровоточатъ; при бурномъ соитіи встрѣчаются пораненія отверстія уретры, клитора, промежности. Изъ мѣстныхъ измѣненій надо обращать вниманіе у беременныхъ на расширенія венъ (*varices*), которыя легко узнать по ихъ наружному виду. Рѣже причиняють кровотечения язвенные процессы на вульвѣ, скорѣе еще распадающіяся карциномы и волчанка, рѣдко канкроиды; сифилитическіе процессы рѣдко даютъ произвольныя кровотечения, чаще при механическомъ раздраженіи. Если эти изъязвленія служатъ причиной кровотеченій, то можно часто непосредственно видѣть выдѣленіе крови или ихъ находятъ покрытыми кровяными свертками.

Затѣмъ слѣдуетъ изслѣдованіе **влагалища**. Если послѣднее служитъ источникомъ кровотеченія, то можно либо прямо наблюдать въ зеркалѣ выступленіе крови изъ влагалищной стѣнки, либо констатировать измѣненія, дающія обычно кровотечения. Нормальное влагалище кровоточитъ только при поврежденіяхъ, чаще всего во время *coitus'a*; болѣею частью можно ощупать или видѣть разрѣзы, которые кровоточатъ. Легко опредѣлить ощупываніемъ, какъ источникъ кровотеченія, слѣдующія измѣненія: карциномы, саркомы, гуммы и язвы, образовавшіяся отъ давленія *пессаріевъ*. Кровотеченія безъ осязательныхъ измѣненій слизистой оболочки наблюдаются при пятнистомъ кольпитѣ, особенно въ старческомъ состояніи, такъ какъ подъ истонченнымъ плоскимъ эпителиемъ сильно гиперемическіе сосочки претерпѣвають разрывы сосудовъ при малѣйшемъ дотрогиваніи или при повышеніи мѣстнаго кровяного давленія.

Если влагалище найдено здоровымъ, то приступаютъ къ изслѣдованію **влагалищной части**; исходить-ли кровотеченіе изъ нея, легко рѣшить, либо отыскавъ осязательныя измѣненія, которыя можно признать источникомъ кровотеченія, либо наблюдая прямо въ зеркалѣ выдѣленіе крови при незатронутой слизистой оболочкѣ. Если нѣтъ ни того, ни другого, то кровь не можетъ исходить изъ влагалищной части. Какъ источникъ кровотеченій фигурируютъ все процессы, при коихъ слизистая оболочка разрушается въслѣдствіе изъязвленія и вскрываются сосуды, таковы: карциномы, саркомы, всякаго рода язвы, напр. туберкулезныя, сифилитическія, язвы отъ прижиганій, отъ пролежней. Кровотеченія изъ неизмѣненной влагалищной части съ хорошо сохранившимся плоскимъ эпителиемъ крайне

рѣдки; зато встрѣчается на *portio vaginalis* цѣлый рядъ измѣненій слизистой оболочки, которыя могутъ стать источникомъ кровотеченій, таковы: эрозіи, ограниченная инъекція сосудовъ въ сосочкахъ, напоминающая картину при *colpitis senilis* или *maculosa*, такъ наз. эрозіи *Fischel'*'я, т. е. настоящіе дефекты съ потерей плоскаго эпителія и обнаженіемъ инфильтрированнаго *stratum mucosum*, далѣе своеобразные язвенные процессы, описанные *Ruge*, которые могутъ присоединиться какъ къ *Fischel'*'евскимъ, такъ и къ обыкновеннымъ эрозіямъ и состоятъ въ совершенно плоскихъ дефектахъ, въ коихъ проходятъ тонкостѣнные, часто свободно оканчивающіеся сосуды. Всѣ эти измѣненія легко причиняютъ кровотеченія, особенно при механическомъ раздраженіи, напр. при совокупленіи, изслѣдованіи, или когда присоединяются разстройства кровообращенія, напр. отъ физической работы или психическихъ возбужденій. Такъ какъ эти измѣненія слизистой оболочки не всегда причиняютъ кровотеченія и соединяются съ заболѣваніями вышележащихъ отдѣловъ, которыя съ своей стороны вызываютъ кровотеченія, поэтому важно рѣшить, дѣйствительно ли они являются источникомъ кровотеченія. Большею частью можно довольствоваться осмотромъ влагалищной части въ зеркалъ: достаточно уже раздвиганія влагалищныхъ стѣнокъ, а тѣмъ болѣе энергичнаго вытиранія, чтобы наступило кровотеченіе. Въ сомнительныхъ случаяхъ прижигаютъ *portio vaginalis* хлористымъ цинкомъ и *liquor ferrî* и затѣмъ по остановкѣ кровотеченія изъ нея легче судить, поражена-ли также матка.

Если можно и влагалищную часть исключить какъ источникъ кровотеченія, то этимъ уже доказано, что кровь исходитъ изъ матки; но распознаваніе причинъ здѣсь существенно труднѣе, такъ какъ большею частью нельзя непосредственно видѣть или ощупать кровотокающую часть, развѣ если измѣненія помѣщаются только въ нижней части шейки и наружный зѣвъ широко раскрытъ. Изслѣдованіе должно быть направлено здѣсь на карциномы, саркомы, міомы и слизистые полипы шейки. Здоровая слизистая оболочка не кровотокаетъ, больная гораздо рѣже, нежели слизистая тѣла матки, такъ какъ она не подвержена никакимъ физиологическимъ приливамъ; зато наблюдаются незначительныя кровотеченія при острыхъ заразныхъ катаррахъ съ сильной гипереміей слизистой оболочки или при хронически-гиперпластическихъ состояніяхъ съ развитіемъ маленькихъ, богатыхъ сосудами полиповъ.

Если и шейка оказалась здоровой, то остается какъ источникъ кровотеченія **слизистая оболочка тѣла матки**; она гораздо чаще играетъ тутъ роль, нежели всѣ остальные органы, вмѣстѣ взятые. Распознаваніе маточныхъ кровотеченій обнимаетъ большую область заболѣваній матки и придатковъ, общихъ страданій соматическаго и нервнаго характера и кратковременныхъ разстройствъ кровообращенія; изъ нихъ выискать настоящую причину кровотеченій я считаю одною изъ труднѣйшихъ задачъ. Нормальна только менструація; всякая чрезмѣрно сильная менструація и всякое неправильное кровотеченіе <sup>2</sup> есть <sup>1</sup> болѣзненное явленіе, которое

должно имѣть свою причину. При отыскиваніи причинъ цѣлесообразно придерживаться опредѣленнаго порядка изслѣдованія и стараться по возможности найти объективно опредѣляемое заболѣваніе.

Начинають съ изслѣдованія *матки* и направляютъ сперва вниманіе на то, не увеличена-ли она; въ такомъ случаѣ надо имѣть въ виду новообразованія въ стѣнкѣ (міомы, саркомы) или въ полости матки (карциномы, саркомы, полипы) или хроническій метритъ, который часто сочетается съ геморрагическимъ эндометритомъ, или беременность съ ея разстройствами (кровотеченія у беременныхъ при эндометритѣ, при placenta praevia или послѣ травмы; выкидышъ, задержка частей послѣда или отпадающей оболочки), или subinvolutio uteri, которая можетъ оставаться послѣ родовъ или выкидыша и безъ задержки частей плоднаго яйца и сопровождается продолжительнымъ, умѣреннымъ отхожденіемъ крови. (О различительномъ распознаваніи этихъ состояній см. соответственныя главы). Если матка оказывается при двойномъ изслѣдованіи нормальной величины, то приступаютъ къ изслѣдованію маточной полости, направляя вниманіе главнымъ образомъ на начинающееся злокачественное заболѣваніе и на хроническій эндометритъ. Если при зондированіи находятъ слизистую оболочку вездѣ гладкой, то можно съ большою вѣроятностью считать матку здоровой и обратиться къ изслѣдованію придатковъ и окружающихъ матку образований, заболѣванія которыхъ весьма часто служатъ причинами такъ назыв. **вторичныхъ маточныхъ кровотеченій**.

Со стороны *Фаллопиевыхъ трубъ* играютъ роль какъ причины маточныхъ кровотеченій свѣжія и болѣе значительныя скопленія гноя (pyosalpinx), которые часто вызываютъ продолжительныя, сильныя регулы, наступающія раньше срока, а иногда совсѣмъ неправильныя; то же самое при обостреніяхъ трубныхъ заболѣваній появляются обыкновенно новыя кровотеченія. Съ гораздо меньшимъ правомъ можно считать причиною чисто вторичныхъ маточныхъ кровотеченій хроническія болѣзни трубъ и хроническія опухоли придатковъ, скорѣе кровотеченія эти указываютъ на одновременно существующій эндометритъ. Если изслѣдованіе обнаруживаетъ трубную беременность, то ее всегда можно поставить въ связь съ маточными кровотеченіями; при живомъ плодѣ послѣднія отсутствуютъ или появляются лишь на очень короткое время и черезъ короткіе промежутки, между тѣмъ какъ при мертвомъ плодѣ, при образованіи трубнаго заноса, haematocoele peritubarica и retrouterina обыкновенно наблюдаются продолжительныя кровотеченія. Это кровотеченіе никогда не исходитъ изъ самой трубы, — это было бы мыслимо вообще только при широкомъ ostium uterinum tubae и при жидкой крови, — а должно быть разсматриваемо какъ застойное и обусловленное плохимъ обратнымъ развитіемъ (subinvolutio) матки.

Измѣненія *личниковъ* гораздо рѣже бываютъ причиною маточныхъ кровотеченій, несмотря на тѣсныя отношенія, существующія при нормаль-

ныхъ половыхъ органахъ между дѣятельностью яичниковъ и маточными кровотеченіями. Одностороннія яичниковыя опухоли крайне рѣдко вызываютъ кровотеченія, чаще уже двустороннія и чаще всего, если злокачественныя опухоли, особенно ракъ, развиваются въ обоихъ яичникахъ. Не подлежитъ сомнѣнію, что въ большинствѣ случаевъ надо рассматривать эти кровотеченія какъ вторичныя, но такъ какъ, съ другой стороны, встрѣчаются метастазы въ тѣлѣ матки, то надобно посвятить особенное вниманіе изслѣдованію эндометрія. Воспалительныя заболѣванія яичниковъ ведутъ иногда къ маточнымъ кровотеченіямъ. Если не считать тѣхъ случаевъ, гдѣ одновременно съ яичникомъ поражена труба и брюшина и гдѣ нельзя рѣшить, какой изъ этихъ органовъ болѣе причастенъ къ кровотеченію, и если брать только случаи изолированного оофорита, то окажется, что при острыхъ заболѣваніяхъ дѣйствительно наблюдаются иногда неправильныя кровотеченія, между тѣмъ какъ при ооорhitis chronica нерѣдко встрѣчается неправильная, слишкомъ продолжительная и сильная менструація. Можетъ-ли нарушенная и слишкомъ медленно протекающая овуляція вызвать кровотеченія или даже хроническій эндометритъ, это не поддается пока правильному обсужденію.

Со стороны *брюшины* играетъ роль какъ причина маточныхъ кровотеченій перитонитъ, который въ остромъ стадіи или при обостреніи хроническаго состоянія можетъ вызвать неправильныя кровотеченія умѣренной продолжительности и чисто симптоматическаго характера; часто они являются начальнымъ симптомомъ этого страданія. Если маточныя кровотеченія существуютъ при хроническихъ перитонитахъ со ерошеніями и экссудатами, то гораздо вѣроятнѣе, что присоединился хроническій эндометритъ, исключая большіе выпоты, которые могутъ также вызвать застойныя кровотеченія; изслѣдованіе зондомъ можетъ намъ разъяснить этотъ пунктъ. При большихъ скопленіяхъ крови въ брюшинномъ пространствѣ почти всегда бывають маточныя кровотеченія, которыя атипически могутъ тянуться нѣсколько недѣль.

Гораздо рѣже можно считать причиною кровотеченій заболѣванія *параметрія* какъ острья, такъ и хроническія; чаще еще наблюдаются они при параметритическихъ рубцахъ или такъ наз. экссудатахъ культи (*Stumpexsudate*), которые иногда остаются послѣ чревосѣченій, особенно послѣ вылушенія трубы, и состоятъ изъ остатковъ трубы и изъ периапараметритическихъ утолщеній. При всѣхъ хроническихъ воспаленіяхъ тазовой кѣтчатки можно, какъ и при хроническомъ перитонитѣ, подозрѣвать всегда осложняющій эндометритъ, особенно если кровотеченія сохраняють менструальный типъ.

Если изслѣдованіе матки и окружающихъ частей не обнаружило ничего такого, что можно было бы счесть за причину маточныхъ кровотеченій, то все-таки вина можетъ еще лежать въ извѣстныхъ мѣстныхъ измѣненіяхъ, которыя, однако, не поддаются клиническому распознаванію. Для сужденія объ этихъ случаяхъ важно, во-первыхъ, знать, идетъ-ли



лица и шейки могут появляться такимъ же образомъ, какъ при остромъ пери- и параметритѣ, чисто симптоматическія меноррагія безъ заболѣванія эндометрія; но кровотеченія при хроническихъ катаррахъ всегда указываютъ на эндометритъ. Изъ смѣщеній матки можно назвать, кромѣ выворота, загибы назадъ, которые часто и безъ эндометрита ведутъ къ застойнымъ кровотеченіямъ въ формѣ меноррагіи.

И такъ, настоящую причину маточныхъ кровотеченій мы въ преобладающемъ числѣ случаевъ должны искать въ заболѣваніяхъ половой сферы; если мы здѣсь не находимъ никакой точки опоры, то надо обратиться къ *изслѣдованію всего организма*, и въ заболѣваніяхъ его мы иногда найдемъ причину кровотеченій. На первомъ планѣ стоитъ здѣсь рядъ заразныхъ болѣзней, въ остромъ стадіи которыхъ менструація можетъ стать столь сильной или могутъ появиться столь интенсивныя неправильныя кровотеченія, что они господствуютъ надъ картиной болѣзни; преимущественно наблюдаются подобныя кровотеченія, какъ выраженіе гѣморрагическаго эндометрита или послѣдовательно развивающагося хроническаго воспаления эндометрія, при инфлюэнцѣ, холерѣ, скарлатинѣ, оспѣ, остромъ сочленовномъ ревматизмѣ; рѣже ведутъ къ маточнымъ кровотеченіямъ, и тогда обыкновенно къ меноррагіямъ, хроническія общія заболѣванія, таковы: болѣзни, сопровождающіяся общими разстройствомъ кровообращенія, напр. сердечныя и легочныя, — болѣзни, ведущія къ мѣстнымъ разстройствомъ кровообращенія въ брюшной полости, напр. болѣзни печени или брюшныя опухоли, — болѣзни крови, чаще всего morbus maculosus Werlhofii.

При отыскиваніи причины кровотеченія изъ половыхъ частей *объективное* констатированіе такового и наблюденіе за силой его представляетъ ту выгоду, что врачъ не зависитъ отъ показаній больныхъ, которыя часто имѣютъ очень странное представленіе о нормальной и ненормальной кровопотерѣ; далѣе оно даетъ еще возможность **по виду крови получить нѣкоторыя точки опоры**, которыя могутъ иногда подкрѣпить діагнозъ; кромѣ *количества* крови должны быть приняты во вниманіе *цвѣтъ, консистенція, образованіе свертковъ, примѣсь другихъ секретовъ и составныхъ частей ткани*. Конечно, это изслѣдованіе отстываетъ на задній планъ предъ объективнымъ находженіемъ самой причины кровотеченія, но въ отдѣльныхъ характерныхъ случаяхъ оно можетъ способствовать постановкѣ діагноза. *Нормальныя мѣсячныя* жилки и только отъ примѣси слизи они становятся нѣсколько гуще, они имѣютъ темно-малиновый до чернаго цвѣта и своеобразный, затхлый, часто слегка зловонный запахъ; образованію свертковъ мѣшаетъ кислый влажнелишній секретъ. *Свѣжая, быстро свертывающаяся кровь* говорятъ за свѣже-открывшійся источникъ кровотеченія и наблюдается при выкидышахъ, полипахъ, распадающихся злокачественныхъ опухоляхъ, особенно послѣ изслѣдованія пальцемъ или зондированія маточной полости, при эндометритѣ или задержкѣ отпадающей оболочки. *Свертки*, vulgo назы-

ваемые «кусками», говорятъ въ общемъ за столь обильное кровотеченіе, что щелочнаго отдѣленія матки оказывается слишкомъ мало, чтобы помѣшать свертыванію. Образование сгустковъ всегда есть патологическое явленіе и встрѣчается при выкидышахъ, при слишкомъ сильной менструаціи, при полипахъ и распадающихся опухоляхъ; продолжительныя, но слабыя кровотечения, напр. при haematocoele, рѣдко ведутъ къ образованію сгустковъ. Если отходящая кровь выглядитъ *грязно-бурой*, то она, значитъ, была долго задержана въ маткѣ и подверглась химическимъ превращеніямъ; чаще всего наблюдается эта окраска при кровотеченияхъ у беременныхъ, у которыхъ послѣднія отходящія порціи крови представляются, наконецъ, только въ видѣ лимонно-желтой окраски отдѣляемаго. Тѣсное *смѣшеніе крови и слизи* находятъ тогда, когда кровоточить только слизистая оболочка шейки, напр. при свѣжихъ катаррахъ и полипахъ, или когда при кровотеченияхъ изъ тѣла матки шейка одновременно отдѣляетъ много слизи, напр. при эндометритѣ, кровотеченияхъ у беременныхъ, при subinvolutio послѣ выкидыша и родовъ. — Сгущенную кровь сиропообразной консистенціи находятъ при продолжительной задержкѣ крови въ замкнутой полости, напр. при haematocolpos и haematometra, и здѣсь не наступаетъ собственно настоящее свертываніе. *Ключья ткани въ крови* говорятъ за распадающіяся новообразованія или за отслоеніе и распаденіе кусковъ слизистой оболочки, что встрѣчается особенно при инфекціонномъ выкидышѣ.

**Показанія больной** лишь рѣдко бываютъ пригодны для распознаванія причины кровотечения. Наибольше цѣнно определенное заявленіе больной, что кровотеченіе *менструальное или межменструальное*, хотя не всегда можно въ этомъ полагаться на ея слова; кровотеченіе можно лишь тогда признать съ увѣренностью менструальнымъ, когда оно приходитъ въ надлежащее время или самое большее на нѣсколько дней раньше или позже срока, если оно сопровождается обычными мѣстными или общими ощущеніями, или если оно по силѣ соответствуетъ менструаціи; съ другой стороны, кровотеченіе надо считать межменструальнымъ, если оно наступаетъ совершенно атипически, бываетъ очень краткимъ или тянется черезчуръ долго. Менструальныя кровотечения указываютъ въ общемъ на заболѣванія, которыя затягиваютъ и усиливаютъ существующую во время регулъ конгестивную гиперемію половыхъ органовъ, таковы главнымъ образомъ: эндометриты, subinvolutio, воспаленія вблизи матки начинающіяся міомы. Межменструальныя кровотечения указываютъ скорѣе на стойкое измѣненіе, напр. на распадающіяся новообразованія, полипы, или на внезапно наступившее заболѣваніе или расстройство кровообращенія, напр. на травму, простуду, острую воспаленія, психическія возбужденія, ранній выкидышъ, вѣроятную беременностъ. Само собою разумѣется, что мы въ этомъ не должны вадѣть определенный законъ, а только извѣстную точку опоры.

Важно показаніе больной, что кровотеченіе наступаетъ *всегда послѣ совокупленія*. Причина можетъ заключаться, во-первыхъ, въ механи-

ческой травматизации penis'омъ мѣста, склоннаго къ кровотеченію; это бываетъ главнымъ образомъ при ракъ, въ рѣдкихъ случаяхъ также при эрозіяхъ или язвахъ на portio vaginalis или во влагалищѣ, при colpitis senilis; съ другой стороны, наступающее во время coitus'a переполненіе сосудовъ можетъ вести къ разрыву ихъ, разумется, не при нормальной слизистой оболочкѣ, а при воспаленной, напр. при эндометритѣ и полипахъ или при распадающихся карциномахъ въ шейкѣ и тѣлѣ матки. *Кровотеченіе при coitui указываетъ на первомъ планѣ на распадающееся новообразование.*

Еще большее значеніе имѣеть для діагноза показаніе больной, что *кровотеченіе* появилось *послѣ наступленія климактерія*. Всякое кровотеченіе, которое появляется послѣ дѣйствительно наступившей менопаузы, имѣеть высоко-патологическое значеніе и требуетъ тщательнаго выясненія его причинъ. «Возвращеніе регуль» — предположеніе, коимъ охотно тѣшатся больныя — возможно лишь, пока не прекратилась овуляція; такъ какъ клиническихъ признаковъ для этого нѣтъ, то трудно опредѣлить границу климактерія; въ общемъ можно считать, что у женщины, достигшей климактерическаго возраста (около 45 лѣтъ), прекращеніе менструаціи на годъ указываетъ на наступившій климактерій, и всякое наступающее затѣмъ кровотеченіе можно разсматривать какъ послѣ-климактерическое. Преобладающей причиной послѣ-климактерическихъ кровотеченій является развитіе злокачественныхъ новообразованій на половыхъ органахъ, особенно на маткѣ. *Neumann* нашелъ эту причину 118 разъ среди 183 случаевъ, т. е. въ 65% или приблизительно въ  $\frac{2}{3}$  всѣхъ случаевъ. Кромѣ рака, играетъ роль поврежденіе атрофичной, истонченной слизистой оболочки, напр. вслѣдствіе совокупленія, травмы, пессарія, или кровотеченія наступаютъ самопроизвольно при язвахъ другого происхожденія, при воспаленной слизистой оболочкѣ (colpitis senilis), при слизистыхъ полипахъ, подслизистыхъ міомахъ. Всѣ причины, которыя въ возрастѣ половой зрѣлости даютъ поводъ къ кровотеченіямъ вслѣдствіе гипереміи слизистой оболочки, напр. интерстиціальныя міомы, эндометритъ, околоматочныя воспаления, внутреннія заболѣванія, разстройствъ кровообращенія, не играютъ въ климактеріи никакой роли. Одинъ разъ я наблюдалъ опасныя кровотеченія у старухи, у которой на вылученной маткѣ не удалось найти никакой другой причины, кромѣ пораженія сосудовъ. *При послѣ-климактерическихъ кровотеченіяхъ всѣ поиски должны быть направлены на карциному.*

### Причины аменорреи.

*Опредѣленіе аменорреи.* Подъ аменорреей мы понимаемъ отсутствіе менструаціи у зрѣлой въ половомъ отношеніи женщины. Въ болѣе широкомъ смыслѣ она обнимаетъ и всѣ случаи однократнаго ненаступленія регуль, хотя для такой кратковременной аменорреи врачу рѣдко приходится подыскивать причину, сюда относится suppressio mensium вслѣд-

стві простуды живота, вельдствіе душевныхъ волнеій и т. п.; въ общемъ это — скоропреходящее состояніе, которое отступаетъ на задній планъ предъ причиннымъ страданіемъ и лишь рѣдко переходитъ въ продолжительную аменоррею. Аменорреи, становящіяся какъ таковыя предметомъ врачебнаго наблюденія, представляютъ всегда *хроническое состояніе съ прекращеніемъ регулъ по крайней мѣрѣ на нѣсколько мѣсяцевъ*. Подъ понятіе аменорреи мы подводимъ не только перерывъ въ менструаціонномъ процессѣ, но и *слишкомъ позднее появленіе и слишкомъ раннее прекращеніе мѣсячныхъ*. Такъ какъ менструація въ общемъ длится, пока существуетъ дѣятельность яичниковъ, то всякое отсутствіе регулъ при наличности овуляціи мы должны считать ненормальнымъ. Но для овуляціи самой мы не имѣемъ никакихъ клиническихъ признаковъ, поэтому намъ приходится въ сужденіи о «слишкомъ раннемъ» или «слишкомъ позднемъ» руководствоваться нормальнымъ временемъ наступленія первыхъ регулъ и климактерія; эти сроки колеблются въ довольно широкихъ предѣлахъ, и потому врачъ не часто будетъ имѣть случай диагностировать этотъ родъ аменорреи раньше 20-и позже 40-лѣтняго возраста. Съ практической точки зрѣнія можно, пожалуй, считать эти лѣта какъ предѣльныя для патологической аменорреи. Клинически и этиологически почти равнозначущи съ аменорреей *ненормально слабыя регулы*, которыя, и безъ наличности другихъ страданій, приводятъ больную къ врачу, особенно если онѣ соединяются съ бесплодіемъ. Границу между «слабыми» и «ненормально слабыми» мѣсячными трудно опредѣлить, развѣ если больныя заявляютъ, что регулы замѣтно стали слабѣе.

Такъ какъ подъ аменорреей понимаютъ полное отсутствіе менструальнаго кровотеченія, то гинатрезіи, при которыхъ менструація есть, но кровь задерживается, должны быть исключены здѣсь изъ диагностики.

*Распознаваніе* аменорреи основывается исключительно на показаніи больной, что мѣсячныя не пришли.

Задача врача заключается исключительно въ **отысканіи причины аменорреи**. Вопросъ, почему регулы не являются, ведетъ больную къ врачу; или онѣ приходятъ изъ-за страданій, являющихся слѣдствіемъ аменорреи (приливы, *hot flashes*, экзема), или изъ-за бесплодія, или изъ-за извѣстныхъ симптомовъ общаго заболѣванія, которое является причиной аменорреи; нерѣдко послѣдняя служитъ первымъ толчкомъ къ распознаванію подобной болѣзни. Отысканіе причины аменорреи подвержено различнымъ затрудненіямъ; въ однихъ случаяхъ причина совершенно ясна, напр. при отсутствіи или зачаточномъ развитіи матки либо послѣ кастраціи, въ другихъ случаяхъ самое тщательное изслѣдованіе половыхъ органовъ и всего организма и взвѣшиваніе всѣхъ вліяній не приводитъ ни къ какимъ результатамъ. *Предсказаніе и леченіе аменорреи зависитъ исключительно отъ распознаванія настоящей причины*. Лучше всего подраздѣлить причины на *мѣстныя*, т. е. такія, которыя состоятъ въ заболѣваніяхъ и измѣненіяхъ самого полового аппа-

рата, и на *общія*, въ основѣ которыхъ лежатъ истощающія болѣзни, разстройства питанія, тяжелые неврозы. Надо сознаться, что это подраздѣленіе не во всѣхъ случаяхъ проводимо; такъ, напримѣръ, при заразныхъ общихъ заболѣваніяхъ трудно сказать, виною-ли въ прекращеніи регулярныхъ ослабляющее вліяніе, или же вслѣдствіе инфекціи развиваются мѣстные заболѣванія яичника или слизистой оболочки матки, которыя прерываютъ нормальный менструаціонный процессъ. Если сообразоваться съ практическими требованіями, то на первомъ планѣ нужно и большею частью возможно распознать мѣстные причины или съ увѣренностью исключить ихъ.

При обсужденіи *мѣстныхъ причинъ* надо всегда помнить, что для нормальнаго менструаціоннаго процесса необходима наличность матки и яичниковъ; въ заболѣваніяхъ этихъ органовъ могутъ заключаться мѣстные причины; типомъ для обѣихъ формъ могутъ служить аменорреи послѣ экстирпаціи матки и послѣ кастраціи. При отыскиваніи причинъ мы не будемъ касаться физиологической аменорреи во время беременности и кормленія.

