

D/3 5

Hermann Fehling и Karl Franz.

Проф. акушерства и гинекологіи,
директоръ университетской женской
клиники въ Страсбургѣ.

Проф. акушерства и гинекологіи, ди-
ректоръ университетской женской кли-
ники Charité въ Берлинѣ.

УЧЕБНИКЪ
ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

Съ 222 частью крашенными рисунками.

Переводъ съ четвертаго совершенно измѣненнаго и расширеннаго
нѣмецкаго изданія д-ра **А. В. Залкинда.**



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Изданіе журнала „**Медицинскій Современникъ**“. Пантелеймоновская, 19.

1914.

Предисловіе къ первому изданію.

Не съ цѣлью пополнить пробѣлъ въ столь богатой литературѣ по гинекологіи рѣшилъ я составить прилагаемое сочиненіе, а только въ виду сдѣланнаго мнѣ издательствомъ предложенія разработать помѣщенный въ „Библиотекѣ практическаго врача“ отдѣлъ о женскихъ болѣзняхъ. Рѣшающимъ было для меня желаніе участвовать въ сочиненіи, предпринимаемомъ извѣстными специалистами и предназначенномъ для практическихъ врачей, ибо какъ въ клиникѣ, такъ и для научнаго примѣненія собственныхъ наблюденій остается въ силѣ правило: *docendo discimus*.

Я имѣлъ въ виду двоякую цѣль, а именно, дать учебникъ для начинающаго врача и справочное руководство для болѣе опытнаго практика. Исходя изъ послѣдней цѣли, я предпосылаю подробное изложеніе общей терапіи, этого папынка нашей преподавательской дѣятельности. Далѣе, подробнѣе, чѣмъ это обычно принято, я далъ въ каждой главѣ очеркъ по анатоміи и физиологіи. Многочисленные результаты операцій даютъ въ нашей спеціальности цѣнный матеріалъ и анатомамъ и физиологамъ, но эти данныя слишкомъ разбросаны въ литературѣ и не могутъ поэтому съ успѣхомъ быть использованы врачами. Гинекологъ въ состояніи больше, чѣмъ теоретикъ, указать практическому врачу почву, на которой онъ могъ бы совершить полезное.

Гинекологію считаютъ въ настоящее время исключительно областью специалистовъ, что является, однако, неправильнымъ. Гинекологію въ томъ видѣ, въ какомъ она предложена была С. v. Braun'омъ, Credé, Scanzoni и G. v. Veit'омъ, долженъ одинаково знать какъ практическій врачъ, такъ и специалистъ; знакомство домашняго врача съ гинекологическимъ леченіемъ предохраняетъ отъ слишкомъ узкаго

пониманія гинекологіи, наблюдаемаго среди нѣкоторыхъ врачей.

Иначе дѣло обстоитъ съ оперативной частью, развитие которой въ нѣмецкой гинекологіи тѣсно связано съ именами Hegar'a, Olshausen'a и Schröder'a, и которая выдвинула большое число болѣе молодыхъ силъ. Хирургически-гинекологическія операціи должны производиться въ хорошо оборудованной больницѣ ея завѣдующимъ.

Въ то время, какъ въ прежнія десятилѣтія ассистентъ какой-нибудь клиники или больницы стремился послѣ возможно лучшаго усовершенствованія приступить къ общей врачебно-практической дѣятельности, въ настоящее время всякій врачъ послѣ кратковременнаго пребыванія въ клиникѣ называетъ себя специалистомъ въ той или другой области. Въ этомъ заключается большая опасность. Не борьба за существованіе, а само по себѣ похвальное соревнованіе привело къ тому, что гинекологія въ Германіи слишкомъ далеко ушла въ своей оперативной дѣятельности. Задача учителей въ этой области состоитъ въ томъ, чтобы остановить дальнѣйшее увлеченіе и указать на правильное разграниченіе терапевтическихъ средствъ и путей. Я врядъ ли ошибусь, если скажу, что въ оперативной гинекологіи въ ближайшее время трудно ожидать много новаго, и что необходимо въ настоящее время заняться внутреннимъ упорядоченіемъ быстро развившейся науки и точнымъ установленіемъ показаній къ многочисленнымъ предложеннымъ въ послѣднія два десятилѣтія операціямъ. Этотъ взглядъ я старался въ примѣръ другимъ авторитетнымъ гинекологамъ проводить въ прилагаемомъ сочиненіи.

Несмотря на это, я все же считалъ нужнымъ дать подробное описаніе и оцѣнку всѣмъ крупнымъ операціямъ, ибо практической врачъ, хотя самъ и не производитъ операцій, долженъ знать, что и какъ возможно сдѣлать, онъ долженъ быть въ состояніи самъ опредѣлить возможность и прогнозъ операціи.

Вопреки распространенному обычаю, я не даю здѣсь подробнаго указателя литературы. Специалистъ найдетъ эту литературу въ сочиненіяхъ Fritsch'a, Schröder'a, v. Winckel'я и въ ежегодникѣ Frommel'я; врачъ же, для котораго предназначается эта книга, не имѣетъ обыкновенно столь обширной бібліотеки, чтобы изучать источники;

я ограничиваюсь поэтому краткимъ сообщеніемъ наиболѣе важной литературы.

Я буду считать свою цѣль достигнутой, если эта книга будетъ надежнымъ совѣтникомъ практическому врачу на его отвѣтственномъ поприщѣ.

Значительную часть рисунковъ любезно изготовилъ студентъ Wehrle по препаратамъ клиники и по другимъ сочиненіямъ; изготовленіемъ другихъ рисунковъ я обязанъ ассистенту клиники С. Schmidt'у и практическому врачу J. Heinemann'у. Всѣмъ этимъ сотрудникамъ я выражаю здѣсь свою глубокую признательность.

H. Fehling.

Базель,
конецъ августа 1893.

Предисловіе ко второму изданію.

Приступая къ составленію второго изданія этого учебника, я задался цѣлью сократить его. Такъ какъ съ увеличеніемъ нашихъ знаній въ области патологической анатоміи и оперативной гинекологіи слѣдовало ожидать значительнаго увеличенія матеріала, то я все ненужное и устарѣлое выбросилъ и менѣе важныя для врача данныя напечаталъ мелкимъ шрифтомъ. Я не хотѣлъ бы, однако, быть ложно понятымъ относительно напечатанной мелкимъ шрифтомъ нормальной и патологической анатоміи, особенно въ послѣднихъ главахъ; здѣсь я исходилъ изъ того, что для врача это является лишь повтореніемъ уже однажды сказаннаго.

Такъ какъ эта книга предназначается какъ для практическихъ врачей, такъ и для студентовъ, то я отказался отъ подробнаго указанія литературы; специалистъ знакомъ съ литературными источниками, а другимъ они не нужны; поэтому я помѣстилъ только наиболѣе существенное.

Новыми рисунками я обязанъ ассистенту моей клиники, приватъ-доценту д-ру Fran z'u, которому выражаю свою признательность.

Пусть и новое изданіе этой книги дастъ студентамъ и врачамъ тѣ познанія въ гинекологіи, которыя нужны въ общей практикѣ.

H. Fehling.

Галле, 15-го февраля 1900.

Предисловіе къ третьему изданію.

При составленіи третьяго изданія я также стремился уменьшить объемъ книги, такъ какъ при повышенныхъ требованіяхъ, предъявляемыхъ въ настоящее время къ изучающимъ медицину, необходимо уменьшить требованія въ специальныхъ областяхъ. Такъ какъ, однако, необходимо было сообщить много новаго по оперативной гинекологіи, то мнѣ пришлось выбросить кое что изъ менѣ важнаго. Это было тѣмъ легче сдѣлать, что по истеченіи 5 лѣтъ оказалось необходимымъ переработать многія, особенно наиболѣе важныя главы; много старыхъ рисунковъ пришлось также замѣнить новыми и лучшими, за изготовленіе которыхъ я выражаю свою глубокую признательность ассистенту моей клиники, привать-доценту д-ру Schickele.

Я надѣюсь, что эта книга выполнитъ двоякую задачу: она дастъ студентамъ теоретическія основы для изученія гинекологіи, а практическій врачъ будетъ пользоваться ею, какъ справочной книгой.

H. Fehling.

Страсбургъ, январь 1906.

Предисловіе къ четвертому изданію.

Соотвѣтственно развитію нашей спеціальности, потребовалась для настоящаго изданія основательная переработка, особенныя главы о менструаціи, метроэндометритѣ, злокачественныхъ новообразованіяхъ матки и т. д. Совершенно нова глава о заболѣваніяхъ мочеиспускательнаго канала и пузыря; при всѣхъ измѣненіяхъ мы не упустили изъ виду того обстоятельства, что эта книга предназначена для студентовъ и практическихъ врачей; въ виду этого мы удѣлили много вниманія общему и неоперативному леченію. Интересы учащихся требовали не сильно увеличивать объемъ этой книги. Для специалистовъ же имѣются болѣе обширныя и подробныя сочиненія.

Проф. Robert Meyer въ Берлинѣ и проф. Schickele въ Страсбургѣ представили въ наше распоряженіе много цѣнныхъ микроскопическихъ препаратовъ, по которымъ изготовлены были рисунки. Приносимъ имъ за это нашу признательность.

Будемъ надѣяться, что и новое изданіе пріобрѣтетъ много приверженцевъ.

H. Fehling. K. Franz.

Страсбургъ—Берлинъ,
конецъ іюля 1913.

Оглавление.

Введение	стр. 1
--------------------	--------

ГЛАВА I.

Общие методы исследования (Fehling).

1. Анамнез	2
2. Положение исследуемой больной	3
3. Гинекологическое исследование	7
а) Наружное исследование	7
б) Внутреннее исследование	9
1. Исследование через влагалище	9
2. Исследование через прямую кишку	12
3. Исследование через мочевой пузырь	13
4. Диагностическія вспомогательныя средства для исследования	14
а) Исследование зеркалами	14
б) Исследование зондами	19
с) Расширение шейки для диагностических цѣлей	22
1. Безкровное расширение шейки	22
2. Кровавое расширение шейки.	25

ГЛАВА II.

Общее лечение (Fehling).

1. Промыванія влагалища	26
2. Промыванія матки	29
3. Безпрерывное орошеніе влагалища и матки	32
4. Сидячія ванны	32
5. Лечение женскихъ болѣзней минеральными водами	33
6. Мѣстное примѣненіе лекарствъ на слизистую оболочку половыхъ органовъ	37
а) Примѣненіе жидкихъ лекарствъ	38
б) Примѣненіе лекарствъ въ порошковидной формѣ	39
с) Примѣненіе влагалищныхъ карандашей и маточныхъ шариковъ	40
7. Тампонація влагалища и матки	41
8. Мѣстное кровоизвлеченіе	42

9. Примѣненіе тепла въ гинекологіи	43
10. Примѣненіе каленаго желѣза	45
11. Общія замѣчанія объ употребленіи пессаріевъ	46
1. Влагалищныя пессаріи	46
2. Маточныя пессаріи. Внутриматочныя палочки	50
12. Примѣненіе рентгеновскихъ лучей въ гинекологіи	50
13. Техника рентгенотерапіи въ гинекологіи	52
14. Антисептика и асептика въ гинекологіи	57

ГЛАВА III.

Болѣзни вульвы (Franz).

Анатомія и физиологія	65
1. Пороки развитія	66
2. Воспаленія вульвы	68
Bartholinitis purulenta	70
Pruritus Vulvae	70
Kraurosis Vulvae	71
Lupus Vulvae	72
3. Опухоли вульвы	72
Фибромы и липомы	72
Кисты	73
Грыжи	73
Папилломы, острия кондиломы	74
Elephantiasis	76
Ракъ	76
Пораненія вульвы	78

ГЛАВА IV.

Болѣзни мочеиспускательнаго канала и пузыря (Franz).

1. Болѣзни мочеиспускательнаго канала	83
Анатомія	83
Изслѣдованіе мочеиспускательнаго канала	84
Заболѣванія мочеиспускательнаго канала	84
Пораненія и свищи мочеиспускательнаго канала	85
Incontinentia urinae	86
Новообразованія мочеиспускательнаго канала	86
2. Заболѣванія мочевого пузыря	87
Анатомія	87
Способы изслѣдованія мочевого пузыря	88
Инструментарій	88
Техника цистоскопіи	91
Причины катарра мочевого пузыря	94
Симптомы и распознаваніе	96
Леченіе	97
Образованіе камней и постороннія тѣла въ пузырь	99
Опухоли мочевого пузыря	100
Прибавленіе	
Піелитъ	103
Мочеполовыя свищи	104
Операция мочеполовыхъ свищей	108

ГЛАВА V.

СТР.

Болѣзни дѣвственной плевы и влагалища (Fehling).

Развитіе, анатомія и фізіологія	112
A. Болѣзни дѣвственной плевы	115
1. Пороки развитія	115
2. Ригидность дѣвственной плевы	116
3. Новообразованія дѣвственной плевы	117
4. Вагинизмъ	117
B. Болѣзни влагалища	119
1. Пороки развитія	119
2. Воспаленіе и катарръ влагалища	122
3. Опухоль и новообразованія влагалища	129
a) Ракъ	129
b) Саркома	131
c) Міомы	132
d) Папилломы	133
e) Кисты	133
4. Постороннія тѣла во влагалищѣ	134
5. Поврежденія влагалища	135
a) Свищи между влагалищемъ и прямой кишкой	135
b) Свищи между влагалищемъ и тонкими кишками	137

ГЛАВА VI.

Болѣзни матки (Fehling).

A. Общее	138
1. Эмбриологія и анатомія	138
2. Нормальное положеніе и подвижность матки	142
Ощупываніе матки	145
3. Физиологія матки и менструаціи	146
Діететика менструаціи	151
4. Патологія менструаціи	153
Аменоррея	153
Меноррагія	155
Дисменоррея	156
5. Климактерій	157
6. Оплодотвореніе и плодовитость	161
7. Бесплодіе	163
8. Гонорройная инфекція женскихъ половыхъ органовъ	168
B. Заболѣванія матки	173
1. Аномаліи развитія	173
a) Отсутствіе и недостаточное развитіе матки	173
b) Развитіе одной только половины матки	175
c) Двойная матка	176
d) Недостаточное развитіе матки во внѣутробной жизни	178
e) Закрытіе полового канала	180
2. Катарръ шейки, гипертрофія влагалищной части, эрозіи	184
3. Metroendometritis	195
Туберкулезъ слизистой оболочки матки	214

	СТР.
4. Правильное положение матки	217
5. Неправильныя положенія матки	220
а) Патологическія anteflexio и anteversio	220
б) Отклоненіе матки назадъ	226
в) Опущеніе и выпаденіе матки	246
г) Выворотъ матки	265
6. Новообразованія матки	270
Доброкачественныя новообразованія (міомы матки)	270
Симптомы міомъ	281
Симптоматическое леченіе	287
1. Влагалищныя операціи для удаленія міомы	293
2. Влагалищный способъ удаленія міомы тѣла матки	293
а) Удаленіе фиброзныхъ полиповъ	293
б) Вылущеніе подслизистыхъ міомъ	294
3. Влагалищный способъ полного удаленія міоматозной матки	296
II. Брюшныя операціи удаленія міомъ	297
А. Операція съ сохраненіемъ матки	297
Вылущеніе міомъ посредствомъ лапаротоміи	297
В. Операціи съ удаленіемъ матки	298
Брюшная міомотомія	298
1. Надвлагалищная ампутація матки съ субперитонеальнымъ уходомъ за ножкой	300
2. Брюшное полное удаленіе міоматозной матки	302
С. Экстраперитонеальный уходъ за ножкой по Негаргу	303
7. Злокачественныя новообразованія матки (F g a n z)	304
Ракъ матки	304
Распространеніе	308
Симптомы и теченіе	310
Діагнозъ	311
Леченіе	313
Абдоминальная полная экстирпація	314
Техника абдоминальной операціи рака	314
Расширенное влагалищное полное удаленіе	319
Рецидивы	320
Ракъ тѣла матки	320
Симптомы	323
Діагнозъ	324
Леченіе	325
Палліативное леченіе рака матки	325
Хоріоэпителиома	328
Саркома матки	330
Діагнозъ	332
Леченіе	333

ГЛАВА VII.

Болѣзни маточныхъ трубъ (Fehling).

1. Анатомія и физиологія трубъ	334
2. Пороки развитія	337
3. Клиническое изслѣдованіе трубъ	339

	СТР.
4. Salpingitis catarrhalis, endosalpingitis purulenta	339
5. Hämatosalpinx	352
6. Трубная беременность въ первые мѣсяцы	353
7. Бугорчатка трубъ	364
8. Новообразование трубъ	369
9. Обезпложеніе женщинъ	370

ГЛАВА VIII.

Болѣзни яичниковъ (Fehling).

1. Развитие и положеніе яичниковъ	374
2. Ощупываніе яичниковъ	378
3. Аномалии развитія	379
4. Ненормальное положеніе яичниковъ	380
5. Гѣморрагіи яичниковъ	381
6. Воспаленіе яичниковъ	383
а) Oophoritis acuta	383
б) Oophoritis chronica	385
7. Новообразования яичниковъ	389
А. Кистовидныя опухоли яичниковъ	390
а) Кисты фолликуловъ и corpus luteum	390
б) Kystadenoma pseudomucinosum. Многокамерная пролиферирующая киста	391
с) Дермоидныя кисты яичниковъ	396
д) Опухоли добавочнаго яичника. Кисты эпоофорона	398
Образованіе ножки	400
Симптомы кистъ яичниковъ	405
Распознаваніе большихъ опухолей яичниковъ	408
Леченіе опухолей яичниковъ	417
1. Брюшная овариотомія	419
2. Влагалищная овариотомія	425
В. Твердыя опухоли яичника	430
а) Фиброма и фиброміома яичника	430
б) Ракъ яичника	431
с) Саркома яичниковъ	434
3. Оофорэктомія, кастрація	435

ГЛАВА IX.

Заболѣванія брюшины и тазовой плѣтчатки (Franz).

Анатомія	438
Острый перитонитъ	441
Pelvipеритонитис	445
Хроническій пельвиперитонитъ	446
Параметритъ	448

	стр.
Хроническій параметритъ	449
Peritonitis tuberculosa	449
Кровоизліянія въ тазовую клітчатку и въ тазовую брюшину	453
1. Кровоизліянія въ тазовую клітчатку	453
2. Кровоизліянія въ тазовую брюшину	454
Опухоли тазовой клітчатки	454
Опухоли круглой связки	456
Указатель	457

акusher-lib.ru

Учебникъ женскихъ болѣзней.

akusherlib.ru

Введение.

Лечение заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ требуетъ подробнаго знакомства врача не только съ анатоміей и физиологіей этихъ органовъ въ здоровомъ состояніи, но также съ анатоміей и физиологіей тѣла женщины вообще. Въ наше время дѣленія медицины на множество специальностей хорошимъ врачомъ-специалистомъ можетъ быть только тотъ, кто получилъ основательныя познанія въ общей медицинѣ, хирургіи и акушерствѣ. Очень жаль, что нѣкоторые начинаютъ специализироваться, еще будучи студентами, раньше, чѣмъ получили общее научное образованіе.

Врачъ, занимающійся болѣзнями, вызываемыми расстройствами женскихъ половыхъ органовъ, меньше всего долженъ забывать о связи, существующей между общимъ расстройствомъ организма и таковымъ половыхъ органовъ; въ то время, какъ прежняя медицинская школа до середины прошлаго столѣтія часто поступала неправильно и ключа къ выясненію болѣзненныхъ явленій не искала въ какомъ нибудь мѣстномъ страданіи, въ настоящее время, наоборотъ, склонны изъ-за мѣстнаго страданія забывать объ общемъ состояніи и шаблонно лечить мѣстную болѣзнь вмѣсто того, чтобы приводить ее въ связь съ общимъ состояніемъ организма.

У женщинъ это обстоятельство еще болѣе важно, чѣмъ у мужчинъ. Волнообразныя движенія процессовъ половой жизни у женщины занимаютъ значительную часть жизни; въ теченіе 30—40 лѣтъ съ четырехнедѣльными промежутками наступаютъ въ половой жизни женщины физиологическія измѣненія, часто граничащія съ патологическими и во многихъ случаяхъ, дѣйствительно, переходящія въ таковыя; къ этому присоединяются еще беременность, роды и послѣродовой періодъ съ ихъ разнообразными мѣстными и общими явленіями. Эти волнообразныя движенія отражаются на физической и психической жизни женщины и придаютъ характеру ея особенности, отличающія его отъ такового у мужчины и сказывающіяся во всѣхъ поступкахъ и взглядахъ женщины. Мужчина менѣе зависитъ отъ вліяній половыхъ процессовъ, исключая развѣ того обстоятельства, что неудовлетвореніе половой жизни оказываетъ на него болѣе сильное вліяніе, чѣмъ на женщину.

Особенно въ настоящее время не слѣдуетъ пренебрегать тщательнымъ изученіемъ вліянія женскихъ половыхъ органовъ на дѣятельность всего организма; благодаря такому отношенію, врачу удастся избѣгать несприятныхъ послѣдствій быстро и необдуманно произведенной операціи. Такимъ образомъ, снова удастся примѣнять въ гинекологіи консервативныя методы леченія, къ каковой цѣли уже давно стремятся выдающіеся гинекологи.

ГЛАВА I.

Общие методы изслѣдованія.

1. Анамнезъ.

Съ цѣлью намѣтити правильный путь изслѣдованія больной, необходимо прежде всего приступить къ анамнезу. Подробности послѣдняго зависятъ отъ характера того или другого случая; при незначительной болѣзни анамнезъ короче, чѣмъ въ болѣе тяжеломъ случаѣ.

Желательно вначалѣ прислушиваться къ исторіи болѣзни, сообщаемой самой больной. Удивительно, какъ нѣкоторыя, даже неинтеллигентныя женщины коротко и совершенно опредѣленно рисуютъ свою болѣзнь, между тѣмъ какъ другія, а именно большинство, не въ состояніи дать настоящую картину. Часто удается получить ясное представление о характерѣ болѣзни на основаніи короткаго разсказа больной. Если больная, опасаясь забыть что-нибудь, изложила свои жалобы въ письменной формѣ, то это должно заставить врача уже заранѣе думать о наличности истеріи или неврастеніи.

Если разсказъ больной грозитъ затянуться, то нѣсколькими вопросами со стороны врача удается направить ея сообщеніе по желательному пути. Въ другихъ случаяхъ врачъ съ самаго начала разспрашиваетъ больную по собственной схемѣ.

Кромѣ имени, состава семьи, возраста и занятій, значеніе имѣетъ состояніе здоровья родителей, даже дѣдушки и бабушки и членовъ семьи; оно особенно важно въ случаяхъ туберкулеза, новообразованій и нервныхъ болѣзней. Далѣе, цѣлесообразно собрать свѣдѣнія о дѣтскихъ и юношескихъ годахъ больной, также о періодѣ развитія. Подробнаго разспроса требуетъ состояніе менструаціи, а именно, время ея наступленія, правильность, обиліе и продолжительность ея, а также осложненія, какъ боль при появленіи или во время менструаціи, головная боль, рвота и т. д. Даже при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ въ климактерическомъ періодѣ не лишены значенія разспросы о теченіи бывшей менструаціи. Затѣмъ слѣдуютъ вопросы о бывшихъ родахъ и абортѣхъ, а именно, о времени, числѣ ихъ и послѣдствіяхъ; теченіе послѣдородоваго періода является въ большинствѣ случаевъ весьма важнымъ факторомъ въ этиологіи женскихъ болѣзней. Иногда рекомендуется уже во время первой консультаціи коснуться вопроса о супружескихъ отношеніяхъ; у болѣе скрытныхъ женщинъ приходится сначала заслужить довѣріе, а потомъ уже ставить этотъ вопросъ. Данныя о вліяніи совокупленія на половую возбудимость, на появленіе боли и на наступленіе усталости послѣ этого акта даютъ весьма важную точку опоры. Важно знать также и частоту совокупленія; часто приходится при этомъ узнавать о большой требовательности мужей. Въ случаяхъ безплодія необходимо осторожно коснуться также вопроса и о возможной болѣзни мужа; еще лучше, самого мужа разспросить объ этомъ.

Далѣе, большое значеніе имѣетъ знакомство съ состояніемъ сосѣднихъ органовъ, а также и наиболѣе важныхъ функцій организма. Разспрашиваютъ о дѣятельности пузыря, прямой кишки, желудка и кишечника, о состояніи легкихъ и сердца, о явленіяхъ со стороны центральной и периферической нервной системы. Сопутствующія явленія играютъ при болѣзняхъ женщины большую роль; на заболѣваніе половыхъ органовъ часто указываютъ явленія со стороны отдаленныхъ органовъ.

Въ заключеніи рекомендуется сдѣлать сводку всѣхъ наиболѣе важныхъ жалобъ больной, что значительно облегчаетъ задачу врача въ случаѣ запутаннаго анамнеза. Врачу, которому приходится изслѣдовать многихъ больныхъ, рекомендуется наиболѣе важные пункты анамнеза

заносить въ особые печатные формуляры, что даетъ возможность ничего не забыть и быстро ориентироваться; съ цѣлью демонстрировать, рекомендуется изобразить состояніе менструаціи въ формѣ кривой по Kaltenbach'у.

2. Положеніе изслѣдуемой больной.

Необходимымъ условіемъ для тщательнаго изслѣдованія является правильное положеніе больной.

I. *Вертикальное положеніе* подвергающейся изслѣдованію женщины въ настоящее время справедливо оставлено.

Для этой цѣли больная стоитъ свободно съ умѣренно разведенными ногами, опираясь рукой на стулъ или прислоняясь спиной къ стѣнѣ. При нормальномъ наклоненіи таза объ *spin. il. ant. sup.* и верхній край симфиза образуетъ плоскость, перпендикулярную къ полу. Въ случаѣ же ненормальнаго наклоненія плоскость, бывшая перпендикулярной къ полу, образуетъ открытый, приблизительно въ 90° кпереди уголъ. При обыкновенномъ вертикальномъ положеніи верхушка копчика находится нѣсколько выше *lig. arcuatum*, а уголъ между симфизомъ и *conjugata vera* бываетъ обыкновенно прямымъ. Уголъ наклоненія *conjugata* составляетъ около 55° .

Изслѣдованіе въ стоячемъ положеніи имѣетъ значеніе лишь для опредѣленія опущенія или выпаденія влагалища и матки, а также для распознаванія проходимости грыжевыхъ колецъ и опредѣленія степени энтероптоза. У родильницъ и рожавшихъ женщинъ, у которыхъ брюшинный покровъ и складки брюшины слабѣе, чѣмъ у дѣвицъ и нерожавшихъ женщинъ, тѣло матки, вслѣдствіе болѣе сильнаго давленія на заднюю ея поверхность, опускается нѣсколько впередъ; влагалищная часть отодвигается нѣсколько къзади и кверху; все же подвижность матки, согласно изслѣдованіямъ Küstner'a, невелика. Незначительному преимуществу, представляемому низкимъ положеніемъ матки, противопоставляются недостаточное ослабленіе брюшныхъ покрововъ и невозможность примѣнять изслѣдованіе обѣими руками.

II. Исходной точкой гинекологическаго изслѣдованія является въ общемъ *положеніе на спинѣ*.

Простое положеніе на спинѣ съ вытянутыми ногами, разогнутымъ туловищемъ и упирающимся на узкій роликъ затылкомъ есть до нѣкоторой степени ничто иное, какъ поворотъ стоящей женщины на 90° къзади; это положеніе примѣняется для простаго осмотра живота, а именно, его округленности, окраски, наличности *striae* и опухолей, а также для *наружнаго* ощупыванія живота, для перкуссіи, аускультации и производства измѣреній.

Соотвѣтственно простому повороту тѣла на 90° , плоскость, образованная *spin. il. ant. sup.* и верхнимъ краемъ симфиза, стала параллельной горизонтальной плоскости; *conjugata* образуетъ съ горизонтальной плоскостью уголъ въ 35° и идетъ въ направленіи спереди и сверху къзади и книзу.

Для *внутренняго* изслѣдованія бедра должны быть умѣренно согнуты въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ и разведены. Для этой цѣли подкладываютъ больной, лежащей на диванѣ, подушку подъ крестецъ и заставляютъ ее протянуть ноги, или больную укладываютъ поперечно на кровать такимъ образомъ, что вульва лежитъ на краю кровати, а ноги стоятъ на стульяхъ. Въ кабинетѣ врача необходимо имѣть столъ или стулъ для изслѣдованія; я лично пользуюсь въ теченіе многихъ лѣтъ столомъ *Stédé*; посредствомъ небольшой лѣстницы больная легко взби-

рается на него и не должна раздвигаться. Помощью небольшой рукоятки удается уменьшить наклонение таза; послѣ того, какъ больная улеглась удобно, поднимаютъ на короткое время крестецъ и обѣими руками спускаютъ впереди ягодицы, такъ что больная лежитъ на нихъ. Другіе предпочитаютъ пользоваться стуломъ для изслѣдованія Schrüder'a, Witt'a и друг., эти стулья бывають обыкновенно снабжены неподвижными ногодержателями. Рис. 1 изображаетъ употребляемый въ моей клиникѣ стулъ для изслѣдованія; нужно заботиться о томъ, чтобы этотъ стулъ не очень походилъ на операционный.

Указанное положеніе больной годится для изслѣдованія обѣими руками, для примѣненія зеркала, зонда, для производства прижиганія и для введенія колець.

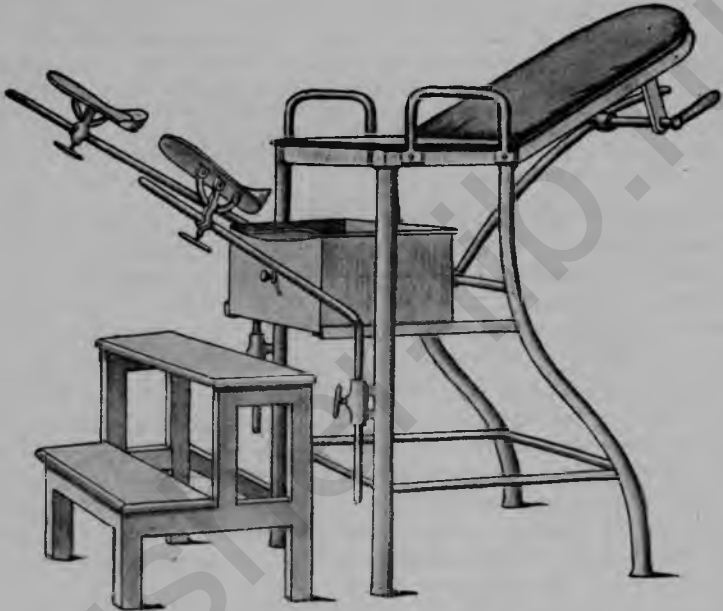


Рис. 1. Стулъ для изслѣдованія въ Страсбургской клиникѣ.

III. Для другихъ гинекологическихъ приѣмовъ, напримѣръ, для операций на промежности и наружныхъ половыхъ органахъ бедра поднимаютъ вверхъ перпендикулярно къ столу (положеніе для камнешъченія) или ихъ приближаютъ къ животу такъ, что передняя поверхность бедра приближена къ брюшной стѣнкѣ (спинно-крестцовое положеніе). При этомъ тѣло лежитъ плоско на разогнутомъ позвоночникѣ, копчикъ и часть крестцовой кости не соприкасаются со столомъ. Въ положеніи для камнешъченія брюшные покровы болѣе расслаблены для ощупыванія обѣими руками органовъ таза, чѣмъ въ спинно-крестцовомъ положеніи; послѣднее утомляетъ больную, и сохраненіе его въ теченіе продолжительнаго времени невозможно безъ наркоза. Для того и другого положеній нужна помощь ассистентовъ; только при отсутствіи ихъ примѣняютъ ногодержатели, предложенные Fritschemъ, Sängermъ-Schauta и друг.

IV. Для другихъ изслѣдованій рекомендуется предложенное впервые Trendelenburg'омъ для операций пузыря положеніе съ приподнятымъ тазомъ; на удобство этого положенія для гинекологическихкихъ изслѣдованій указалъ W. A. Freund. Можно для этой цѣли пользоваться обыкновеннымъ столомъ для изслѣдованія, придрълавъ къ нему приспособленіе изъ дерева или желѣза, посредствомъ котораго удастся помѣщать спину подъ любымъ угломъ; благодаря этому, нѣтъ необходимости обзаводиться специальнымъ для положенія съ приподнятымъ тазомъ столомъ или стуломъ.

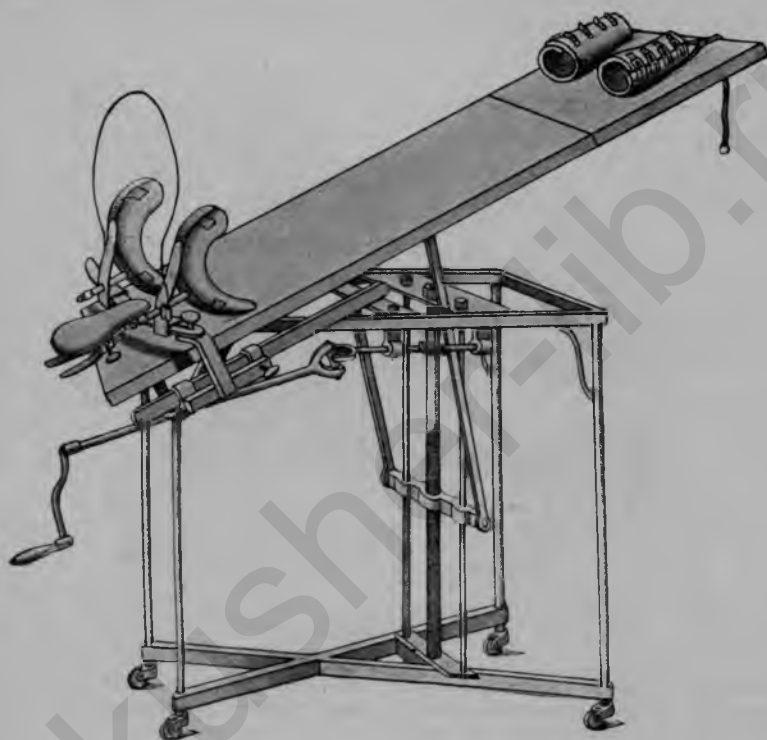


Рис. 2. Операционный столъ Страсбургской клиники.

При этомъ всю спину вмѣстѣ съ тазомъ и бедрами приподымаютъ надъ горизонтальной поверхностью такъ, что спинная ось образуетъ съ горизонтальной поверхностью уголъ въ 30—60°; только голова больной плоско прилегаетъ къ столу, подъ затылокъ кладутъ подушку, а плечи также поддерживаются, дабы они не соскальзывали по направленію къ головѣ. Въ то время, какъ раньше голени свисали, такъ что колѣни представляли наивысшую точку, въ настоящее время мы фиксируемъ нижнія конечности въ разогнутомъ состояніи и этимъ предупреждаемъ образованіе тромбовъ. Большое преимущество этого положенія состоитъ въ томъ, что печень, селезенка, желудокъ и кишки въ силу тяжести смѣщаются по направленію къ діафрагмѣ, также и органы въ маломъ тазу подвигаются вверхъ и прощупываются надъ симфизомъ. Это положеніе пригодно для изслѣдованія опухолей матки и придатковъ. Неоднократно я наблюдалъ, что влагалище настолько вытягивалось опухолями вверхъ, что произошла *kolporrhhexis*. Freund, впервые примѣнявшій это положеніе при предложенномъ имъ способѣ полной экстирпаціи матки, предложилъ въ послѣдствіи

производить простое изслѣдованіе такимъ образомъ, что двое помощниковъ приподымають тазъ и бедра пациентки, перекинувъ колѣна черезъ плечи. Это положеніе можно также рекомендовать для выправленія матки при retroflexio, а въ акушерствѣ для спусканія малыхъ частей и пуповины.

Подобно тому, какъ раньше каждый акушеръ имѣлъ свои щипцы, такъ и теперь всякій хирургъ предлагаетъ свой операціонный столъ. Я лично въ теченіе многихъ лѣтъ употребляю для операцій въ положеніи съ приподнятымъ тазомъ исключительно только столъ, предложенный моимъ бывшимъ ассистентомъ въ Базелѣ Schmidt'омъ и впоследствии модифицированный въ Страсбургѣ; я очень сожалею, что этотъ столъ не вытѣснилъ другихъ, болѣе сложныхъ ¹⁾. Указываемыхъ Kraske, а въ послѣднее время также Zweifel'емъ недостатковъ положенія съ приподнятымъ тазомъ я не наблюдаю, несмотря на много тысячъ произведенныхъ мною въ этомъ положеніи



Рис. 3. Боковое положеніе по Sims'у.

лапаротомій. Несомнѣнно только, что, согласно изслѣдованіямъ Franza, вентиляція легкихъ при положеніи съ приподнятымъ тазомъ во многихъ случаяхъ бываетъ уменьшена, ибо абдоминальное дыханіе значительно ослабѣваетъ, а грудное при этомъ не усиливается. Сфигмографъ не обнаруживаетъ значительныхъ измѣненій пульса, кромѣ незначительнаго увеличенія диастоли.

V. Историческое значеніе имѣетъ боковое положеніе, съ введеніемъ котораго въ гинекологию связаны большіе успѣхи M. Sims'a (рис. 3). Въ Англій это положеніе раньше исключительно примѣнялось, а въ Америкѣ оно и въ настоящее время примѣняется для изслѣдованія обѣими руками; въ Германіи же оно не привилось.

Боковое положеніе по M. Sims'у есть брюшно-боковое, при которомъ вслѣдствіе поворота спины въ сторону живота и вслѣдствіе приподнятаго

¹⁾ Я считаю свой операціонный столъ для лапаротомій (275 марокъ) вмѣстѣ съ операціоннымъ стуломъ Witt'a (250 марокъ) для влагалищныхъ операцій болѣе цѣлесообразными для клиникъ, чѣмъ сложные операціонные столы для *всѣхъ* операцій, напримѣръ, предложенный Stille (800 марокъ); кромѣ того, и общая его стоимость меньше.

положенія таза давленіе въ полости живота становится ниже атмосфернаго, хотя и не въ такой сильной степени, какъ при положеніи съ приподнятымъ тазомъ. Боковое положеніе по Sim s'у можно принимать въ кровати, на любомъ столѣ и стулѣ для изслѣдованія.

Лѣвую часть таза кладутъ на край стола такимъ образомъ, чтобы вульва нѣсколько выступала надъ послѣднимъ, бедра притянуты къ животу подъ острымъ угломъ, а голени согнуты въ колѣнѣ; цѣлесообразнѣе, чтобы помощница держала ноги, а не помѣщать ихъ на столикъ. Правое бедро должно быть болѣе приподнято къ животу, чѣмъ лѣвое. Большой пріятнѣе, если лѣвая рука лежитъ не позади спины, а впереди груди или подъ боковой поверхностью туловища.

При этомъ положеніи кишки и брыжейка также смѣщаются по направленію къ діафрагмѣ, а за ними слѣдуютъ и придатки матки; если при этомъ посредствомъ зеркала Sim s'a (рис. 10 и 11), или, какъ Sims вначалѣ дѣлалъ, двумя пальцами оттянуть заднюю влагалищную стѣнку кзади и кверху, то воздухъ проникаетъ во влагалище и растягиваетъ ее. Все влагалище вмѣстѣ съ влагалищной частью, такимъ образомъ, болѣе доступно глазу, чѣмъ помощью употреблявшихся раньше цилиндрическихъ зеркалъ, особенно если депрессоромъ отдавливаетъ при этомъ переднюю влагалищную стѣнку кпереди. Захвативъ щипцами влагалищную часть, можно въ случаѣ подвижности матки спустить ее до вульвы.

Если послѣ изслѣдованія больная снова быстро ложится на спину, то воздухъ выдѣляется иногда изъ влагалища съ сильнымъ, неприятнымъ для больной шумомъ, для предупрежденія котораго Sims рекомендуетъ вводить во влагалище катетръ.

Значеніе бокового помѣщенія для введенія зонда, для прижиганія, расширенія и цѣлаго ряда операций будетъ рассмотрѣно въ соответствующемъ мѣстѣ; для изслѣдованія пальцемъ оно менѣе годится, такъ какъ трудно производить противоположное давленіе со стороны брюшныхъ покрововъ.

VI. *Колѣнно-локтевое положеніе*, также предложенное M. Sim s'омъ для гинекологическихъ изслѣдованій, въ настоящее время, въ виду усовершенствованія другихъ методовъ, мало примѣняется.

Больная стоитъ на колѣняхъ на столѣ или кровати, бедра находятся перпендикулярно къ столу, а колѣни умеренно раздвинуты; голова прикасается къ столу и можетъ быть охвачена руками больной, а грудно-поясничная часть позвоночника нѣсколько вогнута. Помощники раскрываютъ половыя части, благодаря чему воздухъ входитъ во влагалище, верхняя часть котораго находится подъ отрицательнымъ давленіемъ; примѣненіе жалобоватыхъ зеркалъ для задней и боковой влагалищныхъ стѣнокъ облегчаетъ изслѣдованіе.

Это положеніе также менѣе пригодно для изслѣдованія пальцемъ, чѣмъ для инструментальнаго леченія свищей мочевого пузыря и операции по Voze man'у. Наркозъ въ этомъ положеніи трудно проводится.

VII. Въ послѣднее время, наконецъ, предложено производить наружное ощупываніе живота въ водяной ваннѣ, гдѣ брюшные покровы очень расслабляются; но всеобщее примѣненіе этого метода встрѣчаетъ трудности.

3. Гинекологическое изслѣдованіе.

а) *Наружное изслѣдованіе.*

Во всѣхъ случаяхъ вздутія живота газами, жиромъ, водой и опухолями наружное изслѣдованіе должно предшествовать внутреннему; въ другихъ же случаяхъ оно можетъ для экономіи времени быть произво-

димо одновременно съ внутреннимъ. Для всякаго подробнаго гинекологическаго изслѣдованія необходимо, чтобы больная сняла платье и корсетъ.

Важную часть изслѣдованія составляетъ ощупываніе, за которымъ слѣдуютъ по важности осмотръ, перкуссия и, въ случаѣ надобности, также аускультация; съ цѣлью имѣть при повторныхъ изслѣдованіяхъ данныя для сравненія, желательнo результаты изслѣдованія заносить въ особыя схемы.

1. Начинаютъ съ осмотра живота.

При опухоляхъ осмотръ указываетъ на характеръ и размѣръ выпячиванія живота, а у истощенныхъ женщинъ—на степень втягиванія; при неодинаковомъ ростѣ опухоли выпячиваніе на одной сторонѣ указываетъ на локализацию опухоли; опытный гинекологъ опредѣляетъ часто уже на первый взглядъ, растетъ ли опухоль изъ полости малаго таза вверхъ и, какъ это бываетъ съ опухолями матки и яичниковъ, оканчивается вверху закругленіемъ, или она идетъ сверху внизъ, какъ это бываетъ съ опухолями печени, селезенки и почекъ. Далѣе, заставляя больную дѣлать глубокія дыханія и выдыханія, обращаютъ вниманіе на подвижность и измѣненіе положенія опухоли.

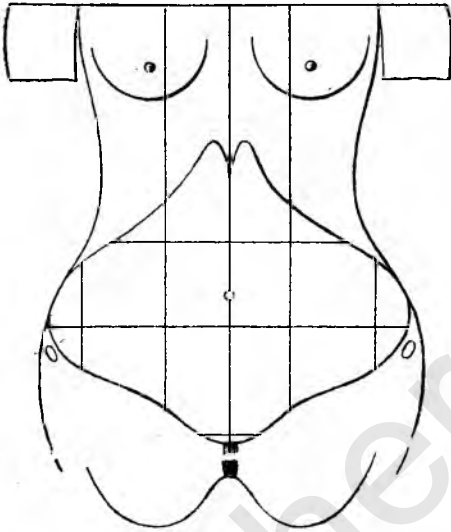


Рис. 4. Схема по Sp. Wells'y.

2. Ощупыванію живота должны предшествовать опорожненіе мочевого пузыря и по возможности также прямой кишки. Цѣлесообразно производить изслѣдованіе до принятія пищи. Для ощупыванія животъ обнажается настолько, насколько это необходимо. Врачъ садится на ложе

горизонтально лежащей больной съ лицомъ, обращеннымъ къ послѣдней; ощупываніе производятъ пальцами, расположенными близко другъ къ другу; слѣдуетъ избѣгать слишкомъ сильнаго давленія, дабы больная не напрягала непроизвольно мышцъ живота; слишкомъ легкое дотрагиваніе вызываетъ ощущение щекотанія. Слѣдятъ за выраженіемъ лица пациентки, съ цѣлью опредѣлить, когда она ощущаетъ боль. Сначала ощупываютъ средину живота, потомъ съ боковъ сверху внизъ, потомъ съ средины кнаружи и обѣими руками сравниваютъ резистентность частей живота, расположенныхъ на одинаковомъ разстояніи отъ средины.

При нормальныхъ условіяхъ, въ зависимости отъ степени расслабленія и содержанія жира въ животѣ, послѣдній легко вдавливается до позвоночника; край печени, селезенки и почекъ часто прощупывается, а кишечныя петли ускользаютъ при надавливаніи. Опухоли кажутся наощупь твердыми или флюктуирующими, но часто въ различной степени: отъ мягкой міомы до твердой раковой опухоли разннца въ ощущеніи очень велика.

При наличности жидкости въ полости живота, особенно негустой, имѣется ощущеніе ускользанія, а при похлопываніи получается ощущеніе волнообразнаго движенія, зыбленія, причемъ это ощущеніе тѣмъ яснѣе, чѣмъ жидкость менѣе густа, а стѣнки мѣшка болѣе тонки. При наличности густой жидкости и толстаго мѣшка можетъ исчезнуть ощущеніе зыбленія.

Наличность воздуха, особенно заключеннаго въ цѣликѣ или частью упругомъ мѣшкѣ, даетъ характерное ощущеніе.

Результаты ощупыванія должны всегда быть сравниваемы съ нормальными условіями; если большая слишкомъ напрягаетъ брюшныя стѣнки, то вопросами можно отклонить ея вниманіе; если расслабленіе брюшныхъ покрововъ не достигается въ спинно-крестцовомъ положеніи, то въ діагностически важныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ наркозу. Если брюшныя стѣнки съ самаго начала слабы и бѣдны жиромъ, то наркозъ бесполезенъ такъ же, какъ и у очень тучныхъ особъ.

Не слѣдуетъ забывать, что при воспаленіи или кровотеченіи (haematocoele, трубная беременность) неосторожное изслѣдованіе ухудшаетъ воспаленіе и усиливаетъ кровотеченіе.

3. *Перкуссия* важна для отличія жидкости или полужидкихъ опухолей отъ содержанія воздуха. Оцѣнка данныхъ перкуссій на животѣ бываетъ нерѣдко труднѣе, чѣмъ на груди, ибо при этомъ перкутируются также сосѣднія части кишекъ, а толстый слой жира даетъ притупленіе. Въ тяжелыхъ случаяхъ перкуссия должна производиться въ разные дни, при неодинаковомъ наполненіи кишечника.

Въ то время, какъ притупленіе надъ большими прилегающими къ передней брюшной стѣнкѣ опухолями яичника и матки очень ясно выражено, при наличности небольшихъ опухолей положеніе значительно затрудняется, особенно если онѣ не прилегаютъ непосредственно къ брюшной стѣнкѣ, а также при наличности свободной жидкости или, еще больше, при наличности жидкости между слипшимися петлями кишекъ (кажущіяся опухоли). Въ этихъ случаяхъ рекомендуется производить поочередно слабую и сильную перкуссію и мѣнять положеніе больной.

Вмѣсто шипучихъ смѣсей цѣлесообразнѣе для цѣлей отличительнаго распознаванія раздувать желудокъ и кишки простымъ баллономъ послѣ предварительнаго введенія зонда; рѣже примѣняютъ наполненіе кишечника или пузыря жидкостью.

4. *Аускультацией* живота не слѣдуетъ пренебрегать въ тяжелыхъ случаяхъ; при всякой подозрѣваемой опухоли живота не слѣдуетъ исключать возможность беременности. Движенія плода, какъ извѣстно, часто воспринимаются ухомъ раньше, чѣмъ слышны тоны сердца; маточный шумъ выслушивается также при міомахъ, рѣже при опухоляхъ яичниковъ.

При повторныхъ изслѣдованіяхъ нужно измѣрять опухоли и слѣдить за ихъ увеличеніемъ и уменьшеніемъ; правильной оцѣнкѣ измѣреній препятствуетъ мѣняющаяся степень наполненія желудка и кишекъ; ихъ слѣдуетъ поэтому производить въ одно и то же время дня и при одинаковыхъ условіяхъ. Практическое значеніе имѣютъ слѣдующія измѣренія: разстояніе отъ симфиза до пупка, отъ симфиза до мечевиднаго отростка, объемъ живота на высотѣ пупка, наибольшій объемъ живота, разстояніе отъ пупка до *spin. sup. ant. dextr. et sin.* и, наконецъ, разстояніе отъ симфиза и *spin. il. ant.* до различныхъ точекъ обваруженной опухоли.

Полученные результаты цѣлесообразно сейчасъ же вносить въ схему (рис. 4).

b) *Внутреннее изслѣдованіе.*

Никогда гинекологъ не пользуется однимъ только внутреннимъ изслѣдованіемъ, а ощупывающая снаружи рука всегда при этомъ помогаетъ. Внутреннее изслѣдованіе является комбинированнымъ и безъ наружнаго не производится. Выработкой этихъ методовъ изслѣдованія мы обязаны В. S. Schultze.

Слѣдуетъ привѣтствовать предупрежденіе Litzman'a о томъ, что гинекологъ не долженъ подвергать всякую являющуюся къ нему гинекологическую больную внутреннему изслѣдованію. У дѣтей и дѣвицъ слѣдуетъ остерегаться разрушить безъ необходимости дѣвственную плеву, а надо ограничиваться изслѣдованіемъ черезъ прямую кишку.

1. Изслѣдованіе чрезъ влагалище.

Внутреннему изслѣдованію долженъ предшествовать осмотръ наружныхъ половыхъ органовъ, особенно если подозрѣвается наличность широкихъ или острыхъ кондиломъ и гонорреи; при этомъ опредѣляютъ также наличность отековъ, варикозныхъ узловъ, гипереміи или анеміи, покраснѣнія, изъязвленій, пятенъ у отверстія Бартолиновыхъ железъ и т. д.; при достаточномъ зяніи большихъ губъ осматриваютъ нижнюю часть передней и задней стѣнокъ влагалища. У трусливыхъ и стыдящихся больныхъ эта часть изслѣдованія должна быть по возможности сокращена, ибо примѣненіе зеркала даетъ возможность снова осматривать вульву.

Для внутренняго изслѣдованія пользуются дезинфицированнымъ резиновымъ пальцемъ, а при гнойныхъ выдѣленіяхъ или раковой опухоли—резиновой перчаткой. Такимъ образомъ удается съэкономить время для дезинфекціи.

Внутреннее изслѣдованіе производится обыкновенно *только указательнымъ пальцемъ*; причемъ большой палецъ по возможности сильно отводится, а остальные три пальца сгибаются на ладони или разгибаются по направленію къ заднему проходу. Рѣдко приходится изслѣдовать двумя пальцами; присоединеніемъ средняго пальца увеличиваютъ длину *maximum* на одинъ сантиметръ, а это между тѣмъ очень непріятно для больной, оказывающей поэтому сопротивленіе.

При введеніи указательнаго пальца въ вульву ладонная его поверхность должна быть направлена кверху, послѣ этого приводятъ кисть въ легкое положеніе пронаціи; въ зависимости отъ характера даннаго случая, палецъ вводится сначала въ разогнутомъ видѣ вверхъ или въ согнутомъ въ направленіи проводной линіи.

Цѣлесообразно съ самаго начала изслѣдованія класть наружную руку на животъ выше симфиза, несмотря на то, что вначалѣ изслѣдованіе производится только внутреннимъ пальцемъ, а наружной рукой не прижимаютъ тазовыхъ органовъ.

Слѣдуетъ строго придерживать порядка при изслѣдованіи: вульва изслѣдуется насчетъ ея размѣровъ и податливости, влагалище—насчетъ длины передней и задней стѣнокъ, упругости или рыхлости ихъ, подвижности, характера *columnae*, гладкости или шероховатости слизистой оболочки; затѣмъ изслѣдуется положеніе влагалищной части, длина, форма, консистентность ея, длина обѣихъ губъ, форма и величина наружнаго маточнаго отверстія и проходимость шейки. Послѣ того, какъ внутренній палецъ въ общемъ ориентировался относительно надвлагалищной части шейки и положенія тѣла матки, противо-давленіемъ наружной руки ощупывается вся матка до дна ея, и опредѣляется величина, твердость, выпячиваніе и положеніе шейки; ощупываніемъ боковыхъ краевъ, передней и задней стѣнокъ опредѣляютъ наличность выступовъ въ маточной стѣнкѣ.

Слѣдя за выраженіемъ лица пациентки, опредѣляютъ чувствительность матки въ состояніи покоя и движенія и подвижность ея по отношенію къ шейкѣ въ разныхъ стороны.

Ознакомившись съ положеніемъ и состояніемъ матки, ощупываютъ пальцами боковыя части таза; при простыхъ изслѣдованіяхъ можно *однимъ только* указательнымъ пальцемъ ощупать весь тазъ; при болѣе же важныхъ изслѣдованіяхъ ощупываютъ правую половину таза правой рукой и лѣвую лѣвой.

Сбоку отъ матки ощупываютъ сначала находящееся надъ влагалищнымъ сводомъ пространство вмѣстѣ съ ограничивающими его сверху складками брюшины и трубами, сбоку и сзади находится яичникъ, который при нормальной подвижности передвигается между обѣими ощупывающими его руками.

Проникая въ передній влагалищный сводъ, ощупываютъ мочеточникъ и мочевой пузырь и, отодвигая влагалищную часть сзади, опредѣляютъ степень напряженія *lig. vesico-uterina*. Очень важно ощупываніе Дугласовыхъ складокъ, простирающихся отъ верхней задней части шейки по направленію къ прямой кишкѣ. Въ нормальномъ состояніи онѣ мягки и растяжимы, но въ 80% всѣхъ

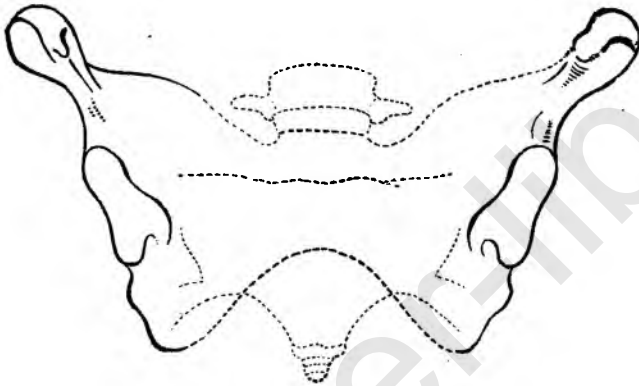


Рис. 5. Фронтальный разрѣзъ таза по В. Schultze.

случаевъ одна изъ нихъ или обѣ напряжены, укорочены, плотны и чувствительны при дотрагиваніи, такъ что приведеніе *port. vag.* впередъ очень болѣзненно.

Къ концу изслѣдованія ощупываютъ полость таза, причемъ не слѣдуетъ никогда забывать, что на боковой стѣнкѣ крестцовой кости *mm. rugiformes* выступаютъ въ видѣ валиковъ, которые начинающій врачъ принимаетъ за опухоли.

Никогда не слѣдуетъ забывать, что слишкомъ продолжительное надавливаніе наружной рукой вызываетъ и въ нормальномъ состояніи боль. При достаточномъ упражненіи въ изслѣдованіи нормальныхъ случаевъ нетрудна будетъ и оцѣнка патологическихъ случаевъ; однимъ внутреннимъ пальцемъ, но еще лучше, обѣими руками можно опредѣлить, смѣщено ли тѣло матки, или прощупывается черезъ влагалищный сводъ опухоль, консистенція которой, чувствительность, подвижность, сращеніе и т. д. подлежатъ дальнѣйшему изслѣдованію.

Труднымъ можетъ стать изслѣдованіе въ томъ случаѣ, если опухоли смѣщаютъ передній или задній сводъ такъ, что съ трудомъ только можно достигнуть влагалищной части, или послѣдняя вовсе не прощупывается.

Сильное напряженіе брюшныхъ покрововъ вслѣдствіе боязни пациентки, а также вслѣдствіе скопленія воздуха или жидкости, или же вслѣдствіе сильнаго развитія жировой ткани можетъ затруднить или сдѣлать совершенно невозможнымъ изслѣдованіе обѣими руками.

По совѣту Hegar'a, ощупываніе матки облегчается, если оттянуть ее вниз посредством захватыванія *portio* пулевыми щипцами; такое изслѣдованіе разрѣшается лишь въ томъ случаѣ, если предварительно произведенное ощупываніе указало на отсутствіе воспалительныхъ процессовъ въ сосѣднихъ тканяхъ; къ этому методу изслѣдованія я еще вернусь при разсмотрѣніи діагноза локализациі опухолей около матки.

2. Изслѣдованіе чрезъ прямую кишку.

Введеніемъ этого необходимаго въ гинекологиі метода изслѣдованія мы обязаны Hegar'у и Schröder'у. Предварительно достаточно бываетъ промываніе прямой кишки водой. Необходимо, чтобы врачъ одѣвалъ при изслѣдованіи резиновую перчатку. Изслѣдованіе чрезъ прямую кишку замѣняетъ



Рис. 6. Сагитальный разръзъ таза по B. Schulze.

такое чрезъ влагалище во всѣхъ случаяхъ неподатливости послѣдняго, слѣдовательно, у дѣвицъ, у нѣкоторыхъ нерожавшихъ женщинъ и въ климактерическомъ періодѣ. При *retroflexio uteri*, при опухоляхъ и воспаленияхъ распознаваніе болѣзни часто бываетъ возможно лишь посредствомъ изслѣдованія чрезъ прямую кишку, причѣмъ указательнымъ пальцемъ заходятъ за *sphincter tertius*.

На огромное значеніе ощупыванія *lig. sacrouterina* правильно указалъ недавно Sellheim; я не могу только согласиться съ нимъ, будто изслѣдованіе чрезъ прямую кишку мало болѣзненно. Я совѣтую поэтому при первомъ посѣщеніи больной производить изслѣдованіе чрезъ

прямую кишку только въ крайне необходимыхъ случаяхъ.

Облегчается изслѣдованіе, если большой палецъ кладутъ на влажную часть; въ этомъ случаѣ исключается возможность ошибочнаго принятія шейки за опухоль, а указательнымъ пальцемъ доходятъ до *sphincter tertius*, что является достаточнымъ во всѣхъ случаяхъ.

Далѣе, этотъ методъ изслѣдованія необходимъ во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ на задней поверхности широкихъ связокъ и матки находятся опухоли, т. е. небольшія новообразованія яичниковъ, подбрюшинные фиброиды, опухоли трубъ и т. д. И въ этихъ случаяхъ облегчается ощупываніе матки, если оттянуть ее вниз посредствомъ пулевыхъ щипцовъ.

Излишне и оставлено предложенное Simon'омъ изслѣдованіе всей введенной въ прямую кишку кистью руки; только при глубокомъ наркозѣ и одновременныхъ надрѣзахъ задняго прохода удастся постепенно ввести всю руку; въ этомъ узкомъ пространствѣ рукой врядъ ли можно зайти дальше, чѣмъ указательнымъ пальцемъ. Этотъ методъ изслѣдованія оставленъ, какъ слыш-

комъ опасный. Имѣвшее мѣсто разрывы sphincter ani съ остающимися парализмомъ и поврежденіе брюшины съ образованіемъ смертельнаго перитонита дѣлаютъ это мнѣніе совершенно правильнымъ.

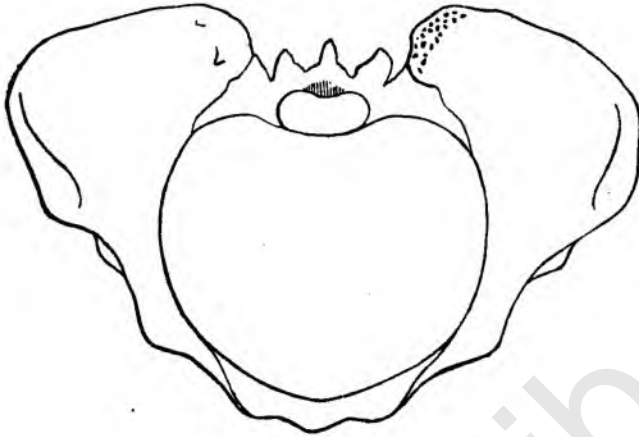


Рис. 7. Горизонтальный разрѣзъ таза по В. Schultze.

Если послѣ изслѣдованія появляется кровотеченіе изъ небольшихъ надрывовъ слизистой оболочки, то промываютъ кишку 2% растворомъ борной кислоты; небольшіе разрывы складокъ задняго прохода сшиваются катгутомъ.

3. Изслѣдованіе чрезъ мочевоу пузырь.

Въ виду усовершенствованія только что описанныхъ методовъ изслѣдованіе чрезъ уретру и пузырь врядъ ли примѣняется. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ изслѣдованіе катетеромъ является недостаточнымъ, расширяютъ уретру по способу, предложенному Simon'омъ.

Simon предложилъ для этой цѣли зеркала изъ твердаго каучука 8 размѣровъ съ овальнымъ obturatorомъ; цѣлесообразнѣе примѣняютъ въ настоящее время расширители шейки матки (рис. 21).

Подъ наркозомъ и въ спинно-крестцовомъ положеніи пациентки захватываютъ пулевыми щипцами уретральный валикъ на 1—2 сант. выше отверстія уретры и послѣ наружной дезинфекціи и промыванія пузыря тепловатымъ 1% растворомъ борной кислоты расширяютъ уретру, начиная съ самаго тонкаго номера. Если наружное отверстіе уретры не даетъ возможности проникнуть, то надрѣзываютъ его прямыми ножницами поперечно въ обѣ стороны до тѣхъ поръ, пока не войдетъ № 12, послѣ чего при осторожномъ поворачиваніи указательный палецъ проходитъ; я не совѣтую вводить мизинецъ, ибо онъ слишкомъ коротокъ, и въ немъ мало развито чувство осязанія.

Введеннымъ пальцемъ и при надавливаніи другой руки ощупываютъ внутреннюю поверхность пузыря, а потомъ, въ зависимости отъ показаній, также область матки, придатки и лежащее надъ ними пространство. Кромѣ заболѣваній пузыря, этого метода изслѣдованія требуютъ также врожденное суженіе и закрытіе женскихъ половыхъ органовъ; кромѣ того, при попыткѣ дренировать эксудатъ сверху по направлевію къ влагалищу, я контролирую со стороны пузыря пальцемъ, дабы не поранить его троакаромъ.

По окончаніи изслѣдованія промываютъ пузырь борной водой и имѣющіяся довольно кровоточація пораненія сшиваютъ катгутомъ сагитально сверху

книзу, причемъ нужно слѣдить за тѣмъ, чтобы внутренній шовъ захватилъ также и слизистую оболочку уретры. Очень рѣдко остается послѣ этого временный параличъ сфинктера; одинъ или два раза приходится прибѣгать къ катетеру.

Наконецъ, въ зависимости отъ особенностей данного случая, комбинируютъ только что описанные методы изслѣдованія чрезъ влагалище, прямую кишку и пузырь, примѣняя при этомъ комбинированное изслѣдованіе наружной рукой.

По окончаніи внутренняго и наружнаго изслѣдованія не слѣдуетъ забывать сейчасъ же записать результаты, лучше всего въ схематически



Рис. 8. Расширеніе уретры по Simon'y и швы.

составленный журналъ, и прибавляютъ изображеніе положенія тазовыхъ органовъ, пользуясь для этого разрѣзами таза по В. Schultze въ сагитальномъ, фронтальномъ и горизонтальномъ направленіяхъ (рис. 5—7). Нѣсколько штриховъ замѣняютъ длинное описаніе и даютъ ясную картину спустя много мѣсяцевъ и лѣтъ; кромѣ того, получаемые впоследствии результаты можно сравнивать со старыми.

4. Діагностически вспомогательныя средства для изслѣдованія.

а) Изслѣдованіе зеркалами.

Для болѣе точнаго осмотра верхнихъ частей влагалища, влагалищной части и слизистой оболочки цервикальнаго канала служатъ влагалищныя зеркала или просто зеркала (specula). Удивительно, что Гиппократъ не былъ,

повидимому, знакомъ съ этимъ инструментомъ, хотя онъ описываетъ зеркало для прямой кншки. Съ другой стороны, въ раскопкахъ Помпеи найдено характерное влагалищное зеркало, состоящее изъ трехъ частей; имѣется также описаніе зеркаль, употреблявшихся Галеномъ, Соранусомъ и друг. Въ то время, какъ въ средніе вѣка зеркала мало употреблялись, они снова нашли себѣ практическое примѣненіе послѣ того, какъ Rёсаміег, предложившій видоизмѣненіе зеркаль, снова ввелъ ихъ въ употребленіе.

Наиболѣе удобными для кабинета врача зеркалами являются *трубчатые*; форма этихъ зеркаль соответствовала прежнему анатомическому представленію о просвѣтѣ влагалища, какъ о трубкѣ. Эти зеркала имѣютъ цилиндрическую форму съ незначительнымъ суженіемъ верхняго конца и воронкообразнымъ расширеніемъ нижняго. Соответственно неодинаковой длинѣ влагалищныхъ стѣнокъ, задняя поверхность зеркала длиннѣе, зеркало косо срѣзано.

Чаще всего употребляются зеркала С. Мауег'а изъ молочнаго стекла и стеклянное зеркало Fergussop'a, внутренняя поверхность котораго посеребрена, а наружная покрыта каучукомъ.

Зеркала изъ молочнаго стекла менѣ ломки, значительно дешевле и легко стерилизуются кипяченіемъ; зеркала Fergussop'a легко трескаются и вслѣдствіе отслоенія верхняго слоя становятся вредными; они не переносятъ кипяченія и хорошо моются въ растворѣ сулемы. Несмотря на эти недостатки, я въ частной практикѣ, гдѣ не всегда имѣется достаточно свѣта, а также для клиническаго демонстррованія отдаю зеркалу Fergussop'a, въ виду его прекраснаго освѣщенія, предпочтеніе предъ таковымъ Мауег'а.

Далѣе, имѣются зеркала изъ слоновой кости, олова, целлулоида, никеля, твердаго каучука (С. Ваун) и пальмоваго дерева. Послѣднія два зеркала могутъ замѣнять Fergussop'овское въ случаяхъ примѣненія каленаго жѣлѣза и при атмокаустикѣ.

Врачъ долженъ имѣть наготовѣ достаточный наборъ зеркаль 3—4 величинъ. Наиболѣе частой ошибкой является примѣненіе слишкомъ большихъ зеркаль, причиняющихъ больнымъ мученіе. Зеркало не должно быть слишкомъ короткимъ, но и не длиннѣе 10—12 сант.

Примѣненію зеркала должно всегда предшествовать внутреннее изслѣдованіе, дабы возможно было установить ширину входа во влагалище, также положеніе влагалищной части и выбрать, слѣдовательно, подходящий размѣръ зеркала. Только въ томъ случаѣ, когда желательнo получить выдѣленія для микроскопическаго и бактерійнаго изслѣдованія, нѣтъ надобности предварительно вводить палець.

Больная лежитъ на стулѣ для изслѣдованія или въ кровати съ приподнятымъ крестцомъ и разведенными ногами. Тщательно дезинфицированное и достаточно нагрѣтое зеркало берутъ въ правую руку такимъ образомъ, что большой палець лежитъ на верхнемъ, а четыре другихъ пальца на нижнемъ его объемѣ. Въ то время, какъ лѣвой рукой тщательно раскрываютъ малыя губы, правой вводятъ въ влагалище верхушку зеркала, приподымая основаніе его въ направленіи такъ называемаго 3 положенія щипцовъ и сильно надавливаютъ книзу, съ цѣлью преодолѣть сопротивленіе *constrictor cunni*, до тѣхъ поръ, пока передній край зеркала не будетъ находиться ниже отверстія и передняго валика уретры; послѣ этого легкими вращательными движеніями просовываютъ правой рукой зеркало впередъ, а глазами слѣдятъ, чтобы передній край зеркала не поднялъ также и передняго валика уретры вверхъ; лѣвая рука освобождаетъ губы, зеркало просовываютъ сначала больше въ горизонтальномъ, потомъ въ нѣсколько спущенномъ направленіи, въ зависимости отъ положенія *portio vagin.*; полнаго вращенія зеркала слѣдуетъ избѣгать, ибо въ противномъ случаѣ болѣе длинная задняя стѣнка окажется впереди. При медленномъ проталкиваніи зеркала видно, какъ передняя и задняя влагалищныя стѣнки уда-

ляются другъ отъ друга, и обнаруживается образованная обѣими стѣнками поперечная щель, которую не слѣдуетъ принимать за маточное отверстіе; при этомъ можно хорошо наблюдать красноту или блѣдность слизистой оболочки, характеръ складокъ, сосочковъ, количество и характеръ выдѣлений. Вступленіе влагалищной части въ зеркало становится замѣтнымъ потому, что появляется слизистая оболочка. Если вслѣдствіе ненормальной длины передней губы вся влагалищная часть плохо видна, то отодвигаютъ ватными шариками переднюю губу впередъ и вверхъ при одновременномъ выдвиганіи зеркала, или помощью крючка поднимаютъ переднюю губу вверхъ и впередъ.

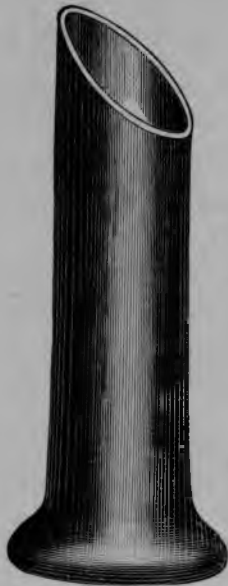


Рис. 9. Зеркало Fergusson'a.

При проталкиваніи зеркала по направленію къ влагалищному своду *portio vaginalis*, отчасти вслѣдствіе набуханія, отчасти вслѣдствіе рефлекса зеркала, кажется длиннѣе и толще, чѣмъ она раньше прощупывалась. Посредствомъ сильнаго проталкиванія зеркала можно выворотить губы, но еще лучше это дѣлается посредствомъ крючка, и такимъ образомъ удастся осмотрѣть нижнюю часть цервикальнаго канала. Сдвигая ноги, большая фиксируетъ зеркало, такъ что обѣ руки врача освобождаются, или одной рукой врачъ придерживаетъ зеркало, а другой вводитъ инструменты. Удаленіе зеркала должно происходить также медленно и осторожно, какъ и введеніе его.

Большую роль въ гинекологіи играютъ *желобоватыя* зеркала, введеніемъ которыхъ мы обязаны М. Sims'у. Прототипомъ этого зеркала служила этому автору ложка, изогнутая подъ прямымъ угломъ; Sims' сконструировалъ послѣ этого два желоба, меньшій и большій съ однимъ общимъ кускомъ, служившимъ одновременно и рукояткой, съ цѣлью въ боковомъ или коленно-локтевомъ положеніи оттянуть заднюю влагалищную стѣнку.

Эти зеркала вставляютъ почти исключительно въ лѣвомъ брюшно-боковомъ положеніи. Ассистентъ, стоящій слѣва отъ врача и позади больной, поднимаетъ четырьмя пальцами лѣвой руки большія губы вверхъ, врачъ сидитъ насупротивъ вульвы и вводитъ правый указательный палецъ въ влагалище до *port. vagin.* и по этому пальцу онъ проводитъ подходящій желобъ зеркала Sims'a вверхъ; ассистентъ захватываетъ наружный желобъ правой рукой и тянетъ его къзади, скорѣе нѣсколько книзу, причемъ слѣдуетъ избѣгать слишкомъ сильнаго давленія кнутри и кверху. Послѣ этого воздухъ свободно проходитъ въ влагалище, расправляя его; для того, чтобы видѣть *portio vagin.*, отдавливаютъ помощью депрессора Sims'a (можно также пользоваться рукояткой зонда) переднюю влагалищную стѣнку къзади, вставляютъ въ переднюю стѣнку шейки крючекъ или пулевья щипцы и тянутъ *port.* книзу. Осматриваютъ влагалищные своды, *portio vagin.*, внутреннюю поверхность цервикальнаго канала и боковые разрывы; можно зондировать матку, промывать ее, прижигать и производить небольшія операціи на влагалищной части. При податливой связкѣ удается спустить *portio* до *introitus*.

Сильное оттягиваніе матки противопоказано при всѣхъ воспалительныхъ процессахъ придатковъ, особенно при срощеніяхъ тазовой брюшины и при гонорройномъ заболѣваніи трубъ и яичниковъ.

Тотъ, кто пробовалъ примѣненіе зеркала Sims'a въ боковомъ положеніи, не скоро отъ этого откажется. Единственный недостатокъ заключается въ необходимости имѣть ассистента; впрочемъ, для этой

цѣли можно пользоваться услугами акушерки или сестры милосердія, а свои колѣни поддерживаетъ сама больная.

Съ цѣлью устранить необходимость имѣть ассистента, предложены вспомогательные аппараты; но всѣ они имѣютъ тотъ недостатокъ, что уничтожаютъ самое цѣнное въ изслѣдованіи по Sims'у, а именно, возможность въ любой моментъ измѣнять положеніе portio и влагалищнаго свода.

Такие аппараты предложены были раньше Fritsch'омъ, Ulrich'омъ и друг.; аппаратъ прикрѣпляется къ столу и не даетъ поэтому возможности измѣнить положеніе пациентки; если больная производитъ произвольныя движенія, аппаратъ смѣщается.



Рис. 10. Зеркало Sims'a.

Цѣлесообразнѣе поэтому модификація Emmet'a, при которой аппаратъ прикрѣпляется къ ягодицамъ больной посредствомъ продырвленной ложки, на подобіе щипцовъ, и двухъ шарнировъ съ винтами; его зеркало состоитъ изъ одной или двухъ ложекъ, въ зависимости отъ того, имѣемъ ли мы дѣло съ нерожавшей или многорожавшей.

Вмѣсто депрессора уже R. Wagner, а потомъ и Neugebauer предложили меньшій желобъ, находящійся въ заднемъ болѣе; эти зеркала не даютъ, по моему мнѣнію, достаточно ясной картины влагалища.

Въ основѣ желобоватыхъ зеркалъ Simon'a лежитъ также принципъ ложкообразныхъ зеркалъ Sims'a. Удерживая послѣдними заднюю стѣнку, примѣняютъ для передней плоскую ложку. Вначалѣ употребляли наборъ изъ 3—4 желобовъ, соединенныхъ вмѣстѣ шарниромъ. Въ настоящее же время изъ соображеній асептики изготовляютъ желобъ и рукоятку изъ одного куска. Гинекологъ долженъ поэтому имѣть въ своемъ распоряженіи достаточное число такихъ зеркалъ.

Зеркала Simon'a вводятся какъ въ положеніи на спинѣ, такъ и на боку. Влагалищная часть или окружающія свища части, подлежащая осмотру, оттягиваются внизъ помощью крючка.

Далѣе, Doyen предложилъ для операций согнутые подъ прямымъ угломъ влагалищедержатели разныхъ формъ и величинъ. Цѣлесообразное измѣненіе задняго желоба предложили Fritsch и Martin; онъ короче и шире и снабженъ боковыми крыльевидными отростками, благодаря которымъ боковыя части входа во влагалище и самаго влагалища лучше удерживаются, чѣмъ облегчается обкалываніе параметрія при полной экстирпаціи матки.

Третій видъ составляютъ клювевидныя, состоящія изъ нѣсколькихъ ложекъ, зеркала, раскрывающіяся только въ самомъ влагалищѣ.



Рис. 11. Депрессоръ Sims'a.

Прототипомъ можетъ служить предложенное Cusco зеркало съ 2 ложками; оно состоитъ изъ двухъ лежащихъ другъ на другъ на подобіе клюва утки ложекъ, которыя можно по желанію разъединить и помощью винта снова соединить. Это зеркало вводятъ въ вульву въ сагитальномъ или косомъ ді-



Рис. 12.
Крючекъ.



Рис. 13. Пулевые щипцы.

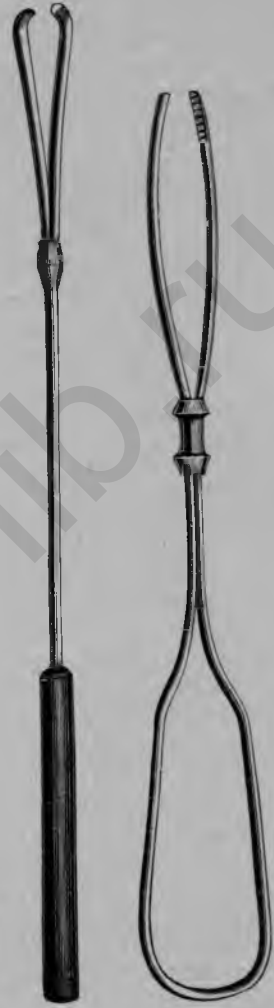


Рис. 14. Ватодержатель
(справа по Walcher'sy).

метръ и по мѣрѣ дальнѣйшаго передвиганія поворачиваютъ постепенно въ поперечный діаметръ, причемъ рукоятка направлена къзади по направленію къ промежности; послѣ этого его раскрываютъ и поворачиваніемъ винта фиксируютъ. То обстоятельство, что, вводя зеркало въ закрытомъ видѣ, мы не причиняемъ пациенткѣ боли, не представляетъ большого преимущества; я всегда находилъ, что введеніе его болѣзненно; недостатокъ же его заключается въ томъ, что во время введенія, особенно же во время удаленія зеркала легко ущемляются складки влагалища, что причиняетъ сильную боль; кромѣ этого, ложки закрываютъ переднюю и заднюю стѣнки влагалища; зеркало, правда, само держится, и можно поэтому производить небольшія операціи и прижи-

ганія влагалищной части и цервикальчаго канала, но прижигающее средство часто слишком распространяется во влагалищъ. Я поэтому уже давно пересталъ пользоваться этимъ зеркаломъ.

По образцу зеркала Cusco предложены были и другія модификаціи, перечисленіе которыхъ завело бы насъ очень далеко. Мы упомянемъ только о двухложечномъ зеркаль Ricord'a, объ инструментахъ Meadow'a (двух-

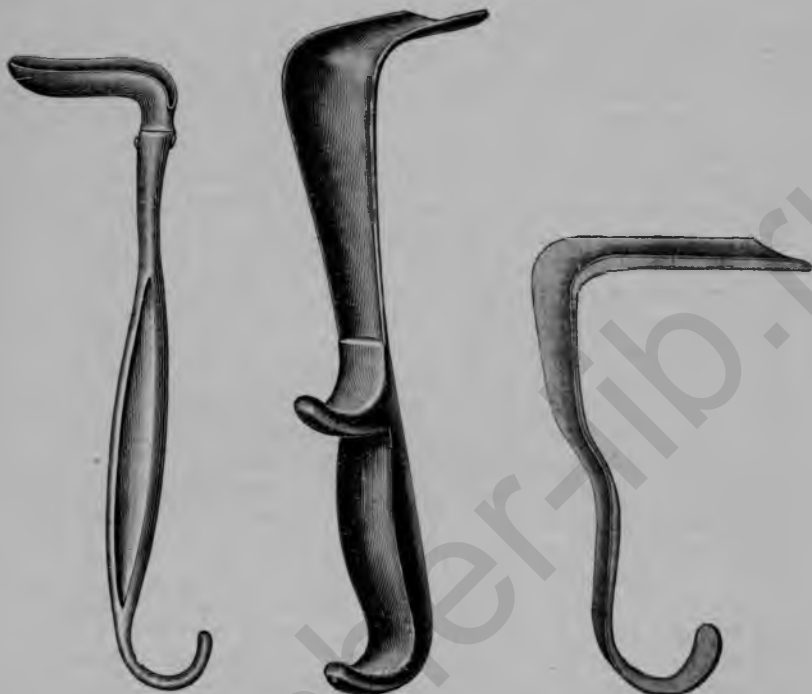


Рис. 15. Задняя влагал-
лицная желобоватая
ложка по Simon'y.

Рис. 16. Передній вла-
галищдержатель по
Doen'y. Длина 21 сант.

Рис. 17. Задній влага-
лицдержатель по
Doen'y.

пятиложечномъ зеркаль), о двухложечномъ зеркаль Воземан'a и трехложечномъ Neugebauer'a, расхваливаемомъ Chroback'омъ.

Нѣкоторые авторы придѣляли къ зеркаламъ приспособленіе для промыванія и постоянного удаленія изъ влагалища крови, слизи и т. д.; всѣ эти приспособленія осложняютъ безъ надобности инструменты.

Зеркала для цервикальнаго канала изъ слоновой кости въ формѣ Simon'овскихъ зеркалъ для уретры излишни. Вполнѣ достаточнымъ является стягиваніе portio внизъ, раскрытіе губъ крючками и расширеніе цервикальнаго канала дилататорами Hegar'a или ножомъ.

б) *Изслѣдованіе зондомъ.*

Если не считать единичныхъ предвѣстниковъ, то маточный зондъ введенъ былъ въ гинекологию только въ сороковыхъ годахъ послѣдняго столѣтія почти одновременно въ Англии, Франціи и Германіи Simpson'омъ, Huguier и Kiwisch'омъ. Нѣтъ надобности приводить здѣсь хоть нѣкоторыя изъ большого числа предложенныхъ моделей, такъ

какъ въ основѣ ихъ лежитъ одинъ и тотъ же принципъ. Зондъ представляетъ длиной въ 22 сант. сгибающуюся и снабженную рукояткой палочку, предназначаемую, какъ продолженіе пальца, для ощупыванія и измѣренія цервикальнаго канала и полости матки. Требованиямъ асептики отвѣчаетъ простой, легко стерилизуемый кипяченіемъ инструментъ, такъ что болѣе сложные инструменты, какъ таковой Huguier, а также элеваторъ Sims'a, въ настоящее время совершенно оставлены. Малоупотребителенъ также зондъ Sims'a, т. е. сгибающаяся серебряная палочка, подвижная въ рукояткѣ и устанавливаемая посредствомъ пуговки. Наиболѣе употребительнымъ въ Германіи зондомъ является таковой Kiwisch'a, модифицированный Schultze. Длина зонда изъ сгибающагося металла (посеребренной мѣди или серебра) составляетъ вмѣстѣ съ рукояткой 30 сант. Рукоятка металлическая, но не должна слишкомъ быть тяжелой; поэтому она изготовляется полый или продыравленной, какъ въ зондѣ Walcher'a. Передняя поверхность рукоятки, соответствующая вогнутой поверхности зонда, снабжена зазубринами, дабы можно было знать о направленіи введеннаго зонда. Передній конецъ зонда снабженъ пуговчатымъ утолщеніемъ въ 3 миллим. На разстояніи 7 сант. отъ пуговчатого конца имѣется на выпуклой поверхности зонда валикообразное возвышеніе, по которому можно судить о нормальной длинѣ полости матки. Отъ этого мѣста на разстояніи около 20 сант. зондъ снабженъ сантиметровыми дѣленіями для опредѣленія достигнутой длины полости. Маточный зондъ употребляется:

1. Для опредѣленія состоянія шейки, ея длины и ширины наружнаго и внутренняго маточныхъ отверстій.

Поводомъ для употребленія зонда служатъ стенозъ шейки у нерожавшихъ женщинъ или приобретенное послѣ тяжелыхъ родовъ рубцовое суженіе. Нѣкоторую трудность для неопытнаго врача представляетъ проведеніе зонда черезъ внутреннее маточное отверстие; небольшое сопротивленіе на этомъ мѣстѣ еще не указываетъ на наличность стеноза, а послѣдній диагностируется на основаніи явнаго кольцевиднаго препятствія при удаленіи зонда.

2. Зондъ служитъ для опредѣленія длины и направленія полости матки.

Осторожно проводя зондъ въ извѣстномъ направленіи черезъ внутреннее отверстие, мы встрѣчаемъ у дна матки легкое сопротивленіе; надавливая зондъ верхушкой находящагося въ влагалищѣ указательнаго пальца у наружнаго отверстия, мы можемъ послѣ удаленія зонда опредѣлить длину полости матки, а положеніе рукоятки указываетъ одновременно съ этимъ и направленіе полости. Если верхушка зонда направляется впередъ, то рукоятка отклоняется назадъ, къ промежности, а если она направлена влѣво, то рукоятка отклоняется вправо.

3. Зондомъ опредѣляется ширина полости матки и толщина ея стѣнокъ.

Въ нормальной полости матки находящейся внутри ея зондъ трудно передвигается спереди къзади и справа налѣво; только опытный врачъ можетъ по легкой передвигаемости зонда заключить о расширеніи полости; при этомъ слѣдуетъ имѣть въ виду слабость и податливость стѣнокъ. О толщинѣ стѣнокъ, особенно дна, можно судить по ясности, съ какой прощупывается черезъ брюшные покровы головка находящагося въ полости матки зонда. При расслаблен-



Рис. 18.

Зондъ по Kiwisch'у.

ныхъ стѣнкахъ матки, напр., послѣ родовъ необходимо остерегаться произвести прободеніе.

4. Введеніемъ зонда удается также опредѣлить свойства внутренней поверхности матки и присутствіе чего либо въ ея полости. Эта задача довольно трудна и часто даетъ поводъ къ ошибкамъ.

При нормальномъ состояніи эндометрія пуговчатымъ концомъ зонда не ощупывается въ полости матки никакихъ грубыхъ выступовъ; помощью зонда удается нерѣдко установить наличность шероховатостей и неровностей, иногда также и уплотненій въ стѣнкѣ матки; несмотря на это, иногда не опредѣляется даже болѣе значительное содержимое, яйцо и полипъ на ножкѣ.

5. Въ исключительныхъ случаяхъ, напр., при болѣе значительныхъ опухоляхъ, зондомъ опредѣляютъ изолированную подвижность матки; обыкновенная же подвижность ея, наоборотъ, лучше всего опредѣляется посредствомъ изслѣдованія обѣими руками.

Примѣненіе зонда противопоказано:

1. При *сущестующей или подозрѣваемой беременности*, также и при вѣматочной. Если менструація отсутствовала въ теченіе болѣе продолжительнаго времени, то примѣненіе зонда воспрещается.

2. При остромъ или подостромъ *воспаленіи матки* и окружающихъ ее тканей, также при *кровоизліяніяхъ* въ окружающія ткани (*haematocoele*), параметритѣ, остромъ сальпингитѣ и т. д.

3. При болѣе сильныхъ *выдѣленіяхъ изъ матки и влагалища*, а также при менструаціи и при распадающейся раковой опухоли шейки или тѣла матки (опасность прободенія). Въ первомъ случаѣ можетъ имѣть мѣсто переносъ инфекціи изъ влагалища на матку и отъ послѣдней на трубы.

Предъ зондированіемъ инструментъ вывариваютъ и изгибаютъ соответственно обнаруженному положенію матки. При нормальномъ положеніи матки врачъ лѣвой рукой отыскиваетъ *portio vag.*, кладетъ кончикъ пальца на маточное отверстіе или позади его и другой рукой вводитъ по указательному пальцу зондъ до наружнаго маточнаго отверстія, а потомъ подъ легкимъ давленіемъ и въ шейку. Толстая головка зонда (3 миллим.) предохраняетъ отъ того, чтобы она не попала въ складки *arbor vitae*. Послѣ того, какъ головка зонда достигла внутренняго маточнаго отверстія, сильно опускаютъ при нормальномъ положеніи матки рукоятку, благодаря чему головка проходитъ черезъ внутреннее отверстіе; при этомъ внутренний палецъ помогаетъ въ томъ отношеніи, что онъ надавливаетъ со стороны задняго влагалищнаго свода *portio vag.* черезъ зондъ впередъ, благодаря чему матка нѣсколько выпрямляется изъ своего положенія *anteflexio*. Если введеніе зонда встрѣчаетъ препятствіе, то его удаляютъ и снова пытаются ввести; никогда не слѣдуетъ примѣнять при этомъ силу, иначе невинный самъ по себѣ зондъ можетъ стать опаснымъ инструментомъ. Предъ менструаціей или послѣ нея введеніе зонда облегчается.

Вводитъ зондъ черезъ трубчатое зеркало я не совѣтую, такъ какъ внутреннимъ пальцемъ нельзя при этомъ контролировать направленіе зонда, сопротивленіе и т. д. Только въ исключительныхъ случаяхъ, когда наружное отверстіе столь мало и узко, что не ощупывается пальцемъ, можно сначала установить его въ зеркалѣ, ввести зондъ въ шейку и потомъ удалить зеркало.

Въ случаяхъ сильнаго стеноза зондированіе удается лишь послѣ установленія *portio vag.* въ плоскомъ зеркалѣ и стягиванія ея внизъ посредствомъ крючка.

Опасность зондированія издавна еще оцѣнивается различно.

Несомнѣнно, что значительная часть имѣвшихъ мѣсто несчастныхъ случаевъ слѣдуетъ приписать инфекціи, но не травмѣ; примѣненіе строгой антисептики почти совершенно устраняетъ эту опасность. Иногда

появляется небольшое кровотечение при прохождении зонда через внутреннее маточное отверстие или при соприкосновении с эндометрием. Рѣже наблюдается спазмъ, какъ при появлении менструаціи, могущій у очень чувствительныхъ женщинъ вызвать обморочное состояніе.

Рѣдко наблюдалось прохожденіе зонда въ трубы; болѣе или менѣе вѣроятные случаи описаны Bischoffомъ и Gönnerомъ; въ большинствѣ этихъ случаевъ имѣлись ненормальныя направленіе и ширина трубъ вслѣдствіе неправильнаго поворота матки. Чаше наблюдалось прободеніе мягкой матки; къ счастью, въ большинствѣ случаевъ такое прободеніе не имѣло неприятныхъ послѣдствій; все же слѣдуетъ въ случаѣ, если зондъ попадаетъ очень далеко, вытянуть его назадъ.

с) *Расширеніе шейки для діагностическихъ цѣлей.*

1. Безкровное расширеніе шейки.

Эта операція имѣетъ цѣлью расширеніе канала съ цѣлью ввести въ полость матки палецъ, куретту или другой инструментъ.

Изъ разбухающихъ средствъ больше не примѣняются: прессованная губка, вслѣдствіе ея недостаточной асептичности, и палочка tupelo, вслѣдствіе ея незначительнаго дѣйствія; рекомендуется только палочка ламинариі, но и она оставлена нѣкоторыми гинекологами.

Палочки ламинариі (стволь *Laminaria digitata*) имѣются въ продажѣ толщиной отъ одного миллиметра до мизинца. Онѣ должны имѣть въ длину 7 сант., быть гладкими и посрединѣ продыравленными, дабы съ одной стороны жидкость проникала со всѣхъ сторонъ и скорѣе вызывала разбуханіе, а съ другой стороны былъ возможенъ оттокъ маточныхъ выдѣленій. Палочки ламинариі удается, несомнѣнно, сдѣлать асептическими, онѣ не прилипаютъ къ поверхности шейки и быстро расширяютъ послѣднюю.

Палочки ламинариі имѣютъ на нижнемъ концѣ отверстие, черезъ которое проводится нитка съ цѣлью болѣе удобнаго удаленія; онѣ сохраняются въ 10% алкогольномъ растворѣ салициловой кислоты; еще лучше дезинфицировать ихъ предъ самымъ употребленіемъ посредствомъ вывариванія въ теченіе 5 минутъ въ 5% карболовой водѣ.

Больная находится въ спинно-крестцовомъ положеніи, обнажаютъ *portio vag.*, захватываютъ переднюю губу щипцами, вытираютъ антисептической жидкостью влагалище и цервикальный каналъ, опредѣляютъ зондомъ направленіе полости матки, послѣ этого расширяютъ дилаторами шейку настолько, чтобы вошелъ самый толстый номеръ ламинариі, и, захвативъ послѣднюю длиннымъ корнцангомъ, вводятъ ее непосредственно въ каналъ шейки. Для того, чтобы получилось достаточное расширеніе, палочка должна заходить за внутреннее маточное отверстие на 1 сант.; если палочка опускается ниже этого отверстия, то верхняя часть шейки спазмодически сокращается, и расширеніе не удается. Нижний конецъ палочки долженъ находиться въ каналѣ надъ наружнымъ отверстиемъ; полоска виоформа и лежащій позади тампонъ препятствуютъ выпаденію палочки. Введеніе послѣ предварительнаго сильнаго расширенія самаго толстаго номера болѣе дѣйствительно и менѣе опасно, чѣмъ введеніе сначала тонкой, а потомъ болѣе толстой палочки или введеніе трехъ вмѣстѣ связанныхъ тонкихъ палочекъ.

Немедленно послѣ введенія ламинариі большую переносятъ въ кровать и слѣдятъ за температурой ея тѣла; въ случаѣ сильной боли, кладутъ теплый компрессъ и даютъ кодеинъ, морфій или опій въ порошкахъ или свѣчкахъ.

Дѣйствіе ламинариі состоитъ не только въ механическомъ расширеніи канала; вслѣдствіе раздраженія посторонняго тѣла происходятъ серозное пропитываніе ткани цервикальнаго канала и сокращенія матки, достаточныя въ нѣкоторыхъ случаяхъ для того, чтобы подслизистыя міомы опустились ниже.

Удаленіе палочки производится черезъ 24 часа, а въ случаѣ сильной боли и лихорадки, еще раньше. Удаленіе палочки не всегда удается легко, такъ какъ въ области внутренняго отверстія набуханіе бываетъ неодинаковымъ, и сильнѣе разбухшая верхняя часть, находящаяся въ полости матки, часто съ трудомъ только при вращательныхъ движеніяхъ корнданга проводится чрезъ узкое мѣсто.

Послѣ этого ощупываютъ подъ наркозомъ полость матки, произведя въ случаѣ надобности для этого дисцизію; введеніе второй палочки ламинариі рѣдко оказывается нужнымъ.

Расширеніе цервикальнаго канала показано: при новообразованіяхъ эндо- и міометрія, предполагаемыхъ полипахъ, подслизистыхъ міомахъ, при оставшихся послѣ аборта кускахъ и, наконецъ, при продолжительномъ кровотеченіи послѣ произведеннаго выскабливанія.

Расширеніе палочками ламинариі противопоказано: при остромъ воспаленіи матки и придатковъ, при гниломъ содержимомъ полости матки, т. е. при выкидышѣ, сопровождающемся лихорадкой, при распавшихся міомахъ, а также въ случаяхъ, въ которыхъ въ выдѣленіяхъ изъ влагалища и шейки обнаружены гэмолитическіе стрептококки или палочки coli. Опасно также расширеніе, вслѣдствіе связаннаго съ этимъ опусканія матки при пельвеоперитонитѣ и параметритѣ.

При строгомъ выборѣ случаевъ я никогда не наблюдалъ инфекціи трубъ, происходящей, по мнѣнію Фрейбургской школы, эндогеннымъ путемъ.

Опасаясь непріятныхъ послѣдствій отъ разбухающихъ средствъ, стали примѣнять *инструменты для тупого расширенія шейки.*

Однимъ изъ старѣйшихъ является дилаторъ Busch'a, состоящій изъ трехъ вѣтвей; онъ имѣетъ искривленіе, соответствующее маткѣ, находящейся въ положеніи anteflexio, и при падавливаніи на рукоятку трехгранныя вѣтви растягиваютъ шейку по тремъ направленіямъ; этотъ инструментъ больше не примѣняется въ виду возможности пораненія имъ. Инструменты съ двумя вѣтвями предложены были Ellinger'омъ и B. Schultze; послѣдній видоизмѣненъ для расширенія шейки въ поперечномъ и сагитальномъ направленіи; этотъ инструментъ клювовидно искривленъ, соответственно маточной оси и



Рис. 19.
Палочка ламинариі; самый толстый номеръ.

Рис. 20.
Тоже послѣ разбуханія.

имѣется въ продажѣ тройкой толщины. Schultze примѣняетъ эти инструменты послѣ предварительнаго расширенія палочкой ламинариі, съ цѣлю держать цервикальный каналъ открытымъ для промыванія.

На томъ же принципѣ построенъ метраноиктеръ Schatza. Это двѣ соединенныя между собою пружинной дугой внутриматочныя палочки, растягивающія цервикальный каналъ при продолжительномъ пребываніи тамъ. Для полученія большаго дѣйствія вводятъ болѣе толстые номера.

Значительно большее распространеніе по справедливости получили цилиндрическіе расширители изъ твердаго каучука, стекла и металла, какъ они предложены были Hegar'омъ, Schultze, Fritsch'емъ, мною и друг.; всѣ они основаны на томъ, чтобы, послѣдовательно вводя номера на $\frac{1}{2}$ —1 миллим. толще, осторожно расширять каналъ.

Я примѣняю въ настоящее время исключительно предложенные мною конические металлические расширители, болѣе длинныя, чѣмъ первоначально предложенныя Hegar'омъ. Достаточно имѣть ихъ 14 штукъ съ діаметрами въ 4—12 миллим. Толще 12 миллим. не нужны, ибо при такомъ сильномъ расширеніи лучше примѣнять палочки ламинариі или производить *hysterotomia anterior*.

Расширители вывариваются предъ употребленіемъ, потомъ вводятся такъ же, какъ и палочки ламинариі.

Въ настоящее время этотъ способъ расширенія примѣняется исключительно, какъ подготовленіе къ выскабливанію матки; въ большинствѣ случаевъ довольствуются № 9 или 10. Наркозъ приходится для этого рѣдко примѣнять. Если шейка расслаблена, какъ это бываетъ въ послѣродовомъ періодѣ, то можно въ теченіе *одного* сеанса расширить настолько, чтобы проходилъ палецъ; при узкой же шейкѣ, особенно у нерожавшихъ, рискованно расширеніе до прохожденія пальца въ *одномъ* сеансѣ; опасность заключается въ возможности разрыва и образованія гематомы.

Рис. 21. Металлическіе расширители Fehling'a (длина 20 сант.).



Показаниями для расширенія служатъ всѣ заболѣванія эндометрія, а также подготовленіе къ выскабливанію, прижиганію и промыванію матки; противопоказаніями являются всѣ острые и подострые воспалительные процессы матки; при гнилостномъ же содержимомъ матки быстрое расширеніе шейки послѣ предварительнаго основательнаго промыванія полости матки бываетъ обыкновенно безопасно.

Послѣ простаго расширенія шейки назначаютъ непродолжительный постельный покой, если только послѣдующія операціи не требуютъ болѣе продолжительнаго пребыванія въ кровати.

Не примѣняется болѣе способъ Vulliet, состоящій въ расширеніи шейки и полости матки *антисептическими ватными тампонами* или *антисептической марлей*; этотъ способъ, не обладая никакими преимуществами предъ другими, имѣетъ то неудобство, что продолжается отъ одной до нѣсколькихъ недѣль.

2. Кровавое расширение шейки.

James Simpson предложил для расширения шейки собственный инструмент, *метротомъ*, действующий по принципу литотома; онъ разрубаетъ только въ одномъ направленіи и долженъ поэтому быть вводимымъ 2 раза. Greenhalgh, Martin и Bischoff предложили пружинные инструменты, разрывающіе съ обѣихъ сторонъ; очень цѣлесообразнымъ былъ зондообразный метротомъ Credé. Недостатокъ всѣхъ этихъ инструментовъ заключается въ невозможности ихъ хорошо дезинфицировать, и поэтому они больше не употребляются. Въмѣсто метротома Credé я примѣняю теперь искривленный по оси пуговчатый ножъ съ лезвиемъ длиной въ 2—3 сант. (рис. 22).

Одно только кровавое расширение шейки не рекомендуется; цѣлесообразно подготовить расширение палочками ламинари и металлическими расширителями; если послѣ этого наружное отверстие не пропускаетъ пальца, то разрываютъ сбоку ножомъ на 1—2 сант.; если верхняя часть шейки не пропускаетъ, то производятъ под контролемъ пальца 6—10 радиарныхъ глубиной въ $\frac{1}{2}$ —1 сант. инцизий внутренняго отверстия сверху до низу до тѣхъ поръ, пока палецъ не проникнетъ въ полость матки. Кровотеченіе при этомъ бываетъ менѣе значительнымъ, чѣмъ при способѣ Schröder'a, и опасность инфекціи также меньше.

Кровавое расширение шейки по Schröder'u для *диагностическихъ цѣлей* производилось такимъ образомъ, что въ спинномъ положеніи пациентки вводили зеркало Simon'a и пулевыми щипцами захватывали каждую губу маточнаго отверстия, послѣ чего тщательно дезинфицировали все операціонное поле. Послѣ этого прямыми крѣпкими или изогнутыми под угломъ ножницами разрывали portio vagin. до мѣста прикрѣпленія влагалища, а длиннымъ и узкимъ пуговчатымъ ножомъ заходили за внутреннее отверстие и разсѣкали надвлагалищную часть шейки сверху до низу въ направленіи первоначально произведеннаго разрыва portio; если при этомъ пройти сбоку слишкомъ глубоко въ параметрій, то можетъ быть поражена art. uterina или одна изъ ея большихъ вѣтвей. Предварительное обкалываніе маточной артеріи со стороны влагалищнаго свода, какъ это предложилъ Schröder, кажется мнѣ слишкомъ сложной по ея послѣдствіямъ манипуляціей, особенно въ виду возможности перевязать при этомъ и одинъ изъ мочеточниковъ. Послѣ этого изслѣдуютъ под наркозомъ полость матки, зашиваютъ разрыванную шейку, особенно подвлагалищную часть глубокими катгутowymi швами. Опасность этой операціи состоитъ въ трудно останавливаемомъ кровотеченіи, такъ какъ сосуды перерываются не поперечно, а по длинѣ; кровь того, не исключена возможность инфекціи вскрытаго параметрія.



Рис. 22.
Метротомъ.

Проще происходитъ кровавое расширение шейки, если разрыванію подлежитъ только нижняя часть шейки, если, на примѣръ, опухоль отчасти расширила уже верхнюю часть; въ этомъ случаѣ бываетъ достаточнымъ разрывать остающуюся часть ножомъ или ножницами до тѣхъ поръ, пока не пройдетъ палецъ.

Въ случаѣ необходимости быстро войти пальцемъ въ полость матки, лучшимъ и вѣрнѣйшимъ средствомъ является *hysterotomia anterior*. Для этого устанавливаютъ зеркалами portio vagin., дезинфицируютъ опе-

раціонное поле, вставляють въ каждый уголь маточнаго отверстія мюзеевскіе щипцы и разсѣкають поперечнымъ разрѣзомъ слизистую оболочку на мѣстѣ перехода складокъ въ гладкую слизистую оболочку шейки. Частью тупыми инструментами, частью ножомъ отдѣляютъ пузырь отъ шейки и приподнимають первый до брюшинной складки. Если слизистая оболочка влагалища представляетъ трудности, какъ это бываетъ при узкихъ половыхъ органахъ у первородящихъ, то отъ середины поперечнаго разрѣза проводятъ продольный до валика уретры и отпрепаровываютъ лоскуты сбоку.

Послѣ достаточнаго обнаженія передней стѣнки шейки разсѣкають ее по срединѣ такъ, чтобы палець могъ пройти. Если обнаруживается полипъ на ножкѣ или могущая быть вылушенной міома, то производятъ вслѣдъ за этимъ операцію. Послѣ изслѣдованія съ діагностической цѣлью зашиваютъ катгуттою рану, начиная съ верхняго угла шейки до наружнаго маточнаго отверстія, а потомъ также поперечный и срединный разрѣзы влагалища.

Послѣ такого расширенія шейки назначаютъ на нѣсколько дней постельный покой.

Противопоказаніями являются и здѣсь острое и подострое воспаленіе матки и придатковъ.

Въ случаѣ надобности, останавливаютъ кровотеченіе тампонадѣй полости матки и шейки виоформной марлей.

ГЛАВА II.

Общее леченіе.

1. Промыванія влагалища.

Промыванія влагалища жидкостью съ прибавленіемъ лекарственныхъ веществъ издавна еще играютъ большую роль въ леченіи женскихъ болѣзней; несмотря на это, слѣдуетъ запретить безсистемное назначеніе влагалищныхъ ирригацій. Необходимо помнить, что промыванія дѣйствуютъ только на слизистую оболочку влагалища и влагалищной части, а при зіяющемъ цервикальномъ каналѣ на нижнюю часть послѣдняго, но что большая часть шейки и все тѣло матки недоступны такимъ промываніямъ. Помимо этого, промыванія влагалища большими количествами воды болѣе высокой или болѣе низкой температуры производятся съ цѣлью воздѣйствовать на матку и придатки.

Въ то время, какъ число примѣнявшихся для этого аппаратовъ было довольно велико, въ настоящее время цѣлесообразными считаются только введенная Негатомъ воронка и кружка Esmarc'h'a.

Оставлены маточные шприцы изъ олова или другихъ веществъ, клизмпомпы С. Mayer'a, ирригаторъ Eguisier'a, грушевидная резиновая клизмпомпа E. Martin'a; не рекомендуются также появившіяся въ настоящее время подъ двусмысленными названіями „lady's friend“ или „Monsaco“ подражанія старымъ аппаратамъ, а именно, маточный душъ Beigel'a, изготовленный по принципу бутылочкѣ Wulff'a. Колоколовидный душъ Scanzoni простъ и дешевъ, но не можетъ примѣняться самими пациентками; на этомъ основаніи я не могу также высказаться за предложенное Zweifel'emъ видоизмѣненіе его.

Наибольше удобными на практикѣ являются промывательныя кружки стеклянныя или эмалевыя. Преимущество ихъ заключается въ томъ, что промываніе происходитъ непрерывно, и что давленіе можно по желанію повышать и понижать. Кружка должна сбоку у дна имѣть выводное отверстіе, соединяющееся съ резиновой трубкой; послѣдняя должна быть длинной только въ 1.2—1.5 метра; между трубкой и влагалищнымъ наконечникомъ вставляется кранъ, которымъ можно регулировать притокъ воды.

Влагалищныя наконечники изготовляются въ настоящее время только изъ твердаго каучука или стекла; въ то время, какъ безъ стеклянныхъ наконечниковъ трудно обходиться при родахъ, въ послѣродовомъ и послѣоперационномъ періодахъ и вообще въ больницахъ, при хроническихъ катаррахъ можно пользоваться болѣе дешевымъ каучуковымъ наконечникомъ. Онъ долженъ имѣть въ длину около 20 сант., быть умѣренно изогнутымъ по оси влагалища и имѣть на своемъ концѣ грушевидное утолщеніе. Лучше, если наконечникъ снабженъ, вмѣсто одного средняго отверстія, нѣсколькими боковыми. Цѣлесообразныя наконечники, препятствующіе проникновенію наружныхъ отдѣленій, предложены были Lehmann'омъ и Ahlfeld'омъ (рис., см. Skutsch, Учебникъ клинич. гидротерапіи, Лена 1900).

Врачъ долженъ подробно указать больной, какъ производить промыванія. Безполезны промыванія въ стоячемъ положеніи и въ сидячемъ на ночномъ горшкѣ; нецѣлесообразно также промываніе, если больная сидитъ на подставномъ суднѣ или на стулѣ. Лучше всего производить промываніе, лежа въ ваннѣ или въ постели на подставномъ суднѣ, ибо только при этомъ условіи жидкость приходитъ въ достаточное соприкосновеніе съ верхними частями влагалища, особенно если большая по окончаніи промыванія лежитъ въ теченіе 10—15 минутъ съ приподнятымъ тазомъ. Цѣлесообразно, повидимому, пользоваться стуломъ для лежанія. Недостатокъ, вызываемый необходимостью раздѣваться и пользоваться помощью другого лица, окупается успѣхомъ. При отсутствіи специальныхъ показаній дно кружки не должно быть приподнято надъ вульвой выше $\frac{1}{2}$ метра; слишкомъ сильное давленіе вредно. При достаточномъ хорошо функционирующемъ *constrictor cunni* 50—100 куб. сант. введенной жидкости задерживаются и вытекаютъ обратно только через $\frac{1}{4}$ —1 часть, обстоятельство, о которомъ больная должна быть предупреждена, дабы она напрасно не беспокоилась.

Послѣдствія неправильно произведеннаго промыванія заключаются въ появленіи болей, вызываемыхъ раздуваніемъ влагалищнаго свода при сильномъ давленіи и недостаточномъ оттоктѣ. Если верхушка наконечника случайно попадаетъ на наружное маточное отверстіе, то при сильномъ давленіи жидкость можетъ проникнуть въ полость матки и вызвать, особенно послѣ проникновенія въ трубы, сильныя маточныя колики. Chrobak описалъ случай, въ которомъ въ полость матки проникли даже небольшіе твердые предметы, вродѣ кусковъ спичекъ; въ рѣдкихъ случаяхъ жидкость при сильномъ давленіи можетъ даже попасть черезъ трубы въ полость брюшины; такъ, въ случаѣ, описанномъ Späth'омъ, выпрыснутая *liq. plumbi subacet.* проникла въ полость брюшины.

Количество вводимой жидкости, при отсутствіи специальныхъ показаній составляетъ 1—2 литра. Съ цѣлью вызвать болѣе энергичное дѣйствіе, назначаютъ въ настоящее время 10—20 литровъ.

Температура примѣняемой воды, которая должна быть каждый разъ точно указана больной, зависитъ отъ показаній къ промыванію.

Наибольше частыми показаніями къ промыванію влагалища являются катарръ его и шейки, чрезмѣрныя, особенно вонючія и раздражающія выдѣленія изъ матки; въ этихъ случаяхъ назначаютъ тепловатыя промыванія въ 32—37° Ц.

Незначительное примѣненіе находятъ холодное и прохладное промыванія въ 15—30° Ц.; они показаны при кровотеченияхъ, особенно

если кровоточащая поверхность въ влагалищѣ или на *portio vag.* можетъ придти въ непосредственное соприкосновение съ промывающей жидкостью; примѣненіе же холодныхъ промываній при маточныхъ кровотеченияхъ ненадежно и часто не даетъ никакихъ результатовъ. Горячія промыванія влагалища въ 38—50° Ц. примѣняются при упорныхъ маточныхъ кровотеченияхъ, а также, какъ разсасывающее средство при хроническомъ воспаленіи матки, яичниковъ и особенно тазовой кѣлчатки. Въ этихъ случаяхъ производятъ промываніе 2—3 раза въ день. Для предохраненія вульвы отъ соприкосновенія съ горячей водой *Walzer* и *Hasse* предложили грушу изъ твердаго каучука или стекла, смазываемую вазелиномъ, прижимаемую къ вульвѣ и скрывающую внутри наконечникъ (*Zentralblatt f. Gynaekol.* 1899, № 7).

Въ то время, какъ теплыя и горячія промыванія могутъ быть съ пользой примѣняемы въ теченіе продолжительнаго времени, холодныя вливанія должны производиться только въ теченіе короткаго времени и по назначенію врача, ибо не исключается опасность, что за продолжительнымъ сокращеніемъ сосудовъ послѣдуетъ чрезмѣрное расслабленіе съ его неприятными послѣдствіями. Для рѣдко показуемаго постоянного примѣненія холода рекомендуется тепловой регуляторъ *Heitzmann's*.

Еще Гиппократъ примѣшивалъ къ промывающей жидкости металлическія соли или отвары растений; наша лекарственная сокровищница въ этомъ отношеніи значительно обогатилась, но такія примѣси часто назначаются безъ всякой критики.

Для простаго промыванія влагалища назначаютъ, кромѣ воды, 9‰ поваренной соли, 30 гр. соды, 10—20 гр. Крейцнахской соли на одинъ литръ воды, или *natr. carb.* (5 : 1000).

Очень популярны дезинфицирующія средства: карболовая кислота (1/2—1% растворъ), лизоль, лизоформъ, креолинъ, сольвеоль (1/2—1%), сулема (1/5—1‰), салициловый и тимоловый растворы (1/4—1‰), пергидроль (20—40 гр. 10% раствора на одинъ литръ), *kal. permang.* (5—10 гр. 5% раствора на одинъ литръ), *aq. chlorata* (свѣже приготовленная 1 : 10—20), алкоголь (20—50 гр. на одинъ литръ), *liq. alumin. acet.* (10—50 гр. на одинъ литръ), альзолъ.

Врачъ долженъ всегда помнить, что дезинфекція необходима только при инфекціонныхъ, гнойныхъ, гнилостныхъ и кровянистыхъ выдѣленіяхъ, и назначеніе такихъ спринцеваній безъ надобности бесполезно или даже вредно.

При хроническомъ катаррѣ влагалища и шейки назначаютъ вяжущія средства: квасцы, *zinc. sulf.*, *zinc. sulfocarb.*, *natr. biborac.*, *ac. boric.*, таннинъ, *plumb. acet.*, а именно, по 2—10 гр. на литръ; далѣе, *liq. plumb. subacet.* (5—10 гр. на литръ), *acet. pyrolign. crud.* (20—50 гр.), отваръ дубовой и хинной корки, орѣховыхъ и чайныхъ листьевъ и т. д. (см. главу о катаррѣ влагалища).

Порошковидныя средства растворяютъ въ небольшомъ сосудѣ съ горячей водой и вливаютъ этотъ растворъ въ ирригаторъ, а жидкія лекарственныя вещества вливаютъ въ предварительно наполненный ирригаторъ.

Значительно рѣже примѣняются въ настоящее время слизистыя, смягчающія и всасывающія спринцеванія; онѣ особенно показаны при сильнымъ раздраженіи и чувствительности слизистыхъ оболочекъ; сюда относятся настой ромашки и мальвы, отваръ льняного сѣмени, маковыхъ головокъ съ прибавленіемъ молока и т. д.

Частоту применяемых ежедневно спринцеваний определяет врач; в большинстве случаев довольствуются 1—2 спринцеваниями в день, а при раздражающих выделениях 4—6. Напрасно запрещают производить спринцевания во время менструации; при инфекционных выделениях, при ношении колец особенно важно продолжать в это время спринцевания тепловатой водой или раствором *kal. permang.*

2. Промывания матки (внутриматочныя спринцевания).

Цѣлью промыванія матки является удаление выделеній эндометрія и введеніе въ полость матки лекарственныхъ веществъ. Промываніе матки долженъ производить врачъ, но не акушерка.

Инструменты, нужные для промыванія матки, суть простой маточный катетеръ (изъ новаго серебра или стекла длиною около 25—30 сант.) и катетеръ *B. S. Schultze*, имѣющійся въ 4 различныхъ искривленіяхъ. Онъ снабженъ нѣсколькими широкими отверстіями на передней и боковой поверхностяхъ и пуговчатымъ утолщеніемъ на заднемъ концѣ для соединенія съ трубкой пригатора. Изъ катетеровъ съ двойной трубкой обширное примѣненіе имѣетъ катетеръ *Bozemanna*, модифицированный *Fritsch*омъ; вода втекаетъ черезъ трубку, окруженную полой трубкой для оттока, воспринимающей воду изъ полости матки черезъ большое щелевидное отверстіе. Опыты съ промываніемъ, производившіеся въ моей клиникѣ непосредственно предъ полной экстирпацией, показали, однако, что врядъ ли возможно оросить такимъ образомъ всю внутреннюю поверхность матки; чѣмъ лучше оттокъ, тѣмъ недостаточнѣе орошеніе, а при недостаточномъ оттоктѣ возможны маточныя и трубныя колики. Несомнѣнно, что лучше всего поверхность матки обмывается катетеромъ *Bischoffa* съ двойнымъ каналомъ; но введеніе этого катетера требуетъ значительнаго расширенія шейки, и онъ годится поэтому особенно послѣ родовъ и выкидышей.

Промыванію матки должно предшествовать тщательное изслѣдованіе ея и придатковъ; оставивъ *rotio vag.* въ зеркаль, дезинфицируютъ влагалище и шейку, вводятъ зондъ съ цѣлью опредѣлить длину и ширину полости матки и шейки. Если каналъ шейки слишкомъ узокъ, то вводятъ нѣсколько номеровъ расширителей до тѣхъ поръ, пока не окажется возможнымъ ввести маточный катетеръ. При введеніи простаго маточнаго катетера необходимо стараться, чтобы предшествующее расширеніе превышало толщину катетера; высота давленія воды при промываніи не должна превышать $\frac{1}{2}$ —1 литра.

Катетеръ вводятъ въ полость матки лишь послѣ того, какъ текущая вода не вытѣснитъ воздуха; послѣ этого пропускаютъ 1—2 литра жидкости; введеніе большаго количества, какъ это предлагаютъ нѣкоторые авторы (*Auchard* 20 литровъ) излишне. Катетеръ удаляютъ раньше, чѣмъ вытечетъ вся жидкость; при появленіи болей въ животѣ промываніе прекращаютъ; цѣлесообразно слѣдить во время промыванія за состояніемъ пульса и за видомъ больной.

Для промыванія берутъ стерилизованную воду или таковую съ прибавленіемъ поваренной соли, соды, карболовой воды (1—4%), раствора лизола, альзола, сольвеола, салициловой или борной кислотъ, пергидроля и *kal. permang.*; сулема противопоказана; слѣдуетъ также избѣгать примѣненія вяжущихъ средствъ въ виду стягиванія шейки.

Послѣ промыванія больная должна проводить нѣсколько часовъ въ кровати, а при появленіи болей—пока послѣднія не исчезнутъ. Во всѣхъ случаяхъ нужно слѣдить за температурой и пульсомъ.

Показаніями для промыванія матки не въ послѣродовомъ періодѣ является хроническій катарральный эндометритъ; кромѣ того, они примѣняются до и послѣ внутриматочныхъ операций. И рѣдко примѣняютъ промываніе матки, такъ какъ полная дезинфекція полости все равно



Рис. 23. Двойной катетеръ для внутриматочныхъ спринцеваній ($\frac{1}{2}$ нат. вел.) по Bischoffу.

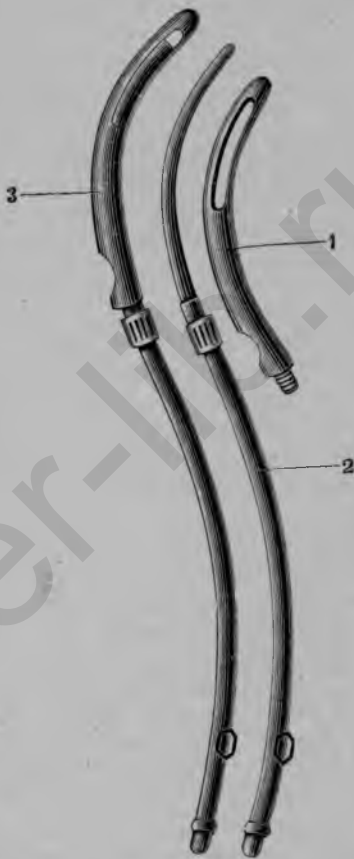


Рис. 24. Катетеръ по Fritsch-Bozemannу (разнимающійся). 1) Наружный полый цилиндръ. 2) Трубка для притока. 3) Катетеръ, готовый къ употребленію.

недостижима. Въ случаѣ надобности я вытираю полость матки ватнымъ шарикомъ помощью зонда или корнцанга.

Опасность внутриматочныхъ спринцеваній состоитъ въ дѣйствіи шока вслѣдствіе чрезмѣрнаго расширенія матки при недостаточномъ оттоцѣ и вызываемыхъ, благодаря этому, болѣзненныхъ сокращеній ея; далѣе, опасны слишкомъ сильныя движенія матки, вызывающія растяженіе

срощений, раздраженіе и воспаленіе околomatочной ткани; наконецъ, при зіяющихъ отверстіяхъ трубъ—прохожденіе жидкости въ послѣднія и въ полость брюшины. Вступленія воздуха въ сосуды матки не въ послѣродовомъ періодѣ слѣдуетъ меньше опасаться.

Внутриматочное спринцеваніе противопоказано при остромъ и подостромъ воспаленіи матки и придатковъ; хроническое воспаленіе придатковъ не составляетъ абсолютнаго препятствія, все же слѣдуетъ соблюдать осторожность.

Примѣнявшееся раньше введеніе въ полость матки лекарственныхъ жидкостей оставлено вслѣдствіе сопряженной съ этимъ опасности. Я его уже давно не примѣняю и привожу здѣсь только для полноты изложенія.

Шприцы для промыванія матки предложены M. Sim's'омъ, v. Braun'омъ, Schultze и друг.; шприцы первыхъ двухъ авторовъ вмѣщаютъ въ среднемъ 1 куб. сант. жидкости, а таковой Schultze—12—20 куб. сант. Различны длина и искривленіе маточнаго наконечника; жидкость вытекаетъ черезъ одно или нѣсколько боковыхъ отверстій.

Цѣлесообразно введенное Hoffmann'омъ измѣненіе шприца. На стеклянный цилиндръ одѣваютъ серебряную цилиндрическую канюлю, снабженную винтовыми надрѣзами и многочисленными тонкими отверстіями; канюля обернута антисептической ватой. Rosner предложилъ алюминіевый наконечникъ съ 50—60 отверстіями (модифицированъ v. Herff'омъ). Дѣйствіе лекарственной жидкости на эндометрій производится такъ же, какъ при ватномъ зондѣ, но жидкость не приходитъ въ соприкосновеніе съ шейкой, не можетъ проникнуть въ трубы, а по окончаніи впрыскиванія не выливается обратно.

Для впрыскиванія примѣняются liq. ferri sesquichl., t-ra jodi (10—20%), sol. arg. nitr. (10%), sol. zinci chlor. (2—10%); прибавленіе глицерина къ послѣднему оказываетъ, по мнѣнію Chrobak'a, хорошее дѣйствіе. Въ упорныхъ случаяхъ рекомендуютъ 2% стерилизованный растворъ желатины (10—20 грам.) или sol. natr. carb. (5%).

Лекарственные внутриматочныя впрыскиванія примѣняются при сильныхъ метрорагіяхъ, рѣже при катаррѣ матки.

Непремѣннымъ условіемъ является достаточная проходимость шейки, особенно внутренняго отверстія, дабы впрыснутая жидкость и образовавшаяся сверти могли легко выдѣлиться.

Противопоказанія тѣ же, что и при простомъ промываніи матки; если судить по числу смертныхъ случаевъ, то слѣдуетъ признать, что опасность отъ впрыскиванія единственно употреблявшимся шприцомъ Braun'a больше, чѣмъ при простомъ промываніи; все же слѣдуетъ замѣтить, что смертельный перитонитъ или тяжелый пельвеоперитонитъ не всегда вызывается прохожденіемъ жидкости въ трубы и брюшную полость, но вслѣдствіе впрыскиванія инфекціонное содержимое трубъ вгоняется въ полость брюшины.

Послѣ внутриматочнаго впрыскиванія больная должна оставаться въ кровати не меньше 24 часовъ и встать лишь послѣ того, какъ произведенное изслѣдованіе обнаруживаетъ совершенную безболѣзненность. Въ случаѣ появленія болей, назначаютъ горячіе компрессы, катаплазмы, настойку опиума регос или регслузта, а также подкожное впрыскиваніе морфія.

3. Безпрерывное орошение влагалища и матки.

Безпрерывное орошение, введенное въ акушерство и гинекологию въ разгаръ антисептики, оказалось въ настоящее время совершенно излишнимъ въ гинекологіи. Этотъ способъ леченія имѣетъ столько неудобствъ и отрицательныхъ сторонъ, что въ крайнихъ случаяхъ очищеніе влагалища достигается введеніемъ влагалищнаго наконечника на часть.

Безпрерывное орошеніе полости матки производилось раньше послѣ вылушенія большихъ подслизистыхъ и интерстиціальныхъ міомъ, когда остаются выполненные кусками ткани полости или куски разложившейся міомы; оно примѣнялось также при разложившихся раковыхъ опухоляхъ полости матки и шейки.

Для безпрерывнаго внутриматочнаго орошенія Schücking, Küstner и Fritsch предложили аппараты; послѣдній авторъ называлъ свой аппаратъ не очень красивымъ именемъ, а именно, гидростатической дезинфицирующей машиной.

Всѣ эти аппараты построены по типу воронки Hegar'a. Въ зависимости отъ ширины полости матки, подлежащей промыванію, употребляютъ простую влагалищную или маточную стеклянную трубку, двойной маточный катетеръ или резиновую трубку съ поперечной перекладиной. Schücking употребляетъ маточный катетеръ съ прикрѣпленной металлической проволокой.

Цѣлесообразно включить въ приводящую трубку въ какомъ-либо мѣстѣ стеклянную трубку длиной въ палецъ, дабы возможно было контролировать интенсивность притекающей жидкости.

Металлическіе и стеклянные инструменты вводятъ рукой, а резиновый—изогнутымъ корнцангомъ; они прикрѣпляются къ вульвѣ липкимъ пластыремъ или холщевой повязкой. Больная лежитъ на рамѣ съ подставнымъ судномъ, изъ котораго вода отводится посредствомъ высасывающаго аппарата, или она лежитъ на большомъ четырехугольномъ водяномъ матрацѣ; для больницъ рекомендуются куски матраца, покрытаго непромокаемой матеріей, въ вырѣзъ котораго вставляютъ сосудъ. Больная должна лежать съ приподнятымъ тазомъ такъ, чтобы вульва находилась выше влагалищнаго свода, и чтобы внутреннія половыя части находились всегда въ соприкосновеніи съ жидкостью. Наружныя половыя части, бедра и ягодицы смазываютъ вазелиномъ или цинковой пастой.

Для промыванія берутъ стерилизованную воду, далѣе, по предложенію Schücking'a, сѣрнистый натръ (5—10% растворъ), сольвеолъ (1/2%) или kal. permang. въ свѣтлокрасномъ растворѣ. Если промываніе хорошо удалось, и гнилостный запахъ исчезъ, то можно оставить катетеръ лежать нѣсколько дней и избѣгнуть, такимъ образомъ, необходимости повторнаго его введенія.

4. Сидячія ванны.

Подъ сидячей ванной понимаютъ въ гинекологіи два различныхъ способа примѣненія, а именно, сидячую ванну для мѣстнаго обмыванія вульвы при заболѣваніи послѣдней, и частичную ванну для нижней половины туловища вмѣсто полной ванны. Для первой цѣли, но не для промыванія влагалища служитъ подставное судно, а для второй цѣли требуется достаточно глубокая сидячая ванна.

Болезни вульвы, требующія обмыванія, суть острые и подострые катарры ея, зависящіе обыкновенно отъ катарра влагалища, чесотка, бартолинитъ, фурункулезъ и т. д. Для этихъ обмываній берутъ воду въ 25—35° Ц. съ примѣсью отвара отрубей, ромашки, мальвы или дубовой коры. Эти обмыванія производятся вмѣстѣ съ промываніемъ влагалища ежедневно утромъ и вечеромъ.

Для настоящихъ сидячихъ ваннъ употребляютъ глубокую сидячую ванну со спинкой, вместимостью въ 20—25 литровъ, еще лучше вайный ящикъ для прямого сидѣнія, ибо въ первомъ случаѣ женщина часто ощущаетъ боль при попыткахъ садиться и вставать. Температура воды должна быть болѣе высокой, а именно, 35—40° Ц. продолжительность—10—30 минутъ; прибавляютъ обыкновенно къ ваннѣ $\frac{1}{2}$ —1 килогр. соли или 2—5 литровъ раствора или $\frac{1}{2}$ литра Крейцнахскаго маточнаго раствора. Послѣ такой ванны больная должна оставаться не меньше одного часа въ хорошо нагрѣтой постели; поэтому ванну принимаютъ рано утромъ или вечеромъ предъ отхожденіемъ ко сну. Въ ваннѣ больная можетъ растирать себѣ поясницу и животъ, если только она не очень чувствительна къ этому. Эти ванны показаны при хроническомъ воспаленіи матки и придатковъ.

Введеніе ваннаго зеркала не рекомендуется, такъ какъ при воспалительныхъ процессахъ оно можетъ вызвать боль, а у легко возбудимыхъ особъ—нервное расстройство; кромѣ того, всѣ бактерии изъ воды попадаютъ, такимъ образомъ, во влагалище. Съ сидячей ванной можно соединять вмѣстѣ также и спринцеваніе влагалища, но вначалѣ, еще до ванны.

5. Лечение женскихъ болезней минеральными водами.

Минеральныя воды, т. е. питье ихъ и ванны играютъ важную роль въ леченіи женскихъ болезней. Къ сожалѣнію, вслѣдствіе шаблоннаго назначенія, эти ванны въ значительной степени дискредитированы и являются постоянной темой для юмористическихъ журналовъ.

Къ сожалѣнію, научная бальнеотерапія не можетъ объяснить намъ дѣйствіе водъ, и при установленіи показаній для отдѣльныхъ формъ болезни и примѣняемыхъ при нихъ ваннъ эмпирія играетъ еще большую роль. Никто, однако, не сомнѣвается больше въ томъ, что фармакодинамическое дѣйствіе водъ совершенно не имѣетъ значенія, и что дѣло идетъ главнымъ образомъ о гидротерапевтическомъ примѣненіи воды въ качествѣ холодной, индифферентной или горячей ванны съ различными примѣсями. Играетъ ли здѣсь также роль радиактивное дѣйствіе нѣкоторыхъ минеральныхъ водъ, приписываемое главнымъ образомъ источникамъ Крейцнаха и Мюнстера, покажутъ дальнѣйшія изслѣдованія.

Назначая больной ванны вмѣстѣ постояннаго мѣстожителства, мы имѣемъ въ виду полный тѣлесный и умственный покой, обусловливаемое перемѣной климата улучшение аппетита и сна, а также улучшение общихъ гигиеническихъ условий.

Такъ какъ о всасываніи минеральныхъ составныхъ частей ванны чрезъ кожу не можетъ быть рѣчи больше, то мы должны уяснить себѣ, чего собственно мы ждемъ отъ минеральной ванны. Весьма важны въ этомъ отношеніи изслѣдованія Liebermeister'a, Jürgensen'a и другихъ. Мы знаемъ, что индифферентная ванна съ температурой,

приближающейся къ температурѣ тѣла (34—35° Ц.), производить на организмъ сравнительно мало дѣйствія. Въ прохладной и холодной ваннѣ, наоборотъ, теплота крови внутри организма увеличивается пропорціонально пониженію температуры воды и продолжительности охлажденія наружныхъ покрововъ, которые при разслабленныхъ сосудахъ поглощаютъ $\frac{1}{3}$ физиологическаго количества крови; кромѣ того, производство тепла усилено, вмѣстѣ съ этимъ, конечно, и обмѣнъ веществъ, обмѣнъ жировъ и выдѣленіе углекислоты усиливаются.

Въ теплой и горячей ваннѣ, вслѣдствіе разслабленія кожныхъ сосудовъ, происходитъ сильный приливъ крови къ кожѣ, кожное испареніе прекращается, вслѣдствіе чего повышается температура внутри организма и увеличивается частота пульса; такимъ образомъ, увеличиваются поглощеніе кислорода и выдѣленіе углекислоты, что выражается увеличеніемъ количества выдѣляющейся мочевины, продолжающимся еще въ теченіе 1—2 дней послѣ прекращенія ванны.

Эмпирически выносятся впечатлѣніе, будто патологическія отложенія въ тѣлѣ, напримѣръ, остатки экссудатовъ быстрѣе рассасываются, благодаря усиленію процесса обмѣна веществъ.

Хотя до сихъ поръ результаты ваннъ объясняются научно только въ видѣ дѣйствія воды на теплоту тѣла, все же нѣкоторыя новыя работы показали, что при продолжительномъ примѣненіи теплыхъ ваннъ пропитываніе эпидермиса вызываетъ раздраженіе сильно развитой кожной сѣти чувствительныхъ нервовъ. Опытами доказано увеличеніе количества мочи и хлоридовъ въ послѣдней при употребленіи соляныхъ ваннъ средней крѣпости (Keller). Увеличивается ли молекулярная концентрація крови (Engelmann), покажутъ дальнѣйшія изслѣдованія.

Нужно надѣяться, что физиологія нервной системы разъяснитъ этотъ остающійся до сихъ поръ только эмпирическимъ вопросомъ, ибо цѣлый рядъ несомнѣнно констатированныхъ дѣйствій минеральныхъ ваннъ можно объяснить только вліаніемъ нервной системы.

Дѣйствіе ваннъ подкрѣпляется еще питьемъ воды (соляныхъ и желѣзныхъ источниковъ); спеціальныя показанія къ ихъ употребленію изложены въ руководствахъ по внутренней медицинѣ и бальнеотерапіи¹⁾. Далѣе, въ ваннѣ производятъ промыванія влагалища, но при этомъ примѣняютъ подъ сильнымъ давленіемъ слишкомъ небольшія количества дифферентныхъ растворовъ (3% растворъ разсола). Согласно наблюденіямъ Reinl'a, примѣненіе грязи ad vaginamъ производитъ бактерицидное дѣйствіе, что весьма полезно при нѣкоторыхъ специфическихъ катаррахъ влагалища. Примѣненіе ваннаго зеркала я считаю нежелательнымъ, такъ какъ оно съ одной стороны механически раздражаетъ, а съ другой стороны нервно возбуждаетъ, а главнымъ образомъ потому, что оно облегчаетъ возможность прохожденія нечистой воды изъ ванны во влагалище. Послѣ ванны назначаютъ съ успѣхомъ горячіе компрессы изъ солевого раствора или грязевые пояса, благодаря чему усиливается и и удлиняется дѣйствіе.

Мнѣ кажется, однако, что курортные врачи слишкомъ боязливы. Больныя, за немногими исключеніями, могутъ въ курортѣ получать ежедневно и болѣе продолжительныя, до одного часа (Lenk назначалъ до

¹⁾ Leichtenstern, Handbuch d. allgem. Therapie IX, 1 часть. Kisch, Wien. med. Presse 1877, 19—24.

6—10 часовъ), и болѣе горячія ванны, и результаты получаются лучше, чѣмъ отъ непродолжительныхъ ваннъ съ большимъ содержаніемъ соли.

Здѣсь приходится во всякомъ случаѣ индивидуализировать, и больная должна находиться подъ контролемъ курортнаго врача. Мы должны къ послѣднимъ относиться съ полнымъ довѣріемъ и помнить, что каждый изъ этихъ врачей, какъ специалистъ своего курорта, точно изучилъ дѣйствіе его на людей въ различномъ возрастѣ и своими предписаніями можетъ гарантировать успѣхъ въ большей степени, чѣмъ это можетъ сдѣлать домашній врачъ.

Изъ источниковъ, примѣняемыхъ при леченіи женскихъ болѣзней, я приведу слѣдующіе, наиболѣе важные:

1. *Ванна изъ холодной рѣчной и морской воды* годится только для немногихъ гинекологическихъ заболѣваній; особенно плохо эти ванны переносятся малокровными. Скорѣе, но все же съ осторожностью должны примѣняться *морскія купанья*, при которыхъ, одновременно съ холодной температурой воды, оказываютъ раздражающее дѣйствіе на кожу также содержаніе соли и движенія больной въ водѣ; но и они не показаны при хроническихъ воспаленіяхъ органовъ брюшной полости, я назначаю ихъ только неврастеничнымъ, истощеннымъ особамъ безъ значительныхъ мѣстныхъ расстройствъ. Больше, чѣмъ купанье, дѣйствуетъ здѣсь пребываніе на берегу моря, успокаивая, вызывая сонъ и укрѣпляя организмъ; часто я назначаю вначалѣ, вмѣсто холодныхъ, тепловатыя морскія ванны. Въ то время, какъ сѣверныя морскія купанья вызываютъ сильное возбужденіе и переносятся только крѣпкими особами, для слабыхъ больныхъ болѣе подходящими являются купанья въ Средиземномъ и Адриатическомъ моряхъ.

2. *Акратотермы* годятся для слабыхъ, нервно-возбужденныхъ и истощенныхъ особъ, страдающихъ хроническимъ катарромъ вульвы, влагалища и матки, болѣе легкими хроническими воспалительными процессами придатковъ и матки, чрезмѣрной чувствительностью и наклономъ къ воспаленіямъ и рецидивамъ послѣднихъ. При невысокой температурѣ акратотермы уменьшаютъ раздраженіе, а при болѣе высокой онѣ возбуждаютъ нервную систему. Несмотря на различія, существующія въ общемъ между показаніями къ назначенію сѣрныхъ источниковъ и акратотермъ, все же можно, не рискуя впасть въ большую ошибку, причислить къ способамъ леченія женскихъ болѣзней также сѣристыя термы и сѣрные источники, примѣняемые въ нагрѣтомъ видѣ. Эти источники можно примѣнять также для спринцеваній. Сюда относятся (а = термы, б = сѣрные источники):

Въ Германіи:

- a) Baden-Baden, Badenweiler, Landeck, Liebenzell, Schlangenbad, Wildbad, Warmbrunn.
- b) Aachen, Eilsen, Langenbrücken, Kreuth, Sebastiansweiler, Weilbach.

Въ Австро-Венгріи:

- a) Gastein, Johannisbad, Römerbad, Teplitz, Vöslau.
- b) Baden около Вѣвы, Herkulesbad, Pistyau.

Въ Швейцаріи:

- a) Pfäfers, Ragaz.
- b) Baden (Aargau), Heustrich, Gurnigel, Leuk, Lenk, Schinznach, Stachelberg.

Въ Франціи:

a) Bourbonne les Bains (Haute Marne), Bourboule (Puy de Dôme), Luxeuil, Plombières.

b) Aix les Bains, Barèges, Eughien и другіе источники въ Пиренеяхъ, Luchon (Garonne).

Въ Россіи:

a) Аббасъ-Туманъ.

b) Пятигорскъ, Кеммернъ.

3. *Соляные и щелочно-соляные источники* по своимъ показаніямъ близко подходят къ перечисленнымъ подъ № 2 водамъ; преимущество ихъ заключается въ томъ, что они могутъ быть употребляемы также для питья.

Въ Германіи: Elster, Ems, Fachingen, Kestenholtz, Mergentheim, Neuenahr, Niederbronn, Niedernau, Obersalzbrunn, Selters, Teinach.

Въ Австріи: Billin, Giesshübel, Karlsbad, Marienbad.

Въ Швейцаріи: Passugg, Tarasp.

Въ Франціи: Mont Dore (Puy de Dôme), St. Gervais (Savoien), Vals, Vichy-Vittel.

Въ Россіи: Эссентуки, Боржомъ.

4. *Воды поваренной соли.* Различіе между холодными и теплыми источниками поваренной соли отпадаетъ потому, что эти источники примѣняются въ гинекологіи исключительно только въ нагрѣтомъ видѣ, а питье воды является второстепеннымъ.

Показаніями для этихъ источниковъ являются всѣ хроническіе воспалительные процессы матки и придатковъ, особенно остающіеся послѣ родильной горячки, эксудаты, вызванные гонорройной инфекціей, міомы матки въ началѣ развитія и вызываемое ими напряженіе ткани, далѣе, небольшія воспалительныя опухоли яичниковъ, всѣ формы хроническаго оофорита и сальпингита. Противопоказаны воды поваренной соли при остромъ катаррѣ вульвы и влагалища, а также при беременности.

Въ Германіи: Baden-Baden, Berchtesgaden, Cannstatt, Dürrenberg, Dürrenheim, Elmen, Homburg, Jagstfeld, Kissingen, Kösen, Kreuznach, Münster, Nauheim, Rehme-Oeynhausien, Reichenhall, Schwäbisch-Hall, Soden a. T., Soden a. d. W., Sulza, Sulzbach (Els.), Tölz, Wiesbaden.

Въ Австріи: Aussee, Gmunden, Hall, Ischl.

Въ Швейцаріи: Bex, Rheinfelden, Wildegg.

Въ Франціи: Bourbonne les Bains.

Въ Россіи: Славянскъ, Друскеники, Цѣхочинскъ.

5. Къ показаніямъ для водъ поваренной соли близко подходят и таковыя для *грязевыхъ ваннъ*. Сюда относятся тѣ же болѣзни, преимущественно же параметрическіе и пельвеоперитонитическіе эксудаты.

Въ Германіи: Alexanderbad, Elster, Flinsberg, Pyrmont, Schwabach, Steben, Schmiedeberg.

Въ Австріи: Franzensbad, Marienbad.

Въ Россіи: Саки, Чокраки, Евпаторія, Одесса, Кеммернъ, Гапсаль, Аренсбургъ.

Грязевыя ванны, приготовляемыя въ другихъ курортахъ изъ привозной грязи, не достигаютъ, по моему мнѣнію, такихъ результатовъ, какъ оригинальныя; все же онѣ могутъ замѣнить послѣднія почему-либо недоступныя больной. Грязевыя ванны противопоказаны при всѣхъ формахъ аменорреи, недостаточной менструаціи и при беременности.

6. *Железные источники.* Несмотря на то, что желѣзо, какъ мы знаемъ, не всасывается кожей, и мы не имѣемъ никакого представленія о томъ, какимъ образомъ дѣйствуетъ всасываемое изъ желудка и кишечника желѣзо, все же не подлежитъ сомнѣнію благоприятное дѣйствіе этихъ источниковъ при всѣхъ формахъ малокровія, хлороза и истощенія, особенно послѣ родовъ, операцій и т. д. При аменорреѣ и дисменорреѣ углекислыя ванны часто оказываютъ хорошее дѣйствіе, вызывая менструацію. Это дѣйствіе непонятно еще и потому, что даже въ литрѣ выпиваемой желѣзистой воды содержится не больше 0.08 двууглекислаго желѣза. Эти источники суть:

Въ Германіи: Boklet, Driburg, Elster, Freiersbach, Griesbach, Imnau, Kohlgrub, Liebenstein, Peterstal, Pyrmont, Rippoldsau, Schwalbach, Steben, Sulzbach.

Въ Австро-Венгріи: Franzensbad, Marienbad, Roncegno.

Въ Швейцаріи: Knutwyl, Morgins, Passug, Tarasp, St. Moritz, Seewen и т. д.

Въ Франціи: Bussang (Vogesen), La Malou, Mont-Ferrand.

Въ Бельгіи: Spaa.

Въ Россіи: Желѣзноводскъ, Липецкъ, Наленчовъ.

7. Источники для страдающихъ болѣзнями почекъ и мочевыхъ путей

Въ Германіи: Wildungen, Rappoltsweiler.

Въ Швейцаріи: Passug.

Въ Франціи: Contrexeville, Vichy, Vittel.

Въ Россіи: Боржомъ.

Такъ какъ не всякая больная въ состояніи ѣздить въ курортъ, то врачъ бываетъ часто вынужденнымъ назначать лекарственныя ванны дома. Прежде всего приготовляются соляныя (5—20 фунтовъ) и рассольныя ванны (10—40 литровъ). Для грязевыхъ ваннъ берутъ Францесбадскую минеральную грязь; менѣе надежно дѣйствіе искусственныхъ желѣзистыхъ и углекислыхъ ваннъ. Въ большихъ городахъ такія ванны удобно принимать въ специально для этой цѣли устроенныхъ заведеніяхъ.

Тамъ, гдѣ нѣтъ натуральныхъ водъ, онѣ приготовляются искусственно изъ *Sandow's*кихъ солей.

Вмѣсто курортовъ, въ настоящее время больныхъ помѣщаютъ въ санаторіяхъ. Нельзя отрицать, что результаты леченія въ санаторіяхъ часто превосходятъ таковыя курортнаго леченія. Секретъ заключается въ томъ, что въ курортахъ больныя, предоставленныя самимъ себѣ, легко совершаютъ ошибки, между тѣмъ какъ постоянное наблюденіе врача въ санаторіи служить гарантіей успѣха. Леченіе въ санаторіяхъ особенно годится для больныхъ, истощенныхъ и нервныхъ, частью для подготовленія къ операціи, частью для леченія послѣ нея; далѣе, оно назначается при истощающихъ неврозахъ, а также для малокровныхъ и исхудавшихъ больныхъ. Лечебныя средства въ санаторіяхъ весьма разнообразны: діета, леченіе откармливаніемъ, ванны, гидротерапія, массажъ, электризація и т. д. Въ *Jahrbuch d. Heil-, Pflege- und Kuranstalten* (Berlin W 8) можно найти подробныя свѣдѣнія о санаторіяхъ.

6. Мѣстное примѣненіе лекарствъ на слизистую оболочку половыхъ органовъ.

До середины 19-столѣтія центръ тяжести гинекологическаго леченія заключался, какъ *Emmet* правильно выразился въ своей рѣчи, произнесенной въ память *Marion Sims'a*, въ примѣненіи химическихъ

веществъ на слизистую оболочку влагалища и матки. Благодаря успѣхамъ оперативной гинекологіи, поле этой дѣятельности значительно сузилось; все же и въ настоящее время нельзя обойтись безъ этого метода леченія, и я считаю нужнымъ привести здѣсь общія основныя начала мѣтнаго леченія химическими средствами.

а) *Примѣненіе жидкихъ лекарствъ.*

Примѣненіе жидкихъ лекарственныхъ веществъ на *слизистую оболочку влагалища* имѣетъ цѣлю, во-первыхъ, воздѣйствовать на нее при катаррѣ и гиперсекреціи, во-вторыхъ, отсюда повліять на сосѣднія ткани, а именно, на параметрій, на ткань, окружающую прямую кишку и пузырь, на Дугласовыя складки, рѣже на яичники.

Цѣлесообразнѣе всего лекарственныя вещества примѣняются въ зеркалѣ, причѣмъ въ этихъ случаяхъ цилиндрическія предпочтительнѣе предъ желобоватыми.

С. Мауег сначала предложилъ вливать жидкость въ зеркало такъ, чтобы *portio vagin.* и влагалищныя своды купались въ ней, причѣмъ наружное отверстіе зеркала нужно держать выше внутренняго, что препятствуетъ вытеканію жидкости; опусканіемъ наружнаго отверстія способствуютъ оттоку ея. Проще и основательнѣе цѣль достигается тѣмъ, что, послѣ предварительнаго освобожденія *portio* и влагалища отъ приставшихъ къ нимъ отдѣленій, непосредственно смазываютъ или втираютъ при помощи ватодержателя; этимъ избѣгается также загрязненіе вульвы и бѣлья. Во избѣжаніе послѣдняго кладутъ подъ конѣцъ немного ваты на вульву.

Этотъ способъ леченія показанъ при катаррѣ влагалища и вульвы, также при эрозіяхъ на *portio vagin.*

Жидкости, примѣняемыя при леченіи влагалища суть: *acet. pyrolignos. crudum, sol. kal. permang. (0.5—1%)*, *sol. arg. nitr. (1—10%)* карболовая кислота (1—2%), настойка іода, *sol. cupr. sulfur. (1—5%)*, перекись водорода (*perhydrol 3%*) и т. д.

Дѣйствію жидкихъ лекарственныхъ веществъ гораздо больше подвергаютъ *слизистую оболочку шейки и тѣла матки.*

Я уже выше говорилъ, что впрыскиваніе лекарственныхъ веществъ въ полость матки не цѣлесообразно. Я ограничиваюсь введеніемъ лекарства при помощи зонда съ ватой. *Plaufair* первый предложилъ сдѣлать верхній конѣцъ зонда шероховатымъ, дабы возможно было намотать на него антисептическую вату; я употребляю теперь тонкія, похожія на зондъ, палочки, гладко никелированныя съ рукояткой длиной около 25 сант., причѣмъ верхній конѣцъ ея длиною въ 7—10 сант. шероховатый. Вата наматывается посредствомъ накручиванія въ одномъ и томъ же направленіи до тѣхъ поръ, пока она прочно не пристанетъ; вату можно замѣнить также азбестомъ. *Menge, Sanger* и *Walshner* модифицировали эти маточныя палочки.

Для смазыванія цервикальнаго канала и полости матки берутъ: *acet. pyrolign. crud., sol. cupr. sulfur. (5—10%)*, *t-ra jodi (10—20%)*, *sol. zinc. chlorat. (2—5%)*, *sol. ac. carb. (со спиртомъ или глицериномъ 50%)*, *ac. nitr. solut. (50%)*, *ac. chromic., liquor Bellostii*, чистый или разведенный ихтиоль, тигеноль, растворъ протаргола (10%), растворъ формалина (30—50%), *ac. lactic. concentr.* и т. д.

Введеніе лекарственныхъ зондовъ въ матку должно производиться только на основаніи строгихъ показаній (см. главу объ эндометритѣ).

Точно опредѣливъ положеніе матки и убѣдившись въ отсутствіи заболѣваній придатковъ, устанавливаютъ portio vag. въ зеркалѣ (Fergusson'a или Simon'a), очищаютъ ее и шейку отъ приставшихъ выдѣленій, фиксируютъ Мюзеевскими щипцами или крючкомъ переднюю губу, легкимъ вытягиваніемъ выпрямляютъ матку и вводятъ палочку въ опредѣленномъ раньше направленіи. Если не выпрямляютъ матки, то зондъ застреваетъ обыкновенно въ внутреннемъ зѣвѣ и не попадаетъ въ полость матки.

Обыкновенно бываетъ достаточно, если предварительно ввести болѣе толстый зондъ, такъ какъ иначе лекарство остается въ каналѣ шейки; въ нѣкоторыхъ случаяхъ расширяютъ до 6—8 миллим. Ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ употреблять силу при введеніи зонда въ виду опасности прободенія.

Послѣ введенія палочки оставляютъ ее соприкасаться въ теченіе $\frac{1}{4}$ —1 минуты съ слизистой оболочкой матки, и осторожно поворачивая, даютъ ей возможность соприкасаться со всей полостью матки; при удаленіи ея часто ощущается уже стягиваніе матки, особенно внутренняго зѣва; двукратное введеніе сильно дѣствующихъ средствъ допускается поэтому только при очень широкой шейкѣ; portio vag. и слизистая оболочка влагалища защищаются отъ вытекающей жидкости ватной кисточкой; послѣ этого вкладываютъ влагалищный тампонъ, пропитанный глицериномъ или 10% растворомъ тигенола въ глицеринѣ.

Послѣ прижиганія легкимъ средствомъ больная остается лежать только въ теченіе нѣсколькихъ минутъ, а послѣ сильнаго прижиганія—въ теченіе нѣсколькихъ часовъ.

Необходимость повторенія прижиганія зависитъ отъ интенсивности дѣйствія, отъ свойства примененной жидкости, причемъ, чѣмъ сильнѣе средство, тѣмъ дольше придется ждать послѣ его применія. Незадолго до менструаціи и вскорѣ послѣ нея прижиганія не производятъ.

Прижиганіе противопоказано при всѣхъ острыхъ и подострыхъ воспаленіяхъ матки и ея придатковъ.

б) *Примѣненіе лекарственныхъ веществъ въ порошковидной формѣ.*

Вдуваніе порошковидныхъ веществъ въ полость матки совершенно оставлено, ибо только незначительная часть попадаетъ при этомъ въ нижнюю часть шейки.



Рис. 25. Зондъ для прижиганія по Walcherу и Playfairy.

Наоборотъ, вдуваніе лекарственныхъ веществъ въ влагалище часто бываетъ показано. Въ цилиндрическомъ зеркалѣ очищаютъ *portio vag.* и влагалище и помощью вдувателя вдуваютъ порошокъ или еще лучше, его вводятъ на ватной кисточкѣ, такъ какъ при этомъ мѣстное соприкосновеніе лучше происходитъ. Если при ракъ шейки желательно примѣнить лекарство въ большемъ количествѣ, то его вводятъ большой тупой ложечкой въ зеркало и прижимаютъ ватной кисточкой.

Изъ порошковидныхъ веществъ рекомендуются: *bolus alb.*, *vioform* въ чистомъ видѣ или въ смѣси съ танниномъ или углемъ, квасцы въ чистомъ видѣ или вмѣстѣ съ сахаромъ, далѣе, салициловая кислота *per se* или съ танниномъ (1:3), дерматолъ, айроль, іодоформенъ.

Примѣненіе мазей для матки и влагалища совершенно оставлено.

с) *Примѣненіе маточныхъ карандашей и влагалищныхъ шариковъ.*

Палочка ляписа, часто примѣнявшаяся раньше, въ настоящее время оставлена; прижиганіе этимъ средствомъ легко вызываетъ образованіе стеноза, а введеніе палочки ляписа въ полость матки вызываетъ колики.

Введеніе лекарственныхъ палочекъ въ полость матки также уступило мѣсто выскабливанію; но послѣ того, какъ убѣдились въ бесполезности повторныхъ выскабливаній, слѣдовало бы, можетъ быть, возобновить этотъ методъ леченія. Онъ, несомнѣнно, надежнѣе, чѣмъ введеніе лекарствъ на зондѣ и имѣетъ то преимущество, что дѣйствіе его ограничивается полостью тѣла матки.

Для этого употребляютъ *porte-remède Dittel'a*, т. е. цилиндрическую трубку изъ твердаго каучука различной толщины съ поршнемъ для передвижанія палочекъ, или внутриматочный аппаратъ *Martin'a* (*Intrauterin-pistole*), т. е. серебряную трубку, поршень которой снабженъ платиновымъ концомъ. Палочки изготовляются специально для него; онѣ имѣютъ въ длину 2—4 сант. и въ толщину 2—4 миллим. и состоятъ изъ *lapis mitigatus*, *lapis divini*, таннина и мѣднаго алюмината.

Формула для приготовленія такихъ палочекъ слѣдующая:

Pulv. rad. althaeae
Tannin. a a 1.0
Glyc. q. s. и f. bacill. X

или

Vioform.
Gum. tragacanth.
Butyr. cacao a a q. s. u. f. bacill. longit. 4 cm., latit. 0.2 cm.

Credé рекомендовалъ палочки, содержащія 70% масла какао, 10% воску и 20% итрола (*arg. nitr.*).

Введеніе лекарствъ аппаратомъ *Martin'a* производится точно такъ же, какъ и зондомъ. Большая остается послѣ этого лежать 2—12 часовъ, такъ какъ часто послѣ этого появляются маточныя колики, устраняемые теплыми и наркотическими средствами.

Лекарство быстро покрывается слоемъ свертывающагося бѣлка, медленно разжижается и, благодаря этому, а также сокращенію матки, приходитъ въ близкое соприкосновеніе со всей слизистой оболочкой матки.

Противопоказанія тѣ же, что и при внутриматочномъ прижиганіи.

Введеніе *влагалищныхъ шариковъ* старо и мало примѣняется въ настоящее время. Посредствомъ примѣси различныхъ жировъ, глицерина или масла какао изготовляютъ изъ лекарствъ шарики или свѣчки, вводимые въ влагалище. Жировой покровъ слизистой оболочки препятствуетъ и безъ того недостаточной всасываемости влагалища.

Рекомендуемыя средства суть: квасцы, *zinc. sulf.*, *plumb. acet.*, таннинъ (0.25—1.0), іодъ съ іодистымъ калиемъ, *ferr. sesquichlor.* (0.2—0.5), *kal. brom.* (0.5—1.0), морфій (0.01—0.02), опій (0.05—0.1),

атропинъ (0.001—0.003), ихтиоль, іодоформъ. Прописываютъ на одну свѣчку (*globuli vaginales*) 2.0 ol. cacao или 0.5 *massa gelatinosa* и послѣ промыванія влагалища вкладываютъ ихъ вечеромъ.

Больше рекомендуется примѣненіе нѣкоторыхъ изъ названныхъ средствъ въ формѣ суппозиторій въ прямую кишку, слизистая оболочка которой лучше всасываетъ; такъ, назначаютъ іодъ (0.01), тигеноль и ихтиоль (0.1). Весьма ненадежно дѣйствіе примѣняемыхъ въ настоящее время въ качествѣ средствъ, припятствующихъ зачатію, *ovula malthus* и *salus*.

7. Тампонація влагалища и матки ¹⁾.

Подъ *тампонаціей влагалища* мы понимаемъ выполненіе послѣдняго кусками свернутой и перевязанной ниткой гигроскопической ваты или марли; другой матеріаль, какъ холстъ и губки, въ настоящее время больше не употребляется. Для остановки кровотеченія при сильно кровоточащихъ раковыхъ опухоляхъ примѣнялась раньше оставленное теперь *peughnagar djambi* въ мѣшечкахъ изъ іодоформной марли.