*Изслѣдованіе половыхъ органовъ*, имѣющее въ виду отысканіе мѣстныхъ причинъ, направляютъ прежде всего *на матку*, которая вызываетъ аменоррею главнымъ образомъ состояніемъ атрофіи. Визуальнымъ оцѣпываніемъ стараются опредѣлить, есть-ли вообще матка, какой она величины и толщины. Если матка отчетливо констатируется, то вводятъ зондъ въ полость ея, измѣряютъ длину полости и, прощупывая наружной рукой пуговку зонда, стараются опредѣлить толщину стѣнки (при этомъ необходима большая осторожность, такъ какъ атрофическую стѣнку легко можно проткнуть). Атрофію матки лучше всего узнаютъ, сравнивая длину маточной полости и толщину стѣнки; при этомъ можно различать двѣ формы атрофіи, смотря по тому, имѣется-ли одновременно сильное укороченіе полости и истонченіе стѣнки (концентрическая атрофія), или же длина полости приблизительно нормальна и только стѣнка истончена (эксцентрическая атрофія); первая чаще указываетъ на тяжелыя атрофіи и стойкія аменорреи, между тѣмъ какъ послѣдняя представляетъ большую частью скоропреходящее состояніе. Если двойное изслѣдованіе не обнаруживаетъ матки или открываетъ только маточный рудиментъ, то въ этомъ лежитъ вѣрная причина аменорреи, даже если яичники совершенно нормальны; то же самое относится къ *uterus foetalis*. Труднѣе судить о гипоплазіи, при коей форма и полость соответствуютъ нормальной маткѣ; самыя тяжелыя формы концентрической атрофіи съ длиною полости въ 4—5 см. также можно признать большею частью за мѣстную причину аменорреи, между тѣмъ какъ матку приблизительно нормальной величины нельзя безъ дальнѣйшихъ доказательствъ дѣлать отвѣтственной за аменоррею. Въ послѣднемъ случаѣ мы получаемъ разъясненія отъ изслѣдованія полости зондомъ: если маточная полость совершенно или частично заросла, то можно усмотрѣть мѣстную причину въ разрушеніяхъ и сращеніяхъ эн-

дометрія, каковыя встрѣчаются послѣ инфекціозныхъ пурперальныхъ процессовъ, прижиганій и выскабливаній, особенно въ родильномъ періодѣ. Къ мѣстнымъ причинамъ аменорреи можно также причислить хроническія воспаления эндометрія и мезометрія и большіе пурперальные эксудаты, ведущіе къ вторичной атрофіи матки.

Если на маткѣ и въ окружности ея не удастся открыть никакихъ причинъ аменорреи, то приступаютъ къ изслѣдованію *яичниковъ*, лучше всего подъ наркозомъ. Какъ мѣрило ихъ функціональной способности мы имѣемъ только ихъ величину. Если яичники имѣютъ свою нормальную величину, то весьма невѣроятно, чтобы въ нихъ лежала причина аменорреи, съ другой стороны, малая величина ихъ еще не доказываетъ, что мы имѣемъ дѣло съ первичными измѣненіями въ нихъ, такъ какъ атрофія яичниковъ очень часто присоединяется къ маточной атрофіи какъ къ первичной, такъ и къ той, которая зависитъ отъ конституціональныхъ причинъ. Чисто овариальная аменоррея наблюдается иногда при двустороннихъ яичниковыхъ опухоляхъ, если онѣ сопровождаются полнымъ уничтоженіемъ способной къ отправленію яичниковой ткани. Извѣстную точку опоры для сужденія о томъ, исходитъ-ли аменоррея изъ яичниковъ или нѣтъ, мы имѣемъ въ *molimina menstrualia*; послѣднія состоятъ въ тянущихъ и судорожныхъ боляхъ въ обѣихъ *regiones hypogastricae* и крестцѣ, которыя обыкновенно длятся нѣсколько дней, повторяясь черезъ четыре недѣли или черезъ неправильные промежутки времени; *molimina menstrualia* являются тогда, когда при нормальномъ назрѣваніи яичекъ менструальный приливъ не можетъ вести къ кровеотдѣленію; если они ясно выражены, то мы имѣемъ дѣло обыкновенно съ первичной атрофіей матки.

Случай 23. Дѣвица Г., 18 лѣтъ, не менструируетъ. Пациентка заявляетъ, что уже два года страдаетъ сильными, тянущими и судорожными болями внизу живота, наступающими черезъ совершенно неправильные промежутки; послѣдніе 4—5 мѣсяцевъ эти боли появляются аккуратно черезъ 4 недѣли, длятся 6—8 дней, очень усилились и часто доводятъ ее до обморока; въ это время больная совершенно неспособна къ работѣ. Изслѣдованіе половыхъ органовъ обнаружило полное отсутствіе влагалища и совершенно тонкій *uterus rudimentarius bipartitus*. Правый яичникъ нормальной величины, лѣвый лишь немногимъ меньше (см. рис. 134).

Случай 24. Дѣвица Л., 19 лѣтъ. Первые регулы наступили въ 13 лѣтъ, затѣмъ правильно приходили черезъ 4 недѣли, длились 2—3 дня съ нормальной интенсивностью. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ больная сильно простудилась, проходя въ бродъ во время менструаціи въ холодной водѣ; послѣ этого *suppressio mensium* и 1½ года полная аменоррея. Послѣ этого мѣсячныя снова появились, но приходили неправильно, то раньше, то позже, съ промежутками до 4 мѣсяцевъ, протекали съ сильной дисменорреей, причемъ выдѣлялось лишь нѣсколько капель крови. Всякій разъ, когда регулы не приходили, появлялись сильные *molimina*, состоявшія въ коликахъ внизу живота и головныхъ боляхъ. Изслѣдованіе обнаружило матку 4½ стм. длины, нормальной формы, съ очень тонкой стѣнкой; оба яичника прощупываются, но они меньше норм.

Отсутствие *molimina* не всегда говоритъ противъ дѣятельнаго состоянія яичниковъ, какъ мы это видимъ большею частью послѣ вылученія матки съ оставленіемъ функционирующихъ яичниковъ.

Аменорреѣ изъ мѣстныхъ причинъ можно противопоставить какъ болѣе частую и практически болѣе важную аменоррею изъ **общихъ или конституціональныхъ причинъ**. Если при сочетанномъ изслѣдованіи не находятъ рѣзкихъ мѣстныхъ измѣненій, то обращаются къ изслѣдованію всего организма и въ общихъ заболѣваніяхъ его гораздо чаще найдутъ причину, нежели подозреваютъ. Но не надо при этомъ упускать изъ виду, что эти болѣзни и разстройства питанія не *прямо* вызываютъ перерывъ въ менструаціонномъ процессѣ, а большею частью ведутъ сперва къ атрофіи матки, къ которой затѣмъ вторично присоединяется атрофія яичниковъ. Вслѣдствіе этого результатъ мѣтнаго изслѣдованія можетъ при этомъ оказаться точно такой же, какъ при первичной атрофіи матки (см. выше); для сужденія о тяжести процесса можетъ намъ и въ этихъ случаяхъ дать точку опоры различіе между концентрической и эксцентрической атрофіей. Изъ заболѣваній, которыя во время своего теченія, а часто еще и въ реконвалесценціи вызываютъ аменоррею, назовемъ

*острыя болѣзни*: скарлатина, сочленовный ревматизмъ, тифъ (при послѣднемъ аменоррея долго держится и въ періодѣ поправленія);

*хроническія болѣзни*: бугорчатка, diabetes mellitus и insipidus, morbus Basedowii, тяжелыя формы сифилиса и нефрита, хлорозъ, myxoedema;

*нервныя болѣзни*, особенно психозы и состояніе угнетенія.

Хотя эти болѣзни и не всегда, а нѣкоторыя только въ прогрессирувавшемъ стадіи вызываютъ аменоррею, все-таки ихъ вліяніе на менструальный процессъ твердо установлено, и мы не ошибемся, если сдѣлаемъ одну изъ нихъ, обнаруженную изслѣдованіемъ или анамнезомъ, отвѣтственной за аменоррею.

Гораздо труднѣе судить о вліяніи на менструацію нѣкоторыхъ *разстройствъ питанія*. Твердо установлено, что причиною аменорреи могутъ быть тяжелыя кровопотери, особенно изъ половыхъ органовъ, которыя несомнѣнно влекутъ за собою и мѣстный ущербъ для матки; на этомъ основаніи мы часто видимъ аменоррею съ атрофіей матки послѣ тяжелыхъ кровотеченій во время родовъ или выкидыша.

Случай 25. Г-жа М., 30 лѣтъ. Первые регулы въ 15 лѣтъ, правильныя, черезъ 4 недѣли по 8 дней, сильныя; замужемъ съ 17 лѣтъ, 4 раза рожала въ срокъ, въ послѣдній разъ 8 лѣтъ тому назадъ. Три года тому назадъ былъ выкидышъ, при этомъ сильное кровотеченіе, 4 мѣсяца въ кровати въ виду продолжавшихся кровопотерь. Послѣ этого мѣсячныя являлись акуратно еще 4 раза и затѣмъ пропали совершенно; *molimina* отсутствуютъ. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не обнаружило никакихъ причинъ для аменорреи. Матка длиною въ 7 см., стѣнка тоньше нормальной, оба яичника нормальной величины.

*Родильный періодъ* ведетъ во время кормленія къ hyperinvolutio uteri съ аменорреей; съ отлученіемъ ребенка у здоровыхъ женщинъ обык-

повенно снова наступают менструация, между тѣмъ какъ у слабыхъ и малокровныхъ особъ аменоррея продолжается и атрофія отъ кормленія можетъ перейти въ стойкую концентрическую атрофію. Отношенія *тучности* къ аменорреѣ твердо установлены повседневымъ опытомъ, но они не поддаются пока объясненію; взаимная связь ихъ выражается, съ одной стороны, въ нарастаніи жира въ тѣлѣ послѣ прекращенія менструаціи, напр. послѣ кастраціи или въ климактеріи, и, наоборотъ, въ наступленіи аменорреи послѣ ожирѣнія, которая снова можетъ исчезнуть съ убавленіемъ жира; вѣроятно, здѣсь играютъ роль неизвѣстнаго рода измѣненія въ обмѣнѣ веществъ. Далѣе несомнѣнно вліяніе *злоупотребленія морфіемъ* на матку; при этомъ можетъ развиваться продолжительная аменоррея, которая можетъ снова исчезнуть послѣ отвыканія отъ морфія. *Перемѣна образа жизни* ведетъ нерѣдко къ аменорреѣ, особенно если съ нею связано увеличеніе работы, ухудшеніе питанія и недостатокъ кислорода; часто аменоррея наступаетъ у молодыхъ дѣвушекъ, прїѣзжающихъ изъ деревни въ большой городъ (аменоррея у ученицъ повивальныхъ школъ); аменоррhea Berolinensis есть весьма частое явленіе.

Случай 26. Дѣвица Н., 20 лѣтъ. Первые регулы въ 13 лѣтъ, правильны. Въ третій разъ пациентка получаетъ аменоррею, когда она въ Берлинѣ: одинъ разъ 3 мѣсяца, другой разъ 2 мѣсяца, въ послѣдній разъ 6 недѣль, между тѣмъ какъ дома менструація бываетъ правильная, хотя всегда нѣсколько слабая; *molimina* отсутствуютъ. Изслѣдованіе показываетъ, что маточная стѣнка тонка, полость 7 см., оба яичника отчетливо прощупываются.

Вліяніе вышеупомянутыхъ состояній на менструацію твердо установлено; съ усовершенствованіемъ нашихъ знаній мы откроемъ, вѣроятно, и другія воздѣйствующія причины. Наконецъ, надо еще упомянуть, что нерѣдко не удается отыскать причину аменорреи и приходится тогда довольствоваться предположеніемъ ранняго климактерія.

### Причины дисменорреи.

Подъ дисменорреѣй мы понимаемъ сопровождающійся болями менструальный процессъ; она не есть болѣзнь и не есть патолого-анатомическое понятіе, а только симптомъ, который можетъ являться при многихъ, совершенно различныхъ половыхъ заболѣваніяхъ, напр. при эндометритѣ, міомахъ, трубныхъ заболѣваніяхъ и т. д. Такимъ образомъ изложенію дисменорреи собственно мѣсто въ симптоматологіи этихъ болѣзней, тѣмъ не менѣе я посвящаю особую главу діагностикѣ причинъ этого страданія, такъ какъ оно часто является единственнымъ или, по крайней мѣрѣ, особенно выдающимся симптомомъ, который приводитъ больную къ врачу. Я считаю тѣмъ болѣе необходимымъ разобрать причины этого страданія, что есть случаи тяжелой дисменорреи, которые не отличаются легко распознаваемыми пальпаторными данными, а основываются на очень тонкихъ, трудно опредѣлимыхъ измѣненіяхъ органическаго или нервнаго характера. Въ повседневной практикѣ врачъ всегда склоненъ доволь-

ствоваться диагнозомъ «дисменоррея», въ виду трудности опредѣленія причинъ ея; но онъ этимъ ничего не говоритъ, а обозначаетъ только благозвучнымъ, техническимъ названіемъ тотъ симптомъ, который больныя сами ему описываютъ. Диагнозъ «дисменоррея» не долженъ имѣть мѣста въ научной гинекологіи, и нашей задачей должно быть отыскать анатомическія или, по крайней мѣрѣ, функціональныя измѣненія, которыя объяснили бы намъ, почему менструальный процессъ протекаетъ съ сильными болями; съ этой точки зрѣнія я считаю распознаваніе дисменоррей одною изъ труднѣйшихъ задачъ гинекологической діагностики.

При распознаваніи причинъ дисменоррей важно исходить изъ того, что менструальный процессъ разыгрывается не только въ маткѣ и яичникахъ, но что предменструальный приливъ захватываетъ болѣе или менѣе всѣ органы, лежащіе въ маломъ тазу; съ другой стороны, вслѣдствіе участія центральной и периферической нервной системы происходитъ цѣлый рядъ болѣе или менѣе тяжелыхъ измѣненій въ психической сферѣ, въ богатыхъ нервами внутренностяхъ, каковы желудокъ, кишечникъ, сердце, и въ периферическихъ головныхъ нервахъ. Такъ какъ дисменоррея есть только обозначеніе для всего болѣзненно протекающаго менструальнаго процесса, то мы должны подъ «дисменоррею» въ болѣе широкомъ смыслѣ подвести также всѣ разстройства въ другихъ органахъ и въ психической сферѣ; подъ «дисменорреей» въ болѣе тѣсномъ смыслѣ мы собираемъ всѣ симптомы, разыгрывающіеся въ маломъ тазу или берущіе тамъ свой исходный пунктъ; распознаваніемъ этихъ измѣненій мы здѣсь и займемся.

Для пониманія дисменоррей необходимо знать въ точности *ходъ менструальнаго процесса* и то участіе, которое въ немъ принимаютъ различные органы. Менструальный процессъ начинается назрѣваніемъ фолликула въ яичникѣ, который постепенно наполняется, проникаетъ на поверхность и лопается. Подъ влияніемъ этой дѣятельности яичника наступаетъ рефлекторно артеріальный приливъ къ тазовымъ органамъ, который ведетъ къ сильному расширенію и наполненію сосудовъ. Всего сильнѣе сказывается дѣйствіе прилива на маткѣ; ткань ея становится толще и плотнѣе и весь органъ выпрямляется; въ слизистой оболочкѣ матки дѣло доходитъ до особенно сильнаго наполненія сосудовъ и до образованія экстравазатовъ въ верхнихъ слояхъ сильно набухающей слизистой, которые затѣмъ съ отслоеніемъ эпителия выступаютъ изъ нея какъ менструальная кровь; послѣдняя скопляется въ умѣренномъ количествѣ въ полости матки и вытекаетъ черезъ шейку наружу. Съ наступленіемъ кровотеченія набуханіе слизистой оболочки уменьшается, эпителий возрождается и черезъ нѣсколько дней слизистая оболочка возвращается къ нормѣ. Подъ влияніемъ менструальнаго прилива трубы становятся толще, такъ какъ ихъ слизистая оболочка и въ меньшей мѣрѣ мускулатура набухаютъ; при этомъ лишь рѣдко дѣло доходитъ до кровотеченія въ просвѣтъ трубы. На яичникахъ приливъ также отражается и ведетъ, вѣроятно, непосредственно къ лопанію Граафовыхъ пузырьковъ. Влагалище, тазовая брюшина и въ

меньшей степени тазовая клітчатка тоже принимаютъ участіе въ гиперэміи. Менструальный приливъ начинается приблизительно за 8—10 дней до кровотеченія, медленно нарастаетъ и ведетъ непосредственно предъ выступленіемъ крови къ самымъ сильнымъ измѣненіямъ; въ теченіи кровотожденія онъ обыкновенно ослабѣваетъ и вскорѣ по прекращеніи послѣдняго снова переходитъ въ нормальное кровенаполненіе. И такъ для безболѣзненного хода менструальнаго процесса необходимо, чтобы назрваніе и допаніе Граафовыхъ пузырьковъ не задерживалось, чтобы приливъ къ маточной стѣнкѣ не встрѣтилъ препятствія въ инфильтраціяхъ ткани, чтобы слизистая оболочка могла набухать и принять въ себя экстравазаты, чтобы полость была достаточно широка и давала просторъ набухающей слизистой оболочкѣ, чтобы менструальная кровь легко могла вытекать черезъ шейку, чтобы приливъ къ трубамъ и тазовой брюшинѣ разыгрывался въ нормальныхъ тканяхъ. Но необходимо также, чтобы нервная система имѣла нормальную степень возбудимости и чтобы психика нормально работала, въ противномъ случаѣ легкія измѣненія, которыя разыгрываются въ этихъ сферахъ при нормальной менструаціи, могутъ непомѣрно усилиться.

Нормальная менструація должна протекать безъ болѣзненныхъ ощущеній; у здоровыхъ женщинъ обыкновенно появляется только легкое чувство тяжести внизу живота съ незначительнымъ давленіемъ на-низъ, легкое потягиваніе въ крестцѣ или по обѣ стороны отъ него. Всякое болѣзненное ощущеніе до или во время регулъ можно обозначить какъ дисменоррею и должно имѣть свою причину. Боль всегда есть нѣчто субъективное, она различно понимается и различно переносится; такимъ образомъ можетъ случиться, что терпѣливыя особы едва замѣчаютъ дисменоррею, между тѣмъ какъ изнѣженные, чувствительныя женщины могутъ при тѣхъ же объективныхъ измѣненіяхъ испытывать сильнѣйшія боли; тѣмъ не менѣе степень боли приходится считать единственнымъ мѣриломъ тяжести дисменорреи.

*Подраздѣленіе.* Ясно, что причина дисменорреи можетъ лежать въ различныхъ органахъ, принимающихъ участіе въ менструальномъ процессѣ, отсюда само собою вытекаетъ подраздѣленіе на

*dysmenorrhoea ovarica,*  
*dysmenorrhoea tubaria,*  
*dysmenorrhoea peritonealis,*  
*dysmenorrhoea parametralis,*  
*dysmenorrhoea uterina*

и *dysmenorrhoea nervosa*, когда при отсутствіи всѣхъ объективныхъ измѣненій дисменоррея находитъ себѣ объясненіе только въ чрезмѣрной раздражительности нервной системы. Но эти формы отнюдь не имѣютъ одинаковаго патологическаго значенія, и если придерживаться даннаго вначалѣ опредѣленія и только ту дисменоррею выставять какъ особое понятіе, которая наблюдается одна или какъ выдающійся симптомъ, то можно отбро-

вить *dysmenorrhoea peritonealis* и *parametralis*, ибо онѣ представляютъ ничто иное, какъ наступающее подъ влияніемъ предменструальнаго прилива ухудшеніе перитонитическихъ и параметритическихъ болей, встрѣчающихся при слипчивомъ или выпотномъ хроническомъ пельвеоперитонитѣ и при сморщивающемъ параметритѣ; рѣдко бываетъ, чтобы женщины при этихъ болѣзняхъ были свободны отъ другихъ страданій, кромѣ дисменоррей, а если это бываетъ, то послѣдняя столь незначительна, что едва-ли заставитъ больную обратиться къ врачу. Дѣйствительно, тяжелая дисменоррея всегда исходитъ изъ самихъ органовъ. Распознаваніе исходнаго пункта такой дисменорреи предполагаетъ тщательное комбинированное изслѣдованіе половыхъ органовъ; только отчетливо констатируемыя объективныя измѣненія можно обвинить какъ причину дисменоррей.

Чисто **яичниковая дисменоррея** рѣдка. Въ болѣе мягкой формѣ она встрѣчается при *oophoritis chronica*, обнаруживаясь тянущими, колющими, грызущими, сверлящими, давящими болями въ области пораженнаго яичника и распространяясь часто отсюда въ бедра; она представляетъ большую часть лишь обостреніе постоянныхъ болей, но иногда это—чистая дисменоррея; обыкновенно боли появляются уже за нѣсколько дней до менструаціи. Гораздо болѣе тяжелую форму чисто яичниковой дисменорреи я наблюдалъ много разъ при яичниковыхъ опухоляхъ съ совершенно свѣжимъ перекручиваніемъ ножки; дисменоррея наступала предъ самыми регулами, бывала всегда очень тяжелая и выражалась судорожными болями, главнымъ образомъ на больной сторонѣ живота. Всѣ эти больныя обращались за совѣтомъ только изъ-за своей дисменорреи и чувствовали себя очень хорошо въ межменструальное время; рѣчь шла всегда объ яичниковыхъ опухоляхъ, большую частью небольшихъ, съ совершенно свѣжимъ перекручиваніемъ ножки, безъ срощеній; въ нѣкоторыхъ случаяхъ произошли кровотеченія внутрь опухоли. Послѣ экстирпаціи эти женщины освободились отъ своей дисменорреи.

Случай 27. Г-жа С., 25 лѣтъ. Первые регулы на 17 году, всегда правильны, безъ болей; три раза рожала. Послѣдніе 4 мѣсяца жестоки, сверляція, судорожныя боли въ лѣвой, нижней части живота, которыя наступаютъ за 8 дней до менструаціи и исчезаютъ вмѣстѣ съ нею; въ промежуточное время никакихъ жалобъ. При чревосѣченіи матка найдена въ ретроверсіи и слѣва очень подвижная яичниковая опухоль, величиною съ дѣтскую головку, безъ срощеній, съ однократнымъ перекручиваніемъ ножки.

Чтобы діагностицировать оваріальную дисменоррею, необходимо констатировать осязательныя измѣненія или, по крайней мѣрѣ, сильную чувствительность яичника при давленіи.

Чисто **трубная дисменоррея** гораздо чаще и встрѣчается почти исключительно при хроническихъ сальпингитахъ съ ихъ послѣдствіями. При свѣжемъ воспаленіи тоже нѣтъ недостатка въ боляхъ до и во время мѣсячныхъ, но онѣ являются всегда только менструальнымъ ухудшеніемъ постоянныхъ болей, между тѣмъ какъ при хроническихъ сальпингитахъ

картина дисменорреи гораздо чаще выступает. Для диагноза требуются определенные осязательные изменения трубы. Боль не характерна и появляется главным образом пред менструацией в вид потягивания, колотья и жжения в паху; в некоторых случаях она соединяется с настоящими коликами, которые исходят не из трубы, едва ли способной уже на активное сокращение, а из матки, которая, и не будучи сама больна, реагирует схватками на предменструальный прилив; тем не менее в подобных случаях необходимо также тщательное исследование матки.

При хронических воспалительных заболеваниях, которые локализируются одновременно в матке, придатках, параметрии и брюшине, трудно и излишне определять участие каждого органа; предменструальный прилив вызывает боли одновременно в самых различных местах и поэтому эта форма обозначается общим названием *конгестивной* или *воспалительной дисменорреи*.

Между тем как диагноз яичниковой и трубной дисменорреи приобретает известную прочность в том, что в основе его лежат определенные осязательные изменения, отнюдь нельзя того же сказать про **маточную дисменоррею**. Хотя при здоровой трубе и нормальном яичнике можно *per exclusionem* признать в матке причину тяжелой дисменорреи, все-таки в общем надо и здесь стараться отыскать объективные данные; в известном ряде случаев это и не представляет затруднений, так как дисменоррея является главным симптомом многих легко распознаваемых маточных болезней, каковы миомы с интерстициальным и в особенности подслизистым развитием, смещения матки назад, особенно у нерожавших женщин, метрит. Распознавание всех этих заболеваний как причины дисменорреи не требует особенных разъяснений; напротив, самые тяжелые формы маточной дисменорреи встречаются при изменениях, которые не так легко определяются объективным исследованием, и именно эти случаи имеют величайшее практическое значение. Здесь можно двояким путем искать причину дисменорреи, во-первых, собираемьем анамнестических данных, характеристичных для различных форм дисменорреи и, во-вторых, объективным исследованием; последнее и здесь должно стоять на первом плане. Как отдельные формы маточной дисменорреи можно выставить механическую дисменоррею, далее дисменоррею, зависящую от недостаточного развития матки, и эндометритную.

*Механическая дисменоррея* возникает вследствие затрудненного оттока менструальной крови и застоя ее в маточной полости; этим рефлекторно вызываются маточные сокращения (схватки), которые изгоняют кровь. Если строго придерживаться определения *механического* расстройства и исключить те случаи, когда у особенно раздражительных особ уже одно присутствие крови в матке рефлекторно вызывает схватки, то придется предположить при этой форме столь значительное

суженіе шеечнаго канала, что даже самая тонкая струя крови не может пройти. Такъ какъ это вообще не вѣроятно, чтобы при нормально развитой маткѣ встрѣчались подобные стенозы, непроходимые для кровяныхъ шариковъ, то ищутъ объясненія въ медленности оттока, и въ самомъ дѣлѣ механическую дисменоррею можно скорѣе всего наблюдать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кровь, быстро отдѣляясь, не можетъ съ достаточной скоростью вытекать; тогда полость наполняется и возбуждаются рефлекторно схватки. Во всякомъ случаѣ, чтобы діагностицировать механическую дисменоррею, надо доказать наличие *суженія*. Суженія наружнаго зѣва, которыя легче всего можно распознать, не имѣютъ по отношенію къ механической дисменорреѣ никакого значенія; я наблюдалъ не разъ столь сильное скопленіе менструальной крови позади наружнаго зѣва, что шейка шарообразно растягивалась, и тѣмъ не менѣе не было ни малѣйшихъ болей. Болѣе важны суженія внутренняго зѣва; ихъ узнаютъ по тому, что зондъ съ пуговкой въ 2 мм. толщины не проходитъ. При этомъ не надо упускать изъ виду, что зондомъ собственно опредѣляется только суженіе цервикальной ткани, между тѣмъ какъ складки слизистой оболочки, которыя лежатъ другъ на другѣ и тоже задерживаютъ менструальную кровь, не составляютъ препятствія для зонда; поэтому безпрепятственное зондированіе внутренняго зѣва еще не исключаетъ подобнаго измѣненія слизистой оболочки. Чаще всего находятъ отчетливо констатируемое суженіе вследствие остроугольнаго загиба матки впередъ и потому это измѣненіе положенія издавна играетъ важную роль въ этиологіи механической дисменоррей, *но не по праву*; не надо забывать, что эти кажущіяся суженія представляютъ только перегибы, которые часто выравниваются вследствие менструальнаго выпрямленія матки—поэтому можно болѣею частью безъ труда зондировать, оттягивая матку внизъ пулевыми щипцами—и слѣдовательно не могутъ ужъ очень мѣшать оттоку менструальной крови. Кроме того, за антефлексіей иногда скрываются другія состоянія, вызывающія дисменоррею, напримѣръ, болѣею частью встрѣчается умѣренная степень *anteflexio uteri* при недостаточномъ развитіи матки или въ сочетаніи съ *retropositio* и параметритомъ при хроническомъ эндометритѣ; въ томъ и другомъ случаѣ дисменоррея не находится въ зависимости отъ антефлексіи. *Только при рѣзко выраженной остроугольной антефлексіи хорошо подвижной и нормально развитой матки можно подозревать причину дисменоррей въ одномъ перегибѣ.*

Такъ какъ объективное нахожденіе столь тонкихъ измѣненій, какія намъ извѣстны какъ причина маточной дисменоррей, всегда представляетъ свои трудности, то мы охотно ищемъ подтвержденія объективному діагнозу въ характерѣ болей. Тщательный разборъ жалобъ больной въ отношеніи локализаци, характера и продолжительности болей дѣйствительно въ состояніи дать важную оцѣнку для распознаванія разныхъ формъ маточной дисменоррей. Основной характеръ всякой маточной дисменоррей

есть маточное сокращение, — схватка; правда, послѣдняя такъ различно ощущается, что изъ описанія больной ее часто едва узнать можно. Олнѣ женщины описываютъ схватку какъ тянущія боли, идущія отъ крестца въ обѣ стороны, другія жалуются на чувство давленія вверху живота, напирание на низъ, на «камень въ животѣ», на иррадіацію болей въ ноги, въ другихъ случаяхъ на боли у пупка, на колики въ кигикахъ; но типичнымъ остается во всѣхъ случаяхъ перемежающийся, ритмическій характеръ болей; часто присоединяются рвота и головная боль. Эти схватки могутъ рефлекторно вызываться изъ самыхъ различныхъ мѣстъ; онѣ появляются, когда менструальная кровь скопляется въ полости матки, возникаютъ при воспаленіяхъ эндометрія и при метритѣ, онѣ появляются при плохо развитой маткѣ съ узкой полостью и узкими сосудами, какъ отвѣтъ на энергическое раздраженіе, вызываемое менструаціонной волной, онѣ возникаютъ далѣ рефлекторно при гиперестезии эндометрія или у особенно раздражительныхъ, нервныхъ особъ, даже когда менструальный процессъ протекаетъ нормальнымъ образомъ. *Схватка есть общая черта всѣхъ маточныхъ дисменоррей, зависящихъ отъ самыхъ различныхъ причинъ.* Но изъ возраста, въ которомъ дисменоррея наступила, изъ отношенія ея во времени къ началу кровотеченія, изъ вліянія на нее замужества и родовъ можно вывести цѣнные заключенія о причинахъ ея.