Показаніями для тампонаціи влагалища являются главнымъ образомъ кровотеченія изъ послѣдняго и изъ матки, желаніе воздѣйствовать на *portio vagin.* и слизистую оболочку влагалища, фиксированіе палочекъ ламинари и защита слизистой оболочки влагалища при прижиганіи матки.

Передъ тампонаціей влагалище и *portio* хорошо вытираются въ зеркалѣ, или производится промываніе влагалища.

Введеніе тампона изъ ваты или марли производится лучше всего въ зеркалѣ; иначе просовываніе сухого тампона вызываетъ боль въ *introitus* и вгоняетъ микроорганизмы вульвы въ влагалище. При кровотеченіяхъ тщательно выполняютъ влагалищный сводъ; множественные тампоны отмѣчаются узлами на ниткахъ. Для тампонаціи берутъ простую стерилизованную виоформную или тимоловую марлю и пропитываютъ ее 2% растворомъ желатины. Рѣдко тампонъ остается лежать дольше 24 часовъ. Хорошо выполненная тампонація показана при сильныхъ менструальныхъ кровотеченіяхъ, вызванныхъ метритомъ, міомами или климактерическимъ періодомъ, когда почему либо невозможно или нежелательно оперировать. Тампонируютъ разъ въ сутки, послѣ этого промываютъ дезинфицирующей жидкостью и вновь тампонируютъ.



Рис. 26.
Корндавгъ.

Обширное примѣненіе имѣетъ предложенный М. Sims'омъ лекарственный тампонъ, пропитанный глицериномъ, съ цѣлью произвести отвлекающее дѣйствіе на ткань матки, на яичники и придатки; къ глицерину прибавляютъ еще іодъ, іодистый калий, іодоформъ, виоформъ, ихтиоль, тигеноль и дерматоль. Врачъ вводитъ эти тампоны въ зеркалѣ, больныя же могутъ ихъ вкладывать пальцами.

¹⁾ Fritsch. Ueber die Verwendung der Jodoformgaze in der Gynaekologie. Volkman-Sammlung № 228.

Не употребляется больше предложенный В. Schultze пробный тампонъ. Его кладутъ непосредственно у наружнаго маточнаго отверстия, съ цѣлью опредѣлить количество и свойства выдѣляемаго изъ полости матки въ опредѣленное время секрета. Для этой цѣли фиксируютъ влагалищную часть Мюзеевскими щипцами, очищаютъ ее отъ выдѣлений, вытираютъ каналъ шейки сухой маточной палочкой, придавливаютъ къ наружному маточному отверстию ватный тампонъ, пропитанный 25% растворомъ таннина въ глицеринѣ, и удерживаютъ его въ этомъ положеніи другими тампонами или полосками марли. Тампонъ удаляютъ черезъ 12 часовъ, причемъ нужно стараться сохранить выдѣленія въ чистотѣ.

Для тампонаціи матки употребляютъ стерилизованную марлю виоформную или ксероформную.

Главнымъ показаніемъ являются кровотечения послѣ удаленія слизистыхъ и фиброзныхъ полиповъ, послѣ выскабливанія по поводу плацентарныхъ и децидуальныхъ полиповъ, вслѣдствіе *endometritis fungosa*, также кровотечения изъ полости матки послѣ удаленія раковой опухоли или саркомы.

Я тампонирую также цервикальный каналъ послѣ разрѣза шейки, съ цѣлью остановить такимъ образомъ кровотеченіе и сохранить каналъ въ расширенномъ видѣ.

Марля вводится помощью корнцанга или зонда такимъ образомъ, что первая полоска вводятъ до дна матки, а потомъ выполняютъ всю полость до шейки. Конецъ тампона долженъ лежать въ влагалищномъ сводѣ и, въ случаѣ надобности, удерживается тамъ другимъ тампономъ; нѣтъ надобности, чтобы конецъ тампона лежалъ снаружи вульвы, ибо онъ можетъ, такимъ образомъ, пропитаться мочей. При разложившемся содержимомъ матки тампонація также полезна, такъ какъ она отводитъ выдѣленія. Такимъ образомъ, тампонація матки является неоптимальнымъ средствомъ, дающимъ возможность внимательства тамъ, гдѣ это раньше было слишкомъ опасно.

Лекарственное выполненіе полости матки должно, наконецъ, играть еще большую роль, чѣмъ прежде. Марля приходитъ въ болѣе тѣсное соприкосновеніе со всѣми углубленіями слизистой оболочки, чѣмъ промываніе полости матки или прижиганіе; дѣйствіе поэтому болѣе продолжительное. Матка сильно сокращается вокругъ тампона, и благодаря этому достигается болѣе быстрое уменьшеніе ея. Эти преимущества достаточно occupаютъ сложность процедуры.

Процедура производится такъ же, какъ и раньше; въ зависимости отъ показаній, употребляютъ марлю, посыпанную дерматоломъ, айроломъ, тигеноломъ, ихтиоломъ, а съ цѣлью остановить кровотеченіе—е пропитываютъ 5% растворомъ *natr. carb.*

Марля удаляется посредствомъ привязанной нитки самой больной или сидѣлкой.

8. Мѣстное кровоизвлеченіе.

Въ то время, какъ общее кровоизвлеченіе въ леченіи женскихъ болѣзней, если не считать немногихъ приверженцевъ, совершенно оставлено, а предложенное леченіе хлороза венесекціей, къ счастью, не встрѣтило подражанія ни среди гомеопатовъ, ни среди знахарей, мѣстное кровоизвлеченіе въ области женскихъ половыхъ органовъ представляетъ цѣнное, врачами мало использованное еще средство при приливахъ къ маткѣ и окружающимъ ее органамъ.

Для производства кровопусканія пользуются длиннымъ острымъ ланцетомъ съ двумя лезвіями. Устанавливаютъ въ зеркаль portio vag., удаляютъ слизь и гной, дезинфицируютъ и производятъ ножомъ 4—8 насѣчекъ сначала на задней, а потомъ на передней губѣ. Насѣчки должны быть сдѣланы $\frac{1}{2}$ —1 сант. глубины (глубина въ 3—4 сант., какъ это предложилъ Spiegelberg, не требуется); при обильномъ вытекании крови довольствуются 1—2 насѣчками; цѣлесообразно вскрывать одновременно съ этимъ ovula Nabothi. Насѣчка попадаетъ обыкновенно въ небольшие сосуды, рѣдко въ артеріи. Достаточно удалить заразъ 15—30 гр. куб. сант. крови, у нервныхъ и малокровныхъ достаточно бываетъ 15 куб. сант., послѣ чего portio вытирается и вкладывается сухой тампонъ или пропитанный растворомъ тигенола или танина въ глицеринѣ.

Послѣ удаленія зеркала опредѣляютъ пальцемъ, насколько плотно тампонъ прижатъ къ влагалищной части. Въ случаѣ болѣе сильнаго кровотеченія больная должна извѣстить врача; только въ двухъ случаяхъ я наблюдалъ угрожающее послѣдующее кровотеченіе; въ одномъ изъ этихъ случаевъ пришлось произвести обкалываніе сосуда.

У полнокровныхъ и нервныхъ женщинъ наблюдается часто послѣ этого коллапсъ, и нужно совѣтовать имъ послѣ этого нѣсколько минутъ полежать. Тампонъ удаляютъ черезъ 12 часовъ. Кровонизвлеченіе повторяютъ, въ зависимости отъ показаній, черезъ 10—14 дней.

Марля удаляется посредствомъ привязанной нитки самой больной или сидѣлкой.

Примѣненіе пъявокъ къ portio оставлено. Въ исключительныхъ только случаяхъ у двѣушекъ, у которыхъ невозможно ввести зеркало, приставляютъ пъявки къ промежности или въ паховой складкѣ. На промежности возможно зараженіе укуловъ пъявки выдѣленіями изъ влагалища или задняго прохода; слѣдуетъ наложить давящую повязку изъ вѣоформной марли или смазать вѣоформнымъ коллодіемъ (1.0—2.0 : 10.0).



Рис. 27.
Скарификаторъ.

9. Примѣненіе тепла въ гинекологіи.

Примѣненіе тепла на животъ при леченіи женскихъ болѣзней такъ же старо, какъ и сама гинекологія. Горячіе влажные и сухіе компрессы, металлическія бутылки и резиновые пузыри, наполненные горячей водой, совершенно вытѣснили бывшія раньше популярными катаплазмы изъ льняного сѣмени и въ свою очередь вытѣсняются болѣе удобнымъ термофоромъ. Цѣлесообразно комбинировать горячіе влажные компрессы съ термофоромъ.

Тепло примѣняется съ цѣлью уменьшить боль и способствовать всасыванію воспалительныхъ экссудатовъ; спеціальныя показанія см. въ соответствующихъ главахъ.

Оказалось цѣлесообразнымъ подвергнуть нагрѣванію всю тазовую область женщины. Сильнымъ нагрѣваніемъ кожи достигается приливъ крови къ ней и отливъ изъ болѣе глубокихъ сосудовъ. У многихъ женщинъ мѣшаетъ этому сильно развитый жировой слой, являющійся плохимъ проводникомъ тепла.

Аппаратъ Rolano съ горячимъ воздухомъ былъ первымъ термофоромъ, примѣнявшимся въ гинекологіи. Животъ находится при этомъ въ изолированномъ ящикѣ, температура котораго повышена до 100° Ц. и больше, но мало теплоты проникаетъ въ глубину; кожа сильно

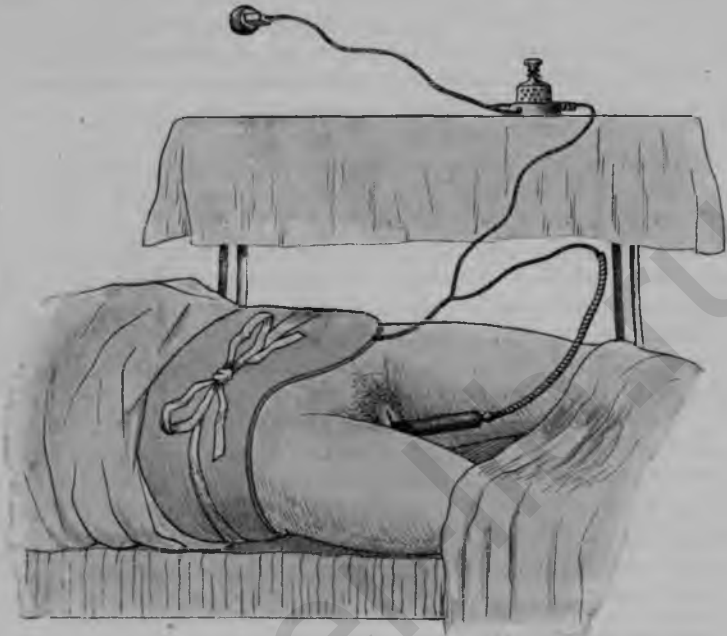


Рис. 28. Пельвитермъ по Flatau (во время употребленія).

гиперэмируется, появляется сильная трансудация, облегчающая внутренне тазовые органы. Я въ теченіе многихъ лѣтъ пользовался такимъ аппаратомъ, полученнымъ мною изъ Берлина, и оставался имъ очень довольнымъ.

Этотъ аппаратъ примѣняется и въ настоящее время тамъ, гдѣ нѣтъ электричества. Тамъ же, гдѣ таковое имѣется, предпочтительнѣе пельвитермъ Flatau (электротехническая фабрика Н. Stanger'a въ Ульмѣ). Онъ состоитъ изъ полаго наконечника, оканчивающагося колбовиднымъ утолщеніемъ (тепловой грушей); въ послѣднемъ находятся азбестовыя опилки, нагреваемые электрическимъ токомъ; аппаратъ соединяется съ поясомъ вродѣ электро-термофора, покрывающимъ животъ; одинъ конецъ электрическаго тока проводится чрезъ грушу въ влагалище, другой въ поясъ. Аппаратъ годится какъ для переменнаго, такъ и для постояннаго,



Рис. 29. Влагалищная тепловая груша.

наго тока. Температура во влагалищѣ подымается, какъ показываетъ термометръ въ прямой кишкѣ и мочевомъ пузырьѣ, въ зависимости отъ продолжительности примѣненія, до 38.5—40.0°; температура же кожи надъ поясомъ мало повышается.

Регулирующій аппаратъ съ самостоятельно дѣйствующимъ выключателемъ даетъ возможность по желанію повышать и понижать температуру. Продолжительность примѣненія составляетъ отъ полчаса до нѣсколькихъ часовъ, а продолжительность леченія отъ 2 до 6 недѣль.

Больная ощущаетъ пріятное чувство теплоты, пульсъ учащается, но температура подъ мышкой не повышается ¹⁾.

Тепло примѣняется при всѣхъ хроническихъ воспалительныхъ процессахъ, особенно при воспалительныхъ опухоляхъ трубъ и яичниковъ преимущественно гонорройнаго происхожденія, при параметритахъ, пельвеоперитонитическихъ процессахъ, быть можетъ, также при хроническомъ метритѣ, аменорреѣ и хроническихъ туберкулезныхъ экссудатахъ. Противопоказаніями являются всѣ острые и подострые воспалительные процессы и сильныя гонорройныя выдѣленія.

Поразительно, какъ быстро исчезаютъ при этомъ леченіи большіе плотные экссудаты.

Другой аппаратъ для электрическаго нагрѣванія таза предложилъ Sellheim ²⁾ (фирма Reiniger, Gebbert и Schall); онъ дѣйствуетъ такъ же, какъ предыдущій, но въ виду высокой цѣны онъ недоступенъ для общаго употребленія.

10. Примѣненіе каленаго желѣза.

Въ прежнее время *cauterium actuale* ставили наряду съ *cauterium potentiale*; въ настоящее же время, несмотря на улучшенные инструменты, каленое желѣзо значительно меньше примѣняется, чѣмъ раньше.

Каленое желѣзо примѣняется при неоперативной раковой опухоли матки и влагалища, рѣже для перерѣзки ножки полипа или для удаленія всей влагалищной части; оно вовсе не примѣняется для перерѣзки ножки опухоли яичника (Keith). Далѣе, оно примѣняется для прижиганія большихъ фолликулярныхъ эрозій *portio vag.* послѣ предварительнаго выскабливанія. При кровотеченіяхъ изъ разорванныхъ во время лапаротоміи срощеній я не наблюдалъ тѣхъ благопріятныхъ результатовъ, какіе описываютъ Martin и другіе.

Употребляемые въ настоящее время для этой цѣли аппараты суть гальванокаутеръ и термокаутеръ Raquelin'a; устарѣлъ аппаратъ Fürst'a.

Для практическаго врача наиболѣе удобнымъ является аппаратъ Raquelin'a; онъ снабженъ острымъ, пуговчатымъ, груше- и ножевидными платиновыми наконечниками, въ которыхъ находится губчатая платиновая масса; послѣ проведенія въ нагрѣтую платиновую оболочку паровъ бензина наконечникъ накаляется докрасна или бѣла. Аппаратъ слѣдуетъ предъ каждымъ употребленіемъ испробовать; достаточно довести его до краснаго каленія, ибо при бѣломъ каленіи быстро сжигаютъ образовавшіеся

¹⁾ S. Flatau. Zentralblatt f. Gynaek. 1911, № 5.

²⁾ Sellheim. Monatsschr. f. Gynaek. u. Geb. т. 31.

струпья. Важнѣ всего образованіе глубокихъ сухихъ струпьевъ, не получаемыхъ отъ другихъ прижигающихъ средствъ. Другое преимущество этого аппарата состоитъ въ томъ, что его удобно примѣнять въ глубинѣ влагалища и шейки, такъ какъ раскаленный инструментъ освѣщаетъ все операционное поле.

Нельзя также отрицать нѣкоторыхъ достоинствъ и за гальванокаустикой; гальванокаутеръ можно ввести въ полость матки въ холодномъ видѣ и тамъ его нагрѣть; въ прежнее время въ клиникѣ въ Вѣнѣ часто примѣняли гальванокаустическую петлю для удаленія влагалищной части при ракъ ея и при неоперативномъ ракъ, имѣющемъ видъ цвѣтной капусты.

Тригательная сторона заключается въ громоздкости аппаратовъ, въ трудности транспортировать ихъ и также въ ненадежности даже хорошо функционирующихъ аппаратовъ. Въмѣсто Раquelin'a я употребляю въ клиникѣ исключительно только гальванокаустическій аппаратъ.

При примѣненіи каленаго желѣза слѣдуетъ защищать вульву и влагалище; цѣлесообразно также употребленіе цилиндрическаго зеркала изъ пальмоваго дерева или твердаго каучука.

11. Общія замѣчанія объ употребленіи пессаріевъ.

Несмотря на усовершенствованіе оперативной техники, мы до сихъ поръ еще не можемъ отказаться отъ издавна примѣняющихся при леченіи женскихъ болѣзней колець и пессаріевъ. Цѣлью ихъ является сохраненіе въ правильномъ положеніи влагалища или матки и уменьшеніе жалобъ больной, если эти органы вышли изъ нормальнаго положенія.

Различаютъ влагалищные и маточные пессаріи.

1. Влагалищные пессаріи ¹⁾.

Пессаріи, лежащіе во влагалищѣ, должны поддерживать его, матку, мочевой пузырь, яичники или прямую кишку. Такъ какъ всякій пессарій является постороннимъ тѣломъ для влагалища, то тѣ изъ нихъ должны считаться наилучшими, которые больше всего подходятъ по формѣ къ влагалищу, не очень его растягиваютъ и не раздражаютъ слизистой оболочки ни механически, ни клинически.

Наиболѣе подходящими пессаріями слѣдуетъ поэтому считать овальные кольца, длинный діаметръ которыхъ больше поперечнаго приблизительно въ отношеніи 2 : 1. Сюда относятся прежде всего овальные кольца Нodg e, S-образно изогнутыя соотвѣтственно оси влагалища; они раньше ошибочно назывались рычаговыми пессаріями. Они изготовляются изъ вулканиста (твердаго каучука) или целлулоида и, будучи положены въ кипящую воду, они легко принимаютъ любую форму, которую сохраняютъ послѣ охлажденія.

Въ прежнее время примѣняли кольца изъ мѣдной проволоки, обтянутыя каучукомъ, которые изгибались и принимали любую форму; но мягкій каучукъ пропитывается выдѣленіями изъ влагалища и вызываетъ раздраженіе. Пессаріи изъ алюминія, олова и стекла менѣе употребительны, чѣмъ выше упомянутые изгибающіеся, такъ какъ для cadaго влагалища нужно было бы имѣть отдѣльное кольцо, приспособленное къ его формѣ.

Цѣлесообразными измѣненіями являются изгибаніе нижняго конца впередъ (Olshause n), съ цѣлью избѣжать необходимости вдавливанія

¹⁾ S. Sä n g e r. Ueber Pessarieren. Leipzig 1890. Q. Wigand.

въ зияющую половую щель, и желобовидное вдавливаніе въ срединѣ передней дужки, съ цѣлью предупредить давленіе на уретру, какъ это мы видимъ въ пессаріяхъ *Walcher'a*, изогнутыхъ, кромѣ того, еще вверхъ.

Видоизмѣненіемъ пессарія *Hodge* является таковой *Thomas'a*, въ которомъ задняя дужка удлинена на $1\frac{1}{2}$ сант., съ цѣлью усилить дѣйствіе при *retroflexio*. Этотъ пессарій находитъ болѣе ограниченное примѣненіе, такъ какъ задняя дужка сильно давитъ на влагалищный сводъ, что небезопасно. Изгибаніе задней дужки пессарія *Thomas'a* вверхъ я считаю неправильнымъ, такъ какъ такое кольцо не соответствуетъ формѣ влагалища и слишкомъ отодвигаетъ *portio* впередъ.

Рис. 30. Кольцо *Hodge*.Рис. 31. Кольцо *Thomas'a*.

Къ овальнымъ кольцамъ относятся извѣстные пессаріи *B. S. Schultze* формы восьмерки и саней, изготовлявшіеся раньше изъ мѣдной проволоки, а въ послѣднее время изъ целлулоида. Пессарій формы восьмерки годится для леченія *retroflexio uteri*, а кольцо формы саней вытѣснено оперативнымъ леченіемъ. Пессаріи, похожіе на сани, предложили также *Chrobak* (1869) и *Villet* (1871).

Рис. 32. Пессарій *Schultze* формы восьмерки.Рис. 33. Пессарій *Schultze* формы саней.Рис. 34. Кольцо *Mauger'a*.

Въ противоположность этимъ слѣдуетъ поставить круглые пессаріи. Эта форма является во всякомъ случаѣ наиболѣе старой. Прототипомъ такого пессарія являются плотныя, эластическія, сѣрыя каучуковыя кольца *Carl Mauger'a*, изготовлявшіяся впоследствии изъ вулканизированнаго каучука. Ширина кольца (1.8 сант.) не безразлична для слизистой оболочки; болѣе тонкая полая форма названа по имени *Galante*; очень рекомендуются тонкія, эластическія кольца *Meigs'a*, состоящія изъ стального кольца, обтянутаго снаружи мягкимъ каучукомъ (0.8 сант. толщины).

Далѣе, слѣдуетъ упомянуть о кругломъ, чашковидномъ, снабженномъ многочисленными отверстіями пессаріи *Schatz'a*, *Prochowick'a*.

Не употребляются круглые и овальные, снабженные центральным или эксцентрическим отверстием кольца E. Martin'a, состоящая из пакли, покрытой лакомъ; послѣдній легко стирается, и кольцо становится мѣстомъ скопленія микроорганизмовъ. Вышелъ изъ употребленія также пессарій E. Martin'a, снабженный ножкой; послѣдняя, выступая изъ влагалища, препятствуетъ сидѣнью.

Незаслуженно долго продержались крыловидные пессарии Z w a n k'a и Schilling'a, сильно растягивающіе влагалище и неоднократно вызывавшіе поэтому поврежденіе мягкихъ частей, влагалища, пузыря и прямой кишки.

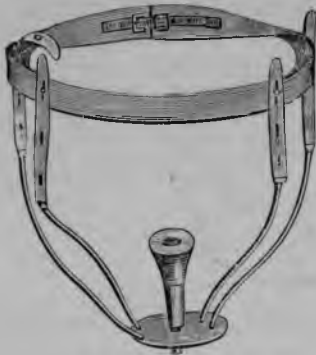


Рис. 35. Аппаратъ Lavedan'a.

Greisky предложилъ яйцевидный пессарій, легко вводимый, но трудно удаляемый и препятствующій оттоку маточныхъ и влагалищныхъ выдѣлений; удаленіе ихъ возможно посредствомъ специальныхъ щипцовъ; въ одномъ случаѣ, описанномъ въ литературѣ, пришлось продѣлать операцію родовъ помощью щипцовъ съ глубокими инцизиями и послѣдующимъ швомъ.

Такъ какъ всѣ эти пессаріи иногда не достигаютъ цѣли, то предложены были поддерживающіе снаружи аппараты, изъ которыхъ наиболее извѣстенъ гистерофоръ Rosega и Scanzoni; оба они больше не употребляются.

Только цѣлесообразное видоизмѣненіе, предложенное Lavedan'омъ, я примѣняю въ случаяхъ необходимости. На небольшой пластинкѣ изъ твердаго каучука находится шпиль длиною въ 4 сант.; отъ пластинки отходятъ впередъ и назадъ по двѣ резиновые трубки, прикрѣпляемыя ремнями къ циркулярному поясу на животъ; на шпиль одѣвается, въ зависимости отъ длины и ширины влагалища, небольшая, резиновая груша. Этотъ аппаратъ примѣняется у старыхъ женщинъ, у которыхъ операція невозможна вслѣдствіе болѣзни сердца и почекъ, а кольца не въ состояніи препятствовать выпаденію. Передъ мочеиспусканіемъ и стуломъ шпиль вмѣстѣ съ пластинкой удаляется, а груша удаляется только вечеромъ, очищается и утромъ снова вводится; влагалище промываютъ утромъ и вечеромъ.

Общія правила для примѣненія пессаріевъ.

Опредѣлить нужную форму и размѣръ кольца—искусство, которое можно усвоить только постепенно. Боязливымъ пациенткамъ слѣдуетъ сообщить о кольцѣ лишь послѣ того, какъ оно будетъ введено. *Первое* основное правило состоитъ въ томъ, чтобы вначалѣ лучше ввести слишкомъ малый, чѣмъ слишкомъ большой пессарій. Кольцо лежитъ надъ мягкимъ дномъ таза и поддерживается levator ani, эластическимъ противодавленіемъ стѣнокъ влагалища и constrictor cunni; при круглыхъ пессаріяхъ также передняя дужка лежитъ глубже, чѣмъ задняя. Rami ossis pubis не должны поддерживать кольцо, такъ какъ иначе можетъ образоваться пролежень. Между влагалищной стѣнкой и кольцомъ долженъ еще пройти палець; при надавливаніи кольцо должно нѣсколько поддаться внизъ, но оно не должно попасть въ преддверіе; послѣ прекращенія дѣйствія брюшного пресса кольцо должно эластическимъ сопротивленіемъ constrictor cunni снова придти на прежнее мѣсто. Больная не должна чувствовать кольца ни при ходбѣ, ни при сидѣнью; оно не должно также мѣшать coitus'у; только при широкой вульвѣ нужно совѣтовать больной во время дефекаціи нѣсколько удерживать пессарій двумя пальцами.

Промыванія влагалища 1—2 раза въ день необходимы при ношеніи кольца; для этой цѣли употребляютъ растворъ поваренной соли или съ примѣсью *kal. permang.*, борной кислоты, салициловой кислоты, сольвеола, спирта, о-де-колона. Весьма важно промывать влагалище также при менструаціи, начинающаяся со второго дня, во въ этомъ случаѣ только тепловатой водой съ примѣсью *kal. permang.*

Акушерка можетъ удалять кольцо, но не вставлять его. Послѣ первого его введенія цѣлесообразно въ теченіе первой недѣли посѣтить больную и убѣдиться въ томъ, что пессарій достигаетъ цѣли. Пессаріи, изготовленные изъ хпрошаго матеріала, можно мѣнять только разъ въ 3—4 мѣсяца, а раньше этого времени—только въ случаѣ жалобъ со стороны больной. Сама больная не должна удалять и вводить кольцо уже потому одному, что при этомъ сильно расширяется вульва; только въ случаѣ крайней необходимости, при появленіи сильной боли пациентка можетъ его сама удалить. Систематическое удаленіе во время менструаціи не требуется.

Отрицательными послѣдствіями пессаріевъ являются упорные катарры влагалища. Послѣдніе отчасти избѣгаются, если врачъ ставитъ себѣ за правило всегда примѣнять *новыя кольца*, а не старыя, лежавшія уже въ другомъ влагалищѣ. Спустя 4—6 мѣсяцевъ нужно ввести новый пессарій. Такимъ образомъ удается предупредить появленіе катарра, требующаго въ противномъ случаѣ удаленія пессарія.

Другой неприятной случайностью является язва отъ давленія, преимущественно на боковыхъ стѣнкахъ влагалища, особенно въ нижней трети, или въ заднемъ влагалищномъ сводѣ; мѣсто, подвергшееся давленію, становится сначала анэмичнымъ, эпителий слущивается, вслѣдствіе чего микроорганизмы изъ влагалища проникаютъ въ болѣе глубокіе слои, и образуется желтая съ налетомъ ссадина, потомъ язва, причиняющая боль. За этимъ могутъ образоваться параколиты и параметриты, а въ запущенныхъ случаяхъ опухаютъ сосѣдніе участки слизистой оболочки, такъ что образуется глубокая борозда, и срастаются надъ дужкой пессарія; въ одномъ случаѣ мнѣ пришлось вырѣзать пессарій *Z w a p k'a*.

Совершенно невѣроятна небрежность въ этомъ отношеніи, особенно въ деревняхъ; всякому болѣе или менѣе старому гинекологу приходилось удалять вонючіе пессаріи, лежавшіе 5—10 и болѣе лѣтъ и дававшіе поводъ до изслѣдованія подозрѣвать наличность раковой опухоли. Въ этихъ случаяхъ бываетъ часто трудно обойтись безъ перерѣзки пессарія, и при этомъ наблюдались поврежденія пузыря, прямой кишки и промежности. Ужасный перечень случаевъ безпечности врачей и публики даетъ интересная работа *F. v. Neugebauer'a* ¹⁾ объ опасности влагалищныхъ пессаріевъ. Врачъ долженъ поэтому поставить себѣ за правило сообщить больной о томъ, что ей введено кольцо, и точно опредѣлить время, когда она должна снова ему показаться.

Вслѣдствіе образованія глубокихъ язвъ наблюдались поврежденія пузыря, прямой кишки, Дугласова пространства и перитонитъ. Описанное *Chrobak'омъ*, *Hegar'омъ* и *Kaltenbach'омъ* появленіе раковыхъ узловъ на мѣстѣ, подвергшемся давленію, рѣдко наблюдается. Изъ 242 *запущенныхъ* случаевъ *Neugebauer* наблюдалъ $8 = 3.3\%$.

Введеніе колецъ противопоказано при инфекціонномъ катаррѣ влагалища, при остромъ и подостромъ воспаленіи матки и ея придатковъ.

¹⁾ *F. Neugebauer. Zur Warnung beim Gebrauch der Scheidenpessarien. Arch. f. Gynaek., т. 43, стр. 373.*

Беременность не противопоказуетъ примѣненія пессаріевъ; опущеніе и измѣненіе положенія матки можетъ до четвертаго мѣсяца требовать введенія кольца, а опущеніе влагалища даже—до конца беременности; на второй недѣлѣ послѣродового періода можно снова вставить кольцо. Принимая во вниманіе обратное развитіе половыхъ органовъ въ климактерическомъ періодѣ, желательнo каждую четверть года вставлять все меньшій и меньшій номеръ.

2. Маточные пессаріи.

Внутриматочныя палочки.

Примѣненіе внутриматочныхъ палочекъ по справедливости оставлено; онѣ имѣютъ поэтому только историческій интерес, о которомъ я скажу нѣсколько словъ, съ цѣлью указать врачу на опасность ихъ примѣненія.

Извѣстныя еще въ древности маточныя палочки введены были въ послѣднемъ столѣтіи въ употребленіе Amussat и сдѣланы популярными Kiwisch'омъ, Sir. J. Simpson'омъ, E. Martin'омъ и друг. Рѣдко можно было наблюдать большую борьбу вокругъ научной проблемы; еще 40 лѣтъ тому назадъ была эта борьба, а теперь она забыта вмѣстѣ съ инструментомъ.

Внутриматочные пессаріи образуютъ палочки, приспособленныя по своей длинѣ и толщинѣ формѣ полости матки, онѣ только нѣсколько тоньше и короче послѣдней.

Онѣ изготовляются изъ дерева, металла, слоновой кости, рыбьей кости, мягкой и твердой резины и стекла; палочка сплошная или полая, прямая или изогнутая соотвѣтственно оси матки.

Понятно, что, считая патологической не только retroflexio, но и anteflexio, примѣняли палочки для выпрямленія матки. Въ настоящее время мы retroflexio лечимъ другими способами, а anteflexio считаемъ нормальнымъ положеніемъ.

Мнѣніе M. Dupcan'a о томъ, что палочки опаснѣе болѣзни, которую онѣ должны излечить, остается въ силѣ еще до сихъ поръ.

Слѣдуетъ избѣгать также употребленія предложенныхъ въ послѣднее время торговцами и аптекарями внутриматочныхъ палочекъ, препятствующихъ зачатію.

12. Примѣненіе рентгеновскихъ лучей въ гинекологіи.

Послѣ того, какъ стало извѣстно вредное дѣйствіе рентгеновскихъ лучей на зародышевую железу у мужчинъ, естественно было заняться изслѣдованіемъ дѣйствія ихъ на зародышевую железу у женщинъ. Въ то время, какъ при опытахъ на животныхъ мужская зародышевая железа, въ случаѣ не очень сильнаго дѣйствія лучей, можетъ еще восстановиться, съ женской зародышевой железой этого не происходитъ. Послѣ достаточнаго продолжительнаго примѣненія лучей фолликулы яичника, а потомъ и corpus luteum погибаютъ (Reifferscheid), и дѣятельность яичника не можетъ быть восстановлена.

Такимъ путемъ гинекологи пришли къ использованию рентгеновскихъ лучей для разрушенія яичниковъ, съ цѣлью прекратить овуляцію и вызвать такимъ образомъ преждевременную атрофію. Вскорѣ, какъ это всегда бываетъ въ медицинѣ и хирургіи, область была расширена, и въ настоящее время имѣется уже цѣлый рядъ болѣзней, при которыхъ показано примѣненіе радіотерапіи.

Сюда относятся прежде всего всякаго рода кровотеченія, вызываемыя какъ метритомъ, такъ и міомами; въ этихъ случаяхъ можно ожидать терапевтическаго эффекта. Менѣе дѣйствительно лечение дисменоррей, какъ симптома различныхъ анатомическихъ болѣзней. Рационально также испробовать дѣйствіе рентгеновскихъ лучей на разрощеніе раковыхъ кѣлокъ въ маткѣ, такъ какъ лечение рака лица дало благоприятные результаты. Принимая во вниманіе отношеніе современной гинекологіи къ вопросу о ракѣ, слѣдуетъ всѣ случаи рака, поддающіеся оперативному леченію, подвергать операціи, а рентгенотерапію примѣнять только при неоперативномъ ракѣ и для предупрежденія появленія рецидива. Фрейбургская школа недавно высказалась въ томъ смыслѣ, что ракъ матки вообще не долженъ быть оперируемъ, но его слѣдуетъ лечить очень большими количествами X (10000—20000), особенно вмѣстѣ съ мезотеріемъ. Можно было бы испробовать это средство также при туберкулезѣ половыхъ органовъ. Можно было бы примѣнять также при канкرويدѣ, *pruritus* и *caucrosis vulvae* радіотерапію. Примѣненіе также рентгенотерапіи при воспаленіи придатковъ и для перерыва беременности должно считаться ошибочнымъ.

Противопоказано леченіе рентгеновскими лучами при беременности и малѣйшемъ подозрѣніи на нее; далѣе, оно противопоказано, при всѣхъ острыхъ инфекціонныхъ воспаленіяхъ, катаррахъ и т. д., также въ случаяхъ, въ которыхъ это средство конкурируетъ съ операціей, и гдѣ имѣется жизненное показаніе къ ея примѣненію.

Само собою понятно, что въ настоящее время, когда мы только производимъ опыты съ этимъ средствомъ, мы примѣняемъ его и въ тѣхъ случаяхъ, которые въ послѣдствіи оказываются неподходящими для этого. Мы не знаемъ также и того, что лучи, разрушающіе яичники, быть можетъ, повреждаютъ одновременно съ этимъ и другіе органы, о чемъ мы узнаемъ въ послѣдствіи.

Преимущество этого метода леченія для больной состоитъ въ томъ, что къ нему прибѣгаютъ вмѣсто операціи, что онъ безопасенъ и можетъ быть примѣняемъ у обезкровленныхъ и страдающихъ перерожденіемъ сердца, словомъ, у больныхъ, которыхъ и нельзя было уже оперировать. Отрицательной же стороной является продолжительность леченія, также и расходы, вызываемые покупкой и содержаніемъ аппаратовъ.

Если на введеніе радіотерапіи въ гинекологию нужно смотрѣть, какъ на шагъ впередъ, то въ оцѣнкѣ ея мы должны быть осторожны, послѣ того какъ мы въ послѣдніе годы пережили нѣкоторыя терапевтическія разочарованія.

О специальныхъ показаніяхъ я буду говорить въ соответствующихъ главахъ. При метритѣ и міомахъ *Döderlein* предварительно производитъ выскабливаніе слизистой оболочки матки; по моему мнѣнію, достаточно производить его въ случаяхъ, въ которыхъ предполагается наличность раковой опухоли.

Само собою понятно, что практической врач не может позволить себѣ роскоши имѣть аппаратъ для рентгенотерапіи, и что своихъ больныхъ онъ будетъ направлять для этого къ гинекологу или рентгенологу.

Лечение лучше всего начинать по окончаніи менструаціи; въ случаѣ же опасности промедленія, можно приступить къ нему и во время регуль. Необходимо только имѣть въ виду, что первая менструація можетъ подъ вліяніемъ леченія еще усилиться. Если, какъ это бываетъ при метритѣ и міомахъ, олигоменоррея или аменоррея наступаетъ медленно, то явленія выпаденія не должны наступать такъ быстро, какъ при кастраціи. Въ другомъ мѣстѣ я выражаю полную свою солидарность съ мнѣніемъ Walthard'a о явленіяхъ выпаденія.

Неприятными послѣдствіями леченія являются эритема, тенезмы пузыря, поносы, боли въ ногахъ, отдающія въ область развѣтвленія plexus lumbosacralis, и ослабленіе полового чувства.

Менструація часто наступаетъ раньше или позже, а иной разъ, какъ при нормальномъ климатеріи, не прекращается, такъ что требуется произвести тампонацію.

Результаты рентгенотерапіи выражаются постепеннымъ прекращеніемъ кровотеченія и увеличеніемъ содержанія гемоглобина и вѣса тѣла. Само собою понятно, что результаты въ общемъ тѣмъ лучше, чѣмъ ближе больная находится къ климактерическому возрасту.

Наблюденія въ ближайшіе годы должны намъ показать, какое значеніе радіотерапія можетъ имѣть въ гинекологіи.

13. Техника рентгенотерапіи въ гинекологіи.

Прив.-доц. Hans Dietlen'a.

Задача гинекологической рентгенотерапіи состоитъ въ томъ, чтобы направить на значительную глубину подъ кожу терапевтически дѣйствующія количества лучей. Такимъ образомъ, для цѣлей гинекологіи рентгенотерапія должна быть глубокой и удовлетворять поэтому всѣмъ требованіямъ послѣдней.

Достаточное дѣйствіе въ глубину достигается прежде всего примѣненіемъ *твердыхъ трубокъ*; практически пригодными для этого являются тѣ трубки, которыя не годятся больше для фотографіи, а только для просвѣчиванія толстыхъ предметовъ.

Если примѣнять обычный способъ измѣренія, то это трубки, по меньшей мѣрѣ, въ 6—8 W (alter), 10—12 W (elnelt), 8 B (enoist), 9 H. B (auer), и 15—30 p. F. (параллельная длина искры). Какой способъ измѣренія примѣнять, зависитъ отъ упражненія даннаго терапевта; на длину искръ слѣдуетъ положиться лишь при условіи достаточнаго знакомства съ физическими основаніями или съ аппаратами и трубками. Для начинающихъ наиболѣе удобнымъ является кваліметръ Ваueg'a.

Далѣе, результатъ дѣйствія рентгеновскихъ лучей въ глубину зависитъ отъ нагрузки *трубокъ*. Твердыя трубки производятъ по общему мнѣнію сравнительно меньшее химическое и биологическое дѣйствіе, онѣ чернятъ, напр., предложенную Kienböck'омъ для измѣренія эффекта квантиметровую бумагу тѣмъ сильнѣе, чѣмъ меньше нагрузка трубки, выраженная въ миллиамперахъ. Хотя неизвѣстно еще, какая именно минимальная доза нужна для терапевтическаго воздѣйствія въ глубину, все же можно считать, что для яичника, напр., тре-

буется по меньшей мѣрѣ 10 x (единиць Кіенбѣск'а) для того, чтобы получить желательное измѣненіе (атрофію). Для того, чтобы получить эту минимальную дѣйствующую дозу въ возможно болѣе короткое время, необходимо дать трубкѣ достаточную нагрузку. Послѣдняя должна составлять не меньше 1½ миллиамперъ, но для достиженія болѣе быстрого дѣйствія она увеличивается до 2—4 миллиамперъ.

Эту сравнительно большую для твердыхъ трубокъ нагрузку нужно во время терапевтическаго сеанса держать на приблизительно одинаковой высотѣ, иначе говоря, при одинаковой нагрузкѣ трубка должна функционировать постоянно при одномъ и томъ же Vacuum. Это выдерживаютъ только крѣпкія трубки, такъ называемыя трубки для сильнаго тока. Къ такимъ относятся, по моему мнѣнію, трубки „Rapid-Hart“ Müller'a, „Mammut-C-Hart“ Müller'a, „Zangen“ Müller'a и „Intensivstrom“ Gundelach'a, быть можетъ, также трубки для сильнаго тока другихъ фирмъ, о которыхъ я не имѣю личнаго опыта.

Ввидѣ аппаратовъ, образующихъ и доставляющихъ токъ, служатъ всѣ примѣняемые въ настоящее время индукціонные аппараты и трансформаторы; всякій универсальный аппаратъ долженъ быть для этой цѣли приспособленъ посредствомъ регулирующихъ приборовъ. Такъ какъ въ будущемъ гинекологическая рентгенотерапія будетъ примѣняться не только рентгенологами, но и гинекологами, то техника должна это имѣть въ виду и считаться съ простотой приборовъ, качествомъ тока и дешевизной. Такой рентгеновскій аппаратъ для интенсивнаго дѣйствія въ глубину изготовляется по указаніямъ Gauss'a фирмой Reiniger, Gebbert и Schall; цѣлесообразно изготовляемые по указаніямъ Albers-Schönberg'a аппараты доставляетъ также фирма Siemens et Galske; они состоятъ изъ діафрагмы съ трубкой и приспособленнаго для лежанія стола.

Такой столъ для лежанія, могущій служить также для обыкновенныхъ гинекологическихъ изслѣдованій, кажется весьма цѣлесообразнымъ. Для полноты инструментарія требуется еще, кромѣ упомянутыхъ выше вспомогательныхъ аппаратовъ (амперметра, миллиамперметра, измѣрителя длины искръ и измѣрителя твердости), достаточное приспособленіе для защиты. Послѣднее можетъ состоять въ томъ, что трубки находятся на штативѣ въ закрытомъ со всѣхъ сторонъ футлярѣ; тамъ, гдѣ этого не имѣется, врачъ и регулирующій столъ помѣщаются въ отдѣльную клетку или ставятъ стѣнку съ окошками изъ свинцоваго стекла. Преимущество того или другого приспособленія зависитъ отъ конструкции штатива для трубокъ и размѣра помѣщенія. Штативъ снабжается лучше всего футляромъ, непронускающимъ лучей; этимъ достигается защита пациентки и сохраненіе не очень близкаго разстоянія трубки.

Наконецъ, необходимо имѣть нѣсколько подходящихъ кусковъ олова для покрытія частей тѣла, не подвергающихся дѣйствию лучей, далѣе, куски фильтра для профильтрованія рентгеновскихъ лучей; для этой цѣли употребляютъ, по предложенію Albers-Schönberg'a, замшу въ нѣсколькихъ слояхъ (при 1 миллим. толщины, по меньшей мѣрѣ, 3—4 слоя), а по предложенію другихъ авторовъ, алюминіевыя пластинки въ 1—4 миллим. толщины. Фильтрованіе имѣетъ цѣлью совершенно устранить болѣе мягкіе лучи и получить гомогенные лучи; это необходимо и цѣлесообразно даже въ случаѣ примѣненія твердыхъ лучей (напр., 10 Wehnelt); дѣй-

ствіе 1 миллим. алюминія приблизительно равняется при этомъ поглощенію лучей слоемъ кожи. въ 1 сант. Такимъ образомъ, въ фильтрѣ имѣеть мѣсто процессъ поглощенія, который иначе совершился бы въ кожѣ, а въ послѣднюю проникаютъ только болѣе твердые лучи. Потеря нѣкотораго терапевтически-біологическаго дѣйствія, вызываемаго фильтромъ, не играетъ никакой роли при дѣйствіи въ глубину и скорѣе является выигрышемъ, ибо профильтрованные гомогенные лучи сравнительно мало теряютъ своего дѣйствія въ глубокихъ слояхъ тканей.

Терапевтическое дѣйствіе рентгеновскихъ лучей измѣняется, какъ извѣстно, *дозиметрами*, измѣрительныя части которыхъ извѣстнымъ образомъ измѣняются подѣ влияніемъ лучей пропорціонально количеству проникающихъ лучей. При леченіи глубоко лежащихъ тканей пользуются, несмотря на его недостатки, *квантиметромъ* Кіенбѣска. Его измѣрительныя части состоятъ изъ полосокъ хлоръ-бромисто-серебряной бумаги, которыя при дѣйствіи лучей также освѣщаются, а потомъ особеннымъ образомъ проявляются и фиксируются, причемъ онѣ чернѣютъ, а степень этой черноты опредѣляется по нормальной шкалѣ. Единица этой шкалы обозначается x ; $10x = 5H$ (olzknecht) составляютъ максимальную дозу нефилтрованныхъ лучей, которую поверхность кожи живота безъ вреда переноситъ при однократномъ или повторномъ чрезъ короткіе промежутки времени примѣненіи. Филтрованные лучи можно безъ вреда примѣнять въ два раза болѣе въ количествѣ.

Эту поверхностную дозу можно на томъ же мѣстѣ кожи повторить не раньше, чѣмъ черезъ 2 недѣли, такъ какъ въ противномъ случаѣ, вслѣдствіе суммированія дозы, происходитъ поврежденіе кожи. Отъ этой поверхностной дозы зависитъ таковая для *глубины*; на глубинѣ 5—8 сант., обычной при гинекологическомъ рентгенокопированіи, при твердыхъ филтрованныхъ лучахъ она уменьшается, вслѣдствіе поглощенія въ тканяхъ, на $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$. Болѣе точно не удастся пока опредѣлить, несмотря на произведенныя изслѣдованія. Такъ какъ для того, чтобы вызвать въ яичникѣ дегенеративные процессы необходима, какъ я выше говорилъ, минимальная доза въ $10x$, а для достиженія полной атрофіи фолликуловъ соотвѣтственно большая доза, то понятны тѣ трудности, которыя встрѣчаетъ проведеніе чрезъ кожу дѣйствующей дозы лучей. Нужно быть знакомымъ съ этими трудностями, иначе гинекологическая рентгенотерапія превратится въ опасное экспериментированіе. Съ другой стороны, изъ сказаннаго ясно видно, что для результата рентгенотерапіи совершенно безразлично, лежатъ ли яичники въ какомъ-нибудь случаѣ нѣсколько глубже подѣ кожей, лежатъ ли они рядомъ съ маткой или больше позади ея или даже позади міоматозно перерожденной матки. Дѣйствующая доза достигается, конечно, быстрѣе, если *прижать* ткани, чрезъ которыя нужно провести лучи. Этимъ достигается также обезкровливаніе и уменьшеніе чувствительности кожи. Сжатіе производится лучше всего посредствомъ цилиндрической діафрагмы, но также эластическимъ бинтомъ или продыравленными свинцовыми пластинками.

Кратчайшій путь для проведенія рентгеновскихъ лучей перпендикулярный къ яичникамъ. Для опредѣленія этого пути нужно умѣть проектировать яичники на кожѣ живота. По Ноеһне и Linzenmeier'у, они находятся на разстояніи 4—6 сант. отъ срединной линіи и въ среднемъ на 2 сант. ниже линіи, соединяющей *spinae il. ant. sup.*

При небольшой цилиндрической диафрагмѣ можно трубку установить перпендикулярно къ этой точкѣ и направить лучи въ каждый яичникъ въ отдѣльности; но цѣлесообразнѣе мѣнять установку трубки, направлять ее косо къ кожѣ живота, дабы такимъ образомъ попадать въ новые участки кожи. При срединномъ установленіи большой цилиндрической диафрагмы въ 13—20 сант. оба яичника получаютъ еще достаточно лучей, хотя и проникающихъ въ косомъ направленіи, а главную массу лучей получаетъ матка.

Такое чередованіе перпендикулярнаго и косога направленія лучей кажется мнѣ цѣлесообразнымъ еще и потому, что лучи падаютъ на большую поверхность кожи. Въ остальномъ я придерживался до сихъ поръ почти всецѣло метода Albers-Schönberg'a, имѣющаго въ Германіи больше всего приверженцевъ ¹⁾. Albers-Schönberg распределяетъ допустимые 10 x на 4 сеанса, которые онъ производитъ въ 4 послѣдовательныхъ сеанса помощью большой диафрагмы въ срединѣ нижней части живота. При 24 сант. длины искры, 6—8 Walter, 3—5 миллиамперахъ нагрузки, 38 сант. разстоянія фокуса и при фильтрованіи чрезъ мягкую козью кожу, сложенную въ 4 раза, онъ получаетъ въ 6 минутъ около 2¹/₂ x.

За этой первой серіей слѣдуетъ не раньше, чѣмъ чрезъ 14 дней, новая серія, иногда только съ 3 отдѣльными сеансами или съ однодневными промежутками между отдѣльными сеансами. Такимъ образомъ достигается въ теченіе мѣсяца максимальная поверхностная доза въ 20 x и избѣгаютъ ожоговъ. Дальнѣйшія серіи изъ 2 или 3 сеансовъ слѣдуютъ, въ случаѣ необходимости, съ промежутками въ 2—3 недѣли. Начиная съ третьей серіи, я совѣтую назначать 3—4 недѣльные промежутки, особенно если обнаруживается уже начало терапевтическаго эффекта. Продолжительность всего леченія зависитъ, конечно, съ одной стороны, отъ полученнаго результата, а съ другой стороны, отъ цѣли, къ которой стремятся. При желаніи временно устранить чрезмѣрное кровотеченіе можно прекратить леченіе раньше, чѣмъ при леченіи міомъ. При послѣдней болѣзни слѣдуетъ послѣ однократнаго отсутствія менструаціи продолжать леченіе, а въ случаѣ дальнѣйшаго отсутствія регуль, все еще продолжать единичные сеансы, съ цѣлью получить болѣе стойкій результатъ и еще дальше вліять на недостаточно уменьшенную міому.

При техникѣ Albers-Schöneberg'a требуется для достиженія желательнаго результата отъ 70 до 400 минутъ, т. е. около 3—15 серій; въ общемъ продолжительность леченія тѣмъ больше, чѣмъ моложе больная, т. е. чѣмъ она дальше отстоитъ отъ климактерическаго періода. Дисменоррея и метроррагія улучшаются иногда уже послѣ перваго при-мѣненія лучей.

Само собою понятно, что продолжительность леченія пытались сократить посредствомъ измѣненія техники Albers-Schöneberg'a. Такія попытки сдѣланы были разными авторами, и не всѣ онѣ могутъ считаться удачными. Я не считаю нужнымъ всѣ здѣсь привести, тѣмъ болѣе, что нѣкоторыя изъ нихъ представляютъ лишь незначительныя измѣненія, касающіяся установки трубокъ и хронологическаго порядка сеансовъ. Очень цѣлесообразно сдѣланное многими предложеніе освѣтить при большихъ міомахъ не только область яичниковъ, но и самую опу-

¹⁾ См. многочисленныя статьи въ 19 и 20 томахъ Fortschritte auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen.

холь съ разныхъ сторонъ; при этомъ нужно пупокъ защищать кускомъ свинца. Принципіально важнымъ слѣдуетъ считать сдѣланное Albers-Schöneberg'омъ предложеніе освѣтить яичники со стороны спины посредствомъ рентгеновской трубки подъ столомъ. Для этой цѣли названный авторъ конструировалъ выше упомянутый аппаратъ. Помощью этого комбинированнаго метода можно будетъ достигнуть цѣли въ половинное время. Заслуживаетъ вниманія технической пріемъ М. Fraenkel'a. Онъ употребляетъ 12 разъ продыравленную брюшную пластинку изъ свинца, черезъ которую онъ освѣщаетъ кожу отдѣльными участками въ два пріема по $\frac{1}{4}$ эритемной дозы. Мнѣ кажется, однако, что Fraenkel не доказалъ еще, что яичники получаютъ при этомъ, дѣйствительно, лучи изъ всѣхъ участковъ. То же соображеніе, изъ котораго исходилъ Fraenkel, заставили Krönig'a и Gauss'a перейти къ новѣйшей формѣ леченія міомъ, къ интенсивному примѣненію рентгеновскихъ лучей. Такъ какъ до сихъ поръ обходились въ теченіе всего періода леченія поверхностными дозами въ 30—150 х., то названные авторы постепенно увеличили дозу въ среднемъ до 1480 х. Такой большой дозѣ они достигаютъ тѣмъ, что пропускаютъ лучи черезъ различныя мѣста со стороны живота и спины, черезъ foramina ischiadica и влагалища—„дѣйствіе перекрестнаго огня“—и примѣняютъ рентгенизацію на близкомъ разстояніи, не превышающемъ 20 сант. между кожей и фокусомъ. Наилучшимъ фильтромъ оказался алюминій толщиною въ 3 миллим. Въ то время, когда временно эти большія дозы распредѣлялись на нѣсколько серій сеансовъ, Gauss и Lembke считаютъ концентрацію терапевтической дозы во времени послѣдней цѣлью интенсивнаго леченія и дѣлаютъ попытку примѣнять эту дозу по возможности въ одномъ сеансѣ. Благодаря увеличенію и концентрированію дозы, продолжительность леченія сокращается въ среднемъ до $1\frac{1}{4}$ мѣсяца. Такимъ образомъ, рентгенотерапевтической методъ приближается къ оперативному и въ отношеніи продолжительности.

Такое интенсивное примѣненіе лучей требуетъ, конечно, обширнаго инструментарія, большого количества трубокъ и хорошо подготовленныхъ помощниковъ и не можетъ поэтому обходиться дешево. Уже по этому одному оно не можетъ найти большого распространенія.

Въ общемъ противъ подобныхъ попытокъ можно привести принципиальныя возраженія, заключающіяся въ слѣдующемъ: освѣщеніе яичниковъ съ разныхъ сторонъ имѣетъ смыслъ лишь въ томъ случаѣ, если лучи, дѣйствительно, попадаютъ преимущественно въ яичники, что не всегда удается; далѣе, интенсивное освѣщеніе становится безцѣльнымъ и вреднымъ, если много лучей попадаетъ въ другіе органы. Уже а priori представляется излишнимъ примѣнять 1480 х, если тотъ же результатъ, хотя и медленнѣе, достигается $\frac{1}{10}$ частью этой дозы. Основнымъ правиломъ при рентгенотерапіи, какъ и при всякой другой формѣ радіотерапіи, должно быть достиженіе результата не наибольшей, а наименьшей дозой.

Опыты, произведенные въ Фрейбургской клиникѣ, пока показали, что рентгенотерапевтической эффектъ съ поразительной вѣрностью получается въ очень короткое время посредствомъ такого увеличенія дозы, которое раньше считалось невозможнымъ, причемъ другіе органы не повреждаются. Эти опыты должны также показать, не будетъ-ли это увеличеніе дозы имѣть вредныя послѣдствія для организма въ будущемъ.

Эти опыты имѣли также и то преимущество, что дали возможность и другимъ рентгенотерапевтамъ осторожно увеличить бывшую первоначально маленькой дозу и такимъ путемъ сократить продолжительность леченія. Такимъ образомъ, многіе рентгенологи и гинекологи избрали средній путь между осторожнымъ методомъ *Albers-Schöneberg*'а и интенсивнымъ методомъ Фрейбургской клиники; этотъ средній путь даль, судя по имѣющимся сообщеніямъ, безусловно благоприятные результаты.

Какъ ни хороши стремленія Фрейбургской клиники сократить продолжительность леченія и сдѣлать результатъ наиболѣе вѣрнымъ, все же врачъ, начинающій заниматься рентгенотерапіей женскихъ болѣзней, долженъ прежде всего держаться испытанной осторожной дозы. Изъ этого, конечно, не слѣдуетъ, что опытный терапевтъ не имѣетъ права въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ измѣнять на основаніи своихъ наблюденій этотъ методъ; но онъ въ состояніи будетъ это дѣлать лишь послѣ того, какъ усвоитъ себѣ выше приведенныя физическія и техническія основанія. Для примѣненія рентгеновскихъ лучей при другихъ женскихъ болѣзняхъ не требуется особенной техники. Указанія можно найти въ любомъ учебникѣ рентгенотерапіи (*Kienböck, Wetterer*). Весьма важны появившіяся недавно сообщенія *Aschoffa*, *Krönig*'а и *Gauss*'а о дѣйстви лучистой энергіи на глубоко лежащія раковыя опухоли (*Münch. med. Woch.* 1913, № 7 и 8). Техника похожа на ту, которая примѣняется въ Фрейбургской клиникѣ для глубокихъ освѣщеній, но примѣняются также и лучи радія. Все остальное, сообщенное въ литературѣ, особенно французской, о леченіи рака женскихъ половыхъ органовъ солями радія или замѣняющими его препаратами (напримѣръ, мезоторіемъ), не выдерживаетъ строгой критики. Техника радіотерапіи, при которой примѣненіе фильтра также играетъ большую роль, изложена въ различныхъ специальныхъ учебникахъ.

Albers-Schöneberg. Zentralbl. f. Gynaek. 1909, № 5.—*Fraenkel. Röntgenstrahlen in der Gynaek.* Berlin 1911—*Reifferscheid. Die Röntgentherapie in der Gynaek.* — *Gauss. Neue radiotherapeutische Erfahrungen. Zentralbl. f. Gynaek.* 1911, № 10.—*Gauss* и *Lembke. Röntgentherapie* Berlin 1912.

14. Антисептика и асептика въ гинекологіи ¹⁾.

Первый шагъ къ введенію антисептики въ акушерство сдѣлалъ *Ignaz Semmelweis* (1847). Если ему не удалось при жизни видѣть триумфъ своего великаго открытія, то недавно умершій лордъ *I. Lister* могъ съ большимъ удовольствіемъ констатировать тотъ переворотъ, который предложенная имъ антисептика произвела въ хирургіи; она сдѣлала вообще возможной оперативную гинекологию. Отъ сложнаго антисептическаго аппарата, который я видѣлъ въ 1875 году въ клиникѣ *Listera*, остался въ настоящее время только одинъ принципъ; все же мы во всѣхъ новшествахъ остаемся благодарными учениками *Listera*.

¹⁾ *Hofmeier, Grundriss der gynäkologischen Operationen.* 4. Aufl. 1905—*E. Kirchhoff, Zur Technik der modernen Wundbehandlung.* Berliner Klinik № 54, 1892.—*Tillmanns, Allgemeine Chirurgie.* 2. Aufl. 1892. S. 12 ff. *Franz, Die Verhütung der Infektion in der Gynäkologie.* Veit, Handbuch d. Gynäk. 2. Aufl., 1907.—*Döderlein u. Krönig, Operative Gynäkologie,* 3. Aufl., 1912.

Продолжая работать на научной почвѣ, созданной Pasteur'омъ и Koch'омъ, позднѣйшіе изслѣдователи, особенно рано умершій Schimmelbusch создали изъ антисептики асептику, которая, правда, не вытѣснила еще окончательно первой, но все же она является основой нашей современной оперативной гинекологіи.

Въ антисептикѣ главную роль играли химическія дезинфицирующія вещества, особенно ставшая, благодаря Lister'y, классической карболовая кислота, въ асептикѣ стараются замѣнить послѣднюю жаромъ, убивающимъ всѣ бактеріи. Кипящая вода, текущій паръ, сухой жаръ до 160° Ц. являются здѣсь главными факторами. Простой чистоты, съ которой L. Tait достигъ будто хорошихъ результатовъ, ни въ какомъ случаѣ не бываетъ достаточно. Во всякомъ случаѣ операторъ долженъ предохранять свои руки отъ загрязненія.

Такъ какъ наши руки, тѣло больной и воздухъ никогда не бываютъ свободны отъ микроорганизмовъ, то нельзя говорить объ асептикѣ въ строгомъ смыслѣ слова, и хирурги молча снова перешли во многихъ отношеніяхъ къ антисептикѣ.

Не только оперативная, но и такъ называемая малая гинекологія, доступная какъ специалисту, такъ и практическому врачу, перетерпѣла, благодаря антисептикѣ, значительныя измѣненія.

На первомъ мѣстѣ асептики стоитъ дезинфекція оператора и его ассистентовъ, и такъ какъ мы знаемъ, что нѣтъ возможности достигнуть полной стерильности рукъ, то наиболѣе важной мѣрой является профилактика. Первая задача состоитъ въ томъ, чтобы избѣгать всякаго ненужнаго загрязненія рукъ. Карантинъ, назначаемый акушеркамъ въ теченіе одного или нѣсколькихъ дней, не въ состояніи сдѣлать грязные пальцы чистыми; хирургъ вообще не долженъ дотрагиваться до грязнаго; если же избѣжать этого невозможно, то онъ долженъ всякое такое изслѣдованіе производить въ резиновыхъ перчаткахъ, предложенныхъ Friedrich'омъ и Döderlein'омъ.

Въ клиникѣ я произвожу изслѣдованіе чрезъ влагалище и прямую кишку *только* въ резиновыхъ перчаткахъ; нѣтъ надобности поэтому мыть руки и при этомъ щадять свой эпидермисъ. Гинекологъ долженъ и у себя въ пріемные часы во всѣхъ случаяхъ съ гнойными вонючими выдѣленіями, въ случаяхъ рака, а также съ постѣрдовыми заболѣваніями и per gestum производить изслѣдованіе, одѣвъ предварительно резиновый палецъ или перчатку.

Для обыкновенныхъ изслѣдованій одѣваютъ перчатку сухой, потомъ опускаютъ ее на одну минуту въ горячій мыльный растворъ, а потомъ моютъ ее щеткой въ теченіе одной минуты въ сулемѣ или 1% растворѣ лизола. Если для непродолжительнаго акушерскаго изслѣдованія требуется абсолютная стерильность, то перчатку кипятятъ, а потомъ погружаютъ въ лизоловую воду. Для болѣе продолжительныхъ операций употребляютъ сухія, стерилизованныя текучимъ паромъ перчатки, внутренняя поверхность которыхъ посыпается талькомъ. Хирургъ и его ассистенты носятъ при операціяхъ полотняныя скрутки съ рукавами, входящими до кистевого сочлененія, такіе же колпаки, иногда также бинты для бороды, стерилизуемые въ текучемъ парѣ.

Мнѣнія о способѣ дезинфицированія рукъ сильно измѣнились. Lister требовалъ вначалѣ энергичнаго обмыванія щеткой и теплой

мыльной водой, а потомъ продолжительнаго обмыванія 5% карболовой водой. Этотъ способъ, полезный для результата операціи, очень портитъ руки. Шагомъ впередъ нужно считатьъ предложеніе Fürbringer'a включить между мытьемъ мыльной водой и дезинфицированіемъ еще примѣненіе спирта, который растворяетъ жиръ эпидермиса и дѣлаетъ болѣе глубокіе слои кожи доступными дезинфицированію. Въмѣсто карболовой воды стали примѣнять предложенныя Koch'омъ сулему, окисианистую ртуть, креолинъ, лизоль и друг. Въ то время, какъ Ahlfeld и v. Herff утверждаютъ, будто обмываніемъ въ горячей мыльной водѣ и алкоголь имъ удавалось совершенно стерилизовать руки, бактериологическія изслѣдованія Bumm'a и Döderlein'a, а также многочисленныя опыты, произведенныя Schumacher'омъ въ моей клиникѣ, показали, что полная стерильность не получается, но что послѣ обычной дезинфекціи остаются только невинныя бактеріи, гноеродныя же и другія вредныя погибаютъ. Schumburg склоненъ, на основаніи своихъ изслѣдованій, совершенно исключить обмываніе горячей водой и возлагаетъ большія надежды на алкоголь, который уплотняетъ кожу настолько, что послѣ умерщвленія бактерій въ поверхностныхъ слояхъ эпидермиса, никакія другія не могутъ уже проникнуть изъ глубины.

Большинство хирурговъ, не исключая меня, считаетъ цѣлесообразнымъ предъ болѣе или менѣе значительной операціей размягчить грязь на рукахъ посредствомъ обмыванія ихъ въ теченіе 5 минутъ щеткой и горячей мыльной водой, а потомъ удалить ее стерилизованнымъ полотенцемъ; послѣ этого растираютъ въ теченіе 5 минутъ горячимъ спиртомъ, къ которому, по предложенію v. Herffa, прибавляютъ 1% ацетона. Дезинфицированныя такимъ образомъ руки быстро высыхаютъ, послѣ чего одѣваютъ стерилизованныя сухія перчатки.

Предложенныя въ свое время Mikulicz'емъ нитяныя перчатки я одѣваю поверхъ резиновыхъ; благодаря этому, послѣднія мало повреждаются иглами, пинцетами и т. д.

Нитяныя перчатки должны быть удалены, если предстоитъ трудное отдѣленіе сросеній, также если гной или содержимое кишечника проникаетъ въ перчатки, вообще если онѣ при продолжительной операціи загрязняются.

Загрязняемыя во время операціи резиновыя перчатки очищаются щеткой въ стерилизованномъ растворѣ поваренной соли или 1% растворѣ сольвеола.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что такая тщательная дезинфекція способствовала полученію лучшихъ результатовъ; пробнымъ камнемъ въ этомъ отношеніи является заживленіе ранъ послѣ лапаротоміи и послѣ операціи Alexander-Adam's'a.

Дезинфекція больной, подлежащей оперированію.

Вечеромъ наканунѣ дня операціи назначаютъ больной, послѣ промыванія влагалища и клистира, теплую ванну, въ которой тщательно обмываютъ зеленымъ мыломъ животъ, бедра и вульву. Удаленіе волосъ на половыхъ органахъ производится, въ зависимости отъ чувствительности пациентки, наканунѣ или уже подъ наркозомъ. Предъ операціей ей одѣваютъ свѣжее полотняное бѣлье. Въмѣсто примѣнявшейся до сихъ

поръ сложной дезинфекціи кожи обмываніемъ щеткой, горячей водой и дезинфицирующей жидкостью, вмѣсто гауданина и хирозотера, мы въ настоящее время, по предложенію Grossich'a, ограничиваемся въ началѣ наркоза двукратнымъ, съ промежуткомъ въ 5 минутъ смазываніемъ кожи живота настойкой іода; послѣ этого покрываютъ операционное поле стерилизованными салфетками. Послѣ зашиванія брюшины, раньше, чѣмъ наложить кожные швы, я вновь смазываю іодомъ.

Для дезинфекціи вульвы прибѣгаютъ во время наркоза къ очищенію ея посредствомъ куска ваты и алкоголя. При операциі Wertheim'a и брюшинной полной экстирпаціи при міомахъ я смазываю все влагаллице и шейку чистой іодной настойкой.

При влагаллицныхъ операціяхъ это непрактично. Въ этихъ случаяхъ я примѣняю промываніе и вытираніе предложеннымъ Herff'омъ растворомъ іода въ спиртѣ (iodi puri 3.0 въ 1000 куб. сант. 50% спирта) или 1% растворомъ лизола или, наконецъ, 2% растворомъ формалина. Кожа вульвы и сосѣднія части смазываются іодной настойкой.

Цѣлесообразно опредѣлить предъ влагаллицной операціей, какіе именно микроорганизмы содержатся въ влагаллицѣ.

Инструменты въ настоящее время изготовляются только изъ металла и никелируются; рукоятки изъ дерева и слоновой кости совершенно оставлены. Инструменты вывариваютъ непосредственно предъ операціей въ теченіе 10 минутъ въ 1% растворѣ соды (natr. carb. pur.), послѣ этого они вынимаются на проволочной сѣткѣ (Schimmelbusch) и употребляются для операціи въ сухомъ видѣ. Такъ же поступаютъ съ иглами и ножами. Нужно слѣдить за тѣмъ, чтобы лезвіе не соприкасалось съ металлической поверхностью. Тарелки выжигаются спиртомъ. Загрязняемые во время операціи инструменты очищаются щеткой и 2% растворомъ сольвеола и снова вывариваются.

Сейчасъ послѣ операціи инструменты, покрытые кровью, обмываются, ножницы, щипцы и т. д. разбираются (патентованный замокъ Walcher'a), послѣ этого обмываются теплой водой, мыломъ и щеткой, вытираются спиртомъ и очищающимъ порошкомъ и сохраняются въ тщательно высушенномъ видѣ. Частое никелированіе необходимо.

Для вытиранія крови, раневыхъ выдѣленій и гноя во время операціи употребляются исключительно только стерилизованные марлевые шарики и такіе же компрессы для брюшной полости, число которыхъ должно быть строго контролируемо. Они, какъ и сюртуки для врачей и салфетки, стерилизуются текучимъ паромъ.

Антисептическія средства для ранъ во время операціи вовсе не примѣняются или по возможности въ небольшомъ количествѣ; что ими повреждается эпителий брюшины, доказала прекрасная работа Walthard'a изъ клиники Kocher'a. Ввиду этого долгое время вводили въ брюшную полость послѣ тяжелыхъ операцій стерилизованный растворъ поваренной соли съ цѣлью возстановить эпителий. Хотя этотъ способъ и далъ, повидимому, хорошіе результаты, все же трудно было отрѣшиться отъ мысли о томъ, что такимъ путемъ снова вводятъ въ брюшную полость гной, выдѣленія и микроорганизмы, и отказались отъ примѣненія этого способа.

Для малой гинекологіи (пріемныхъ часовъ врача) необходимо имѣть наготовѣ столько зеркалъ, зондовъ, ватодержателей и т. д., чтобы не

было необходимости чистить их во время приемных часовъ. При наличности небольшого стерилизатора можно тутъ же выварить инструменты. Передъ употребленіемъ цѣлесообразно погружать ихъ въ теплый растворъ сольевола.

Послѣ употребленія всѣ инструменты тщательно чистятся и вывариваются описаннымъ выше способомъ и сохраняются въ сухомъ видѣ.

При соблюденіи такой осторожности возможность переноса инфекции будетъ минимальна.

Матеріалъ для перевязки сосудовъ и для швовъ.

Здѣсь конкурируютъ между собою катгутъ, шелкъ, целлулоидныя нитки, силкъ и проволока.

Простого вывариванія шелка не всегда бываетъ достаточно для умерщвленія длительныхъ споръ; цѣлесообразнѣе кипяченіе его въ растворѣ соды (1%), сулемы (1‰) или карболовой кислоты (5%) и сохраненіе въ сулемовомъ алкоголѣ (1 часть сулемы + 80 алкоголя + 20 воды); или нагрѣваютъ шелкъ въ чистомъ глицеринѣ до 180° Ц. въ теченіе нѣсколькихъ минутъ и сохраняютъ потомъ въ 1‰ растворѣ сулемы въ спиртѣ. Шелкъ въ общемъ рѣдко употребляется, только при удаленіи трубъ, при *ventrofixatio uteri*, для вшиванія *liq. rotundi* и, наконецъ, для кишечнаго шва.

Введенный *Lister* омъ катгутъ требуетъ, въ виду его происхожденія отъ тонкихъ кишекъ овцы, тщательнаго стерилизованія; съ цѣлью предупредить возможность инфекции, *Kuhn* предложилъ особый способъ полученія здороваго катгута. Съ тѣхъ поръ, какъ *R. Koch* доказалъ ненадежность сохраняемаго въ карболовомъ маслѣ катгута, предложено было много способовъ для его стерилизованія.

Döderlein предложилъ сухую стерилизацію, а именно: высушивание по 60—80° Ц., потомъ съ цѣлью обезжирѣнія погруженіе въ эфиръ на 24 часа и нагрѣваніе въ теченіе 2 часовъ въ горячемъ воздухѣ въ 140° Ц. Такой сухо стерилизованный катгутъ отпускается фабрикой *Niemitz* въ Гамбургѣ.

Schimmbusch предложилъ обезжириваніе катгута (въ теченіе 24 часовъ), разбуханіе въ растворѣ сулемы (1:100) въ теченіе 24 часовъ, погруженіе въ растворъ сулемы въ алкоголѣ (1:80:20 воды) и перемѣну раствора до просвѣтленія.

Kuhn изготовляетъ получаемый по его способу іодистый катгутъ въ большихъ количествахъ. Противъ всѣхъ этихъ „стерилизуемыхъ“ на фабрикѣ сортовъ катгута я возражаю въ томъ смыслѣ, что я стерилизаціи со стороны простаго рабочаго мало довѣряю тѣмъ болѣе, что и врачи и сестры милосердія часто совершаютъ крупныя ошибки при асептикѣ.

Я употребляю въ настоящее время исключительно только іодистый катгутъ, приготовляемый по способу *v. Herffa*; благодаря медленному расасыванію, онъ такъ же надеженъ, какъ и шелкъ, и можетъ примѣняться также при кесаревомъ сѣченіи. За исключеніемъ вышеназванныхъ способовъ примѣненія я употребляю при операціяхъ въ брюшной полости только іодистый катгутъ.

Послѣдній готовится сестрой милосердія слѣдующимъ образомъ: 50 грам. раствора іода и іодистаго калия (Carl Billmann, Mannheim) разбавляются однимъ литромъ холодной переваренной воды; въ этотъ растворъ кладутъ развернутый въ колечки катгутъ и оставляютъ его лежать 8 дней; послѣ этого его перекалдываютъ въ 96% алкоголь, въ которомъ онъ остается до операціи.

Практическій же врачъ можетъ для небольшихъ операцій, напр., для зашиванія промежности, кожной раны и т. д. употреблять стерилизованный по Купн'у катгутъ.

Что касается *операционной комнаты*, то для большихъ гинекологическихъ операцій желательно имѣть специальное помѣщеніе, причѣмъ отдѣльную комнату для *чистыхъ* и отдѣльную для *нечистыхъ* операцій (заранѣе инфицированныхъ, гнойныхъ и т. д.). Глядя на современные роскошные операционныя помѣщенія съ гладкими стѣнами, округленными углами, роскошными умывальниками и т. д., удивляешься, какъ можно было когда-то обходиться однимъ и тѣмъ же помѣщеніемъ для чтеній лекцій, пріемъ приходящихъ больныхъ и производство операцій и получать при этомъ результаты, не хуже теперешнихъ.

Все же цѣлесообразно имѣть отдѣльную операционную комнату уже потому одному, что отъ движенія входящихъ въ аудиторію и выходящихъ оттуда людей заносится загрязненный матеріалъ и подымается пыль. Рядомъ съ операционной комнатой нужно имѣть, по крайней мѣрѣ, еще 2 комнаты, одну для дезинфекціи и наркоза, а другую для стерилизаціи инструментовъ, перевязочнаго матеріала и т. д.

Вопросъ о значеніи воздуха еще недостаточно выясненъ. Lister придавалъ ему большое значеніе и старался посредствомъ spray уничтожить вредные зародыши; въ настоящее же время многіе склонны не придавать воздуху никакого значенія, хотя Schimmelbusch и обнаружилъ болѣзнетворные микроорганизмы (стафило- и стрептококки) въ операционныхъ комнатахъ Bergmann'a и Hägler'a. Хотя микроорганизмы изъ воздуха рѣдко вызываютъ инфекцію, все же необходимо считаться съ ними (Vogel), такъ какъ они могутъ попасть въ рану, а также пристають во время продолжительной операціи къ нашимъ рукамъ и т. д.

Имѣть особую комнату для производства лапаротоміи излишне; простыя лапаротоміи не сопровождаются той опасностью, которую имъ приписывали раньше, брюшина переноситъ больше, чѣмъ параметрій; въ частномъ домѣ и даже въ деревенской избѣ можно при лопнувшей трубной беременности произвести кесарево сѣченіе.

Стѣны и полъ операционной комнаты должно наканунѣ вечеромъ вытереть мокрымъ, а утромъ снова увлажняютъ полъ. Важно, чтобы до и во время операціи возможно меньше расхаживали по операционной комнатѣ, воспрещаются также и разговоры.

Для освѣщенія операционной комнаты Krönig предлагаетъ употреблять электрическую проекционную лампу Zeiss'a. Она устанавливается внѣ операционной комнаты, а свѣтъ падаетъ черезъ отверстіе въ стѣнѣ на подвижное плоское зеркало на потолкѣ, зеркало отражаетъ свѣтъ на операционное поле. Нужно имѣть въ виду, что, привыкая въ этому очень сильному свѣту, зрительный нервъ хирурга притупляется.

Для получения хорошаго наркоза и избѣжанія скверныхъ послѣд-

ствий важна достаточная подготовка больной. Последняя получает за 2 дня до операции касторовое масло, но и хорошую укрѣпляющую пищу. Въ послѣдній вечеръ предъ операцией она получаетъ только жидкости послѣ того, какъ предварительно сдѣланы были промываніе влагалища, клистиръ и ванна.

Трусливымъ больнымъ назначаютъ на ночь вероналъ или адалинъ. Тѣ, которымъ предстоитъ брюшная или влагалищная coeliotomia, получаютъ въ теченіе нѣсколькихъ дней для укрѣпленія дѣятельности сердца кофеинъ, дигаленъ, дигифолинъ или дигипуратъ.

Для ингаляціоннаго наркоза и теперь еще примѣняютъ главнымъ образомъ хлороформъ или эфиръ. Опасность хлороформа состоитъ въ томъ, что онъ вызываетъ меньшій наркозъ, чѣмъ эфиръ, что увеличеніе необходимаго количества вызываетъ syncore, и что больныя могутъ въ теченіе 3—4 дней послѣ наркоза умереть отъ перерожденія печени. Эфиръ, наоборотъ, совершенно безопасенъ для сердца, но, будучи примѣняемъ въ большомъ количествѣ, онъ раздражаетъ слизистую оболочку дыхательныхъ путей, вызывая бронхитъ или пневмонію.

Раньше я усыплялъ своихъ больныхъ бромэтиломъ или хлорэтиломъ, а потомъ уже примѣнялъ ингаляціонный наркозъ; въ настоящее же время я впрыскиваю за часъ до операции 0.01 морфия и 0.00025, атропина, а потомъ осторожно приступаю къ наркозу эфиромъ.

Для наркоза я примѣняю исключительно только аппаратъ Браунъ¹⁾; при помощи его по принципу аппарата Junker'a наркотизирующее средство вводится вмѣстѣ съ воздухомъ; такъ какъ хлороформъ и эфиръ находятся въ отдѣльныхъ флаконахъ, то удается вначалѣ давать только немного хлороформа или одинаковую смѣсь эфира и хлороформа, потомъ перейти къ чистому эфиру, а потомъ въ теченіе операции снова, въ случаѣ надобности, вернуться къ хлороформу; употребляется при этомъ только $\frac{1}{4}$ обычной дозы. При этихъ условіяхъ побочныя дѣйствія бываютъ значительно слабѣе. Изъ многихъ случаевъ наркоза я только въ 13% наблюдалъ рвоту. Вопросы о томъ, когда именно надлежитъ примѣнять хлороформъ, и когда именно эфиръ, я касаться здѣсь не буду.

Успѣхъ наркоза зависитъ не только отъ приготовленія больной, но также отъ опытности ассистента, умѣющаго слѣдить за состояніемъ зрачковъ и пульсомъ. Если бы наши клиники не были одновременно съ этимъ и учебными заведеніями, въ которыхъ каждый долженъ поочередно наркотизировать, то слѣдовало бы предпочесть англійскую систему, по которой наркозъ ведется однимъ и тѣмъ же лицомъ.

При небольшихъ операціяхъ, напр., при вскрытіи абсцессовъ въ грудной железнѣ, въ бартолиніевыхъ железахъ и т. д. я раньше примѣнялъ бромэтиловый наркозъ (12—15 гр. на специальной проволочной маскѣ); въ случаѣ надобности можно потомъ продолжать наркозъ эфиромъ или хлороформомъ. Въ настоящее время я примѣняю при непродолжительныхъ операціяхъ эфирное опьяненіе; для начала болѣе продолжительнаго наркоза этотъ способъ не годится, такъ какъ онъ легко вызываетъ образованіе хриповъ въ легкихъ; но при правильномъ и осторож-

¹⁾ S. L. Weber. Ueber den Braun'scheu Apparat zur Chloroform—Aethernarkose, Diss. Strassburg 1903.

номъ примѣненіи и этотъ наркозъ не имѣетъ непріятныхъ послѣдствій. При влагалищныхъ операціяхъ и пластическихъ операціяхъ промежности а въ теченіе долгаго времени примѣнялъ скополаминорфійный наркозъ. а именно, по предложенію Krönig'a, впрыскивалъ подъ кожу за 2 часа до операціи 0.0003 скополамина и 0.01 солянокислаго морфія; черезъ часъ я повторялъ эту дозу; иногда оказывалось необходимымъ давать во время операціи еще немного хлороформа. Этотъ способъ, примѣнявшійся мною преимущественно у пожилыхъ женщинъ, я теперь оставилъ, такъ какъ я выносилъ впечатлѣніе, что больная теряетъ при операціи больше крови, и часто наблюдались послѣдующія кровотеченія.

Предложенный Bieg'омъ спинномозговой наркозъ также постепенно утвердился въ гинекологіи. Bieg вначалѣ впрыскивалъ въ спинномозговой каналъ между 2 и 3 поясничными позвонками растворъ кокаина, и этимъ достигалась безболѣзненность до мочевиднаго отростка; вслѣдствіе непріятныхъ случайностей и опасныхъ послѣдствій кокаинъ замѣненъ теперь стоваиномъ, тропококаиномъ и другими средствами. Человѣколюбіе требуетъ привести больную предварительно посредствомъ скополамина въ дремотное состояніе и не дать ей возможности видѣть и слышать, какъ ей рѣжутъ животъ. Krönig рекомендуетъ 0.06—0.12 стоваина.

Что касается техническихъ деталей, то таковыя можно найти у Krönig'a и Döderlein'a. Мнѣ лично не ясно, въ чемъ заключается преимущество спинномозгового наркоза предъ улучшеннымъ ингаляціоннымъ. Старые статистики указываютъ на 5.000 случаевъ эфирнаго наркоза и 5.000 хлороформнаго по одному смертному случаю. Согласно тщательно составленнымъ даннымъ Strauss'a, приходится на 22.717 случаевъ спинномозгового наркоза въ литературѣ 46 смертныхъ случаевъ; изъ нихъ въ 27 случаяхъ не былъ виноватъ наркозъ; такимъ образомъ, приходится одинъ смертный случай на 500 или на 850 операцій.

Введенная Roux и Schleich'омъ мѣстная анестезія не имѣетъ большого примѣненія въ гинекологіи; она рекомендуется въ исключительныхъ случаяхъ при лапаротоміи, пластическихъ операціяхъ промежности и колпорафіи, преимущественно у старыхъ женщинъ съ слабымъ или больнымъ сердцемъ. Берутъ растворъ 0.1 кокаина въ 10.04% раствора борной кислоты и впрыскиваютъ $\frac{1}{2}$ —1 шприцъ въ толщу кожи по направленію предполагаемаго разрѣза; спустя 2—3 минуты можно произвести безболѣзненный разрѣзъ.

Еще большее преимущество имѣетъ соединеніе адреналина съ кокаиномъ, такъ какъ при этомъ достигается не только безболѣзненность, но и обезкровливаніе. Для этой цѣли употребляется слѣдующій растворъ: 9 куб. сант. 0.5—1% раствора кокаина и 1 куб. сант. имѣющагося въ продажѣ 1% раствора адреналина (Parke-Davis); изъ этого раствора впрыскиваютъ подъ кожу за 15—20 минутъ до начала операціи въ направленіи предполагаемаго разрѣза въ влагалищѣ и промежности. Цѣлесообразно послѣ удаленія лоскута перевязать сосуды и тѣмъ предупредить появленіе послѣдующаго кровотечения.

Я пришелъ къ заключенію, что пластическія операціи промежности, произведенныя по этому способу, не дадутъ гладкаго заживленія per primam, и я примѣняю мѣстную анестезію только въ исключительныхъ случаяхъ.

ГЛАВА III.

Болезни вульвы (Franz).

Анатомія и физиологія.

Развитіе наружныхъ половыхъ органовъ начинается еще въ раннемъ періодѣ эмбриональной жизни. Клоака, образуемая соединеніемъ *sinus urogenitalis* и конца кишекъ, оканчивается сначала целообразной ямкой наружу. На 6 недѣль образуется вокругъ нея половой валикъ въ видѣ круговой складки, а на верхнемъ ея концѣ образуется вслѣдствіе разрошенія соединительной ткани половой бугоръ; на нижнемъ концѣ появляется желобъ, продолжающійся до клоаки и окруженный съ обѣихъ сторонъ складками кожи, половыми складками. Одновременно съ этимъ перегородка между *sinus urogenitalis* и концями кишекъ растетъ внизъ до области клоаки; она соединяется съ другими врастающими отъ боковой стѣнки клоаки складками и, отдѣляя наружное отверстіе конца кишекъ отъ *sinus urogenitalis*, образуетъ промежность. На 4 мѣсяцѣ начинаютъ дифференцироваться наружные половые органы, половой бугоръ вырастаетъ въ клиторъ, а половая складка образуютъ малыя губы; въ промежуточное между ними пространство (преддверіе, *vestibulum*) оканчиваются моченспускательный каналъ и влагалище; изъ половыхъ валиковъ образуются большія губы. Въ нижнемъ отверстіи влагалища, вслѣдствіе дупликации слизистой оболочки, образуется въ 5 мѣсяцѣ дѣвственная плева.

Наружныя женскія половыя части, извѣстныя подъ общимъ названіемъ *culva* (по нѣмецки—двойныя двери), представляютъ вдающійся между бедрами клинъ съ срединнымъ отверстіемъ; этотъ клинъ вверху значительно шире, чѣмъ внизу. Кпереди и кверху *rudendum muliebre* граничитъ съ *mons veneris*, представляющій выпячиваніе кожи надъ половой щелью, вызванное подкожнымъ отложеніемъ жира. Въ *mons veneris* переходятъ кверху безъ рѣзкой границы большія срамныя губы (*labia majora*), т. е. покрытыя волосами и богатыя жиромъ складки кожи, постепенно теряющіяся къ заднему проходу. Кромѣ многочисленныхъ артеріальныхъ и въ особенности венозныхъ сосудовъ, кожа содержитъ много волосяныхъ фолликулъ и сальныхъ железъ; ихъ особенно много бываетъ на внутренней поверхности, похожей на слизистую оболочку. На внутренней поверхности подымаются малыя губы (*labia minora*), складки кожи, которыя кверху раздѣляются на двѣ обхватывающія клиторъ ножки (*praerutium clitoridis*), а внизу въ большинствѣ сходятся, образуя *renulum labiorum*. У дѣтей и дѣвственницъ онѣ становятся видными лишь въ томъ случаѣ, если раскрыть большія губы; у женщинъ-же, живущихъ половой жизнью, онѣ видны уже, если развести ноги; если онѣ видны у дѣвственницъ, то это не можетъ еще служить признакомъ занятія онанизмомъ, ибо величина малыхъ губъ бываетъ различна отъ рожденія.

Слизистая оболочка малыхъ губъ содержитъ многочисленныя развивающіяся во вѣматочной жизни до наступленія половой зрѣлости сальныя железы, выдѣляющія свой секретъ черезъ тонкія поры. Малыя губы имѣютъ своей задачей, кромѣ закрытія внутреннихъ половыхъ органовъ, усилить при *coitus* половое чувство посредствомъ усиленныхъ выдѣленій и тренія.

Клиторъ, аналогичный мужскому половому члену, находится у верхушки срамной дуги, окруженный отростками малыхъ губъ въ видѣ *praerutium clitoridis*. Клиторъ, имѣющій обыкновенно видъ узелка величиной въ горошину, вслѣдствіе наполненія его кожей и тѣла, можетъ образовать отростокъ длиной въ 2 сант. Свободный конецъ его покрытъ нѣжной кожей, богатой нервами. Во время сильнаго возбужденія похотникъ искривляется книзу и трется о дорзальную поверхность *penis* а.

Значеніе имѣютъ, далѣе, железы преддверія, *glandulae vestibulares majores* или *Бартолиныя* железы. Последнія, соответствующія *Коуперсовскимъ* железамъ у мужчины, лежатъ въ глубинѣ задней трети большихъ губъ, на *musc. transvers. perinei profundus*. Ихъ, иной разъ двойной, выводной протокъ впадаетъ въ бороздку между малыми губами и дѣвственной плевой въ задней трети точечнымъ отверстіемъ. Слизистый секретъ этихъ железъ, выдѣляемый какъ при *coitus* ъ,

такъ и при сладострастныхъ свидѣнiяхъ, имѣеть цѣлью сдѣлать преддверiе гладкимъ и скользкимъ.

Границей между преддверiемъ (*vestibulum vaginae*) и внутренними половыми органами служитъ дѣвственная плева, двойная складка слизистой оболочки; иногда она имѣеть всего нѣсколько миллиметровъ вышины и широкое отверстие, иногда же 1 сант. вышины и узкое отверстие, эксцентрически расположенное недалеко отъ уретральнаго отверстия.

Устье мочеиспускательнаго канала образуетъ небольшое щелеобразное и треугольное, рѣже круглое отверстие, находящееся на 1—2 сант. ниже того мѣста, гдѣ малыя губы сходятся у клитора. Сбоку отъ этого устья находятся двѣ ямки, въ которыя впадаютъ многочисленныя железы преддверiя, железы Skene, какъ ихъ называетъ Klein, аналогичныя предстательной железѣ у мужчинъ.

1. Пороки развитiя.

Я буду говорить здѣсь только о тѣхъ порокахъ развитiя, которые имѣють практическое значенiе.

Если половые органы остаются въ дѣтскомъ періодѣ развитiя (*infantilismus*), то въ наружныхъ половыхъ частяхъ обнаруживаются слѣдующiя особенности: большiя губы узки и бѣдны жировой тканью; между ними видны атрофированныя малыя губы, а клиторъ представляетъ небольшою, едва замѣтный отростокъ; промежность низка, нѣсколько втянута; въ стадiи дѣтскаго развитiя находятся всегда также внутреннiе половые органы, влагалище и матка.

Только послѣ вступленiя въ бракъ становится необходимой врачеванная помощь вслѣдствiе болѣзненности и совершенной невозможности половыхъ сношенiй. Входъ во влагалище можно расширить зеркалами и пальцами, лучше всего подъ наркозомъ. Въ случаѣ очень уродливыхъ половыхъ органовъ ничего нельзя сдѣлать.

Anus vestibularis. Заднiй проходъ находится не на нормальномъ мѣстѣ, но впадаетъ у дѣвственной плевы или нѣсколько внѣ ея въ *vestibulum*. Промежность отсутствуетъ. Всѣ клиническiя явленiя могутъ совершенно отсутствовать, если отверстие, дѣйствительно, закрывается мышцей. Въ противномъ случаѣ, мы имѣемъ предъ собою признаки полного разрыва промежности. Стулъ и вѣтры не могутъ удерживаться. Болѣзнь можетъ быть устранена только оперативнымъ путемъ; но операцiя показана лишь при наличности названныхъ функциональныхъ разстройствъ, ибо, вслѣдствiе недостаточности ткани для промежности, операцiя не легка и не даетъ надежныхъ результатовъ.

Гипертрофiя клитора рѣдко наблюдается. Онъ можетъ достигнуть половиннаго размѣра мужскаго члена. Эта аномалiя бываетъ врожденною и не вызывается онанизмомъ; но большой клиторъ можетъ вызвать занятiе онанизмомъ; въ этомъ случаѣ онъ долженъ быть удаленъ.

Гипертрофiя малыхъ губъ, достигающихъ 2—4 сант. въ длину и свисающихъ между большими губами въ видѣ лоскутовъ, наблюдается нерѣдко, но лишено клиническаго значенiя.

У Готтентокъ наблюдаются искусственно вызываемыя очень длинныя свисающiя малыя губы, называемыя готтентотскими передниками.

Очень рѣдко наблюдаются на одной или на обѣихъ сторонахъ двойныя малыя губы; еще рѣже одна изъ нихъ или обѣ совершенно отсутствуютъ. Малыя губы могутъ отъ рожденiя быть сросшимися; наблюдаются также продривленiя малыхъ губъ, въ большинствѣ случаевъ прибрѣтенныя.

Подъ *этиспадіей* понимаютъ частичное или полное отсутствіе передней стѣнки уретры, такъ что послѣдняя кажется спереди разсѣченной. Въ большинствѣ случаевъ одновременно съ этимъ бываютъ расщеплены симфизъ, передняя брюшная стѣнка впереди пузыря и передняя стѣнка пузыря, а также имѣется *ectopia vesicae*.

Эта болѣзнь рѣдко наблюдается. Если сохранился сфинктеръ пузыря, то клиническія явленія отсутствуютъ; въ противномъ же случаѣ имѣются непроизвольное моченспусканіе и постоянное выдѣленіе мочи каплями со всеми послѣдствіями (экземой, запахомъ). Явленіе тѣмъ интенсивнѣе, чѣмъ значительнѣе дефектъ. Въ этихъ случаяхъ помогаютъ только пластическія операціи; если послѣднія не удаются, то остается только постоянно пользоваться мочепріемникомъ.

Подъ *гипоспадіей* понимаютъ отсутствіе задней стѣнки уретры. Она образуется вслѣдствіе недостаточнаго образованія *septum urethrovaginales*. Отсутствуетъ вся задняя стѣнка или только часть ея. При этой аномалии развитія рѣдко нарушается функція пузыря, и леченіе поэтому излишне; операція показана только въ тяжелыхъ случаяхъ гипоспадіи и недержанія мочи.

Hermaphroditismus и *pseudohermaphroditismus*. Настоящаго гермафродита, т. е. человѣка, у котораго одновременно въ одной или разныхъ железахъ функционировали бы и яички и яичники, не бываетъ.

Но описаны случаи, въ которыхъ у одного и того же человѣка имѣлись въ половыхъ железахъ ткань и яичекъ и яичниковъ (*ovotestis*), но функционировала только одна изъ нихъ: развиваются сѣмянные клѣтки, но не яйца, или наоборотъ. Наружные половые органы у такихъ лицъ неправильны, и съ трудомъ можетъ быть опредѣленъ ихъ мужской или женскій характеръ.

То же относится и къ *ложному гермафродитизму*, при которомъ наружные половые органы могутъ вызвать сомнѣніе относительно рода данного субъекта. Наружные половые органы могутъ представлять жен-



Рис. 36. Pseudohermaphroditismus externus по Fehling'у.
1. Устье уретры. 2. Отверстіе влагалища. 3. Грыжевой мѣшокъ большой губы съ яичникомъ.

скій типъ, а данное лицо все же является мужчиной, или наоборотъ. Рѣшающимъ является обнаруженіе яичекъ и образованіе спермы съ одной стороны или яичниковъ съ другой.

Въ зависимости отъ того, обнаружены ли яички или яичники, различаютъ *pseudo hermaphroditismus masculinus* и *femininus*. Не только наружные половые органы, но и внутренніе могутъ обнаруживать гермафродитизмъ. При наличности наружныхъ мужскихъ органовъ находятъ матку, трубы и влагалище (*pseudohermaphroditismus masculinus internus*). Если аномалія только наружная, если яички находятся въ паховомъ канальѣ, а наружныя части имѣютъ видъ вульвы, то говорятъ о *pseudohermaphroditismus masculinus externus*, если и внутренніе и наружные органы измѣнены—*pseudohermaphroditismus completus*. То же относится къ *pseudohermaphroditismus femininus*. Рис. 36 изображаетъ наружный женскій гермафродитизмъ, описанный Fehling'омъ.

Явленія, сопровождающія псеудогермафродитизмъ, чрезвычайно разнообразны, и одинъ случай не похожъ на другой. Вслѣдствіе этого опредѣленіе пола очень трудно, и нерѣдко бывали случаи, когда дѣвочки признавались мальчиками и воспитывались таковыми, а мальчиковъ считали дѣвочками (*erreur de sexe*). При опредѣленіи пола, особенно у новорожденныхъ, слѣдуетъ поэтому быть очень осторожнымъ; не всегда удается правильно опредѣлить. Совѣтъ Neugebauer'a въ сомнительныхъ случаяхъ воспитывать гермафродитовъ какъ дѣвочекъ, заслуживаетъ вниманія, такъ какъ превращеніе впоследствии дѣвочекъ въ мальчиковъ легче, чѣмъ наоборотъ, хотя несомнѣнно, что мужскіе ложные гермафродиты чаще встрѣчаются.

Опредѣленіе пола можетъ быть труднымъ не только у новорожденныхъ, но и послѣ наступленія половой зрѣлости, ибо мужскія наклонности не говорятъ еще за мужской полъ, а женскія за женскій.

Заслуживаютъ упоминанія и такъ называемые гермафродиты по платью (трансвеститы). Дѣло идетъ здѣсь объ извращенныхъ лицахъ; это въ большинствѣ случаевъ мужчины, одѣвающиеся въ женское платье, такъ какъ они только въ такой одеждѣ находятъ половое удовлетвореніе.

2. Воспаленіе вульвы (Vulvitis).

Воспаленіе вульвы вызывается самыми разнообразными причинами. Оно возникаетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда наружныя половыя части не содержатся въ достаточной чистотѣ, также вслѣдствіе раздраженія кожи пѣтомъ и разложенія кожного сала, далѣе, при мочевоыхъ свищахъ, если кожа раздражается вытекающей мочей, при распадѣ раковой опухоли матки или влагалища, если она раздражается гнилостной жидкостью, и при гнойныхъ процессахъ въ тазу, если она раздражается вытекающимъ гноемъ; воспаленіе вульвы возникаетъ также, если специфическія бактерии, напр., гонококки, инфицируютъ входъ въ влагалище. Это имѣетъ мѣсто главнымъ образомъ у маленькихъ дѣвочекъ, причѣмъ образуется *вульвовагинитъ*. Травматическія поврежденія также могутъ быть причиной воспаленія, преимущественно при изнасилованіи. Образующіеся при этомъ разрывы или надрывы инфицируются и вызываютъ обширное воспаленіе.

Воспаленіе вульвы выражается въ *болѣе легкихъ* случаяхъ покраснѣніемъ и опуханіемъ кожи, большихъ и малыхъ губъ, а въ *тяжелыхъ*

случаяхъ кожа становится красной, пятнистой, легко рвущейся и экзематозной. Появляются болѣе или менѣе значительные дефекты кожи неправильной формы, пустулы акне, или образуются множественные фурункулы (*Furunculosis vulvae*). При сильномъ потоотдѣленіи раздраженіе кожи имѣетъ главнымъ образомъ мѣсто въ складкахъ между большими губами и бедрами (*intertrigo*). При вульвовагинитѣ у дѣтей губы опухши, красны и чувствительны при давленіи, а между складками кожи и входомъ во влагалище находится гной. Красна и болѣзненна кожа также вокругъ задняго прохода. Можетъ наступить склеиваніе малыхъ губъ.

Вульвитъ можетъ вызвать довольно тяжелыя явленія. Больная жалуется на чувство жженія, неприятное ощущеніе напряженія и давленія, особенно при сидѣніи. Очень мучителенъ для нихъ зудъ, обычно наблюдаемый при этомъ.

Леченіе зависитъ отъ причины, вызвавшей болѣзнь. Если воспаленіе вызывается гнойными выдѣленіями изъ влагалища, то послѣднія должны быть устранены; предварительно же можно защищать отъ нихъ кожу мазями (ung. zinci, ланолинъ, 5% борная мазь). Болѣе легкое воспаленіе кожи устраняется простыми, но тщательными, проникающими во всѣ углы вульвы обмываніями мыломъ, а также сидячими ваннами изъ отвара ромашки или дубовой коры. При наличности показаній къ примѣненію дезинфицирующихъ средствъ, напр., при пустулахъ акне или фурункулахъ, слѣдуетъ назначать слабыя вещества, уксуснокислый свинецъ, уксуснокислый глиноземъ (2%), альзолъ (2%) и борную кислоту (2%), примѣняемые въ видѣ влажныхъ компрессовъ; послѣдніе накладываются ночью и укрѣпляются Т-повязкой. Фурункулы не слѣдуетъ немедленно вскрывать, а ждать, пока они „созрѣютъ“, а потомъ выпустить гной посредствомъ укола или небольшого плоскаго разрѣза. Глубокіе разрѣзы усиливаютъ процессъ. Если вульва покрыта ранами и экземой, то ее не слѣдуетъ мочить, а лучше содержать въ сухомъ видѣ. Сильныя дезинфицирующія средства вроде сулемы приносятъ только вредъ, послѣ обмыванія пережиреннымъ мыломъ кожу очищаютъ 2% карболово-камфорнымъ спиртомъ (очень жжетъ), а послѣ того, какъ она высохнетъ, присыпаютъ айроломъ, дерматоломъ, вазеноломъ, ксероформомъ или простой рисовой пудрой. Это дѣлаютъ утромъ и вечеромъ.

Въ случаяхъ упорнаго воспаленія рекомендуются постельный покой и компрессы или присыпки.

Съ цѣлью сдѣлать треніе о платье невозможнымъ, кладутъ на кожу вату; на ночь также рекомендуется класть вату.

Чрезвычайно упорно протекаетъ вульвовагинитъ у маленькихъ дѣвочекъ. Кромѣ сидячихъ ваннъ съ примѣсью отвара ромашки и компрессовъ изъ 1% раствора протаргола, рекомендуются также промыванія влагалища 1% растворомъ arg. nitr. или 1% растворомъ протаргола, можно примѣнять также 1% растворъ хлористаго цинка.

Воспаленіе вульвы можетъ локализоваться на опредѣленныхъ мѣстахъ. Излюбленнымъ мѣстомъ является *Биртолинева железа*. Если послѣдняя инфицируется, напр., гонококкомъ, то прежде всего появляется покраснѣніе ея выводного протока въ видѣ пятна. Послѣднее называется *macula gonorrhoeica*. Если возбудители воспаленія проникаютъ въ железу, то можетъ образоваться нагноеніе.

Bartholinitis purulenta.

Въ этомъ случаѣ обнаруживаютъ въ задней трети входа во влагалище круглую опухоль величиной въ голубиное или куриное яйцо, находящаяся частью во влагалищѣ, частью внѣ ея. Форма и локалізація опухоли совершенно соотвѣтствуютъ изображенной на рис. 39 кистѣ железы. Кожа можетъ быть очень покраснѣвшей или мало измѣненной. При ощупываніи обнаруживается ясное зыбленіе. Бартолинитъ одинаково часто вызывается какъ гонококкомъ, такъ и другими микроорганизмами, какъ стафилококками или *bacterium coli*, находящимся близко отъ задняго прохода.

Начинающійся бартолинитъ можетъ быть излеченъ Присницевскими компрессами. Нѣтъ надобности прибавлять къ водѣ дезинфицирующее вещество. При наличности же гноя дѣлаютъ разрѣзъ на высотѣ опухоли и выпускаютъ гной. Мѣсто разрѣза предварительно обезболивается хлорэтиломъ; послѣдній примѣняютъ до тѣхъ поръ, пока это мѣсто не будетъ заморожено. Въ большинствѣ случаевъ бываетъ достаточно небольшого разрѣза. Послѣ опорожненія гноя вводятъ въ полость небольшую полоску марли, которую удаляютъ на слѣдующій день. Въ случаѣ продолжающагося нагноенія, приставляютъ высасывающій колоколь.

Изъ болѣе рѣдкихъ заболѣваній вульвы воспалительнаго характера слѣдуетъ назвать *дифтерію* ея и *ангрену* вслѣдствіе оспы, кори, скарлатины и рожи. Hofmeier наблюдалъ у 11-лѣтней дѣвочки вакцинную инфекцію вульвы.

Pruritus vulvae.

Подъ *pruritus vulvae* понимаютъ длительный или наступающій приступами зудъ вульвы различной интенсивности. Больныя при этомъ сильно страдаютъ; онѣ расчесываютъ противъ воли; особенно невыносимымъ бываетъ зудъ ночью, когда больныя ложатся въ постель; онѣ лишаютъ ихъ сна, дѣлаютъ ихъ нервными, онѣ лишаются возможности бывать въ обществѣ и, дошедши до отчаянія, часто рѣшаются на самоубійство.

При осмотрѣ вульвы женщины, страдающей зудомъ, не находятъ никакихъ измѣненій или только расчесы на кожѣ; большія и малыя губы бываютъ часто сухими и опухшими, на кожѣ имѣются бородавчатая, болѣзненные при дотрагиваніи, утолщенія и расширеніе капилляровъ кожи, особенно у пожилыхъ женщинъ; но при *pruritus* могутъ также совершенно отсутствовать признаки заболѣванія кожи.

Pruritus можетъ быть вызванъ всѣми причинами, ведущими къ образованію вульвита; въ этомъ случаѣ онъ является только симптомомъ вульвита и послѣ излеченія послѣдняго совершенно исчезаетъ.

Глисты oxyuris vermicularis, выползающіе ночью изъ задняго прохода, могутъ попасть въ влагалище и вызвать сильный зудъ. Вульва не представляетъ никакихъ признаковъ заболѣванія, на ней имѣются только расчесы. Въ этомъ случаѣ *pruritus* исчезаетъ послѣ приѣма глистогоннаго средства.

Pruritus является часто признакомъ *diabeta* и вызывается раздражающей вульву мочей, содержащей сахаръ. Иногда обнаруживаются при этомъ колоніи грибовъ, особенно *soor*. Необходимо поэтому во всѣхъ случаяхъ *pruritus* изслѣдовать мочу на содержаніе сахара, а нерѣдко

диабетъ обнаруживается, только благодаря зуду. Съ улучшеніемъ или излеченіемъ диабета улучшается или исчезаетъ также *pruritus*.

Кромѣ этихъ случаевъ, въ которыхъ *pruritus* является только симптомомъ другой болѣзни, имѣется еще одна форма, происхождение которой можетъ быть объяснено только нервнымъ вліяніемъ, ибо мѣстные причины совершенно отсутствуютъ. *Olshausen* назвалъ эту форму *настоящимъ pruritus*. Она наблюдается главнымъ образомъ у пожилыхъ женщинъ въ климактерическомъ періодѣ.

Лечение. Рекомендуются леченіе ультрафіолетовыми лучами. Лампу изъ увіоля или кварца ставятъ на разстояніи 5—10 сант. отъ вульвы; сеансъ продолжается 5—10 минутъ. Иногда бываетъ достаточно одного сеанса для устраненія зуда.

Въ очень тяжелыхъ случаяхъ, въ которыхъ всѣ средства безплодны, показалаь полезной *рентгенотерапія*; на разстояніи 20—30 сант. направляютъ лучи посредствомъ трубки средней твердости безъ фильтраціи лучей въ теченіе 5 минутъ два дня подрядъ. Въ случаѣ отсутствія результата, повторяютъ этотъ сеансъ черезъ 10 дней. Такая осторожность нужна во избѣжаніе ожоговъ.

Изъ лекарственныхъ средствъ слѣдуетъ особенно упомянуть о *карболовой кислотѣ*. Послѣ тщательнаго обмыванія вульвы мыломъ съ водой и въ случаѣ надобности послѣ удаленія волосъ, смазываютъ вульву 3% растворомъ карболовой кислоты. Послѣдняя прежде всего уменьшаетъ чувствительность кожи. Если болѣе слабые растворы не помогаютъ, то примѣняютъ болѣе крѣпкіе до 5%. *Olshausen* особенно рекомендовалъ мезотанъ (1 : 2 оливковаго масла). Можно назначать также мази, а именно, 10—20% ляписную, 2% кокаиновую мазь или, по *Scapioni*, хлороформлиментъ (3 : 30 миндальнаго масла). Ни при одномъ способѣ леченія нельзя быть увѣреннымъ въ успѣхѣ; если всѣ средства испробованы и не дали никакихъ результатовъ, то производятъ полную *эксцизію вульвы*.

При симптоматическомъ леченіи нельзя обойтись безъ примѣненія наркотическихъ средствъ. При бессонницѣ вслѣдствіе *pruritus* *Fritsch* рекомендуетъ: *Rp. ammon., kal., natr. bromat., chloral. hydrat. aa 5.0, morph. mur. 0.05, atropin. 0.005, f. cum aq. mixtura 200.0. S.* Вечеромъ принять 1—2 столовыя ложки.

Kraurosis vulvae.

Рѣдкимъ заболѣваніемъ является описанная *Breisky kraurosis vulvae*. Эту болѣзнь считали послѣдствіемъ *pruritus*. Наиболее вѣроятнымъ является предположеніе о томъ, что она представляетъ конечный стадій хронически воспалительныхъ процессовъ. Вульва имѣетъ при этой болѣзни своеобразный видъ: вслѣдствіе исчезновенія жира, она атрофируется, большія и малыя губы сморщиваются или совершенно исчезаютъ, кожа становится красной, рубцовой, сухой, покрытой бѣлыми пигментными пятнами, или становится совершенно бѣлой вслѣдствіе исчезанія пигмента. Входъ во влагалище становится узкимъ и плотнымъ. Рис. 37 изображаетъ случай *kraurosis* (см. таблицу).

Больныя жалуются на сильный зудъ, чувство жженія и давленія. Леченіе трудно. Безуспѣшно были испробованы компрессы, смазываніе іодомъ, ляписомъ и формалиномъ. Лучше всего дѣйствуетъ эксцизія всей заболѣвшей кожи.

Lupus vulvae.

Волчанка вульвы, т. е. *туберкулезное ея заболѣваніе* наблюдается чрезвычайно рѣдко. На рис. 38 (см. таблицу) изображенъ случай начинающейся волчанки, особенно рѣдко наблюдаемой. На мѣстѣ устья уретры имѣется глубокой, неправильный кратеръ, слѣва съ валикообразными краями. Валикъ уретры утолщенъ и замѣтенъ между малыми губами; припухлость распространяется на влагалище, вдоль уретры по направлению къ дну пузыря. Въ болѣе запущенныхъ случаяхъ могутъ образоваться обширныя опухолевидныя распавшіяся утолщенія, захватывающія всю вульву и влагалище. Я наблюдалъ случай, въ которомъ весь входъ въ влагалище изъязвился, а вслѣдствіе сильно воспалительныхъ разрошеній въ передней части влагалища, послѣднее было почти совершенно закрыто, а болѣзнь перешла еще на прямую кишку, вызвавъ въ ней язвенный распадъ ткани. При этихъ условіяхъ обнаруживаютъ нерѣдко гнойные свищи между прямой кишкой и влагалищемъ или между пузыремъ и влагалищемъ. Эта болѣзнь, называемая также *ulcus rodens* или *esthio-mène de la vulve*, считается туберкулезной въ виду наличности хронически воспаленной ткани съ гигантскими клѣтками, а иногда также обнаруживаются и туберкулезныя бациллы.

Распознаваніе болѣзни можетъ при первомъ осмотрѣ оказаться труднымъ, такъ какъ сифилитическое заболѣваніе вульвы вызываетъ такія же измѣненія, какъ и волчанка. Въ случаяхъ, въ которыхъ микроскопическое изслѣдованіе вырѣзанныхъ кусковъ недостаточно для распознаванія болѣзни, производятъ *реакцію Wassermann'a*, или ищутъ спиралль, или же назначаютъ пробный курсъ леченія втираніями. Волчанку вульвы можно также легко смѣшать съ ракомъ ея. Въ сомнительныхъ случаяхъ производятъ микроскопическое изслѣдованіе вырѣзаннаго куска опухоли.

Жалобы больной, страдающей волчанкой, зависятъ отъ степени заболѣванія. Наблюдаются случаи, въ которыхъ, несмотря на тяжелыя измѣненія, почти отсутствуютъ субъективныя явленія. Въ большинствѣ случаевъ больныя жалуются на чувство жженія, нѣкоторыя на кровоточеніе и нагноеніе и не всегда на боль.

Теченіе болѣзни можетъ быть очень медленнымъ. Мѣстное леченіе мало полезно; быть можетъ, было бы цѣлесообразно примѣнять леченіе желѣзнымъ свѣтомъ по Finzen'у или ультрафіолетовымъ свѣтомъ (увіолевой или кварцевой лампой), но наблюденій объ этомъ почти не имѣется еще. Вырѣзываніе волчанки цѣлесообразно въ томъ только случаѣ, если она не проникла очень глубоко. Въ случаѣ, изображенномъ на рис. 38, пришлось отказаться отъ эксцизии, такъ какъ пришлось бы удалить всю уретру и часть пузыря; слѣдствіемъ этой операциі было бы совершенное недержаніе мочи, которое больше угрожало бы жизни больной, чѣмъ сама болѣзнь.

3. Опухоли вульвы.

Фибромы и липомы.

Фибромы и липомы вульвы рѣдко наблюдаются. Первые представляются въ видѣ небольшихъ продолговатыхъ или круглыхъ опухолей



Рис. 37. Kraurosis vulvae.



Рис. 38. Lupus vulvae.

съ короткой или довольно длинной ножкой, исходящихъ изъ большихъ губъ. Онѣ состоятъ изъ рыхлой ткани и покрыты нормальной кожей. Въ соединительной ткани этихъ образований можетъ находиться слизистая жидкость. Въ этихъ случаяхъ опухоли мягки и называются *fibroma molluscum*; онѣ не причиняютъ никакихъ неудобствъ.

Встрѣчаются также *фиброміомы* вульвы, состоящія изъ соединительной ткани и гладкихъ мышечныхъ волоконъ; онѣ сидятъ или на широкомъ основаніи въ видѣ плотныхъ опухолей кожи и легко вылуциваются, или же основаніе постепенно превращается въ ножку. Наблюдались также бугристыя *фиброміомы*.

Липомы вульвы могутъ достигнуть чрезвычайно большихъ размѣровъ; наблюдались жировыя опухоли въ 5 килогр. вѣса. Опухоль мягка, подвижна и состоитъ изъ соединительной ткани, жира и здоровой кожи.

Фибромы и *липомы*—доброкачественныя опухоли. Если онѣ причиняютъ неудобства или какія-либо опасенія больнымъ, ихъ легко удалить.

Изъ другихъ доброкачественныхъ опухолей вульвы описаны *энхондромы* и *нейромы*.

Кисты.

Рѣдко встрѣчающіяся кисты вульвы относятся къ ретенціоннымъ кистамъ (атеромамъ), происходящимъ вслѣдствіе закупорки сальныхъ железъ, или развиваются изъ гѣматомы (*thrombus vulvae*). Вслѣдствіе паденія на вульву или вслѣдствіе другой какой-либо травмы происходитъ кровоизліаніе въ рыхлую соединительную ткань большой губы, отчего послѣдняя измѣняется, принимая форму опухоли. Послѣ всасыванія крови образуется киста, наполненная слизистымъ или серознымъ содержимымъ.

У новорожденныхъ находимы были небольшія кисты дѣвственной плевы.

Чаще всего наблюдаются *кисты Бартолиниевыхъ железъ*. Это крупныя, флюктуирующія опухоли, покрытыя нормальной кожей и сидящія въ задней трети входа во влагалище; размѣръ ихъ не превосходитъ величины апельсина. На рис. 39 изображена киста Бартолиниевой железы. Отъ абсцессовъ этой железы кисты отличаются не своимъ положеніемъ и формой, а только отсутствіемъ воспалительныхъ явленій. Онѣ образуются, вѣроятно, вслѣдствіе закупорки или склеиванія выводного протока железы; секретъ не выдѣляется и постепенно растягиваетъ железу.

Чувство напряженія, смѣщеніе входа во влагалище и чувство давленія при сидѣніи заставляютъ больныхъ обратиться къ врачу.

Кисты удаляютъ такъ, что вылуциваютъ весь мѣшокъ. Разрѣзаютъ верхушку опухоли, доходятъ до мѣшка и вылуциваютъ его тупымъ инструментомъ. Недостаточно опорожнить жидкость проколомъ или разрѣзомъ, такъ какъ отверстіе скоро снова закрывается, и киста вновь наполняется.

Грыжи.

Большая губа можетъ получить видъ опухоли, если кишечныя петли проходятъ чрезъ паховый каналъ и постепенно растягиваетъ губу. Намѣстѣ послѣдней обнаруживается опухоль, вызванная грыжевымъ мѣшкомъ вмѣстѣ съ его содержимымъ. Кромѣ кишечныхъ петель, въ грыжевомъ мѣшкѣ

могут оказаться матка и яичники. Грыжа большой губы распознается на основании тимпанического звука и возможности при свободном паховомъ каналѣ снова ввести содержимое грыжи въ брюшную полость. Лечение то же, что и большихъ грыжъ, а именно оперативное закрытіе грыжевого отверстія.



Рис. 39. Киста Бартолиниевой железы.

Изъ рѣдкихъ грыжъ вульвы слѣдуетъ назвать *hernia labialis posterior*. Въ этомъ случаѣ кишечныя петли попадаютъ чрезъ тазовую фасцію въ заднюю часть большой губы; и здѣсь болѣзнь распознается на основаніи тимпанического звука. Не слѣдуетъ смѣшивать съ липомой или кистой Бартолиниевой железы. Лечение возможно, конечно, только оперативное.

Папилломы, острия кондилломы.

При хронически раздражительныхъ процессахъ вульвы могутъ развиваться сосочковыя опухоли, называемыя *condylomata acuminata* (острия кондилломы). Весьма часто, но не всегда, причиной является *гоноррея*. Особенно часто острия кондилломы появляются во время *беременности*. Это

маленькія острыя опухоли съ неправильной поверхностью, похожей на туювья ягоды. Онѣ обнаруживаются въ видѣ единичныхъ бородавокъ на большихъ или малыхъ губахъ, на уздечкѣ, у задняго прохода, на бедрахъ недалеко отъ вульвы, въ влагалищѣ и на шейкѣ; чаще же имѣется нѣсколько бородавокъ вмѣстѣ, образуя болѣе или менѣе значительныя группы.



Рис. 40. Острыя кондиломы.

Могутъ также образоваться большія, занимающія всю вульву опухоли, какъ это видно на рис. 40. Такія большія опухоли отдѣляютъ секретъ, засыхающій на опухоли въ видѣ корокъ, разлагающійся и становящійся вонючимъ. Запахъ можетъ стать невыносимымъ.

Острыя кондиломы образуются вслѣдствіе разроженія сосочковъ кожи. Подъ микроскопомъ находятъ сосочки разнообразно развѣтвленными, а эпителий надъ нимъ болѣе или менѣе утолщеннымъ. На поперечномъ разрѣзѣ кондиломы получаютъ, вслѣдствіе разроженія эпителия, большое сходство съ ракомъ кожи.

Если число и размѣры острыхъ кондиломъ умѣренны, то онѣ не причиняютъ больнымъ никакихъ страданій; только въ случаѣ значительнаго распространенія онѣ причиняютъ непріятности.

Лучшимъ способомъ леченія является удаление ихъ ножомъ или ножницами, а единичныхъ опухолей—пакелеюмъ. Послѣ удаления большихъ опухолей необходимо тщательно зашить раны. Всѣ остальные способы леченія ненадежны. Смазываніемъ отдѣльныхъ кондиломъ азотной кислотой можно ихъ частью удалить, но это леченіе болѣзненно и не даетъ надежныхъ результатовъ. Предложенъ былъ также pulvis sabinae, но я не наблюдалъ никакого дѣйствія отъ этого средства, также отъ присыпки каломелемъ.

Elephantiasis.

Elephantiasis vulvae—чрезвычайно рѣдкая болѣзнь; она появляется въ возрастѣ между 20—40 годами; въ жаркомъ климатѣ она чаще наблюдается, чѣмъ у насъ. Она состоитъ въ утолщеніи большихъ и малыхъ губъ, а также клитора. Опухоль можетъ принять значительные размѣры; въ этихъ случаяхъ она виситъ между ногами, доходя до колѣнъ. Своей тяжестью она вытягиваетъ основаніе, и образуется ножка. Поверхность гладка (*elephantiasis glabra*) или покрыта бородавками (*elephant. verrucosa*) или имѣетъ видъ цвѣтной капусты (*elephant. papillomatosa*). На рис. 41 изображена такая опухоль, исходящая изъ лѣвой малой губы и *praeputium clitoridis*. Ножка, вслѣдствіе тяжести опухоли, вытянута и утончена. Нижняя часть опухоли бородавчата и отечна.

Опухоль можетъ быть мягкой или плотной; консистенція зависитъ отъ пропитыванія ткани жидкостью; въ большинствѣ случаевъ тамъ находится лимфа. Если перерѣзать такую опухоль, то жидкость вытекаетъ струей; ткань выглядит студенистой. Лимфатическіе сосуды сильно расширены, кожа гипертрофирована, также сосочковый слой, кромѣ того, имѣется мелкоклеточная инфильтрація.

Причина слоновости не установлена. Дѣло идетъ, вѣроятно, о застоѣ лимфы. Такъ, слоновость наблюдалась въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ вслѣдствіе нагноенія паховыхъ железъ, напр., при сифилисѣ, лимфа не имѣетъ оттока. *Elephantiasis* наблюдалось также послѣ рожистаго воспаленія вульвы.

Ясно, что висящая между ногами опухоль причиняетъ большія страданія женщинамъ

Леченіе состоитъ только въ удаленіи опухоли.

Ракъ.

Ракъ вульвы въ сравненіи съ ракомъ матки рѣдко наблюдается; на 400 случаевъ раковой опухоли матки я наблюдалъ только 10 разъ ракъ вульвы. Эта опухоль исходитъ изъ большихъ или малыхъ губъ или изъ клитора и представляетъ *плоскоклеточную раковую опухоль*. Вначалѣ она сидитъ подъ кожей въ видѣ плотнаго тѣла; кожа можетъ казаться совершенно здоровой, или образуется небольшая язва. При дальнѣйшемъ ростѣ образуются большія плотныя съ распавшейся поверхностью кровоточащія, гнойныя и гнилостныя опухоли, поражающія всю вульву и почти закрывающія входъ во влагалище (на рис. 42 изображена сильно развитая раковая опухоль). Очень рано поражаются поверхностныя паховыя железы, а вслѣдствіи также болѣе глубокія, опухоль вростаетъ во влагалище и въ тазовую соединительную ткань,

захватывает также прямую кишку и тазовыя железы. Слизистая оболочка уретры остается здоровой даже въ случаяхъ сильно развитой опухоли.

Ясно, что такія сильно развитыя опухоли причиняють больнымъ много неприятнаго, а именно, зудъ, боль, кровотеченіе и гнилостное разложеніе. Вначалѣ раковыя опухоли не вызываютъ никакихъ симптомовъ, а небольшая раковая язвочка или сидящій подѣ кожей узелокъ рѣдко заставляютъ больныхъ обращаться къ врачу. Такія измѣненія принимаютъ за небольшой фурункулъ или невинную рану. Этимъ объясняется, почему не часто приходится лечить начинающуюся раковую опухоль вульвы.

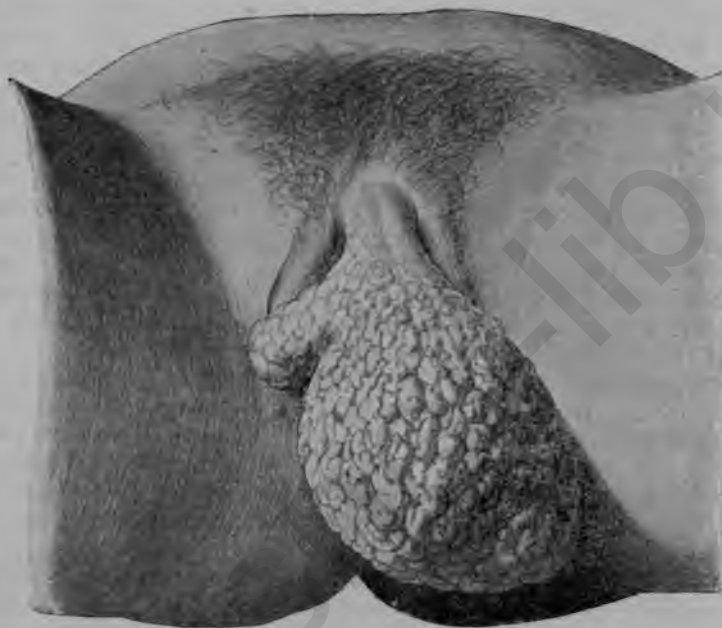


Рис. 41. Elephantiasis vulvae.

Единственнымъ способомъ леченія, допускающимъ возможность излеченія, является хирургическій. На длительное излеченіе послѣ эксцизии опухоли можно рассчитывать лишь въ случаѣ подвижности ея; если же она плотно сидитъ на своемъ основаніи, то невозможно оперировать въ здоровой ткани. Въ такихъ неоперативныхъ случаяхъ приходится лечить симптоматически, а именно, уменьшать кровотеченіе или гнилостное разложеніе посредствомъ соскабливанія распавшихся массъ, посредствомъ присыпки борной кислотой, дерматоломъ, айроломъ или ксероформомъ.

Очень рекомендуется *рентгенотерапія*. Примѣняютъ умѣренно мягкія трубки въ виду ихъ поверхностнаго дѣйствія, освѣщаютъ, не фильтруя, при нагрузкѣ въ 3—4 миллиампера и назначаютъ каждый разъ 2—3 эритемныя дозы, повторяя сеансы черезъ 3—4 дня. Такъ какъ кожа все равно больна, то нѣтъ надобности бояться ожога. Лечение продолжается съ промежутками въ одну недѣлю до тѣхъ поръ, пока опухоль совершенно не исчезнетъ или не зарубцуется. Рекомендуется также леченіе

радиёмъ и мезоторіемъ, которые примѣняются въ капсулахъ, причёмъ эти средства примѣняются одни или вмѣстѣ съ рентгенотерапіей.

Если *опухоль можно оперировать*, то не слѣдуетъ ограничиться удаленіемъ видимаго и прощупываемаго узла, но удаляютъ также и паховыя железы съ обѣихъ сторонъ. Разрѣзы для удаленія опухоли должны производиться возможно дальше отъ инфильтраціи (рис. 42, см. таблицу).

Я оперирую ракъ вульвы такимъ образомъ, что начинаю разрѣзъ въ паховомъ сгибѣ нѣсколько ниже *spin. ant. sup.*, провожу его до *mons veneris* и отпрепаровываю всю ткань съ железами до фасціи живота. Потомъ дѣлаю тоже на другой сторонѣ. Оба разрѣза встрѣчаются на срединной линіи надъ симфизомъ, а отсюда съ возможно большимъ кускомъ макроскопически здоровой ткани въ одинъ приемъ удаляется. Препаратъ содержитъ, такимъ образомъ, опухоль и весь поверхностный железистый аппаратъ. Операция сопровождается обыкновенно большой потерей крови, даже если передъ перерѣзкой перевязываютъ сосуды. Заживленіе раны не представляетъ обыкновенно трудностей. Тамъ, гдѣ паховыя разрѣзы перекрещиваются, слѣдуетъ вставить дренажъ. Заживленіе рѣдко происходитъ *per primam*, особенно въ области вульвы.

Шансы на длительное излеченіе не велики даже въ томъ случаѣ, если операция производится въ начальномъ стадіи. Раковыя опухоли вульвы проявляютъ большую склонность рецидивировать. Я не припомню случая, въ которомъ больная была бы здоровой, по крайней мѣрѣ, 5 лѣтъ.

Лучшіе результаты получаются, быть можетъ, отъ послѣдующей рентгенотерапіи. Если раны зажили, то направляютъ съ профилактической цѣлью въ вульву три дня подрядъ лучи посредствомъ умѣренно мягкихъ трубокъ и по одной эритемной дозѣ. Спустя 14 дней повторяютъ эту серію и назначаютъ, такимъ образомъ, подрядъ 4 серіи. Само собою разумѣется, что нужно соблюдать осторожность и слѣдить за тѣмъ, чтобы не вызвать ожога.

Очень рѣдко наблюдается ракъ Бартолиновой железы. Клинически нужно смотрѣть на него, какъ на обыкновенную раковую опухоль вульвы.

Описаны также случаи *саркомы* вульвы. Въ противоположность раку, поражающему преимущественно пожилыхъ женщинъ, саркома наблюдается у болѣе молодыхъ. Отличительное распознаваніе въ большинствѣ случаевъ возможно только при микроскопическомъ изслѣдованіи, ибо клиническія явленія саркомы ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ при ракѣ.

4. Пораненія вульвы.

Вульва, какъ и всякая другая часть кожи, можетъ подвергнуться пораненію острымъ и тупымъ орудіемъ. Такія поврежденія ничѣмъ не отличаются, какъ по симптомамъ, такъ и по способу леченія отъ поврежденія въ другихъ мѣстахъ тѣла. Леченіе производится по общимъ правиламъ хирургіи; кровотеченіе останавливается, а рана тампонируется или зашивается.

Болѣе сильное и даже опасное для жизни кровотеченіе наступаетъ при пораненіи клитора; въ этомъ случаѣ лучшимъ средствомъ является обкалываніе кровоточащаго мѣста.

Изъ пораненій вульвы слѣдуетъ выдѣлить *поврежденіе во время*



Рис. 42. Carcinoma vulvae.

полового акта. Только грубое насилие или узкій входъ во влагалище дѣлаетъ возможнымъ у взрослой поврежденіе при совершеніи полового акта. У маленькихъ же дѣвочекъ могутъ при изнасилованіи произойти глубокіе разрывы мягкихъ частей вульвы, особенно на уздечкѣ и промежности.

Въ зависимости отъ состоянія раны, врачъ долженъ опредѣлить, защитить ли ее или оставить гранулировать.

Наибольше частыми поврежденіями вульвы являются таковыя при родахъ, а именно, *разрывы промежности*. Леченіемъ свѣжихъ разрывовъ промежности занимаются учебники по акушерству. Намъ интересуетъ здѣсь только *леченіе застарѣлыхъ разрывовъ промежности*, т. е. леченіе рубцовъ промежности, оставшихся послѣ незажившаго разрыва. Въ дѣйствительности мы имѣемъ здѣсь дѣло не со свѣжими пораненіями, а съ остатками старыхъ поврежденій, плохо залеченными. Понять это можно на основаніи вида рубцовъ и клиническихъ симптомовъ застарѣлыхъ разрывовъ промежности.

Говоря ниже о разрывахъ промежности, мы должны знать, что это предполагается *сум grano salis*. Различаютъ *полные и неполные* разрывы. Последніе поражаютъ *часть промежности*, но не сфинктеръ и не слизистую оболочку прямой кишки, а *первую всю промежность и слизистую оболочку прямой кишки*.

Рис. 43 изображаетъ *неполный разрывъ въ очень сильной степени*. Отъ промежности остался только очень узкій мостикъ кожи. Сама прямая кишка не пострадала. На лѣвой сторонѣ, ясно видно рубцовое стягиваніе кожи.

Симптомы неполнаго разрыва промежности весьма разнообразны, они зависятъ не столько отъ обширности разрыва, сколько отъ его послѣдствій. Небольшой разрывъ можетъ причинять больше страданій, чѣмъ большой; все зависитъ отъ рубцеваго стягиванія. Если рубцы расположены такъ, что они вызываютъ зіяніе влагалища, какъ это видно на рис. 43, то влагалище остается открытымъ и доступнымъ пыли и бактеріямъ. Если передняя влагалищная стѣнка не имѣетъ опоры на



Рис. 43. Неполный разрывъ промежности.

промежности, то больные жалуются на мучительное давление вниз, даже если передняя стѣнка влагалища не опустилась.

При зияніи влагалища въ него можетъ проникнуть воздухъ, выдѣляющийся потомъ оттуда съ шумомъ (*garrulitas vulvae*).

Не слѣдуетъ однако забывать, что *очень многие неполные разрывы промежности протекаютъ безъ всякихъ явленій.*



Рис. 44. Полный разрывъ промежности.

случаѣ, если онъ причиняетъ неудобства. Главнымъ является хорошее освѣженіе и тщательное зашиваніе. Особенныхъ приготовленій, кромѣ обычныхъ предъ всякой операціей мытья, бритья *pubes* и т. д. не требуется.

Пунктированная линия на рис. 43 указываетъ на направленіе разрѣза; онъ проводится чрезъ рубцовую ткань, послѣ чего задняя влагалищная стѣнка отпрепаровывается отъ прямой кишки. Вслѣдствіе поднятія вверхъ влагалищнаго лоскута образуется фигура освѣженія, похожая на изображенную на рис. 45 съ той лишь разницей, что недостаетъ треугольника надъ *ab*, соответствующаго разрыву прямой кишки. Отъ

Совершенно другое мы видимъ при *полныхъ разрывахъ*. И здѣсь имѣются симптомы неполнаго разрыва. *Наиболѣе важнымъ*, однако, признакомъ является невозможность удерживать вѣтры и жидкій калъ, *incontinentia alvi*. Это очень мучительное явленіе, лишающее больныхъ возможности бывать въ обществѣ. Кромѣ того, иногда появляется раздраженіе слизистой оболочки прямой кишки, ведущее къ тенезмамъ; раздраженіе вызывается недостаточнымъ закрытіемъ задняго прохода.

Рис. 44 изображаетъ застарѣлый полный разрывъ промежности; онъ отличается отъ изображеннаго на рис. 43 неполнаго разрыва тѣмъ, что здѣсь отсутствуетъ мостикъ между влагалищемъ и прямой кишкой; разрывъ захватилъ и слизистую оболочку прямой кишки.

Леченіе. Полные и неполные разрывы промежности могутъ быть излечены только *оперативнымъ путемъ*.

Неполный разрывъ зашиваютъ только въ томъ

старой рубцовой ткани захватывают столько, чтобы ее хватило для соединения. Кроме этого, ткань влагалища и промежности не резецируется.

Рану зашивают потом так, что *e* остается верхушкой раны, *c* и *d*, *a* и *b* сближают. Для этого начинают сверху, от *e*, причем кладут узловатый или безпрерывный шов; послѣ этого остается только зашить промежность, т. е. *ac*, *bd*. Промежность закрывают зажимами Michel'я или узловатыми швами.



Рис. 45. Форма освѣженія при операциі полного разрыва промежности.

Операция неполного разрыва промежности легка. Иначе обстоит дѣло съ операцией полного разрыва. Она требует тщательныхъ приготовлений, техники и послѣдующаго леченія.

Трудность заключается въ необходимости зашить прямую кишку, причемъ швы должны находиться на мѣстѣ, богатомъ бактеріями и не могущемъ оставаться въ покой. Совершенно уничтожить бактеріи, конечно, невозможно такъ же, какъ и предоставить прямой кишкѣ полный покой. Нужно, слѣдовательно, стремиться только къ тому, чтобы возможно меньше бактерій, т. е. кала загрязняло рану, и чтобы въ первые дни послѣ операциі кишечникъ находился по возможности въ покой.

Больнымъ даютъ предъ операцией слабительное, дабы стулъ ихъ потомъ не беспокоилъ, но не слѣдуетъ давать столько слабительнаго, чтобы во время операциі былъ стулъ, и жидкія испражненія текли бы

через раны. Слабительное средство должно быть поэтому принято не позже, чѣмъ за 24 часа до операціи. Въ день операціи больная не получаетъ никакой пищи, кромѣ небольшого количества жидкости.

Сама операція состоитъ въ слѣдующемъ: пунктированная линия на рис. 44 указываетъ на направленіе разрѣза; послѣдній производится черезъ рубцы и у самой границы между слизистой оболочкой прямой кишки и влагалищемъ. Послѣ этого влагалище отпрепаровывается отъ прямой кишки до тѣхъ поръ, пока не получится фигура освѣженія, изображенная на рис. 45. Кромѣ плотной рубцовой ткани, плохо заживающей, ничего другого не должно удалить. Нужно обращать вниманіе на то, чтобы прямая кишка была хорошо отпрепарирована и была подвижна, ибо весьма важно, чтобы края раны прямой кишки были бы сшиты безъ напряженія. Зажимы, накладываемые въ трехъ мѣстахъ фигуры освѣженія, указываютъ хирургу, какъ ему надлежитъ шить. Верхній зажимъ *e* указываетъ на начало сшиваемой стѣнки и лежитъ въ влагалищѣ. Оба боковыхъ зажима *c* и *d* указываютъ на начало промежности; *c—e* и *d—e*, сшитыя вмѣстѣ, обозначаютъ линіи шва въ влагалищѣ, *a—c* и *b—d*, сшитыя вмѣстѣ, обозначаютъ промежность.

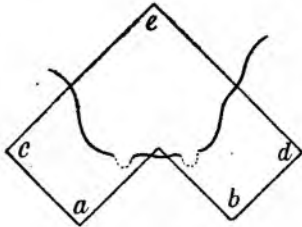


Рис. 46.

Послѣ освѣженія начинаютъ съ зашиванія прямой кишки. Самымъ простымъ способомъ является изображенный на рисункѣ. Прокалываютъ стѣнку прямой кишки такимъ образомъ, что сначала прокалываютъ иглу справа со стороны слизистой оболочки прямой кишки, потомъ переходятъ влѣво и наоборотъ, съ поверхности стѣнки, переходятъ въ просвѣтъ кишки и пропускаютъ иглу черезъ стѣнку прямой кишки. Узелъ нитки придается въ просвѣтѣ прямой кишки. На рисункѣ верхній шовъ завязанъ, а второй только наложенъ. Одинъ узелъ слѣдуетъ за другимъ, пока вся прямая кишка не будетъ соединена.

Нужно слѣдить за тѣмъ, чтобы въ верхнемъ углу раны прямой кишки не оставалось дефекта ткани, и чтобы не было захвачено слишкомъ мало ткани, такъ какъ въ противномъ случаѣ швы прорѣзаютъ ткань, и края раны расходятся. Далѣе, швы не слѣдуетъ накладывать слишкомъ близко другъ къ другу, иначе стѣнка прямой кишки омертвѣваетъ, и излеченія не наступаетъ. Можетъ явиться вопросъ, цѣлесообразно ли пропускать шовъ черезъ всю толщю стѣнки кишки, такъ какъ въ этомъ случаѣ уколы попадаютъ въ просвѣтъ кишки, богатой микробами и могутъ легко инфицироваться. Наблюденія показываютъ, однако, что этого не слѣдуетъ опасаться. Я никогда не накладывалъ иначе швы и всегда получалъ очень хорошіе результаты. Этотъ способъ наложенія швовъ предпочтителенъ въ виду его простоты и легкой выполнимости.

Труднѣе, особенно для недостаточно опытнаго, но и не надежнѣе другой способъ зашиванія прямой кишки. Иглу прокалываютъ не черезъ всю стѣнку прямой кишки, а только черезъ части, лежащія въ ранѣ, какъ это изображено на рис. 46.

Узлы находятся тогда въ самой ранѣ.

Послѣ того, какъ кишка зашита, приступаютъ къ зашиванію раны влагалища, а потомъ уже и промежности. Начинаютъ съ наложенія



Рис. 47. Карункулы уретры.

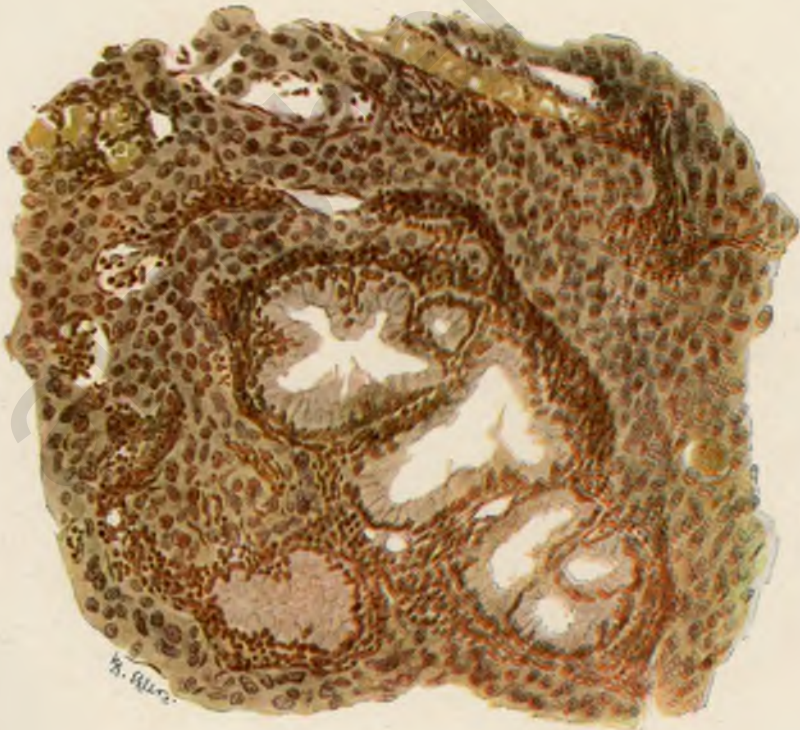


Рис. 158. Сарцинома portionis, проникаетъ въ шейку и не поражаетъ железу.

узловатыхъ швовъ при *e* или непрерывныхъ швовъ и шьютъ до тѣхъ поръ, пока *c* и *d* не будутъ соединены; послѣ этого накладываютъ на промежность узловатые швы или зажимы Micheli'a.

Наилучшимъ матеріаломъ для швовъ является кѣгутъ, а именно іодистый, приготовленный по Kuhn'у; онъ рекомендуется также для зашиванія прямой кишки. Онъ разсасывается, и нѣтъ поэтому надобности потомъ удалять швы и не нужно опасаться впослѣдствіи нагноенія.

Заплатая рана въ первые нѣсколько часовъ покрывается марлей, а рана влагалища остается непокрытой; наложеніе повязки на промежность невозможно.

Въ первые 5 дней не слѣдуетъ ничего дѣлать съ раной, а только обмывать ее 2% растворомъ борной кислоты или сулемы 1 : 200, особенно послѣ мочеиспусканія, такъ какъ нѣтъ возможности предупредить загрязненіе раны мочею. Присыпаніе раны іодоформомъ, айроломъ и т. д. не нужно.

На 5 день, но не раньше больная получаетъ касторовое масло; но не слѣдуетъ, какъ это раньше дѣлалось, давать опій. Послѣдній вызываетъ запоръ, дѣлаетъ калъ болѣе густымъ, и когда послѣдній на 6—7 день съ трудомъ проталкивается, онъ разрываетъ швы.

На 8—10 день больная можетъ встать и считается здоровой.

Этотъ простой способъ леченія примѣнялся съ успѣхомъ въ теченіе многихъ лѣтъ.

Предложены были еще и другіе методы операціи, и наложенія швовъ, но ни одинъ изъ нихъ не даетъ лучшихъ результатовъ, чѣмъ только что описанный.

ГЛАВА IV.

Болѣзни мочеиспускательнаго канала и пузыря (Frauz).

1. Болѣзни мочеиспускательнаго канала.

Анатомія.

Мочеиспускательный каналъ у женщины идетъ небольшою дугою впереди позади симфиза. Наружное отверстіе лежитъ на 1—1.5 сант. ниже лонной дуги, въ большинствѣ случаевъ на валикѣ передней влагалищной стѣнки, на *уретральной валикѣ*, величина котораго различна. Валикъ чувствителенъ, что очень важно для изслѣдованія пальцемъ и введенія влагалищныхъ зеркалъ. Форма наружнаго отверстія уретры различна, треугольна, крестообразна или имѣетъ видъ полумѣсяца или звезды. Мочеиспускательный каналъ имѣетъ приблизительно 3 сант. въ длину, а діаметръ равенъ 5—6 миллим., иногда доходитъ и до 15 миллим.

Въ верхней своей части по направленію къ пузырю уретра рыхла, а внизу плотнѣе прикрѣплена къ симфизу посредствомъ *lig. triangulare*. Задняя стѣнка ея прилегаетъ къ влагалищной стѣнкѣ, будучи въ нижней части соединена въ ней посредствомъ плотной соединительной *septum urethro-vaginale*, а въ верхней части болѣе рыхло соединена.

Стѣнка уретры толщиной въ $\frac{1}{2}$ сант. состоитъ изъ 3 слоевъ, а именно, слизистой оболочки, *submucosa* и мышечнаго слоя.

Слизистая оболочка состоитъ изъ эластической ткани и многослойнаго плоскаго эпителія; встрѣчается также однослойный цилиндрическій эпителія.

Слизистая оболочка лежит складками на рыхлой *submucosa*, пронизанной эластическими волокнами и состоящей из рыхлой соединительной ткани.

Мышечный слой состоит из трех слоев; оба внутренних состоят из гладких, а наружный из поперечнополосатых мышечных волокон. Внутренний гладкий мышечный слой расположен в длину, средний кольцевидно, и на нем также лежит кольцевидный слой поперечнополосатых мышечных волокон (сфинктер), обхватывающих всю уретру только в верхней трети ее, а в нижней части только полукругло, и переходящих в влагалище.

Артерии уретры отходят от *art., pudenda int., art. vesicalis inf.* и *ramus cervico-vaginalis* маточной артерии. *Вены*, находящиеся в большом числе в *submucosa*, вливаются в *plexus vesicovaginalis* и *plexus pudendus*. *Лимфатические сосуды* впадают в *glandulae hypogastricae* и *inguinales*. *Нервы* для гладкой мускулатуры идут от симпатического нерва, а для поперечнополосатой от *p. pudendus*.

Вокруг устья уретры лежат несколько меньших желез, наибольшими из которых являются железы *Skene*, впадающие в уретру позади устья ее справа и слева.

Изследование мочеиспускательного канала.

Из методов исследования применяются: *осмотр*, *ощупывание*, *изследование выделений уретры* и *уретроскопия*.

Уретру можно видеть, если двумя пальцами раздвинуть большие губы.

Ощупывание производится введенным во влагалище пальцем, придавливающим уретральный валик к симфизу.

Выделения из уретры можно получить таким образом, что вводят палец во влагалище, как при ощупывании, и выдавливают секрет сзади вперед; если таковой имеется, то выделяется капля его. Еще проще намотать на палочку или на зонд *Playfair'a* вату, вытереть внутреннюю поверхность уретры, перевести этот секрет на предметное стеклышко и окрасить. Таким путем удается легко, просто и безболезненно получить секрет для исследования.

Уретроскопия имеет целью осмотреть слизистую оболочку мочеиспускательного канала на всем ее протяжении.

Для этого требуются специальные инструменты. Вводят в уретру тонкую трубку, расправляющую складки и помощью вогнутого зеркала направляют туда свет, или пользуются уретроскопом, предложенным *Grünpfeldom*, *Leitzom* *Casperom* и друг.

Уретроскопия редко применяется. Для диагноза достаточны и другие методы исследования. Кроме того, уретроскопия довольно болезненна, а при остром воспалении опасна, так как она может способствовать дальнейшему распространению инфекции. Необходимо, следовательно, соблюдать осторожность.

Заболывания мочеиспускательного канала.

Воспаление. Наиболее частым воспалением уретры является *гонорройное*, но и другие бактерии также могут иногда вызвать воспаление.

Наружное отверстие уретры красно, мочеиспускание сопровождается ощущением жгучей боли, имеются частые позывы на мочу; в канале имеется гнойный секрет. Следует, однако, заметить, что сильное воспаление уретры у женщины, особенно гонорройное, может протекать и без всяких симптомов.

Острый уретрит не слѣдуетъ лечить мѣстно. Лучше всего дѣйствуютъ постельный покой и питье воды Fachingen или Wildunger Helenenquelle въ большомъ количествѣ; при наличности боли кладутъ на вульву согрѣвающие компрессы и назначаютъ свѣчки изъ опія и белладоны. Если воспаленіе стало хроническимъ, то можно лечить слизистую оболочку уретры. Для этой цѣли впрыскиваютъ растворы arg. nitr. 1‰ и протаргола 5—10%. Хорошо дѣйствуютъ также палочки, вводимыя въ уретру и тамъ растворяющіяся (hexoform. l. o. but. cacao q. s. u. f. bacilli urethr. № X, толщиной въ 0.5 сант. и длиной въ 4 сант.).

Особенно болѣзненны трещины мочеиспускательнаго канала, вызываемыя неправильной катетеризаціей или катетеризаціей плохими инструментами, но также (значительно рѣже) давленіемъ головки плода во время родовъ. Если бактеріи попадаютъ въ трещины, то происходитъ воспаленіе; трещины лечатъ такъ же, какъ хроническій уретритъ, палочками, впрыскиваніемъ раствора ляписа. Можно вводить также мазь изъ протаргола и 2—5% раствора arg. nitr.

Если воспаленіе переходитъ съ слизистой оболочки въ глубину соединительной ткани вокругъ уретры, то образуется *періуретральный абсцессъ*. Эта болѣзнь наблюдается рѣдко. Абсцессъ вскрываютъ.

Суженія уретры, какъ слѣдствіе воспаленія, чрезвычайно рѣдки; ихъ расширяютъ, если они причиняютъ неудобства.

Пораненія и свищи мочеиспускательнаго канала.

Мочеиспускательный каналъ можетъ непосредственно подвергнуться пораненію при паденіи на наружные половые органы, вслѣдствіе укола, при неправильномъ и грубомъ катетеризированіи. Наиболѣе тяжелыя поврежденія, разрывъ или полное отдѣленіе уретры происходятъ въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣ симфизіотоміи или другихъ акушерскихъ операцій кости таза слишкомъ расходятся, и мягкія части вокругъ этихъ расходящихся костей разрываются. Если эти пораненія не зашиваются немедленно или вслѣдствіемъ не заживаютъ, то образуются свищевые ходы между мочеиспускательнымъ каналомъ и влагалищемъ. Если эти свищи находятся въ наружной трети уретры, то они обыкновенно не вызываютъ никакихъ симптомовъ, такъ какъ сфинктеръ, находящійся ближе къ пузырю, функционируетъ. Недержаніе, т. е. самопроизвольное отхожденіе мочи имѣется въ томъ случаѣ, если свищъ находится въ задней части уретры.

Леченіе пораненій и свищей возможно только оперативное. Пораненія зашиваются, а свищи освѣжаются и также зашиваются. Оперативное леченіе трудно, если вся уретра оторвана; въ этомъ случаѣ нужно испробовать образованіемъ лоскута съ слѣдующимъ зарубцеваніемъ сдѣлать возможнымъ хоть какое-нибудь закрытіе пузыря, но совершенно устранить недержание невозможно. Вслѣдствіе этого предложено было крестообразно сшить m. m. pyramidales позади симфиза вокругъ уретры и такимъ образомъ создать сфинктеръ. Я въ одномъ случаѣ попробовалъ примѣнить мышцы впереди симфиза, безъ значительнаго успѣха. Впрыскиваніе парафина въ рубцовую ткань послѣ операціи не рекомендуется, такъ какъ успѣхъ сомнителенъ, и не исключена возможность образованія эмболии со смертельнымъ исходомъ.

Incontineutia urinae.

Что женщины не въ состояніи удерживать мочу при пораженіи сфинктера, понятно само собою; но имѣется очень много случаевъ недержанія мочи, въ которыхъ сфинктеръ совершенно сохраненъ, или, по крайней мѣрѣ, не обнаруживается никакихъ поврежденій. Въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ обыкновенно дѣло не съ полнымъ, а съ относительнымъ недержаніемъ. Женщина въ состояніи удерживать въ пузырьѣ значительное количество мочи, но при чиханіи, смѣхѣ или кашлѣ моча вытекаетъ произвольно. Далѣе, недержание мочи можетъ быть вызвано выпаденіемъ передней влагалищной стѣнки, міомами и retroflexio uteri. Въ этихъ случаяхъ недержание исчезаетъ послѣ того, какъ излечивается основная болѣзнь.

Далѣе, недержание развивается послѣ чрезмѣрнаго растяженія уретры, какъ это наблюдается послѣ расширения ея. Съ цѣлью удалить изъ пузыря постороннія тѣла, производили раньше расширение уретры на толщину пальца, дабы возможно было ввести палецъ въ пузырь и удалить оттуда постороннее тѣло. Въ настоящее время, когда цистоскопія и внутрипузырные способы операціи хорошо разработаны, и мы имѣемъ превосходные инструменты, нѣтъ надобности прибѣгать къ введенію пальца. Incontineutia urinae наблюдается также послѣ родовъ, особенно продолжительныхъ, окончившихся наложеніемъ щипцовъ или экстракціей за тазовый конецъ, хотя уретра въ этихъ случаяхъ, повидимому, не повреждается. Эти формы обыкновенно быстро излечиваются и безъ спеціальнаго леченія уретры или сфинктера; въ большинствѣ случаевъ помогаетъ введеніе въ влагалище пессарія.

Иначе обстоитъ дѣло съ формами недержанія мочи, при которыхъ отсутствуютъ органическія причины. Въ этихъ случаяхъ имѣется обыкновенно относительное недержание. Если тщательное мѣстное изслѣдованіе не обнаруживаетъ органической причины, то эти случаи слѣдуетъ считать нервными. Сюда же относится, повидимому, и enuresis nocturna у дѣтей.

Случаи *нервнаго недержанія мочи* причиняютъ много заботъ врачу. Примѣненіе всевозможныхъ средствъ можетъ оказаться безрезультатнымъ. Трудность леченія доказывается обиліемъ предложенныхъ для этого средствъ: оперируютъ, т. е. суживаютъ уретру или ее перекручиваютъ, массируютъ, электризуютъ, впрыскиваютъ по сосѣдству съ уретрой парафинъ, съ цѣлью ее сузить, прижигаютъ, впрыскиваютъ растворъ поваренной соли въ крестцовый каналъ, и въ концѣ концовъ послѣ временнаго улучшенія болѣзнь снова возвращается. Можно предпочитать тотъ или другой способъ леченія, но основнымъ правиломъ должно быть не сейчасъ приступить къ операціи; весьма часто операція ухудшаетъ болѣзнь.

Новообразованія мочеиспускательнаго канала.

Уретра поражается ракомъ и саркомой, которые легко распознаются и удаляются оперативнымъ путемъ, а въ застарѣлыхъ случаяхъ лечатся консервативнымъ способомъ. Вокругъ уретры образуются также опухолевидныя изъязвляющіяся утолщенія сифилитическаго или туберкулезнаго характера, какъ это видно на рис. 38. Весьма важно въ этихъ

случаяхъ отличительное распознаваніе, дабы безъ надобности не оперировать больную и не лишить ее уретры. Отличительное распознаваніе возможно на основаніи эксцизии кусочковъ ткани и микроскопическаго ихъ изслѣдованія или на основаніи реакціи *Wassermann's*.

Къ счастью, злокачественныя новообразованія уретры рѣдко наблюдаются; значительно чаще встрѣчаются доброкачественныя, изъ которыхъ наиболѣе частыми являются *карункулы уретры*. Этимъ названіемъ обозначаютъ выступающія изъ уретры окрашенныя въ темнокрасный цвѣтъ, слегка кровоточащія при дотрагиваніи и не превышающія размѣра лѣсного орѣха маленькія опухоли, анатомическое строеніе которыхъ можетъ быть весьма различно (рис. 47, см. табл.).

Онѣ покрыты плоскимъ эпителиемъ и состоятъ изъ рыхлой соединительной ткани, или мы имѣемъ предъ собою сосочковыя разрощенія съ расширенными сосудами, или телангіектатическія опухоли, т. е. опухоли съ сильно расширенными сосудами въ соединительной ткани и въ слизистой оболочкѣ.

Карункулы могутъ вовсе не вызывать никакихъ явленій или они вызываютъ сильныя кровотеченія и чувство жженія при мочеиспусканіи.

Въ большинствѣ случаевъ эти опухоли развиваются у пожилыхъ женщинъ въ климактерическомъ періодѣ.

Ихъ удаляютъ ножницами, а кровоточащее основаніе прижигаютъ пакеленомъ. Часто и это бываетъ излишне, ихъ перевязываютъ тонкой ниткой, послѣ чего онѣ омертвѣваютъ.

Наконецъ, слѣдуетъ еще упомянуть о *выпаденіи уретры*, наблюдаемомъ у маленькихъ дѣвочекъ или у старыхъ женщинъ. Слизистая оболочка мочеиспускательнаго канала выпадаетъ, образуя опухоль величиной въ куриное яйцо. Выпаденіе происходитъ постепенно или внезапно при сильномъ нажиманіи, при коклюшѣ и т. д.

Если послѣ примѣненія холодныхъ компрессовъ и постельнаго покоя выпаденіе не проходитъ, то выпавшую слизистую оболочку перевязываютъ ниткой на подобіе карункулы. До тѣхъ поръ, пока она не омертвѣетъ и не отпадетъ, необходимо вставить въ пузырь длительный катетеръ, дабы моча не попадала на перевязанную оболочку и не препятствовала бы совершенному ея высыханію.

2. Заболѣванія мочевого пузыря.

Анатомія.

Мочевой пузырь лежитъ между маткой и симфизомъ. Нижняя часть его называется дномъ пузыря, а верхняя—его верхушкой. Въ дно пузыря впадаютъ целевидными, скошенными къ срединѣ отверстіями мочеточники.

Мочеточники впадаютъ въ большинствѣ случаевъ на складкахъ (*plicae uretericae*) или плоскихъ валикахъ, соответствующихъ пути слѣдованія мочеточниковъ въ стѣнкѣ пузыря.