*Механическая дисменоррея* основывается на врожденныхъ измѣненіяхъ и поэтому проявляется рано, если и не всегда при первой менструаціи, то въ теченіе первыхъ лѣтъ. Характерно для нея, что боли никогда не начинаются за нѣсколько дней до кровотеченія, а всегда за короткое время, иногда за нѣсколько часовъ, и это почти правило, что съ усиленіемъ кровееотдѣленія боль прекращается и во время регулъ большею частью совсѣмъ не бываетъ или изрѣдка, когда дѣло доходитъ до новаго задержанія крови. Правильныя половыя сношенія лишь рѣдко имѣютъ вліяніе на эту форму дисменорреи, между тѣмъ какъ послѣ первыхъ родовъ она обыкновенно исчезаетъ надолго.

Диагнозъ механической дисменорреи, особенно при *anteflexio uteri*, весьма излюбленный, главнымъ образомъ въ виду легко понятной этиологіи. Исслѣдованія *Schultze* убѣдили насъ, что стенозъ принадлежитъ къ самымъ рѣдкимъ причинамъ дисменорреи; для меня были доказательны большое число случаевъ надвлагалищной ампутаціи шейки, гдѣ, несмотря на сильнѣйшее рубцовое суженіе на уровнѣ внутренняго зѣва, не развилась, однако, механическая дисменоррея. Я бы считалъ механическую дисменоррею доказанной только тогда, когда можно объективно констатировать стенозъ, или если при отсутствіи такового дисменоррея обнаруживается вышеупомянутое характерное теченіе, или если послѣ перваго расширенія шеечнаго канала дисменоррея исчезаетъ вполне или, по крайней мѣрѣ, на долгое время.

Гораздо большее значеніе имѣетъ *дисменоррея, появляющаяся*

*при недостаточно развитой маткѣ.* Предполагая, что яичники нормально функционируютъ, можно представить себѣ происхожденіе ея такимъ образомъ, что рефлекторно вызываются схватки вслѣдствіе сильнаго повышенія давленія въ сосудистой системѣ матки, которое, въ свою очередь, зависитъ отъ того, что сосуды слишкомъ малы, чтобы вмѣстить притекающую кровь, а полость слишкомъ тѣсна и мѣшаетъ слизистой оболочкѣ должнымъ образомъ набухать. Периодическій приливъ лишь съ трудомъ вырабатывается въ настоящую менструацію, и менструальная кровь течетъ очень скудно, по крайней мѣрѣ вначалѣ. Диагнозъ этого состоянія основывается прежде всего на констатированіи ненормально малой матки помощью ощупыванія и зонда. Эта дисменоррея обнимаетъ всѣ переходы отъ высшей степени гипоплазіи до небольшой дѣвичьей матки, которая можетъ забеременѣть и нормально родить. Къ этому роду дисменорреи относится также чрезвычайно частая на практикѣ форма, наблюдаемая у молодыхъ дѣвушекъ, хлоротичныхъ и анэмичныхъ особъ съ нѣжнымъ, плохо развитымъ тѣлосложеніемъ. Эта дисменоррея, зависящая отъ недостаточнаго развитія матки, часто исчезаетъ вскорѣ послѣ замужества или послѣ первой беременности. Замѣчательно, что и эта форма не всегда проявляется уже въ первые годы половой зрѣлости, а часто лишь черезъ нѣсколько лѣтъ, когда менструальный приливъ становится сильнѣе; почти никогда она не начинается послѣ замужества. Нѣсколько характерно кровотожденіе, оно начинается нѣсколькими каплями и большею частью слабымъ и остается; чѣмъ слабѣе кровотеченіе, тѣмъ сильнѣе дисменоррея. Боли начинаются обыкновенно уже за нѣсколько дней предъ кровотеченіемъ съ началомъ предменструальнаго прилива, усиливаются по мѣрѣ приближенія кровотожденія и обыкновенно ослабѣваютъ, когда кровотеченіе достигаетъ своей нормальной силы или прекращается; онѣ снова появляются, когда произошелъ перерывъ въ кровотеченіи.

Если мы находимъ хорошо развитую матку и можемъ исключить механическое разстройство, то причина дисменорреи лежитъ обыкновенно *въ измѣненіяхъ эндометрія, притомъ часто въ воспалительныхъ.* Распознаваніе этой эндометритной дисменорреи, которая анатомически характеризуется въ цѣломъ рядѣ случаевъ экссудативно-интерстиціальными процессами, рѣже железистыми измѣненіями, довольно легко, если она появляется вмѣстѣ съ меноррагіями; но чистыя формы тяжелой эндометритной дисменорреи встрѣчаются безъ сообщества другихъ симптомовъ со стороны эндометрія, главное безъ бѣлей и кровотеченій, и только сочетаются съ нервными явленіями, именно со стороны головы и желудка. Диагнозъ тогда рѣшается данными зондированія (см. стр. 302); послѣднее обнаруживаетъ шероховатости, особенно на днѣ (*endometritis fundi*) и въ углахъ трубъ и чрезвычайную болѣзненность при дотрогиваніи до эндометрія, особенно на мѣстѣ шероховатостей; если послѣднія отсутствуютъ, тогда трудно провести границу между этой дисменорреей и ниже описываемой чисто нервной болѣзненностью. Изъ анамнеза и симптоматологіи можно

извлечь нѣкоторыя характерныя для этой формы черты: дисменоррея наступаетъ большею частью уже за много дней (до 8 и 10) до кровотеченія, т. е. съ началомъ предменструальнаго прилива—въ иныхъ случаяхъ, правда, только съ началомъ кровотеченія—и продолжается въ теченіе всей менструаціи; кровосотдѣленіе само по себѣ нормально, часто сильнѣе нормы, рѣже слабѣе. Этотъ видъ дисменорреи большею частью приобретенный и потому позже проявляется; поэтому можно, напримѣръ, предположить, что всякая дисменоррея, которая начинается только послѣ свадьбы, воспалительнаго происхожденія. Съ другой стороны, я очень часто могъ убѣдиться разспросами у женщинъ, страдавшихъ эндометритомъ, твердо установленнымъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ, что дисменоррея у нихъ существуетъ уже съ первыхъ регулъ; во всякомъ случаѣ раннее начало дисменорреи у дѣвственницъ еще не говорятъ противъ ея воспалительнаго характера. Въ извѣстномъ рядѣ случаевъ діагнозъ воспалительныхъ измѣненій тотчасъ уясняется, когда присоединяется отхожденіе перепонокъ, состоящихъ изъ отслоившихся кусковъ слизистой оболочки (*dysmenorrhoea membranacea*).

Отъ этой дисменорреи, зависящей отъ воспалительныхъ измѣненій эндометрія, я отличаю другую форму, при которой существуетъ та же чувствительность слизистой оболочки матки, но безъ анатомическихъ измѣненій; шероховатости здѣсь отсутствуютъ, и единственное объективное данное во многихъ случаяхъ это—легкое суженіе внутренняго зѣва, обусловливаемое складкой слизистой оболочки, которая при дотрогиваніи зондомъ чрезвычайно чувствительна. Это состояніе можно обозначить какъ *гиперѣстезію эндометрія*. Теченіе этой дисменорреи ничего характернаго не представляетъ.

Если тщательное мѣстное изслѣдованіе не обнаруживаетъ никакихъ измѣненій въ маткѣ, ни антефлексіи, ни гипоплазии, ни чрезмѣрной чувствительности эндометрія, то по нашимъ современнымъ знаніямъ ничего больше не остается, какъ признать чрезмѣрную раздражительность половыхъ органовъ или всего организма, однимъ словомъ, искать главную причину дисменорреи **въ соучастіи нервной системы**. Приходится предположить, что раздраженія предменструальнаго прилива уже и при нормальныхъ органахъ достаточно, чтобы вызвать маточныя сокращенія, или что незначительныя тягости нормальной менструаціи воспринимаются какъ сильныя боли. Мѣстная или общая раздражительность образуютъ основу для этого рода дисменорреи; соотвѣтственно этому послѣднюю встрѣчаютъ у нервныхъ, гиперѣстетичныхъ особъ, одержимыхъ всякаго рода неврозами. Діагнозъ этой дисменорреи основывается на исключеніи другихъ формъ, слѣдовательно на совершенно отрицательныхъ данныхъ и, пожалуй, на наличности индивидуальнаго предрасположенія.

Съ усовершенствованіемъ нашихъ познаній объ этомъ патологическомъ менструальномъ процессѣ удастся отдѣлить еще нѣкоторые другіе виды дисменорреи, пока же можно довольствоваться для практическихъ цѣлей

выставленными выше формами. Разграниченіе отдѣльных формъ, которое важно именно для терапевтическихъ цѣлей, несомнѣнно легко, тѣмъ болѣе, что онѣ часто переходятъ одна въ другую, какъ, напр., дисменоррея при антефлексіи и разстройствѣ развитія матки. Правильное сужденіе о дисменорреѣ слѣдуетъ считать одною изъ труднѣйшихъ задачъ, которая можетъ быть поставлена гинекологу.

При этой трудной діагностикѣ я бы совѣтовалъ придерживаться слѣдующаго хода изслѣдованія: Когда женщина жалуется на дисменоррею какъ на единственное или преобладающее страданіе, то приступаютъ сперва къ комбинированному изслѣдованію. Только у дѣвственницъ надо на первое время отъ этого отказаться и постараться на основаніи общихъ данныхъ вывести заключеніе о томъ, лежатъ-ли въ основѣ дисменорреи первныя причины или пороки развитія; если можно объ эти формы исключить, и если изъ характера жалобъ вытекаетъ съ вѣроятностью механическая дисменоррея, то необходимо предпринять мѣстное изслѣдованіе (лучше всего подъ наркозомъ), уже въ виду предстоящаго большею частью мѣстнаго леченія. При изслѣдованіи убѣждаются сперва, нѣтъ-ли измѣненій въ трубахъ или яичникахъ, въ параметріи или брюшинѣ, которыя можно было бы принять за причину дисменорреи. Если эти органы здоровы, или если по мѣстоположенію и потужному характеру боли можно предположить маточную дисменоррею, то изслѣдуютъ основательнѣе матку. Обращаютъ сперва вниманіе на состояніе развитія ея; если матка нормальной величины и зондъ обнаруживаетъ нормальную полость, то можно исключить гипоплазію; явственное же уменьшеніе матки дѣлаетъ вѣроятной дисменоррею вслѣдствіе недостатка развитія. Если вину нельзя приписать гипоплазіи, то зондируютъ, чтобы опредѣлить, нѣтъ-ли механическихъ разстройствъ, и обращаютъ вниманіе, при особенно легкомъ веденіи зонда, главнымъ образомъ на ширину внутренняго зѣва и на то, нѣтъ-ли въ этомъ мѣстѣ гиперестезіи слизистой оболочки; если здѣсь нѣтъ объективныхъ измѣненій, то изслѣдуютъ слизистую оболочку тѣла матки на чувствительность и шероховатости. По окончаніи изслѣдованія тщательно отбираютъ анамнезъ и сравниваютъ характеръ жалобъ съ мѣстными данными. Если этимъ путемъ дѣло не выясняется, то можно еще раздобыть извѣстную точку опоры изъ наблюденія надъ больной во время леченія: зондируютъ или расширяютъ сперва за 1—2 дня до менструаціи внутренній зѣвъ; если послѣ этого не получается никакого улучшенія, то можно съ увѣренностью исключить механическое препятствіе; напротивъ, если послѣ этого дисменоррея пропадаетъ, то механическая причина вѣроятна; если наступаетъ временное улучшеніе, то причина все-таки можетъ заключаться въ воспаленіяхъ или недостаточномъ развитіи, ибо и этотъ родъ дисменорреи улучшается первоначально отъ расширенія; если расширеніе внутренняго зѣва не оказало никакого вліянія на дисменоррею, то наиболѣе вѣроятны первныя разстройства. Во многихъ случаяхъ только продолжительное наблюденіе въ состояніи разрѣшить наши сомнѣнія.

### Причины безплодія.

*Опредѣленіе.* Подъ безплодіемъ (sterilitas) мы понимаемъ неспособность индивидуума къ произведенію потомства; соотвѣтственно половой функціи, мы называемъ мужчину безплоднымъ, если овъ не въ состояніи оплодотворить женское яйцо, а женщину безплодной, если она не можетъ произвести способное къ оплодотворенію яйцо или доставить нормальное яйцо на мѣсто его оплодотворенія, или предоставить оплодотворенному яйцу возможность къ дальнѣйшему развитію. Врачъ, который долженъ выяснить причину безплодія, имѣетъ сперва дѣло не съ безплоднымъ *мужемъ* или безплодной *женой*, а съ безплоднымъ *бракомъ*, т. е. съ половымъ союзомъ между мужчиной и женщиной, который не увѣнчался потомствомъ.

Въ болѣе широкомъ смыслѣ принято, особенно въ публикѣ, обозначать безплодными и тѣ браки, которые не дали живого или жизнеспособнаго потомства, напр. по причинѣ привычнаго выкидыша. Съ врачебной точки зрѣнія между обоими этими состояніями существуетъ большая разница, хотя результатъ для семьи тотъ же самый, ибо при послѣднемъ имѣются всѣ условія для нормальнаго зачатія, при первомъ, напротивъ, ихъ нѣтъ. Мы понимаемъ подъ *безплодіемъ лишь то состояніе въ бракѣ, при которомъ не наступаетъ зачатіе или не происходитъ имплантациа оплодотвореннаго яйца*; съ тѣмъ моментомъ, когда послѣдняя начинается, бракъ нельзя больше назвать безплоднымъ. Надо признаться, что клинически это отличіе между обоими состояніями трудно установить, такъ какъ привычные выкидыши могутъ очень рано происходить; единственно вѣрный признакъ укрѣпленія яйца—прекращеніе мѣсячныхъ, и въ этомъ можно усмотрѣть отличительный пунктъ между истиннымъ и ложнымъ безплодіемъ.

Далѣе трудно опредѣлить *срокъ, съ котораго можно считать бракъ безплоднымъ*. Такъ какъ, по наблюденіямъ *Simpson'a*, по истеченіи четвертаго года брачной жизни лишь въ исключительныхъ случаяхъ рождается первый ребенокъ, то въ научномъ смыслѣ можно съ этого времени назвать бракъ безплоднымъ, не исключая этимъ возможности позднѣйшихъ родовъ, даже безъ леченія безплодія. Для врачебной практики этотъ срокъ имѣетъ только прогностическое значеніе, ибо публика въ своемъ нетерпѣнн рѣдко ждетъ столь долго и уже спустя 1—2 года приходитъ съ вопросомъ, почему бракъ бездѣтенъ.

Для практическихъ цѣлей далѣе важно различать *абсолютное и относительное безплодіе*, причемъ подъ первымъ понимаютъ такое состояніе, при которомъ беременность абсолютно исключена, напр. при рудиментарной маткѣ, подъ относительнымъ же безплодіемъ подразумеваютъ то состояніе, при которомъ зачатіе только затруднено, напр. при суженіи наружнаго зѣва. Дальнѣйшее различіе, не лишнее значенія для діагностики, состоитъ между *первичнымъ и вторичнымъ безплодіемъ*. Первично безплоднымъ есть тотъ бракъ, при которомъ вообще не наступаетъ беременность, вторично безплоднымъ—тотъ, при которомъ послѣ

рожденія одного ребенка больше беременность не наступаетъ, потому что одинъ изъ супруговъ между тѣмъ заболѣлъ.

Врачу нерѣдко ставится задача выискать причину бесплодія. Большею частью мужъ для этой цѣли приводитъ жену въ предположеніи, что только она можетъ быть причиной бесплодія, или же жена приходитъ по собственному побужденію, потому что считаетъ себя причиною бездѣтности и хотѣла бы устранить поводъ къ несчастной семейной жизни. Благодаря этому врачъ легко склоненъ придавать главное значеніе изслѣдованію жены и упускать изъ виду мужа. Это неправильно. Наши взгляды на участіе тутъ обоихъ супруговъ весьма измѣнились и далеко не въ пользу мужа.

*Примѣч.* По изслѣдованіямъ *Kehrer's*, обнимающимъ 96 бесплодныхъ браковъ, 29 разъ (слѣдов. 30%) виною была azoospermia; *Lier* и *Ascher* нашли среди 132 случаевъ 42 раза азооспермію (=31,8%), *Knorr* изслѣдовалъ по моему совѣту 72 бесплодныхъ брака и нашелъ 18 разъ (=25%) отсутствіе сѣмянныхъ нитей у мужа и столь же часто олигоспермію. По этимъ довольно согласнымъ между собою результатамъ изслѣдованія приходится въ  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  *всѣхъ случаевъ дѣлать отвѣтственной за бесплодіе брака азооспермію мужа.*

Этотъ фактъ такъ мало еще проникъ въ публику, что мужья обыкновенно и не подозрѣваютъ въ себѣ причину. Для врача отсюда вытекаетъ безусловная необходимость *изслѣдовать на бесплодіе обоихъ супруговъ.* Начинать-ли съ изслѣдованія мужа или жены, это въ общемъ безразлично; но такъ какъ изслѣдованіе мужа гораздо проще и можетъ ограничиваться, если есть potentia secundi, только отысканіемъ жизнеспособныхъ сѣмянныхъ нитей, между тѣмъ какъ у женщины діагнозъ гораздо труднѣе и часто даже можетъ быть съ увѣренностью поставленъ только подъ наркозомъ, то практичнѣе начинать съ изслѣдованія мужа. Особенно мы настойчиво предостерегаемъ не приступать къ леченію бесплодія у жены, не убѣдившись сперва въ производительной способности мужа. Изслѣдованіе мужа на бесплодіе я обхожу здѣсь полнымъ молчаніемъ и отсылаю къ трактующимъ объ этомъ предметѣ учебникамъ *Zülzer's*, *Olerländer's* и *Fürbringer's*.

Женскіе половые органы служатъ для оплодотворенія, для питанія оплодотвореннаго яйца и рожденія выросшаго въ плодъ зародыша. Каждый отдѣльный органъ имѣетъ опредѣленное положеніе по отношенію къ этимъ функціямъ. *Бесплодіе возникаетъ, если какой-либо изъ этихъ органовъ не пригоденъ для своей функціи.* Отсюда уже вытекаетъ, что бесплодіе само по себѣ не есть болѣзнь, а только симптомъ самыхъ различныхъ заболѣваній половыхъ органовъ. Задача врача, слѣдовательно, состоитъ въ томъ, чтобы выяснитъ, изъ какого органа исходитъ бесплодіе и какой болѣзью этого органа оно обусловлено. При распознаваніи надо поэтому обращать вниманіе на всѣ замѣшанные здѣсь органы, хотя по важности каждаго въ актѣ зачатія и по частотѣ встрѣчающихся въ нихъ заболѣваній они отнюдь не имѣютъ одинаковаго значенія въ діагностическомъ отношеніи.

Какъ основой для изслѣдованія функціи отдѣльныхъ органовъ врачъ, разумѣется, долженъ обладать точными знаніями о **механизмѣ зачатія**, и я поэтому считаю нужнымъ предпослать описаніе послѣдвѣя, поскольку онъ касается женщины. Зачатіе прежде всего предполагаетъ правильное совокупленіе, при коемъ сѣмя съ жизнеспособными spermatozoa отлагается въ верхней части влагалища; прямое вбрасываніе сѣмени въ нижнюю часть шейки возможно при открытомъ зѣвѣ, но отнюдь не необходимо. Прониканіе сѣмянныхъ нитей въ наружный зѣвъ, который болышею частью погруженъ въ излившееся сѣмя, происходитъ главнымъ образомъ благодаря собственному движенію spermatozoa; чѣмъ оно живѣе, тѣмъ быстрѣе они проникаютъ. Слишкомъ долгое пребываніе во влагалищномъ сводѣ не служитъ въ пользу функціональной способности сѣмянныхъ нитей, такъ какъ кислое влагалищное отдѣленіе парализуетъ и въ концѣ концовъ уничтожаетъ ихъ подвижность. Происходитъ-ли присасываніе сѣмени въ шейку, послѣ того какъ маточныя сокращенія изгнали слизистое ея отдѣленіе, не установлено твердо, но возможно. Разъ сѣмянныя нити проникли въ шеечный каналъ, онѣ движутся дальше по стѣнкѣ шейки вверхъ черезъ внутренній зѣвъ въ маточную полость на встрѣчу яйцу. Мѣсто встрѣчи сѣмени и яйца намъ въ точности не извѣстно, но большинство изслѣдователей склоняются въ настоящее время къ тому мнѣнію, что встрѣча эта происходитъ въ трубѣ и, можетъ быть, даже на брюшномъ ея концѣ. Въ такомъ случаѣ сѣмянныя нити должны пройти далекій путь, а это требуетъ сохраненія ими на долгое время энергической подвижности; жизнеспособность ихъ продолжается, вѣроятно, 6—8 дней. Дальнѣйшимъ условіемъ зачатія является то, чтобы способное къ оплодотворенію яйцо дошло до мѣста назначенія. Яйцо созрѣваетъ въ Граафовыхъ пузырькахъ яичника; какъ яйцо должно быть создано для зачатія и бывають-ли вообще яйца, съ самаго начала не пригодныя для оплодотворенія, это не поддается сужденію. Благодаря накопленію жидкости фолликулъ растетъ, выходитъ мало-по-малу на поверхность яичника и лопається. Этотъ процессъ совершается подъ вліяніемъ предменструальнаго прилива крови, болышею частью за нѣсколько дней предъ регулами. Послѣ лопанія Граафова пузырька, яйцо вмѣстѣ съ liquor folliculi уносится въ брюшную полость, гдѣ должно быть подхвачено воронкой трубы; чѣмъ ближе infundibulum лежитъ къ яичнику, тѣмъ легче это удається. Набуханіе брюшного конца трубы, эрекция ея, а тѣмъ болѣе обхватываніе имъ яичника весьма вѣроятно; fimbria ovarica, судя по ея положенію, лишь въ видѣ исключенія можетъ служить дорогой для яйца. Наболѣе вѣроятно, что яйцо проходитъ короткое разстояніе отъ мѣста разрыва фолликула до ближайшаго края бахромки подъ вліяніемъ направленного къ просвѣту трубы тока жидкости, вызываемаго мерцательнымъ движеніемъ рѣсничекъ трубнаго эпителия. Если яйцо попало въ трубу, то оно легко удерживается между складками ея и мерцательными волосками передвигается дальше по направленію къ маткѣ, пока не столкнется съ сѣменемъ. Перемѣщеніе

яйца посредством сокращенія трубной мускулатуры, если вообще возможно, то только въ маточной части яйцепровода, и, можетъ быть, оно необходимо для передвиженія впередъ уже оплодотвореннаго здѣсь яйца. Если яйцо не попадетъ въ Фаллопіеву трубу, то оно погибаетъ въ брюшной полости. Лишь только яйцо подверглось оплодотворенію, въ немъ начинаются первыя измѣненія, которыя ведутъ затѣмъ къ укрѣпленію его въ слизистой оболочкѣ матки при посредствѣ ворсинокъ эктодермы; съ этого начинается беременность. Насколько въ наступленіи зачатія играютъ роль нервный аппаратъ и психика, трудно сказать; весьма вѣроятно, что нормальное половое чувство у женщины облегчаетъ зачатіе.

И такъ, актъ зачатія предполагаетъ функциональную способность всѣхъ половыхъ органовъ и дѣятельность самыхъ различныхъ механизмовъ; слѣдовательно, разстройства, которыя ведутъ къ безплодію, весьма разнообразны, и для распознаванія ихъ причинъ требуется обстоятельное изслѣдованіе; опросъ больной и здѣсь долженъ стоять на второмъ планѣ, хотя иныя показанія тотчасъ уясняютъ причину безплодія (см. ниже). *При объективномъ изслѣдованіи надо всегда имѣть въ виду функцію каждаго органа и отдѣльно проверять, пригоденъ-ли онъ для этой функціи.*

Начинаютъ съ изслѣдованія **наружныхъ половыхъ органовъ**, функція которыхъ при зачатіи состоитъ только въ томъ, что они даютъ мужскому члену доступъ къ влагалищу. Въ этомъ направленіи слѣдующія разстройства могутъ оказаться причиной безплодія: *слипанія и сращенія вульвы* вслѣдствіе утолщающаго развитія или язвенныхъ процессовъ, крупныя *новообразованія*, которыя дѣлаютъ невозможнымъ приближеніе penis'a, напр. липомы, слоновое перерожденіе, далѣе непомерная длина малыхъ губъ и клитора. *Ненормальное положеніе вульвы* кзади тоже можетъ нарушать актъ совокупленія. *Карункулы* у наружнаго отверстія уретры могутъ быть столь чувствительны, что они не допускаютъ приближенія полового члена. Извѣстныя измѣненія на наружныхъ половыхъ частяхъ (см. стр. 340) важны постольку, что они направляютъ наше вниманіе на гермафродитизмъ, который объясняетъ кажущееся безплодіе. При обсужденіи всѣхъ этихъ состояній надо помнить, что для зачатія immissio penis во влагалище не есть безусловная необходимость, такъ какъ очень жизнеспособныя сѣмянные нити, будучи отложены снаружи, тоже могутъ проникнуть во влагалище и въ матку; слѣдовательно, коль скоро нѣтъ полного закрытія вульвы и возможно отложеніе сѣмени у introitus'a, можетъ еще наступить зачатіе. Катарральные процессы въ преддверіи затрудняютъ соитіе вслѣдствіе болѣзненности, а kraurosis vulvae съуживаетъ часто vestibulum настолько, что половой членъ не можетъ быть введенъ.

У **влагалищнаго входа** причины безплодія учащаются, хотя онѣ большею частью только затрудняютъ зачатіе; всѣ онѣ имѣютъ отношеніе къ проходимости introitus'a. *Двѣсторонняя плева*, которая можетъ

устоять предъ многими попытками къ совокупленію, препятствуетъ, если она не растяжима, *immissio penis*, но она не дѣлаетъ зачатіе невозможнымъ, такъ какъ и безъ введенія полового члена сѣмя можетъ пробраться черезъ отверстіе *hymen'a* и попасть въ матку; случаи беременности при цѣлой дѣвственной плевѣ и даже при маломъ отверстіи въ ней не рѣдки. *Atresia hymenica* есть, разумѣется, абсолютное препятствіе для половыхъ сношеній. Еще болѣе, чѣмъ *hymen*, затрудняетъ зачатіе *вагинизмъ*, такъ какъ сильная чувствительность влагалищнаго входа не допускаетъ приближенія *glans penis* до этого мѣста и судорожныя сокращенія *constrictor cunni* замыкаютъ *introitus*. Вагинизмъ является въ повседневной практикѣ довольно частымъ препятствіемъ для зачатія, хотя онъ и не дѣлаетъ оное вполнѣ невозможнымъ. Діагнозъ его основывается на сильной чувствительности влагалищнаго входа и особенно остатковъ дѣвственной плевы и на судорожномъ сокращеніи мускулатуры *introitus'a* и тазового дна, наступающемъ рефлекторно при малѣйшемъ прикосновеніи къ этимъ мѣстамъ.

**Влагалище** служить приемникомъ полового члена при соитіи, давая возможность сѣмени излиться впереди влагалищной части и сохраняя сѣмянные нити до вступленія ихъ въ матку въ состояніи, способномъ къ оплодотворенію. Слѣдовательно, прежде всего должна вообще существовать *vagina*. *Полное отсутствіе влагалища*, сочетающееся большею частью съ тяжелыми пороками развитія матки, ведетъ, разумѣется, къ бесплодію. Совокупленіе совершается обыкновенно въ подобныхъ случаяхъ черезъ мочеиспускательный каналъ или прямую кишку; и тутъ наблюдалось еще зачатіе при полномъ закрытіи нижней части рукава и одновременномъ существованіи *fistula recto-vaginalis*. При *удвоеніяхъ влагалища* наблюдается бесплодіе, если *coitus* совершается черезъ замкнутую сверху половину. Влагалище, чтобы выполнять свое назначеніе, должно быть проходимымъ до *portio vaginalis*; поэтому всѣ рубцовыя *суженія* рукава, напр. такъ наз. кольцеобразный стенозъ, затрудняютъ зачатіе, но дѣлаютъ оное все-таки возможнымъ иногда въ томъ же родѣ, какъ и цѣлая дѣвственная плева; всякое закрытіе есть, конечно, абсолютное препятствіе. Выдающіяся *кисты влагалищной стѣнки* также затрудняютъ доступъ половому члену; *мясистыя связки*, которыя тянутся отъ *portio vaginalis* къ стѣнкѣ рукава, преграждаютъ путь сѣмени къ влагалищной части. Суженія влагалища съ послѣдующимъ бесплодіемъ возникаютъ также при *опухоляхъ* стѣнки, напр. ракъ или саркомъ, или при опухоляхъ, которыя извивъ суживаютъ просвѣтъ рукава, особенно если онѣ лежатъ въ Дугласовомъ пространствѣ. Рѣже вызываютъ бесплодіе смѣщенія влагалища книзу, т. е. опущеніе и выпаденіе, ибо при половыхъ сношеніяхъ они вправляются. Далѣе влагалище должно быть *достаточно широкимъ*, чтобы вмѣстить въ себя *penis* и должно имѣть соответственную *длину*, иначе *glans penis* проникаетъ въ сводъ и здѣсь отлагаетъ сѣмя; подобныя различія въ размѣрахъ половыхъ органовъ

Большою частью скоро выравниваются при правильныхъ половыхъ сношеніяхъ. *Слишкомъ короткое влагалище* мѣшаетъ зачатію, такъ какъ сѣмя легче вытекаетъ наружу; на томъ же основаніи служитъ помѣхой непомѣрно широкое и вялое влагалище, особенно если introitus очень широкъ и имѣется разрывъ промежности, либо если отсутствуютъ отраженные сокращенія constrictor cunni или levator ani, рассчитанныя также на удержаніе сѣмени. Обратное вытеканіе сѣмени есть частая причина бесплодія и указываетъ нерѣдко на аномалію влагалища. *Китарры влагалища* иногда не допускаютъ зачатія, такъ какъ съ выдѣленіемъ уносятся и сѣмя и такъ какъ чрезмѣрная кислотность секрета наноситъ ущербъ жизнеспособности сѣмянныхъ нитей. Страдающія *пузырно-влагалищными свищами* большою частью бесплодны, во-первыхъ, потому, что кислая моча умерщвляетъ и уноситъ spermatozoa и, во-вторыхъ, потому, что при нихъ обыкновенно существуетъ аменоррея.

**Влагалищная часть** имѣетъ, вѣроятно, только ту функцію при зачатіи, что ея верхушка погружается на время въ излившееся во влагалищный сводъ сѣмя и этимъ облегчаетъ сѣмяннымъ нитямъ вступленіе въ матку; во всякомъ случаѣ для наступленія зачатія должны быть выполнены нѣкоторыя условія, касающіяся положенія portio vaginalis къ оси влагалища, формы ея и ширины наружнаго зѣва. Самымъ благопріятнымъ для зачатія надо признать то положеніе влагалищной части, когда она образуетъ прямой уголъ съ влагалищемъ, стоитъ какъ-разъ по срединной линіи, съ зѣвомъ, обращеннымъ прямо кзади и книзу (слѣдовательно, нормальное положеніе), ибо проникающій спереди и сверху penis отлагаетъ тогда сѣмя какъ-разъ впереди наружнаго зѣва. *Всѣ отклоненія въ положеніи port. vag.* затрудняютъ болѣе или менѣе зачатіе, но не исключаютъ возможности онаго. Положеніе влагалищной части зависитъ, разумѣется, отъ положенія матки и смѣщенія первой входятъ какъ составная часть въ измѣненія положенія второй, поэтому при изложеніи послѣднихъ и будетъ о нихъ рѣчь. *Измѣненія въ формѣ* влагалищной части обуславливаютъ нерѣдко бесплодіе: всѣ *удлиненія portio vaginalis*, напр. влагалищная или penis'образная гипертрофія, удлиненіе одной губы въ видѣ передника съ оттѣсненіемъ зѣва въ другую сторону, фолликулярная гипертрофія, длинная коническая влагалищная часть могутъ и безъ другихъ осложненій затруднять зачатіе, такъ какъ половой членъ скользитъ мимо portio vaginalis въ сводъ и тамъ изливаетъ сѣмя. Укороченіе и дефектъ влагалищной части встрѣчаются часто у бесплодныхъ женщинъ, но они не представляютъ сами по себѣ причину бесплодія, а указываютъ на одновременно существующую атрофію матки. Особенное значеніе имѣютъ *суженія наружнаго зѣва*; раньше, когда еще не умѣли опредѣлять помощью двойного изслѣдованія заболѣванія трубъ и брюшины, сваливали большою частью вину за бесплодіе на стенозъ os externum. Само собою разумѣется, что закрытіе наружнаго зѣва есть безусловное препятствіе для зачатія; но насколько суже-

ние его причастно къ бесплодію, это трудно сказать въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ; для сѣмянныхъ нитей не нужно много мѣста, поэтому мы наблюдаемъ иногда наступленіе беременности при такомъ зѣвѣ, который едва пропускаетъ тончайшій зондъ. Далѣе надо подчеркнуть, что врожденное суженіе наружнаго зѣва при длинной, остроконечной влагалищной части сочетается съ атрофичной маткой, что позади суженнаго зѣва часто существуетъ катарръ шейки, который мѣшаетъ прохожденію сѣмянныхъ нитей вслѣдствіе скопленія густеннаго секрета; только исключивъ эти гораздо болѣе важныя въ этиологическомъ отношеніи разстройства, можно обвинить одно суженіе наружнаго зѣва. Иногда значеніе этого препятствія разъясняется лишь результатомъ расширения. Въ общемъ можно совѣтовать не придавать слишкомъ большого значенія этому стенозу и во всякомъ случаѣ не упускать изъ-за этого тщательнаго изслѣдованія вышележащихъ отдѣловъ половыхъ органовъ. О приобретенныхъ суженіяхъ наружнаго зѣва, остающихся послѣ пластическихъ операций на влагалищной части или послѣ зарубцеванія язвенныхъ процессовъ, можно также сказать, что они не представляютъ абсолютнаго препятствія и ихъ значеніе не слѣдуетъ преувеличивать. То же значеніе имѣютъ суженія подъ влияніемъ карциномъ или міомъ. Распознаваніе суженій не представляетъ затрудненій: зѣвъ устанавливають въ Simon'овскомъ зеркалѣ и испытываютъ проходимость его зондомъ.

**Шейка**, чтобы исполнить свою важную роль при зачатіи, должна быть проходима и допускать вступленіе сѣмени въ маточную полость въ жизнеспособномъ состояніи; поэтому разстройства, которыя изъ нея исходятъ, бывають главнымъ образомъ чисто механическаго характера. Само собою разумѣется, что всякаго рода полное *закрытіе* шейки есть абсолютное препятствіе для зачатія. Распознаваніе атрезіи помощью зонда несовсѣмъ легко, но получаетъ существенное подтвержденіе въ гѣмометрѣ, которая развивается всегда съ наступленіемъ половой зрѣлости; безъ этого полное закрытіе весьма невѣроятно. Гораздо труднѣе рѣшить, какое значеніе для бесплодія имѣетъ *суженіе* шейки. Прежде всего надо отмѣтить, что распознаваніе стеноза не легко, такъ какъ зондъ легко застрѣваетъ въ углубленіяхъ и складкахъ шейки, а, съ другой стороны, какъ уже упомянуто при дисменорреѣ, складки слизистой оболочки могутъ заложить просвѣтъ, хотя зондомъ, предъ которымъ онѣ отступаютъ, суженіе не опредѣляется; далѣе нѣкоторыя смѣщенія матки, напр. антефлексія и ретрофлексія, вызываютъ кажущіяся суженія вслѣдствіе перегиба шеечнаго канала. Настоящій стенозъ можетъ быть признанъ лишь тогда, когда зондъ, толщиной около 2 мм., не проходитъ черезъ извѣстное мѣсто, даже при оттягиваніи влагалищной части пупевыми щипцами. Излюбленнымъ мѣстомъ суженій является внутренній зѣвъ, хотя встрѣчаются стенозы и на протяженіи канала, особенно при злокачественныхъ процессахъ. Что касается значенія стеноза шейки для бесплодія, то приходится такъ же, какъ при суженіи наружнаго зѣва, высказаться въ томъ смыслѣ,

что это не есть препятствіе, а только затрудняющій моментъ, и что во многихъ случаяхъ не одинъ стевозъ обусловливаетъ безплодіе, а, съ одной стороны, его причины, заключающіяся въ катарральныхъ состояніяхъ слизистой оболочки и въ ovula Nabothi, съ другой стороны, его послѣдствія, состоящія прежде всего въ застоѣ отдѣленія. Въ ученіи о безплодіи роль суженія шейки тоже была несомнѣнно преувеличена, но вполне отрицать ее нельзя, какъ свидѣлствуютъ тѣ нерѣдкіе случаи, гдѣ послѣ однократнаго расширенія наступала беременность. Если удастся клинически съ увѣренностью распознать суженіе, то мы хорошо сдѣлаемъ, если сперва усмотримъ въ этомъ причину безплодія и примѣнимъ соответственное леченіе. *Опухоли* шейки также дѣйствуютъ большею частью механически: міомы смѣщаютъ и суживаютъ полость, слизистые полипы часто совсѣмъ ее закладываютъ, карциномы суживаютъ ее въ раннемъ стадіи и иногда расширяютъ ее впослѣдствіи, между тѣмъ какъ ихорозный секретъ умерщвляетъ или уноситъ сѣмяныя нити. *Удлиненія* шейки при пролапсахъ тоже дѣйствуютъ неблагоприятнымъ образомъ. Сильные *катарры* шейки весьма часто сопровождаются безплодіемъ, во-первыхъ потому, что отдѣленіе, особенно сгущенное, закупориваетъ шеечный каналъ, особенно если оно у нерожавшихъ женщинъ застываетъ позади наружнаго зѣва, либо потому, что оно уноситъ сѣмяныя нити или убиваетъ ихъ вслѣдствіе измѣненія химическаго состава, особенно при гнойныхъ катаррахъ.

Отправленія **тѣла матки** при зачатіи болѣе сложны, а съ этимъ множатся и разстройства, ведущія къ безплодію. Во-первыхъ, тѣло матки имѣетъ чисто механическую задачу: дать доступъ сѣмени къ верхнимъ отдѣламъ полости или къ трубамъ, либо служить мѣстомъ оплодотворенія яйца, либо удерживать яйцо до момента оплодотворенія; далѣе оно должно сохранять сѣмя до оплодотворенія въ жизнеспособномъ состояніи; но главная функція матки дать оплодотворенному яйцу возможность укрѣпиться въ ее полости.

На первомъ планѣ должна вообще существовать функционирующая матка; поэтому всѣ *тяжелые пороки развитія* матки обусловливаютъ безплодіе; сюда относятся рудиментарная матка безъ полости и дѣтская матка съ длинной шейкой и короткимъ тѣломъ. Безплодіе встрѣчается также большею частью при высокихъ степеняхъ гипоплазіи; но причастна ли тутъ больше сама матка или одновременно существующая обыкновенно атрофія яичниковъ, это трудно сказать. Хорошую точку опоры для сужденія въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ въ менструаціи: если таковая отсутствуетъ, то обыкновенно имѣется безплодіе, то же самое бываетъ большею частью при ненормально слабыхъ регулахъ. Неопредѣленное положеніе занимаютъ *приобрѣтенныя атрофіи*, обусловлены-ли онѣ болѣзнями матки или общими заболѣваніями; въ общемъ и здѣсь менструація даетъ намъ ключъ къ причинѣ безплодія; коль скоро регулы отсутствуютъ, безплодіе обыкновенно вытекаетъ изъ наличнаго страданія, хотя здѣсь наблюдаются многія исключенія, какъ, напр., забеременѣваніе во время аменорреи,

зависящей отъ кормленія или сопровождающей выздоровленіе отъ тяжелыхъ болѣзней. Концентрическая атрофія есть гораздо болѣе вѣрная причина безплодія, нежели эксцентрическая. *Удвоенія* матки не служатъ въ общемъ причиною безплодія, коль скоро хоть одна половина выполняетъ свою функцію. Какъ чисто механическія разстройства можно разсматривать *полныя* или *частичныя зарощенія* и *суженія* маточной полости, каковыя развиваются послѣ тяжелыхъ пурперальныхъ заболѣваній, прижиганій, выскабливаній. Діагнозъ ихъ основывается на прямомъ констатированіи суженія зондомъ и на присоединяющейся гѣматометрѣ, коль скоро есть функционирующая слизистая оболочка. Чтобы судить о связи *смѣщеній* матки съ безплодіемъ, необходимо прежде всего исключить всѣ случаи, осложненные катаррами слизистой оболочки матки, хроническимъ воспаленіемъ тазовой брюшины и заболѣваніями придатковъ. Если имѣть въ виду только чистыя измѣненія въ положеніи, то они могутъ, благодаря двумъ моментамъ, препятствовать или затруднять зачатіе: благодаря ненормальному положенію *portio vaginalis* во влагалищѣ и перегибу въ области внутренняго зѣва. Сильно выраженная *lateroversio* и *lateropositio* весьма часто обуславливаютъ безплодіе, такъ какъ половой членъ изливается сѣмя не впереди отклонившагося въ сторону наружнаго зѣва, а въ стоящій по срединной линіи влагалищный сводъ; подобнымъ же образомъ при сильныхъ загибахъ назадъ можетъ быть затрудненъ доступъ къ стоящему далеко впереди наружному зѣву. Благопріятіе для воспріятія *spermatozoa*, хотя и не совѣмъ такъ, какъ при нормальномъ положеніи матки, стоитъ влагалищная часть при наклоненіи назадъ и загибѣ впередъ. Опущеніе и даже выпаденіе играютъ въ этомъ отношеніи меньшую роль, такъ какъ при половыхъ сношеніяхъ матка можетъ вправиться. Труднѣе судить о перегибахъ, если принимать во вниманіе суженіе въ области внутренняго зѣва; у многорожавшихъ суженіе едва замѣтно, тѣмъ не менѣе и у нихъ *retroflexio* служатъ затрудняющимъ зачатіе моментомъ. Иначе у нерожавшихъ женщинъ; безплодіе у нихъ часто при антефлексіи, но не часто оно обуславливается ею; если исключить всѣ тѣ случаи, гдѣ антефлексія возникла вторично вслѣдствіе *parametritis posterior*, или гдѣ при недоразвитіи матки она является лишь побочнымъ моментомъ, и принимать во вниманіе только тѣ случаи, гдѣ существуетъ врожденный, неосложненный загибъ впередъ, то это измѣненіе положенія весьма теряетъ въ своемъ значеніи, тѣмъ не менѣе оно имѣетъ затрудняющее вліяніе на зачатіе, главнымъ образомъ вслѣдствіе перегиба въ области внутренняго зѣва; то же самое относится къ неосложненной ретрофлексіи у нерожавшихъ, такъ какъ и здѣсь самъ по себѣ узкій каналъ еще болѣе суживается. Въ сложныхъ случаяхъ значеніе смѣщеній матки часто выясняется лишь дальнѣйшимъ наблюденіемъ или *ex juvantibus*, особенно расширеніе шейки уясняетъ намъ роль механическихъ препятствій.

Изъ *новообразованій* тѣла матки играютъ существенную роль какъ причина безплодія только *міомы*; онѣ могутъ вызвать безплодіе вслѣд-

стві смѣщенія и суженія маточной полости, что затрудняетъ сѣмени доступъ къ яйцу, далѣе вслѣдствіе сильнаго отдѣленія слизистой оболочки матки и всегда наличнаго эндометрита. Такъ какъ всѣ эти препятствія совпадаютъ при подслизистыхъ міомахъ, то послѣднія легче всего вызываютъ бесплодіе. Эти общепринятая мнѣнія поколеблены и отчасти опровергнуты *Hofmeier*’омъ, который доказываетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ міомы, наоборотъ, облегчаютъ зачатіе. *Карциномы* гораздо рѣже играютъ роль въ бесплодіи, такъ какъ онѣ большею частью наблюдаются у старухъ или во всякомъ случаѣ въ такомъ возрастѣ, когда плодовитость уже въ упадкѣ; несомнѣнно, что какъ онѣ, такъ и *саркомы* затрудняютъ зачатіе.

Практически наиболѣе важная причина бесплодія лежитъ въ измѣненіяхъ слизистой оболочки тѣла матки, которыя мы обозначаемъ общимъ именемъ *эндометрита*. Послѣдствія этихъ измѣненій состоятъ въ томъ, что ненормальное истеченіе мѣшаетъ вступленію сѣмянныхъ нитей и уноситъ яйцо, что немнѣрно широкая полость и гладкая, часто атрофическая и лишенная эпителія слизистая оболочка не въ состояніи удержать яйцо, что превращеніе эндометрія въ отпадающую оболочку затруднено или невозможно. Слѣдовательно, влияніе эндометрита на зачатіе заключается, съ одной стороны, въ препятствіи оплодотворенію и, съ другой стороны, въ невозможности имплантаціи оплодотвореннаго яйца; если прибавить еще къ этому чрезвычайно важную роль эндометрита въ этиологіи привычнаго выкидыша, то его несомнѣнно можно считать самой частой причиной бездѣтныхъ браковъ. Не всѣ формы эндометрита одинаково причастны къ бесплодію, чаще всего наблюдается еще зачатіе при хронически-гиперпластическихъ воспаленіяхъ, сопровождающихся сильными кровотечениями, рѣже при катарральныхъ формахъ, рѣже всего при *endometritis dysmenorrhoeica* и *exfoliativa*. Бесплодіе, которое встрѣчается столь часто при хроническомъ метритѣ, объясняется большею частью осложняющимъ эндометритомъ.

Сравнительно просто представляется участіе **трубъ** въ этиологіи бесплодія, ибо ихъ роль при зачатіи тоже проста. Труба должна принять яйцо въ свой брюшной конецъ и передвинуть оное оплодотвореннымъ или неоплодотвореннымъ въ маточную полость, сохраняя его въ теченіе этого времени въ состояніи, способномъ къ развитію или оплодотворенію. Для поступленія яйца въ яйцеводъ необходимо прежде всего, чтобы трубная воронка была открыта; слѣдовательно, всѣ заболѣванія, ведущія къ *закрытію трубы*, представляютъ абсолютное препятствіе для зачатія. Зарошеніе трубы распознаютъ всего вѣрнѣе по его послѣдствіямъ, по такъ наз. ретенціоннымъ опухолямъ (*pyo-* и *hydrosalpinx*); но ово также весьма вѣроятно при всякомъ сильномъ сальпингитѣ, особенно если много сросеній сосредоточиваются вблизи *ostium abdominale tubae*. Но даже открытое отверстіе трубы только тогда пригодно для принятія яйца, если оно лежитъ вблизи яичника; большее разстояніе требуетъ уже весьма энергическаго тока, вызываемаго дѣятельностью рѣсничекъ мерцательнаго эпителія, чтобы

яйцо могло попасть въ трубу. Судить о положеніи нормальной трубной воронки мы не въ состояніи, но мѣстный пельвеоперитонитъ вблизи оной дѣлаетъ фиксацію ея весьма вѣроятной. Если воронка открыта и яйцо попало въ трубу, то оно только тогда можетъ быть удержано складками слизистой оболочки и далѣе передвинуто рѣсничками, если слизистая оболочка совершенно нормальна; уже на этомъ основаніи эндосальпингитъ затрудняетъ зачатіе; сюда присоединяется еще то, что при открытой трубной воронкѣ вытекающее по направленію къ ней отдѣленіе можетъ унести яйцо обратно, или же секретъ и микроорганизмы могутъ губительно воздействовать на яйцо. Если трубная стѣнка принимаетъ участіе въ инфльтраціи, то она становится неподатлива и теряетъ возможность путемъ сокращенія своей мускулатуры передвигать яйцо впередъ. Такимъ образомъ *сальпингитъ* разнообразными путями затрудняетъ зачатіе и въ своихъ различныхъ стадіяхъ является несомнѣнно одною изъ самыхъ частыхъ причинъ безплодія; коль скоро констатировано отчетливое утолщеніе трубы, то этимъ обыкновенно опредѣляется и причина безплодія, хотя нельзя не признать, что легкія воспаленія могутъ излечиться съ сохраненіемъ функцій трубъ.

Функція **яичника** въ актѣ зачатія заключается въ томъ, что въ немъ яйца созрѣваютъ и зрѣлыми выступаютъ въ яйцепроводъ. Созрѣваніе яицъ есть процессъ, подробности котораго, а также и разстройства совершенно отъ насъ ускользаютъ; клинически разстройства выражаются въ атрофіи яичниковъ и могутъ быть узнаны по двумъ признакамъ: по малой величинѣ яичниковъ и по прекращенію мѣсячныхъ. Пока есть регулы, созрѣваніе яицъ весьма вѣроятно; если же онѣ прекратились, то иногда даже при нормальной дѣятельности яичниковъ можетъ существовать безплодіе по винѣ матки (въ такихъ случаяхъ обыкновенно бывають *полипіа*); но если въ то же время находятъ небольшіе яичники, то можно считать созрѣваніе яицъ угасшимъ или, по крайней мѣрѣ, нарушеннымъ; слѣдовательно, соединеніе обоихъ признаковъ дѣлаетъ вѣроятнымъ яичниковое безплодіе. Физиологическимъ типомъ таковой можетъ служить климактерій; какъ патологическое явленіе встрѣчается *гипоплазія* яичниковъ, врожденная или приобрѣтенная, въ соединеніи съ маточной атрофіей или безъ нея, при цѣломъ рядѣ истощающихъ болѣзней и разстройствъ питанія (см. аменоррея, стр. 393). *Острый и хроническій оофоритъ* также нарушаетъ созрѣваніе яицъ и образованіе фолликуловъ и дѣлаетъ зачатіе невѣроятнымъ. При этихъ измѣненіяхъ надо, однако, не упускать изъ виду, что они должны поражать оба яичника, чтобы обусловливать безплодіе. Выдѣленіе яйца изъ яичника предполагаетъ легкое лопаніе Граафова пузыря; поэтому утолщеніе стромы яичника, развивающееся при хроническомъ воспаленіи или отложеніе перитонитическихъ сросеній вокругъ яичника, образованіе брюшинныхъ кистъ на немъ, словомъ, всѣ явленія *періоофорита* затрудняютъ зачатіе или дѣлаютъ оное совершенно невозможнымъ. Для *яичниковыхъ опухолей* можно выставить общій законъ, что зачатіе

можетъ наступить, пока еще имѣется функционирующая оваріальная ткань; поэтому всякая односторонняя овухолю не вліяетъ непосредственно на зачатіе, а только косвеннымъ путемъ, обыкновенно вслѣдствіе смѣщенія матки, влагалища и придатковъ; даже обоюдостороннія опухоли яичника допускаютъ возможность зачатія, пока есть функционирующая ткань въ яичникѣ, признакомъ чего опять таки можетъ служить менструація. Чаще всего наблюдается бесплодіе при обоюдостороннихъ злокачественныхъ опухоляхъ яичника.

Остается еще включить въ кругъ изслѣдованія тазовую брюшину и клѣтчатку. **Пельвеоперитонитъ** играетъ среди причинъ бесплодія одну изъ главныхъ ролей. Помимо тѣхъ случаевъ, гдѣ сильная болѣзненность вообще не допускаетъ правильныхъ половыхъ сношеній, или гдѣ крупныя экссудаты, смѣщая матку и окружая всѣ органы, особенно трубы, совершенно исключаютъ зачатіе—случаи, которые едва-ли даютъ поводъ къ распознаванію причинъ бесплодія,— на первомъ планѣ дѣлаетъ зачатіе невозможнымъ хроническое слипчивое воспаленіе тазовой брюшины. При этомъ не столько играетъ роль матка, которая можетъ остаться пригодной для своей функціи, даже будучи окружена сращениями и фиксирована, сколько *perisalpingitis* и *perioophoritis*. Труба обвивается сращениями, часто суживается или получаетъ перегибы на своемъ протяженіи, или же трубная воронка, изъ которой исходятъ большинство зависящихъ отъ трубныхъ заболѣваній пельвеоперитонитовъ, часто фиксируется далеко отъ яичника или закрывается сращениями и склейками. Нерѣдко тотъ отдѣлъ брюшины, который лежитъ между *infundibulum tubae* и яичникомъ и служитъ дорогой, по которой яйцо вовлекается въ трубу подъ вліяніемъ вызваннаго движеніемъ рѣсничекъ тока, утрачиваетъ вслѣдствіе воспаления свою гладкость и загромождается сращениями. Съ другой стороны, перитонитъ вызываетъ вышеупомянутыя измѣненія на яичникѣ, словомъ, нѣтъ болѣзни, которая бы служила такой стойкой помѣхой акту зачатію, какъ хроническій тазовый перитонитъ. Въ большомъ числѣ этихъ случаевъ забеременѣванію мѣшаютъ уже осложняющія трубныя заболѣванія.