На днѣ пузыря можно видѣть гладкую треугольную часть, ограниченную отверстіями обоихъ мочеточниковъ и внутреннимъ отверстіемъ уретры (*trigonum vesicae Lieutaudii*).

Иногда оба отверстія мочеточниковъ соединяются вѣскольکو выдающимся валикомъ, *area interureterica* (*torus interuretericus*); часть пузыря, лежащая позади этого валика, называется дномъ пузыря (*bas fond*).

Стѣнка пузыря состоитъ изъ слизистой оболочки, подслизистой (*tunica propria*) и мышечной, къ которой прилегаеть брюшина въ той части пузыря,

которая находится свободно въ брюшной полости, т. е. верхушкѣ и части задней стѣнки.

Слизистая оболочка состоитъ изъ плоскаго эпителия, называемаго также переходнымъ. Это плоскій эпителий, расположенный въ нѣсколько слоевъ, причемъ верхнія клѣтки утолщены. *Подслизистая оболочка* состоитъ изъ рыхлой соединительной ткани; она очень тонка на днѣ пузыря (trigonum), гдѣ слизистая оболочка почти непосредственно прилегаетъ къ мышечной и поэтому она гладка и не образуетъ складокъ.

Мышечный слой стѣнки пузыря состоитъ изъ пучковъ продольныхъ и кольцеобразныхъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, переплетенныхъ между собою столь тѣсно, что не удается ясно различить продольные и поперечные слои; только на передней и задней стѣнкахъ на высотѣ уретры ясно выражены продольные слои, названные detrusor vesicae. Пучки поперечныхъ мышцъ также образуютъ вокругъ основанія пузыря кольцевой слой, переходящій въ гладкомышечный сфинктеръ. Эта кольцевая мускулатура называется sphincter vesicae internus.

Артеріи пузыря суть съ обѣихъ сторонъ art. vesicales superiores и inferiores; онѣ отходятъ отъ art. hypogastrica.

Вены пузыря отходятъ изъ трехъ сплетеній: plexus submucosus, muscularis, subperitonealis, собираются, образуя plexus utero-vaginalis и vesico-vaginalis и въ концѣ концовъ впадаютъ въ vena hypogastrica.

Лимфатическіе сосуды проходятъ въ мускулатурѣ и подъ брюшиной. Они доставляютъ лимфу въ gland. hypogastricae.

Нервы пузыря частью спинномозговые, частью симпатическіе. Они идутъ изъ plexus vesicalis, лежащаго по обѣимъ сторонамъ пузыря и получающаго свои спинномозговые волокна отъ 3 и 4 крестцовыхъ нервовъ, а симпатическіе отъ plexus hypogastricus. Въ стѣнкѣ пузыря имѣются многочисленныя гангліозныя клѣтки.

Емкость пузыря велика, но точно опредѣлить ее невозможно. Привычка играть большую роль въ позывахъ на мочу. Одна женщина чувствуетъ позывъ уже при 250 куб. сант. мочи, а другая чувствуетъ себя хорошо еще при 1000 куб. сант. Въ патологическихъ случаяхъ пузырь удерживаетъ, не разрываясь, 2—3 и больше литровъ мочи.

Способы изслѣдованія мочевого пузыря.

1. *Изслѣдованіе мочи.* Для этого слѣдуетъ брать только свѣжвыпущенную мочу. Если предполагается наличность заболѣванія уретры, то больного заставляютъ выпустить двѣ порціи мочи; первая промываетъ уретру, а вторая является чистой мочей изъ пузыря. Передъ мочеиспусканіемъ слѣдуетъ вытереть уретру. Такъ какъ у женщинъ, страдающихъ бѣлками, послѣднія легко примѣшиваются къ мочѣ, то для полученія чистой мочи лучше всего прибѣгаютъ къ катетеризаціи. Опредѣляютъ количество мочи, цвѣтъ, прозрачность, запахъ, удѣльный вѣсъ и реакцію, изслѣдуютъ на содержаніе сахара, бѣлка, а также производятъ микроскопическое изслѣдованіе осадка. Послѣдній получаютъ посредствомъ осажденія въ стаканѣ съ узкимъ дномъ или посредствомъ центрифугированія.

Иногда, особенно послѣ операцій, бываетъ важно опредѣлить, опорожнился-ли совершенно пузырь, или же тамъ имѣется еще *остаточная моча*; для этого заставляютъ большую помочиться, а потомъ катетеризируютъ ее.

2. *Ощупываніе.* Подобно маткѣ и другимъ органамъ полости живота, можно пузырь опупать обѣими руками; но пузырь прощупывается только въ томъ случаѣ, если онъ наполненъ, если въ немъ имѣются опухоли, или если стѣнки его утолщены.

Смѣщенія пузыря опредѣляются при зондированіи катетеромъ.

Наилучшимъ способомъ изслѣдованія является

3. *Цистоскопія.*

Инструментарій.

Изображенный на рис. 48 цистоскопъ годится для всякихъ цѣлей гинеколога, для осмотра пузыря и для катетеризаціи мочеочечниковъ. Ирригаціонный цистоскопъ, цистоскопъ съ вынимаемымъ оптическимъ приборомъ и

инструменты для двух мочеточниковых катетеров излишни. Короткий мочеиспускательный канал у женщины дает возможность без труда по желанію удалять и вводить катетеръ, что невозможно у мужчины. Если во время цистоскопирования оказывается нужнымъ промыть пузырь, такъ какъ содержимое его быстро мутнѣетъ, то это производится или черезъ каналъ мочеточниковаго катетера или удаляютъ инструментъ, промываютъ, а потомъ вновь вводятъ. Только въ томъ случаѣ, если уретра сужена, и введеніе цистоскопа причиняетъ боль, можно оставить цистоскопъ лежать.

Цистоскопъ (рис. 48) состоитъ изъ стержня, снабженнаго спереди небольшою лампочкой; сзади имѣется круглое окошечко, черезъ которое проникаютъ лучи свѣта и отклоняются подъ прямымъ угломъ находящейся въ стержнѣ приамой. Рядомъ съ окошечкомъ виденъ нѣсколько приподнятый рычажокъ, на которомъ лежитъ конецъ мочеточниковаго катетера. Въ покойномъ состояніи рычажокъ лежитъ въ плоскости стержня. Рычажекъ приводится въ движеніе винтомъ, находящимся въ нижней части стержня сбоку. Находящаяся на винтѣ заостренная четырехгранная палочка указываетъ на положеніе рычажка. Такимъ образомъ, винтъ и рычажекъ указываютъ направленіе верхушки катетера. Близко отъ винта стержень обхватывается щипцами, доставляющими электрической токъ для лампы. Стержень оканчивается воронкообразнымъ павильономъ, въ которомъ помѣщается окуляръ. На боковой сторонѣ павильона, гдѣ на другомъ концѣ стержня помѣщается лампа, находится маленькая пуговка. Положеніе послѣдней указываетъ на положеніе лампы, когда цистоскопъ находится въ пузырь.

На переднемъ краѣ инструмента имѣется наконечникъ, въ который вводится дважды свернутый мочеточниковый катетеръ; небольшой рычагъ открываетъ каналъ и не даетъ, такимъ образомъ, содержимому пузыря вытечь въ то время, когда катетеръ удаляютъ.

Оптическія основы цистоскопа изложены привать-доцентомъ д-ромъ Ringleb'омъ, а именно:

Цистоскопъ многіе сравниваютъ съ зрительной трубкой, имѣющей своей задачей представить глазу отдаленный предметъ подъ большимъ угломъ, напр., предметъ подъ угломъ W представить подъ угломъ W' , причѣмъ W' больше W . Обратное дѣйствіе зрительной трубы легко узнается, если смотрѣть обратно черезъ трубу: близко находящіеся предметы кажутся отодвинутыми далеко. Изобрѣтатель цистоскопа M. Nitze (род. въ 1848, умеръ въ 1906 году) преслѣдовалъ другую цѣль; онъ хотѣлъ узнать, что происходитъ въ пузырь, онъ хотѣлъ, слѣдовательно, прежде всего ориентироваться. Подобно тому, какъ плавающій на подводной лодкѣ долженъ былъ найти средство, которое помогало бы ему обнаруживать неприятельскіе корабли, такъ и врачъ долженъ былъ судить о внутренней поверхности пузыря, который онъ не могъ видѣть безъ цистоскопа. Трубки, которыя раньше вводили черезъ уретру въ пузырь (Bozzini, Desormeaux, Grünfeld друг.), давали возможность видѣть часть стѣнки пузыря, соответственно только диаметру трубки. Далѣе, врядъ ли всѣ части пузыря были доступны глазу. M. Nitze ¹⁾ съ самаго начала хотѣлъ видѣть большую поверхность стѣнки и изобрѣлъ при содѣйствіи оптика въ Берлинѣ L. Vèpèschè цистоскопическую систему, изображенную на рис. 49.

Эта оптическая система вставлена была въ цистоскопическій катетеръ, на кончикъ котораго имѣлась маленькая лампочка; впереди воронки съ окуляромъ находились контактные кольца, на которыя одѣвались щипцы для доставленія тока. Какъ видно изъ схематическаго рис. 49, цистоскопическая система Nitze состоитъ изъ объектива, изъ линзы въ срединѣ, дающей обратное изображеніе, и изъ окуляра; объективъ имѣлъ очень короткое фокусное разстояніе и давалъ весьма уменьшенное изображеніе стѣнки. Посредствомъ линзы это маленькое изображеніе отбрасывалось въ область окуляра.

Допустимъ, что какой-нибудь глазъ находится на мѣстѣ входнаго арчака, находящагося впереди объектива (рис. 49); верхушку стѣлки, представляющей подъ угломъ W , онъ видитъ внизу. Глазъ, смотрящій со стороны оку-

¹⁾ M. Nitze. Учебникъ цистоскопіи, ея техника и клиническое значеніе. Wiesbaden 1889. I. F. Bergmann, 8^o VIII, 329 стр. съ 6 табл. и 26 рис. въ текстѣ. См. также II изд. 1907.

ляра въ цистоскопъ, также видитъ верхушку стрѣлки внизу, такъ какъ дѣло идетъ здѣсь о мнимомъ изображеніи въ безконечности, на продолженіи выступающаго луча подъ угломъ W' . Такимъ образомъ, въ цистоскопѣ Nitze получается прямое изображеніе; нужно имѣть въ виду, что уголъ W' меньше угла W ; но слѣдствіемъ этого является, какъ это видно изъ сравненія съ вліяніемъ обратно дѣйствующаго увеличенія угла въ подзорной трубѣ, что передняя часть (близкія части пузыря) представляется въ значительно большихъ размѣрахъ, чѣмъ задняя часть (болѣе отдаленныя части пузыря).

Изъ соображеній цѣлесообразности M. Nitze помѣстилъ впереди системы небольшую призму, благодаря которой предметъ изображается въ обратномъ зеркальномъ видѣ.

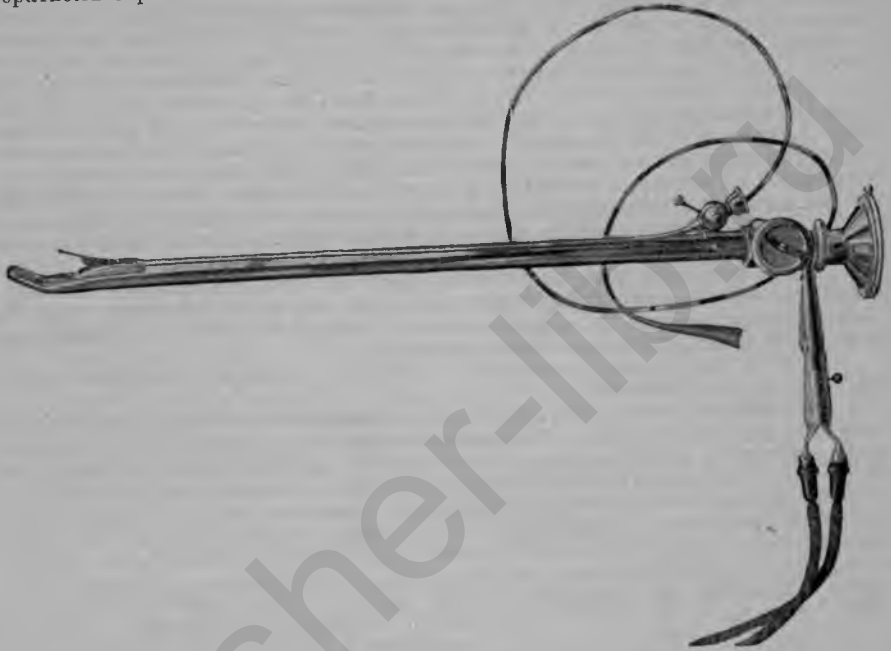


Рис. 48.

Какъ я выше уже говорилъ, Nitze прежде всего имѣлъ въ виду получить возможность ориентироваться въ пузырь; но въ послѣдніе годы развитіе цистоскопа пошло по другому направленію; цистоскопъ долженъ былъ не только показывать, что находится въ пузырь, но онъ долженъ былъ изображать части пузыря яснѣе и удобнѣе. Такимъ образомъ, цистоскопъ пересталъ быть ориентирующимъ инструментомъ, а приблизился къ тѣмъ, которые дѣлаютъ предметы болѣе ясными; принимая во вниманіе эту его задачу, можно дать ему слѣдующее опредѣленіе: *цистоскопъ имѣетъ своей задачей точку, находящуюся въ ограниченномъ мѣстѣ (въ небольшомъ пространствѣ пузыря) изобразить въ увеличенномъ видѣ въ безконечности*. Изъ этого опредѣленія слѣдуетъ, что цистоскопъ долженъ быть причисленъ къ слабымъ микроскопамъ. Такъ какъ содержимое пузыря состоитъ изъ раствора борной кислоты, то слѣдуетъ еще добавить, что этотъ слабый микроскопъ имѣетъ *или мерсонионный объективъ*.

Въ послѣднее время O. Ringleb¹⁾ при содѣйствіи Karl Zeiss'a въ Лейпъ ввелъ новую цистоскопическую систему, изображенную на рис. 50.

¹⁾ O. Ringleb. Цистоскопъ; оптическое и механическое устройство и его исторія. Leipzig 1910. Dr. Werner Klinkhardt, 8^o X. 194 стр. съ 98 рис. въ текстѣ.

Этой системой снабжены почти все имѣющіеся въ настоящее время въ продажѣ цистоскопы. Изображеніе, полученное отъ объектива, оборачивается посредствомъ двойной системы 2 раза, такъ что глазу, находящемуся впереди объектива, верхушка стрѣлы кажется внизу, а глазу, смотрящему въ окуляръ вверху. Если впереди этой системы помѣстить призму, употреблявшуюся Nitze, то обратное изображеніе окажется прямымъ, но все еще въ обратномъ видѣ, какъ въ зеркалѣ. Если же вмѣсто этой призмы примѣнять призму Amici, какъ это имѣетъ мѣсто въ новыхъ системахъ, то предметъ въ пузырьѣ изображается въ прямомъ видѣ. Благодаря многимъ извращеніямъ, цистоскопъ получаетъ одновременно съ этимъ значительно большую силу свѣта. Такъ какъ въ новыхъ цистоскопахъ диаметръ отверстія значительно больше, чѣмъ въ инструментахъ Nitze, то помощью этихъ новыхъ системъ можно изобразить болѣе

Система объективовъ.

Система для получения обратнаго изображения.

Система окуляровъ.

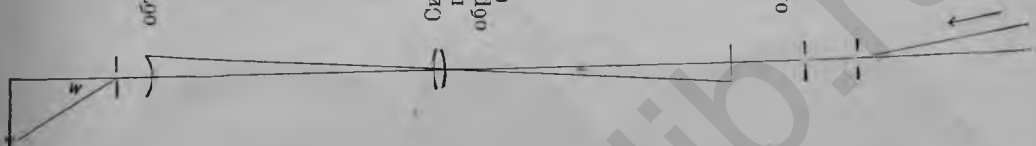


Рис. 49. Цистоскопическая система по М. Nitze.

Система объективовъ.

I система оборачиванія.

Промежуточн. коллективъ.

II система оборачиванія.

Система окуляровъ.

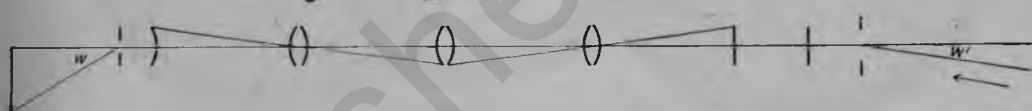


Рис. 50. Цистоскопическая система по O. Ringleb'y. Оба схематическихъ рис. представлены такъ, какъ будто примѣняютъ цистоскопъ черезъ подзорную трубу, т. е. безъ призмы, находящейся у входнаго отверстія и отклоняющей лучи подъ прямымъ угломъ.

мелкія части дна пузыря, чѣмъ это раньше имѣло мѣсто. Большую силу свѣта можно использовать также для значительно большаго увеличенія предметовъ черезъ окуляръ.

Благодаря новымъ цистоскопамъ, удалось получить лучшія фотографическія изображенія внутренней поверхности пузыря, чѣмъ это было до сихъ поръ. Рис. 52—60¹⁾ приводятъ нѣкоторыя фотограммы, взятая изъ недавно изданной книги²⁾.

Техника цистоскопiи.

Большую кладутъ на стулъ для изслѣдованія. Мочу выпускаютъ катетеромъ. Если она чиста, то пузырь сейчасъ же наполняютъ 150—250 куб. сант. 1% раствора борной кислоты или стерилизованной водой или еще лучше физиологическимъ растворомъ поваренной соли.

¹⁾ Цвѣтные рисунки см. въ таблицѣ.

²⁾ Fr. Fromme и O. Ringleb. Учебникъ цистофотографіи. Wiesbaden 1913. J. F. Bergmann, 80. VI. 86 стр. съ 29 рис. въ текстѣ и 7 фотограф. таблицами.

Если же моча мутна, то промываютъ пузырь до тѣхъ поръ, пока жидкость не вытекаетъ совершенно чистой. Если во время цистоскопiи содержимое пузыря быстро мутнѣетъ отъ примѣси крови или гноя и препятствуетъ, такимъ образомъ, осмотру слизистой оболочки, то можно примѣнять ирригационный цистоскопъ, черезъ который впускаютъ и выпускаютъ жидкость, не вынимая цистоскопа, или промываютъ черезъ каналъ мочеточниковаго катетера.

Раньше, чѣмъ ввести цистоскопъ въ пузырь, слѣдуетъ его вытереть кускомъ ваты съ алкоголемъ.

Въ виду гладкихъ стѣнокъ инструмента, такая дезинфекцiя является достаточной. Если ей не довѣряютъ, то примѣняютъ крѣпкіе растворы карболовой кислоты, или цистоскопъ сохраняютъ въ длинныхъ стеклянныхъ сосудахъ, въ которыхъ имѣются таблетки формалина; пары послѣдняго стерилизуютъ инструментъ. Чтобы сдѣлать цистоскопъ скользкимъ и его введеніе безболѣзненнымъ, его погружаютъ въ глицеринъ.

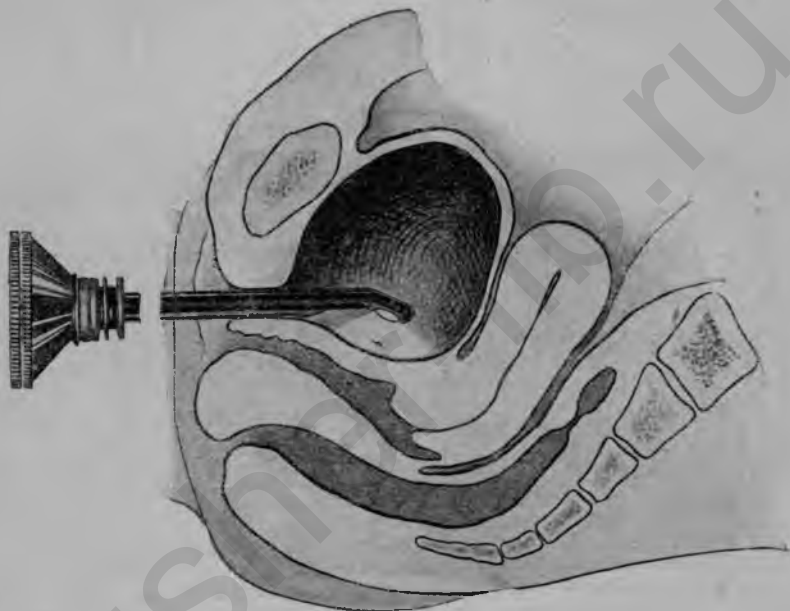


Рис. 51. Положеніе цистоскопа въ пузырь при осмотрѣ дна пузыря.

Раньше, чѣмъ ввести его, включаютъ посредствомъ штепселя токъ и пробуютъ, хорошо ли горитъ лампа. Послѣ этого вводятъ клювъ цистоскопа вмѣстѣ съ лампочкой и призмой въ уретру и частью въ пузырь. При осмотрѣ пузыря прежде всего замѣчаютъ на верхушкѣ пузыря пузырекъ воздуха, попавшій туда при наполненіи пузыря. Повернувъ цистоскопъ на 180° , осматриваютъ дно пузыря (рис. 51). Послѣ этого отыскиваютъ устья мочеточниковъ, для каковой цѣли поворачиваютъ окошечко цистоскопа въ сторону по направленію къ устью мочеточника. Положеніе окошечка опредѣляютъ по пуговкѣ на окулярѣ. Для того, чтобы обнаружить устье мочеточника, необходимо проталкивать цистоскопъ впередъ или назадъ или нѣсколько его приподымать и опускать. Отверстіе мочеточника часто находится въ видѣ щели на валикѣ, а часто его удается опредѣлить по расположенію сосудовъ, какъ это видно на рис. 52 (см. таблицу). Сосуды не доходятъ до самаго отверстія, а оставляютъ болѣе бѣдную сосудами зону, *кайму устій* (Mündungssaum) рис. 54. Нашедши одно устье мочеточника, поворачиваютъ цистоскопъ симметрично въ другую сторону, гдѣ нетрудно уже обнаружить устье второго мочеточника. Если разсматривать устья мочеточниковъ въ теченіе нѣкотораго времени, то можно замѣтить движенія пузырной стѣнки вблизи ихъ. Мочеточниковый валикъ нѣсколько при-



Рис. 52. Устье мочеточниковъ съ сосудами (венами).



Рис. 56. Циститъ.



Рис. 57. Буллезный отекъ.



Рис. 58. Туберкулезный циститъ.



Рис. 63. Цистоскопическая картина папилломы пузыря.



Рис. 163. Цистоскопическая картина рака шейки, пронизавшаго пузырьную стѣнку. Циститъ, буллезный отекъ.

подымается, устье расширяется, открывается на подобіе рта рыбы, и струя мочи вливается водоворотомъ въ пузырь.

Нашедши и осмотрѣвъ оба устья мочеточниковъ, освѣщаютъ остальную часть пузыря; для того, чтобы осмотрѣть всю слизистую оболочку, необходимо поступать при этомъ систематически; осмотрѣвъ, напр., лѣвое устье мочеточника, вытягиваютъ цистоскопъ назадъ до тѣхъ поръ, пока не покажется темнокрасный край внутренняго отверстія уретры; послѣ этого снова проталкиваютъ цистоскопъ впередъ, пока онъ не натолкнется на стѣнку пузыря. Проталкивая такимъ образомъ впередъ и выдвигая назадъ цистоскопъ,



Рис. 53. Развѣтвленіе венъ съ маленькими артеріями. (Фотогр. изображение).



Рис. 54. Устье мочеточника, лежащее на валикѣ. Кайма устья Waldyeuerga, вены. (Фотогр. изображение).

его поворачиваютъ слѣва направо въ направленіи часовой стрѣлки до тѣхъ поръ, пока не дойдутъ до дна пузыря. Такимъ путемъ ни одно мѣсто пузырярной стѣнки не ускользнетъ отъ осмотра. Если желательно точнѣе осмотрѣть нѣкоторыя части слизистой оболочки, то лампочку и входное отверстіе цистоскопа ближе придвигаютъ къ стѣнкѣ пузыря.

Слизистая оболочка, въ зависимости отъ степени наполненія сосудовъ и распредѣленія ихъ подъ слизистой оболочкой, выглядит *цистоскопически* различно; окраска ея мѣняется отъ блѣднорозоваго до насыщенно краснаго цвѣта. Видимые сосуды—это главнымъ образомъ широкія вены, сопроваждающія тонкія артеріи; иногда сосуды образуютъ на боковыхъ, задней и верхней стѣнкахъ пузыря звѣздообразныя фигуры. Особенно многочисленны сосуды въ *trigonum* у выхода пузыря и вокругъ устій мочеточниковъ.

Если желательно отдѣльно получить мочу изъ почекъ или изслѣдовать состояніе и направленіе мочеточниковъ, то послѣдніе катетеризуются. Для этой цѣли пользуются выше приведеннымъ инструментомъ. Отыскиваютъ мочеточниковый сосочекъ, проталкиваютъ впередъ мочеточниковый катетеръ, конецъ котораго направляется вышеописаннымъ рычаговымъ приспособленіемъ, до тѣхъ поръ, пока онъ не дойдетъ до устья, въ которое и вводится. На рис. 55 приведено фотографическое изображение катетера, находящагося въ мочеточникѣ.

Не всегда, однако, удается, несмотря на упражненія, найти мочеточникъ, потому что они лежатъ скрытыми въ склад-



Рис. 55. Мочеточниковый катетеръ лежитъ въ мочеточникѣ. (Фотогр. изображение).

как слизистой оболочке, или они очень малы; иной раз их скрывает опухшая и сильно покрасневшая слизистая оболочка. В этих случаях можно их сделать видимыми, если, по совету Völkeга и Josepha, окрасить вытекающую из них струю мочи. Впрыскивают больной под кожу, лучше всего в области ягодиц 20 куб. сант. 5% раствора carmini saeugulei; через 10—20 минут появляется из устья мочеоточника окрашенная в синий цвет струя мочи.

Цистоскопия, правильно и умело произведенная, не причиняет никакой боли. Все же попадаются очень чувствительные особы, или больной пузырь дѣлает эту операцию болезненной; в этих случаях впрыскивают за $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа до операции подкожно 0.04 пантопона и 0.0004 скополамина, чѣм достигается достаточная анестезия.

Далѣе, слѣдует еще упомянуть о непосредственной цистоскопии по Kelly. В кольбно-локтевомъ положеніи больной вводитъ въ пузырь тонкое цилиндрическое зеркало и освѣщаютъ слизистую оболочку лампой, одѣваемой на голову. Этимъ способомъ удастся осмотрѣть только небольшія поверхности пузыря и далеко не такъ ясно, какъ помощью описанныхъ цистоскоповъ.

Причины катарра мочевого пузыря.

Катарръ мочевого пузыря бываетъ всегда *инфекціоннаго* происхожденія, т. е. бактеріи попадаютъ въ пузырь, гдѣ вызываютъ воспаленіе; но здоровая слизистая оболочка пузыря проявляетъ большую сопротивляемость противъ бактерійной инфекціи, и если циститъ все же вызывается бактеріями, то здѣсь значительную роль играетъ *предрасположеніе*. Бактеріи, вызывающія циститъ, могутъ быть самыми разнообразными: bacterium coli, стафилококки, стрептококки, тифозная и туберкулезная палочки; однѣ бактеріи, однако, не вызываютъ еще воспаленія; онѣ производятъ дѣйствіе лишь послѣ того, какъ подготовлена была почва, т. е. если стѣнка пузыря предрасположена къ инфекціи. Къ такому *предрасположенію* относится прежде всего *недостаточное опорожненіе* пузыря. Послѣ мочеиспусканія остается въ пузырь моча, которая разлагается: раздражаетъ стѣнку пузыря и подготавливаетъ, такимъ образомъ, почву для бактерій. Эта такъ называемая *остаточная моча* имѣется при смѣщеніяхъ пузыря вслѣдствіе опухолей, при выпаденіи, когда пузырь вмѣстѣ съ выпавшей влагалищной стѣнкой образуетъ выступъ книзу, далѣе послѣ гинекологическихъ операцій, когда нарушена иннервація пузыря, и больныя теряютъ ощущеніе опорожненнаго пузыря. Такое же состояніе можетъ развиваться и послѣ родовъ.

Другіе предрасполагающіе моменты суть: *разстройство питанія стѣнки пузыря*, какъ это наблюдается преимущественно у старухъ. Катарръ пузыря можетъ также произойти, если лежащая позади него вколоченная матка препятствуетъ опорожненію пузыря, если моча отходитъ только каплями, или если въ *пузырь находятся постороннія тѣла*, введенныя больными съ цѣлью онанизма, напр., головныя шпильки, карандаши и т. д.

Абсцессы по соосѣдству съ пузырями, особенно въ параметріи, также могутъ вскрыться въ пузырь и вызвать катарръ его. Послѣдній можетъ быть вызванъ также *каломъ*, если абсцессъ вскрывается одновременно въ пузырь и кишку и соединяетъ вмѣстѣ оба органа. Упорный и опасный катарръ пузыря происходитъ *послѣ операцій*, при которыхъ пузырь отдѣленъ отъ своей подкладки и лишенъ своихъ естественныхъ соединеній, особенно послѣ брюшныхъ операцій рака. Питаніе стѣнки пузыря въ этихъ случаяхъ настолько нарушено, что бактеріи, проникшія туда

через пузырную стѣнку или введенныя катетеромъ, не встрѣчаютъ должнаго сопротивленія. Что введеніе *нечистаго катетера* можетъ вызвать образованіе цистита, понятно само собою; но для этого должно быть предрасположеніе. Циститъ можетъ образоваться также *сверху*, т. е. если моча, содержащая бактеріи, попадаетъ въ пузырь изъ почечныхъ лоханокъ. Характернымъ примѣромъ является *туберкулезный циститъ*, вызываемый такимъ же заболѣваніемъ почекъ и почечныхъ лоханокъ.

Катарръ мочевого пузыря выражается прежде всего *припуханіемъ и покраснѣніемъ слизистой оболочки*, но не сразу всей, а часто только на днѣ пузыря. Отдѣльные сосуды сглаживаются, въ слизистой оболочкѣ часто имѣются небольшія кровоизліянія (петехіи); сама оболочка окрашена въ ярко-красный цвѣтъ. Если воспалительный процессъ постепенно проходитъ, то припухлость слизистой оболочки исчезаетъ, снова ясно видны сосуды, число ихъ увеличено, кромѣ того, они извилисты и утолщены. Такая картина обнаруживается въ началѣ заболѣванія въ болѣе легкихъ случаяхъ цистита, какъ это видно на рис. 56.



Рис. 59. Туберкулезный циститъ (фотогр.). Слизистая оболочка припухла. Сосуды неясны. Туберкулезные узелки видны, какъ бѣлыя пятна. Нѣсколько язвъ.



Рис. 60. Пузырь съ переключи-нами (фотогр.).

Если циститъ вызывается находящимся по сосѣдству абсцессомъ, или если ракъ шейки или влагалища перешелъ на стѣнку пузыря, то обнаруживаются, кромѣ красноты и припуханія слизистой оболочки, еще бугристыя, частью имѣющія видъ стекла, тѣсно сидящія другъ около друга припухлости; это состояніе называется *буллезной отечностью*.

Туберкулезный циститъ даетъ другую цистоскопическую картину. И здѣсь слизистая оболочка красна и опухла, но на ней находятся еще маленькіе узелки (туберкулезные узелки) бѣлаго цвѣта. Распавшись, они образуютъ небольшія язвы, сидящія въ слизистой оболочкѣ на подобіе корытообразныхъ углубленій (рис. 58 и 59).

При очень тяжеломъ гнойномъ катаррѣ имѣются фибринозно-гнойные клочья, слизистая оболочка утолщена и обнаруживаетъ кровоизліянія. *Вся стѣнка пузыря* можетъ оказаться пораженной; въ этомъ случаѣ она утолщена и плотна, а пузырь оцупывается въ видѣ плотнаго мѣшка.

При продолжительной задержкѣ и разложеніи могутъ образоваться *весьма тяжелыя измѣненія*, какъ это наблюдалось когда-то чаще, а теперь также при *retroflexio uteri gravidi incarcerata*. Слизистая оболочка можетъ при этомъ совершенно отдѣлиться, стѣнка пузыря омертвѣваетъ, образуются дефекты ея, и моча изливается въ брюшную полость, вызывая септическое зараженіе и смерть.

Какъ объ особомъ состояніи пузыря, слѣдуетъ еще упомянуть о пузырьѣ съ перекладинами (рис. 60); мышцы въ стѣнкѣ пузыря выступаютъ въ видѣ перекладинъ. Такое состояніе развивается послѣ продолжительнаго задержанія мочи, а также послѣ излеченія долго продолжавшагося цистита.

Характеръ мочи зависитъ отъ степени воспаления. Реакція мочи при циститѣ *щелочная*, исключая *туберкулезнаго* воспаления пузыря, при которомъ моча обнаруживаетъ кислую реакцію. Моча при циститѣ содержитъ гнойныя тѣльца, бактеріи и кровь. Степень примѣси этихъ составныхъ частей зависитъ отъ тяжести заболѣванія. Бываютъ, однако, случаи, въ которыхъ, несмотря на ясно выраженный циститъ, особенно если послѣдній развился на почвѣ недостаточнаго опорожненія пузыря, т. е. вызванъ *остаточной мочей*, свѣже выпущенная моча совершенно чиста и только въ концѣ мочеиспусканія выдѣляется густая, содержащая гной моча.

Симптомы и распознаваніе.

Явленія катарра мочевого пузыря различны, въ зависимости отъ степени и продолжительности заболѣванія. Симптомы остраго цистита слѣдующіе: ощущеніе давленія, боль въ области пузыря, ощущеніе жженія при мочеиспусканіи, частые позывы на мочу и тенезмы. Часто больныя при очень сильной боли выдѣляютъ только нѣсколько капель мочи. Даже при пустомъ пузырьѣ не прекращаются ощущеніе полноты и позывы на мочу. *Лихорадка* рѣдко наблюдается, даже при сильномъ катаррѣ. Въ зависимости отъ степени заболѣванія, моча бываетъ мутной или гнойной, она можетъ также стать вонючей вслѣдствіе разложенія. Моча, содержащая много крови, имѣетъ коричневатый цвѣтъ; въ мочѣ могутъ быть также куски слизистой оболочки, отходящія съ сильной болью. При *хроническомъ* циститѣ часто имѣются только учащенные позывы, хотя характеръ мочи указываетъ на очень тяжелыя измѣненія слизистой оболочки. Ясно выраженная боль отсутствуетъ, а при циститѣ послѣ операций могутъ, кромѣ мутной мочи, отсутствовать всѣ клиническія явленія: боль, частые позывы и ощущеніе жженія.

Распознаваніе цистита по вышеприведеннымъ признакамъ не трудно. Точное изслѣдованіе мочи обязательно. Для точнаго діагноза необходимо анамнеза, т. е. разсказа больнаго о своихъ страданіяхъ; необходимо опредѣлить реакцію и морфологическія составныя части мочи; послѣдняя центрифугируется или осаждается въ стаканѣ, а осадокъ изслѣдуется микроскопически. Цѣлесообразно выдѣлить мочу въ 2 порціяхъ, еще лучше выпустить мочу катетеромъ, ибо къ мочѣ, выпускаемой самой больной, могутъ быть примѣшаны слизь и выдѣленія изъ влагалища, богатыя лейкоцитами. При остромъ катаррѣ пузыря ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ цистоскопировать, потому что болѣзнь можетъ быть распознана и на основаніи клиническихъ явленій и изслѣдованій мочи, а цистоскопированіе при остромъ катаррѣ чрезвычайно болѣзненно. Только въ

хроническихъ случаяхъ и при невозможности діагносцировать болѣзнь на основаніи клиническихъ явленій и анализѣ мочи, нужно прибѣгнуть къ цистоскопированію.

Л е ч е н і е.

Профилактика катарра мочевого пузыря. Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ имѣется предрасположеніе къ циститу, нужно всѣми средствами слѣдить за тѣмъ, чтобы въ пузырь не проникли бактеріи. Прежде всего нужно быть осторожнымъ при *катетеризаціи*. Для пузыря женщины больше всего подходятъ стеклянные катетеры, легко поддающіеся чисткѣ, вывариванію и стоящіе недорого. Стеклянный катетеръ долженъ имѣть въ длину не больше 20—25 сант. (рис. 61). Конецъ его не очень изогнуть, а кончикъ тщательно округленъ, дабы онъ не могъ поранить слизистую оболочку. Раньше, чѣмъ ввести свѣже вываренный или сохранившійся въ дезинфицирующей жидкости катетеръ, обмываютъ дезинфицирующей жидкостью отверстіе уретры. Если необходимы болѣе частыя катетеризаціи, то рекомендуется производить съ профилактической



Рис. 61.

цѣлью промыванія пузыря, которыми удаляютъ попавшія туда микроорганизмы. Далѣе, для профилактическихъ цѣлей нужно слѣдить, чтобы послѣ мочеиспусканія не оставалась въ пузырь моча. Особенно нужно за этимъ слѣдить у оперированныхъ; въ противномъ случаѣ, пузырь не опорожняется, и больная объ этомъ не знаетъ. Цѣлесообразно поэтому, особенно послѣ большихъ гинекологическихъ операцій, одинъ разъ въ день производить катетеризацію пузыря съ цѣлью удаленія остаточной мочи.

При катаррѣ мочевого пузыря примѣняютъ *внутреннее* и *мѣстное леченіе*. При всѣхъ формахъ *острого цистита* необходимъ *постельный покой*. Въ болѣе легкихъ случаяхъ, сопровождающихся незначительными симптомами, небольшой мутностью мочи и незначительной болѣзненностью безъ тенезовъ, можно ограничиться уложеніемъ больной въ постель и назначеніемъ ей обильнаго питья, а именно молока и минеральной воды Vichy, Wildunger, Helenenquelle, Wernarzer и Fachingen. Если этими средствами явленія цистита не устраняются, то назначаютъ внутрь уротропинъ 3 раза въ день по 1—2 таблетки, гексаль въ такой же дозѣ или салолъ по 1.0, 2—3 раза въ день. При гонорройномъ катаррѣ рекомендуется гонозанъ по 3—4 капсулы въ день. Въ качествѣ настоя, рекомендуются folia uvae ursi и плоды шиповника. Всѣ эти средства разжижаютъ и дезинфицируютъ мочу.

При сильныхъ боляхъ приходится примѣнять симптоматическія

болеутоляющія средства: на область пузыря кладутъ горячія припарки изъ льняного сѣмени, термофоръ или пузырь съ горячей водой; кромѣ того, назначаютъ свѣчки изъ *extr. opii 0.02* или *pantron. 0.02*, *extr. belladonn. 0.01*, *butyr., sacao 2.0*, 2—3 раза въ день.

Въ тяжелыхъ случаяхъ нельзя довольствоваться внутреннимъ леченіемъ, и приходится прибѣгать къ *мѣстному*. Въ случаѣ сильного раздраженія стѣнки пузыря, вызваннаго остаточной мочей, и въ случаѣ болей, давленія внизъ, учащенныхъ позывовъ и ощущенія жженія, чудесное дѣйствіе оказываетъ часто промываніе пузыря. Промываютъ дезинфицирующей жидкостью, а именно, 2—4% растворомъ борной кислоты при 36—38° Ц. Борная кислота является наилучшимъ и наименѣе вреднымъ дезинфицирующимъ средствомъ. Промываніе производится слѣдующимъ образомъ: на стеклянный катетеръ (рис. 61) одѣваютъ небольшую резиновую трубку длиной въ 20—30 сант. Эта небольшая резиновая трубка соединяется посредствомъ небольшой конусообразной стеклянной трубки съ длинной резиновой трубкой, соединенной съ воронкой емкостью въ 150—200 грам. Дезинфицирующую жидкость пропускаютъ черезъ воронку въ пузырь, удаляютъ стеклянную соединительную трубку и выпускаютъ жидкость. Это наиболѣе простой и надежный способъ для промыванія пузыря, лучший, чѣмъ промываніе катетеромъ съ двойнымъ токомъ, при которомъ большая часть жидкости вытекаетъ обратно раньше, чѣмъ она обмоетъ стѣнку пузыря. Вводятъ жидкость до тѣхъ поръ, пока больная не почувствуетъ давленія. По мѣрѣ улучшенія состоянія пузыря, увеличивается и емкость пузыря. Не во всѣхъ случаяхъ, однако, промыванія пузыря даютъ достаточные результаты, особенно они отсутствуютъ при продолжительныхъ и очень упорныхъ катаррахъ съ обширными измѣненіями слизистой оболочки, а также при наличности сильной боли. Въ этихъ случаяхъ рекомендуется предложенный Kolischer'омъ способъ. Въ упорныхъ случаяхъ рекомендуется примѣненіе *arg. nitr.* или протаргола; такъ какъ, однако, эти средства вызываютъ сильное раздраженіе, то ихъ назначаютъ въ сильномъ разведеніи 1:2—4000, чѣмъ уменьшается, однако, ихъ цѣлебное дѣйствіе. Для того, чтобы имѣть возможность примѣнять болѣе крѣпкіе растворы, Kolischer предложилъ сдѣлать пузырь выносимымъ къ *arg. nitr.* Для этого впрыскиваютъ въ пузырь посредствомъ поршневого шприца съ длиннымъ, похожимъ на катетеръ, наконечникомъ 15—20 куб. сант. сезамоваго масла, въ которомъ имѣется 10% взвѣсъ дезинфицирующаго порошка (ксероформа, айрола, дерматол). Эти впрыскиванія готовятъ пузырь къ воспринятію *arg. nitr.* и производятся, въ зависимости отъ тяжести случая, 6—8—20 дней подрядъ. При болѣзненномъ циститѣ эти впрыскиванія дѣйствуютъ болеутоляющимъ образомъ. Послѣ этого можно безъ всякихъ опасеній вводить въ пузырь болѣе крѣпкіе растворы ляписа. Сначала вводятъ наибольшимъ поршневымъ шприцемъ съ похожимъ на катетеръ наконечникомъ $\frac{1}{2}$ % растворъ, причемъ начинаютъ съ 1—2 куб. сант. Послѣ этого увеличиваютъ концентрацію и количество до 5% и 10 куб. сант. Эти инъекціи производятся черезъ день; они излечиваютъ въ 2—3 недѣли даже упорный циститъ.

Очень упорные циститы, не уступающіе всѣмъ этимъ средствамъ, излечиваются длительнымъ дренажемъ пузыря; для этой цѣли вводятъ

катетеръ въ пузырь и держать, такимъ образомъ, послѣдній пустымъ. Для этого особенно годится копытообразный катетеръ Skene (рис. 62).

Это изогнутая стеклянная трубка, конецъ которой расширенъ на подобіе копыта; толстый конецъ препятствуетъ выпаденію катетера, котораго не нужно поэтому особенно укрѣплять. Такъ какъ онъ лежитъ въ пузырьѣ только толстымъ концомъ, то онъ давленіемъ не вызываетъ никакихъ явленій раздраженія, неизбѣжныхъ при употребленіи другихъ катетеровъ, особенно резиновыхъ.

Раньше, чѣмъ ввести катетеръ, промываютъ пузырь; такія промыванія рекомендуется дѣлать также нѣсколько разъ въ день, дабы катетеръ не закупорился. Трубка, наружный конецъ которой укрѣпленъ, опускаютъ въ стеклянную посуду, находящуюся между ногами больной и такимъ образомъ собираютъ мочу.

Недостатокъ длительного дренажа пузыря заключается въ томъ, что послѣ излеченія цистита пузырь сморщивается. Такъ какъ онъ никогда не бываетъ полнымъ, то онъ стягивается и теряетъ способность сохранять мочу (*сморщенный пузырь*); въ этихъ случаяхъ приходится, часто наполняя пузырь, его снова приучить къ этой функции.

Если циститъ настолько упоренъ, что не излечивается и длительнымъ дренажемъ, то вскрываютъ пузырь. Дѣлаютъ разрѣзъ со стороны влагалища и производятъ, такимъ образомъ, искусственный пузырновлагалищный свищъ. Можно, конечно, сдѣлать разрѣзъ и черезъ брюшные покровы, т. е. произвести высокое сѣченіе, но эта операція не безопасна, такъ какъ больная стѣнка пузыря плохо заживаетъ, и остается свищъ пузыря.

Если ни одно изъ этихъ средствъ не помогаетъ, то приходится усомниться въ правильности діагноза; необходимо обратить вниманіе, не поддерживается ли катарръ пузыря гнойной мочей, попадающей изъ почекъ въ пузырь. Особенно это относится къ *туберкулезу почекъ*. Слѣдуетъ особенно подчеркнуть, что провѣрка діагноза особенно необходима, если имѣется въ виду произвести разрѣзъ пузыря.

Образованіе камней и постороннія тѣла въ пузырьѣ.

Ядро камня состоитъ у женщины въ большинствѣ случаевъ изъ посторонняго тѣла, вокругъ котораго отлагаются кристаллы щавелекислаго кальція или фосфорнокислой амміакмагнезій. Камни въ болѣе тѣсномъ смыслѣ слова, образующіе настоящую каменную болѣзнь, встрѣчаются у женщины значительно рѣже, чѣмъ у мужчины, главнымъ образомъ потому, что короткая и широкая уретра у женщины пропускаетъ небольшіе камешки и не даетъ, такимъ образомъ, возможности образоваться большимъ камнямъ.

Постороннія тѣла, вокругъ которыхъ отлагаются соли, образуя большіе камни, суть прежде всего лигатуры, попадающія туда изъ сосѣднихъ частей послѣ операціи или находящіяся въ самомъ пузырьѣ послѣ зашиванія отверстій въ немъ; только неразсасывающійся мате-



Рис. 62.

риаль, шелкъ, сिल्квормъ и нити образуетъ ядро для камня; тотъ же, кто употребляетъ расасывающійся катгутъ, никогда не будетъ наблюдать образованія камня.

Далѣе, отломанные куски катетера и другія постороннія тѣла, вводимыя въ пузырь по неосторожности или съ цѣлью онанизма, могутъ быть причиной образованія камня (головныя шпилки, карандаши, ручка для пера, соломинка). Далѣе, камни могутъ образоваться въ дивертикулахъ пузыря (рис. 69); на краяхъ такихъ дивертикулъ опухаетъ слизистая оболочка, образуетъ небольшія разрощенія, служащія ядромъ для камня.

Камни вызываютъ раздраженіе и воспаленіе пузыря со всѣми его симптомами; камень можетъ также заложить уретру и препятствовать мочеиспусканію.

Распознаваніе бываетъ обыкновенно легкимъ. Большіе камни можно прощупать при изслѣдованіи обѣими руками, ихъ можно также прощупать зондомъ и обнаружить цистоскопией.

Камни должны быть удалены. Большинство ихъ удаётся раздавить корнцангомъ, послѣ чего кусочки удаляются промываніемъ. Въ случаяхъ, въ которыхъ имѣется сплошная инкрустація пузырной стѣнки, послѣдняя соскабливается кюреткой. Такъ какъ послѣ этого появляется обыкновенно сильное кровотеченіе, то пузырь промываютъ ледянымъ растворомъ борной кислоты, къ которому прибавляютъ нѣсколько капель адреналина.

Большіе камни удаляются посредствомъ *sectio alta*. Неоднократно предлагавшійся разрѣзъ черезъ влагалище имѣетъ много отрицательныхъ сторонъ, а именно, воспаленная стѣнка пузыря, какъ это обычно имѣетъ мѣсто при камняхъ, плохо заживаетъ. Образуется трудно закрываемый свищъ; разрѣзъ же брюшныхъ покрововъ заживаетъ обыкновенно первично.

Расширеніе уретры на толщину пальца, съ цѣлью изслѣдовать пузырь и удалить камень черезъ уретру, не рекомендуется. Очень часто остается недержаніе мочи, трудно устранимое.

Леченіе только что попавшихъ въ пузырь постороннихъ тѣлъ то же, что и камней. Они удаляются, если это возможно, безъ предварительнаго расширенія черезъ уретру корнцангомъ или щипцами, или посредствомъ разрѣза пузыря. Если стѣнка пузыря здорова, то разрѣзъ производятъ черезъ влагалище, ибо немедленное наложеніе швовъ даетъ возможность рассчитывать на несомнѣнное излеченіе.

Опухоли мочевого пузыря.

Наиболѣе частой опухолью пузыря является *papilloma vesicae*, ошибочно называемая также ворсинчатымъ ракомъ; гистологически и клинически она не имѣетъ, однако, ничего общаго съ ракомъ.

Опухоль находится обыкновенно на днѣ пузыря и характеризуется ворсинками. Величина ея различна и колеблется отъ величины горошины до кулака мужчины; рис. 63 (см. табл.) и 64 изображаютъ въ цистоскопической картинѣ большую папиллomu, удаленную посредствомъ *sectio alta*.

Микроскопически папиллома состоитъ изъ нѣжной богатой сосудами соединительной ткани, на которой находится многослойный цилин-

дической эпителий; рис. 65 дает характерный вид доброкачественной папилломы.

Клинически папиллома выражается появлением кровавой мочи. Кровотечение не постоянно; оно отсутствует в течение больше или меньше продолжительного времени, а потом снова появляется на короткое или продолжительное время. Если ворсинки лежат впереди отверстия уретры, то они затрудняют мочеиспускание; последнее внезапно прекращается.

Боли редко наблюдаются. Опухоль не вызывает образования цистита, развѣ только если нечистой катетеризацией опухоль инфицируется.

Распознавание. Больше значительныя папилломы прощупываются при тонких брюшных стѣнкахъ, меньшіе же распознаются посредствомъ цистоскопіи.

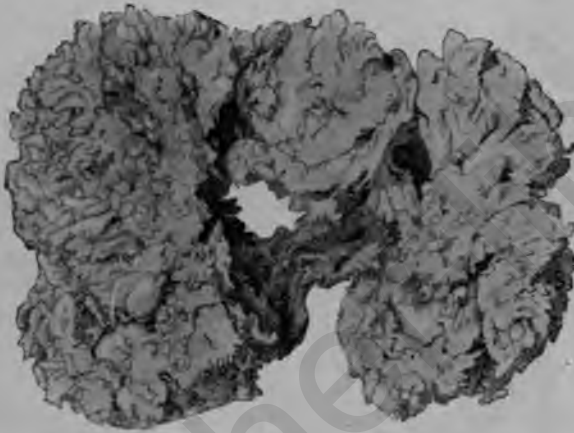


Рис. 64. Папиллома пузыря, удаленная посредствомъ *sectio alta*. (Естеств. вел.).

Лечение состоитъ въ удаленіи опухоли. Небольшія опухоли можно безъ труда удалить подъ контролемъ глаза посредствомъ операционныхъ цистоскоповъ. Помощью этихъ инструментовъ накладываютъ вокругъ основанія опухоли проволочную петлю, которой и отщипываютъ папиллому. Въ случаѣ кровотечения промываютъ пузырь ледянымъ растворомъ борной кислоты, къ которому прибавляютъ нѣсколько капель адrenalina.

Больше значительныя опухоли удаляются посредствомъ операциіи *sectio alta*, которая одна только и является надежной. Не слѣдуетъ вскрывать пузырь со стороны влагалища, во-первыхъ, потому, что мѣсто недостаточно, и во-вторыхъ, потому, что кровотечение мѣшаетъ видѣть. Расширеніе уретры, вхожденіе пальцами въ пузырь съ цѣлью удаленія опухоли неправильно, главнымъ образомъ потому, что слѣдствіемъ такого расширенія является недержание мочи.

Для операциіи *sectio alta* большую кладутъ высоко и разрѣзаютъ кожу живота, также и фасцію поперечно надъ симфизомъ; между обѣими прямыми и пирамидальной мышцами проводятъ продольный разрѣзъ; нѣтъ надобности поперечно перерѣзать мышцы. Послѣ этого вскрываютъ пузырь по катетеру, введенному черезъ уретру. Опухоль удаляютъ, ложе

ея зашиваютъ катгутомъ, потомъ закрываютъ пузырь и брюшные покровы; въ пузырь вводятъ на 8—10 дней катетеръ.

Описаны и другія чрезвычайно рѣдко встрѣчающіяся опухоли, а именно, саркома, фиброміома, міома, ангиома и хондрома.

Очень скверной болѣзнью является *ракъ пузыря* не потому, что онъ злокачественнѣе раковыхъ опухолей на другихъ мѣстахъ, а потому, что онъ мало доступенъ для операціи.

Раковыя опухоли наблюдаются въ различныхъ формахъ, а именно, въ видѣ капиллярныхъ, узловыхъ, шарообразныхъ, а также опухолей, вызывающихъ сплошную инфильтрацію стѣнки. Отъ этихъ раковыхъ опухолей слѣдуетъ отличать новообразованія, перешедшія на пузырь съ другихъ органовъ, съ матки и влагалища.



Рис. 65. Папиллома пузыря.

Симптомы рака суть: кровоточенія, боли, явленія цистита и кахексія.

Если возможно, то опухоли удаляютъ. Для этого годится только одинъ путь черезъ брюшные покровы. Общее правило для операціи рака состоитъ, какъ извѣстно, въ томъ, чтобы удалить возможно больше здоровой ткани, но это встрѣчаетъ затрудненіе въ случаяхъ, въ которыхъ поражена значительная часть стѣнки пузыря, такъ какъ необходимо резецировать мочеточники. Если можно удалить столько, чтобы остался небольшой пузырь, то вшиваютъ мочеточники; въ одномъ случаѣ я достигъ хорошихъ результатовъ. Если оказывается нужнымъ резецировать одинъ только мочеточникъ, то *одна* имплантація значительно упрощаетъ операцію и даетъ болѣе надежный результатъ.

Что же дѣлать, если необходимо удалить весь пузырь? Въ этихъ случаяхъ вшиваютъ мочеточники въ кишечникъ или въ влагалище. Почти во всѣхъ такихъ случаяхъ образовались, вслѣдствіе восходящей инфекции, пиелитъ и пиелонефритъ, отъ которыхъ больныя погибли.

П Р И Б А В Л Е Н І Е.

П і э л и т ь.

Подъ піэлитомъ понимаютъ воспаленіе почечной лоханки, а о піэло-нефритѣ говорятъ, если почечная ткань также принимаетъ участіе въ воспалительномъ процессѣ. Гинекологу приходится нерѣдко имѣть дѣло съ этимъ заболѣваніемъ. Піэлитъ развивается черезъ посредство кровеносныхъ сосудовъ, доставляющихъ бактеріи къ почечнымъ лоханкамъ, или переходитъ съ пузыря. Въ большинствѣ случаевъ воспаленіе вызывается *bacterium coli*, но также стафилококками и стрептококками. Особенно часто піэлитъ наблюдается во время беременности; онъ чаще всего бываетъ одностороннимъ, а именно, на правой сторонѣ.

Клиническія явленія весьма различны, въ зависимости отъ степени заболѣванія, и колеблются отъ простого выдѣленія бактерій изъ почечной лоханки (бактеріурія) безъ явленій раздраженія до тяжелаго гнойнаго воспаления съ общей инфекціей организма.

Въ тяжелыхъ случаяхъ характерными для болѣзни являются болѣзненность, высокая температура, ознобъ, тяжелое разстройство общаго состоянія и выдѣленіе густой, гнойной мочи. Въ легкихъ случаяхъ наблюдается лихорадка ремиттирующаго типа; температура по утрамъ нормальная, а вечеромъ достигаетъ 38°—40°. Пульсъ мало измѣненъ. Въ области почки имѣется болѣзненность, самопроизвольная или только при давленіи; болѣзненность можетъ быть вдоль мочеточника.

Распознаваніе нетрудно. Необходимо вообще имѣть въ виду піэлитъ, если имѣются на лицо упомянутые клиническіе симптомы. Если имѣется болѣзненность въ области почки и лихорадка, то необходимо обратить вниманіе на свойства мочи. Послѣдняя мутна и содержитъ много лейкоцитовъ, но она можетъ быть и совершенно чистой и полной бактеріями. Точное распознаваніе возможно посредствомъ цистоскопіи и катетеризаціи мочеточниковъ. Слизистая оболочка мочевого пузыря можетъ быть совершенно нормальной, но все же почти всегда наблюдается припухлость слизистой оболочки на больной сторонѣ вокругъ устій мочеточниковъ; тогда послѣдніе бываетъ трудно обнаружить; въ этихъ случаяхъ прибѣгаютъ къ впрыскиванію *carmin. saerulei*, какъ это описано было выше. Выпущенная черезъ мочеточниковый катетеръ моча содержитъ лейкоциты и бактеріи. Цистоскопическое изслѣдованіе особенно необходимо, если боль, вызываемая піэлитомъ, локализуется не въ области почки. Боль можетъ локализоваться въ области отростка слѣпой кишки, а также въ области желчнаго пузыря, могутъ превалировать явленія цистита, и врачъ склоненъ діагностировать аппендицитъ, циститъ или заболѣваніе желчнаго пузыря.

Леченіе. Въ болѣе легкихъ случаяхъ назначаютъ постельный покой, молочную діету, уротропинъ (3 раза въ день по 1—2 таблетки), гексалъ (тоже) воду *Wildungen, Wernazer* и *inf. fol. uvae ursi*; на область почки кладутъ согрѣвающій компрессъ; больные лежатъ на здоровой сторонѣ. Постельный покой необходимъ до тѣхъ поръ, пока температура не будетъ въ теченіе 3 дней нормальной; нельзя заставлять больныхъ лежать до тѣхъ поръ, пока моча освободится отъ бактерій, ибо это можетъ продолжаться нѣсколько недѣль.

Въ случаѣ возобновленія боли и лихорадки пациентка снова ложится въ постель.

Если при этомъ леченіи болѣзнь не излечивается, то цистоскопировать, а *мочеточникъ* на большой сторонѣ *катетеризируютъ*. Часто бываетъ достаточно одной катетеризаціи для того, чтобы понизить температуру и успокоить боль. Это особенно относится къ піэлиту во время беременности (отсюда можно заключить, что поводомъ для піэлита очень часто является застой мочи въ лоханкѣ, вызванный суженіемъ и закупоркой мочеточника вслѣдствіе припуханія слизистой оболочки). Если и катетеризація почечной лоханки не приводитъ къ цѣли, то *промываютъ лоханку*. Вводятъ мочеточниковый катетеръ и проталкиваютъ его до тѣхъ поръ, пока онъ не согнется, а это служитъ доказательствомъ того, что онъ находится въ лоханкѣ. Катетеръ одѣваютъ на шприцъ, которымъ вводятъ дезинфицирующую жидкость въ лоханку. Раньше, чѣмъ промывать, опредѣляютъ емкость почечной лоханки. Впрыскиваютъ растворъ поваренной соли до тѣхъ поръ, пока больная не пожалуется на боль или на давленіе. Емкость лоханки составляетъ обыкновенно 6—8 кубическихъ сант. Впрыскивать слѣдуетъ меньше этого количества, слѣдовательно, только 5 куб. сант. за разъ. Лучше всего вливаютъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % растворъ пергидрола. Послѣ того, какъ жидкость попала въ лоханку, снимаютъ шприцъ съ катетера и даютъ жидкости вытечь. Это повторяютъ нѣсколько разъ; послѣднюю порцію оставляютъ въ лоханкѣ, для чего удаляютъ катетеръ сейчасъ послѣ инфекціи. Больше, чѣмъ 2 раза въ недѣлю, не слѣдуетъ производить промываніе.

Если это леченіе остается безуспѣшнымъ, лихорадка, боль и нагноеніе остаются, то необходимо прибѣгнуть къ нефротоміи или удаленію почки.

Мочеполовые свищи.

Подъ мочеполовыми свищами понимаютъ патологическое *соединеніе между мочевыми органами и половымъ каналомъ*. Къ нимъ относятся дефекты уретры, уретро-влагалищные, пузырно-влагалищные, пузырно-цервикальные, мочеточниково-влагалищные и мочеточниково-цервикальные свищи. Они образуются вслѣдствіе поврежденія органовъ. Значительная часть свищей вызывается *поврежденіями при родахъ*, причемъ здѣсь играютъ роль двѣ причины, а именно, поврежденія, вызываемыя самими родами, и непосредственныя поврежденія инструментами или рукой. Если при узкомъ тазѣ головка остается долгое время надъ тазомъ и давить во время схватки на входъ въ тазъ, то она прижимаетъ стѣнку пузыря къ симфизу. Вслѣдствіе этого образуются въ стѣнкѣ пузыря сильная анемія, потомъ кровоизліянія, а въ послѣродовомъ періодѣ происходитъ въ этихъ мѣстахъ омертвѣніе тканей, ведущее къ вскрытію стѣнки пузыря въ влагалище или въ цервикальномъ каналѣ. Послѣ родовъ все какъ будто обстоитъ благополучно, пока на 6—7 день моча начинаетъ вдругъ выдѣляться изъ влагалища. Пузырный свищъ можетъ образоваться также и вслѣдствіе *непосредственнаго поврежденія*. Если, напр., при несовершенномъ зѣвѣ силой тянуть головку щипцами, то стѣнка пузыря разрывается; то же происходитъ при насильственной экстракціи иногда за ножку или за ягодицы. При производствѣ

перфорации ребенка можно повредить пузырь перфораторомъ, также при влагалитномъ кесаревомъ сѣченіи пузырь иногда случайно надрѣзаютъ.

Значительную часть мочеполовыхъ свищей даютъ *инектологическія операціи*. При этомъ пузырь нечаянно повреждается, или пузырьные свищи образуются впоследствии вслѣдствіе некроза. Это особенно относится къ брюшной операціи рака, очень опасной для пузыря. Послѣдній приходится тщательно отпрепарировать отъ его подкладки; вслѣдствіе этого нарушается питаніе, и свищи, образовавшіеся вслѣдствіе некроза стѣнки пузыря, наблюдаются нерѣдко.

Послѣ той же операціи образуются также мочеточниковые свищи. Способъ ихъ образования такой же, какъ и пузырьныхъ свищей, и понятенъ изъ анатомическаго положенія мочеточниковъ по отношенію къ половымъ органамъ, особенно къ влагалиту.

Пессарии также могутъ вызвать образованіе свищей, особенно крыловидный пессарій Z w a n k'a. Если они слишкомъ велики и долго остаются лежать, то давятъ на влагалитныя стѣнки, вызываютъ омертвѣніе влагалитной и пузырьной стѣнокъ, послѣдствіемъ чего является свищъ.

Главнымъ признакомъ пузырно-половыхъ свищей является *непроизвольное мочеиспусканіе*. Больныя всегда мокры. Моча выдѣляется изъ влагалитца, мочитъ кожу, вызываетъ раздраженіе, воспаленіе, образованіе экземы со всѣми ея послѣдствіями, невыносимымъ зудомъ, изъязвленіемъ и болью. Моча можетъ подвергаться амміачному разложенію и вызвать мучительную для больной и окружающихъ вонь. Больныя очень страдаютъ при этомъ, становятся нервными и несчастными.

Распознаваніе свищей въ общемъ легко. Непроизвольное мочеиспусканіе, а въ большинствѣ случаевъ также раздраженная кожа вульвы указываетъ на наличность свища. Для того, чтобы опредѣлить его локализацию, размѣръ и свойства, вводятъ влагалитное зеркало. Свищи могутъ быть очень небольшими или скрытыми въ складочкахъ слизистой оболочки, такъ что часто съ перваго раза ихъ трудно найти. Въ этихъ случаяхъ наполняютъ пузырь молокомъ или растворомъ метиленовой синьки, и вытекающая изъ свища окрашенная жидкость указываетъ на локализацию отверстія. Свищи могутъ быть и очень большими, достигая 5—6 сант. въ діаметрѣ. Въ этихъ случаяхъ черезъ отверстіе выпадаетъ задняя или верхняя стѣнка пузыря, и слизистая оболочка обнаруживается въ видѣ красной опухоли. Могутъ быть и нѣсколько свищей; они также распознаются посредствомъ наполненія пузыря. Въ большинствѣ случаевъ свищи находятся въ срединѣ передней влагалитной стѣнки.

Нѣсколько *труднѣе* распознаются *пузырно-цервикальные свищи*. Отверстіе открывается не въ влагалитце, а въ цервикальный каналъ. Моча вытекаетъ не непрерывно, а только при сильномъ наполненіи пузыря—явленіе, наблюдаемое также при небольшихъ пузырно-влагалитныхъ свищахъ. И тутъ наполняютъ пузырь жидкостью, молокомъ или растворомъ метиленовой синьки и наблюдаютъ выдѣленіе мочи изъ наружнаго маточнаго отверстія. Въ этихъ случаяхъ часто не диагностируютъ свища, а неправильное мочеиспусканіе, наблюдаемое больными при кашлѣ и смѣхѣ, приписываютъ недержанію мочи. Необходимо во всѣхъ случаяхъ производить точное изслѣдованіе.

Распознаваніе свищей мочеточника нѣсколько труднѣе, чѣмъ пузырно-влагалищныхъ. Свищъ мочеточника діагносцируется, если изъ отверстія въ влагалищѣ, въ большинствѣ случаевъ въ влагалищномъ сводѣ или послѣ полной экстирпации матки въ основаніи влагалища моча выдѣляется не постоянно, а періодически, если, далѣе, при наполненіи пузыря окрашенной жидкостью; послѣдняя не вытекаетъ изъ свищевого отверстія, а выдѣляется чистая моча. Точное же распознаваніе мочеточ-



Рис. 66. Операция пузырно-влагалищныхъ свищей.
Освѣщеніе краевъ свища соотвѣтственно пунктированной линіи.

никоваго свища возможно только посредствомъ *цистоскопическаго изслѣдованія*. Отыскиваютъ въ цистоскопѣ устье мочеточника, и на той сторонѣ, на которой находится свищъ, моча не выдѣляется, устье мочеточника бездѣйствуетъ. Если катетеризировать этотъ мочеточникъ, то спустя нѣкоторое время катетеръ встрѣчаетъ препятствіе и не можетъ дальше пройти, онъ сгибается; это объясняется тѣмъ, что на мѣстѣ свища пузырный отрѣзокъ мочеточника суженъ или совершенно закрытъ. Этимъ путемъ удастся съ абсолютной вѣрностью діагносцировать свищъ мочеточника. Во многихъ случаяхъ примѣняютъ съ

успѣхомъ впрыскиваніе кармина съ цѣлю окрасить мочу, отчего бездѣятельность устья еще яснѣе проявляется. Особенно трудно распознаваніе, если одновременно имѣются пузырно-влагалищный и мочеточниковый свищи, находящіеся другъ около друга; въ этихъ случаяхъ вопросъ выясняется посредствомъ цистоскопическаго изслѣдованія; послѣднее затрудняется только тѣмъ, что фистулезный пузырь не удается въ достаточной для цистоскопіи степени наполнить жидкостью. Можно помочь себѣ тѣмъ,



Рис. 67. Операция пузырно-влагалищныхъ свищей.

Стѣнка пузыря отдѣлена отъ влагалищной стѣнки; стѣнка пузыря наполовину соединена тремя узловатыми швами.

что тампономъ временно закрываютъ пузырный свищъ, или въ колѣбно-локтевомъ положеніи больной наполняютъ пузырь воздухомъ, или по предложенію Mansfeld'a, расправляютъ пузырь кондомомъ, находящимся на цистоскопѣ.

Леченіе. Свищи, образовавшіеся при родахъ или въ послѣродовомъ періодѣ, могутъ самопроизвольно закрыться, даже если они очень велики. Свищи же, образовавшіеся при операціяхъ, исключая мочеточниковыхъ фистулъ, проявляютъ мало склонности къ самопроизвольному зажи-

влению. Не слѣдуетъ только прижигать свищи; мнѣ кажется, что прижиганія скорѣе вредятъ, чѣмъ приносятъ пользу. Все, что можно сдѣлать для облегченія самопроизвольнаго излеченія, это введеніе постояннаго катетера въ пузырь, копытообразный Skene или резиновый. Если въ теченіе 8—10 дней рана пузыря не закрывается, то нечего рассчитывать на самопроизвольное излеченіе.

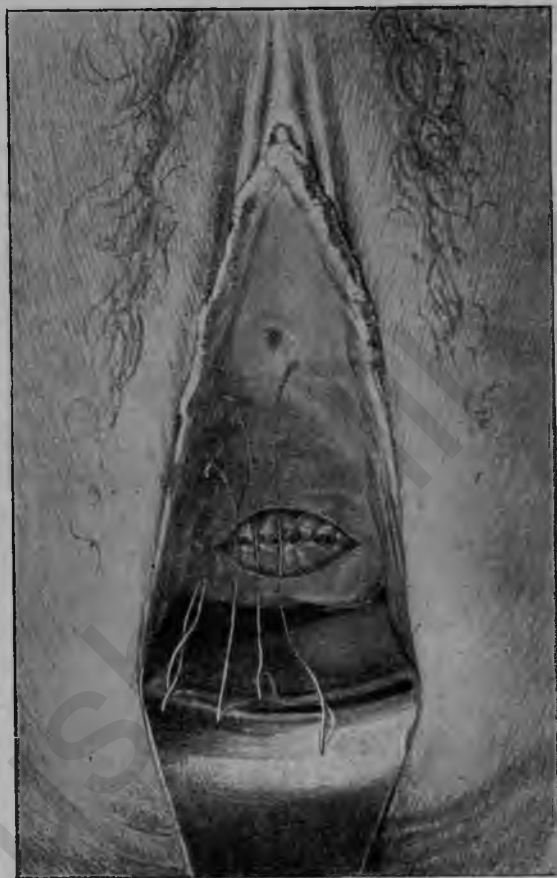


Рис. 68. Операция пузырно-вагинальных свищей.

Стѣнка пузыря совершенно закрыта, черезъ вагинальную стѣнку проведены узловатые швы, изъ которыхъ одинъ завязанъ.

Самымъ надежнымъ способомъ леченія мочеполовыхъ свищей является операція. Весьма неблагопріятны для оперативнаго леченія болѣе значительные дефекты уретры или полный дефектъ ея, какъ это выше было указано.

Гораздо благопріятнѣе *оперативное леченіе пузырно-вагинальных и пузырно-цервикальных свищей*; можно рассчитывать на излеченіе въ 75%. Въ остальныхъ же случаяхъ приходится повторно оперировать, пока не достигается полное закрытіе свища. *Наибольше существеннымъ въ*

операциях пузырно-половых свищей является их *обнажение*, дабы возможно было их освѣжить. Это не всегда бываетъ легко, а особенно, если они сидятъ неподвижно глубоко въ задней части влагалища, скрытые рубцами. Зеркалами расправляютъ влагалище и плоскими крючками, пулевыми щипцами дѣлаютъ свищъ доступнымъ для осмотра. Если вслѣдствие рубцовыхъ сращеній свищи недостаточно доступны, то разрѣзаютъ рубцовую ткань. Въ случаѣ надобности прибѣгаютъ къ вспомогательнымъ разрѣзамъ, напр., къ разрѣзу влагалища и промежности.

Если свищъ хорошо доступенъ, то обрѣзаютъ его края, какъ это показано на рис. 66, удлиняя разрѣзы вправо и влѣво, съ цѣлью получить хорошіе влагалищные лоскуты; послѣ этого отпрепаровываютъ слизистую оболочку влагалища отъ стѣнки пузыря и резецируютъ рубцовую ткань, соединяющую слизистую оболочку влагалища и пузыря. Весьма важно, чтобы были хорошіе лоскуты влагалища, чтобы стѣнка пузыря была хорошо доступна, и чтобы края ея можно было зашить безъ всякаго напряженія ткани. Не слѣдуетъ бояться производить широкіе разрѣзы; это гораздо лучше, чѣмъ мало освѣжить; все въ концѣ концовъ зависитъ отъ хорошаго освѣженія. Рис. 67 изображаетъ шовъ. Сначала сшиваютъ вмѣстѣ стѣнки пузыря, лучше всего катгутowymi узловатыми швами, которые проводятъ черезъ всю стѣнку, слѣдовательно, и черезъ слизистую оболочку. Если употребляютъ катгутъ, то нѣтъ надобности бояться, что швы въ пузырьѣ покроются кальціевыми солями; это происходитъ только съ шелкомъ. Цѣлесообразнѣе брать не легко, а нѣсколько труднѣе всасываемый катгутъ, iodированный или Quebrachokatgut. Такъ какъ приходится брать тонкіе швы, то лучше, чтобы они дольше оставались, а не сейчасъ всасывались.

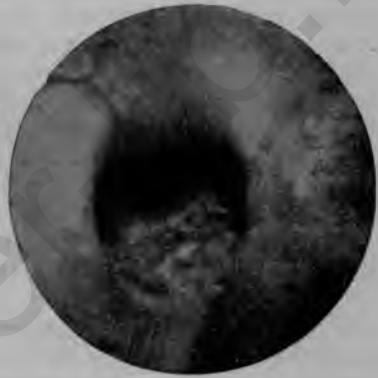


Рис. 69. Дивертикулъ пузыря послѣ операціи пузырнаго свища.

Зашивъ пузырное отверстіе, пробуютъ прочность и качество шва тѣмъ, что наполняютъ пузырь стерилизованной водой или, еще лучше, молокомъ, такъ какъ оно лучше замѣтно. При наличности дефекта въ швѣ, жидкость будетъ вытекать, и такимъ образомъ опредѣляютъ мѣсто дефекта. При наполненіи пузыря нужно, однако, соблюдать осторожность, не слишкомъ много вливать, дабы шовъ не разорвался.

Если пузырный шовъ хорошо наложенъ, то сшиваютъ сверху также и влагалище узловатыми швами. При глубокихъ ранахъ приходится погрузить швы, такъ что въ концѣ концовъ три ряда швовъ лежатъ другъ надъ другомъ. На рис. 68 указанъ шовъ влагалища.

Не всегда, однако, удается примѣнять этотъ простой оперативный методъ. Если свищъ очень большой, края его, вслѣдствие рубцовой ткани, неподвижны, и не удастся получить много ткани для образованія лоскутовъ, или послѣдніе можно соединить только при сильномъ напряженіи, то можно, по предложенію W. A. Freund'a, использовать матку для покрытія свища. Для этого отпрепаровываютъ пузырь отъ шейки, вскры-

ваютъ брюшину на маткѣ, выворачиваютъ изъ нея послѣднюю и заднюю ея стѣнку пришиваютъ къ свищу. Этимъ способомъ достигнуты были хорошіе результаты.

Другой способъ леченія свищей, а именно, Волковичъ-Küstner'a состоитъ въ томъ, что portio vaginalis употребляютъ для закрытія свища; этотъ способъ особенно годится въ случаяхъ, въ которыхъ свищъ находится недалеко отъ portio. Пузырь отпрепаровываютъ отъ portio и передней стѣнки шейки, закрываютъ свищъ и, наконецъ, portio пришиваютъ къ пузырю.

Въ случаяхъ, въ которыхъ отсутствуетъ матка, въ которыхъ, слѣдовательно, свищи образуются послѣ гинекологическихъ операций, особенно послѣ брюшной операции рака матки, свищъ можетъ находиться очень глубоко въ влагалищномъ мѣшкѣ и быть столь фиксированными рубцовыми тяжами, что его нельзя сдѣлать достаточно подвижнымъ.

Въ этихъ случаяхъ показана *kolpokleisis*. Закрываютъ не свищъ, а влагалище впереди свища. Влагалищныя стѣнки, возможно ближе къ свищу, освѣжаютъ кругомъ и пришиваютъ другъ къ другу. Этимъ достигаются хорошіе функциональные результаты. Отрицательная сторона колпоклеиза состоитъ въ слѣдующемъ: женщины теряютъ способность къ совокупленію, что для молодыхъ замужнихъ женщинъ не безразлично, и послѣ закрытія влагалища образуется въ пузырь дивертикулъ, въ которомъ могутъ потомъ образоваться камни.

Это же можетъ имѣть мѣсто также послѣ закрытія пузырного свища и безъ колпоклеиза, какъ это показываетъ рис. 69.

Мы видимъ здѣсь выступъ, на краѣ котораго слизистая оболочка пузыря распухла въ видѣ опухоли. Послѣ этого, вслѣдствіе осажденія соли, образовался камень.

Но и колпоклеизъ можетъ въ томъ или другомъ случаѣ не привести къ цѣли. Наблюдаются случаи, въ которыхъ фистулезный пузырь прочно сросся съ симфизомъ и лонными костями, такъ что не удается сдѣлать края свища подвижными и шить ихъ вмѣстѣ. Въ этихъ случаяхъ прибѣгаютъ къ *sectio alta*. Пузырь сверху отдѣляютъ отъ костей и сверху же закрываютъ отверстіе въ пузырь послѣ предварительнаго вскрытія верхушки пузыря.

Пузырно-цервикальные свищи оперируютъ такимъ образомъ, что отпрепаровываютъ пузырь отъ шейки, закрываютъ отверстіе въ пузырь, и послѣдній снова пришиваютъ къ шейкѣ. Отверстіе въ шейкѣ можетъ быть закрыто узловатымъ швомъ.

Свищи мочеочника раньше оперировали влагалищнымъ способомъ, но онъ абсолютно ненадеженъ и долженъ быть оставленъ, тѣмъ болѣе, что операция брюшнымъ способомъ является очень надежной и почти безопасной. Нѣтъ надобности оперировать внѣбрюшинно, какъ при перевязкѣ *art. iliaca ext.* Дѣлаютъ разрѣзы живота, надъ фистулезнымъ мочеочникомъ вскрываютъ брюшину и отдѣляютъ мочеочникъ отъ его ложа. Фистулезный мочеочникъ легко найти, такъ какъ онъ всегда нѣсколько расширенъ и просвѣчиваетъ сквозь брюшину, какъ утолщенный тяжъ. Послѣ того, какъ онъ отдѣленъ, его вырѣзываютъ на мѣстѣ свища, гдѣ онъ обыкновенно бываетъ прочнѣе прикрѣпленъ, и вшиваютъ, по предложенному мною способу, въ пузырь. Послѣдній можно сбоку зашить по направленію къ мочеочнику, а именно, его фиксиру-

ють на тазовой стѣнкѣ. Мочеточникъ разсѣкаютъ на протяженіи одного сант. пополамъ, такъ что образуются два лоскута или его заостряютъ какъ перо и проводятъ черезъ стѣнку его другъ противъ друга, одинъ или два кѣгутовыхъ шва, снабженныхъ на каждомъ концѣ иглой (рис. 70). Разсѣченіе мочеточника имѣетъ свое основаніе, а именно, на мѣстѣ шва образуется обыкновенно въ пузырьѣ отечная припухлость, переходящая на просвѣтъ мочеточника и могущая вызвать застой мочи. Если мочеточникъ разсѣкается, то мѣсто шва находится подалеже отъ просвѣта, и такимъ образомъ избѣгаютъ этого разстройства. Кромѣ того, мочеточникъ можно дальше втянуть въ пузырь, не перегибая его. Въ пузырьѣ вырѣзываютъ по введенному черезъ уретру катетеру небольшое отверстие; слизистую оболочку пузыря вытягиваютъ небольшими щипцами на подобіе воронки и послѣ этого проводятъ въ пузырь обѣ иглы мочеточниковыхъ швовъ черезъ пузырьное отверстіе и на разстояніи прибли-

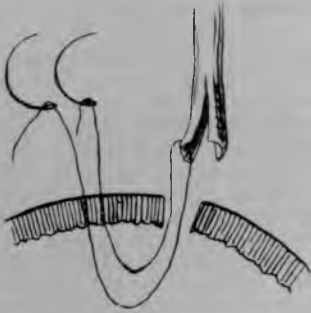


Рис. 70. Мочеточникъ разсѣченъ, одинъ лоскутъ проколотъ. Иглы проведены черезъ отверстіе въ пузырь и проколоты изнутри кнаружи черезъ пузырьную стѣнку.



Рис. 71. Мочеточникъ втянутъ въ пузырь и фиксированъ узломъ шва.

зительно 2 сант. отъ пузырьнаго отверстія ихъ прокалываютъ черезъ стѣнку пузыря наружу. Если натянуть швы, то мочеточникъ соскальзываетъ въ пузырь. Швы зашиваются на наружной стѣнкѣ пузыря, и мочеточникъ прочно сидитъ въ послѣднемъ, такъ что нѣтъ необходимости его фиксировать. Рис. 70 и 71 дѣлаютъ этотъ способъ понятнымъ. Можно также однимъ или двумя узловатыми швами зашить стѣнку пузыря надъ мочеточникомъ, тамъ, гдѣ онъ впадаетъ въ пузырь, не захватывая при этомъ мочеточника, во избѣжаніе образованія отека его и разстройства моченосканія. Экспериментальныя изслѣдованія на животныхъ и въ особенности клиническія наблюденія (я самъ произвелъ эту операцію въ 30 случаяхъ) доказали вѣрность, надежность и простоту этого оперативнаго способа.

Послѣдующее леченіе. Послѣ оперативнаго закрытія свища оставляютъ въ пузырьѣ лежать продолжительное время катетеръ, дабы швы оставались въ покоѣ; катетеръ долженъ лежать 8—10 дней; лучше всего примѣняютъ копытообразный катетеръ Skene, какъ онъ выше былъ изображенъ на рис. Необходимо слѣдить, особенно въ первые дни, чтобы катетеръ не закупорился кровью, которая иногда выдѣляется изъ

мѣсть укола. Промыванія пузыря не показаны, такъ какъ они только растягиваютъ швы. Въ случаяхъ, въ которыхъ свищъ находится непосредственно позади уретры, и шовъ, слѣдовательно, расположенъ такъ, что катетеръ на него давить, можетъ быть нарушенъ процессъ леченія. Въ этихъ случаяхъ является подходящимъ нижнесимфизный дренажъ по Stoeckel'ю. Подъ симфизомъ вводятъ въ пузырь тонкій троакаръ, и черезъ образовавшееся отверстіе вводятъ катетеръ Skene. Послѣ того, какъ свищъ закрылся, удаляютъ катетеръ, и дренажное отверстіе закрывается само.

ГЛАВА V.

Болѣзни дѣвственной плевы и влагалища.

Развитіе, анатомія и физиологія.

Зачаткомъ влагалища является развитіе Müller'овскихъ нитей. Ихъ находятъ у эмбриона позвоночныхъ животныхъ уже рано; эти двѣ нити происходятъ изъ Sclerоepithel зародышевой почки и идутъ рядомъ съ зародышевымъ почечнымъ ходомъ къ заднему концу отверстія живота. Будучи въ началѣ расположены кнаружи, Müller'овскія нити въ дальнѣйшемъ переходятъ впереди зародышевыхъ почечныхъ ходовъ въ срединную линію тѣла и вмѣстѣ съ этими ходами спускаются въ малый тазъ позади пузыря въ видѣ полового тяжа. Во второй половинѣ второго мѣсяца зародышевой жизни Müller'овскіе ходы сливаются, вслѣдствіе исчезанія раздѣляющей ихъ перегородки, въ *одинъ* каналъ; это сляніе начинается, по мнѣнію Dohr'n'a, на границѣ между средней и нижней третью и заканчивается къ концу третьяго мѣсяца; часть, находящаяся ниже этого мѣста, превращается въ влагалище, а лежащая выше— въ матку. Müller'овскіе ходы выстланы высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ; конечная часть, превращающаяся потомъ въ влагалище, не имѣетъ въ началѣ канала и состоитъ изъ большихъ богатыхъ протоплазмой клѣтокъ (Nagel). Дѣленіе на матку и влагалище начинается появленіемъ валика на мѣстѣ позднѣйшаго развитія portio и заканчивается у зародышей, достигающихъ въ длину 17 сант. Гладкое въ началѣ влагалище получаетъ впослѣдствіи, благодаря болѣе сильному росту внутренней мембраны, продольныя и поперечныя складки. Вслѣдствіе увеличенія и скопленія верхнихъ слоевъ эпителия и обусловливаемого этимъ болѣе значительнаго увеличенія поперечныхъ складокъ, образуется на 3 мѣсяцѣ зародышевой жизни дѣвственная плева, которая въ началѣ появляется на задней стѣнкѣ влагалища въ видѣ двойной слизистой оболочки влагалища и вульвы, а потомъ присоединяются также складки боковыхъ стѣнокъ и вмѣстѣ образуютъ полулунную плеву.

Плева, образовавшаяся сначала въ видѣ hymen bilamellatus., согласно изслѣдованіямъ Schaffer'a (изъ клиники Winkela'), значительно чаще, чѣмъ это предполагали, состоитъ изъ двухъ пластинокъ; наружная выстлана плоскимъ эпителиемъ преддверья, а внутренняя—эпителиемъ слизистой оболочки влагалища. Плева состоитъ изъ клѣточной ткани, эластическихъ волоконъ, сосудовъ и нервовъ. Schaffer утверждаетъ, что къ наружной поверхности плевы, обращенной къ вульвѣ, идутъ лучеобразныя пластинки и складки отъ уздечки, малыхъ губъ и слизистой оболочки, окружающей отверстіе уретры.

Въ нормальномъ состояніи дѣвственная плева оставляетъ открытымъ кольцевидное отверстіе, пропускающее у дѣвственницъ только верхушку пальца, *hymen annularis* (рис. 72); если нижняя стѣнка плевы сильнѣе развита, то образуется *hymen semilunaris* (рис. 73); судебно-медицинское значеніе имѣетъ описанный впервые Luschka *hymen fimbriatus*, край котораго, вслѣдствіе сильнаго развитія упомянутыхъ выше складокъ, зазубренъ.

Плева бываетъ обыкновенно столь напряженной, что разрывается мужскимъ членомъ при первомъ сокоупленіи; какъ при дефлорации во время вра-

чебнаго изслѣдованія образуются 1—3 и больше разрывовъ на задней боковой сторонѣ плевры; если послѣдняя слабо напряжена, то дефлорація и изслѣдованіе могутъ не вызвать никакого поврежденія ея; такимъ образомъ, наличность плевры не указываетъ еще на дѣвственность; съ другой стороны, нужно имѣть въ виду, что пальцы врача, какъ манипуляція при ованизмѣ, вызываютъ тѣ же измѣненія, какъ и при совокупленіи.


Влагалище представляетъ у взрослой дѣвщины каналъ, S-образно изогнутый и вогнутый спереди; меньшая его часть лежитъ въ тазу, а большая на основаніи таза; оно имѣетъ переднюю и заднюю стѣнки, тѣсно прилегающія другъ къ другу; несмотря на это, вслѣдствие разрыхленія слизистой оболочки на мѣстѣ перехода одной стѣнки въ другую, имѣется столько матеріала, что получается фигура , поперечная линія которой длиннѣе, чѣмъ перпендикулярно расположенныя ножки. Нижний конецъ влагалища ограничивается дѣвственной плевой, въ верхній слѣдой конецъ (влагалищный сводъ) видѣруется



Рис. 72.



Рис. 73.

Формы дѣвственной плевры по Dohrn'у.

portio vaginalis и дѣлить его на передній и задній своды; такъ какъ задняя стѣнка таза длиннѣе, чѣмъ передняя, то задній сводъ выше на 1.5—2 сант. Задняя стѣнка имѣетъ обыкновенно въ длину 8—11 сант.

Спереди и внизу влагалище прочно связано съ уретрой (septum urethro-vaginale), въ верхней трети оно нѣсколько слабѣе связано съ задней нижней стѣнкой мочевого пузыря; здѣсь же находятся и мочеточники, которые отъ мѣста впаденія въ *trigonum Lieutaudii* направляются нѣсколько выпуклой кнаружи дугой вверхъ въ параметріи. Начиная отъ мѣста впаденія въ пузырь и на разстояніи около 2.5 сант., они на одной или другой сторонѣ, особенно въ патологическихъ случаяхъ, прощупываются въ видѣ подвижныхъ тяжей. Сзади влагалище въ нижней части прочно связано съ прямой кишкой, образуя *sertum recto-vaginale*, въ которую вверху видѣруется листокъ тазовой фасціи. На заднемъ верхнемъ концѣ спускается на различной высотѣ *Дугласова* складка, такъ что вверху влагалище отдѣлено отъ прямой кишки дубликатурой брюшины. Низкое опусканіе *Дугласовой* складки слѣдуетъ считать остаткомъ эмбриональнаго состоянія.

Мускулатура влагалища состоитъ большей частью изъ гладкихъ волоконъ; продольныя и поперечныя волокна, повидимому, не вездѣ одинаково

развиты и не строго расположены слоями, так что Henle, напр., считает внутреннимъ слоемъ продольныя волокна, а Luschka и Waldeyer поперечныя.

Слизистая оболочка, которая толще мышечной на 1—1.5 сант., состоитъ изъ соединительнотканной основы, покрытой многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ съ большими круглыми ядрами, а болѣе глубокие слои имѣютъ кубическій или почти цилиндрической эпителий. Железъ вовсе не бываетъ или очень мало (Luschka, v. Reuschen), но вездѣ имѣются лимфатическіе фолликулы. Во всякомъ случаѣ, въ физиологическомъ отношеніи нельзя смотрѣть на поверхность влагалища, какъ на слизистую оболочку, что доказываетъ ея состояніе при выпаденіи. Частью, какъ указаніе на происхождение изъ Müller'овскихъ ходовъ, частью, какъ выраженіе валиковъ и гребней влагалищной слизистой оболочки, имѣется въ нижней половинѣ влагалища впереди и сзади валикъ слизистой оболочки, *columna rugarum ant.* и *post.* Уже Henle указалъ, что *columna ant.* дѣлится въ нижней своей части на 2 валика (рис. 74), что я часто наблюдалъ и у живой женщины. Высота обоихъ валиковъ не всегда одинакова; если имѣются 2 переднихъ, то задній находится въ углубленіи между передними. Вслѣдствіе частаго совокупленія и родовъ *columnae*, какъ и складки влагалища, уплощаются; на высотѣ складокъ находятся сосочки вышиной въ 0.1 миллим., содержащіе окончанія сосудовъ и нервовъ.

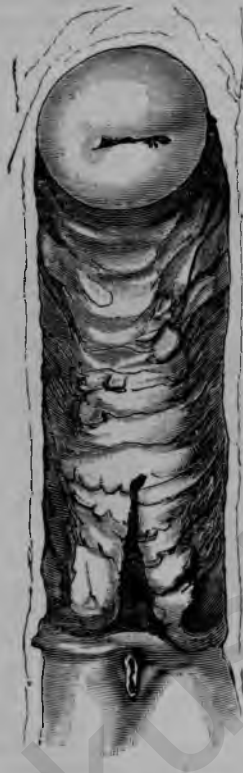


Рис. 74. Передняя влагалищная стѣнка съ двойными валиками *columna rugarum ant.* по Henle.

Артеріи влагалища отходятъ внизъ отъ *art. pudenda int.* и *art. haemorrhoidalis media*, въ срединѣ—отъ *art. vesicals inf.*, а въ сводѣ отъ цервикальной вѣтви *art. uterina*. Вены образуютъ сплетеніе подъ *mucosa*, особенно сбоку и въ сводѣ; всѣ онѣ направляются въ *v. hypogastrica*; по своему физиологическому значенію, однако, онѣ не являются эректильными тѣлами, какъ Kobelt полагаетъ; онѣ являются, наоборотъ, сжимающимися тѣлами, благодаря чему допускаютъ возможность быстрого расширенія трубки. Лимфатическіе сосуды влагалища образуютъ, особенно во время беременности, очень хорошо развитую сѣть; въ нижней своей части они изливаютъ свое содержимое въ паховыя железы, а въ средней и верхней частяхъ частью въ *glandulae iliacae*, частью въ *gland. lumbales*. Нервы происходятъ отъ симпатическаго и V крестцовога нервовъ.

Выдѣленій изъ влагалища у дѣвицъ почти вовсе не бываетъ, а у замужнихъ они имѣютъ молочный видъ и слегка кислую реакцію. Изъ 210 случаевъ изслѣдованнаго нормальнаго секрета онъ былъ по Obergasch'у, въ 16 случаяхъ щелочнымъ. Онъ состоитъ изъ отдѣлившихся клѣтокъ эпителия влагалища, изъ выдѣленій лимфатическихъ сосудовъ и примѣси секрета шейки и матки. Уже у новорожденныхъ, также у *virgo intacta* и еще больше у женщинъ, живущихъ половой жизнью, имѣются въ секретѣ многочисленныя и разнообразныя микроорганизмы, главнымъ образомъ влагалищныя палочки, сапрофиты, а въ половинѣ всѣхъ случаевъ атмолитическіе стрептококки и плѣневые грибки; повидимому, нѣкоторые изъ проникшихъ во влагалище микроорганизмовъ скоро погибаютъ, вслѣдствіе неподходящей питательной среды; по мнѣнію Döderlein'a, имѣетъ значеніе кислый секретъ нормальныхъ влагалищныхъ палочекъ; кромѣ того, слѣдуетъ упомянуть еще о *trichomonas vaginalis*—инфузоріи, лишенномъ всякаго значенія. Значеніе влагалища, какъ выводнаго протока матки, понятно; въ половой жизни оно имѣетъ главное значеніе, какъ приѣмница мужскаго полового члена во время совокупленія; для сохраненія сѣмени важень, повидимому, правильно устроенный влагалищный сводъ.

Исследование влагалища пальцем имѣютъ въ виду опредѣленіе ширины, направленія, длины, состоянія валиковъ и складокъ слизистой оболочки, эластичности или слабости стѣнокъ; при напряженіи брюшнаго пресса замѣтно иногда небольшое опусканіе нижней, передней стѣнки. Наполненная прямая кишка, еще больше пузырь, измѣняетъ положеніе влагалища, такъ что правильное мнѣніе о состояніи его можно получить только послѣ опорожненія этихъ органовъ. Исследование трубчатымъ зеркаломъ дополняетъ результаты исследования; иногда удается установить въ зеркалѣ одну за другой складки слизистой оболочки и получить, такимъ образомъ, ясное представленіе о состояніи слизистой оболочки, о покраснѣніи ея, о количествѣ и характерѣ выдѣленій.

А. Болѣзни дѣвственной плевы.

1. Пороки развитія.

Практически важные пороки развитія дѣвственной плевы слѣдующіе:
Hymen imperforatus s. atresia hymenalis.

Вслѣдствіе чрезмѣрнаго развитія пластинокъ, образующихъ плеву, происходитъ полное закрытіе влагалища. Эта аномалія рѣдко обнаруживается въ дѣтствѣ, въ большинствѣ же случаевъ ко времени наступленія менструаціи или при попыткѣ совокупленія.

Если въ этихъ случаяхъ менструація появляется безболѣзненно, то позади плевы можетъ скопиться значительное количество крови, не вызывая при этомъ никакихъ явленій. Значительныя періодическія боли появляются лишь послѣ того, какъ скопившаяся кровь начинаетъ растягивать шейку и матку. Въ этомъ случаѣ появляются каждыя 4 недѣли припадки боли, принимающей характеръ перитонита, какъ только скопленіе крови доходитъ до трубъ. Собиравшаяся кровь, вслѣдствіе всасыванія воды, сгущается, и отъ смѣшенія съ отдѣлившимся эпителиемъ влагалища и выдѣленіями шейки и матки становится черной, какъ смола; можетъ скопиться до 1—2 и больше литровъ крови. Въ концѣ концовъ флукуирующая опухоль шарообразно выпячиваетъ плеву. Опухоль яснѣе прощупывается со стороны прямой кишки, а при болѣе сильномъ скопленіи крови матка прощупывается надъ симфизомъ.

Распознаваніе легко, если послѣ характернаго анамнеза произвести исследование; правда, симптомы *molimina* бываютъ у малокровныхъ дѣвушекъ съ нормальными половыми органами, но обнаруженіе на внутренней поверхности малыхъ губъ мембраны, доходящей до края уретры, дѣлаетъ діагнозъ несомнѣннымъ.

Леченіе состоитъ въ разрѣзѣ. Можно сначала сдѣлать проколъ, съ цѣлью опорожнить находящуюся подъ сильнымъ давленіемъ кровь. Отъ отверстія прокола производятъ крестообразный разрѣзъ, срѣзываютъ образовавшіеся такимъ образомъ концы и сшиваютъ слизистую оболочку вульвы съ влагалищной. Скопившуюся кровь необходимо медленно выпустить; спринцеванія противопоказаны, такъ какъ иначе кровь можетъ проникнуть въ матку и черезъ трубы въ брюшную полость. Только при наличности гноя и при разложеніи содержимаго дѣлаютъ спринцеванія дезинфицирующей жидкостью.

Не слѣдуетъ смѣшивать съ рассматриваемой аномаліей *вторичную*

атрезію плевы, наблюдаемую иногда у беременныхъ и роженицъ. Въ этихъ случаяхъ имѣлось вначалѣ очень маленькое отверстіе, которое потомъ склеивается.

Интересный случай, описанный д-ромъ Zinsstag'омъ, я наблюдалъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ клиникѣ въ Вазелѣ. Отверстія въ дѣвственной плевѣ вовсе не было, и изслѣдующій палецъ попадалъ въ уретру и пупыр, которыми мужъ пользовался во время совокупленія.

Иногда удается обнаружить очень маленькое отверстіе, черезъ которое проводится зондъ и по немъ производятъ разрѣзъ.

Лечение состоитъ въ производствѣ разрѣза по нѣсколькимъ направленіямъ, причемъ операція производится какъ во время беременности, такъ и во время родовъ. Сильное кровотеченіе останавливаютъ обкалываніемъ.

Hymen septus s. bifenestratus.

Въ этихъ случаяхъ мембраной толщиной въ 3—5 миллим., идущей отъ края уретры къ заднему мѣсту прикрѣпленія плевы, отверстіе раздѣляется на двѣ неодинаковыя половины. Это аномалія является признакомъ двойныхъ половыхъ органовъ, но наблюдается также при простомъ влагалищѣ.

Въ большинствѣ случаевъ совокупленіе производится черезъ большее отверстіе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдалось сильное кровотеченіе при дефлорациі.

Если перегородка препятствуетъ совокупленію, или если она имѣется еще во время родовъ, то, перевязавъ точки прикрѣпленія катгуттомъ, разрѣзаютъ въ срединѣ.

Hymen cribriformis.

При этой аномаліи влагалище совершенно закрыто, но въ плевѣ находятся многочисленныя неодинаковой величины отверстія, придающія ей видъ рѣшета.

Возможно частичное совокупленіе и даже зачатіе; если же эта аномалія препятствуетъ половому акту, она удаляется. Если же эта аномалія наблюдается только во время родовъ, то производятся радиарныя разрѣзы.

2. Ригидность дѣвственной плевы.

Ригидность различна въ зависимости отъ возраста, степени наполненія кровью и строенія; разрошеніе соединительной ткани и сосочковая гипертрофія влагалищнаго эпителия увеличиваютъ ригидность.

Въ литературѣ эта аномалія называется мясистой, перепончатой, хрящевой и даже костной. Она наблюдается главнымъ образомъ у женщинъ, поздно вышедшихъ замужъ.

Кажущуюся ригидность неповрежденной плевы я неоднократно наблюдалъ у женщинъ, мужья которыхъ, какъ я потомъ узнавалъ изъ анамнеза, также на основаніи изслѣдованія, были импотентны или были одержимы психической боязнью. Отверстіе плевы въ этихъ случаяхъ не очень мало и пропускаетъ палецъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже небольшое зеркало, отсутствуетъ чрезмѣрная чувствительность, какъ при вагинизмѣ, и все же дефлорациія не имѣла мѣста будто бы изъ-за узкаго отверстія; на самомъ же дѣлѣ причиной была неумѣлость или импотенція мужа или чрезмѣрная чувствительность женщины.

Въ случаяхъ дѣйствительной ригидности или недостаточной дефлорациі необходимо произвести эксцизію плевы. Я неоднократно наблюдалъ въ такихъ случаяхъ послѣ этого возможность совокупленія и даже зачатія. Иногда бываетъ достаточно методическое введеніе зеркала.

3. Новообразования дѣвственной плены.

v. Winkel первый описалъ небольшія врожденныя кисты плены; такіе же случаи описаны были Döderlein'омъ и Ziegenspeck'омъ; самая большая киста была величиной въ лѣной орѣхъ съ молочнорашицеобразнымъ содержимымъ.

4. Вагинизмъ.

Это названіе предложено было впервые M. Sims'омъ. Подъ этимъ понимаютъ судорожное рефлекторное сокращеніе мускулатуры входа во влагалище, а именно, m. constrictor cunni, sphincter ani, transversus perinei, а иногда также levator ani. Картина болѣзни соответствуетъ, такимъ образомъ, понятію ларингизма, блефароспазма и т. д.



Рис. 75. Экцизія плены.

Причиной является повышенная раздражимость нервныхъ окончаній въ слизистой оболочкѣ плены или въ сосѣднихъ тканяхъ. Иногда отсутствуютъ мѣстныя измѣненія, иногда же поверхность плены, направленная въ сторону вульвы, или, если уже имѣли мѣсто роды, *carunculae myrtiformes* красны и покрыты иной разъ небольшими язвами; въ нѣкоторыхъ случаяхъ обнаруживаются на уретрѣ небольшія болѣзненные *carunculae*, иногда имѣются въ *fossa navicularis* болѣзненные бородавки или трещины. Самое легкое прикосновеніе, даже мысль объ этомъ уже вызываетъ очень сильную боль.

Эта болѣзнь чаще всего наблюдается у недавно вышедшихъ замужъ, у которыхъ *immissio penis* еще не удалась, далѣе, у давно вышедшихъ замужъ, рѣже у рожавшихъ.

Изъ предрасполагающихъ моментовъ слѣдуетъ прежде всего назвать нейропатическое предрасположеніе, далѣе, боязнь прикосновенія мужа; если къ этому присоединяются еще сильное наклоненіе таза, при-

чемъ penis съ самаго начала соприкасается съ уретрой, и небольшія поврежденія плевры и входа во влагалище, которыя, вслѣдствіе прикосновенія нечистыми пальцами или секретомъ скрытой гонорреи, воспаляются, то картина вагинизма готова. Въ другихъ случаяхъ болѣзнь развивается послѣ повторныхъ попытокъ импотентнаго мужа къ совокупленію.

Болѣзненное ощущеніе появляется сначала только при прикосновеніи члена, а послѣ безплодныхъ попытокъ оно появляется уже при приближеніи мужа или даже при мысли о половомъ актѣ; къ судорогамъ мышцъ тазоваго дна могутъ присоединиться также таковыя, всего организма; въ случаѣ продолжительности болѣзни развивается общая неврастенія. Судороги повторяются также при попыткѣ врача изслѣдовать и даже въ полунаркозѣ. Отличительное распознаваніе отъ hymen imperforatus не трудно: въ послѣднемъ случаѣ immissio penis невозможна, но не вызываетъ боли, а при вагинизмѣ наблюдаются сильныя болѣзненные рефлекторныя судороги при одной мысли о совокупленіи.

Дѣвственная плева, въ противоположность случаямъ, описаннымъ въ предыдущей главѣ, плотна. Въ то время, какъ M. Sims и друг. не обнаруживали никакихъ анатомическихъ измѣненій плевры, v. Winckel неоднократно обнаруживалъ фиброзную гипертрофію стромы съ сосочковыми разрощеніями эпителиальнаго слоя.

Предсказаніе. Въ случаѣ продолжительнаго существованія болѣзни страдаетъ вся нервная система; больныя впадаютъ въ меланхолію, становятся блѣдными и неудовлетворенными семейной жизнью. Состояніе еще болѣе ухудшается, если мужъ, несмотря на страданія жены, продолжаетъ безпользныя и мучительныя попытки къ совокупленію.

При правильномъ леченіи предсказаніе благоприятно. Sims описываетъ въ своемъ сочиненіи о хирургіи матки, какимъ образомъ онъ въ концѣ концовъ вынужденъ былъ прибѣгнуть къ оперативному леченію.

Леченіе состоитъ въ эксцизии плевры или имѣющихъ сагунулае вмѣстѣ съ болѣзненными сосочками. Въ глубокомъ наркозѣ въ спинно-ягодичномъ положеніи разсѣкаютъ плеву въ задней срединной линіи и Соореговскими ножницами удаляютъ каждую половину отдѣльно. Образовавшаяся рана рѣдко сильно кровоточитъ (рис. 75). Катгутовымъ узловымъ швомъ сшиваютъ слизистую оболочку вульвы съ таковой влагалища до тѣхъ поръ, пока кровотеченіе не прекратится. Послѣ этого присыпаютъ дерматоломъ и накладываютъ легкую давящую повязку. Больная можетъ уже на слѣдующій день встать съ постели.

Непосредственно послѣ этого Sims вводилъ стеклянный или резиновый obturatorъ, съ цѣлю остановить кровотеченіе и расширить отверстіе; v. Winckel также пользовался этимъ инструментомъ.

Я лично оставляю рану въ покоѣ до заживленія; спустя 2—3 недѣли рубецъ смазывается 10% растворомъ кокаина и вводятся сначала тонкія, а потомъ все болѣе и болѣе толстыя зеркала, которыя остаются лежать въ теченіе $\frac{1}{2}$ часа. Только въ томъ случаѣ, если введеніе зеркала средней величины удается безъ боли и безъ предварительнаго кокаинизировавія, разрѣшается совокупленіе; лучше всего слѣдуетъ ждать 4—5 недѣль.

Veit производитъ глубокой боковой разрѣзъ черезъ constrictor cunni и сшиваетъ слизистую оболочку вульвы съ таковой влагалища параллельно разрѣзу.

Lo шег излечилъ два случая постояннымъ токомъ послѣ того, какъ въ одномъ изъ этихъ случаевъ расширение ухудшило состояніе. Круглый анодъ (5 сант. въ діаметръ) онъ клалъ на промежность, а четырехугольный катодъ (7 и 15 сант.) на животъ; сначала онъ примѣнялъ слабые, непродолжительные токи, постепенно же онъ удлинялъ сеансы и усиливалъ токъ. Этимъ удалось устранить самопроизвольное и вызываемое прикосновеніемъ сокращеніе мускулатуры промежности. Этотъ способъ заслуживаетъ быть испробованнымъ у женщинъ, боящихся ножа.

Леченіе сидячими ваннами съ примѣсью слизистыхъ веществъ, назначеніе компрессовъ изъ свинцовой воды, втираніе мазей, смазываніе кокаиномъ и прижиганіе 3—5% растворомъ ляписа мало полезны. Механическое растяженіе безъ предварительнаго удаленія плевы оказалось бесполезнымъ.

В. Болѣзни влагалища.

1. Пороки развитія.

Отсутствіе и рудиментарное развитіе влагалища.

Совершенное отсутствіе влагалища наблюдается почти исключительно одновременно съ отсутствіемъ или недостаточнымъ развитіемъ матки; нити Müller'a оказываются въ этихъ случаяхъ недоразвитыми во всей своей длинѣ.

Подъ *рудиментарнымъ влагалищемъ* понимаютъ случаи, въ которыхъ только часть нитей Müller'a развилась въ влагалище, чаще всего верхняя часть, рѣже нижняя. Въ первомъ случаѣ имѣется ниже матки влагалищный слѣпой мѣшокъ; развилась ли только самая нижняя часть влагалища, трудно съ точностью опредѣлить, такъ какъ болѣе длинный слѣпой конецъ входа во влагалище можетъ образоваться также вслѣдствіе впячиванія половой бороздки и sinus urogenitalis.

При полномъ отсутствіи влагалища наружныя половыя части нѣсколько недоразвиты, иногда же онѣ совершенно нормальны.

Успѣхъ леченія при полномъ отсутствіи влагалища сомнителенъ. Я поперечно перерѣзалъ закрывающую мембрану, тупымъ инструментомъ отдѣлялъ уретру отъ прямой кишки и въ образовавшееся такимъ образомъ пустое пространство вкладывалъ кожные лоскуты, взятые отъ губъ и промежности, которые и сшивалъ другъ съ другомъ въ сводѣ слѣпого мѣшка. Такимъ способомъ удается иногда получить рудиментарное влагалище. При рудиментарномъ влагалищѣ, гдѣ между нижней и верхней частями недостаетъ не очень большого куска, можно прибѣгнуть частью къ рѣзущей, частью къ растягивающей операціи, а именно, лоскутъ вульвы или влагалищнаго сегмента дѣлаютъ подвижными и соединяютъ съ слизистой оболочкой верхняго влагалищнаго слѣпого мѣшка.

Неудовлетворительный результатъ этихъ пластическихъ операцій вызвалъ дѣльный рядъ новыхъ предложеній. Послѣ того, какъ Gersuny употребилъ часть передней стѣнки прямой кишки для заполнения вновь образованной соединительнотканной полости между пузырькомъ и прямой кишкой, Schuberl включилъ въ это пространство всю нижнюю часть прямой кишки, за исключеніемъ сфинктера, и нижній конецъ соединилъ съ кожей кольца дѣвственной плевы. Подвижную нижнюю ножку flexurae sigmoideae проводятъ черезъ отверстіе сфинктера, соединяютъ съ

кожей заднего прохода, такъ что сохраняется хорошо функционирующий сфинктеръ. Schubert сообщаетъ о трехъ удачно оперированныхъ случаяхъ.

Другой способъ, еще раньше теоретически предложенный Häberlin'омъ, опубликованъ Stöckel'емъ на основаніи одного случая. Въ соединительнотканное пространство между пузырькомъ и прямой кишкой пересаживаютъ кусокъ тонкихъ кишекъ длиной въ 25 сант. вмѣстѣ съ брыжейкой и стѣнку кишки соединяютъ съ наружной кожей. Тонкія кишки снова соединяютъ на мѣстѣ посредствомъ бокового энтероанастомоза.

Stöckel сообщаетъ о восьми оперированныхъ по этому методу случаяхъ (Mori, Baldwin и друг.); всѣ они окончились выздоровленіемъ.

Нѣтъ сомнѣній, что въ будущемъ эта операція будетъ предлагаться не всѣмъ больнымъ, а только тѣмъ, у которыхъ семейная жизнь зависитъ отъ этой операціи, или которыхъ сильно развитая половая страсть заставляетъ къ ней прибѣгнуть.

Способъ Stöckel'я, несомнѣнно, опаснѣе Schubert'овскаго и удается только выдающимся хирургамъ. Не слѣдуетъ, однако, забывать, что эта болѣзнь, угрожающая не жизни, а только возможности пользоваться удовольствіемъ, не должна быть устраняема опасной операціей (S. Stöckel, Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, № 1, тамъ же приведена и вся литература).

Атрезія и суженіе влагалища.

Подъ атрезіей влагалища понимаютъ совершенное закрытіе просвѣта его, вслѣдствіе склеиванія стѣнокъ; послѣднее можетъ быть вызвано болѣзненными процессами во внѣтробной жизни. Чаще наблюдается только суженіе просвѣта влагалища на большемъ или меньшемъ протяженіи; въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ трудомъ проходитъ палець, въ другихъ—тонкій инструментъ. Если не считать врожденныхъ суженій и атрезіи, то причиной этой болѣзни могутъ быть инфекціонные катарры, пораненія, къ которымъ присоединилась инфекція, тяжелые ожоги съ послѣдующимъ неврозомъ и, наконецъ, тяжелыя инфекціонныя болѣзни въ дѣтскомъ возрастѣ, какъ оспа, скарлатина, дифтерія.

Другая форма атрезіи влагалища вызывается клапановиднымъ закрытіемъ; въ этихъ случаяхъ имѣется на любой высотѣ, особенно же на границѣ между средней и верхней третями (дѣйствіе levator ani?), раздѣляющая влагалище на двѣ части мембрана различной толщины, снабженная иногда отверстіями; эта форма атрезіи бываетъ въ большинствѣ случаевъ приобрѣтенной.

Симптомы закрытія влагалища то совершенно отсутствуютъ, то имѣютъ большое клиническое значеніе. Если атрезія сопровождается дефектами матки, то отсутствуютъ физиологическія выдѣленія крови, а, слѣдовательно, и скопленіе ея позади мембраны.

Въ случаяхъ же приобрѣтеннаго суженія, также при клапанной атрезіи половой аппаратъ въ общемъ функционируетъ нормально. Въ этихъ случаяхъ симптомы обуславливаются скопленіемъ секрета позади закрывающей мембраны; обыкновенно это имѣетъ мѣсто только съ наступленіемъ половой зрѣлости. Отсутствие періодическаго выдѣленія

крови, особенно при периодически наступающих боляхъ въ животѣ, должно заставлять насъ думать о возможности атрезіи, если только рѣчь идетъ не о хлоротическихъ двѣушкахъ.

Тщательное изслѣдованіе со стороны имѣющагося рудиментарнаго влагалища, со стороны брюшныхъ покрововъ и прямой кишки съ введеніемъ въ мочевою пузырь катетера должно указать мѣсто расположенія суженія, высоту и ширину мембраны. Иногда цѣлесообразно производить изслѣдованіе во время менструаціи, такъ какъ при мембранахъ съ небольшими отверстіями послѣднія становятся видимыми, благодаря проходящей черезъ нихъ крови.

Клапанныя закрытія радиарно разрѣзаются и удаляются, какъ это упомянуто было при атрезіи двѣственной плевы.

При продольной же атрезіи гораздо труднѣе пробить путь къ маткѣ и сохранить его открытымъ. Въ одномъ случаѣ мнѣ удалось, частью разрѣвая, частью тупымъ инструментомъ проложить путь, но сохраненіе его, несмотря на введенный стеклянный цилиндръ и расширеніе палочкой ламинари и іодоформной марлей, встрѣтило большія затрудненія. Въ другомъ случаѣ атрезіи, вызванной гнойнымъ катарромъ, мнѣ удалось сохранить просвѣтъ открытымъ только послѣ того, какъ я два лоскута влагалища отдѣлилъ съ трехъ сторонъ, поднялъ вверхъ и пришилъ.

Vagina unilateralis.

Если развивается только одинъ Müller'овскій ходъ, то образуется uterus unicornis и иногда также vagina unilateralis. Ясно, что доказать это происхожденіе для влагалища труднѣе, чѣмъ для матки. Сюда же слѣдуетъ отнести также нѣкоторые случаи ненормальной, кажущейся дѣтской уости влагалища.

Если другая часть Müller'овскаго хода развивается при этомъ рудиментарно, то образуется киста, наполненная слизью или кровью; такія кисты развиваются больше въ длину и лежатъ сбоку влагалища. Смѣшенія съ кистами Wolff'овскихъ ходовъ врядъ ли удастся избѣгнуть.

Vagina unilateralis нуждается въ леченіи только въ томъ случаѣ, если она вызываетъ механическія препятствія, напр., при совокупленіи. Если одновременно съ этимъ имѣется аменоррея съ дефектами въ развитіи матки, то предсказаніе неблагоприятно; въ другихъ же случаяхъ расширяютъ влагалище дилататорами Hegar'a или введеніемъ ртути.

Если происходитъ зачатіе, то подъ влияніемъ беременности влагалище расширяется настолько, что не представляетъ препятствій во время родовъ.

Двойное влагалище.

Vagina duplex et septa.

Значительно чаще наблюдается двойное влагалище одновременно съ двойной или простой маткой; первое значительно чаще. Перегородка можетъ быть во всю длину влагалища съ двойной двѣственной плевой или она занимаетъ только часть влагалища, обыкновенно нижнюю, или перегородка представляетъ выступъ на передней или задней стѣнкѣ или, наконецъ, она имѣется только въ нижнихъ двухъ третяхъ, отсутствуя въ верхней.

Одна половина влагалища обыкновенно шире другой и, вследствие отклонения матки вправо, левая лежит несколько впереди правой. При совокуплении penis входит в более широкую половину, и двойной характер влагалища обнаруживается, таким образом, только во время беременности или родов или случайно при исследовании.

Если перегородка препятствует совокуплению или родам, то ее перерезают ножницами, обкалывая кровотокашія мѣста.

Если вторая половина влагалища не открывается наружу, а остается закрытой, то рядомъ съ нормально функционирующимъ влагалищемъ мы имѣемъ *atresia vaginalis lateralis*, къ которой присоединяется *haematokolpos* или *haematometra*.

Если мѣшокъ вскрывается въ сосѣднія ткани, то содержимое его вследствие проникновения возбудителей болѣзни можетъ разложиться, и образуется *pyokolpos lateralis*. Интересные въ этомъ отношеніи случаи описали Breisky, Săxinger и друг.

Наиболѣе правильное лечение *haematokolpos* или *pyokolpos* состоитъ въ широкомъ вскрытіи мѣшка въ наиболѣе низкомъ мѣстѣ и сохраненіи его открытымъ посредствомъ выполненія вѣоформной марлей или посредствомъ обшиванія.

Другой характеръ въ смыслѣ исторіи развитія имѣютъ слѣпо оканчивающіеся ходы влагалища, преимущественно въ задней его части, описанные Breisky и Wipckel'emъ; я самъ также наблюдалъ такіе случаи. Дѣло идетъ здѣсь, вѣроятно, о чреамѣрномъ развитіи слизистой оболочки, обь образованіи лакунь одновременно съ беременностью и послѣродовымъ періодомъ, ибо эти слѣпые ходы наблюдаются главнымъ образомъ у рожавшихъ женщинъ; положеніе ихъ позади влагалища заставляютъ думать о томъ, что они происходятъ отъ Wolffовскаго хода.

Лечение показано, если задержка слизи въ мѣшкѣ вызываетъ разстройство. Breisky разсѣкалъ перегородку.

2. Воспаленіе и катарръ влагалища.

Vaginitis, colpitis.

Мнѣніе о томъ, что катарръ и катарральное воспаленіе влагалища не похожи на то же пораженіе другихъ слизистыхъ оболочекъ, правильно постольку, поскольку слизистая оболочка влагалища отличается отъ другихъ отсутствіемъ железъ, вырабатывающихъ слизь, а отъ кожи — отсутствіемъ рогового слоя, сальныхъ и потовыхъ железъ. Зато влагалище реагируетъ на раздраженіе вульвы и шейки, и мы имѣемъ поэтому право говорить о катаррѣ и воспаленіи слизистой оболочки влагалища. Наболѣе существеннымъ является разстройство питанія слизистой оболочки съ усиленіемъ процесса образованія или обратнаго развитія. Усиленная секретія и катарръ являются только признаками разстройства питанія, аналогичнаго дерматиту и экземѣ наружной кожи. Воспаленіе начинается остро и быстро проходитъ, или же оно переходитъ въ хроническое состояніе. Возможно, что въ большинствѣ случаевъ воспаленіе и катарръ съ самаго начала имѣютъ хроническій характеръ.

Этіологія. Причины, вызывающія вагинитъ, въ виду сообщенія, существующаго между влагалищемъ и внѣшнимъ міромъ, очень многочисленны. Прежде всего слѣдуетъ назвать внѣшнюю инфекцію, благодаря которой различные микроорганизмы попадаютъ во влагалище, Исслѣдованіе нечистыми

пальцами (онанизмъ) и инструментами, введеніе грязныхъ пессаріевъ или изготовленныхъ изъ нехорошаго матеріала, оставленіе тампоновъ—все это даетъ поводъ къ проникновенію всевозможныхъ сапроофитовъ, главнымъ образомъ *bacterium coli*, а также гноеродныхъ бактерій, грибовъ *soor* и т. д. Наиболее частымъ возбудителемъ вагинита является заносимый при совокувленіи гонококкъ, который, по мнѣнію Витм'а, сначала осѣдаетъ на слизистой оболочкѣ уретры, а потомъ переходитъ во влагалище; впрочемъ, слизистая оболочка шейки представляетъ для гонококка болѣе благоприятныя условія, чѣмъ таковая влагалища, такъ что послѣ излеченія гонорройнаго вагинита изъ шейки возможна реинфекція.

Далѣе, катарръ влагалища распространяется съ матки, шейки и прямой кишки, особенно при свищахъ послѣдней, но также и безъ нихъ черезъ куски кала, *oxyuris, bact. coli*.

Далѣе, причиной вагинита являются разстройства питанія въ дѣтствѣ, а также въ болѣе пожиломъ возрастѣ, химическія и термическія раздраженія; наконецъ, изъ конституціональныхъ причинъ слѣдуетъ назвать общее малокровіе и диабетъ. Не слѣдуетъ поэтому считать всякій вагинитъ инфекціоннымъ.

Практически различаютъ слѣдующія формы:

1. *Простой вагинитъ, vaginitis simplex s. catarrhalis.*

Вся слизистая оболочка равномерно красна, припухла и горяча, на складкахъ имѣются опухшіе сосочки, выпячиваніе которыхъ обуславливается частью образованіемъ новыхъ сосудовъ, частью мелкоклѣточной инфильтраціей эпителиальнаго слоя. Сухой или похожий въ нормальномъ состояніи на сливки секретъ влагалища жидокъ, обнаруживаетъ слабо кислую или щелочную реакцію и содержитъ многочисленные лейкоциты.

Нерѣдко въ хроническомъ стадіи процессъ оказывается болѣе упорнымъ на передней влагалищной стѣнкѣ, и послѣдняя болѣе красна, чѣмъ задняя, а также въ переднемъ и заднемъ влагалищныхъ сводахъ; въ заднемъ сводѣ упорство процесса объясняется тѣмъ, что въ лежачемъ положеніи большой гной скопляется тамъ.

Иногда катарральный вагинитъ переходитъ въ крупозный или псеудо-дифтерійный; поводомъ для этого являются борозды отъ давленія пессаріевъ, раны послѣ операціи выпаденія и свищей, которыя не излечиваются *per primam*. Въ этихъ случаяхъ обнаруживаются бѣлыя или желтыя, прочно прилегающія къ слизистой оболочкѣ мембраны; участки, подвергшіеся частичному омертвѣнію, постепенно получаютъ сѣровато-черное окрашиваніе, вслѣдствіе нагноенія отдѣляются и распространяютъ чрезвычайно вонючій запахъ. Значительно рѣже наблюдается настоящая дифтерія влагалища при скарлатинѣ или дифтеріи зѣва.

2. *Гонорройный вагинитъ.* Въ остромъ стадіи слизистая оболочка интенсивно красна, опухшая и отдѣляетъ обильный жидкій гной. Сосочки на складкахъ особенно ясно выступаютъ въ влагалищномъ сводѣ. Въ то время, какъ эпителий слизистой оболочки между отдѣльными сосочками утолщенъ, на верхушкахъ послѣднихъ онъ отдѣляется, такъ что здѣсь остается только тонкій слой мостовиднаго эпителия. Состояніе эпителиальныхъ отростковъ, образующихъ сосочки, различно, они утончаются, становятся короче и сливаются другъ съ другомъ; въ другихъ же случаяхъ они становятся больше и шире и не сливаются. Послѣ исчезанія островоспалительныхъ явленій разрошеніе уменьшается, также мелкоклѣточная инфильтрація, а инфильтрированные сосочки остаются часто долгое время, хотя и не въ такой сильной степени, какъ въ остромъ стадіи.

Выдѣленія вначалѣ похожи на густые сливки и состоятъ изъ многочисленныхъ отдѣлившихся измѣненныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ; въ послѣдствіи выдѣленія становятся жиже, и въ нихъ преобладаютъ лейкоциты и многочисленные кокки и бациллы; гонококки лежатъ обыкновенно группами въ лейкоцитахъ.

Въ хроническомъ состояніи процессъ локализуется въ влагалищномъ сводѣ, временами обостряясь со стороны шейки, далѣе, въ Бартолиновыхъ железахъ и въ вульвѣ.

Обостреніе катарра вызывается обыкновенно мѣстными раздраженіями, совокупленіемъ и менструаціей.

3. *Vaginitis adhaesiva s. vetularum.*

При этомъ катаррѣ влагалища, свойственномъ климактерическому періоду, первичными являются регрессивные процессы слизистой оболочки вслѣдствіе недостаточнаго питанія, особенно въ сосочкахъ; только потомъ



Рис. 76. Гонококки въ гноѣ изъ уретры.

отставшая въ своемъ питаніи слизистая оболочка подвергается болѣе сильному дѣйствію имѣющихся въ влагалищѣ микроорганизмовъ. Слизистая оболочка лишена складокъ, гладка, покрыта красными пятнами съ частичными дефектами эпителия, между ними обнаруживается мелкозернистая припухлость сосочковъ съ мелкоклѣточной инфильтраціей ткани и отдѣленіемъ верхнихъ эпителиальныхъ слоевъ. Если влагалищныя стѣнки остаются въ покоѣ вслѣдствіе отсутствія совокупленія, промываній и изслѣдованій, то лишенныя эпителия поверхности влагалища склеиваются другъ съ другомъ или съ наружной поверхностью *portio*. Вслѣдствіе этого

сглаживаются одинъ или другой или оба свода, такъ что въ слѣпомъ мѣсткѣ влагалища ощущивается только небольшое отверстіе матки; иногда влагалищныя стѣнки склеиваются ниже. Характернымъ является то обстоятельство, что изслѣдующій палецъ легко раздвигаетъ склеенныя стѣнки, и кажется, будто палецъ входитъ во вновь образовавшееся пространство, послѣ чего появляется немного крови. Если срощенія еще не очень стары, то удается постепенно освободить весь влагалищный сводъ.

Наблюденія показали, что переходъ отъ самыхъ легкихъ формъ *vaginitis climacterica* къ наиболѣе тяжелымъ формамъ съ обширными срощеніями совершается весьма постепенно, и я не вижу поэтому возможности практически отличать *vaginitis exfoliativa* отъ *vaginitis vetularum* и *adhaesiva*, какъ это дѣлаетъ Ruge съ патологоанатомической точки зрѣнія.

4. Кромѣ этихъ частыхъ формъ, наблюдаются также болѣе рѣдкія. Настоящій *туберкулезный вагинитъ* рѣдко наблюдается. Klob и Virchow описали случаи, въ которыхъ при общемъ туберкулезѣ наблюдались у одной больной сѣрые узелки во влагалищѣ, особенно въ верхней его части, а у другой — слившіяся потери вещества съ подрывными краями. Клинически рѣдкія наблюденія описаны Gussеговымъ и Dohгломъ; послѣдній удалил туберкулезную язву влагалища вслѣдствіе ея болѣзненности. Я лично наблюдалъ только одинъ случай распространеннаго туберкулеза влагалища вслѣдствіе первичнаго туберкулеза слизистой оболочки матки. У нѣкоторыхъ

туберкулезных больных наблюдается простой вагинитъ, главнымъ симптомомъ котораго является зудъ.

5. Единственнымъ является наблюдавшійся Winckel'emъ случай *гуммознаго вагинита*; все влагалище было покрыто сѣроватобѣлыми, частью прочно сидящими, частью легко отдѣляющимися мембранами, а внутренняя поверхность вульвы, также portio были отъ нихъ свободны. Подъ микроскопомъ найдена была инфилтратія слизистой и подслизистой оболочки многочисленными круглыми и веретенообразными клѣтками. При вскрытіи Birch-Hirschfeld обнаружилъ у больной, страдавшей третичнымъ сифилисомъ, гуммозную инфилтратію подслизистой и околослагалищной клѣточной ткани.

При *дизентеріи* кишечника Eringer обнаружилъ аналогичный процессъ въ нижней части влагалища, вызванный заносомъ.

6. Нерѣдко наблюдается *vaginitis mycotica*, вызываемая, по мнѣнію Haussman'а, v. Winckel'я, v. Herffa и др. нитевидными грибами; особенно часто находили грибокъ *soor* (*vidium albicans*), *leptothrix vaginalis* и дрожжевые грибки (*saccharomyces*). Эти заболѣванія наблюдаются больше всего въ теплое время года, у замужнихъ и особенно у беременныхъ. Преимущественно въ нижней трети влагалища находятя бѣлыя бляшки, по удаленіи которыхъ слизистая оболочка кровоточитъ.

Симптомы При остромъ воспаленіи всей слизистой оболочки влагалища больныя жалуются на общее недомоганіе, иногда на познабливаніе и лихорадку, на ощущеніе мѣстнаго жара, жженія и давленія на низъ и на мочевой пузырь; выдѣленія болѣе обильны, вначалѣ серозно слизисты, потомъ слизисто-гноины и, наконецъ, чисто гноины; выдѣленія всегда смѣшаны съ измѣненнымъ секретомъ шейки.

Менструація при остромъ катаррѣ влагалища можетъ наступить слишкомъ рано, быть очень обильной или, наоборотъ, уменьшается. При инфекціонномъ вагинитѣ въ процессъ почти всегда принимають участіе сосѣднія части, уретра, пузырь, шейка, рѣже задній проходъ; больная жалуется на частые позывы на мочу и стулъ. Вслѣдствіе лихорадочнаго состоянія языкъ обложенъ, аппетитъ хуже, имѣются жажда и запоры. Coitus при острой формѣ очень болѣзненъ и вслѣдствіе припуханія слизистой оболочки иногда часто невозможенъ.

Выдѣленія, подвергшіяся разложенію, издають непріятный запахъ, раздражаа слизистую оболочку вульвы и наружную кожу, такъ что образуются вульвитъ, intertrigo и друг.

Значительно слабѣе признаки *хроническаго воспаленія влагалища*; главнымъ симптомомъ являются бѣлы (*fluor albus*). При переходѣ остраго катарра въ хроническій воспалительныя явленія уменьшаются, количество бѣлей различно въ зависимости отъ внѣшнихъ вліяній, тѣлеснаго напряженія, предстоящей и прошедшей менструаціи; психическое возбужденіе также можетъ усилить процессъ. Пря катаррѣ, обнаруживающемъ съ самаго начала хроническое теченіе, также наблюдаются вслѣдствіе обостренія изъязвленія, pruritis, intertrigo. Несмотря на сильный и продолжительный катаррѣ, организмъ не истощается.

При *vaginitis vetularum* явленія мѣше интенсивны; имѣются жидкія гноиныя выдѣленія, смѣшанныя иногда съ кровью, чувство жженія, intertrigo—симптомы, дающіе основаніе предполагать наличность рака.

При ложно-дифтерійномъ и гангренозномъ вагинитѣ, образующемся послѣ продолжительнаго лежанія пессаріевъ, явленія значительно интенсивнѣе; одновременно съ лихорадкой и болѣзненностью живота имѣются гнилостныя, вонючія бѣлы съ воспаленіемъ сосѣднихъ частей, такъ что до изслѣдованія можно предположить наличность раковой опухоли.

Предсказаніе въ большинствѣ случаевъ остраго и хроническаго ва-

гинита благоприятно; при раннемъ распознаваніи и энергичномъ леченіи катарръ въ большинствѣ случаевъ проходитъ; сомнительнѣе предсказаніе *quoad valetudinem completam* при гонорройномъ катаррѣ, такъ какъ послѣдній очень упоренъ и легко даетъ рецидивы, если процессъ не излеченъ и у мужа.

Опасное для жизни состояніе вызывается только тяжелыми осложненіями вагинита, напр., переходомъ гонорреи черезъ слизистую оболочку матки на трубы и брюшину, также при псеидодифтеріи переходомъ процесса на параметріи и брюшину.

Катарръ влагалища *распознается* на основаніи изслѣдованія пальцемъ и глазомъ.

Пальцемъ ощупываются припухлость и вызванное ею суженіе всей влагалищной трубки; онъ опредѣляетъ зернистость и склеиваніе при *vaginitis adhaesiva*.

Осмотромъ опредѣляютъ красноту и припухлость части слизистой оболочки, расположенной позади вульвы, припухлость складокъ, красные сосочки, увеличеніе количества выдѣленій, гнойный характеръ которыхъ подъ микроскопомъ легко отличается отъ слизистаго характера секрета шейки.

Реактивной бумажкой опредѣляютъ реакцію, микроскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ массу характерныхъ плоскостелальныхъ клѣтокъ съ большимъ ядромъ, а также лейкоциты, а бактериологическое изслѣдованіе обнаруживаетъ присутствіе различныхъ кокковъ и палочекъ.

Во всѣхъ подозрительныхъ случаяхъ необходимо изслѣдованіе секрета уретры на гонококки. Только положительный результатъ доказателенъ. *Steinschneider* обратилъ вниманіе на то обстоятельство, что, кромѣ гонококковъ, въ уретрѣ у мужчины имѣются 4 вида диплококка, попадающіе во время совокупленія во влагалище. Опредѣляются они на основаніи окрашивания по *Roux-Gram*'у съ послѣдующимъ окрашиваніемъ *Bismarckgrün* или метиленовой синькой. Въ подострыхъ случаяхъ удается иногда обнаружить гонококки въ секретѣ шейки уже послѣ того, какъ секретъ уретры оказался свободнымъ отъ нихъ.

При хронической гонорреѣ, кромѣ анамнеза, указывающаго на бывшее вначалѣ растройство мочеиспусканія, подозрѣніе вызываютъ (но не доказательны) покраснѣніе отверстій Бартолиновыхъ железъ, наличность зернистости особенно во влагалищномъ сводѣ, интенсивно гнойный катарръ шейки и, наконецъ, нѣкоторыя формы сальпингита съ пельвеоперитонитомъ.

Vaginitis mycotica распознается на основаніи обнаруженія нитей мицелія и конидій.

Что касается леченія, то на первомъ мѣстѣ должна стоять профилактика. На необходимую для гинекологическихъ изслѣдованій асептику рукъ и инструментовъ я уже выше указалъ; даже для производства простаго изслѣдованія влагалища, врачъ долженъ одѣвать дезинфицированный резиновый палецъ. Далѣе, врачи должны разъ навсегда отказаться вводить пессаріи, уже находившіяся во влагалищѣ другой женщины. Въ виду дешевизны пессаріевъ каждая женщина должна получить новое кольцо. Кольца, пессаріи и тампоны нужно удалять, лишь только обнаружатся явленія раздраженія; при остромъ катаррѣ воспрещается также *coitus*.

Весьма важно запрещеніе вступать въ бракъ до тѣхъ поръ, пока гоноррея у мужчинъ не будетъ излечена. Недостаточно, чтобы острый трипперъ отсутствовалъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ; такъ же, какъ при сифилисѣ

нужно разрешать вступать въ бракъ не раньше трехъ мѣсяцевъ послѣ исчезновенія острыхъ явленій; недостаточно также увѣреніе мужчины въ отсутствіи у него выдѣленій; необходимо, чтобы врачъ-специалистъ посредствомъ повторнаго эндоскопированія опредѣлить, имѣются ли еще въ pars membralasea нити или даже гонококки. По совѣту Wertheim'a, слѣдуетъ подозрительныя выдѣленія посѣять на подходящихъ питательныхъ средахъ и такимъ путемъ опредѣлять жизнеспособность гонококковъ. Я наблюдала случаи, въ которыхъ небрежное въ этомъ вопросѣ отношеніе доставило несчастнымъ женщинамъ большія страданія. То же можно сказать о случаяхъ, въ которыхъ гоноррея пріобрѣтена послѣ вступленія въ бракъ. Если по какимъ-либо соображеніямъ совокупленіе должно быть разрешено раньше, то оно должно производиться посредствомъ кондома.

Въ самомъ началѣ *острого вагинита* рекомендуются спринцеванія растворомъ соли (10 грам.) или соды (30 грам.) на 1 литръ воды въ 30—35° Ц., въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ прибавленіемъ слизистыхъ веществъ (отрубей, ромашки); изъ бактерицидныхъ средствъ назначаются kal. permang. (нѣсколько кристалловъ на 1 литръ воды), liq. plumbi subacetici, растворъ протаргола (1/2%), аргентамина (1/5—1%). Слѣдуетъ считать весьма ошибочнымъ со стороны врачей назначать въ остромъ стадіи съ самаго начала слишкомъ сильныя и прижигающія средства, какъ лизоль, хлористый цинкъ и растворы сулемы (о способахъ и мѣрахъ предосторожности при спринцеваніи влагалища см. общую часть).

При участіи вульвы и кожи въ этомъ процессѣ примѣняются обмыванія и прохладныя сидячія ванны съ примѣсью тѣхъ же средствъ; кромѣ того, слѣдуетъ избѣгать тѣлеснаго напряженія или соблюдать постельный покой. Выдѣленія воспринимаются специальной повязкой или ватой, которую нужно часто мѣнять. При остромъ микозѣ вытираютъ слизистую оболочку нѣсколько разъ въ день растворомъ сулемы или оксицианата ртути (1 : 2000).

При хроническомъ катаррѣ слѣдуетъ лучше всего отказаться отъ карболовой кислоты, креолина, лизола и лизоформа, а назначать спринцеванія сулемой или оксицианатомъ ртути (1 : 5000), хлористымъ цинкомъ (5 гр. 50% раствора на 1 литръ), салициловой кислотой (10 гр. на 100 гр. спирта, 1 стол. ложка этого раствора на 1 литръ), борной кислотой (1—2%), молочной кислотой (1%), растворомъ формалина (1/10%), пергидрола (50—100 гр. 10% раствора на 1 литръ), 1% воднымъ растворомъ ихтиола или тигенола, далѣе, ихтарганомъ (0.02—0.1%), liq. alumin. acet. (20—50 гр. на 1 литръ), 50% растворомъ альзола (5—10 гр. на 1 литръ). Въ болѣе позднихъ стадіяхъ подходящими являются квасцы, zinc. sulf., zinc. sulfo-carb., natr. bibogac., таннинъ, настой чайныхъ листьевъ, дубовой корки или орѣховыхъ листьевъ. Температура жидкости можетъ быть до 38° Ц. При остромъ и подостромъ катаррѣ можно производить спринцеванія и во время менструаціи.

Въ хроническихъ случаяхъ цѣлесообразно подкрѣплять спринцеванія мѣстнымъ леченіемъ, а именно, смазываніемъ влагалища въ зеркалѣ acet. pyrolign. crud., sol. zinc. chlorat. (1—2%); при гонорройномъ катаррѣ я считаю наилучшимъ средствомъ 5—10% растворъ arg. nitr. или йодную настойку, также при хронической vaginitis adhaesiva—1—2%.

Въ другихъ случаяхъ назначаютъ присыпки въ зеркалѣ виоформомъ, дерматоломъ, айроломъ, танниномъ, квасцами и сахаромъ aa,

bolus alb.; можно также вводить тампонъ, пропитанный чистымъ глицериномъ, растворомъ цинка въ глицеринѣ (1:10), танина въ глицеринѣ (1:5), протаргола или борной кислоты въ глицеринѣ (1:10). Landau и Albert предложили противъ гонококковъ дрожжи; первый изъ нихъ вводитъ въ влагалище 10—20 куб. сант., а потомъ тампонъ, остающийся лежать сутки; второй вводитъ въ влагалище на 6—8 часовъ кашлицу, состоящую изъ равныхъ частей дрожжей и сахара. Peters рекомендуетъ при всякаго рода вагинитахъ суппозитории изъ extr. pin. canadens.

При вульвовагинитѣ у маленькихъ дѣтей производятъ черезъ англійскій катетеръ спринцованія протарголомъ ($\frac{1}{2}\%$) или liq. plumb. subac. (1%). О результатахъ, предложенныхъ В о а s омъ гонококковыхъ вакцинъ, я не имѣю личнаго опыта. F g o m t e не наблюдалъ никакихъ результатовъ при леченіи гонорреи открытыхъ слизистыхъ оболочекъ.

Отъ примѣненія вяжущихъ средствъ въ формѣ шариковъ съ масломъ какао я не видѣлъ большихъ результатовъ.

Необходимо разъяснить больнымъ, что всѣ инфекціонные катарры влагалища, особенно гонорройный, требуютъ продолжительнаго леченія и проявляютъ склонность къ рецидивамъ.

Въ случаѣ пораженія пузыря и уретры назначаютъ слизистое питье, воды Fachingen, Wildungen, Carola и Vichy; хорошее мѣстное дѣйствіе оказываютъ іодоформныя палочки, вводимыя въ уретру, или впрыскиванія 1% раствора zinc. sulfocarb.

Наконецъ, не слѣдуетъ пренебрегать и общимъ леченіемъ. При лихорадочныхъ общихъ явленіяхъ назначаютъ покой, діету, частыя ванны, питье жидкости и легкія слабительныя; при хроническомъ катаррѣ, вызванномъ конституціональной аномаліей, слѣдуетъ лечить основную болѣзнь, а именно, хлорозъ—желѣзомъ и тоническими средствами, а золотуху—рыбимъ жиромъ и хининомъ.

Kolpitis emphysematosa. Сплошное образованіе газосодержащихъ кистъ въ слизистой оболочкѣ.

Эта болѣзнь, впервые описанная v. Winckel'emъ подъ названіемъ kolpohyperplezia cystica, вѣрнѣе aerocystica, имѣетъ скорѣе анатомическій интересъ, чѣмъ практической. Подъ этимъ словомъ понимаютъ образованіе въ слизистой оболочкѣ влагалища полостей, содержащихъ газъ, и горбовидное выпячиваніе поверхности. Эта болѣзнь наблюдалась почти только у беременныхъ; причиной ея является, по мнѣнію Winckel'я, упорный хроническій негонорройный катарръ влагалища. Весьма вѣроятно, по мнѣнію Eisenlohra, Klein'a друг., образованіе кистъ особыми бактеріями въ подэпителиальной соединительной ткани слизистой оболочки; какимъ образомъ эти бактеріи попадаютъ въ лимфатическіе сосуды и щели, неизвѣстно.

При изслѣдованіи обнаруживаютъ небольшія выпячиванія влагалищной стѣнки—напр., по Winckel'ю, на кускѣ, величиной въ палецъ, 15—20 кистъ—производящія впечатлѣніе небольшихъ находящихся въ слизистой оболочкѣ пузырьковъ. Послѣдніе просвѣчиваются синеватымъ или сѣрымъ свѣтомъ, находятся обыкновенно на верхушкѣ rugae, имѣютъ круглую или продолговатую форму и рѣдко превышаютъ величину вишня. Если проколоть пузырекъ въ зеркалѣ въ водѣ, то ясно видно выдѣленіе газа.

Уже Winckel указалъ, что кисты, внутренняя стѣнка которыхъ отчасти покрыта простымъ эндотелиемъ, суть лимфатическіе фолликулы. Газъ скопляется въ лимфатическихъ щеляхъ соединительной ткани, выстланныхъ отчасти низкимъ кубическимъ эпителиемъ, а частью лишенныхъ эндотелия.

Леченіе не требуется, пузырьки сами исчезают послѣ родовъ или даже до этого. Въ случаѣ сильнаго выпячиванія слизистой оболочки достаточно бываетъ проколоть пузырь и лечить вагинитъ обычными способами.

3. Опухоли и новообразованія влагалища.

а) Ракъ.

Первичный ракъ влагалища, въ сравненіи съ частотой раковыхъ опухолей шейки, рѣдко наблюдается. Въ то время, какъ Küstner еще въ 1874 году нашелъ въ литературѣ только 22 случая, сообщаетъ Seyfert (Дис. Лейпцигъ, 1901) о 130 опубликованныхъ случаяхъ. Изъ всѣхъ случаевъ рака въ женской клиникѣ въ Мюнхенѣ Hecht нашелъ ракъ влагалища въ 11%; я самъ наблюдалъ въ клиникѣ въ Галле 8 случаевъ влагалищнаго рака на 385 случаевъ рака матки, т. е. въ 2%. Данныя въ общемъ колеблются между $\frac{1}{4}$ и 1%.

Ракъ влагалища представляетъ папиллярную опухоль съ широкимъ основаніемъ, локализирующуюся въ верхней трети задней влагалищной стѣнки, или равномерно плотную инфильтрацію всего влагалища, такъ что отъ него во всю длину едва ли остается хоть одна полоса здоровой ткани.

Что касается образованія опухоли, то она все болѣе и болѣе приводится въ связь съ продолжительнымъ ношеніемъ пессарія. Уже Morgagni говоритъ о затверднѣннхъ величиной въ миндаль, образующихся по обѣ стороны деревяннаго кольца; все же ракъ влагалища, въ сравненіи съ часто примѣняемыми кольцами, рѣдко наблюдается; не могу я также приписать образованіе рака механическому тренію, которое меньше всего имѣетъ мѣсто на задней стѣнкѣ. Скорѣе всего можно думать о химической причинѣ, ибо раковая опухоль наблюдается на томъ именно мѣстѣ, гдѣ при горизонтальномъ положеніи большой скопляется секретъ. Трудно объяснить, почему выпавшая влагалищная стѣнка такъ рѣдко заболѣваетъ ракомъ.

Съ задней влагалищной стѣнки раковая опухоль скоро переходитъ на portio, на боковыя и переднюю стѣнки, потомъ на околовлагалищную соединительную ткань, откуда она чаще переходитъ на прямую кишку, чѣмъ на мочевой пузырь. Согласно статистическимъ даннымъ, большинство случаевъ наблюдается въ возрастѣ 30—60 лѣтъ. Плодовитость женщины не является столь благопріятнымъ факторомъ, какъ при ракѣ шейки; во время беременности опухоль растетъ быстрѣе, такъ что появляются тяжелыя разстройства родовъ. Значительно чаще, конечно, наблюдаются раковыя опухоли, вторично переходящія съ шейки или тѣла матки на влагалище, но о нихъ рѣчь впереди.

Симптомы слѣдующіе: неправильныя кровотеченія, вонючія выдѣленія и боли; при ракѣ на передней стѣнкѣ имѣются также явленія раздраженія со стороны пузыря и уретры; нерѣдки также кровотеченія при совокупленіи.

Предсказаніе неблагоприятно; въ большинствѣ случаевъ больная является къ врачу слишкомъ поздно, и даже при ранней экстирпации почти всегда появляются рецидивы (Olsen). Смерть происходитъ вслѣдствіе потери крови, истощенія или метастазовъ; иногда происходитъ при спринцеваніи прободеніе задней влагалищной стѣнки и развитіе смертельнаго перитонита (Scanzoni).

Распознаваніе обыкновенно бывает легкимъ; только въ случаѣ раковыхъ изъязвленій, вызванныхъ долго лежавшими кольцами, отличительное распознаваніе можетъ вначалѣ быть труднымъ, и безъ микроскопическаго изслѣдованія возможно смѣшеніе съ язвами отъ пролежня. При болѣе рѣдкой равномерной инфильтраціи всего влагалищнаго канала необходимо думать о перикольпитѣ и о гуммозномъ вагинитѣ Winkel'a.



Рис. 77. Carcinoma cervicis et vaginae ($\frac{4}{5}$).

Леченіе ¹⁾ должно состоять въ удаленіи опухоли ножомъ. Только въ рѣдкихъ случаяхъ можно довольствоваться однимъ только удаленіемъ новообразованія. Цѣлесообразнѣе, по предложенію Olshausen'a, Martin'a и Krönig'a, удалить все влагалище вмѣстѣ съ маткой. Послѣ разрѣза влагалища и промежности отпрепаровываютъ опухоль снизу по направленію вверхъ, что удается сдѣлать быстро и

¹⁾ Krönig, Archiv. f. Gynäek. т. 63, стр. 38.

безъ особенно большой потери крови, вскрываютъ *plica vesicouterina* и черезъ нее удаляютъ матку; для покрытія раны можно спереди и сзади соединить брюшину съ остаткомъ влагалищной стѣнки. *Martin* обрѣзываетъ внизу влагалищную трубку кругомъ и тупымъ инструментомъ отдѣляетъ влагалище снизу вверхъ; послѣ этого онъ удаляетъ матку. *Olshausen* рекомендуетъ брюшинный путь съ поперечнымъ разсѣченіемъ промежности и преимущество этого способа видятъ въ вскрытіи Дугласова пространства и въ удаленіи матки, не прикасаясь къ влагалищу; такимъ путемъ возможно избѣгнуть инфекции посредствомъ прививки.

Если раковая опухоль сидитъ высоко, то рекомендуется удалить влагалище вмѣстѣ съ маткой брюшнымъ способомъ по *Wertheim's*у.

Въ застарѣлыхъ случаяхъ ограничиваются выскабливаніемъ и прижиганіемъ пакеленомъ; при этомъ необходимо, однако, остерегаться повредить сосѣднія ткани и вызвать образованіе свищей пузыря и прямой кишки. Рекомендуется введеніе тампона съ пастой изъ хлористаго цинка (*zinc. chlor., amyli aa*) на 6—8 часовъ; послѣ этого нерѣдко удаляется все влагалище, такъ что получается временное излеченіе. Въ послѣднее время стали въ этихъ неоперативныхъ случаяхъ примѣнять рентгеновскіе лучи; *Vumt* и *Krönig* возлагаютъ большія надежды на примѣненіе мезотеріа.

При обильныхъ выдѣленіяхъ умѣстны частыя спринцеванія дезинфицирующей жидкостью или сухое леченіе.

Считаю умѣстнымъ упомянуть здѣсь о хоріоэпителиомѣ влагалища, наблюдаемой во время беременности; она характеризуется образованіемъ мягкихъ узловъ съ синеватымъ углубленіемъ.

b) Саркома.

Для рѣдко наблюдающейся саркомы влагалища характерно появленіе ея въ раннемъ дѣтствѣ, такъ что нѣкоторые авторы считаютъ ее врожденной. Далѣе, характерны форма полипа и преимущественная локализція ея на передней стѣнкѣ, въ то время какъ въ послѣдствіи опухоль имѣетъ ограниченную форму и также часто локализуется на задней стѣнкѣ. Подобно раку, саркома можетъ быть ограниченной или имѣть форму сплошной инфильтраціи. Опухоль переходитъ на пузырь, стѣнку прямой кишки, брюшину и наружныя половыя части. Подъ микроскопомъ находятъ какъ круглыя, такъ и веретенообразныя клѣтки съ увеличеніемъ соединительной ткани.

Исходной точкой новообразованія являются обыкновенно сосочки слизистой оболочки влагалища. *Ahlfeld* обратилъ вниманіе на то обстоятельство, что, по мнѣнію *Dohrn'a*, разрощеніе сосочковъ влагалища больше всего происходитъ въ срединѣ эмбриональной жизни и этимъ объясняетъ появленіе саркомы въ раннемъ дѣтствѣ. *Wedde* считаетъ исходнымъ пунктомъ слизистую оболочку между эпителиальнымъ покровомъ и околовлагалищной тканью, происходящую, быть можетъ, отъ недифференцировавшихся еще клѣтокъ мезодермы задней части тѣла.

Саркомы у дѣтей отличаются, вѣроятно, отъ таковыхъ у взрослыхъ какъ генетически, такъ и гистологически.

Симптомы суть: неправильныя кровотеченія, слизисто-водянистыя выдѣленія, дѣлающіяся вскорѣ вонючими и гнилостными, боли при пере-

ходѣ опухоли на сосѣдніе органы, разстройство функціи пузыря, чувство давленія внизъ, исхуданіе и т. д.

Распознаваніе часто удается уже у дѣтей, въ другихъ случаяхъ дѣлають у взрослыхъ пробную эксцизію и изслѣдуютъ микроскопически.

Предсказаніе весьма неблагоприятно; несмотря на операцію, наблюдаются быстро наступающіе рецидивы; въ одномъ случаѣ, описанномъ Schuchardt'омъ, рецидивъ отсутствовалъ еще черезъ 10 лѣтъ.

Леченіе состоитъ въ возможно ранней экстирпаціи; весьма важно не просто удалить опухоль, а широко обрѣзать ея основаніе и вырѣзать большой кусокъ здоровой ткани. Если больная уже менструируетъ, то показана радикальная операція снизу или сверху, какъ при ракѣ.

с) *Миомы.*

Въ сравненіи съ частотой миомъ матки, миома влагалища, несмотря на одинаковое происхожденіе отъ гладкой мускулатуры Müller'овскихъ нитей, встрѣчается довольно рѣдко. Это въ значительной степени объясняется тѣмъ, что дѣйствіе гормоновъ яичниковъ на слизистую оболочку матки, богатую железами и сосудами, другое, чѣмъ на бѣдную железами слизистую оболочку влагалища.

Различаютъ чистыя миомы, фибромиомы и фибромы; послѣднія встрѣчаются рѣже всего. Единственнымъ является описанный Кашеваровой случай миксоматозной рабдомиомы передней стѣнки, т. е. новообразованія поперечнополосатой мускулатуры съ миксоматозной гиперплазіей соединительной ткани; по теченію своему эта опухоль должна быть отнесена къ злокачественнымъ, слѣдовательно, къ тератомамъ.

Исходя изъ гладкой мускулатуры влагалища, миомы рано растутъ по направленію къ сосѣднимъ органамъ. Особенно часто онѣ сидятъ на передней стѣнкѣ влагалища; опухоли съ широкимъ основаніемъ чаще наблюдаются, чѣмъ на ножкѣ; что первичныя опухоли на ножкѣ могутъ быть врожденными, показываетъ случай, описанный A. Martin'омъ; послѣдній обнаружилъ у новорожденной дѣвочки выступающій изъ половыхъ органовъ фиброзный полипъ на ножкѣ длиной въ 1,8 сант.; опухоль исходила изъ задней влагалищной стѣнки. Величина колеблется отъ горошины до дѣтской головки. Опухоли въ большинствѣ случаевъ плотны и бѣдны сосудами, рѣже наблюдаются измѣненія, вызванныя перекручиваніемъ ножки; въ послѣднемъ случаѣ, вслѣдствіе застоя крови или кровоизліянія, опухоль мягка, похожа на кисту и можетъ въ концѣ концовъ омертвѣть.

Симптомы различны въ зависимости отъ величины и локализациі опухоли. Небольшія опухоли не вызываютъ у дѣтей никакихъ явленій. Въ случаѣ болѣе интенсивнаго роста появляются разстройства мочеотдѣленія, механическое же разстройство дефекаціи происходитъ только въ томъ случаѣ, если опухоль становится очень большой. Наблюдаются неудобство при сидѣнн, ходьбы и затрудненія при совокупленн, если опухоль выступаетъ изъ вульвы и при этомъ часто симулируетъ выпаденіе. На менструацію опухоль въ большинствѣ случаевъ не влияетъ, а послѣ некротическаго распада ея поверхности можетъ образоваться катаральный вагинитъ.

Въ нѣсколькихъ случаяхъ миомы влагалища создавали большія

затрудненія во время родовъ, но чаще всего это наблюдается при миомахъ шейки.

При *распознаваніи* болѣзни принимаютъ во вниманіе локализацию опухоли и выпаденіе ножки ея.

Леченіе состоитъ въ оперативномъ удаленіи опухоли. Фиброзные полипы, снабженные ножкой, можно удалить ножницами или лигатурой, если опасаются сильнаго кровотеченія. Опухоль, сидящая на широкомъ основаніи, вылушивается послѣ предварительнаго разрѣзанія покрывающей ее слизистой оболочки; по возможности зашиваютъ слизистую оболочку, иногда посредствомъ погружныхъ швовъ. Если раневая поверхность слишкомъ велика и достигаетъ кверху до тазовой соединительной ткани, то рекомендуется заполненіе полости виоформной марлей, также если миома подверглась гнилостному разложенію.

d) Папилломы.

Острыя кандиломы на вульвѣ рѣдко простираются въ влагалище до portio, развѣ только во время беременности. Эти папилломы, почти исключительно вызываемыя гонорреей, снабжены ножкой, рѣже онѣ образуютъ слившіяся вмѣстѣ широкія опухоли.

Далѣе, наблюдаются папилломатозныя опухоли, которыя по своему клиническому теченію, распространенію на сосѣднія части и вызываемой, благодаря этому, какексіи должны быть причислены къ злокачественнымъ новообразованиямъ.

Леченіе состоитъ въ раннемъ удаленіи ножницами или ножомъ; основаніе прижигаютъ пакеленомъ или liq. ferri, acid. nitr. fum.; большая опухоль съ богатой сосудами ножкой можетъ быть также удалена посредствомъ лигатуры.

Чрезвычайно рѣдко наблюдается актиномикозъ влагалища.

e) Кисты.

Кисты влагалища наблюдаются чаще всего въ видѣ небольшихъ опухолей величиной отъ вишневай косточки до лѣснаго орѣха, рѣдко онѣ имѣютъ величину кулака или дѣтской головки. Кисты находятся особенно въ нижней половинѣ передней стѣнки, но онѣ доходятъ также до влагалищнаго свода; наблюдается также переходъ опухоли съ передней или задней стѣнки на боковыя. Сомнительно, чтобы генетически сюда же относились кисты влагалища, достигающія параколпія и параметрія и смѣщающія матку и яичникъ.

Начало влагалищныхъ кистъ не всегда одинаковое; нѣкоторыя происходятъ отъ остатковъ Müller'овскихъ нитей, другія же, по мнѣнію Veit'a, отъ Wolff'овскихъ ходовъ (каналовъ Gartner'a), что доказано изслѣдованіями Klein'a. Ограниченіе влагалищнымъ сводомъ характерно, по мнѣнію Breisky, для Müller'овскихъ нитей, а распространеніе на параметрій для Wolff'овскихъ ходовъ.

Небольшія сидящія на задней влагалищной стѣнкѣ кисты могутъ также происходить отъ влагалищныхъ железъ, открытыхъ Preuschen'омъ. По мнѣнію Davidsohn'a, влагалищныя железы соотвѣтствуютъ гетероплазиі цервикальныхъ железъ, а кисты соотвѣтствуютъ,

такимъ образомъ, ovula Nabothi. Въ зависимости отъ происхожденія кистъ, внутренняя ихъ стѣнка покрыта то рѣсничнымъ, то цилиндрическимъ, то плоскимъ эпителиемъ. Прибавочные оканчивающіеся въ влагалищѣ мочеточники легко принять за кисты.

Кисты бываютъ чаще единичными, рѣже множественными. Sch r ö d e r наблюдалъ въ одномъ случаѣ 6 кистъ. Онѣ представляютъ продолговатыя плоскія выпячиванія влагалищной стѣнки, или, растягивая отчасти ткань, онѣ вѣдряются въ внутреннюю часть влагалища, даже въ вульву, такъ что сидящія на передней стѣнкѣ могутъ быть приняты за cystocele. Поверхность кистъ покрыта нормальной слизистой оболочкой влагалища, въ случаѣ сильнаго наполненія послѣдняя утончена, такъ что содержимое просвѣчиваетъ синеватымъ цвѣтомъ. Содержимое прозрачно или, вслѣдствіе примѣси плоскаго эпителия и холестерина, мутно, а въ другихъ случаяхъ, вслѣдствіе измѣненія крови, темно или даже черно. Въ множественныхъ или въ рѣдко встрѣчающихся многокамерныхъ кистахъ содержимое каждой кисты можетъ быть различнымъ.

Распознаваніе возможно на основаніи локализаціи, распространенія и зыбленія опухолей; при этомъ важно иногда ввести катетеръ въ мочевой пузырь или палецъ въ прямую кишку. Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ рѣшается проколомъ.

Леченіе можетъ быть только оперативнымъ. Небольшія кисты удаляютъ вмѣстѣ съ мѣшкомъ, а ложе опухоли зашиваютъ погружными швами. Большія же, особенно тѣ, которыя захватываютъ переднюю или заднюю стѣнку, разрѣзаютъ, по предложенію Sch r ö d e r'a, вдоль всей поверхности, удаляютъ всю стѣнку кисты до основанія и узловатыми швами соединяютъ ее съ влагалищной стѣнкой. Разрушеніе цилиндрическаго эпителия кисты не необходимо, черезъ 2—3 недѣли оставшееся основаніе кисты совершенно сравнивается съ слизистой оболочкой влагалища.

4. Постороннія тѣла въ влагалищѣ.

Въ литературѣ приведенъ довольно большой списокъ обнаруженныхъ въ влагалищѣ предметовъ, введенныхъ частью самими женщинами, частью другими лицами; въ введеніи такихъ предметовъ до сихъ поръ, какъ это ни странно, принимали участіе не только дѣти, психическія больныя и истерички съ развращеннымъ половымъ чувствомъ, но и душевно здоровыя женщины, даже мужья и любовники.

Большую роль играютъ стаканы, чашки, подсвѣчники, свѣчи, катушки отъ нитокъ, яйца и вообще гладкіе предметы, могущіе удовлетворить половое чувство; далѣе, находили головные шпильки, еловые шишки и камни; Sch r ö d e r сообщилъ даже о найденномъ имъ майскомъ жулкѣ. Слѣдуетъ также упомянуть о пессаріяхъ, введенныхъ врачами, но оставшихся лежать въ теченіе 10—20 лѣтъ; здѣсь же слѣдуетъ упомянуть и о яйцевидномъ пессаріи B r e i s k u.

Рѣже находятъ предметы, попавшіе въ влагалище изъ сосѣднихъ органовъ, вслѣдствіе неправильнаго сообщенія между ними, напр., мочевые и каловые камни. Сюда же можно въ нѣкоторомъ смыслѣ отнести глисты, перекочевавшія въ влагалище изъ кишечника, а именно, *ascaris lumbricoides*, *oxyuris vermicularis* и *pulex irritans*.

Большое инородное тѣло, механически раздражая сосѣднія ткани,

заставляет больную искать врачебной помощи; предметы средней величины и небольшие вызывают сначала катарр влагалища, образуются гнойныя вонючія выдѣленія съ примѣсю крови, бактеріи разлагаютъ ихъ, и появляются вонючія выдѣленія, раздражающія вульву, бедра, какъ это бываетъ и при распавшихся раковыхъ опухоляхъ. Во многихъ случаяхъ образуется ниже мѣста расположенія посторонняго тѣла суженіе съ совершеннымъ закрытіемъ влагалища, такъ что болѣзнь диагностируется только посредствомъ изслѣдованія черезъ прямую кишку.

Удаленіе введенныхъ въ влагалище предметовъ не всегда легко удается, но оно абсолютно необходимо, ибо наблюдались случаи развитія гнилостнаго пельвеоперитонита со смертельнымъ исходомъ.

Прежде всего нужно проспринцевать влагалище дезинфицирующей жидкостью, а потомъ слѣдуетъ трудное расширеніе рубцоваго суженія частью острыми, частью тупыми инструментами. Въ случаѣ необходимости, влагалище дѣлаютъ доступнымъ посредствомъ широкаго разрѣза его и промежности. Небольшіе круглые или продольные предметы удаляются пальцами или придавливаніемъ къ влагалищнымъ стѣнкамъ; болѣе значительныя затрудненія встрѣчаетъ удаленіе стакановъ и чашекъ, тѣмъ болѣе, что ихъ не слѣдуетъ разбивать; съ трудомъ удаляются часто выросшія кольца, особенно Mauger'a и Zwanck'a; въ этихъ случаяхъ умѣстно захватить ихъ и полипными щипцами, изогнутымъ зондомъ, пробочникомъ Douen'a и т. д. При удаленіи пивнаго стакана съ успѣхомъ примѣняли въ качествѣ рычага одну ложку щипцовъ, а большіе круглые предметы, какъ яйца, горшки и т. д., удалялись небольшими щипцами для аборта. Разрѣзъ влагалища и промежности заживаетъ per primam только въ томъ случаѣ, если отсутствуетъ гнилостный катарр. Послѣ операціи тщательно дезинфицируютъ влагалище, тампонируютъ вѣоформной марлей и, въ зависимости отъ тяжести операціи, назначаютъ постельный покой на нѣсколько дней.

5. Поврежденія влагалища.

а) Свищи между влагалищемъ и прямой кишкой.

Ненормальное сообщеніе между прямой кишкой и влагалищемъ наблюдается рѣдко: наиболѣе частой причиной являются полныя разрывы промежности, если верхній уголь раны не заживаетъ, далѣе, тяжелые роды, преимущественно посредствомъ наложенія щипцовъ, примѣненія кефалотриптора и остраго крючка, или куски костей при прободеніи головки плода. При самопроизвольныхъ родахъ образованіе свищей между влагалищемъ и прямой кишкой почти исключается; несмотря на тысячи проведенныхъ мною родовъ, я никогда не наблюдалъ образованія свища вслѣдствіе неправильно произведенной защиты промежности; скорѣе это возможно при защитѣ промежности со стороны прямой кишки по способу Ritgen'a. Далѣе, такіе свищи могутъ образоваться вслѣдствіе поврежденія прямой кишки клистирной трубкой или вслѣдствіе паденія или удара промежности объ острые предметы. Такія ужасныя поврежденія наблюдались послѣ такъ называемаго сажанія на колѣ.

Далѣе, свищи являются слѣдствіемъ вскрытія абсцесса въ septum

rectovaginale послѣ операци на половых органахъ, послѣ гематомъ, при волчанкѣ вульвы и, наконецъ, при ракъ прямой кишки и влагалища.

Мѣсто расположенія свища различно въ зависимости отъ происхожденія его; свищи, образовавшіеся во время родовъ, бываютъ обыкновенно расположены ближе къ вульвѣ на выпукломъ впереди изгибѣ прямой кишки или, по крайней мѣрѣ, въ нижней трети влагалища; свищи малы, круглы и проходимы только для тонкихъ зондовъ, иногда они скрыты между *columnae rugarum*. Свищи, образовавшіеся другимъ путемъ, могутъ находиться на любомъ мѣстѣ до самого верха; они въ общемъ больше и имѣютъ неправильную форму.

Свищи прямой кишки, вызванные волчанкой, отличаются плотными краями и косымъ направлениемъ въ плотно инфильтрированной ткани.

Симптомы ректовагинальныхъ свищей состоятъ въ отхожденіи черезъ свищъ кишечнаго содержимаго и прежде всего кишечныхъ газовъ; чрезъ малые свищи калъ проходитъ только при поносѣ, а черезъ большіе проникаютъ также болѣе плотные куски. Уже отхожденіе газовъ мучительно для больныхъ, такъ какъ это затрудняетъ имъ общеніе съ людьми. Раздраженіе содержимаго кишечника вызываетъ катарръ слизистой оболочки вульвы и влагалища съ краснотой, чувствомъ жжения, зудомъ и усиленной секретіей; кромѣ того, легко образуется мѣстный катарръ прямой кишки; далѣе, больныя жалуются на частые позывы на стулъ и на отхожденіе слизи.

Распознаваніе болѣзни возможно въ большинствѣ случаевъ уже на основаніи жалобъ больной; остается только опредѣлить мѣсто расположенія, величину, подвижность, число свищей и т. д.

Оттѣсная зеркаломъ Simon'a переднюю влагалищную стѣнку, вводятъ сгибающійся зондъ черезъ свищъ въ кишечникъ, а указательнымъ пальцемъ контролируютъ со стороны прямой кишки мѣсто сообщенія. Только при очень высоко сидящихъ свищахъ цѣлесообразно, наполнивъ прямую кишку молокомъ, точно наблюдать въ спинно-крестцовомъ положеніи вытеканіе его.

Предсказаніе для оперативнаго леченія почти всегда благоприятно; при всѣхъ свищахъ, кромѣ вызванныхъ ракомъ и волчанкой, необходимо оперативное леченіе. Предсказаніе при этихъ свищахъ еще болѣе благоприятно, чѣмъ при пузырьныхъ, такъ какъ кишечникъ легче привести въ покойное состояніе, чѣмъ пузырь.

Леченіе только оперативное, исключая свищей, образовавшихся во время родовъ или послѣ вскрытія абсцесса и излечивающихся самопроизвольно. Въ теченіе 3—4 дней до операци необходимо соблюдать діету, а именно, отказаться отъ употребленія хлѣба, картофеля и овощей. За два дня до операци очищаютъ кишечникъ касторовымъ масломъ, а вечеромъ наканунѣ операци назначаютъ еще клистиръ изъ теплой воды.

Операци свищей можетъ быть произведена со стороны влагалища, промежности или прямой кишки.

Раньше производили въ большинствѣ случаевъ операци со стороны влагалища. И теперь еще предпочитаютъ этотъ путь для операци свищей, сидящихъ высоко, и особенно для тѣхъ, которые образовались не во время родовъ. Въ случаѣ надобности оттѣсняютъ переднюю влагалищную стѣнку желобоватымъ зеркаломъ, а окружность свища растя-

гиваютъ крючками; весьма полезно растянуть переднюю стѣнку прямой кишки пальцемъ ассистента или толстымъ расширителемъ Hegar'a.

Въ зависимости отъ формы свища, освѣжаютъ послѣдній въ поперечномъ, косомъ или параллельномъ направленіи къ оси влагалища. Я освѣжаю также слизистую оболочку прямой кишки и никогда не наблюдалъ при этомъ неблагоприятныхъ результатовъ; сильно кровоточащіе сосуды слизистой оболочки прямой кишки перевязываются. Послѣ этого накладываютъ сначала катгуттовые швы черезъ слизистую оболочку прямой кишки; завязавъ и коротко ихъ обрѣзавъ, накладываютъ сверху рядъ погружныхъ швовъ, а потомъ зашиваютъ слизистую оболочку влагалища сिल्комъ и проволокой. Fritsch обрѣзываетъ окружность свища полулунно, освѣжаетъ соответствующимъ образомъ и натягиваетъ верхній доскутъ *columnae rugatum* черезъ свищъ, не освѣжая послѣдняго и не захватывая его лигатурами.

Второй путь дѣлаетъ доступнымъ свищъ; со стороны промежности; этотъ путь предпочитаютъ въ случаяхъ, въ которыхъ свищъ находится въ области преддверія или не выше 2—3 сант. надъ нимъ, и если при этомъ нѣтъ достаточно большой промежности. Разрѣзаютъ промежность и влагалищную стѣнку дальше свища и удаляютъ рубцовую кайму; послѣ этого я зашивалъ рану прямой кишки катгутомъ, чередуя также нѣсколькими шелковыми швами, а потомъ накладывалъ швы на влагалище и на промежность, какъ это выше было описано.

Другой способъ операціи со стороны промежности состоитъ въ слѣдующемъ: сдѣлавъ поперечный разрѣзъ промежности, отдѣляютъ тупымъ инструментомъ влагалище отъ прямой кишки до свища; послѣ этого разрѣзаютъ влагалищную стѣнку во всю ея длину до свища и послѣдній непосредственно зашиваютъ катгутомъ.

Путь, предложенный Simon'омъ и состоящій въ томъ, чтобы достигнуть свища со стороны прямой кишки, въ настоящее время оставленъ.

Для полного выздоровленія весьма важно послѣдующее послѣ операціи леченіе. Опій назначаютъ только въ случаѣ сильной боли, искусственный запоръ нежелателенъ, больная получаетъ только жидкую, но питательную пищу до тѣхъ поръ, пока на 6 день послѣ принятія касторового масла не появится самостоятельный стулъ. Употребленія клистира слѣдуетъ въ первые недѣли совершенно избѣгать; самое большее разрѣшается сдѣлать небольшое вливаніе воды въ ампулу съ цѣлью размягчить калъ, который потомъ удаляютъ руками.

Швы я удаляю не раньше 8 дня, по возможности позже; неудачный исходъ во многихъ случаяхъ объясняется слишкомъ раннимъ удаленіемъ швовъ и растягиваніемъ при этомъ раны зеркаломъ.

б) Свищи между влагалищемъ и тонкими кишками.

Эти свищи образуются чаще всего при тяжелыхъ родахъ, перфорациі, разрывѣ передняго или задняго влагалищнаго свода съ выпаденіемъ, ущемленіемъ, частичнымъ омертвѣніемъ кишечной петли; далѣе, послѣ абсцессовъ въ Дугласовомъ пространствѣ и влагалищной радикальной операціи нагноенія трубъ. Если все содержимое тонкихъ кишекъ вытекаетъ, то говорятъ объ *anus praeternaturalis vaginalis*, въ противномъ случаѣ о *fistula ileovaginalis*.

Самопроизвольное излеченіе наблюдается, и въ послѣродовомъ періодѣ должно примѣняться не активное леченіе.

Съ цѣлью удалить шпору между обѣими петлями тонкихъ кишекъ, примѣняли кишечныя ножницы Dupuytren'a, а потомъ закрывали свищъ пластически, какъ и другіе влагалищные свищи (Heine).

Рoux предлагает лапаротомию, отдѣленіе поврежденной кишечной петли въ приподнятомъ тазовомъ положеніи и зашиваніе свища. Если свищевое отверстіе слишкомъ велико, валикообразно и плотно, то предпочитается производство энтероанастомоза надъ мѣстомъ поврежденія. Эти способы болѣе вѣрны и менѣе опасны, чѣмъ способ Вегнера, согласно которому отверстие расширяютъ со стороны влагалищнаго свода, потомъ послѣ тщательнаго зашиванія кишки еще вправляютъ и закрываютъ влагалищное отверстіе.

ГЛАВА VI.

Болѣзни матки.

А. Общее.

1. Эмбриологія и анатомія.

Зачатки матки такъ же, какъ и влагалища, находятся въ Мюллеровскихъ нитяхъ. Уже выше было указано, что дифференцированіе слившихся ходовъ начинается въ 5 мѣсяцѣ внутриутробной жизни, причемъ portio впервые обозначается въ видѣ выступленія валика, поперечно вдающагося въ просвѣтъ. Въ верхней трети Мюллеровскія нити, начиная съ того мѣста, гдѣ прикрѣпляется къ нимъ связка первоначальной почки, gubernaculum Hunteri, впоследствии lig. rotundum, остаются раздѣленными. Этимъ мѣстомъ прикрѣпленія обозначается граница между маткой и трубами. Эмбриональная матка



Рис. 78. Сагиттальный разрѣвъ матки новорожденной (по Вауегу).



Рис. 79. Сагиттальный разрѣвъ матки, а) новорожденной и б) 12-лѣтней дѣвочки (по Вауегу).



обнаруживаетъ еще у новорожденной между обоими устьями трубъ сѣдло-видное углубленіе, uterus arcuatus.

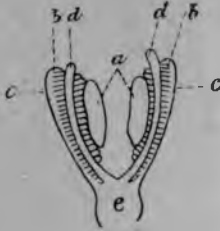
Шейка матки у плода безусловно лучше развита, чѣмъ тѣло. У новорожденной длина тѣла матки составляетъ только $\frac{1}{3}$ всего органа; оно сидитъ на шейкѣ въ видѣ небольшого, тонкаго, слегка наклоненнаго впередъ тѣла, а хорошо развитое arbor vitae доходитъ до концовъ трубъ; вся матка съ хорошо развитымъ мочевымъ пузыремъ лежитъ выше малаго таза.

Въ дѣтствѣ ростъ полового аппарата не имѣетъ мѣста. Согласно прекраснымъ изслѣдованіямъ Вауегера, матка подвергается даже послѣэмбриональной инволюціи, продолжающейся до 12 года жизни (средняя ея длина послѣ

1) Вауег. Entwicklungsgeschichte des weiblichen Genitalapparates, т. I. Страсбургъ, 1903.

родовъ составляетъ 3.8 сант., въ 9—12 году 3.2—2.5 сант.). В а у е г совершенно правъ, указывая на дѣйствіе внутренней секреціи уже въ плацентарномъ обмѣнѣ веществъ.

Ростъ матки снова начинается незадолго до наступленія половой зрѣлости (на 14—16 годахъ еще 4.7 сант.), съ наступленіемъ половой зрѣлости начинается быстрый ростъ тѣла, которое превосходитъ шейку.



Схематическое изображеніе внутреннихъ половыхъ органовъ у человека по Kussmaul'ю.

Рис. 80. Первый мѣсяцъ.

- а. Зародышевыя железы.
- б. Тѣло Wolff'a.
- с. Ходы Wolff'a.
- д. Нити Müller'a.
- е. Canalis urogenitalis.

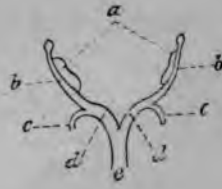


Рис. 81. 8—9 недѣль.

- а. Яичникъ.
- б. Яйцепроводъ.
- с. Lig. rot.
- д. Маточные рога.
- е. Нижняя часть матки и влагалища.

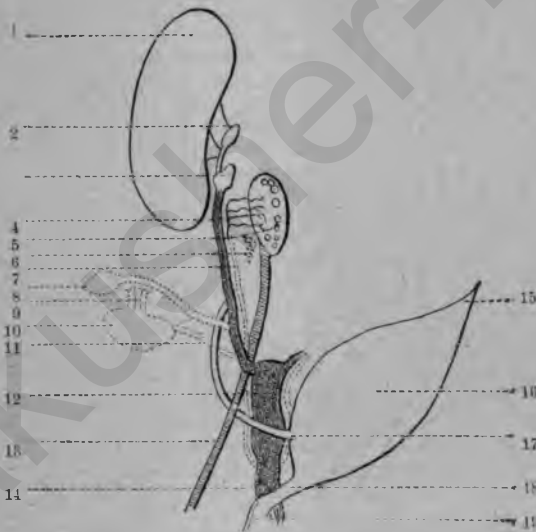


Рис. 82. Схематическое изображеніе развитія женскихъ половыхъ органовъ по Hertwig'ю.

- | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Почка. | 7. Ходъ первоначальной почки. | 14. Влагалище. |
| 2. Гидатиды. | 8. Труба. | 15. Верхній отростокъ пузыря. |
| 3. Труба. | 9. Придаточный яичникъ. | 16. Пузырь. |
| 4. Передняя часть первоначальной почки. | 10. Яичникъ. | 17. Мочеточникъ. |
| 5. Яичникъ. | 11. Lig. ovar. | 18. Уретра. |
| 6. Остатокъ первоначальной почки (задняя часть). | 12. Матка. | 19. Преддверіе влагалища. |
| | 13. Lig. rot. | |

Посетъ
опускающ.

Хорошо развитая матка представляет грушевидное тѣло, передняя стѣнка котораго болѣе уплощена, чѣмъ задняя. Вслѣдствіе мало подходящаго сравненія съ бутылкой, нижняя болѣе тонкая часть называется шейкой (collum); главную часть развитой матки составляет тѣло, верхняя часть котораго называется дномъ матки. На границѣ между тѣломъ и дномъ матки съ обѣихъ сторонъ впадаютъ трубы.

Матка лежитъ въ маломъ тазу со-



Рис. 83. Слизистая оболочка тѣла матки спустя 12 дней послѣ менструаціи.



Рис. 84. Слизистая оболочка тѣла матки спустя 21 день послѣ менструаціи.

гнутой надъ передней поверхностью такъ, что тѣло ея и шейка образуютъ между собою тупой уголъ; при этомъ дно матки достигаетъ плоскости входа въ тазъ, наружное же маточное отверстіе, направляемое къ крестцовой кости, находится на высотѣ *planum interspinosum*.

Влагалище раздѣляетъ шейку на двѣ части, на *portio vaginalis*, свободно выдающуюся въ влагалище, и на надвлагалищную часть, тѣсно соединенную спереди съ влагалищнымъ сводомъ и стѣнкой пузыря, а сзади съ Дугласовымъ пространствомъ. По своему строенію влагалищная часть отличается отъ надвлагалищной. По *Dührssen's*, наружная поверхность отличается большимъ количествомъ сосудовъ и сѣтью эластическихъ волоконъ, доходящей до клѣтокъ *rete Malpighi*; внутренней слой *portio*, относящаяся больше къ шейкѣ, такъ же, какъ и послѣдняя, богата гладкой мускулатурой.

Главная масса хорошо развитой матки состоитъ изъ вездѣ одинаковаго слоя гладкой мускулатуры (*myometrium*) толщиной въ 1 сант.; отъ наружной поверхности ея отходятъ волокна въ *lig. rotunda, lata, sacrouterina* и къ влагалищу. Внутреннее маточное отверстіе, также и устья трубъ окружены циркулярнымъ слоемъ волоконъ. Въ то время, какъ по *Вауегу* внутренней остоу матки въ значительной степени укрѣпляется лучевидно расположенными наружными слоями мышцъ, по мнѣнію *Werth'a* и *Груздева*, отходящее первоначально отъ круговой мускулатуры среднее сосудистое кольцо отдѣлено отъ наружнаго и внутренняго главныхъ слоевъ (*archi- и paramyometrium*).

Слизистая оболочка толщиной въ 1—2 сант. и безъ подслизистой ткани прилегаетъ къ мускулатурѣ; отъ послѣдней отходятъ къ ней только единичныя гладкія волокна въ видѣ возбудителей железъ. Слизистая оболочка покрыта у арѣолъ въ половомъ отношеніи женщины высокими слоемъ мерцательнаго цилиндрическаго эпителия, причемъ мерцаніе направлено отъ дна матки къ внутреннему отверстию; у ребенка, также въ климактерическомъ періодѣ мерцательный эпителий отсутствуетъ. Железы, которыя, по *Вауегу* начинаютъ образовывать выпячиванія стѣнки только на 5 году жизни, имѣютъ цилиндрическую форму и на концѣ нѣсколько раздѣлены дихотомически и также покрыты мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ; эти железы расположены то перпендикулярно, то, по *Тигпегу*, болѣе косо къ мускульному слою. Ткань, находящаяся между железами, имѣетъ лимфоидное строеніе. Между длинными сходящимися въ сѣть соединительнотканными клѣтками разсѣяны многочисленныя ядросодержащія клѣтки, ядро которыхъ почти выполняетъ всю клѣтку; только во время беременности эти клѣтки увеличиваются воспринятіемъ плазмы и переходятъ въ децидуальныя клѣтки. Лимфатическіе сосуды начинаются въ видѣ простыхъ выстланныхъ эндотелиемъ соединительно-тканныхъ щелей. Слизистая оболочка богата сосудами, особенно капиллярами. Характерно, по мнѣнію *Leopold'a*, что просвѣтъ отводящихъ венъ не находится въ правильномъ соотвѣтствіи съ просвѣтомъ приводящихъ артерій и меньше послѣдняго. Секретъ полости матки блѣдножелтый, жидкій, содержащій муцинъ, и щелочной реакціи; количество его, выдѣляющееся въ 24 часа, опредѣляется только кубическими миллиметрами.

Слизистая оболочка шейки образуетъ даже у плода своеобразныя выступы, сходящіяся въ срединѣ (*arbor vitae*); железы шире, пальцевидно развѣтвлены и снабжены многочисленными углубленіями; и здѣсь на поверхности и въ железахъ имѣется мерцательный эпителий. Эпителий шейки рѣзко отграничивается у наружнаго маточнаго отверстія отъ плоскаго эпителия влагалищной части; въ рѣдкихъ случаяхъ онъ и у новорожденной нѣсколько переходитъ на *portio* (врожденная эрозія).

Брюшина (*perimetrium*), покрывающая матку, плотно пристаётъ на тѣлѣ послѣдней, а на боковыхъ поверхностяхъ менѣе плотно; пограничная линія плотнаго срощенія имѣетъ форму серпа луны, причемъ оба конца соотвѣствуютъ высотѣ *liq. ovarii*; на передней стѣнкѣ брюшина плотно прикрѣплена только до внутренняго отверстія, а дальше она, вслѣдствіе послѣэмбриональнаго опусканія пузыря, слабо прикрѣплена къ шейкѣ; на задней стѣнкѣ брюшинный покровъ кончается обыкновенно на уровнѣ наружнаго отверстія; низко спускающаяся Дугласова складка является, по мнѣнію *Freund'a*, признакомъ инфантилизма. Въ области переходной складки брюшина прикрѣплена къ шейкѣ и къ пузырю и прямой кишкѣ только посредствомъ рыхлой клѣтчатки.

2. Нормальное положение и подвижность матки ¹⁾.

О нормальномъ положеніи матки долгое время спорили; интересно, что неправильные взгляды о ея нормальномъ положеніи исходили отъ анатомовъ. Примѣнявшійся раньше односторонній способъ опредѣленія положенія показъ, что при положеніи трупа на спинѣ матка находится въ большинствѣ случаевъ въ положеніи *retroversio*, замороженные разрѣзы давали тѣ же результаты. Это объясняется просто: у мертвой женщины послѣ прекращенія мускульнаго очоженія матка предоставлена только дѣйствию собственной тяжести, вслѣдствіе чего она принимаетъ положеніе *retropositio*; но внутрибрюшинное давленіе не прекращается, однако, послѣ смерти, а остается положительнымъ такъ же, какъ давленіе въ грудной полости остается ниже атмосфернаго; вслѣдствіе развитія въ кишкахъ газовъ гніенія, давленіе можетъ даже усилиться; поэтому при западеніи размягченной матки назадъ можетъ даже изъ *anteflexio* образоваться *retroversio*, какъ это видно на извѣстномъ рис. въ учебникѣ анатоміи Henle.

У живой женщины положеніе другое. Уже въ шестидесятыхъ годахъ прошлаго столѣтія C red é, потомъ Schröder и Winkel признали пузырепальную *anteflexio* нормальнымъ положеніемъ матки въ послѣродовомъ періодѣ, но методическимъ изслѣдованіемъ условий нормальнаго положенія матки и его измѣненій мы обязаны В. S. Schultze, благодаря выработанному способу изслѣдованію обѣими руками.

Положеніе матки поддерживается отчасти находящимся подъ ней тазовымъ дномъ, отчасти дѣйствиемъ брюшины, тѣсно связанной съ ней и съ соедѣнными органами. Дѣйствіе маточныхъ связокъ служитъ больше для выравниванія послѣ пассивныхъ движеній матки, чѣмъ для сохраненія нормальнаго положенія. Матка лежитъ въ нормальномъ состояніи приблизительно такъ, какъ это изображено на рис. 85 по Schultze; но на дѣлѣ послѣ самопроизвольнаго опорожненія пузыря, при которомъ мы обыкновенно производили наши изслѣдованія, такого полного опорожненія пузыря, какъ это изображено на рис., обыкновенно не бываетъ. Даже катетеромъ не удается удалить послѣдніе остатки мочи и получить форму пузыря, похожую на миску, что является непременнымъ условіемъ фигуры, предложенной Schultze. Если у рожавшихъ *portio vaginalis* отклонена нѣсколько дальше къзади, чѣмъ у нерожавшихъ, и у первыхъ поэтому положеніе *anteversio* болѣе ясно выражено, то это зависитъ отъ болѣе значительнаго расслабленія влагалищнаго свода, позволяющаго влагалищной части отклониться къзади, а въ патологическомъ состояніи отъ остающагося часто послѣ родовъ *parametritis posterior* въ легкой степени.

Матка лежитъ въ нормальномъ состояніи въ маломъ тазу такъ, что влагалищная часть находится нѣсколько позади проводной линіи на уровнѣ *artic. sacrosocugea* на разстояніи 2—3 сант. отъ послѣдняго и на разстояніи 8 сант. надъ входомъ въ влагалище; наружное отверстіе смотритъ внизъ, тѣло лежитъ впереди на задней верхней стѣнкѣ пузыря и прощупывается въ переднемъ влагалищномъ сводѣ; уголъ между осью тѣла и шейки матки бываетъ обыкновенно тупымъ, но въ нормальныхъ случаяхъ можетъ уменьшиться до 90° и еще ниже. Поэтому слѣдовало бы скорѣе говорить о нижней и верхней поверхностяхъ матки, чѣмъ о передней и задней. Согласно изслѣдованіямъ Küstner'a, въ вер-

¹⁾ См. основательную работу В. S. Schultze. Die Pathologie und Therapie d. Lageveränderungen d. Gebärmutter. Hirschwald, Berlin 1881; дальѣе, Arch. f. Gynaek. т. 4 и 9.

тикальномъ положеніи женщины portio vaginalis не опускается ниже, но отклоняется кзади и кверху, тѣло же матки опускается больше вперед.

Главнымъ средствомъ, укрѣпляющимъ матку, является верхняя треть влагалища. Последняя въ свою очередь поддерживается *m. levator ani* и покрывающей его кверху и книзу тазовой фасціей; далѣе, матка поддерживается также эластичностью находящейся въ *paracolpium* тазовой соединительной ткани и жировой кѣтчаткой. Шейка соединена спереди съ задней стѣнкой пузыря рыхлой кѣтчаткой, поддающейся растяженію; чрезмѣрная подвижность, какъ это остается часто послѣ родовъ, считается патологической. Съ обѣихъ сторонъ шейка при-



Рис. 85. Нормальная *anteflexio uteri* у дѣвicy при пустомъ пузырьѣ по *Schultze*.

крѣплена къ стѣнкѣ таза параметріемъ, т. е. кѣтчатой тканью, пронизанной особенно кнаружи жировой тканью. Плотные соединительнотканые тяжи, сопровождающие маточную артерію, *Kocks* описалъ, какъ *lig. cardinalia*. Въ нихъ *Maskenrodt* обнаружилъ сильный мышечный слой, идущій отъ шейки къ тазовой фасціи. Задняя поверхность шейки непосредственно граничитъ съ свободной полостью брюшины, а сбоку имѣются *lig. rectouterina* (*m. m. retractores uteri Luschka*); гладкія мышечныя волокна, идущія изъ стѣнки матки, а отчасти изъ широкихъ связокъ и задней влагалищной стѣнки, проходятъ внутри *Дугласовыхъ* складокъ, охватывая съ обѣихъ сторонъ прямую кишку, до періоста крестцовой кости. Обнаруженныя *Luschka* и *Baye*омъ мышечныя волокна, которыя, по мнѣнію послѣдняго, сходятся на передней поверхности матки, не подтверждаются *Ziegenspeck*омъ. Данныя, получаемыя при влагалищной полной экстирпации матки, показываютъ, что названныя укрѣпляющія средства являются наиболѣе важными. Дѣйствіе круглыхъ связокъ, сильнѣе всего обнаруживающееся во

время беременности, состоитъ въ томъ, чтобы смѣщенную вслѣдствіе наполненія пузыря матку снова вернуть на прежнее мѣсто.

Такъ же, какъ тазовымъ дномъ, матка поддерживается брюшиной. И здѣсь патологическіе процессы показываютъ, какое вліяніе имѣетъ чрезмѣрное расслабленіе брюшины. Послѣдняя плотно покрываетъ матку спереди до области внутренняго маточнаго отверстия, а сзади почти до влагалищнаго свода; спереди надъ пузыремъ и въ переходной складкѣ отъ пузыря къ передней брюшной стѣнкѣ брюшина прикрѣплена менѣе плотно, то же сзади въ Дугласовомъ пространствѣ. Благодаря богатому содержанію эластическихъ волоконъ и гладкихъ мышечныхъ волоконъ, проникающихъ съ поверхности матки, она подвижна во всѣхъ напра-



Рис. 86. Положеніе матки многорожавшей женщины при пустомъ пузырьѣ по Schultze.

вленіяхъ, но въ то же время она въ состояніи удержать расположенную впереди матку и, при искусственно вызванныхъ *retroversio et flexio*, вернуть матку въ прежнее положеніе.

Фиксированная матка не лежитъ, какъ утверждалъ *Claudius*, неподвижно въ тазу; она принадлежитъ къ числу наиболѣе подвижныхъ органовъ тѣла. Наполненный пузырь приподнимаетъ матку и смѣщаетъ ее въ большинствѣ случаевъ вправо; сильно наполненная прямая кишка отодвигаетъ влагалищную часть нѣсколько впередъ, въ рѣдкихъ случаяхъ всю матку вверхъ и вправо. Всякое дыхательное движеніе отодвигаетъ матку внизъ, какъ это видно въ положеніи *Sims'a*; вслѣдствіе внутрибрюшного давленія передняя стѣнка матки опускается въ стоячемъ положеніи женщины внизъ, въ спинномъ же положеніи и еще больше въ положеніи съ приподнятымъ тазомъ она смѣщается вверхъ, чѣмъ мы пользуемся для терапевтическихъ цѣлей.

Хотя *Notman* доказалъ, что однообразнаго внутрибрюшного

давления въ смыслѣ Schatz'a не существуетъ, но что оно мѣняется въ зависимости отъ наполненія отдѣльных частей кишечника, все же для объясненія нѣкоторыхъ измѣненій положенія цѣлесообразно признавать наличность внутрибрюшного давления.

Ощупываніе матки.

Одновременно производимое снаружи и изнутри ощупываніе матки представляетъ важную часть гинекологическаго изслѣдованія. Предварительно необходимо опорожненіе пузыря и прямой кишки, освобожденіе отъ стѣсняющаго платья и цѣлесообразное положеніе. Лучшимъ объектомъ изслѣдованія для учащихся является матка на второй недѣлѣ послѣ родовъ.

Изслѣдующій палецъ отыскиваетъ сначала влагалищную часть, съ цѣлью отсюда ориентироваться въ положеніи тѣла матки. Не слѣдуетъ съ самаго начала приступать къ изслѣдованію обѣими руками; наружную руку сначала легко накладываютъ между симфизомъ и пупкомъ, съ цѣлью помѣщать слишкомъ сильному смѣщенію частей. При нормальной *anteflexio* изслѣдующій палецъ можетъ съ *portio vaginalis* ощупать надвлагалищную часть шейки и, переходя къ тѣлу матки, дойти до дна ея; при *retroflexio* же, на которую указываетъ уже положеніе влагалищной части, палецъ, идя отъ губы въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, ощупываетъ всю матку. Такъ же поступаютъ при болѣе рѣдкихъ наклоненіяхъ матки въ стороны.

Если это ощупываніе оказывается недостаточнымъ, то прибѣгаютъ къ изслѣдованію обѣими руками; чѣмъ брюшные покровы тоньше и слабѣе, тѣмъ легче оно удается; чѣмъ они толще и напряженнѣе, тѣмъ изслѣдованіе труднѣе, а часто оно становится возможнымъ только подъ наркозомъ. Если широко положить наружную руку ниже пупка и равномерно надавливать на брюшные покровы въ то время, какъ внутренняя рука подымаетъ матку вверхъ, то лежащее въ нормальномъ положеніи тѣло матки, захваченное обѣими руками, изслѣдуется для опредѣленія толщины, формы и чувствительности. Если же обѣ руки сходятся въ переднемъ влагалищномъ сводѣ впереди *portio*, то это доказываетъ, что тѣло матки не находится въ положеніи *anteflexio*, оно можетъ лежать прямо или сбоку. Въ случаѣ *retroflexio* можно также изслѣдовать обѣими руками со стороны задняго влагалищнаго свода при слабыхъ покровахъ. Ощупываніе должно производить однимъ пальцемъ и только въ рѣдкихъ случаяхъ двумя. Слѣдуетъ имѣть въ виду, что давленіе наружной руки причиняетъ болѣе интенсивную боль и не должно поэтому продолжаться долго. Съ цѣлью устранить напряжение брюшныхъ покрововъ цѣлесообразно отвлечь вниманіе пациентки какимъ-нибудь разговоромъ.

Послѣ этого опредѣляютъ подвижность матки. При *anteflexio* направляютъ наружную руку на заднюю поверхность матки, внутренний палецъ проводятъ позади влагалищной части и стараются подвинуть всю матку впередъ; такимъ же способомъ опредѣляютъ подвижность въ стороны и къзади. Если матка находится въ положеніи *retroflexio*, то внутреннимъ пальцемъ опредѣляютъ, насколько удается смѣстить влагалищную часть къзади, а тѣло кпереди.

При напряженных или богатых жиромъ брюшныхъ покровахъ, а также въ случаѣ неподвижности матки изслѣдованіе обѣими руками не достигаетъ цѣли; въ этихъ случаяхъ я ввожу палецъ такимъ образомъ, что *portio vaginalis* лежитъ на немъ и слегка, наложивъ на животъ наружную руку, стараюсь приблизить матку къ наружной брюшной стѣнкѣ. Наружная рука нерѣдко ощущаетъ при этомъ движеніе дна матки.

Третій способъ изслѣдованія, пригодный особенно при напряженномъ влагалищномъ сводѣ и небольшой маткѣ, состоитъ въ качаніи матки; указательнымъ пальцемъ сильно отталкиваютъ влагалищную часть къзади и быстро проходятъ затѣмъ въ передній сводъ, съ цѣлью ощупать тѣло матки, или отталкиваютъ *portio* впередъ и ищутъ тѣла матки въ заднемъ или боковыхъ сводахъ.

Помощью этихъ методовъ, а также изслѣдованіемъ со стороны прямой кишки удается прошупать тѣло матки; что зондъ для измѣренія длины полости матки долженъ примѣняться только въ томъ случаѣ, если извѣстно положеніе матки, уже было выше указано.

3. Физиологія матки и менструаціи ¹⁾.

Я не буду говорить здѣсь о физиологической дѣятельности матки, какъ хранительницы плода, а рассмотрю только функціональную ея дѣятельность, сопровождающуюся кровоточеніемъ и начинающуюся овуляціей; этотъ процессъ, происходящій съ 4 недѣльными промежутками, мы называемъ менструаціей, регулами (мѣсячными очищеніями).

Что касается времени появленія первой менструаціи, то въ нашемъ климатѣ она наступаетъ въ среднемъ на 14—16 году жизни, но наблюдаются колебанія отъ 12—19 лѣтъ.

Рѣдко наблюдаемое у новорожденныхъ выдѣленіе крови я не склоненъ считать менструаціей, а вызваннымъ застойными процессами въ половыхъ органахъ, ибо при этомъ отсутствуютъ характерныя для менструаціи у взрослыхъ измѣненія эндометрія. Съ точки зрѣнія Вауегъа и Нальбанъа на внутреннюю секрецію первое было бы правильно; трудно только объяснить, почему кровоточеніе вслѣдствіе дѣйствія материнскаго *corpus luteum* такъ рѣдко наблюдается у новорожденной. Осторожно слѣдуетъ также относиться къ сообщеніямъ о правильной менструаціи у маленькихъ дѣвочекъ.

Въ жаркомъ климатѣ менструація наступаетъ раньше, а въ холодномъ въ среднемъ позже; въ одномъ и томъ же климатѣ городскія и фабричныя дѣвушки начинаютъ менструировать раньше, чѣмъ деревенскія дѣвушки, привыкшія съ дѣтства къ тяжелой физической работѣ. Не безъ значенія также вліяніе расы, быть можетъ, также цвѣта волосъ, ибо блондинки начинаютъ позже менструировать. Менструальное выдѣленіе крови повторяется въ среднемъ черезъ 25 дней; но и здѣсь бываютъ колебанія до 25—31 дня; въ предѣлахъ этихъ колебаній одна и та же женщина также не всегда обнаруживаетъ одинаковый типъ наступле-

¹⁾ Knauer, Versuche über Ovar. transplant. Zentralbl. 1896, S. 524. Nalbana, Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 12, S. 496. L. Fränkel, Die Funktion des Corpus luteum. Arch. f. Gynäk. Bd. 68 und Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 20. S. Krieger, Die krankhaften Abweichungen. Enke, Stuttgart 1890. Schickel, Untersuchungen über die innere Sekretion der Ovarien. Biochem. Zeitschr. Bd. 38, Heft 3 u. 4. Springer, Berlin u. Beitr. z. Physiol. u. Pathol. der Ovarien. Arch. f. Gynäk. Bd. 97.

нія регуль; наиболѣе правильны онѣ на высотѣ половой зрѣлости, въ началѣ же и концѣ они даютъ большія колебанія. Вначалѣ чаще замѣтны запаздыванія (отъ 3 до 12 мѣсяцевъ), при хлорозѣ, наоборотъ, замѣчается раннее наступленіе. Къ концу сороковыхъ годовъ менструація рѣдко прекращается сразу послѣ правильныхъ 4-недѣльныхъ промежутковъ, а наблюдаются колебанія (см. климактерическій періодъ).

Продолжительность менструацій составляетъ въ среднемъ 30—37 лѣтъ и больше. Прежнее мнѣніе, будто поздно наступившая менструація дольше держится, невѣрно; наоборотъ, наблюденія показали, что въ нашихъ широтахъ у женщинъ, начавшихъ рано менструировать, мѣсячныя дольше продолжаютъ, чѣмъ у поздно начавшихъ, что объясняется развитіемъ яичниковъ и содержаніемъ фолликуловъ въ нихъ. У южанокъ періодъ менструаціи вообще короче. Количество выдѣляющейся крови колеблется отъ 50 грам. до $\frac{3}{4}$ килогр.; эти числа, установленныя изслѣдованіями въ моей клиникѣ, расходятся съ данными Норре-Сеулер'а, который при колебаніяхъ въ 3—152 куб. сант. у молодыхъ женщинъ опредѣляетъ среднее количество въ 37 куб. сант. Иногда за 1—2 дня до наступленія менструаціи появляются незначительныя кровотеченія, какъ слѣдствіе предменструальнаго прилива. Характерны темное окрашиваніе крови и обусловливаемый примѣсью секрета вульвы специфическій запахъ, напоминающій запахъ секрета подмышечныхъ железъ. Менструальная кровь остается обыкновенно жидкой, но при сильномъ кровотеченіи отходятъ сгустки, представляющіе иногда слѣпокъ полости матки. Причиной несвертыванія Schickеле считаетъ такъ называемый антитромбинъ, вещество, препятствующее свертыванію крови и содержащееся въ менструальной крови, въ маткѣ и яичникахъ зрѣлыхъ въ половомъ отношеніи женщинъ. Этимъ, однако, не объясняется образование сгустковъ при сильныхъ менструальныхъ кровотеченіяхъ; старинный взглядъ, согласно которому, примѣсь секрета изъ полости матки вызываетъ свертываніе крови, кажется болѣе правильнымъ.

Издавна уже смотрѣли на менструацію, какъ на очищеніе организма отъ вредныхъ веществъ такъ же, какъ выдѣленіе лохий въ послѣродовомъ періодѣ; разстройства обоихъ этихъ процессовъ должны, слѣдовательно, вызвать уменьшеніе выдѣленія и повлечь за собою неприятыя послѣдствія для организма; смѣшивали причину съ слѣдствіемъ! Открытіе яичка С. Е. v. Ваегомъ (1827) и еще больше обнаруженіе Висхоффомъ связи между течкой и овуляціей у животнаго опровергли этотъ взглядъ. Связь между овуляціей и менструаціей считается съ тѣхъ поръ несомнѣнной, хотя о деталяхъ этой связи еще продолжаютъ спорить.

Существеннымъ является сопровождающееся увеличеніемъ фолликула созрѣваніе яичка. Хотя менструація и овуляція по времени не очень отдѣлены другъ отъ друга, все же наблюденія надъ забеременнѣемъ дѣвочекъ (начиная съ 8 лѣтъ) показали, что овуляція предшествуетъ менструаціи. Теорія Pflüger'a о нервной связи между созрѣваніемъ фолликуловъ и менструаціей имѣетъ лишь историческій интересъ. Согласно этой теоріи, вслѣдствіе дѣятельности клѣтокъ *membrana granulosa*, количество содержамаго Графова фолликула медленно увеличивается и вызываетъ, такимъ образомъ, раздраженіе нервовъ, идущихъ въ стромѣ яичниковъ къ клѣткамъ *membrana granulosa*; это раздраженіе, постепенно усиливаясь возбужденіемъ вазомоторнаго центра, рефлекторно вызываетъ раздраженіе сосудорасширителей и гиперемію внутреннихъ половыхъ органовъ. На высотѣ активной гипереміи, вслѣдствіе усиленія внутренняго давленія, фолликулы лопаются, и яичко, окруженное еще клѣтками *discus proligerus*, выступаетъ. Наоборотъ, дѣйствительнымъ остается до сихъ поръ еще взглядъ о томъ, что яичко воспринимается тѣсно прилегающей грубой и передвигается дальше, съ одной стороны бла-

годаря сокращенію трубы, а съ другой, благодаря мерцательному эпителию, направленному въ сторону матки. Если труба не прилегаетъ тѣсно къ яичнику, то рѣсницъ *fimbria ovarica* и рѣсничнаго эпителия бахромы трубной воронки бываетъ достаточно для того, чтобы доставить яичко въ начальную часть трубы; патологические случаи показываютъ, что при закрытіи трубы яичко можетъ, благодаря движенію рѣсницъ, перейти въ трубу противоположной стороны. Въ случаяхъ отсутствія или закрытія трубъ яичко погибаетъ въ брюшной полости.

Въ то время, какъ *v. Bischoff* полагалъ, что безъ менструаціи выдѣленіе яичка невозможно, тщательныя изслѣдованія *Leopold'a* показали, что въ рѣдкихъ случаяхъ и въ промежуткахъ между одной менструаціей и другой имѣются готовые фолликулы, и что особыя обстоятельства, какъ *coitus* и т. д. вызываютъ выступленіе яичка. Слѣдовательно, въ то время, какъ у домашнихъ животныхъ овуляція связана съ течкой, у женщинъ всегда имѣются способности къ оплодотворенію яички.

Согласно наблюденіямъ гинекологовъ, удаленіе обоехъ яичниковъ вызываетъ немедленное прекращеніе менструаціи, хотя въ отдѣльныхъ случаяхъ еще возможны неправильныя кровоточенія, особенно при миомахъ.

Мнѣніе *Lawson Tait'a*, согласно которому для появленія менструаціи имѣетъ значеніе физиологическая дѣятельность трубъ, опровергнуто данными операціи; съ одной стороны, немало случаевъ, въ которыхъ послѣ удаленія яичниковъ и оставленія трубъ менструація совершенно прекращалась, а съ другой стороны, не мало имѣется случаевъ оперированныхъ двустороннихъ *hydro-* и *ruosalpius*, въ которыхъ оставлены были оба яичника, и менструація продолжалась.

Своими послѣдними изслѣдованіями *Leopold* доказалъ, что нерѣдко наблюдается менструація безъ вскрытія фолликула.

Къ существенно другому взгляду о связи между овуляціей и менструаціей мы должны были придти, послѣ того какъ впервые *Knaueг* на кроликахъ, а потомъ *Halban* на обезьянахъ показали, что удаленный съ своего обычнаго мѣста и пересаженный въ другое мѣсто яичникъ функционируетъ совершенно нормально, фолликулы и яички созреваютъ, и что у обезьянъ сохраняется даже менструація.

Операціи на людяхъ также показали, что яичники, вшитые въ кожу живота или въ широкія связки, задерживаютъ обратное развитіе матки и улучшаютъ явленія выпаденія. Впрочемъ, результаты аутотрансплантаціи превосходятъ таковыя гомеопластики.

Теорія *Pflüger'a* уступила теперь мѣсто ученію *Wagn'a* о внутренней секретіи яичника, вызывающей свойственныя яичнику дѣйствія въ организмѣ.

Что касается вопроса о томъ, какой части яичника свойственна внутренняя секретія, то имъ подробно занимался *L. Franckel*. По его мнѣнію, функція сохраненія яичка и менструація зависятъ отъ развитія *corpus luteum graviditatis resp. sprugium*. Если рано разрушить у беременнаго животнаго *corpora lutea*, то беременность прерывается; удаленіе *corpora lutea* препятствуетъ наступленію беременности.

Выжиганіемъ *corpus luteum* при односторонней оваріотоміи вызывалось выпаденіе ближайшей менструаціи.

Во всякомъ случаѣ наблюденія надъ человѣкомъ, согласно которымъ беременность сохраняется при раннемъ удаленіи обоехъ яичниковъ, не совсѣмъ согласуются съ этой теоріей.

Упомянутыя выше тщательныя экспериментальныя изслѣдованія *Schickele* разработали дальше теорію о внутренней секретіи яичниковъ. Согласно этой теоріи, въ яичникахъ, но не въ жидкости фолликуловъ, имѣется вещество, препятствующее свертыванію крови и попа-

дающее оттуда через кровь въ матку и въ менструальную кровь. Препятствующее свертыванію дѣйствіе слизистой оболочки сильнѣе, чѣмъ мускулатуры. Въ патологическихъ случаяхъ препятствующее свертыванію дѣйствіе матки повышено въ сравненіи съ таковымъ яичниковъ. Другое вещество, понижающее кровяное давленіе, образуется, вѣроятно, въ клѣткахъ *corpus luteum* или въ фолликулѣ; оно имѣется всегда, особенно же во время менструаціи, даже до наступленія половой зрѣлости, но отсутствуетъ въ климактерическомъ періодѣ. Эти своеобразныя химическія вещества попадаютъ въ кровь и дѣйствуютъ на матку, какъ гормоны. Такимъ образомъ, яичникъ, подобно зубной и щитовидной железамъ, принадлежитъ къ органамъ, дѣйствующимъ угнетающимъ образомъ.

Прежнія изслѣдованія Goodell'я, Rein'я, Отта, Schrader'а и друг. показали, что функціи женскаго тѣла въ періодѣ половой зрѣлости находятся въ волнообразномъ движеніи. Температура, пульсъ, мышечная сила, емкость легкихъ, выдѣленіе мочевины и т. д. усиливаются, начиная съ середины промежутка между менструаціями до наступленія послѣдней. Максимумъ волнообразнаго движенія всѣхъ функцій наблюдается за 2—3 дня до наступленія регуль; наиболѣе низкая часть этой волны совпадаетъ съ серединой между двумя менструаціями. Эти клиническія явленія совершенно согласуются съ теоріей внутренней секретіи яичника, все равно, откуда эти вещества происходятъ, отъ *corpus luteum* или отъ фолликуловъ; попавъ въ кругъ кровообращенія, эти вещества вызываютъ циклическую 4-недѣльную гиперемію матки, на высотѣ которой происходитъ выдѣленіе крови. Не поселеніе яичка, а гормоны желтаго тѣла вызываютъ образованіе *decidua vera*. Такимъ образомъ, появленіе менструальной крови служитъ признакомъ того, что оплодотворенія не произошло, и единичныя исключенія не могутъ опровергнуть это правило. Такимъ образомъ, есть что-то подкупающее во мнѣніи Aveling'а о томъ, что въ опуханіи слизистой оболочки матки слѣдуетъ усматривать образованіе гнѣзда (*nidatio* и *denidatio*), предназначеннаго для воспринятія оплодотвореннаго яичка.

Время выдѣленія яичка предъ наступленіемъ кровотоčenja различно. Нѣкоторые явленія, наступающія за 10—14 дней до менструаціи, а именно, набуханіе груди, чувствительность живота, переходящая въ патологическихъ случаяхъ въ боль, усиленное выдѣленіе въ теченіе 1—2 дней слизи, иногда смѣшанной съ кровью (отсюда названіе малыхъ регуль), указываютъ, что съ началомъ поднятія волны въ половыхъ органахъ происходятъ извѣстные процессы и главнымъ образомъ кровенаполненіе.

Наши познанія въ анатомическихъ измѣненіяхъ слизистой оболочки матки во время менструаціи значительно обогатились въ послѣднее время. Несомнѣнно, что передъ наступленіемъ регуль всѣ наружныя и внутреннія половыя органы наполняются кровью, и въ этомъ принимаютъ также участіе трубы и яичники; трубная менструація представляетъ патологическое явленіе. Опухшіе яичники нерѣдко прощупываются, нѣ всегда прощупывается близкій къ выступленію фолликулъ.

Произведенныя въ послѣднее время въ моей клиникѣ изслѣдованія г-жей Шмоткинѣ на здоровыхъ и Viville на гинекологическихъ больныхъ (Arch. f. Gynaek. т. 97) показали, въ противоположность мнѣнію Goodell'я, Rein'я и друг., что колебанія кровяного давленія, температуры тѣла, частоты пульса и мышечной силы не имѣютъ мѣста. Необходимы дальнѣйшія

изслѣдованія, ибо нельзя отрицать возможности періодическихъ измѣненій маточныхъ железъ и нѣкоторыхъ функцій.

Согласно изслѣдованіямъ Hirschmann'a и Adler'a, слизистая оболочка зрѣлой въ половомъ отношеніи женщины въ промежуткѣ между одной менструаціей и другой непрерывно измѣняется. Они различаютъ четыре фазы въ этомъ періодѣ. Состояніе слизистой оболочки въ каждой фазѣ столь характерно, что по анатомическимъ измѣненіямъ можно судить о ея отношеніи къ менструаціи. Соотвѣтственно волнообразному движенію, эпителиальныя клѣтки железъ начинаютъ въ предменструальное время увеличиваться въ 2—3 раза; этому внезапному измѣненію объема железы могутъ слѣдовать только такимъ образомъ, что образуютъ глубокия боковыя углубленія; железы, бывшія

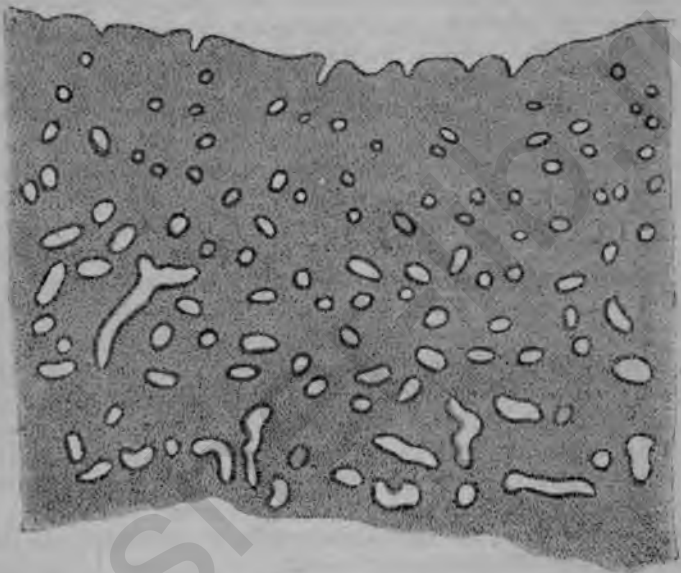


Рис. 87. Слизистая оболочка матки въ промежуткѣ между одной менструаціей и другой. Увеличеніе въ 26 разъ.

вначалѣ спиральными, пріобрѣтаютъ форму пилы; просвѣтъ ихъ сильно наполненъ секретомъ, соединительная ткань разбухаетъ и становится похожей на decidua; въ слизистой оболочкѣ образуется компактный поверхностный слой въ сравненіи съ болѣе глубокимъ спонгиознымъ, такъ что трудно бываетъ отличить молодую decidua отъ предменструальной слизистой оболочки. На высотѣ менструаціи железы выдѣляютъ свой секретъ, и слизистая оболочка спадается; железы суживаются и становятся прямыми. Кровоизліянія обнаруживаются какъ въ ткани, такъ и на свободной поверхности эпителия; поверхностный эпителий слизистой оболочки частью погибаетъ. Послѣ этого снова начинается увеличеніе клѣтокъ эпителия железъ, слизистая оболочка опухаетъ, железы расширяются и къ концу межменструальнаго промежутка начинаютъ изви-ваться.

Ясно, что такой взглядъ не могъ остаться безъ возраженій. Не п-

kel, Gottschalk, Rob. Meyer, Theilhaber и другіе не подтвердили наблюденій Hitschmann'a и Adler'a. На основаніи очень богатаго матеріала въ моей клиникѣ Keller и Schickele также пришли къ нѣскольکو другому выводу о періодическихъ измѣненіяхъ слизистой оболочки. По ихъ мнѣнію, за нѣскольکو дней до наступленія менструаціи происходитъ расширеніе сосудовъ слизистой оболочки, сопровождающееся кровонзліаніемъ въ соединительную ткань; передъ регулами и во время ихъ происходитъ также кровонзліаніе въ поверхностные слои. Соединительно-тканныя клѣтки разбухаютъ и становятся

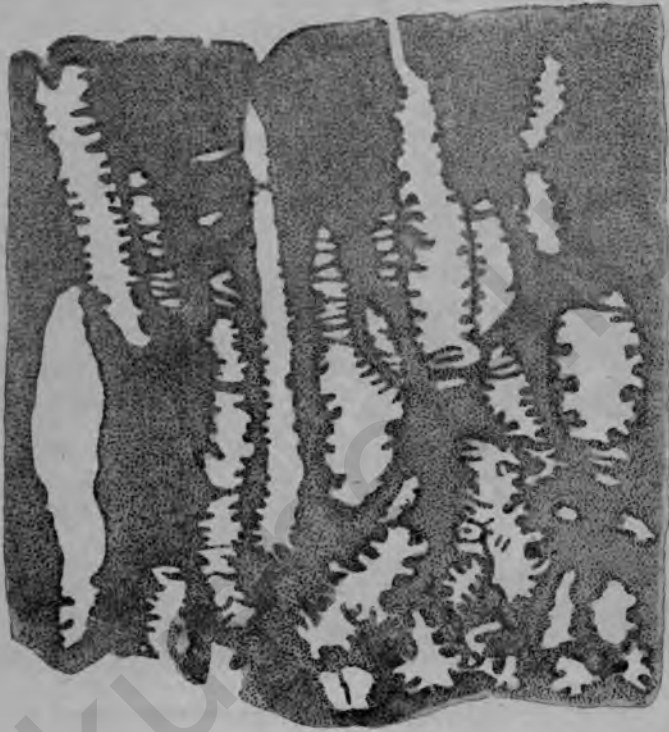


Рис. 88. Предменструальная слизистая оболочка матки.

похожими на клѣтки decidua. Вслѣдствіе гипереміи и увеличенія количества жидкости форма железъ можетъ измѣниться, какъ это описали Hitschmann и Adler; но это не обязательно наблюдается; въ одной трети случаевъ Keller и Schickele не наблюдали никакихъ измѣненій железъ, въ одной трети—умѣренно-расширенныя извитыя железы и только въ одной трети случаевъ оказались сильно расширенныя железы съ отдѣлительнымъ эпителиемъ и пучкообразными выступами его въ просвѣтъ железъ (предменструальныя железы).

Діететика менструаціи.

Хотя менструація является физиологическимъ процессомъ, все же она нерѣдко вызываетъ различныя болѣзненные разстройства. Въ то

время, когда значительное число женщин чувствует себя хорошо и не видит необходимости падать себя, другія бываютъ въ это время дѣйствительно больны. Кромѣ мѣстныхъ болѣзненныхъ ощущеній, наблюдаются расстройства со стороны желудка и пищеваренія, головная боль, бессонница, нервное возбужденіе, мрачное настроеніе и т. д. Расстройство нервной системы обнаруживается до менструаціи или одновременно съ ней также въ области кожи, появляются акне на лицѣ, крапивница, летучіе отеки на лицѣ, на верхнихъ и нижнихъ конечно-



Рис. 89. Менструирующая слизистая оболочка матки.

стяхъ и на наружныхъ половыхъ органахъ. Наблюденія показали, что у нервныхъ женщинъ симптомы могутъ стать столь тяжелыми, что въ теченіе нѣсколькихъ дней наблюдаются болѣзненное состояніе. Необходимо поэтому сказать нѣсколько словъ о діететикѣ при менструаціи.

Наиболѣе важнымъ является чистота; въ противоположность старымъ взглядамъ, наружныя части должно обмывать по меньшей мѣрѣ два раза въ день или еще чаще водой въ 30—32° Ц., обмываютъ ватой или стерилизованнымъ холстомъ; специально приспособленная для этой цѣли губка не отвѣчаетъ современнымъ требованіямъ нашимъ о чистотѣ. Вытекающая кровь воспринимается повязкой, сдѣланной изъ асептического матеріала и по мѣрѣ надобности ее мѣняютъ; въ виду дороговизны эта повязка замѣняется хорошо вымытыми тряпками и повязками. Желательна частая перемѣна нагрѣтаго бѣлья. Промыванія влагалища излишни у незамужнихъ и гинекологически здоровыхъ женщинъ;

они, наоборотъ, цѣлесообразны у женщинъ, носящихъ пессаріи, а также при гнилостномъ запахѣ менструальной крови; для промыванія рекомендуется растворъ пергидрола или марганцовокислаго калия. Холодные ванны во время менструаціи опасны и, прекращая регулы, они могутъ вызвать тяжелыя расстройства. Теплыя ванны временами оказываютъ такое же дѣйствіе и могутъ усилить кровотеченіе. Тепловатыя ванны, наоборотъ, особенно во время пребыванія въ курортѣ, должны быть возобновлены, какъ только прекратилось главное кровотеченіе.

Сильное тѣлесное напряженіе во время менструаціи можетъ вызвать патологическое явленіе; сюда относятся всякаго рода тяжелая работа, поднятіе на гору, а у дѣвушекъ—даже продолжительныя прогулки, танцы, ѣзда верхомъ, на велосипедѣ, катанье на конькахъ и большія путешествія лошадьми и желѣзной дорогой. Полный постельный покой, наоборотъ, необходимъ только въ случаѣ сильнаго кровотеченія или тяжелой дисменорреи и то только въ теченіе нѣсколькихъ самыхъ плохихъ дней; раннее лежаніе въ кровати часто задерживаетъ менструацію. Coitus строго воспрещается; большая плодовитость еврейскихъ женщинъ объясняется, быть можетъ, отчасти тѣмъ, что достаточно продолжительнымъ воздержаніемъ избѣгаютъ поврежденія половыхъ органовъ.

Питаніе должно быть такое же, какъ и въ обычное время; совершенно оставлено мнѣніе о необходимости избѣгать нѣкоторыхъ изъ пищевыхъ веществъ, въ родѣ салата, сырыхъ фруктовъ и т. д. Женщины, страдающія во время менструаціи расстройствомъ желудка, должны быть осторожны въ ѣдѣ. Женщины, вынужденныя прибѣгать къ клистирамъ или слабительнымъ средствамъ, могутъ не отказываться отъ нихъ и въ это время; только женщинамъ, проявляющимъ наклонность къ сильнымъ кровотечениямъ, слѣдуетъ совѣтовать избѣгать сильныхъ слабительныхъ средствъ.

Я позволяю также продолжать принимать большинство лекарствъ; только хининъ и желѣзо въ большихъ дозахъ могутъ усилить кровотеченіе и принести вредъ; наркотическія и антиспазматическія средства можно принимать. Питье воды въ курортѣ не должно прерываться.

4. Патологія менструаціи.

Аменоррея.

Подъ аменорреей понимаютъ отсутствіе менструаціи въ зрѣломъ въ половомъ отношеніи возрастѣ, причемъ овуляція можетъ продолжаться или также отсутствовать.

Аменоррея вызывается какъ у молодыхъ дѣвушекъ, такъ и у взрослыхъ прежде всего конституціональными и общими болѣзнями, а именно, тяжелой анеміей, хлорозомъ, туберкулезомъ, диабетомъ, нефритомъ, морфинизмомъ, выздоровленіемъ послѣ тяжелыхъ болѣзней, психозомъ, истеріей, перемѣной мѣста и связанной съ этимъ перемѣной пищи и привычекъ, иногда переездами изъ деревни въ городъ.

Цѣлый рядъ другихъ причинъ слѣдуетъ искать въ врожденныхъ или приобрѣтенныхъ заболѣваніяхъ половыхъ органовъ. Сюда относятся случаи аменорреи при врожденныхъ малыхъ яичникахъ и маткѣ или

при отсутствіи послѣдней, случаи преждевременнаго исчезанія фолликуловъ послѣ перенесеннаго въ раннемъ дѣтствѣ тяжелаго общаго заболѣванія. Сюда-же можно до извѣстной степени отнести аменоррею у кормящихъ грудью, при которой возможность забеременѣть въ сравненіи съ таковою у не кормящихъ равняется 1:50 (Weinberg). Сюда же относится исчезаніе фолликуловъ послѣ рентгеноскопій, наблюдавшееся раньше у животныхъ, а потомъ и у людей.

Весьма невелика глава о функціональной аменорреѣ, обнимающей случаи внезапнаго прекращенія менструаціи послѣ сильнаго испуга и психическаго возбужденія.

Наоборотъ, рѣдкіи случаи *викарирующихъ кровотеченій* при аменорреѣ, а именно, выдѣленіе крови черезъ носъ, кожу, легкія, желудокъ, кишки и груди; къ сообщеніямъ о такихъ менструаціонныхъ кровотеченіяхъ нужно относиться весьма осторожно.

Леченіе аменорреи различно въ зависимости отъ того, вызывается ли она мѣстными или общими причинами. При аменорреѣ у молодыхъ особъ, вызванной конституціональными причинами, мѣстное леченіе бесполезно; слѣдуетъ предостерегать отъ примѣненія горячихъ ножныхъ и сидячихъ ваннъ, также и другихъ средствъ, дѣйствіе которыхъ довольно сомнительно.

Въ этихъ случаяхъ необходимо укрѣпленіе организма соотвѣтствующей діетой, особенно назначеніемъ легко перевариваемаго бѣлка, т. е. молока, яицъ, нѣжнаго мяса, тропона, соматозы, нутрозы, санатогена, *vis bovis* и *meat juice Valentin'a*; избѣгаютъ употребленія большихъ количествъ жидкости при ѣдѣ и алкоголя, исключая случаевъ слабости; вмѣсто краснаго вина, пользующагося незаслуженно большою славой, рекомендуется лучше нитательное пиво. При слабости желудка у малокровныхъ дѣвицъ показаны частыя небольшія трапезы, причѣмъ врачъ долженъ назначать подробное меню. Далѣе, назначаютъ тепловатыя обмыванія, обтираніе водкой, тепловатой соляной водой и теплыя ванны; наоборотъ, купанье въ рѣкѣ и морѣ вредны. Правильныя систематическія прогулки полезны, большія путешествія по горамъ вредны. Необходимо также регулировать тѣлесныя и умственныя занятія дѣвушекъ; продолжительное шитье, рисованіе, игра на роялѣ и возбуждающее общество вредны; полезны: небольшой отдыхъ послѣ обѣда и повторныя непродолжительныя прогулки. Иногда оказываетъ хорошія услуги перемѣна мѣста, особенно удаленіе молодыхъ дѣвушекъ изъ пансіона.

При аменорреѣ, вызываемой общими причинами, издавна играютъ большую роль препараты желѣза, пользу которыхъ практическія наблюденія доказали раньше, чѣмъ физиологія объяснила ихъ дѣйствія. Введеніе желѣза полезно уже потому, что оно препятствуетъ разложенію гематогена въ сокахъ организма. Въ настоящее время замѣчается наклонность замѣнять старыя испытанныя средства новыми; я не вижу основаній, почему эти новые препараты должны дѣйствовать лучше, чѣмъ *pil. ferri Bland.*, *pil. ferri carb. Valleti.*, *pulv. fer. carb. sacchar.*, *pulv. fer. oxud. solub.*, *pulv. fer. reducti.* Если жидкіе препараты лучше переносятся, то назначаютъ *t-ra ferri pomat.*, *t-ra ferri chlor. aether.*, *liq. fer. alb.*, *liq. fer. dialys.*, *sol. fer. pyrophosphor.*, въ другихъ случаяхъ оказывается полезнымъ соединеніе желѣза съ хининомъ въ видѣ *chinin. ferrositr.* или хинно-желѣзнаго вина. Изъ

новыхъ средствъ хорошо переносятся, по изслѣдованіямъ Schmie-
deberg'a, синтетически приготовленные ферратинъ и ферратоза, осо-
бенно въ соединеніи съ мышьякомъ въ видѣ arsenferratos (Böhrin-
ger). Далѣе, полезно пребываніе лѣтомъ въ горахъ (800—1000 мет-
ровъ); на другихъ лучше дѣйствуетъ пребываніе на берегу моря безъ
употребленія морскихъ ваннъ. Продолжительное пребываніе въ горахъ
одновременно съ употребленіемъ тонизирующихъ средствъ приносить
иногда не меньшую пользу, чѣмъ рекомендуемыя часто хлоротичнымъ
дѣвушкамъ желѣзныя ванны. Питье воды, содержащей желѣзо, должно,
въ виду раздражительности желудка у малокровныхъ, назначаться очень
осторожно, а воды, бѣдныя углекислотой, назначаютъ въ очень неболь-
шихъ, но повторныхъ дозахъ съ молокомъ, виномъ, яйцами и т. д.

При аменорреѣ, вызываемой разстройствомъ функций яичниковъ,
примѣнявшіяся раньше средства, какъ aloe, senna, sabina, kal. per-
tang., окись марганца и indigo имѣютъ мало значенія; лучше дѣйствуютъ
eumenol, салициловый натръ, оваринъ, lutein, ovaradentriferrin и
yohimbין въ лепешкахъ. Далѣе, съ успѣхомъ примѣняли помощью вво-
димаго въ матку угольнаго зонда гальванической токъ въ 10—25 мил-
лиамперовъ; катодъ въ видѣ зонда изъ твердой резины вводили въ по-
лость матки, а анодъ въ формѣ широкой пластинки клали на животъ.
Меньшіе результаты я получалъ отъ массажа; сомнительно, чтобы воз-
можно было, какъ это полагаетъ Th. Grandt, регулировать крово-
обращеніе посредствомъ движеній, приводящихъ и отводящихъ кровь.
У тучныхъ и малокровныхъ женщинъ успѣхъ достигается строгой діе-
той по Oertel'ю съ одновременнымъ назначеніемъ движеній, ѣзды на
велосипедъ и верхомъ; извѣстно также дѣйствіе маріенбадскаго и дру-
гихъ источниковъ. Только въ случаѣ правильно повторяющихся мо-
limina показаны незадолго до ихъ наступленія горячія ножныя ванны
и крововизвлененіе изъ portio vaginalis. При аменорреѣ, обусловленной
недостаточнымъ развитіемъ матки и яичниковъ, всякое леченіе беспо-
лезно. Въ послѣднее время Bossi предложилъ при аменорреѣ у пси-
хическихъ больныхъ примѣнять мѣстное леченіе половыхъ органовъ,
даже оперативное леченіе, которымъ онъ достигъ, по его словамъ, хоро-
шихъ результатовъ.

Меноррагія.

Меноррагія является почти исключительно симптомомъ мѣстнаго
заболѣванія матки или придатковъ и будетъ рассмотрѣно на соотвѣт-
ствующихъ мѣстахъ. Все же имѣются и общія причины, вызывающія
наклонность къ меноррагіямъ. Послѣднія, какъ уже выше упомянуто
было, наблюдаются въ началѣ менструаціи и особенно при хлорозѣ.
Тяжелую задачу для врача представляютъ тѣ, къ счастью, рѣдкіе случаи,
въ которыхъ у молодыхъ дѣвушекъ менструація отсутствуетъ часто въ
теченіе 2—6 мѣсяцевъ и, разъ наступивши, съ трудомъ прекращается.
Сильныя менструальныя кровотеченія у здоровыхъ женщинъ, у которыхъ
роды слѣдовали одни за другими быстро, объясняются расслабленіемъ
мускулатуры матки; нерѣдко причиной является эндометритъ. Такія же
обильныя кровотеченія наблюдаются часто у совершенно здоровыхъ
женщинъ въ климактерическомъ періодѣ и вызываются атероматознымъ
перерожденіемъ сосудовъ и недостаточной сокращаемостью матки или
увеличеннымъ образованіемъ антитромбина (?).

Усиленное менструальное кровотечение при болѣзняхъ сердца, легкихъ и печени является слѣдствіемъ застоя въ венахъ; лечение этихъ кровотеченій совпадаетъ, слѣдовательно, съ леченіемъ основной болѣзни. Весьма неприятыя менструальныя кровотечения наблюдаются иногда у страдающихъ гемофиліей, а также при холерѣ и оспѣ. Что касается связи кровотеченій съ недостаточной функциональной дѣятельностью щитовидной железы, то для рѣшенія этого вопроса требуются дальнѣйшія изслѣдованія.

Врачъ не долженъ довольствоваться диагнозомъ меноррагіи, но раньше, чѣмъ приступить къ леченію, долженъ тщательными изслѣдованіями опредѣлить, имѣется ли здѣсь мѣстное или общее заболѣваніе.

При меноррагіяхъ, вызванныхъ общей причиною, назначаютъ общее укрѣпляющее леченіе.

Кромѣ того, необходимо вмѣшательство во время кровотечения. Назначаютъ постельный покой, холодъ въ видѣ холодныхъ компрессовъ и пузыря со льдомъ; далѣе, назначаютъ эрготинъ *per os*, подкожно или въ клизмѣ (0.1—0.25 *pro dosi*), подкожно секакорнинъ или питуитринъ, *extr. fl. hydrast. canad., t-ra hamamel. virg.,* стиптицинъ, стиптоль. Холодные и горячія спринцеванія влагалища слѣдуетъ назначать осторожно; къ первымъ можно прибавлять уксусъ или *aq. chlorat.* (30—100 грам.). Въ случаѣ опаснаго угрожающаго жизни кровотечения необходимо затампонировать влагалище послѣ предварительнаго промыванія его дезинфицирующей жидкостью. Далѣе, хорошія услуги оказываетъ желатина, принимаемая внутрь съ пищей или впрыскиваемая подъ кожу. О дѣйстви предложеннаго недавно *Kocher-Fenio* коагулена въ мѣстномъ примѣненіи имѣется еще очень мало данныхъ.

Дисменоррея.

Сопровождающаяся болѣзненностью менструація является симптомомъ другихъ различныхъ болѣзней, но не заболѣваніемъ *sui generis*. У дѣвицъ и нерожавшихъ женщинъ чаще всего имѣется умѣренная степень механической дисменорреи, обусловливаемая суженіемъ шейки въ области внутреннего маточнаго зѣва. Далѣе, дисменоррея наблюдается при сильномъ приливѣ крови къ маткѣ, вызванномъ неправильнымъ положеніемъ ея, эндометритомъ, опухолями, воспаленіемъ окружающихъ органовъ и т. д. Далѣе, описана *dysmenorrhoea ovarica*, причиною которой является сильная гиперемія яичника, быть можетъ, также кровоизліянія въ фолликулы и т. д., но эта форма не поддается клиническому и анатомическому опредѣленію. *Ols haasen* описалъ эти случаи подъ именемъ *neuralgia ovarica*. Особой формы трубной дисменорреи я не признаю, она относится къ числу конгестивныхъ. Къ истерическимъ или неврастеническимъ формамъ дисменорреи относятся случаи носовой дисменорреи, представляющей рефлекторный неврозь. *Fliess* доказалъ, что кокаинизированіемъ „половыхъ точекъ носа“ (нижней раковины и *tubercula septi*) удается въ цѣломъ рядѣ случаевъ устранить дисменорройныя боли въ крестцѣ и животѣ. Такіе случаи наблюдаются рѣже, чѣмъ *Fliess* это полагаетъ, все же можно въ подходящихъ случаяхъ попытаться кокаинизированіемъ этихъ мѣстъ устранить явленія дисменорреи. Такъ называемая *dysmenorrhoea membranacea* есть симптомъ *endometritis exfoliativa* (см. главу объ эндометритѣ).

Такимъ образомъ, о дисменорреѣ рѣчь будетъ идти при различныхъ заболѣваніяхъ матки, яичниковъ и трубъ; здѣсь будетъ разсмотрѣна та форма, которая наблюдается при нормальныхъ половыхъ органахъ, какъ выраженіе усиленнаго прилива крови къ маткѣ, вслѣдствіе быстрого опуханія и вызваннаго этимъ давленія на нервныя окончанія въ паренхимѣ и серозномъ покровѣ; какъ только выдѣленіе крови увеличивается, явленія дисменорреи уменьшаются.

Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ къ дисменорройнымъ болямъ въ половыхъ органахъ присоединяются другія явленія, а именно, ощущеніе жженія въ животѣ, боль въ крестцѣ, по ходу сѣдалищнаго нерва, боль въ желудкѣ, рвота, а головная боль можетъ протекать въ видѣ очень тяжелой мигрени.

Молодымъ дѣвушкамъ помогаетъ часто наложеніе на ночь за 4—8 дней до наступленія менструаціи согрѣвающего компресса на животъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ полезна скарификація влагалищной части, производимая за два дня до наступленія регуль. Хорошо дѣйствуетъ также постоянный токъ (катодъ въ полости матки, 10—30 милліамп.), примѣняемый въ теченіе 5 минутъ въ промежуткѣ между одной менструаціей и другой; другіе рекомендуютъ массажъ матки и общую гимнастику. Въ случаяхъ механическаго суженія примѣняютъ соотвѣтствующее мѣстное леченіе.

Во время самого припадка леченіе можетъ быть только симптоматическимъ: постельный покой, тепло на животъ, горячіе компрессы, горячій мѣшокъ, термофоръ. Далѣе, назначаютъ теплое питье (настой ромашки, мяты и т. д.). Если это не помогаетъ, то даютъ наркотическія средства, а именно, морфій (0.01), опій (0.04), кодеинъ (0.03), пантопонъ въ порошкахъ или свѣчкахъ. Подкожныя впрыскиванія морфія не рекомендуются, такъ какъ они вызываютъ рвоту.

Въ послѣднее время Дренкханн предложилъ для нервныхъ случаевъ безъ анатомическихъ измѣненій атропинъ; нецѣлесообразна предложенная имъ форма примѣненія, а именно влагалищный тампонъ (1% растворъ) или внутриматочное впрыскиваніе ($\frac{1}{99}$), наиболѣе надежнымъ способомъ является подкожное впрыскиваніе 0.0005—0.00075 атропина.

5. Климактерій ¹⁾.

Подъ климактеріемъ понимаютъ какъ расстройство бывшей до того правильной менструаціи со всѣми ея послѣдствіями, такъ и мѣстные и общіе симптомы, наступающіе послѣ совершеннаго прекращенія регуль; эти симптомы нерѣдко поражаютъ весь организмъ, и послѣдній долго страдаетъ.

Климактерическій періодъ наступаетъ въ нашемъ климатѣ между 48 и 50 годами, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ и безъ патологическихъ измѣненій менструація продолжается до 54 и даже 56 лѣтъ. Рѣдко менструація прекращается сразу послѣ того, какъ она совершенно правильно протекала; не менѣе рѣдко наблюдается постепенное прекращеніе регуль такимъ образомъ, что наступаетъ сначала черезъ 5, потомъ черезъ 6 недѣль, потомъ еще рѣже, причемъ и количество крови каждый

¹⁾ B ö r n e r. Die Wechseljahre der Frau. Stuttgart. 1886. Enke.

разъ уменьшается, пока совершенно не прекращается. Это идеальное теченіе вытѣсняется другимъ, а именно, усиленное безъ всякой причины кровотеченіе наступаетъ сначала раньше срока, потомъ послѣ, и каждый разъ женщина теряетъ много крови; послѣ окончанія менструаціи кровь продолжаетъ сочиться до наступленія слѣдующихъ регуль, послѣ промежутка въ $\frac{1}{2}$ —1 годъ можетъ снова появиться менструальное кровотеченіе, такъ что трудно заранѣе опредѣлить окончаніе регуль. Въ патологическихъ случаяхъ климактерій можетъ наступить значительно раньше; но до 40 лѣтъ это наблюдается только въ 3—4% всѣхъ случаевъ.

Имѣются единичныя сообщенія о беременности, имѣвшей мѣсто спустя 1—2 года послѣ наступленія климактерическаго періода.

Наступленію климактерія соотвѣтствуютъ нѣкоторыя мѣстныя измѣненія въ половыхъ органахъ; влагалищная стѣнка теряетъ свои складки, слизистая оболочка становится блѣдной, гладкой, иногда желтоватой въ introitus, carunculae hymenales атрофируются, влагалище, вслѣдствіе сглаживанія сводовъ, становится короче, причемъ задній сводъ первый сглаживается; portio vaginalis уменьшается, ея покровъ также блѣднѣетъ, наружный маточный зѣвъ суживается, сама матка рѣдко уменьшается до полного прекращенія регуль. Послѣ этого тѣло матки и шейка равномерно уменьшаются вслѣдствіе исчезанія мускулатуры, слизистая оболочка становится гладкой, рѣвничный эпителий уступаетъ мѣсто цилиндрическому, потомъ плоскому, полости шейки и матки суживаются, также внутренній маточный зѣвъ, и при зондированіи необходимо соблюдать осторожность, дабы не вызвать прободенія мягкой стѣнки матки.

Матка находится въ положеніи легкой retroversio или retroflexio, что объясняется исчезаніемъ мускулатуры Дугласовыхъ складокъ и широкихъ связокъ; окружающая матку соединительная ткань таза сморщивается; этотъ атрофическій параметритъ Freund'a является часто причиной болѣзненныхъ опущеній. Впослѣдствіи образуются на слизистой оболочкѣ portio и влагалища, поверхностныя потери веществъ (vaginitis punctata); въ случаѣ болѣе обширныхъ разстройствъ питанія образуются сращения влагалищной части съ сводами (vaginitis adhaesiva).

Въ общемъ процессъ обратнаго развитія принимаютъ участіе также трубы и яичники. Созрѣваніе фолликуловъ рѣже происходитъ; уменьшеніе возможности зачатія, если оно не вызывается другими причинами, указываетъ на то обстоятельство, что отдѣленіе яичекъ, способныхъ оплодотворяться, прекращается значительно раньше измѣненій менструаціи. Постепенно, вслѣдствіе жирового перерожденія эпителия, имѣющіеся еще фолликулы атрофируются, а liquor folliculi всасывается; увеличивается количество соединительной ткани. Измѣненія въ яичникѣ замѣтны уже макроскопически, онъ сморщивается во всѣхъ діаметрахъ, особенно въ сагиттальномъ. Поверхность становится бугристой; небольшіе плотные яичники труднѣе прощупываются со стороны влагалища, лучше со стороны прямой кишки. Въ противоположность этому, груди увеличиваются послѣ предварительной атрофіи железистой ткани исключительно вслѣдствіе отложенія жира.

Наружныя половыя органы также принимаютъ участіе въ процессѣ обратнаго развитія; они становятся вялыми, большія губы теряютъ свой

жиръ, малыя становятся блѣдными, а волосы часто сѣдѣютъ. Въ противѣсть этому увеличивается содержаніе жира въ подкожной клѣтчаткѣ, особенно на животѣ, кожа живота свисаетъ поэтому надъ симфізомъ большой поперечной складкой; это увеличеніе жира вызывается вазомоторными разстройствами и наблюдается также, какъ извѣстно, при искусственно вызванномъ климактеріи. Обратное развитіе половыхъ органовъ у женщинъ, живущихъ половой жизнью, происходитъ, повидимому, менѣе интенсивно или наступаетъ позже. Такія же мѣстныя измѣненія наблюдаются и при климактеріи, вызванномъ оперативнымъ путемъ.

Не слѣдуетъ думать, будто обратное развитіе половыхъ органовъ сопровождается ослабленіемъ полового чувства; у женщинъ это чувство вообще развито слабѣе, чѣмъ у мужчинъ. У нѣкоторыхъ, дѣйствительно, наблюдается ослабленіе полового чувства и даже отвращеніе, у другихъ половыя сношенія становятся невозможными не вслѣдствіе отсутствія чувства, а вслѣдствіе болѣзненности, ощущаемой въ уменьшившемся влагалищѣ. Усиленіе полового чувства въ этомъ „опасномъ“ возрастѣ рѣдко наблюдается и представляетъ патологическое явленіе. Въ дальнѣйшемъ частымъ и мучительнымъ симптомомъ является выше описанный *pruritus vulvae*; нѣкоторыя женщины жалуются на ощущеніе жжения въ области влагалища, матки и параметрія.

На злокачественныя новообразованія климактерическій періодъ не оказываетъ вліянія, доброкачественныя, наоборотъ, какъ міомы, подвергаются регрессивнымъ измѣненіямъ; вслѣдствіе уменьшенія притока крови, разростанія соединительной ткани и жирового перерожденія мускулатуры, они сморщиваются. Мнѣніе Вогнега о томъ, что внутрисѣночныя міомы проявляютъ склонность къ образованію ножки и отдѣленію, я не могу подтвердить. Превращеніе фибромы въ саркому имѣетъ мѣсто въ климактеріи; значительно чаще развивается въ это время на почвѣ міомы ракъ тѣла матки. Опухоли яичника продолжаютъ расти и нерѣдко подвергаются злокачественному перерожденію.

Главнымъ симптомомъ начинающагося климактерія являются *кровотеченія*, которыя рѣдко становятся опасными для жизни, но, часто повторяясь и долго продолжаясь, ослабляютъ организмъ. Если такія усиленныя кровотеченія появляются, какъ это обыкновенно происходитъ, безъ анатомическихъ измѣненій матки, то слѣдуетъ признать, что въ предклимактерическомъ возрастѣ происходитъ увеличенное образованіе вещества, препятствующаго свертыванію. Все же въ нормальномъ климактеріи, какъ и послѣ кастраціи, уменьшеніе свертываемости не наблюдается (Keller). Если менструація отсутствовала въ теченіе 6 и болѣе мѣсяцевъ, то на возобновленіе кровотеченія не слѣдуетъ смотрѣть, какъ на менструацію, развѣ только если тщательное изслѣдованіе обнаружило отсутствіе патологическихъ измѣненій. Больныя и врачи часто дѣлаютъ въ этомъ отношеніи ошибки и пропускаютъ время для оперативнаго вмѣшательства. Къ кровотеченіямъ присоединяются бѣли, какъ признакъ легкаго катаррального эндометрита или катарра шейки; въ болѣе позднемъ стадіи климактерія эти бѣли вызываются упомянутыми измѣненіями влагалища. Нерѣдко наблюдаемое въ климактерическомъ періодѣ выпаденіе влагалища, особенно передней стѣнки, вызывается исчезаніемъ околывлагалищнаго жира.

Изъ общихъ явленій слѣдуетъ прежде всего назвать извѣстныя приливы крови, мѣстный и общій потъ, что вызывается раздраженіемъ со стороны яичника вазомоторовъ кожи и потовыхъ железъ. Очень часто

наблюдается при этомъ увеличеніе кровяного давленія выше 125 mm. Спустя $\frac{1}{2}$ —1 годъ эти симптомы исчезаютъ, иногда же они продолжаются нѣсколько лѣтъ и потомъ присоединяются ангионевротическія явленія, какъ сердцебіеніе, головокруженіе, непріятныя ощущенія въ области желудка и кишечника, ощущеніе вздутія и полноты, временно уменьшающееся только частой отрыжкой, далѣе, невралгіи, особенно реберныя въ области ложныхъ реберъ, болѣзненная припухлость суставовъ пальцевъ, рѣже другихъ сочлененій. Наоборотъ, мигрень и боли въ области лба и затылка постепенно уменьшаются. Изъ другихъ мучительныхъ явленій слѣдуетъ назвать бессонницу, сопровождающуюся иногда чувствомъ страха и навязчивыми идеями, психическое безпокойство и возбудимость, рѣже меланхолю. Имѣвшіеся уже до того привычныя запоры остаются или уступаютъ мѣсто поносамъ. Общій обмѣнъ веществъ понижень, вслѣдствіе чего появляется склонность къ отложенію жира и скопленію кальціевыхъ солей въ тканяхъ.

Всѣ эти явленія, крайне мучительныя какъ для больной, такъ и для врача, еще болѣе ухудшаются, если больная страдаетъ неврастеніей или истеріей; далѣе, я неоднократно наблюдалъ, что эти явленія болѣе упорны и интенсивны въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ мѣстныя измѣненія половыхъ органовъ ясно выражены, и что они менѣе значительны, если старческія измѣненія наступаютъ постепенно. То же можно сказать о явленіяхъ выпаденія послѣ оперативнаго удаленія матки или обоихъ яичниковъ; и въ этихъ случаяхъ больше страдаютъ женщины съ нервной наслѣдственностью. Страхъ нѣкоторыхъ женщинъ передъ психическими разстройтвами, какъ явленіями выпаденія послѣ операціи, не основателенъ. Я поэтому всегда придерживаюсь правила одновременно съ маткой удалять и яичники, которые все равно подвержены процессу обратнаго развитія.

При многихъ разстройтвахъ въ климактерическомъ періодѣ врачъ бываетъ вынужденъ прибѣгать къ симптоматическому леченію. Прежде всего необходимо устранить кровотеченія; ихъ лечатъ обычными средствами (см. эндометритъ); но препаратъ эрготина и выскабливаніе матки оказываются въ этихъ случаяхъ часто бесполезнымъ; лучше всего дѣйствуютъ при продолжительныхъ кровотеченіяхъ постельный покой, холодныя влагалищныя спринцеванія и тампонація влагалища. Полезны впрыскиванія желатины и внутреннее употребленіе calc. lact. (10.0—200.0 2—3 столовыя ложки въ день), что увеличиваетъ способность крови свертываться. Наконецъ, и рентгенотерапія даетъ, несомнѣнно, хорошіе результаты, устраняя продолжительныя кровотеченія. Бѣли, вызванныя регрессивными процессами слизистой оболочкой влагалища, излечиваются вяжущими спринцеваніями. Лечить нужно только появившіяся въ климактеріи ощущенія и выпаденіе матки, но не *retro flexio*.

Рациональнымъ противъ явленій выпаденія слѣдуетъ считать при-мѣненіе лепешекъ оварина и лютеина, которыя, повидимому, временно замѣняютъ внутреннюю секрецію; такъ же дѣйствуетъ и овараденъ (Knoll), усиливая общій обмѣнъ веществъ (2—3 лепешки въ день), а у малокровныхъ и истощенныхъ женщинъ хорошо дѣйствуетъ овараден-триферринъ.

У полнокровныхъ женщинъ мучительныя приливы крови устраняются запрещеніемъ употребленія чая, кофе, крѣпкихъ винъ и пива и

назначеніемъ отвлеченія на кишечникъ посредствомъ слабительныхъ солей и водъ Киссингена, Мариенбада, Карлсбада или ихъ солей. Лече- ніе ваннами должно производиться осторожно.

При леченіи нервныхъ разстройствъ въ климактерическомъ періодѣ весьма полезны различные препараты брома, мышьяка, валеріаны, цинка и т. д.; полезными являются часто также отвлеченія посредствомъ гор- чичниковъ или сухихъ банокъ. Далѣе, рекомендуются перемѣна воздуха и мѣста, горный или морской климатъ и леченіе холодной водой.

6. Оплодотвореніе и плодовитость.

Условія, при которыхъ у здоровыхъ женщинъ, живущихъ половой жизнью, при встрѣчѣ сѣмени и яичка происходитъ оплодотвореніе, еще недостаточно исследованы. Мы знаемъ, что со стороны женщины непре- мѣннымъ условіемъ для оплодотворенія является созрѣвшій или только что лопнувшій Графовъ фолликулъ, но мы не знаемъ, происходитъ ли зачатіе только въ томъ случаѣ, если фолликулъ лопається во время са- мого акта совокупленія, или сѣмя, попавшее въ ампуллу трубы, можетъ въ любое время оплодотворить; мы не знаемъ также, увеличивается ли возможность зачатія непосредственно послѣ окончанія менструаціи, какъ это въ публикѣ предполагають, или, наоборотъ, передъ наступленіемъ регуль. Практически кажется мнѣ болѣе правильнымъ предположеніе о томъ, что при нормальныхъ половыхъ органахъ женщина можетъ опло- дотвориться въ любое время.

Непремѣннымъ условіемъ со стороны мужчины является выдѣленіе здороваго сѣмени, количество котораго колеблется каждый разъ между 0.5 и 6 куб. сант. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что самостоя- тельная подвижность сѣмянныхъ нитей (по Непле, до 2 сант. въ 7—8 минутъ) является главнымъ средствомъ для встрѣчи сѣмени съ яичкомъ, ибо оплодотвореніе возможно и въ томъ случаѣ, если сѣмя наносится наружно на вульву. Сушественно важнымъ является достаточное введе- ніе эригированнаго полового члена во влагалище; все же въ рѣдкихъ случаяхъ сѣмя непосредственно вводится при еjaculatio въ шейку или въ полость матки; происходящее при половомъ возбужденіи сокращеніе влагалищнаго свода вокругъ *glans penis* облегчаетъ, вслѣдствіе умень- шенія пространства, проникновеніе сѣмени въ шейку. Напрасно многіе считаютъ несущественнымъ ослабленіе матки вслѣдъ за сокращеніемъ ея на высотѣ полового возбужденія и отхожденіе назадъ находящейся въ полости слизистой нити; для передвиженія сѣмянныхъ нитей имѣеть, несомнѣнно, большое значеніе такое средство, которое помогаетъ ихъ химическимъ свойствамъ. Необходимо, однако, помнить, что оплодотво- реніе возможно, несмотря на механическія препятствія, недостаточное введеніе полового члена и невозбудимость женщины, наблюдающуюся почти въ половинѣ всѣхъ случаевъ. Въ то время, какъ раньше плодовитость женщины составляла въ Германіи въ среднемъ 3.9, въ Швейцаріи 3.4, а въ Австріи 4.2, въ послѣднее время число родовъ въ различныхъ городахъ и областяхъ еще болѣе понизилось, а именно, съ 42 на 30 на 1.000 жите- лей; несмотря на это и благодаря уменьшившейся смертности, остается въ Германіи въ первомъ году жизни излишекъ рожденій въ 800.000 чело- вѣкъ, т. е. болѣе, чѣмъ достаточно для того, чтобы гарантировать уве-

личение населенія; во Франціи же количество населенія въ 1911 году уменьшилось вслѣдствіе преобладанія числа смертныхъ случаевъ надъ числомъ рождающихся.

Со времени Мальтуса мы находимъ въ литературѣ послѣднихъ 40 лѣтъ многочисленныя попытки рациональными совѣтами уменьшить излишнюю плодовитость, попытки, оправдываемыя интересами какъ самой женщины, такъ и имѣющагося уже потомства. Не мѣсто въ учебникѣ гинекологіи высказываться объ этихъ столь важныхъ социальнополитическихъ вопросахъ; я хочу только здѣсь отмѣтить, что цѣлый рядъ серьезныхъ высоко стоящихъ въ научномъ отношеніи лицъ занимается этими вопросами. Вслѣдъ за горячими апостолами этого ученія (Hasse, Mensinga) высказали свое мнѣніе такіе ученые, какъ Hegar и Eulenburg, и слѣдуетъ привѣтствовать мнѣніе Löwenfeld'a о томъ, что „мальтузіанскія предохранительныя мѣры стануть рано или поздно необходимыми во всякой семейной жизни, причемъ жена сохранить свою способность къ зачатію, а мужъ сохранить за собою право, не считаясь съ интересами жены и имѣющихся уже дѣтей, удовлетворять свои чувственные потребности“. Задача гинеколога должна состоять только въ томъ, чтобы предохранять женщину отъ употребленія такихъ средствъ, которыя предлагаются, какъ надежныя или безвредныя, а на самомъ дѣлѣ вредны для нихъ. Въ интересахъ слишкомъ сильнаго уменьшенія рождаемости врачъ долженъ соблюдать чрезвычайную осторожность.

Въ древности закономъ предписывалось умерщвление слабыхъ дѣтей, а вытравливаніе плода производилось систематически; это продолжалось до тѣхъ поръ, пока христіанская мораль не запретила его. Буддисты въ Японіи и теперь еще считаютъ вытравленіе плода разрѣшеннымъ. Современный культурный человѣкъ часто бываетъ противъ желанія вынужденъ видѣть, какъ слабая женщина погибаетъ подъ тяжестью частыхъ родовъ и необходимости воспитывать дѣтей. Очень немногіе обладаютъ, какъ этого хочетъ Simpson, достаточной этической осторожностью въ бракѣ, чтобы уменьшить рождаемость дѣтей¹⁾. Отъ чрезмѣрнаго воздержанія страдаетъ то одна, то другая сторона или, что еще хуже, мужъ удовлетворяетъ свою страсть на сторонѣ, слѣдствіемъ чего является занесеніе въ домъ сифилиса или гонорреи. Наука не можетъ долѣе уклоняться отъ этого жгучаго вопроса, хотя рѣшеніе его вовсе не такъ просто, какъ это полагаютъ Ferdy и друг. Въ мою задачу не входитъ разсмотрѣніе вопроса о томъ, насколько предложенныя противъ зачатія средства соотвѣтствуютъ этикѣ и морали; я считаю своей обязанностью только предохранять отъ употребленія вредныхъ или бесполезныхъ средствъ.

Къ ненадежнымъ средствамъ относится введеніе влажной губки въ влагалище; я нерѣдко наблюдалъ также беременность при ношеніи предложенныхъ Mensinga различныхъ pessaria occlusiva. Такой пессарій болѣе надеженъ, если кромѣ того производитъ post coitum спринцеваніе растворомъ сулемы; но эта минуція противна многимъ женщинамъ. Такъ же ненадежны и простыя спринцеванія влагалища post coitum, причемъ особенно слѣдуетъ избѣгать холодныхъ промываній.

O coitus interruptus, т. е. объ удаленіи полового члена непосредственно передъ эякуляціей, мнѣніи расходятся. Въ то время, какъ до сихъ поръ считали coitum interruptum причиной развитія половой невралгіи, особенно раздражительной слабости, Fürbringer²⁾ не считаетъ его въ общемъ вреднымъ.

Менѣе вредны, но ненадежны теплыя промыванія влагалища съ примесью

1) A. Simpson. The Marriage Question from the Standpoint of Gynaecology. Brit. Gynaecol. Journ. Aug. 1892.

2) Fürbringer. Sexuelle Hygiene in der Ehe. Senator und Kaminer, Krankheiten und Ehe. München, Lehmann 1904.

жидкости, убивающей сѣмя (sol. supri sulf., сулема и т. д.), производимыя непосредственно послѣ совокупленія, также примѣненіе такъ называемыхъ ovula Malthus. Кондомъ, наоборотъ, Fügbring'er считаетъ наиболѣе совершеннымъ средствомъ, хотя онъ еще болѣе усиливаетъ свойственную женщинамъ холодность. Такимъ образомъ, этотъ, чрезвычайно важный для женщинъ низшихъ слоевъ вопросъ не получилъ еще разрѣшенія, которое могло бы въ одинаковой степени удовлетворить человѣка, врача, теолога и философа. Будетъ ли этотъ вопросъ когда-либо разрѣшенъ?

7. Бесплодіе.

Подъ бесплодіемъ понимаютъ отсутствіе зачатія послѣ продолжительной семейной жизни. Къ счастью, человѣкъ не такъ созданъ для своей расы, какъ животное, у котораго почти каждое совокупленіе имѣетъ своимъ послѣдствіемъ зачатіе; даже при совершенно здоровыхъ половыхъ органахъ это не происходитъ; вычислено, что только $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ вступившихъ въ бракъ имѣютъ ребенка на первомъ году, чаще на второмъ году послѣ свадьбы. По истеченіи 4 лѣтъ послѣ свадьбы только $2\frac{1}{2}\%$ бывшихъ до того безплодными женщинъ могутъ, по мнѣнію Dupcан'a, еще рассчитывать на потомство. Около 10—12% всѣхъ браковъ остается безплодными. Въ это число не входятъ случаи, въ которыхъ произошло зачатіе, но вслѣдствіе частыхъ выкидышей не рождаются живыя дѣти. Кромѣ значительно болѣе частыхъ случаевъ первичнаго бесплодія, наблюдается еще меньшее число пріобрѣтеннаго бесплодія вслѣдствіе неправильнаго теченія послѣродового періода; частота этихъ случаевъ не поддается опредѣленію.

Въ то время, какъ раньше виновной въ бесплодіи считалась только жена, патолого-анатомическія и клиническія изслѣдованія послѣднихъ десятилѣтій показали, что въ большемъ числѣ случаевъ виновенъ мужъ. Кенгеръ въ $\frac{1}{3}$ находившихся подъ его наблюденіемъ случаевъ считаетъ виновнымъ мужа; на основаніи тщательныхъ изслѣдованій сѣмени, котораго я всегда предписываю леченію бесплодія, я склоненъ въ 30—40% всѣхъ случаевъ считать виновнымъ мужа.

Виттъ, наоборотъ, полагаетъ, что въ $\frac{2}{3}$ всѣхъ случаевъ бесплодіе вызывается недостаточнымъ развитіемъ женскихъ половыхъ органовъ. На основаніи собственныхъ наблюденій я не могу приписывать инфантилизму женщины такое вліяніе на бесплодіе.

Въ большинствѣ случаевъ женщина не удовлетворяется такимъ безплоднымъ бракомъ и обращается къ врачебной помощи, ибо она значительно больше, чѣмъ мужъ, вступаетъ въ бракъ съ цѣлью имѣть потомство. Гинекологическому изслѣдованію бездѣтной женщины долженъ всегда предшествовать анамнезъ, изъ котораго можно было бы узнать о способѣ совокупленія, ихъ частотѣ, степени введенія полового члена, объ ощущаемыхъ при этомъ удовольствіи или боли, о выдѣленіяхъ и т. д. Въ случаѣ надобности, разспрашиваютъ только мужа, чтобы получить такимъ образомъ исчерпывающія свѣдѣнія.

Я постараюсь только вкратцѣ разсмотрѣть здѣсь наиболѣе главныя причины бесплодія у женщины ¹⁾.

1) Болѣе подробно см.: P. Müller. Die Unfruchtbarkeit der Ehe (Stuttgart 1885, Enke) и Beigel. Patholog. Anatomie d. weiblichen Unfruchtbarkeit (Braunschweig 1878, Vieweg). Jullien, Tripper und Ehe (Paris, нѣм. перев.

Что касается вульвы, то причиной безплодія являются полное закрытіе дѣвственной плевы, *hymen bipartitus, cribriformis*, еще чаще ригидность плевы, къ которой послѣ повторныхъ безплодныхъ попытокъ къ совокупленію присоединяется воспаленіе, такъ что образуется состояніе, похожее на вагинизмъ. Вагинизмъ, какъ самостоятельная болѣзнь, возникающая при нормальныхъ половыхъ органахъ на нервной почвѣ, описанъ выше. Совершенно потентные и болѣе спокойные мужчины въ концѣ концовъ преодолеваютъ относительную узость отверстия въ плевѣ, для многихъ же эти аномалии являются непреодолимымъ препятствіемъ для *immissio penis*, особенно для неопытныхъ и нервныхъ мужчинъ, и единственнымъ леченіемъ въ этихъ случаяхъ является удаление плевы.

Что касается влагалища, то совершенное его отсутствіе и слѣпой конецъ представляли до сихъ поръ непреодолимое препятствіе. Благодаря смѣлымъ операціямъ *Gersuny, Stoeckel's, Schubert's* и друг., удавалось включить въ соединительнотканное пространство между прямой кишкой и пузырьемъ куски кишечника и достигнуть такимъ образомъ, удовлетворительныхъ результатовъ (см. операціи влагалища). Врожденная узость постепенно устраняется при продолжительномъ сожителствѣ. Двойное влагалище не является, какъ извѣстно, препятствіемъ къ зачатію; обыкновенно примѣняется съ самаго начала *одно* только влагалище. Недостаточное развитіе влагалищнаго свода, слабость влагалищнаго свода, слабость влагалища и вульвы имѣютъ своимъ послѣдствіемъ вытеканіе сѣмени *post coitum*; то же происходитъ при очень широкой вульвѣ, вызванной разрывомъ промежности, и при ненормальности ея направленія. Въ этихъ случаяхъ цѣлесообразно производить *coitus* въ боковомъ и колѣннолоктевомъ положеніи или въ положеніи съ приподнятымъ тазомъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ помогаетъ пластическая операція промежности.

Труднѣе рѣшить вопросъ о вліяніи влагалищныхъ выдѣленій на сѣмя. Исслѣдованія *Kölliker's* показали, что кислоты вредны для сѣмянныхъ нитей; обильная примѣсь щелочныхъ выдѣленій предстательной железы и сѣмянныхъ пузырьковъ предохраняетъ сѣмя отъ дѣйствія влагалищныхъ выдѣленій; возможно, что часть сѣмени, не попавшая сейчасъ же въ шейку, подвергается дѣйствію секрета влагалища. Если при микроскопическомъ изслѣдованіи влагалищныхъ выдѣленій, предпринятъ немедленно *post coitum*, обнаруживаются неподвижныя сѣмяныя нити, то пробуютъ измѣнить реакцію этихъ выдѣленій, для чего производятъ промываніе хлористымъ натромъ и содой аа въ $\frac{1}{2}\%$ растворѣ, 6% растворомъ *natr. phosphor.* или вводятъ тампонъ, пропитанный 4% растворомъ *natr. phosphor.* въ глицеринѣ.

Наиболѣе частыми и легче всего поддающимися устраненію причинами безплодія являются заболѣванія матки. Вліянія механическихъ измѣненій впервые точно описаны *M. Sim's*омъ; его сочиненіе о хирургіи матки ¹⁾, которое можно было бы рекомендовать для чтенія всякому гинекологу, много способствовало, несомнѣнно, развитію гинекологіи.

Причиной безплодія онъ считаетъ неправильную ширину влага-

Hopfa 1899). *Posner, Physische Impotenz und Ehe. Blumreich. Empfängnisunfähigkeit und Ehe* въ *Senator и Kaminer. Krankheiten und Ehe, München* 1904.

²⁾ *M. Sim's. Gebärmutterchirurgie. Нѣм. перев. Beigel's. Enke* 1866.

лишней части, особенно если она слишком коротка или длинна. Больше длинная в нормальном состоянии передняя губа способствует соприкосновению попавшего в задний влагалищный сводь сѣмени с нижней частью шейки, а потому малая и хоботообразная влагалищная часть может вызвать бесплодие, особенно если при этом сужено наружное маточное отверстие. Что гипертрофия влагалищной части не представляет препятствия, доказывают многочисленные случаи, в которых при гипертрофии, вызванной выпадением матки, имѣло мѣсто зачатіе. Труднѣе рѣшить вопросъ, поднятый еще М. Sims'омъ, о значеніи суженія наружнаго и внутренняго зѣва, также цервикальнаго канала. Нельзя игнорировать того обстоятельства, что при наружномъ зѣвѣ величиной съ небольшую булавоочную головку часто отсутствует дисменоррея, и вскорѣ послѣ вступленія въ бракъ женщина беременѣетъ; почему микроскопическія образования, вродѣ сѣмянныхъ нитей, способныя къ самостоятельнымъ движеніямъ, не могутъ проникнуть въ матку такъ, какъ это происходитъ съ гоноккокками? Правильнѣе, по моему мнѣнію, было бы суженіе шейки считать первичнымъ явленіемъ, а непосредственной причиной бесплодія считать вызванную суженіемъ задержку выдѣленій со всѣми ея вредными послѣдствіями.

Большее значеніе, по моему мнѣнію, имѣетъ суженіе внутренняго зѣва, ибо задержка менструальной крови и выдѣленій можетъ вызвать хроническій метро- и эндометритъ. Оперативное расширеніе наружнаго зѣва приходится рѣже производить, чѣмъ дисцизію верхней части шейки съ послѣдующимъ леченіемъ эндометрита. Весьма ободряющими являются данныя Martin'a старшаго, достигшаго въ 25% всѣхъ случаевъ дисцизіи возможности зачатія. Изъ 80 случаевъ дисцизіи съ послѣдующимъ внутриматочнымъ леченіемъ я получилъ благоприятные результаты въ 34%; если же считать только случаи, въ которыхъ изслѣдованіе сѣмени мужа было возможно и дало положительный результатъ, то я достигъ успѣха въ 60%. Въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ даже достаточнымъ одно- или двукратное зондированіе.

Вліяніе неправильныхъ положеній матки на затрудненіе зачатія преувеличено. Гинекологу приходится слишкомъ часто утѣшать бесплодныхъ женщинъ относительно „перегиба“, обнаруженнаго у нихъ другимъ врачомъ. Пора было бы уже врачамъ усвоить себѣ данныя изслѣдованія В. S. Schultze, согласно которымъ подвижное *anteflexio-versio uteri* нормально, не можетъ считаться причиной бесплодія и не должно подвергаться леченію. Очень сильное *anteflexio* съ образованіемъ острого угла является причиной бесплодія потому, что оно ведетъ къ образованію эндометрита, или потому, что само является послѣдствіемъ катарра или *parametritis posterior*.

Тоже можно сказать и о *retroflexio uteri*. Я совершенно согласенъ съ мнѣніемъ P. Müller'a и нахожу, что въ большемъ числѣ случаевъ *retroflexio* отсутствуютъ болѣзненные явленія, и что такая матка сама выпрямляется во время беременности. Я самъ наблюдалъ случаи, въ которыхъ, несмотря на упорное *retroflexio*, быстро происходило зачатіе. Такимъ образомъ, неправильное положеніе матки не должно быть непосредственнымъ объектомъ для леченія. Если молодая женщина, страдающія *retroflexio*, не беременѣютъ, то показано леченіе кольцами, или лучше укороченіе круглыхъ связокъ. Опущеніе и выпаденіе матки,

несмотря на сопутствующія патологическія измѣненія, рѣдко являются препятствіемъ къ зачатію. Въ случаяхъ, въ которыхъ при нормальномъ сѣмени и здоровыхъ половыхъ органахъ женщины результатъ леченія отсутствовалъ, издавна уже пробовали искусственное оплодотвореніе. Такъ, изъ 11 случаевъ Bossi получилъ въ 9 благоприятные результаты. Döderlein опубликовалъ недавно случай, въ которомъ выпущенное при совокупленіи въ кондомъ сѣмя было немедленно впрыснуто шприцемъ Graup'a въ матку.

Хроническій метритъ и эндометритъ препятствуютъ нерѣдко укрѣпленію, быть можетъ, оплодотвореннаго уже яичка. Міомы не вызываютъ абсолютнаго безплодія; рѣдко удается посредствомъ удаленія черезъ влагалище внутрисѣточной міомы облегчить возможность зачатія, въ большинствѣ же случаевъ при сильномъ развитіи опухоли приходится считать въ интересахъ больной желательнымъ отсутствіе беременности; то же можно сказать о ракъ, который, въ случаѣ локализаціи на шейкѣ, не препятствуетъ зачатію, а препятствуетъ только локализація его на тѣлѣ матки.

Значеніе заболѣваній трубъ и яичниковъ вмѣстѣ съ сосѣдней брюшиной было оцѣнено только въ послѣдніи десятилѣтія. Заслуга въ этомъ отношеніи принадлежитъ Nöggerath'у, опубликовавшему работу о скрытой гонорреѣ у женщины. Далѣе, въ значительной степени этотъ вопросъ разъяснили усовершенствованные методы изслѣдованія и непосредственное изслѣдованіе этихъ частей при лапаротоміи. Въ то время, какъ при недостаточности яичника и при хроническомъ оофоритѣ часто имѣется неизлечимое безплодіе, наблюдается беременность даже при сильномъ двустороннемъ кистовидномъ перерожденіи яичниковъ.

Столь частыя заболѣванія трубъ обуславливаются специфическими инфекціями. Раньше послѣродовой періодъ игралъ въ этомъ отношеніи большую роль, чѣмъ теперь. При послѣродовой септицеміи къ флегмонѣ параметрія присоединяется воспаленіе интерстиціальной соединительной ткани яичниковъ, и многіе случаи приобрѣтеннаго безплодія послѣ тяжелой послѣродовой лихорадки объясняются исчезновеніемъ фолликуловъ. Другой причиной безплодія являются пельвеоперитонитическія сращения, которыя, являясь слѣдствіемъ послѣродовыхъ процессовъ, вызываютъ закрытіе трубы, смѣщеніе ея, перегибъ и вслѣдствіе этого закрытіе просвѣта. Наиболѣе частой же болѣзнию трубы, вызывающей безплодіе, является гонорройная инфекція.

Въ противоположность мѣстнымъ причинамъ, конституціональныя болѣзни рѣдко вызываютъ только временное безплодіе; сюда относятся хлорозъ, анемія, туберкулезъ и тучность, которые часто зависятъ отъ недостаточной дѣятельности яичниковъ.

Что касается причинъ тяжелаго безплодія, то я могу быть кратокъ и указать на превосходную статью Rosner'a о болѣзняхъ и бракѣ ¹⁾.

Здѣсь слѣдуетъ прежде всего назвать импотенцію, которая можетъ быть органической и неизлечимой, или психической, какъ слѣдствіе счастливаго невѣдѣнія и неопытности; послѣдняя форма наблюдается только въ началѣ брачной жизни и легко поддается простой психической терапіи, леченію холодной водой и т. д.

Гораздо хуже дѣло обстоитъ съ асперматизмомъ и азоосперміей. Въ

1) Senator и Kaminer. Krankheiten und Ehe. München 1904.

первомъ случаѣ совершенно отсутствуетъ выдѣленіе сѣмени при совокупленіи, что является слѣдствіемъ заболѣванія мочевыхъ путей (стриктура) и предстательной железы и воспаленія сѣмянныхъ путей. Въ противоположность этой механической формѣ асперматизма, наблюдается значительно рѣже нервная форма, при которой, несмотря на эрекцію, отсутствуетъ ejaculatio. При азоосперміи отсутствуютъ сѣменные нити, и выдѣляется только похожая на сперму жидкость, идущая изъ предстательной и Соорег'овскихъ железъ, имѣющая запахъ сѣмени и содержащая блестящіе шарики и кристаллы послѣдняго. Здѣсь мы имѣемъ въ большинствѣ случаевъ дѣло съ непроходимостью сѣмянныхъ нитей вслѣдствіе двусторонняго заболѣванія придатковъ яичка. Если поражена только головка придатка, но не хвостъ, то, несмотря на бывший двусторонній эпидидимитъ, можетъ быть отдѣлена здоровая сперма. При олигосперміи обнаруживаются въ полѣ зрѣнія микроскопа не многочисленныя сѣмянныя нити, а только единичныя. Нерѣдко наблюдается некрооспермія, при которой имѣются многочисленныя нити, но лишеныя подвижности. Эта болѣзнь вызывается гонорройнымъ заболѣваніемъ сѣмянныхъ пузырьковъ, хроническимъ простатитомъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ также химическимъ дѣйствіемъ влагалищныхъ или цервикальныхъ выдѣленій. Подробно о распознаваніи и леченіи мужского безплодія можно найти въ вышеуказанныхъ сочиненіяхъ, а также въ сочиненіи Curschmann'a¹⁾.

Какъ ни легко *распознаваніе* безплодія, все же можетъ быть очень трудно обнаружить вызвавшую его причину. На значеніе анамнеза я уже выше указалъ; если при изслѣдованіи женскихъ половыхъ органовъ обнаруживаются патологическія явленія, то ихъ необходимо устранить. Если таковыя не обнаруживаются, или симптомы указываютъ съ самаго начала на скрытую гоноррею, то направляютъ мужа къ соотвѣтствующему специалисту. Раньше, чѣмъ приступить къ леченію безплодія въ застарѣлыхъ случаяхъ, въ которыхъ у женщины обнаруживается мало симптомовъ, я всегда изслѣдую влагалищныя и цервикальныя выдѣленія на содержаніе сѣмени послѣ того, какъ наканунѣ вечеромъ или въ тотъ же день утромъ имѣло мѣсто совокупленіе. Если во влагалищныхъ выдѣленіяхъ ничего не обнаруживается, то пинцетомъ или шприцемъ добываютъ выдѣленія изъ цервикальнаго канала, а въ случаѣ отрицательнаго результата изслѣдуютъ содержимое кондома. Положительный результатъ рѣшаетъ вопросъ, въ случаѣ же отрицательнаго необходимо производить чрезъ нѣкоторые промежутки времени повторное изслѣдованіе, особенно при олигосперміи.

Съ оцѣнкой обнаруженныхъ результатовъ необходимо быть осторожнымъ; до тѣхъ поръ, пока причина безплодія зависитъ отъ женщины, можно надѣяться на устраненіе его; но несчастіемъ является, если жена узнаетъ, что изъ-за прежнихъ грѣховъ мужа она лишена возможности стать матерью. Съ другой стороны, возможны трагическія послѣдствія, если жена не освѣдомлена о неспособости мужа къ оплодотворенію. Rosenег описалъ случай беременности у женщины, мужъ которой зналъ о томъ, что онъ страдаетъ азоосперміей.

Предсказаніе при безплодіи я не считаю столь благопріятнымъ, какъ полагаетъ Rheinfelder, сообщая о 80 случаяхъ излеченія въ теченіе 15 лѣтъ. Случаи, въ которыхъ виновенъ мужъ, даютъ неблагопріятное предсказаніе; но многіе случаи безплодія у женщинъ также не поддаются леченію, особенно случаи дѣтскаго развитія внутреннихъ половыхъ органовъ.

¹⁾ Curschmann. Die funkt. Störungen der männl. Genitalien. Ziemssens Handbuch IX т. 2 часть. Finger. Path. und Therapie der Sterilität beim Manne. Leipzig 1898.

8. Гонорройная инфекция женских половых органов¹⁾.

Гонорройная инфекция играет в половой жизни женщины столь выдающуюся роль, что разсмотрѣнію гонорройнаго заболѣванія отдѣльных органовъ я считаю полезнымъ предпослать изображеніе столь важной въ социальномъ и клиническомъ отношеніяхъ картины болѣзни.

Гонококкъ Neissera's является тѣмъ возбудителемъ инфекции, который чаще всего поражаетъ женскіе половые органы. Специфическая его патогенность доказана только по отношенію къ человѣку; ему уступаетъ по частотѣ тифогенная, туберкулезная и сапрофитная инфекции. Зараженіе гонококкомъ происходитъ почти исключительно при совокупленіи; зараженіе чрезъ руки, инструменты и клозетъ наблюдается чрезвычайно рѣдко.

Клинически цѣлесообразно разсматривать острую гоноррею отдѣльно отъ хронической (скрытой).

Первая переносится мужчинами, вступающими въ бракъ раньше, чѣмъ исчезнуть острия, легко опредѣляемая какъ самимъ больнымъ, такъ и врачами явленія триппера мочеиспускательнаго канала. Еще чаще зараженіе происходитъ при вѣббрачномъ совокупленіи. Симптомы различны, въ зависимости отъ вирулентности гонококковъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Прежде всего болѣзнь локализуется на слизистой оболочкѣ вульвы и уретры, къ которой присоединяется затѣмъ заболѣваніе слизистой оболочки шейки, рѣже влагалища. Устье *Бартолиновыхъ* железъ очень красно, но рѣдко образуется острое нагноеніе. Хотя многоядерный эпителий влагалища въ общемъ далеко не предрасполагаетъ къ осѣданію гонококковъ, какъ нѣжный эпителий слизистой оболочки вульвы или цилиндрической эпителии шейки, все же сосочки на складкахъ бѣваютъ очень красными, сильно опухшими и отдѣляютъ обильный жидкій, гнойный секретъ, въ которомъ, однако, вслѣдствіе обилія другихъ бактерій, трудно бываетъ обнаружить присутствіе гонококковъ. Я не могу, однако, считать гонорройный вагинитъ столь рѣдкимъ заболѣваніемъ, какъ это полагаютъ *Vim m* и *Menge*; онъ чаще наблюдается у дѣтей и беременныхъ, но также въ началѣ брачной жизни. Гонорройный катарръ шейки характеризуется густымъ гнойнымъ секретомъ. Въ благопріятныхъ случаяхъ внутренній зѣвъ, особенно у дѣвушекъ и нерожавшихъ женщинъ не даетъ гонококкамъ дальше проникнуть, а именно, густая слизистая пробка шейки съ содержащимися въ ней лейкоцитами задерживаетъ гонококки и препятствуетъ ихъ жизнедѣятельности. Если дѣвушка сходится съ мужчиной, страдающимъ острой гонорреей, то образуются прежде всего острые уретриты и вульвиты, которые, вслѣдствіе своего опуханія, могутъ препятствовать болѣе глубокому прохожденію полового члена. Если правильно распознанная болѣзнь подвергается немедленно леченію, то дальнѣйшая инфекция можетъ быть избѣгнута. Если же мужъ, несмотря на испытываемую молодой женой боль, настаиваетъ на дальнѣйшихъ половыхъ сношеніяхъ, то можетъ развиваться острый катарръ шейки съ переходомъ процесса на эндометрій и на трубы. Интересно отмѣтить, что въ началѣ брачной

¹⁾ Menge. Die Gonorrhoe d. Weibes. Handbuch d. Geschlechtskrankheiten. Wien, Hölder 1910. Fromme и Collmann. Diagnostische und therapeutische Bedeutung der Gonok.-Vakz. (Prakt. Ergebnisse IV. 1).

жизни еще возможно зачатіе, во время беременности процессъ остается скрытымъ и вновь обостряется въ послѣродовомъ періодѣ. Въ острыхъ случаяхъ чаще наблюдаются острыя кондиломы, чѣмъ при хронической формѣ. При послѣдней процессъ очень рѣдко локализуется въ суставахъ и эндокардѣ.

Острой гонорреѣ противопоставляютъ хроническую, которую Nöggegath назвалъ скрытой. Когда 40 лѣтъ тому назадъ Nöggegath выступилъ съ утверженіемъ, что половина всѣхъ гинекологическихъ заболѣваній вызывается трипперомъ, его слова встрѣчены были съ недоумѣніемъ и возраженіями; въ настоящее же время мы считаемъ его данныя до известной степени правильными. Дѣло идетъ здѣсь главнымъ образомъ о мужьяхъ изъ лучшихъ слоевъ населенія, страдавшихъ когда-то трипперомъ и не обнаруживающихъ въ данное время у себя никакихъ явленій, кромѣ отхожденія въ концѣ мочеиспусканія одной мутной капли. Если послѣ предварительно произведеннаго впрыскиванія изслѣдовать мочу въ трехъ порціяхъ, а также *para membranae urethrae*, то обнаруживается присутствіе гонококковъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ необходимо, по совѣту Wertheim'a, перенести секретъ на подходящія питательныя среды, съ цѣлью разводками доказать присутствіе гонококковъ.

Подвергшись поверхностному освидѣтельствованію, такіе мужчины признаются здоровыми и получаютъ отъ врача разрѣшеніе вступить въ бракъ. Вслѣдствіе частаго раздраженія полового аппарата въ началѣ брачной жизни, число и вирулентность гонококковъ увеличиваются; они переходятъ на нѣжныя слизистыя оболочки молодой женщины и проникаютъ въ ткани. Образуется катарръ вульвы и уретры, иногда также влагалища и шейки, что многія молодыя женщины считаютъ необходимыми послѣдствіями половой жизни. Въ большинствѣ случаевъ онѣ обращаются къ врачу не по поводу катарра, а по поводу отсутствія зачатія въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Тщательными разспросами врачъ устанавливаетъ, что въ началѣ брачной жизни имѣлись раздраженіе пузыря и бѣли; на вульвѣ замѣтно, хотя и не всегда, покраснѣніе отверстій *Бартолиевыхъ железъ* (*macula gonorrhoeica Sän ger*), влагалище мѣстами красно, выдѣленія изъ шейки и матки гнойны, матка чувствительна. Прямая кишка, хотя и рѣже, также принимаетъ участіе въ инфекціи катарромъ, простирающимся до ампулы. Въ случаѣ дальнѣйшаго распространенія инфекціи яичники увеличиваются, въ большинствѣ случаевъ неодинаково, при этомъ они лежатъ не на обычномъ мѣстѣ, ближе къ маткѣ и позади нея, они сросены съ сосѣдними органами и неподвижны, трубы также прощупываются въ формѣ утолщенныхъ шнурковъ; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ трубы образуютъ рядомъ съ маткой цилиндрической калбасовидно искривленный мѣшокъ, позади котораго скрытъ яичникъ. Случаи хроническаго сальпингита съ сращеніемъ яичниковъ съ трубой и брюшиной развиваются незамѣтно; при болѣе значительныхъ трубныхъ мѣшкахъ или трубнояичниковыхъ абсцессахъ появляется острое воспаленіе брюшины, иногда уже во время свадебнаго путешествія, причѣмъ оно діагностируется, то какъ переутомленіе, то какъ воспаленіе отростка слѣпой кишки.

Инфекція трубы можетъ распространиться непосредственно отъ эндометрія; изъ ампулы гонококки переходятъ на зародышевый эпителий яич-

ника и на брюшину; въ другихъ случаяхъ инфекция, какъ это показалъ Wertheim, переносится черезъ лимфатическіе сосуды шейки, оттуда ядъ проникаетъ въ параметрій, а потомъ въ mesosalpinx и mesovarium. Образующіяся при этомъ пельвеоперитонитъ и перитонитъ имѣютъ совершенно другой характеръ, чѣмъ въ послѣродовомъ періодѣ, они протекаютъ менѣе бурно и проявляютъ наклонность къ ограниченію. Смертельный исходъ при гонорройномъ перитонитѣ наблюдается чрезвычайно рѣдко. Несравненно упорнѣе протекаетъ гонорройная инфекция трубъ и яичниковъ. Образовавшіяся въ нихъ гнойныя воспаленія могутъ ограничиться, остаются стационарными или медленно излечиваются; во многихъ случаяхъ появляются самопроизвольно или послѣ случайной причины часто повторяются обостренія, ухудшающія прогнозъ. Абсцессы, образовавшіяся въ трубѣ или яичникѣ, могутъ вскрыться въ другіе органы, гной постепенно сгущается, гонококки погибаютъ, и медленно наступаетъ излеченіе, но остается безплодіе. Если въ гноѣ обнаруживаются одновременно съ гонококками или вмѣсто нихъ стрептококки или bacillus coli, то приходится признать смѣшанную или, вѣрнѣе, вторичную инфекцію. Наибольшая часть острыхъ катарровъ уретры, влагалища и шейки также излечивается самопроизвольно.

Предсказаніе при скрытомъ гонорройномъ заболѣваніи, если инфекция перешла область вульвы, неблагоприятно quoad valetudinem completam. Излеченіе возможно, если только поражены слизистыя оболочки, легкодоступныя терапіи, и если отсутствуютъ половыя сношенія, обостряющія болѣзнь. Что мужъ, излечившись отъ гонорреи, можетъ вновь заразиться отъ своей жены, недостаточно еще выздоровѣвшей, считается допустимымъ.

Частота гонорройныхъ заболѣваній трудно поддается опредѣленію; въ большихъ городахъ она чрезвычайно велика, въ поликлиникѣ первой акушерской клиники въ Вѣнѣ 18% всѣхъ обращающихся больныхъ страдаютъ гонорреей.

S ä n g e r говоритъ, что 10—18% всѣхъ больныхъ изъ лучшихъ слоевъ Лейпцига страдаютъ гонорреей; эта цифра, несомнѣнно, слишкомъ высока для другихъ городовъ; я опредѣляю ее въ своей частной практикѣ въ 5% въ клиникѣ, конечно, выше. N ö g g e r a t h, напротивъ, правъ, говоря, что 60% безплодныхъ браковъ вызываются гонорреей. G i ü n d e r и G u s s e r o w указываютъ даже на 71.7%. По даннымъ M e n g e, при острой гонорреей уретра бываетъ поражена въ 95%, а шейка только въ 80%, при хронической же уретра въ 30%, шейка въ 95%, а тѣло матки въ 80%.

Такъ какъ всякая гиперемія улучшаетъ состояніе питанія гонококковъ, то вполне понятно, что во время менструаціи, беременности и послѣродового періода болѣзненные процессы усиливаются.

Менструація, вслѣдствіе отсутствія достаточной чистоты и главнымъ образомъ спринцеваній, можетъ усилить гонорройный катарръ вульвы, влагалища и шейки. Съ одной стороны частичное отслоеніе менструирующей слизистой оболочки и сильная гиперемія дѣйствуютъ благоприятно на удаленіе гонококковъ, съ другой стороны, вирулентный гонококкъ въ это время легче проникаетъ въ слизистую оболочку матки, куда онъ попадаетъ вслѣдствіе расслабленія полости послѣдней; во время менструаціи происходятъ также переносы инфекции на трубы и тазовую брюшину. Возможно, что внутренняя секретія яичника создаетъ гонококку, какъ и оплодотворенному яйцу, удобную почву для осѣданія.

Такимъ же образомъ и беременность создаетъ для гонококка удобную почву. Если при скрытой гонорреѣ инфекция совпадаетъ съ началомъ беременности, то гонорройный эндометритъ часто ведетъ къ выкидышу. Во время беременности можетъ также рано развиться и сальпингитъ, остающийся скрытымъ и вызывающій тяжелыя разстройства въ послѣ-родовомъ періодѣ.

Иначе болѣзнь протекаетъ, если, какъ это бываетъ въ большинствѣ случаевъ, гонорройная инфекция наступаетъ лишь спустя нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ послѣ начала беременности; въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ только уретритъ, вульвовагинитъ и цервицитъ, и слизистая пробка шейки препятствуетъ дальнѣйшему проникновенію гонококковъ, если только они при неосторожномъ изслѣдованіи не переносятся за внутренній маточный зѣвъ.

Единственнымъ симптомомъ во время беременности являются усиленные выдѣленія; послѣднія состоятъ изъ жидкаго гноя и легко развѣдаютъ бедра и наружныя половыя части. *Kolpitis granulosa* является, но не всегда, признакомъ гонорреи. Вслѣдствіе пораженія влагалищной части и нижняго отдѣла шейки можетъ сильно замедлиться періодъ раскрытія зѣва. Не будетъ ошибочнымъ сказать, что 15—20% вѣхъ беременныхъ въ клиникѣ болны гонорреей.

Несмотря, однако, на наличность гонорреи, послѣродовыя болѣзни, по крайней мѣрѣ въ клиникѣ, наблюдаются у такихъ женщинъ не чаще, чѣмъ безъ гонорреи (по старымъ даннымъ 24.4 противъ 20%); я не могу поэтому согласиться съ данными *Krönig'a* изъ клиники *Zweifel'a*, будто многіе случаи эндометрита въ послѣродовомъ періодѣ вызываются гонорреей.

Очень незначительная часть женщинъ заболѣваетъ въ послѣродовомъ періодѣ тяжелыми формами гонорреи, гонорройнымъ сальпингитомъ, параметритомъ и пельвеоперитонитомъ.

Невѣрно поэтому мнѣніе *Neisser'a*, будто опасность зараженія для женщины начинается лишь въ послѣродовомъ періодѣ. Тяжелая гонорройная инфекция происходитъ въ послѣродовомъ періодѣ также въ томъ случаѣ, если мужъ во время воздержанія жены заразится трипперомъ и черезъ 2 — 3 недѣли половыми сношеніями съ женой заражаетъ ее гонорреей.

Распознаваніе въ острыхъ случаяхъ легко, такъ какъ въ уретральномъ секретѣ мужа, въ гноѣ изъ уретры жены, а также изъ *Бартолиневыхъ* железъ и изъ шейки матки обнаруживаются многочисленныя гонококки. Они обнаруживаются по обычнымъ правиламъ бактериологіи посредствомъ окрашиванія метиленовой синькой, также по *Gram'u*. Бактеріологическое изслѣдованіе желательнѣе дѣлать также и въ несомнѣнныхъ случаяхъ, ибо не мѣшаетъ, чтобы мужъ самъ убѣдился въ этомъ.

Бактеріологическое изслѣдованіе должно производить также и при скрытой гонорреѣ. Для этой цѣли раздражаютъ слизистую оболочку уретры и шейки растворомъ ляписа или аргентина (0.1:200). Въ особенно важныхъ, напримѣръ, въ судебно-медицинскихъ случаяхъ не слѣдуетъ также отказываться и отъ разводовъ. Чаще же приходится ограничиваться анамнезомъ и установленіемъ клиническихъ симптомовъ.

Въ послѣднее время *Wright* и др. предложили гонококковую

вакцину, а именно, вакцину изъ собственныхъ гонококковъ или поливалентную (съ діагностической цѣлью). Наблюдения Fромте не поощряютъ къ производству дальнѣйшихъ опытовъ; это средство дало положительные результаты и у негонорройныхъ больныхъ. Я не вижу и надобности въ такой вакцинѣ; чтобы отличить трубную беременность отъ пюссальпинкса, не требуется вакцины, и Fромте, мнѣ кажется, въ угоду этому средству, умалываетъ свои діагностическія способности.

Главной задачей врача является установленіе *профилактическихъ мѣръ*: даже въ случаѣ полного излеченія триппера уретры мужчина долженъ, *по крайней мѣрѣ, въ теченіе 3 мѣтъ* находиться подъ постояннымъ наблюдениемъ спеціалиста-врача и потомъ уже вступить въ бракъ. Только послѣ того, какъ впрыскиваніе раздражающихъ веществъ указало на излеченіе уретрита, ему можно разрѣшить вступленіе въ бракъ. Въ этомъ отношеніи много грѣшатъ. Домашній врачъ на основаніи простаго осмотра полового члена и изслѣдованія мочи въ трехъ порціяхъ не имѣетъ еще права давать разрѣшеніе на вступленіе въ бракъ; такое разрѣшеніе можетъ дать только опытный спеціалистъ.

Должна ли невѣста или ея родители быть освѣдомлены объ имѣющейся у жениха инфекціи, трудно разрѣшимый вопросъ.

Леченіе острыхъ гонорройныхъ симптомовъ у женщины должно быть общимъ: устраненіе дальнѣйшихъ раздраженій, возбужденіе общаго обмена веществъ, и мѣстное, а именно, кромѣ воздержанія отъ половыхъ сношеній и кромѣ леченія мужа, назначаются спринцеваніе слабо дезинфицирующими жидкостями, сидячія ванны, смазываніе влагалища и шейки 5—10% растворомъ азотнокислаго серебра и 5—10% растворомъ протаргола. Не разрѣшенъ еще до сихъ поръ вопросъ о томъ, слѣдуетъ ли лечить гонорройную инфекцію эндометрія или нѣтъ? Мы не имѣемъ никакихъ надежныхъ данныхъ для распознаванія этого заболѣванія; если трубы и яичники больны, то пораженъ бываетъ и эндометрій, какъ связующее звено, но леченіе его опасно. Если же трубы и яичники здоровы, то мѣстнымъ леченіемъ эндометрія посредствомъ прижиганій мы можемъ легко перенести гонорройный гной изъ шейки въ полость матки.

Мѣстное леченіе гонорройнаго уретрита бываетъ часто излишнимъ; запрещаютъ потребленіе кофе, пива, вина и назначаютъ слизистое питье, минеральныя воды, Vichy, Fachingen, Wildungen и т. д. или даютъ копейскій бальзамъ, салолъ, уротропинъ и т. д. Мѣстно можно вытереть уретру посредствомъ зонда съ ваткой 2% растворомъ азотнокислаго серебра, чистымъ ихтиоломъ, протарголомъ или резорциномъ, или вводить іодоформную палочку. Рекомендуются также промываніе уретры стекляннымъ катетеромъ, какъ у мужчинъ; для этой цѣли употребляютъ hydargat. охусуанат или растворъ протаргола (1:1000).

О дальнѣйшемъ леченіи гонорройнаго катарра и воспаленія женскихъ половыхъ органовъ см. въ соответствующихъ главахъ.

По совѣту американскихъ врачей, Reiter, Bruck, Heiusius, Fромте и Collman предложили общее леченіе гонококковой вакциной. Примѣнявшіяся вакцины содержали въ 1 куб. сант. 10—400 миллионовъ умерщвленныхъ зародышей.

Послѣ неудачныхъ результатовъ активнаго иммунизированія при общей стрептококковой инфекціи врядъ ли можно рассчитывать хоть на какой-нибудь успѣхъ при локализированной гонорройной инфекціи.

И действительно, чтение многочисленных сообщений не убедило меня въ действительности гонококковой вакцины, и я не видѣлъ поэтому основанія испробовать это средство въ клиникѣ.

Интересно, что всѣ авторы отрицаютъ дѣйствіе вакцины на открытую гоноррею уретры, шейки и влагалища; лучше всего она будто бы дѣйствуетъ при эпидидимитѣ, артритѣ и свѣжемъ піосальпинксѣ (Fornite). Всякій врачъ, однако, знаетъ, какъ быстро такіа опуханія трубныхъ мѣшковъ самопроизвольно излечиваются при покоѣ.

Гонококковая вакцина (Reiter, Bruck) примѣняется подкожно въ дозѣ 0.5 куб. сант. съ постепеннымъ увеличеніемъ ея до 2 куб. сант.; послѣ впрыскиванія наблюдались мѣстные и общія явленія, а именно, краснота, боль, припухлость и лихорадочное состояніе.

В. Заболѣванія матки.

1. Аномаліи развитія ¹⁾.

Со времени появленія классическаго сочиненія Kussmaul'a классификація аномалій развитія производится различно. Наиболѣе правильный принципъ классификаціи слѣдуетъ, несомнѣнно, искать въ исторіи развитія. Такъ, v. Winckel, на основаніи различныхъ ступеней развитія Müller'овскихъ нитей или половой нити, установилъ 7 видовъ, опирающихся на различныя ступени Müller'овскихъ нитей отъ перваго мѣсяца до наступленія періода половой зрѣлости. Для практическаго же врача мнѣ кажется болѣе правильной слѣдующая предложенная Kussmaul'емъ морфологическая классификація.

Аномаліи развитія обусловливаются:

- a. Полнымъ отсутствіемъ или недостаточнымъ развитіемъ Müller'овскихъ нитей.
- b. Развитіемъ одной только Müller'овской нити.
- c. Сохраненіемъ и развитіемъ обѣихъ Müller'овскихъ нитей или сохраненіемъ раздѣляющей ихъ перегородки.
- d. Вліяніями внѣутробной жизни.
- e. Закрытіемъ.

a) *Отсутствіе и недостаточное развитіе матки.*

Полное отсутствіе всей матки съ достовѣрностью не наблюдалось, такъ какъ въ подбрюшинной клѣтчаткѣ между пузыряремъ и прямой кишкой всегда удается обнаружить единичныя мышечныя волокна. Особенно осторожно слѣдуетъ относиться къ такимъ случаямъ изъ старой литературы, такъ какъ эти данныя наблюдались только на живыхъ, а вскрытія не производилось. Кромѣ точныхъ изслѣдованій женскихъ половыхъ органовъ при аутопсіи взрослыхъ, вскрытія новорожденныхъ дѣвочекъ показываютъ, насколько часты различныя аномаліи развитія (v. Winckel. Lehrbuch d. Frauenkrankheiten стр. 291).

²⁾ v. Winckel. Eintheilung usw. der Bildungshemmungen d. weibl. Sexualorgane. Samml. klin. Vortr. v. Volkmann, N. F. № 251—252. Nagel in Veits Handbuch d. Gynaekol., t. I. 1897.

При недостаточности зародышевыхъ железъ развитие Müller'овскихъ нитей можетъ быть столь слабымъ, что клинически возможно говорить о *полномъ отсутствіи матки* (*defectus uteri*). Такие результаты обнаружены были только у нежизнеспособныхъ плодовъ; обыкновенно же имѣются яичники какъ съ функционирующими, такъ съ атрофированными фолликулами, и въ этихъ случаяхъ удается обнаружить, по крайней мѣрѣ, рудиментъ Müller'овскихъ нитей.

Недостаточное развитие чаще всего касается нижней и средней трети Müller'овскихъ нитей, трубы же имѣются, хотя и слабо развитыя.



Рис. 90. Рудиментарная матка по K u s s m a n n'у.

Въ этихъ случаяхъ брюшина не переходитъ, какъ у мужчины, гладко съ задней стѣнки пузыря на прямую кишку, но имѣется полудлунная вогнутая кверху складка между ними, содержащая гладкія мышечныя волокна. Широкія маточныя связки имѣются съ обѣихъ сторонъ, онѣ слабо развиты и также содержатъ значительныя пучки мышечныхъ волоконъ. Чаще средняя треть нитей образуетъ ходъ съ небольшой полостью; имѣются, слѣдовательно, двѣ боковыя рудиментарныя матки, *uterus rudimentarius bipartitus* (рис. 90); слизистая оболочка этихъ каналовъ можетъ отдѣлять слизь и кровь, такъ что образуется даже боковая гематометра. Яичники имѣются, хотя они меньше нормальныхъ и содержатъ функционирующіе фолликулы.

Наружныя половыя органы при этомъ нормально развиты, въ нѣкоторыхъ случаяхъ недостаточно, наружное отверстие уретры находится при рудиментарномъ влагалищѣ глубже внутри, а промежность коротка.

Тазъ и груди бываютъ обыкновенно нормально развиты; я наблюдалъ въ одномъ случаѣ даже чрезмѣрный женскій тазъ; наклоненіе таза также женское. Въ одномъ наблюдавшемся мною случаѣ у крѣпкой особы дефектъ былъ обнаруженъ лишь послѣ неудачныхъ попытокъ къ совокупленію. Наличие *molimina menstrua* зависитъ отъ дѣятельности яичниковъ; иногда эти *molimina* могутъ стать очень мучительнымъ и періодически повторяться каждыя 4 недѣли; объ отхожденіи крови не можетъ быть и рѣчи.

Такъ какъ рудиментарное влагалище коротко и мало растянуто, то распознается болѣзнь лучше всего посредствомъ изслѣдованія *rectum* подъ наркозомъ; прежде рекомендовавшееся изслѣдованіе со стороны пузыря уступило мѣсто комбинированной пальпации со стороны

прямой кишки и брюшных покрововъ. Судебно-медицинское значение этихъ случаевъ таково, что *potentia coenudi* часто бываетъ затруднена, но не невозможна, *potentia generandi* совершенно исключается; эти случаи даютъ, слѣдовательно, поводъ къ разводу.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ растягиваніемъ рудиментарнаго влагалища одновременно съ инцизіей и пересадкой сосѣднихъ лоскутовъ кожи удается создать влагалище, удовлетворяющее мужа. Какъ уже выше упомянуто было, въ послѣднее время удалось въ нѣкоторыхъ случаяхъ создать сносное влагалище изъ кишечной петли или куска прямой кишки. Въ другихъ случаяхъ постепенно расширяютъ для этой цѣли уретру, причемъ *continentia urinae* не страдаетъ. Въ одномъ случаѣ тяжелого разстройства менструаціи при *uterus rudimentarius bipartitus* я вынужденъ былъ прибѣгнуть къ кастраціи, давшей хорошій результатъ.

б) Развитие одной только половины матки.

Однорогая матка. *Uterus unicornis*.

Эта форма матки вызывается развитіемъ Müller'овскихъ нитей на одной только сторонѣ; на другой же сторонѣ имѣется то же, что и при рудиментарной маткѣ, т. е. она совершенно отсутствуетъ, или же на мѣстѣ перехода въ трубу имѣются зачатки матки. Въ первомъ случаѣ отсутствуютъ на больной сторонѣ яичникъ и труба, а во второмъ эти органы имѣются, но они слабѣ развиты. Однорогая матка наблюдается какъ у жизнеспособныхъ плодовъ, такъ и у нежизнеспособныхъ, вродѣ *monopus*.

При ясно выраженной однорогой маткѣ влагалище узко, такъ какъ оно образовалось только изъ одной Müller'овской нити, влагалищная часть мала, наружный маточный зѣвъ суженъ, а матка имѣетъ форму валика или булавы съ одной припухлостью у мѣста прикрѣпленія трубы. Матка лежитъ изогнутой въ тазу съ вогнутостью по направленію къ здоровой сторонѣ, такъ что широкая связка на этой сторонѣ короче, чѣмъ на больной. Маточная стѣнка тонка, а форма ея кругла или щелевидна. Труба и яичникъ на здоровой сторонѣ нормально развиты.

При полномъ дефектѣ широкая связка обнаруживается лишь въ видѣ узкой полоски; въ большинствѣ случаевъ обнаруживаются въ этой связкѣ мышечныя волокна, идущія съ уровня внутренняго маточнаго зѣва, или въ больной части имѣется мышечный, плотный тяжъ; въ этомъ случаѣ, слѣдовательно, имѣется рудиментарный, сообщающійся съ трубой побочный рогъ.

Въ зависимости отъ степени развитія удается распознать эту аномалию; въ случаѣ умѣренного развитія, это состояніе можно смѣшать съ боковой флексіей матки; распознаваніе легко при сильно выраженной аномалии, особенно если имѣется еще рудиментарная плоскость съ яичникомъ, которая бываетъ обыкновенно меньше, чѣмъ на здоровой сторонѣ. Клиническія явленія не тяжелы; менструація, овуляція и зачатіе могутъ быть совершенно нормальными.

Во время беременности, особенно въ первые мѣсяцы, поражаетъ боковое положеніе матки, вполнѣдствіи же веретенообразная форма уступаетъ мѣсто яйцевидной. Если при однорогой маткѣ имѣется одновре-

менно и узкій тазъ, то такая матка скорѣе разрывается, чѣмъ нормальная.

Изъ другихъ осложненій не слѣдуетъ забывать о возможности отсутствія почки вмѣстѣ съ мочеточниками и т. д.

Значительно болѣе серьезно, если рудиментарный рогъ имѣетъ полость, въ которую попало сѣмя, и наступила беременность. Отличительно распознаваніе между беременностью въ рудиментарномъ рогѣ и трубной беременностью можетъ быть труднымъ; только обнаруженіе круглой маточной связки, отходящей при беременномъ рудиментарномъ рогѣ сбоку, а при трубной беременности съ середины отъ мѣшка, предохраняетъ отъ ошибки. Въ этихъ случаяхъ необходима ранняя лапаротомія, съ цѣлью предупредить лопаніе рога.

Я оперировалъ два случая кровоизліянія въ брюшную полость, причѣмъ распознаваніе возможно было только во время операціи. Къ 88 случаямъ Kehr'a Meyerhoff¹⁾ прибавилъ еще 12.

Въ рудиментарномъ рогѣ наблюдается также haematometra. При тяжелой дисменорреѣ и недостаточномъ развитіи имѣющейся половины матки Schrgbег вынужденъ былъ прибѣгнуть къ кастраціи.

с) Двойная матка.

Двойную матку слѣдуетъ съ точки зрѣнія эмбриологіи также считать недостаткомъ развитія.

По классификаціи Kussmaul'я, различаютъ три главныя формы:

1. Müller'овскія нити остаются (поскольку изъ нихъ развивается матка) совершенно разъединенными: uterus duplex separatus cum vagina separata или uterus didelphys.

Обѣ половины матки въ этихъ случаяхъ совершенно разъединены до мѣста прикрѣпленія влагалища, такъ что со стороны послѣдняго ясно ошупываются обѣ половины. Влагалище можетъ быть при этомъ простымъ или двойнымъ. Это наиболѣе сильная форма аномаліи развитія, нормально бывающая только у самыхъ низшихъ млекопитающихъ животныхъ, у monotremata и у сумчатыхъ животныхъ.

До появленія сочиненія Kussmaul'я (1859) эта форма наблюдалась только у такихъ плодовъ, которые, вслѣдствіе другихъ аномалій, какъ spina fissa, есторіа vesicae и т. д. были нежизнеспособны. Вслѣдствія же такіе случаи наблюдались разными авторами, также мною у взрослыхъ женщинъ, даже у рожениць.

2. Müller'овскія нити остаются *разъединенными только въ верхней части, въ шейной же части матки онѣ совершенно или отчасти срослись*, uterus bicornis. Эта форма соотвѣтствуетъ маткѣ жвачныхъ животныхъ, толстокожихъ и большинства грызуновъ.

а. При uterus bicornis bicollis матка раздвоена въ верхней своей части; въ зависимости отъ степени разъединенія оба въ большинствѣ случаевъ одинаково развитыя рога расходятся; обѣ шейныя же части снаружи соединены, но раздѣляющая ихъ перегородка образуетъ двой-

¹⁾ Kehr'er. Das Nebenhorn des doppelten aterus, Inaug.-Dissert. Heidelberg 1899. Meyerhoff. Ruptur des schwangeren Nebenhorns, Inaug.-Dissert. Strassburg 1902.

ную влагалищную часть или, по меньшей мѣрѣ, перегородку, идущую отъ наружнаго маточнаго зѣва вверхъ. Шейная часть шире, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Влагалище въ однихъ случаяхъ нормально, въ другихъ обнаруживаетъ признаки перегородки.



Рис. 91. Uterus bicornis bicollis
по Förster'y.



Рис. 92. Uterus bicornis unicollis
по Förster'y.

б. *Uterus bicornis unicollis* больше приближается къ нормальной маткѣ, шейка нормальна, а маточные рога расходятся только сильнѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, причемъ въ однихъ случаяхъ имѣется между ними уголъ (*bicornis*), въ другихъ вогнутость (*uterus arcuatus*).

При этой, наиболѣе часто наблюдаемой на живыхъ женщинахъ аномаліи двурогой матки обѣ половины могутъ по отношенію къ менструаціи, зачатію и родамъ совершенно правильно функціонировать. Часто, однако, одна половина бываетъ съ самаго начала болѣе развита, чѣмъ другая, и въ ней происходятъ всѣ генераціонныя процессы. Сравнительно часто происходятъ



Рис. 93. Uterus septus duplex
по Förster'y.



Рис. 94. Uterus subseptus
по Förster'y.

абортъ или разстройства въ послѣродовомъ періодѣ¹⁾. Только случайно та или другая половина влагалища употребляется при совокупленіи.

Легкія степени этой аномаліи могутъ остаться незамѣченными, особенно если при нормальномъ влагалищѣ имѣется на portio только перегородка. Наличность двухъ влагалищъ всегда указываетъ на болѣе сильныя отклоненія, также наличность двухъ portiones vaginales; аномалія распознается при изслѣдованіи подъ наркозомъ и помощью двухъ зондовъ. Во время беременности гипертро-

¹⁾ Weber. Ueber Uterus bicornis unicollis und seine Beziehung zu Schwangerschaft und Geburt. Inaug.-Diss. Strassburg 1902.

фируется также небеременный рогъ и можетъ симулировать рудиментарный рогъ или миому. Наблюдалась также беременность двойнями въ двуугой маткѣ или поочередно беременность то въ одной, то въ другой половинѣ.

Новѣйшія изслѣдованія о беременности и родахъ не подтверждаютъ пессимистическаго взгляда Rokitański'аго о теченіи беременности и родовъ при uterus bicornis.

3. Müller'овскія нити совершенно срослись, но перегородка между ними не исчезла или отчасти только сохранилась (uterus planifundalis или forus arcuatus, septus и subseptus). Внѣшній видъ матки нормаленъ, отъ дна матки внизъ къ наружному отверстию идетъ перегородка, раздѣляющая полость на двѣ части. Если перегородка не доходитъ до шейки, то эта форма называется uterus subseptus. Рѣже всего наблюдается перегородка только въ шейкѣ, не простирающаяся дальше вверхъ. Влагалище можетъ быть нормальнымъ или двойнымъ, или оно обнаруживаетъ только признаки перегородки. Матка бываетъ иногда нѣсколько шире, чѣмъ обыкновенно, на передней или задней стѣнкѣ обнаруживаются иногда, но не всегда, валикообразная, порой бѣловатая полоска.

Эти измѣненія еще чаще, чѣмъ описанныя выше, могутъ остаться незамѣченными, особенно если перегородка не доходитъ до самой нижней части. Наличие сплошной перегородки опредѣляется введеніемъ зонда въ оба маточныхъ отверстія. Въ другихъ случаяхъ несплошная перегородка обнаруживается при акушерскомъ или гинекологическомъ изслѣдованіяхъ, особенно въ послѣднемъ періодѣ. Uterus septus или subseptus функционируетъ, повидимому, не хуже нормальной матки.

d) *Недостаточное развитіе матки во внутробной жизни.*

Uterus foetalis и infantilis.

Я уже выше говорилъ, что у новорожденной форма матки отличается отъ таковой у взрослой женщины. Вслѣдствіе отчасти эмбриологическихъ неправильностей, отчасти вслѣдствіе внѣтробныхъ вліяній, матка можетъ остаться на эмбриональной ступени, такъ что она развивается только соотвѣтственно росту всего тѣла. Въ другихъ случаяхъ увеличеніе тѣла матки, начинающееся, по мнѣнію Bayer'a, только незадолго до наступленія половой зрѣлости, не достигаетъ нормальнаго своего развитія. Анатомически различаются двѣ формы аномалій, клинически же не всегда. Въ обоихъ случаяхъ матка въ общемъ отстала въ своемъ развитіи, она замѣтно мало развита, влагалищная часть мала, часто минимальна, а наружный маточный зѣвъ представляетъ маленькую ямку, съ трудомъ пропускающую зондъ. У новорожденной полость тѣла матки составляетъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ всей длины матки; такое отношеніе остается и потомъ при uterus foetalis у взрослой при uterus же infantilis отношеніе измѣняется въ пользу тѣла матки, такъ что шейка и полость матки могутъ быть одинаковой длины. Въ большинствѣ случаевъ имѣются и другіе признаки инфантилизма.

Яичники имѣются, но они малы, имѣютъ продолговатую дѣтскую форму съ немногими графовыми фолликулами, менструація рѣдко наступаетъ, она необильна или вовсе отсутствуетъ. Coitus возможенъ, такъ какъ влагалище, если оно вначалѣ было мало, все же расширяется при

совокупленіи. Надежды на зачатіе нѣтъ, и леченіе въ этомъ отноше-
ніи напрасно.

Отъ этой формы слѣдуетъ отличить приобретаемую въ дальнѣйшей жизни *атрофію матки*. Матка въ этихъ случаяхъ по формѣ не отличается отъ таковой у взрослой женщины, полость ея имѣетъ нормальную длину, но стѣнки матки и шейки ненормально тонки, portio мала и недостаточно развита.

При физиологической атрофіи во время кормленія матка также равномерно уменьшается на 2—3 сант., послѣ прекращенія кормленія матка подъ влияніемъ овуляціи снова достигаетъ прежней величины.

Предрасполагающіе моменты для гипоплазіи заключаются въ маткѣ или въ слабости всего организма, вызвавшей заболѣваніе фолликулярнаго аппарата яичниковъ послѣ тифа, скарлатины, перитонита и способствовавшей также разстройству внутренней секретіи. Изъ общихъ болѣзней слѣдуетъ имѣть въ виду хлорозъ, туберкулезъ, общую кахексію, наконецъ, тяжелыя психическія разстройства въ послѣродовомъ періодѣ.



Рис. 95. Uterus foetalis по
K u s s m a u l'ю.