Гораздо менѣе важны **параметритическіе** процессы, такъ какъ они разыгрываются внѣ брюшины и прямо не нарушаютъ отправленія органовъ. При крупныхъ параметритическихъ выпотахъ наблюдается бесплодіе потому, что они сильно смѣщаютъ органы и разстраиваютъ питаніе всего организма; то же самое относится къ обширной *parametritis atrophicans*. Ограниченная *parametritis retrahens* вызываетъ бесплодіе благодаря смѣщенію матки и яичниковъ.

Діагностика причинъ бесплодія, слѣдуя намѣченному выше путемъ, должна быть сперва направлена на отысканіе органическаго измѣненія, которое въ состояніи понятнымъ для насъ образомъ нарушать актъ зачатія. Такъ какъ мы имѣемъ здѣсь цѣлый рядъ весьма тонкихъ измѣненій брюшины и Фаллопиевой трубы, которыя прощупываются лишь при особо благоприятныхъ условіяхъ, то я считаю умѣстнымъ, если только вполнѣ осязательныя измѣненія не наводятъ тотчасъ на правильный путь, *изслѣдо-*

*всегда под наркомомъ*; только такимъ образомъ удастся съ увѣренностью признать женщину способной къ зачатію. Если самое тщательное изслѣдованіе не открыло никакого измѣненія причастныхъ туть-органовъ, которое въ состояніи вызвать безплодіе, то надо считаться еще съ двумя моментами, которые не поддаются объективному изслѣдованію, а именно съ участіемъ нервнаго аппарата и психики, съ одной стороны, и съ общимъ состояніемъ организма, съ другой стороны.

Единственный актъ, на который отклоненія со стороны нервнаго аппарата могутъ непосредственно вліять, есть актъ соитія: это вліяніе заключается въ извѣстномъ затрудненіи вступленія сѣмени въ матку. Наши свѣдѣнія объ этой части оплодотворенія еще весьма недостаточны. Вѣроятно, что подъ вліяніемъ чувствительныхъ раздраженій вульвы, клитора и влагалищнаго входа наступаетъ рефлекторный актъ, выражающійся въ разныхъ явленіяхъ: въ изліяніи секрета *Bartholini*евыхъ железъ, въ сокращеніяхъ *m. constrictor cunni* и *m. levator ani* (вѣроятно, съ цѣлю удержать сѣмя во влагалищѣ), а можетъ быть и въ сокращеніяхъ трубъ и матки съ изверженіемъ секрета во влагалище и послѣдовательнымъ присасываніемъ сѣмени въ шейку. Общимъ выраженіемъ нормальнаго отправленія этого рефлекторнаго аппарата и главное, вѣроятно, послѣдняго акта его является чувство сладострастія съ конечнымъ его удовлетвореніемъ; поэтому оно извѣстнымъ образомъ можетъ считаться критеріемъ того, протекаетъ-ли эта часть акта оплодотворенія нормально, или нѣтъ. Клиническій опытъ учитъ, что послѣ соитія, сопровождающагося сильнымъ возбужденіемъ и полнымъ чувствомъ удовлетворенія, несомнѣнно чаще наступаетъ зачатіе, но что, съ другой стороны, при отсутствіи всякаго чувства сладострастія и даже безъ удовлетворенія *coitus* бесспорно можетъ оказываться плодотворнымъ. Поэтому *dyspareunia* никогда не можетъ быть разсматриваема какъ препятствіе для зачатія; тѣмъ не менѣе она образуетъ частую жалобу безплодныхъ женщинъ и часто навѣрное имѣетъ также связь съ безплодіемъ. Въ чемъ слѣдуетъ искать неблагоприятное вліяніе ея, этого мы не знаемъ; *Kisch* вполне справедливо, пожалуй, видитъ это вліяніе въ отсутствіи рефлекторныхъ сокращеній мускулатуры влагалищнаго входа и тазового дна и обусловленномъ этимъ вытеканіемъ сѣмени изъ влагалища. Если существуетъ *dyspareunia*, то дальнѣйшая задача врача выяснить, виною-ли въ этомъ измѣненія клитора и вульвы, имѣющія отношеніе къ чувствительной фазѣ рефлекторнаго акта, или заболѣванія трубъ и матки, или общіе неврозы.

Гораздо труднѣе судить о связи между безплодіемъ и нѣкоторыми конституціональными измѣненіями, являются-ли они послѣдствіями истощающей болѣзни, или только какъ разстройства питанія. Въ чемъ заключается вліяніе ихъ на зачатіе, трудно рѣшить; въ извѣстномъ рядѣ случаевъ мы имѣемъ несомнѣнно дѣло съ вторичной атрофіей матки и нарушеніемъ процесса созрѣванія яицъ въ яичникъ. Сюда относится безплодіе послѣ перенесенія многихъ острыхъ заразныхъ болѣзней, напр.

тифа, холеры, скарлатины, или при діабетъ и нефритъ. Изъ разстройствъ питанія, вызывающихъ безплодіе, назовемъ хлорозъ, анэмію и главное сильную тучность. Извѣстную точку опоры для сужденія о связи между безплодіемъ и этими болѣзнями мы имѣемъ въ менструаціи: при наличности послѣдней нельзя вину въ безплодіи приписать этимъ болѣзнямъ, напротивъ, при отсутствіи менструаціи ихъ можно считать причинойъ въ большинствѣ случаевъ, но не во всѣхъ. Другія вліянія, какъ питаніе, образъ жизни, возрастъ, темпераментъ, климатъ, родственные браки, нерасположеніе супруговъ, слишкомъ гипотетичны, чтобы считаться съ ними при распознаваніи причинъ безплодія.

Наконецъ, надо еще упомянуть про роль **анамнеза** при распознаваніи причинъ безплодія. Опросъ больной долженъ быть сперва направленъ на нѣкоторые пункты, которые важны для установленія наличности безплодія, напр. какъ давно длится брачная жизнь, есть-ли дѣйствительно безплодіе или привычный ранній выкидышъ. Далѣе удастся иногда выяснить, кто виновная сторона, если одинъ или оба супруга въ прежнихъ бракахъ уже имѣли дѣтей, или если предшествовали болѣзни, вызывающія часто безплодіе, напр. гоноррея. Особенно необходимо установить анамнезомъ, идетъ-ли рѣчь о первичномъ или вторичномъ безплодіи, такъ какъ при томъ и другомъ причины часто совершенно различны; если имѣемъ дѣло съ вторичнымъ безплодіемъ, то мы можемъ исключить всѣ врожденные причины, напр. антефлексію и стенозы, и найти обоснованіе въ приобретенныхъ, большею частью воспалительныхъ причинахъ. Никогда не слѣдуетъ забывать справиться о томъ, какъ совершается coitus, особенно у молодыхъ, неопытныхъ мужей; трудно повѣрить, въ какой неловкости или въ иныхъ случаяхъ въ какомъ заблужденіи со стороны мужа кроется иногда причина безплодія.

### Аналитическая діагностика брюшныхъ опухолей.

Въ частной діагностикѣ я довольно обстоятельно изложилъ діагностическія свойства всякой брюшной опухоли, поскольку они могутъ быть установлены клиническимъ изслѣдованіемъ. Если же я теперь еще разъ обращаюсь къ аналитическому распознаванію брюшныхъ опухолей съ одной общей точки зрѣнія, то мною руководить та мысль, что врачъ для различительнаго распознаванія трудныхъ случаевъ нуждается въ извѣстной путеводной нити. Въ общемъ ходъ распознаванія вѣдь тотъ, что врачъ, найдя брюшную опухоль, ставитъ на основаніи какого-либо выдающагося свойства ея вѣроятный діагнозъ, напр. при наличности большой кистовидной опухоли предполагаетъ яичниковую опухоль, при круглой, твердой опухоли—міому, при плоско распространенной въ тазу резистенціи—экссудатъ, и затѣмъ, отыскивая другіе признаки, подкрѣпляетъ или исправляетъ свой діагнозъ. Иначе—въ трудныхъ случаяхъ, гдѣ діагнозъ не направляется тотчасъ на опредѣленный путь какимъ-либо рѣзкимъ свойствомъ; здѣсь

врач сперва будет колебаться между различными предположеніями и легко может отпустить больную съ діагнозомъ «tumor in abdomine». Именно для этихъ случаевъ я хотѣлъ бы, подводя итогъ діагностикѣ брюшныхъ опухолей, указать опредѣленный путь, по которому можно аналитически дойти до правильнаго діагноза. Разумѣется, я буду кратокъ здѣсь, отсылая за подробностями къ частной діагностикѣ; тѣмъ не менѣе нѣкоторыхъ повтореній не удастся вполнѣ избѣгнуть.

Обратимся сперва къ распознаванію **большихъ опухолей, лежащихъ въ брюшной полости поверхъ тазового входа**. Здѣсь самая важная задача выпадаетъ прежде всего на долю наружнаго изслѣдованія; имъ устанавливается рядъ свойствъ опухоли, которые важны для діагноза. Начинаютъ съ опредѣленія того свойства, которое наиболѣе бросается въ глаза, т. е. *величины* опухоли; правда, этимъ свойствомъ менѣе всего можно пользоваться для распознаванія, такъ какъ нельзя говорить о характерной величинѣ извѣстныхъ опухолей; тѣмъ не менѣе оно имѣетъ значеніе постольку, что нѣкоторыя опухоли половыхъ органовъ, напр. инкапсулированныя кровоизліянія, экссудаты и трубныя опухоли, лишь рѣдко и только при извѣстныхъ условіяхъ становятся настолько велики, что далеко выдаются надъ тазовымъ входомъ, между тѣмъ какъ особенно крупныя опухоли обыкновенно принадлежатъ яичникамъ, въ рѣдкихъ случаяхъ это—фибромы тазовой клітчатки, гидронефрозъ, эхинококковые мѣшки брюшныхъ железистыхъ органовъ и въ особенности брюшная водянка, которая по своимъ діагностическимъ свойствамъ должна быть причислена къ брюшнымъ опухолямъ.

Затѣмъ опредѣляютъ *форму* опухоли и этимъ ужъ ближе подходятъ къ діагнозу; прежде всего стараются убѣдиться, кругловата-ли она или плоска и диффузна, а при опухоляхъ, состоящихъ изъ многихъ отдѣловъ, опредѣляютъ далѣе, круглал-ли каждая часть или же вѣкторія теряются въ сосѣднихъ тканяхъ безъ яснаго ограниченія. Въ общемъ можно выставить правило, что всѣ новообразованія и ретенціонныя опухоли круглы или овальны; это относится къ яичниковымъ опухолямъ и міомамъ, къ пароваріальнымъ и большимъ трубнымъ опухолямъ, къ новообразованіямъ и ретенціоннымъ кистамъ почекъ, къ забрюшиннымъ опухолямъ и т. д. Исключеніе составляютъ злокачественныя новообразованія, которыя уже переступили за предѣлы пораженнаго органа въ сосѣднія части; они обнаруживаютъ многія, неопредѣленно ограниченныя прибавочныя опухоли, среди которыхъ большею частью еще вырисовывается главная опухоль. Плоская форма съ неясными границами есть на первомъ планѣ свойство всѣхъ воспалительныхъ опухолей, будь то перитонитическаго или параметритическаго происхожденія; то же самое кровоизліянія имѣютъ мѣстами совершенно неправильную форму, если только кровь до свертыванія проложила себѣ путь между органами. При опредѣленія формы надо также обращать вниманіе на поверхность; послѣдняя наиболѣе равномерно округлена, часто какъ-бы отточена, при міомахъ, особенно подсывороточныхъ.

При некоторых опухолях яичника тоже ощупывается гладкая поверхность, между тем как при других обнаруживаются неправильности вследствие легких втягиваний, делений, выступов и бугров, особенно при злокачественных новообразованиях или сосочковых кистах, где сосочки пробились на поверхность. Неправильность поверхности может также зависеть от кишечных петель, которые приросли или лежат на передней поверхности, как при почечных опухолях. Извилистость указывает большей частью на трубную опухоль.

Далее пытаются определить *консистенцию* опухоли. При брюшных опухолях нас интересует на первом плане, кистовидная ли она или сплошная, и лишь на втором плане обращают внимание относительно сплошных опухолей, твердая ли она или мягкая, а относительно кистовых, наполнены ли они туго или слабо; особенно при исследовании опухолей, исходящих из половых органов, мы, определив сплошной или кистовидный характер опухоли, сразу попадаем в основной пункт дифференциального распознавания. Испытание консистенции в общем трудно, и большинство ошибок в диагнозе можно несомненно отнести на счет ошибочного определения или толкования консистенции. Главное затруднение лежит в брюшных покровах, и, смотря по сопротивлению, оказываемому ими, приходится разнообразить силу давления. Если удастся точно определить *сплошной* характер опухоли, то при происхождении ее из половых органов речь идет чаще всего о миомах, между тем как сплошные яичниковые опухоли редки, а *kystoma multiloculare* с небольшими полостями лишь мѣстами кажется твердой. При опухолях других органов сплошная и твердая консистенция указывает преимущественно на развитие рака. Опухоли печени и селезенки, по крайней мере если речь идет о гипертрофии, тоже сплошные, но они имеют не твердую, а несколько упругую, своеобразно паренхиматозную консистенцию. При несомненно *кистовых* опухолях, с исключением асцита и жидких экссудатов, на первом плане должны придти на мысль яичниковые кисты, реже паровариальные кисты или большие трубные мѣшки. Опухоли матки лишь в исключительных случаях бывают кистовидны—так наз. кистовидные миомы. Исходящая из других органов кистовидная опухоль может быть ретенционными опухолями почек, эхинококковыми мѣшками, брыжеечными и забрюшинными кистами, кистами поджелудочной железы.

Самый важный шаг к распознаванию делают определением *положения* опухоли, так как в большом числе случаев опухоли сохраняют положение того органа, из которого они исходят. Это относится прежде всего к опухолям печени, селезенки и почек,—к последним тогда, если не произошло опущение их вследствие расслабления брюшинного соединения; далее характерно положение кисты поджелудочной железы, опухолей сальника, забрюшинных опухолей. В противоположность им, всем опухолям половых органов общее глубокое положение на тазовом входе, но между собою последние не различаются характерностью

положенія, ибо какъ маточныя, такъ и яичниковыя и пароваріальныя опухоли имѣютъ стремленіе занимать срединное положеніе, пока онѣ обладаютъ извѣстной подвижностью. Возрѣніе, встрѣчающееся у неопытныхъ врачей, что маточныя опухоли должны лежать по срединной линіи, а яичниковыя сбоку, ошибочно; только если послѣднія почему-либо утрачиваютъ рано свою подвижность, ихъ находятъ такъ же, какъ и крупныя трубныя опухоли, сбоку.

*Подвижность* опухолей есть во многихъ случаяхъ свойство, которое можетъ помочь распознаванію, напр. смѣщаемость печеночныхъ опухолей при дыханіи, смѣщаемость внѣбрюшинно лежащихъ почечныхъ опухолей, неподвижность опухолей, исходящихъ изъ забрюшинныхъ органовъ. Опухоли половыхъ органовъ имѣютъ въ общемъ извѣстную степень подвижности, коль скоро онѣ не фиксированы вслѣдствіе межвязочнаго развитія или ущемленія; при нихъ подвижность не столько дифференціально-диагностическій моментъ, сколько пособіе для распознаванія локализациі опухоли.

Точное опредѣленіе вышеупомянутыхъ свойствъ брюшной опухоли, особенно его положенія, доставляетъ во многихъ случаяхъ достаточныя данныя для діагноза; въ общемъ послѣдній лишь тогда можетъ считаться твердо установленнымъ, если удастся неоспоримо констатировать исходный пунктъ опухоли, т. е. опредѣлить, *изъ какого органа опухоль беретъ свое начало*. Для нашихъ цѣлей главный вопросъ заключается въ томъ, *есть-ли это опухоль половыхъ органовъ, или нѣтъ*. Общее свойство всѣхъ опухолей, исходящихъ изъ половыхъ органовъ, то, что онѣ, подымаясь изъ малаго таза, лежатъ на тазовомъ входѣ, смотря по своей величинѣ возвышаются надъ нимъ и большею частью нѣкоторымъ сегментомъ вдаются еще въ тазъ; поэтому, отправляясь отъ тазового входа, удастся всесторонне отграничить наружныя контуры опухоли отъ сосѣднихъ частей. Съ другой стороны, опухоли, не исходящія изъ половыхъ органовъ, отчетливо отграничиваются книзу отъ тазового входа и, напротивъ, не отграничиваются отъ органа, изъ котораго берутъ начало; между ними и тазовымъ входомъ остается большею частью полоса, гдѣ можно выстукиваніемъ и ощупываніемъ констатировать кишки. Таково правило, но оно допускаетъ частыя исключенія. Во-первыхъ, опухоли матки и яичниковъ могутъ достигать такой величины, что онѣ тѣсно соприкасаются и съ другими органами, какъ-бы исходя изъ нихъ; въ исключительныхъ случаяхъ онѣ лежатъ такъ высоко, напр. при сильно суженномъ тазовомъ входѣ или при сращеніяхъ съ высоко-лежащими органами и брюшной стѣнкой, что онѣ и книзу отчетливо отграничиваются. Съ другой стороны, опухоли печени, почекъ, селезенки, большіе паратифлитные экссудаты могутъ настолько вырасти книзу, что онѣ исчезаютъ въ тазу. Такимъ образомъ получаютъ иногда запутанныя отношенія, которыя не даютъ возможности опредѣлить исходный пунктъ. Тогда помогаетъ иногда *характерный способъ фиксаціи*: опухоли половыхъ органовъ укрѣплены

внизу, т. е. если ихъ обѣими руками приподнять съ тазового входа, то чувствуется извѣстное сопротивленіе, а, будучи выпущены, онѣ всякій разъ снова опускаются на тазовый входъ; въ противоположность къ этому опухоли, исходящія сверху, будь это изъ печени, селезенки или другихъ органовъ, фиксированы наверху и, будучи удалены изъ своего ложа посредствомъ натяженія, снова туда возвращаются или даютъ возможность иногда непосредственно ощупать соединеніе ихъ съ органомъ. Правда, этотъ признакъ вполне намъ измѣняется, если мы имѣемъ дѣло съ опухолями блуждающей почки или блуждающей селезенки; такія опухоли подвижны одинаково по всѣмъ направленіямъ и единственнымъ указателемъ ихъ исходнаго пункта служить вправимость ихъ въ соответственную почечную или селезеночную область. Самое ясное рѣшеніе вопроса, исходятъ-ли опухоли изъ половыхъ органовъ или нѣтъ, даетъ намъ комбинированное изслѣдованіе; въ послѣднемъ случаѣ половые органы должны прощупываться въ нормальномъ состояніи, въ особенности матка и оба яичника должны быть найдены внѣ всякой связи съ опухолью. Къ сожалѣнію, часто оказывается невозможнымъ съ увѣренностью исключить такимъ путемъ опухоли половыхъ органовъ, такъ какъ не всегда удается отыскать оба яичника.

Если такимъ образомъ удалось диагностировать *опухоль половыхъ органовъ*, то предстоитъ дальше *опредѣлить органъ, изъ коего она исходитъ*. При крупныхъ опухоляхъ, далеко выступающихъ надъ тазовымъ входомъ, наше вниманіе должно быть обращено главнымъ образомъ на матку и яичники. Лучше всего начинать всегда съ изслѣдованія матки. Самое вѣрное средство, чтобы распознать крупную опухоль какъ маточную, это — констатировать переходъ ея во влагалищную часть; отчетливѣ всего прощупывается, какъ влагалищная часть, постепенно расширяясь, переходитъ въ опухоль, при равномерныхъ увеличеніяхъ матки, напр. при беременности и интерстиціальныхъ міомахъ; труднѣе это можетъ оказаться при крупныхъ опухоляхъ, сидящихъ въ одной стѣнкѣ матки: тогда *portio vaginalis* переходитъ въ периферическую часть опухоли, и иногда трудно опредѣлить, прилегаеть-ли только матка къ опухоли на большомъ протяженіи, или она сама составляетъ часть ея. Если опухоль сидитъ на ножкѣ, то по роду ея соединенія съ маткой можно судить, маточная-ли это опухоль или нѣтъ. Я хотѣлъ бы настойчиво предостеречь отъ одного признака, которымъ часто пользуются въ диагностикѣ, это — совмѣстное движеніе влагалищной части при смѣщеніи крупныхъ маточныхъ опухолей со стороны брюшныхъ покрововъ и неподвижность ея, когда смѣщаютъ большія яичниковыя опухоли. Нельзя отрицать, что этотъ признакъ подходитъ для равномернаго увеличенія матки и сидящихъ на тонкой ножкѣ яичниковыхъ опухолей, но по отношенію къ большинству опухолей онъ таитъ въ себѣ массу ошибокъ, ибо, съ одной стороны, стебельчатыя, подсывороточныя міомы имѣютъ столь изолированную подвижность, что она совершенно не затрогиваетъ матки,

съ другой стороны, межсвязочныя или ереспіяся на большомъ протяженіи съ маткой яичниковыя опухоли часто бываютъ подвижны только совмѣстно съ маткой и поэтому отчетливо смѣщаютъ также влагалищную часть. Дальнѣйшія трудности въ распознаваніи перехода *portio vaginalis* въ опухоль возникаютъ во время беременности влѣдствіе сильнаго разрыхленія нижняго маточнаго сегмента или при сильныхъ перегибахъ въ области внутренняго зѣва. Хотя упомянутый признакъ (т. е. переходъ влагалищной части въ опухоль) самый надежный и добывается съ наименьшими неудобствами для больной, онъ имѣетъ, однако, свои предѣлы; если имъ не достигаютъ цѣли, то прибѣгаютъ къ зонду. Помощью послѣдняго опухоль распознаютъ какъ маточную, если констатируютъ маточную полость въ ней или на краю ея; это опредѣляется уже направлениемъ, которое зондъ принимаетъ въ опухоли, но вѣрнѣе еще, если зондъ осторожно продвигаютъ до дна и затѣмъ прощупываютъ пуговку гдѣ-либо на верхней или боковой периферіи. Несомнѣнно, что подобныя же данныя могутъ получиться, если матка широко прилегаетъ къ межсвязочной опухоли. Во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ лучше всего разрѣшаетъ сомнѣнія измѣреніе длины полости, ибо лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ межсвязочныя опухоли, не исходящія изъ матки, настолько растягиваютъ послѣднюю, что полость замѣтно удлинняется, обыкновенно же можно видѣть въ этомъ явленіи одинъ изъ вѣрнѣйшихъ признаковъ маточнаго происхожденія опухоли. Наряду съ этими двумя признаками третій признакъ, а именно направленіе круглыхъ связокъ, имѣетъ лишь ограпиченное значеніе для распознаванія маточнаго происхожденія. Если можно отчетливо прослѣдить, что *ligg. rotunda* направляются къ опухоли и пробѣгаютъ на ней на извѣстномъ протяженіи, то опухоль маточная, ибо съ околоматочными опухолями круглыя связки не вступаютъ ни въ какія отношенія, развѣ если широкое интралигаментарное развитіе опухоли приподымаетъ круглую связку соответственной стороны нѣсколько впередъ и вверхъ, такъ что она косо пробѣгаетъ черезъ переднюю поверхность опухоли.

Если рѣшено, что опухоль маточнаго происхожденія, то при крупныхъ опухоляхъ, выступающихъ надъ тазовымъ входомъ, рѣчь можетъ идти только о міомахъ или беременности, иногда о большихъ саркомахъ. О различительномъ распознаваніи см. стр. 158.

Если можно матку съ увѣренностью исключить какъ исходный пунктъ опухоли, то рѣчь идетъ объ околоматочной опухоли въ болѣе широкомъ смыслѣ. Изъ нихъ достигаютъ означенной величины только опухоли яичника, *ragoovagium*, рѣдко опухоли трубы, кровоизліянія и иногда внутриили вѣнбрюшинныя экссудаты. Въ какомъ направленіи искать дальше діагноза, будетъ зависѣть на первомъ планѣ отъ очертаній опухоли: если опухоль обнаруживаетъ вездѣ отчетливыя, рѣзкіе контуры, а тѣмъ болѣе собственную стѣнку, то можно исключить кровоизліянія и выпоты и надо предположить опухоль яичника, *ragoovagium* или трубы; даже при осложненіи воспалительными процессами въ окружности можно болѣею частью отчетливо прощупать стѣнку этой опухоли. Менѣе пригодна для разли-

чительнаго распознаванія консистенціи; при только что упомянутыхъ опухоляхъ, за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ плотныхъ яичниковыхъ опухолей и очень толстостѣнныхъ *ruosalpinx*овъ, она большею частью отчетливо кистовидна, но и экссудаты, особенно брюшиннаго происхожденія, могутъ давать очень отчетливую флюктуацію, а *haematocoele* можетъ въ исключительныхъ случаяхъ оставаться вполнѣ кистовидной и походить по консистенціи на яичниковую опухоль. Если съ увѣренностью распознана отчетливо отграниченная, кистовидная опухоль, то, судя по частотѣ, мы можемъ съ наибольшей вѣроятностью высказаться за яичниковую опухоль; но для точнаго діагноза требуется еще констатированіе тяжеобразнаго, рѣже межсвязочнаго соединенія съ маткой; пароваріальную опухоль можно лишь тогда діагностицировать, если на той же сторонѣ прощупывается яичникъ въ ножкѣ, а трубныя опухоли отличаются главнымъ образомъ по утолщенной маточной части трубы и по ихъ обоюдосторонности. Разлитыя очертанія и широкое соединеніе съ сосѣдними частями дѣлають всегда весьма вѣроятнымъ воспалительный процессъ или кровоизліяніе; дальнѣйшія различія этихъ обоихъ процессовъ между собою заключаются въ степени реактивнаго воспаления, въ консистенціи и въ извѣстныхъ анамнестическихъ моментахъ (см. стр. 280).

До сихъ поръ рѣчь шла только о крупныхъ опухоляхъ, выступающихъ надъ тазовыхъ входомъ, такъ какъ по своимъ дифференціально-діагностическимъ отношеніямъ къ опухолямъ прочихъ брюшныхъ органовъ онѣ занимають особое положеніе. Но главный контингентъ такъ наз. гинекологическихъ опухолей представляютъ **небольшія опухоли, вполнѣ или по крайней мѣрѣ большею своею частью лежащія въ маломъ тазу.** Различительное распознаваніе этихъ опухолей гораздо важнѣе для врача, такъ какъ онѣ гораздо чаще встрѣчаются, обнаруживаютъ гораздо менѣе рѣзкія различія, нежели вышеупомянутыя крупныя опухоли, и, наконецъ, потому, что въ кругъ дифференціальнаго діагноза должны войти еще рядъ опухолей сосѣднихъ органовъ. Рѣчь идетъ объ опухоляхъ матки, яичниковъ, *ragovaria*, трубы, о кровоизліяніяхъ и выпотахъ въ широкой связкѣ и параметріи, о *haematocoele* и экссудатахъ въ брюшинномъ пространствѣ, объ опухоляхъ пузыря и прямой кишки, объ опухоляхъ надкостницы, тазовыхъ костей и наконецъ тазовыхъ железъ. Различительное распознаваніе этихъ опухолей, которыя мы обозначимъ общимъ именемъ **ТАЗОВЫХЪ ОПУХОЛЕЙ**, представляетъ очень трудную область и таитъ не одну неразрѣшимую загадку, даже для опытнаго спеціалиста. Основу діагноза образуетъ и здѣсь объективное изслѣдованіе посредствомъ бимануальнаго ощупыванія. Основная мысль изслѣдованія та, чтобы *отыскать сперва органъ, изъ котораго опухоль исходитъ*; если это удалось, то на дальнѣйшій вопросъ, какого рода опухоль, гораздо легче отвѣтить. Слѣдовательно, главный вопросъ въ сущности топографически-анатомическій, и въ этомъ направленіи и надо искать рѣшенія его.