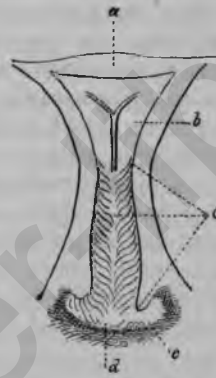


Рис. 96. Uterus infantilis по
K u s s m a u l'ю.

а) дно, б) тѣло, в) шейка, д) влагалищная часть, е) влагалище.

Распознаваніе возможно только посредствомъ изслѣдованія обѣими руками, но въ виду недостаточности влагалища, оно лучше удается часто per rectum. Зондъ слѣдуетъ вводить очень осторожно, ибо можно легко вызвать прободеніе тонкостѣнной матки.

Леченіе должно быть прежде всего общимъ и состоять въ укрѣпленіи всего организма: назначаются нитательная пища, обтиранія, общія гимнастика, горный воздухъ, спортъ, теплыя морскія купанья, желѣзо, хининъ, мышьякъ, лютеинъ, оваринъ, yohimbin, mugiazitin. Что касается мѣстнаго леченія, то заслуживаетъ довѣрія массажъ матки и придатковъ, такъ какъ увеличеніе кровонаполненія можетъ способствовать дальнѣйшему росту матки; кромѣ того, рекомендуются частое введеніе зонда и катода постоянного тока. Слишкомъ продолжительное кормленіе грудью должно быть оставлено, а при галакторреѣ полезны скарификаціи влагалищной части, банки на область крестца или на область аддукторовъ бедра.

Въ некоторыхъ случаяхъ брачная жизнь, повидимому, оказывала благоприятное влияніе, а именно, кровонаполненіе половыхъ органовъ, связанное съ совокупленіемъ, способствовало наступленію менструаціи. Наблюдались даже случаи беременности, но имѣется опасность преждевременнаго ея прекраще-

вія. Въ рѣдкихъ случаяхъ тяжелая дисменоррея, частью механическаго происхожденія, частью яичниковаго сдѣлали необходимой кастрацію.

е) *Закрытіе полового канала.*

Гинатрезіи.

Подъ гинатрезіей понимаютъ закрытіе выводныхъ каналовъ матки въ любомъ мѣстѣ отъ дѣвственной плевы до *os internum uteri* или до ампулы трубы. Въ то время, какъ раньше всякая гинатрезія считалась врожденной, въ настоящее время изслѣдованія Nagel'я, Veit'a и Pincus'a¹⁾ показали, что значительно большая часть случаевъ гинатрезіи вызывается во внѣутробной жизни травмой, воспаленіями, химическими или термическими вліяніями. Не слѣдуетъ, однако, всякое закрытіе полового канала считать вызванной возбудителями воспаленія; наблюдается вѣдь врожденное закрытіе пищевода и прямой кишки безъ всякаго воспаленія. Съ практической точки зрѣнія предпочтительно классифицировать гинатрезіи по ихъ локализаци.

1. *Закрытіе дѣвственной плевы, hymen imperforatus.* Изъ превосходныхъ рисунковъ Dohrn'a²⁾ видно, какія многочисленныя уклоненія представляетъ плева въ смыслѣ величины и формы. Вслѣдствіе эксцесса въ развитіи, влагалищные валики, образующіе плеву, такъ близко соприкасаются другъ съ другомъ, что срастаются уже въ утробной жизни или впоследствии въ дѣтскомъ возрастѣ; что послѣднее возможно, доказываютъ всѣмъ извѣстные случаи, въ которыхъ послѣ наступившей беременности отверстіе въ плевѣ можетъ такъ сузиться, что во время родовъ образуется *hymen imperforatus*.

Очень часто поперечная мембрана, закрывающая влагалище, находится непосредственно позади дѣвственной плевы; скопляющаяся менструальная кровь придавливается къ послѣдней и даже срастается съ ней, такъ что получается впечатлѣніе врожденнаго закрытія плевы. По мнѣнію Seyfert'a, эта форма закрытія дѣвственной плевы является наиболѣе частой.

2. *Закрытіе влагалища, atresia vaginalis.* Эта аномалія бываетъ врожденной и происходитъ такимъ образомъ, что одинъ кусокъ Müller'овскихъ нитей не развивается; каналъ можетъ не образоваться въ срединѣ такимъ образомъ, что отъ одной нити развивается нижній конецъ, а отъ другой верхній.

Сюда относятся также случаи, подобные описаннымъ Freund'омъ и состоящіе въ одностороннемъ закрытіи двойного влагалища; наполненный кровью мѣшокъ (*haematokolpos*) придавливается сильно къ открытому просвѣту влагалища, такъ что послѣдній кажется совершенно исчезнувшимъ.

Сравнительно часто наблюдаются случаи *приобрѣтеннаго* закрытія влагалища. Прежде всего перенесенный отъ матери на ребенка гонорройный вульвовагинитъ можетъ вызвать закрытіе влагалища; далѣе, такое закрытіе можетъ быть вызвано тяжелыми воспалительными процессами при скарлатинѣ, оспѣ, тифѣ; въ болѣе позднемъ возрастѣ къ закрытію могутъ повести тяжелые язвенные процессы вслѣдствіе поврежденій при родахъ, послѣ пuerперальныхъ заболѣваній и при сифилисѣ.

1) Pincus. Volkman's Vorträge. N. F. № 299/300. 1901.

2) Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynaekologie. T. XI.

3. *Закрътіе шейки, atresia cervicalis* наблюдается какъ у наружнаго, такъ и у внутренняго маточнаго зѣва. Вслѣдствіе аномалій развитія, шейка можетъ совершенно отсутствовать. У наружнаго зѣва влагалищный эпителий просто переходитъ чрезъ *os ext.*, или нижнія части шейки плотно прилегаютъ другъ къ другу; склеиваніе можетъ произойти только во внутрѣробной жизни вслѣдствіе катарра съ отслоеніями эпителия, и въ этихъ случаяхъ часто принимаютъ за врожденную аномалію. У внутренняго маточнаго зѣва стенозъ рѣже вызывается тяжелыми язвенными процессами, а чаще прежде примѣнявшимся прижиганіемъ палочкой ляписа, каленымъ желѣзомъ и *atmōcausis*, далѣе, зашиваніемъ отверстія при ампутаціи влагалищной части.

При двойной маткѣ *haematometra* можетъ также вызвать закрѣпленіе одной половины.

Слѣдствіемъ всѣхъ этихъ видовъ закрѣпленія является скопленіе отдѣляемой жидкости позади мѣста закрѣпленія. Количество слизи, отдѣляемой въ дѣтствѣ, не имѣетъ значенія, большія количества скопляются только послѣ появленія менструаціи. При закрѣпленіи дѣвственной плевы или при наличности лежащаго надъ ней клапана кровь скопляется въ влагалищѣ и растягиваетъ послѣднее въ овальный, въ концѣ концовъ совершенно выполяющій таку мѣшокъ, на которомъ сидитъ матка; въ случаѣ сильнаго накопленія вскрывается шейка, начиная съ наружнаго отверстія вверху, а потомъ и матка расширяется, такъ что въ концѣ концовъ оба канала представляютъ большой, наполненный кровью мѣшокъ.

При закрѣпленіи въ какомъ-либо мѣстѣ шейки растягивается матка, принимая, какъ во время беременности, шаровидную форму. Рѣдко стѣнки просто раздуваются и утончаются, какъ стѣнки баллона, въ большинствѣ же случаевъ онѣ умѣренно гипертрофируются; онѣ блѣдны, бѣдны кровью и нѣсколько размягчены. Мѣшокъ можетъ при гематометрѣ постепенно увеличиваться до размѣровъ головы взрослаго мужнины.

При скопленіи крови въ закрѣпленной части двойнаго маточновлагалищнаго канала мѣшокъ вначалѣ лежитъ сбоку; особенно это относится къ *uterus bicornis bicollis* съ гематометрой; въ случаѣ сильнаго наполненія опухоль можетъ вслѣдствіе смѣщенія нормальной половины, оказаться въ срединѣ и симулировать закрѣпленіе простой полости.

Наиболѣе важнымъ по своимъ послѣдствіямъ является скопленіе крови въ *растянутой трубѣ*, — *haematosalpinx*. Прежде предполагалось, что скопленіе крови переходитъ отъ матки чрезъ трубное отверстіе на трубу; но въ этихъ случаяхъ отсутствуетъ всегда требуемое расширеніе интерстиціальной части трубы. Позднѣйшія изслѣдованія показали, что *os uterinum tubae* бываетъ обыкновенно узко, и что главное скопленіе крови находится въ средней и наружной частяхъ трубы. Кромѣ того, скопленіе крови въ трубѣ возможно только въ томъ случаѣ, если предварительно закрылся брюшной конецъ ея. Не рѣшенъ еще до сихъ поръ вопросъ о томъ, вызывается ли *haematosalpinx* при врожденномъ закрѣпленіи плевы или нижней влагалищной трубки проникшими микроорганизмами, или же закрѣпленіе брюшнаго конца трубы также вызвано раздраженіемъ гематосальпинкса. Последнее болѣе вѣроятно, такъ какъ у дѣтей гонококки, о которыхъ можетъ быть здѣсь только рѣчь, обыкновенно не вызываютъ столь тяжелаго воспаленія; далѣе, слѣдуетъ помнить, что кровь *haematocoele* вызываетъ воспаленіе брюшины у взрослыхъ и при отсутствіи бактерий.

Скопленіе крови въ трубѣ можно поэтому разсматривать, какъ

воспалительную или विकарирующую дѣятельность слизистой оболочки трубы.

Теоріей Veit'a объясняются также прежде наблюдавшіеся случаи, въ которыхъ послѣ самопроизвольнаго или вызваннаго операціями разрыва такихъ трубныхъ мѣшковъ появлялся смертельный перитонитъ; въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ предположить наличность инфекціонныхъ зародышей въ содержимомъ трубы, въ то время, какъ при трубной беременности хорошо переносятся брюшиной и всасываются значительно большія количества крови. Мнѣ кажется при этомъ, что въ доантисептическое время случаи смертельнаго разрыва трубы чаще наблюдались, чѣмъ въ настоящее время.

Кровь, скопляющаяся покади мѣста закрытія, измѣняется характернымъ образомъ. Сыворотка крови частью всасывается, красные кровяные шарики сморщиваются, распадаются, а кровь, вслѣдствіе примѣси секрета маточныхъ железъ, быть можетъ, также вслѣдствіе присоединенія яичниковыхъ гормоновъ, остается жидкой или имѣть консистенцію сиропа или смолы; внутренняя поверхность слизистой оболочки матки также пропитана.

Нагноеніе появляется только послѣ прокола нечистымъ шприцемъ или вслѣдствіе проникновенія возбудителей гніенія изъ кишечника; наблюдалось также наполненіе мѣшковъ, особенно при двойномъ половомъ каналѣ, послѣ самопроизвольнаго разрыва мѣшка съ послѣдующимъ закрытіемъ (pyometra и pyokelpos lateralis).

Симптомы закрытія появляются обкновенно лишь послѣ того, какъ вслѣдствіе наступленія менструаціи скопляется большое количество жидкости; только въ этомъ случаѣ, если влагалище и матка оказываютъ при этомъ сопротивленіе дальнѣйшему расширенію, наступаютъ явленія дисменореи въ видѣ схватокъ, иррадирующія боли въ крестецъ и ноги и рефлекторная рвота; всѣ эти явленія усиливаются каждый мѣсяць все больше и больше. До тѣхъ поръ, пока имѣется только haematocolpos, снаружи ничего не прощупывается; если же наполненная матка подвигается изъ таза вверхъ, прощупывается темная флюктуирующая опухоль, похожая на туго наполненную кисту яичника, на которой временами прощупываются утолщенія. Кровяной мѣшокъ въ тазу давитъ на сосѣдніе органы, вызывая прежде всего позывы на мочу, дизурію до полной задержки мочи и явленія давленія на прямую кишку.

Предсказаніе благопріятно при простомъ скопленіи въ влагалищѣ и полости матки; въ случаѣ болѣе сильнаго накопленія имѣется опасность разрыва въ полость брюшины, послѣ чего, при септическомъ содержимомъ трубнаго мѣшка, можетъ образоваться перитонитъ.

Распознаваніе. Повторяющіеся у взрослыхъ дѣвушекъ припадки дисменореи при отсутствіи выдѣленія крови должны заставить насъ прибѣгнуть къ точному свидѣтельствуванію. Дѣвушка, никогда еще не менструировавшая, совершить большую ошибку, если вступить въ бракъ раньше, чѣмъ посоветуется съ врачомъ объ этой аномаліи. Если кровь, скопившаяся въ влагалищѣ и просвѣчивающаяся темнымъ цвѣтомъ, шарообразно выпячиваетъ дѣвственную плеву, то распознаваніе легко, но все же нужна осторожность въ опредѣленіи мѣста расположенія закрытія; діагнозъ становится яснымъ, если со стороны влагалища или брюшныхъ покрововъ матка прощупывается въ видѣ небольшого сидя-

шаго на опухоли тѣла. Если закрыта нижняя часть влагалища, то распознаваніе труднѣ; изслѣдованіемъ со стороны прямой кишки и введеніемъ катетера въ уретру можно рѣшить этотъ вопросъ.

При закрытіи шейки приходится прежде всего имѣть въ виду возможность беременности; при haematometra матка въ теченіе продолжительнаго времени напряжена, какъ киста яичника, сокращенія трудно вызываются; беременная уже матка тѣстовидно мягка, и растираніемъ легко бываетъ вызывать сокращенія; въ послѣднемъ случаѣ имѣетъ значеніе признакъ Hegar'a¹⁾, состоящій въ раннемъ размягченіи надвлагалищной части шейки. Большое значеніе имѣетъ анамнестическое указаніе на отсутствіе менструацій. Трудно распознаются случаи, въ которыхъ при двойной маткѣ и закрытіи одной половины сперва появляются менструація, хотя и небольшая, а потомъ прекращается, а мѣшокъ увеличивается. Если нормальный открытый маточный зѣвъ проходитъ для пальца или зеркала, то дѣло просто, часто же это отверстіе бываетъ совершенно закрыто растянувшимся мѣшкомъ и становится снова видимымъ только послѣ опорожненія мѣшка. При haematosalpinx ощупываніе со стороны живота должно производить весьма осторожно.

Въ рѣдкихъ случаяхъ такія явленія наблюдаются при ракъ или саркомѣ тѣла матки въ климактерическомъ возрастѣ; и здѣсь матка часто достигаетъ величины дѣтской головки, эластически напряжена, и при этомъ имѣется аменоррея; но въ промежуткахъ почти всегда отходитъ самопроизвольно или послѣ зондированія водянистая кровяная сыворотка.

Леченіе. Профилактическія мѣры слѣдуетъ, по мнѣнію Pincusa, примѣнять уже у новорожденныхъ, матери которыхъ страдаютъ гонорройнымъ вагинитомъ; назначаютъ 2% растворъ азотно-кислаго серебра и антисептическое обмываніе половыхъ органовъ; далѣе, назначаютъ зондированіе (?) и промыванія половыхъ органовъ у дѣтей, страдающихъ тяжелыми инфекціонными болѣзнями. Въ общемъ, однако, на практикѣ рѣдко прибѣгаютъ къ этимъ болѣе теоретическимъ мѣрамъ.

Если закрывающая мембрана при haematokolpos сильно выпячивается, то разрѣзаютъ ее поперечно ножомъ, или, въ случаѣ недостаточнаго сильнаго выпячиванія, вводятъ троакаръ, дѣлаютъ имъ боковые повороты и вводятъ потомъ тупой бистури. вмѣсто примѣнявагося раньше крестообразнаго разрѣза, правильнѣе совершенно удалить плеву, а края ея сшить съ слизистой оболочкой влагалища; это дѣлаетъ излишнимъ введеніе стеклянной трубки. Наркозъ обязателенъ при операци. Послѣдующее леченіе просто; если операція произведена была асептически, то не производятъ промываній, а на рану кладутъ асептическую повязку. Если выдѣляющаяся кровь имѣетъ непріятный запахъ, или если температура повышается, то производятъ подъ небольшимъ давленіемъ промыванія дезинфицирующей жидкостью.

Такъ же поступаютъ при haematokolpos или haematometra съ двойнымъ маточно-влагалищнымъ каналомъ, особенно если мѣшокъ удастся низко спустить; въ большинствѣ случаевъ бываетъ достаточно сдѣлать одинъ крестообразный разрѣзъ, въ рѣдкихъ случаяхъ оказывается необходимымъ вырѣзать кусокъ перепонки. Труднѣе, если раньше, чѣмъ дойти до кровяного мѣшка, приходится вскрыть закрытый кусокъ влагалища; возможно поврежденіе уретры, пузыря, прямой кишки, и трудно устранима инфекція тазовой клѣтчатки. Вводятъ въ пузырь катетеръ, напрягаютъ прямую кишку пальцемъ ассистента или толстымъ расши-

¹⁾ Sonntag. Volkmanns klin. Vortr. N. F. № 58. Hegar'овскій признакъ беременности.

рителемъ, на мѣстѣ закрытія дѣлають ножомъ поперечный разрѣзъ, а потомъ тупымъ инструментомъ проходятъ далѣе, перевязывая двойнымъ узломъ оба тяжа и перерѣзая ихъ. Операція бываетъ успѣшна только въ томъ случаѣ, если флюктуирующій мѣшокъ ясно прощупывается со стороны прямой кишки или пузыря; она, наоборотъ, не даетъ никакихъ результатовъ, если дѣло идетъ только о томъ, чтобы продолжить путь въ рудиментарной нефункционирующей маткѣ. Нужно по возможности стараться вскрыть мѣшокъ въ одинъ приемъ, лучше всего на мѣстѣ *portio vagin.* Breisky примѣнялъ для этого особенный троакарный ножъ и чрезъ оставленную канюлю вводилъ канюлю въ видѣ щипцовъ (см. Hofmeister. Gynaekol. Operat. 3 изд. стр. 143). Проникнувъ ножомъ или троакаромъ въ мѣшокъ, можно произвести расширение также дренажными щипцами Freund'a. Съ цѣлью сохранить сдѣланный каналъ открытымъ, его покрываютъ лоскутомъ слизистой оболочки, содержащимъ эпителий, или лоскутомъ кожи, взятымъ отъ вульвы. Я неоднократно съ успѣхомъ производилъ такіа операціи. Если не удастся создать такой путь, то выполняютъ ходъ виоформной марлей, которая можетъ остаться тамъ въ теченіе нѣсколькихъ дней.

Введеніе стеклянныхъ трубокъ, какъ это предлагали Breisky, В. Hart и другіе, безусловно не гарантируетъ отъ зарощенія. Если все же желательно испробовать этотъ способъ, то ежедневно расширяютъ ходъ дилататорами и потомъ вводятъ стеклянную канюлю, имѣющую снаружи широкій край. Укрѣпленіе послѣдней болѣе трудно, чѣмъ при введеніи виоформной марли.

Если при недостаточности влагалища матка растянута скопившейся кровью, то накладываютъ, по совѣту Hofmeister'a и Pfannestiel'я, маточный свищъ, отверстие котораго обшиваютъ лоскутомъ кожи или слизистой оболочки, взятымъ снизу. Я въ одномъ случаѣ съ успѣхомъ оперировалъ такимъ образомъ.

Если имѣется haematosalpinx, то удаляютъ послѣдній посредствомъ лапаротоміи до разрѣза мѣста закрытія влагалища и матки или, по крайней мѣрѣ, какъ только послѣ разрѣза мѣста закрытія обнаружатся разстройства со стороны полости живота.

Если послѣ повторныхъ попытокъ окажется, что влагалищный ходъ все же зарастаетъ, и что позади атрезіи вновь скопляется кровь, то удаляютъ посредствомъ лапаротоміи рудиментарную матку и яичники и этимъ избавляютъ больную отъ повторенія этихъ мучительныхъ явленій.

2. Катарръ шейки, гипертрофія влагалищной части, эрозіи.

Къ наиболѣе частымъ катарральнымъ измѣненіямъ матки относятся измѣненія шейки и часто вызываемыя ими, но рѣдко образующіяся самостоятельно, патологическія измѣненія влагалищной части, издавна называемыя эрозіями. Fischel обнаружилъ у новорожденныхъ измѣненія *port. vag.*, которыя онъ считаетъ врожденными *ektropium* и эрозіей.

У дѣвицъ и нерожавшихъ узкій наружный маточный зѣвъ пренятствуетъ переходу воспаления съ влагалища на шейку; если же катарръ шейки уже образовался, то узкій наружный маточный зѣвъ дѣлаетъ его продолжительнымъ и упорнымъ. Чаще всего воспаленіе вызывается разнообразными вирулентными микроорганизмами, гноеродными бактеріями, гонококками, са-

профитами и т. д. Рѣже разстройства кровообращенія, смѣщенія и т. д. вызываютъ катарръ слизистой оболочки гѣла матки, переходящей потомъ на шейку, особенно у дѣвиць и нерожавшихъ на почвѣ малокровія, или вслѣдствіе механическихъ вліяній, напр., при привычномъ запорѣ или переполненіи пузыря. Наиболее частой причиною являются беременность и послѣродовой періодъ. Катарральное опуханіе и разрыхленіе тканей являются здѣсь физиологическими процессами, но вслѣдствіе недостаточнаго процесса обратнаго развитія опухшей слизистой оболочки, остается поверхность съ наклонностью къ гиперсекреціи. Такъ же неблагоприятно дѣйствуютъ неправильныя положенія матки и разстройства кровообращенія, вызванныя рубцами шейки или параметріа. Что касается связи между тяжелыми измѣненіями влагалищной части, называемыми, по предложенію Roseg'a, эктропіемъ слизистой оболочки шейки, и разрывами шейки, то я объ этомъ буду ниже говорить.

При *остромъ катаррѣ шейки* слизистая оболочка красна, опухшая, богата сосудами, больше увлажнена и даетъ болѣе отдѣленій. Чаше катарръ бываетъ съ самаго начала хроническимъ. Расположенная складками слизистая оболочка *arbor vitae* разрастается въ видѣ вновь образованныхъ валиковъ съ одной стороны по направленію къ просвѣту шейки, а съ другой стороны она проникаетъ въ глубину до мышечныхъ пучковъ шейки, отчасти отодвигая послѣдніе, такъ что отдѣлительная поверхность увеличивается въ 4—6 разъ, а позади узкаго *os externum* находится расширенная полость шейки. Если наружный маточный зѣвъ открытъ, то слизистая оболочка шейки образуетъ складки по направленію къ влагалищу, какъ къ мѣсту наименьшаго сопротивленія, особенно при наличности глубокихъ боковыхъ надрывовъ. Подъ микроскопомъ находятъ, что неправильное дѣленіе окончаній железъ сильно увеличено, рѣсничный эпителий въ неочень устарѣлыхъ случаяхъ сохраненъ, а межуточная ткань принимаетъ въ большей или меньшей степени участіе въ гипертрофіи; въ случаѣ продолжительнаго застоя развивается вслѣдствіе разрошенія интерстиціальной соединительной ткани, рѣже мускулатуры, равномерная гипертрофія шейки. Случаи, въ которыхъ шейка сохраняетъ свою форму, но увеличена въ длину въ 4—5 разъ, я наблюдалъ преимущественно у нерожавшихъ, причѣмъ причина болѣзни въ большинствѣ случаевъ не удавалось опредѣлить; если вся шейка равномерно гипертрофирована, то наружный маточный зѣвъ находится въ срединѣ, въ рѣдкихъ случаяхъ удлинена только одна губа; влагалищная часть выступаетъ иногда на подобіе хобота до вульвы, каковое обстоятельство даетъ иногда поводъ для смѣшенія съ выпаденіемъ (*metritis colli*).

Сравнительно часто болѣзненные явленія обнаруживаются только на нижневлагалищной части шейки; болѣе значительный процентъ заболѣванія влагалищной части обусловливается многочисленными поврежденіями, которымъ губы маточнаго отверстія подвергаются во время родовъ. Разрывы губы съ образованіемъ сбоку и посреднѣ рубцовъ вызываетъ разстройство кровообращенія и венозный застой; соединительно-тканная гипертрофія губъ дѣлаетъ ихъ плотными, мускулатура же исчезаетъ; слизистая оболочка влагалищной части имѣетъ синій цвѣтъ; если проколоть ее, то обнаруживаются сильно развитые сосуды, а вслѣдствіе закупорки слизистыхъ железъ, образовавшіеся слизистыя фолликулы (*ovula Nabothi*).

Наиболѣе частымъ явленіемъ, сопутствующимъ заболѣванію влагалищной части, является эрозія, происхождение которой правильно объ-

яснили Ruge и Veit. Раньше полагали, что эрозия образуется вследствие отслоения эпителия, в настоящее же время пришли къ заключенію, что эрозия образуется вследствие оттъсненія плоскаго эпителия вновь образовавшейся железистой тканью. Несмотря на это, нецѣлесообразно отказаться отъ получившаго право гражданства названія эрозии. Уже Virchow указалъ, что катарральныя выдѣленія шейки матки постепенно разрушаютъ плоскій эпителий влагалищной части, и что послѣ отслоенія эпителия остается эродированная поверхность; что касается инфекціонныхъ катарровъ, а также эрозии, образующейся въ послѣродовомъ періодѣ, то легко допустить, что отслоеніе эпителия представляетъ первичное явленіе, за которыми слѣдуетъ разрощеніе лежащихъ подъ ними железъ.

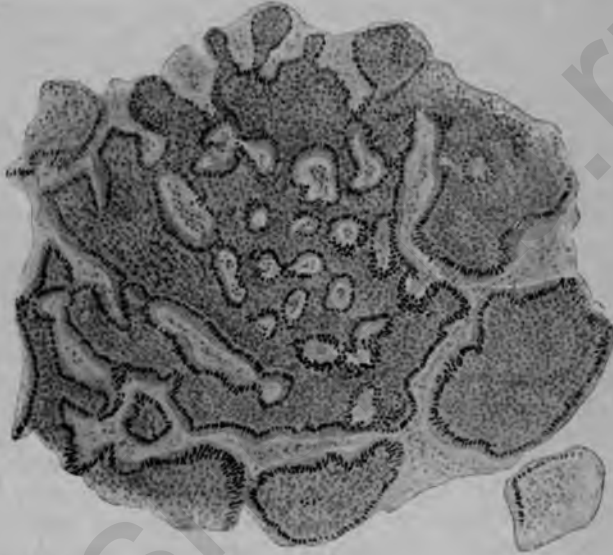


Рис. 97. Erosio glandularis et papillaris. Разрощеніе выдается надъ поверхностью.

По мнѣнію Ruge и Veit'a, первичнымъ является различнымъ образомъ происшедшее раздраженіе слизистой оболочки шейки; при этомъ образуются многочисленныя тѣсно соприкасающіяся другъ съ другомъ болѣе высокія, чѣмъ широкія цилиндрическія эпителиальныя клѣтки, остающіяся всегда однослойными; этотъ эпителий увеличиваетъ отдѣлительную поверхность шейки, проникаетъ, развѣтвляясь, въ глубину; съ наружнаго маточнаго зѣва цилиндрическій эпителий проникаетъ къ границѣ плоскаго эпителия, постепенно оттъсняетъ послѣдній даже до мѣста прикрѣпленія влагалища, но не дальше, что служитъ доказательствомъ, что анатомически эпителий влагалищной части неодинаковъ съ таковымъ влагалища, а генетически близокъ къ эпителию шейки. Происходитъ оттъсненіе плоскаго эпителия вновь образовавшейся слизистой оболочкой шейки; отчасти, однако, нижній слой эпителия port. vag. также раздражается и образуетъ цилиндрическій эпителий; послѣдній вначалѣ бываетъ еще покрытъ плоскимъ эпителиемъ, потомъ послѣдній отслаивается, и вся влагалищная часть оказывается выстланной цилиндрическимъ эпителиемъ. Такимъ образомъ образуются простыя эрозии.

Причиной образованія нѣкоторыхъ эрозій слѣдуетъ считать внѣдреніе микроорганизмовъ, напр., гонококковъ въ глубину ткани.

Такъ называемая *папиллярная эрозія* (рис. 98) образуется, по мнѣнію Ruge и Veit'a, не изъ остающихся сосочковъ нормальной ткани; кажущіеся сосочки суть ни что иное, какъ остатки слизистой оболочки съ многочисленными отверстиями, находящіеся между железоподобными углубленіями вновь образовавшейся ткани. Въ виду обильнаго образованія железъ и имѣющей гиперсекреціи, легко происходятъ перегибы ихъ, ведущіе вслѣдствіе задержки секрета къ образованію фолликула, *фолликулярная эрозія*. Если фолликулы малы, то эрозія приобретаетъ слегка узловатую поверхность, другіе же фолликулы, вслѣдствіе сліянія стѣнокъ, достигаютъ величины вишни и симулируютъ



Рис. 98. Сосочковое разрощеніе при *erosio portionis*.

небольшія опухоли. Эти железистыя новообразованія очень богаты кровью и, при наличности болѣе значительныхъ венозныхъ эктазій на поверхности, они называются *варикозной эрозіей*.

При процессѣ излеченія эрозіи происходитъ обратное тому, что мы видѣли при ея образованіи; раздраженіе цилиндрическаго эпителия и, слѣдовательно, образованіе новыхъ железъ уменьшается, съ края *portio vag.* подходит сначала нѣжный мостовидный эпителий, пока не достигнетъ границы цилиндрическаго эпителия у наружнаго маточнаго зѣва; наблюденія показали, что такой молодой мостовидный эпителий влагалищной части проявляетъ большую склонность къ образованію новыхъ эрозій, какъ это нерѣдко наблюдается и послѣ ампутаціи гипертрофированной *portio*, когда разрощеніе цилиндрическаго эпителия со швовъ вновь начинаетъ свою разрушительную работу.

Fischl, къ которому присоединяется также и Döderlein, справедливо находятъ, что бывають также настоящія изъязвленія влагалищной части, исходящія изъ воспаления сосочковъ, причемъ, вслѣдствие инфильтраціи слизистой оболочки грануляціонной тканью, находящійся на ней плоскій эпителий отслаивается. Такія настоящія изъязвленія наблюдаются въ послѣродовомъ періодѣ, при зараженіи portio сифилитическимъ ядомъ, при инфекціи и неполномъ излеченіи инфицированной ампутаціонной поверхности portio.

Спорнымъ оставался долгое время вопросъ о связи между боковыми разрывами шейки, образованіемъ эктропіи и эрозіями. Еще въ 1881 году Roser сравнилъ ектропіум portionis послѣ двусторонняго разрыва шейки съ ектропіум palpebrarum при воспаленияхъ соединительной оболочки глаза и различалъ воспалительный и травматическій эктропіи. Гинекологи не придавали ника-

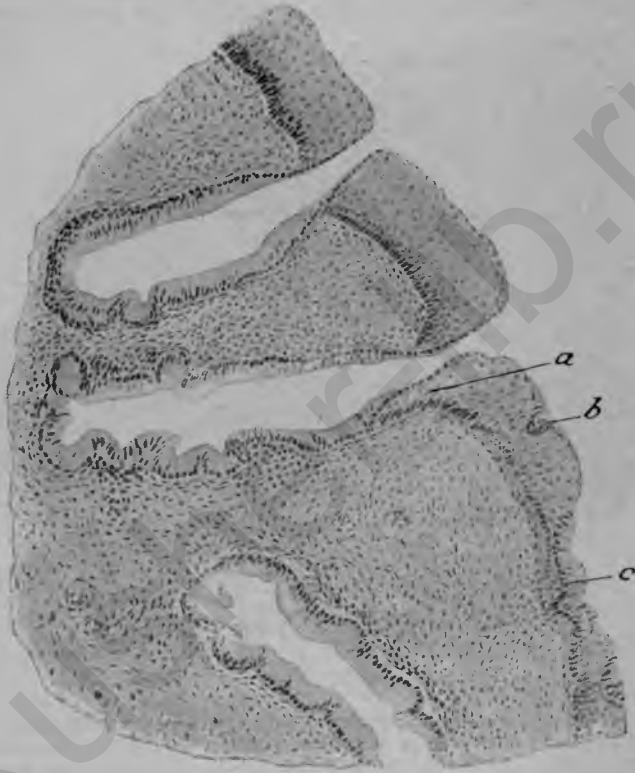


Рис. 99. Эрозія въ періодѣ излеченія.

Плоскій эпителий на поверхности portio вытягивается цилиндрическій. Железы открываются еще съ собственнымъ эпителиемъ на поверхности. Плоскій эпителий проникаетъ при: а) подъ цилиндрическій эпителий железы и приподымаетъ его; б) остатки приподнятаго цилиндрическаго эпителиа; в) распространеніе плоскаго эпителиа подъ цилиндрическимъ на поверхности.

кого значенія этой связи до тѣхъ поръ, пока Emmet, а вмѣстѣ съ нимъ особенно американцы не усмотрѣли въ двухстороннемъ разрывѣ шейки источника для образованія всѣхъ эрозій, катарровъ шейки и для большей части заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ. Значеніе этихъ разрывовъ и необходимость ихъ устраненія чрезвычайно переоцѣнивались. И дѣйствительно, вслѣдствие такихъ боковыхъ разрывовъ дѣйствіе болѣе сильной круговой мускулатуры отпадаетъ, продольныя мышцы, находящіяся въ наружномъ слѣѣ portio vag., и эластическія волокна получаютъ перевѣсъ, губы выворачива-

ются, благодаря чему внутренняя поверхность слизистой оболочки шейки выворачивается наружу и вследствие механического раздражения влагалищных стѣнок превращается въ поверхность, высланную мостовиднымъ эпителиемъ. Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, катарръ отсутствуетъ, несмотря на наличие сильныхъ разрывовъ. Если къ разрыву присоединяется инфекция и недостаточная инволюція, то, кромѣ рубца отъ разрыва и эктропія, образуется еще эрозія, которая въ такихъ случаяхъ производитъ впечатлѣніе очень тяжелаго заболѣванія.

Далѣе, поводъ для образованія односторонняго эктропія даютъ также боковыя срощенія разрыва шейки съ влагалищной стѣнкой, какъ это бываетъ въ послѣродовомъ періодѣ даже при отсутствіи лихорадки. *Portio vagin.* въ этихъ случаяхъ срощена сбоку съ влагалищнымъ сводомъ по всей длинѣ или посредствомъ мостика, надъ которымъ остается свободный просвѣтъ влагалища; слизистая оболочка при этомъ, вследствие недостаточнаго обратнаго развитія, катаррально воспалена.

Изолированныя гипертрофіи слизистой оболочки шейки наблюдаются въ видѣ слизистыхъ полиповъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это небольшіе слизистые фолликулы, которые, находясь вблизи наружнаго маточнаго отверстия, выпячиваютъ слабо прикрѣпленную слизистую оболочку шейки и образуютъ полипъ, сидящій вначалѣ на широкомъ основаніи, а потомъ на ножкѣ; нерѣдко наблюдается нѣсколько такихъ малыхъ полиповъ. Въ другихъ случаяхъ это гипертрофіи складокъ слизистой оболочки шейки, дающія длинныя отростки изъ наружнаго маточнаго зѣва въ влагалище; они мягки, какъ бархатъ, плоски и содержатъ железы часто съ многочисленными сосудами и даже небольшими артеріями. Эти полипы бываютъ часто столь мягкими, что изслѣдующій палецъ, особенно въ перчаткѣ, ихъ вовсе не прощупываетъ, и только изслѣдованіе зеркалами обнаруживаетъ ихъ. Вслѣдствіе самопроизвольнаго разрыва поверхностныхъ варикозныхъ сосудовъ, часто происходятъ продолжительныя кровотеченія. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ полипозныя разрощенія слизистой оболочки шейки сидятъ на широкомъ основаніи безъ ножки.

Въ зависимости отъ строенія *Birch-Hirschfeld* различаетъ простые слизистые полипы, кавернозные полипы слизистой оболочки и железистые полипы; послѣдніе достигаютъ иногда значительныхъ размѣровъ, поверхность ихъ въ большинствѣ случаевъ бугриста и болѣе плотна.

Симптомы. Главнымъ симптомомъ описанныхъ измѣненій шейки является гиперсекреція. Количество выдѣленій соотвѣтствуетъ увеличенію поверхности; свѣтлыя выдѣленія становятся вследствие примѣси лейкоцитовъ мутными. Они не удаляются непрерывно, но скопляются въ шейкѣ и въ влагалищномъ сводѣ и отходятъ отъ времени до времени большими количествами, такъ что больныя часто чувствуютъ себя мокрыми, какъ при начинающейся менструаціи. Я не могу, однако, допустить, что благодаря одной только гиперсекреціи ослабляется организмъ. Количество выдѣляющагося ежедневно бѣлка вовсе не такъ велико, чтобы оно не могло быстро возмѣститься принимаемымъ съ пищей бѣлкомъ. Если организмъ при этомъ, дѣйствительно, ослабѣваетъ, то причины слѣдуетъ искать въ общемъ страданіи и другихъ сопутствующихъ явленіяхъ, какъ-то: въ кровотеченіяхъ, нервномъ рефлекторномъ вліяніи и т. д.

Усиленная менструація не является признакомъ простаго катарра шейки; она появляется только въ томъ случаѣ, если къ эндоцервициту присоединяется эндометритъ; измѣненная слизистая оболочка шейки никогда не выдѣляетъ крови при менструаціи; наоборотъ, неправильныя кровотеченія въ промежуткахъ между регулами, особенно послѣ тѣлеснаго

напряженія, являются признакомъ полипа шейки или эрозій, особенно при выпаденіи матки. Кровотеченія при совокупленіи рѣже наблюдаются при эрозіяхъ, чѣмъ при ракъ. Далѣе, больныя жалуются на ощущение тяжести въ тазу, на боль въ крестцѣ, иррадирующія боли въ области крестцового сплетенія, а у нервныхъ женщинъ появляются разстройства со стороны желудка, сердца, головы и т. д. Разстройство мочеиспусканія, боль при стулѣ, при сидѣніи и ходьбѣ наблюдаются только при очень сильной гипертрофіи одной или обѣихъ губъ.

Безплодіе не слѣдуетъ считать постояннымъ симптомомъ катарра шейки. Понятно, что сѣмя, благодаря обильному отдѣленію слизи, вытекаетъ назадъ; такъ какъ, однако, въ нормальномъ секретѣ сѣмя остается въ теченіе продолжительнаго времени жизнеспособнымъ, то понятно, почему у нѣкоторыхъ женщинъ, особенно послѣ имѣвшихъ уже мѣсто родовъ, происходитъ зачатіе, несмотря на катарръ шейки или послѣ незначительнаго его улучшенія. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ при катаррѣ шейки наблюдается безплодіе, слѣдуетъ думать о сопутствующихъ эндометритѣ или другихъ измѣненіяхъ въ половыхъ органахъ.

Распознаваніе. Отличительное распознаваніе между катарромъ шейки и влагалища въ большинствѣ случаевъ возможно въ зеркалѣ простымъ глазомъ; густыя, похожія на яичный бѣлокъ, свѣтлыя или мутныя выдѣленія не слѣдуетъ смѣшивать съ густыми, иногда гнойными выдѣленіями изъ влагалища; въ самостоятельныхъ случаяхъ рѣшаетъ микроскопическое изслѣдованіе. Имѣется ли одновременно съ катарромъ шейки также эндометритъ, безразлично для леченія перваго.

Эрозію можно опредѣлить уже наощупъ по мягкой, похожей на бархатъ, шероховатой поверхности слизистой оболочки влагалищной части; парпанье ногтемъ вызываетъ кровотеченіе, но не отдѣленіе частицъ ткани. При папиллярной формѣ прощупываются болѣе значительныя неровности поверхности, увеличивающіяся еще, благодаря закупореннымъ фолликуламъ железъ; иногда наполненные слизью фолликулы кажутся твердыми, какъ при ракъ, но въ зеркалѣ сейчасъ же обнаруживается ихъ доброкачественный характеръ. Легко опредѣляются посредствомъ ощущенія пальцемъ также гипертрофія губъ, зяніе канала шейки, валикообразное утолщеніе складокъ *arbor vitae* и полипы шейки; но имѣются мягкіе, тонкіе и даже довольно длинныя полипы, которые трудно прощупываются и опредѣляются только въ зеркалѣ. Необходимымъ дополненіемъ ручного изслѣдованія является примѣненіе зеркала. Характерно для эрозій неровная поверхность, болѣе красная, чѣмъ окружающая ткань, блѣднѣющая при надавливаніи ватнымъ шарикомъ и рѣдко кровоточащая при механическомъ раздраженіи. Если зеркаломъ Ferguson'a не удастся осмотрѣть всю больную поверхность, то оттягиваютъ послѣ введенія желобоватаго зеркала посредствомъ крючковъ влагалищную часть внизъ, открываютъ такимъ образомъ, шейку и осматриваютъ припухлость и гипертрофію слизистой оболочки.

При узкой шейкѣ у нерожавшихъ женщинъ приходится иногда вмѣсто пальца ввести зондъ, но этотъ способъ изслѣдованія менѣе цѣненъ, чѣмъ изслѣдованіе пальцемъ, такъ что иногда приходится разрѣзать наружный маточный зѣвъ, чтобы сдѣлать возможнымъ изслѣдованіе.

Иногда бываетъ трудно отличить доброкачественную эрозію отъ начинающагося канкроида влагалищной части, особенно если въ зеркалѣ поверхность имѣетъ своеобразный блѣдножелтый цвѣтъ. Въ случаѣ

имѣющагося сомнѣнія о характерѣ заболѣванія, прокалываютъ ножомъ сильнѣе выдающіеся бугры, и выдѣляющаяся свѣтлая слизь указываетъ на доброкачественный характеръ болѣзни; при эрозіяхъ съ подозрительной плотной тканью необходимо вырѣзать кусочекъ для микроскопическаго изслѣдованія; но послѣднее долженъ производить специалистъ по микроскопической technikѣ.

Предсказаніе. Катарръ шейки представляетъ хроническую болѣзнь, требующую при сильной гипертрофіи и болѣе значительныхъ эрозіяхъ болѣе продолжительнаго леченія; точно опредѣлить требуемое для леченія время невозможно; что запущенныя эрозіи и катарры шейки, особенно послѣ частыхъ послѣродовыхъ періодовъ, даютъ поводъ къ образованію рака, возможно допустить; тоже самое мы встрѣчаемъ и на другихъ мѣстахъ организма; изъ этого, однако, не слѣдуетъ, что нужно при эрозіяхъ прибѣгать къ сложнымъ операціямъ, съ цѣлью предупредить послѣдовательное развитіе рака.



Рис. 100.



Рис. 101.

Сильный эктропій и катарръ слизистой оболочки шейки по Schrüderg.
Видъ сбоку. Видъ въ зеркалѣ.

Леченіе въ настоящее время болѣе благодарно, чѣмъ прежде. Если съ одной стороны не слѣдуетъ слишкомъ долго примѣнять лекарственное леченіе, то съ другой стороны не должно во всѣхъ случаяхъ эрозіи прибѣгать къ операціи. Было бы неправильно при жалобѣ больной на бѣлы назначать ей спринцеванія влагалища безъ предварительнаго изслѣдованія. Отсутствие изслѣдованія пальцемъ неоднократно причиняло уже вредъ. При леченіи мы не можемъ, конечно, обходиться безъ *спринцеваній*, но только при эрозіяхъ и открытой шейкѣ жидкость приходитъ въ соприкосновеніе съ больной слизистой оболочкой, верхняя же часть канала шейки не достигается, а спринцеваніе служитъ только для удаленія образовавшагося секрета.

Для спринцеваній берутъ тепловатую воду, солевой растворъ, въ свѣжихъ инфекціонныхъ случаяхъ съ примѣсью лизола, сольвеола, kal. permang., сулемы; въ старыхъ случаяхъ прибавляютъ 10—20 куб. сант. 10% алкогольнаго раствора борной или салициловой кислоты, а при сильныхъ эрозіяхъ — 40—50 куб. сант. acet. pyrolign. crud. на

1 литръ воды, а также прибавляютъ таннинъ, квасцы, zinc. sulf. буру въ количествѣ 5—10 грам. на 1 литръ воды.

Основательнѣе влагалищная часть очищается такимъ образомъ, что она устанавливается въ зеркаль, вытирается ватной кисточкой, а всѣ углубленія полости шейки вытираются ваткой, пропитанной глицериномъ. Послѣ этого слегка прижигаютъ древеснымъ уксусомъ, растворомъ сѣрнокислой мѣди, ляписа (5%); лучше чѣмъ, вливаніе лекарственной жидкости въ зеркало, дѣйствуетъ смазываніе предварительно очищенной слизистой оболочкой; эту процедуру продѣлываютъ 2—3 раза въ недѣлю. Въ случаѣ медленнаго леченія переходятъ къ acid. nitr. sol. (30%), ac. nitr. fum., sol. ac. carb. spirit. (50%) и настойкѣ іода. Въ общемъ спиртные растворы должно предпочесть водянымъ.

При наличности сильной секретіи рекомендуются высушивающія средства, эрозію присыпаютъ въ зеркаль танниномъ, равными частями таннина и дерматолла, айроломъ, висмутомъ. Съ цѣлью предупредить возможность обратнаго выдѣленія Fritsch примѣняетъ такъ называемые мѣшечки съ порошкомъ, т. е. на кусокъ марли (20 и 10 сант.) насыпаютъ порошокъ, марлю складываютъ въ видѣ мѣшечка и прижимаютъ къ portio vag., черезъ 24 часа ее удаляютъ и промываютъ влагалище водой. Въ случаѣ чувствительности при надавливаніи шейки и матки примѣняютъ тѣ же средства съ глицериномъ, слѣдовательно, влагалищные тампоны съ танниномъ, сѣрнокислымъ цинкомъ, борсалициломъ (всѣ въ пропорціи 1:10), ихтиоломъ, тигеноломъ и дерматоломъ 1:10—20.

Сильно опухшую, богатую кровью влагалищную часть лечатъ кровоизвлеченіемъ, для каковой цѣли вскрываютъ фолликулы и выпускаютъ ихъ содержимое, прокалываютъ также и болѣе крупныя поверхностныя сосуды; скарификацію производятъ 1—2 раза въ недѣлю до тѣхъ поръ, пока продолжаетъ выдѣляться много крови, а потомъ тщательно тампонируютъ.

Въ общемъ леченіе прижиганіемъ не должно примѣняться долгое время; если послѣ повторнаго смазыванія эрозія не проявляетъ склонности къ быстрому заживленію, то показано *соскабливаніе разрошенной слизистой оболочки острой ложечкой*. Въ случаѣ необходимости, можно это сдѣлать и амбулаторно; эрозія вмѣстѣ съ нижней частью большой слизистой оболочки соскабливается до края здоровой слизистой оболочки влагалищной части. Послѣ этого примѣняютъ одно изъ вышеназванныхъ прижигающихъ средствъ, а въ случаѣ сильнаго кровотеченія тампонируютъ.

При очень опухшей влагалищной части я соскабливанію предпочту скарификацію пакеленомъ. Спустя 14 дней самая сильная эрозія заживаетъ.

Описанное леченіе доступно всякому врачу; многія больныя предпочитаютъ продѣлать это леченіе у домашняго врача. При этомъ слѣдуетъ считаться съ самочувствіемъ и состояніемъ нервной системы больныхъ; нѣкоторыя изъ нихъ очень плохо переносятъ леченіе, у другихъ промежутки между сеансами не должны быть очень велики.

При катаррѣ шейки у молодыхъ дѣвушекъ приходится вообще примѣнять сначала общее леченіе желѣзомъ, рыбьимъ жиромъ и т. д., потомъ назначаютъ спринцеванія влагалища и мѣстное леченіе; у замужнихъ женщинъ также не слѣдуетъ пренебрегать общимъ леченіемъ. Чрезмѣрное увлеченіе мѣстнымъ леченіемъ приноситъ вредъ больнымъ.

Ампутация шейки показана при сильной гипертрофии ея, сопровождающейся обыкновенно фолликулярной эрозией. После обычных антисептических приготовлений расщепляют, при положении больной на спину, губы сбоку до мѣста прикрѣпленія влагалища, после этого проводят поперечный разрывъ слизистой оболочки шейки на уровнѣ, на которомъ послѣдняя должна быть удалена, обрѣзываютъ слизистую оболочку влагалищной части на границѣ свода отъ конца бокового разрыва на одной сторонѣ до другого и вырѣзываютъ клиновидный кусокъ губы; после этого накладываютъ глубокіе влагалищные швы, а также поверхностные. Цѣлесообразно вырѣзать сначала заднюю, потомъ переднюю губу; при эксцизии первой необходима осторожность въ виду возможности поврежденія Дугласова пространства, а при эксцизии второй — поврежденія пузыря. Если перерѣзать слизистую оболочку влагалища слишкомъ далеко отъ *portio*, то происходитъ очень сильная ретракція. Наконецъ, глубокими и поверхностными швами закрываютъ боковыя раны въ шейкѣ и влагалищномъ сводѣ. Для швовъ лучше всего берутъ йодированный кѣгутъ, шелкъ или силкъ.

Высокая эксцизия слизистой оболочки шейки по Schrodery; эта операція, мало отличающаяся отъ клиновидной эксцизии, въ настоящее время оставлена.

Удаление заболѣвшей влагалищной части гальванокаустическимъ ножомъ или раскаленной петлей въ настоящее время больше не примѣняется; увѣренность въ возможности остановки крови здѣсь меньшая, чѣмъ при наложеніи шва, опасность рубцового суженія шейки больше и лечение продолжается долго.

Остаются рѣдкіе случаи, въ которыхъ необходимо восстановить нормальную форму шейки *способомъ Emmet'a*, а именно, *боковымъ освѣженіемъ и зашиваніемъ разрыва*. Эта операція годится для сильныхъ разрывовъ съ катарромъ, но безъ гипертрофіи, особенно после перерѣзки описаннаго сращенія шейки съ влагалищнымъ сводомъ. Emmet и H. Kelly, однако, утверждаютъ, что при сильномъ катаррѣ шейки необходимо предварительное въ теченіе 2—3 недѣль лечение влагалищной части наstryчками и введеніемъ глицериновыхъ тампоновъ.

После основательной дезинфекціи при положеніи больной на спину захватываютъ пулевыми щипцами переднюю губу, низводятъ ее внизъ и освѣжаютъ сначала лѣвый разрывъ, приподвигая шейку возможно больше вправо. Очертивъ на слизистой оболочкѣ *portionis*, начиная съ угла разрыва, направленіе освѣженія, производятъ, исходя изъ этого мѣста, разрывъ черезъ ткань шейки до слизистой оболочки и вырѣзываютъ, въ зависимости отъ степени гиперплазіи, соответствующій кусокъ; иногда оказывается необходимымъ вырѣзать у верхняго угла раны кусокъ вросшей въ него слизистой оболочки влагалища. Справедливо предостерегаютъ отъ слишкомъ сильнаго суженія наружнаго зѣва, но при сильной гипертрофіи съ эктропіемъ не слѣдуетъ скупиться при вырѣзваніи. Кровотеченіе останавливается прижиманіемъ ватнаго шарика; перевязка сосудовъ излишня. После этого накладываютъ швы; сначала вкалываютъ со стороны слизистой оболочки влагалищной части передней губы по направленію къ каналу шейки (рис. 102) въ соответствующее мѣсто шейки задней губы; для освѣженія до влагалищнаго свода требуется около 4 швовъ; после этого завязываютъ узлы, а на зияющихъ еще мѣстахъ накладываютъ поверхностные швы.

Большая остается после этого въ теченіе нѣсколькихъ дней въ кровати, швы удаляютъ черезъ 10—12 дней; послѣдующее лечение не нужно.



Рис. 102. Клиновидная эксцизия.

Видъ сбоку.

(По Markwald'y).

Другіе гинекологи, какъ Fritsch, Sänger, не хотятъ и здѣсь жертвовать тканью, а производятъ, подобно пластикѣ промежности по способу Tait'a, операцию, при которой устраняютъ рубецъ, но не удаляютъ ткани; это *лоскутное расщепленіе шейки*. Sänger, начиная съ верхняго угла раны до наружнаго зѣва, обрѣзываетъ рубецъ въ видѣ треугольника, отдѣляетъ одинъ лоскутъ его, который впячивается внутрь во вновь образующійся цервикальный каналъ, и зашиваетъ ромбовидную рану шейки, образовавшуюся вслѣдствіе натяженія лоскута, не захватывая при этомъ лоскута (рис. 1 и 2 Sänger. Sammlung. klin. Vorträge, N. F. № 6). Операциа эта годится только

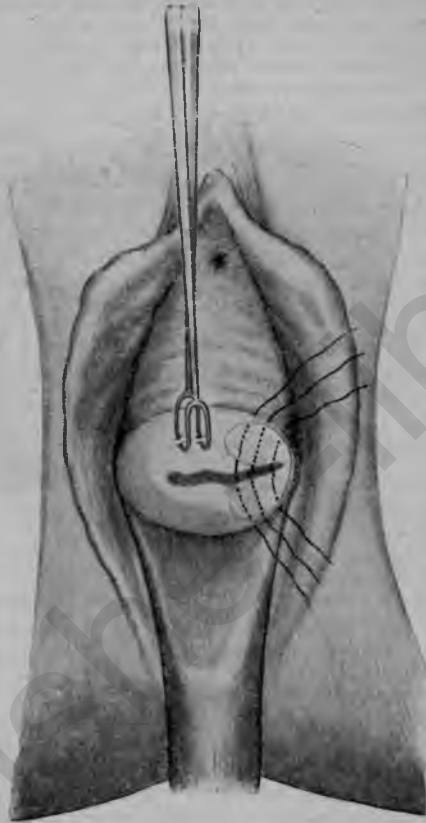


Рис. 103. Зашиваніе разрыва шейки по Emmet'y.

для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ нечего вырѣзывать; если же необходимо, какъ это бываетъ въ большинствѣ случаевъ, удалить гипертрофированную ткань, то производятъ клиновидную эксцизію или операцию Emmet'a; по моему мнѣнію, для этой чисто кометической операциіи остается очень мало случаевъ.

Леченіе полиповъ слизистой оболочки шейки можетъ быть только оперативнымъ. Небольшіе кистовидные полипы, сидящіе на широкомъ основаніи, вскрываютъ ножомъ и послѣ выдѣленія слизи удаляютъ остатокъ ножницами или разрушаютъ основаніе пакеденомъ. Небольшіе полипы на ножкахъ открываютъ корнцангомъ или ложечными щипцами Schultze, а кровотеченіе останавливается ваткой, смоченной дымящейся азотной кислотой, или пакеденомъ, послѣ чего тампонируютъ шейку. Болѣе значительные полипы захватываютъ Мюзеевскими щипцами, перерѣзаютъ ножку или ее откусываютъ

ложечными щипцами; рѣдко приходится предварительно перевязывать ножку катгутомъ или шелкомъ. При многочисленныхъ полипахъ, сидящихъ на широкомъ основаніи, вырѣзываютъ слизистую оболочку. Подозрительные полипы необходимо удалить возможно раньше и подвергнуть микроскопическому изслѣдованію.

Metroendometritis ¹⁾.

Опуханіе и воспаленіе матки. Катарръ и опуханіе слизистой оболочки матки.

Въ то время, какъ раньше въ учебникахъ метритъ и эндометритъ разсматривались отдѣльно, въ настоящее время пришли къ заключенію, что анатомическое, этиологическое и клиническое дѣленіе этихъ болѣзней не проводимо. Scanzoni мастерски (для того времени) нарисовалъ картину хроническаго метрита (инфарктъ), какъ болѣзни, господствующей въ половой жизни женщины. Впослѣдствіи анатомическія изслѣдованія Schöder'овской школы доказали значеніе измѣненій эндометрія, которыя, въ зависимости отъ этиологии, должны вызвать послѣдующія измѣненія міометрія. Старались нарисовать клиническую картину, соответствующую анатомической картинѣ. Послѣ того, какъ въ послѣднее время Hirschman и Adler установили новые взгляды на измѣненія слизистой оболочки матки въ различныхъ фазахъ, должно было, естественно, подвергнуться пересмотру и ученіе объ эндометритѣ. Эта работа, предпринятая многочисленными серьезными изслѣдователями, привела очень скоро къ заключенію о томъ, что нѣтъ никакой характерной для эндометрита картины болѣзни, и что болѣзнь, именуемая эндометритомъ, въ однихъ случаяхъ сопровождается измѣненіями эндометрія, а въ другихъ нѣтъ. Далѣе, хроническій метритъ также подвергся новымъ анатомическимъ изслѣдованіямъ, которыя также показали, что и здѣсь не получается однороднаго результата, такъ что нѣкоторые авторы совершенно отказываются отъ названія метрита. Я попробую доказать, что клинической учитель такъ-же, какъ и врачъ, не можетъ отказаться отъ этой картины болѣзни, хотя здѣсь внесено много новаго.

Я считаю поэтому правильнымъ сохранить названіе metroendometritis; названіе „метропатія“ (страданіе матки) есть только симптоматическое, а между тѣмъ на дѣлѣ имѣются анатомическія измѣненія. Въ цѣляхъ болѣе удобнаго разсмотрѣнія приходится теперь, какъ и прежде, различать острую и хроническую формы.

Острый метроэндометритъ является почти исключительно бактериальной болѣзью; какъ гинекологическое заболѣваніе, онъ въ значительной степени уступаетъ по частотѣ цуэрперальной формѣ. Входными воротами является эндометрій, откуда болѣзнетворные микроорганизмы проникаютъ въ міометрій, такъ что въ большинствѣ случаевъ трудно бываетъ раздѣлить заболѣваніе обѣихъ тканей. Гноеродныя бактеріи заносятся при расширеніи, зондированіи, изслѣдованіи, выскабливаніи матки и т. д. Кромѣ этихъ бактерій, важную роль играетъ гонококкъ, который, въ случаѣ значительной вирулентности, можетъ вызвать не только эндо-

¹⁾ См. рефератъ объ эндометритѣ. Verhandl. d. deutschen Gesellschaft Gynaekologie in Wien. T. VI. № 95. Schickele и Keller, т. 95. Pankow Metropathia haemorrhagica. Zeitschr. 65.

метритъ, но и метритъ; далѣе, болѣзнъ вызывается туберкулезными и дифтерійными палочками, бактеріями инфлуенцы, микроорганизмами скарлатины, кори, оспы и холеры. Острый метроэндометритъ можетъ быть вызванъ не только бактеріями, но отравленіемъ металлами, напр., фосфоромъ.

Анатомическія измѣненія при остромъ метроэндометритѣ основаны главнымъ образомъ на данныхъ изслѣдованія труповъ, напр., умершихъ отъ холеры; необходима поэтому осторожность при ихъ оцѣнкѣ. Слизистая оболочка опухшая, богата кровью, усыяна продолговатыми или круглыми гѣморрагіями, сосуды расширены. При болѣе продолжитель-

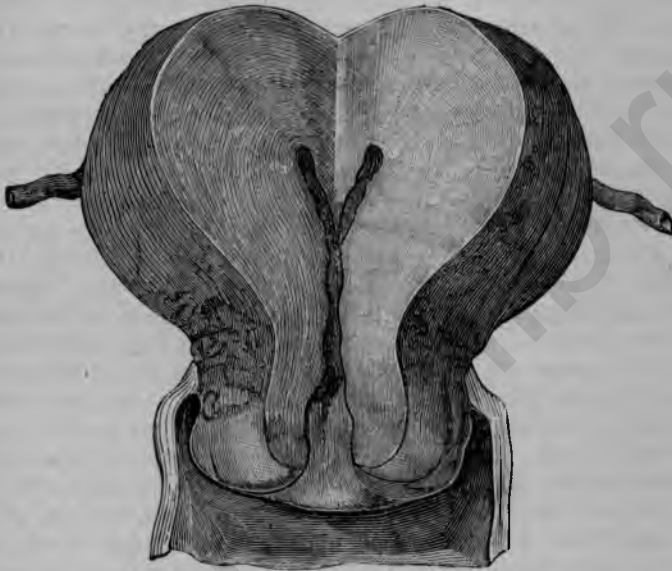


Рис. 104. Хроническій метритъ ($\frac{2}{3}$).

номъ существованіи межжелезистая ткань также вовлекается въ процессъ, а именно, лимфатическіе сосуды расширяются, число круглыхъ клѣтокъ увеличивается, и появляются плазматическія клѣтки. Рѣсничный эпителий слущивается; выдѣленія, бывшія сначала свѣтлыми, становятся мутными, гнойными, содержатъ распавшіяся клѣтки и отдѣлившіяся железы. Съ эндометрія процессъ переходитъ на міометрій; кровеносные и лимфатическіе сосуды послѣдняго расширены, и число ихъ увеличено. Стѣнка матки, вслѣдствіе серознаго пропитыванія, вначалѣ мягка, на разрѣзѣ розовато-красна, а въ дальнѣйшемъ одновременно съ утолщеніемъ происходитъ расширение полости матки. Возбудителей острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній до сихъ поръ не удалось обнаружить въ ткани; возможно, что эти измѣненія вызываются токсинами, содержащимися въ сокахъ тѣла.

При холерѣ Славянскій нашелъ всю слизистую оболочку усыянной экстравазатами, иногда кровь находилась свободно въ полости матки.

Внѣ послѣродового періода вслѣдствіе скопленія лейкоцитовъ въ мышечной соединительной ткани образуется размягченіе, абсцессъ. Наиболѣе частыми возбудителями болѣзни и здѣсь являются гноеродныя бактеріи, рѣдко обнаруживаются въ гноѣ гонококки или туберкулезныя бациллы; еще рѣже происходитъ, вслѣдствіе закупорки сосудовъ кокками, частичное омертвѣніе куска стѣнки, т. е. образуется *metritis dissecans*.

Значительно чаще наблюдается *хроническій метрозндометритъ*, который можетъ остаться послѣ острой инфекции, напр., при гонорреѣ. Въ большинствѣ случаевъ процессъ имѣетъ съ самаго начала хроническое теченіе, ограничиваясь эндометріемъ или міометріемъ; болѣею частью поражены обѣ ткани одновременно. Въ своемъ классическомъ сочиненіи: „патологическая анатомія женскихъ половыхъ органовъ“ Klob далъ намъ наблюдаемую до сихъ поръ картину хроническаго метрита. Матка при этомъ равномерно увеличена, стѣнка утолщена въ 3—4 раза, полость умѣренно расширена. Сообщенія объ увеличеніи матки до пупка невѣрны и основаны на смѣшеніи съ міомами. Длина, измѣряемая зондомъ, составляетъ 10—12 сант. Утолщено не только тѣло, но и шейка матки (*metritis colli*).

Scauzoni различалъ два стадія хроническаго метрита, а именно, періоды инфильтраціи и затвердѣнія; въ первомъ случаѣ наблюдаются разрыхленіе, обиліе соковъ, круглыя клѣтки, а потомъ сморщиваніе и зарубцеваніе соединительной ткани.

Позднѣйшія изслѣдованія показали, что хроническій метритъ сопутствуетъ также другимъ измѣненіямъ матки, напр., міомъ и раку. При этомъ происходитъ, по мнѣнію Bartelsman'a, гиперплазія мышечныхъ клѣтокъ, какъ это бываетъ во время беременности.

Theihaber и другія производили затѣмъ подробныя изслѣдованія о болѣе тонкомъ строеніи міометрія и пришли къ заключенію, что наиболѣе существеннымъ является увеличеніе интерстиціальной соединительной ткани. У ребенка соединительная ткань превалируетъ надъ мышечной; ко времени наступленія половой зрѣлости мышцы матки достигаютъ полного своего развитія; въ послѣродовомъ періодѣ матка нѣсколько увеличена, такъ какъ соединительная ткань меньше подвергается процессу обратнаго развитія, чѣмъ мышечная. Если превалированіе соединительной ткани происходитъ рано, до наступленія климактерія, то матка становится, по мнѣнію Theihaber'a, недостаточной, она не можетъ въ достаточной степени сократиться. Одновременно съ этимъ наблюдается сильное наполненіе сосудовъ.

По мнѣнію другихъ (Reinicke), первичнымъ является артеріо-склеротическое измѣненіе сосудовъ.

Къ такому же заключенію пришелъ недавно и Rankow. По его мнѣнію, вообще не бываетъ идиопатическаго хроническаго метрита въ томъ смыслѣ, что увеличеніе матки сопровождается также опредѣленными клиническими явленіями. Ни величина матки, ни консистенція ея, ни разрощеніе соединительной ткани, ни измѣненія сосудовъ, особенно наблюдающіяся въ видѣ склероза беременности въ маткѣ рожавшей женщины, не даютъ никакихъ основаній для признанія хроническаго метрита. Всѣ эти измѣненія могутъ быть какъ въ большой, такъ и въ малой маткѣ, какъ у женщинъ, страдавшихъ кровотеченіями, такъ и у свободныхъ отъ нихъ. Rankow склоненъ совершенно отказаться отъ

названія хроническаго метрита и замѣнить его названіемъ *metrorpathia chronica haemorrhagica*, которое, въ зависимости отъ возраста больной, можетъ быть юношескимъ, старческимъ и т. д.

Schickele и Keller точно изслѣдовали матки, удаленныя въ моей клиникѣ, вслѣдствіе кровотеченій, опредѣляли увеличеніе соединительной ткани по Theilhaber'у и пришли къ заключенію, что неправильно мнѣніе, будто интенсивность кровотеченій зависитъ отъ недостаточно развитой мускулатуры или превалированія соединительной ткани. Они пришли къ заключенію, что различіе въ гистологическомъ строеніи (мускулатуры, соединительной ткани, сосудовъ) зависитъ отъ индивидуально различной эволюціи и что большее значеніе имѣетъ вліяніе возраста, менструаціи и родовъ.

Эти авторы также не признаютъ хроническій метритъ патолого-анатомическимъ состояніемъ.

Теоретически это, быть можетъ, и правильно, но практически мы все же не можемъ не отнести въ рубрику хроническаго метрита плотныя, большія и утолщенныя матки, безразлично, преобладаетъ ли соединительная ткань или мускулатура.

То же происходило и съ названіемъ эндометрита. Последнее означаетъ не воспаленіе, а измѣненіе слизистой оболочки матки, безразлично, явилось ли оно послѣдствіемъ



Рис. 105. *Hyperplasia diffusa mucosae corporis uteri* (фунгозный эндометритъ).

остраго воспаленія, или, какъ это почти всегда бываетъ, оно съ самаго начала было хроническимъ, т. е. выражалось гиперплазіей эндометрія.

Наше знакомство съ хроническими измѣненіями эндометрія началось въ то время, какъ Récamier предложилъ кюретту для выскабливанія полости матки (середина 19-столѣтія). Всѣ данныя, сообщавшіяся раньше, относились къ результатамъ изслѣдованія на трупахъ. Olshausen первый предложилъ въ Германіи выскабливаніе, ему мы обязаны понятіемъ о *endometritis fungosa*.

Долгое время господствовало ученіе К. Ruge. Согласно мнѣнію послѣдняго, железистая форма характеризуется слѣдующими признаками: слизистая оболочка имѣетъ въ толщину до 5 миллим.; поверхность эндометрія, благодаря устьямъ железъ, похожа на рѣшето; наблюдаются гиперплазія и образованіе новыхъ железъ, вслѣдствіе чего на продольномъ разрѣзѣ получаютъ картины, похожія на пилу или пробочникъ, интерстиціаль-

ная ткань совершенно отбѣсна. При интерстиціальной формѣ преобладаетъ разрощеніе межзубочной ткани, сосуды расширены, извиты, строма



Рис. 106. Endometritis chronica interstitialis.

наполнена круглыми кѣтками. Увеличенныя кѣтки стромы похожи на децидуальныя. Подъ *endometritis diffusa* Ru ge понимаетъ случаи, въ

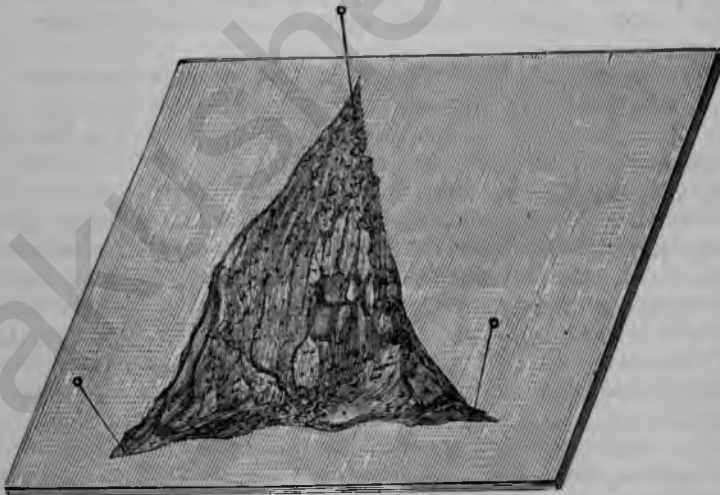


Рис. 107. Кусокъ decidua menstrualis натур. величины.

которыхъ какъ железы, такъ и межжелезистое вещество участвуютъ въ утолщеніи и разрощеніи слизистой оболочки.

Послѣ того, какъ *Hitschmann* и *Adler* показали, что ми-

микроскопическая картина слизистой оболочки матки не постоянна, а обнаруживает периодические изменения, стало понятным желание пересмотреть учение об эндометритѣ; при этомъ само собою разумѣлось, что микроскопическая картина, полученная на соскобленныхъ кускахъ, должна быть различна, въ зависимости отъ времени, когда произведено выскабливаніе. Картина *endometritis glandularis*, данная *Ruge*, соответствуетъ предменструальному стадію *Hitschmann'a*; послѣдній признаетъ только интерстиціальныи эндометритъ. Другіе изслѣдователи, какъ *Albrecht*, *Hartge*, *Schwab* признавали также существованіе *endometritis glandularis*, характеризующагося гиперплазіей железъ, причемъ въ происхожденіи его играютъ роль хроническіе воспалительныя процессы особенно сосѣдней ткани. За дѣйствительную гипертрофію говорятъ обнаруживающаяся гиперплазія железъ въ промежуткахъ между менструаціями и во время менопаузы. Измѣненія въ слизистой оболочкѣ сопровождаются хронической гипереміей ея, что даетъ поводъ къ кровотечениямъ, наступающимъ раньше и бывающимъ болѣе интенсивными.

Schickele и *Keller* на основаніи своихъ тщательныхъ изслѣдованій, произведенныхъ отчасти на соскобленномъ матеріалѣ, отчасти на экстирпированныхъ маткахъ, пришли къ заключенію, что, дѣйствительно, имѣются гиперплазія и гипертрофія маточныхъ железъ, но это ничего общаго не имѣетъ съ воспаленіемъ; по ихъ мнѣнію, болѣе подходило бы названіе гиперпластическаго и гипертрофическаго эндометрія.

Другой вопросъ, можно ли признавать существованіе этиологической связи между гиперплазіей и маточными кровотечениями; первая можетъ во всякомъ случаѣ отсутствовать при кровотеченияхъ, а послѣднихъ можетъ не быть въ случаяхъ, въ которыхъ имѣется увеличеніе железъ. Зато при кровотеченияхъ всегда имѣются гиперемія и отечное пропитываніе слизистой оболочки.

Что касается вопроса о причинахъ образованія хроническаго метрита и эндометрита или хронической гиперплазіи эндометрія, то большинство приводившихся раньше причинъ и случайныхъ моментовъ считается правильнымъ и въ настоящее время.

Сюда относится недостаточное обратное развитіе матки послѣ родовъ и особенно послѣ выкидышей, измѣненія въ положеніи матки, особенно кзади, рѣже *anteflexio* съ образованіемъ остраго угла, выпаденіе съ опущеніемъ матки, суженіе шейки съ задержкой секрета. Далѣе, метритъ и эндометритъ всегда сопровождають міому и раковую опухоль.

Всѣ разстройства кровообращенія, вывающія активную или пассивную гиперемію, могутъ дать поводъ къ образованію метроэндометрита; сюда относятся пороки сердца, заболѣванія легкыхъ и печени, далѣе, чрезмѣрные или неправильныя совокупленія (*coitus reservatus* или слабосиліе мужа); далѣе, эндометритъ развивается на почвѣ общей анэмій, хлороза, гемофилии и т. д. даже у дѣвицъ. Слѣдуетъ также отмѣтить, что болѣе пожилой возрастъ женщины (по даннымъ *Ruge*, 50% всѣхъ страдающихъ этой болѣзнью женщинъ находятся въ возрастѣ 45 лѣтъ и старше) и большее число родовъ и выкидышей предрасполагають къ образованію эндометрита.

Послѣ того, какъ подробнѣе стали заниматься вопросомъ объ отношеніи внутренней секреціи къ наступленію нормальной менструаціи,

понятнымъ было желаніе объяснить многіе случаи патологическихъ кровотеченій патологической секретіей яичниковъ. Слѣдуетъ, однако, имѣть въ виду, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ эндометрита и его послѣдующихъ явленій наблюдаются патологическія измѣненія въ яичникахъ (мелкокостовидное перерожденіе), въ другихъ же такія измѣненія наблюдаются и помимо эндометрита. Далѣе, достойно вниманія, что самыя тяжелыя измѣненія яичниковъ, напримѣръ, образованіе многихъ кистъ и рака не сопровождается обыкновенно заболѣваніемъ эндометрія. Скорѣе можно согласиться съ Czepin'омъ, находящимъ, что обостряющіеся воспалительные процессы въ одномъ или обоихъ яичникахъ, быть можетъ, съ участіемъ трубъ даютъ поводъ къ эндометрическимъ кровотеченіямъ.

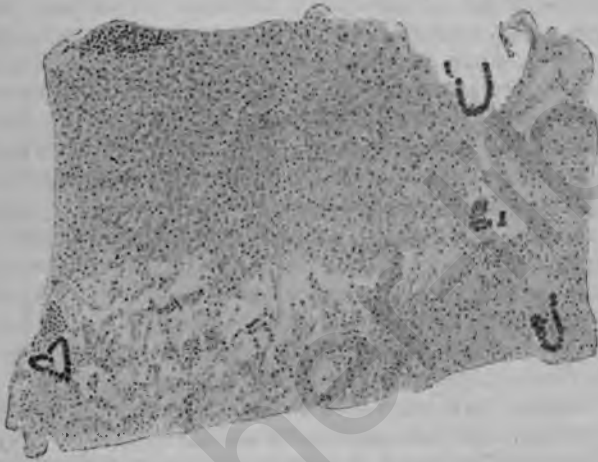


Рис. 108. Endometritis membranacea. Эпителий большей частью погибъ, немного железъ, интерстиціальная соединительная ткань децидуально измѣнена.

Наконецъ, слѣдуетъ еще упомянуть объ *endometritis exfoliativa*, называвшемся раньше *dysmenorrhoea membranacea*. При этой формѣ часто выдѣляются въ теченіе долгаго времени при каждой менструаціи слѣпки полости матки, мѣшокъ съ тремя концами толщиной въ 2—3 миллиметра (*decidua menstrualis*, рис. 107).

Въ рѣдкихъ случаяхъ мѣшокъ оказывается хорошо сохранившимся, и на немъ ясно видны устья трубы и внутренней маточной звѣзды, обыкновенно же онъ разрывается, такъ что остаются только куски, шероховатые снаружи и гладкіе, какъ бархатъ, внутри съ устьями маточныхъ железъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи обнаруживаются между многочисленными, по Gebhard'у, своеобразно зазубренными железами въ межжелезистой ткани то мелкозернистый экссудатъ, то эритроциты. Кѣтки стромы похожи на децидуальныя.

По мнѣнію Gottschalk'a, отдѣленіе оболочки происходитъ не вслѣдствіе экссудата, а вслѣдствіе кровоизліянія, вызываемаго тромбозомъ венъ слизистой оболочки.

Eiske, указавшій недавно на трудность отличія *decidua men-*

strualis отъ decidua graviditatis, находятъ, что плазматическія клѣтки, наблюдаемыя при эндометритѣ, отсутствуютъ при endometritis exfoliativa.

Симптомы. Картина *остраго метроэндометрита* сама по себѣ трудно поддается описанію. При остромъ септическомъ метроэндометритѣ въ послѣродовомъ періодѣ или послѣ гинекологическихъ операций мѣстные явленія мало замѣтны въ сравненіи съ тяжелыми симптомами общаго отравленія; даже въ тяжелыхъ случаяхъ температура не всегда обнаруживаетъ значительное повышение, наоборотъ, пульсъ частый, самочувствіе плохое, чувствительность матки указываетъ на пораженіе брюшины; выдѣленія то увеличены, то уменьшены; если инфекция совпадаетъ съ временемъ наступленія менструаціи, то послѣдняя можетъ отсутствовать. При остромъ гнойномъ эндометритѣ имѣются обильныя, сильно развѣдающія выдѣленія, источникомъ которыхъ, однако, не всегда служитъ только эндометрій. Если воспаленіе переходитъ на серозный покровъ пузыря, то появляются расстройства послѣдняго, далѣе, хроническіе запоры, задержка отхожденія вѣтровъ, самопроизвольная боль къ глубинѣ таза и чувствительность при надавливаніи въ нижней части hypogastrii. Въ случаѣ абсцесса матки, появляются признаки остраго пельвеоперитонита.

Явленія остраго метроэндометрита при общихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, холерѣ, скарлатинѣ, оспѣ и дифтеріи совершенно отходятъ на задній планъ предъ явленіями общаго заболѣванія.

Въ клинической картинѣ *хроническаго метроэндометрита* преобладаютъ расстройства менструаціи и бѣли. Главныя измѣненія слизистой оболочки матки состоятъ въ сильной гипереміи до и во время менструаціи, послѣдняя наступаетъ поэтому раньше, длится 8—10 дней и даже 2—4 недѣли; сильное кровотеченіе бываетъ при этомъ только вначалѣ, а потомъ оно уменьшается и отходитъ даже камнями, а при слѣдующей менструаціи вновь усиливается. Боли при кровотеченіи не всегда наблюдаются, онѣ имѣются, главнымъ образомъ, при пораженіи міо- и периметрія, онѣ, слѣдовательно, интенсивны, главнымъ образомъ, передъ наступленіемъ менструаціи и въ началѣ ея, при появленіи же обильнаго кровотеченія онѣ уменьшаются. Очень упорныя кровотечения у молодыхъ дѣвушекъ въ періодѣ развитія, у которыхъ послѣ свободнаго промежутка въ нѣсколько мѣсяцевъ появляется кровотеченіе, продолжающееся нѣсколько недѣль.

Миѣніе Вренпеске, считающаго причиной этихъ расстройствъ заболѣванія яичниковъ, хроническій оофоритъ и утолщеніе albuginea согласуется съ результатами наблюденій Frankel'я о томъ, что недостаточное развитіе corpus luteum вызываетъ прекращеніе менструаціи; но неправы позднѣйшіе изслѣдователи, которые въ виду того, что при кровотеченияхъ не всегда обнаруживаются измѣненія эндо- и міометрія, склонны причиной такихъ кровотеченій считать заболѣванія яичниковъ.

Въ промежуткахъ между регулами наблюдаются усиленныя выдѣленія; секретъ матки жидкій, мутный, содержитъ гной и микроорганизмы; въ большинствѣ случаевъ мы получаемъ секретъ тѣла матки вмѣстѣ съ таковымъ шейки и не можемъ поэтому установить степень участія каждаго изъ нихъ. Въ случаяхъ, въ которыхъ требуется распознаваніе каждаго секрета въ отдѣльности, получаютъ маточныя выдѣленія посредствомъ специально для этой цѣли конструированныхъ стеклянныхъ тру-

бокъ (Küstner), а секретъ шейки помощью пробнаго тампона по В. S. Schulze.

Въ противоположность обыкновенному эндометриту, характеризующемуся кровотечениями и бѣлями, Schröder описалъ форму *дисменорройного эндометрита*, при которомъ главнымъ симптомомъ является боль въ началѣ менструаций, до выдѣленія крови, и назвалъ ее интерстиціальной. Наличие такой формы нельзя отрицать, но при ней значительную роль играетъ также шейка, на что, по Schröder'у, указываетъ частота ея у дѣвушекъ и нерожавшихъ женщинъ.

При хроническомъ опуханіи матки больныя жалуются на чувство тяжести и давленія въ тазу, на иррадирующую боль въ крестцѣ и на позывы на мочу. Къ этому присоединяются хроническіе запоры, отвращеніе къ совокупленію и болѣзненность его. Зачатіе не исключается, особенно при метрэндометритѣ послѣ неправильно протекшаго послѣ-родового періода; у нѣкоторыхъ женщинъ наблюдается даже слишкомъ быстрое зачатіе. При *endometritis atroplica* и *exfoliativa* послѣднее значительно рѣже наблюдается. Во всѣхъ случаяхъ имѣется опасность выкидыша, ибо, какъ Veit впервые показалъ, образуется *endometritis deciduae*, легко ведущій къ аборту, *placenta praevia* или *manginata*. Въ другихъ случаяхъ, особенно при сильномъ пораженіи міометрія, больныя больше страдаютъ въ первые мѣсяцы беременности; хронически инфильтрированный органъ оказываетъ, повидимому, больше сопротивленія разрыхленію, или схватки во время беременности ощущаются болѣзненнѣе.

Endometritis exfoliativa сопровождается обыкновенно судорожной болью, въ единичныхъ случаяхъ наблюдается до выдѣленія мембраны легкое повышение температуры.

При *неосложненномъ метрэндометритѣ* въ промежуткахъ между регулами не ощущаютъ боли; продолжительныя или появляющіяся послѣ каждаго напряженія боли указываютъ на сопутствующій периметритъ. Нѣкоторыя женщины страдаютъ при этомъ сильной *мастодиніей*: за 10—14 дней до наступленія менструаціи груди сильно опухаютъ, онѣ тверды и болѣзненны до момента появленія крови; въ другихъ случаяхъ наиболѣе интенсивная боль ощущается въ предменструаціонномъ періодѣ; далѣе, къ картинѣ эндометрита въ нѣкоторыхъ случаяхъ относится характерная мигрень, достигающая наибольшей интенсивности въ промежуткахъ между регулами, до наступленія менструаціи или непосредственно послѣ ея прекращенія. Съ излеченіемъ эндометрита исчезаетъ такое и мигрень. Изъ другихъ симптомовъ заслуживаютъ вниманія всевозможныя явленія со стороны желудка: ощущеніе давленія, плохое пищевареніе, тошнота, рвота, временами волчій аппетитъ, т. е. нервная диспепсія.

Въ случаяхъ тяжелого и застарѣлаго метрита наблюдаются болѣзненные явленія, описанныя Негатомъ, какъ симптомы поясничной части спинного мозга, и вызываемыя отчасти непосредственнымъ давленіемъ матки, особенно опухшей шейки, на нервные сплетенія въ тазу, отчасти вастоемъ въ венахъ, находящихся рядомъ съ нервными путями: боли въ крестцѣ, въ ягодицахъ, въ копчикѣ, въ области *n. ischiadici* и *cruralis*. Со стороны органовъ кровообращенія наблюдаются сердцебиеніе, приливы крови, смѣняющіеся ощущеніемъ холода въ конечностяхъ. Менѣе характерны рефлекторныя разстройства въ органахъ дыханія,

нервный раздражительный кашель при отсутствіи измѣненій въ гортани, чрезвычайно мучительный для больныхъ, является такимъ же частымъ признакомъ неправильнаго положенія матки, какъ и метрита.

Наиболѣе тяжелыя рефлкторныя явленія наблюдаются со стороны центральной нервной системы; разъ появившись, нѣкоторыя формы болѣзни достигаютъ такой интенсивности, что первоначальная картина хроническаго метрита совершенно отступаетъ на задній планъ. Сюда относятся головная боль, мигрень, *clavus, globus*, со стороны зрительнаго аппарата разстройство аккомодаци и астенопія; слухъ же, запахъ и вкусъ въ общемъ рѣже нарушаются. Въ случаѣ продолжительнаго существованія развивается картина *neurasthenia spinalis* или *segebralis*, рѣже истерія, но при этомъ, несомнѣнно, играетъ роль нейропатическое предрасположеніе. Эти многочисленныя нервныя явленія приводятъ къ тому, что многія больныя вѣчно жалуются на боль; если общія нервныя явленія не очень интенсивны, то послѣ исчезанія мѣстныхъ симптомовъ больныя чувствуютъ себя хорошо только въ теченіе послѣднихъ 8—10 дней до наступленія менструаціи; мѣстныя явленія исчезаютъ медленно съ наступленіемъ менструаціи, но позже всѣхъ исчезаютъ явленія со стороны заболѣвшихъ центральныхъ органовъ.)

Распознаваніе метроэндометрита на основаніи анатомическихъ данныхъ, какъ это видно изъ вышеприведенныхъ работъ, въ большинствѣ случаевъ невозможно. До тѣхъ поръ, пока мы не изучили подробно патологическую физиологію яичниковъ, мы имѣемъ право распознавать клинической метроэндометритъ; мы понимаемъ подъ этимъ не воспаленіе, а гиперемію матки со всѣми послѣдствіями этого процесса, т. е. кровотеченіями и гиперсекреціей. Сильныя кровотеченія въ послѣродовомъ періодѣ или незадолго до наступленія климактеріи дѣлаютъ діагнозъ вѣроятнымъ; далѣе, тѣ же явленія наблюдаются при неправильныхъ заболѣваніяхъ матки и при міомахъ ея. При большинствѣ инфекціонныхъ заболѣваній, вслѣдствіе тяжести болѣзни, явленія остраго метрита не распознаются, исключеніе составляетъ острый гонорройный метроэндометритъ.

Весьма важно для клиническаго діагноза хроническаго метроэндометрита то обстоятельство, что вызываемыми имъ кровотеченіями почти исключительно страдаютъ женщины, поддерживающія половыя сношенія, производившія роды и выкидыши, у которыхъ, слѣдовательно, возможно анатомическое поврежденіе матки. Въ этихъ случаяхъ достаточно бываетъ иногда примѣненіе зонда: полость удлинена, широка, при осложненіи метритомъ стѣнка утолщена, дно матки обнаруживаетъ шероховатости, и зондированіе вызываетъ отхожденіе небольшого количества крови; чувствительность дна матки при зондированіи наблюдается только при пораженіи ткани матки, т. е. при метритѣ. При тяжелыхъ кровотеченіяхъ у молодыхъ дѣвушекъ въ періодѣ развитія часто отсутствуютъ данныя для распознаванія метроэндометрита, и приходится скорѣе допустить неправильное функціонированіе яичниковъ.

Отличительное распознаваніе между хроническимъ метритомъ и беременностью бываетъ труднымъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ менструація опаздываетъ, слѣдовательно, въ началѣ климактеріи, а также въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ въ теченіе продолжительнаго времени отсутствовала беременность; характерныя для метрита плотность и болѣзненность матки наблюдаются также въ первые 3—4 мѣсяца беременности, а Нег а г'овскій признакъ беременности можетъ отсутствовать.

Труднымъ можетъ также быть отличие метрита отъ міомъ; при интерстиціальныхъ и подслизистыхъ міомахъ матка можетъ быть просто увеличенной, и только ощупываніемъ удается поставить діагнозъ; иногда бываетъ достаточнымъ обнаруженіе одного только субсерознаго узелка въ стѣнкѣ матки.

Состояніе шейки въ общемъ не характерно для этой болѣзни; если болная не рожала, и отсутствуютъ катарръ шейки и эрози, то шейка совершенно закрыта; при сильномъ катаррѣ съ эрозіей можетъ у нерожавшей женщины наблюдаться поперечное зіяніе шейки, и возможно даже смѣшеніе съ боковыми разрывами.

Для болѣе *точнога* распознаванія измѣненій слизистой оболочки матки издавна примѣняютъ, по предложенію В. Schultze, *пробный тампонъ*.

Помощью его Schultze стремится опредѣлить количество и свойства маточныхъ выдѣленій. Желобоватымъ зеркаломъ обнажаютъ влагалищную часть, ваткой на зондѣ освобождаютъ ее и шейку отъ секрета и кладутъ тампонъ, поверхность котораго, обращенная въ сторону portio, смочена растворомъ танина въ глицеринѣ (1:4); спустя 24 часа удаляютъ его, причемъ онъ плотно бываетъ склеенъ съ слизистой оболочкой portio. Вода изъ маточныхъ выдѣленій вытекла, а на тампонѣ остаются форменныя составныя части выдѣленій въ видѣ студенистой, прозрачной, слизистой массы; при катарральномъ эндометритѣ, вмѣсто прозрачной массы, находится на тампонѣ желтый или зеленый гной, который, по мнѣнію Schultze, легко отличается отъ цервикальныхъ выдѣленій, равномерно смѣшанныхъ съ гноемъ. Пробный тампонъ, такимъ образомъ, имѣетъ значеніе лишь въ случаяхъ чистаго катарра тѣла матки безъ пораженія шейки. О частотѣ изолированнаго катарра тѣла матки мнѣнія расходятся. Въ то время, какъ по Schröderу, онъ рѣдко наблюдается, Schultze считаетъ его частымъ явленіемъ. Болѣе простымъ кажется способъ, предложенный Hildebrandтомъ, состоящій въ высасываніи шприцомъ Graup'a содержимаго полости матки. Доказательнымъ является, конечно, только положительный результатъ; несмотря на имѣющійся гнойный секретъ шприцъ можетъ оказаться пустымъ, ибо трудно сдѣлать полость шейки непроницаемой для воздуха.

Въ случаяхъ обильнаго кровотоchenія при фунгозномъ эндометритѣ Olshausen'a вспомогательнымъ діагностическимъ средствомъ является *пробное выскабливаніе*, съ цѣлью сдѣлать посредствомъ микроскопическаго изслѣдованія возможнымъ отличительное распознаваніе отъ злокачественнаго новообразованія слизистой оболочки матки. При гиперплазиі эндометрія находятъ вышеописанныя разроцненные железы; если послѣднія отсутствуютъ, то выскабливаніе и микроскопическое изслѣдованіе дадутъ отрицательный результатъ. При кровотоchenіяхъ же въ болѣе пожиломъ возрастѣ, особенно въ климактеріи, выскабливаніе является рѣшающимъ.

Ощупываніе слизистой оболочки матки для діагностическихъ цѣлей я произвожу въ томъ случаѣ, если выскабливаніе осталось безрезультатнымъ, или если съ самаго начала величина матки, зіяніе шейки и боли въ видѣ схватокъ указываютъ на образованіе полиповъ въ полости матки. Примѣненіе зонда оказывается здѣсь недостаточнымъ, онъ часто обнаруживаетъ болѣе значительное возвышеніе, на самомъ же дѣлѣ оказывается шереховатая поверхность гиперпластической слизистой оболочки матки. Необходимое для прошупыванія расширеніе полости шейки достигается введеніемъ палочки ламинариі. Этотъ способъ проще, чѣмъ hysterotomia anterior, и имѣетъ поэтому преимущество, если только не предполагается присутствіе полипа.

Предсказаніе при устраненіи послѣдствій простыхъ измѣненій эндометрія, согласно позднѣйшимъ изслѣдованіямъ, неодинаково. Оно благопріятно

въ случаяхъ гиперплазіи слизистой оболочки, вызванной послѣродовымъ процессомъ и неправильнымъ положеніемъ матки; оно менѣе благоприятно для эндометрита на почвѣ конституціональныхъ болѣзней и у нерожавшихъ. Неблагоприятно предсказаніе при гонорройномъ эндометритѣ, такъ какъ гоноррея рѣдко ограничивается эндометріемъ, и послѣ излеченія эндометрита остаются хроническія заболѣванія трубъ. *Endometritis exfoliativa* часто не поддается леченію и рецидивируетъ, несмотря на произведенное выскабливаніе; несмотря на это, я наблюдалъ у такихъ больныхъ зачатіе; *Löhlein* также считаетъ опасность безплодія небольшой. *Endometritis atrophicans* недоступенъ леченію, но послѣ наступившаго климактерія не обнаруживаетъ больше никакихъ явленій.

При хроническомъ метритѣ полное излеченіе столь рѣдко, что такой специалистъ, какъ *Scanzoni*, говоритъ: „хроническій метритъ неизлечимъ“. Тяжелыя измѣненія матки, утолщеніе и уплотненіе стѣнки никогда, конечно, не могутъ совершенно исчезнуть, даже послѣродовой періодъ не оказываетъ въ этомъ отношеніи вліянія; но подобно тому, какъ при туберкулезномъ процессѣ въ верхушкѣ легкаго или при язвѣ желудка мы говоримъ объ излеченіи, если даже остаются нѣкоторые симптомы болѣзни, точно такъ же мы можемъ считать метритъ излечившимся, если устранены всѣ болѣзненные явленія. Такимъ образомъ, прогнозъ *quoad restitutionem completam* требуетъ осторожности, особенно въ виду возможности рецидива, и не надо удивляться, если, несмотря на отсутствіе опасности для жизни, больныя и врачи рѣшаются на сложныя операціи, лишь бы хоть нѣсколько измѣнить мучительное состояніе; не слѣдуетъ при этомъ только забывать, что всякаго рода мѣстные симптомы удается устранить, но не хроническую нервную болѣзнь.

При острыхъ инфекціонныхъ эндометритахъ смертельной исходъ вызывается не самимъ процессомъ, но иногда и общей инфекціей.

Леченіе. При остромъ метроэндометритѣ настоятельно рекомендуется выжидательное леченіе: постельный покой, холодные или теплые компрессы, а въ случаѣ сильной боли — наркотическія средства, далѣе, простыя промыванія водой или дезинфицирующей жидкостью (пергидроломъ, *kal. permang.*); рѣже бываетъ полезно кровопроизвлеченіе на промежности или *portio*; слабительныя средства умѣстны только при отсутствіи явленій перитонита. Это леченіе показано прежде всего при гонорройной инфекціи въ остромъ и подостромъ стадіяхъ; прежде всего слѣдуетъ запретить половыя сношенія, и для этого цѣлесообразно перевести больную въ клинику. Въ леченіи хроническаго метроэндометрита играетъ большую роль профилактика, состоящая въ установленіи правильной діететики при менструаціи, въ послѣродовомъ періодѣ и въ брачной жизни.

Отсюда слѣдуетъ общее правило: не во всякомъ случаѣ хроническаго метрита слѣдуетъ примѣнять мѣстное леченіе, особенно оно не должно примѣняться при эндометритѣ у дѣвушекъ, вызванномъ общими причинами; и при атрофическомъ эндометритѣ въ климактерическомъ періодѣ.

Общее леченіе должно съ самаго начала преобладать надъ мѣстнымъ. Многія больныя и раньше были малокровныя, а другія становятся таковыми во время леченія; задачей врача является регулированіе діеты, назначеніе въ пищу обильнаго количества яицъ, мяса и молока; для усиленія аппетита назначаются *stomachica*, особенно горечи, хининъ въ различныхъ препаратахъ, лекарственныя вина, содержащія хининъ, пепсинъ, пептонъ, вино С.-Рафаэля; далѣе, назначаютъ желѣзо; мы имѣемъ въ настоящее время большой выборъ такихъ препаратовъ,

нужно только слѣдить за тѣмъ, чтобы желѣзо не испортило пищеваренія и не вызвало запора; если послѣднее имѣетъ мѣсто, то цѣлесообразно назначеніе *pil. aloët. ferrat.* или желѣзо съ магнезіей въ таблеткахъ. Отвлеченіе на кишечникъ достигается клистирами, массажемъ толстыхъ кишекъ, горькими водами, *pulv. liquir. comp.*, ревенемъ, *cascara sagrada*, подофиллиномъ, пургеномъ, и т. д.

Если преобладаютъ хроническіе запоры, то больныхъ направляютъ для леченія въ Киссингенъ, Висбаденъ, Мариенбадъ и т. д. Если на первомъ мѣстѣ находится анемія, то назначаютъ желѣзныя ванны.

Для общаго леченія хроническаго метроэндометрита пригодны соляныя и разсолныя ванны (0.5—10 кил. соли или 5—50 литровъ разсола на ванну); такія ванны можно принимать дома; еще лучше, въ виду перемѣны обычной обстановки, дѣйствуетъ пребываніе въ курортѣ съ соляными источниками; выборъ такого курорта дѣло врача. Во время пребыванія въ курортѣ мѣстное леченіе должно быть совершенно оставлено. Въ случаѣ преобладанія неврастеніи и истеріи показано леченіе въ соответствующей санаторіи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ которыхъ имѣется истощеніе, превосходные результаты приноситъ леченіе откармливаніемъ. Увеличеніе вѣса на 5—10 килогр. даетъ возможность больнымъ лучше переносить и побороть мѣстныя явленія; къ сожалѣнію, мы не имѣемъ критерія для сужденія о томъ, въ какихъ именно случаяхъ мы можемъ ожидать благоприятнаго результата.

Во время менструаціи больная должна въ теченіе нѣсколькихъ дней оставаться въ кровати и беречь себя. При дисменорреѣ показано примѣненіе тепла до тѣхъ поръ, пока не появится кровь, при сильномъ же кровотеченіи его не слѣдуетъ примѣнять долгое время; подкрѣпляютъ леченіе также наркотическія средства. При очень продолжительной и обильной менструаціи показаны препараты эрготина, секакорнина, *hydrastis*, *tinct. hamamelis*, *stypticin*, *stypol* и впрыскиванія питуитрина, также одновременно съ примѣненіемъ наркотическихъ средствъ. При сильной гипереміи матки и вызванной ею меноррагіи препараты эрготина и *hydrastis* должны даваться также и въ промежуткахъ между регулами, но въ меньшихъ дозахъ; за нѣсколько же дней до наступленія регулъ ихъ надо прекратить.

Примѣненіе теплыхъ промываній влагалища не имѣетъ ничего специфическаго для леченія хроническаго метрита и совпадаетъ съ терапіей катарра влагалища и шейки; въ свѣжихъ случаяхъ назначаютъ, слѣдовательно, дезинфицирующія, а потомъ вяжущія или сода, поваренная соль и маточный разсолъ.

Весьма цѣлесообразна, особенно при метритѣ, сопровождающемся болями, *кровоизвлеченіе*. Общее кровоиспусканіе (*Lisfranc*) оставлено, также примѣненіе пьавокъ къ *portio vag.* Кровоизвлеченіе достигается насѣчками *portio*, причемъ каждый разъ выдѣляютъ 1—2 столовыя ложки крови; въ промежутки между двумя регулами достаточно бываетъ 2—3 раза производить такія насѣчки. Если кровоизвлеченіе прежде всего дѣйствуетъ на *portio*, облегчая ея кровеносные и лимфатическіе сосуды, то оно потомъ оказываетъ вліяніе на кровообращеніе всего органа, вызывая вскорѣ уменьшеніе опуханія, уменьшеніе чувствительности и количества крови. Если въ дальнѣйшемъ теченіи насѣчки даютъ мало крови, то дѣйствія больше не получается. Для остановки кровотеченія

208
вводятъ потомъ тампонъ съ глицериномъ. Въ исключительныхъ случаяхъ, если вскрыта артерія, можетъ послѣдовать значительное кровотеченіе; больная должна поэтому въ случаѣ продолжающагося кровотечения увѣдомить объ этомъ врача. По мнѣнію M. Sim's'a, глицериновый тампонъ значительно усиливаетъ кровоизвлеченіе.

Со времени M. Sim's'a *тампонная влагалища* приобрѣла большое значеніе въ леченіи хроническаго метрорэндометрита; онъ рекомендовалъ примѣнять простые тампоны съ глицериномъ; далѣе, примѣняются тампоны съ іодглицериномъ (0.5 іода, 2.0 іодистаго калия и 200.0 глицерина), ихтиоль; тиоль, тигеноль-глицеринъ (5—10%), борный глицеринъ (1—5%), zinc. sulf. съ глицериномъ (5:100). Всѣ тампоны, кромѣ іодглицериновыхъ, можно вводить въ теченіе нѣсколькихъ дней подрядъ до тѣхъ поръ, пока сильное отслоеніе слизистой оболочки влагалища не потребуетъ паузы въ 1—2 дня; тампоны лучше всего вводить на ночь, такъ какъ вытекающій секретъ можетъ быть неприятенъ больной. Въ другихъ случаяхъ хорошія услуги оказываетъ смазываніе *portio* и влагалище іодомъ, повторяемое 1—2 раза въ недѣлю; при чувствительности околоматочныхъ связокъ назначаютъ суппозиторіи (съ 0.1—ихтиола и тигенола или 0.01 іода). Эти средства оказываютъ несомнѣнное дѣйствіе въ незапущенныхъ случаяхъ; мнѣ всегда бросалось въ глаза уменьшеніе боли послѣ смазыванія іодомъ; спустя 6—12 часовъ послѣ удаленія тампона дѣлаютъ спринцеваніе влагалища. Внутренніе приемы іода бесполезны, вредны для желудка; то же можно сказать о внутреннемъ употребленіи ихтиола.

При менструаціи съ успѣхомъ примѣняются предложенныя Kiwisch'омъ *горячія влагалищныя спринцеванія*: 2—3 раза въ день въ *лежачемъ* положеніи больной производятся спринцеванія въ 40—50° Ц., а во время менструаціи не раньше 3 дня; такъ какъ эти спринцеванія вызываютъ сокращенія матки, то ихъ должно прекратить, какъ только уменьшается количество выдѣленій, и наступаетъ дисменоррея.

Въ качествѣ средствъ, усиливающихъ всасываніе и уменьшающихъ боль, рекомендуются также холодные и теплые компрессы съ примѣсью соли, Крейцнахскаго разсола, 90% спирта. Будучи примѣняемъ даже въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, компрессъ не теряетъ своего дѣйствія; нужно только класть его такъ, чтобы утромъ онъ былъ еще теплымъ и влажнымъ. Сюда относятся, далѣе, сидячія ванны изъ теплой воды или съ примѣсью 0.5 кил. соли, франценсбадской грязи или $\frac{1}{4}$ —1 литр. Крейцнахскаго разсола; ихъ принимаютъ вечеромъ передъ сномъ въ теченіе 10—20 минутъ; такъ же дѣйствуютъ при метрическихъ утолщеніяхъ общія теплыя ванны.

Мѣстное леченіе слизистой оболочки матки примѣняется уже издавна, особенно въ видѣ *прижиганій эндометрія*. Послѣднія полезны какъ при кровотеченияхъ, вызываемыхъ заболѣвшей слизистой оболочкой, такъ и при усиленной секретіи изъ матки въ промежуткахъ между регулами. Необходимымъ условіемъ является проходимость шейки, иначе, верхняя часть шейки суживается отъ прижиганій, и процессъ ухудшается, такъ какъ секретъ задерживается; прижиганія производятся поэтому у рожавшихъ женщинъ. Если введеніе въ полость матки зонда съ ваткой или маточной палочки удается безъ боли и сопротивленія послѣ того, какъ *portio* установлена была въ цилиндрическомъ зеркалѣ

(Menge предпочитаетъ желобчатое зеркало Neugebater'a) и передняя губа захвачена была щипцами, то внутриматочное прижиганіе возможно. Каналь шейки и полость матки вытирають сухой или смоченной глицериномъ ваткой, вводятъ въ зеркало, съ цѣлью опредѣлить путь, сначала простой зондъ, а потомъ ватный съ лекарствомъ. Рекомендуются начинать съ легкихъ средствъ, съ цѣлью испробовать чувствительность эндометрія; я начинаю съ неочищенного древеснаго уксуса, примѣняю затѣмъ 50% карболовый спиртъ, настойку іода (10—20%), sol. cupri sulf. (10—20%), растворъ формалина (30%), ихтиоль или чистый тигеноль. Для прижиганія слизистой оболочки при кровотеченіяхъ, примѣняютъ зондъ съ ваткой, пропитанной 5% растворомъ natr. carb. Я совѣтую, вопреки мнѣнію Veit'a, отказаться отъ примѣненія хлористаго цинка въ виду вызываемыхъ имъ глубокихъ струпеевъ и возможности послѣдующихъ кровотеченій. Смазываніе полости матки, вслѣдствіе стягиванія шейки, удастся только 1—2 раза въ теченіе одного сеанса; послѣ этого вводятъ на 12 часовъ тампонъ съ глицериномъ и предписываютъ больной покой. Повторяютъ прижиганія черезъ 6—14 дней; нерѣдко дѣлають ошибку, прижигая слишкомъ часто, ибо слизистая оболочка требуетъ нѣкотораго времени для своего восстановленія.

Если шейка недостаточна проходима, то расширяютъ ее модифицированными мною дилататорами Hegar'a до № 8, который нѣсколько толще зонда.

Другіе рекомендуютъ при эндометритѣ *промыванія матки*, способъ леченія, разработанный главнымъ образомъ В. S. Schultze. Дѣйствіе промываній состоитъ въ механическомъ удаленіи секрета, разжиженіи и раствореніи слизи примѣняемыми солями (растворомъ соды) и въ дезинфекціи. При промываніяхъ слѣдуетъ обращать вниманіе на то, чтобы вода хорошо вытекала, а въ случаѣ боли, они должны быть немедленно прекращены. Свои сомнѣнія о дѣйствительности промываній полости матки я изложилъ уже выше; все же слѣдуетъ признать, что расширеніи шейки вмѣстѣ съ ежедневнымъ промываніемъ приносятъ часто поразительные результаты, особенно при гнойномъ эндометритѣ съ рефлекторными явленіями со стороны желудка, головы и т. д.

Значительно болѣе дѣйствительнымъ средствомъ при эндометритѣ я считаю *тампонацію полости матки* послѣ предварительныхъ вытиранія и расширенія ея.

Захвативъ portio щипцами, расширяютъ шейку дилататорами до № 9, вытираютъ полость матки легкими дезинфицирующими веществами и вводятъ затѣмъ полоску марли длиной въ 2—3 метра и шириной въ 1—3 сант. съ маточной палочкой. Въ началѣ просовываютъ въ тѣло матки до дна столько марли, сколько оказывается возможнымъ, тампонируютъ также каналь шейки, а конецъ полоски съ прикрѣпленной ниткой остается въ влагалищномъ сводѣ. Я примѣняю стерилизованную или биоформную марлю или марлю, посыпанную дерматоломъ. Этимъ способомъ достигается лекарственное дѣйствіе на полость матки и удаленіе секрета, высушиваніе обильно отдѣляющей слизистой оболочки и длительное расширеніе шейки. Для достиженія успѣха тампонація должна производиться въ теченіе 2—3 недѣль. Тампонація менѣе сложна, чѣмъ расширеніе и промываніе, почти безопасна и должна была бы чаще примѣняться. Въ заключеніе смазываютъ настойкой іода или чистымъ тигеноломъ.

Этотъ способъ вытѣснилъ примѣнявшееся раньше *прижиганіе полости матки твердыми палочками* (lapis mitigatus, lap. divinus, таннинъ, liq. ferri).

Эти внутриматочныя прижиганія, производившіяся Credé, Martinomъ и друг. не имѣютъ во всякомъ случаѣ тѣхъ недостатковъ, которые присущи прижиганіямъ хлористымъ цинкомъ по D'Amont-rallierу (zinc, chlorat. I. farina 2), послѣ которыхъ часто наблюдались полная агрезія шейки или неизлечимая аменоррея, вслѣдствіе разрушенія слизистой оболочки до мышечнаго слоя.

То же самое многіе наблюдали послѣ примѣненія *внутриматочнаго шприца С. Граупа*.



Рис. 109. Кюретта съ сантиметровыми дѣленіями.

Объ опасностяхъ и послѣдствіяхъ внутриматочныхъ впрыскиваній было уже сказано выше, и такъ какъ, вопреки утверженію Spiegelberg'a, прижиганіе полости матки очень хорошо удается зондомъ съ ваткой, то многіе предпочитаютъ примѣнять послѣдній способъ, какъ менѣе опасный. Все же не слѣдуетъ совершенно выбросить внутриматочныя впрыскиванія изъ терапіи, такъ какъ они имѣютъ преимущество, не прижигая шейки. Впрыскиваютъ при эндометритѣ настойку іода, sol. ac. carb. spirit., растворъ формалина. Опасныя послѣдствія впрыскиваній предотвращаются, благодаря модифицированнымъ шприцамъ Rosner'a, v. Herff'a и друг.; каналы этихъ шприцевъ снабжены многочисленными отверстіями и оборачиваются ватой.

Главнымъ способомъ леченія эндометритическихъ кровотеченій является въ настоящее время *выскабливаніе матки* (Kürettage). Исторія этого способа леченія обнаруживаетъ быструю смѣну нашихъ взглядовъ. Предложенный въ концѣ 40-хъ годовъ прошлаго столѣтія Récamier способъ этотъ былъ въ началѣ 70 годовъ отвергнутъ Spiegelberg'омъ и Hidelbrandt'омъ, какъ слишкомъ грубый и примѣняемый въ темнотѣ. Заслуга его введенія въ Германію принадлежитъ Ols-hausen'у. Въ послѣднія двадцать лѣтъ, несомнѣнно, слишкомъ часто и безъ надобности производили выскабливаніе; неудачные результаты его примѣненія при эндометритѣ вмѣстѣ съ болѣе точными этиологическимъ и анатомическимъ изслѣдованіями, несомнѣнно, приведутъ къ тому, что примѣненіе этого метода будетъ снова ограничено.

Récamier употреблялъ сначала заостренное стальное кольцо, прикрѣпленное къ длинной, сгибающейся рукояткѣ и образующее съ осью тупой уголъ; кюретта Roux похожа на длинную ушную ложечку. Simon и Ols-hausen рекомендовали острую ложечку, введенную v. Volkman'омъ въ хирургію. По мнѣнію хирурговъ, для выскабливанія полости матки слѣдуетъ кюретку предпочесть острой ложечкѣ, такъ какъ послѣдней можно легче произвести прободеніе; острую ложечку можно примѣнять при выскабливаніи шейки и влагалищной части. Требуется цѣлый рядъ кюреттъ различной ширины; на разстояніи 7 сант. отъ верхушки онѣ имѣютъ сантиметровыя дѣленія въ видѣ циркулярной бороздки.

Поступаютъ слѣдующимъ образомъ: больная находится въ спинно-крестцовомъ положеніи; чувствительнымъ больнымъ даютъ наркозъ; дабы возможно было произвести выскабливаніе спокойно и основательно. Послѣ дезинфекціи вульвы и влагалища захватываютъ переднюю губу пулевыми щипцами,

дезинфицируют шейку и зондомъ опредѣляютъ длину, ширину и направление полости матки. Послѣ этого расширяютъ шейку до получения ширины, достаточной для прохождения кюретты; если шейка очень узка и и плотна, то, кромѣ растяженія, производятъ также инцизию. Послѣ этого вводятъ кюретку и выскабливаютъ при ante flexio сначала методически переднюю стѣнку; послѣ удаленія слизистой оболочки кюретта попадаетъ на плотную ткань матки, что замѣтно по звуку и по ощущенію. Повернувъ кюретку, выскабливаютъ заднюю стѣнку; для послѣдней можно употребить менѣе сильно изогнутую кюретку, также для передней стѣнки при retro flexio. Особенное вниманіе должно быть удѣлено выскабливанію дна матки и трубныхъ концовъ, ибо на этихъ мѣстахъ очень часто сидятъ полипы; для этой цѣли пользуются меньшей кюреткой. Кровотеченіе бываетъ обильнымъ только при выскабливаніи послѣ родовъ и выкидыша, но и въ этихъ случаяхъ оно не бываетъ угрожающимъ.

Опасность, сопряженная съ выскабливаніемъ, заключается въ прободеніи мягкой матки кюреткой; не слѣдуетъ поэтому послѣднюю вводить дальше, чѣмъ это указано было зондомъ. Можно также предотвратить опасность тѣмъ, что ассистирующее лицо (сестра милосердія, акушерка), держащее зеркало, кладетъ свою лѣвую руку на симфизъ. Если во время выскабливанія инструментъ внезапно проникаетъ глубже, то операція должна быть прервана. Промываніе я производжу послѣ операціи лишь при наличности вонючаго запаха или сильнаго кровотеченія при абортѣ; въ другихъ случаяхъ я прижигаю только 50% растворомъ карболовой кислоты или настоеккой іода; къ тампонаціи матки я прибѣгаю лишь при сильномъ кровотеченіи. Послѣ выскабливанія больная остается въ теченіе 6—8 дней въ кровати; производство этой операціи въ поликлиникѣ я считаю недопустимымъ.

Если при изслѣдованіи матки, произведенномъ до выскабливанія, обнаружены были болѣе плотныя полиповыя разроженія, недоступныя острой ложечкѣ, то рекомендуется ихъ удаленіе ложечными щипцами Schultze.

Въ послѣдующемъ леченіи замѣчается нежелательная полипрагмазія. Молодой слизистой оболочкѣ необходимо предоставить достаточно времени для восстановленія; такъ же, какъ въ послѣродовомъ періодѣ или послѣ аборта, не слѣдуетъ каждый день или черезъ день прижигать вновь образующуюся слизистую оболочку. Я не совѣтую поэтому каждые 2 дня впрыскивать въ полость матки іодную настойку и только по истеченіи 4 дней послѣ операціи я смазываю 1—2 раза настоеккой іода или карболовымъ спиртомъ. Эти смазыванія можно впослѣдствіи повторить.

При правильно и тщательно произведенномъ выскабливаніи удаляется все болѣзненное. Что слизистая оболочка быстро восстанавливается и бываетъ въ состояніи воспринять оплодотворенное яйцо, всѣмъ извѣстно.

Иначе дѣло обстоитъ съ длительнымъ результатомъ. Къ сожалѣнію, нерѣдки бываютъ рецидивы кровотеченій, и въ клиникѣ, приходится наблюдать большихъ, которыя подверглись выскабливанію 4—6 разъ. Если, несмотря на тщательно и основательно произведенное выскабливаніе, кровотеченіе повторяется, то причины этого слѣдуетъ искать не въ эндометріи, а въ міометріи и его сосудахъ, во всемъ сложеніи пациентки, рѣже въ неизвѣстныхъ еще заболѣваніяхъ яичниковъ, быть можетъ, также въ патологическомъ функціонированіи яичниковъ, или въ чрезмѣрной дѣятельности щитовидной железы.

Задачей будущаго является болѣе тщательный выборъ случаевъ для выскабливанія; тогда уменьшится и число неудачныхъ случаевъ. Операція

противопоказана при остромъ и подостромъ воспаленіяхъ матки, особенно при гонорройной инфекціи, также при остромъ и подостромъ воспаленіяхъ придатковъ; сальпинго-оофоритъ, параметритъ и пельвеоперитонитъ только ухудшаются послѣ операціи. Въ случаѣ, если сальпингитъ или трубные мѣшки не были распознаны, то вслѣдствіе разрыва срощеній можетъ попасть гной въ полость брюшины и вызвать тяжелый пельвеоперитонитъ и даже смертельный общій перитонитъ. При хроническомъ воспаленіи придатковъ не всегда удается обойтись безъ выскабливанія въ видѣ диагностическаго средства, но при этомъ нельзя сильно вытягивать матку.

Прогнозъ операціи слѣдуетъ почти во всѣхъ случаяхъ считать благопріятнымъ; но не распознанное прободеніе или воспаленіе придатковъ можетъ вызвать тяжелое заболѣваніе или даже смертельный исходъ.

Что касается результатовъ выскабливанія въ случаяхъ кровотеченій, то по статистикѣ 100 случаевъ изъ моей клиники въ Базелѣ немедленное излеченіе отмѣчено только въ 70%, улучшеніе въ 21%, неблагоприятный результатъ въ 10%; такіа же данныя получились въ клиникахъ въ Галле и Вюрцбургѣ. Болѣе позднія статистики даютъ значительно худшіе результаты. Изъ 500 случаевъ въ клиникѣ въ Іенѣ Busse отмѣчаетъ выздоровленіе только въ 10%, улучшеніе въ 20% и неудачу въ 60—70%. Keller и Schickele на основаніи матеріала нашей Страсбургской клиники (430 случаевъ) находятъ выздоровленіе въ 38%. Я нахожу, однако, обѣ эти статистики слишкомъ пессимистическими и полагаю, что при правильномъ подборѣ случаевъ и правильномъ послѣдующемъ леченіи можно въ частной практикѣ рассчитывать на 60—70% выздоровленія.

Худшіе результаты, полученные въ клиникахъ, объясняются недостаточнымъ подборомъ случаевъ и, быть можетъ, также недостаточно тщательнымъ послѣдующимъ леченіемъ.

Имѣются, несомнѣнно, случаи, въ которыхъ выскабливаніе не излечиваетъ маточныхъ кровотеченій; въ этихъ случаяхъ оно имѣетъ діагностическое значеніе, доказывая отсутствіе злокачественнаго заболѣванія и непригодность этого способа леченія въ данномъ случаѣ. Нельзя, однако, всѣ такіа кровотечения считать регуляторными и относить ихъ въ категорію расстройствъ обмѣна веществъ или функцій яичниковъ; въ большинствѣ такихъ случаевъ все же имѣются измѣненія въ маткѣ. Значительно меньше надежды на излеченіе такихъ кровотеченій общими средствами.

Быть можетъ въ послѣдствіи, при болѣе близкомъ знакомствѣ съ биохимическими процессами въ яичникѣ, удастся уменьшить задерживающее дѣйствіе яичниковыхъ гормонов на свертываемость крови.

Пока слѣдуетъ привѣтствовать попытки Busse впрыскиваніемъ сыворотки увеличить лейкоцитозъ и, слѣдовательно, также свертываемость крови.

Сюда же относится леченіе яичниковъ рентгеновскими лучами. Наблюденія послѣднихъ лѣтъ показали, что этотъ методъ леченія, дѣйствительно, вліяетъ на яичники; такимъ образомъ, при кровотеченияхъ, объясняемыхъ неправильной регуляціей кровообращенія, слѣдуетъ испробовать рентгенотерапію, но у молодыхъ особъ нужно соблюдать большую осторожность, чтобы не вызвать ранняго развитія климактерія или бесплодія (см. общую часть).

Въ теченіе нѣкотораго времени общее вниманіе привлекло введен-

ное впервые Снегиревымъ, а въ Германіи Pincus'омъ *atmokaucis*, т. е. разрушеніе слизистой оболочки до глубокихъ слоевъ текучимъ паромъ въ 106—115° Ц.; по мнѣнію Flatau, дѣйствуютъ мелкія капли горячей воды въ 75—85° Ц. Показанъ этотъ методъ леченія при всякаго рода кровотеченіяхъ, вызываемыхъ измѣненіями слизистой оболочки; такъ какъ, однако, наблюдались разрушеніе слизистой оболочки до самыхъ глубокихъ слоевъ и облитерация шейки, то не слѣдуетъ, какъ это дѣлаетъ Pincus¹⁾, рекомендовать это средство въ качествѣ специфическаго противъ маточныхъ кровотеченій. Его утвержденіе, будто атмокаузисъ недѣйствителенъ, если сократительные элементы матки погибли, довольно произвольно; у женщинъ въ климактерическомъ періодѣ, у которыхъ этотъ методъ главнымъ образомъ примѣнялся съ успѣхомъ, эти сократительные элементы подверглись перерожденію.

Я примѣнялъ этотъ способъ леченія только у женщинъ въ возрастѣ 40 лѣтъ, но совершенно отказался отъ него, находя, что онъ приноситъ скорѣе вредъ, чѣмъ пользу.

Вмѣсто предложеннаго 50 лѣтъ тому назадъ при хроническомъ метритѣ тѣла и шейки каленаго желѣза, Martin рекомендовалъ *ампутацію шейки*; этимъ надѣялись достигнуть исчезанія опуханія матки, какъ въ послѣродовомъ періодѣ; результаты, однако, далеко не оправдали возлагавшихся на эту операцію надеждъ. Она годится только при сильно гипертрофированной влагалищной части и большихъ эрозіяхъ; въ большинствѣ случаевъ производятъ одновременно съ этимъ и *abrasio mucosae*. Уменьшенію (не всегда обнаруживаемому) матки соотвѣтствуетъ жировое перерожденіе мышечныхъ элементовъ. Непремѣннымъ условіемъ является отсутствіе тяжелыхъ периметритическихъ срощеній, періофорита, эндосальпингита и піосальпинкса, ибо низведеніе матки можетъ вызвать образованіе перитонита.

Къ сожалѣнію, наблюдаются случаи, въ которыхъ, несмотря на леченіе, кровотеченіе не прекращается, и больныя страдаютъ также и въ промежуткахъ между регулами, не работоспособны и въ концѣ концовъ представляютъ только развалину. Если въ этихъ случаяхъ отсутствуетъ нейропатическая почва, то показана полная влагалищная экстирпация; у женщинъ, вынужденныхъ трудомъ добывать себѣ средства къ жизни, скорѣе прибѣгаютъ къ этой операціи, чѣмъ у самостоятельныхъ больныхъ. Показанія должны строго индивидуализироваться, и надо считаться съ тѣмъ, что послѣ этой операціи не всегда можно ожидать быстраго излеченія.

Влагалищную полную экстирпацию слѣдуетъ предпочитать предложенному Dü h r s s e n'омъ влагалищному вырѣзыванію слизистой оболочки матки, *эндометрозектомии* (Casati предложилъ производить эту операцію абдоминальнымъ путемъ). Какой смыслъ вырѣзывать слизистую оболочку матки, уничтожить функцію послѣдней и все же оставить ее! Я воздерживаюсь поэтому отъ описанія этой операціи, которая сопряжена съ большей опасностью, чѣмъ полная экстирпация матки.

Въ болѣе позднихъ стадіяхъ болѣзни, особенно при метритическихъ утолщеніяхъ, примѣняли *массажъ*; послѣдній производится такимъ образомъ, что матку приподымаютъ со стороны влагалища двумя пальцами и массируютъ наружной рукой; при слабыхъ брюшныхъ кровяхъ можно вызвать этимъ опорожненіе лимфатическихъ сосудовъ

1) Pincus, Volkman's Sammlung klinischer Vorträge. N. F. № 338.

и усиленное всасывание; у чувствительныхъ особъ, особенно у легко возбудимыхъ въ половомъ отношеніи, а также у истеричекъ, необходимо отказаться отъ этого средства. Достигается ли эта цѣль также механическимъ массажемъ матки по Zanderу, я сомнѣваюсь.

Для уменьшенія мучительныхъ болей въ крестцѣ при метрорэндометритѣ применяютъ линименты (linim. volatile camphorat., хлороформное масло; мезотанъ ol. papaver. aa) для втиранія и горчичники на крестецъ; особенную пользу приносятъ сухія банки на область крестца или на поверхность аддукторовъ бедра.

Туберкулезъ слизистой оболочки матки ¹⁾.

Первичное туберкулезное заболѣваніе слизистой оболочки матки чрезвычайно рѣдко, но все же наблюдается; въ большинствѣ же случаевъ оно встрѣчается одновременно съ туберкулезомъ слизистой оболочки трубъ, причемъ процессъ переходитъ съ послѣдней per continuitatem или вывывается одновременно съ послѣдней гематогеннымъ путемъ. Доказательствомъ возможности послѣдняго способа можетъ служить происхожденіе туберкулеза пuerperальной слизистой оболочки матки послѣ туберкулеза плаценты. Туберкулезъ трубъ и слизистой оболочки матки наблюдается по Birch Hirschfeld'у и Steger'у (патологоанатомическій институтъ въ Базелѣ) въ 3% всѣхъ случаевъ смерти женщинъ отъ туберкулеза. Большинство случаевъ обязано своимъ происхожденіемъ брюшинной или гематогенной инфекціи, согласно опытамъ на животныхъ, произведеннымъ Jung'омъ и Engelhard'омъ, но нельзя отрицать также возможность первичной инфекціи посредствомъ совокупленія, заноса пальцами и инструментами. Относительное преобладаніе туберкулеза слизистой оболочки матки у дѣтей и старухъ указываетъ, по мнѣнію Krönig'a, на то обстоятельство, что періодически припухающая слизистая оболочка матки не представляетъ подходящей почвы для бактерий.

Туберкулезъ слизистой оболочки матки начинается въ тѣлѣ матки вблизи устьей трубъ; во многихъ случаяхъ бываетъ поражена вся внутренняя поверхность до внутреннего зѣва. Эта болѣзнь чаще бываетъ, чѣмъ это предполагали, она въ 50% сопутствуетъ туберкулезу трубъ. Рѣдко встрѣчается наблюдавшаяся Zweifel'емъ плоская язва слизистой оболочки надъ внутреннимъ зѣвомъ послѣ предшествовавшаго заболѣванія влагалищной части (lupus uteri).

Рѣдко наблюдается, но, несомнѣнно, доказанъ первичный туберкулезъ шейки (Kauffmann); на portio обнаружены были своеобразныя разрошненія на туберкулезной почвѣ, похожія на цвѣтную капусту, принимавшія за ракъ.

Интересно наблюденіе v. Franqués, согласно которому одни и тѣ же раздраженія влагалищной части (также и трубъ) могутъ вызвать одновременно какъ ракъ, такъ и туберкулезъ.

Патологическая анатомія. Не имѣетъ никакого смысла противопоставить, по предложенію v. Rosthorn'a, милиарной формѣ диффузный хроническій творожистый эндометритъ. Слизистая оболочка матки

¹⁾ См. Verhandl. d. D. Gesellsch. f. Gynaek., т. XIV, 1911, стр. 1.

обнаруживает послѣ происшедшей инфекции, какъ и вообще въ тѣлѣ, самыя разнообразныя картины и переходы. Рѣдко наблюдается первый стадій простого туберкулезнаго катарра, чаще—туберкулезный эндометритъ съ воспалительной реакціей подслизистой ткани и образование грануляціонной ткани съ гигантскими клѣтками и бациллами. Иногда милиарная форма остается въ теченіе продолжительнаго времени, и обнаруживается мелкоклѣточная инфильтрація узелками и гигантскими клѣтками. Въ другихъ случаяхъ быстро образуется равномерная инфильтрація съ оттъсненіемъ железъ и послѣдующимъ творожистымъ перерожденіемъ слизистой оболочки матки; въ этихъ случаяхъ рѣдко удается

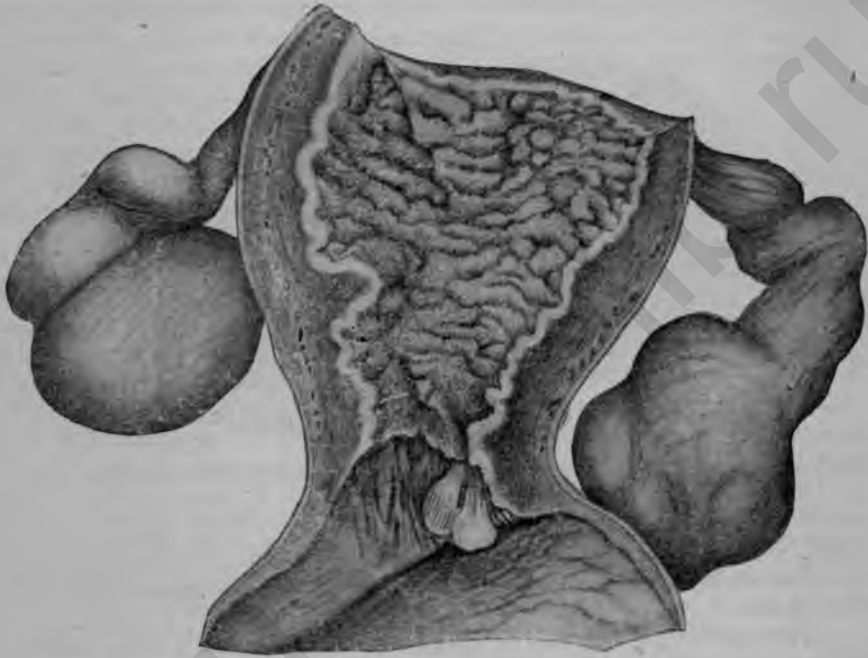


Рис. 110. Tuberculosis chronica uteri et tubarum (по препарату изъ патологическаго музея въ Страсбургѣ).

обнаружить присутствіе туберкулезныхъ бациллъ, и приходится довольствоваться обнаруженіемъ гигантскихъ клѣтокъ. Разрушеніе мускулатуры вслѣдствіе вѣдренія узелковъ и образованія творожистыхъ очаговъ рѣже наблюдается, чѣмъ при туберкулезѣ трубъ. Если при сильномъ омертвѣніи слизистой оболочки внутренней зѣвы очень суженъ, то образуется *ruometra tuberculosa*.

Слизистая оболочка шейки обнаруживаетъ такія же гистологическія измѣненія; они вызываютъ образованіе обширныхъ язвъ, которыя могутъ проникнуть глубоко въ мускулатуру и вызвать послѣдующее творожистое перерожденіе.

Упомянутое туберкулезное пораженіе влагалищной части, обнаруживающееся то подъ видомъ изъязвленія, то сосочковаго разрощенія,

неоднократно признавалось канкриндомъ, въ виду сходства съ канкриндомъ portio.

Симптомы. Высказанное Lebert'омъ мнѣніе о томъ, что нѣтъ вѣрныхъ признаковъ туберкулеза матки, остается въ силѣ до сихъ поръ. Такъ какъ въ половинѣ всѣхъ случаевъ сопутствуетъ или предшествуетъ туберкулезъ трубъ и брюшины, то явленія туберкулеза слизистой оболочки совершенно ступеваются. Въ рѣдкихъ случаяхъ предшествуютъ болѣе сильныя кровотеченія; въ большинствѣ случаевъ какъ на характерный ранній симптомъ указываютъ на аменоррею или олигоменоррею; но это явленіе у молодыхъ особъ до 20 лѣтъ не можетъ считаться патогномичнымъ. Аменоррея, являющаяся тяжелымъ разстройствомъ внутренней секреціи, представляетъ неблагоприятный признакъ. Яснѣе



Рис. 111. Туберкулезъ слизистой оболочки матки (Гигантскія клѣтки и творожистое перерожденіе).

случай, если вмѣсто менструаціи, у молодыхъ особъ появляются серозныя выдѣленія съ примѣсью кусковъ ткани; лихорадка можетъ быть или отсутствовать.

При сильно развитомъ туберкулезѣ бросаются въ глаза тяжелая анемія и истощеніе, особенно если имѣются также явленія со стороны брюшины или легкихъ.

Теченіе различно; нѣкоторые случаи продолжаются долго и могутъ даже излечиться при правильной терапіи; въ другихъ случаяхъ, особенно при наличности туберкулеза брюшины, теченіе бываетъ очень быстрымъ.

Распознаваніе вначалѣ можетъ быть только предположительнымъ: увеличеніе матки, иногда съ образованіемъ узловъ у отверстій трубъ, аменоррея, бѣли, уменьшеніе вѣса являются, особенно при наличности семейнаго предрасположенія, подозрительными.

Примѣнявшіяся раньше съ діагностической цѣлью прививка туберкулина и кожная реакція Pirquet и Mого не всегда надежны. Birnbaum, на основаніи опытовъ въ клиникѣ въ Геттингенѣ, рекомендуетъ впрыскиваніе стараго туберкулина Koch'a.

Надежнымъ является только пробное выскабливаніе, которое должно производиться весьма осторожно при опухоляхъ придатковъ; туберку-

лезные бактерии в этих случаях никогда почти не обнаруживаются, доказательно только обнаружение эпителиальных бугорков и гигантских клеток.

Предсказание, по меньшей мере, сомнительно; оно в значительной степени зависит от сопутствующего туберкулеза других органов. Чистые формы туберкулеза матки могут излечиться после выскабливания или без него.

Лечение. При локализованном туберкулезе слизистой оболочки лечение может быть достигнуто выскабливанием с последующим прижиганием иодом. При сопутствующем туберкулезе брюшины и трубы показания к вмешательству зависят от заболывания этих органов. Я не придерживаюсь консервативной точки зрения Ktönig'a и стою за брюшную экстирпацию матки и труб; влагалищная экстирпация не рекомендуется, так как незамеченные сращения кишек могут вызвать повреждение их.

Если преобладают тяжелые явления со стороны легких, то необходимо отказаться от всякого оперативного вмешательства.

Большую роль играет, конечно, и общее лечение туберкулеза, помещение больной в санаторию и пребывание в горах.

4. Правильное положение матки.

Anteflexio uteri mobilis.

Раньше, чем перейти к рассмотрению неправильных положений матки, я считаю нужным еще кое-что прибавить к тому, что я выше (стр. 142) говорил о положении и прикреплении матки.

Своим знакомством с правильным положением матки мы обязаны главным образом В. S. Schultze. Только 100 лет тому назад узнали об отклонениях матки назад и вперед; то и другое положение считались патологическими; введение зонда в матку показало, что наиболее частым положением является наклонение вперед, все же это положение считалось неправильным и подлежащим исправлению в интересах больной. К сожалению, этого взгляда придерживаются некоторые еще в настоящее время; работы Schultze не оказали на них никакого влияния.

Нормальное положение матки не вертикальное, а обнаруживает небольшой перегиб вперед. Под *anteflexio* мы понимаем положение, при котором тело матки образует с осью шейки открытый впереди угол; произвольно, но практически важно разделение на *anteflexio* I степени, при котором оси образуют угол $> 90^\circ$, II степени с углом в 90° и III степени с углом в $< 90^\circ$.

При *anteversio* ось тела матки является продолжением оси шейки; при *anteversio* I степени ось матки проходит впереди проводной линии таза, при *anteversio* II степени она совпадает с *conjugata*, а при *anteversio* III степени она образует острый угол, так что дно матки находится спереди под симфизом.

Вместе с Schultze мы признаем, что в нормальном состоянии матка находится подвижной в положении *anteflexio* таким образом, что влагалищная часть находится несколько впереди проводной линии таза, на уровне линии, соединяющей ось *spinae*. На уровне *portio* влагалище делает верхнюю часть своего S-образного искривления

съ выпуклостью, обращенной кзади. При этомъ при совершенно пустомъ пузырьѣ тѣло матки лежитъ на послѣднемъ, такъ что уголъ между шейкой и тѣломъ матки болѣе тупой; имѣется, слѣдовательно, нѣкоторая степень наклоненія впередъ.

Въ нормальномъ положеніи *anteflexio-versio* матка подвижна во всѣхъ направленіяхъ, изъ положенія *anteflexio* ее выводитъ наполняющийся мочевой пузырь; образуется *anteflexio* съ поднятіемъ вверхъ, причемъ влагалищная часть переходитъ дальше впередъ въ тазовую ось. Наполненная прямая кишка смѣщаетъ матку немного кпереди и вправо. При усиленіи брюшного процесса, особенно въ стоячемъ положеніи, матка при пустомъ пузырьѣ переходитъ въ положеніе *anteflexio*, а при пол-



Рис. 112. Срединный разрѣзъ женскаго таза.

номъ опускается ниже въ прямомъ положеніи, причемъ въ послѣднемъ случаѣ значительно сильнѣе, такъ какъ тѣло матки при этомъ можетъ пройти черезъ отверстіе *levator ani*. При продолжительномъ лежаніи больной на спинѣ и вызываемомъ этимъ ослабленіи связокъ матка можетъ вслѣдствіе силы тяжести принять положеніе *retroflexio*.

При положеніи больной съ приподнятымъ тазомъ мы искусственно вызываемъ поднятіе матки.

Нормальное положеніе матки означаетъ, далѣе, что послѣ прекращенія вліянія на нее со стороны окружающихъ органовъ она принимаетъ это положеніе; для этого требуется, кромѣ нормальнаго

состоянія прикрѣпляющихъ средствъ, также нормальная консистенція матки, непременнымъ условіемъ которой является нѣкоторая сгибаемость матки и ткани въ области внутреннего зѣва. Безпрерывно проходящее



Рис. 113. Нормальное искривленіе впереди у дѣвушки при пустомъ пузырьѣ по Schultze.

у здоровой женщины чередованіе сгибанія и разгибанія матки служитъ причиной того, что въ нормальныхъ условіяхъ въ этомъ мѣстѣ не образуются болѣзненные измѣненія тканей.



Рис. 114. Положеніе матки при полныхъ пузырьѣ и прямой кишкѣ по Schultze.

Манипуляціями врачей здоровая матка можетъ безъ всякаго вреда подвергнуться довольно значительнымъ смѣщеніямъ; при комбинированномъ изслѣдованіи внутренняя рука можетъ безъ боли и сопротивленія поднять матку на 10—15 сант. выше входа въ тазъ, такъ что дно матки почти достигаетъ пупка; точно также послѣ выпрямленія *anteflexio* удастся влагалищную часть низвести до вульвы. Послѣ прекращенія давления въ первомъ случаѣ и вытяженія во второмъ матка возвращается въ свое первоначальное положеніе. Нормальная матка бываетъ подвижна также въ боковомъ и косомъ направленіяхъ спереди къзади.

Нѣкоторые врачи согласны съ *Schultze* лишь въ томъ, что признають нормальной лишь первую степень *anteflexio*, вторую же и третью степени считаютъ патологическими; я же соглашаюсь съ *Schultze* и считаю *нормальными также вторую и третью степени до тѣхъ поръ, пока матка сохранила свою подвижность*. Правда, патологическихъ случаевъ *anteflexio* III степени встрѣчается сравнительно больше, чѣмъ I степени, но это обуславливается послѣдующими явленіями. Съ другой стороны, въ маткѣ, находящейся въ положеніи *anteflexio* I степени могутъ наступить такіа разстройства, какъ эндопериметритъ, причину которыхъ прежде видѣли въ *anteflexio*. Необходимо удержатъ точное понятіе объ *anteflexio*, такъ какъ въ противномъ случаѣ при нормальномъ положеніи, сопровождающемся болѣзненными разстройствами, положеніе матки подвергается безъ всякой надобности леченію.

5. Неправильныя положенія матки.

а) Патологическія *anteflexio* и *anteversio*.

Если подвижная *anteflexio* представляетъ нормальное положеніе матки, то неподвижная или *anteversio* является ненормальнымъ. Какъ въ нормальномъ положеніи, такъ и въ патологическомъ трудно отличить *anteflexio* отъ *anteversio*; послѣдняя встрѣчается самостоятельно, но не *anteflexio fixata*, съ которой всегда сопряжена нѣкоторая степень *anteversio*; этиология, симптомы и леченіе также представляютъ столько общаго, что раздѣленіе ихъ невозможно.

При *патологической антефлексіи* перегибъ постояненъ и не исчезаетъ при чередующемся наполненіи и опороженіи пузыря; при *anteversio* вся стѣнка матки не податлива, и между тѣломъ и осью шейки нѣтъ перегиба. Общимъ для обѣихъ формъ является недостаточная сгибаемость матки (метритъ), вызываемая воспалительными процессами; разъ принявъ опредѣленное положеніе, матка цѣликомъ смѣщается опорожняющимися и наполняющимися соседними органами.

Этиологическіе моменты различны. Издавна уже полагаютъ, что происходящій въ клѣтчаткѣ Дугласова пространства послѣродовой воспалительный процессъ влечетъ за собою измѣненія въ Дугласовыхъ складкахъ, вызывающія, кромѣ пораженія мускулатуры, также неподвижность этихъ связокъ. Вслѣдствіе этого влагалищная часть оттягивается больше, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, къзади и кверху; при наполненномъ пузырьѣ уголь перегиба не выравнивается, и разогнутая матка не подымается цѣликомъ вверхъ, но вслѣдствіе наполненія пузыря только дно матки нѣсколько подымается, и весь органъ смѣщается къзади и кверху, насколько это позволяетъ задняя фиксація. Подобно послѣродовому про-

цессу, на клетчатку и брюшину Дугласовых складок действуют также гонококки. Трудно только объяснить происхождение этого процесса у лиц, не страдавших ни родильной горячкой, ни перелойными заболѣваніями, напр., у дѣвицъ и нерожавшихъ женщинъ. Въ этихъ случаяхъ В. S. Schultze считаетъ причиной болѣзни *parametritis posterior chronica*, т. е. воспалительный процессъ, протекающій съ самаго начала медленно и въ позднѣйшемъ стадіи называемый Freund'омъ *parametritis atrophicans*.

Въ то время, какъ Freund и Schultze локализовали болѣзнь въ соединительной ткани таза, Schröder былъ склоненъ считать эту болѣзнь чистымъ периметритомъ. Наиболее вѣрнымъ слѣдуетъ здѣсь считать средний взглядъ, согласно которому, послѣродовой параметритъ вблизи брюшины



Рис. 115. Патологическое искривленіе кпереди вслѣдствіе укороченія Дугласовыхъ складокъ по Schultze.

сопровождается всегда въ извѣстной степени пельвеоперитонитомъ и наоборотъ; ясно поэтому, что одна и та же причина можетъ вызвать то медленное развитіе воспалительнаго процесса тазовой клетчатки, то такое же воспаление брюшиннаго покрова Дугласовыхъ складокъ. Первичной причиной является катарръ шейки, при которомъ находящіяся долгое время въ шейкѣ и влагаллицѣ микроорганизмы дальше проникаютъ въ соединительную ткань, или они проникаютъ со стороны прямой кишки при долгомъ заставаніи тамъ кала. Если вслѣдствіе сморщиванія Дугласовы складки укорочены, то искривленіе образуетъ прямой или острый уголъ; если имѣется ясно выраженный пельвеоперитонитъ, то все Дугласово пространство можетъ зарости, шейка фиксируется кзади, и образуется *retropositio* или *reclinatio* искривленной впередъ матки.

Иногда, при недостаточномъ развитіи тѣла матки имѣется суженіе шейки, особенно у внутренняго зѣва; въ другихъ случаяхъ шейка съ самаго начала широка, но вслѣдствіе долго продолжавшагося искривленія впередъ безъ чередованія сгибанія и разгибанія ткань на мѣстѣ перегиба, благодаря закрытію кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, становится плотной и хронически плотной.

Насколько часто изслѣдуется положеніе матки на живыхъ женщинахъ, настолько скудно наше знакомство съ положеніемъ ея у умершихъ; желательно было бы имѣть болѣе точныя анатомическія свѣдѣнія.

Этіологіей *anteversio* слѣдуетъ считать старыи хроническій метритъ, уничтожающій сгибаемость тѣла матки по отношенію къ шейкѣ; далѣе, пельвеоперитонитъ послѣродового или гонорройнаго происхожденія фиксируетъ шейку кзади такъ, что матка опускается кпереди; слѣдствіемъ этого болѣзненнаго процесса является въ большинствѣ случаевъ сопутствующій метритъ. Фиксація тѣла матки впередъ не ведетъ къ образованію *anteversio*, ибо до тѣхъ поръ, пока влагалищная часть



Рис. 116. Наклоненіе впередъ при хроническомъ метритѣ и parametritis posterior по Schultze.

находится на нормальномъ мѣстѣ, образуется очень рѣдкая форма фиксированнаго искривленія впередъ; но одновременно съ задней фиксаціей шейки можетъ образоваться передняя фиксація всего тѣла матки, что наблюдается послѣ протекшаго периметрита въ переднемъ Дугласовомъ пространствѣ. Такой случай я наблюдалъ на трупѣ.

Симптомы. Главнымъ симптомомъ патологическаго искривленія впередъ является *дисменоррея*. Послѣдняя не всегда проявляется одинаково. Характерными для дисменорреи, какъ это бываетъ у молодыхъ дѣвушекъ, нерожавшихъ и т. д., являются судорожныя боли *передъ* наступленіемъ менструаціи или въ первые часы ея появленія, причемъ боли продолжаются до тѣхъ поръ, пока не наступаетъ кровотеченіе. Рѣже дисменоррея продолжается все время менструаціи, иногда она появляется только на 2—3 день; чѣмъ меньше крови выдѣляется, тѣмъ интенсивнѣе боли; наоборотъ, больныя начинаютъ себя чувствовать лучше, какъ только появляется обильное кровотеченіе. Обыкновенной причиной дисменорреи въ этихъ случаяхъ является механически затрудненное выдѣленіе крови изъ шейки (M. Sims); правда, мы знаемъ, что дисменор-

рея можетъ отсутствовать, несмотря на то, что наружный зѣвъ проходимъ только для самаго тонкаго зонда; но это случаи *anteflexio mobilis*. Далѣе, В. S. Schultze вводилъ при дисменорреѣ зондъ въ матку и не обнаруживалъ тамъ присутствія крови. Несомнѣнно, что почти всегда въ этихъ случаяхъ зондъ встрѣчаетъ препятствіе въ верхнихъ частяхъ шейки, даже если онъ вводится изогнутымъ соотвѣтственно положенію матки. Не мало случаевъ дисменорреи излечивается или временно улучшается, если предварительно вводятъ зондъ; наконецъ, многія больныя излечиваются механическимъ способомъ.

Какъ при родахъ, такъ и при менструаціи матка должна при сокращеніи принять опредѣленное направленіе, устанавливаемое не только сокращеніемъ ея, но также сокращеніемъ связокъ. При родахъ матка во время схватки сильнѣе искривляется впередъ, то же вѣроятно происходитъ и при менструаціи. Если тѣло матки при *anteversio* фиксировано, то усиленіемъ этого положенія выдѣленіе крови затрудняется, что вызываетъ ощущеніе боли; при фиксированномъ искривленіи впередъ перегибъ усиливается, и выдѣленіе крови механически затрудняется. Ясно также, что при плотной мускулатурѣ, слѣдовательно, при малосгибаемомъ тѣлѣ матки и утолщеніи брюшиннаго покрова, хронически инфильтрированная ткань препятствуетъ наполненію сосудовъ, и что, благодаря этому, раздражаются находящіяся въ ткани матки нервы.

Такимъ образомъ, нѣтъ *однородной причины* дисменорреи, сопровождающей патологическое искривленіе впередъ; если въ одной части случаевъ играетъ роль механическое препятствіе, то въ другихъ имѣется связь съ воспалительными измѣненіями матки и сосѣднихъ органовъ. Образующееся вслѣдствіе фиксированнаго искривленія впередъ суженіе шейки можетъ, вслѣдствіе задержки катарральныхъ выдѣленій матки и менструальной крови, вызвать расширеніе полости, опуханіе слизистой оболочки и вторичную гипертрофію стѣнки; суженіе можетъ, такимъ образомъ, быть предвѣстникомъ метроэндометрита, вызывающаго въ свою очередь обильное или недостаточное менструальное кровотеченіе, бѣли и т. д.

Бесплодіе, являющееся такъ часто признакомъ *anteflexio*, обуславливается эндометритомъ, а въ другихъ случаяхъ при гонорреѣ сальпингитомъ и оофоритомъ или сращеніемъ придатковъ между собой и съ маткой. Что суженіе шейки само по себѣ не представляетъ препятствій къ прохожденію сѣмянныхъ нитей, видно изъ многочисленныхъ случаевъ, въ которыхъ дѣвушки страдаютъ тяжелой дисменорреей, а по выходѣ замужъ быстро беременѣютъ, или изъ случаевъ, въ которыхъ послѣ первыхъ родовъ исчезаетъ дисменоррея. Имѣющіяся въ промежуткахъ между регулами боль въ крестцѣ, чувство давленія и общіе симптомы со стороны поясничной части мозга слѣдуетъ считать послѣдствіями измѣненій ткани, сопутствующихъ патологическому искривленію впередъ.

Если утолщенная вслѣдствіе метрита матка лежитъ на пузырьѣ, то слѣдствіемъ этого должны быть частые позывы на мочу; въ другихъ случаяхъ при наличности сращеній между пузырьмъ и сосѣдними органами опорожненіе пузыря болѣзненно. Боль со стороны прямой кишки появляется при дефекаціи въ томъ случаѣ, если при *parametritis exsudativa posterior* калъ проходитъ черезъ неподвижное кольцо, образованное связками. Интеллигентныя больныя точно локализируютъ боль при

дефекаціи на уровнѣ внутренняго зѣва. Часто наступающія при фиксированномъ искривленіи матки впередъ нервныя и неврастеническія явленія обусловливаются метроэндометритомъ. Анемія и хлорозъ являются, однако, часто предрасполагающей причиною, но не слѣдствиемъ мѣстнаго заболѣванія.

Распознаваніе. Опредѣленіе степени *anteflexio* и *anteversio* для опытнаго гинеколога не трудно. Труднѣе опредѣлить, является ли искривленіе впередъ патологическимъ или нѣтъ. Кромѣ попытки сгибать тѣло матки въ различныхъ направленіяхъ, стараются также доказать наличность воспалительныхъ процессовъ въ *lig. lata*, *posteriora*, въ трубахъ и яичникахъ. Исслѣдованіе производится *per vaginam*, а при *parametritis posterior*, особенно у дѣвицъ, черезъ прямую кишку, въ случаѣ надобности подъ наркозомъ. Введеніе зонда бываетъ обыкновенно излишнимъ и даже вреднымъ, мы пользуемся имъ только для распознаванія суженія шейки и степени стеноза.

Предсказаніе въ смыслѣ устраненія симптомовъ, вызванныхъ патологическимъ искривленіемъ и наклоненіемъ матки впередъ, различно въ зависимости отъ этиологіи, продолжительности и т. д.

Леченіе. Съ тѣхъ поръ, какъ *anteflexio-versio* признаны нормальнымъ положеніемъ матки, стали подвергать леченію не само это положеніе, хотя бы оно и было патологическимъ, но причинные моменты и сопутствующія явленія.

Симптоматически хорошо дѣйствуютъ на больныхъ во время дисменореи покой и тепло. Умѣстно назначеніе наркотическихъ средствъ, особенно въ формѣ свѣчекъ (морфій и кодеинъ). Иногда бываетъ достаточной теплая ванна или горчичная ванна для ногъ, принятая въ началѣ менструаціи.

Въ промежуткахъ между регулами необходимо лечить причинныя болѣзни, а именно, *parametritis poster.*, *parametritis chron. later.*, *perisalpingitis* и *perioophoritis*; для этой цѣли вводятъ въ влагалище глицериновый тампонъ съ борной кислотой, іодомъ, ихтіоломъ, тигеноломъ, смазываютъ іодомъ влагалище и *portio*, производятъ скарификацію послѣдней, особенно за 1—2 дня до наступленія менструаціи; на воспаленныя Дугласовы складки хорошо дѣйствуютъ суппозитории изъ ихтіола, іода и горячіе клистиры изъ 15—30 грам. съ прибавленіемъ 0.1—0.3 іодистаго калия. Къ этому примыкаетъ назначеніе ваннъ, какъ при хроническомъ метроэндометритѣ. Часто дисменорея и бесплодіе исчезаютъ уже послѣ этого леченія.

Если дисменорея, меноррагія и гиперсекреція вызваны сильнымъ опуханіемъ слизистой оболочки при эндометритѣ, то ихъ необходимо лечить по способу, указанному выше.

Если воспаленіе прошло, и все же продолжаютъ болѣзненные явленія, то необходимо устранить имѣющееся суженіе шейки. Опытный гинекологъ, вводя зондъ при положеніи большой на спинѣ, легко опредѣлитъ наличность суженія; у начинающаго же врача зондъ часто застреваетъ у внутренняго зѣва, и врачъ ошибочно распознаетъ суженіе. Въ этихъ случаяхъ необходимо производить зондированіе въ спинно-крестцовомъ положеніи, причемъ устанавливаютъ въ желобоватомъ зеркалѣ влагалищную часть; захватывая переднюю губу щипцами, нѣсколько выпрямляютъ искривленіе, и механическое препятствіе поэтому

легче распознается. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ трудно ввести зондъ толщиной въ 1—2 миллим. Въ этихъ случаяхъ необходимо устранить препятствіе для выдѣленія менструальной крови и слизистыхъ выдѣлений, а потомъ уже лечить эндометритъ и метритъ.

Лечение состоитъ въ дисцизиі шейки и достаточномъ послѣдующемъ леченіи. Дисцизию и растяженіе производятъ лучше всего послѣ менструаціи, повторяя расширение почти ежедневно въ теченіе 1—2 недѣль, если только этому не препятствуетъ боль или кровотеченіе. Лечение проводятъ подъ контролемъ термометра и при покойномъ лежаніи больной.

Отъ прежде примѣнявшихся при неосложненномъ искривленіи впередъ для леченія дисменорреи и бесплодія внутриматочныхъ палочекъ въ настоящее время совершенно отказались. Предложенные когда-то для выпрямленія искривленной впередъ матки *влагалищныя пессаріи*, напр., пессаріи Graily Hewitt'a, Thomas'a и др. совершенно излишни. Я высказываю также противъ примѣненія кольца Mauega при anteversio uteri. Если хорошо вникнуть въ его дѣйствіе, то окажется, что, находясь въ тазу въ косомъ направленіи, оно отодвигаетъ portio еще больше къзади и къверху, т. е. усиливаетъ anteversio, подобно инструменту Hodge. Еще меньше смысла имѣютъ предложенные французскими врачами, также Pozzi ceintures hypogastriques (Pajot, Collin) какъ съ подвижными пелотами, такъ и безъ нихъ. Эти аппараты производятъ сильное давленіе на нижнюю часть живота надъ симфизомъ и, усиливая внутрибрюшное давленіе, они еще больше вдавливаютъ смѣщенную къпереди матку въ тазъ.

Лечение электричествомъ (анодъ или катодъ въ полости матки) расхвывается америкаскими врачами. Лечение гимнастикой, по Th. Bland'ty, можетъ быть полезно въ случаяхъ дисменорреи, въ которыхъ послѣдняя вызывается анеміей и разстройствомъ кровообращенія.

Интересно отмѣтить, что 30 лѣтъ тому назадъ стремились къ оперативному леченію anteversio такъ-же, какъ въ настоящее время retroflexio. Sims и Simon, исходя изъ правилъ механики, предложили соединить переднюю губу съ нѣсколько болѣе низкимъ мѣстомъ передней влагалищной стѣнки и такимъ образомъ устранить anteversio. Въ одномъ оперированномъ Simon'омъ случаѣ, который я впоследствии наблюдалъ, беременность не наступила, а губа осталась фиксированной на влагалищной стѣнкѣ. Оперативные методы обоихъ авторовъ немногими отличаются другъ отъ друга. Sims освѣждалъ кусокъ слизистой оболочки передняго свода непосредственно надъ губой, Simon освѣждалъ самую губу, и оба сшивали эту раневую поверхность съ лежащей напротивъ слизистой оболочкой влагалища.

Оставлена также и другая предложенная Sims'омъ операція, состоящая въ разсѣченіи задней губы до мѣста прикрѣпленія влагалища (задняя дисцизиія) и созданіе такимъ путемъ проходимаго канала шейки. Будущее покажетъ, не было ли бы рационально при неподвижной anteversio II и III степени поступать по принципу операцій retroflexio. Предложенная Küstner'омъ stomatoplastica uterina interna также не нашла подражателей; онъ хотѣлъ получить расширеніе внутренняго зѣва такимъ образомъ, чтобы лоскутъ влагалищной слизистой оболочки, полученный изъ задней стѣнки portio, вложить между частями разсѣченной задней губы. Операція эта, по словамъ самого автора, трудна, а желательнаго результата можно достигнуть болѣе простымъ способомъ.

Въ случаяхъ фиксированнаго искривленія впередъ съ retropositio uteri Buggar предложилъ перерѣзку lig. sacrouterina послѣ произведенной задней колпотоміи, а потомъ вентрофиксациі по Alexander-Adams'y.

Только въ чрезвычайной рѣдкихъ случаяхъ приходится при тяжелой дисменорреѣ прибѣгать къ полному удаленію матки или къ кастраціи; скорѣе всего операцію производятъ у дѣвицъ или нерожавшихъ съ врожденнымъ искривленіемъ впередъ, недоразвитыми половыми органами и тяжелыми околوماتочными воспаленіями, если леченіе остается безрезультатнымъ, и больная страдаетъ не только во время менструаціи, но еле оправляется отъ одной менструаціи до другой. Такъ какъ такіа больныя страдаютъ обыкно-

венно нервнымъ разстройствомъ, то предсказаніе не должно быть очень хорошимъ.

Примѣняя *мѣстное лечение*, не слѣдуетъ забывать также и объ *общемъ*; особенно у дѣвицъ возможно въ началѣ только общее симптоматическое лечение. Такъ какъ здѣсь имѣются анемія и хлорозъ, то прежде всего назначаютъ укрѣпляющее лечение: питательную пищу, движенія, препараты желѣза и хины, лечение въ курортѣ, пребываніе въ горахъ и массажъ.

b) Отклоненіе матки назадъ ¹⁾.

Retroversio u retroflexio uteri.

Отклоненіе матки назадъ относится къ неправильнымъ положеніямъ. Наклоненіе матки назадъ (*retroversio*) трудно отдѣлить отъ искривленія назадъ (*retroflexio*), такъ какъ измѣненія происходятъ одновременно, и отдѣльное разсмотрѣніе ихъ является чѣмъ-то искусственнымъ. Въ то время, какъ *retroversio* наблюдается самостоятельно, при *retroflexio* это невозможно; при этой формѣ ось матки образуетъ скорѣе кривую, чѣмъ уголъ.

Retroversio uteri образуется при неподвижности матки, такъ что при хроническомъ метритѣ и недостаточномъ процессѣ обратнаго развитія матки влагалищная часть настолько же смѣщается впереди тазовой оси, насколько тѣло матки позади ея. Болѣе сильная степень, а именно, влагалищная часть находится спереди надъ симфизомъ, а тѣло матки выпячиваетъ заднюю влагалищную стѣнку, рѣдко наблюдается безъ *retroflexio*. Дно матки можетъ при *retroversio* ниже опуститься, чѣмъ при *anteversio*, вслѣдствіе болѣе низкаго положенія Дугласова пространства. Если наклоненіе матки кзади существуетъ долгое время, то образуются сращения между тѣломъ и дномъ Дугласовой складки въ формѣ периметритическихъ тяжей.

При *retroflexio* тѣло матки, вслѣдствіе сохранившейся еще гибкости его перегибается въ области внутренняго зѣва назадъ, шейка остается вначалѣ на проводной линіи, но при дальнѣйшемъ существованіи искривленія она смѣщается кпереди, такъ что къ *retroflexio* присоединяется всегда нѣкоторая степень *retroversio*. Такъ какъ влагалищная часть вначалѣ не бываетъ фиксирована кпереди, то она можетъ быть смѣщена кпереди и кверху больше, чѣмъ въ случаяхъ *anteflexio*, влагалищная часть смѣщается кзади; такимъ образомъ, одновременно съ *retroflexio* мы наблюдаемъ болѣе сильныя степени *versio*. При *retroflexio*, вслѣдствіе перегиба въ области внутренняго зѣва, разстройство кровообращенія бываетъ сильнѣе, чѣмъ при *retroversio*. Въ случаяхъ продолжительнаго существованія искривленія кзади передняя влагалищная стѣнка постепенно становится напряженнѣе и короче, поперечныя складки сглаживаются, передній сводъ уплощается въ сравненіи съ заднимъ; одновременно съ этимъ,

¹⁾ Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1897, m. VII. Fehling, Der heutige Standpunkt in der Behandlung der Rückwärtslagerungen usw. Deutsche Klinik v. Leyden und Klemperer, Bd. IX.

вслѣдствіе перегиба черезъ переднюю поверхность, передняя губа укорачивается, а зѣвъ зияетъ; въ случаяхъ болѣе продолжительнаго существованія, особенно въ климактеріи, передняя влагалищная стѣнка непосредственно переходитъ въ стѣнку шейки.

Далѣе, при продолжительномъ существованіи искривленія матки назадъ являются измѣненія въ придаткахъ: широкія маточныя связки перекручиваются такъ, что передняя поверхность направлена вверхъ, а задняя—внизъ; вслѣдствіе этого lig. suspensorium яичника и проходящія въ немъ vasa spermatica удлинняются, что ведетъ къ образованію венознаго застоя; положеніе самой матки также вызываетъ венозную застой въ области маточныхъ венъ; то и другое обуславливаетъ опуханіе яичниковъ и трубъ въ видѣ венознаго застоя.

Выступленіе искривленной кзади матки черезъ омертвѣвшую кишечно-влагалищную стѣнку, какъ это наблюдалъ Rokitan sky, встрѣчается, несомнѣнно, чрезвычайно рѣдко.

Этіологія. Удивительно, что retroflexio uteri рѣдко бываетъ врожденнымъ, хотя перегибаніе небольшого тѣла матки сравнительно съ длинной неподвижной шейкой можетъ быть механически легко вызвано. Retroversio uteri наблюдается у новорожденныхъ.

Такъ называемая дѣвичья retroflexio-versio образуется незадолго до или вскорѣ послѣ появленія менструаціи, въ большинствѣ случаевъ на почвѣ малокровія. Слабая, плохо упитанная ткань легко уступаетъ механическому воздѣйствію; механическими предрасполагающими моментами являются продолжительные запоры, при которыхъ скопившіяся въ нижней части прямой кишки твердыя каловыя массы, растягивая Дугласовы складки, отгнѣсняютъ шейку кпереди, а въ то же время наполненный пузырь подымаетъ матку и способствуетъ, такимъ образомъ, его перегибанію кзади. Разъ retroflexio образовалось, то легко присоединяется хроническій метритъ. Я не могу, однако, всякое обнаруживаемое въ первомъ послѣродовомъ періодѣ retroflexio-versio считать дѣвичьимъ (Küstner). Я наблюдалъ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ причиной былъ онанизмъ, въ чемъ больныя сознавались; онъ дѣйствуетъ подобно анеміи. Далѣе, смѣщеніе влагалищной части кпереди можетъ быть вызвано у дѣвицъ воспалительными процессами въ ligam. vesico-uterin; но что рассасывающійся задній параметритъ долженъ, вслѣдствіе исчезанія мышечныхъ волоконъ, дѣйствовать такимъ же образомъ, мнѣ непонятно, и я считаю это недоказаннымъ. Что врожденное ненормальное укороченіе передней влагалищной стѣнки вслѣдствіе смѣщенія влагалищной части способствуетъ образованію retroflexio, не подлежитъ сомнѣнію. Въ $\frac{1}{6}$ всѣхъ случаевъ retroflexio Sellheim обнаружилъ врожденное отклоненіе влагалища, но при этомъ дѣйствуютъ также нѣкоторыя изъ названныхъ случайныхъ причинъ. При старческомъ укороченіи передней влагалищной стѣнки имѣетъ значеніе расслабленіе lig. uterosacralia и rotunda.

Главный поводъ для искривленія матки назадъ даетъ послѣродовой періодъ, какъ послѣ нормальныхъ родовъ, такъ и послѣ выкидыша. Во время беременности складки брюшины, особенно Дугласовы, сильно растягиваются, такъ что послѣ родовъ они слабы и бездѣятельны; къ этому присоединяется медленный процессъ обратнаго развитія матки. Если послѣдняя толста и тяжела, то дно ея при продолжительномъ лежаніи больной само западаетъ въ концѣ первой или началѣ второй недѣли назадъ, одновременно съ этимъ влагалищная часть, вслѣдствіе уве-

личения щели въ levator ani, смѣщается впередъ тѣмъ болѣе, что ослабленный влагалищный сводъ не въ состояніи оказать должнаго сопротивленія. Если роженица садится, напр., для кормленія грудью, то этого



Рис. 117. Retroversio uteri по Schultze.

усиленія внутрибрюшного давления бываетъ достаточно для того, чтобы еще глубже опустить матку; какъ только послѣдняя опустилась подъ promontorium, она уже не въ состояніи болѣе выпрямиться. Наступившая вслѣдствіе искривленія матки гиперемія вызываетъ опуханіе ея и препятствуетъ процессу обратнаго развитія; далѣе, наполненный пузырь оттѣсняетъ шейку по направленію къ тазовой оси и превращаетъ retroversio въ retroflexio. Что раннее оставленіе постели послѣ родовъ предупреждаетъ образование retroflexio, K ü s t n e r'у не удалось доказать; противъ этого говорятъ многочисленные случаи retroflexio съ опущеніемъ матки у работающихъ женщинъ, наблюдаемые въ нашей поликлиникѣ.



Рис. 118. Retroversio-flexio по Schultze.

Послѣ рассыванія пельвиперитонитическаго экссудата въ Дугласовомъ пространствѣ задняя поверхность матки можетъ сростись съ Дугласовымъ пространствомъ, и можетъ образоваться смѣшеніе матки къзади, или остаются многочисленные тонкіе тяжи; то же наблюдается послѣ рассыванія haematocoele retro-uterina. Сращения, ведущія къ образованию retroflexio, наблюдаются также послѣ гонорройнаго воспаления. Въ противоположность этому непосредственному фиксированію тѣла матки, сращения придатковъ гнойнаго или гонорройнаго происхожденія вызываютъ косвенное фиксированіе матки къзади. Послѣ долго продолжавшагося искривленія матки къзади образуются, вслѣдствіе периметрита, сопутствующаго метриту, сращения матки съ окружающими органами.

Наконецъ, наблюдаются рѣдкіе, но несомнѣнные случаи внезапнаго образованія *retroversio-flexio* послѣ сотрясенія малаго таза, вызваннаго паденіемъ на сѣдалище. Причины этого находятся не столько въ связкахъ, сколько въ самой маткѣ, которая, обнаруживая наклонность опуститься къзади, вслѣдствіе внезапно усилившагося внутрибрюшнаго давленія, сильно отгѣняется къзади. Это обстоятельство важно для опредѣленія размѣра иска при увѣчьѣ, но въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ бываетъ трудно доказать острое происхожденіе этого неправильнаго положенія.



Рис. 119. *Retroversio uteri*, вызванное недостаточнымъ развитіемъ по Schultze.

Симптомы. Нерѣдко наблюдаются случаи *retroversio-flexio*, не дающіе никакихъ симптомовъ. Большая часть болѣзненныхъ симптомовъ является слѣдствіемъ анатомическихъ измѣненій, сопутствующихъ неправильному положенію. Если молодая дѣвушка съ неосложненнымъ искривленіемъ матки къзади вступаетъ въ бракъ, то въ большинствѣ случаевъ немедленно происходитъ зачатіе. Матка во время беременности выпрямляется, и только случайно или въ послѣродовомъ періодѣ обнаруживается неправильное положеніе.

Въ болѣе продолжительныхъ случаяхъ наблюдаются нѣкоторые главные симптомы: прежде всего венозный застой усиливаетъ кровотеченіе при менструаціи, которая наступаетъ раньше и дольше продолжается. Что причиной этого является искривленіе матки назадъ, доказывается тѣмъ, что послѣ выпрямленія матки кровотеченіе само приостанавливается. Опуханіе матки вызываетъ расширеніе полости ея и гиперсекрецію слизистой оболочки, слѣдовательно, и появленіе бѣлей.

Дисменоррея присоединяется въ случаѣ продолжительнаго существованія болѣзни или появленія дальнѣйшихъ осложнений. Больныя жалуются на чувство давленія и тяжести, также на боль въ крестцѣ, особенно въ

началъ менструаціи; при болѣе обильномъ кровотеченіи симптомы улучшаются; къ этому присоединяются иррадирующія боли въ области сѣдалищныхъ нервовъ, распространяющіяся до пятокъ. Въ случаѣ очень сильнаго перегиба кзади суживается внутренній зѣвъ, но эта механическая дисменоррея значительно рѣже наблюдается при *retroflexio*, чаще всего при искривленіи матки кзади у двѣушекъ. Чаще всего имѣетъ здѣсь мѣсто конгенитивная дисменоррея, такъ какъ матка, вслѣдствіе своей тяжести или сращения, не въ состояніи выпрямиться при сокращеніи; рѣже дѣло идетъ о яичниковой дисменорреѣ, напр., при опухоляхъ трубокъ и яичниковъ.



Рис. 120. Разслабленіе Дугласовыхъ складокъ, *retroflexio* по Schultze.

Безплодіе не является непремѣннымъ послѣдствіемъ *retroflexio*. Еще больше, чѣмъ при патологическомъ искривленіи матки впередъ, врачъ долженъ быть остороженъ въ своемъ предсказаніи относительно возможности зачатія. Доказано, что, несмотря на сильное искривленіе матки кзади и суженіе шейки, сѣмянные нити находятъ себѣ путь. Безплодіе вызывается не искривленіемъ, а сопутствующими явленіями, особенно метроэндометритомъ, нерѣдко также воспаленіемъ въ области яичниковъ и трубъ. Выкидыши являются нерѣдко слѣдствіемъ эндометрита, сопутствующаго искривленію матки кзади. Если это искривленіе остается, то выкидышъ можетъ повториться и стать привычнымъ.

Разстройства пузыря, наоборотъ, наблюдаются значительно чаще, чѣмъ при *anteflexio*, влагалищная часть смѣщаетъ шейку пузыря и тянетъ ее при *retroversio* вверхъ; сначала появляются частые позывы на мочу, потомъ, когда *portio* еще больше подымается вверхъ, пузырь трудно опорожняется, особенно во время менструаціи. *Retroflexio uteri* является также, какъ Hildebrand указалъ, одной изъ причинъ появляющагося иногда односторонняго гидронефроза; самостоятельно или по

окончаниі менструаціи мочеточникъ, выпрямляясь, становится снова проходимымъ, и сразу отходят большія количества мочи. Привычные запоры, наоборотъ, вызываются не давленіемъ тѣла матки на кишки, а атоніей послѣднихъ. У здоровыхъ женщинъ давленіе головки ребенка въ маломъ тазу или опухоль не вызываетъ запоровъ. Боли при дефекаціи вызываются происхожденіемъ твердыхъ каловыхъ массъ мимо воспаленной ткани вокругъ матки.

При долго продолжающемся фиксированномъ искривленіи матки назадъ наступаютъ нервныя явленія, какъ при метритѣ, правильно принимаемыя за рефлекторныя. Сюда относятся мышечныя боли въ нижнихъ конечностяхъ, переходящія иногда въ слабость и даже въ парезъ, боли въ крестцѣ, спинѣ, головныя боли, бывающія иногда чрезвычайно мучительными; иногда появляется чувство давленія въ головѣ, расстройство со стороны желудка, кишекъ, сердца и т. д. Наблюдались случаи, въ которыхъ съ несомнѣнностью доказано было появленіе при retroflexio тяжелыхъ расстройствъ въ отдаленныхъ нервахъ, напр., періодическіе припадки кашля, икота, охриплость, рвота, тяжелая астма и хорея; всѣ эти явленія исчезаютъ послѣ выпрямленія матки. Не всегда, однако, теченіе болѣзни бываетъ столь благопріятнымъ; неизлечимую неврастенію, рѣже истерію приходится приписать застарѣлому искривленію матки къзади. Я не могу согласиться съ Winterгомъ, полагающимъ, что большая часть этихъ явленій вызывается осложнениями, а не самимъ искривленіемъ; при неосложненномъ искривленіи явленія также исчезаютъ немедленно послѣ выпрямленія матки.

Распознаваніе. Если ощупывающимъ пальцемъ обнаруживается влагалищная часть въ проводной линіи или впереди нея, ближе къ входу въ влагалище, то необходимо думать о наличности искривленія или наклоненія матки къзади. Если пузырь пустой, то при комбинированномъ изслѣдованіи въ спинно-крестцовомъ положеніи пальцы внутренней и наружной рукъ сходятся въ переднемъ влагалищномъ сводѣ на томъ мѣстѣ, гдѣ обыкновенно прощупывается и матка въ положеніи anteflexio. Передвигая внутренней палецъ по задней губѣ вверхъ и равномерно надавливая наружной рукой надъ симфизомъ, можно ощупать тѣло матки, распознаваемое на основаніи его величины, толщины и равномернаго его перехода въ шейку; связь между тѣломъ и шейкой опредѣляютъ движеніями по различнымъ направленіямъ. Характерной является, по мнѣнію Olshausen'a, болевая точка непосредственно надъ внутреннимъ зѣвомъ. Если влагалищный сводъ упругъ, какъ у дѣвушекъ, нерожавшихъ или въ климактеріи, то изслѣдуютъ per rectum и во избѣжаніе ошибокъ, кладутъ большой палецъ на влагалищную часть; ясныѣ становится также при этомъ состояніи трубы и яичниковъ.

Даже при несомнѣнномъ диагнозѣ, наприм., при послѣродовомъ искривленіи не слѣдуетъ дѣлать попытки къ выпрямленію матки до тѣхъ поръ, пока точное изслѣдованіе не обнаружило отсутствія воспаления придатковъ, Дугласова пространства и пузыря. Если въ окружности матки имѣются болѣзненныя мѣста, то отсрочиваютъ выпрямленіе. При чувствительности матки, при наличности экссудата въ тазовой кѣлтчаткѣ и при болѣзненномъ опуханіи трубъ и яичниковъ выпрямленіе противопоказано до тѣхъ поръ, пока не исчезнутъ эти явленія.

Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ прибѣгаютъ для распознаванія

къ введенію зонда; опредѣленіе зондами направленія матки опасно въ виду возможности прободенія.

Retroflexio можно смѣшать съ опухолями, лежащими позади матки въ Дугласовомъ пространствѣ, особенно если небольшое тѣло матки не прощупывается пальцами, съ небольшими опухолями яичниковъ, міомами и haematocoele лежащими вблизи шейки. Обнаруженіе посредствомъ комбинированнаго изслѣдованія тѣла, лежащаго впереди опухоли, возможность прохожденія пальцемъ между шейкой и опухолью предохраняютъ отъ ошибокъ. Отличительное распознаваніе опухоли трубы (трубной беременности, гидро- и пиосальпинкса), станетъ возможнымъ, если у дна матки прощупывается суживающаяся ея цилиндрическая опухоль; если тутъ-же прощупывается яичникъ, то распознаваніе облегчается. Труднѣе распознаваніе при субсерозномъ фиброидѣ, снабженнымъ ножкой, особенно если онъ находится позади шейки. Формы и консистенція его такія-же, какъ и матки; если зондомъ не удастся выяснитъ, то часто помогаетъ наличность другихъ фиброидовъ. Haematocoele retrouterina и воспалительный экссудатъ въ Дугласовомъ пространствѣ обнаруживаются уже изъ анамнеза; доказательной является резистентность, подумягкая или флукутирующая. Обнаруженіе тѣла матки должно производиться весьма осторожно; не слѣдуетъ сейчасъ-же прибѣгать къ помощи зонда или стягивать матку внизъ. Смѣшеніе съ каловыми массами невозможно, если поставить себѣ за правило изслѣдовать только при пустой прямой кишкѣ. Въ трудныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ наркозу, послѣ того какъ чувствительность опредѣлена была безъ наркоза.

Предсказаніе не во всѣхъ случаяхъ одинаково. Свѣжіе случаи, образовавшіеся послѣ родовъ, даютъ наилучшій прогнозъ, но время, потребное для излеченія, нельзя опредѣлить слишкомъ короткимъ; въ застарѣлыхъ случаяхъ retroflexio-versio, особенно при наличности воспаления придатковъ, предсказаніе quoad restitutionem completam должно быть сдѣлано осторожно.

Леченіе. Первый вопросъ: должно ли въ каждомъ случаѣ retroflexio примѣнять мѣстное леченіе? Отвѣтъ гласитъ: неосложненное искривленіе матки кзади у дѣвушекъ и молодыхъ женщинъ не должно сейчасъ же подвергаться механическому леченію. Исключеніе составляетъ искривленіе, распознанное сейчасъ послѣ родовъ и въ началѣ беременности; въ этихъ случаяхъ желательно устранить искривленіе изъ профилактическихъ соображеній. Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ мѣстныя или общія явленія, вызванныя неправильнымъ положеніемъ матки, заставили больную обратиться къ врачу, это неправильное положеніе должно быть исправлено. Scanzoni, а въ послѣднее время также Sellheim передагли прежде всего устранить сопутствующія явленія, а потомъ уже лечить retroflexio, если болѣзненные явленія еще останутся. Быстрѣе достигается успѣхъ, если сейчасъ же—по возможности, конечно, безъ вреда—превращаютъ retroflexio въ anteflexio-versio, ибо такимъ путемъ легче устранить хроническія воспалительныя измѣненія придатковъ. Въ большемъ числѣ случаевъ немедленное выпрямленіе невозможно. Если матка чувствительна, а въ связкахъ, трубахъ и яичникахъ имѣются воспалительные процессы, то послѣдніе должны быть устранены раньше, чѣмъ приступитъ къ выпрямленію; для этого требуется часто леченіе не въ теченіе мѣсяцевъ, а многихъ лѣтъ. Средства для леченія тѣ же, что и при хроническомъ метритѣ, периметритѣ и т. д.; въ случаѣ кровотеченія можетъ оказаться нужнымъ предварительное выскабливаніе.

Если выпрямленіе показано, то у родильницъ пробуютъ прежде

всего достигнуть этого посредством приданія больной соответствующаго положенія. Иногда бываетъ достаточнымъ, если больная ложится на животъ 2—3 раза въ день на одинъ часъ послѣ предварительнаго опорожненія пузыря. Во всѣхъ болѣе старыхъ случаяхъ выпрямленіе производятъ пальцемъ, рѣже зондомъ, а въ случаѣ неудачи подъ наркозомъ.

Проще и легче всего производить выпрямленіе пальцемъ; послѣ опорожненія пузыря и прямой кишки большую укладываютъ съ приподнятымъ тазомъ и указательнымъ, рѣже указательнымъ и среднимъ пальцами проходятъ на заднюю поверхность матки и осторожно выталкиваютъ послѣднюю изъ полости малаго таза вверхъ. Если сгибаемость матки сохранена, а Дугласово пространство не чувствительно, то палецъ быстро оставляетъ приподнятую матку и оттѣсняетъ шейку кзади. Одновременно съ этимъ наружная рука съ кончиками пальцевъ, плашмя лежащими надъ симфизомъ, захватываетъ заднюю поверхность тѣла матки. Если брюшные покровы слабы, то наружной рукой оттѣсняютъ заднюю поверхность тѣла матки сильно вперед, а внутреннимъ пальцемъ шейку кзади, послѣ чего выпрямленіе считается удавшимся. Этотъ спо-

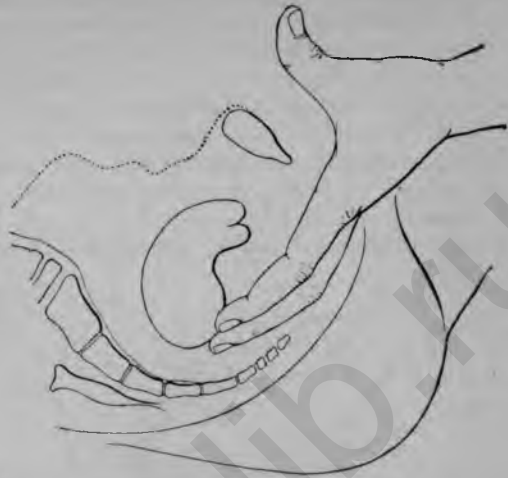


Рис. 121. Выпрямленіе искривленной кзади матки по Schultze. 1 приемъ.



Рис. 122. 2 приемъ.

собъ выпрямленія, при которомъ, съ цѣлью миновать промонторій, дно матки оттѣсняется сбоку отъ articulatio sacroiliaca, болѣе рационаленъ, чѣмъ предложенное Schultze и Küstner'омъ низведеніе матки посредствомъ пулевыхъ

щипцовъ. При упругомъ-же сводѣ и толстыхъ напряженныхъ брюшныхъ покровахъ бываетъ, наоборотъ, иногда даже при подвижности матки невозможно поднять ее; въ этихъ случаяхъ я прибѣгаю къ зонду. При соблюденіи достаточной осторожности опасность пробожденія, по моему, значительно меньше, чѣмъ это полагаетъ Küstner. Конечно, врачъ долженъ быть знакомъ съ техникой введенія зонда. При соблюденіи осторожности этотъ способъ менѣе опасенъ, чѣмъ насильственное выпрямленіе руками. При выпрямленіи зондомъ наружной рукой также захватываютъ возможно скорѣе заднюю поверхность матки; этотъ способъ менѣе болѣзненъ, чѣмъ предложенное Schultze'мъ выпрямленіе per rectum. При упругомъ влагалищѣ у молодыхъ и пожилыхъ женщинъ легче приподнять матку со стороны прямой кишки; толстымъ пальцемъ, положеннымъ на portio, помогаютъ со стороны влагалища.



Рис. 123. 3 приемъ.

рована сращениями. Трудно бываетъ также выпрямленіе при отсутствіи сращеній, если, вслѣдствіе сморщиванія задняго брюшиннаго покрова, или вслѣдствіе укороченія передней влагалищной стѣнки, матка неподвижна въ неправильномъ положеніи. Если описанными средствами не достигается цѣль, то я примѣняю наркозъ, особенно у больныхъ, которыя не въ состояніи ослабить свои брюшные покровы; но наркозъ представляетъ болѣе опасный способъ, чѣмъ выпрямленіе зондомъ, болѣе удобенъ для врача и менѣе болѣзненъ для больной; но горе врачу, у котораго больная умираетъ подъ наркозомъ при попыткѣ выпрямить матку!



Рис. 124. 4 приемъ.

Всѣми описанными способами выпрямленія достигается цѣль, если только матка не фиксирована сращениями. Трудно бываетъ также выпрямленіе при отсутствіи сращеній, если, вслѣдствіе сморщиванія задняго брюшиннаго покрова, или вслѣдствіе укороченія передней влагалищной стѣнки, матка неподвижна въ неправильномъ положеніи. Если описанными средствами не достигается цѣль, то я примѣняю наркозъ, особенно у больныхъ, которыя не въ состояніи ослабить свои брюшные покровы; но наркозъ представляетъ болѣе опасный способъ, чѣмъ выпрямленіе зондомъ, болѣе удобенъ для врача и менѣе болѣзненъ для больной; но горе врачу, у котораго больная умираетъ подъ наркозомъ при попыткѣ выпрямить матку! Нужно, слѣдовательно, примѣнять наркозъ чрезвычайно осторожно послѣ того, какъ испробованы

были всё другія средства; иногда поражаетъ легкость выпрямленія, особенно если препятствіемъ служила только упругость брюшныхъ покрововъ. Все же бываютъ случаи, когда и этотъ способъ оказывается недостаточнымъ, а именно, если имѣются широкія и общія сращения между малкой и Дугласовымъ пространствомъ или прямой кишкой, или если многочисленныя тяжи идутъ отъ матки къ Дугласову пространству, къ прямой кишкѣ, брыжейкѣ, тонкимъ кишкамъ и т. д. Этой формѣ можно противопоставить косвенное сращеніе, при которомъ выпрямленію препятствуютъ сращения придатковъ съ брыжейкой или кишками. В. S. Schultze предлагаетъ разрывать эти тяжи со стороны прямой кишки подъ наркозомъ; онъ нашелъ много привержецевъ; я лично не могу раздѣлить этихъ похвалъ. Для того, чтобы per rectum разорвать сращения, бывающія иногда очень плотными, приходится употребить большое усиліе, вредно отражающееся на слизистой оболочкѣ прямой кишки. Далѣе, никогда нельзя точно знать, что разорвано, не повреждены ли также крупныя сосуды, что ведетъ къ образованию haematocele retroterina, или кишечникъ со смертельнымъ исходомъ, какъ это показываетъ случай, описанный въ литературѣ. Опытнымъ рукамъ Schultze удается этого избѣжать, но даже Rosthorn вызвалъ однажды при этомъ способѣ прободеніе брюшной полости. Я поэтому давно уже отказался отъ этого способа и предпочитаю растяженіе тяжей обѣими руками со стороны живота подъ наркозомъ.



Рис. 125. Матка съ пессаріемъ Hodge въ положеніи anteversio по Schultze.

Послѣ того, какъ выпрямленіе удалось, предписываютъ больной даже въ легкихъ случаяхъ лежать нѣкоторое время на животѣ.

Въ случаѣ появленія послѣ выпрямленія боли или лихорадки, назначаютъ постельный покой, ледъ и опій; даже въ легкихъ случаяхъ цѣлесообразно предписать больнымъ лежать нѣкоторое время на животѣ или на боку и запретить ходить и вѣдять. Послѣ выпрямленія подъ наркозомъ больная остается одинъ день въ постели, и измѣряется температура. Трудно установить общее правило о томъ, какъ часто слѣдуетъ повторять такое выпрямленіе; здѣсь нужно строгое индивидуализированіе; первая или вторая попытка иногда указываютъ уже на невозможность выпрямленія; въ другихъ случаяхъ выпрямленія удается, но матка снова падаетъ и требуетъ повторенія.

Уже давно признано, что простого выпрямленія бываетъ недостаточно, и что послѣ этого приходится посредствомъ извѣстныхъ уже съ древнихъ временъ поддерживающихъ аппаратовъ держать матку въ нормальномъ положеніи. Число примѣняемыхъ для этого въ настоящее время пессаріевъ довольно ограничено. Наиболѣе употребителенъ пес-

сарій Hodge. Задней широкой дужкой пессарія влагалищная часть удерживается сзади и вверху, что дает ослабленнымъ Дугласовымъ складкамъ возможность снова сократиться, а *lig. vesico-uterina*, слѣдуя за *portio*, растягиваются. Передняя узкая дужка пессарія поддерживается боковыми влагалищными стѣнками. Если до введенія пессарія матка лежала правильно, то внутрибрюшное давление дѣйствуетъ на заднюю ея поверхность и держитъ матку въ положеніи *anteflexio*. При этомъ не имѣется въ виду поддерживать матку пессаріемъ; если тѣло матки находится на задней дужкѣ, то положеніе неправильно. Здѣсь нѣтъ поэтому рѣчи о рычаговомъ дѣйствиіи.



Рис. 126. Матка съ пессаріемъ Schultze формы восьмерки.

женщинъ; необходимо поэтому кольца приспособить къ каждому случаю въ отдѣльности. Предложенный Fritsch'emъ и Smit'омъ пессарій ничѣмъ не отличается по формѣ и изгибу отъ такового Hodge. Иначе дѣло обстоитъ съ пессаріемъ Thomasa. Это кольцо также изогнуто S—образно; но разгибаніе *portio* сзади усиливается здѣсь толщиной задней дужки. Толстая задняя дужка легко вызываетъ при недостаточномъ влагалищномъ сводѣ, особенно у очень молодыхъ или старыхъ женщинъ, образованіе пролежня; дѣлесообразно, напротивъ, остроконечная форма нижней дужки. Форму предложенную Wrens-Olshausn'омъ—изгибаніе задней дужки подъ прямымъ угломъ, я считаю неправильной; благодаря этому, *portio* отъсвѣняется къ проводной линіи или впереди нея, и тѣло матки снова западаетъ сзади.

Весьма полезна для механическаго леченія искривленія матки сзади кольцо B. S. Schultze въ формѣ восьмерки. Предварительно необходимо, по мнѣнію этого автора, чтобы матка была обѣими руками приведена въ положеніе *anteflexio*; это кольцо пригодно для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ пессаріи Hodge въ разслабленномъ влагалищѣ и широкой вульвѣ недостаточны. Восьмерка, такъ-же, какъ и кольцо Hodge, изгибается S—образно; задняя небольшая дужка воспринимаетъ влагалищную часть, фиксируетъ ее сзади и вверху, а передняя большая дужка напряженіемъ боковыхъ влагалищныхъ стѣнокъ поддерживаетъ заднюю дужку; послѣдняя можетъ быть изогнута выпукла или вогнута, какъ пессарій формы колыбели. Пессарій формы восьмерки изгибаютъ изъ мягкихъ целлулоидныхъ колецъ специально для каждого случая; имѣющіяся въ продажѣ готовые формы нецѣлесообразны, такъ какъ той или другой дужкѣ приходится придать другую форму. Не слѣдуетъ брать слишкомъ

Первоначальный пессарій Hodge обнаруживаетъ S—образное искривленіе такимъ образомъ, что нижняя часть, образуя выпуклость кпереди, изогнута книзу. Иногда, напр. при широкой вульвѣ, эта дуга мѣшается при движеніяхъ, сидѣніи и при совокупленіи. Olshausen и Walcher изогнули поэтому эту дугу кверху, такъ что пессарій имѣетъ форму ножекъ колыбели или качелей; кромѣ того, они сдѣлали еще вырѣзку для уретры.

Такъ какъ пессарій слѣдуетъ изготовлять для каждой больной въ отдѣльности, то необходимо употреблять только такіе, которые сгибаются, напримѣръ, сгибающіяся въ кипящей водѣ кольца Proschow'sk'a или целлулоидныя. Длина, ширина и изгибъ влагалища различны у разныхъ

большой пессарий, и въ началѣ необходимо часто наблюдать больную, такъ какъ восьмерка вызываетъ нерѣдко изъязвленіе влагалища.

Излишекъ пессарій В. S. Schultze формы саней, также мало отличающійся отъ него пессарій Vulliet. Эта форма примѣнялась, главнымъ образомъ, при выпаденіи влагалищныхъ стѣнокъ съ дефектомъ промежности; эти случаи въ настоящее время лечатся оперативнымъ путемъ. Кромѣ описанныхъ формъ, имѣется еще и много другихъ, перечисленіе которыхъ повело бы меня слишкомъ далеко.



Рис. 127. Круговой массажъ при *retroflexio uteri*.

Бываютъ, однако, случаи, въ которыхъ матка остается въ исправленномъ положеніи сначала только въ теченіе нѣсколькихъ минутъ, потомъ нѣсколькихъ часовъ, и постепенно, несмотря на пессарій, снова перегибается. Въ этихъ случаяхъ показана часть массажа Brandt'a, дѣйствующая чисто наружно на матку. Выпрямляютъ матку, въ случаѣ надобности подъ наркозомъ, двумя пальцами внутренней руки поддерживаютъ влагалищную часть, дабы она не ускользнула въ сторону, а другой рукой обхватываютъ дно и заднюю поверхность матки, съ цѣлью тянуть ее впередъ, приводятъ затѣмъ при пустомъ пузырьѣ матки въ положеніи сильнаго *anteversio*, даже третьей степени, а наружной рукой производятъ круговое растираніе основанія и задней поверхности; благодаря этому, растягиваются сращения, а сморщенный брюшинный покровъ становится снова эластическимъ. Эти круговыя растиранія примѣняются также для растяженія широкихъ связокъ. Дугласовыхъ складокъ и т. д.

Этот способ требует много времени, но имъ излечиваются нѣкоторые упорные случаи, не уступающіе никакому лечению; можетъ потребоваться 3—6-недѣльное лечение; въ началѣ массируютъ каждый день, потомъ рѣже; немедленно послѣ массажа вводятъ восьмерку Schultze, и большая остается въ теченіе часа лежать на животѣ.

При долго продолжающихся искривленіяхъ матки кзади не слѣдуетъ изъ-за мѣстнаго леченія забывать объ общемъ, особенно о леченіи нервныхъ явленій, что часто бываетъ болѣе возможнымъ, чѣмъ лечение самаго искривленія. Малокровнымъ больнымъ назначаютъ тонизирующія средства, препараты желѣза, въ случаѣ запоровъ регулируютъ дѣятельность кишечника (діетой, массажемъ, клистирами), а при нейрастеніи назначаютъ лечение откармливаніемъ или холодной водой. Лѣтомъ назначаютъ солнечныя и желѣзныя ванны, пребываніе въ горахъ или то и то другое, въ зависимости отъ показанія. Прежде всего слѣдуетъ избѣгать слишкомъ продолжительнаго мѣстнаго леченія даже въ подходящихъ случаяхъ, если оно неблагоприятно дѣйствуетъ на нервную систему; если результаты получаются не быстро, то необходимо лечение примѣнять съ перерывами. Опаснымъ, въ виду вызываемаго полового возбужденія, я считаю влагалитный массажъ, который примѣняется часто опытными и неопытными приверженцами Th. Brandta безъ всякаго разбора.

До сихъ поръ ограничивались описанными методами леченія, да и въ настоящее слѣдуетъ признать рациональнымъ, въ случаѣ отсутствія результата, не продолжать леченія, а оставить retroflexio въ покоѣ и примѣнять только симптоматическое лечение; но въ виду все увеличивающейся увѣренности въ гинекологическихъ операціяхъ, предложень былъ въ послѣдніе 25 лѣтъ цѣлый рядъ оперативныхъ методовъ для леченія упорныхъ случаевъ retroflexio; обиліе этихъ способовъ доказываетъ, однако, отсутствіе одного какого-либо специфическаго метода, годнаго для всѣхъ случаевъ. Правильное положеніе матки можетъ быть достигнуто укороченіемъ связокъ или фиксированіемъ ея самой. Въ первомъ случаѣ укорачиваются круглыя маточныя связки и Дугласовы складки. Фиксированіе можетъ быть произведено брюшнымъ или влагалитнымъ способомъ. Van der Velde собралъ всѣ имѣющіеся оперативные способы леченія; ихъ оказалось 217 (!).

Наиболѣе старое предложеніе укороченіемъ круглыхъ связокъ фиксировать матку впереди внесено было Alquié и впервые исполнено Alexander'омъ и Adam'омъ; эти авторы нѣсколько переоцѣнивали значеніе круглыхъ связокъ для правильнаго положенія матки; на самомъ дѣлѣ, притягиваніемъ и укороченіемъ этихъ связокъ подвижная матка приводится въ положеніе anteversio, болѣе сильное, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Непремѣннымъ условіемъ успѣха является легкая подвижность матки, не очень утолщенной вслѣдствіе метрита, и отсутствіе срощеній матки и придатковъ съ сосѣдними органами. Я рекомендую производить эту операцію у дѣвушекъ, не исключая принадлежащихъ къ рабочему классу, далѣе, у нерожавшихъ, ибо въ этихъ случаяхъ лечение пессаріями трудно, отымаетъ много времени и вредно дѣйствуетъ на нервную систему. Далѣе, она пригодна, одновременно съ пластическими операціями влагалитца, для фиксаціи опущенной матки.

Прежде всего выпрямляют матку рукой или зондомъ и фиксируютъ пессаріемъ Нodge; послѣ этого производятъ разрѣзъ параллельно цупартовой связкѣ отъ середины ея до *tuberculum pubicum*. Кожа, подкожная клѣтчатка и поверхностная фасція разсѣкаются до апоневроза *m. obliquus ext.* Отсюда препарируютъ тупымъ инструментомъ до пахового канала, внутренняя ножка котораго обыкновенно легко узнается; одновременно съ этимъ ощупываютъ *tuberculum pubicum*. Изъ пахового канала выступаетъ неразрѣвленной круглая связка, узнаваемая по розовому ея окрашиванію, ближе къ наружной ногѣ, въ сопровожденіи *nervus ileoinguinalis*. Вспомогательнымъ средствомъ для распознаванія служитъ иногда т. наз. жировая капля *Imlach'a*. Цѣлесообразно давленіемъ на паховый каналъ дать возможность выступить его содержанию. Если щель пахового канала узка, а выступающая изъ него связка не ясна, то каналъ разсѣкаютъ по желобоватому зонду на разстояніи 2—3 сант. вверхъ. Послѣ этого удается захватить связку, отдѣлить ее отъ соединительной ткани, особенно на нижней сторонѣ; если она подвижна, то ее вытягиваютъ въ направленіи удлиненнаго канала на разстояніи 8—10 сант. до брюшины, кото-

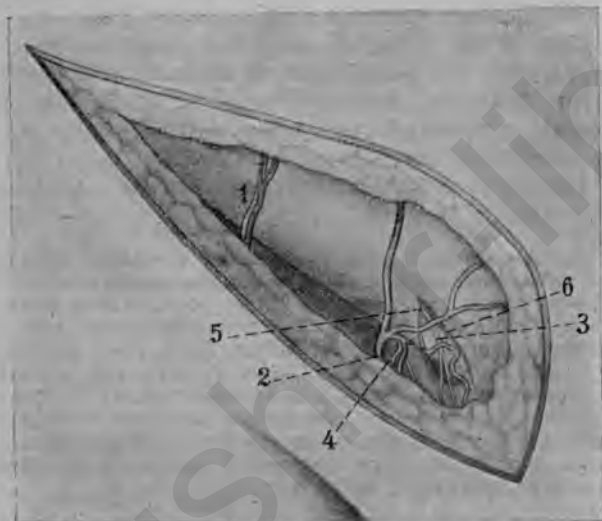


Рис. 128. Lig. uteri. rotund. (съ примѣненіемъ рис. Eisler'a и Waldeyer'a
1. Vasa epigastr. superfic. 2. Vena pudenda extr. 3. N. ileo-inguin. 4. N. spermaticus. 5. Crus ext. пахового канала. 6. Crus int. пахового канала.

рую по возможности оттягиваютъ назадъ. Если *processus vaginalis peritonei* зияетъ, то его сшиваютъ кѣгутловыми швами, или накладываютъ на заднюю стѣнку открытаго канала погружные швы; сильно кровоточащіе сосуды перевязываются. Послѣ этого шелкомъ зашиваютъ сильно натянутую связку съ ножками канала (3—4 шва), самый крайній шовъ завязывается вокругъ связки, которую потомъ отрѣзаютъ. Кудлыя связки снова обвязываютъ кѣгутловымъ швомъ, закрывающимъ крайнюю часть щели на *tuberculum pubicum*; послѣ этого накладываютъ погружные швы на жировую клѣтчатку и закрываютъ кожную рану силькомъ или зажимами. Такъ-же поступаютъ на другой сторонѣ. Другіе авторы предложили объ связки послѣ ихъ вытягиванія сшить другъ съ другомъ въ срединѣ симфиза, что кажется мнѣ безцѣльнымъ. Kocher придаетъ значеніе вытягиванію связки по направленію къ *spina il. ant. sup.* и пришиванію ея по всей длинѣ къ наружной поверхности фасціи *m. obliqui ext.* между внутреннимъ паховымъ кольцомъ и *spina*. Если связка разрывается при натягиваніи, или она не обнаруживается, что по мѣрѣ дальнѣйшаго опыта становится все рѣже и рѣже, то разрѣзаютъ паховый каналъ. Значительное кровотеченіе очень рѣдко бываетъ, а поврежденіи другихъ органовъ почти исклю-

чаются. Я считаю неправильнымъ предложеніе Goldspohn'a войти черезъ расширенный паховый каналъ въ брюшную полость и въ геммотъ разорвать сращения. Это не входитъ въ задачу операціи Alexander-Adams'a. Оперированная можетъ на 3 день оставить постель, на 8 день удаляютъ кожные швы, а на 10—12—кольцо.

Эта операція, заброшенная вначалѣ въ Германіи, имѣетъ теперь много приверженцевъ.

Смертность отъ нея равна нулю. Большинство хирурговъ оперировали сотни случаевъ и не имѣли ни одного смертнаго случая (въ Страсбургѣ 400 случаевъ и ни одного смертельнаго). Многочисленные клиники опубликовали цѣлый рядъ долго наблюдавшихся случаевъ (см. Steidl Monatschr. т. 19; Ueber de Resultate der Strassburger Klinik и Fehling, Zentralbl. f. Gynaekol. 1905, № 6. Pauli. Dauererfolge der Alexander-Adams'schen. Operation Dissert. Strassb. 1907, Schickele. Die Erfolge der Alexander-Adams'schen Operation. Berlin. Klin. Woch. 1911, № 50). При правильномъ подборѣ насчитываютъ только 5—6% рецидивовъ, а въ послѣдней сотнѣ случаевъ еще меньше; въ довольно большомъ числѣ случаевъ наступала послѣ этого беременность, и правильно протекали роды и послѣродовой періодъ, не нарушая результатовъ операціи.

Другимъ способомъ укороченія круглыхъ связокъ является брюшной, предложенный Bode и Wylie.

Послѣ вскрытія полости живота разрѣзаютъ сращения, придатки, въ случаѣ надобности, срѣзаютъ, матку выпрямляютъ, захватываютъ круглую связку на разстояніи нѣсколькихъ сант. отъ маточнаго рога, сильно вытягиваютъ ее, по направлению къ симфизу и, начиная съ образовавшагося, такимъ образомъ угла, накладываютъ непрерывный катгутный шовъ, такъ что ближайшій къ маткѣ кусокъ соединяютъ съ таковымъ, вытянутымъ изъ паховаго канала; сдѣлавъ то же самое на другой сторонѣ, зашиваютъ оба колѣна спереди на маткѣ на разстояніи около 2 сант. надъ внутреннимъ зѣвомъ. Я часто съ успѣхомъ производилъ эту операцію, но всегда одновременно съ другими операціями, напр., придатковъ, если при этомъ имѣлось и искривленіе матки назадъ, при тяжеломъ выпаденіи матки и т. д.

Этотъ методъ болѣе рационаленъ, чѣмъ таковой Dolèris'a, который круглую связку проводитъ черезъ щель въ m. recti и fascia transversa и зашиваетъ ее въ серединѣ надъ сшитыми m.m. recti. Цѣлесообразнѣе способъ Franz'a; этому способу предшествуетъ производство поперечнаго разрѣза фасціи по Pfannenstiel'ю. Послѣ удаленія имѣющейся кисты, разрѣзанія сращеній и низведенія нижняго лоскута кожи отыскиваютъ наружное паховое кольцо, нѣсколько вскрываютъ каналъ, вытягиваютъ связку, укорачиваютъ и зашиваютъ такъ же, какъ при операціи Alexander-Adams'a.

Менѣе рациональнымъ я считаю укороченіе круглыхъ связокъ влагалищнымъ путемъ, предложенное впервые Bode и Wertheim'омъ.

Послѣ вскрытія передняго Дугласова пространства захватываютъ лигатурой или зажимомъ круглую связку возможно ближе къ маткѣ, сильно ее вытягиваютъ и захватываютъ кусокъ этой связки на разстояніи 7—9 сант.; эту точку сшиваютъ съ первой, такъ что верхушка угла, образовавшаго связкой, приходится на середину; такъ-же поступаютъ и на другой сторонѣ; зашиваютъ брюшину и влагалищную рану обычнымъ способомъ. Сообщенія объ этой операціи имѣются изъ клиники Schanta, но результаты (75%) все-же хуже, чѣмъ таковые операціи Alexander-Adams'a.

Въ противоположность методу укороченія круглыхъ связокъ, *Schultze*, *Sänger* и друг. предложили фиксировать шейку кзади; этотъ способъ рѣже примѣнялся, а въ настоящее время онъ совершенно оставленъ; онъ годится только при подвижныхъ искривленіяхъ съ ослабленіемъ *m. retractores uteri* и при отсутствіи сращеній задней стѣнки матки.

Freund въ одномъ случаѣ выпаденія матки и *retroflexio* вскрылъ и Дугласово пространство со стороны задняго влагалищнаго свода, прошилъ заднюю поверхность матки въ области *retractores* къ брюшинѣ ниже *primontoria*, потомъ сшилъ вмѣстѣ *retractores* и тампономъ изъ іодоформной марли закрылъ нижнюю часть врожденнаго слишкомъ длиннаго Дугласова пространства. *Frohmel* предложилъ послѣ разрѣза живота и уничтоженія сращеній накладывать на мѣсто отхожденія *m. m. retractores* лигатуру и пришивать ихъ сбоку на уровнѣ входа во влагалище. Этотъ способъ не былъ, однако, принятъ; опасность его не отвѣчаетъ вѣрности результата.

Оставлена также предложенная *Sänger*'омъ *retrofixatio colli*. Отрицательной стороной этого метода является необходимость въ темнотѣ обкалывать со стороны влагалищнаго свода Дугласовы складки и одновременно контролировать со стороны прямой кишки.

Въ противоположность перечисленнымъ методамъ, *v. Olshausen* первый высказалъ мысль о пришиваніи тѣла матки къ передней брюшной стѣнкѣ: *ventrofixatio uteri* или *hysteropexia*, которая вскорѣ измѣнена была *Czer'ny*, *Leopold*'омъ, *Sänger*'омъ и друг. Впрочемъ еще и до *Olshausen*'а нѣкоторые гинекологи, *Köberlé*, *Sims* и *Schröder* при оваріотоміи укрѣпили ножку яичника въ брюшной ранѣ и получили благоприятный результатъ въ смыслѣ фиксаціи матки. Исходя изъ этого, *Olshausen* предложилъ пришивать боковые края матки на мѣстѣ отхожденія круглыхъ связокъ къ брюшной стѣнкѣ.

Послѣ вскрытія брюшной полости матку вытягиваютъ вверхъ и на паріетальной брюшной стѣнкѣ, сбоку отъ срединной линіи опредѣляютъ мѣсто, гдѣ должны быть пришиты придатки; при этомъ избѣгаютъ задѣть *art. epigastrica inf* и кривыми иглами пришиваютъ сначала круглыя связки, а потомъ часть широкихъ связокъ, а при отказѣ отъ дальнѣйшей беременности также и трубы къ паріетальной брюшной стѣнкѣ; швы накладываются не только на брюшину, но также на мускулатуру и фасцію брюшной стѣнки.

Недостатокъ этой операціи состоитъ въ томъ, что между боковыми краями матки и передней брюшной стѣнкой остается углубленіе, въ которое попадаютъ петли кишекъ и тамъ срастаются. Поэтому больше приверженцевъ нашло предложеніе *Czer'ny-Leopold*'а фиксировать матку на передней брюшной стѣнкѣ швами, проходящими чрезъ мышечную стѣнку въ срединѣ самой матки.

Послѣ вскрытія брюшной полости матку вытягиваютъ вверхъ, что легко удается при положеніи больной съ приподнятымъ тазомъ. Послѣ этого при пустомъ пузырьѣ помѣщаютъ матку непосредственно у брюшной стѣнки, пропущаютъ не очень большой иглой съ одной стороны къ другой черезъ фасцію и паріетальную брюшину нитку, проходящую черезъ ткань матки въ срединѣ



Рис. 129. Внутрибрюшинное укороченіе круглыхъ связокъ.

шириной въ 1—2 савт. Я употребляю для этого шелкъ, чередуя съ кэгуттомъ. Въ большинствѣ случаевъ кладутъ 3 шва отъ дна матки до середины ея тѣла; выше и ниже мѣста фиксированія, брюшина закрывается безпрерывнымъ швомъ, а брюшная рана закрывается обычнымъ способомъ. Kaltenbach фиксировалъ безъ вскрытія брюшины; при этомъ однако не исключается опасность поврежденія кишечныхъ петель, а опасность поврежденія брюшины въ настоящее время не такъ велика, какъ она была во времена Kaltenbach'a.

Такъ какъ мы вентрофиксацию производимъ при фиксациі матки и ея придатковъ, то необходимо прежде всего уничтожить имѣющіяся срощенія; тонкія срощенія разрываютъ, а болѣе толстыя, особенно съ кишечникомъ, разрѣзаютъ подъ контролемъ глаза во избѣжаніе поврежденія кишокъ. Придатки, въ случаѣ надобности, резецируютъ. Совершенно правильно установилось консервативное направленіе; при больныхъ яичникахъ стараются сохранить, по крайней мѣрѣ, часть ихъ или производятъ сальпингостомию. Въ случаѣ необходимости удалить оба придатка, возникаетъ вопросъ, слѣдуетъ ли вообще производить вентрофиксацию, ибо матка все равно уменьшается, а для сморщенной матки безразлично, какъ она лежитъ. Хотя это правильно для позднѣйшихъ стадіевъ климактерическаго періода, все же слѣдуетъ признать, что при больной маткѣ въ первое время послѣ кастраціи могутъ появиться значительныя расстройства со стороны retroflexio, такъ что цѣлесообразнѣ воспользоваться вскрытіемъ брюшины, чтобы фиксировать матку; въ этихъ случаяхъ невозможно обойтись внутрибрюшнымъ укороченіемъ круглыхъ связокъ.

По поводу вентрофиксациі было сдѣлано возраженіе, что матку прикрѣпляютъ къ передней брюшной стѣнкѣ высоко надъ симфизомъ тамъ, гдѣ она въ физиологическомъ состояніи не находится; это правильно, все же такая фиксация, какъ показали наблюденія, не вызываетъ никакихъ осложненій даже со стороны пузыря. Такъ какъ больная вначалѣ должна спокойно лежать на спинѣ, то цѣлесообразно первое время ввести пессарій Hodge. Получаемые результаты хороши, рецидивы наблюдаются рѣже, чѣмъ послѣ другихъ операций, больныя беременѣютъ, и роды наступаютъ въ срокъ безъ всякихъ расстройствъ; въ единичныхъ только случаяхъ срощенія вновь уничтожались.

Свое первое сообщеніе на сѣздѣ естествоиспытателей въ Берлинѣ (1886) Olshausen заключилъ слѣдующими словами: „эта операция умѣстна только въ единичныхъ и безнадежныхъ случаяхъ неподвижной ретрофлексіи“. Въ послѣдующіе же годы значительно расширили показанія къ этой операциі; уже Sängerg въ своемъ первомъ сообщеніи говорить о 20% случаевъ ретрофлексіи, въ которыхъ леченіе пессаріями оказалось недостаточнымъ. Необходимо протестовать противъ расширенія показанія къ лапаротоміи, особенно въ виду менѣе опасной операциі Alexander-Adams'a.

Противъ такого расширенія показанія необходимо было безусловно протестовать до тѣхъ поръ, пока вентрофиксация была единственной въ этой области операцией; съ тѣхъ же поръ, какъ вмѣсто нея предложены были другія менѣе опасныя операциі, границы оперативнаго леченія должны быть безусловно расширены.

Вентрофиксация показана при всякаго рода фиксированныхъ искривленіяхъ матки кзади съ болѣзненными измѣненіями придатковъ или безъ нихъ; при строгомъ соблюденіи асептики опасность для жизни

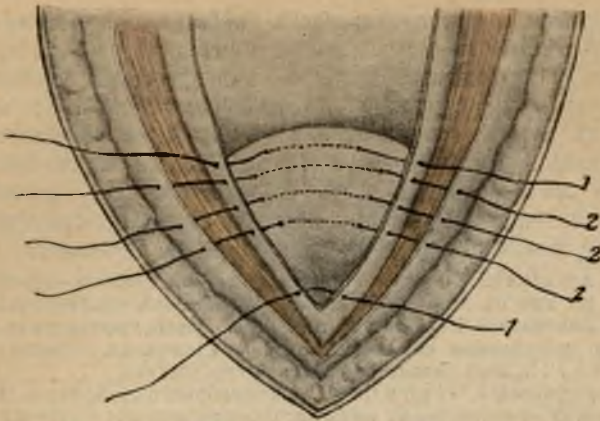


Рис. 130. Ventrofixatio uteri.

1. Швы через брюшину и матку. 2. Швы через фасцию, брюшину и матку.

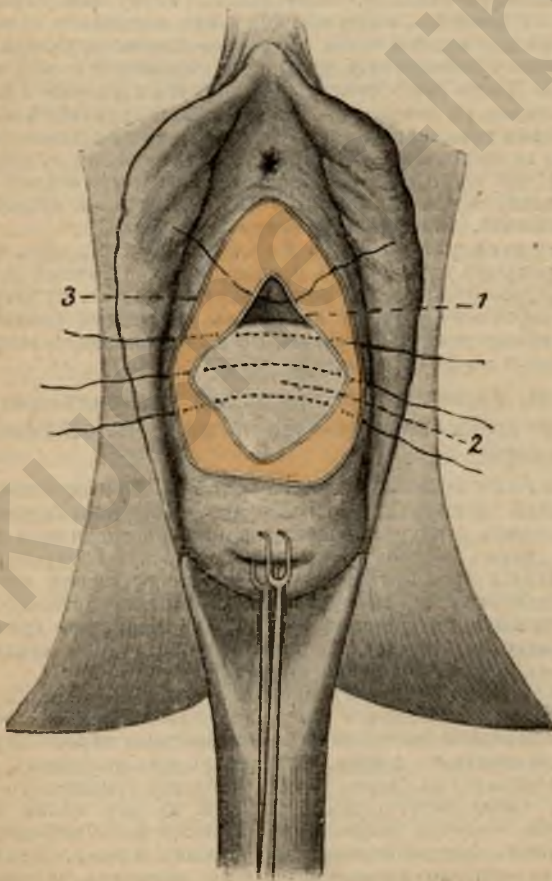


Рис. 131. Vaginofixatio uteri. Швы наложены через матку.
1. Брюшина. 2. Матка. 3. Влагалищный разрез.

почти исключается, а при производствѣ операции при положеніи больной съ приподнятымъ тазомъ можно лучше, чѣмъ при всякомъ другомъ способѣ операции, уничтожить сращения безъ поврежденія сосѣднихъ органовъ, остановить кровотечение и фиксировать матку; въ нѣкоторыхъ случаяхъ я присоединяю еще внутрибрюшное укороченіе круглыхъ связокъ. Функциональные результаты получаются во всѣхъ случаяхъ хорошіе, все же необходимо быть осторожнымъ съ прогнозомъ, если сопутствуютъ явленія неврастеніи, ибо они и послѣ приведенія матки въ правильное положеніе медленно или вовсе не исчезаютъ.

Ргоог предложилъ послѣ вскрытія брюшной полости спить переднюю стѣнку матки до дна съ задней стѣнкой пузыря послѣ предварительнаго освѣженія ихъ на разстояніи $1\frac{1}{2}$ сант. Я нѣсколько разъ производилъ эту операцию, но считаю результаты ея недостаточно надежными. Похожую операцию предложилъ Werth подъ названіемъ vesicoventrifixatio.

Послѣ предложенія Olshausen'a нѣкоторымъ пришла въ голову мысль фиксировать матку *влагалищнымъ путемъ*. Прежде всего Schücking предложилъ фиксировать дно матки въ переднемъ влагалищномъ сводѣ. Онъ приводитъ матку въ положеніе сильной антефлексии и при пустомъ пузырьѣ прокалываетъ специально для этой цѣли конструированной иглой, вводимой въ матку, переднюю брюшинную складку, вытягиваетъ нитку изъ передняго свода и связываетъ ее съ концомъ, выступающимъ изъ маточнаго зѣва. Для облегченія прокалыванія необходимо, чтобы другая, свободная рука придавливала влагалищный сводъ къ инструменту, пузырь же отодвигаютъ съ помощью катетера влѣво и вверхъ. Послѣ этого вводятъ пессарій Hodge или Thomas'a; больная остается лежать въ теченіе 6—8 дней, а швы удаляютъ на 10—14 день. Schücking самъ указываетъ, что постояннымъ послѣдствіемъ операции является расстройство со стороны пузыря. Произведенные Gläser'омъ опыты на трупахъ показали, что легко возможно поврежденіе пузыря и даже мочеточниковъ. Эта операция, заслуга которой состоитъ въ томъ, что она является предвѣстникомъ вагинофиксаци, въ настоящее время оставлена.

Zweifel'измѣнилъ операцию Schücking'a въ томъ смыслѣ, что, во избѣжаніе поврежденія пузыря, онъ производилъ поперечный разрѣзъ отъ portio vagin., отпрепаровывалъ, какъ при полной экстирпаци, матку вверхъ и перпендикулярно къ поперечному разрѣзу проводилъ срединный разрѣзъ по направленію къ наружному отверстию уретры, съ цѣлью въ этомъ направленіи вшить дно матки иглой Schücking'a.

Изъ этихъ предвѣстниковъ развилась исключительно примѣняемая въ настоящее время предложенная Maskenrodt'омъ и Dührs-sen'омъ вагинофиксация.

Maskenrodt производитъ въ переднемъ влагалищномъ сводѣ дугообразный разрѣзъ по направленію къ шейкѣ, проводить перпендикулярно къ нему другой разрѣзъ отъ уретральнаго валика въ срединной линіи до portio. Ограниченные такимъ образомъ трехугольные лоскуты отпрепаровываются отъ пузыря, а послѣдній тупо отдѣляютъ отъ шейки до уровня внутренняго зѣва. Послѣ этого соединяютъ оба лоскута съ маткой посредствомъ шва, который идетъ нѣсколько выше внутренняго зѣва черезъ нескрытое брюшинное углубленіе и стѣнку матки, но не черезъ слизистую оболочку влагалища, наконецъ, поперечную рану влагалища снова соединяютъ.

Dührssen тупо отдѣляетъ пузырь отъ шейки матки изъ поперечнаго разрѣза передняго влагалищнаго свода, оттѣсняетъ сильно изогнутымъ зондомъ матку и проводитъ поперечные шелковые швы черезъ переднюю стѣнку матки; онъ не завязываетъ швовъ, но держитъ ихъ въ рукахъ, пока не наложитъ самыхъ верхнихъ на сводъ. Послѣ этого онъ пришиваетъ переднюю влагалищную рану тремя сагиттальными швами къ дну матки, избѣгая прокалывать слизистую оболочку влагалища. Въ заключеніе поперечную рану влагалища закрываютъ непрерывнымъ кѣгуттовымъ швомъ. Сагиттальное зашивание этой щели, если оно производится безъ сильнаго напряженія, кажется, весьма рациональнымъ, такъ какъ, благодаря этому, удлиняется передняя влагалищная стѣнка, но portio легко получаетъ при этомъ форму хобота.

Произведенная Mackenrodt'омъ и Dührssen'омъ вагинофиксация быстро воспринята была большинствомъ гинекологовъ, но подверглась нѣкоторымъ измѣненіямъ. Подборъ случаевъ и показанія не всегда были правильны; область показаній расширена была до того, что эта операція примѣнялась даже при сильно фиксированныхъ ретрофлексіяхъ съ опухолями придатковъ. Результаты были поэтому только отчасти удовлетворительными; кромѣ неудачи, появлялись столь тяжелыя сращения матки съ влагалищемъ, что препятствовали беременности и родамъ, и требовались перфорация или кесарево сѣченіе. Мысль о соединеніи брюшинаго покрова передней стѣнки матки съ таковой пузыря правильна и не имѣетъ неблагоприятныхъ послѣдствій, если слизистая и подслизистая оболочка влагалища не участвуютъ въ этомъ соединеніи. Я оставилъ поэтому вскорѣ вагинофиксацию и въ цѣломъ рядѣ случаевъ произвелъ везикофиксацию слѣдующимъ образомъ.

Поперечный разрѣзъ въ переднемъ влагалищномъ сводѣ, какъ въ первомъ приемѣ полной экстирпации, перпендикулярно къ нему продольный разрѣзъ, отпрепаровываніе треугольныхъ лоскутковъ, отдѣленіе тупымъ инструментамъ пузыря отъ шейки матки, низведеніе пальцами *plica vesicouterina*; послѣднюю захватываютъ двумя зажимами и разрѣкаютъ сагиттально (рис. 131). Послѣ этого, постепенно идя вверхъ, проводятъ Мюезевыми щипцами переднюю стѣнку матки въ щель и накладываютъ цѣлый рядъ швовъ, захватывающихъ влагалище, брюшину и матку.

Результаты были удовлетворительны. Изъ 78 случаевъ операціи, произведенныхъ мною до конца 1899 года въ Галле, въ 22 наступила беременность; изъ этихъ случаевъ только въ одномъ былъ выкидышъ и въ одномъ трудные роды. Поразительно, что на 13 головныхъ положеній было 8 поперечныхъ. Я не могу, слѣдовательно, согласиться съ Rütл'емъ и друг., нарисовавшими ужасную картину родовъ послѣ вагинофиксаци. Сколько именно случаевъ родовъ было послѣ произведенныхъ мною въ Галле выше ста операцій везикофиксаци, я не могъ установить.

Въ общемъ я больше прибѣгаю къ операціи Alexander-Adams'a, а везикофикацію произвожу главнымъ образомъ у женщинъ, близко стоящихъ къ климактерію или, по крайней мѣрѣ, не рассчитывающихъ больше рожать. Если же эта операція оказывается нужной въ возрастѣ половой зрѣлости, съ цѣлью также устранить выпаденіе влагалища, то необходимо вслѣдъ за этимъ произвести резекцію трубы.

Резюмируя все сказанное объ оперативныхъ методахъ леченія ретрофлексіи, мы видимъ, что нѣтъ ни одного идеальнаго способа, который годился бы для *всѣхъ случаевъ*; необходимо индивидуализировать. Соціальныя условія заставляютъ женщинъ изъ рабочаго класса чаще прибѣгать къ операціи, чѣмъ женщинъ изъ зажиточныхъ классовъ населенія; у молодыхъ особъ также слѣдуетъ операціи отдавать предпочтеніе предъ ношеніемъ колець въ теченіе многихъ лѣтъ; близко къ наступленію климактерія или въ наступившемъ уже климактерическомъ періодѣ безцѣльно оперировать *retroflexio*. Обстоятельства измѣнились, и въ виду безопасности и несомнѣнности благоприятнаго результата операціи Alexander-Adams'a, подвижная ретрофлексія предоставляеть большій контингентъ для операціи, чѣмъ неподвижная.

Въ случаѣ не очень тяжелой непосредственной неподвижности близко къ климактерическому возрасту, при осложненіи незначительнымъ

опущением влагалища и дефектами промежности, при наличии показаний къ кастраціи прибѣгаютъ къ везикофиксаци.

Такимъ образомъ, для вентрофиксаци, въ случаѣ надобности, съ укорочениемъ круглыхъ связокъ остаются только тяжелыя сращения матки и придатковъ на почвѣ воспаления (гонорройнаго и послѣродового). Если осложненія ретрофлексіи не устраняются операцией, то остаются разстройства, тѣмъ большія, чѣмъ сильнѣе неврастеническое предрасположеніе.

Невозможно установить, какъ часто операція оказывается нужной; клиническій матеріалъ даетъ другія данныя, чѣмъ больныя въ частной практикѣ (по Pfaupenstiel'ю 28.6:2.4). Я думаю, что мои цифры являются средними между цифрами Olshausen'a ($\frac{5}{2}\%$) и Küstner'a (33%), но въ частной практикѣ они во всякомъ случаѣ составляютъ больше 2.4%.

с) Опущеніе и выпаденіе матки.

Descensus et prolapsus uteri.

Подъ опущениемъ (descensus) понимаютъ болѣе низкое положеніе матки въ тазу, такъ что влагалищная часть приближается къ вульвѣ; если же она, увлекая за собою влагалищныя стѣнки, показывается впереди вульвы, то получается выпаденіе влагалища, prolapsus. Этиологически трудно различать выпаденіе матки и влагалища; при смѣщеніи влагалища необходимо отличать первичное выпаденіе его или одной только стѣнки отъ инверсіи, которая сопутствуетъ всякому значительному выпаденію. Выпаденіе матки также старо, какъ и человечество само; Гиппократъ и Soranus были уже съ нимъ знакомы и предлагали средства для его устраненія.

Этиологія. Значительная частота наблюдающихся опущенія и выпаденія матки зависитъ отъ дѣторожденія. Основаніе для этого даетъ уже беременность, при которой влагалище разрыхляется, становится длиннѣе и шире, а передній влагалищный валикъ гипертрофируется; нерѣдко послѣдній въ концѣ беременности причиняетъ больнымъ неприятности. Дальнѣйшій поводъ даютъ роды; растяженіе шепки въ періодѣ раскрытія зѣва ведетъ къ разрыхленію соединительной ткани, соединяющей пузырь и шейку матки; въ періодѣ изгнанія плода головка растягиваетъ влагалище по всѣмъ направленіямъ, она сильно вытягивается вверхъ, упругая соединительная ткань, соединяющая влагалище съ сосѣдними органами, уретрой, пузыремъ, Дугласовымъ пространствомъ и прямой кишкой, разрыхляется. Послѣ родовъ упругость соединительной ткани никогда болѣе не восстанавливается; если къ этому присоединяются другія поврежденія, то образуется опущеніе; къ этимъ поврежденіямъ относятся оставшіеся незащитыми значительные разрывы промежности. У женщины, находящейся въ вертикальномъ положеніи, нижняя часть задней влагалищной стѣнки и промежность поддерживаютъ переднюю стѣнку влагалища; если эта поддержка отсутствуетъ, то разрыхленная передняя стѣнка влагалища опускается. Легче это наступаетъ, если родильница слишкомъ рано садится для мочеиспусканія; полный пузырь, вслѣдствіе внутрибрюшнаго давленія, толкаетъ переднюю стѣнку внизъ; въ большинствѣ случаевъ прежде всего опускается средняя треть, а верхняя и нижняя слѣдуютъ потомъ. Стѣнка влагалища, которая спе-

реди больше сросшена съ шейкой, тянеть ее постепенно за собою, тѣмъ болѣе, что шейка въ это время еще не успѣла придти въ нормальное состояніе.

Тѣло матки слѣдуетъ за шейкой; если прикрѣпляющія средства, *ligamenta rotunda, lata, posteriora*, также брюшинный покровъ матки въ первые дни послѣ родовъ расслаблены, то матка цѣликомъ опускается; если тѣло матки достигло проводной линіи, то вслѣдствіе внутрибрюшного давленія оно перегибается книзу, и присоединяется *retroversio*. Въ большинствѣ же случаевъ въ то время, когда вредныя вліянія вызываютъ опущеніе влагалища и шейки, брюшина, покрывающая тѣло матки, становится снова упругой, такъ что послѣдняя остается на нормальной приблизительно высотѣ во входѣ въ тазъ и во всякомъ случаѣ не очень низко опускается.

Это наиболѣе частый способъ происхожденія опущенія и выпаденія.

На основаніи матеріала изъ клиники въ Тюбингенѣ Fetzler указываетъ, что выпаденіе половыхъ органовъ является послѣдствіемъ позднихъ первыхъ родовъ; на основаніи собственнаго матеріала я не могу къ этому безусловно присоединиться и думаю, что здѣсь имѣютъ значеніе тяжелые оперативные приемы, примѣняемые у первородящихъ; у болѣе пожилыхъ первородящихъ они встѣрчаются чаще.

Я не считаю доказаннымъ утвержденіе Küstner'a, будто на *retroflexio uter* слѣдуетъ смотрѣть, какъ на предвѣстникъ выпаденія; сколько мы знаемъ случаевъ *retroflexio* у нерожавшихъ женщинъ, не ведущихъ къ выпаденію даже при отсутствіи леченія! Женщины, не работающія физически, врядъ ли меньше страдаютъ реарофлексіями, чѣмъ занимающіяся физическимъ трудомъ, и если послѣднія составляютъ наибольшій контингентъ для опущенія и выпаденія матки, то это происходитъ оттого, что вышеуказанныя обстоятельства у нихъ чаще и сильнѣе выражены. *Retroflexio* составляетъ, какъ выше указано было, только этапъ въ образованіи выпаденія. Раннее вставаніе родильницъ способно, вслѣдствіе усиленія моментовъ, способствующихъ выпаденію, вызвать учащеніе случаевъ опущенія. Раннее вставаніе для рабочей женщины означаетъ приступленіе къ работѣ, а это не то, что вставать на 1—2 часа, начиная со второго дня. Тяжелые случаи выпаденія въ нашей клиникѣ наблюдаются только у рабочихъ женщинъ, у другихъ же тяжелое выпаденіе вовсе не бываетъ. Я согласенъ поэтому съ Vishn'омъ и вспоминаю, что у родильницъ тромбозъ и эмболія очень рѣдко бывають. Если бы прошло въ жизнь предложеніе Küstner'a заставлять родильницъ на 3 день, вставать съ цѣлью ускоренія процесса обратнаго развитія, то число случаевъ выпаденія увеличилось бы.

Въ противоположность описаннымъ *дефектамъ въ запирающемъ аппаратѣ влагалища*, опущенію матки рѣже способствуетъ *первичное расслабленіе брюшины*, врожденное или приобрѣтенное. Такъ, усиленіе внутрибрюшного давленія при тяжелой маткѣ можетъ вызвать первичное опущеніе, могущее потянуть за собою влагалищныя стѣнки. Расслабленіе тазовой брюшины не зависитъ отъ родовъ, оно наблюдается также у нерожавшихъ, даже у дѣтей и одновременно съ другими явленіями энтероптоза, расхожденія брюшныхъ мышцъ, паховыхъ, бедренныхъ и пупочныхъ грыжъ, одновременно съ опущеніемъ печени, почекъ и т. д., вслѣдствіе чего А. Martin считаетъ выпаденіе частичнымъ явленіемъ общаго страданія.

Уже А. Мауегъ высказалъ взглядъ о томъ, что грыжи живота и выпаденіе матки часто совпадаютъ; согласно его наблюденіямъ, на 160

случаевъ выпаденія приходится 60 случаевъ паховыхъ грыжъ. Вопросъ о томъ, облегчается ли происхождение выпаденія незначительнымъ наклоненіемъ таза, требуетъ еще дальнѣйшаго изслѣдованія; а priori можно было бы думать, что задняя костная стѣнка таза лучше бываетъ въ состояніи поддерживать переднюю влагалищную стѣнку и пузырь.

Значительно рѣже выпаденіе влагалища и матки вызывается опухолями, кистами яичника, подбрюшинными и внутрисвязочными міомами, также асцитомъ. Только въ немногихъ случаяхъ наблюдалось врожденное выпаденіе матки, особенно ясно выступающее при нажиманіи. Рѣдко наблюдаются случаи изолированной гипертрофіи *portio*, ведущей къ образованію выпаденія; одинъ случай описанъ Winckel'емъ.

Halban'омъ и Tandler'омъ на основаніи анатомическихъ изслѣдованій предложена гипотеза о значеніи вызваннаго при родахъ дефекта *levator ani*, *diaphragma pelvis*, причемъ вслѣдствіе дефекта въ тазовомъ днѣ образуется грыжевое отверстіе, черезъ которое выдавливаются внутренніе половые органы; но эта гипотеза въ общемъ не оправдывается. Въ противоположность этому, E. Martin на основаніи своихъ изслѣдованій указалъ на значеніе *fascia endopelvina* съ ея развѣтвленіями въ маткѣ, пузырьѣ, влагалищѣ и прямой кишкѣ. Наибольшее вліяніе онъ приписываетъ упругимъ волокнамъ этой фасціи, идущимъ отъ шейки къ тазовой стѣнкѣ.

Витт справедливо указываетъ, что вообще при грыжахъ первичнымъ моментомъ является дефектъ фасціи, а не недостаточность мускулатуры. Клиническія наблюденія, особенно причины образованія различныхъ формъ выпаденія, наконецъ, результаты оперативнаго вмѣшательства говорятъ противъ правильности взгляда Halban-Tandler'a.

Съ этиологической и терапевтической точекъ зрѣнія я различаю поэтому слѣдующія формы выпаденія:

1. Выпаденіе влагалищной части, вызываемое первичной гипертрофіей нижневлагалищной и во всякомъ случаѣ средней ея части (Schroder). Эти первичныя гипертрофіи шейки, вопреки мнѣнію Hugiera, считающаго ихъ причиной всѣхъ случаевъ выпаденія, наблюдаются довольно рѣдко.

2. Опущеніе и выпаденіе однѣхъ только влагалищныхъ стѣнокъ, особенно нижнихъ двухъ третей, чаще всего передней съ *cystocele* (рис. 132), рѣже одной только задней съ *rectocele*, вызванныя продолжительнымъ переполненіемъ прямой кишки при неполномъ разрывѣ промежности, а въ климактеріи первичнымъ исчезаніемъ околослагалищнаго жира.

3. Наболѣе частой является форма выпаденія влагалища и матки, при которой сначала опускается передняя влагалищная стѣнка, причемъ она тянется за собой шейку, удлиняя ее (рис. 133, 134). Удлиненіе шейки можетъ быть значительнымъ. Механизмъ происхожденія описанъ выше; при продолжительномъ удлиненіи *portio* образуется сначала отекъ, потомъ гипертрофія. Если шейка попадаетъ въ проводную линію, то матка лежитъ вытянутая, и для того, чтобы отклонить тѣло матки кзади, требуется умѣренное усиленіе внутрибрюшнаго давленія.

Задній влагалищный сводъ остается при этомъ обыкновенно нор-

мально высокимъ или слегка опущеннымъ; если же тазовая брюшина отъ рожденія опущена и представляетъ поэтому болѣе значительную поверхность для дѣйствія внутрибрюшного давленія, то и задній сводч



Рис. 132. Начинаящееся опущение матки послѣ родовъ съ cystocele и опущение передней стѣнки влагалища по Fritsch-Schultze.

можетъ опуститься такъ низко, что задняя влагалищная стѣнка выворачивается такъ же, какъ и передняя (рис. 134). То обстоятельство, что задній брюшинный мѣшокъ, находящійся въ нормальномъ состоянiи

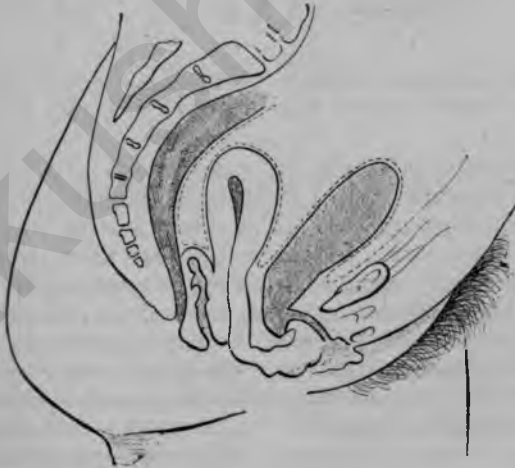


Рис. 133. Inversio передней влагалищной стѣнки съ cystocele и удлинениемъ шейки.

ближе къ влагалищному своду, чѣмъ передній, рѣже опускаетъ ниже, доказываетъ, что опусканіе передней стѣнки вызывается пузыремъ. Прямая кишка, наоборотъ, на мѣстѣ соединенія съ брюшиной Дугласова

пространства такъ хорошо фиксирована, что не можетъ опуститься. Нижняя часть кишки въ видѣ *gestosele* не оказываетъ вліянія на брюшину, также на рыхло связанный съ ней влагалищный сводъ; поэтому опущеніе Дугласова пространства слѣдуетъ считать происшедшимъ первично.

4. Наконецъ, бываютъ случаи, въ которыхъ матка опускается вслѣдствіе первичнаго давленія сверху (рис. 135), причемъ, сначала выворачивается влагалищный сводъ, а потомъ болѣе низкія части влагалища. Если и Дугласова складка выпадаетъ, то въ ней могутъ оказаться кишечныя петли (*Enterocoele*); рѣже и передняя брюшинная складка опускается такъ низко, что въ ней находятся кишечныя петли. Случаи 2 и 3 вызваны поврежденіемъ запирающаго аппарата, а случаи 4—разрыхленіемъ аппарата, на которомъ виситъ матка.



Рис. 134. Полное выпаденіе матки съ гипертрофіей portio, *cystocele* и *inversio totalis vaginae* по Fritsch-Schultze.

Патологическая анатомія. Въ зависимости отъ степени выпаденія, передъ вульвой обнаруживается опухоль величиной то въ яйцо, то въ 2 мужскихъ кулака; сначала опухоль образуется только частью влагалища и пузыря, а потомъ также маткой и другими влагалищными стѣнками. Въ тяжелыхъ случаяхъ выпаденія имѣется минимальный разрывъ промежности, или его вовсе не бываетъ; въ этихъ случаяхъ задняя влагалищная стѣнка вмѣстѣ съ уздечкой и промежностью уплощается вслѣдствіе давленія выпаденія. Слизистая оболочка влагалища теряетъ вскорѣ послѣ выпаденія свой характеръ, складки исчезаютъ, слизистая оболочка напрягается, становится блѣдной, а у пожилыхъ женщинъ часто коричневой. Толщина стѣнокъ различна, чаще она увеличивается, причемъ утолщается эпидермисъ и подслизистая ткань. Слизистая оболочка становится сухой, плотной, утолщенный эпидермисъ придаетъ ей видъ кожи, и обыкновенно отдѣляются широкія пластинки рогового слоя. Вслѣдствіе давленія подкладки и поврежденія о твердые предметы образуются изъязвленія, инфицируемая всевозможными бактеріями и превращающіяся въ глубокія язвы (пролежни), покрытыя грязнымъ налетомъ и

имѣющія часто видъ пробуравленныхъ отверстій; такія язвы нерѣдко принимаютъ за раковыя.

Влагалищная часть, гипертрофированная и богатая кровью, подъ вліяніемъ недостаточнаго послѣродоваго процесса обратнаго развитія, еще больше опухаетъ, вслѣдствіе разстройства кровообращенія, а къ хронической отечности постепенно присоединяется соединительнотканная гипертрофія. Слизистая оболочка влагалищной части покрыта такимъ же налетомъ, какъ и влагалищныя язвы, слизистая оболочка шейки катарально припухла и обнаруживаетъ сильную слизисто-гнойную гиперсекрецію. При удлинненіи шейки послѣдняя часто такъ утончается, что толщина ея часто составляетъ только 1 сантим. при длинѣ въ 10 сантим. У пожилыхъ женщинъ наружный зѣвъ часто суженъ и склеенъ. Тѣло матки утолщено, что является слѣдствіемъ недостаточнаго послѣродоваго

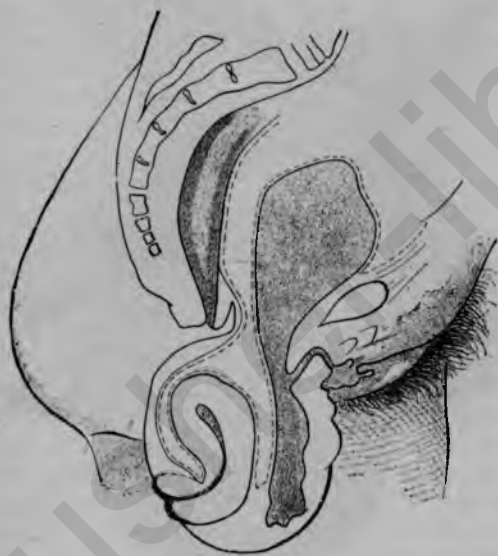


Рис. 135. Prolapsus uteri et retroflexio. Cystocele. Descensus duplex. Inversio vaginae totalis.

процесса обратнаго развитія или ненормальнаго положенія матки взади. Гипертрофіи больше всего подвергается міометрій, но при этомъ рѣже, чѣмъ при первичной ретрофлексіи, наблюдается гиперплазія эндометрія, периметритъ же не наблюдается, и матка не образуетъ сросненій, а остается подвижной. Вслѣдствіе сопутствующаго ретрофлексіи застоя, въ трубахъ и яичникахъ наблюдаются тѣ же явленія, которыя описаны были при retroflexio, рѣже сросненія.

Значительнымъ измѣненіямъ въ формѣ и величинѣ подвергается *пузырь*. Задняя часть просвѣта его, имѣющаго въ пустомъ видѣ форму тарелки, слѣдуетъ за шейкой внизъ; вслѣдствіе этого происходитъ значительное измѣненіе формы дна пузыря (рис. 134 и 135). Чѣмъ больше развивается *cystocele*, тѣмъ больше увеличивается выпавшая часть пузыря. Такъ какъ уретра фиксирована у лонной дуги, то начальная ея часть

не может следовать; она в дальнейшем течении изгибается, так что катетер не удается ввести в обычном виде с вогнутостью вперед и вверх, а только вниз. Редко образуется *urethrocele*, т. е. величиной в орех выпячивание нижней части мочеиспускательного канала, похожее на дивертикулъ и продолжающееся обыкновенно до пузыря. Подслизистая ткань пузыря, иногда также и мышечная гипертрофируется, сама же слизистая оболочка, при отсутствии катарровъ, вызванных инфекцией (катетеромъ, пальцемъ) не обнаруживает никакихъ замѣтныхъ измѣненій. Такъ какъ *trigonum Lieutaudii* лежитъ въ смѣщенной части пузыря, то мочеточники съ своими отверстиями также смѣщаются, образуя выпуклую книзу петлю; не смотря на это, редко наблюдается гидронефрозъ, вызванный суженіемъ послѣдняго.

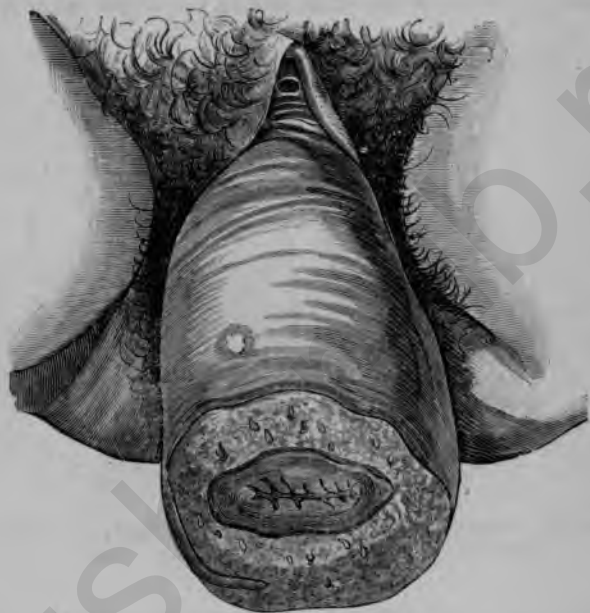


Рис. 136. Типичное выпаденіе влагалища и матки съ изъязвленіями по Huguier.

Прямая кишка обнаруживаетъ при выпаденіи задней стѣнки явленія венознаго застоя, катарральную припухлость слизистой оболочки съ сильнымъ выступленіемъ геморроидальныхъ узловъ.

Симптомы. Первымъ симптомомъ начинающагося опущенія является давленіе внизъ, если родильница слишкомъ рано оставляетъ постель и начинаетъ напряженно работать. Иногда скоро, иногда только спустя нѣсколько лѣтъ появляется опущеніе, какъ будто что-то хочетъ выступить внизъ, пока въ дѣйствительности не появляется опухоль впереди вульвы. Въ сидячемъ и лежачемъ положеніяхъ это опущеніе менѣе значительно, а при напряженіи оно снова усиливается. Если къ опущенію присоединяется еще *retroflexio*, то появляется мучительная боль въ крестцѣ. Если въ лежачемъ положеніи опущеніе исчезаетъ, то исчезаютъ также симптомы, а днемъ снова возвращаются.

Со стороны пузыря также рано появляются разстройства; вначалѣ имѣются частые позывы на мочу, но каждый разъ выдѣляется небольшое количество; при сильномъ выпаденіи моча отходитъ произвольно, особенно при напряженіи брюшнаго пресса, а иногда мочеиспускание до того затрудняется, что приходится прибѣгнуть къ помощи катетера, если послѣ вправленія выпавшаго влагалища не появляется моча. До тѣхъ поръ, пока не прибѣгаютъ къ помощи катетера, моча чиста. Со стороны кишечника отсутствуютъ явленія, а привычные запоры не представляютъ ничего особеннаго; при сильной retrocele выдѣленіе кала предоставляетъ часто большія затрудненія, такъ какъ калъ попадаетъ не въ отверстіе задняго прохода, а въ rectocele, еще больше выпячивая его. Вслѣдствіе изъязвленія влагалищной части и влагалища, частымъ спутникомъ являются гнойныя выдѣленія, раздражающія при напряженной работѣ, также лѣтомъ слизистую оболочку вульвы и кожу бедеръ и ягодиць.

Вслѣдствіе сильной отечной припухлости объемъ выпавшей части становится столь значительнымъ, что не проходитъ обратно чрезъ вульву, или щель m. levator мѣшаетъ вправленію; въ этихъ случаяхъ выпавшая часть сильно опухаетъ, въ случаѣ же невозможности вправленія омертвѣваетъ, такъ что больная, при отсутствіи своевременной помощи, умираетъ отъ септицеміи.

Несмотря на утолщеніе міометрія, регулы рѣдко бываютъ очень усилены. До тѣхъ поръ, пока выпаденіе не велико и вправляется въ лежачемъ положеніи, возможно зачатіе; только въ очень тяжелыхъ формахъ оно рѣдко бываетъ, ибо эпидермоидное состояніе влагалища препятствуетъ вхожденію полового ялена и воспринятію сѣмени. Если наступаетъ беременность, то на 2—3 мѣсяцѣ матка постепенно вправляется и остается, начиная съ 4 мѣсяца, въ большомъ тазу, причемъ не исключается возможность дальнѣйшаго выпаденія гипертрофированной шейки; наблюдается также опущеніе влагалищныхъ стѣнокъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности, матка же остается надъ входомъ въ тазъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ внезапнаго выпаденія матки при сильномъ напряженіи брюшнаго пресса могутъ наступить рефлекторныя явленія, какъ при *inversio uteri*, указывающія на сильное раздраженіе рефлекторныхъ волоконъ, находящихся въ стволѣ блуждающаго нерва, а именно, слабость, головокруженіе, обморокъ и рвота—явленія, скоро, впрочемъ проходящія.

Предсказаніе quoad vitam благоприятно; опасность для жизни наступаетъ лишь въ случаѣ общаго отравленія крови, вызваннаго гангренной, и если больная, какъ я это наблюдалъ, такъ энергично вправляетъ, что разрывается Дугласово пространство, и кишки выпадаютъ. При примѣняемомъ въ настоящее время оперативномъ леченіи предсказаніе также благоприятно, особенно при своевременномъ принятіи профилактическихъ мѣръ и раннемъ примѣненіи леченія; единственно опасной для пожилыхъ женщинъ является эмболія; въ застарѣлыхъ случаяхъ выпаденіе уменьшаетъ работоспособность и отравляетъ жизнь.

Распознаваніе въ общемъ легко, и болѣзнь диагностируется самой больной; труднымъ оно можетъ стать, если въ климактеріи *portio* исчезаетъ, а наружный маточный зѣвъ становится очень малымъ; въ этихъ

случаяхъ трудно отличить выпаденіе отъ *inversio uteri*. Доказательствомъ того, что опухоль передъ вульвой есть выпаденіе, служитъ обнаруженіе маточнаго зѣва на верхушкѣ опухоли. Большую изслѣдуютъ обыкновенно сначала въ лежащемъ, потомъ стоячемъ положеніи, ее заставляютъ каплять, нажиматься и т. д., и передъ врачомъ снова проходить различные фазисы образованія выпаденія. Важно опредѣлить, какъ высоко въ горизонтальномъ и вертикальномъ положеніяхъ передній и задній своды находятся надъ вульвой. Зондомъ опредѣляютъ длину всей полости матки и шейки; небольшое сопротивление оказываетъ внутренней зѣвъ. Введеніемъ катетера опредѣляютъ степень участія пузыря въ выпаденіи, обнаруживаютъ сильное растяженіе пузыря книзу, такъ что передняя губа совершенно утончена, далѣе, кзади и въ стороны. Катетеръ предохраняетъ отъ смѣшенія съ кистами передней стѣнки влагалища и съ дивертикулами уретры. Введеніемъ зонда или пальца въ прямую кишку устанавливаютъ наличность *rectocele*. Трудно бываетъ иногда опредѣлить степень участія брюшины въ выпаденіи, въ другихъ случаяхъ на это указываетъ урчаніе кишекъ.

При упругихъ влагалищныхъ стѣнкахъ изслѣдованіе *per rectum* даетъ указаніе на положеніе матки, иногда также на состояніе задней брюшинной складки, что имѣетъ значеніе для оперативнаго леченія. Опредѣленіе глубины Дугласова пространства со стороны пузыря помощью катетера по J. Veit'у не всегда ведетъ къ цѣли; при зияющей шейкѣ степень участія Дугласова пространства въ выпаденіи можно опредѣлить введеніемъ одного пальца въ шейку и другого въ прямую кишку. Въ другихъ случаяхъ во время впрямленія удается замѣтить мѣсто, въ которомъ приподымается Дугласова складка; что при этомъ приходится соблюдать осторожность, мнѣ стало ясно послѣ пережитаго мною разрыва задняго влагалищнаго свода.

Леченіе въ послѣдніа десятилѣтія поднялось съ низшей ступени на невѣроятную высоту. Прежде всего слѣдуетъ установить разумную профилактику. Чего можно достигнуть строгимъ ея проведеніемъ врачами и акушерками, доказываетъ разница въ частотѣ случаевъ выпаденія у бѣдныхъ и богатыхъ. Во время беременности начинающаеся выпаденіе задерживается введеніемъ кольца; назначаемый каждой беременной въ послѣдніе мѣсяцы бандажъ на животъ имѣетъ лишь цѣлю поддерживать матку и предупредить расхожденіе мышцъ живота; ношеніе плотнаго пояса съ пелотомъ надъ симфизомъ, какъ это практикуется во Франціи въ послѣродовомъ періодѣ, лишено всякаго смысла. Во время родовъ врачъ долженъ остерегаться какъ слишкомъ поспѣшнаго наложенія щипцовъ при высоко стоящей головкѣ и недостаточномъ расширеніи шейки, такъ и слишкомъ большой продолжительности періода изгнанія плода. Бываютъ, впрочемъ, случаи, въ которыхъ при общесуженномъ тазѣ неизбѣжно при тяжелой экстракціи низведеніе мягкихъ частей влагалища и шейки вмѣстѣ съ головкой. Къ профилактическимъ задачамъ врача относится также зашиваніе послѣ родовъ самаго ничтожнаго разрыва промежности и влагалища. Наиболѣе тяжелые случаи выпаденія образуются такимъ образомъ, что женщины, принадлежащія къ рабочему классу, слишкомъ скоро приступаютъ послѣ родовъ къ тяжелой работѣ. Для нихъ недостаточенъ, какъ это принято въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ, покой въ теченіе 9—10 дней. Чѣмъ долѣе родильницы

остаются въ кровати и воздерживаются отъ тяжелой работы, тѣмъ лучше. При имѣющемъ уже предрасположеніи къ опущенію назначаютъ съ 10 дня спринцеванія вяжущими средствами (квасцами, zinc. sulf., танниномъ), вводятъ, но не раньше 14 дня, въ влагалище небольшіе тампоны съ растворомъ цинка въ глицеринѣ, таннина въ глицеринѣ (1:10) и квасцовъ въ глицеринѣ (0.5:10); противъ недостаточной инволюціи матки назначаютъ эрготинъ.

Какъ только обнаружилось опущеніе влагалища и матки, необходимо ввести пессарій. Несмотря на развитіе оперативной техники, мы не можемъ при леченіи опущеній и выпаденій обойтись безъ этихъ вспомогательныхъ средствъ, и я не могу согласиться съ Marti'номъ, находимъ, что леченіе пессаріями противорѣчитъ профилактикѣ. При умѣренныхъ степеняхъ свѣжаго опущенія можно надѣяться временнымъ введеніемъ пессарія достигнуть излеченія. Для этой цѣли я назначаю сначала пессарій Hodge, форма котораго соотвѣтствуетъ естественной формѣ влагалища; послѣдняя при этомъ не подвергается поперечному растяженію, какъ это бываетъ при введеніи круглыхъ колець. Важно пользоваться *самымъ меньшимъ* еще пригоднымъ номеромъ. Черезъ 6—10 мѣсяцевъ можно удалить пессарій, и опущеніе оказывается излеченнымъ. Если вульва плохо закрывается, то нужно ввести круглое кольцо; я назначаю въ этихъ случаяхъ названнаго именемъ Meigs'a кольца съ часовой пружиной, а у старыхъ женщинъ я примѣняю чашевидные пессаріи (Pochow'nik). Если, кромѣ выпаденія, имѣется еще retroflexio, то полезнымъ можетъ быть пессарій Schultze формы восьмерки. Леченіе пессаріями показано временно у молодыхъ женщинъ, съ цѣлью предупредить усиленіе выпаденія и отсрочить операцію до тѣхъ поръ, пока большая не перестанетъ беременѣть. Оно примѣняется также у больныхъ, которыя отказываются отъ всякаго оперативнаго вмѣшательства.

Въ случаяхъ, въ которыхъ пессаріи не помогаютъ, а операція противопоказана (у глубокихъ старухъ, при болѣзняхъ сердца и почекъ) приходится испробовать гистерофоры. Изъ послѣднихъ я примѣняю исключительно таковыя Lavedan'a (Pozzi называетъ ихъ именемъ Borgnet).

Предложенныя Breisky яйцевидныя пессаріи снова оставлены; они легко вводятся и хорошо держатся, но препятствуютъ оттоку выдѣленій, такъ что влагалищныя стѣнки раздражаются. Herzfeld описать случай, въ которомъ проскользнувшій въ полость матки пессарій съ трудомъ былъ удаленъ послѣ его размельченія.

Впрыскиванія вазелина и параффина въ околослагалищную соединительную ткань, какъ средство противъ опущенія влагалищныхъ стѣнокъ оказались бесполезными. Какъ курьезъ, я привожу предложеніе Parson'a впрыскивать по обѣимъ сторонамъ матки хининъ (chinin. sulf. 0.75, ac. sulf. dil. aq., dest. $\frac{aa}{aa}$ 1.5).

Къ *симптоматическому* леченію выпаденія относится *массажъ* по Thure-Brand't'y, методъ, возникшій въ Швеціи и часто примѣняемый также въ Германіи. Въ мои задачи не входитъ подробно останавливаться здѣсь на теоретическихъ соображеніяхъ и на техническомъ выполненіи этого метода ¹⁾. Дѣло идетъ здѣсь о непосредственномъ воз-

¹⁾ См. леченіе болѣзней женскихъ половыхъ органовъ по Thure-Brand't'y, Berlin 1891.

дѣйствиі на матку посредствомъ извѣстныхъ движеній, имѣющихъ цѣлью усилить ослабленныя естественныя средства для сокращенія матки; далѣе, движенія, производимыя съ выпавшимъ органомъ, улучшаютъ кровообращеніе, чѣмъ достигается уменьшеніе опуханія гипертрофированныхъ частей; наконецъ, нельзя отрицать значенія общаго укрѣпленія мускулатуры тѣла посредствомъ усиленія мускулатуры тазоваго дна, главнымъ образомъ, *m. levator ani*, и вызываемаго этимъ суженія отверстія влагалища, а также значенія укрѣпленія аддукторовъ при сведеніи колѣнъ.

Успѣхи, несомнѣнно, достигнуты были *v. Preusche* номъ, *Prof. antetom* омъ, *Ziegenpresck* омъ и друг. Впрочемъ, въ извѣстномъ, приведенномъ *Prof. antetom* омъ въ своей статьѣ, случаѣ изъ клинки въ Іенѣ не было достигнуто полного излеченія въ томъ смыслѣ, что черезъ годъ матка снова находилась въ положеніи *retroflexio*, вульва зіяла и *columnae rugarum post.* были видны на разстояніи 3 сант., между тѣмъ какъ при выходѣ больной изъ клинки матка была въ положеніи *anteflexio*; такимъ образомъ, снова началось выпаденіе.

Если, несмотря на несомнѣнные успѣхи массажа, этотъ методъ леченія все же не утвердился въ Германіи, то вину, помимо усовершенствованія оперативной техники, слѣдуетъ искать въ томъ, что леченіе требуетъ двухъ опытныхъ людей, врача и ассистента или врача и сидѣлки, что массажъ надо производить ежедневно, что леченіе продолжается дольше, чѣмъ операція, и что поэтому этотъ способъ леченія стоятъ дороже, чѣмъ операція. Если можно поэтому согласиться съ *Thure-Grandt* омъ и *Prof. antetom* омъ въ томъ, что леченіе выпаденія по шведскому способу восстанавливаетъ тонусъ ослабленныхъ тканей, что иннерваціей и укрѣпленіемъ тазоваго дна восстанавливается нормальное положеніе матки и поддержка ея снизу, что кровообращеніе въ таазу становится нормальной, то все же приходится возражать противъ утвержденія, будто совершенно восстанавливается нормальное положеніе, ибо широко зіяющая вульва не можетъ снова сузиться. Все же я далекъ отъ рѣзкой критики *Rozzi*, считающаго иллюзорной возможность вправленія влагалища и матки по способу *Thure-Grandt* а. Хорошіе результаты получаются; спрашивается только, прочны ли эти результаты. У больныхъ, боящихся ножа, или въ случаяхъ, въ которыхъ противопоказана операція, можно испробовать это леченіе. Въ послѣдніе годы перестали появляться сообщенія о такомъ леченіи, такъ что до сихъ поръ трудно окончательно рѣшить этотъ вопросъ.

Въ огромномъ большинствѣ случаевъ, непригодныхъ къ леченію пессаріями, мы предпочитаемъ, слѣдовательно, *оперативное леченіе*.

Операція выпаденія имѣютъ цѣлью удержаніе матки и влагалища на нормальномъ мѣстѣ посредствомъ восстановленія промежности и влагалища, т. е. запирающаго аппарата, или если матка опустилась вслѣдствіе недостаточнаго прикрѣпленія, то посредствомъ фиксированія ея или укороченія ея связокъ. Въ вопросѣ о постановкѣ показаній для операціи гинекологи значительно расходятся между собою, какъ это показали пренія въ засѣданіи Берлинскаго акушерскаго общества (1910).

Если примѣняемая для поддержанія матки средства недостаточны, то операція безусловно показывается у здоровыхъ, крѣпкихъ женщинъ, у которыхъ восстановленіе нормальнаго положенія матки связано съ вопросомъ о работоспособности и, слѣдовательно, о возможности добывать средства къ жизни. При среднихъ и болѣе легкихъ степеняхъ опущенія передней и задней стѣнокъ съ опущеніемъ матки или безъ него операція предпочитается леченію пессаріемъ, при которомъ больная въ теченіе 10—20 лѣтъ зависитъ отъ врача. Ранняя операція показана тѣмъ болѣе, что при отсрочкѣ увеличивается выпаденіе и уменьшается прочность успѣха.

Противопоказана операция у женщинъ въ возрастѣ свыше 70 лѣтъ; между 60 и 70 годами же только въ томъ случаѣ, если наличность порока сердца, катарра легкыхъ и заболѣванія почекъ противопоказуетъ примѣненіе наркоза и продолжительное лежаніе. Небольшія пластическія операции можно въ этихъ случаяхъ производить при мѣстной анестезіи.

Я воздерживаюсь также отъ операции у молодыхъ, живущихъ половой жизнью женщинъ, если опущеніе не очень велико, и необходимо считаться съ возможностью забеременѣнія, ибо статистическими данными доказано, что послѣдующими родами результатъ операции уничтожается въ 20%. Въ тяжелыхъ случаяхъ необходимо, конечно, оперировать уже послѣ первыхъ или вторыхъ родовъ, но при этомъ нужно отказываться отъ производства ампутаціи влагалищной части и везикофикации и остерегаться слишкомъ сильнаго суженія влагалища, могущаго препятствовать дальнѣйшимъ родамъ. Противопоказана или невозможна операция, если вслѣдствіе брюшинныхъ сращеній или вызваннаго ущемленіемъ сильнаго опуханія матка не выправляется; въ этихъ случаяхъ приходится экстирпировать выпавшія части *in situ*.

Число предложенныхъ противъ выпаденія матки *операции* сильно возросло со времени впервые (1832) предложенной Fricke эпизиоррафій. Интересующіеся исторіей этого вопроса могутъ ознакомиться съ ней у Hegar'a и Kaltenbach'a (Operative Gynaekologie 4 изд. 1902), Hofmeier'a (Gynaekologische Operationen, 4 изд. 1905), Döderlein'a и Krönig'a (Operat. Gynaekol., 3 изд. 1912).

Примѣняемые въ настоящее время способы суженія влагалища посредствомъ вырѣзыванія лоскутовъ слизистой оболочки предложены были Marshall Hall'емъ и M. Sim's'омъ, между тѣмъ Hugier предлагалъ экзизию гипертрофированной шейки. Въ случаяхъ гипертрофій *portio* съ удлиненіемъ шейки, также въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ чистой гипертрофій подвлагалищной части начинали съ ампутаціи влагалищной части. Уже Hugier различалъ эти 2 формы, при послѣдней предлагалъ производить подвлагалищную, а при первой, болѣе частой формѣ, *allongement hypertrophique du col*, надвлагалищную ампутацію.

Примѣняемыя въ настоящее время операции образуютъ двѣ большія группы, въ зависимости отъ того, требуется ли возстановить замыкающій аппаратъ или прикрѣпить матку. При всѣхъ болѣе значительныхъ выпаденіяхъ необходимо обратить на послѣднее обстоятельство главное вниманіе. Нигдѣ не приходится такъ индивидуализировать, какъ въ оперативномъ леченіи выпаденія; тотъ, кто придерживается шаблона, никогда не получить никакихъ результатовъ.

При *выпадении*, вызываемомъ простой недостаточностью замыкающаго аппарата, достаточно бываетъ суженіе влагалищныхъ стѣнокъ, причемъ съ суженіемъ задней стѣнки соединяютъ также пластину промежности.

Въ послѣдніе годы вошло въ привычку предложенную впервые Sim's'омъ *colporrhaphia anter.* считать незначительной вспомогательной операцией; разсмотрѣніе этиологическихъ моментовъ показываетъ, что опущеніе передней стѣнки вмѣстѣ съ *cystocele* даетъ поводъ къ образованію самаго тяжелаго выпаденія; при рецидивахъ послѣ операции также часто прежде всего опускается передняя стѣнка.

Sim's хотѣлъ сначала удалить кусокъ передней влагалищной стѣнки *вместѣ съ пузырькомъ*, но ему удалось только вырѣзать слизистую оболочку влагалища и онъ убѣдился въ томъ, что этого бываетъ достаточно. По пред-

ложению Simon'a и Negar'a, производить въ настоящее время болѣе или менѣе овальное освѣженіе, болѣе широкой конецъ котораго находится въ сторону portio.

Отъ цѣлю освѣженія захватываютъ верхній конецъ подлежащаго освѣженію лоскута у самой влагалищной части, также и нижній конецъ ниже отверстия уретры палевыми щипцами и вырѣзываютъ овальный кусокъ, наибольшая ширина котораго составляетъ 4—5 сант., и въ который, въ случаѣ надобности, входитъ также валикъ уретры. Этотъ лоскутъ отпрепаровываютъ брышными скальпелемъ и тупымъ инструментомъ его отдѣляютъ. Болѣе значительные кровотокашіе сосуды перевязываются, потомъ накладываютъ швы непосредственно подъ основаніемъ раны, не захватывая слизистой оболочки пузыря; я употребляю серебряную проволоку, другіе предпочитаютъ шелкъ, силъквормъ или катгутъ; въ случаѣ сильнаго напряженія накладываютъ погружный катгутовый шовъ. Сначала завязываютъ глубокіе швы, а потомъ, въ случаѣ надобности, накладываютъ и поверхностные. Къ концу операціи вставляютъ катетеръ, съ цѣлю опредѣлить проходимость уретры. Швы остаются въ теченіе 10—12 дней.

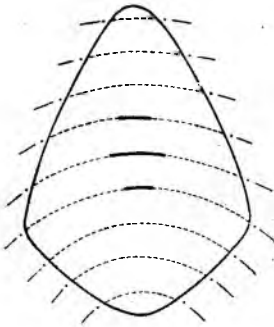


Рис. 137. Освѣженіе передней влагалищной стѣнки по Negar'у.

Вмѣсто простой передней колпоррафіи я раньше производилъ въ случаяхъ тяжелой cystocele двойную переднюю колпоррафію. Я исходилъ изъ того соображенія, что молодой, расположенный посрединѣ рубецъ подвергается, благодаря наполняющемуся пузырю и дыхательнымъ движеніямъ, перемежающимся движеніямъ и покою, и что, благодаря этому, особенно при недавно произведенномъ освѣженіи, швы могутъ отчасти разойтись; въ виду этого я оставлялъ въ срединѣ кусокъ шириной въ 1.0—1.5 сант. и вырѣзывалъ два боковыхъ шириной въ 3 сант. овала, продольныя оси которыхъ проходили вѣсколько въ косомъ направленіи отъ уретры къ portio. Болѣе длинный наружный край освѣженія при зашиваніи легко выравнивается. Освѣженіе, наложеніе швовъ и т. д. производятся, какъ при простой колпоррафіи. Сбоку находятся болѣе значительныя веныя сплетенія, которыхъ необходимо обойти. Такъ какъ въ настоящее время при тяжеломъ выпаденіи производятся обыкновенно фиксирующія операціи, то kolporrhaphia anterior duplex рѣже производится. При значительной cystocele я въ настоящее время чаще прибѣгаю къ предложенному N. Freund'омъ образованію складокъ пузыря. Послѣ обрѣзыванія овальнаго лоскута, еще лучше послѣ разрѣза формы дверной створки (Thürflügelschnitt), пузырь отдѣляютъ отъ шейки и отъ боковыхъ стѣнокъ до внутренняго зѣва, какъ при первомъ актѣ полной экстирпаціи. Тщательно останавливаютъ кровотеченіе, а опущенію пузыря препятствуютъ посредствомъ кисетнаго шва. Послѣ этого зашиваютъ влагалищныя стѣнки послѣ предварительной резекціи излишняго матеріала.

Принципъ *kolporineorrhaphiae*, имѣющій цѣлю сузить влагалище, удлинить промежность и такимъ путемъ сузить половую щель, впервые предложенъ былъ Simon'омъ; онъ предложилъ производить пятиугольное освѣженіе (рис. 141). Negar' измѣнилъ эту форму освѣженія въ треугольную (рис. 139), пріобрѣтшую больше всего приверженцевъ. Этимъ треугольникомъ удаляютъ часть излишней ткани, и влагалище пріобрѣтаетъ поэтому снова направленіе сзади и сверху впереди и книзу, вмѣсто перпендикулярнаго направленія внизъ. Если промежность въ видѣ исключенія цѣла и высока, то ограничиваются на задней стѣнкѣ освѣженіемъ овала; въ большинствѣ же случаевъ требуется укрѣпленіе промежности вмѣстѣ съ суженіемъ вульвы, вслѣдствіе чего поступаютъ такимъ образомъ, чтобы основаніе треугольника было направлено дугообразно, иногда верхушкой къ заднему проходу. Фигура освѣ-

женія бываетъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, конечно, различна. Боковые края часто бываютъ направлены выпуклостью кнаружи. Если верхній уголъ слишкомъ острый, то легко получается выступъ; цѣлесообразнѣе поэтому округлить; въ большинствѣ случаевъ я произвожу верхній разрѣзъ поперечно (рис. 140), получаю, благодаря этому, пятиугольную фигуру освѣженія съ нижней закругленной вершиной; при наложеніи швовъ я поднимаю сбоку вершины *a* и *b* и сшиваю; такимъ образомъ, получаютъ два небольшихъ треугольника, что похоже на принципъ освѣженія по способу *Freund'a* старшаго.

Значительно облегчается суженіе влагалища, если по предложенію *Witt'a* отыскать и зашить фасціи какъ спереди, такъ и сзади.

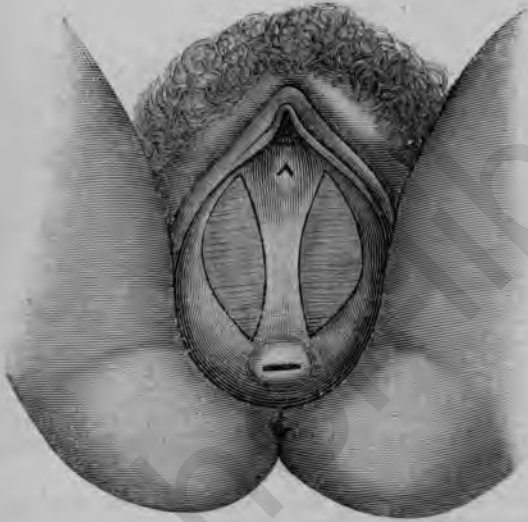


Рис. 138. *Kolporrhaphia anterior duplex* по *Fehling'u*.

Другіе авторы предложили другія формы освѣженія; контуры на рис. 141 показываютъ способъ освѣженія, производимый *Simon'омъ*, *Martin'омъ*, *Bischoff'омъ* и *Winckel'емъ*. По своему принципу способъ освѣженія по *Fritsch'u*, *Hofmeier'u* и друг. похожъ на таковой по *Negar'u*. Освѣженіе производятъ свободно отъ руки или посредствомъ фиксированія трехъ концовъ; при закрытой вульвѣ я сбоку отмѣчаю, какъ высоко должна простираться промежность, и произвожу сначала оба боковыхъ разрѣза на границѣ между малыми и большими губами до задняго прохода, потомъ разрѣзы *св.* и *са.* Послѣ этого я отпрепаровываю лоскуты, начиная съ промежности вверхъ; на мѣстѣ перехода границы вульвы на влагалище нужно остерегаться проникать слишкомъ въ глубину, чтобы не поранить выпавшую прямую кишку; чѣмъ больше остается подслизистой ткани отъ лоскута, тѣмъ лучше; болѣе значительные сосуды перевязываются, особенно болѣе значительныя вены, проходящія въ боковыхъ краяхъ раны. Послѣ этого накладываютъ швы, начиная съ верхняго угла, сначала глубокіе, потомъ между ними поверхностные; въ началѣ швы накладываютъ просто поперечно, дальше же, гдѣ рана расширяется, они должны лежать глубже, такъ что уголъ между обоими направленіями образуется тупой или прямой. Завязавъ влагалищныя швы, накладываютъ швы на промежность всѣ сразу, а потомъ ихъ завязываютъ. При наложеніи непрерывнаго катгутоваго шва я начинаю въ верхнемъ углу и накладываю въ случаѣ надобности, 3—4 этажами. Способъ *Negar'a* даетъ, несомнѣнно, превосходные результаты въ большинствѣ тяжелыхъ случаевъ вы-

падения при недостаточности замыкающего аппарата. Если имѣется rectoscele, то раньше, чѣмъ зашить влагалище, ее отодвигаютъ назадъ посредствомъ безпрерывнаго катгетоваго шва.

Freund старается щадить columna rugarum posterior и производитъ около нея два продольныхъ освѣженія (рис. 141); то же дѣлаетъ и Martin. Пластика промежности та же; все же я послѣ этой операціи, также послѣ таковой Bischoff'a наблюдаю образование валиковъ на задней влагалищной стѣнкѣ.

О способахъ операціи выпаденія по Winkelю, Bischoffy, Kelly, Le Fort'у см. у Hegar-Kaltenbach'a. Operat. Gynaekol. 4 изд.; у Döderlein-Krönig'a. Operat. Gynaekol. 3 изд. 1912 г.

Колпоперинеопластика по способу Deléris не является въ сущности операціей выпаденія: это модифицированная пластическая операція по Lawson Tait'у, причемъ вырѣзывается нѣсколько большой лоскутъ влагалища, чѣмъ

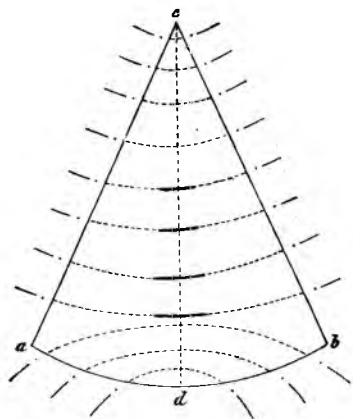


Рис. 139. Освѣженіе по Негар'у.

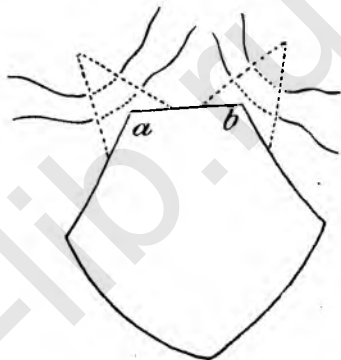


Рис. 140. Проведеніе разрѣзовъ при colpoperineorrhaphia.

при операціи по Tait'у. Я уже выше указалъ, что, жертвуя излишне отпрепарированную влагалищную стѣнку, получаютъ ничего другого, какъ только Негар'овское освѣженіе; въ случаяхъ тяжелаго выпаденія, въ которыхъ дѣло идетъ о дѣйствительномъ суженіи задней стѣнки съ образованіемъ промежности, этотъ способъ освѣженія бываетъ недостаточнымъ.

Послѣдующее леченіе послѣ этихъ операцій простое; главнымъ является покой больной и свѣжей раны. Больная должна вначалѣ лежать на спинѣ, потомъ на боку, она должна самостоятельно мочиться, спринцеванія при нормальномъ теченіи не производятся; искусственнаго запора не вызываютъ. Послѣ colporrhaphia ant. и post. назначаютъ на 3 день слабительное, и только при осложненномъ разрывѣ промежности ждутъ дольше. Швы я удаляю возможно позже, швы промежности на 2 недѣль, а влагалищныхъ стѣнокъ спустя 4—6 недѣль; проволочные швы легко находить и удалять, легче, чѣмъ шелковые. Въ примѣненіи проволоки заключается, вѣроятно, причина хорошихъ результатовъ, получаемыхъ Негар'омъ и мною.

Въ простыхъ случаяхъ опущенія передней и задней влагалищныхъ стѣнокъ нѣтъ надобности начинать, по Huguiер, съ ампутаціи portio. Если дѣло идетъ о рѣдко наблюдаемой первичной гипертрофіи нижневлагалищной части portio или о вторичномъ гипертрофическомъ опуханіи, особенно съ образованіемъ эктропіи послѣ боковыхъ

разрывовъ, то я начинаю съ обширной клиновидной эксцизии губъ, особенно если необходимо удалить большія изъязвленія. Въ тяжелыхъ же случаяхъ выпаденія съ удлинениемъ шейки я, наоборотъ, отказался отъ применяемой Kaltenbach'омъ надвлагалищной эксцизии шейки, такъ какъ результаты были мало удовлетворительны; вслѣдствіе эксцизии шейки тазовая фасція теряетъ свою поддержку, отчего матка легко проталкивается чрезъ шель. Послѣ правильной фиксаціи матки удлиненіе шейки быстро проходить.

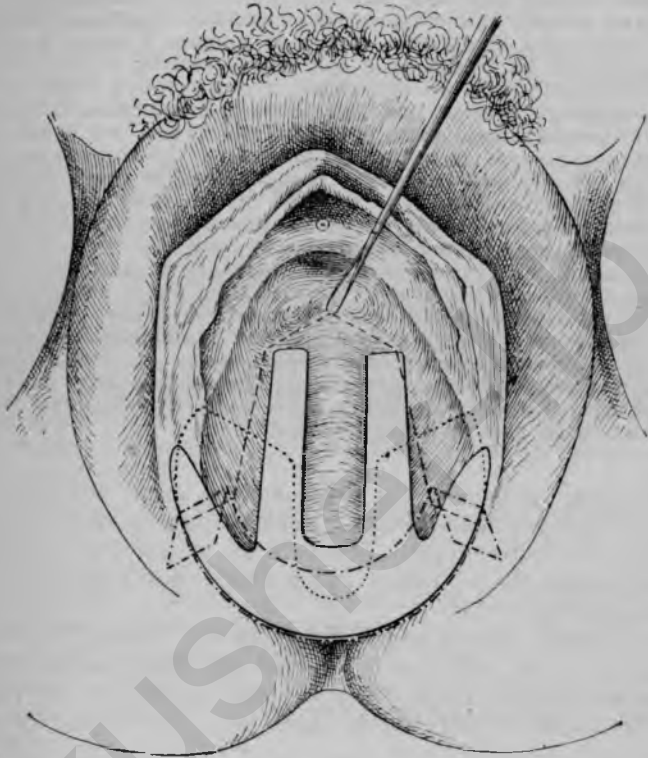


Рис. 141.

-----	Simon	} Способы освѣженія задней влагалищной стѣнки.
—————	Martin	
.....	Bischoff	
- · - · - · -	Winckel	

Выскабливаніе слизистой оболочки матки производится предварительно въ томъ случаѣ, если при сильномъ менструальномъ кровотеченіи предполагается наличность гиперплазіи эндометрія.

Способъ *нижневлагалищной ампутаціи portio* слѣдующій: наркозъ и обычная дезинфекція. Пупевыми щипцами низводятъ губы въ вульву, разсѣкаютъ объ губы вверхъ до мѣста прикрѣпленія влагалища. ихъ выворачиваютъ, производятъ въ задней стѣнкѣ шейки поперечный разрѣзъ чрезъ слизистую оболочку шейки, проводятъ затѣмъ отъ конца перваго бокового продольнаго разрѣза дугообразный разрѣзъ на границѣ между слизистой оболочкой portio и влагалища задней губы до соответствующаго мѣста другой сто-

роны, и оба разръза, идущихъ отъ шейки и *portio* клинообразно, сходятся въ глубинѣ. Цѣлесообразно проводить задній разръзъ не въ влагалищномъ сводѣ, но нѣсколько кнутри отъ слизистой оболочки *portio*, такъ что остается минимальный кусокъ губъ. Кровотокащія артеріи не захватываются; пока оперирующій прокалываетъ иглы, ассистентъ прижимаетъ ватнымъ шарикомъ. Послѣ этого, въ зависимости отъ ширины раны, накладываютъ 1—2 глубокихъ шва отъ слизистой оболочки шейки къ таковой влагалища, не прокалывая основанія раны, и завязываютъ узломъ; въ случаѣ надобности накладываютъ 1—3 поверхностныхъ шва; послѣ этого вырѣзываютъ такимъ же образомъ переднюю губу. При этомъ слѣдуетъ остерегаться пораненія пузыря; въ заключеніе зияющей еще сбоку влагалищный сводъ сшиваютъ сагиттально 2—3 глубокими швами. Важно тщательное зашивание у обоихъ угловъ маточнаго зѣва; достаточно, чтобы зѣвъ имѣлъ въ ширину 1 сант. Если имѣются большія изъязвленія на губахъ, то и они вырѣзываются; если послѣднія заходятъ далеко за *portio*, такъ что при клиновидномъ разръзѣ является опасность пораненія разръзомъ пузыря или Дугласова пространства, то я провожу циркулярный разръзъ слизистой оболочки влагалища на краю эрозии или язвы, но клинообразную экцизію я произвожу глубоко только въ области плотной губы, соскабливаю ложечкой грануляціонную ткань между тубой и разръзомъ и провожу влагалищный лоскутъ чрезъ рану къ шейкѣ. Такимъ путемъ удастся закрыть большія раны; въ одномъ случаѣ діаметръ ампутированной язвенной поверхности составлялъ 30 сант.

Предложенная *Kaltenbach*'омъ надвлагалищная экцизія шейки производится слѣдующимъ образомъ: обрѣзываютъ мѣсто прикрѣпленія *portio*, потомъ воронкообразно вырѣзываютъ шейку до внутренняго зѣва, разсѣкаютъ съ обѣихъ сторонъ шейку и удаляютъ каждую половину въ отдѣльности; съ цѣлью лучше остановить кровотеченіе, вырѣзываютъ съ обѣихъ сторонъ еще треугольные доскуты изъ ткани влагалища. Потомъ сшиваютъ слизистую оболочку влагалища съ таковой шейки, а также края треугольника въ боковомъ влагалищномъ сводѣ сагиттальными швами.

Если матка опущеніемъ и отклоненіемъ кзади участвуетъ въ выпаденіи, то, помимо пластической операціи влагалища и промежности, производятъ еще фиксирующія операціи на маткѣ, ибо въ противномъ случаѣ опущенная матка снова уничтожаетъ результаты пластической операціи влагалища.

Лучше всего рекомендуется фиксировать матку по способу *Alexander-Adam's'a*, если она обнаруживаетъ начинающееся опущеніе или отклоненіе назадъ. Если матка не очень велика, то результатъ будетъ благопріятный и сохранится даже въ случаѣ наступленія беременности.

Если матка вслѣдствіе метрита очень увеличена и утолщена, или если она при посредствѣ придатковъ фиксирована кзади, то результатъ операціи *Alexander-Adam's'a* ненадеженъ, и прибѣгаютъ лучше къ вентрофиксаціи; послѣдняя представляетъ не совсѣмъ невинную операцію при неопасной болѣзни. Въ зависимости отъ возраста и соціальнаго положенія больной, присоединяютъ къ этому еще резекцію трубъ, ибо наступающая послѣ произведенной вентрофиксаціи беременность можетъ легко стать очень опасной. Вентрофиксація производится по вышеописанному способу *Leopold'a* и *Czerny*. Этотъ способъ болѣе надеженъ, чѣмъ прежде предложенный *P. Müller'*омъ, а именно, послѣ удаленія утолщенной вслѣдствіе міомы или метрита матки вшить шейку въ брюшную стѣнку. Я самъ раньше съ успѣхомъ производилъ эту операцію, но извѣстны случаи, въ которыхъ остатокъ шейки постепенно снова отдѣлялся.

При вентрофиксаціи не слѣдуетъ упускать изъ виду, что при на-

клонности къ общему энтероптозу слѣдствіемъ лапаротоміи можетъ быть брюшная грыжа.

Если желательно совершенно удалить матку, то болѣе цѣлесообразнымъ я считаю нижеописываемый влагалищный способъ удаленія.

Другіе авторы предпочитаютъ прикрѣплять матку къ пузырю или влагалищу. Первый толчокъ къ этому далъ операционный методъ Freund'a sen. и Fritsch'a, при которомъ ретро- или антефлексированная матка сшивается передней и задней стѣнками съ прилегающими влагалищными стѣнками. При этомъ, однако, матка совершенно выполняется влагалище, и послѣднее теряетъ свое значеніе.

Изъ этихъ предвѣстниковъ развилась Schauta-Wertheim'овская *interpositio uteri vesico-vaginalis*. При этой операциіи пузырь прежде всего приподымають отъ передней раны колпоррафіи (Т-образнымъ разрѣзомъ) вверхъ, образуютъ складки и фиксируютъ кисетнымъ швомъ. Послѣ этого вскрываютъ переднюю Дугласову складку и Мюзеревскими щипцами низводятъ матку внизъ такъ, чтобы передняя ея поверхность попала въ углубленіе первой раны колпоррафіи. Потомъ я зашиваю брюшину пузыря непосредственно позади дна его, не на задней поверхности или на шейкѣ. Я считаю это опаснымъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ матка совершенно вылучивается изъ полости брюшины и подвергается разстройству питанія. Если больная находится еще въ молодомъ возрастѣ, то необходимо резецировать также и трубу и зашить ее, или клиновидно вырѣзать маточный конецъ. Если матка очень толста и велика, то разсѣкають, по предложенію Stöckel'я, переднюю стѣнку по срединѣ, вырѣзываютъ достаточно большой клинъ и накладываютъ на матку швы.

Wertheim хотѣлъ сначала вставлять часть передней брюшной поверхности матки въ влагалищную трубку, но въ послѣднее время онъ самъ отдаетъ предпочтеніе методу Schauta, при которомъ вся передняя поверхность матки покрывается слизистой оболочкой влагалища: глубокіе швы чередуются съ поверхностными. Поперечный разрѣзъ слизистой оболочки влагалища сшивается съ *portio*, а средний разрѣзъ влагалища зашивается въ области шейки, остается только щель длиной въ 1—2 сант.; чрезъ эту щель дренируютъ остающееся подбрюшинное пространство.

Эта операциія сложнѣе и даетъ больше кровотеченія, чѣмъ фиксациія по способу Alexander-Adams'a или Olshausen'a, но имѣетъ то преимущество, что матка служитъ поддерживающимъ аппаратомъ для влагалища и пузыря и препятствуетъ возобновленію *cystocele*.

Имѣются, однако, случаи, въ которыхъ матка до того велика и настолько отдѣлилась отъ сосѣднихъ органовъ, что дѣйствительно потеряла право гражданства въ маломъ тазу, и потребовалось бы производить ампутацію влагалищной части, фиксацию, *kolporrhaphia ant.* и *kolporerineorrhaphia*; такая операциія очень продолжительна и сопряжена съ большой потерей крови. Въ этихъ случаяхъ Kaltenbach впервые произвелъ полную экстирпацію влагалищнымъ путемъ; многочисленные другіе авторы послѣдовали за нимъ. Особенно горячо рекомендуетъ эту операцию Bunn на основаніи 197 случаевъ, давшихъ 12.5% рецидива. Въ послѣднее время Jolly предложилъ новый способъ: матку удаляютъ преимущественно субсерозно, а потомъ уже вскрываютъ

брюшину и спиваютъ культу резецированныхъ придатковъ съ щелью въ брюшинѣ и влагалищнымъ сводомъ. Döderlein и здѣсь отдаетъ предпочтеніе способу Douen'a предъ полной экстирпаціей, начинающейся разсѣченіемъ задней стѣнки. Я лично съ успѣхомъ примѣнялъ въ Галле и Страсбургѣ въ очень многихъ случаяхъ операцию Kaltenbach'a.

Къ сожалѣнію, результаты менѣе прочны при методахъ фиксидіи. Очень растянутая и находящаяся подъ усиленнымъ давленіемъ брюшина, а также лишенный всякой поддержки пузырь снова выпячиваютъ влагалищныя стѣнки. У пожилыхъ женщинъ приходится иногда радоваться тому, что въ послѣдствіи оказывается возможнымъ введеніе пессарія Meig'a или блюдцеобразный.

A. Martin предложилъ одновременно съ полной экстирпаціей матки производить и таковую влагалища, но у женщинъ, способныхъ къ половой жизни, слѣдуетъ избѣгать производить эту операцию.

Слишкомъ уродующимъ слѣдуетъ также считать способъ P. Müller'a, т. е. погруженіе матки, послѣ предварительной произведенной ампутаціи portio, позади широкаго соединенія передней влагалищной стѣнки съ задней.

На основаніи вышеприведенныхъ соображеній Витм'a я считаю предложенное Krönig'омъ и Heidenhain'омъ соединеніе ножекъ m. levator бесполезнымъ и ненадежнымъ.

Въ этой книгѣ, предназначенной не для специалистовъ, а для практическихъ врачей и студентовъ, нужно намѣтить только главныя линіи направленія; подробности же и модификаціи можно найти въ прекрасномъ сочиненіи Döderlein'a и Krönig'a, „Оперативная гинекологія“ или въ соч. Hofmeier'a.

Резюмирую: начинающееся опущеніе и выпаденіе, особенно у молодыхъ женщинъ, надо лечить введеніемъ колець. Если они являются недостаточными, то нужно примѣнять пластическую операцию влагалища и промежности, одновременно съ которой производятъ фиксирующую операцию Alexander-Adam's'a, вентрофиксацию, если матка находится не на нормальномъ мѣстѣ.

Близко къ климактерію и въ самомъ климактеріи прибѣгаютъ, вмѣсто этихъ операцій, къ вагинофиксаци, а къ полной экстирпаціи лишь въ томъ случаѣ, если матка слишкомъ велика.

Наконецъ, слѣдуетъ упомянуть о палліативной операци Н. Freund'a, перенесеннаго на неоперативные случаи способъ, предложенный Thiersch'омъ для предупрежденія выпаденія прямой кишки у дѣтей: на разстояніи 1 сант. другъ отъ друга перевязываютъ выпавшія ткани посредствомъ кисетнаго шва; послѣдній рядъ швовъ приходится въ области вульвы. Эту операцию можно производить безъ наркоза у пожилыхъ женщинъ, но я наблюдалъ наступленіе вскорѣ рецидива; матеріаломъ для швовъ служатъ проволока, кѣгутъ и сिल्къ.

Что касается прогноза операцій, то онъ въ общемъ благоприятный. Смертельные случаи вслѣдствіе сепсиса наблюдаются въ настоящее время чрезвычайно рѣдко, опасность для пожилыхъ женщинъ заключается въ тромбозѣ и эмболіи; кое чего въ этомъ отношеніи можно дѣйствительно ждать отъ раиняго вставанія; еще лучше дѣйствуетъ систематическое укрѣпленіе сердца передъ операціей и послѣ нея сердечными средствами. На 1000 операцій выпаденія Negar насчитываетъ въ своей клиникѣ только 2 случая смерти отъ септицеміи, и эти 2 случая были въ числѣ первыхъ 200; то же я могу сказать и о своихъ операціяхъ, которыхъ было свыше 1000.

Что касается прочности результатовъ, то нѣтъ никакого смысла сравни-

вать статистическія данныя отдѣльныхъ клиникъ; для этого оперированные случаи должны были бы быть одинаковыми по своему характеру и интенсивности, одинаковы должны были бы быть также требованія хирурговъ относительно окончательнаго излеченія, работоспособности оперированныхъ и т. д., а самочувствіе послѣднихъ и такъ зависитъ отъ состоянія ихъ нервовъ. Боже цѣлесообразны сравнительныя изслѣдованія *одной* клиники объ излеченіи послѣ различныхъ методовъ операцій.

Kieme-Kaltenbach (Галле 1887—1894): 225 операцій, 45,30% прослѣжены, въ 61,80% удовлетворительный результатъ; случаи надвлагалищной фиксациі съ колпоррафіей: 500% рецидивовъ.

v. Herff-Fehling (Галле 1894—1898): 283 операцій, 930% прослѣжены: 137 случаевъ простой колпоррафіи и пластической операціи промежности съ удовлетворительными результатами въ 77,10%.

Kolporrh. и т. д. съ эксцизіей portio или шейки	28	съ 750%	удовл. рез.
” ” везикофиксацией	61	” 78,10%	” ”
” ” вентрофиксацией	16	” 76,9%	” ”
” ” влагалищной полной экстирпаціей. 32		” 51,70%	” ”

Изъ 106 случаевъ, оперированныхъ консервативнымъ способомъ, Döderlein наблюдалъ полное длительное излеченіе въ 780%, а послѣ полной экстирпаціи (43 случая) въ 800%.

Въ противоположность высказанному раньше Neg a гомъ взгляду, случаи рецидива послѣ операцій выпаденія наблюдаются сравнительно часто послѣ родовъ, причемъ послѣдніе играютъ роль этиологическаго момента въ 560% всѣхъ случаевъ рецидива; при этомъ нерѣдко наблюдалось поврежденіе мягкихъ частей, такъ что совѣтую больнымъ послѣ операціи выпаденія рожать въ клиникѣ.

Если спустя 2 года при сохраненіи полной работоспособности результатъ операціи еще имѣется, то можно говорить о прочномъ результатѣ.

d) *Выворотъ матки. Inversio uteri.*

Если подѣ влияніемъ какой-либо силы дно матки вдавливается въ ея полость, то образуется первая степень начинающагося выворота, вдавливаніе; если эти причины продолжаютъ дѣйствовать дальше, то дно все больше и больше тянетъ за собою стѣнки тѣла матки, въ концѣ концовъ оно спускается до уровня внутренняго, потомъ и наружнаго зѣва, проходитъ чрезъ послѣдній въ влагалище и становится виднымъ впереди вульвы. вмѣсто полнаго и неполнаго выворота лучше всего различать внутриматочную и внутривлагалищную степень выворота; случаи, въ которыхъ вывороченное дно матки находится передъ вульвой, называются *inversio uteri cum prolapsu*. Большинство случаевъ выворота происходитъ въ послѣродовомъ періодѣ; о нихъ, поскольку они появляются въ острой формѣ во время родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ, я здѣсь говорить не буду; ниже будетъ рѣчь только о ставшихъ хроническими послѣродовыхъ случаяхъ и о выворотѣ, вызванномъ опухолями, а они составляютъ 1/8 всѣхъ случаевъ. Рѣдки и трудно объяснимы случаи, въ которыхъ причиной не являются ни роды, ни опухоли.

Для образованія *послѣродового выворота* важную роль играетъ *разслабленіе матки* съ одновременнымъ вытягиваніемъ пуповины или давленіемъ, неправильно произведеннымъ сверху. То же относится и къ вывороту, обусловливаемому *опухолями*. Наиболѣе частой причиной являются міомы, широко сидяція на днѣ, рѣже на стѣнкѣ матки; уже Scanzoni указалъ на то обстоятельство, что часто стѣнка, соответствующая міомѣ, тоньше, иногда бываетъ атрофированной или подвергается жировому перерожденію. вмѣсто пуповины, врастающая въ полость матки

міома тягнеть за собою дно матки; вслѣдствіе этого стѣнка все болѣе и болѣе утончается и въ рѣдкихъ случаяхъ внезапное усиленіе внутрибрюшного давленія кашлемъ, нажиманіемъ при стулѣ и т. д. можетъ вызвать дальнѣйшее опущеніе опухоли и образованіе выворота. Schauta правильно указываетъ, что начало выворота вызывается не сокращеніемъ матки, ибо при этомъ не происходитъ расслабленія, слѣдовательно, и выворота; но разъ небольшой выворотъ уже имѣется, то сокращенія матки толкають дно матки, раскрываютъ шейку и выгоняють опухоль впереди вульвы.

Küstner описалъ недавно рѣдкій случай, въ которомъ выворотъ вызванъ былъ послѣ внутрибрюшиннаго кесарева сѣченія одновременнымъ сильнымъ давленіемъ на матку и вытягиваніемъ пуповины. Если же онъ говорить, что выворотъ произошелъ во время сокращенія матки, то не исключается возможность того, что первая степень его уже имѣлась и раньше.

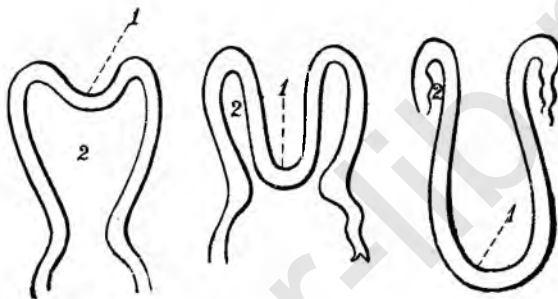


Рис. 142. Схематическое изображение выворота матки по Grosse.

1. Дно матки. 2. Полость матки.

Кромѣ *полнаго выворота* дна матки, можетъ, какъ Werth доказалъ это въ одномъ тщательно наблюдавшемся имъ случаѣ, также имѣть мѣсто *частичный выворотъ* одной стѣнки; такой выворотъ можно легко не замѣтить, такъ какъ ограничивающія воронку стѣнки имѣють наклонность слипаться другъ съ другомъ.

Ислѣдую вывороченную матку со стороны брюшной полости, обнаруживаютъ между пузыремъ и прямой кишкой углубленіе, покрытое серозной оболочкой, въ которое отчасти проходятъ широкія связки и трубы (рис. 143), а въ свѣжихъ случаяхъ послѣ родовъ также и яичники, чего не бываетъ послѣ окончанія инволюціоннаго процесса и въ случаяхъ, которые съ самаго начала принимаютъ хроническое теченіе. Рѣдко наблюдается склеиваніе прилегающихъ другъ къ другу серозныхъ поверхностей; петли кишекъ имѣются въ воронкѣ лишь въ началѣ, впоследствии же, при болѣе глубокомъ ощущеніи выворота и вызванномъ этимъ суженіи воронки, они тамъ больше помѣщаются.

Характерны результаты ислѣдованія: въ влагалищѣ или впереди вульвы находится грушевидная суживающаяся кверху опухоль темно-или синеватокраснаго цвѣта; въ свѣжихъ случаяхъ послѣродового выворота слизистая оболочка сине-красна, отечна и легко кровоточитъ при дотрогиваніи; въ болѣе застарѣлыхъ случаяхъ, а также вызванныхъ опухолью, слизистая оболочка съ самого начала обнаруживаетъ свойства

слизистой оболочки матки, которая может вследствие отшнуровывания, подвергнуться гиперемии; обусловливаются изменения, свойственные хроническому эндометриту, изъязвления, а вследствие частичного омертвения также глубокия язвы. При долго продолжающемся вывороте некоторые находили вместо рѣсничнаго эпителия, плоской, слизистая оболочка утончается, а маточныя железы погибают; рѣдко наблюдается гиперпластическій эндометритъ. Отверстия трубъ иногда ясно видны на вывороченномъ днѣ, и ихъ можно даже зондировать; въ другихъ же случаяхъ ихъ трудно замѣтить. Рѣдко наблюдаются при выворотѣ, вследствие отшнуровывания, полный застой и гангрена матки съ послѣдующимъ отдѣленіемъ; въ большинствѣ случаевъ состояніе остается стационарнымъ, даже при отсутствіи помощи, и больныя хорошо его переносятъ. Въ единичныхъ случаяхъ наблюдается самопроизвольное вправленіе спустя нѣсколько недѣль и мѣсяцевъ.



Рис. 143. Выворотъ матки. Препаратъ изъ коллекціи.



Рис. 144. Полипъ и выворотъ по В. Hart'y.

Симптомы. Если не считать бурныхъ явленій при остромъ выворотѣ *sub partu*, то при хронически-послѣродовомъ выворотѣ или вызванномъ опухолями явленія менѣе бросаются въ глаза. Больныя ощущаютъ давленіе внизъ, опущеніе какого-то тѣла, принимаемого ими за выпаденіе матки; при этомъ имѣются частые позывы на мочу, рѣже на низъ. Важный симптомъ представляютъ неправильныя, часто очень интенсивныя кровотеченія, продолжающіяся недѣлями и мѣсяцами; срокъ менструаціи исчезаетъ. Къ этому присоединяются серозно-гнойныя, часто вонючія выдѣленія.

Распознаваніе. Грушевидная опухоль, безразлично, находится ли она еще въ маткѣ, въ влагалищѣ или впереди вульвы, легче всего смѣшивается съ полипомъ или выпаденіемъ матки. При полипѣ удается, часто только послѣ расширенія шейки, прослѣдить ножку до полости матки (рис. 144). въ большинствѣ случаевъ удается при этомъ обнаружить

тѣло матки въ маломъ тазу. При *inversio uteri* ножка не утончается кверху, какъ при полипѣ, а въ благопріятныхъ случаяхъ уже пальцемъ удается натолкнуться на мѣсто перегиба шейки; если полипъ сидитъ высоко, то приходится прибѣгнуть къ зонду; въ то время, какъ при полипѣ зондъ входитъ на нормальное разстояніе, даже на разстояніе 8—10 сант., при выворотѣ наталкиваются на разстояніи 1—2 сант. выше валиковъ, принимаемыхъ за *portio*, на препятствіе, не пропускающее зондъ дальше. Вслѣдствіе болѣе плотной шейно-пузырной стѣнки, мѣсто перегиба находится спереди выше, чѣмъ сзади. При комбинированномъ изслѣдованіи подѣ наркозомъ тѣло матки отсутствуетъ, вмѣсто него можно, особенно со стороны прямой кишки, прощупать воронку съ вытянутыми въ нее складками брюшины. Зондированіе трубы, также изслѣдованіе катетеромъ излишне и можетъ даже дать поводъ къ неправильному діагнозу.

Полипъ на ножкѣ можно легко перекрутить на 360°, выворотъ же едва на 90°.

Съ выпаденіемъ матки разсматриваемое страданіе не легко смѣшать, развѣ только при старой атрофированной маткѣ, когда наружный зѣвъ зарубцовывается и больше не обнаруживается; во всѣхъ же другихъ случаяхъ введеніемъ зонда въ отверстіе, находящееся на вершинѣ опухоли, легко обнаружить выпаденіе матки.

При удаленіи міомы, спустившейся во влагалище, легко бываетъ не замѣтить вызванный ею выворотъ. Необходимо поэтому при всѣхъ фиброзныхъ полипахъ думать о возможности такого осложненія. Еще труднѣе распознаваніе частичнаго выворота; ни мягкость, ни чувствительность вывороченной ножки, ни перегибъ матки на мѣстѣ *inversio* не могутъ способствовать правильному распознаванію.

Предсказаніе въ общемъ благопріятно. Несмотря на страшныя явленія, мало женщинъ умираетъ отъ остраго послѣродового выворота; хроническіе послѣродовые вывороты, равно какъ вызываемые опухолями, даютъ хорошей прогнозъ. Самопро извольное излеченіе возможно, больныя могутъ также, несмотря на продолжающійся выворотъ, продолжать, достигнувъ климактерія, жить, не жалуясь на большія страданія, оперативное устраненіе этой болѣзни также даетъ хорошей прогнозъ.

Леченіе. То обстоятельство, что иногда происходитъ самопроизвольное вправленіе выворота, не должно давать намъ право относиться къ этому выжидательно, ибо вправленіе ручнымъ способомъ тѣмъ легче удастся, чѣмъ раньше оно производится послѣ родовъ. Поэтому и въ хроническихъ случаяхъ необходимо начинать съ попытки вправленія, но оно имѣетъ и свои противопоказанія, какъ это показываетъ случай, сообщенный Hofmeisterомъ. При попыткѣ вправить лопнулъ находившійся въ воронкѣ абсцессъ яичника и вызванъ общій смертельный перитонитъ. Необходимо поэтому каждый разъ на основаніи анамнеза и тщательнаго изслѣдованія исключить наличность околوماتочнаго воспаленія и нагноенія.

Послѣ дезинфекціи и опороженія пузыря и прямой кишки больную наркотизируютъ и укладываютъ ее въ положеніе съ приподнятымъ тазомъ или въ положеніе для камневычненія. Въ то время, какъ наружной рукой стараются захватить и растянуть воронку, рука, находящаяся въ влагалищѣ съ согнутыми на подобіе кубка пальцами, производитъ концентрическое давленіе на средину опухоли; пока хватаетъ пальцевъ, можно съ пользой растягивать опоясывающее кольцо шейки изнутри. Давленіе должно производить равномерно въ теченіе продолжительнаго времени и постепенно передвигать при

этомъ матку вверхъ. Emmet производить главное давленіе сначала со стороны опоясывающаго кольца, а потомъ уже подымаетъ дно матки вверхъ. Другіе, какъ Sims и Nöggerath, производятъ давленіе не со средины дна матки, а сначала съ концовъ тубъ. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ приходится попробовать и опредѣлить съ какого мѣста опухоли и въ какомъ направленіи лучше всего ее вправить. Недостатокъ этого способа состоитъ въ томъ, что опоясывающее кольцо шейки также приподымается при этомъ вверхъ. Sims совѣтовалъ поэтому расширить кольцо продольными разрѣзами. Schröder правильно рекомендовалъ 4 пулевыми щипцами (спереди, сзади и съ боковъ) оттянуть *portio* книзу; того же можно достигнуть 4 крѣпкими шелковыми лигатурами, проведенными чрезъ губы (Freund), которыми матку во время приподыманія опухоли вверхъ тянуть внизъ. Продолжительность вправления и потребная для этого сила индивидуально различны; попытку прекращаютъ въ зависимости отъ интенсивности кровотоchenія и хрупкости ткани матки.

По окончаніи вправления промываютъ матку и слегка тампонируютъ ее вѣоформной марлей; въ нѣкоторыхъ случаяхъ при зяющемъ наружномъ зѣвѣ его суживали швами, съ цѣлью предупредить наступленіе рецидива.

Если выворотъ вызванъ міомой, то прежде всего послѣдняя вылушивается *in situ*; обрѣзавъ основаніе, вылушиваютъ рукой міому, а потомъ вправляютъ выворотъ.

Вмѣсто ручного способа вправления рекомендуется примѣненіе равномернаго и болѣе длительнаго гидростатическаго давленія.

Тщательно продезинфицировавъ влагалище и опухоль, вводятъ метрейринтеръ, наполненный ртутью, постепенно подливая ртуть, тампонируютъ влагалище вѣоформной марлей—все это въ положеніи съ сидью приподнятымъ тазомъ. Подъ контролемъ пульса и температуры кольпейринтеръ остается лежать 12—24 часа, а потомъ черезъ нѣкоторое время снова вводится. Hofmeister горячо рекомендуетъ одну только вѣоформную марлю, причемъ онъ не наблюдалъ ни одного случая, въ которомъ вправление не удалось бы. Время, потребное для вправления, весьма различно, рѣдко это удается сдѣлать въ 24 часа, обыкновенно же нужны для этого дни и недѣли, а въ одномъ случаѣ Winkel's попытки вправления успѣшно производились въ теченіе 2 лѣтъ.

Если указанные способы не приводятъ къ цѣли, то прибѣгаютъ къ оперативному методу Küstner'a, вытѣснившему своей простотой и надежностью всѣ другіе методы, напр., влагалищную и абдоминальную экстирпацію матки, также удаленіе помощью лигатуры, экразера или гальванокаустической петли.

Поперечный разрѣзъ Дугласова пространства. Отсюда указательнымъ пальцемъ проходятъ въ воронку выворота, послѣ чего разсѣкаютъ заднюю маточную стѣнку разрѣзомъ, начинающимся на 2 сант. выше наружнаго зѣва и идущимъ къ дну матки въ срединной линіи; послѣ этого вправляютъ обѣ половины, такъ что большимъ пальцемъ той же руки вдавливаютъ дно, накладываютъ шовъ на заднюю стѣнку матки со стороны брюшины, закрываютъ Дугласово пространство и влагалищную рану.

Еще въ 1878 году Bruntzel насчиталъ на 33 случая, оперированныхъ по старому методу, 76.7% излеченія; съ тѣхъ поръ, послѣ того, какъ сталъ примѣняться способъ Küstner'a, % излеченія еще больше увеличился.

6. Новообразования матки. Доброкачественныя новообразования.

Миомы (фибромы) матки.

Подъ міомой, фиброміомой или фибромой мы понимаемъ опухоль матки, возникающую въ формѣ очень маленькихъ ограниченныхъ узловъ въ маточной мускулатурѣ; наименьшія опухоли въ 0.2 миллим. наблюдались Aschoff'омъ и друг.; постепенно увеличиваясь, онѣ приобрѣтаютъ величину булавочной головки или просяного зерна и, постепенно увеличиваясь дальше извнутри или посредствомъ отложенія снаружи, онѣ утолщаютъ сначала одинъ только міометрій, а потомъ увеличиваются дальше по направленію къ полости или кнаружи по направленію къ серозной оболочкѣ.

Объ *этиологии* міомъ матки мы мало знаемъ. Извѣстно, что онѣ не наблюдаются до наступленія половой зрѣлости, и что въ возрастѣ 20—30 лѣтъ онѣ рѣдко наблюдаются; только на 3 и 4 десяткѣ онѣ становятся чаще; въ климактерическомъ періодѣ онѣ, за рѣдкими исключеніями, перестаютъ расти; такимъ образомъ, ростъ міомъ тѣсно связанъ съ овуляціей. Нѣкоторые авторы указали на никогда не отсутствующія грубыя анатомическія измѣненія придатковъ, но все же эти измѣненія трубъ (гидро-, піо-, гѣматосальпинксъ) и яичниковъ не представляютъ ничего специфическаго; развитіе интерстиціальной соединительной ткани въ яичникахъ съ раннимъ исчезновеніемъ фолликулъ наблюдается и безъ міомъ. Нѣкоторыя наблюденія указали на то, что повторное раздраженіе матки при наличности зачатковъ опухоли способствуетъ болѣе сильному развитію опухоли, напр., выскабливаніе, расширеніе, внутриматочное леченіе, также половое раздраженіе, онанизмъ, coitus interruptus или импотентность мужа. Такъ какъ неоднократно міомы наблюдались у сестеръ, то можно было бы думать, что зачатки опухоли бываютъ врожденными, но отсюда не слѣдуетъ, что образованіе міомъ передается по наслѣдству; несостоятельнымъ слѣдуетъ также считать мнѣніе о патологической внутренней секреціи, какъ объ *этиологическомъ моментѣ*; наше знакомство съ вопросомъ о *нормальной* внутренней секреціи еще пока весьма недостаточно.

Уже Bayle, Cruveilhier и Scanzoni указывали, что половая жизнь благоприятствуетъ развитію міомъ; съ тѣхъ поръ много спорили о томъ, наблюдаются ли міомы чаще у незамужнихъ или замужнихъ. v. Winkel настаиваетъ на послѣднемъ и въ доказательство приводитъ то обстоятельство, что изъ 795 больныхъ міомой, Schröder насчиталъ 77.5% замужнихъ, а Réamy на 400 случаевъ 80% у замужнихъ. Противъ этихъ статистическихъ данныхъ можно возразить, а именно, что неправильна постановка вопроса; изъ женщинъ насъ интересующаго возраста больше всего обращаются къ врачу замужнія, и превалирующее число замужнихъ, обращающихся къ врачу по поводу міомы ничего не означаетъ. Вопросъ долженъ быть поставленъ такъ: въ опредѣленномъ возрастѣ больше ли заболѣваетъ замужнихъ или нѣтъ? По этому принципу Schuhmacher разработалъ матеріалъ клиники въ Базелѣ, и если v. Winkel считаетъ число въ 189 случаевъ недостаточнымъ, то зато весь матеріалъ однороденъ и однообразенъ. Изъ этихъ данныхъ явствуетъ, что въ теченіе 20 лѣтъ

отношеніе замужныхъ къ незамуженнымъ вообще составляло 5:1, а больныхъ міомами только 2:1, т. е. несомнѣнное превалированіе незамуженныхъ; это тѣмъ болѣе бросается въ глаза, что въ возрастѣ 30—50 лѣтъ число замужныхъ относилось къ таковому незамуженныхъ, какъ 3.55:1. По большимъ статистическимъ даннымъ Gusselow'a (953 случая), отношеніе замужныхъ къ незамуженнымъ также составляетъ 2.4:1, по Winkell'ю, 3:1, т. е. согласно и этимъ даннымъ замужныя и незамужныя заболѣваютъ приблизительно въ такомъ же соотношеніи, какое вообще бываетъ въ этомъ возрастѣ. Къ такимъ же результатамъ пришла и г-жа Glöcker на основаніи 639 случаевъ Страсбургской клиники; она доказала также превалированіе міомъ у нерожавшихъ и уменьшенную плодovitость у замужныхъ.

Большое значеніе имѣютъ въ этомъ отношеніи статистическія данныя Müller'a ¹⁾, обнимающія 11.000 больныхъ Engotzsm'a. Среди этихъ больныхъ было приблизительно на 4 замужныхъ 1 дѣвица, а среди 530 больныхъ міомами отношеніе было 2:1; такая-же приблизительно разнида наблюдалась въ патолого-анатомическомъ матеріалѣ. Изъ числа 338 замужныхъ было 43.5% бесплодныхъ; изъ числа рожавшихъ преобладали 1-рагае; больныя міомами, имѣвшія нѣсколько дѣтей, составляли меньшинство. Если Müller, на основаніи своихъ данныхъ, утверждаетъ, что дѣло идетъ о врожденныхъ зачаткахъ опухоли въ смыслѣ Sühneim'a, и что процессы раздраженія оказываютъ вторичное дѣйствіе, то онъ утверждаетъ нѣчто такое, чего не можетъ доказать.

Вопросъ о возрастѣ, въ которомъ міомы начинаютъ развиваться, еще также окончательно не рѣшенъ.

Если статистическія данныя указываютъ, что $\frac{3}{4}$ всѣхъ больныхъ обращаются за врачебной помощью въ возрастѣ 30—50 лѣтъ, то этимъ еще не доказано, что болѣзнь начинается развиваться значительно раньше.

J. Gusselow'a (953 случая) было:		J. Schuhmacher'a (189 сл.):
1.6%	моложе 20 лѣтъ	0.5%
17.0	" между 20—30 лѣтъ	9.5 "
38.8	" " 30—40 "	29.6 "
36.7	" " 40—50 "	44.8 "
3.9	" " 50—60 "	13.2 "
1.8	" старше 60 "	2.4 "

Möller также приходитъ къ заключенію, что въ 47% міомы обнаруживаются въ возрастѣ 36—45 лѣтъ, но что онѣ часто обнаруживаютъ симптомы уже въ 25 лѣтъ, чаще всего между 26 и 40. Въ то время, слѣдовательно, какъ съ одной стороны, дѣломудріе предрасполагаетъ къ образованію міомъ, не рѣшенъ еще вопросъ о томъ, дѣйствительно ли уменьшенная плодovitость замужныхъ (у Schuhmacher'a 2.4 вмѣсто 3.45, у Hofmeier'a 3.5 вмѣсто 4.5) является слѣдствіемъ міомы. Hofmeier склоненъ былъ утверждать, что у большинства его больныхъ міомы не оказывали никакого вліянія на бесплодіе или плодovitость. Далѣе, интересно отмѣтить, что міомы и раковая опухоль матки въ одномъ и томъ-же положеніи наблюдаются не одинаково; міома является больше болѣзвью богатыхъ, а ракъ—бѣдныхъ женщинъ.

По мнѣнію Rösger'a, которому мы обязаны подробными изслѣдованіями о первоначальномъ происхожденіи міомъ, самыя маленькія узелки состоятъ только изъ мышечныхъ волоконъ, Möller же находилъ

¹⁾ Klin. u. pat.-anat. Studien z. Aetiologie d. Uterusmyoms von. E. Müller, Berlin 1899.

и здѣсь уже соединительную ткань. Его предположеніе о происхожденіи міомъ изъ самыхъ маленькихъ артерій не оправдывается. *Aschoff-Sakurai* считаютъ маленькіе узелки аномаліей развитія ткани; они состоятъ изъ минимальныхъ съ самаго начала отдѣлившихся отъ мускулатуры мышечныхъ волоконъ и обладаютъ съ самаго начала большей способностью къ окрашиванію, чѣмъ нормальная мышечная ткань; міофибриллы короче и менѣе многочисленны, чѣмъ въ нормальныхъ мышечныхъ волокнахъ; будучи вначалѣ лишены сосудовъ, они потомъ приобрѣтаютъ капилляры и окружаются въ послѣдствіи соединительной капсулой. По мнѣнію *R. Meuser*, отсутствуетъ всякое характерное расположеніе мышечныхъ пучковъ; сосуды окружаются нѣсколькими соединяющимися



Рис. 145. Образованіе волоконъ при міомѣ матки (увеличено въ 56 разъ).