И здѣсь начинаютъ съ *отысканія матки*. Этимъ добывается,

во-первыхъ, извѣстность относительно того, не служить-ли она сама мѣсто-положеніемъ опухоли, а если нѣтъ, то все-таки пріобрѣтается чрезвычайно важный пунктъ для ориентированія относительно положенія опухоли, ибо для распознаванія весьма важно, лежатъ-ли опухоль спереди, сзади или сбоку отъ матки, или при нѣсколькихъ опухоляхъ—лежатъ-ли онѣ всѣ на одной и той же сторонѣ или по обѣ стороны отъ матки. Сперва отыскиваютъ матку бimanуально, слѣдя за переходомъ влагалищной части въ матку; при равномерномъ увеличеніи матки, напр. междуточными міомами, это иногда удается сразу. Неточный результатъ получается, если рѣчь идетъ о неравномерномъ увеличеніи матки; тогда *portio vaginalis* не переходитъ прямо въ опухоль, а гдѣ либо на периферіи ея, и тогда трудно рѣшить, исходить-ли опухоль изъ матки или только прилегаетъ къ ней. Объ этомъ судятъ по характеру соединенія съ маткой, ибо если опухоль прилегаетъ къ ней извнѣ, то можно опредѣлить обыкновенно между ними борозду на всемъ протяженіи, на которомъ онѣ соприкасаются, между тѣмъ какъ маточныя опухоли прямо исходятъ изъ матки на широкомъ основаніи или на тонкой ножкѣ. Въ сомнительныхъ случаяхъ рѣшаетъ зондъ, который почти при всѣхъ маточныхъ опухоляхъ констатируетъ удлиненіе полости. Придатки и круглая связка большею частью не удается съ увѣренностью прощупать. Если невозможно опредѣлить матку какъ продолженіе влагалищной части, потому что ее окружаютъ нѣсколько опухолей одинаковой формы, напр. подсывороточныя міомы, или если опухоли придатковъ такъ обросли ее, что ея очертанія совершенно ступшевались, то можно иногда воспользоваться консистенціей для отысканія ея; матка бываетъ мягче окружающихъ частей при міомахъ и тверже, нежели мягкія и кистовидныя опухоли придатковъ. Можно также ощупывать короткими толчками всю периферію большой опухоли и обращать вниманіе на то, изъ какого мѣста толчокъ лучше всего передается влагалищной части. Во всѣхъ неясныхъ случаяхъ надо прибѣгнуть къ зонду, если только употребленіе его не противопоказуется, какъ, напр., при подозрѣніи на трубную опухоль, экссудатъ, *haematocele*, *graviditas intra-и extrauterina*; по направленію, которое зондъ принимаетъ, или по пуговкѣ его, прощупываемой наружной рукой, мы лучше всего можемъ судить, гдѣ искать тѣло матки.

Распознавъ, что опухоль принадлежитъ одной маткѣ, опредѣляютъ далѣе, представляетъ-ли она равномерное увеличеніе органа или соединяется съ нимъ посредствомъ ножки; послѣдняго рода опухоли оказываются всегда подсывороточными міомами или иногда пробившимися изнутри саркомами. Если опухоль опредѣляется въ видѣ равномернаго увеличенія матки, то за дальнѣйшими разъясненіями мы обращаемся къ консистенціи, исходя изъ нормальной консистенціи матки: увеличенія матки, которыя мягче нормы, указываютъ только на беременность, выкидышъ, или пуперальное размягченіе, болѣе значительная твердость — на хроническій метритъ, міомы или карциномы. О дальнѣйшемъ различительномъ распознаваніи этихъ состояній см. стр. 161 и 210.

Если можно исключить *матку, какъ исходный пунктъ опухоли*, то надо сперва держаться нѣкоторыхъ свойствъ послѣдней, чтобы при обиліи возможныхъ здѣсь опухолей не сбиться съ вѣрнаго пути. Если удастся по отчетливой флюктуациі распознать *кистовидный характеръ* опухоли, то рѣчь идетъ объ яичниковыхъ опухоляхъ, ретенціонныхъ кистахъ трубы (особенно hydrosalpinx), пароваріальныхъ опухоляхъ, либо о пельвеоперитонитическихъ экссудатахъ или кровяныхъ опухоляхъ (haematocoele) въ свѣжемъ стадіи. Всѣ упомянутыя опухоли могутъ занимать любое положеніе въ окрестностяхъ матки, но онѣ имѣютъ извѣстныя излюбленныя мѣста, и этимъ можно воспользоваться для дальнѣйшаго различительнаго распознаванія. Такъ какъ выпоты и кровоизліянія преимущественно скопляются въ Дугласовомъ пространствѣ, а небольшія трубныя и яичниковыя опухоли обыкновенно остаются на томъ мѣстѣ, гдѣ лежитъ самый органъ, то выраженная заматочная локализациія говоритъ скорѣе за первые; но на это одно нельзя полагаться, такъ какъ и опухоли придатковъ могутъ опуститься въ Дугласово пространство, а надо кромѣ того обратиться къ указаннымъ на стр. 278 и 279 различіямъ между жидкими кровяными опухолями и экссудатами съ одной стороны и яичниковыми опухолями съ другой. Боковое мѣстоположеніе кистовидной опухоли говоритъ скорѣе за то, что она исходитъ изъ трубы или яичника, такъ какъ брюшинныя отчетливо кистовидныя опухоли рѣдко сидятъ сбоку. Объ отличіяхъ между трубными и яичниковыми опухолями см. стр. 270.

Область *сплошныхъ опухолей* гораздо болѣе обширна (при этомъ я еще разъ хочу указать на то, что небольшія оваріальныя кисты, особенно толстостѣнные дермоиды, часто принимаются за сплошныя опухоли). Констатировавъ плотную консистенцію, мы этимъ самымъ исключаемъ прежде всего всѣ свѣжіе брюшинныя выпоты и кровяныя опухоли; напротивъ, послѣднія въ свернувшемся состояніи и первые въ ступени всасыванія могутъ быть на-ощупъ не только сплошными, но даже явственно твердыми. Послѣ констатировавія плотной консистенціи наиболѣе важно опредѣленіе *формы* опухоли, этимъ мы ближе всего подходимъ къ цѣли — распознать пораженный органъ. Главная суть въ томъ, чтобы опредѣлить, круглы-ли очертанія опухоли или же послѣдняя распространяется плоско и диффузно; если контуры вездѣ или по большей части периферіи круглы или овальны, то это говоритъ за происхожденіе изъ яичника или трубы, плоское же распространеніе свойственно опухолямъ тазовой клѣтчатки. Встрѣчаются, однако, нѣкоторые исключенія: трубныя опухоли, особенно ruosalpinx, сочетаются съ выпотами въ параметріи и этимъ приобретаютъ свойства обоихъ, тоже и злокачественныя яичниковыя опухоли вызываютъ, вслѣдствіе зараженія тазовой клѣтчатки со стороны ножки, образованіе плоско распространяющихся твердыхъ опухолей; съ другой стороны, параметритическіе экссудаты могутъ приобрести круглыя очертанія въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ они покрыты брюшиной. Лучше всего можно оградить себя

отъ ошибокъ въ этомъ направленіи изслѣдованіемъ *всего* контура. Если рѣшаютъ вопросъ въ пользу тазовой клѣтчатки, то этимъ самымъ распознать экссудатъ, ибо раковое пропитываніе, могущее представлять подобныя же пальпаторныя данныя, требуетъ всегда нахождения первичнаго очага. О дальнѣйшемъ отличіи, особенно при рецидивахъ, см. стр. 220. Если же параметрій исключаютъ, то дальнѣйшія различія между трубными и яичниковыми опухолями устанавливаются на основаніи признаковъ, разбръанных на стр. 270. Сплошныя опухоли яичниковъ могутъ далѣе разпадатся на новообразованія (фибромы, фибросаркомы, саркомы, карциномы) и на оофориты, твердая же опухоль трубы можетъ оказаться *ruosalpinx*, *mola tubaria* или новообразованіемъ. О различіяхъ см. стр. 271.

Особаго разбора заслуживаетъ **распознаваніе межесвязочныхъ опухолей**, такъ какъ послѣднія, будучи покрыты тазовой клѣтчаткой и брюшиной, утрачиваютъ рядъ своихъ характерныхъ свойствъ. Связь съ маткой становится неясной, покрывка изъ соединительной ткани, особенно въ инфильтрированномъ состояніи, затрудняетъ опредѣленіе контура и консистенціи собственно опухоли, мѣшаетъ развитію характерной формы трубной опухоли, словомъ, діагнозъ этихъ опухолей значительно труднѣе. Послѣ того какъ діагнозъ интралигаментарнаго развитія опухоли твердо установленъ (см. стр. 189) и матка, какъ исходный пунктъ ея, съ увѣренностью исключена, стараются сперва рѣшить, кистовидная-ли это опухоль или сплошная. Изслѣдованіе консистенціи требуетъ при толстоствѣнныхъ опухоляхъ болѣе энергическаго надавливанія, а если и тогда не удастся опредѣлить ее, то испытываютъ консистенцію со стороны прямой кишки, къ которой опухоль часто прилегаетъ, обнаженная отъ связки. Съ увѣренностью распознанная *кистовидная* консистенція говоритъ за пароваріальныя, яичниковыя или трубныя опухоли (главнымъ образомъ *hydrosalpinx*), либо жидкія кровоизліянія, между которыми различія часто сильно сглаживаются. Затрудненія еще возрастаютъ, если опухоль *сплошная*, или если не удастся вызвать флюктуацію. Въ дальнѣйшемъ различеніи плотныхъ опухолей можно въ общемъ придерживаться того же пути, какъ и при распознаваніи не-межесвязочныхъ опухолей, съ той только разницей, что опредѣленіе всѣхъ свойствъ затруднено. Межесвязочныя яичниковыя опухоли, напримѣръ, причиняютъ намъ затрудненія потому, что болѣею частью это — небольшія, сосочковыя опухоли, которыя не даютъ отчетливой флюктуаціи, а, переходя въ карциномы, онѣ заражаютъ сосѣднія ткани и могутъ получить совершенно разлитыя очертанія. Трубныя опухоли, особенно гнойнаго характера, окружаются болѣею частью толстой, инфильтрированной оболочкой изъ интралигаментарной ткани, и поэтому трудно опредѣлить въ нихъ флюктуацію; по той-же причинѣ ступшевывается ихъ форма и даже при *hydrosalpinx*'ахъ, покрытыхъ одной брюшиной, трудно опредѣляются характеристичныя извилины, только инфильтрированный маточный ковецъ выдаетъ трубное происхожденіе. Межесвязочныя экссудаты могутъ стать очень похожими на міомы, такъ какъ они сверху очень гладки и

широко соединяются съ маткой, — особенно если они не простираются въ глубокіе отдѣлы параметрія. Межсвязочныя кровоизліянія скоро такъ твердѣютъ и округляются, что они даютъ при ощупываніи совсѣмъ другую картину, нежели внутривнутрибрюшинныя кровоизліянія. Трудности различительнаго распознаванія здѣсь очень велики и чаще, чѣмъ при другихъ опухоляхъ, приходится прибѣгать къ содѣйствію анамнеза, а иногда и наблюденія.

При опухоляхъ, лежащихъ въ маломъ тазу, рѣшеніе вопроса, имѣемъ ли мы дѣло съ *опухолями* половыхъ или *сосѣднихъ* съ ними *органовъ*, далеко не имѣетъ того значенія, что при вышеописанныхъ крупныхъ опухоляхъ, ибо первыя гораздо рѣже и въ виду недостаточнаго пространства въ маломъ тазу весьма скоро такъ тѣсно сблизаются съ половыми органами, что діагностическіе признаки вродѣ упомянутыхъ выше здѣсь не пригодны. Тѣмъ не менѣе и здѣсь остается правиломъ, что надо ограничить ихъ пространственно отъ половыхъ органовъ и по возможности стараться опредѣлять, что послѣдніе, по крайней мѣрѣ матка и яичники, здоровы. Такимъ образомъ можно будетъ отличить отъ опухолей половыхъ органовъ опухоли надкостницы, тазовыхъ костей, тазовыхъ железъ, паратифлитическіе экссудаты, большею частью также опухоли пузыря и прямой кишки. Если же причислять тазовую клѣтчатку къ половымъ органамъ, что для гинекологическихъ цѣлей необходимо, то возникаютъ новыя затрудненія: извѣстныя формы параметритическихъ выпотовъ въ стадіи всасыванія отдѣляются отъ матки и, оставаясь въ широкомъ соединеніи съ тазомъ, симулируютъ опухоли костей; то же самое бываетъ, если эти части становятся мѣстомъ раковаго новообразованія или рецидива. Чѣмъ ближе эти опухоли прилегаютъ къ половымъ органамъ, тѣмъ труднѣе исключить происхожденіе ихъ изъ послѣднихъ; это мнѣ нѣсколько разъ встрѣчалось при карциномахъ прямой кишки, которыя захватили околовисцерную клѣтчатку вплоть до матки и симулировали экссудаты, пока дѣло не разъяснилось изслѣдованіемъ *per rectum*.

Въ дальнѣйшія подробности, касающіяся аналитической діагностики брюшныхъ опухолей, я не хочу вдаваться, а отсылаю для изученія распознавательныхъ признаковъ отдѣльныхъ опухолей къ частной діагностикѣ. Мое намѣреніе было указать путь, по которому врачъ помощью сочетаннаго изслѣдованія можетъ придти къ вѣрному діагнозу; поскольку этому могутъ содѣйствовать симптоматологія, анамнезъ и наблюденіе, я разъяснилъ въ частной діагностикѣ.

## Перечень рисунковъ, помѣщенныхъ въ текстѣ.

Рис.	Стр.	Рис.	Стр.
1. Veit-Schroeder'овское кресло для изслѣдованія . . . . .	8	наго соединительнотканнаго пласта кверху . . . . .	53
2. Положеніе рукъ при комбинированномъ изслѣдованіи матки . . . . .	12	28. Flexura sigmoidea, наполненная faeces. . . . .	54
3. Положеніе рукъ при комбинированномъ кишечно-влагалищномъ изслѣдованіи . . . . .	13	29. Ходъ лимфатическихъ сосудовъ влагалищаго свода, влагалищной части, шейки и тѣла матки . . . . .	55
4. Маточный зондъ . . . . .	15	30. Ходъ лимфатическихъ сосудовъ матки и яичниковъ . . . . .	56
5. Введеніе маточнаго зонда въ шейный каналъ . . . . .	16	31. Беременная матка на 5-мъ мѣсяцѣ . . . . .	67
6. Проскальзываніе зонда въ маточную полость . . . . .	17	32. Положеніе рукъ при опредѣленіи Hegar'овскаго признака беременности . . . . .	67
7. Зеркало изъ молочнаго стекла Carle'a Mayer'a . . . . .	22	33. Скопленіе крови въ трубѣ и haematocoele peritubaria при трубной беременности . . . . .	82
8. Наборъ изъ пяти разнокалиберныхъ зеркалъ молочнаго стекла . . . . .	22	34. Haematocoele retrouterina при лопнувшей лѣвосторон. трубной беременности . . . . .	83
9. Введеніе Mayer'овскаго зеркала . . . . .	22	35. Haematocoele retrouterina, около 5-мѣсячной давности, образовавшаяся послѣ лопнувшей трубной беременности . . . . .	84
10. Simon'овское зеркало (вагинального ложка) . . . . .	23	36. Haematocoele peritubaria и кровоизліаніе въ трубу при трубной беременности . . . . .	86
11. Simon'овское зеркало (передняя ложка) . . . . .	23	37. Лѣвосторонняя межсвязочная трубная беременность на 10-мъ мѣсяцѣ . . . . .	92
12. Введеніе задней пластинки Simon'овскаго зеркала . . . . .	24	38. Правосторонняя стебельчатая трубная беременность живымъ плодомъ на 10-мъ мѣсяцѣ . . . . .	92
13. Введеніе передней пластинки Simon'овскаго зеркала . . . . .	25	39. Retropositio uteri, обусловленная parametritis post . . . . .	113
14. Расширители Hegar'a . . . . .	28	40. Dextropositio uteri, вызванная лѣвосторонней межсвязочной яичниковой опухолью . . . . .	114
15. Инструментъ для введенія іодоформной марли . . . . .	28	41. Dextropositio uteri, вызван. правостороннимъ parametritis retrahens . . . . .	114
16. Палочка ламинарія съ продѣтой шелковой нитью . . . . .	29	42. Elevatio uteri вслѣдствіе фиксациі матки послѣ кесарскаго сѣченія . . . . .	115
17. Положеніе рукъ при ощупываніи матки . . . . .	30	43. Descensus vaginal. ant. et post. съ descensus uteri . . . . .	117
18. Сагитальный разрѣвъ таза съ проводной линіей . . . . .	43	44. Prolapsus vaginal. ant. съ вторичнымъ descensus uteri . . . . .	119
19. Нормальное положеніе матки при умѣренно-наполненномъ пузырькѣ и пустой прямой кишкѣ . . . . .	45	45. Первичный пролапсъ задней влагалищной стѣнки съ значительн. rectocoele. . . . .	118
20. Матка съ брюшиннымъ покровомъ и связками, видъ спереди . . . . .	46	46. Первичное опущеніе матки съ выворотомъ влагалища . . . . .	120
21. То же самое, видъ сзади . . . . .	46	47. Полное выпаденіе влагалища и матки. . . . .	121
22. Положеніе тазовыхъ органовъ, видъ слѣва, по удаленіи лѣвой тазовой стѣнки . . . . .	48	48. Выпаденіе передней влагалищной стѣнки съ elongatio cervicis. . . . .	122
23. Яичникъ съ широкой связкой . . . . .	49		
24. Нормальное положеніе женскихъ половыхъ органовъ . . . . .	50		
25. Фронтальный разрѣвъ таза, видъ свави, обнаруживающій протяженіе тазовой клѣтчатки между брюшной и m. levator. ani . . . . .	51		
26. Горизонтальный разрѣвъ таза, показывающій горизонтальное протяженіе тазовой клѣтчатки . . . . .	53		
27. Сагитальный разрѣвъ, проведенный черезъ тазъ слѣва вдоль матки, показывающій отхожденіе широкой связки отъ горизонталь-			

Рис.	Стр.	Рис.	Стр.
49. Громадный пролапсъ всего влагалища съ elongatio cervicis . . .	122	ковая опухоль яичника . . . . .	190
50. Anteversio uteri . . . . .	127	86 и 87. Отношенія Дугласовыхъ складокъ при заматочномъ и межъяичномъ положеніи яичниковой опухоли . . . . .	191
51. Sinistroversio uteri . . . . .	128	88. Нормальная матка съ ея различными слизистыми оболочками . . .	196
52. Anteflexio uteri congenita . . . . .	131	89. Кавкродъ влагалищной части, имбюющей видъ цвѣтливой капусты, . . . . .	197
53. Anteflexio uteri fixata . . . . .	132	90. То же самое на сагитальномъ разрѣзѣ . . . . .	197
54. Retroversio uteri . . . . .	133	91. Инфильтрирующий ракъ влагалищной части . . . . .	197
55. Retroflexio uteri . . . . .	134	92. Раковая полость во влагалищной части . . . . .	197
56. Кажущееся и истинное опущеніе влагалищной части . . . . .	134	93. Раковая язва (ulcus rodens) задней губы и влагалищаго свода . . . . .	198
57. Положеніе трубъ и яичниковъ при ante- и retroversio uteri . . . . .	135	94. Инфильтрирующий ракъ шейки . . . . .	198
58. Retroflexio uteri gravidi . . . . .	140	95. Раковая полость въ шейкѣ, образовавшаяся вслѣдствіе распаденія инфильтрирующей карциномы . . . . .	200
59. Retroversio, retropositio и retroflexio uteri . . . . .	140	96. Большая раковая полость въ шейкѣ съ разрушеніемъ почти всего шеечаго канала . . . . .	200
60. Межяичная миома задней стѣнки . . . . .	145	97. Раковое изъязвленіе въ шеечномъ каналѣ и тѣлѣ матки . . . . .	201
61. Подсывороточная и двѣ междуяичныя міомы матки . . . . .	146	98. Разлитой ракъ тѣла матки, обрывающийся какъ-разъ у внутренняго зѣва . . . . .	201
62. То же самое на сагитальномъ разрѣзѣ . . . . .	147	99. Ограниченный ракъ тѣла матки . . . . .	202
63. Большой фиброзный полипъ; въ стѣнкѣ матки небольшая междуяичная, у дна болѣе крупная подсывороточная миома . . . . .	148	100. Поллиповый ракъ тѣла матки . . . . .	202
64. Подслизистая миома въ моментъ роженія . . . . .	148	101. Далеко распространившійся ракъ шейки и обоихъ параметрій въ . . . . .	215
65. Небольшая междуяичная миома передней стѣнки . . . . .	151	102. Ракъ шейки и лѣваго параметрія . . . . .	215
66. Болѣе значительная междуяичная миома передней стѣнки . . . . .	152	103. Мѣстный рецидивъ въ правомъ параметріи послѣ полнаго вылушенія матки . . . . .	220
67. Подслизистая миома въ моментъ роженія . . . . .	152	104. Рецидивъ въ правомъ параметріи послѣ надвлагалищной ампутаціи шейки (прививной рецидивъ) . . . . .	221
68. Подсывороточная миома передней стѣнки . . . . .	153	105. Рецидивъ въ железахъ послѣ полнаго вылушенія матки . . . . .	221
69. Три подсывороточныя міомы матки . . . . .	154	106. Саркома слизистой оболочки тѣла матки . . . . .	223
70. Межъяичная миома лѣвой стѣнки тѣла и шейки матки . . . . .	154	107. Миосаркома тѣла матки . . . . .	223
71. Забрюшинная миома задней шеечной стѣнки . . . . .	155	108. Образование adenoma malignum uteri invertens изъ нормальной железы (продольный разрѣзъ) . . . . .	243
72. Ходъ круглыхъ связокъ при различныхъ формахъ міомъ . . . . .	156	109. То же самое на поперечномъ разрѣзѣ) . . . . .	243
73. Положеніе придатковъ при міомѣ шейки . . . . .	157	110. Образование adenoma malignum uteri evertens изъ нормальной железы (продольн. разрѣзъ) . . . . .	244
74. Форма маточной полости при подсывороточной, междуяичной и подслизистой міомѣ . . . . .	158	111. То же самое на поперечномъ разрѣзѣ . . . . .	244
75. Отношенія ножки при нормальномъ яичникѣ и при опухоли его . . . . .	169	112. Salpingitis catarrhalis . . . . .	258
76. Отношенія яичниковой опухоли къ широкой связкѣ на сагитальн. разрѣзѣ . . . . .	169	115. Salpingitis purulenta . . . . .	260
77. Правосторонняя киста яичника . . . . .	171	114. Двусторонній Pyosalpinx при retroversio uteri . . . . .	261
78. Лѣвосторонняя опухоль яичника . . . . .	172	115. Различныя формы ретенционныхъ опухолей трубы . . . . .	262
79. Заматочная опухоль яичника . . . . .	174	116. Межъяичный правосторонній hydrosalpinx . . . . .	263
80. Положеніе рукъ при ощупываніи ножки яичниковой опухоли . . . . .	177	117. То же самое на поперечномъ разрѣзѣ . . . . .	263
81. Правосторонняя пароваріальная киста . . . . .	180		
82. Киста поджелудочной железы . . . . .	187		
83. Большая опухоль селезенки съ отчетливо прощупываемыми вырѣзками . . . . .	187		
84. Опухоль правой доли печени . . . . .	189		
85. Обоесторонняя межъяичная сосоч-			

Рис.	Стр.	Рис.	Стр.
118. Правосторонний pyosalpinx . . . . .	264	iliaca . . . . .	285
119. Левосторонний pyosalpinx, подь брюшнымъ концомъ котораго рас- положенъ параметритическій экс- судатъ . . . . .	265	128. То же самое на поперечномъ раз- рѣзѣ . . . . .	286
120. Правосторонній hydrosalpinx . . . . .	268	129. Межвязочный параметритическій эксудатъ въ періодѣ всасыванія . . . . .	286
121. Пельвеоперитонитическій экссу- датъ . . . . .	278	130. Гематома въ правой широкой связкѣ . . . . .	290
122. То же самое на поперечномъ раз- рѣзѣ . . . . .	278	131. Паратифлитный эксудатъ . . . . .	291
123. Параметритическій эксудатъ въ лѣвомъ заднемъ квадрантѣ . . . . .	283	132. Parametritis retrahens . . . . .	294
124. Параметритическій эксудатъ въ верхнъ гесю-vaginale . . . . .	283	133. Schultze'вскій пробный тампонъ . . . . .	299
125. Пуэрперальный межвязочный экс- судатъ . . . . .	284	134. Uterus rudimentarius bipartitus . . . . .	340
126. Параметритическій эксудатъ въ лѣвомъ переднемъ квадрантѣ и ra- parametrium anterius . . . . .	285	135. Uterus bicornis intransplex . . . . .	343
127. Параметритическій эксудатъ въ лѣвой широкой связкѣ и fossa		136. Nitze'вскій цетоскопъ . . . . .	358
		137. Горизонтальный разрѣзъ черезъ брюшную полость въ области поч- кекъ . . . . .	374
		138. Горизонтальный разрѣзъ черезъ поч- ечную олуходь in situ . . . . .	375
		139. Правосторонняя почечная опухоль . . . . .	376
		140. Правосторонняя блаждующая поч- ка при положеніи на лѣвомъ боку . . . . .	379

## Перечень рисунковъ, помѣщенныхъ въ таблицахъ.

Рис.	Табл.	Рис.	Табл.
1. Vulva neonatae . . . . .	1	27. Carcinoma glandulare cervicis . . . . .	10
2. Разрѣзъ черезъ клетчатку большой губы у взрослой, съ долейкой Bar- tholini'евой железы . . . . .	1	28. Adenoma malignum cervicis . . . . .	11
3. Эпителий слизистой оболочки шейки . . . . .	2	29. Carcinoma cervicis . . . . .	11
4. Эпителий слизистой оболочки тѣла матки . . . . .	2	30. Adenoma malignum corp. ut. . . . .	12
5. Нормальный эндометрій зрѣлой въ половомъ отношеніи женщины . . . . .	3	31. Adenoma malignum corp. ut. . . . .	12
6. Нормальный эндометрій зрѣлой въ половомъ отношеніи женщины . . . . .	3	32. Adenoma malignum corp. ut. ever- tens . . . . .	13
7. Слизистая оболочка матки во время менструаціи . . . . .	4	33. Adenoma malignum corp. ut. in- vertens . . . . .	13
8. Мускулатура матки . . . . .	4	34. Adenoma malignum corp. ut. ever- tens . . . . .	14
9. Зрѣлая плацента . . . . .	5	35. Adenoma malignum corp. ut. in- vertens . . . . .	14
10. Отпадающая оболочка . . . . .	5	36. Начальная стадія эпителиа при злокачественномъ перерожденіи въ тѣлѣ матки . . . . .	14
11. Железы отпадающей оболочки . . . . .	5	37. Роговидный ракъ тѣла матки . . . . .	15
12. Выскобленные массы при retentio chorii . . . . .	6	38. Carcinoma corporis uteri . . . . .	15
13. Endometritis post abortum (subin- volutio или retentio deciduae) . . . . .	6	39. Sarcoma globogigantocellulare mu- cosae uteri . . . . .	16
14. Membrana dysmenorrhoeica . . . . .	6	40. Myosarcoma fasciellulare corp. ut. . . . .	16
15. Membrana dysmenorrhoeica . . . . .	6	41. Sarcoma fasciellulare uteri . . . . .	16
16. Канкрюидъ влагалищной части . . . . .	7	42. Endometritis exsudativa . . . . .	17
17. Канкрюидъ влагалищной части . . . . .	7	43. Endometritis interstitialis acuta . . . . .	17
18. Канкрюидъ влагалища . . . . .	7	44. Endometritis interstitialis . . . . .	18
19. Канкрюидъ вульвы . . . . .	7	45. Сильно гипертрофированныя клѣт- ки стромы съ истиннымъ прото- плазматическимъ тѣломъ при endo- metritis interstitialis . . . . .	18
20. Эрозія . . . . .	8	46. Endometritis glandularis hypertro- phica . . . . .	19
21. Железа эрозіи въ состоянн зажи- вленія . . . . .	8	47. Endometritis glandularis cystica . . . . .	19
22. Эрозія въ состоянн неполнаго за- живленія . . . . .	8	48. Endometritis glandularis hyper- trophica . . . . .	20
23. Ovula Nabothi. Erosio follicularis, incomplete sanata . . . . .	9	49. То же самое на поперечномъ раз- рѣзѣ . . . . .	20
24. Ulcus portionis vaginalis (ex causa ignota) . . . . .	9	50. Endometritis glandularis . . . . .	20
25. Carcinoma glandulare cervicis . . . . .	10		
26. Carcinoma glandulare cervicis . . . . .	10		