между собою міоматозными узелками. Наличие эластическихъ волоконъ неодинакова и образуетъ иногда извитое корковое строеніе. Минимальные узелки не имѣютъ капсулы, послѣдняя составляетъ вторичное образованіе и образуется такимъ образомъ, что наружныя мышечныя клѣтки вокругъ круглой опухоли становятся соединительнотканными и атрофируются. Очень скоро обнаруживаются разсѣянные въ ткани матки круглыя небольшіе узелки, расположенные то въ одиночку, то группами; небольшія величины съ булавочную головку или лѣсной орѣхъ опухоли всегда сохраняютъ круглую форму, такъ что міомы правильно называются круглыми опухолями матки; правильное распредѣленіе гладкихъ мышечныхъ волоконъ не обнаруживается. По мѣрѣ дальнѣйшаго роста опухоли, увеличивается также количество содержащейся въ ней соединительной ткани, также и число сосудовъ, находящихся не столько въ самой опухоли, сколько въ соединительнотканной оболочкѣ, окружающей опухоль на периферіи. На разрѣзѣ міоматознаго узла можно замѣтить

невооруженнымъ глазомъ или лупой волнообразное, отчасти слоистое концентрическое расположение волоконъ. Между бѣловатыми блестящими волокнами находятся желтоватая, а между ними сосуды. Опухоли увеличиваются посредствомъ простого наложенія; въ одной и той же маткѣ часто растутъ одновременно нѣсколько опухолей, опухоли между собою не сливаются. Кпапег описываетъ своеобразное расположение миомы, а именно, вѣдреніе минимальныхъ миомъ въ сосудистую стѣнку съ впаиваніемъ послѣдней; это особенно часто будто бы наблюдается при

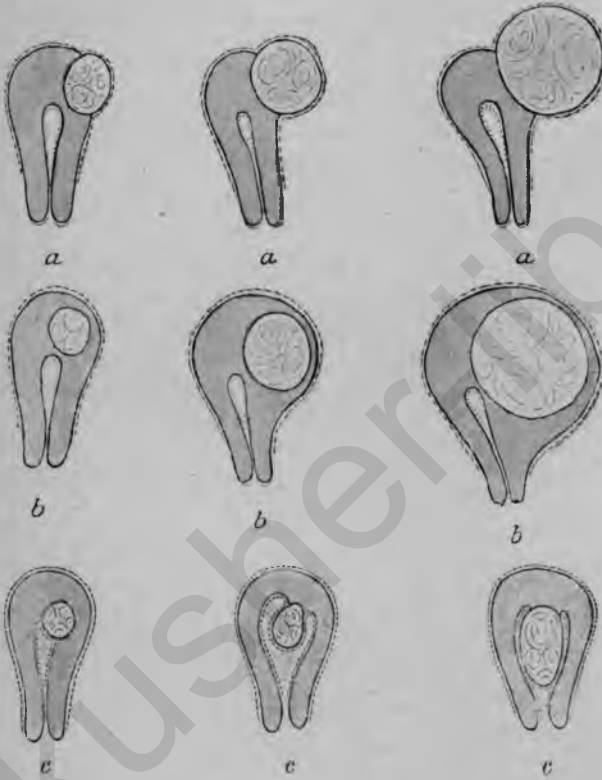


Рис. 146. Схематическое изображеніе развитія миомъ.
а—субсерозная, б—интерстиціальная, с—подслизистая миома.

внутрисвязочной локализациі опухолей. R. Meyer описываетъ также внутривенное расположение миомъ, а также въ лимфатическихъ сосудахъ.

Исслѣдованія v. Recklinghausen¹⁾ показали, что часть содержащихся въ миомахъ железъ и кистъ составляютъ остатки зачаточныхъ почек (ходовъ Gärtner'a); настоящимъ шаровиднымъ миомамъ онъ противопоста-

¹⁾ v. Recklinghausen, Die Adenome und Zystadenome der Uterus, und Tubenwandung mit Anhang von W. A. Freund. Berlin 1896. Далѣе, Fr. L. Landau, Anat. u. klin. Beitr. z. Lehre v. d. Myomen. Berlin 1899. Pick- Archiv f. Gyn. Bd. 57 u. 60. R. Meyer, Zeitschr. f. Gyn. Bd. 42 u. 43.

вляеть поэтому аденоіомы, называемыя имъ органоидными опухолями; первая же онъ, какъ и Virchow, называетъ гистоидными. Со времени опубликованія работы v. Recklinghausen'a стали чаще обнаруживать аденоіомы, происходящія отъ зачаточныхъ почекъ. Онѣ наблюдаются чаще всего на дорзальной поверхности матки, вблизи угловъ трубъ, далѣе, въ круглыхъ связкахъ, въ верхн. rectovaginale и подъ брюшиной, часто симметрически на обѣихъ сторонахъ. Эти инфильтрированныя міомы (Lapda u) вышущиваютъ изъ матки не цѣликомъ, а только частью. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило въ этихъ аденоіомахъ извитыя секреторныя трубочки съ конечными колбами, переходящія въ прямыя собирательныя трубочки. Имъ v. Recklinghausen противопоставляетъ аденоіомы слизистой оболочки, происходящія такимъ образомъ, что железы изъ слизистой оболочки проникають глубоко въ міометрій, видимыя иногда макроскопически въ видѣ ходовъ и плотно инфильтрирующія маточную стѣнку вокругъ полости.

Міомы, быстро или медленно развиваясь, достигаютъ иногда значительной величины; среднія—величины лѣсного орѣха или гусиного яйца, а большія—величины головы ребенка или мужчины, а нѣкоторыя вѣсятъ до 30 килограмм.

Міомы развиваются первично какъ въ тѣлѣ матки, такъ и въ шейкѣ.

Хотя нельзя, по мнѣнію R. Meyer'a, анатомически дѣлать міомы на внутрестѣночныя, субсерозныя и подслизистыя, все же приходится къ этому прибѣгнуть съ *клинической* точки зрѣнія (рис. 146).

I. Всякая міома бываетъ вначалѣ *внутрестѣночной*; при дальнѣйшемъ своемъ ростѣ она, постепенно утолщаясь, выпячиваетъ маточную стѣнку и окружается плотной капсулой. Развивается ли міома больше въ передней или задней стѣнкѣ, подлежитъ еще изслѣдованію; рѣдко поражается *одна* только стѣнка. При небольшихъ и средней величины опухоляхъ форма матки, несмотря на сильный ростъ ихъ, сохраняется, такъ какъ одновременно съ образованіемъ узловъ имѣется хроническій метритъ, обусловливаемый увеличеніемъ отчасти мышечныхъ клѣтокъ, отчасти соединительной ткани. Внутрестѣночныя опухоли вызываютъ наибольшее увеличеніе матки; въ виду усиленія одной стѣнки, полость матки расширяется по всѣмъ направленіямъ. Ростъ міомъ не обнаруживаетъ никакой *планомѣрности*; онъ зависитъ отъ локализаціи, обилія крови и т. д. и поддается дѣйствию терапевтическихъ мѣропріятій.

II. Если міома растетъ по направленію къ серозной оболочкѣ матки, то она появляется на наружной поверхности послѣдней въ видѣ бугристой, вполнѣ сидящей на ножкѣ опухоли величиной въ лѣсной орѣхъ или голову. Ростъ снаружи имѣетъ мѣсто, если опухоль съ самаго начала находилась ближе къ серозному покрову, такъ что гипертрофированная мышечная капсула внутренней стѣнки оттѣсняетъ опухоль по направленію къ болѣе податливому серозному покрову. Ножка субсерозной опухоли имѣетъ различную толщину и не соответствуетъ величинѣ опухоли. Она содержитъ сосуды міомы. Въ противоположность внутрестѣночнымъ и подслизистымъ опухолямъ, субсерозная міома не богата сосудами; опухоль плотна, тверда и содержитъ больше соединительной, чѣмъ мышечной ткани. Субсерозныя міомы еще чаще наблюдаются, чѣмъ интерстиціальныя, и вызываютъ значительное измѣненіе формы матки.

III. Если опухоль растетъ по направленію къ полости матки, то міома становится *подслизистой*; вначалѣ окружающая міому капсула

очень толста, покрывающая ее слизистая оболочка вмѣстѣ со всей слизистой оболочкой матки гипертрофирована; постепенно она утончается, железы атрофируются и исчезаютъ. Подслизистыя опухоли, вслѣдствіе обилія сосудовъ, увеличиваются очень быстро, хотя онѣ никогда не достигаютъ величины интерстиціальной міомы. Если онѣ выпячиваются по направленію къ полости матки, то все же большая часть ея поверхности связана еще съ маточной стѣнкой. Небольшія подслизистыя опу-

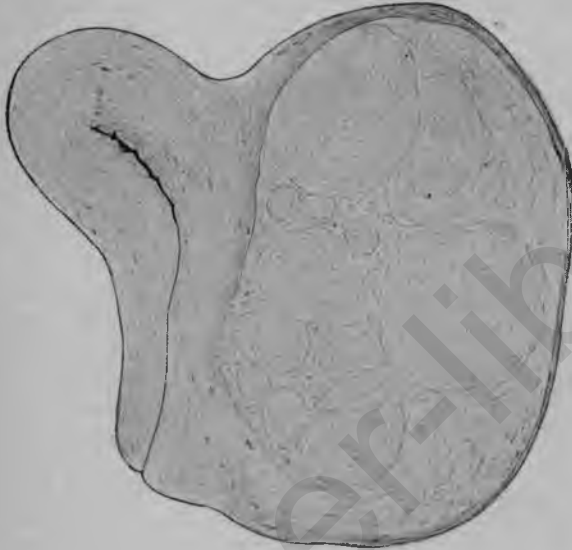


Рис. 147. Міома задней стѣнки тѣла матки (интерстиціально субсерозная).

холи вгоняются при сокращеніяхъ матки въ ея просвѣтъ и называются тогда подслизистыми или фиброзными полипами.

Міомы шейки наблюдаются значительно рѣже, составляя только 5 — 8% всѣхъ міомъ матки; и здѣсь онѣ сперва бывають внутривѣшными, но вслѣдствіе меньшаго числа сосудовъ онѣ растутъ медленно. Вслѣдствіе внутривѣшного и подслизистаго роста опухоли одна изъ губъ маточнаго зѣва можетъ принять неимовѣрные размѣры, такъ что другая губа кажется небольшимъ придаткомъ, а зѣвъ полулунно растянутъ. Развитие міомы шейки въ формѣ полипа рѣже наблюдается. Вслѣдствіе сильной гипертрофіи губъ матка можетъ оказаться смѣщенной, особенно если опухоль врастаетъ въ соединительную ткань таза или подъ серознымъ покровомъ. Матка въ этихъ случаяхъ смѣщена вверхъ и находится на опухоли. Субсерозная опухоль шейки на передней стѣнкѣ немыслима; на задней же субсерозныя фиброиды часто достигаютъ значительной величины и могутъ въ видѣ заднеперивикальных міомъ ущемиться между маткой и задней стѣнкой таза.

Большое практическое значеніе имѣетъ вращеніе міомы въ ткань широкой связки. Эти *внутрисвязочныя міомы* исходятъ въ большинствѣ случаевъ, въ противоположность мнѣнію Pozzi, изъ тѣла матки, рѣже изъ шейки, обыкновенно же опухоль связана еще съ соотвѣтствующей

стѣнкой матки, но при дальнѣйшемъ ростѣ связь эта можетъ оказаться сомнительной; не исключается возможность происхожденія нѣкоторыхъ внутрисвязочныхъ опухолей изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ lig. lat. Если внутрисвязочныя міомы растутъ въ большой тазъ, то онѣ бываютъ покрыты брюшиной, которая обыкновенно бываетъ на нихъ менѣе подвижна, чѣмъ на внутрисвязочныхъ опухоляхъ яичника. Если онѣ растутъ въ малый тазъ, то достигаютъ основанія таза сбоку надъ влагалищнымъ сводомъ, сзади доходятъ до Дугласовой складки или между пузырьмъ и маткой достигаютъ передняго свода; въ нѣкоторыхъ случаяхъ пузырь такъ сильно смѣщается вверхъ, что брюшина шириной въ ладонь переходитъ надъ симфизомъ отъ опухоли къ передней брюшной стѣнкѣ. Вслѣдствіе внутрисвязочнаго роста опухоли матка приподымается въ одну или другую сторону, такъ что portio оказывается трудно или вовсе недостижимой. Высоко сидящія міомы тѣла матки или субсерозныя міомы съ широкимъ основаніемъ рѣдко вызываютъ перекручиваніе небольшой сильно вытянутой матки, каковое перекручиваніе поражаетъ стѣнку тѣла матки или область внутренняго зѣва; перекручиванію со всѣми его послѣдствіями подвергаются въ этихъ случаяхъ также придатки.



Рис. 148. Подслизистая міома матки послѣ разрыва передней стѣнки.

и подслизистыхъ опухоляхъ; субсерозныя міомы рѣдко бываютъ единичными, чаще всего въ одной и той же маткѣ наблюдаются всѣ три вида; наблюдаются иногда 20—50 опухолей. Наибольшія опухоли въсомъ въ 30—40 километр., при которыхъ матка бываетъ больше, чѣмъ во время беременности, наблюдаются при комбинаціи всѣхъ трехъ видовъ.

Въ измѣненіи формы и вида міоматозной матки серозный покровъ принимаетъ пассивное участіе, слизистая же оболочка обнаруживаетъ анатомическія измѣненія. Въ то время, какъ раньше W u d e r, на основаніи результатовъ выскабливанія, установилъ железистую и интерстиціальную формы эндометрита, мы знаемъ въ настоящее время, что эти измѣненія зависятъ отъ менструаціонной волны. И дѣйствительно, очень часто обнаруживаютъ железистую гипертрофію слизистой оболочки, особенно выступающей полостью, въ то время, какъ слизистая оболочка на опухоляхъ, сильно вдающихся въ просвѣтъ, утончена.

Вслѣдствіе увеличенія матки поражаются также широкія связки, яичники, трубы и т. д. (въ 50—60% всѣхъ случаевъ). При равномерномъ увеличеніи матки придатки отстоятъ другъ отъ друга, какъ во время беременности, на приблизительно одинаковомъ разстояніи; въ боль-

Рѣже имѣется одна только міома, чаще всего это бываетъ при большихъ внутривязочныхъ

шинствѣ же случаевъ миома сильнѣе развивается въ одной стѣнкѣ, а яичники приближаются другъ къ другу, такъ что они сзади встрѣчаются близко къ срединной линіи, или они сидятъ очень высоко или опускаются очень низко; нерѣдко одинъ изъ яичниковъ смѣщается клереди въ средину опухоли, трубы также смѣщаются и по мѣсту прикрѣпленія вытянутой трубы можно судить о положеніи дна матки. Широкия связки бываютъ обыкновенно болѣе напряженными, чѣмъ во время беременности, и препятствуютъ движеніямъ матки. Сосуды связокъ, особенно вены, бываютъ часто очень сильно развиты. Яичники сильнѣе



Рис. 149. Внутривъстѣнная миома, вступающая въ то же время въ брюшину и слизистую оболочку. Естественная величина.



Рис. 150. Миома задней шейки матки, вросшая въ заднюю губу portio (hL). vL—передняя губа. С—каналъ шейки. Sp—полость тѣла матки.

развиты и вытянуты на опухоли; въ одномъ случаѣ при внутривъстѣнной миомѣ соответствующій яичникъ былъ удлиненъ на 17 сантим. Нерѣдко развиваются небольшія опухоли яичника, скорѣе ретенціонныя кисты, чѣмъ кистаденомы; ткань яичниковъ обнаруживаетъ измѣненія какъ при хроническомъ оофоритѣ, а именно склерозъ и гіалиновое перерожденіе сосудовъ. Существеннымъ является преждевременное уничтоженіе первичныхъ фолликуловъ, что является причиной уменьшенной плодовитости больныхъ миомой. Кромѣ того, обнаруживаются гѣматомы яичниковъ. На измѣненія яичниковъ слѣдуетъ смотрѣть не какъ на

послѣдствіе образованія міомы, а какъ на причину, иногда же оба процесса развиваются одновременно. Трубы обнаруживаютъ, кромѣ удлиненія и смѣщенія, также измѣненія слизистой оболочки, такія же, какъ и слизистой оболочки матки. Кисты трубы и гидросальпинккъ въ общемъ рѣдко наблюдаются

Что касается *отношенія миоматозной матки къ соседнимъ органамъ*, то срощенія, какъ при опухоляхъ яичниковъ, рѣдко наблюдаются, чаще всего съ сальникомъ, слѣдствіемъ чего является асцитъ, далѣе, съ брюшной стѣнкой, рѣдко съ кишками.

При болѣе продолжительномъ существованіи въ міомахъ появляются *анатомическія измѣненія*, на которыя слѣдуетъ смотрѣть, какъ на *разстройство питанія*, на процессы обратнаго развитія.

Не всегда ткань міомы бѣдна кровью; капилляры могутъ очень расширяться, такъ что вся опухоль или часть ея имѣетъ уже макроскопически видъ наполненной кровью губки. Virchow, которому мы обязаны первымъ описаніемъ этой формы, называетъ ее *тумора telangiectodes s. cavernosum*. Образуются каверны, стѣны которой, начинаясь въ видѣ мелкаго сита, постепенно переходятъ въ полости величиной отъ просяного зерна до лѣсного орѣха. Такія опухоли могутъ принять размѣры беременной матки. Клинически эти формы характеризуются измѣненіями величины, опуханіемъ до менструаціи и уменьшеніемъ послѣ нея. слѣдствіемъ могутъ быть кровоизліянія въ ткани, тромбозъ и эмболія.

Далѣе, ткань можетъ быть измѣнена вслѣдствіе расширенія лимфатическихъ сосудовъ. Интересный случай опубликованъ былъ въ свое время Leopoldомъ и мною. Первый нашелъ, что основное вещество образуется больше изъ соединительной ткани, мышечная же ткань отходитъ на задній планъ. Полости, находящіяся между скрепляющимися пучками соединительной ткани, были выстланы эндотелиемъ, какъ лимфатическіе сосуды нормальной матки, а промежуточные полости были наполнены свѣтлой лимфой. Такія опухоли называются *тумора lymphangiectodes*; онѣ обнаруживаютъ ясное збыленіе и при проколѣ, иногда производимомъ вслѣдствіе неправильнаго діагноза, выдѣляется свертывающаяся на воздухъ жидкость. Этотъ симптомъ, на который впервые обратилъ вниманіе Atlee, кажется характернымъ для этой формы міомы, но наблюдается не всегда.

Далѣе, внутри большихъ міомъ образуются *дѣйствительныя кисты*, особенно въ вутристѣночныхъ опухоляхъ. Эти полости неправильной формы, достигаютъ величины черепа новорожденнаго и содержатъ мутно-желтоватую, богатую бѣлкомъ жидкость, къ которой примѣшаны куски ткани. Если кисты велики, а капсула тонка, то ихъ можно діагносцировать уже до операціи, въ другихъ же случаяхъ онѣ обнаруживаются лишь при разрывѣ препарата; ихъ происхожденіе объясняется размягченіемъ отдѣльныхъ частей вслѣдствіе недостаточнаго питанія, омертвѣнія кусковъ опухоли вслѣдствіе коагуляціоннаго некроза и застойнаго кровоизліянія; въ нѣкоторыхъ полостяхъ обнаруживаются, по Martinу, подвергшіяся жировому перерожденію плоскіи эпителии. Ослабленное питаніе міомъ въ послѣродовомъ періодѣ и послѣ выкидышей оказываетъ, повидимому, свое дѣйствіе.

Рѣже наблюдается *размягченіе міомъ*, объясняемое общимъ отечнымъ пропитываніемъ. Ткань опухоли пропитана жидкостью, находящейся между соединительнотканвыми и мышечными волокнами, но не въ полостяхъ, какъ при тумора lymphangiectodes. Отечность является слѣдствіемъ застоя, затрудненнаго оттока, вызваннаго образованіемъ тромба, и образуется у малокровныхъ самопроизвольно, а въ другихъ случаяхъ вслѣдствіе терапевтическихъ мѣропріятій. Въ двухъ наблюдавшихся мною случаяхъ неправильное кистовидное размягченіе было вызвано предварительнымъ леченіемъ по способу Arostoli; такой же случай описалъ Uter изъ клиники Negar'a.

Наблюдается, далѣе, *жировое перерожденіе* мышечныхъ волоконъ міомы; поводъ даетъ послѣродовой періодъ. Совершенное или частичное исчезновеніе даже большихъ опухолей наблюдалось и считалось естественнымъ излеченіемъ. Жировое перерожденіе можетъ появиться въ небольшихъ очагахъ или поражаетъ болѣе значительные участки. Наконецъ, наступаетъ *слизистое перерожденіе* опухолей, особенно вутристѣночныхъ и подслизистыхъ, причина

которого неизвестна. Эту форму слѣдуетъ отличать отъ первичной фибромиксомы, смѣшанной опухоли изъ фибромы и миксомы. Противоположную картину вызываетъ известление опухоли, на которую нужно смотрѣть, какъ на атрофію въ климактеріи и, слѣдовательно, какъ на благоприятный исходъ. Обызвестление происходитъ въ соединительнотканной части опухоли, а именно, какъ въ оболочкѣ, такъ и внутри міомы. Отложение кальція начинается на периферіи, или зерна извести находятся между клѣтками и внутри ихъ. По Kloby, образуются на наружной поверхности выпукло-



Рис. 151. Міоматозная матка. Интерстиціальная міома омертвѣла и имѣетъ тонкую оболочку. Субсерозная міома также начинаетъ омертвѣвать.

вогнутыя пластинки, которыя, сливаясь, образуютъ нѣчто вродѣ костной коры, какъ при lithokelyphorädion; изъ этой коры отходятъ отростки внутрь опухоли. По мнѣнію Wedl'a и Freund'a, въ такихъ известленныхъ міомахъ обнаруживается даже костное строеніе. Эти смѣшанные опухоли объясняются метапластическимъ превращеніемъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ; кромѣ того, бываетъ настоящая смѣшанная опухоль, остеоміома, въ которой костныя зерна попали туда, вѣроятно, еще въ зародышевой жизни. Энхондромы иногда комбинируются съ саркомой или эндотеліомой. Обызвестление благоприятно, такъ какъ оно вызываетъ прекращеніе роста; известление наблюдается во всѣхъ трехъ видахъ опухоли; внутримышечныя обызвестленные міомы рождаются иногда въ полость матки даже въ климактеріи; эти маточныя камни обратили на себя вниманіе уже Гипократа и позднѣйшихъ практическихъ врачей, особенно если это случилось съ монахиней.

Неприятнымъ измѣненіемъ міомы являются воспаление, гангрена, нагноение и гнилостное разложение; эти измѣненія наблюдаются въ большинствѣ случаевъ послѣ оперативнаго вмѣшательства, вызывающаго инфекцію опухоли; въ другихъ случаяхъ омертвѣніе опухоли вызывается частыми впрыскиваніями эрготина, которыя при наличности сапрофитовъ вызываютъ нагноение лишенной питанія міомы. Благопріятно, если секвестрирующія воспаление и нагноение имѣютъ мѣсто только въ оболочкѣ опухоли; тогда послѣдняя можетъ остаться сравнительно нетронутой и выдѣлиться; въ другихъ же случаяхъ гнилостному разложенію подвергается сама ткань опухоли, она распадается, и въ полости матки обнаруживаеь большую, распавшуюся опухоль; процессъ легко пере-



Рис. 152. Грушевидная полипозная міома съ гангреной на нижнемъ концѣ.

ходитъ послѣ этого на трубы, яичники и на брюшину. Клинически можетъ при небольшихъ опухоляхъ быть труднымъ отличительное распознаваніе между ракомъ тѣла матки и разложившейся міомой. Выдѣленіе омертвѣвшей міомы можетъ вызвать естественное излеченіе; въ другихъ же случаяхъ необходимое врачебное вмѣшательство ускоряетъ общій сепсисъ, особенно при очень рѣдкомъ выдѣленіи черезъ кишечникъ, пузырь или въ брюшную полость. Субсерозная міома можетъ вслѣдствіе перекручиванія ножки отдѣлиться и стать постороннимъ тѣломъ въ брюшной полости со всѣми опасными послѣдствіями этого; опасность еще увеличивается въ виду трудности распознаванія этого рѣдкаго осложненія.

Наконецъ, наблюдается комбинація міомы съ злокачественными опухолями, саркомой и ракомъ; согласно даннымъ изъ клиники въ Галле, это наблюдается въ 2.20% всѣхъ случаевъ. Изъ соединительной ткани міомы

можетъ непосредственно развиться ткань саркомы, постепенно пронизывающая всю опухоль и вызывающая быстрое ея увеличеніе. Ткань въ этихъ случаяхъ очень размягчена, гомогенна на разрѣзѣ и влажно блестяща. Саркоматозное превращеніе возможно во всѣхъ 3 формахъ міомы, особенно же при подслизистыхъ полипахъ. При дальнѣйшемъ существованіи появляются метастазы въ сосѣднихъ железахъ, въ легкихъ и т. д. Наоборотъ, переходъ міомы въ раковую опухоль невозможенъ, а дѣло идетъ, по мнѣнію R. Meueга, о случайномъ совпаденіи двухъ опухолей. Что аденоміомы легче переходятъ въ ракъ, понятно. Въ послѣдніе годы я очень часто наблюдалъ въ климактеріи при старыхъ міомахъ развитіе рака тѣла матки, такъ что я считаю необходимымъ всякую большую міому удалить оперативнымъ путемъ и также послѣ наступленія климактеріи; въ 2 случаяхъ я наблюдалъ злокачественное перерожденіе міомы послѣ того, какъ задолго до этого произведена была кастрація. Döderlein и Krönig также указываютъ на сравнительно часто встрѣчающуюся комбинацію рака тѣла матки съ міомой.

Симптомы ¹⁾. Небольшія міомы, заключенныя еще въ стѣнкѣ матки, могутъ, не вызывая объективныхъ явленій, причинить субъективныя страданія. Прежде всего наблюдаются боли, локализуемыя больными въ области матки, чувство тяжести въ животѣ и опущеніе давленія; v. Winkkel обозначаетъ эти боли, въ виду ихъ локализаціи, „истерическими“, и дѣйствительно, многія больныя, являющіяся къ врачу все съ новыми и новыми жалобами и не обнаруживають при этомъ никакихъ объективныхъ данныхъ, принимаются за страдающихъ истеріей. Кромѣ мѣстныхъ явленій, первыми симптомами міомы бываютъ также рефлекторныя явленія, а именно, головная боль въ формѣ мигрени, особенно во время менструаціи, кардіалгія и т. д. Наблюденія показали, что большая часть этихъ иррадирующихъ нервныхъ явленій уменьшается или исчезаетъ, какъ только при болѣе сильномъ ростѣ опухоли уменьшается сильное напряженіе окружающей ее капсулы. Въ противоположность другимъ авторамъ, я чаще наблюдалъ боли и рефлекторныя явленія при небольшихъ внутримѣсячныхъ міомахъ, чѣмъ при подслизистыхъ. Къ раннимъ симптомамъ относится также дисменоррея, въ большинствѣ случаевъ конгестивная. Дисменоррея вначалѣ нерѣдко сопряжена съ недостаточнымъ продолжающимся только нѣскольکو часовъ выдѣленіемъ крови, при дальнѣйшемъ увеличеніи опухоли она переходитъ въ меноррагію, а дисменоррея исчезаетъ.

Если опухоли достигли извѣстной величины, то вслѣдствіе увеличенія полости и сопутствующей гиперплазіи эндометрія характеръ менструаціи мѣняется: продолжительность и интенсивность менструаціи увеличивается, съ 4—5 дней она увеличивается до 8—12, кровь отходитъ кусками, и если обильное кровотеченіе продолжается только нѣсколько дней, то больныя все же страдаютъ отъ продолжительнаго выдѣленія каплями. Неоднократно ставился вопросъ, почему кровоточитъ міоматозная матка? Walcher далъ отвѣтъ, подходящій для нѣкоторыхъ случаевъ. По его мнѣнію, небольшая пристѣнная міома вызываетъ сокращенія матки. Если послѣ этого снова наступаетъ расслабленіе, то, въ случаѣ закрытія шейки и наличности слизистой пробки, ничто не можетъ проникнуть въ матку. Матка высасываетъ въ свою полость кровь изъ собственной стѣнки, сосуды которой при этомъ лопаются. Можно также допустить для болѣе значительныхъ опухолей, что пато-

¹ L. Landau. Symptome und Behandlung der Myome. v. Leyden Deutsche Klinik, т. 9.

логическая секреція яичниковъ вырабатываетъ увеличенное количество антитромбина. Въ дальнѣйшемъ теченіи къ меноррагіямъ присоединяются неправильныя метроррагіи; тѣлесное напряженіе, возбужденіе, coitus и даже отпавленіе кишечника могутъ внезапно вызвать кровотеченіе. Неправильныя, продолжающіяся недѣлями кровотеченія являются нерѣдко признакомъ того, что подслизистая міома съ широкимъ основаніемъ получила форму опухоли съ ножкой и представляетъ хорошіе шансы для удаленія.

Присоединяющіяся къ менструаціи бѣли происходятъ не столько изъ сильнѣе отдѣляющей шейки, сколько изъ полости матки; особенно при подслизистыхъ міомахъ изъ железъ опухшей слизистой оболочки матки выдѣляется обильный слизисто-водянистый секретъ, такъ что подозрѣвается наличность рака тѣла матки. При кавернозныхъ міомахъ, и вообще при мягкихъ и богатыхъ кровью міомахъ наблюдается характерный волнообразный ростъ опухоли. Опуханіе сильнѣе всего выражено во время, предшествующее наступленію менструаціи; дно матки можетъ увеличиться вверхъ на 3—5 сант. при соответствующемъ увеличеніи ея поперечнаго діаметра. Одновременно съ этимъ у больной является опущеніе давленія и тяжести, уменьшающееся съ наступленіемъ менструаціи. По окончаніи послѣдней опуханіе проходитъ и достигаетъ минимальной величины въ срединѣ между двумя регулами.

Ростущая опухоль давитъ на сосѣдніе органы, пока она находится въ полости малаго таза. Міомы, находящіяся въ передней маточной стѣнкѣ, вызываютъ, вслѣдствіе давленія на пузырь, частые позывы на мочу, а вслѣдствіе опуханія при менструаціи происходитъ растяженіе шейки пузыря, такъ что въ это время приходится прибѣгать къ помощи катетера; по мѣрѣ дальнѣйшаго увеличенія опухоли, этотъ симптомъ исчезаетъ. Еще чаще такія явленія вызываются опухолями, сидящими позади матки или пузыря, особенно если матка при этомъ поднята; они также вызываютъ во время менструаціи разстройство пузыря, какъ *retroflexio uteri gravidi*. Опухоли, врастающія въ широкія связки, смѣщающія мочеточникъ и давяція на него, могутъ вызвать образованіе гидронефроза и вести къ пораженію почекъ, образованію камней и т. д.

Явленія давленія на прямую кишку рѣже наблюдаются. Въ зависимости отъ локализаціи, міоматозно увеличенная и находящаяся въ положеніи ретрофлексіи матка или болѣе значительныя субсерозныя узлы могутъ вызвать явленія давленія на нервы и крупныя сосуды въ тазу; сюда относятся *coccygodynia*, *neuralgia cruralis* и *ischias*; значительно хуже вызываемыя продолжительнымъ давленіемъ на *venae hypogastrica* и *iliaca* тромбозы съ ихъ послѣдствіями, отеками, тромбозомъ и эмболіями.

Субсерозная міома, даже болѣе значительныхъ размѣровъ, вызываютъ обыкновенно мало явленій, но брюшинный ихъ покровъ можетъ сростись съ сосѣдними органами, брюшной стѣнкой, сальникомъ, пузыремъ, кишками и т. д.

Подслизистыя міомы вызываютъ, если онѣ приобретаютъ форму полиповъ, во время менструаціи боли въ видѣ схватокъ; вслѣдствіе опуханія міомы и вызываемаго сокращеніемъ матки уменьшенія полости, шейка раскрывается, полипъ можетъ при сильной боли вступить въ

каналъ шейки, а по окончаніи менструаціи онъ возвращается въ матку. При отсутствіи врачебнаго вмѣшательства полипъ постепенно опускается въ влагалище. Чѣмъ меньше при этомъ врачъ изслѣдуетъ и зондируетъ, тѣмъ дольше отсутствуетъ нагноеніе, между тѣмъ какъ въ другихъ случаяхъ соприкосновеніе поверхности опухоли, особенно опухшей слизистой оболочки, съ микроорганизмами шейки и влагалища вызываетъ нагноеніе. При опусканіи опухоли дно матки, при наличности достаточно длинной ножки, остается на мѣстѣ; при короткой же ножкѣ можетъ произойти полный или частичный выворотъ. Сравнительно мало явленій вызываютъ большія *внутристѣночныя міомы*; давленіе, растяженіе и боли отпадаютъ; самыми тяжелыми симптомами являются *кровотеченія*. Что, дѣйствительно, иногда удается діагностировать міомы угломъ трубы (аденоміомы), доказалъ Funke на одномъ клинически хорошо наблюдавшемся случаѣ. Онъ пользуется для распознаванія локализацией опухоли у угла трубы, сплошной инфильтраціей и болѣзненностью при изслѣдованіи и сильной дисменорреей. За аденоміому говоритъ также склонность къ воспаленію тазовой брюшины съ послѣдующимъ срощеніемъ съ кишками, прямой кишкой и т. д., что рѣдко наблюдается при шаровидныхъ міомахъ.

Общимъ для всѣхъ міомъ является измѣненіе формы матки; въ самомъ началѣ ее трудно отличить отъ таковой при хроническомъ метритѣ; по мѣрѣ увеличенія опухоли, появляются на одномъ мѣстѣ возвышенія, помогающія правильному распознаванію; при большихъ подслизистыхъ міомахъ матка можетъ принять форму беременной, даже если дно достигаетъ пупка. При множественныхъ очень большихъ опухоляхъ, особенно при часто наблюдающейся комбинаціи трехъ формъ опухоли, можетъ обнаружиться съ обѣихъ сторонъ цѣлый конгломератъ опухолей. Шейка и влагалищная часть остаются, несмотря на большія опухоли, непораженными до тѣхъ поръ, пока міомы ограничиваются тѣломъ матки.

Дальнѣйшимъ послѣдствіемъ измѣненій слизистой оболочки матки является безплодіе. Я уже выше указывалъ, что связь между міомой и безплодіемъ по отношенію къ причинѣ и дѣйствию еще не ясна. Хорошо наблюдаемые случаи изъ частной практики могутъ лучше разъяснить эти вопросы, чѣмъ большія клиническія статистики. Если беременность при міомѣ наступила, то уже въ первые мѣсяцы можетъ произойти выкидышъ, а въ другихъ случаяхъ внутристѣночныя и субсерозныя опухоли даже у молодыхъ особъ такъ быстро увеличиваются, что уже къ концу беременности наступаютъ явленія давленія. Во всякомъ случаѣ Hofmeister правъ, говоря, что и при наличности міомъ могутъ гладко протекать беременность, роды и послѣродовой періодъ.

Міомы, образовавшіяся въ молодомъ возрастѣ, т. е. между 30 и 40 годами, вслѣдствіе обилія крови, растутъ значительно быстрѣе, также внутристѣночныя и подслизистыя міомы. Иногда послѣ быстрого увеличенія наблюдается остановка роста въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, даже при отсутствіи врачебнаго вмѣшательства. Но неправъ P. Müller, относящій климактерій къ 45-лѣтнему возрасту и утверждающій, будто міомы увеличиваются и послѣ наступленія климактерическаго періода; наблюденія показали, что міомы отодвигаютъ наступленіе менопаузы; кровотеченія продолжаются нерѣдко до 54 и даже 56 лѣтъ.

Понятіе о климактерическомъ періодѣ обусловливается *менопаузой*. Врачъ и больная должны считаться въ отношеніи прогноза съ позднимъ наступленіемъ климактерія.

Наиболѣе благопріятнымъ исходомъ является пріостановка развитія опухоли, что рѣдко имѣетъ мѣсто до наступленія климактерія, чаще послѣ этого. При вскрытіи 70-лѣтней старухи я обнаружилъ матку величиной въ 7 мѣсячную беременностъ и подслизистую міому надъ раскрытымъ внутреннимъ зѣвомъ, готовую выдѣлиться. Гораздо чаще въ климактерій процессъ обратнаго развитія, особенно внутривтѣночныхъ міомъ; все же можно спустя много лѣтъ послѣ наступленія менопаузы констатировать бывшую опухоль.

Въ сравненіи съ числомъ наблюдаемыхъ міомъ можно безошибочно сказать, что половина этихъ опухолей, не вызывая никакихъ симптомовъ, исчезаютъ въ климактеріи. Другимъ рѣдкимъ, но благопріятнымъ исходомъ является размягченіе въ послѣродовомъ періодѣ и выдѣленіе. Неблагопріятенъ исходъ въ нагноеніе, такъ какъ при этомъ возможна смерть отъ общей инфекціи. Если своевременно помощь не оказывается, то опухоль можетъ выдѣлиться кусочками; позади остающагося куска шейки вновь закрывается. Очень рѣдко происходитъ при нагноеніи вскрытіе наружу чрезъ брюшныя покровы. Рѣдкимъ исходомъ заболѣванія міомами является смертельный перитонитъ, вызываемый вскрытіемъ размягченной міомы и изліаніемъ содержимаго въ брюшную полость.

Опасностъ угрожаетъ организму не только со стороны кровотеченій, но и органовъ кровообращенія; вслѣдствіе потери крови, послѣдняя становится водянистой, трудно свертываемой, количество гемоглобина и число эритроцитовъ уменьшаются, первое до 15—20%. Несмотря на меноррагіи, смерть отъ кровотеченія рѣдко наблюдается, но наблюдалось внутреннее кровотеченіе вслѣдствіе внутривтѣночнаго разрыва омертвѣвшихъ міомъ. При большихъ подслизистыхъ міомахъ опасностъ возможна въ стадіи отдѣленія. Если эта опасностъ еще предотвратима, то предъ тяжелыми эмболіями, происходящими до и послѣ операціи, мы совершенно безсильны; онѣ особенно опасны при кавернозныхъ міомахъ; смерть можетъ внезапно наступить вслѣдствіе эмболии легочной артеріи. При продолжительной анеміи угрожаетъ опасностъ со стороны сердца; всякая міома, остающаяся долгое время въ полости большого таза, вызываетъ умѣренную гипертрофію сердца, какъ при беременности. Въ случаѣ продолжительнаго существованія опухоли и обдѣленія крови гемоглобиномъ сердечная мышца подвергается перерожденію (относительная недостаточностъ); астма, сердечбіеніе, неправильный пульсъ, одышка и отеки суть признаки, указывающіе на грозящую опасностъ; всѣ эти признаки начинающагося перерожденія сердечной мышцы не являются, однако, патогномоничными для міомъ. Въ большинствѣ случаевъ обнаруживается бурая атрофія, рѣже жировое перерожденіе сердца и myofibrosis, какъ слѣдствіе затрудненной сердечной дѣятельности. Что заболѣваніе сердца характерно для большихъ міомами, я наблюдалъ на достовѣрныхъ примѣрахъ и, несмотря на тщательныя изслѣдованія Neua и мнѣніе терапевтовъ, я признаю существованіе міомнаго сердца. Сомнительно, однако, чтобы это заболѣваніе сердца зависѣло отъ ядовитой, болѣзненной секретіи измѣненныхъ яичниковъ. Strassmann и Lehmann, къ которымъ присоединяется также Aschoff, объясняютъ новообразование маточной ткани, также измѣненіе сердца и сосудовъ вазомоторнымъ вліаніемъ; противъ этого говорятъ результаты своевременнаго удаленія міомъ, послѣ чего исчезаютъ всѣ явленія со стороны сердца. Рѣдко наблюдаемое осложненіе диабетомъ я считаю случайнымъ. Анатомически обнаруживается какъ ожирѣніе, такъ и бурая атрофія сердца. Смерть можетъ наступить постепенно или внезапно, послѣднее въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ, несмотря на неблагопріятные симптомы, производятъ операцію.

Для *діагноза* необходимо прежде всего доказать, что опухоль представляетъ увеличеніе матки; при болѣе значительной опухоли необходимо разслѣдовать локализацию міомы, ея протяженностъ и связъ съ тѣломъ матки. При этомъ нужно остерегаться придавать слишкомъ большое значеніе анамнезу. Характерны, конечно, кровотеченія, но бываютъ

случай, даже при большихъ, мягкихъ опухоляхъ (14 килогр.), когда менструація всегда правильна и развѣ только въ видѣ исключенія иногда усилена. Затѣмъ нужно еще принять во вниманіе, что доброкачественныя міомы никогда не вырастаютъ до наступленія и послѣ прекращенія менструаціи. Вліяніе беременности на ростъ опухоли замѣчается какъ при яичниковыхъ опухоляхъ, такъ и при міомахъ, и при послѣднихъ даже въ большей степени.

При менѣе значительныхъ интерстиціальныхъ или подсерозныхъ опухоляхъ, діагнозъ ставится на основаніи неравномѣрно-бугристой поверхности матки; пораженный участокъ тверже окружающей маточной ткани. Это становится особенно яснымъ при размягченіи матки до или во время менструаціи. Діагнозъ облегчается при небольшихъ опухоляхъ, если на маткѣ имѣются множественные узлы. Отличіе подсерозныхъ опухолей съ хорошо развитой ножкой отъ опухолей яичника можетъ быть затруднительно; рѣшающее значеніе имѣютъ локалізація, твердая консистенція, подвижность вмѣстѣ съ маткой и прежде всего—нахожденіе яичника наряду съ прощупываемой опухолью.

Смѣшеніе съ нормальной беременностью не такъ уже легко, хотя такъ называемыя *выступы* могутъ симулировать картину субсерозныхъ міомъ. Затрудненіе для діагноза можетъ наступить при неправильныхъ кровотеченіяхъ въ теченіе беременности, если яйцо умерло и задерживается въ маткѣ. Вопросъ разрѣшить прежде всего выжиданіе. Если же случай остается сомнительнымъ и при болѣе или менѣе продолжительномъ наблюденіи, то умѣстно произвести внутреннее изслѣдованіе матки пальцемъ, послѣ предварительнаго расширенія шейки. Затѣмъ, дилатація можетъ оказаться необходимой для распознаванія и опредѣленія мѣстоположенія подслизистой міомы; зондъ въ такихъ случаяхъ часто не приводитъ къ цѣли. Далѣе, старый параметритическій узелъ, или сморщенный, плотный остатокъ haematocеле можно смѣшать съ межсвязочной міомой, или съ шюма retrouterina. Въ послѣднемъ случаѣ связь съ маткой менѣе тѣсная. Рѣшающее значеніе имѣютъ равномѣрная плотность, рѣзкія границы и отсутствіе перемѣнъ при болѣе или менѣе продолжительномъ наблюденіи.

При опухоляхъ колоссальныхъ размѣровъ большей частью легко поставить діагнозъ міомы на основаніи множественности твердыхъ, бугристыхъ опухолей. Трудность же заключается въ опредѣленіи локалізаціи различныхъ опухолей и связи ихъ съ маткой, а также въ измѣреніи длины полости матки. Тѣмъ не менѣе и самый опытный врачъ не всегда въ состояніи безъ пробной лапаротоміи поставить дифференціальный діагнозъ между состоящей изъ множественныхъ узловъ міомы, въ особенности съ размягченіями, и такой же множественно-бугристой опухолью яичника злокачественнаго характера.

Главное средство для постановки діагноза представляетъ бимануальное тщательное изслѣдованіе. Влагалищное изслѣдованіе показываетъ, что опухоль отходитъ непосредственно надъ, или отъ надвлагалищной части шейки и прощупывается на большомъ протяженіи сбоку, спереди или сзади, въ связи съ маткой. Принадлежность опухоли къ маткѣ устанавливается перемѣщеніемъ опухоли во всѣхъ направленіяхъ, причѣмъ за ней слѣдуетъ шейка. Трудности представляетъ распознаваніе направленія полости матки. Противъ зондированія мы предостерегаемъ. Примѣненіе зонда подаѣтъ поводъ къ ошибкамъ: иногда зондъ застрѣваетъ у внутренняго зѣва, или упирается въ выдающіяся подслизистыя міомы; въ другихъ случаяхъ онъ попадаетъ въ трубы, или пробуравливаетъ матку, симулируя слишкомъ большую длину ея полости. Поэтому я

употребляю зондъ въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ, тѣмъ болѣе, что не безопасно перенести зародышъ изъ шейки въ полость матки.

Гораздо важнѣе прощупываніе круглыхъ связокъ на протяженіи ихъ ко дну матки. Особенное значеніе имѣеть опредѣленіе яичниковъ и трубъ наряду съ опухолью. Строго говоря, опухоль должна считаться маточной только тогда, когда прощупываются оба яичника. Къ сожалѣнію, мы часто вынуждены отказаться отъ этого доказательства, если яичники вмѣстѣ съ растущей міомой поднимаются вверхъ, достигая задней поверхности матки, какъ это бываетъ при беременности. Оттягиваніе матки внизъ по Негару и прощупываніе напряженныхъ круглыхъ связокъ черезъ прямую кишку облегчаетъ діагнозъ; иной разъ, напротивъ, болѣе подходящимъ является приподыманіе опухоли по Schultze.



Рис. 153. Беременность на пятомъ мѣсяцѣ съ субсерозной міомой задней стѣнки тѣла матки.

Большія трудности могутъ возникнуть для діагноза при востаніи матки на большомъ протяженіи въ соединительную ткань таза. Тѣло матки тогда приподымается и прощупывается снаружи надъ Пуартовой связкой; оно большею частью увеличено, иногда снабжено субсерозными узлами; шейка изнутри едва достижима, часто почти сглажена; межсвязочная опухоль можетъ глубоко выдаваться внизъ, спереди, сбоку или свади, до входа во влагалище; пузырь отгѣсненъ вмѣстѣ съ маткой въ большой тазъ, что выясняется, какъ и мѣсто заворота брюшины спереди, примѣненіемъ катетера или наполненіемъ пузыря.

Міомы вообще различаются отъ яичниковыхъ кистъ по ихъ зыбленію, но при этомъ легко могутъ возникнуть затрудненія при размягченныхъ міомахъ, цистофибромахъ, лимфангіектатическихъ опухоляхъ, тѣмъ болѣе, если опухоль развилась въ соединительной ткани таза, въ особенности въ субсерозной пузыри. Зыбленіе часто совершенно такое же, какъ при содержаніи тягучаго псевдомуцина. Мы предостерегаемъ въ такихъ не вполне достоверныхъ случаяхъ отъ *диагностическаго прокола*, который химически и микроскопически

все же не дает достаточных данных, а при миомах влечет за собой опасность разложения или кровотечения.

Для дифференциального диагноза больших опухолей матки и яичников не надо также пренебрегать выслушиванием, которое в двух третях случаев миомы дает маточные шумы, а изредка жужжание сдавленной матки даже прямо чувствуется рукой.

При разложившейся миоме средней величины может представить затруднения дифференциальный диагноз с карциномой тела матки. Анамнез часто ненадежен, кровотечения и бѣли бывают при обоих заболѣваніях; анемія, даже кахексія, отдѣленіе гнилостныхъ массъ и лихорадка также принадлежатъ къ симптомамъ обоихъ болѣзненныхъ формъ. Если пробное выскабливаніе и микроскопическое изслѣдованіе не выясняютъ дѣла, то вопросъ рѣшается изслѣдованіемъ рукой послѣ расщепленія передней стѣнки матки, къ которому иногда тутъ же присоединяется частичная, или полная экстирпація матки.

Несмотря на доброкачественность миомы, *предсказаніе* безусловно не такъ благоприятно, какъ это думали прежде. Оно благоприятно только при небольшихъ, твердыхъ опухоляхъ у женщинъ моложе 40 лѣтъ, когда можно ожидать, что съ менопаузой наступитъ обратное развитіе опухоли. Предсказаніе уже сомнительно, если на третьемъ или четвертомъ десяткѣ лѣтъ появляются быстро растущія опухоли. Пока опухоль не переходитъ за малый тазъ, можно надѣяться на успѣхъ отъ дѣйствія лекарствъ. При болѣе значительныхъ опухоляхъ предсказаніе отъ оперативнаго вмѣшательства зависитъ отъ мѣста, величины опухоли и связаннаго съ ними способа операціи. Предсказаніе обыкновенно благоприятно, какъ только достигнуто климактерій, но однократное или даже многократное отсутствіе менструаціи не должно еще разсматриваться, какъ полная менопауза. Предсказаніе становится сомнительнымъ, если къ миомѣ присоединяется беременность, въ виду связаннаго съ послѣдней быстрого роста миомы. Предсказаніе плохое при злокачественномъ перерожденіи опухоли, которое можетъ наступить еще много лѣтъ спустя послѣ климактерія.

На основаніи сказаннаго, къ *леченію* нужно приступать во *всѣхъ случаяхъ*, когда больныя обращаются къ врачу, *вслѣдствіе обусловленныхъ миомой разстройствъ*.

Пока спеціальныя раздраженія, подающія поводъ къ образованію миомы, намъ неизвѣстны, *профилактика* можетъ быть только общей. Она обнимаетъ главнымъ образомъ гигиену менструаціи, правильный уходъ послѣ родовъ и выкидышей и избѣганіе факультативнаго безплодія. Къ профилактикѣ относится также отказъ отъ внутриматочной терапіи, въ томъ числѣ и отъ зондированія, во *всѣхъ случаяхъ*, когда нѣтъ для этого строгаго показанія; возможно, что учащеніе миомы въ настоящее время пропорціонально частотѣ примѣненія указанныхъ методовъ леченія.

Итакъ, когда больная, въ виду вызванныхъ миомой разстройствъ, обращается за совѣтомъ къ врачу, ей должно быть назначено симптоматическое леченіе.

Симптоматическое леченіе ¹⁾ вначалѣ умѣстно и при маленькихъ опухоляхъ. Главный симптомъ, требующій леченія, представляютъ кровотечения. Въ то время, какъ маточные рожки и ихъ препараты примѣняются противъ миоматозныхъ кровотеченій уже давно, Hilde-

¹⁾ См. отчеты нѣмецкаго гинекологическаго общества, 1899 г., т. VIII.

brandt первый рекомендовалъ для леченія міомъ методическія впрыскиванія эрготина.

Опубликованные имъ (1872 г. результаты были весьма соблазнительны: на 25 случаевъ 20% полного исчезанія опухолей, 64%—уменьшенія опухоли и исчезанія симптомовъ; отрицательный результатъ только въ 16% случаевъ. Хотя послѣдующіе изслѣдователи не получили такихъ блестящихъ результатовъ, какъ Hildebrandt, тѣмъ не менѣе невозможно отрицать успешные результаты, достигаемые впрыскиваніями эрготина. Какъ доказалъ Wernich, эрготинъ дѣйствуетъ на гладкія мышцы матки и на сосуды міомы; тѣмъ самымъ удерживаются въ извѣстныхъ границахъ приливъ крови передъ менструаціей съ неблагоприятными его послѣдствіями для роста опухоли и потеря крови. Правда, леченіе эрготиномъ примѣнимо не во всѣхъ случаяхъ; наилучшіе результаты достигаются при мягкихъ небольшихъ опухоляхъ; при твердыхъ же, плотныхъ, бѣдныхъ сосудами опухоляхъ, въ особенности субсерозныхъ, а также при опухоляхъ громаднago размѣра, результаты ничтожны. Не только Hildebrandt, но и Winckel, Schróder и я самъ можемъ отмѣтить хорошіе результаты.

Schorler отмѣчаетъ улучшеніе въ 60,6% случаевъ, а въ частной практикѣ Schródera въ поиклиніѣ въ 35%. Абсолютнаго исчезанія опухолей не бываетъ, но замѣчается ясное уменьшеніе на 5—8 см. въ вышину, ослабленіе кровотеченій и болей. Успѣшнымъ результатомъ леченія эрготиномъ нужно уже считать, если опухоль не растетъ болѣе и если уменьшаются менструальныя кровотеченія.

Чтобы избѣжать вредныхъ составныхъ частей, заключающихся въ *extr. secale corn.* фармакопей, для подкожныхъ впрыскиваній примѣняютъ стерильныя трубочки эрготина Wernich, Denzel, Bombeloni, Fromme, Golaz—препараты, составъ и крѣпость которыхъ, впрочемъ, не всегда одинаковы. Эрготину равноцѣненъ секакорнинъ (Roché), точно также отпускаемый въ стерильныхъ трубочкахъ.

Кромѣ того, чтобы избѣжать образованія узловъ и нарывовъ, необходимо предварительно стерилизовать шприцъ 50%-нымъ растворомъ карболовой кислоты, стерильной водой и алкоголемъ. Я произвожу впрыскиванія не въ брюшныя покровы—потому что образующіеся здѣсь узлы мѣшаютъ ощупыванію врачемъ—и не въ ягодицы, какъ предлагаетъ Витш, а въ наружную поверхность бедра, вверхъ къ тазобедренному суставу, такъ какъ кожа отличается здѣсь большой нечувствительностью. Впрыскиванія производятся сначала ежелдневно, затѣмъ черезъ 2—3 дня. Послѣ нихъ необходимъ продолжительный отдыхъ и холодный компрессъ на мѣсто впрыскиванія. Во время менструаціи они производятся, начиная со 2-го или 3-ьяго дня. Интеллигентныя больныя научаются сами хорошо дѣлать впрыскиванія. До того, какъ сдѣлано 50 впрыскиваній, нельзя и думать объ успѣхѣ. Смотря по успѣшности результатовъ, ихъ повторяютъ черезъ опредѣленные промежутки времени. При современномъ развитіи оперативной техники не приходится болѣе наблюдать такихъ случаевъ, какъ описанный Winckel'емъ, въ которомъ произведено было 1500 впрыскиваній.

Цѣлесообразно мѣнять способъ примѣненія эрготина, назначая въ промежуткахъ между впрыскиваніями суппозиторій по 0.2 эрготина, или 0.2—0.5 въ клистирѣ, или пилюляхъ: *Ergotini, Extr. Trifol. fibr. aa 5.0, f. pilul. № 100*, по 4 пил. въ день; или эрготинъ *Denzel, Pulv. secale corn. aa 5.0, f. pilul. № 100*, по 2—4 пил. въ день; или *Tinct. haemostyptica (Denzel)*, 3—4 раза въ день по 5.0.

Вредное общее дѣйствіе эрготина, какъ зудъ, ползанье мурашекъ, ощущеніе мѣха и т. д., едва ли наблюдается при такомъ способѣ примѣненія его. Возникаетъ вопросъ: не представляютъ ли припадки отъ эрготина, которыхъ такъ боялись прежде, явленія отравленія отъ не-

чистыхъ препаратовъ? Мнѣ извѣстенъ лишь одинъ случай, когда у больной отъ шприца чистаго эрготина сдѣлался коллапсъ, съ которымъ трудно было справиться.

Кромѣ эрготина, рекомендуется также секакоринъ (Roche) (3 раза въ день по 20 капель) и Extr. Hydrast. canad. fluid. (Parkes-Davis) 2—3 раза въ день по 20—20 капель. Подъ кожу примѣняютъ еще Hydrastininum hydrochloric. (1:10) $\frac{1}{2}$ —1 шприць, или желатинныя пилюли, 0.25 на приемъ; затѣмъ еще стиптицинь (0.05 нѣсколько разъ въ день), стиптоль (таблетки по 0.05); Tinct. Hamamelis virgin., 20—30 капель нѣсколько разъ въ день и Extr. fluid. radic. Gossypii, 3 раза въ день по 5.0.

Кромѣ кровотеченій, леченія требуетъ также дисменоррея. Бромистый калий и йодистый калий рекомендуются съ этой цѣлью издавна; хорошія услуги оказываютъ, на ряду съ мѣстнымъ примѣненіемъ тепла, антипиринъ (0.5 внутрь, или въ клизмѣ), фенацетинъ (1.0), салипиринъ (1.0), затѣмъ кодеинъ, героинъ (0.03—0.05) въ пилюляхъ, или суппозиторіяхъ.

По прекращеніи кровотеченія, въ промежуткѣ между двумя припадками, нужно назначать общее леченіе: препараты желѣза и хинина въ подходящей формѣ, укрѣпляющую, богатую бѣлкомъ діету, самотозу, санатогенъ, тропонъ, Riba (растворимый бѣлокъ), Meat juice Valentini и т. п., массажъ. Сюда же, вѣроятно, частью относится неоднократно прославляемый успѣхъ разсолныхъ и грязевыхъ купаній. Покой и уходъ представляютъ здѣсь одинъ изъ цѣлебныхъ факторовъ. Я, впрочемъ, не хочу этимъ отрицать возможность дисменорреи, а иногда и кровотеченій, послѣ продолжительнаго леченія на водахъ. Крейцнахъ, Мюнстеръ-а-Штейнъ, Франценсбадъ, Швальбахъ и другіе курорты издавна пользуются въ этомъ отношеніи большой славой.

Непосредственно для остановки кровотеченія прежде примѣняли исключительно холодныя, даже ледяныя впрыскиванія, а теперь пользуются предпочтеніемъ горячія влагалищныя промыванія (50° Ц.), они давали иногда временный успѣхъ. Я назначаю ихъ, однако, лишь во время менструальныхъ кровотеченій, 2—4 раза въ день. При значительной потерѣ крови весьма цѣнна, какъ симптоматическое вспомогательное средство, тампонація влагалища. Послѣ дезинфицирующаго промыванія или смазыванія кисточкой черезъ зеркало, влагалище тампонируютъ обезпложенной, или виоформной марлей, первые слои которой посыпаютъ дерматоломъ. Тампонъ остается внутри цѣлые сутки, а затѣмъ такимъ же точно способомъ возобновляется. Schickele предлагаетъ смачивать марлю 5%-нымъ стерильнымъ растворомъ соды, что дѣйствительно оказываетъ полезныя услуги.

Къ симптоматической терапіи я причисляю также подкожныя впрыскиванія стерильной желатины, вызывающія нерѣдко быстрое свертываніе крови и остановку кровотеченія. Умѣстно также вводить желатину вмѣстѣ съ пищей въ видѣ мясного желе, пуддинговъ съ желатиной и т. д.

Другой путь для леченія пролагаетъ расширеніе шейки. Nelaton рекомендовалъ при міомахъ дисцизію шейки. Kaltenbach—расширеніе тушымъ путемъ при помощи расширителей Hegar'a, № 10—16 м. м.; онъ видѣлъ успѣшный результатъ при внутрисѣнной міомѣ твер-

дой матки съ длинной, узкой шейкой. Согласно его объясненію, расширение шейки дѣлаетъ возможнымъ оттокъ менструальной крови, уменьшая такимъ образомъ скопленіе ея внутри и растяженіе полости матки, а тѣмъ самымъ и кровотокающую поверхность. Другое, вѣроятно, болѣе правильное объясненіе Walcher'a я привелъ выше.

Къ симптоматическимъ приемамъ леченія при сильныхъ кровотеченияхъ я причисляю также *выскабливаніе матки*. Выскабливаніе съ слѣдующимъ впрыскиваніемъ іодной настойки или раствора полторахлористаго желѣза или безъ него, въ общемъ совершенно вытѣснено оперативнымъ леченіемъ, но его горячо рекомендуетъ Runge ¹⁾. Какъ на обязательныя мѣры предосторожности, онъ указываетъ на тщательное зондированіе матки, чтобы опредѣлить тонкія мѣста стѣнки, и на предварительное промываніе матки дезинфицирующей жидкостью; затѣмъ производится расширеніе и выскабливаніе, причѣмъ мѣста, въ которыхъ міома выпячиваетъ стѣнку матки, требуютъ нѣжнаго обращенія; въ заключеніе снова промываніе. Черезъ 24 часа, а затѣмъ черезъ каждые 2—3 дня Runge впрыскиваетъ іодъ (0.5—1.0). всего 10—15 разъ.

Неосторожное выскабливаніе слизистой оболочки, и безъ того истонченной, надъ міомой стѣнки матки можетъ ускорить омертвѣніе и выталкиваніе міомы. А потому рекомендуется, какъ можно точнѣе опредѣлить зондомъ или даже пальцемъ то мѣсто, гдѣ сидитъ интерстиціальная, или подслизистая міома, чтобы избѣгать его во время выскабливанія. Главныя разроженія слизистой оболочки расположены большею частью на мѣстахъ, свободныхъ отъ міомы.

Благодаря abrasio mucosae, теперь стали излишними рекомендовавшіеся раньше продольные разрѣзы въ слизистой оболочкѣ и капсулѣ міомы, которые, уменьшая напряженіе, должны были дѣйствовать кровоостанавливающимъ образомъ, вслѣдствіе сокращенія сосудовъ, и въ виду вскрытія капсулы, готовятъ, вѣроятно, также выталкиваніе міомы. Столь же излишне теперь рекомендованное въ свое время Ferguson'омъ временное зашиваніе маточнаго зѣва.

Историческій только интересъ имѣетъ теперь указаніе на методъ Apostoli: сильныя постоянныя токи до 250 миллиамперовъ проводились черезъ внутреннюю поверхность матки при помощи зондообразныхъ инструментовъ. Наряду съ сомнительнымъ успѣхомъ получался настолько несомнѣнный вредъ, что способъ этотъ справедливо похороненъ вмѣстѣ съ его изобрѣтателемъ.

То же нужно сказать и о примѣненіи при міомахъ *atmoscausis* по PinCUS'y.

Предложенную Gottschalk'омъ, Küstner'омъ, Hartmann'омъ и Fredel'емъ перевязку маточной артеріи, путемъ обкалыванія со стороны влагалищнаго свода, я считаю не заслуживающею подражанія. Дѣйствіе ея ненадежно уже вслѣдствіе возстановленія бокового кровообращенія черезъ art. spermatica, а сама операція опасна въ виду близости мочеточниковъ. Рекомендованная Rudygie'омъ перевязка art. spermaticae, маточной артеріи и круглой связки путемъ лапаротоміи кажется мнѣ болѣе сложной, чѣмъ кастрація; на ряду съ возвратами кровотечения при этомъ наблюдалась иногда и гангрена.

Къ *симптоматической* терапіи принадлежитъ также *кастрація при міомахъ*. Но по успѣшности результатовъ и быстротѣ дѣйствія она зани-

¹⁾ Archiv f. Gynäk. Bd. 34, S. 484.—Kleinwächter, Die Grundlinien der Gynäko-Elektrotherapie. Wien 1892. Urban und Schwarzenberg.—Brösse, Die galvanische Behandlung der Fibromyome des Uterus. Berlin 1892. Fischers med. Buchhandlung.—Apostoli, Travaux d'électrothérapie. Paris 1894.—Schäfferin Handbuch v. Veit II. Bd.

масть первое мѣсто, потому что при наступающемъ обыкновенно послѣ операции сморщиваніи опухоли получается прочный успѣхъ. Негар первый высказалъ эту гениальную идею, и ему же принадлежитъ заслуга введенія кастраціи при міомахъ. Онъ имѣлъ въ виду, удаляя яичники, уничтожить кровотеченіе и вызвать наблюдаемое вообще лишь въ климактеріи сморщиваніе опухоли, т. е. вызвать преждевременный климактерій. Первая міомакастрація сдѣлана была въ августѣ 1876 года. Результаты міомотоміи въ то время мало практиковавшейся хирургами, были еще довольно скромны, кастрація же, напротивъ, неожиданно дала высокой процентъ излеченія. Понятно, что кастрація очень быстро приобрѣла права гражданства и лишь медленно уступала свое мѣсто, когда міомотомія стала давать столь же хорошіе результаты. А между тѣмъ при послѣдней опухоль удаляли, а при первой оказывало вредное дѣйствіе медленное сморщиваніе опухоли, и существовала опасность злокачественнаго перерожденія впослѣдствіи.

Собранная Wiedowомъ статистика міомакастрацій, произведенныхъ въ 1876—1889 г. въ фрейбургской клиникѣ, дала на 66 случаевъ смертность въ 7.6%; изъ нихъ послѣдніе 40 случаевъ дали только 2.5% смертности.

Аналогичные результаты получилъ Негмес въ клиникѣ въ Галле: 78 случаевъ и 6.4% смертности. Вмѣстѣ съ полученными мною впослѣдствіи пифрами я располагаю болѣе, чѣмъ 100 случаями съ 5% смертности. Olshausen составилъ сводную таблицу операций 17 различныхъ хирурговъ съ 573 кастраціями и 8.4% смертности. Въ результатѣ почти во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ получалось прекращеніе правильныхъ регулъ, изрѣдка оставались неправильныя кровотеченія; затѣмъ наступало сморщиваніе опухоли даже въ тѣхъ случаяхъ, когда продолжали существовать неправильныя кровотеченія; полное исчезаніе опухоли бывало, разумѣется, такъ же рѣдко, какъ и при естественномъ климактеріи.

Послѣдовательнаго вреда или угрожающей опасности со стороны сморщивающейся опухоли я почти не наблюдалъ; опасенія нѣкоторыхъ хирурговъ въ этомъ отношеніи построены исключительно теоретически; сращения появляются только при негладкомъ заживленіи раны. Но нужно, разумѣется, считатьъ съ возможностью злокачественнаго перерожденія, которое я наблюдалъ нѣсколько разъ и въ своихъ и въ чужихъ случаяхъ. Одинъ только разъ я видалъ послѣ того самопроизвольное выталкиваніе міомы, именно въ одномъ изъ первыхъ оперированныхъ случаевъ Негарга, и имѣлъ возможность спасти большую вылущеніемъ опухоли. Раньше я раздѣлялъ точку зрѣнія Olshausen'a, что не нужно считать кастрацію совершенно негодной операцией. Но послѣ успѣховъ, достигнутыхъ радіотерапіей, едва ли придется примѣнять ее.

Кастрацію лучше всего производить сейчасъ же по окончаніи менструаціи. Условіе Негарга, чтобы предварительно всегда прощупать *оба* яичника, не всегда можетъ быть соблюдено. Выполненіе операции можетъ представлять трудности, если яичники сидятъ на широкомъ основаніи, въ особенности при межсвязочныхъ опухоляхъ, когда листки широкой связки совершенно развернуты. Операция облегчается отодвиганіемъ опухоли черезъ влагалище вверхъ, въ особенности если примѣнять высокое положеніе таза.

Послѣдовательное послѣоперационное леченіе обыкновенное: почти во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ въ первые дни послѣ кастраціи, вѣроятно, вслѣдствіе раздраженія яичниковыхъ нервовъ при удаленіи яичниковъ, наступаетъ менструація, иногда довольно обильная, но ни-

когда не достигающая опасных размѣровъ и въ большинствѣ случаевъ даже приносящая оперированнымъ въ первые дни большое облегченіе.

Къ достиженію той же цѣли, какъ и кастрація, но другимъ путемъ, стремится *лечение половыхъ железъ Рентгеновскими лучами*. Уже очень рано сдѣлано было открытіе, что Рентгеновскіе лучи могутъ оказывать на мужскія и женскія половыя железы вредоносное дѣйствіе, но лишь очень медленно явилась мысль объ использованіи этихъ лучей съ терапевтическими цѣлями. Заслуга введенія этого метода леченія и выработки показаній принадлежитъ *Albers-Schönberg'u*. Затѣмъ особенно обстоятельно изучалъ эту терапію *Krönig*, который вмѣстѣ съ *Gauss'омъ* разработалъ надлежащую технику. Но мы въ послѣдніе годы претерпѣли такія разочарованія въ своихъ большихъ ожиданіяхъ, что лучше пока не относиться съ слишкомъ большимъ энтузіазмомъ къ результатамъ леченія Рентгеновскими лучами.

Мы вѣдь еще очень мало знаемъ о возможныхъ здѣсь поврежденіяхъ другихъ тканей, съ которыми навѣрное нужно считаться—достаточно вспомнить кожный ракъ у рабочихъ и примѣненіе къ нему даннаго метода леченія, и такъ же мало этотъ способъ пока гарантируетъ намъ прочность достигнутыхъ результатовъ. Относительно этого метода я отсылаю къ общей части нашего сочиненія. Главное и наиболѣе трудное представляетъ постановка показаній.

Невозможно, какъ того желаетъ *Menge*, провести здѣсь схематическое раздѣленіе на группы и установить для каждой изъ нихъ основныя положенія, которыя все же приходится нарушать.

Методъ леченія, о которомъ идетъ рѣчь, прежде всего пригоденъ при небольшихъ міомахъ, остающихся въ маломъ тазу, или только немного выходящихъ за его предѣлы, и тѣмъ болѣе пригоденъ, чѣмъ ближе больные въ климактерическому возрасту. *Runge* недавно сообщилъ объ успѣшномъ леченіи климактерическихъ кровотеченій Рентгеновскими лучами въ клиникѣ *Granz'a*. Исключенію подлежатъ, какъ показалъ опытъ, опухоли, сильно распространившіяся подъ слизистую ткань. У болѣе молодыхъ женщинъ (между 20 и 30 годами) и въ особенности при быстро растущихъ опухоляхъ скорѣе нужно рѣшиться на операцію. Затѣмъ исключенію подлежатъ также случаи съ сомнительнымъ діагнозомъ. Опытъ показываетъ, что злокачественныя опухоли яичниковъ смѣшиваются иногда съ субсерозными міомами, такъ что при леченіи Рентгеновскими лучами необходимое оперативное вмѣшательство производится слишкомъ поздно. Слишкомъ долгое выжиданіе не оправдывается также при опухоляхъ, оказывающихъ давленіе на пузырь и обусловливающихъ катетеризацію. Столь же противопоказаны Рентгеновскіе лучи при разложеніи и злокачественномъ перерожденіи міоматозныхъ опухолей.

Недостатки этого метода представляли до сихъ поръ продолжительность леченія (2—6 мѣсяцевъ), необходимость повторять сеансы, дороговизна леченія и мучительныя для больныхъ, часто продолжающіяся недѣлями и мѣсяцами, то слабыя, то опять болѣе сильныя климактерическія кровотеченія. Сдѣланное недавно *Krönig'омъ* и *Gauss'омъ* предложеніе, путемъ большихъ дозъ до 1.000 единицъ *Kienböck'a* привести міому къ сморщиванію въ теченіе нѣсколькихъ сеансовъ, еще недостаточно

провѣрено наблюденіями другихъ авторовъ; повидимому, этотъ методъ безопасенъ и даетъ успѣшные результаты.

1. Влагалищныя операціи удаленія міомъ.

Предварительно я приведу здѣсь показанія и выполненіе операцій удаленія міомъ, какъ они признавались до сихъ поръ. Возможно, что ближайшіе годы принесутъ намъ въ этой области значительныя перемѣны.

1. Влагалищное удаленіе міомъ шейки.

Удаленіе міомъ шейки показано при сильномъ ростѣ ихъ, при явленіяхъ давленія со стороны міомъ на пузырь, нервы и сосуды таза и какъ операція, предшествующая родоразрѣшенію. Оно производится въ спинно-тазовомъ положеніи послѣ предварительной дезинфекціи оперируемой области. Слизистую оболочку влагалища разрѣзаютъ на мѣстѣ перехода ея на міому шейки; обыкновенно производятъ двустороннее расщепленіе шейки, главнымъ образомъ въ области, гдѣ нормально находится губа; при болѣе значительныхъ опухоляхъ присоединяютъ еще расщепленіе передней стѣнки по срединной линіи, а затѣмъ вылушиваютъ міому тупымъ путемъ, пальцемъ и ножницами. При расщепленіи передней губы возможно поврежденіе пузыря, сзади—надрывъ Дугласова пространства. Если возможно, то при зашиваніи кусокъ оставшейся слизистой оболочки шейки сшиваютъ съ влагалищнымъ разрѣзомъ. Если міома выдается изъ шейки въ соединительную ткань таза, причемъ матка сильно приподнята, то послѣ вылущенія остается большая кровотокалая полость, которую нельзя закрыть швами, а нужно тампонируютъ виоформной марлей; послѣднюю, кромѣ того, цѣлесообразно еще смачивать 5%-нымъ растворомъ соды. Насколько легко произвести энуклеацію небольшихъ міомъ шейки, настолько же опасно, можетъ быть, вылушеніе шеечныхъ міомъ, вдающихся далеко вверхъ. А потому въ такихъ случаяхъ полная брюшная экстирпація всей матки вмѣстѣ съ міомой шейки заслуживаетъ предпочтенія, какъ менѣе кровотокая и болѣе точная операція.

2. Влагалищное удаленіе міомъ тѣла матки.

а) Удаленіе фиброзныхъ полиповъ.

Какъ только фиброзный полипъ прощупывается въ шейкѣ или опускается черезъ наружный маточный зѣвъ во влагалище онъ долженъ быть удаленъ оперативнымъ путемъ. При закрытой шейкѣ діагнозъ фибрознаго полипа ставится послѣ предварительнаго раскрытія шейки, и если ножка оказывается при этомъ достаточно развитой, то полипъ тутъ же и удаляется. Положеніе большой такое же, какъ для камнещеченія: дезинфекція оперируемой области, промываніе полости матки $\frac{1}{2}$ %-нымъ растворомъ лизола, иногда вытираніе шейки и матки этимъ растворомъ; влагалищная часть шейки фиксируется пулевыми щипцами, затѣмъ полипъ, если онъ виденъ, прямо захватывается щипцами для извлеченія полиповъ, или музейскими щипцами, въ противномъ слу-

чаѣ—подъ руководствомъ пальца, и затѣмъ медленно оттягивается внизъ. Если опухоль достаточно велика и тверда, то лучше оттягивать ее внизъ ввинченнымъ въ нее пробочникомъ (рис. 155), потому что онъ не легко вырывается изъ опухоли. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, когда тонкая и длинная ножка исключаетъ возможность выворота, можно подъ руководствомъ пальца прорѣзать ножку длинными полисными ножницами Siebold'a. Для большинства случаевъ, чтобы избѣжать наблюдавшагося иногда поврежденія вывороченной воронки матки, предпочтительнѣе сдѣлать разрѣзъ непосредственно на самой опухоли или на ея капсулѣ, частью, или кругомъ, ножницами или ножемъ, и затѣмъ тупымъ путемъ вылущить опухоль; если при этомъ остаются куски миоматозной капсулы, то это не имѣетъ особаго значенія, потому что они вскорѣ сами отторгаются, а иногда сейчасъ же дѣлаютъ выскабливаніе. Примѣнявшіеся раньше экразеры и проволочныя петли теперь уже устарѣли.

Если бы появилось болѣе или менѣе значительное кровотеченіе, то послѣ горячаго промыванія матки (50° Ц.) тампонируютъ виоформной марлей. Предсказаніе благоприятно. Возвраты бывають лишь тогда, если въ слизистой оболочкѣ уже существуютъ другія міомы, въ которыхъ въ послѣдствіи образуются ножки.

Статистика Winter'a даетъ для этой операціи въ полости матки одинъ смертельный исходъ на 329 случаевъ.

b) *Вылущеніе подслизистыхъ міомъ.*

Влагалищное удаленіе подслизистыхъ міомъ величиной отъ яйца до мужской головы впервые произвелъ Amussat. Но прежде операцію эту справедливо производили только при строгомъ показаніи, т. е. при сильномъ, угрожающемъ жизни кровотеченіи, при гнилостномъ разложеніи опухоли и при тяжелыхъ явленіяхъ давленія со стороны сосѣднихъ органовъ, въ особенности пузыря. Въ большинствѣ случаевъ при этомъ одновременно наблюдаются наклонность къ выталкиванію опухоли, болѣзненное сокращеніе матки, неправильныя, даже постоянныя кровотеченія, гнилостныя выдѣленія, раскрытіе шейки и начинающееся прорѣзываніе опухоли. Въ настоящее время, когда мы имѣемъ надежныя и безопасныя оперативныя методы, показано удалять всякую міому величиной съ грецкій орѣхъ, какъ только перестаетъ помогать симптоматическое леченіе.

Если шейка непроходима, то производятъ colpotomia anterior, отодвигаютъ пузырь и брюшину вверхъ и расщепляютъ шейку и переднюю стѣнку матки по срединной линіи—послѣ основательной дезинфекціи въ полости влагалища и шейки—пока палецъ не пройдетъ въ матку и не ориентируется относительно величины, мѣстоположенія и состоянія ножки подслизистой міомы. Края расщепленной шейки лучше разъединять тонкими музейевскими, а не щипцами Коллена, которыя легко разрываютъ маточную стѣнку. Брюшину передняго кармашка при этомъ скрывать не обязательно. Способъ этотъ заслуживаетъ предпочтенія передъ способомъ Реан'a, т. е. бокового расщепленія шейки вверхъ до внутренняго зѣва, какъ гораздо менѣе кровоточивый. Когда шейка уже раскрыта, вставляютъ пробочникъ (или музейевскіе, или колленовскіе щипцы) вдвигаютъ его въ нижній куполь опухоли и пробуравливаютъ ее насколько возможно вверхъ, причемъ ассистентъ производитъ встрѣч-

ное давленіе сверху, затѣмъ сильно оттягиваютъ ее внизъ и вылучиваютъ тупымъ путемъ все далѣе и далѣе изъ ложа, частью прорѣзывая соединительно-тканные тяжи ножницами; если опухоль опустилась глубже, то въ нее вводятъ новые пробочники. Нужно остерегаться, чтобы не разорвать стѣнку матки. Если опухоль слишкомъ велика, то ее уменьшаютъ, вырѣзывая изъ нея клинья основаніемъ внизъ изогнутыми по поверхности ножницами. Если снова сдавить ткани мюзеевскими щипцами, то потеря крови рѣдко бываетъ велика. Въ моментъ отдѣленія опухоли часто образуется частичный выворотъ матки, который легко исправляется.



Рис. 154. Изогнутые полиповые щипцы.

Непосредственно послѣ удаленія опухоли полость матки нужно изслѣдовать пальцемъ, чтобы убѣдиться, нѣтъ ли отверстія отъ прободенія: въ послѣднемъ случаѣ на него нужно наложить шовъ, или же удалить всю матку. Затѣмъ зашиваютъ однимъ катгутомъ переднюю стѣнку матки



Рис. 155. Пробочникъ по Segond'у (25 см. длины).

и шейки, тампонируютъ полость матки и зашиваютъ влагалищный разрѣзъ.

Если миома сидитъ близко ко дну, то можно отказаться отъ средняго расщепленія шейки, вытянуть матку послѣ вскрытія передняго

Дугласова пространства и прямо разрѣзать миоматозный узелъ. Само собою разумѣется, что при этомъ приходится отказаться и отъ изслѣдованія пальцемъ полости матки для опредѣленія, нѣтъ ли другихъ миоматозныхъ узловъ.

Операция эта равно подходитъ какъ при плотно сидящихъ, такъ и при склонныхъ уже выдѣлиться гнилостно-разложившихся подслизистыхъ миомахъ. Она замѣнила примѣнявшееся прежде трудное и опасное вылученіе, которое, несмотря на хорошіе результаты, полученные *Chrobak*'омъ ¹⁾, все же оказалось ненадежнымъ въ томъ отношеніи, что даже у опытныхъ хирурговъ наблюдалось иногда поврежденіе матки.

Въ единичныхъ случаяхъ прежде употребляли для экстракціи опухоли, вмѣсто обыкновенныхъ инструментовъ, родильные щипцы или краниокласть, въ особенности *Veit-Aucard's*, внутренней листокъ котораго приспособленъ для прободенія.

Операция противопоказана, если опухоль слишкомъ велика, уже оставила малый тазъ или же развилась между связокъ.

Напротивъ, гнилостно разложившіяся болѣе значительныя міомы, опустившіяся уже въ шейку или влагалище, всегда скорѣе требуютъ влагалищной, чѣмъ брюшной операціи.

При строгой антисептикѣ опасность операціи незначительна. Въ то время, какъ прежде вылученіе подслизистыхъ міомъ, частью съ расщепленіемъ шейки, частью безъ него, давало на 236 случаевъ 16% смертности, *Winter* вычислилъ на 101 операцію 5% смертности, а я не имѣлъ въ послѣдніе 4 года на 15 случаевъ ни одного смертельнаго исхода,

3. Влагалищная полная экстирпація миоматозной матки.

Эта операция укоренилась вмѣсто брюшной операціи и кастраціи главнымъ образомъ благодаря французамъ, прежде всего *Rea n'y, Doye n'y* и *Segond'y*.

Rea n указалъ на полную экстирпацію съ примѣненіемъ постоянныхъ зажимовъ, въ употребленіи которыхъ приоритетъ принадлежитъ *Richelot*; вѣчной же заслугой *Doye n'a* является предложенный имъ ясный методъ для уменьшенія и удаленія миоматозной матки. Въ Германіи этотъ методъ впервые примѣняетъ *Landa u* и *Leopold*'омъ.

Показаніемъ для операціи служатъ тяжелыя, неукротимыя иначе кровотеченія и распаденіе міомы съ послѣдующими процессами разложенія. Необходимыя условия для выполненія операціи слѣдующія: матка должна быть немвогимъ болѣе головки новорожденнаго, чтобы ее можно было вдавить въ тазъ; главная часть опухоли должна быть подслизистой или должна быть возможность перевести ее изъ внутривѣстной въ подслизистую. Вопросъ объ этомъ рѣшается предварительнымъ изслѣдованіемъ подъ наркозомъ съ точнымъ опредѣленіемъ положенія яичниковъ и направленія круглыхъ связокъ. При болѣе значительныхъ субсерозныхъ, а также межсвязочныхъ опухоляхъ операция эта неподходяща.

Первый актъ операціи состоитъ въ круговомъ разрѣзѣ влагалищной части шейки, отодвиганіи пузыря, вскрытія Дугласова пространства, перевязкѣ параметривъ и маточной артеріи; послѣ того небольшая матка прямо опускается, на подобіе карциноматозной, и удаляется.

¹⁾ *Chrobak*, Ueber die vaginale Eukleation der Uterusmyome. *Volkman's* Sammlung klin. Vorträge. N. F. № 43.

Если величина опухоли препятствует такому способу операции, то послѣ выполнения перваго акта — какъ это предложилъ впервые P. Müller — расщепляютъ шейку по срединной линіи, захватываютъ края раны колленовскими щипцами и, продолжая расщеплять, идутъ все выше и выше, пока опухоль не сдѣлается вполне доступной со стороны матки. Затѣмъ малыя міомы можно удалять прямо, а болѣе значительныя захватываютъ по *Second'u* пробочникомъ, вылуциваютъ или удаляютъ ихъ; если онѣ для этого слишкомъ велики, то справа и слѣва остроконечнымъ ножомъ отрѣзаютъ отъ захваченной части опухоли все болѣе значительные куски, пока явится, наконецъ, возможность вылуцировать всю опухоль и стянуть матку внизъ къ вульвѣ. Если матка и затѣмъ еще слишкомъ велика, то сюда присоединяютъ расщепленіе по срединной линіи, потому что послѣ того лучше удается вытянуть и перевязать придатки. Удаленіе влагалищной части шейки, чтобы освободить мѣсто, я считаю нецѣлесообразнымъ. Въ оставленіи по необходимости зажимовъ едва ли теперь представляется когда-нибудь надобность.

Потеря крови большей частью невелика, если разрѣзъ не приходится всего болѣе на боковую стѣнку матки или на параметрій.

Я принципиально удаляю, гдѣ возможно, оба яичника и раздѣляю въ этомъ случаѣ мнѣніе Leopold'a, что явленія отъ ихъ удаленія не хуже, чѣмъ, если оставить одинъ, или оба яичника.

Операция эта, правда, болѣе кровоточива и продолжается долѣе, чѣмъ брюшная міомотомія, но преимущество ея заключается въ возможности избѣгать разрѣза живота со всѣми его опасностями, въ избѣжаніи брюшного рубца и т. д. Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, вслѣдствіе невозможности закончить операцию и слишкомъ сильнаго кровотечения, приходится перейти къ брюшной операцию.

Leopold имѣлъ на 151 случай 3.9% смертности; Fehling (Галле и Страсбургъ) на 67 случаевъ — 3.5% смертности. Winter вычислилъ на 893 случая 2.6% смертности.

II. Брюшныя операцию удаленія міомъ.

A. Операцию съ сохраненіемъ матки.

Вылуценіе міомъ при помощи лапаротоміи.

Принципъ операцию чисто консервативный. Выполненіе ея наталкивается, однако, на техническія трудности, такъ что она не нашла себѣ широкаго примѣненія. Ее произвелъ впервые Spiegelberg, а большія заслуги въ разработкѣ ея принадлежатъ A. Martin'у и v. Olshausen'у. Она рекомендуется во всѣхъ случаяхъ, когда имѣются отдѣльныя интерстиціальныя міомы, которыя отдѣляются какъ отъ брюшины, такъ и отъ слизистой оболочки тѣла матки толстымъ покровомъ. Необходимое условіе для операцию, чтобы на лицо были только одна, или во всякомъ случаѣ не много міомъ.

Такъ какъ одиночныя интерстиціальныя міомы по возможности удаляются черезъ влагалище, а при большой маткѣ съ множественными міомами вылуценіе нерационально, то остаются только субсерозныя и интерстиціальныя міомы средней величины, не причиняющія въ большинствѣ случаевъ значительныхъ расстройствъ и, слѣдовательно, лишь рѣдко подающихъ поводъ для операцию. Вылуценіе показано въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда желательно устранить безплодіе и возстановить такимъ образомъ нормальную функцію матки, или же когда во время беременности желаютъ удалить быстро

растущую миому. Операция, следовательно, умѣстна, въ особенности у женщинъ между 30 и 40 годами, имѣющихъ лишь одного, или совсѣмъ не имѣющихъ дѣтей и страстно желающихъ ихъ имѣть. Если же это показаніе отсутствуетъ, то рациональнѣе удалить миому вмѣстѣ съ маткой, потому что миома наблюдается, какъ множественная опухоль, и послѣ удаленія болѣе значительныхъ легко начинаютъ расти меньшія миомы. Въ то время, какъ Martin получилъ на 139 вылушенной только 3 рецидива, Essen Möller получилъ на 20 вылушенной 5 рецидивовъ. Очень цѣнно, но болѣе опасно вылушеніе во время беременности, и потому его можно производить только при строгихъ показаніяхъ, если операция даетъ возможность родамъ совершиться *per vias naturales*. Такъ, я недавно удалилъ опухоль величиной съ кулакъ, выросшую въ субсерозной ткани пузыря; она втиснула матку въ тазъ въ положеніи ретроверси, а послѣ ея удаленія прошли гладко какъ первые, такъ и вторые роды.

Легко удалять субсерозные узлы; но чѣмъ ближе опухоль къ слизистой, тѣмъ труднѣе можетъ оказаться вылушеніе. Въ рѣдкихъ случаяхъ матку приходится вывести въ брюшную рану и перевязать шейку эластическимъ жгутомъ, или же обхватить ее руками.

Гдѣ возможно, матку оставляютъ на мѣстѣ, расщепляютъ серозную оболочку, захватываютъ миому музейскими щипцами или пробочникомъ и стараются вылушить ее тупымъ путемъ до самой капсулы, отъ которой ее отдѣляютъ нѣсколькими ударами ножницъ; болѣе крупныя сосуды перевязываютъ, а оставшееся ложе зашиваютъ этажными швами. Если оказалась необходимость вскрыть слизистую оболочку, то полость матки дренируютъ, затѣмъ ранше зашиваютъ слизистую оболочку погружнымъ непрерывнымъ катгутовымъ швомъ, потомъ уже зашиваютъ ложе опухоли. Серозную оболочку, если возможно, зашиваютъ серосерознымъ швомъ. Вмѣсто того, чтобы ради остановки кровотечения, или ради дренажа, шивать матку въ брюшную рану въбрюшиннымъ способомъ по методу Kocher'a, цѣлесообразнѣе произвести ампутацію.

Нѣкоторые хирурги вылушивали до 10—22 узловъ; такой образъ дѣйствій искусственный и опасенъ. Смертность при этой консервативной операциі больше, чѣмъ при радикальной.

На 139 оперированныхъ Martin получилъ 11.5% смертности и только 3 рецидива, изъ которыхъ въ одномъ пришлось послѣдовательно сдѣлать надблагалищную ампутацію матки. Изъ 139 женщинъ зачатіе въ послѣдствіи вѣблялось у двухъ, изъ нихъ былъ 1 абортъ. Если одновременно произвести кастрацію, то это безъ надобности увеличиваетъ опасность отъ безцѣльнаго уже въ такомъ случаѣ соединенія ея съ вылушеніемъ.

Результаты Olshause'n'a (6.6% и 7.6% смертности) точно также не особенно рекомендуютъ эту операцию. Winter вычислилъ на 451 случай у различныхъ хирурговъ 9.08% смертности.

В. Операциі съ удаленіемъ матки.

Миомотомія (*Amputatio uteri myomatosis supravaginalis*).

Удаленіе миоматозной матки при оставленіи шейки и брюшная полная экстирпация всей матки (*Panhysterectomy*) въ настоящее время борются между собой за пальму первенства. Прежде опасность этихъ операций значительно превосходила опасность овариотомій; въ настоящее время улучшение методовъ оперированія привело къ столь же благоприятнымъ результатамъ, какъ при овариотоміи; теперь существуютъ еще только колебанія въ воззрѣніяхъ на методы и на показанія для операциі.

Такъ какъ миомы сами по себѣ доброкачественныя опухоли и только въ умѣренномъ процентѣ случаевъ переходятъ въ злокачественныя, то установить показаніе, когда нужно приступить къ операциі, гораздо труднѣе, чѣмъ при ракѣ и кистахъ яичниковъ.

Среди показаній главное мѣсто занимаютъ: истощающія кровотечения,

величина опухоли, недопускающая болѣе вылуценія черезъ влагалище, множественность опухоли, самопроизвольное размягченіе ея послѣ родовъ, или, какъ это бывало прежде, послѣ леченія по способу *Apostoli*, сильная болѣзненность опухоли и обусловленная тѣмъ самымъ потеря работоспособности, наконецъ, явленія прижатія со стороны пузыря, а также ущемленіе въ Дугласовомъ пространствѣ, въ особенности если присоединяется беременность. Такъ какъ тяжелая анемія грозитъ перерожденіемъ сердца или бурой атрофіей (міоматозное сердце), то это необходимо имѣть въ виду, чтобы не пропустить необходимый моментъ для операции. Начинаящееся перерожденіе сердца не служитъ еще противопоказаніемъ. Я помню одну больную, поступившую въ клинику съ лихорадкой и тяжелой анеміей, съ слабымъ, неправильнымъ пульсомъ и тромбозомъ артерій *art. cruralis*; послѣ двухмѣсячнаго предварительнаго леченія сердце у нея настолько окрѣпло, что затѣмъ съ успѣхомъ произведена была лапаротомія. Значеніе имѣетъ возрастъ: чѣмъ больше опухоль и чѣмъ моложе субъектъ, тѣмъ скорѣе можно рѣшиться на операцию. При опухоляхъ въ возрастѣ, близкомъ къ климактерическому, — если только опухоль не слишкомъ велика и кровотеченіе не слишкомъ обильно, можно еще выждать.

Однако, и здѣсь нужно индивидуализировать, быть можетъ даже болѣе обыкновеннаго. Женщинѣ изъ рабочаго класса гораздо скорѣе можно посоветовать подвергнуться міомотоміи, потому что наступающія каждыя три недѣли и продолжающіяся 8—10 дней сильныя кровотеченія лишаютъ ее работоспособности (соціальное показаніе), между тѣмъ какъ у состоятельной женщины спокойно можно еще выждать. Важно предварительно укрѣпить сердце при помощи препаратовъ наперстянки, кофеина и т. д.

Приготовленія къ лапаротоміи такія же, какъ обыкновенно: за 2 дня раньше даютъ слабительное и легкую пищу, наканунѣ вечеромъ только жидкую; назначаютъ ванну, брѣютъ лобокъ, производятъ, по возможности за нѣсколько дней до операции, бактериологическое изслѣдованіе влагалищныхъ отдѣленій, чтобы, въ случаѣ наличности гемолитическихъ бактерий, обезвредить ихъ промываніями или смазываніями влагалища.

Историческій обзоръ. Техника удаленія міоматозной матки прошла такой же путь, какъ и овариотомія, отъ внѣбрюшиннаго къ внутрибрюшинному методу.

Послѣ нѣсколькихъ предшественниковъ, оперировавшихъ большей частью при ошибочномъ діагнозѣ, *Köbегle* первый сталъ систематически производить брюшную міомотомію. За нимъ послѣдовалъ *Reap*. Оба они употребляли сжимающія петли изъ проволоки и укрѣпляли ножку внѣ брюшины. Истинный прогрессъ составилъ гениальный методъ *Нега*, который при внѣбрюшинномъ ходѣ за ножкой пользовался также рекомендованной *Kleberg* эластической лигатурой. Опираясь на принципы антисептики, *Schrodер* создалъ въ послѣдствіи внутрибрюшинный способъ съ погруженіемъ ножки, къ которому быстро присоединились большинство хирурговъ. Долгое время стрѣлка вѣсовъ колебалась между обоими методами, но усовершенствованіе внутрибрюшиннаго способа справедливо утвердило пальму первенства за нимъ, въ особенности благодаря предложенному *Hofmeister* и *Chrobak* субперитонеальному погруженію ножки. Внѣбрюшинный же способъ сохранился только для немногихъ исключительныхъ случаевъ. Наконецъ, *Vardenheuer* первый рекомендовалъ брюшную полную экстирпацию міоматозной матки.

Въ то время, какъ въ Германіи имѣютъ вліятельныхъ представителей оба способа, какъ субперитонеальный, такъ и пангистеректомія, англійскіе и фран-

пузские хирурги въ общемъ, повидимому, предпочитаютъ надвлагалищный способъ.

Въ виду большого числа рекомендуемыхъ хирургами видоизмѣненій обоихъ методовъ, я, соответственно плану нашего учебника, приведу только главнѣйшія. Относительно частностей я отсылаю къ превосходному описанію и рисункамъ въ оперативной гинекологіи Döderlein'a и Krönig'a.

1. Надвлагалищная ампутація матки съ субперитонеальнымъ уходомъ за ножкой.

Гдѣ нѣтъ специальныхъ противопоказаній, какъ, напримѣръ, глубоко опустившейся міомы шейки, подозрительной влагалищной части и т. д., я примѣняю, какъ избранный методъ, надвлагалищную ампутацію матки съ субсерознымъ уходомъ за остатками шейки. Я не могу согласиться, что объ этомъ больше не стоитъ разговаривать (Витт). Операция продлжается нѣсколько меньше времени и она менѣе кровотолива. Благодаря тому, что шейка остается въ связи съ влагалищнымъ сводомъ, а тѣмъ самымъ и съ levator ani и тазовымъ дномъ, она прежде всего сохраняетъ свое положеніе; здѣсь не такъ легко образуется опущеніе влагалищнаго свода. Кромѣ того, безусловно не безразлично, что изъ влагалища можно перенести микробы въ полость брюшины. Непонятный иной разъ смертельный исходъ обязанъ, быть можетъ, своимъ происхожденіемъ именно способу операціи, при которомъ не всегда можно избѣжать этого зла.

Опасность, на которую указалъ и иллюстрировалъ примѣрами Vichelot, будто состоящая изъ шейки культи *впослѣдствіи* карциноматозно перерождается, очень незначительна. Несмотря на многія сотни произведенныхъ мной міомотомій, я не имѣлъ въ своей практикѣ ни одного такого случая. Большею частью это бывали, вѣроятно, случаи, когда карцинома шейки развивалась уже до операціи и только осталась незамѣченной.

Производство операціи: дезинфекція брюшныхъ покрововъ и влагалища юдной настойкой, опорожненіе пузыря, очень высокое положеніе таза, отодвиганіе и поддерживаніе кишекъ, выкатываніе опухоли послѣ прободенія ея пробочникомъ.

Затѣмъ сначала защемленіе и разрѣзываніе круглыхъ связокъ, расщепленіе брюшины отъ одной круглой связки до другой, отсепарываніе пузыря тупымъ, рѣдко острымъ путемъ; потомъ зажиманіе широкихъ связокъ вмѣстѣ съ art. spermatica до бокового края матки, для чего я употребляю, по способу Витт'a, проксимально и дистально наложенные зажимы, чѣмъ предупреждается потеря крови, придатки остаются на опухоли; затѣмъ зажимнымъ пинцетомъ захватываютъ съ обѣихъ сторонъ маточныя артеріи и перерѣзаютъ ихъ. Если широкая связка очень толста и богата сосудами, или же если она очень развернута вслѣдствіе межесвязочнаго развитія опухоли, то накладываютъ иногда 2—3 зажима. Тогда брюшину разрѣзываютъ сзади на высотѣ Дугласовыхъ складокъ, отсепаровываютъ надъ Дугласовымъ пространствомъ и отворачиваютъ до кишечника; разрѣзы ведутъ въ сторону до встрѣчи съ передними разрѣзами. Послѣ того опухоль можно удалить ножомъ или ножницами въ области шейки, производя въ ней слегка воронкообразный разрѣзъ, почти безкровно. Если бы кровь брыз-

гала изъ какого-нибудь сосуда, его захватываютъ зажимнымъ пинцетомъ; кровоточащiе небольшiе сосуды поверхности шейки обкалываются сводообразными швами. Слизистую оболочку шейки я прежде вырѣзывалъ, а теперь я быстро смазываю ее iodистой настojкой и зашиваю шейку погружными швами. Затѣмъ накладываютъ катгуттовые швы на захваченные пинцетомъ сосуды; я предварительно перевязываю каждый сосудъ въ отдѣльности, причемъ результатъ получается такой, что я еще никогда не видалъ въ своей практикѣ послѣдовательнаго кровотечения. Послѣ того брюшину укрѣпляютъ надъ культи изъ шейки 2—4 пуговчатыми швами и притомъ такъ, какъ предлагалъ Chrobak, чтобы линiя швовъ пришлась на ножкѣ позади полости шейки. Затѣмъ всю вскрытую брюшину отъ одного lig. suspensor. ovarii до другого и посерединѣ черезъ ножку соединяютъ непрерывнымъ катгуттовымъ швомъ, а перевязочныя нити сосудовъ (art. sperm. и uterina) погружаютъ подъ брюшину. При трудномъ извлеченiи очень большой опухоли Döderlein и Krönig опять таки рекомендуютъ произвести кускованiе опухоли длинными, изогнутыми ножами Segond'a, захвативъ ее пробочникомъ. Сдѣлавши срединную инцизию, я, однако, никогда не испытывалъ въ этомъ надобности.

Аналогичны способъ Hofmeier'a, вскрывающаго полость шейки термокаутеромъ, и Leopold'a, который, для предупрежденiя послѣдовательнаго кровотечения изъ ножки, поперечно обкалываетъ ее двойными нитками, избѣгая полости шейки.

Еще проще поступаетъ Fritsch, который, исходя изъ перевязываемой раньше широкой связки, препарируетъ сантиметръ за сантиметромъ и удаленный кусокъ опухоли сейчасъ же зашиваетъ, пока не остановится кровотеченiе.

Благодаря простому субперитонеальному способу, классическiй методъ Schröder'a, послужившiй основой для всѣхъ позднѣйшихъ видоизмѣненiй съ внутрибрюшиннымъ уходомъ за ножкой, сталъ излишнимъ. Кто интересуется подробностями см. Hofmeier, гулак. Oper. стр. 377, 4 изд.

Существенное измѣненiе метода Schröder'a представляетъ способъ Zweifel'a, снабженiе ножки непрерывной частичной лигатурой. Онъ пользуется для этой цѣли длинной, слегка искривленной иглой Bruns'a, тупой—для связокъ и острой—для культи. Zweifel временно накладываетъ эластическую лигатуру и удаляетъ опухоль послѣ того, какъ онъ отодвинулъ перерѣзанную брюшину краемъ ногтя. Шейку онъ прижигаетъ, а струпъ вырѣзываетъ ножомъ. Послѣднюю нитку широкой связки, не завязанную раньше узломъ, онъ достаетъ теперь острой иглой черезъ ткань ножки и завязываетъ узломъ. остальные нити, постепенно проталкиваемые по тому же принципу, не должны захватывать на ножкѣ брюшины, чтобы она могла служить для питанiя и удобной покрывки соединеннаго съ ножкой куска матки. Въ заключенiе ножка обшивается разрыхленнымъ лоскутомъ брюшины.

Различно рѣшается хирургами вопросъ о томъ, нужно ли удалять оба яичника, или одинъ изъ нихъ оставлять, чтобы ослабить явленiя, вызываемыя кастрацiей. Со времени извѣстныхъ работъ Gläveske и Werth'a, нѣкоторые операторы склонны оставлять яичники. Дѣйствительно, молодыя женщины страдаютъ отъ кастрацiи болѣе тѣхъ, которыя уже близки къ климактерiю. Главное здѣсь—нервныя явленiя, при которыхъ женщины очень страдаютъ въ климактерическомъ периодѣ и помимо операци. Я почти всегда удаляю оба яичника, потому что придатки и безъ того бываютъ измѣнены болѣе, чѣмъ въ 50% случаевъ, и я нѣсколько разъ былъ вынужденъ произвести вторую операцию для удаленiя оставленныхъ яичниковъ, вызывавшихъ тяжелыя разстройства, хотя фолликулы ихъ большей частью въ 1—2 года подвергались разрушенiю. Я получалъ удовлетворенiе, когда Walthard недавно высказался совершенно въ томъ же смыслѣ и подчеркнул, что отнюдь не всѣ психоневротическiя разстройства можно разсматривать, какъ результатъ выпаденiя функций яичниковъ.

Кромѣ того, существуетъ опасность, что оставленный яичникъ впослед-

стві подвергается перерожденію, или что въ немъ разовьется киста. А потому я не могу слѣдовать предложенію Zweifel'a оставлять въ кудльть кусокъ слизистой оболочки матки вмѣстѣ съ яичникомъ, чтобы женщина продолжала менструировать.

Не всѣ опухоли, однако, вырастаютъ и приподымаются съ маткой вверхъ настолько, чтобы послѣ перевязки связокъ сейчасъ же можно было приступить къ образованію ножки. Нерѣдко приходится наталкиваться на межезячное развитіе части, или всей опухоли, такъ что послѣ перевязки ligamenta infundib. relv. и расщепленія покрывающей ихъ брюшины мы вынуждены бываемъ перейти къ вылученію опухоли. Чаще всего опухоли развиваются въ широкой связкѣ, затѣмъ въ промежуткѣ между пузыремъ и маткой и, наконецъ, субсерозно въ Дугласовомъ пространствѣ. Прежде всего разрѣзываютъ брюшину надъ опухолью. Болѣе крупные сосуды, въ томъ числѣ и вены, захватываютъ въ защемляющіе пинцеты и перевязываютъ. Опухоль настолько выдвигаютъ изъ ея ложа, чтобы ее можно было поднять пробочникомъ вверхъ и вылучить тупымъ путемъ. Если опухоль во время вылученія кровоточитъ сильно, то нужно захватить кровоточащія въ глубинѣ ткани зажимами. Затѣмъ нужно соблюдать величайшую осторожность, чтобы не захватить въ лигатуру смѣщенный мочеточникъ. При отдѣленіи опухоли тупымъ путемъ можно также порвать пузырь. Отверстіе въ пузырьъ сейчасъ же зашиваютъ двойнымъ рядомъ швовъ на слизистую и серозную оболочки.

При такомъ удаленіи опухоли въ соединительной ткани малаго таза остается гораздо болѣе значительная раневая полость, чѣмъ обыкновенно, которая, вслѣдствіе просачивающейся послѣдовательно крови, представляетъ благоприятную почву для проникающихъ въ нее болѣзнетворныхъ зародышей. Дѣйствительно, большинство смертныхъ случаевъ наблюдалось при міомотоміи съ труднымъ вылученіемъ опухоли. Поэтому ложе опухоли зашиваютъ непрерывнымъ кетгуттовымъ швомъ до самой матки и стараются подвести перевязанную ножку съ связками подъ брюшину. Если послѣ зашиванія брюшины остается болѣе или менѣе значительная, наполненная кровью или отдѣленіями полость, то ее дренируютъ по направленію къ влагалищу вѣоморфной марлей, послѣ предварительнаго смазыванія камфорнымъ масломъ. Иногда послѣ того еще приходится удалить остатки шейки, чтобы получить свободный оттокъ жидкости изъ полости раны.

Результаты внутрибрюшиннаго способа изъ году въ годъ все улучшались. Въ то время, какъ Olshausen собралъ 806 случаевъ 19-ти различныхъ операторовъ съ 5.6% смертности, Winter приводитъ цифру смертности у различныхъ операторовъ (689 случаевъ) въ 4.5%; Zweifel получилъ на 132 случая міомотоміи 1.2% смертности, а Walter на 150 случаевъ 2%. Статистика страбургской клиники (за 10 лѣтъ) дала на 295 случаевъ 5.4% смертности; на послѣдніе 50 случаевъ не было ни одного смертельнаго исхода.

2. Брюшная полная экстирпація міоматозной матки (panhysterectomy).

Операция эта, произведенная впервые Vardenheuer'омъ (1881 г.), вслѣдствіи много разъ была видоизмѣнена. Надвлагалищной ампутаціи, какъ мы уже упоминали, она уступаетъ въ томъ отношеніи, что при ней вскрывается влагалище, а это создаетъ возможность перехода изъ него бактерій въ полость брюшины. Опасности поврежденія пузыря и мочеточниковъ можно избѣжать. Я примѣняю эту операцію при злокачественномъ перерожденіи міомы, при разложеніи ея и при глубоко опускающихся міомахъ шейки.

Примѣнявшееся иногда прежде комбинированіе влагалищнаго и абдоминальнаго способа я считаю нецѣлесообразнымъ болѣе. Martin, Pean и др. экстирпируютъ послѣдовательно остатки шейки черезъ влагалище. Другіе, какъ Bunt, начинаютъ тотальную экстирпацію снизу и продолжаютъ ее сверху послѣ отодвиганія пузыря, вскрытія Дугласова пространства и перевязки параметрій. Все это въ настоящее время излишне, въ виду успѣшности amput. uteri supravagin. и panhysterectomy.

Статистика Olshausen'a даетъ на 520 операціи 17-ти хирурговъ 9.6% смертности. Doderlein и Krönig вычислили на 1668 случаевъ различныхъ операторовъ 8.27%; самъ Doderlein получалъ на 170 случаевъ 3.5% смертности.

С. Экстраперитонеальный уход за ножкой по Негату.

Показание для операции ограничивается в настоящее время удалением матки с гнилостным содержимым, если полная экстирпация почему-либо невозможна, кесарским съечением по способу Порро при неоперативных карциномах шейки и послеродовой септической маткѣ съ плацентой или безъ нея. И здѣсь также цѣлесообразнѣе начинать съ описанной выше перевязки связокъ и отодвиганія пузыря. Для перевязки берутъ эластическую трубку съ небольшимъ просвѣтомъ, или безъ всякаго просвѣта, въ 8—10 м.м. толщины. Я обвожу лигатуру въ полтора оборота и укрѣпляю второе скрещиваніе спереди посрединѣ крѣпкой шелковой ниткой, которую завязываю нѣсколькими узлами. Послѣ перевязки опухоль обильно обкладываютъ компрессами и удаляютъ ее, перерѣзывая брюшину выше, чѣмъ мышечную ткань. Если опухоль велика, то я, при гнилостномъ содержимомъ, заканчиваю всю

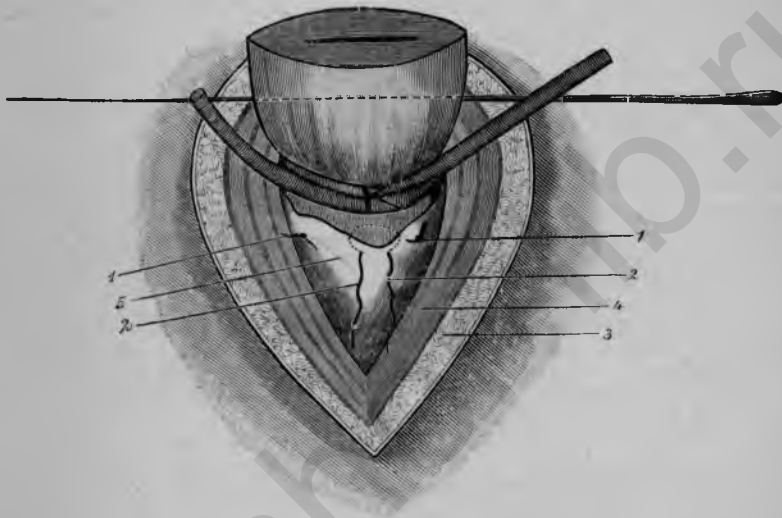


Рис. 156. Экстраперитонеальный уходъ за ножкой по Негату (препаратъ Базельской коллекціи).

1—1. Боковой шовъ брюшины съ ножкой; 2—2. Передній срединный шовъ брюшины съ ножкой; 3. Кожа съ подкожной клетчаткой; 4. Мускулатура; 5. Паріетальная брюшина.

операцию, зашивая брюшину, и тогда только удаляю матку; полость матки я сейчасъ же прижигаю. Обшивание ножки брюшиной производится такимъ образомъ, что лигатура вмѣстѣ съ находящейся надъ ней, подвергающейся некрозу частью остается внѣ брюшины. Сначала оба паріетальныхъ листка нижняго угла раны пришиваютъ тонкимъ катгутомъ посрединѣ, ниже эластической трубки (рис. 156) къ шейкѣ, или къ серозной оболочкѣ пузыря. Затѣмъ ножку оттягиваютъ влѣво, а паріетальную брюшину вправо и пришиваютъ ее сбоку къ натянутой верхней поверхности широкой связки, принимая мѣры предосторожности, чтобы не задѣть болѣе значительныхъ венозныхъ сосудовъ. За правой стороной слѣдуетъ лѣвая. Такихъ швовъ накладываютъ съ каждой стороны одинъ или два. Всѣ швы сейчасъ же завязываютъ узломъ, а нитки коротко обрѣзываютъ. Въ заключеніе ножку вытягиваютъ впередъ и пришиваютъ оба паріетальныхъ листка брюшины однимъ или двумя швами къ задней поверхности ножки на 1 см. ниже лигатуры. За этимъ слѣдуетъ наложение непрерывнаго шва на брюшину. Наконецъ, закрываютъ переднюю часть раны глубокими швами, захватывающими кожу, мускулатуру и фасцію. Первый шовъ на воронку долженъ захватывать брюшину поверхностно, чтобы

полость воронки сообщалась съ промежуткомъ между брюшиной и мышечнымъ швомъ. Наложение швовъ просто и его можно производить съ увѣренностью, потому что изъ перевязанной ножки не вытекаетъ ни капли крови.

Поверхность ножки прижигаютъ затѣмъ пакетеномъ, вызывая образование струпа, присыпаютъ воронку дерматоломъ и выполняютъ полосками вѣоформной марли. Ножку удерживаютъ вверху поперечно положенной копьевидной иглой, оба конца которой покрыты эластическими трубками. Верхнюю поверхность ножки, а при послѣдовательномъ леченіи и боковую ея поверхность, посыпаютъ для обсушивания танниномъ, или дерматоломъ, пока ножка не станетъ совсемъ сухой и твердой. Послѣдовательное леченіе простое; начиная со второго дня, я дѣлаю перевязки, какъ только ножка промокнетъ, чтобы ускорить сухую мумификацію, а тѣмъ самымъ и отторжение ножки.

Не нужно ждать, пока ножка отвалится сама, что при толстой культѣ можетъ продолжаться отъ 4—6 недѣль; по истеченіи 3-ей недѣли я отрѣзываю ножку, вытягивая ее за лигатуру, непосредственно подъ этой послѣдней, или же, развязавши предварительно лигатуру, рѣжу черезъ ткань ножки, которая никогда не кровоточитъ. Затѣмъ дѣлаютъ сухую перевязку на гранулирующую воронку. Для сокращенія процедуры я накладываю вторичный шовъ; какъ только воронка, послѣ удаленія ножки, очищена, я выскабливаю грануляціи, кладу въ шейку тонкій дренажъ и соединяю боковыя стѣнки раневой воронки проволокой, прокладывая ее черезъ кожу, фасцію и мышцы, чтобы можно было по возможности дольше оставить въ дренажъ. Возможнаго пораненія брюшины можно избѣжать, если дѣлать вколъ не слишкомъ глубоко. Черезъ 10—12 дней удаляютъ дренажъ, рана къ тому времени заживаетъ. Для полнаго заживленія небольшихъ свищей между брюшными покровами, и шейкой въ большинствѣ случаевъ требуется, разумѣется, больше времени. Но больная можетъ при этомъ вставать и ходить.

Съ экстраперитонеальнымъ уходомъ за ножкой случилось то же самое, что и съ примѣненіемъ зажимовъ при овариотоміи: послѣ славнаго прошлаго они должны были уступить мѣсто лучшимъ способамъ, для которыхъ они сами создали почву.

Любопытно, что 25 лѣтъ тому назадъ экстраперитонеальный способъ давалъ 8.31—15% смертности, интраперитонеальный—22%, а въ настоящее время побѣду одержалъ этотъ послѣдній способъ.

7. Злокачественныя новообразованія матки (Franz).

Ракъ матки.

Общія замѣчанія.

Карцинома матки (ракъ матки) принадлежитъ къ самымъ частымъ вообще формамъ рака. Женскій полъ самъ по себѣ гораздо болѣе предрасположенъ къ раку, чѣмъ мужской, приблизительно въ отношеніи 6:4, а матка заболѣваетъ чаще всѣхъ другихъ органовъ. Принимаютъ, что въ Германской имперіи ежегодно погибаютъ отъ рака матки 15.000 женщинъ.

Ракъ поражаетъ либо шейку, въ видѣ рака влагалищной или надвлагалищной части ея, либо тѣла матки. Ракъ тѣла принадлежитъ къ болѣе рѣдкимъ. Принимаютъ, что ракъ тѣла составляетъ приблизительно 10% всѣхъ случаевъ рака матки.

Для заболѣванія ракомъ шейки наиболѣе опаснымъ является возрастъ между 40 и 50 годами, а ракомъ тѣла—между 50 и 60 годами. Ракъ шейки встрѣчается, однако, и въ молодомъ возрастѣ, уже начиная съ 20-хъ годовъ, ракъ же тѣла наблюдался лишь послѣ 30 лѣтъ.

Рожавшія женщины болѣе предрасположены къ раку, чѣмъ безплодныя; лишь около 5% больныхъ ракомъ женщины не рожали дѣтей.

При ракъ тѣла мы встрѣчаемъ больше нерожавшихъ, по Hofmeyer'у 25%.

Ракомъ матки чаще заболѣваютъ женщины низшихъ сословій. (Статистика Weinberg'a и Gastpar'a). Всякій больничный врачъ знаетъ по опыту, что число карциноматозныхъ больныхъ среди женщинъ, пользующихся больничнымъ леченіемъ, больше, чѣмъ въ частной практикѣ.

Причина рака вообще, а слѣдовательно и рака матки, намъ неизвѣстна. Что касается предполагаемыхъ причинъ рака, то онѣ принадлежатъ лишь къ гипотезамъ, къ такимъ объясненіямъ клиническихъ симптомовъ, въ пользу которыхъ можно сказать столько же, сколько и противъ нихъ. Предполагаютъ, на примѣръ, что здѣсь играютъ роль хроническія воспаленія матки и влагалищной части шейки, эрозіи, надрывы шейки. Однако, у многихъ тысячъ женщинъ наблюдаются эти легкія заболѣванія, не вызывая рака. Достоинно вниманія, что выпаденія влагалища и матки, при которыхъ ткань постоянно подвергается внѣшнимъ раздраженіямъ и при которыхъ даже возникаютъ большіе язвенные пролежни, крайне рѣдко сопровождаются развитіемъ карциномы. Въ теченіе 8 послѣднихъ лѣтъ я ни разу не видѣлъ карциномы при выпаденіи влагалища или матки, хотя имѣлъ за это время около 500 случаевъ рака матки и столько же выпаденій.

Ракъ не заразителенъ и не передается по наслѣдству.

Такъ какъ ракъ матки и ракъ шейки, какъ мы уже видѣли, представляютъ нѣкоторыя различія, выступающія притомъ особенно рѣзко въ клинической картинѣ, то обѣ эти формы должны быть разсмотрѣны отдѣльно.

Ракъ шейки матки (carcinoma colli uteri).

Различаютъ ракъ влагалищной и надвлагалищной части шейки. *Ракъ влагалищной части* исходитъ изъ плоскаго эпителія ея и представляеть, слѣдовательно, *плоскоклеточковую карциному*. Плоскія эпителиальныя клѣтки разрастаются и проникаютъ въ видѣ толстыхъ отростковъ въ глубину ткани шейки.

Рис. 158 (см. таблицу) показываетъ характеръ разрошеній, и какъ въ начальныхъ стадіяхъ болѣзни железы шейки остаются интактными. Если дѣло доходить до частичнаго ороговѣнія эпителиальныхъ клѣтокъ, то подъ микроскопомъ посрединѣ видны эпителиальные отростки и поля, гнѣзда ороговѣвшаго эпителія. Такая форма карциномы носитъ названіе канкроида (см. рис. 157).

Микроскопически ростъ опухоли различенъ; либо возникаютъ плоскостныя разрошенія на влагалищной части, равномерно проникающія вглубь, какъ это показываетъ рис. 160, либо развиваются большія опухоли, похожія по виду на цвѣтную капусту и заполняющія большую часть влагалища въ видѣ большихъ опухолей, величиной до кулака.

Въ началѣ болѣзни не видно ничего, кромѣ небольшого, слегка зіяющаго, очень краснаго мѣста.

Ракъ шейки исходитъ либо изъ цилиндрическаго эпителія слизистой оболочки шейки, либо изъ цилиндрическаго эпителія железъ, т. е. представляеть собою *цилиндроклеточковую опухоль*.

Вначалѣ, пока просвѣтъ железъ еще частью сохранился, эта карци-

нома по своему характеру представляет аденокарциному (см. рис. 159). Макроскопически она распространяется въ стѣнкѣ шейки, какъ показываетъ рисунокъ 161.



Рис. 157. Канкрондъ влагалищной части съ многочисленными канкрондными образованиями.

Раковая ткань прорастаетъ всю стѣнку, и въ концѣ концовъ поражается также влагалищная часть шейки.

Раковые опухоли на поверхности распадаются, и вслѣдствіе вскрытія сосудовъ возникаютъ кровотечения. Некротически распавшаяся ткань



Рис. 159. Аденокарцинома шейки матки. Эпителій частью многослойный, частью клѣтки выполняютъ просвѣты железистыхъ трубокъ.

служить питательной средой для многихъ бактерій, въ особенности гнилостныхъ, вызывающихъ гнилостный распадъ ткани и зловонный гни-

лостный запах ея. Омертвѣвшія, сгнившія поверхностныя части ткани имѣютъ зеленоватый, зеленовато-желтый или черно-бурый цвѣтъ. Вслѣдствіе распада ткани, въ каналѣ шейки образуются полости, если наружный маточный зѣвъ еще слегка закрытъ; но когда раковому распаду подвергается и наружный зѣвъ, то образуется глубокая воронка.



Рис. 160. Ракъ влагалищной части.



Рис. 161. Ракъ шейки.

Различіе между ракомъ влагалищной и навлагалищной части шейки какъ микроскопически, такъ и макроскопически возможно только въ началѣ болѣзни. Но коль скоро раковыя разрошенія пошли дальше, это уже невозможно. Въ такомъ случаѣ, если даже первоначально была карцинома изъ плоскаго эпителія, все же поражаются также и железы шейки, раковыя клѣтки пронизываютъ всю стѣнку шейки и по нимъ не видно больше, произошли ли онѣ изъ плоскаго или цилиндрическаго эпителія; это уже раковыя клѣтки. Совершенно то же самое относится и къ первичнымъ карциномамъ шейки, разъ онѣ разрослись въ стѣнкѣ ея и захватили также влагалищную часть. Во всѣхъ этихъ случаяхъ не только микроскопически, но и макроскопически невозможно

уже различить карциному шейки отъ карциномы влагалищной части ни по характеру распространения, ни по внѣшней формѣ.

Впрочемъ, различіе обѣихъ этихъ формъ имѣетъ только научное значеніе, на практикѣ же оно бесполезно. Обѣ формы клинически протекаютъ совершенно одинаково во всемъ, что касается ихъ распространения, злокачественности и симптомовъ. При этомъ нужно замѣтить, что ни на основаніи исходной точки, ни на основаніи микроскопическаго изслѣдованія невозможно вообще предсказаніе относительно того, какъ будетъ протекать та или иная форма клинически, будетъ ли она болѣе или менѣе злокачественной. Всѣ направленныя въ эту сторону изслѣдованія не привели ни къ какому результату. Одно только можно сказать, что орогоувѣвшая карцинома, канкроеидъ старыхъ женщинъ за 60 лѣтъ растетъ обыкновенно очень медленно, у молодыхъ же женщинъ, и въ особенности во время беременности, карцинома растетъ очень быстро.

Распространеніе.

Ракъ распространяется по лимфатическимъ путямъ. Рис. 162 показываетъ расположеніе лимфатическихъ сосудовъ, исходящихъ изъ матки, вмѣстѣ съ заключенными между ними железами. Лимфатическіе сосуды изображены пунктиромъ. На рисункѣ видно, какъ лимфатическіе сосуды шейки достигаютъ параметрія и затѣмъ слѣдующихъ железъ окружающихъ сосуды таза: *glandulae hypogastricae* вокругъ *art.* и *ven. hypogastricae*; *gland. iliacaе* вокругъ *art.* и *ven. iliaca ext.* Железы могутъ также быть въ параметрії, близъ матки. Особенно многочисленны обыкновенно железы въ углу между сосудами таза и брюшной полости. Дальше вверхъ лимфатическіе сосуды достигаютъ железъ, расположенныхъ у аорты и полой вены. Железы эти, расположенныя у поясничной части позвоночника, называются *glandulae lumbales superiores* и *inferiores*, смотря по тому, расположены ли онѣ выше или ниже. Отъ шейки не отходятъ лимфатическіе сосуды къ яичникамъ. Этимъ объясняется, почему яичники не заболѣваютъ вторично при ракѣ шейки. Я никогда не видалъ рака яичниковъ при ракѣ шейки.

Если ракъ начинаетъ расти со стороны шейки, то онъ распространяется сначала въ параметрії, а потомъ въ железы. Параметрій, слѣдовательно, расположенная близъ матки соединительная ткань, при этомъ карциноматозно перерождается, утолщается, разбухаетъ, но она можетъ и не претерпѣвать видимыхъ или ощутимыхъ измѣненій. Нѣкоторые карциномы быстро переходятъ въ такихъ случаяхъ на железы, инныя остаются въ параметрії, не задѣвая железъ. Распространеніе опухоли бываетъ весьма различно, такъ же какъ и быстрота распространения.

Ракъ влагалищной части и въ особенности шейки можетъ расти вверхъ, въ направленіи къ маткѣ и поражать слизистую оболочку тѣла. Но это бываетъ не часто. Даже и при очень развитыхъ карциномахъ шейки рѣдко находятъ заболѣваніе тѣла матки. Достойны вниманія еще болѣе рѣдкіе случаи, когда въ тѣлѣ матки сидятъ изолированные узлы раковой ткани, не имѣющіе связи съ первичной опухолью. Они могли возникнуть, благодаря метастазамъ черезъ лимфатическіе пути, или же прививка произошла, какъ думаютъ нѣкоторые, изъ ниже лежащихъ мѣстъ.

Подобно тому, какъ карцинома шейки растетъ вверхъ, она можетъ расти и внизъ, переходить на влагалищные своды, инфильтрировать влагалищную стѣнку и распространиться по всему каналу влагалища. Отъ такого перехода опухоли на влагалище по смежности нужно отли-

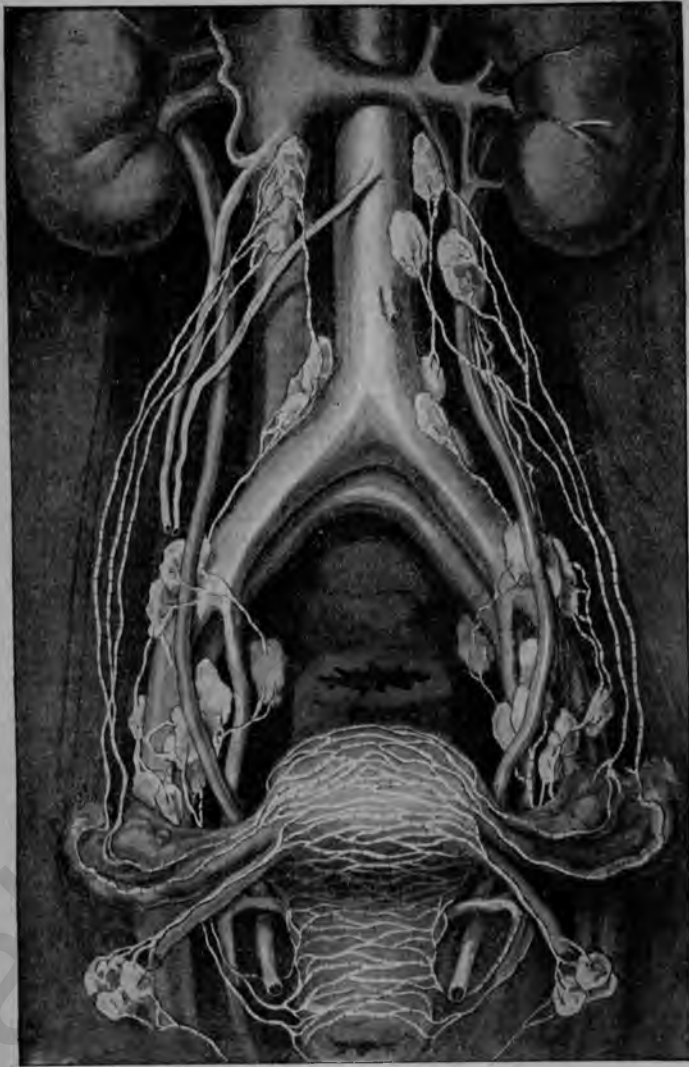


Рис. 162. Лимфатическій аппаратъ женскихъ половыхъ органовъ.

чать расположенные въ стѣнкѣ влагалища изолированные раковые узлы, не имѣющіе прямой связи съ карциномой шейки. Во влагалищной стѣнкѣ находятъ въ этомъ случаѣ узлы, покрытые здоровой слизистой оболочкой. Ихъ находятъ также въ валикѣ мочеиспускательнаго канала. Съ возрастомъ они распадаются, образуя раковыя язвы. Для такихъ узловъ, въ

особенности расположенныхъ подъ здоровой слизистой оболочкой, приходится допустить, что они возникли черезъ лимфатическіе сосуды обратнымъ путемъ.

Разъ ракъ шейки перешелъ за маточный зѣвъ, разъ онъ достигъ болѣе рыхлой соединительной ткани таза, то онъ распространяется по всей клетчаткѣ, по направленію къ пузырю, вокругъ прямой кишки, на боковую стѣнку таза вверхъ, выше тазового входа. Ракомъ разѣдается также стѣнка прямой кишки и въ особенности влагалищная стѣнка. Въ концѣ концовъ вся полость таза переполнена раковыми массами. Въ большинствѣ случаевъ дѣло не заходитъ, однако, такъ далеко, и больныя погибаютъ раньше отъ общаго карциноматоза, и тѣмъ скорѣе, что такъ же быстро наступаетъ мѣстное увеличение рака, что раковая опухоль появляется въ другихъ органахъ, отдаленныхъ отъ первоначальнаго очага, что она даетъ *метастазы*. Всего чаще метастазы находятъ въ печени, затѣмъ въ легкихъ, почкахъ; рѣдко въ желудкѣ, кишкахъ, мышцахъ и костяхъ.

Симптомы и теченіе.

Ракъ шейки можетъ существовать долгое время, не давая никакихъ симптомовъ. У женщины нѣтъ повода обратиться къ врачу. А когда она приходитъ къ нему, когда появляются первые признаки болѣзни, тогда уже слишкомъ поздно. Къ счастью, такъ бываетъ не очень часто.

Симптомы рака шейки обусловливаются измѣненіями раковой опухоли на поверхности, вовлеченіемъ въ процессъ сосѣднихъ органовъ и нарушеніемъ ихъ функцій, метастазами и общимъ разстройствомъ всего вообще организма.

Одинъ изъ первыхъ признаковъ представляютъ *кровотеченія* перемѣнной силы, появляющіяся въ видѣ усиленной менструаціи или же нерегулярно, въ промежуткѣ между двумя менструаціями. Особенно поразительны кровотеченія послѣ легкихъ поврежденій поверхности карциномы, напр. во время медицинскаго изслѣдованія, или во время coitus. Особенно кровотеченія послѣ coitus очень подозрительны въ этомъ смыслѣ, а также кровотеченія, появляющіяся во время *менопаузы*. Женщина давно потеряла менструацію, какъ вдругъ у нея снова появляются крови.

Если ракъ сильно распадается по поверхности, то наступаютъ довольно значительныя кровотеченія; тѣмъ не менѣе женщины очень рѣдко погибаютъ отъ такихъ острыхъ кровотеченій.

Къ начинающимся кровотеченіямъ очень часто присоединяются также истеченія кровянисто-водянистой жидкости, весьма похожей на мясные помои и происходящей отъ серознаго выпота на поверхности карциномы. Вначалѣ эти отдѣленія не имѣютъ запаха, но потомъ они становятся зловонными. Чѣмъ болѣе карцинома распадается на поверхности, чѣмъ болѣе образуется омертвѣвшей ткани, служащей благоприятной питательной средой для гнилостныхъ бактерий, всегда имѣющихся въ большомъ количествѣ во влагалищѣ, тѣмъ зловоннѣе становятся истеченія, которыя превращаются въ настоящую гнилостную жидкость. А если сюда примѣшиваются еще моча и испражненія—какъ это бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда ракъ разѣдаетъ пузырь, и прямую кишку, то запахъ можетъ сдѣлаться невыносимымъ. Но и безъ того от-

дѣленія часто бываютъ такъ отвратительно зловонны, что даже и ко всему привычный врачъ можетъ почувствовать дурноту. Запахъ можетъ чувствоваться на всю комнату, а иногда достаточно войти въ квартиру, чтобы уже можно было поставить діагнозъ, что въ ней живетъ женщина, больная ракомъ.

Начинающіяся карциномы шейки не вызываютъ боли. Для многихъ женщинъ очень плохо, что именно при этой болѣзни отсутствуютъ боли, которыя всего энергичнѣе напоминаютъ о существованіи болѣзни. Къ кровоточеніямъ женщины привыкли, а къ болямъ нѣтъ. Кровоточенія не заставляютъ большинство женщинъ сейчасъ же обратиться къ врачу, что, несомнѣнно, заставила бы ихъ сдѣлать боль. Вотъ почему, между прочимъ, врачамъ часто приходится слишкомъ поздно приступать къ леченію безболѣзненной карциномы.

Только когда карцинома проникла въ глубь ткани шейки, она становится болѣзненной, въ особенности если ракъ пронизалъ параметріи, и если заболѣванію подверглась брюшина. А когда весь тазъ переполненъ раковыми массами и нервы таза сдавлены, боли становятся невыносимыми. Онѣ такъ сильны, что не уступаютъ никакимъ болеутоляющимъ средствамъ.

Ракъ, перешедшій на *пузырь*, вызываетъ инфильтрацію стѣнки пузыря, красноту и воспаленіе слизистой оболочки. Стѣнка пузыря становится бугристой, развивается буллѣзный отекъ (см. таблицы, рис. 163). Эти измѣненія сопровождаются явлениями катарра пузыря, жженіемъ при мочеиспусканіи, позывами; моча становится мутной, гнойной, кровавой.

При вростаніи рака въ *прямую кишку* точно также вначалѣ появляются явленія раздраженія, позывъ къ испражненію (тенезмы), выдѣленіе слизи вмѣстѣ съ испражненіями, выдѣленія крови. Дефекація можетъ быть очень болѣзненна.

Если ракъ разрастается вокругъ *венъ* таза, въ особенности вокругъ *vena iliaca externa*, то послѣдствіемъ этого бываютъ отеки нижнихъ конечностей.

Разрастаніе вокругъ *мочеточниковъ* ведетъ къ застою мочи, *гидронефрозу*; часто возникаютъ затѣмъ воспаленія почечныхъ лоханокъ, піелитъ, или вмѣстѣ съ тѣмъ инфицируется почечная ткань, вызывая піелонефритъ. Дѣло можетъ даже дойти до полного препятствія къ выдѣленію мочи и до урѣміи.

Благодаря потерѣ крови, гнилостнымъ отдѣленіямъ и отравленію организма раковымъ ядомъ, больныя худѣютъ. *Кожа* пріобрѣтаетъ желтовато-блѣдный цвѣтъ, слизистыя оболочки теряютъ свою красноту. Совершенно блѣдныя губы и впалые глаза характеризуютъ состояніе раковыхъ больныхъ, извѣстное подъ именемъ *кахекии*. Страдая усиливающимися болями, мучительными зловонными выдѣленіями, будучи едва въ состояніи принимать пищу, беспомощныя и несчастныя больныя въ концѣ концовъ погибаютъ. Нѣтъ болѣе печальной картины, какъ изо дня въ день наблюдать умирающую отъ рака матки женщину. Смерть является для нея въ концѣ концовъ истинной избавительницей.

Діагнозъ.

Діагнозъ рака можно поставить только при помощи *внутренняго изслѣдованія*. Какъ великъ грѣхъ при упущеніи его! Многія женщины

избѣгаютъ внутренняго изслѣдованія при такихъ незначительныхъ разстройствахъ, какъ преходящее кровотеченіе, въ особенности если при этомъ нѣтъ болей. Кромѣ того, сюда присоединяется еще то обстоятельство, что именно у пожилыхъ женщинъ, у которыхъ карцинома бываетъ особенно часто, даже врачи часто приписываютъ неправильность менструацій и несвоевременныя кровотечения переходному возрасту. А между тѣмъ всякій врачъ, къ которому женщина обращается съ жалобами на неправильныя кровотечения, обязанъ произвести внутреннее изслѣдованіе и энергично настаивать на своемъ требованіи, если женщина отказывается. Только такимъ путемъ можно поставить ранній діагнозъ карциномы и приступить къ операціи въ наиболѣе благоприятное для этого время. Въ большинствѣ случаевъ карцинома опредѣляется по *шероховатости* влагалищной части или *стѣнки шейки*, если наружный маточный зѣвъ открытъ, и по *кровотеченію*, наступающему во время изслѣдованія—на изслѣдующемъ пальцѣ остается пятно крови. Для діагноза въ особенности важно, что кончикомъ пальца можно раздавливать карциноматозную ткань; при легкомъ нажиманіи кончикъ пальца входитъ въ ткань. При разсматриваніи шейки въ зеркало, видна изорванная, зіяющая поверхность, кровоточащая и покрытая налетомъ. Въ самомъ началѣ карциномы на влагалищной части замѣчаются только сильныя эрозіи. Видъ шейки въ такомъ случаѣ очень обманчивъ. Поэтому нужно помнить, что для діагноза карциномы *ощупываніе имѣетъ гораздо большее значеніе, чѣмъ разсматриваніе* въ зеркалѣ.

Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ существуетъ обоснованное подозрѣніе на карциному, и въ которыхъ ощупываніе и осматриваніе не дали вполне надежнаго результата, необходимо вырѣзать кусочекъ подозрительной ткани изъ влагалищной части (*пробная эксцизія*) или же выскоблить кусокъ ткани изъ шейки острой ложечкой, чтобы выяснитъ діагнозъ путемъ микроскопическаго изслѣдованія полученныхъ кусочковъ.

Если діагнозъ поставленъ, то нужно разслѣдовать, какъ далеко уже распространился ракъ. Такъ какъ путь дальнѣйшаго развитія всегда лежитъ въ направленіи къ параметрію, и такъ какъ утолщеніе параметрія можетъ служить признакомъ того, что карцинома распространилась далѣе, выше шейки, то нужно прежде всего произвести ощупываніе параметріевъ, соединительной ткани таза. Для этой цѣли *изслѣдованіе производится черезъ прямую кишку*. Только со стороны прямой кишки можно точно установить, какъ далеко распространилась инфильтрація въ параметріяхъ. Палецъ, введенный въ прямую кишку, проводятъ настолько высоко, чтобы влагалищная часть прощупывалась черезъ кишечную стѣнку. Затѣмъ влагалищную часть обходятъ сбоку, сгибаютъ немножко палецъ и ощупываютъ соединительно-тканную подстилку матки. Мягкость или плотность (инфильтрацію) параметрія установить нетрудно. Если матка вмѣстѣ съ карциномой достаточно подвижна, а параметрії свободны, то нѣтъ никакого сомнѣнія, что операція возможна, и что можно надѣяться на прочное выздоровленіе. Если же ракъ уже распространился далѣе, захвативъ параметрії, если параметрії утолщены, то матка становится менѣе подвижной. Но въ этомъ случаѣ вопросъ объ оперативной помощи долженъ рѣшать не всякій вообще практикующій врачъ, а только образованный, опытный специалистъ. Даже и для него рѣшеніе вопроса не всегда легко. Ибо, какъ показали многочисленныя изслѣдо-

ванія, инфильтрація параметріевъ не всегда еще указываетъ, что въ нихъ развился карцинома; утолщенія параметріевъ могутъ быть также воспалительнаго происхожденія.

Что касается *дифференціальной діагностики*, то нужно замѣтить, что сифилитическія первичныя пораженія влагалищной части могутъ имѣть большое сходство съ ракомъ. Анамнезъ, розеола, наконецъ микроскопическое изслѣдованіе вырѣзанныхъ кусочковъ обезпечиваютъ діагнозъ.

Леченіе.

При современномъ состояніи нашихъ знаній единственный способъ леченія, дающій возможность добиться успѣха, представляетъ *операция*.

Оперативное леченіе испытало съ теченіемъ времени различныя измѣненія.

Много лѣтъ подрядъ примѣняли исключительно операцию полной экстирпации матки черезъ влагалище, впервые произведенную въ 1879 году Сзегну. Усовершенствованная съ теченіемъ времени она превратилась въ простую и вѣрную операцию.

Выполненіе операциі. На влагалищной части дѣлаютъ круговой разрѣзъ, отсепааровываютъ пузырь отъ передней стѣнки шейки, вскрываютъ видимое уже послѣ того excavatio vesico-uterina, выкалываютъ матку черезъ это отверстіе во влагалище, защемляютъ сосуды дна матки, идущіе по направленію книзу, слѣдовательно spermaticae, uterinae и сосуды Дугласовыхъ складокъ, разрѣзываютъ ткани, къ которымъ прикрѣплена матка, и удаляютъ ее. Сосуды перевязываютъ, брюшину и влагалищную стѣнку зашиваютъ. Такая операциа можетъ быть произведена въ 15—20 минутъ. Съ теченіемъ времени смертность при этой операциі упала съ 30% до 6—8%. Казалось, что операциа достигаетъ цѣли. Ее продолжали бы, вѣроятно, примѣнять еще долгое время, если бы статистическія работы, главнымъ образомъ Winter'a, не заставили врачей обратить вниманіе на прочность получаемыхъ результатовъ. Наблюденія надъ оперированными вскорѣ показали, что лишь немногія изъ нихъ живутъ еще болѣе или менѣе продолжительное время или могутъ даже вообще считаться окончательно выздоровѣвшими.

Лишь 20—30% оперированныхъ остаются свободными отъ рецидива болѣе 5 лѣтъ. Такъ какъ опытъ показалъ, что послѣ пятого года рецидивы наступаютъ очень рѣдко, то эти случаи могли считаться излеченными. Сама по себѣ цифра 30% прочнаго излеченія могла бы считаться сносною. Но она теряетъ свое значеніе, если сопоставить всѣ вообще случаи рака, попавшіе къ тому или иному врачу, со всѣми тѣми случаями, которые онъ оперировалъ. Число, указывающее, сколько случаевъ на 100 было вообще оперировано, называется *процентомъ оперативности*. Для влагалищной полной экстирпации процентъ этотъ колеблется между 10 и 50. Число прочно излеченныхъ случаевъ среди оперированныхъ, число умершихъ отъ операциі и число, указывающее на процентъ оперативности, даютъ вмѣстѣ возможность вычислить абсолютную цифру излеченія. Приведемъ примѣръ. Пусть изъ 100 карциноматозныхъ больныхъ, обратившихся къ врачу, оперированы 30 (оперативность 30%), умерла отъ операциі одна, въ живыхъ остались 29, изъ которыхъ 10 не дали рецидива. Абсолютная успѣшность операциі равна-

лась бы въ такомъ случаѣ 10%. Въ дѣйствительности, число это для отдѣльныхъ хирурговъ колеблется между 3 и 12%.

Такая незначительная успѣшность простой полной влагалищной экстирпации обуславливается двумя обстоятельствами. Опытъ, добытый при оперированіи карциномъ на другихъ частяхъ тѣла, показалъ, что можно рассчитывать на тѣмъ лучшій и тѣмъ болѣе прочный результатъ, чѣмъ далѣе отъ большого очага въ здоровой ткани производится операція. Влагалищная же полная экстирпация позволяетъ удалить только немногимъ болѣе, чѣмъ самую матку. Технически невозможно удалить соединительную ткань параметрія, потому что влагалищное пространство для этого слишкомъ мало даже при широкомъ влагалищѣ.

Второе обстоятельство, зависящее отъ той же причины, заключается въ томъ, что черезъ влагалище можно удалить только до известной степени подвижную матку, которую можно сдѣлать доступной и оперировать въ тѣсномъ пространствѣ влагалища. Вотъ почему при такомъ способѣ операціи весьма многія больныя ракомъ не могли быть оперированы и ихъ приходилось предоставить собственной судьбѣ.

Невозможность достаточно радикальнаго оперированія и ограниченіе операціи по техническимъ причинамъ лишь начальными или во всякомъ случаѣ мало развитыми случаями, привели къ необходимости улучшить оперативное лечение карциномы. Такой улучшенный способъ былъ найденъ въ расширенной полной экстирпации черезъ влагалище и въ абдоминальной полной экстирпации съ удаленіемъ лимфатическихъ железъ данной области.

Абдоминальная полная экстирпация.

Операцію эту при карциномѣ матки впервые произвелъ W. A. Freund въ 1878 году. Это было выдающееся событіе въ хирургіи. Первая оперированная Freund'омъ женщина нѣсколько лѣтъ тому назадъ еще была совершенно здорова. Но операція дала такія высокія цифры смертности—сообщали даже о смертности выше 70%—а влагалищная операція Czerny, гораздо менѣе опасная, казалась настолько болѣе подходящей, что операція Freund'a сначала не нашла себѣ широкаго примѣненія.

Въ единичныхъ случаяхъ ее производили впоследствии Riess и Rumpf. При этомъ достойно вниманія, что они отсепаровывали также мочеточники, чтобы имѣть возможность удалить какъ можно больше тазовой клѣтчатки. Но только систематическая работа Wertheim'a снова вызвала къ жизни операцію Freund'a, вмѣстѣ съ современными улучшениями ея. Теперь очень многіе гинекологи примѣняютъ абдоминальную операцію, какъ избранный способъ леченія карциномы шейки.

Выполненіе абдоминальной операціи рака.

Животъ вскрываютъ продольнымъ разрѣзомъ или же поперечнымъ разрѣзомъ черезъ фасціи. Затѣмъ, послѣ вскрытія брюшной полости вверхъ, матку захватываютъ щипцами и вытягиваютъ наружу. Благодаря этому напрягаются ligamenta suspensoria ovarii; сосуды spermaticae и круглыя маточныя связки перевязываютъ на одной сторонѣ. Если перерѣзать связку между лигатурами, то листки связки легко развора-

чиваются и нетрудно, раздвинувъ рыхлую соединительную ткань, сдѣлать доступными глазу сосуды и мочеточникъ. Тогда перевязываютъ сосуды матки на мѣстѣ ихъ происхожденія у *art. hypogastrica* и перевязываютъ ихъ. Если натянута немножко культю съ сосудами матки, то становятся видимымъ мочеточникъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ прилегае къ шейкѣ матки и перекрещиваетъ маточные сосуды. Когда маточные сосуды перевязаны съ обѣихъ сторонъ и мочеточникъ лежитъ свободно, расщепляютъ брюшину въ томъ мѣстѣ, гдѣ пузырь прилегае къ маткѣ, и отсепааровываютъ пузырь отъ шейки и влагалища. Сбоку, гдѣ мочеточники прилегаютъ къ маткѣ и къ влагалищной стѣнкѣ, точно также нужно отсепааровать пузырь и мочеточникъ отъ ихъ подстилки. Когда это сдѣлано, мочеточники съ обѣихъ сторонъ уже видны приблизительно на протяженіи 6 — 8 см. отъ своего устья. Если теперь оттянуть мочеточникъ въ сторону къ тазовой стѣнкѣ, то можно увидѣть паравгинальную соединительную ткань съ окутывающей влагалище венозной стѣтью. Теперь разрѣзываютъ переднюю влагалищную стѣнку какъ можно больше внизъ, а черезъ образовавшееся отверстіе разрѣзываютъ заднюю влагалищную стѣнку, защемляютъ обѣ стѣнки приспособленными для этого инструментами и отодвигаютъ спереди назадъ прямую кишку отъ задней стѣнки влагалища. Затѣмъ захватываютъ матку инструментами у тѣла и внизу у влагалища, такъ что она соединена еще только сбоку съ паравагинальными связками и сзади съ растянутыми Дугласовыми складками. Теперь уже можно подъ точнымъ контролемъ глаза вырвать сколько угодно оставшейся еще соединительной ткани таза далеко вглубь къ тазовому дну, а чтобы предупредить потерю крови, сосуды профилактически защемляются. Когда матка удалена, всѣ сосуды перевязываютъ и отсепааровываютъ соединительную ткань съ заключающимися въ ней железами отъ большихъ сосудовъ таза, *vasa iliaca externa et interna*. Когда операція окончена, боковыя полости таза свободны отъ большей части соединительной ткани; спереди виденъ отсепаарованный пузырь, сбоку—свободно лежащіе и изолированные мочеточники, и освобожденные отъ соединительной ткани большіе сосуды, между ними *pergus obturatorius* и облитерированная суплочная артерія, сзади — прямая кишка. Брюшину пузыря сшиваютъ съ брюшиной задней стѣнки таза и прямой кишки, начиная отъ одной ножки къ другой, послѣ того, какъ во влагалище предварительно вложена небольшая полоска марли, которая должна отводить отдѣленія раны наружу; никакой другой дренажъ не примѣняется. Наконецъ, зашиваютъ брюшную рану.

Описанная, примѣняемая нами техника пригодна для большинства случаевъ. При особыхъ осложненіяхъ, большихъ срощеніяхъ, инфильтраціи вокругъ мочеточниковъ и сосудовъ необходимо нѣсколько измѣнить ее. Кромѣ того, многіе хирурги описали и рекомендовали различныя видоизмѣненія операціи.

Для наркоза именно при этихъ операціяхъ особенно надежной оказалась поясничная анестезія.

Преимущества абдоминальной операціи карциномы слѣдующія: это настоящая хирургическая операція въ лучшемъ смыслѣ этого слова; она позволяетъ удалить много ткани, кромѣ матки, удалить областныя железы и бороться еще съ такими случаями, въ которыхъ при другихъ способахъ оперированія ничего нельзя сдѣлать.

При абдоминальной операциі болѣе, чѣмъ при какой бы то ни было другой, хирургъ можетъ всегда оперировать подъ контролемъ глаза, избѣгать всякихъ побочныхъ поврежденій, слѣдя за анатомическими условіями, оперировать бережно, т. е. отсекавая острымъ ножомъ, ножницами и пинцетомъ, и съ увѣренностью справляться съ потерей крови во время операциі.

Такъ какъ при брюшной операциі можно хорошо видѣть всѣ органы и имѣть въ своемъ распоряженіи достаточно мѣста, то удается, удалить очень много ткани изъ таза. Рис. 164 показываетъ, какъ много можно удалить ткани изъ параметрія вмѣстѣ съ маткой.

Тѣмъ самымъ выполняется главное требованіе, которое нужно предъявлять къ операциі карциномы: оперировать въ здоровой ткани



Рис. 164. Матка съ придатками и обильной тазовой клетчаткой (parametrium и paracolpium), удаленная абдоминальнымъ путемъ влѣдствіе карциномы влагалищной части шейки.

по возможности дальше отъ больной и по возможности удалить всѣ макроскопически незамѣтные отростки раковыхъ разрошеній.

Къ тому же при такомъ способѣ операциі можно удалить и *областные лимфатическія железы*. Последнія могутъ заболѣвать очень рано, въ такое время, когда клинически въ параметрії еще ничего доказать нельзя, когда карцинома, повидимому, еще ограничивается только первичнымъ очагомъ. Разумѣется,—какъ это видно на рис. 164,—нельзя удалить всѣ областныя железы, получающія свою лимфу отъ матки. Это технически невозможно. Вырѣзать можно только железы, лежащія въ параметрії и вокругъ большихъ сосудовъ до *iliaca communis*. Факты эти неоднократно приводились, какъ аргументы противъ всякаго вообще удаленія железъ, которое объявляли бесполезнымъ и безцѣльнымъ. Вѣрно, что удаленіе железъ не всегда можетъ быть совершенно; вѣрно и то, что большая часть случаевъ, при которыхъ найдены и удалены карциноматозныя железы, очень скоро давали рецидивы. Все же въ литера-

туръ уже описано 25 случаевъ съ удаленіемъ раково-перерожденныхъ железъ, которые дали прочное излеченіе.

Затѣмъ абдоминальная операція позволяетъ оперировать и въ очень развитыхъ случаяхъ, даетъ возможность и здѣсь получать исцѣленіе. Между тѣмъ, какъ при простой полной экстирпаціи черезъ влагалище оперативность рѣдко превышала 30%, при абдоминальной операціи она достигла 90%. Отъ смѣлости, ловкости и взглядовъ хирурга на оперативное леченіе рака будетъ вообще зависѣть, какъ далеко онъ пойдетъ. Многочисленныя наблюденія показали намъ, что даже и въ отчаянныхъ на видъ случаяхъ можно оперировать съ успѣхомъ: въ случаяхъ съ инфильтрированными параметріями и переходомъ рака на влагалище, съ обросшими раковыми массами мочеточниками, съ карциноматозными железами.

Если мочеточникъ, напримѣръ, лежитъ въ раковой опухоли, отъ которой его нельзя отсепаровать, то его можно перерѣзать и послѣ экстирпаціи карциноматозныхъ массъ снова вшить въ пузырь; мало того, это можно продѣлать даже и съ обоими мочеточниками. Можно также резецировать части пузыря, если карцинома срослась съ пузыремъ, и части прямой кишки, если ракъ перешелъ на ея стѣнки. Но если весь тазъ заполненъ раковой тканью, если въ карциномѣ лежатъ большіе сосуды, которыхъ нельзя отдѣлать, то оперативная помощь исключается. Такимъ образомъ, неоперативными слѣдовало бы считать только эти случаи, если бы опытъ не показалъ намъ, что границу оперативности нужно проводить нѣсколько уже. Я не оперирую болѣе въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ раковому перерожденію подверглась значительная часть стѣнки пузыря. Если желаютъ оперировать радикально, то въ такихъ случаяхъ приходится вырѣзывать большую часть пузырной стѣнки. А между тѣмъ раны карциноматознаго пузыря плохо заживаютъ и на пузырьѣ остается фистула; очень скоро на пузырьѣ появляется рецидивъ, большей частью уже черезъ нѣсколько недѣль, и въ теченіе короткой, оставшейся имъ жизни больныя испытываютъ еще страданія отъ мочевого свища.

Затѣмъ у старыхъ женщинъ подъ 70 лѣтъ или у очень истощенныхъ нужно быть болѣе осторожнымъ и не оперировать въ развитыхъ случаяхъ, при которыхъ можно было бы еще рѣшиться на операцію у болѣе молодыхъ субъектовъ. Рѣшеніе вопроса объ оперативности и неоперативности случаевъ довольно затруднительно даже для опытнаго врача, и нерѣдко только пробная лапаротомія—аутопсія на живыхъ можетъ показать, на сколько случай пригоденъ для операціи.

На ряду съ описанными преимуществами, абдоминальная операція имѣетъ и немалые недостатки: во-первыхъ, послѣдующія болѣзни послѣ операціи и, во-вторыхъ, опасность операціи для жизни, выражающаяся въ процентѣ смертности.

Естественно, что при обширныхъ операціяхъ должны оставаться большія, даже полостныя раны, требующія продолжительнаго времени для заживленія. Отдѣленіе мочеточниковъ можетъ приводить къ образованію мочеточниковыхъ фистулъ. Обширное отдѣленіе пузыря, перерѣзываніе связанныхъ съ нимъ сосудовъ и нервовъ почти регулярно подаютъ поводъ къ развитію послѣоперационнаго воспаленія пузыря, частью

тяжелаго характера, которое распространяется по мочеточникахъ вверхъ и ведетъ къ образованію пѣлитъ и пѣлонефрита.

Но хуже этихъ послѣдующихъ болѣзней первичная смертность отъ операциі. Женщины умираютъ отъ шока, кровотеченій, эмболій, пнеймоній, инфекціи мочевыхъ путей и прежде всего отъ острой инфекціи, которой объясняется половина смертныхъ случаевъ. Инфекціи нерѣдко исходитъ изъ содержащей бактеріи ткани самой карциномы. Поэтому, чтобы уменьшить опасность инфекціи, пытались самую раковую ткань сдѣлать безвредной прижиганіемъ, выскабливаніемъ ложечкой, выжиганіемъ, дезинфекціей. Но нѣтъ способа, нѣтъ средства, чтобы съ увѣренностью достигнуть этой цѣли. Частью опасность инфекціи завистъ, впрочемъ, и отъ уменьшенной вообще сопротивляемости карциноматозныхъ больныхъ.

Смертность отъ операциі колеблется между 10 и 30%. Я самъ не получалъ менѣе 15% смертности. Хирурги, имѣющіе небольшія цифры смертности, имѣютъ также и меньшее число операций, потому что они тщательнѣе выбираютъ случаи, худшихъ случаевъ не оперируютъ. Ясно, что большее число женщинъ погибнетъ отъ операциі, если оперировать и болѣе безнадежные случаи, если подвергать операциі и болѣе истощенныхъ субъектовъ, обладающихъ меньшей сопротивляемостью. Чѣмъ меньше, слѣдовательно, цифра оперативности, тѣмъ меньше будетъ и смертность. И все же я думаю, что въ виду страданія, которое безусловно ведетъ къ смерти и такъ часто приводитъ къ печальному концу, нужно оперировать, когда только возможно. Операциа представляетъ здѣсь единственное спасеніе. Но кто работаетъ для статистики, тотъ, разумѣется, не долженъ прикасаться къ плохимъ случаямъ.

А между тѣмъ расширеніе границъ оперативности можетъ дать дѣйствительный успѣхъ. Что старанія хирурговъ не остаются безрезультатными при высокой цифрѣ оперативности, показываютъ слѣдующія данныя:

Wertheim имѣетъ 50% оперативности и 18% абсолютнаго излеченія; Zweifel 52% оперативности и 20.5% абсолютнаго излеченія; Вum m 61% оперативности и 16% абсолютнаго излеченія; Krö n i g 79% оперативности и 25% абсолютнаго излеченія; F r a n z 80% оперативности и 27.5% абсолютнаго излеченія.

Что нужно разумѣть подъ абсолютнымъ излеченіемъ, мы уже объяснили выше. Но это станетъ еще яснѣе, если мы рассмотримъ слѣдующія цифры, показывающія успѣхъ абдоминальной операциі. Цифры эти покоятся на требованіяхъ Winter'a для статистическаго изслѣдованія, изъ которыхъ главнѣйшій заключается въ томъ, чтобы излеченными считались лишь тѣ случаи, въ которыхъ не было рецидива по меньшей мѣрѣ въ теченіе 5 лѣтъ послѣ операциі.