# Оглавление.

	Стр.
<b>Общая диагностика</b> . . . . .	5
Наружное изслѣдованіе . . . . .	5
Внутреннее изслѣдованіе . . . . .	7
Комбинированное изслѣдованіе . . . . .	7
Изслѣдованіе черезъ прямую кишку . . . . .	12
Маточный зондъ . . . . .	14
Прямъеніе зеркаль . . . . .	21
Расширеніе и ощупываніе матки . . . . .	25
Микроскопическое изслѣдованіе (Ruge) . . . . .	31
Построеніе гинекологическаго діагноза . . . . .	34
<b>Частная диагностика</b> . . . . .	41
<i>Нормальная анатомія</i> . . . . .	41
Топографическая анатомія женскихъ половыхъ органовъ и нормальныхъ данныхъ ощупыванія . . . . .	41
Нормальная гистологія (Ruge) . . . . .	56
<i>Распознаваніе нормальной беременности</i> . . . . .	64
<i>Распознаваніе разстройствъ беременности</i> . . . . .	71
Беременность мертвымъ плодомъ . . . . .	71
Кровотеченія во время беременности . . . . .	73
Распознаваніе выкидыша . . . . .	74
Распознаваніе внематочной беременности . . . . .	79
Анатомическое распознаваніе беременности (Ruge) . . . . .	97
Микроскопическое распознаваніе извергнутыхъ изъ матки оболочекъ (Ruge) . . . . .	108
<i>Смщенія матки и соседнихъ органовъ</i> . . . . .	110
Antepositio uteri . . . . .	111
Retropositio uteri . . . . .	112
Lateropositio uteri . . . . .	113
Elevatio uteri . . . . .	115
Prolapsus . . . . .	115
Anteversio uteri . . . . .	127
Lateroversio uteri . . . . .	127
Retroversio uteri . . . . .	129
Anteflexio uteri . . . . .	129
Retroversioflexio uteri . . . . .	132
Torsio uteri . . . . .	142
Inversio uteri . . . . .	142
<i>Распознаваніе мѣомъ матки</i> . . . . .	143
<i>Распознаваніе яичниковыхъ опухолей</i> . . . . .	164
<i>Распознаваніе злокачественныхъ заболѣваній матки, влагалища и вульвы</i> . . . . .	195
Ракъ матки . . . . .	195
Саркома матки . . . . .	222
Ракъ влагалища . . . . .	225
Саркома влагалища . . . . .	226
Ракъ вульвы . . . . .	226
Саркома вульвы . . . . .	229
Микроскопическое распознаваніе злокачественныхъ заболѣваній матки (Ruge) . . . . .	229

Анатомическое распознавание исходящихъ изъ матки полиповъ и тканевыхъ частейъ (миома, миосаркома, слизистый полиппъ [Ruge]) . . . . .	251
<i>Распознавание трубныхъ заболваній</i> . . . . .	257
<i>Распознавание пельвеоперитонита</i> . . . . .	273
<i>Распознавание параметрита</i> . . . . .	281
<i>Распознавание катарровъ</i> . . . . .	295
Микроскопическое распознавание эндометрита (Ruge). . . . .	317
<i>Распознавание пороковъ развитія внутреннихъ половыхъ органовъ</i> . . . . .	335
<i>Распознавание заболваній мочевого аппарата</i> . . . . .	345
Распознавание причинъ tenesmus vesicae . . . . .	347
Распознавание болъзней уретры . . . . .	348
Распознавание болъзней мочевого пузыря . . . . .	353
Распознавание причинъ недержанія мочи . . . . .	363
Распознавание причинъ задержанія мочи . . . . .	368
Распознавание болъзней мочеточниковъ . . . . .	370
Распознавание почечныхъ болъзней . . . . .	373
<b>Аналитическая діагностика</b> . . . . .	380
<i>Причины кровотеченій</i> . . . . .	381
<i>Причины аменорреи</i> . . . . .	389
<i>Причины дисменорреи</i> . . . . .	394
<i>Причины безплодія</i> . . . . .	404
Аналитическая діагностика брюшныхъ опухолей . . . . .	417

# Алфавитный указатель.

## А.

- Абсцесс Бартолиновой железы 317, — в Дугласъ 277.  
Adenoma malignum cervicis 200, — uteri 242.  
Амёнорея 389, — местные причины 391, — общие причины 393.  
Амнионитъ 35.  
Anteversio uteri 127.  
Antepositio uteri 111.  
Anteflexio uteri 129.  
Асцитъ 182, — осумкованный 177.  
Atresia hymenalis 338, 408.

## Б.

- Бартолиновы железы 42, (микр.) 57, — абсцессъ 317, — кисты 317.  
Бесплодіе при заболѣв. влагалища 408, — при заболѣв. влагалищнаго входа 407, — при заболѣв. влагалищ. части 409, — жены 407, — мужа 405, — при конституциональныхъ патченіяхъ 416, — при заболѣв. наружн. половыхъ частей 407, — при отклоненіяхъ со стороны перваго аппарата 416, — при параметритахъ 415, — при пельвиперитонитахъ 415, — при болѣзняхъ трубъ 413, — тѣла матки 411, — шейки 410, — яичниковъ 414.  
Беременность, въ зачаточномъ роѣ 94, — интестинальная 94, (микр.) 97, — кровотока 73, — мертвымъ плодомъ 71, — нормальная 64, 160, 179, — въ трубахъ 79, — въ яичникахъ 94.  
Блуждающая почка 378, — селезенка 380.  
Брюшина 45.  
Бугорчатка брюшины 275, — влагалищной части 208, — вульвы 229, — матки 304, 335, — трубъ 269.

## В.

- Vagina septa 341.  
Вагинитъ 408.  
Vestibulum vaginae 42.  
Влагалище 43, (микр.) 58, — выворотъ 119, — гумы 226, — кисты 126, (микр.) 250, — кровотечения 382, — катарръ 310, — молочница 312, — опущеніе 117, — отсутствіе 338, — пролапсъ 117, 118, 119, — какъ причина бесплодія 408, — ракъ 225, — саркома 226.  
Влагалищная часть 44, (микр.) 58, — бесплодіе при болѣзняхъ влагалищ. части

409, — бугорчатка 208, — гумы 209, — кондиломы 207, — кровотечения изъ нея 382, — пролежневая язва 208, — ракъ 196, 205, (микр.) 232, саркома 222, фолликулярная гипертрофія 206.

Внематочная беременность 79, — опредѣленіе 79, — отхожденіе deciduae 87, — подраздѣленіе 79, — пробное выскабливаніе 88, — различительное распознаваніе 82, 95, — расстройства въ теченіи 80, — смерть плода 90.

Волчанка вульвы 229.

Воспаленіе хоріона (микр.) 99.

Вульва 41, (микр.) 57, — бугорчатка 229, — волчанка 229, — гумма 228, — elephantiasis 228, — зудъ 313, — катарръ 312, — condylomata acut. 227, — kralosis 313, — кровотечения 382, — какъ причина бесплодія 407, — psoriasis 227, — ракъ 226, — саркома 229, — сифилисъ 227.

Выворотъ влагалища 119, 122, — матки 142.

Выкидышъ 74.

Выпаденіе 115, — передней влагалищной стѣнки 117, — задней влагалищ. стѣнки 118, — всего влагалища 119, — матки 121.

Выскабливаніе см. пробное выскабливаніе. Выскабливаніе 6.

## Г.

Haematocoele retrouterina 83, — peritubaria 85.

Haematocolpos 338.

Haematoma lig. lat. 86, 290.

Haematometra 70.

Haematosalpinx 265.

Gartner'овскіе ходы 336.

Hegar'овскій признакъ беременности 67.

Hydrometra unilateralis 344.

Hydorrhoea uteri gravidi 306.

Hydrosalpinx 261, 270.

Hymen 42, — какъ причина бесплодія 407.

Гипатрезія 338, 408, — ретенционные опухоли матки при нихъ 344.

Гиперестезія брюшины 277, — эндометрія 402.

Гипоплазія матки 340, — какъ причина амёнореи 391, — бесплодія 411, — дисменоррей 401.

Гонококки 315.

Гоноррея 315, — endometritis gonorrhoeica 304, — трубъ 257, 269.

Граафовы пузырьки 406, — кисты 165.

Грыжа яичника 340, — матки 111.

Гумма влагалища 226, — влагалищной части 209, — вульвы 228.

## Д.

- Decidua см. отпадающая оболочка.  
 Deciduoma malignum см. syncytioma malignum.  
 Defectus uteri 339.  
 Dextropositio uteri 113.  
 Дермоидная киста 166.  
 Дисменоррея 394, — маточная 398, — механическая 398, — нервная 402, — перепончатая 402, — трубная 397, — эндометритная 401, — яичниковая 397.  
 Dyspareunia 146.  
 Dysuria 347.  
 Дугласово пространство 46, — складки 47

## Ж.

- Железы, лимфатическая 55, — при раке 218, — (микр.), слизистой оболочки шейки 59, — слизистой оболочки тела матки 60.

## З.

- Зачатие, механизм 406.  
 Зеркала 21, — Mayer'a 21, — Simon'a 23.  
 Зондирование матки 14, — опасности 17, — показания 18, — противопоказания 20, — пузыря 362, — техника 15, — уретры 349.  
 Зонд 14.  
 Зъвъ, внутренний 44, — наружный 44, — расширение 27, — сужения 399, 409, 410.

## И, I.

- Исследование, внутреннее 7, — микроскопическое 31, — наружное 6, — per rectum 12, — со стороны пузыря 14, — сочетание 7.  
 Иодоформная марля для расширения 28.  
 Ischuria 368, — paradoxa 368.

## Е.

- Сavum praeparitoneale Retzii 52.  
 Канкроид см. рак.  
 Carunculae myrtiformes 42.  
 Карункулы уретры 352.  
 Катарры, подразделение 295.  
 Киста яичника см. яичниковая киста.  
 Кисты Бартолиновой железы 317, — влагалища 126, — воспалительных яичников 165, — желтого тела 165, — parovarium 166, 181, — поджелудочной железы 187.  
 Клыторь 42.  
 Kolpitis 310, — emphysematosa 311, — granulalis 311, — senilis 311.  
 Columna rugarum ant. 43, — rugarum post. 43.  
 Коленный-локтевое положение 9.  
 Condylomata acuminata 227, 317, 352, — (микр.) 237, — lata 228.  
 Корсетная печень 379.  
 Kraurosis vulvae 313, 407.  
 Кресло для исследования 8.  
 Кровотечения во время беременности 73, — въ брюшную полость 81, — из влагалища 382 — из влагалищной части 382, — при внутренних болячках 387, — вторичных маточных 384, — из наружных половых частей 382, — из труб 82, — из тела матки 383, — из шейки 383, — при эндометритѣ 297.  
 Кровяная опухоль см. haematoma.

## Л.

- Ламинарія 29.  
 Lateropositio uteri 113.  
 Lateroversio uteri 127.  
 Leukoplacia vulvae 227.  
 Лимфатическая железа 55, — сосуды 55.  
 Ligamentum cardinale 51, — infundibulopelvicum 47, — latum 47, 51, — ovarii 49, — recto-uterinum 47, — rotundum 47.

## М.

- Macula gonorrhoeica 317.  
 Матка 41, — зондирование 14, — ошупывание 25, 47, — расширение 25, — аденома 212, — антефлексия 129, — антеверсия 127, — антепозиция 111, — arcuata 342, — атрофия 338, — какъ причина аменорреи 391, — какъ причина ирригии безплодия 411, — какъ причина дисменорреи 400, — bicornis 341, — bipartitus rudimentarius 339, — выворотъ 142, — выпадение 121, — грыжа 111, — sarcoma см. ракъ—didelphus 341, — elevatio 115, — foetalis 340, — катарръ см. эндометритъ—lateropositio 113, — lateroversio 127, — миомы см. миомы, — опущение 121, — полипы см. полипы, — retroflexio см. retroflexio—retropositio 112, 141, — retroversio 129, — sarcoma см. sarcoma, — слизистая оболочка (микр.) 59, — septus 342, — torsio 168, — unicornis 343.  
 Межъяичочная, въматочная беременность 92, — гэматома 290, — миомы 154, — опухоли 426, — параметр. выпоты 281, — трубные опухоли 262, — яичниковыя опухоли 189.  
 Меланотическія саркомы вульвы 229.  
 Меноррагия при вѣдом-третьѣ 297, 386.  
 Менструация 395, (микр.) 61.  
 Mesovarium 49.  
 Mesosalpinx 51.  
 Метастазы при раке матки 198, 200, 202.  
 Метрѣтъ шейки 308, — тела матки 70, 161.  
 Метрооррагия см. кровотечение.  
 Микроскопическое исследование 31, — методы 31, — техника 31.  
 Mioma матки 143, — клиническія свойства 148, — топографич. анатомія 144, — шейки 147.  
 Миссаркома матки 224.  
 Mola hydatidosa 100.  
 Montgomery'выя железы 69.  
 Моча, исследование 353, — микроскопическое 354, — химическое 354, — опорожнение 345, — позывъ 345, 347.  
 Мочевой пузырь 52, — вондъ 362, — камни 360, — катарръ 356, — continentia 346, — опухоли 360, — ошупывание 14, 361, — свищъ 364, — сморщивание 362, — судорога 363.  
 Мочевые свищи 364.  
 Мочеспускательный каналъ, — исследование 348, — карункулы 352, — катарръ 350, — пролапсъ уретры 352, — при пролапсъ 125, — ракъ 352, — эндоскопія 349.  
 Мочеточникъ 53, — бугорчатка 371, — катарръ 370, — катетеризация 371, — ошупывание 53, — перевязка 371, — повреждение 371, — фистулы 365, 366.

## Н.

Наблюдение за больной 38.  
Наружный осмотр 5.  
Неврозы пузыря 363.  
Недержание мочи 363.  
Ножка яичниковых опухолей 168

## О.

Общее состояние 39.  
Ovulum Nabothi 307.  
Овуляция 396.  
Oidium albicans см. зоог.  
Oophoritis acuta 194, — chronica 194.  
Опорожнение мочи 345.  
Опухоли придатков 270.  
Ощущение 116, — влагалища 117, — матки 121,  
Отпадающая оболочка (микр.) 97, 100.  
103, — эндометриаль 102, — при внематочной  
беременности 87, — менструальная  
(микр.) 109.  
Ощупывание живота 6, — лимфатических  
желез 55, — матки 2, 47, — мочеоточника  
53, — параметрия 52, — прямой кишки 54, —  
пузыря 361, тазовых костей 54, — та-  
зовых мышц 54, — труб 51, — яични-  
ков 49.

## П.

Параметрий 51.  
Параметриаль 281, — exsudativa 282, — ret-  
rahens 293, — различительное распозна-  
вание 221, — цистоскопическая картина  
360.  
Paraоophoritis 293.  
Паратифлитный выпот 291.  
Паровариальная киста 186, 181.  
Parovagium 47.  
Пельвеоперитонит 273, — выпотной 277,  
291, — острый 276, — слипчивый 281.  
Перекручивание ножки при яичниковых  
опухолях 1\*2.  
Перерождение, злокачественное, яичников  
167, 193.  
Периметрит см. пельвеоперитонит.  
Perioоhoritis 273.  
Peritoneum см. брюшина.  
Перитонит 273, — бугорчатый 275, — добро-  
качественный 275, — карциноматозный  
275, — септический 274.  
Перкуссия 6, 183.  
Печеночная опухоль 188.  
Pyometra unilateralis 344.  
Pyosalpinx 264, 289, — вскрывшийся 269, —  
кровоотечивый 384, — цистоскопическая кар-  
тина 361.  
Позить 373.  
Плацента (микр.) 106, — задержка 79.  
Placenta praevia, кровоотечивая при ней 74.  
Плацентарные полипы (микр.) 256.  
Повыв на мочу 345, 347.  
Полипы, слизистые 308, (микр.) 254, —  
фиброзные 146, (микр.) 251.  
Половые губы, большія 41, — малыя 42.

Положение при исследовании 7.  
Пороки развития 335.  
Почечные болѣзни 373, — опухоли 373.  
Praeputium clitoridis 42.  
Пробная экцизия при раке влагалищной  
части 206.  
Пробное выскабливание 26, 31, — при внемато-  
точной беременности 88, — при раке тѣла  
матки 212, — при саркомѣ тѣла матки 224.  
Пробный проколъ при аспите 186, — при за-  
маточных опухолях 280, — при труб-  
ных опухолях 268.  
Пробный тампонъ 299.  
Промежность 41.  
Pruritus vulvae 313.  
Прямая кишка 53, — заболѣвание при раке  
матки 218, — исследование per rectum 12,  
214, 286.  
Pseudobermaphroditismus 340, 407.  
Psoriasis vulvae 227.  
Пузырный заносъ 100.

## Р.

Ракъ влагалища 225, — влагалищной части  
196, 203, (микр.) 232, — вульвы 226, —  
строение 230, — трубы 273, — тѣла матки  
201, 211, (микр.) 241, — уретры 352, —  
шейки 199, 209, (микр.) 239, — яичника  
167, 193.  
Расширение наружнаго зѣва 27, — матки 25,  
— показанія 26, — противопоказанія 30, —  
уретры 14, — шеечнаго канала 25.  
Расширители, Hegar'a 28.  
Rectocele 125.  
Ретинционные опухоли въ зачаточномъ рогѣ  
314, — трубы 261, — яичника 165.  
Ретролигаментарное развитие 170.  
Retroflexio uteri 132, — gravidi 84, 140, 175,  
280.  
Retropositio uteri 112, 141.  
Retroversio uteri 129.  
Рецидивы рака матки 219.

## С.

Сальпингитъ 258, — гнойный 258, 259, —  
катаральный 258, 259.  
Саркома влагалища 226, — влагалищн. ча-  
сти 222, — вульвы 229, — тѣла матки 222, —  
уретры 352, — шейки 222, — яичника 167.  
Слезеночная опухоль 188.  
Spirum recto-vaginale 52.  
Sinistraposito uteri 113.  
Sinus urogenitalis 336.  
Syncytoma malignum 223, (микр.) 245.  
Syncytium 99.  
Сифилис вульвы 227.  
Skene'vskie ходы 42.  
Складки Дугласа 47, — Kohlrausch'a 54, 214,  
286.  
Слизистые полипы см. полипы.  
Смѣщенія матки 110.  
Soor vaginae 312.  
Сращения при яичниковых опухолях 191.  
Съужение внутренняго зѣва 399, 409, — на-  
ружнаго зѣва 399, 409.

## Т.

Тазовыя кости, ощупываніе 54.  
 Tenesmus vesicae 347.  
 Тератомы яичника 168.  
 Torsio uteri 168.  
 Трубная беременность см. вѣматочная бер.  
 Трубы 50,—бугорчатка 269,—воспаленіе см.  
 сальпингитъ,—новообразованія 272,\*—  
 опухоли 261, 270,—ощупываніе 51.

## У.

Удвоеніа матки и влагалища 341.  
 Uterus molle 208,—rodens 198,—simplex  
 haemorrhagicum 334.

## Ф.

Фиброма яичника 167.  
 Фиброміома см. міома.  
 Фибросаркома яичника 167.  
 Fimbria ovarica 50.  
 Flexura sigmoidea 54.  
 Фолликулярная гипертрофія шейки 206,  
 (микр.) 236.  
 Fossa navicularis 42.  
 Frenulum 42.

## Х.

Хлороформный наркозъ 11.  
 Choriocarcinoma см. Syncytioma malignum.

## Ц.

Циститъ см. мочевоу пузырь.  
 Cystocele vaginalis 125.  
 Цистоскопія 357,—нормальная картина 359,  
 —показанія 358,—при почечныхъ опу-  
 ляхъ 377,—при ruosalpinx 361,—при ракъ  
 шейки 217,—техника 357,—при фисту-  
 лахъ 366,—при циститѣ 359,—при экссу-  
 датахъ 360.  
 Цистоскопъ 358.

## Ш.

Шейка 44,—(микр.) 58, 63,—катарръ 306,—  
 міомы 147,—ракъ 199, 209, (микр.) 239,  
 —удлиненіе 121.

## Э.

Ectropium 309.  
 Elephantiasis vulvae 229.  
 Elevatio uteri 115.  
 Elongatio cervicis 121.  
 Excavatio vesico-uterina 46,—recto-uterina  
 46.  
 Эндометритъ 295,—acuta septica 303,—ca-  
 tarthalis 309,—deciduae 102, 306,—diffusa  
 (микр.) 326,—dysmenorrhoea 305,—exfo-  
 liativa 305,—fungosa 304,—fungosa  
 (микр.) 326,—glandularis (микр.) 320,—  
 gonorrhoea 304,—interst. ac. (микр.) 318,  
 —interst. chron. (микр.) 320,—interst.  
 exsudativa (микр.) 319,—объективныя дан-  
 ныя 302,—подраздѣленіе 296,—симптомы  
 297,—tuberculosa 304.  
 Эндоскопія уретры 349.  
 Эндотелиомы яичниковъ 168.  
 Эрозія 207, 307, (микр.) 233,—важвленіе  
 238,—Fischel'я 383.  
 Эхинококкъ 179.

## Я.

Яичниковыя кистомы, железистыя 166,—  
 сосочковыя 167.  
 Яичниковыя опухоли, злокачественность  
 193,—кистомы 166,—межсвязочныя 189,  
 перекручиваніе ножки 192,—ракъ 167,—  
 распознаваніе 170,—расознаваніе не-  
 большихъ 170,—расознаваніе среднихъ  
 175,—расознаваніе большихъ 181,—фи-  
 бромы 167,—фибросаркомы 167.  
 Яичникъ 49,—аменоррея, исходящая изъ я.  
 392,—атрофія 392, 393, 414,—бесплодіе,  
 исходящее изъ я. 414,—беременность 94,  
 —дисменоррея, исходящ. изъ я. 397,—  
 кровотеченія, исходящ. изъ я. 384,—  
 ощупываніе 49.

## О П Е Ч А Т К И.

	Напечатано:	Слѣдуетъ читать:
Стр. 32 строка 15 св.	вполнѣ	иногда весьма
› 42 › 6 св.	складку	складку слизистой оболочки
› 170 › 11 св.	псевдо-лигаментарное	псевдо-интралигаментарное
› 198 › 16 св.	субвагинальной	подслизистой
› 201 › 3 св.	можетъ быть всегда	большою частью

---



Рис. 1. *Vulva neonatae.*

Въ cutis сальныя и потовыя железы; первыя обнаруживаютъ гроздовидное, послѣднія трубчатое строеніе.



Рис. 2. Разрѣзъ черезъ клетчатку большой губы у взрослой, съ долькой Bartholini'евой железы.

Железистый эпителий тонкій, цилиндрической, съ лежащимъ у основанія ядромъ.



Рис. 3. Эпителій слизистой шейки.

Высокія цилиндрическія кѣтки съ блѣдной протоплазмой и лежащимъ у основанія ядромъ.

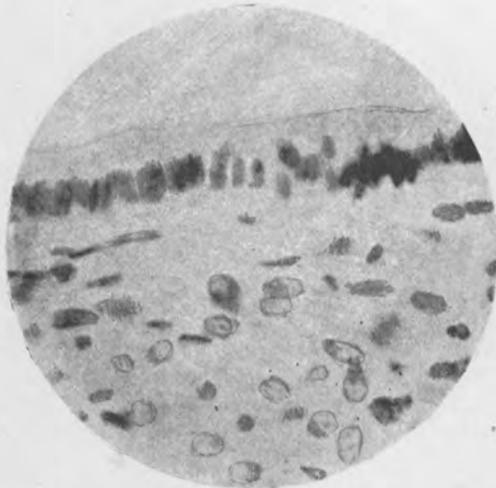


Рис. 4. Эпителій слизистой тѣла матки.

Низкія цилиндрическія кѣтки съ болѣе мутной протоплазмой; ядро лежитъ по серединѣ кѣтки.

Таблица 3.

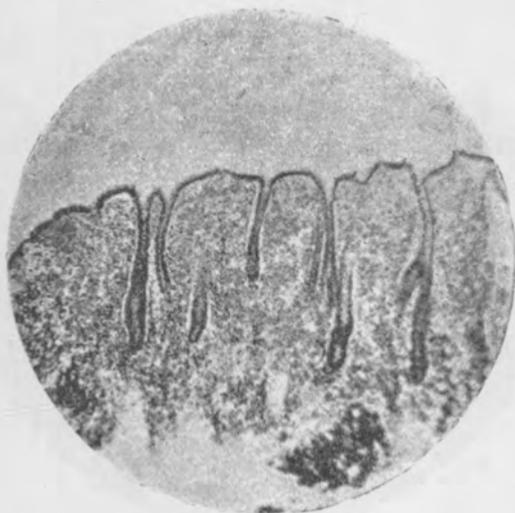


Рис. 5. Нормальный эндометрій зрѣлой въ половомъ отношеніи женщины.  
Число, длина и ходъ железъ соответствуетъ нормальнымъ условіямъ.

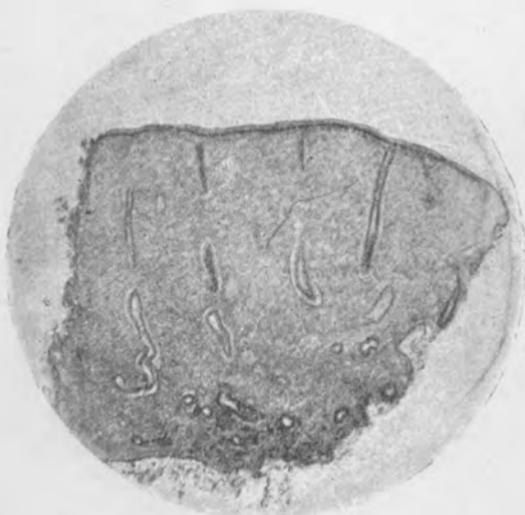


Рис. 6. Нормальный эндометрій зрѣлой въ половомъ отношеніи женщины.  
Кромѣ железъ, видны въ межжелезистой ткани продольныя и поперечныя сѣченія  
расширенныхъ волосныхъ сосудовъ.

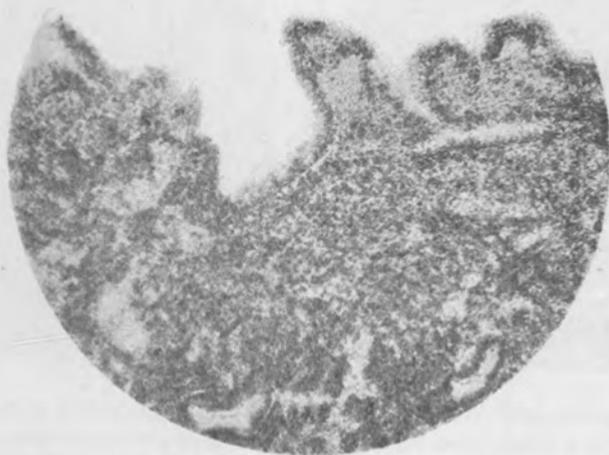


Рис. 7. Слизистая матки во время менструации.  
Скотившаяся кровь отслоила мѣстами эпителий.  
(Подъэпителиальная гематома).

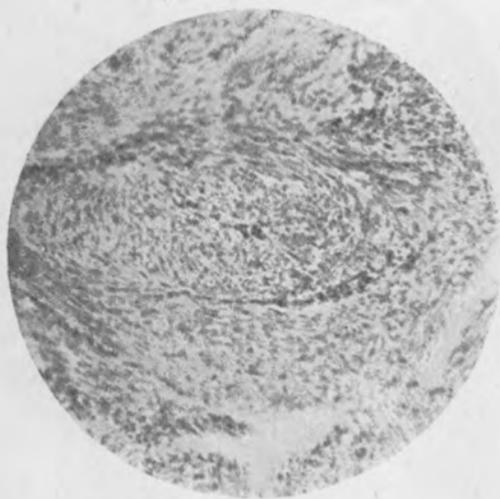


Рис. 8. Мускулатура матки.  
Поперечныя и продольныя сѣченія пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ.

Таблица 5.

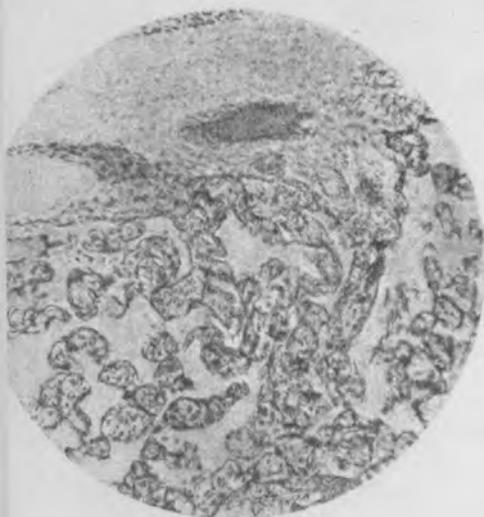


Рис. 9. Зрѣлая плацента.

Сверху замыкающая пластинка chorii съ крупными фетальными сосудами. Ниже продольныя поперечныя сѣченія ворсинокъ chorii, между ими наполненное материнской кровью межворсинчатое пространство.

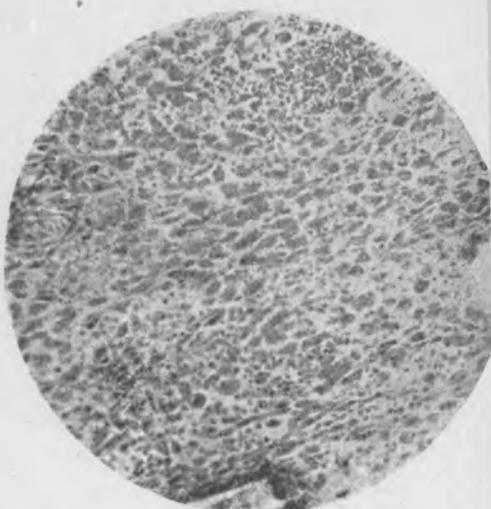


Рис. 10. Отпадающая оболочка.

Большія, веретенообразныя кѣтки съ мутной протоплазмой. Справа, сверху и слѣва, снизу круглокѣточная инфильтрація.

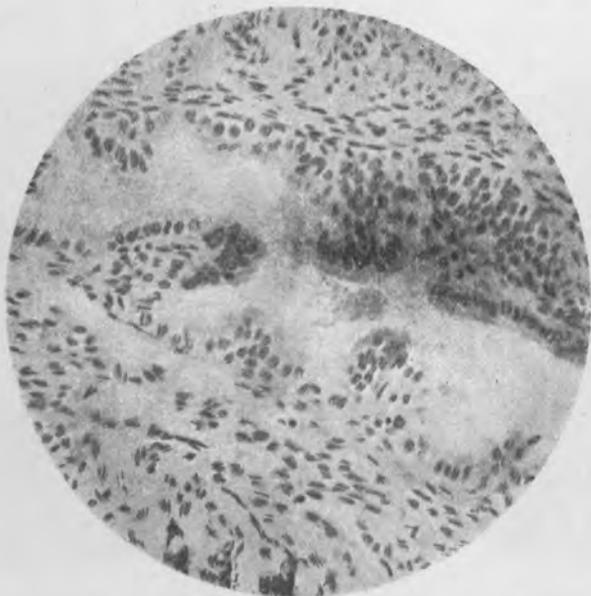


Рис. 11. Железы отпадающей оболочки.

Эпителий низкій, цилиндрической; въ просвѣтъ вдаются выступы стромы, на которыхъ эпителий расположенъ вѣерообразно.



Рис. 12. Выскобленные массы при задержкѣ chorii.

Верхнее и полосатое вещество есть кровь и фибринъ, пронизанные круглыми клетками. Слева у центра и справа у края находится по двой ворсинкѣ chorii, эпителий коихъ еще различимъ. Сосуды ворсинокъ исчезли.

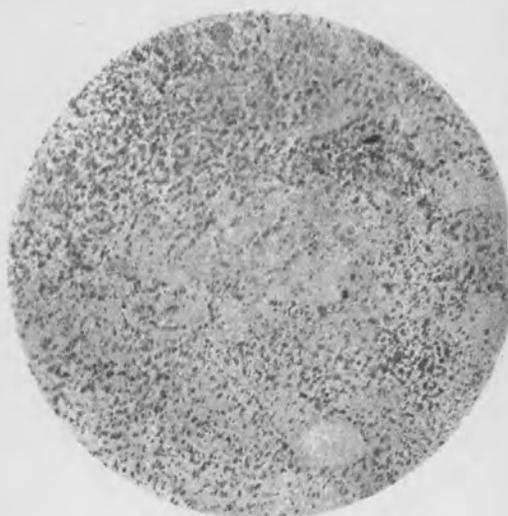


Рис. 13. Endometritis post abortum (subinvolutio или retentio deciduae).

Выскобленный материалъ. Въ центрѣ группа децидуальныхъ клетокъ, съ большимъ кружкомъ протоплазмы и пузырчатимъ ядромъ. По периферіи строма, подвергшаяся обратному развитію, въ которой кое-гдѣ лежатъ отдѣльныя крупныя клетки.



Рис. 14. Membrana dysmenorrhoeica.

Строма, инфильтрированная кровью и мелкими клетками. Недостаѣтъ большей части поверхностнаго эпителия.

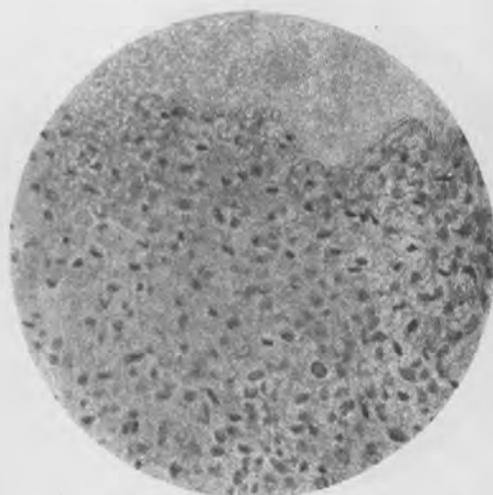


Рис. 15. Membrana dysmenorrhoeica.

Клетки стромы сильно увеличены, съ яснымъ кружкомъ протоплазмы.

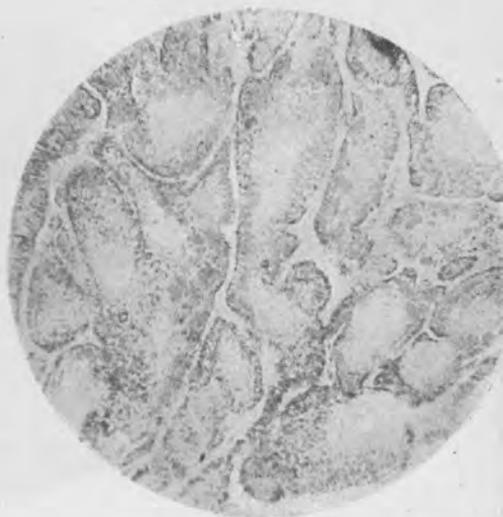


Рис. 16. Канкроидъ влагалищной части.  
Въ центрѣ альвеолъ крупныя, темно окрашенныя  
эпителиальныя жемчужины, съ ясною кон-  
центрической слоистостью.

Рис. 17. Канкроидъ влагалищной части.  
Выраженное альвеолярное строеніе. Центры  
альвеолъ просвѣчиваетъ (перерожденіе).



Рис. 18. Канкроидъ влагалища.  
Альвеолярное строеніе. Ниже центра эпите-  
лиальная жемчужина. Строма обнаруживаетъ  
мелкоклеточную инфильтрацію.

Рис. 19. Канкроидъ вульвы.  
Большія и маленькія эпителиальныя жемчужины въ центрѣ альвеолъ.



Рис. 20. Эрозія.

Вторичныя влячыванія желёзъ, между которыми соединительнотканныя перегородки сохранили подобіе папиллярныхъ отростковъ.



Рис. 21. Железа эрозіи въ состояніи заживленія.

Плоскій эпителий врастаєтъ въ железу, нижняя часть которой еще выстлана цилиндрическимъ эпителиемъ.

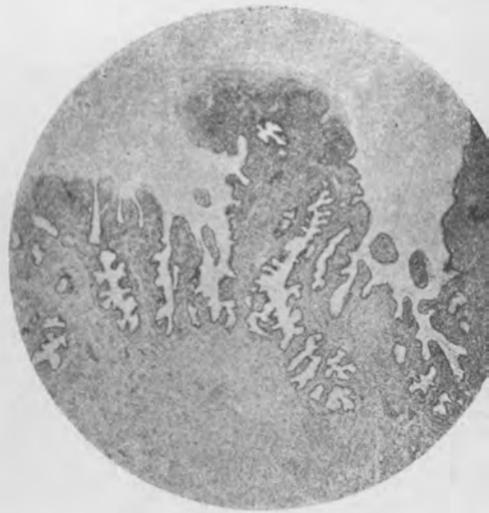


Рис. 22. Эрозія въ состояніи неполнаго заживленія.

На наиболее выдающейся части плоскій эпителий; на всей остальной поверхности цилиндрической эпителий, железы еще нигдѣ не выполнены. (Пробная эксцизія).

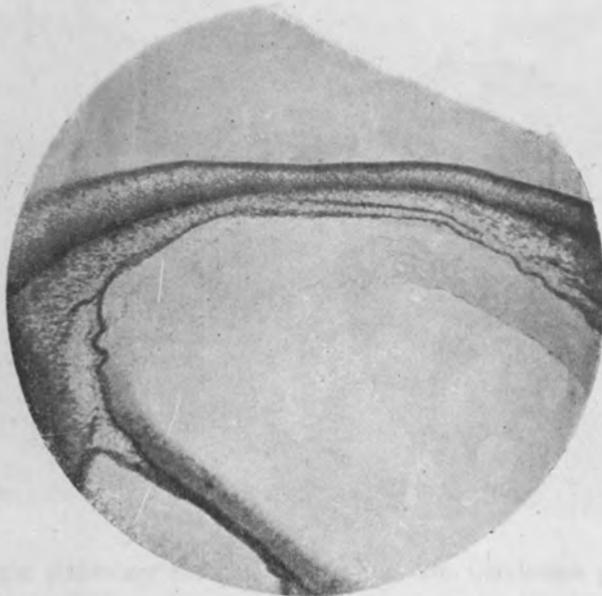


Рис. 23. Ovula Nabothi. Erosio follicularis, incomplete sanata.

На поверхности многослойный плоский эпителий. Въ глубинѣ кистовидно расширенныя железы; выстланныя сжатымъ цилиндрическимъ эпителиемъ.



Рис. 24. Ulcus portionis vaginalis (ex causa ignota).

Поверхностный эпителий и железы отсутствуют. Сильная круглоклеточная инфильтрація. (Пробная эксцизия).

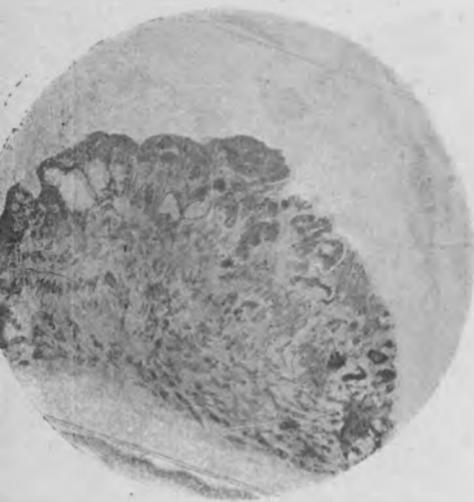


Рис. 25. Carcinoma glandulare cervicis (подъ лупою).

Полное и частичное выполнение частью кистовидно расширенных желез карциноматозным материалом.



Рис. 26. Carcinoma glandulare cervicis.

(Одно место из лѣв. верхн. квадранта предъидущаго препарата). Ясно видно выполнение железъ эпителиальными массами; слѣва у центра нетронутая еще железа.



Рис. 27. Carcinoma glandulare cervicis.

Прозвѣтъ железъ почти выполненъ многослойнымъ эпителиемъ. Выше центра и справа, снизу нетронутыя железы.

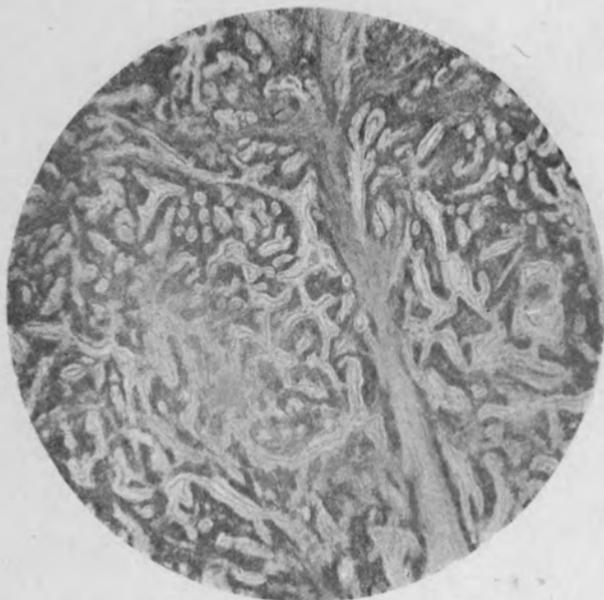


Рис. 28. Adenoma malignum cervicis.

Проростаніе всей цервикальной стѣнки железами. Отсутствіе раковаго перерожденія.



Рис. 29. Carcinoma cervicis („wurmstichig“).

Своеобразное распространеніе рака по готовымъ путямъ (лимфатическія щели).



Рис. 30. Adenoma malignum corp. ut.

Плотно прилегающія другъ къ другу разрошенія железъ. Отъ стромы остались между  
нимъ лишь узкія соединительнотканныя перегородки.

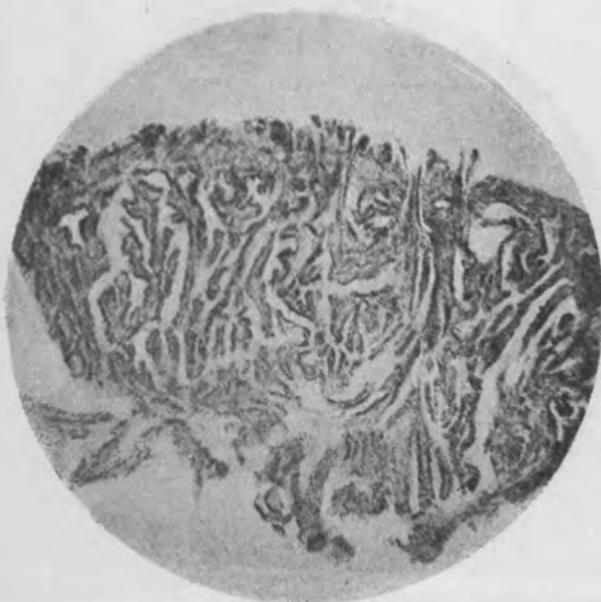


Рис. 31. Adenoma malignum corp. ut. (evertens).

Железы соединяются между собою многочисленными отростками.



Рис. 32. Adenoma malignum corp. ut. (evertens).  
Ясно видно разрушительное вращаніе железъ въ строму.

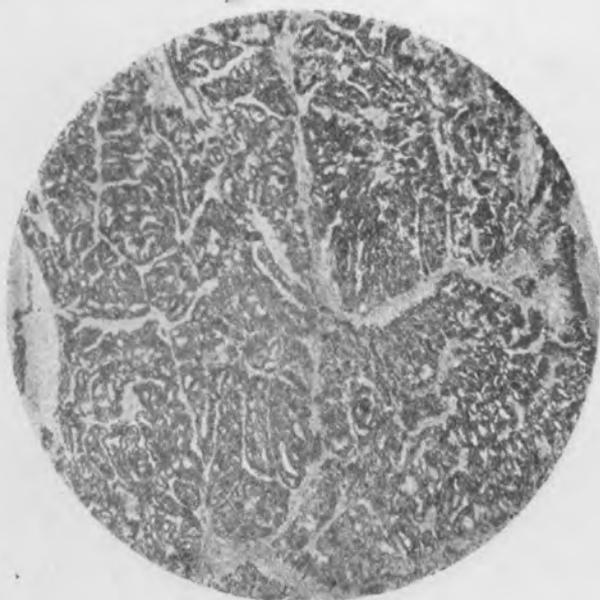


Рис. 33. Adenoma malignum corp. ut. invertens; изъ полипа.  
Эпителій отчасти уже многослойный.



Рис. 34. Adenoma malignum corp. ut. evertens.

«Лабиринтъ железъ». (Выскобленный материалъ). Поверхность железъ увеличена центробъжно идущими отростками. Железистыя клетки dos-à-dos.

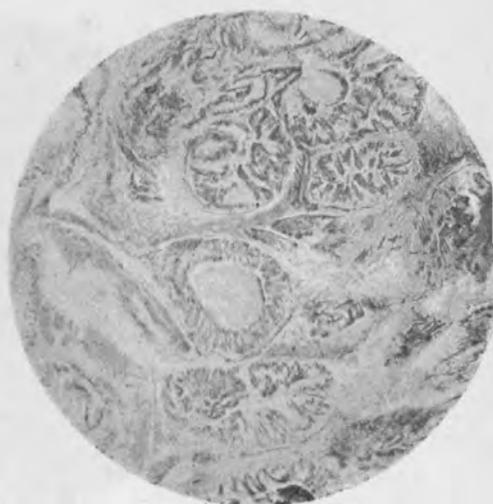


Рис. 35. Adenoma malignum corp. ut. invertens.

Поверхность железъ увеличена центростремительно идущими отростками.



Рис. 36. Начальныя измѣненія эпителия при злокачественномъ перерожденіи въ тѣлѣ матки.

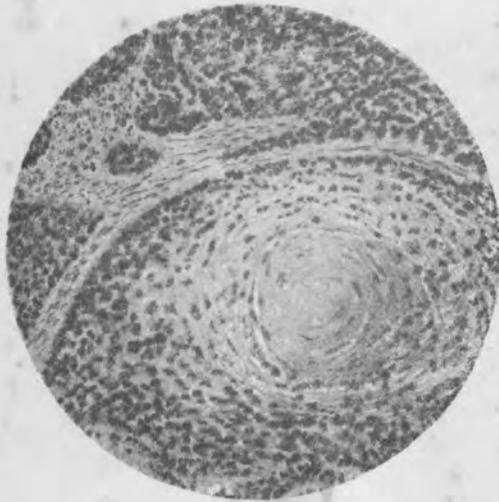


Рис. 37. Роговидный рак тѣла матки.

Въ центрѣ крупнаго раковаго отростка эпителиальная жемчужина съ концентрическими слоями.

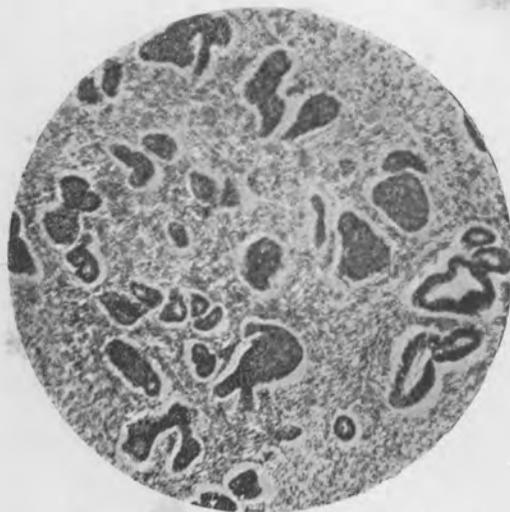
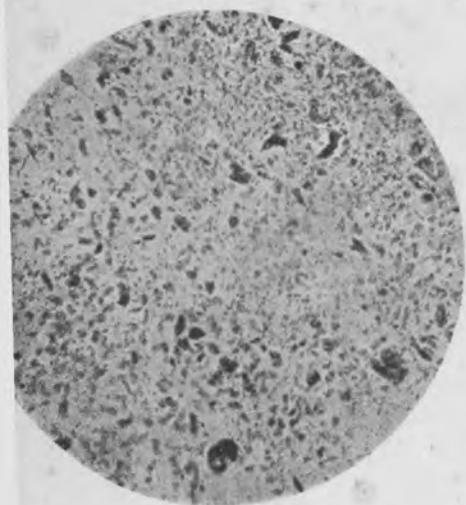


Рис. 38. Carcinoma corporis uteri.

Выполненіе железъ эпителиальнымъ матеріаломъ безъ предшествовавшаго аденоматознаго разрощенія.



ис. 39. *Sarcoma globogigantocellulare mucosae uteri.*

Из поля зрѣнія неправильно разбросаны клетки самой различной величины.



Рис. 40. *Myosarcoma fusicellulare corp. ut.*

Большое обиліе ядеръ.



Рис. 41. *Sarcoma fusicellulare uteri.*

Благодаря рѣзкому отграниченію здоровой и больной ткани, получается впечатлѣніе альвеолярнаго строенія.



Рис. 42. *Endometritis exsudativa*.

Въ петляхъ интерстиціальной ткани лежатъ массы эксудата, раздвинувшія клетки.



Рис. 43. *Endometritis interstitialis acuta*.

Ограниченная круглоклеточная инфильтрація слѣва, сверху.

Таблица 18.

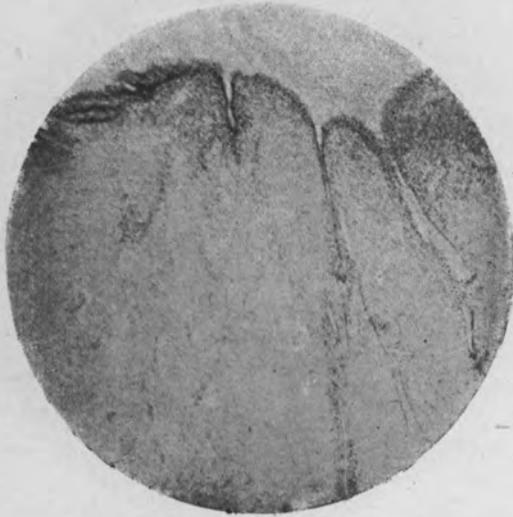


Рис. 44. Endometritis interstitialis.

Размноженіе интерстиціальной соединительной ткани. Уменьшеніе числа железъ.



Рис. 45. Сильно гипертрофированныя клітки стромы съ явственнымъ прото-  
плазматическимъ тѣломъ при endometritis interstitialis. Не decidua!

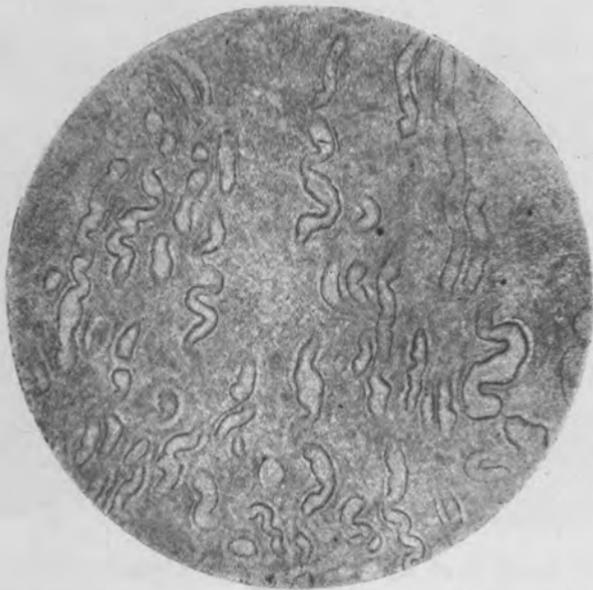


Рис. 46. *Endometritis glandularis hypertrophica*.  
Извилистый (на подобіе пробочника) ходъ железъ. Продольные сръзы железъ.

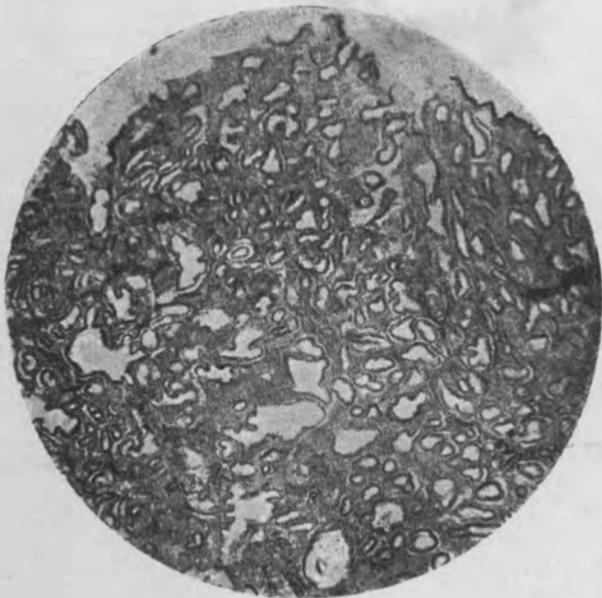


Рис. 47. *Endometritis glandularis cystica* (выскобленный материалъ).  
Железы увеличены въ числѣ и расширены. Поперечныя сѣченія железъ.

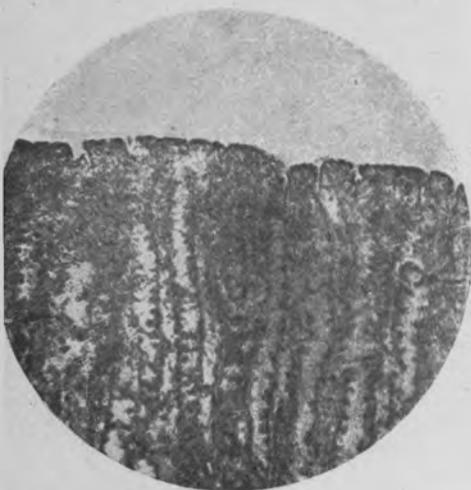


Рис. 48. *Endometritis glandularis hypertrophica*.

Выступы въ просвѣтъ железъ. Пилообразный продольный разръзъ железъ.



Рис. 49. То же самое на поперечномъ разръзѣ.

Просвѣтъ железъ звѣздчатый. (Выскобленный материалъ).



Рис. 50. *Endometritis glandularis*.

Огосткообразныя выпячиванія въ просвѣтъ железъ. Кажущіеся островки ткани въ полости железъ.