Съ 1-го октября 1904 г. по 31-е марта 1907 г. ко мнѣ обратились 120 женщинъ съ карциномой шейки. Изъ нихъ 87 подверглись абдоминальной операциі, а 22 были неоперативны. Остальныя были подвергнуты влагалищной операциі и пробнымъ лапаротоміямъ. Изъ 87 умерли отъ операциі 20, смертность равняется 23%. Изъ 67 оставшихся въ живыхъ 33 оставались здоровыми и не имѣли рецидива въ теченіе 5 лѣтъ. Выраженное въ процентахъ, число это составитъ 37.9% оперированныхъ, 49.3% оставшихся въ живыхъ и 27.5% всего числа обратившихся къ

намъ за это время женщинъ съ карциномой. Это, слѣдовательно, и есть *абсолютный успѣхъ операціи*.

Если разсматривать эти цифры и сравнивать ихъ съ тѣми, которыя даетъ простая полная экстирпація черезъ влагалище, именно съ 10%, то превосходство абдоминальной операціи нужно считать доказаннымъ. Особенно убѣдительна въ этомъ смыслѣ статистика Zweifel'я (Aulhorn), которая показываетъ, что при полной экстирпаціи черезъ влагалище онъ достигъ только 9.7% случаевъ прочнаго излеченія, а при абдоминальной операціи больше, чѣмъ вдвое. Статистика эта въ особенности доказательна потому, что дѣло идетъ объ одинаковомъ матеріалѣ и о томъ же операторѣ.

Расширенная полная экстирпація черезъ влагалище.

Не воплишь столь благоприятные результаты, какъ абдоминальная операція, но все же гораздо лучше, чѣмъ простая полная экстирпація черезъ влагалище, даетъ расширенная влагалищная экстирпація. Подъ этимъ разумѣютъ операцію, которая при помощи особыхъ разрѣзовъ черезъ влагалище и промежность увеличиваетъ влагалищное пространство на столько, что можно въ достаточной мѣрѣ удалить параметріи и оперировать, слѣдовательно, такимъ способомъ и развитые случаи рака.

Schuchardt первый произвелъ такіа операціи. Онъ дѣлалъ вспомогательный разрѣзъ въ сторону и назадъ отъ влагалищной части черезъ стѣнку влагалища; на границѣ между задней и средней третью губы онъ проникалъ глубоко въ окружающую прямую кишку жировую ткань и продолжалъ дальше разрѣзъ вокругъ задняго прохода, шая его сфинктеръ до кобчика.

Особыя заслуги въ развитіи расширенной полной экстирпаціи черезъ влагалище приобрѣлъ Schauta.

Операція производится слѣдующимъ образомъ:

Дѣлаютъ Schuchardt'овскій разрѣзъ, или, при болѣе широкомъ влагалищѣ, лишь глубокий влагалищно-промежностный разрѣзъ, начиная отъ влагалищной части черезъ всю стѣнку влагалища въ сторону и назадъ, черезъ промежность, до задняго прохода, глубоко въ параректальную ткань. Такимъ образомъ открывается доступъ къ влагалищу. Затѣмъ захватываютъ влагалищную часть крочковатыми щипцами, разрѣзаютъ спереди влагалищную стѣнку поперекъ надъ пузыремъ, не менѣе, чѣмъ въ 4-хъ см. отъ края влагалищной части шейки, отсепааровываютъ влагалищную стѣнку отъ влагалищной части шейки, а затѣмъ пузырь отъ шейки вверхъ. Если стѣнка шейки сильно утончена, благодаря карциномѣ, то это можетъ оказаться довольно труднымъ. Когда отсепааровывая, доходятъ до excavatio vesico-uterina, вскрываютъ передній карманъ брюшины и вытягиваютъ матку черезъ образовавшееся въ брюшинѣ отверстіе. Захватываютъ въ зажимы придатки, отрѣзываютъ матку отъ нихъ и, сильно оттягивая дно матки вправо, отсепааровываютъ съ лѣвой стороны пузырь отъ клѣтчатки параметрія вверхъ до тѣхъ поръ, пока не станетъ виденъ мочеточникъ. То же самое продѣлываютъ и на другой сторонѣ. Когда мочеточники отдѣлены, посреднѣ между ними видны сосуды матки, которые защемляютъ насколько возможно дальше отъ матки. Послѣ того можно уже вырѣзать матку вмѣстѣ съ большимъ количествомъ ткани параметрія. Послѣ перевязки

сосудовъ, брюшную полость закрываютъ, сшивая брюшину, или пришивая брюшину пузыря къ передней стѣнкѣ влагалища, а брюшину прямой кишки къ задней стѣнкѣ, вкладываютъ одинъ марлевый тампонъ въ брюшную полость, а другой во влагалище, и зашиваютъ влагалищно-промежностный разрѣзъ. Эта влагалищная операція рѣшительно менѣе опасна, чѣмъ абдоминальная; смертность отъ нея равна только 6—10%. Но ее отнюдь нельзя производить такъ радикально, какъ абдоминальную.

Она показана у очень жирныхъ женщинъ, у которыхъ абдоминальная операція можетъ оказаться весьма трудной вслѣдствіе недостатка мѣста, обусловленнаго жиромъ живота, и въ особенности у старыхъ женщинъ, за 65 лѣтъ, которымъ нельзя рѣшиться произвести болѣе опасную абдоминальную операцію.

Результаты, полученные при помощи расширенной влагалищной операціи, достойны вниманія. Я приведу лишь цифры Schauta, потому что онъ самая большія и потому что Schauta наиболѣе рационально производилъ эту операцію. На 866 случаевъ карциномы шейки онъ оперировалъ 455, т. е. оперативность = 51.3%. 211 изъ его операцій произведены уже 5 лѣтъ тому назадъ, изъ нихъ 73 не дали рецидива. Такъ какъ за это время онъ имѣлъ всего 444 случая, а 73 изъ нихъ дали прочное выздоровленіе, то полученная имъ абсолютная цифра излеченія составляетъ 16.6%.

Р е ц и д и в ы.

Рецидивы, появляющіеся послѣ оперативнаго удаленія раковой матки, локализируются или во влагалищномъ рубцѣ въ параметріи, или въ железахъ. Рѣдко они наблюдаются также въ брюшныхъ покровахъ, на мѣстѣ рубца отъ лапаротоміи, или въ рубцѣ отъ влагалищно-промежностной инцизии. Эти-то рецидивы, не имѣющіе прямой связи съ мѣстомъ первичной опухоли, разсматривались, какъ рецидивы отъ прививки. Происхожденіе ихъ объясняли такъ, что во время операціи частички рака или раковые зародыши перенесены были на рану. Еще твердо не установлено, существуютъ ли вообще рецидивы отъ прививки, но согласно тому, что мы знаемъ теперь о распространеніи рака, ихъ нельзя вполнѣ исключить.

Если рецидивы подвижны и не слишкомъ велики, то ихъ можно оперировать. Насколько мнѣ извѣстно по собственному опыту, очень радикальными операціями можно достигнуть еще довольно хорошихъ результатовъ. Но для того, чтобы увидѣть рецидивы въ томъ состояніи, когда ихъ еще можно оперировать, оперированныя женщины должны аккуратно показываться врачу каждые 1—2 мѣсяца. Если же рецидивъ неоперативенъ, то больше ничего нельзя сдѣлать.

Р а к ъ т ѣ л а м а т к и.

Ракъ тѣла матки наблюдается болѣею частью у пожилыхъ женщинъ послѣ 50 лѣтъ и у тѣхъ, которыя уже потеряли менструацію. У молодыхъ женщинъ онъ бываетъ очень рѣдко.

Ракъ тѣла исходитъ изъ поверхностнаго эпителія слизистой оболочки тѣла или изъ эпителія железъ. На микроскопической картинѣ, однако, въ большинствѣ случаевъ нельзя уже распознать, откуда началось развитіе карциномы. Железы развѣтвляются, соединительная ткань между ними становится болѣе скудной. Эпителиальныя трубки приле-

гають другъ къ другу. Раковыя опухоли, въ которыхъ многослойный эпителий и выполненіе просвѣта железъ кѣтками отсутствуютъ, получили названіе *доброкачественныхъ аденомъ*. Но оно безусловно невѣрно, и такіе случаи точно также должны считаться карциномами. Карциноматозный характеръ ихъ несомнѣненъ, если эпителиальныя кѣтки железистыхъ трубокъ расположены многослойно другъ надъ другомъ, эпителий выполняетъ пустоты железъ, такъ что образуются толстые эпителиальные отростки, и эпителиальныя кѣтки прободають соединительнотканый слой основанія железъ и вростають въ соединительную ткань или въ мускулатуру матки.

Рис. 166 показываетъ ракъ матки. На немъ видны развѣтвляющіяся железы и многослойный эпителий. Между железами едва замѣтна еще соединительная ткань.

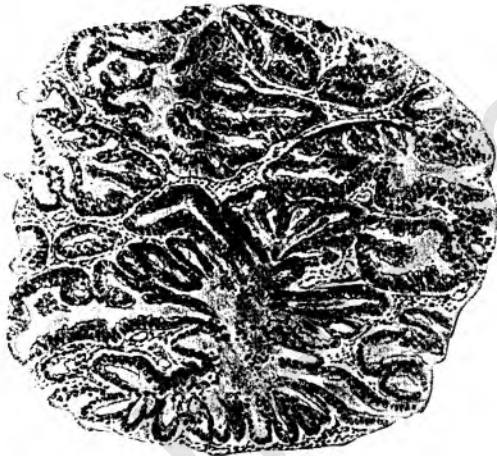


Рис. 165. Аденокарцинома тѣла матки.

Такия формы рака наиболѣе часты въ тѣлѣ матки. Кромѣ того, тамъ наблюдаются еще карциномы, по микроскопическому строенію своему похожія на канкроиды. Въ толстыхъ раковыхъ отросткахъ, благодаря концентрическому наслоенію эпителиальныхъ кѣтокъ и ихъ ороговънію, образуются раковыя ядра. Такой ракъ назвали *роговымъ*.

Ростъ рака тѣла можетъ быть весьма различенъ. Два рисунка (166 и 167) показываютъ два различныхъ вида роста карциномы. Первый (рис. 166) — разлитой способъ разрощенія по всей поверхности полости; разрощенія вдаются главнымъ образомъ въ просвѣтъ матки. Какъ и всегда, карцинома распадается на поверхности, и тогда образуются полости съ разорванными, распавшимися стѣнками.

Сама стѣнка матки сначала поражается менѣе, и, несмотря на обширныя разрощенія рака внутрь, между карциномой и поверхностью матки остается еще широкое здоровое мышечное кольцо. Сама матка незначительно увеличена.

Совершенно иначе совершается ростъ карциномы, изображенный на второмъ рисункѣ (рис. 167). Мы видимъ здѣсь, какъ карцинома пронизываетъ всю стѣнку матки, въ одномъ мѣстѣ она даже проникла подъ

брюшину; просвѣтъ же матки, напротивъ, сохранился, и поверхность ея менѣе подверглась распаду. Такой ростъ карциномы сопровождается сильнымъ увеличеніемъ матки.

Между этими двумя видами роста карциномы наблюдаются еще также нѣкоторыя другія ворсинчатая разрощенія по направленію къ полости матки, диффузныя, но плоскія разрощенія по всей внутренней поверхности матки, ограниченные узлы на маточной стѣнкѣ, одиночныя



Рис. 166. Ракъ тѣла матки.

или множественныя, плоскія или выдающіяся, имѣющіе въ промежуткахъ здоровую ткань — карциномы, которыя затѣмъ лишь своимъ основаніемъ проникаютъ вглубь мускулатуры.

Явленіе, нерѣдко сопровождающее ракъ тѣла матки, представляетъ *миометра*. Если ракъ распадается на поверхности, и бактерии изъ влагалища самопроизвольно или послѣ изслѣдованія инструментами попадаютъ въ полость матки, то онѣ въ изобиліи развиваются въ распадѣ ткани, которая нагнаивается. Гной не можетъ стекать по узкому каналу шейки, застаивается и скопляется въ большомъ количествѣ въ полости матки, которая вслѣдствіе этого значительно растягивается.

Ракъ матки имѣетъ лишь незначительную склонность переходить за предѣлы ея, и въ этомъ заключается его относительная доброкачественность. Это происходитъ, быть можетъ, потому, что плотная, толстая и крѣпкая мускулатура матки оказываетъ раковымъ разрощеніямъ значительное сопротивленіе. Наблюдались случаи, когда ракъ тѣла матки годами оставался все въ одномъ

положеніи. Но это все же исключенія, на которыя клинически нельзя полагаться. Относительно поздно поражается въ этомъ случаѣ шейка матки. Если ракъ распространяется далѣе по лимфатическимъ путямъ, то онъ растетъ по направленіямъ, указаннымъ на рис. 162. Вдоль круглой связки поражаются паховыя железы. Вдоль сосудовъ *spermatica* поражаются железы, расположенныя высоко близъ почечныхъ сосудовъ. Железы гипогастрія остаются нетронутыми. Замѣчательно, что при карциномѣ тѣла матки не такъ уже рѣдко появляются метастазы во влагалищѣ, въ мочеточникахъ и во входѣ во влагалище.

Метастазы въ другихъ органахъ появляются прежде всего тамъ же гдѣ и при карциномѣ шейки, т. е. въ печени, легкихъ и т. д.

Симптомы.

Главный симптомъ рака тѣла матки представляетъ *кровотеченіе*, особенно подозрительное въ томъ случаѣ, если оно появляется у женщинъ,



Рис. 167. Ракъ тѣла матки.

потерявшихъ уже менструацію, находящихся въ періодѣ менопаузы. Типъ кровотеченій весьма различенъ; они бываютъ постоянныя или неправильно періодичныя, съ свободными отъ крови промежутками. Точно также неодинакова сила кровотеченія: иногда оно обильно, иной разъ выдѣляется лишь нѣсколько капель крови, едва оставляющихъ слѣды на бѣльѣ.

Если карцинома распадается, нагнаивается или гнилостно разлагается, то къ крови примѣшиваются крошки ткани или гноя, или же выдѣляющаяся кровь имѣетъ дурной, гнилостный запахъ. Кровянисто-водянистыя отдѣленія наблюдаются не такъ часто, какъ при ракъ шейки. Въ свободное отъ кровотеченія время отдѣляется иногда тонкій водянистый секретъ, или похожая на бѣли жидкость, бѣлая, слизистая. Но между двумя кровотечениями можетъ и не быть никакихъ отдѣленій. Болей въ началѣ заболѣванія нѣтъ. Лишь когда ракъ увеличивается и распространяется, могутъ появиться и боли. Онѣ имѣютъ тогда выраженный потужный характеръ, который можетъ усилиться до коликообразныхъ припадковъ.

Діагнозъ.

Описанные симптомы, въ особенности кровотеченія у женщинъ въ періодъ менопаузы, подозрительны на карциному тѣла матки. Діагнозъ ставится при помощи ощупыванія матки или чаще при помощи *микроскопическаго изслѣдованія* слизистой оболочки тѣла. *Осмотр* влагалищной части недостаточно. При вставленіи влагалищной части въ зеркало, на ней не видно при ракъ матки никакихъ измѣненій, которыя могли бы способствовать постановкѣ діагноза.

Въ рѣдкихъ только случаяхъ можно распознать карциному тѣла, въ особенности начинающуюся, путемъ *ощупыванія*. Такія карциномы совсѣмъ не измѣняютъ формы, объема и подвижности матки, или, по крайней мѣрѣ, измѣненія эти не настолько характерны, чтобы на основаніи уклоненій отъ нормы можно было бы сдѣлать какіе-нибудь выводы. Въ самомъ дѣлѣ, ни увеличенная, ни фиксированная, ни мягкая, или въ особенности твердая матка, ничего не говорятъ въ пользу діагноза. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда сильно увеличена кровотокающая матка, или же имѣется кровотокающая матка съ гнилостными выдѣленіями, это можетъ усилить подозрѣніе на карциному. Въ томъ случаѣ, напримѣръ, который изображенъ на рис. 167, изслѣдованіемъ можно было доказать сильное увеличеніе матки, но на *одномъ* только этомъ основаніи нельзя было поставить діагноза. При развитыхъ карциномахъ тѣла матки, въ особенности такихъ, которыя перешли на шейку, каналъ шейки становится обыкновенно проходимымъ для пальца, и тогда можно изслѣдовать пальцемъ полость матки, гдѣ находятъ шероховатые, крошащіеся массы карциноматозной ткани. Казалось бы, что во всѣхъ случаяхъ, гдѣ маточный зѣвъ открытъ, можно было бы расширить каналъ шейки, чтобы изслѣдовать полость матки. Но этого не нужно дѣлать не потому, что такое изслѣдованіе можетъ оказаться опаснымъ, благодаря кровотеченію и инфекціи, но потому, что у насъ имѣется болѣе простое средство для постановки діагноза, и къ тому же почти совсѣмъ совершенно безопасное. Средство это *пробное выскабливаніе*. Ложечкой достаютъ изъ полости матки слизистую оболочку и изслѣдуютъ ее подъ микроскопомъ (техника выскабливанія описана нами въ главѣ о леченіи эндометрита). Во всѣхъ случаяхъ, когда карцинома сильно развита, очень легко высоблеть много ткани; ложечка извлекаетъ очень много кусочковъ. Уже одного этого достаточно для опытнаго врача, чтобы почти съ увѣренностью распознать болѣзнь; но онъ не преминетъ, конечно, изслѣдовать высобленную ткань микроскопически, чтобы сдѣлать діагнозъ карциномы несомнѣннымъ. Итакъ: *пробное выскабливаніе и микроскопическое изслѣдованіе*

удаленной слизистой оболочки представляют самое простое и верное средство для распознавания карциномы тела матки.

Что касается дифференциальной диагностики, то нужно иметь въ виду распадающіяся, гнилостно-разлагающіяся подслизистыя міомы, точно также наблюдающіяся у старыхъ женщинъ во время менопаузы и обнаруживающія вообще тѣ же симптомы, какъ и ракъ тѣла матки: кровотечения, кровянисто-водянистыя отдѣленія, гнойныя отдѣленія, зловонныя гнилостныя отдѣленія и даже скопленія гноя въ полости матки (піометра). Затѣмъ слизистыя полипы шейки также вызываютъ иногда кровотечения и незначительныя отдѣленія. Простое изслѣдованіе пальцемъ выясняетъ діагнозъ. Оно даетъ возможность опредѣлить тонкія полиповыя слизистыя разрощенія въ маточномъ зѣвѣ. Но для полной достовѣрности лучше и эти полипы изслѣдовать подъ микроскопомъ, взявши съ нихъ кусочекъ.

Лечение.

Матку съ ракомъ тѣла нужно удалить. Пригодную для этого операцію представляетъ простая полная экстирпація черезъ влагалище. Выше мы уже говорили, что ракъ тѣла долгое время ограничивается маткой и имѣетъ мало склонности переходить на сосѣдніе органы. Вотъ почему достаточно влагалищной операціи. вмѣстѣ съ маткой всегда нужно удалить придатки, трубы и яичники, въ противоположность раку шейки, при которомъ ихъ можно и не вырѣзывать. На рис. 162 видно, какъ лимфатическіе сосуды тѣла матки переходятъ въ связки и придатки. Такимъ образомъ, если не удалить ихъ, они могутъ въ послѣдствіи дать рецидивъ. Очень большую матку, какъ напримѣръ на рис. 167, лучше оперировать абдоминальнымъ путемъ. Обширныя резекціи соединительной ткани и железъ таза, производимыя при абдоминальномъ оперированіи рака шейки, здѣсь излишни, именно въ виду указаннаго на рисункѣ особаго распредѣленія лимфатическихъ сосудовъ, благодаря которому раннее участіе этихъ органовъ въ процессѣ невозможно. Что простая влагалищная операція при ракѣ тѣла представляетъ правильный приемъ, доказываетъ и статистика. Прочные результаты, вычисленные согласно приведеннымъ выше правиламъ для карциномъ тѣла, оперированныхъ черезъ влагалище, дали по различнымъ статистическимъ таблицамъ цифры, колеблющіяся между 65 и 90%. Отсюда ясно, что карцинома тѣла и по послѣоперативнымъ даннымъ должна считаться гораздо менѣе злокачественнымъ заболѣваніемъ, чѣмъ карцинома шейки.

Палліативное лечение рака матки.

Палліативное лечение становится нужнымъ тогда, когда единственно спасительная въ настоящее время терапия, т. е. оперативная, невозможна. Оно направлено противъ тягостныхъ симптомовъ и существующихъ у больныхъ расстройствъ и стремится оно не можетъ. Мы подчеркиваемъ здѣсь еще разъ, что врачъ не спеціалистъ не долженъ рѣшать вопроса объ оперативности или неоперативности рака матки и, слѣдовательно, о томъ, нужно ли его лечить палліативными средствами. Онъ не долженъ, потому что не можетъ этого сдѣлать, если онъ не спеціалистъ. Рѣшеніе вопроса можетъ оказаться очень труднымъ даже для спеці-

листа, для опытнаго гинеколога. Но если діагноз рѣшенъ въ смыслѣ неоперативности, то примѣняютъ всѣ палліативныя средства, описанныя ниже.

Симптомы, съ которыми нужно бороться—*кровотеченіе, гнилостныя отдѣленія и боль*. Если они отсутствуютъ, то не нужно никакого леченія. На гнилостный распадъ и кровотеченіе возможно оказывать лишь мѣстное дѣйствіе; если же ихъ нѣтъ, то ни при какихъ условіяхъ не нужно предпринимать чего либо по отношенію къ самой карциномѣ. Карциномы матки во многихъ случаяхъ тверды на поверхности и не распадаются. Здѣсь было бы большою ошибкой скоблить или прижигать; этимъ только можно было бы сдѣлать рану и ухудшить состояніе болѣзни.

Всѣ же другіе случаи съ распадомъ на поверхности, кровотеченіями и гнилостными отдѣленіями, должны подвергнуться *мѣстному леченію*. Острой ложкой соскабливаютъ поверхностныя мягкія, распавшіяся массы. Нужно только остерегаться, чтобы въ тѣхъ случаяхъ, когда карцинома поразила также пузырную или кишечную стѣнку, не вскрыть пузыря или прямой кишки, выскабливая слишкомъ много. Особенно опасно вскрыть пузырь: образуется свищъ, моча отдѣляется произвольно, и женщины страдаютъ больше прежняго, когда ихъ мучили только кровотеченія или гнилостныя отдѣленія.

При *выскабливаніи*, которое производится острой ложкой, выскабливаютъ до тѣхъ поръ, пока уже нельзя отдѣлать больше ткани. Образовавшуюся раневую поверхность, которая, разумѣется, кровоточитъ, выполняютъ марлевымъ тампономъ. Берутъ для этого марлю, пропитанную какимъ-нибудь порошкообразнымъ дезинфицирующимъ средствомъ (айроль, дерматоль, ксероформъ и т. п.). Цѣль выскабливанія карциноматозной поверхности—удалить омертвѣвшія и полуомертвѣвшія, легко кровоточащія массы и создать чистую раневую поверхность, которая могла бы покрыться грануляціями изъ здоровой ткани. Весьма полезно прижечь раневую поверхность, образовавшуюся послѣ выскабливанія. Для этой цѣли употребляютъ *каленое желѣзо* или *Пакелень* (инструментъ съ платиновыми прижигателями, которые накаливаются надъ пламенемъ и сохраняются въ такомъ состояніи путемъ вдуванія паровъ бензина). (Раскаленное желѣзо имѣетъ шарикъ на концѣ, величиной съ небольшую вишню и длинную деревянную ручку; его можетъ приготовить всякій кузнецъ или слесарь. Его накаливаютъ въ печи, отапливаемой каменнымъ углемъ. Нужно имѣть нѣсколько такихъ полосъ желѣза, чтобы всегда имѣть въ своемъ распоряженіи оказывающій хорошее дѣйствіе раскаленный докрасна прижигатель). Прижигаютъ, вызывая образованіе струпа, до тѣхъ поръ, пока поверхность раны не станетъ совсѣмъ или почти сухой, т. е. свободной отъ крови и серозной жидкости. Образованіемъ струпа можно достигнуть остановки кровотеченія, возникающаго при выскабливаніи. При этихъ прижиганіяхъ нужно остерегаться, чтобы не произвести ожоги влагалища. Всего лучше пользоваться деревяннымъ зеркаломъ; если же употребляютъ металлическія зеркала, то ихъ нужно охлаждать, поливая холодной водой, иначе они становятся отъ каленаго желѣза или пакелена настолько горячими, что обжигаютъ влагалище.

Послѣ прижиганія поверхности карциномы больше дѣлать нечего.

Образовавшийся струпъ постепенно отторгается, и подъ нимъ развивается чистая грануляціонная поверхность. Кровотеченія и гнилостныя отдѣленія могутъ послѣ этого долгое время отсутствовать.

Вмѣсто каленаго желѣза (*cauterium actuale*), для прижиганія карциномы и образования струпа послѣ выскабливанія можно пользоваться химическими средствами (*cauterium potentiale*). Для этой цѣли въ особенности примѣнимъ *хлористый цинкъ*, преимущественно въ видѣ пасты (*Zinc. chlor. amyl. aa*), которую намазываютъ на шарообразный ватный тампонъ и прикладываютъ къ поверхности раны. Тампонъ оставляютъ 6—8 часовъ, а затѣмъ его удаляютъ, не примѣняя сначала никакихъ дальнѣйшихъ средствъ. Хлористый цинкъ производитъ глубокой струпъ. Черезъ 6—8 дней большей частью можно снять съ ткани толстый струпъ, подъ которымъ выступаетъ прекрасная грануляціонная поверхность краснаго цвѣта.

Если карцинома послѣ такого леченія снова начинаетъ кровоточить, то можно повторить его, или же переходятъ къ сухому леченію порошками, къ которому можно, конечно, прибѣгнуть и съ самаго начала. Промыванія имѣютъ мало смысла. Можно, разумѣется, дѣлать промыванія марганцовокислымъ калѣмъ или другимъ какимъ-нибудь дезинфицирующимъ веществомъ, но они мало помогаютъ, въ особенности противъ кровотеченія.

Сухое леченіе производится такъ: влагалище вытираютъ въ зеркалѣ насухо, а потомъ всыпаютъ на карциному порошокъ. Наиболѣе полезными оказались равномѣрные смѣси одного изъ выше названныхъ дезинфицирующихъ порошковъ съ таниномъ.

Какъ сообщаютъ *Bum, Döderlein, Gauss, Krönig*, въ новѣйшее время успѣшно лечили карциномы *мезоторіемъ*, именно наружныя, видимыя или, по крайней мѣрѣ, такія карциномы, которыя можно сдѣлать доступными глазу: карциномы прямой кишки, влагалища, вульвы, шейки. Большія опухоли уменьшались въ объемѣ, распавшаяся карциноматозная ткань исчезала, кровоточащая и разлагающаяся поверхность очищалась, а микроскопическое изслѣдованіе подвергнутой дѣйствию лучей ткани показывало, что раковыя клѣтки исчезли. Только въ глубинѣ находились единичныя гнѣзда раковыхъ клѣтокъ. Такъ лечили съ успѣхомъ и оперативныя опухоли рака. Если мезоторіемъ макроскопически можно вызвать исчезновеніе напр. большихъ карциномъ надвлагалишной части или шейки, то не можетъ быть сомнѣнія, что такимъ же образомъ можно уничтожить и меньшія оперативныя опухоли. Вопросъ лишь въ томъ—на какое время. Леченіе мезоторіемъ тогда только могло бы конкурировать съ операцией, если бы статистика леченія этимъ средствомъ, составленная по приведенному выше принципу, дала такіе же результаты, какъ оперативная статистика. Мезоторій дѣйствуетъ лучами; онъ посылаетъ мягкіе и твердые лучи. Мягкіе прижигаютъ поверхностно, а твердые (γ -Strahlen) проникаютъ вглубь. Чтобы не прижечь здоровой ткани, мягкіе лучи нужно фильтровать черезъ свинецъ или алюминій.

Мезоторій примѣняется въ капсулахъ, которыя цѣлыми часами прикладываются къ карциноматозной ткани.

Аналогично мезоторію дѣйствуютъ *рентгеновскіе лучи*. Женщину кладутъ на кресло для изслѣдованія съ раздвинутыми бедрами; защи-

щенная надлежащимъ образомъ діафрагмой рентгеновская трубка по возможности приближается къ вульвѣ, и предназначенные для карциномы лучи пропускаются черезъ зеркало изъ флинтгласа, чтобы не поразить и не повредить стѣнки влагалища. Филтрація лучей при карциномѣ не нужна; ожога поверхности не принесла бы вреда. Въ ткань пропускаютъ какъ можно больше энергіи тока.

Если къ намъ обращаются женщины съ неоперативными карциномами и мочевыми или прямокишечными свищами, то имъ нужно рекомендовать ношеніе уринальныхъ, т. е. резиновыхъ мѣшковъ, которые висятъ между бедрами, чтобы произвольно отдѣляющаяся моча стекала въ нихъ, не смачивая постоянно и не раздражая кожи вульвы.

Боли при неоперативныхъ карциномахъ могутъ быть очень сильны. Женщины не имѣютъ отъ нихъ покоя ни днемъ, ни ночью. Это относится также къ неоперативнымъ рецидивамъ, если опухоли прилегаютъ непосредственно къ тазовой стѣнкѣ и давятъ на нервы таза. Компрессы мало помогаютъ въ такихъ случаяхъ. Помогаютъ только наркотическія средства. Начинаютъ съ менѣе сильно дѣйствующихъ, назначая ихъ рег ос или въ свѣчкахъ, а потомъ подъ кожу. Изъ наркотическихъ назову антипиринъ, фенацетинъ, хлоралъ, пантопонъ, морфій. Въ концѣ концовъ и морфій дѣйствуетъ только въ большихъ дозахъ. Не нужно скупиться на это средство, чтобы хоть сколько нибудь облегчить несчастнымъ больнымъ ихъ боли.

Все, что мы сказали о симптоматическомъ леченіи карциномы, относится прежде всего къ раку шейки, а затѣмъ, конечно, также къ неоперативнымъ карциномамъ тѣла матки. Но здѣсь нужно имѣть въ виду одно: не нужно во всѣхъ случаяхъ выскабливать полость матки или стремиться вообще освободить ее отъ некротическихъ массъ. Во всякомъ случаѣ, нужно быть очень осторожнымъ, иначе легко можно прободать стѣнки матки, пропитанная раковой опухолью. Разложившіяся карциноматозныя массы стекаютъ тогда въ брюшную полость и вызываютъ смертельное воспаленіе.

Хоріоэпителиома.

Хоріоэпителиома, извѣстная также подъ именемъ *syncytioma malignum*, *deciduoma malignum*, представляетъ очень злокачественное заболѣваніе. Какъ децидому, ее впервые описалъ Sängер; онъ считалъ клѣтки, изъ которыхъ построена опухоль, потомками децидуальныхъ клѣтокъ. Истинный характеръ опухоли выяснили болѣе позднія работы Магсhаnд'a. Хоріоэпителиома состоитъ изъ эпителія и гистологически представляетъ, слѣдовательно, *карциному*, но она распространяется по лимфатическимъ путямъ и въ этомъ отношеніи похожа на саркому. Она построена изъ клѣтокъ эпителія, покрывающаго ворсинки хоріона, *клеточную слюя* Langhаn's'a (эктодерма ворсинокъ), и изъ *syncytium*. Клеточные элементы, разрастаясь, беспорядочно вростаютъ въ окружающую ткань (см. рис. 168).

Отъ трещинъ на сосудахъ появляются кровоизліянія въ ткань. Этимъ объясняется, почему опухоли имѣютъ очень мягкую консистенцію и багровый цвѣтъ, легко распадаются и кровоточатъ. По виду онѣ похожи на кровяныя опухоли, иногда на плацентарные полипы. Эти опухоли раз-

виваются только послѣ беременности, въ особенности послѣ пузырныхъ заносовъ, а также послѣ выкидышей, очень рѣдко послѣ доношенной беременности. Онѣ расположены въ видѣ одиночныхъ опухолей въ одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ полости матки, или же растутъ въ маточной стѣнкѣ (см. рис. 169).

Хориоэпителиомы очень склонны къ метастазамъ. Совсѣмъ нерѣдко наблюдаются *обратные* метастазы, въ особенности во влагалищѣ. Одинъ такой случай изображенъ на рисункѣ. Здѣсь удалены были матка

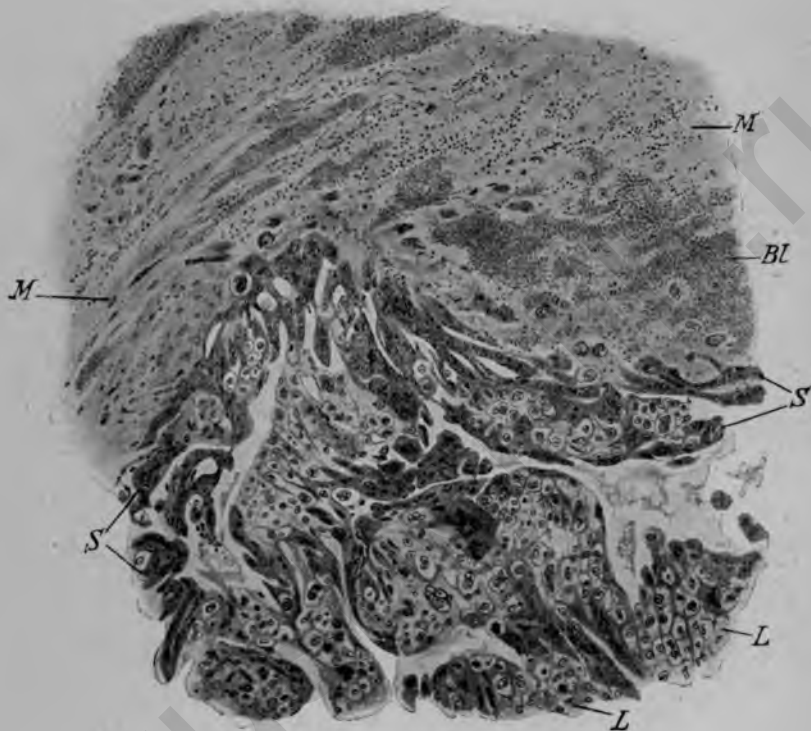


Рис. 168. M = мускулатура, Bl = кровь, S = syncytium, L = клѣтки L a n g h a n s'a.

и влагалище. Во влагалищѣ съ сильно развитыми складками виденъ метастазъ внизу близъ влагалищнаго входа. Кромѣ того, метастазы могутъ быть въ легкихъ, печени, сердцѣ, въ мозгу.

Симптомы хориоэпителиомы являются кровоточенія. Но они появляются иногда лишь послѣ того, какъ опухоль уже сильно развилась. Въ особенности послѣ *пузырныхъ заносовъ*, или послѣ выкидышей, нужно слѣдить, нѣтъ ли хориоэпителиомы, когда послѣ несомнѣннаго удаленія заноса въ послѣродовомъ періодѣ женщина снова начинаетъ кровоточить послѣ того, какъ крови уже прошли. Если нѣтъ видимыхъ и осязаемыхъ признаковъ, то полость матки выскабливаютъ и тщательно изслѣдуютъ выскобленные массы ткани подъ микроскопомъ. Не всегда легко рѣшить, имѣемъ ли мы передъ собой хориоэпителиому, или же только безбидный

материалъ изъ эпителиальныхъ клетокъ. Хорошо въ такихъ случаяхъ посоветоваться съ человѣкомъ, опытнымъ въ микроскопіи.

Если діагнозъ поставленъ, то матка должна быть удалена. Ее удаляютъ черезъ влагалище, резецируя въ случаѣ надобности и это послѣднее. Расширенная абдоминальная операція не имѣетъ здѣсь преимуществъ передъ влагалищной, потому что опухоль вѣдь не распространяется ни на соединительную ткань, ни на железы.

Въ большинствѣ случаевъ вскорѣ послѣ операціи наступаетъ рецидивъ, ведущій къ смерти.

Саркома матки.

Саркома матки, по сравненію съ карциномой, представляетъ рѣдкое заболѣваніе. Поражаться можетъ какъ шейка, такъ и тѣло матки, но въ противоположность карциномѣ, саркома тѣла гораздо чаще саркомы шейки. Саркома шейки всегда, вѣроятно, исходитъ не изъ влагалищной, а надвлагалищной части шейки. А потому правильнѣе говорить о саркомѣ шейки вообще, а не о саркомѣ влагалищной части. Подобно раку, саркома принадлежитъ къ злокачественнымъ болѣзнямъ. Она возникаетъ въ соединительной ткани путемъ перерожденія этой послѣдней и даетъ метастазы черезъ кровеносные сосуды.

Саркома наблюдается въ самомъ различномъ возрастѣ. Саркома слизистой оболочки такъ же поражаетъ молодыхъ субъектовъ, какъ и пожилыхъ и, повидному, даже молодыхъ чаще. Она наблюдалась даже у дѣтей 5 лѣтъ. Напротивъ, пристѣночная саркома и прежде всего саркома, развивающаяся изъ міомы, поражаетъ больше взрослыхъ людей, какъ и вообще міома представляетъ болѣзнь

Рис. 169. Хоріоэпителиома маточной стѣнки съ метастазами въ влагалищѣ.

средняго возраста, между 30 и 40 годами. Далѣе, саркома слизистой оболочки отличается отъ карциномы и въ томъ отношеніи, что она не встрѣчается, подобно карциномѣ, чаще у женщинъ нерожавшихъ. У дѣвушекъ и нерожавшихъ женщинъ ее находятъ столь же часто, какъ и у рожавшихъ.

Саркома шейки исходитъ изъ соединительной ткани слизистой оболочки, а *саркома тѣла* либо изъ соединительной ткани слизистой оболочки,

либо изъ соединительной ткани стѣнки тѣла матки. Въ этихъ случаяхъ она представляетъ большей частью перерожденную фиброміому, т. е. соединительнотканная волокна міомы становятся саркоматозными.

Саркомы слизистой оболочки образуютъ либо разлитыя разрошенія, или же—къ чему онѣ особенно склонны—полипозныя, узловатыя образования, мягкія мозговидныя образования, одиночныя или множественныя, сидящія въ полости матки. Онѣ могутъ также по одиночкѣ выталкиваться



Рис. 170. Миосаркома матки.

изъ матки (поэтому ихъ прежде называли рецидивирующими фиброидами, рекуррентными фиброидами по Hutchinson'y). Въ полости матки можетъ образоваться множество такихъ узловъ, сильно увеличивая размѣры матки.

На слизистой оболочкѣ шейки точно также образуются полипозныя разрошенія, которыя, если ихъ много, могутъ выполнять все влагалище

и имѣть форму винограда. Ихъ называютъ также поэтому *гроздевидными саркомами*.

Пристѣночныя саркомы представляютъ почти исключительно перерожденныя міомы и имѣютъ ихъ форму. Въ большинствѣ случаевъ перерождаются подслизистыя міомы. Одинъ такой случай изображенъ на рис. 170. Отъ міомы, лежащей въ здоровой маточной стѣнѣ, осталось еще $\frac{4}{5}$ здоровой на видъ міоматозной капсулы, а въ ней видна превратившаяся въ саркому ткань, мягкая, мозговидная, частью распавшаяся и образовавшая полости.

Но саркоматозному перероженію могутъ подвергаться также и интерстиціальныя и субсерозныя міомы.

Что касается частоты саркоматознаго перероженія міомъ, то мнѣнія на этотъ счетъ значительно расходятся. Въ то время, какъ нѣкоторые авторы находили, что саркоматозному перероженію подвергаются 2% всѣхъ міомъ, другіе не находятъ этого даже и въ десятой долѣ. Статистика зависитъ, вѣроятно, отъ истолкованія микроскопической картины, находимой при систематическомъ изслѣдованіи міомъ. Одни называютъ саркоматознымъ перероженіемъ то, что другіе считаютъ, быть можетъ, только доброкачественнымъ скопленіемъ клѣтокъ.

Очень рѣдкая изолированная пристѣночная саркома, развивающаяся изъ матки безъ предварительнаго образованія міомы, точно также образуетъ сначала мягкій узелъ.

Микроскопически міосаркомы бываютъ веретенообразноклѣточные, или *круглоклѣточные*. Рис. 171 изображаетъ саркому слизистой оболочки съ круглыми и заложеными между ними гигантскими клѣтками. *Веретенообразноклѣточные саркомы* являются главнымъ образомъ перерожденными міомами. Далѣе, саркомы матки образуютъ еще также особыя формы, какъ *телеангиэктатическая* съ расширенными кровеносными сосудами, *лимфангіэктатическая* съ расширенными лимфатическими сосудами; наблюдались также *меланосаркомы*, т. е. саркомы съ отложеніями пигмента.

Симптомы въ начальныхъ стадіяхъ различны для пристѣночныхъ и поверхностныхъ саркомъ.

Поверхностныя саркомы слизистой оболочки симптоматически не отличаются отъ карциномъ. При нихъ наблюдаются кровотеченія, гнилостный распадъ, истеченія. Иногда водянистыя истеченія съ небольшою примѣсью крови очень обильны. Боли, какъ и при ракѣ, наблюдаются только въ развитыхъ саркомахъ. *Потугообразныя боли* наступаютъ, если большая саркома сидитъ въ полости матки и частью выталкивается.

Пристѣночныя саркомы въ началѣ вообще не даютъ никакихъ симптомовъ и только тогда, когда онѣ распространяются, онѣ даютъ такія же клиническія явленія, какъ и саркомы слизистой оболочки: кровотеченія, истеченія, боли и, наконецъ, кахецію.

Діагнозъ.

Саркомы слизистой оболочки вообще діагносцировать не трудно. Мягкій мозговидный характеръ ткани, форма разрошенной, въ особенности въ саркомахъ шейки, ихъ гроздевидная форма облегчаютъ діагнозъ. Саркомы, сидящія въ полости матки, въ началѣ не доступны прощупыванію, а потому и здѣсь также при подозрѣніи на саркому — нужно про-

извести выскабливание и микроскопическое исследование выскобленной массы. Если саркома увеличивается, то канал шейки открывается, и тогда можно пальцем прощупать в полости матки образование с такими же характерными чертами, какія наблюдаются при саркомах шейки, если исследовать пальцем полость послѣдней.

Пристыночныя саркомы, будутъ ли онѣ первичнаго происхожденія, или же являются дегенерированными миомами, въ началѣ вообще не поддаются несомнѣнному діагнозу, потому что ощупываніе не даетъ никакихъ для нихъ признаковъ. При *миомахъ* можетъ появиться *подозрѣніе* относительно саркоматознаго перерожденія ихъ, если онѣ очень быстро растутъ, чувствительны при давленіи, снова начинаютъ кровоточить послѣ того, какъ кровотеченія уже прекратились, и если онѣ становятся неподвижными. Въ особенности это относится къ миомамъ, въ которыхъ уже начался процессъ сморщиванія, у старыхъ, потерявшихъ крови женщинъ. Отнюдь не обязательно, однако, чтобы были на лицо всѣ эти симптомы. Несомнѣнный діагнозъ всегда очень труденъ.

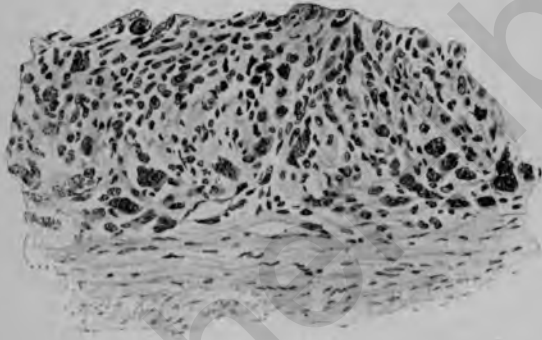


Рис. 171. Саркома слизистой оболочки матки.

Лечение.

Такъ какъ саркома, совершенно какъ и карцинома, представляетъ злокачественное заболѣваніе и такъ же быстро протекаетъ, то она должна быть оперирована, и притомъ путемъ удаленія матки. Производить ли операцію черезъ влагалище или абдоминальнымъ путемъ—вопросъ, который рѣшается сообразно случаю. Сомнительно, чтобы абдоминальная радикальная операція давала въ этомъ случаѣ больше надежды на выздоровленіе, чѣмъ влагалищная. При распространеніи саркомы на кровеносные сосуды для прочнаго излеченія безразлично, будетъ ли удалена соединительная ткань таза, или нѣтъ. Въ виду рѣдкости заболѣванія, ни у кого нѣтъ достаточнаго опыта, чтобы съ увѣренностью рѣшить, какой оперативный путь болѣе правильный. Небольшія матки удаляютъ въ такихъ случаяхъ черезъ влагалище, а болѣе значительныя—черезъ брюшную полость, и избѣгаютъ уменьшенія матки во время операціи, потому что этимъ легко обусловливается распространеніе саркоматознаго процесса.

Болезни маточныхъ трубъ (Tubae Fallopii).

I. Анатомія и физиологія маточныхъ трубъ.

Трубы составляютъ часть *Мюллеровыхъ* нитей, которыя, послѣ соединенія средней ихъ части въ матку и влагалище, остаются на дальнемъ концѣ обособленными въ видѣ цилиндрическихъ трубокъ. По изслѣдованіямъ W. A. Freund'a ¹⁾, трубы, въ началѣ утробной жизни идущія отъ поясничной части къ маткѣ, опускаясь вмѣстѣ съ яичниками въ полость таза, образуютъ типичную спираль, достигающую своего максимальнаго развитія на 32-ой недѣлѣ утробной жизни. Въ это время можно найти обыкновенно $6\frac{1}{2}$, рѣже $7\frac{1}{2}$ завитковъ спирали, считая отъ матки. Въ образованіи спиралей участвуютъ всѣ тканнныя трубы; всего менѣе брюшина, всего болѣе продольныя мышцы, а затѣмъ сосуды; среднее мѣсто занимаетъ слизистая оболочка. Въ послѣдніе 8 недѣль утробной жизни завитки спирали, начиная отъ рога матки, частью медленно выпрямляются, благодаря болѣе сильному росту. У новорожденныхъ сосѣдняя съ маткой часть трубы имѣетъ слегка волнистое направленіе; у наружнаго конца существуетъ еще $4\frac{1}{2}$ завитка. Во внѣутробной жизни спиральные завитки выпрямляются до наступленія половой зрѣлости, за исключеніемъ легкаго слѣда въ видѣ плоской дуги, непосредственно на границѣ съ трубной воронкой.

Не всегда распрямленіе спиралей совершается такъ закономерно; задержка процесса наблюдается у субъектовъ, обнаруживающихъ вообще инфантилизмъ и въ другихъ отношеніяхъ. На значеніе такого рода явленія для заболѣваній трубъ указалъ Freund.

У зрѣлой женщины трубы представляютъ два цилиндрическихъ хода, выпадающихъ въ матку на границѣ тѣла и дна ея. Онѣ бываютъ перемѣнной, иногда неравной длины (10—16 см.) и пробѣгаютъ по краю широкой связки и позади матки. Направленіе трубъ не такъ просто, какъ это до сихъ поръ изображали. По Waldeyer'u и His'y, у женщины въ стоячемъ положеніи только часть isthmus трубы расположена горизонтально и направлена у верхняго края широкой связки кнаружи; у средняго полюса яичника труба образуетъ прямой уголъ и подымается вдоль hilus ovarii вверхъ до бокового полюса яичника; тамъ она снова дѣлается загибъ, образуя острый уголъ, такъ что остатокъ ампулы, охватывая свободный выпуклый край яичника, снова направляется по средней линіи ко дну таза. Изъ этого слѣдуетъ, что труба, какъ описалъ впервые His, образуетъ вокругъ бокового полюса яичника петлю. Средняя часть трубы (isthmus) имѣетъ толщину въ 2—3 м.м. Она заканчивается въ стѣнкѣ матки, впадая въ нее узкимъ отверстіемъ. Къ средней части трубы, у новорожденной спирально извитой и остающейся въ такомъ видѣ еще нѣкоторое время и позже, примыкаетъ воронкообразное окончаніе трубы въ 6—8 м.м. въ діаметрѣ (ампула), въ основаніи котораго находится брюшное отверстіе трубы. Стѣнка воронки заканчивается многочисленными бахромчатыми окончаніями (fimbriae), которыя въ свою очередь снова распадаются на многочисленныя бахромки, снабженныя на внутренней поверхности продольными и поперечными полосами. Среди фимбрій, большинство которыхъ имѣетъ 10—15 м.м. длины, одна по длинѣ и силѣ превосходить всѣ другія. Неплѣ называется ея fimbria ovarica, и она соединена обыкновенно съ яичникомъ болѣе короткой складкой вродѣ желоба (см. яичники). Близъ окончанія трубы, у свободнаго края mesosalpinx, въ $\frac{1}{5}$ случаевъ виситъ на ножкѣ пузырекъ, величиной съ вишню, такъ называемая *Морганьевская* гидатида, которая эмбриологически представляетъ не окончаніе трубы, а возникаетъ по Waldeyer'u, путемъ частичнаго вытяженія канала такимъ образомъ, что во время роста *Мюллеровскихъ* нитей внизъ часть ихъ удерживается у грудобрюшной связки первичной почки.

Труба покрыта брюшиной, которая подъ ней присоединяется, на подобіе брыжейки, къ mesosalpinx. Лежащая подъ брюшиной, богатая сосудами

¹⁾ W. A. Freund, Volkmanns Sammlung klin. Vorträge, № 323.

адвентиція (*tunica subserosa*) связываетъ брюшинный покровъ съ *tunica muscularis* (гладкія мышцы), которая состоитъ изъ наружнаго слоя продольныхъ мышечныхъ волоконъ и внутренняго, болѣе толстаго циркулярнаго слоя. Наружный слой болѣе развитъ на верхней поверхности, чѣмъ объясняется, быть можетъ, наблюдающееся иногда вросаніе трубнаго мѣшка съ яйцомъ черезъ болѣе слабую нижнюю стѣнку въ широкую связку. Циркулярный слой утолщается по направленію къ маткѣ, въ внутреннія мышечныя волокна которой онъ прямо переходитъ. Слизистая оболочка трубы имѣетъ на своей соеди-

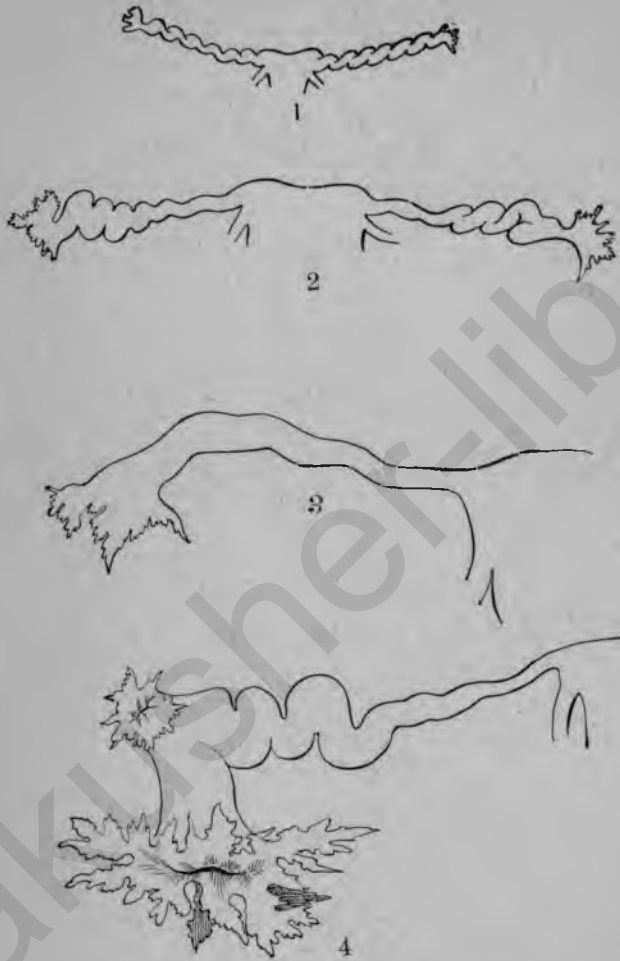


Рис. 172. 1—Тѣло матки съ трубами у пятимѣсячнаго плода. 2—Тѣло матки съ трубами у новорожденной дѣвочки. 3—Тѣло матки съ трубами у 13-лѣтней дѣвочки. 4—Лѣвая труба 30-лѣтней женщины съ добавочнымъ трубнымъ отверстіемъ.

нительнотканной основѣ однослойный мерцательный эпителий, расположенный другъ подле друга неравными рядами. По Scheffery и Mandiю между клѣтками мерцательнаго эпителия имѣются секреторныя клѣтки, количество которыхъ больше близъ *isthmus*. Подъ эпителиемъ находится тѣсно сплетенный съ нимъ остовъ изъ волокнистой соединительной ткани, не проникающей, однако, между клѣтками. Весьма важную принадлежность слизистой

оболочки представляют складки ея; къ главнымъ продольнымъ складкамъ, придающимъ isthmus на поперечномъ разрьзѣ форму звѣзды, присоединяются еще второстепенныя, и чѣмъ ближе къ ампуллѣ, тѣмъ онѣ все многочисленнѣе и толще. Второстепенныя складки въ свою очередь образуютъ вторичныя складки, такъ что разрозненія слизистой оболочки трубы похожи на разросшееся вѣтвистое дерево. Складки слизистой оболочки до такой степени выполняютъ infundibulum, что въ isthmus остается лишь минимальный просвѣтъ (трубный лабиринтъ), въ которомъ движется въ матку потокъ соковъ, направляемый мерцательнымъ эпителиемъ. Сосуды трубы вступаютъ въ mesosalpinx со стороны нижней поверхности ея и пробѣгаютъ затѣмъ по трубѣ въ продольномъ направленіи; артеріи (ram. tubar. art. uterin. u art. ovarii) образуютъ болѣе значительныя клубки, а вены — большія венозныя сплетенія,

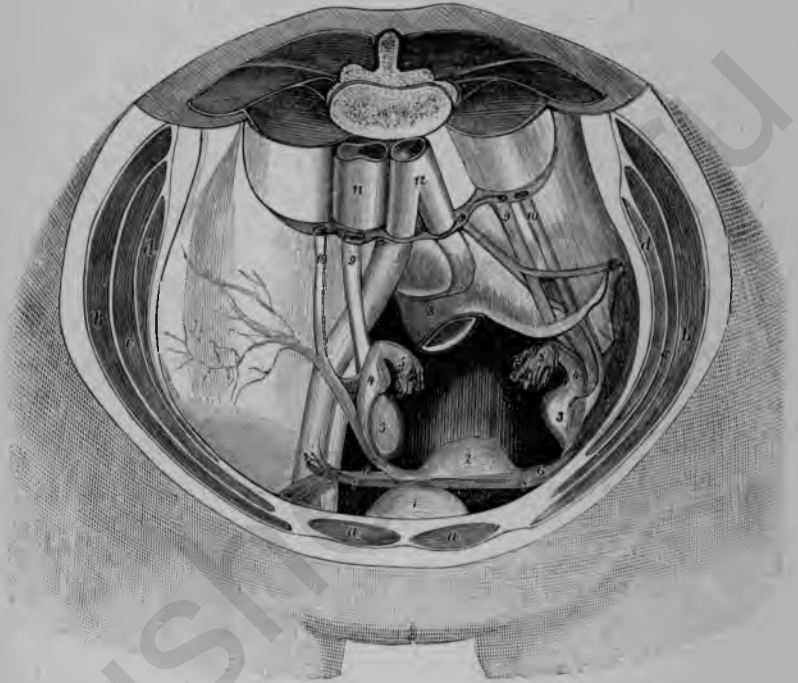


Рис. 173. Расположеніе газовыхъ органовъ по Waldeyer'у: 1. Пузырь. 2. Дно матки. 3. Яичникъ. 4. Труба. 5—5. Infundibulum. 6—6. Круглая связка. 7—7. Plica transversa. 8. Прямая кишка. 9—9. Мочеточники. 10—10. Vasa spermatica. 11—11. Полая вена. 12. Аорта. а—а. Musculus rectus abdominis; б—б. Musculus obliquus abdominis externus; в—в. Musculus obliquus abdominis internus; д—д. Musculus transversus abdominis.

болѣе мелкія развѣтвленія сосудовъ распространяются въ слизистой оболочкѣ до самыхъ складокъ. Соответственно отсутствію железъ, слизистая оболочка не отдѣляетъ секрета, какъ матка, но секреторный эпителий, повидимому, все же выдѣляетъ на поверхности оболочки своего рода протоплазму, количество которой въ особенности увеличивается передъ менструаціей и которая способствуетъ поступательному движенію яичка. Новѣйшія наблюденія заставляютъ думать, что слизистая оболочка, хотя и не всегда, обнаруживаетъ во время менструаціи крововизліянія.

Задачей трубъ является воспріятіе яичка послѣ выступленія его изъ Граафова фолликула и направленіе его въ матку. Прежде думали, что infundibulum прилегаетъ къ яичнику только временно, въ періодъ менструаціи,

или во время coitus, благодаря набуханію или сильнымъ мышечнымъ сокращеніямъ. По новѣйшимъ же изслѣдованіямъ, болѣе тѣсное соприкосновеніе между воронками трубъ и яичниками составляетъ норму. Но такъ какъ оно невозможно по всей поверхности яичника, то яичко, вѣроятно, направляется въ ампуллу находящимся на поверхности яичника серознымъ потокомъ, и благодаря поддержкѣ мерцательнаго эпителія фимбрій. А изъ ампуллы оно направляется дальше, чаще благодаря движенію мерцательнаго эпителія, а частью благодаря сокращенію мышцъ.

Слизистая оболочка ампуллы съ ея многочисленными бухтами и ходами служитъ вмѣстилищемъ для сперматозоидовъ.²

2. Аномалии развитія.

При отсутствіи матки, трубъ совсѣмъ нѣтъ, или же онѣ недостаточно развиты. При недостаточномъ развитіи одной *половины* матки, всегда безъ исключенія нѣтъ и соответственной трубы. Недоразвитія трубъ проявляются въ томъ отношеніи, что трубы остаются частью или цѣликомъ сплошными. Изрѣдка наблюдается такого рода нарушение непрерывности трубы, что маточный конецъ ея отдѣляется отъ бахромчатого конца сплошной частью въ 2 — 3 см. длины. Еще рѣже въ нормальной вообще трубѣ существуетъ только зачаточный бахромчатый конецъ, или же онъ имѣетъ дѣтскую форму, какъ при uterus infantilis.

Наблюдались также двойныя трубы на одной сторонѣ при одиночномъ яичникѣ. Придаточныя трубы сидятъ на самой трубѣ или на передней поверхности mesosalpinx.

Гораздо чаще встрѣчаются добавочныя трубныя отверстія (рис. 172, 4) на одной, или на обѣихъ сторонахъ; находили два, рѣдко (Rokitansky) три отверстія на одной и той же трубѣ. Waldeyer описываетъ даже случай, въ которомъ нашли 13 брюшныхъ отверстій въ трубѣ. Добавочныя трубныя отверстія расположены на стѣнкѣ, противоположной hilus'у, и представляютъ образовавшуюся вслѣдствіе грыжевиднаго выпячиванія слизистой оболочки узкую щель или же ясно выраженное отверстіе съ бахромками. Добавочное отверстіе находится большею частью близъ нормального, на мѣстѣ наибольшей выпуклости трубы, которая отсюда вертикально опускается къ нормальному отверстию. О происхожденіи и значеніи добавочныхъ трубныхъ отверстій ничего достовѣрнаго неизвѣстно.

Болѣе важное значеніе имѣетъ отмѣченная W. A. Freund'омъ остановка развитія трубы на эмбриональномъ стадіи. Свойственные эмбриону спиральные завитки не теряются въ этомъ случаѣ въ періодѣ полового созрѣванія; 1 — 4 изъ нихъ остаются, такъ что труба сохраняетъ форму почтового рожка. Зондировать такія трубы очень трудно, или совсѣмъ не удастся, въ виду того, что каналъ, внезапно образуя уголъ, прерывается; такимъ путемъ могутъ возникать кистовидные участки съ тонкой и лишенной складокъ стѣнкой изъ слизистой оболочки, покрытой плоскимъ эпителиемъ; расхождение слизистой оболочки благопріятствуетъ образованію грыжевыхъ выпячиваній тубарнаго мѣшка. Многое говоритъ въ пользу того, что такіе субъекты болѣе склонны къ задержкѣ яичка въ трубѣ и къ трубной беременности, а также къ упорнымъ инфекціоннымъ катаррамъ и т. д. Слѣдовало бы еще выяснить, не замѣчается ли приведенная эмбриональная остановка развитія у тѣхъ же женщинъ, у ко-

торых обнаруживают картину недоразвития: недостаточный изгиб позвоночника, эмбриональная форма наружных половых органов, меньшее наклонение таза и другие вообще останки развития, как сужение аорты, вертикальное положение желудка, удлиненный червеобразный отросток. Если бы удалось установить регулярную связь между этими явлениями, то тем самым нам бы был бы путь для постановки диагноза, а может быть также и для профилактики.



Рис. 174. Слизистая оболочка ампулы трубы. (Увелич. въ 26 разъ).

Н ö h n e, впрочемъ, справедливо указываетъ, что при скопленіи жидкости, слѣдовательно, при воспалительномъ выпотѣ, всякая труба образуетъ спираль, потому что брыжейка не можетъ слѣдовать за растяженіемъ ея. Если въ *tuba infantilis* отсутствуютъ воспалительныя явленія, то причиной остановки развитія трубы можетъ быть также недостаточно развитый мерцательный эпителий. Попутно укажемъ также, что труба и безъ яичника составляла иной разъ содержимое грыжевого мѣшка. Ростущія опухоли, особенно пароваріальныя кисты, міомы могутъ вызвать удлиненіе трубы (76 см.!), въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ не только о простомъ вытяженіи, но и о частичной гипертрофійи ткани.

3. Клиническія замѣчанія объ изслѣдованіи трубъ.

Чтобы возможно было прощупать трубы, нужно расслабить не слишкомъ жирные брюшные покровы, опорожнивъ предварительно пузырь. Изслѣдованіе производится въ спинно-ягодичномъ положеніи. Примѣненіе наркоза необходимо только при большомъ напряженіи покрововъ; если же они слишкомъ жирны, то наркозъ бесполезенъ. Сначала нащупываютъ бимануальнымъ путемъ матку и, исходя изъ трубнаго угла, продолжаютъ нащупывать обѣими руками по направленію въ сторону и внизъ. Въ благопріятныхъ случаяхъ труба прощупывается, какъ тонкій тяжъ, который перекачивается между пальцами въ одну и другую сторону. Далѣе снаружи труба прощупывается яснѣе, соответственно утолщенію ея по направленію къ ампулѣ. Во время изслѣдованія ее произвольно смѣщаютъ, оттягивая ее впередъ и къ срединной линіи таза. Въ нормальныхъ случаяхъ изслѣдованіе безболѣзненно. Иногда на брюшномъ концѣ трубы можно прощупать ведущую къ яичнику фимбрию. Рѣшающее значеніе имѣетъ, разумѣется, положеніе яичника, прощупываемого ниже тяжа. Въ случаяхъ отклоненія отъ нормы, вслѣдствіе сращеній между трубой и сосѣдними органами, положеніе трубы можетъ существенно измѣниться. При подозрѣніи на ненормальное содержимое трубъ, на гной или кровь, изслѣдованіе должно производиться съ величайшей осторожностью.

Маточное отверстіе трубы такъ невелико, что оно не пропускаетъ обыкновеннаго маточнаго зонда. Для прохожденія зонда либо отверстіе должно быть ненормально широко, либо труба должна быть смѣщена, такъ что направленіе ея не такъ сильно отклоняется отъ оси матки, какъ обыкновенно; такъ бываетъ, напр., при выпаденіяхъ матки. Въ большей части случаевъ, въ которыхъ говорится о зондированіи трубъ, зондъ, вѣроятно, просто перфорировалъ матку или трубу; существуютъ, однако, несомнѣнные случаи зондированія трубы, сообщенные, напр., G ö n n e r'омъ и др.

Изліяніе жидкости изъ матки въ трубу, какъ на живой женщинѣ, такъ и на трупѣ, точно также возможно только при патологическихъ условіяхъ. При опытахъ на трупѣ оказалось невозможнымъ даже подъ высокимъ давленіемъ изгнать жидкость изъ матки въ трубу, а случаи, сообщающіе о попаданіи жидкости въ трубу и полость брюшины изъ Брауновскаго шприца, могутъ быть также объяснены перитонитомъ вслѣдствіе разрывовъ, сращеній и т. д. Что жидкость можетъ, однако, проходить изъ влагалища въ матку, а оттуда черезъ трубы въ брюшную полость, при простомъ влагалищномъ спринцеваніи, доказываетъ, наряду съ опытами D ö d e r l e i n'a и нерѣдкими перитонитическими болями при преступныхъ впрыскиваніяхъ въ матку, случай, сообщенный S p ä t h'омъ.

4. Salpingitis catarrhalis, endosalpingitis purulenta (hydrosalpinx, haematosalpinx, pyosalpinx).

Простой и гнойный катарръ трубъ. Трубные мѣшки.

Этіологія. Слизистая оболочка трубы, какъ и матки, заболѣваетъ отъ самыхъ разнообразныхъ вредныхъ вліяній; хотя и не часто, но

простой трубный катарръ можетъ, вѣроятно, возникать и отъ общихъ разстройствъ питанія, переполненія трубы кровью и измѣненій ея положенія. Главной причиной заболѣванія трубъ является прониканіе инфекціонныхъ зародышей, которые въ виду положенія трубы могутъ эмигрировать въ нее какъ изъ брюшной полости, такъ и изъ матки. Прежде думали, что катарры трубы, возникающіе во время родильной горячки вслѣдствіе распространенія съ эндометрія (Buhl), наблюдаются очень часто, а послѣдовательное зараженіе ампулы при существующемъ гнойномъ перитонитѣ считалась болѣе рѣдкимъ явленіемъ. А между тѣмъ послѣродовой сальпингитъ наблюдается, напротивъ, рѣдко, потому что связаннй съ маточной стѣнкой плодный мѣшокъ, по крайней мѣрѣ во время родовъ, мѣшаетъ прониканію зародышей. Иначе бываетъ въ пуэрперіи; здѣсь величайшую роль играетъ нашествіе гонококковъ изъ влагалища и полости матки. По Wertheim'у, гонококкъ проникаетъ въ трубу не только со слизистой оболочки матки, но можетъ попасть туда и прямо черезъ лимфатическіе сосуды и изъ соединительной ткани. Наряду съ этими двумя главными воротами мыслимо еще также переселеніе зародышей изъ брюшины или изъ органовъ брюшной полости (кишечника) послѣ предварительнаго срощенія съ ними. Всего рѣже зараженіе трубы наступаетъ черезъ кровеносные сосуды.

По сравненію съ гонококками, какъ возбудителями воспаленія, стрептококки, стафилококки, бугорчатковыя палочки, кишечная бактерія, тифозная бацилла, пневмококки и другіе отходятъ на задній планъ. Частота заболѣваній трубы въ послѣднее время значительно возросла. Какъ справедливо замѣчаетъ Landau, наряду съ учащеніемъ гонорройной инфекціи, этому способствовало еще, вѣроятно, частое манипулированіе надъ маткой: захватываніе ея крючками, оттягиваніе внизъ, зондированіе, прижиганіе, выскабливаніе.

Патологическая анатомія. Каждый изъ вышеуказанныхъ вредныхъ моментовъ вызываетъ сначала въ трубѣ простой катарръ, который можетъ таковымъ и остаться, но можетъ также быстро переходить въ самыя тяжелыя формы воспаленія и нагноенія.

Въ первомъ стадіи воспаленія мы находимъ припухлость и гиперемію слизистой оболочки трубы съ усиленной секретіей ея, гѣмorrhаги, часто непосредственно подъ эпителиемъ слизистой оболочки, отекъ; при сильномъ катаррѣ или при болѣе продолжительномъ существованіи его сюда присоединяется мелкоклѣтчатковая инфильтрація соединительнотканной основы слизистой оболочки на уровнѣ складокъ и вокругъ сосудовъ. Мерцательный эпителий вначалѣ еще сохраняется, но затѣмъ онъ погибаетъ первый. Эпителий отторгается и смѣшивается съ отдѣленіями, которыя сначала стекловидны, но постепенно становятся мутными. При хроническомъ эндосальпингитѣ цилиндрическія клѣтки уплощаются, ворсинчатыя складки колбообразно утолщаются и слипаются вслѣдствіе потери эпителия, такъ что образуются кажущіеся бухтообразные промежутки (*salpingitis pseudofollicularis*). Chiari описалъ, какъ ранній стадій сальпингита, своеобразныя *узловатыя утолщенія pars isthmica* трубы, на которыя Negar уже раньше указалъ, какъ на характерныя для туберкулеза. Первичный процессъ представляетъ здѣсь, по его словамъ, разрощеніе и воспаленіе слизистой оболочки съ мелкоклѣтчатной инфильтраціей, перемѣщеніе просвѣта трубы. Благодаря этому, возникають выпячиванія слизистой оболочки, на которыя мускулатура реаги-

руеть въ формѣ ограниченныхъ, разсѣянныхъ утолщенихъ, величиной отъ горошины до лѣсного орѣха, отъ чего просвѣтъ трубы не всегда занимаетъ центральное положеніе (*salpingitis isthmica nodosa*). Кегер jun. склоненъ думать, что *salpingitis intramuralis nodosa* въ области интерстиціальной части трубы характеренъ для туберкулеза, а *salpingitis isthmica* для гонорреи—взглядъ, съ которымъ я въ общемъ согласенъ. Нѣкоторые изъ небольшихъ, особенно симметрически расположенныхъ припухлостей у трубныхъ угловъ, объясняются по v. Recklinghausen'у отдѣлившимися остатками *Вольфова* тѣла, въ особенности тамъ, гдѣ имѣются настоящія аденомы съ разсѣяннымъ расположе-

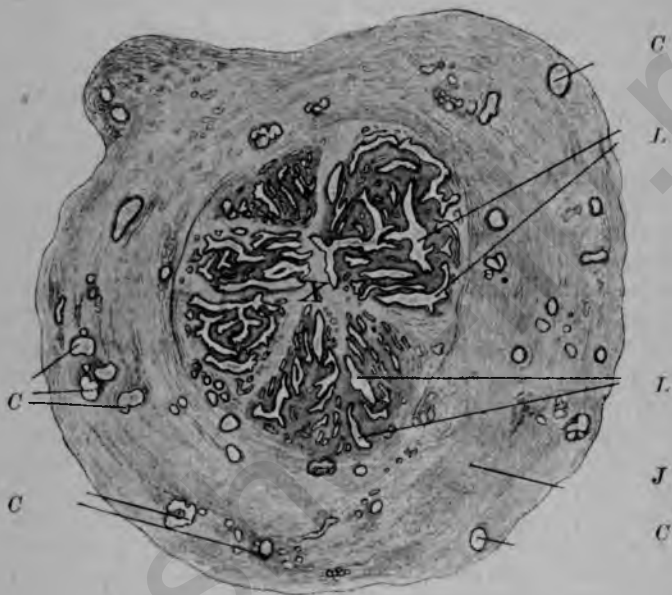


Рис. 175. Поперечный разрѣзъ трубы.

Хроническій эндосальпингитъ съ спаиваніемъ трубныхъ складокъ. Хроническій интерстиціальный сальпингитъ. Образованіе многочисленныхъ маленькихъ кистъ (*salpingitis pseudofollicularis*).—L. Развѣтвленія просвѣта трубы, складки въ формѣ звѣзды (X) съ пятью лучами, спаянныя между собой.—J. Стѣнка трубы, расширенная въ 2—3 раза, благодаря значительному развитію соединительной ткани. Внутри стѣнки покрытыя цилиндрическимъ эпителиемъ каналы и маленькія кисты (C).

ніемъ железъ и новообразованной мускулатурой. По новѣйшимъ изслѣдованіямъ, это объясненіе справедливо, однако, только для ограниченнаго числа случаевъ.

Если катаральный эндосальпингитъ распространяется вглубь, то въ тканевыхъ щеляхъ между мышцами возникаютъ инфильтраціонныя гнѣзды, *mysalpingitis* и *salpingitis interstitialis*. Благодаря воспалительному раздраженію, гипертрофируется чаще соединительная ткань, мышечная ткань рѣже; громадное утолщеніе мышечнаго слоя (до 0.6 см.), описанное Kaltenbach'омъ, какъ гипертрофія отъ работы, другими

ислѣдователями не подтверждается; при старыхъ процессахъ находятъ уже мало мышечной ткани.

При гнойномъ катаррѣ ткань слизистой оболочки разрушается частью съ омертвѣніемъ до мышечнаго слоя; эпителий исчезаетъ весь, или же замѣняется низкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Если воспалительный процессъ распространится до субсерозной ткани, то возникаетъ слипчивое воспаление брюшины, которое ведетъ къ спаиванію съ сосѣдними органами. При интерстициальномъ и глубокомъ сальпингитѣ стѣнки трубы могутъ и безъ большого скопленія жидкости подвергнуться значительному утолщенію и увеличенію извилистости.

При острыхъ, какъ и при хроническихъ катаррахъ дѣло часто доходитъ до слипанія брюшинной поверхности бахромокъ трубы, а тѣмъ самымъ и до заростанія самой трубы; а иной разъ воспаление трубной брюшины можетъ вызвать передвиженіе ея свободнаго края и образованіе кольца, которое постепенно опять-таки ведетъ къ заростанію трубы. Вѣроятное объясненіе заростанія трубы далъ *Oritz*: сильно распухшая трубная стѣнка не можетъ расшириться изъ-за своего брюшиннаго кольца; складки слизистой оболочки поэтому плотно прижимаются другъ къ другу; чѣмъ сильнѣе выражено это явленіе, тѣмъ больше слизистая поверхность бахромокъ втягивается внутрь трубы, такъ что въ концѣ-концовъ ея брюшинныя поверхности, прилегая другъ къ другу, срастаются. Впрочемъ, во многихъ случаяхъ, какъ это видно во время операціи, нѣтъ настоящаго срощенія брюшнаго отверстія трубы; оно просто закрыто прилипшей брюшиной Дугласова пространства; если же отдѣлить срощеніе, то изъ трубы выдѣляется скопившійся въ ней гной. Закрытіе маточнаго отверстія трубы бываетъ очень рѣдко. Оно можетъ быть вызвано небольшимъ вращеніемъ распухшей трубы вокругъ своей продольной оси. Въ другихъ случаяхъ оно можетъ быть временно обусловлено скопленіемъ эпителия, гноя, слизи и т. д. Но и помимо такихъ измѣненій, слизистая оболочка *pars isthmica* у перехода въ интерстициальную часть прилегаетъ обыкновенно такъ плотно, что ни кровь, ни гной не могутъ попасть изъ трубы въ матку. Чѣмъ сильнѣе скопленіе гноя въ замкнутой трубѣ, тѣмъ болѣе стѣнки постепенно утончаются, при среднемъ количествѣ жидкости стѣнка имѣетъ отъ нѣсколькихъ миллиметровъ до одного сантиметра въ толщину.

Слизистая оболочка, вначалѣ въ высокой степени инфильтрированная, при болѣе продолжительномъ гнойномъ сальпингитѣ некротически разрушается и замѣняется грануляціонной тканью. На ряду съ утонченіемъ и серознымъ пропитываніемъ мышечнаго слоя соединительная ткань гиперплазируется. Послѣдствіемъ пельвеоперитонитическихъ отложеній являются толстыя воспалительныя перемычки, спаивающія трубу съ задней поверхностью широкой связки, съ дномъ Дугласова пространства, съ яичникомъ, *flexura sigmoidea* и прямой кишкой, рѣже съ тонкими кишками, чаще съ брыжейкой и т. д. Форма трубныхъ мѣшковъ различна. Мѣшки меньшаго калибра имѣютъ продолговатую форму съ всеѣмъ извѣстными спиральными изгибами трубы; болѣе значительные мѣшки на отдаленномъ концѣ имѣютъ яцевидную форму, но никогда они не бываютъ совсѣмъ круглыми. Отдѣленія въ большихъ мѣшкахъ всегда гнойно-жидкія, въ меньшихъ они потѣмъ сгущаются, крошатся, иногда дѣлаются творожистыми, даже известковыми. На ряду съ многочисленными остатками ткани, гной содержитъ микроорганизмы,

которые при продолжительной болѣзни теряютъ свою вирулентность, а въ половинѣ случаевъ ихъ присутствіе вообще нельзя больше доказать. Такой гной, какъ показалъ оперативный опытъ, уже не опасенъ для брюшины. Если же сюда перекачуютъ сапрофиты изъ кишечника, то наступаетъ загниваніе съ образованіемъ зловоннаго гноя. Для этого нѣтъ надобности въ прямомъ сообщеніи обоихъ органовъ; зародыши могутъ переходить изъ кишечника въ трубу непосредственно черезъ слипшіяся ткани съ нарушеннымъ питаніемъ.

Особый видъ трубныхъ мѣшковъ представляютъ нерѣдкія сообщенія между трубой и яичникомъ, такъ называемыя трубно-яичниковыя кисты. Происхожденіе ихъ объясняется не столько врожденными моментами,

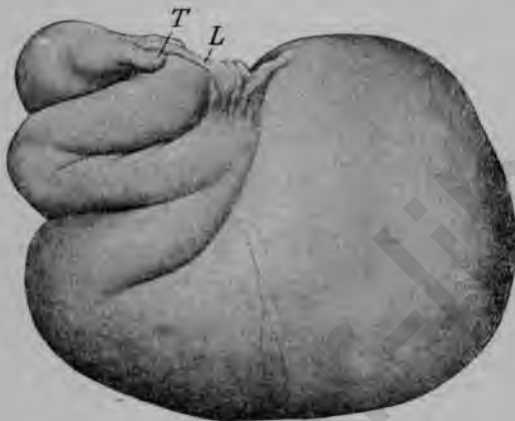


Рис. 176. Hydrosalpinx. Т. Маточный конецъ трубы. Л. Плоскость разрыва широкой связки.

сколькими заболѣваніями трубъ, содержимое которыхъ, послѣ предшествовавшаго процесса слипанія бахромокъ съ яичникомъ въ увеличенный фолликулъ, вскрывается въ кисту; по Zahn'у, яичниковая ткань образуетъ небольшую только часть общаго цилиндрическаго мѣшка. Въ то время, какъ Preiser объясняетъ въ отдѣльныхъ случаяхъ происхожденіе pyosele peritubaria и овариальныхъ кистъ исчезновеніемъ промежуточной стѣнки, по новѣйшимъ изслѣдованіямъ, большинство такъ называемыхъ трубно-яичниковыхъ кистъ представляетъ большіе мѣшки гидросальпинкса, на периферіи которыхъ сидитъ атрофированный или почти атрофированный яичникъ. Однороднаго генезиса для этихъ формъ не существуетъ.

Hämatosalpinx рѣдко, вѣроятно, служитъ, исходной формой сальпингита. Воспаленіе имѣетъ здѣсь значеніе въ томъ отношеніи, что оно вызываетъ заростаніе просвѣта трубы. Скопленіе крови можетъ возникнуть вслѣдствіе скручиванія трубы, обусловленнаго сросшейся съ трубой пароваріальной кистой. За воспалительный характеръ многихъ случаевъ говоритъ находженіе гѣматосальпинкса одной трубы на ряду съ беременностью другой. О гѣматосальпинксѣ, сопровождающемъ сращеніе рукава матки, мы уже говорили выше.

Первопричиной гидросальпинкса точно также должны, вѣроятно, считаться воспалительные процессы, ведущіе къ сращенію трубы.

Катарръ, обусловливающий сращеніе брюшнаго отверстія трубы, ведетъ затѣмъ къ гиперсекреціи, къ переполненію трубы вначалѣ часто слизистой, а позже водянистой жидкостью. Если въ гиперсекреціи принимаетъ участіе вся труба, а въ особенности ампулла, то замѣчается образованіе указанныхъ Frenkelомъ перетяжекъ при сильномъ затутии трубы: *hydrops saccatus*. Труба превращается въ большую цилиндрическую трубку, всегда остающуюся цилиндрической формы, даже если она по величинѣ своей доходить до пупка. Пока мѣшокъ малъ, онъ лежитъ позади матки, въ Дугласовомъ пространствѣ; позже онъ подымается вверхъ, причѣмъ можетъ происходить скручиваніе ножки. Складки слизистой оболочки при сильномъ наполненіи сглаживаются, мерцательный эпителий исчезаетъ, стѣнка можетъ сдѣлаться тонкой, какъ бумага, причѣмъ мышечныя волокна сильно утолщаются и раздвигаются. Опыты Kehrger'a надъ животными, въ противоположность опытамъ Воскресенскаго, доказали, что даже и двусторонняя перевязка трубъ не вызываетъ обязательнаго скопленія жидкости, а что необходимымъ условіемъ для хроническаго эксудативнаго салпингита является, слѣдовательно, атрезія. Другіе же опыты, напротивъ, показали, что вообще говоря перевязка брюшнаго конца трубы ведетъ къ скопленію въ ней жидкости.

Развивается ли гидросальпинксъ изъ пюсальпинкса, сомнительно. Hofmeister наблюдалъ одинъ такого рода случай.

Содержимое этихъ трубныхъ мѣшковъ вначалѣ прозрачно, жидко, свѣтло-желтаго цвѣта, содержитъ иногда кристаллы холестеарина, такъ что при болѣе значительныхъ мѣшкахъ возможно смѣшеніе съ опухолями яичника. Отъ примѣси крови содержимое иногда бываетъ бураго или зеленоватаго цвѣта. Что въ отдѣльныхъ случаяхъ жидкое содержимое неоднократно опоражнивается черезъ маточное отверстіе (*hydrops intermittens* или *hydrops tubae profluens*), несомнѣнно.

Симптомы. Картину болѣзни остраго салпингита трудно вообще описать, потому что острый салпингитъ рѣдко наблюдается одинъ, и существующіе симптомы обусловливаются частью сопровождающими его метритомъ и периметритомъ. Частый признакъ какъ остраго, такъ и хроническаго салпингита представляютъ боли въ глубинѣ таза, по обѣимъ сторонамъ матки.—боли, иррадирующія въ поясничной области или въ нижнихъ конечностяхъ по направленію сѣдалищнаго нерва. Острый стадій салпингита часто продолжается лишь очень короткое время; или же наступаютъ различныя послѣдовательныя явленія остраго стадія. Въ большинствѣ случаевъ салпингитъ очень скоро переходитъ въ хроническое состояніе. Главныя симптомы составляютъ тогда боли въ маломъ тазу, тупыя, тянущія. При обильномъ скопленіи отдѣленій въ трубѣ, въ особенности при пюсальпинксѣ, наступаютъ сильныя, сопровождающіяся паузами колики, которыя зависятъ отъ сросшихся съ трубнымъ мѣшкомъ кишекъ, а не отъ негибкихъ трубъ. Боли возникаютъ частью произвольно, частью вслѣдствіе физическаго напряженія, coitus'a, дефекаціи, напряженія брюшнаго пресса. Рѣдко при болѣе значительномъ скопленіи жидкости въ трубѣ наблюдается повторное опорожненіе ея черезъ маточное отверстіе въ матку, и потомъ наружу, какъ *hydrops*, или *pyosalpinx tubae profluens*; маточное отверстіе можетъ быть здѣсь закупорено только временно. Опорожненіе должно быть вызвано сокращеніями собственной мускулатуры трубы, или даже давленіемъ брюшнаго пресса кишекъ. Въ одномъ случаѣ Franken-

h ä u s e r могъ давленіемъ пальца вызвать по желанію опорожненіе жидкости изъ трубы.

Произвольное вскрытіе гнойнаго содержимаго трубы въ брюшную полость наблюдается очень рѣдко; скорѣе оно обусловливается неосторожнымъ изслѣдованіемъ. Если гной пиогенный, то за этимъ можетъ послѣдовать смертельный перитонитъ. Бываютъ также небольшія изліянія содержащаго гонококки гноя, которыя быстро снова инкапсулируются и вызываютъ картину болѣзни, описанную прежде подъ именемъ *colica scortorum*; но такія изліянія гонорройнаго гноя почти никогда не вызываютъ общаго перитонита.

Такъ какъ слизистая оболочка трубы нормально не отдѣляетъ менструальной крови, то расстройства менструаціи должны здѣсь считаться вторичными. *Дисменоррея* зависитъ частью отъ препятствій для сокращенія матки, вызванныхъ периметритическими срощеніями, частью же отъ гипереміи вслѣдствіе метроэндометрита. Часто при этомъ наблюдаются усиленная потеря крови во время менструаціи, неправильное наступленіе ихъ, продолжительное, хотя и скудное отдѣленіе крови, какъ при трубномъ абортѣ, рѣже аменоррея. Симптомы, въ томъ числѣ и кривая кровотеченія, могутъ быть настолько сходны съ симптомами заматочной кровяной опухоли, что дифференціальный діагнозъ очень затрудняется. Неправильныя кровотеченія, составляющія принадлежность картины болѣзни при эндосальпингитѣ и трубныхъ мѣшкахъ, несомнѣнно вызываются участіемъ яичниковъ, заболѣваніями фолликулярнаго аппарата или желтаго тѣла, что ведетъ, вѣроятно, къ постоянному образованію веществъ, задерживающихъ свертываніе. Срединная боль точно также составляетъ признакъ хроническаго заболѣванія трубы.

Тошнота и позывы на рвоту могутъ быть послѣдствіемъ сопровождающаго периметрита. Я нашель, однако, тошноту, какъ главный, выраженный болѣзненный симптомъ въ нѣсколькихъ, тщательно изслѣдованныхъ случаяхъ гидросальпинкса, долгое время спустя послѣ того, какъ исчезли симптомы перитонита; чувство, сходное съ тяжелой морской болѣзью, исчезло сейчасъ же, какъ только удалены были трубы. Бесплодіе почти всегда сопровождается болѣзни трубъ не только двустороннія, что понятно само собой, но оно очень часто наблюдается и при одностороннемъ салпингитѣ. Такъ какъ легкія степени трубныхъ катарровъ излечимы, то нужно быть осторожнымъ съ предсказаніемъ относительно бесплодія. При двустороннемъ срощеніи трубъ бесплодіе неизлечимо.

При болѣе значительныхъ трубныхъ мѣшкахъ на первый планъ выступаетъ чувство тяжести постояннаго давленія на сосѣдніе органы, кишку, пузырь, нервы; при медленномъ же ростѣ, даже и сравнительно большіе мѣшки могутъ не вызывать никакихъ расстройствъ, такъ что больная и не подозрѣваетъ объ ихъ существованіи. Во время операціи съ удивленіемъ находятъ тяжелыя перитонитическія срощенія трубы съ сосѣдними органами, въ то время, какъ больная указываетъ, что имъ никогда не приходилось лежать въ постели и что онѣ до послѣдней минуты занимались тяжелымъ трудомъ. Но иной разъ при гнойномъ салпингитѣ повторно бывають тяжелые припадки мѣстнаго воспаленія брюшины, въ результатъ которыхъ можетъ получиться вскрытіе гноя въ прямую кишку или пузырь.

Zweifel сообщает, что при гнойномъ сальпингитѣ, обусловленномъ стрептококками и пнеймококками, наблюдаются болѣе упорная лихорадка и припухлость паховыхъ железъ безъ разстройства менструаціи. Напротивъ, при гонорройномъ пюсальпинксѣ лихорадка появляется не надолго и не подымается очень высоко, а мѣшокъ же обнаруживаетъ наклонности къ прободевію, менструаціи же, напротивъ, обильны и неправильны. Что касается указанной относительно лихорадки, то они могутъ относиться только къ началу болѣзни, которое верьдко ускользаетъ отъ врачебнаго наблюденія; относительно же менструаціи Zweifel, можетъ быть, и правъ.

Течение болѣзней трубъ продолжительное. Катарральный и гнойный сальпингиты могутъ вообще излечиваться при выжидательномъ леченіи, но при большихъ мѣшкахъ гидро- или пюсальпинкса безъ операціи рѣдко наступаетъ полное выздоровленіе. Къ тому же при гнойномъ сальпингитѣ больной всегда грозитъ опасность заболѣванія острымъ перитонитомъ, такъ что такія больныя должны считаться полу- или полными инвалидами. Къ удивленію, хроническіе воспалительные процессы, сопровождающіе воспаленіе трубъ, гораздо рѣже имѣютъ послѣдствіемъ тяжелую нейрастенію, чѣмъ хроническій метритъ, параметритъ и т. д.

Прогнозъ при болѣзняхъ трубъ для жизни не плохой какъ при выжидательномъ, такъ и при оперативномъ леченіи, въ особенности при гонорройныхъ заболѣваніяхъ. Въ рѣдкихъ только случаяхъ, когда гной содержитъ очень вирулентные зародыши, или гдѣ во время операціи находятъ сообщеніе съ кишкой или пузыремъ, послѣдствіемъ операціи можетъ быть смертельный перитонитъ. Иначе дѣло обстоитъ съ полнымъ освобожденіемъ отъ страданій и съ работоспособностью, которая даже и путемъ операціи не всегда достигается вполне (cachexia gonorrhoeica).

Діагнозъ. Острый катарральный сальпингитъ рѣдко можно діагностировать съ увѣренностью; въ большинствѣ случаевъ его можно только подозрѣвать на основаніи этиологіи и картины болѣзни. Только когда появляются воспалительныя утолщенія трубъ, послѣднія могутъ быть прощупаны въ видѣ цилиндрическихъ тяжей, заканчивающихся въ углахъ дна матки. Въ большинствѣ случаевъ именно isthmus трубы болѣе или менѣе утолщенъ, припухлость же начинается лишь у мѣста перехода трубы въ ампулу. Изрѣдка прощупываются узлы при salpingitis isthm. nod. Величайшее значеніе имѣетъ двусторонность воспалительныхъ пораженій трубъ, хотя припухлость не всегда одинакова съ обѣихъ сторонъ. Если при этомъ существуютъ гнойныя отдѣленія изъ матки, и если бактериологическое изслѣдованіе открываетъ въ отдѣленіяхъ мочепускающаго канала или шейки гонококки, то діагнозъ несомнѣненъ. Въ благопріятныхъ случаяхъ, пока яичникъ еще не принимаетъ большого участія въ процессѣ, его можно прощупать ниже заболѣвшей трубы и распознать при умѣренномъ увеличеніи по его своеобразно эластическому зыбленію. Но двусторонность заболѣванія все же не служить еще патогномическимъ признакомъ гонорройнаго заболѣванія. Я видѣлъ также и оперировать немалое число случаевъ и односторонняго гонорройнаго сальпингита.

Большее затрудненіе для діагноза представляютъ обширные трубные мѣшки въ томъ отношеніи, что вслѣдствіе болѣе значительнаго участія яичниковъ въ воспалительномъ процессѣ нельзя съ желательной точностью опредѣлить, насколько причастны къ образованію опухоли оба

эти органа. Небольшие и средней величины трубные мѣшки, вслѣдствіе своей тяжести, лежатъ на задней поверхности широкой связки и въ нихъ часто можно распознать чередующіяся между собой втягиванія и выпячиванія; а болѣе значительные мѣшки, вслѣдствіе воспалительныхъ сращеній между собою и сосѣдними органами, соприкасаются посрединѣ Дугласова пространства, такъ что получается ощущение, будто имѣешь дѣло съ кистовидными опухолями позади матки; очень рѣдко трубные мѣшки лежатъ впереди матки, всего чаще при отклоненіяхъ матки назадъ.

При нагноеніяхъ трубъ почти никогда не отсутствуютъ воспалительные процессы пельвеоперитонита и параметрита съ ихъ характерными признаками. Дугласовы складки будутъ, слѣдовательно, прощупываться ниже опухоли, хотя бы утолщенными и напряженными, и часто ниже опухоли до самаго таза прощупывается разлитое затвердѣніе.

Обширный гидросальпинксъ всего скорѣе можно смѣшать съ небольшой опухолью яичника. Рѣшающее значеніе для діагноза имѣютъ узловатая вздутія опухоли и отдѣленія изъ матки, иногда отдѣльное прощупываніе яичника.

Распознаваніе гѣмато- или пюсальпинкса, не говоря о болѣе толстыхъ стѣнкахъ, присущихъ послѣднему, производится главнымъ образомъ на основаніи анамнеза и теченія болѣзни. Многократные припадки воспаленія брюшины и лихорадка говорятъ въ пользу пюсальпинкса. Съ внутреннимъ изслѣдованіемъ, оттягиваніемъ матки внизъ и ощупываніемъ прямой кишки, съ цѣлью постановки діагноза, нужно быть осторожнымъ, чтобы мѣшокъ не лопнулъ. Цѣнное значеніе для дифференціального діагноза имѣетъ сосчитываніе лейкоцитовъ; большое число ихъ (болѣе 10.000) говоритъ за воспалительный процессъ трубъ. Опредѣленіе содержанія антитрипсина въ крови, въ случаѣ его увеличенія, также указываетъ на воспалительное происхожденіе процесса. Болѣе продолжительная лихорадка, не прекращающаяся, несмотря на покой и уходъ, говоритъ за существованіе пюгенныхъ зародышей, а при опредѣленіи гонококковъ— за нарывъ яичника. При одностороннихъ заболѣваніяхъ придатковъ можетъ быть труденъ дифференціальный діагнозъ между ними и аппендицитомъ. Клиническое опредѣленіе гонорройнаго воспаленія говоритъ скорѣе противъ аппендицита, а появленіе въ Дугласовомъ пространствѣ затечнаго эксудата съ отекомъ—за аппендицитъ. Иногда находятъ и аппендицитъ и болѣзнь придатковъ, причемъ одна болѣзнь является послѣдствіемъ другой.

Въ трудныхъ случаяхъ, въ особенности для дифференціального діагноза между пюсальпинксомъ и трубной беременностью, я рекомендую, на основаніи наблюденій въ клиникѣ въ Галле ¹⁾, *диагностическую пункцію* со стороны влагалища. Ее производятъ, послѣ тщательнаго дезинфицированія влагалища, не слишкомъ тонкой иглой Dieulafoy; проколъ же тонкой иглой Landau часто остается безрезультатнымъ. Я никогда не видалъ при этомъ какихъ-либо неприятныхъ послѣдствій. Для рѣшенія вопроса, производить ли операцію абдоминальнымъ, или влагалищнымъ путемъ, опредѣленіе крови или гноя имѣетъ иногда важное значеніе.

¹⁾ Fehling. Transact of the Edinburgh obstetr. Society 1902 и Franz, Münchner med. Wochenschr. 1901, № 31.

Несмотря, однако, на всё вспомогательныя средства, діагностическія ошибки отъ времени до времени неизбежны. Если ошибка обнаруживается, какъ это часто бываетъ, лишь во время операци, то это болѣе стыдно для врача, чѣмъ вредно для больной. Чаше всего бываетъ, что подозрѣваютъ трубную беременность, а находятъ гнойную трубу; гораздо рѣже наблюдается обратное.

Леченіе. Профилактика относится больше къ мужчинамъ, чѣмъ къ жертвѣ инфекціи, къ женщинамъ. Въ этомъ отношеніи предложенное извѣстными сифилидологами изслѣдованіе мужчинъ въ публичныхъ домахъ принесло бы гораздо больше пользы, чѣмъ несовершенно всегда изслѣдованіе публичныхъ женщинъ. Къ профилактикѣ же относится строгое запрещеніе брака по меньшей мѣрѣ въ теченіе 5 лѣтъ послѣ послѣдняго проявленія триппера и послѣ того, какъ изслѣдованіемъ *para membranae* опытнымъ специалистомъ установлено отсутствіе гонорреи даже послѣ искусственнаго раздраженія. Въ этомъ отношеніи много грѣшатъ какъ врачи, такъ и сами вступающіе въ бракъ; немедленное заболѣваніе молодой жены показываетъ, что полнаго исцѣленія не было. Если зараженіе произошло у состоящихъ уже въ бракѣ, то необходимо строгое раздѣленіе супруговъ.

Для большей части случаевъ остраго и подостраго катаррального сальпингита леченіе такое же, какъ при остромъ метроэндометритѣ: физическій и половой покой, дезинфицирующія промыванія влагалища, избѣганіе мѣстныхъ, въ особенности внутриматочныхъ манипуляцій. При хроническомъ сальпингитѣ терапия такая же, какъ при хроническомъ метритѣ и периметритѣ: покой, теплыя сидячія и полныя ванны съ солью или безъ соли, теплыя приснищевскія обертыванія, термофоръ, рассольныя и грязевыя ванны, термальные ванны; затѣмъ примѣненіе рассасывающихъ средствъ, іода, ихтіола, тигенола съ тампонами, свѣчекъ, леченіе на водахъ. Особенно умѣстны грязевыя купанья Эльстера, Франценсбада, Ширмонта, Швальбаха, а также всё рассольныя купанья.

При эксудатахъ трубныхъ мѣшковъ хорошіе результаты даетъ мѣстное леченіе горячимъ воздухомъ. Въ то время какъ прежде мы пользовались для этого притокомъ горячаго воздуха черезъ плотно охватывающій животъ мѣшокъ, мы теперь достигаемъ быстро всасыванія даже большихъ эксудатовъ при помощи прибора *Flatau* (*Pelvitherm*). Анодъ дѣйствуетъ здѣсь на электрической тазовой поясъ, катодъ проводится во влагалище при помощи никкелированной металлической полой палочки, въ которой находится асбестовая дробь. При однократномъ или многократномъ примѣненіи инструмента температура подымается въ прямой кишкѣ до 38.5—39.0°. Я считаю этотъ способъ гораздо болѣе дѣйствительнымъ, чѣмъ освѣщеніе лучами электрической дуги.

Историческій лишь интересъ имѣютъ еще нѣкоторые примѣнявшіеся раньше методы, теперь абсолютно оставленные вслѣдствіе ихъ опасности.

Frankenhausen рекомендовалъ зондированіе трубъ черезъ матку и выжиманіе содержимаго трубъ; но при этомъ совершенно не въ нашей власти, выжмемъ ли мы ненормальное содержимое трубы въ полость матки или въ брюшную полость; послѣднее, повидимому, скорѣе возможно и вмѣстѣ съ тѣмъ при гнойномъ содержимомъ опасно. Столь же опасно рекомендованное *Doléris* о расширеніи матки и постоянное дренированіе ея. То же самое я сказалъ бы о защищаемомъ *Rozzi* выскабливанія и леченія электричествомъ по *Apostoli*.

Точно также нужно отказаться отъ рекомендованнаго въ свое время Landau массажа трубныхъ мѣшковъ. Послѣдній примѣнимъ только при леченіи протекашаго уже хроническаго интерстиціального сальпингита и при срощеніяхъ, обусловленныхъ болѣзнями придатковъ и нарушающихъ правильное функционированіе органовъ. Массажъ долженъ производиться правильное обученныя ему лица; при этомъ одной рукой нажимаютъ на брюшные покровы, а два пальца другой руки массируютъ подлежащія внутреннія части, идя навстрѣчу наружнымъ пальцамъ.

Приведенными выше способами можно достигнуть многого въ смыслѣ обратнаго развитія трубно-яичниковыхъ опухолей, и къ операциі слѣдовало бы приступать лишь тогда, когда всѣ вспомогательныя средства въ достаточной степени испробованы.

Если консервативное леченіе безрезультатно, а доказанное заболѣваніе трубы является источникомъ постоянной болѣзни женщины, то показана операция. Такимъ образомъ, я высказываюсь противъ того, чтобы во всѣхъ случаяхъ такъ называемаго „Tubal case“, не производя дальнѣйшаго тщательнаго діагностированія, прямо приступать къ удаленію придатковъ, какъ это дѣлали многіе операторы въ сотняхъ случаевъ. Но съ другой стороны я долженъ сказать, что слишкомъ консервативное леченіе точно также неумѣстно; оно приноситъ въ большинствѣ случаевъ больнымъ лишь временное улучшеніе, потому что трубный мѣшокъ съ гноемъ всегда остается источникомъ новыхъ заболѣваній, между тѣмъ какъ операция придатковъ приноситъ многимъ женщинамъ, считавшимся прежде неизлечимыми, полное выздоровленіе. Кромѣ того, расхваливаемое въ настоящее время многими клиниками консервативное направленіе неподходяще для тѣхъ лицъ, которыя тяжелымъ трудомъ каждый разъ снова сами вредятъ себѣ. Въ не слишкомъ большихъ городахъ скорѣе можно слѣдить за больными, чѣмъ въ столицахъ и видѣть, какъ легко наступаютъ возвраты даже послѣ кажущагося выздоровленія.

До того, какъ приобрѣла права гражданства радикальная операция, рекомендовали и производили *влагалищную инцизію*, въ особенности, если мѣшокъ лежалъ близко надъ влагалищнымъ сводомъ; операцию эту въ послѣдствіи снова рекомендовалъ, между прочимъ, Dührssen. Если опухоль тѣсно срослась съ влагалищнымъ сводомъ, то операционное поле можетъ быть обнажено зеркалами, затѣмъ послѣ основательной дезинфекціи на самомъ нижнемъ мѣстѣ дѣлаютъ проколъ и, какъ только появится гной, образовавшееся отверстіе расширяютъ въ обѣ стороны ножомъ. Если мѣшокъ сросся съ дномъ таза, то при этомъ достаточно затампонировать виоформной марлей; если же онъ свободенъ, то стѣнки влагалища и мѣшка можно соединить зажимами или же держать открытыми при помощи обкалыванія стѣнокъ, а затѣмъ выполнить виоформной марлей.

Но этотъ способъ, какъ средство для леченія трубъ, долженъ быть принципиально отброшенъ. Если разсматривать полученные при операциі гнойные мѣшки, то становится ясно, что разрѣзомъ большого мѣшка не излечиваютъ меньшихъ, извивающихся отрѣзковъ трубы. Я вылечилъ при помощи лапаротоміи значительное число случаевъ, которые подверглись влагалищной инцизіи безъ всякаго результата. Влагалищная инцизія надежна и показана только тогда, когда операция необходима въ виду постоянной высокой лихорадки, а вѣроятность большой вирулентности гноя или гниlostнаго содержимаго исключаетъ лапаро-

томію. Но за этимъ позже должна все-таки слѣдовать абдоминальная экстирпация трубныхъ мѣшковъ.

Послѣдовательное лечение въ большинствѣ случаевъ не такъ уже просто. Послѣ инцизии также легко наступаетъ лихорадка, или появляется дурной запахъ, такъ что послѣ удаленія марли нужно производить черезъ каждые 2—3 дня дезинфицирующія промыванія мѣшка. Даже и при самомъ гладкомъ теченіи больную можно отпустить не раньше, чѣмъ черезъ 2 недѣли; въ большинствѣ случаевъ срокъ этотъ еще гораздо продолжительнѣе, и въ результатѣ остается еще утолщенная труба. Лишь въ видѣ исключенія, въ особенности при гнилостномъ разложеніи, я намѣренно произвожу влагалитичную инцизію—въ особенности если образовался абсцессъ въ Дугласовомъ пространствѣ—какъ предварительную операцію передъ лапаротоміей, которая слѣдуетъ 2—3 мѣсяца спустя.

Такимъ образомъ, главной операціей въ леченіи трубныхъ мѣшковъ является *сальпинго-офорэктомія*, которая производится абдоминальнымъ или вагинальнымъ путемъ. Первоначально обычной была абдоминальная операція, пока Schauta не указала на недостаточную прочность получаемыхъ результатовъ. Лишь 56% оперированныхъ имѣ больныхъ не страдали никакими разстройствомъ. Но въ настоящее время процентъ вполне выздоровѣвшихъ несомнѣнно гораздо больше, а если извѣстныхъ страданія и остаются въ теченіе 1—2 лѣтъ, то они все же гораздо меньше, чѣмъ до операціи.

На основаніи моихъ собственныхъ, всегда благопріятныхъ результатовъ, я придерживаюсь абдоминальнаго удаленія придатковъ, прежде всего для всѣхъ одностороннихъ случаевъ, но съ большими сроченіями, а затѣмъ и при двустороннихъ заболѣваніяхъ, когда у болѣе молодыхъ особъ нужно стараться сохранить, по крайней мѣрѣ, одинъ или хоть часть яичника.

Опытъ показалъ, что гной даже въ болѣе значительномъ количествѣ можетъ приходить въ соприкосновеніе съ брюшиной и кишками, не принося вреда, потому что онъ обыкновенно стерилень; гной, издающій зловонный запахъ отъ кишечныхъ бациллъ, болѣею частью не опасенъ. Но бываютъ, конечно, и такіе случаи, въ особенности при слишкомъ ранней операціи, когда нѣсколько капель вирулентнаго гноя вызываетъ смертельный перитонитъ. Согласно всѣмъ существующимъ наблюденіямъ, гонококковый гной безвреденъ, между тѣмъ какъ гной, содержащій стрепто-стафило- и пневмококки, кишечную бактерію или смѣшанную инфекцію, долженъ считаться опаснымъ.

Операцію производятъ въ положеніи больной на спинѣ съ высоко поднятымъ тазомъ, кишки удерживаются марлевыми компрессами и защищаются отъ загрязненія; въ большинствѣ случаевъ до нихъ трудно добраться вслѣдствіе сроченій опухолей съ брыжейкой, кишками и брюшными стѣнками. Лучшій путь—ориентироваться, исходя изъ дна матки, прослѣдить трубу, начиная съ маточнаго угла, и постепенно отдѣлить ее. Въ большинствѣ случаевъ приходится считаться съ исевероинтралигаментарной локализацией, названной такъ Rawlik'омъ; дѣло въ томъ, что трубнооваріальные мѣшки, въ большинствѣ случаевъ имѣющіе плотныя сроченія, сидятъ на задней поверхности широкой связки; при этомъ какъ послѣдняя, такъ и lig. suspensor. ovarii болѣею частью утолщены и негибки, такъ что при выщипываніи мѣшковъ онѣ могутъ оборваться. Нужно считать за правило ничего не разрывать въ темную, а лучше рѣзать при тяжелыхъ сроченіяхъ подъ наблюденіемъ глаза; тогда можно избѣжать пораненія кишки. Какъ бы ни казалось теоретически правильнымъ отдѣлять ампулу послѣдней, во избѣжаніе загрязненія брюшной полости гноемъ, на практикѣ удаленіе тубарнаго мѣшка болѣею частью совершается гладко лишь тогда, когда сначала отдѣлены сроченія ампулы.

Если нужно, можно временно раньше зашить *lig. susp. ovarii* и перерезать *art. spermatica*.

Послѣ отдѣленія трубы и двойной перевязки ея, перевязываютъ со- суды. каждый въ отдѣльности. Гдѣ возможно, поверхность разрыва покрываютъ брюшиной. Если въ полость брюшины попалъ гной, то даже и при сильномъ загрязненіи можно все же обойтись безъ дренажа, если можно ожидать, что гной стерилень. Иной разъ это можетъ подтвердить быстро произведенное ассистентомъ изслѣдованіе. Если же гной подозрителень въ смыслѣ вирулентности (при лихорадкѣ, послѣ родовъ и т. д.), то брюшная полость можетъ быть закрыта только въ томъ случаѣ, если загрязненіе было невелико и если всюду осталась гладкая, неповрежденная брюшина.

Согласно способу Pfannenstiela, я и здѣсь также примѣняю 10%ное камфорное масло, чтобы вызвать сильный лейкоцитозъ, вытирая имъ всѣ загрязненныя гноемъ мѣста.

Но если существуютъ большіе мертвые промежутки, обнаженные отъ брюшины, то гораздо безопаснѣе дренировать въ формѣ вѣерообразнаго тампона по Micsulicz'u, или черезъ задній сводъ влагалища. Въмѣсто 20% смертности, полученныхъ Olschausem'омъ, мнѣ удалось прежде (1905 г.) достигнуть дренированіемъ при оперированіи гнойныхъ придатковъ 6.5% смертности. Въ единичныхъ случаяхъ тампонація бываетъ необходима, вслѣдствіе невозможности остановить паренхиматозное кровотеченіе изъ глубины.

Отъ тампонаціи по Micsulicz'u я теперь отказался, и если я не полагаюся на смазываніе камфорнымъ масломъ, я дренирую еще только черезъ задній сводъ влагалища. Въмѣстѣ съ камфорнымъ масломъ такой дренажъ даетъ превосходные результаты.

Если вторая труба здорова, то ее, разумеется, оставляютъ и отдѣляютъ только въ случаѣ надобности сроченія трубы и ячника съ окружающими тканями. Согласно предложенію Martin'a и Skutsch'a, я накладываю при сроченіи оставшейся трубы новое отверстіе и, сдѣлавъ разрѣзъ, сшиваю слизистую оболочку съ серозной (*salpingostomia*). Успѣха этого способа, въ смыслѣ послѣдующаго зачатія, я до сихъ поръ не видалъ; только разъ я видѣлъ беременность, но съ послѣдующимъ абортomъ. У молодыхъ субъектовъ, если приходится удалить обѣ трубы, я стараюсь по возможности сохранить одинъ, или хоть часть ячника. Мнѣ пришлось, однако, наблюдать упорное воспаленіе въ оставленномъ такимъ образомъ ячникомъ, который во время операціи макроскопически казался совершенно здоровымъ.

Если при оперированіи абдоминальнымъ путемъ матка, придатки которой удаляются съ обѣихъ сторонъ, сильно повреждена, или очень измѣнена вслѣдствіе метрита или міомы, то можно послѣ вскрытія задняго свода влагалища перейти къ полному абдоминальному извлеченію матки. Всего лучше отдѣлять матку, когда трубояичниковые мѣшки уже отдѣлены, или же и здѣсь также расщепляютъ матку посрединѣ, чтобы легче сдѣлать все необходимое на каждой сторонѣ въ отдѣльности.

Въ этомъ случаѣ всегда рекомендуется дренировать внизъ, зашивая брюшину, или оставляя ее открытой. Но я принципиально высказываюсь противъ того, чтобы во всѣхъ случаяхъ, когда приходится удалять обѣ трубы съ яичниками, удалять вмѣстѣ съ ними и матку. Нѣкоторые операторы утверждаютъ, что явленія выпаденія менѣе значительны, если оставить, по крайней мѣрѣ, матку; во всякомъ случаѣ она представляетъ такую важную поддержку для влагалища и пузыря, что ее удаляютъ только въ томъ случаѣ, если она дѣйствительно болѣзненно измѣнена.

Неудовлетворенный, вѣроятно, результатами абдоминальныхъ операцій, Reap въ 1890 г. пришелъ къ мысли производить при нагноеніяхъ таза *влагалищную гистерэктомию* съ кускованіемъ (неудачно названную *castratio uterina*).

Операція, которая состояла въ постепенномъ отрѣзываніи шейки, гѣла матки, придатковъ, съ временнымъ защеменіемъ кровоточащихъ мѣстъ, была, какъ я убѣдился по собственному опыту, весьма несовершенна, потому что никогда нельзя было быть увѣреннымъ, дѣйствительно ли удалены также цѣликомъ болные придатки.

Показаніе для этой операціи Pean и Second находили въ рецидивирующемъ нагноеніи таза послѣ лапаротоміи, затѣмъ въ гнойномъ слипчивомъ пельеоперитонитѣ съ замурованной маткой и множественными гнойными полостями. Second вначалѣ зашелъ такъ далеко, что поставилъ эту операцію на мѣсто лапаротоміи для удаленія двустороннихъ нагноившихся придатковъ.

Для этой цѣли далѣе развить способъ Douen'a, который воспользовался прежнимъ предложеніемъ P. Müller'a расщеплять матку по срединной линіи. Мы называемъ влагалищное удаленіе матки съ трубами и яичниками *влагалищной радикальной операціей*. Цѣль этого способа является стремленіе по возможности предохранить кишки и брюшину отъ соприкосновенія съ гноемъ, избѣжать брюшной раны съ ея опасностью развитія грыжи и особенно нагноенія брюшныхъ покрововъ, также позаботиться, при помощи тампона черезъ произведенное во влагалищномъ сводѣ отверстіе, о достаточномъ дренированіи. Выполненіе операціи въ общемъ такое же, какъ мы приводили выше для удаленія міоматозной матки, съ расщепленіемъ ея по срединной линіи. Но способъ этотъ отнюдь не такъ простъ, какъ кажется; уже отепарованіе пузыря представляетъ трудности; Дугласово пространство часто пусто; съ трудомъ удается захватить маточную артерію въ инфильтрированной ткани параметріевъ; а когда, наконецъ, можно вытянуть къ наружнымъ половымъ органамъ расщепленную половину матки, то трудности, часто представляетъ перевязка art. spermatica, благодаря разрыву инфильтрированной lig. suspens. ovarii, такъ что приходится накладывать временныя зажимы. Всего опаснѣе неизбѣжны часто при этомъ пораненія кишечника; твердо инфильтрированная прямая кишка часто похожа на нагноившуюся трубу. Фактически три знаменитыхъ хирурга насчитываютъ на 510 влагалищныхъ операцій 5,6% поврежденія кишки — цифра, которая значительно превосходитъ цифру, полученную при абдоминальныхъ операціяхъ.

Послѣдовательное леченіе послѣ влагалищной операціи, разумѣется, идеальное, причемъ служащій для дренажа тампонъ медленно удаляется. Лѣтъ 20 тому назадъ влагалищное удаленіе нагноившихся трубъ часто бывало менѣе опасно, чѣмъ абдоминальное. Въ настоящее же время положеніе вещей обратное. И такъ какъ въ то же время первичная смертность при радикальной влагалищной операціи удаленія нагноившихся трубъ выше, чѣмъ при абдоминальной операціи, то лучше отъ первой отказаться.

Влагалищная операція можетъ быть развѣ рекомендована въ рѣдкомъ случаѣ удаленія односторонняго, несомнѣннаго и притомъ подвижнаго гидросальпинкса.

5. Haematosalpinx.

Гематосальпинксъ, скопленіе крови въ трубѣ, наблюдается, какъ мы уже разъясняли выше:

1) вслѣдствіе зарощеній, причемъ кровь скопляется въ трубѣ, большей частью заросшей подѣ влияніемъ инфекціоннаго процесса, не просто отъ застоя, а вслѣдствіе мѣстнаго кровотеченія;

2) скопленіе крови въ трубѣ обуславливается заболѣваніемъ трубной стѣнки, послѣ того, какъ предшествовавшій перисальпингитъ вызвалъ

срощеніе трубы, а иногда растяженіе трубы жидкимъ содержимымъ. Выдѣленіе крови въ этомъ случаѣ можетъ быть вызвано активной гипереміей во время менструаціи или во время общихъ заразныхъ заболѣваній (корь, скарлатина, оспа); чаще оно обуславливается пассивной гипереміей при смѣщеніяхъ трубы, скручиваніи ея, въ видѣ исключенія—благодаря кровотеченію во время менструаціи, и нерѣдко во время беременности трубы другой стороны.

Анатомическая картина гѣматосальпинкса различна, смотря по степени скопленія крови; при умѣренномъ количествѣ ея содержимое жидко, въ свѣжемъ состояніи оно еще краснаго, позже бурога цвѣта; при большихъ скопленіяхъ оно густо и похоже на смолу.

Симптомы. Симптомы, зависящіе отъ срощенія трубы, см. стр. 175.

Симптомы чистаго гѣматосальпинкса неясны. Если онъ воспалительнаго происхожденія, то менструація неправильна, появляется слишкомъ рано, иногда продолжительна.

Результаты изслѣдованія при гѣматосальпинксѣ слѣдующіе: прощупывается опухоль, связанная съ трубнымъ концомъ матки, прилегающая къ маткѣ сбоку или сзади и дающая ясное или неясное ощущеніе зыбленія; важно опредѣленіе яичника ниже опухоли.

Дифференціальный діагнозъ между гидро-, піо- и гѣматосальпинксомъ можетъ быть труденъ. Гидросальпинксъ никогда не обнаруживаетъ такого увеличенія скачками; піосальпинксъ можно исключить при отсутствіи гонорройныхъ симптомовъ, на мысль о гѣматосальпинксѣ наводятъ неправильности менструаціи и увеличеніе опухоли скачками, въ особенности во время менструаціи. Опорой для діагноза служитъ недостаточное увеличеніе числа лейкоцитовъ; иногда въ лежащей надъ Дугласовымъ пространствомъ опухоли дѣлаютъ съ цѣлью изслѣдованія проколъ со стороны влагалища. Walthet показалъ на двухъ поучительныхъ случаяхъ изъ клиники Löhlein'a, что отрицать трубную беременность при гѣматосальпинксѣ можно только въ томъ случаѣ, если при точномъ изслѣдованіи цѣлаго ряда срѣзовъ найдено будетъ отсутствіе ворсинокъ.

Прогнозъ не неблагоприятенъ. Гѣматосальпинксъ можетъ при благоприятныхъ условіяхъ подвергнуться обратному развитію и совершенно исчезнуть. Но если онъ вскрыется въ брюшную полость, то влечетъ за собою опасность, въ особенности при разложившемся содержимомъ.

Леченіе вначалѣ выжидательное: постельный покой, холодъ, позже теплота, кодеинъ, опій. При ясномъ ростѣ опухоли и при угрожающихъ явленіяхъ показано удаленіе абдоминальнымъ путемъ.

6. Трубная беременность въ первые мѣсяцы.

Въ дифференціальномъ діагнозѣ опухолей, возникшихъ вслѣдствіе воспалительныхъ измѣненій трубы, трубная беременность играетъ такую значительную роль, что я не могу обойти ее здѣсь молчаніемъ, тѣмъ болѣе, что исходы ея, разрывъ или абортъ съ заматочной опухолью, также составляютъ предметъ гинекологическаго изученія.

Относительно *этиологии* я буду кратокъ и сошлюсь на учебники по акушерству. Наряду съ патолого-анатомическими данными, которыя мы находимъ въ удаленной беременной, а иногда и во второй трубѣ, вопросъ этотъ призванъ

рѣшить прежде всего опытъ. Нельзя отрицать, что нарушенія физиологической дѣятельности слизистой оболочки трубы, обусловленные катаррами, въ особенноти гонорройнаго характера, могутъ служить здѣсь благоприятнымъ моментомъ. Такой взглядъ не мѣшаетъ допустить, что для того, чтобы яичко могло укрѣпиться въ трубѣ, воспалительный процессъ долженъ быть законченъ (F g a p z). Кромѣ того возможны механическія препятствія, недостаточная подвижность самаго яичка или чрезмѣрная величина его. Насколько этому способствуетъ болѣзненная сперма, на это до сихъ поръ не было обращено вниманія. Замѣчательно, какъ рѣдко поражаются первородящія; на 124 оперированныхъ мною въ виду трубной беременности, только 9 = 7.2% первородящихъ, что не очень говоритъ въ пользу значенія инфантилизма. Среди рожавшихъ въ теченіе послѣднихъ двухъ лѣтъ воспалительныя измѣненія придатковъ небеременной трубы найдены у 53%, а среди рожавшихъ болѣе, чѣмъ два года тому назадъ, у 80%. Попытка Mörrike ¹⁾ объяснить трубную беременность съ точки зрѣнія ученія Дарвина, по которой яйцо лишь въ томъ случаѣ укрѣпляется въ трубѣ, если ей присуща морфологическая или функциональная дистелеологія, служить только доказательствомъ нашего невѣдѣнія на этотъ счетъ.

Анатомическія данныя и теченіе.

Смотря по локализациі оплодотвореннаго яйца, различаютъ *graviditas tubaria interstitialis, isthmica, ampullaris* и *tuboabdominalis*.



Рис. 177. *Graviditas isthmica* безъ разрыва: а—ампулла; б—маточная часть трубы, с—плодный мѣшокъ.

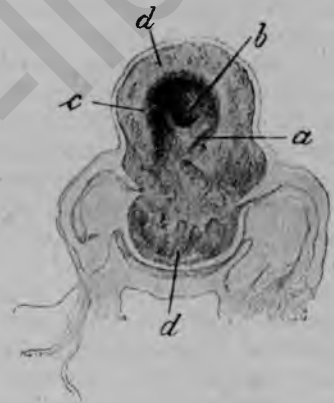


Рис. 178. Тотъ же препаратъ въ разрывѣ: а—вскрытый амніонъ; б—пустая полость амніона; с—хоріонъ; д—экстравазаты.

когда яйцо укрѣпляется на *fimbria ovarica*. Гораздо чаще другихъ наблюдается *graviditas ampullaris*. Рѣдко встрѣчается и диагностически трудно опредѣляется беременность въ рудиментарномъ придаточномъ рогѣ.

Если оплодотворенное яичко укрѣпится въ слизистой оболочкѣ трубы, то погруженіемъ подъ слизистую оболочку (Graf Spree) яичко достигаетъ мышечнаго слоя. Капсула образуется, повидимому, не во всѣхъ случаяхъ и состоитъ не только изъ соединительной ткани и слизистой оболочки, но и изъ мышечной ткани. Смотря по локализациі,

¹⁾ Mörrike, Zur Aethiologie der Tubengrahidität Halle 1900, C. Marhold

развѣтвленія лабиринта трубы, сдавленные и уплощенные растущимъ яйцомъ, могутъ симулировать *decidua reflexa*. Отличіе слизистой оболочки трубы отъ слизистой оболочки матки, т. е. отсутствіе железъ, дѣлаетъ понятнымъ, почему большая часть яицъ въ трубѣ рано погибаетъ вслѣдствіе разстройствъ кровообращенія.

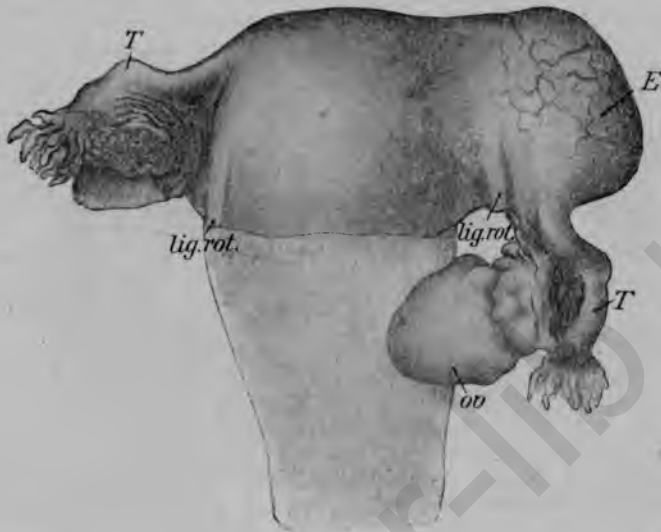


Рис. 179. Интерстициальная беременность Lig. rot. T—труба; ov—яичникъ; E—беременный рогъ.

Если плодъ умеръ, то яйцо вторичнымъ путемъ продѣлываетъ измѣненія, аналогичныя тѣмъ, какія совершаются въ маткѣ: появляются кровоизліянія между плодными оболочками, какъ это прекрасно изображено на рис. 178, съ препарата, полученнаго послѣ операци; или въ полости яйца, въ которой находятся плодъ или остатки его, замѣ-

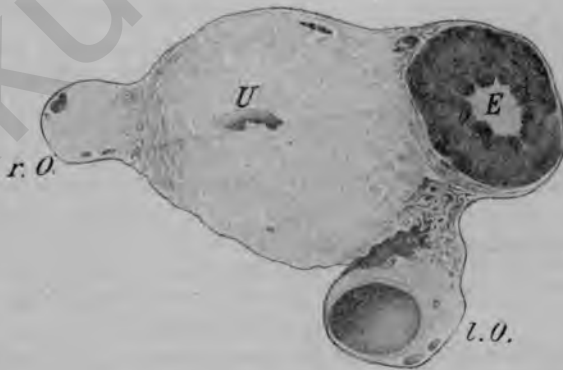


Рис. 180. Фронтальный разрѣзъ черезъ беременную трубу (*graviditas interstitialis*). E—полость яйца; U—полость матки; rO—правый яичникъ; lO—лѣвый яичникъ съ фолликулярной кистой величины съ горошину.

чается утолщение стѣнокъ, какъ при мясистомъ заносѣ; или же мясистый заносъ занимаетъ такъ много мѣста, что остается лишь минимальная полость съ утолщеннымъ сдавленнымъ плодомъ; наконецъ, яичко можетъ быть изгнано, а остаются только остатки децидуальной оболочки или

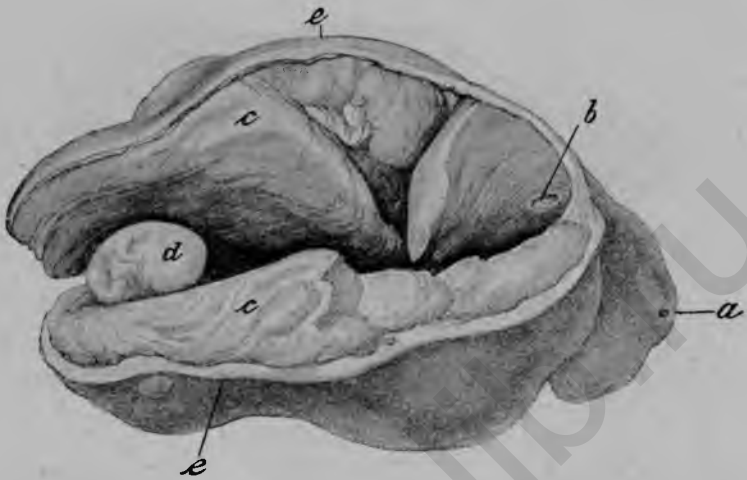


Рис. 181. Кровяной заносъ трубы на второмъ мѣсяцѣ: а—маточная часть трубы; б—isthmus tubae въ разрѣзѣ; с—старыя геморагіи; д—двухмѣсячный плодъ; е—стѣнка трубы.

хориона, на которыхъ осаждаются фибриновые свертки излившейся крови, такъ что образуется децидуальный полипъ трубы (см. рис. 182).

Въ самыхъ рѣдкихъ только случаяхъ развитіе находящагося въ трубѣ плода продолжается болѣе 5 мѣсяцевъ. Теченіе и леченіе такихъ случаевъ я обхожу, потому что они относятся къ учебникамъ по акушерству.



Рис. 182. Децидуальный полипъ трубы: а—ампулла; б—стѣнки трубы, вскрытыя; с—полипъ.

Насъ занимаютъ здѣсь только исходы трубной беременности въ первые мѣсяцы. Исходы эти слѣдующіе:

1. Яйцо преждевременно умираетъ, оставаясь въ трубѣ; содержимое большей своей частью всасывается, извѣстная часть его организуется, такъ что вполнѣдствіи существуетъ утолщеніе и непроходимость трубы. Werth (s. Kretschmarz) нашелъ въ трубѣ косточки 3-мѣсячнаго плода, умершаго еще 13 лѣтъ тому назадъ.

2. Яйцо очень рано цѣликомъ выталкивается въ брюшную полость, гдѣ оно погибаетъ и, по аналогіи съ рассасываніемъ плодовъ (Leopold), можетъ совершенно рассосаться. Если это не сопровождается слишкомъ большой потерей крови, то появляются только умѣренные боли, неболь-

шой, скоро переходящий коллапс и незначительныя анатомическія измѣненія трубы и окружающихъ частей—измѣненія, которыя клинически часто, быть можетъ, даже недоказуемы и остатки которыхъ находятъ лишь случайно во время операций. Полный трубный абортъ на первомъ мѣсяцѣ беременности бываетъ, быть можетъ, чаще, чѣмъ это думаютъ.

Если яйцо развивается до второго или третьяго мѣсяца, какъ это бываетъ въ большинствѣ случаевъ, то дѣло доходить до разрыва трубы или чаще до несовершеннаго, неполнаго выкидыша. Въ противоположность утвержденіямъ Martin'a, я подчеркиваю, что оба эти процесса и ихъ послѣдовательныя состоянія почти всегда можно точно отдѣлить другъ отъ друга, что важно для предсказанія и леченія.

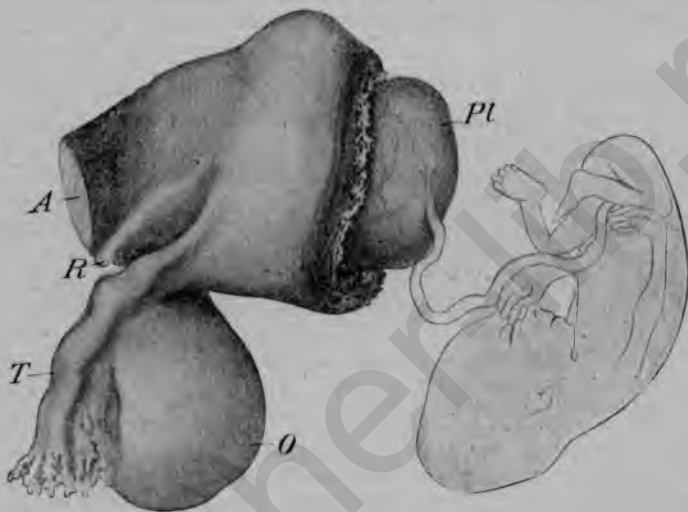


Рис. 183. Разрывъ беременнаго рудиментарнаго придаточнаго рога.

A—мѣсто разрѣза тѣла матки; R—круглая связка; T—труба; O—яичникъ; P1—плацента выдается на мѣстѣ разрыва, 10-тинедѣльный плодъ выступилъ въ брюшную полость.

3. *Разрывъ беременной трубы* наступаетъ большею частью внезапно, благодаря разѣденію мышечной стѣнки трубы ворсинками, или путемъ механическаго воздѣйствія, какимъ бываетъ, напр. coitus, толчекъ, паденіе или врачебное изслѣдованіе; стѣнка трубы въ одномъ мѣстѣ лопается, а вслѣдъ за этимъ яйцо цѣликомъ или частью выступаетъ черезъ мѣсто разрыва. Нѣтъ никакой надобности допускать, какъ утверждаетъ Tait, что при этомъ существуетъ зарощеніе у абдоминальнаго конца трубы; часто во время операции находятъ еще яйцо висящимъ въ отверстіи разрыва. Въ то же время брюшная полость переполняется жидкой, частью свернутой кровью, количество которой составляетъ 1—2 литра. Такое свободное изліяніе крови въ брюшную полость возникаетъ только при внезапномъ разрывѣ и физически не всегда опредѣляется съ увѣренностью, даже если количество ея равно одному литру. При большихъ количествахъ дѣло никогда не доходитъ до образованія капсулы. Разрывъ беременной трубы бываетъ главнымъ образомъ въ тѣхъ случаяхъ,

когда яйцо развивается въ *pars isthmica* трубы. Тотъ удивительный фактъ, что больныя могутъ изойти кровью при такомъ минимальномъ отверстіи, объясняется, вѣроятно, тѣмъ, что молодое яйцо въ изобиліи содержитъ вещества, задерживающія свертываніе крови.

Рѣдко бываетъ, чтобы разрывъ возникалъ въ стѣнкѣ трубы, расположенной противъ вырѣзки яичника, такъ что яичко рождается въ широкую связку, образуется гематома, и тѣмъ самымъ устраняется опасность внутреннего кровотечения. Нерѣдко разрывъ образуется медленно, яйцо не выходитъ изъ трубы, и окружающіе органы, *flexura sigmoidea*, брыжейка, кишки имѣютъ время путемъ спаиванія образовать окруженную капсулой полость. Если изгнаніе яйца и кровотеченіе затѣмъ продолжаются, то кровь изливается въ эту замкнутую полость, образуется *haematocoele*, которая, смотря по локализации, бываетъ *retroperitona*, *ante-* или *parauterina*. А яйцо или совершенно изгоняется въ мѣшокъ, или остается частью торчащимъ въ трубѣ. Мѣшокъ этотъ при извѣстныхъ обстоятельствахъ можетъ впоследствии опять таки лопнуть.

4. Въ то время, какъ прежде разрывъ беременной трубы считался наиболѣе частымъ явленіемъ, мы знаемъ теперь по результатамъ лапаротоміи, что разрывъ встрѣчается рѣже, чѣмъ трубный абортъ. Изученіемъ полного и *неполнаго трубнаго аборта съ образованіемъ haematocoele* мы обязаны Werth'y. По моимъ наблюденіямъ¹⁾, такой исходъ трубной беременности въ 8 разъ чаще разрыва; большинство операторовъ раздѣляетъ мое мнѣніе. Преобладаніе трубнаго аборта съ *haematocoele* зависитъ отъ гораздо болѣе частаго укрѣпленія оплодотвореннаго яйца въ ампуллѣ трубы.

Процессъ большею частью при этомъ слѣдующій. Послѣ первичной смерти яйца, труба старается его изгнать. Но яйцо отдѣляется лишь частью, вслѣдствіе чего вокругъ него возникаютъ кровотечения, постепенно организующіяся и дающія картину кровяного заноса (см. выше). Иногда, напротивъ, первичнымъ моментомъ бываетъ кровотеченіе; яйцо отдѣляется не вполне, какъ при неполномъ маточномъ выкидышѣ. Яйцо лишь частью изгоняется изъ воронки трубы, а другой частью, или плодными оболочками, оно еще прикрѣплено къ трубѣ. Вслѣдствіе раздраженія выступившимъ содержимымъ, между трубой, широкой связкой на беременной или на другой сторонѣ, яичникомъ, тонкими и толстыми кишками и брыжейкой образуются инкапсулированныя полости, какъ это первый указалъ Nelaton.

Результаты лапаротоміи, при которой образующія капсулу срощенія очень легко разрываются, показали, что Schröder былъ неправъ, когда думалъ, что срощенія составляютъ первичный моментъ, а кровотеченіе совершается въ образованное ими пустое пространство. Giglio доказалъ экспериментальнымъ путемъ, что при поврежденіи серозной оболочки и медленно выдѣленіи крови образуется инкапсулированная полость на подобіе *haematocoele*.

Къ свернувшейся крови присоединяются еще новыя кровоизліянія, такъ что на ряду съ болѣе старыми, въ большинствѣ случаевъ болѣе наружными, болѣе плотными слоями свернувшейся крови, внутри еще находится жидкое ядро. Иногда въ немъ находятъ еще яйцо, или часть его, а иногда нужно долго искать, прежде чѣмъ удастся съ увѣренностью опредѣлить ворсинки хоріона. Нужно, однако, считаться съ тѣмъ фактомъ, что, въ особенности благодаря механическимъ моментамъ, мѣшокъ *haematocoele* можетъ лопнуть и повести къ переполненію брюшной полости кровью. Всасываніе излившейся крови совершается медленно; кровоизліяніе величиной съ кулакъ требуетъ многихъ недѣль и даже мѣсяцевъ для рассасыванія. Если увидѣть такую полость въ тазу спустя нѣсколько лѣтъ, то утолщеніе трубы и многочислен-

¹⁾ См. Fehling. Bedeutung der Tubenruptur и т. д. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. т. 28.

ный срочения между органами малого таза часто составляют уже единственный признак бывшей трубной беременности. Носительница такого мѣшка всегда подвержена опасности послѣдующихъ кровотеченій, которыя могутъ появляться при изслѣдованіи, вслѣдствіе тѣлеснаго напряженія, или произвольно во время менструацій. Иной разъ подъ вліяніемъ врачебнаго вмѣшательства, или помимо него, изъ спаянныхъ съ трубою кишекъ въ нее могутъ перекечевать болѣзнетворные зародыши; появляется лихорадка и разложеніе трубнаго содержимаго съ послѣдующимъ вскрытіемъ наружу или гнилостное разложеніе мѣшка съ тяжелыми септическими явленіями.

Симптомы.

Анамнез здѣсь обманчивъ и часто безрезультатенъ, а потому на него не слѣдуетъ слишкомъ полагаться. Только въ $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ случаевъ менструація отсутствуетъ. Иной разъ она, наоборотъ, появляется даже слишкомъ рано, и только въ самомъ небольшомъ числѣ случаевъ она продолжаетъ совершаться правильно.

Остальные субъективные признаки беременности могутъ быть на лицо, но рвота, быть можетъ, рѣже, чѣмъ обыкновенно. Характерны коликобразные припадки съ легкими обмороками, коллапсами, стоящіе, вѣроятно, въ связи съ стремленіемъ трубы изгнать плодъ. Наиболее частое явленіе трубнаго аборта и сопровождающей его haematocele представляетъ неправильное, продолжающееся 4—6 недѣль отдѣленіе крови, то болѣе, то менѣе обильное, происходящее, однако, не изъ трубы, потому что во время операціи интерстиціальную часть трубы находятъ пустой; оно обязано своимъ происхожденіемъ эндометриту послѣ аборта, недостаточному отторженію децидуальной оболочки. На 76 видѣнныхъ мною случаяхъ такое кровотеченіе отсутствовало только въ 4; оно, слѣдовательно, всегда является признакомъ наступившей смерти плода. Я долженъ, однако, предостеречь отъ пользованія для діагноза кривой кровотеченія, какъ характерной для трубнаго выкидыша; тѣ же кривыя мы находимъ при пюсальпинксѣ съ экссудатомъ. Изрѣдка, и даже не всегда при разрывѣ, выдѣляется хорошо сохранившаяся decidua uterina. Кровь большею частью темно-бурого цвѣта, часто имѣетъ дурной запахъ и только при болѣе обильномъ отдѣленіи къ ней примѣшаны сгустки. Въ грудяхъ отъ времени до времени находятъ молозиво, которое у многородящихъ, какъ извѣстно, не служитъ доказательствомъ беременности. Багровая окраска половыхъ органовъ также существуетъ не всегда. Біеніе вѣтви маточной артеріи во влагалищномъ сводѣ ниже опухоли, на которое уже много лѣтъ тому назадъ указалъ Ненпиг, бываетъ не всегда и наблюдается также при воспалительныхъ опухоляхъ.

Разрыхленіе, набуханіе и мягкость матки и влагалищной части наблюдаются при трубной беременности рѣже, чѣмъ это описываютъ учебники, и даже, какъ мнѣ кажется, не всегда при живомъ плодѣ. Если плодъ умеръ, то матка быстро уменьшается и дѣлается болѣе плотной, влагалищная часть легко зіяетъ; матка обнаруживаетъ тогда только тѣ же явленія, какъ при метритѣ.

Главный интересъ представляетъ, разумѣется, сама беременная труба. Пока плодъ живъ, и не имѣли еще мѣста кровотеченія, мѣшокъ мягокъ, какъ гидросальпинксъ или небольшая пароваріальная киста; тѣстовато-мягкая беременная матка уже болѣе тверда наощупь.

Только въ благоприятныхъ случаяхъ удастся прощупать умѣренное утолщеніе isthmus трубы и яичникъ подъ нею.

Пока яйцо беспрепятственно росетъ, беременная не испытываетъ никакихъ разстройствъ. Боли возникаютъ лишь послѣ попытокъ трубы совершить изгнаніе, или при появленіи воспалительныхъ спаекъ съ со- сѣдными органами.

Разрывъ наступаетъ то послѣ незначительныхъ предвѣстниковъ, то безъ всякихъ предвѣстниковъ. По моимъ наблюденіямъ, предварительные припадки коликъ въ этомъ случаѣ рѣже, чѣмъ при трубномъ выкидышѣ. Разрывъ не связанъ непременно съ временемъ менструаціи; онъ можетъ наступить въ каждый данный моментъ. Остро возникшая внутренняя анемія, присутствие свободной жидкости въ брюшной полости и исчезаніе существовавшей раньше трубной опухоли, или же менѣе ясныя, чѣмъ прежде контуры ея, представляютъ главнѣйшіе признаки разрыва.

При трубномъ выкидышѣ, ведущемъ къ образованию haematocеле, трубная опухоль сначала становится твердой, благодаря излившейся между яйцомъ и трубной стѣнкой и свернувшейся крови. Постепенно позади матки образуется кровяной мѣшокъ, сопровождающійся болями и продолжительнымъ, неправильнымъ отхожденіемъ крови. Nelaton первый назвалъ этотъ кровяной мѣшокъ *haematocеле retrouterina* (*заматочная кровяная опухоль*). Она рѣдко помѣщается какъ разъ посерединѣ Дугласова пространства; большею частью она сидитъ ближе къ больной сторонѣ, но если отверстие ампулы расположено было въ другую сторону, то и кровяная опухоль также помѣщается на сторонѣ, противоположной беременной трубѣ, рѣже впереди матки. Въ такихъ случаяхъ говорятъ о *haematocеле parauterina, peritubaria, anteuterina*.

Когда мѣшокъ только образуется, онъ еще мягокъ, и границы его трудно прощупываются; но постепенно онъ становится плотнѣе, тверже. Границы его не всегда рѣзкія; всего рѣзче онъ внизу въ Дугласовомъ пространствѣ и сбоку, менѣе рѣзки по направленію къ стѣнкамъ таза и всего менѣе сверху, на границѣ кишекъ. Черезъ прямую кишку, смѣщенную въ сторону, большею частью прощупывается большая флюктуирующая опухоль между кишкой и влагалищемъ. Матка смѣщена впередъ и въ сторону, часто сильно приподнята, такъ что дно прощупывается на 2—3 поперечныхъ пальца надъ лобкомъ, вслѣдствіе чего пузырь большею частью смѣщенъ, и появляются частые позывы къ мочеиспусканію.

При исходѣ трубнаго выкидыша въ кровяную опухоль едва ли бываетъ внутреннее кровотеченіе, даже если опухоль доходить до пупка; въ крайнемъ случаѣ, развѣ только, если мѣшокъ лопается, благодаря насильственному изслѣдованію или травмѣ.

Діагнозъ.

Въ рѣдкихъ только случаяхъ удается поставить діагнозъ непрерывной еще трубной беременности, главнымъ образомъ потому, что больныя, за отсутствіемъ какихъ-либо разстройствъ, не обращаются къ врачу.

Постановкѣ діагноза до извѣстной степени помогаетъ односторонность опухоли; но другая труба можетъ при трубной беременности подвергнуться воспаленію, превратиться въ гѣматосальпинксъ; или при двусторонней опухоли одна изъ нихъ, меньшая, можетъ скрываться позади большей и не прощупываться. Вотъ почему цѣнно сосчитываніе лейкоцитовъ.

При нелопнувшей трубной беременности доказательна своеобраз-

ная мягкость мѣшка; нужно только остерегаться стремленія очень ясно прощупать его, иначе мѣшокъ лопається; по той же причинѣ приходится иногда отказаться и отъ опредѣленія яичника. Гораздо легче поставить діагнозъ, когда существуютъ уже симптомы умершаго яйца, твердость и отхожденіе крови; тогда можно съ увѣренностью поставить діагнозъ, въ

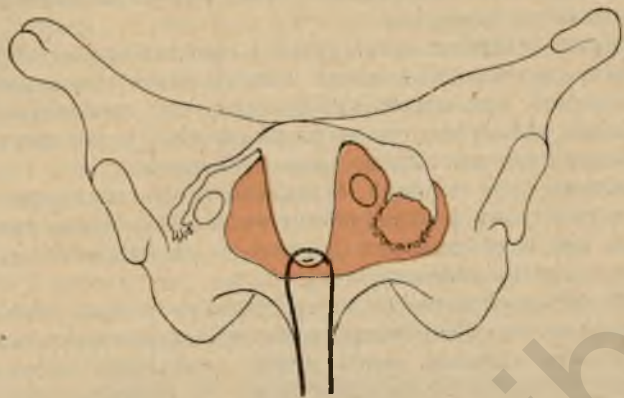


Рис. 184. Haematocoele retrouterina. Видъ спереди назадъ (схематически).

особенности если *одна* сторона нормальна. Точно также едва ли можно не распознать переполненія брюшной полости кровью, если доказаны другіе признаки беременности; кратковременная боль, высокая степень общаго малокровія, температура коллапса и небольшой частый пульсъ окончательно обезпечиваютъ діагнозъ.

Если образовалась заматочная кровяная опухоль, или haematocoele peritubaria, то почти патогномическимъ признакамъ является ростъ мѣшка скачками, сопровождающийся болью, постояннымъ отхожденіемъ крови и незначительной лихорадкой. Мѣшокъ вначалѣ мягокъ, затѣмъ тверже и при рассываніи медленно уменьшается. Характерно смѣщеніе матки, или приподнятіе ея вверхъ. При недостаточномъ вниманіи возможно смѣщеніе съ retroflexio utéri беременной матки; изслѣдованіе подъ наркозомъ большею частью даетъ возможность прощупать дно матки. Такъ какъ кровотеченіе большею частью и безъ того уже долго продолжается, то зондированіе въ такихъ случаяхъ во дозволено.

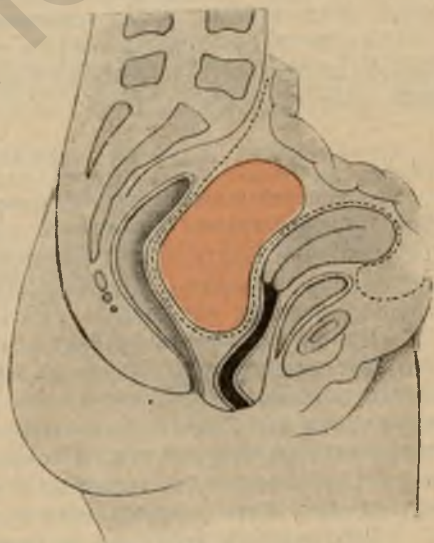


Рис. 185. Haematocoele retrouterina. Сагитальный разръзъ.

Правда, замочная кровавая опухоль Nelaton'a наблюдается не исключительно при трубной беременности; въ единичныхъ случаяхъ эндосальпингита, небольшого пюсальпинкса точно также бывають явленія, всего больше похожія на тѣ, какія встрѣчаются при беременной трубѣ съ умершимъ яйцомъ и, хотя и рѣдко, они протекають съ haematocеле. Кромѣ того, haematocеле наблюдалось также при злокачественныхъ измѣненіяхъ въ полости брюшины.

Поэтому въ сомнительныхъ случаяхъ пробный проколъ иглой Dieulafoу черезъ влагалищный сводъ имѣетъ почти рѣшающее значеніе. Во всякомъ случаѣ при сомнѣніяхъ его слѣдуетъ производить въ интересахъ операціи, потому что отъ результата его иногда зависитъ, будетъ ли сдѣлана влагалищная или абдоминальная операція.

Предсказаніе при трубной беременности въ настоящее время не такое уже дурное, какъ раньше, потому что мы научились при достовѣрномъ и даже при сомнительномъ діагнозѣ по возможности рано прибѣгать къ оперативному вмѣшательству.

Не столь неблагоприятно также предсказаніе и при остро лопнувшей трубной беременности. Основнымъ правиломъ должно считаться, что какъ только поставленъ діагнозъ, *всегда* нужно немедленно оперировать. Въ безнадежныхъ случаяхъ больныя все равно не поправляются отъ шока; операціей же можно спасти теперь, даже и послѣ разрыва, 90% больныхъ и даже болѣе, противъ 28% въ прежнее время.

Лѣтъ 30 тому назадъ, когда при леченіи haematocеле еще придерживались весьма консервативнаго образа дѣйствія, кровавая опухоль, правда, почти безъ исключенія всасывалась, если только не было какихъ-нибудь неприятныхъ осложненій; но разсасываніе могло длиться много мѣсяцевъ и даже годъ. Цифры смертности при самопроизвольномъ теченіи, данныя для прежняго времени Schrenk'омъ и Schotzen'омъ, именно 57.7% и 24%, слѣдовательно, абсолютно невѣрны и относятся къ той эпохѣ, когда еще не умѣли отличать разрыва трубы отъ аборта.

То же самое доказываютъ и данныя патологоанатомовъ, которые видали haematocеле retrouterina на секціонномъ столѣ въ высшей степени рѣдко (въ 1% случаевъ).

Леченіе.

При леченіи *неподвергшейся разрыву* трубной беременности справедливо руководствуются правиломъ, впервые высказаннымъ Werth'омъ, что ее нужно лечить, какъ злокачественное новообразованіе и по возможности раньше удалить. Леченіе трубнаго мѣшка впрыскиваніями морфія теперь уже всѣми оставлено (v. Winckel).

При неосложненной трубной беременности въ первые мѣсяцы можно удалить беременную трубу черезъ влагалище. Но я и здѣсь стою скорѣе за абдоминальный путь, потому что діагнозъ не всегда вполне достовѣренъ; кромѣ того, абдоминальнымъ путемъ можно также тщательнѣе изслѣдовать другую сторону и сохранить все, что остается здоровымъ, напримѣръ, яичникъ на беременной сторонѣ, когда придатки другой стороны должны быть удалены вмѣстѣ съ беременной трубой.

При разрывѣ же трубы и переполненіи брюшной полости кровью я, на основаніи богатаго опыта, считаю абдоминальный путь единственно правильнымъ. Онъ сберегаетъ время и кровь и одинъ только даетъ воз-

возможность надлежащим образом ориентироваться. При помощи подкожных впрыскиваний солевого раствора и камфоры или мускуса, въ большинствѣ случаевъ настолько удается устранить коллапсъ, что можно оперировать подъ эфирнымъ наркозомъ. Нужно только, конечно, остерегаться, чтобы не поднять кровяное давленіе слишкомъ рано, прежде, чѣмъ уничтожень источникъ кровотечения. Если, исходя изъ тѣла матки, отклониться въ сторону, то очень скоро можно опредѣлить локализацию лопнувшей трубы, а какъ только схватить ее и вытянуть вверхъ, кровотечение останавливается. Перевязка большею частью совершается очень легко. Я предпочитаю по возможности опорожнить излившуюся кровь, потому что она легко служитъ питательной средой для развитія проникшихъ въ нее организмовъ. Смотря по обстоятельствамъ, если позволяетъ время, я стерилизую вторую трубу. Сохраненіе лопнувшей трубы при зашиваніи разрыва представляетъ ненужную консервативную забаву, не имѣющую никакого смысла съ тѣхъ поръ, какъ извѣстно, что въ такой трубѣ могутъ происходить повторныя беременности.

Болѣе спорнымъ является еще и теперь вопросъ объ оперативномъ леченіи при *трубномъ выкидышѣ съ кровяной опухолью*.

Непредложный фактъ, что въ практикѣ состоятельныхъ классовъ, гдѣ существуетъ уходъ за больными, если только больная имѣетъ достаточно энергіи, чтобы недѣли и даже цѣлые мѣсяцы спокойно лежать въ постели, можно выжидать; хотя все же, просто отъ того, что больная съела, отъ изслѣдованія или отъ менструаціи, можетъ наступить тяжелое ухудшеніе. Въ рабочемъ же классѣ, гдѣ продолжительное лежаніе въ постели означаетъ раззореніе семьи, необходимо, на мой взглядъ, болѣе активное леченіе, какъ только мѣшокъ кровяной опухоли достигъ величины куриного яйца или больше и произвольно не можетъ быстро уменьшиться.

Я произвожу въ такихъ случаяхъ исключительно лапаротомію, потому что только она даетъ возможность надлежащимъ образомъ ориентироваться относительно больной и здоровой стороны. Вскрывши брюшную полость, часто находятъ опухоль, далеко выступающую изъ малаго таза. Отдѣливши осторожно кишки и брыжейку, ориентируются, исходя изъ матки, на какой сторонѣ находится беременная труба, и отдѣляютъ плодный мѣшокъ, сидящій близъ матки на нижней пластинкѣ широкой связки, тупымъ путемъ. При этомъ вскрываютъ кровяную полость, часто переполненную массой старыхъ кровяныхъ сгустковъ; съ болѣе же значительнымъ свѣжимъ кровотеченіемъ рѣдко приходится имѣть дѣло.

Трубный мѣшокъ подвергается двойной перевязкѣ, перевязываютъ сосулы и т. д. Обшиваніе ножки брюшины здѣсь возможно только въ рѣдкихъ случаяхъ; для кишекъ и матки также вообще не хватаетъ брюшины, что и составляетъ, вѣроятно, причину столь частой послѣдовательной лихорадки, благодаря проникшимъ въ брюшную полость зародышамъ. Осматриваютъ также и небеременную сторону. Большое удаляютъ, стерилизуютъ трубу, или накладываютъ новое отверстіе. Дренажъ и заливаніе камфорнымъ масломъ применяются по мѣрѣ надобности.

Dührssen и для этихъ также случаевъ предложилъ влагалищную операцію. Но она затруднительна, потому что изъ влагалища и матки кровотеченіе большей частью больше обыкновеннаго, и потому, что кровь изъ кровяного мѣшка закрываетъ операціонное поле; наконецъ, нерѣдко невозможно было справиться съ кровотеченіемъ изъ утолщенной ligam. susp. ovar., такъ что приходилось послѣдовательно переходить къ лапаротоміи. Такъ было съ Dührssen'омъ въ 18% его случаевъ. А потому большинство авторовъ, Martin и др., стоятъ за абдоминальный путь, какъ и я.

Способъ, предложенный первоначально Voisin'омъ, вскрывать кровяной мѣшокъ только *черезъ влагалище*. рекомендовалъ Scanzoni, изъ клиники Zweifel'я. Нужно, однако, принять во вниманіе, что больная труба со всѣмъ яйцомъ или частью его при этомъ остается внутри, что выздоровленіе продолжается очень долго, и что часто бываютъ тяжелыя осложненія въ видѣ послѣдовательныхъ кровотеченій; къ тому же этотъ способъ даетъ еще 7—10% смертности, а потому влагалищная инцизія кровяного мѣшка, какъ терапевтической приѣмъ, должна быть оставлена. Только въ томъ случаѣ, когда внѣдреніе зародышей изъ кишки вызываетъ разложеніе содержимаго съ постоянной высокой лихорадкой, показана временная инцизія влагалища для удаленія разложившейся крови. Она производится слѣдующимъ образомъ:

Послѣ основательной дезинфекціи на самомъ нижнемъ мѣстѣ опухоли дѣлаютъ поперечный или сагитальный разрѣзъ, препарируютъ вглубь до тѣхъ поръ, пока доберутся до кровяного мѣшка, разрѣзаютъ его, опорожняютъ сгустки, сшиваютъ стѣнки мѣшка (брюшину) съ влагалищной стѣнкой 4—6 швами, вкладываютъ дренажъ, который обертываютъ марлей, или при болѣе сильномъ кровотеченіи сначала выполняютъ только мѣшокъ вѣоформной марлей. Спринцованія производятъ не слѣдуетъ. Лечение требуетъ при частой смѣнѣ марлевого тампона отъ 2 до 4 недѣль и болѣе. Иногда больная труба впоследствии удаляется путемъ лапаротоміи.

Если желаютъ сдѣлать попытку излечить кровяной мѣшокъ путемъ рассасыванія, то нужно назначить строгій постельный покой въ теченіе многихъ недѣль и даже мѣсяцевъ, сначала прохладные, затѣмъ согревающие компрессы, припарки, термофоръ и т. д. Эрготина и аналогичныхъ средствъ нужно избѣгать. Отъ выскабливанія при продолжительномъ кровотеченіи мы настоятельно предостерегаемъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи примѣняютъ всасывающія средства, какъ іодъ, ихтіолъ, тигенолъ черезъ влагалище или черезъ прямую кишку; очень полезно примѣненіе пельвитерма. Позже умѣстны простыя ванны, рассольныя и грязевыя ванны.

Противъ массажа мы предостерегаемъ, потому что онъ опасенъ; въ дальнѣйшемъ теченіи умѣстно, напротивъ, лечение отягощеніемъ.

Результаты, полученные мною за 10 лѣтъ (Галле и Страсбургъ), слѣдующіе: изъ 50 оперированныхъ при разрывѣ трубы умерли 7, изъ нихъ 5 во время операціи или же въ первые 2 часа по окончаніи ея; 96 оперированныхъ при трубномъ абортѣ съ кровяной опухолью не дали ни одного смертнаго случая.

7. Бугорчатка трубъ ¹⁾.

Этіологія и частота. Schramm вычислилъ, что среди умершихъ отъ чахотки и вообще отъ туберкулеза, у 4.2% найденъ былъ также туберкулезъ трубъ. Статистика вскрытій Базельскаго Патологическаго Института (диссертація Steger'a) дала на 3493 вскрытія умершихъ вообще отъ туберкулеза женщинъ 3.1% случаевъ туберкулеза трубъ.

¹⁾ См. Hegar, Entstehung, Diagnose und Behandlung der Genitaltuberkulose des Weibes. Stuttgart 1886.—Alterthum, Tuberkulose der Tuben und des Beckenbauchfells. Hegars klin. Beiträge 1898, Bd. 1.—Veit und Krönig. Referat d. D. Gesellsch. f. Gynäk. München 1911.

Менѣе значительныя числа даютъ Fromme и Neumann, которые на большое число вскрытій вычислили 1% бугорчатки половыхъ органовъ, изъ нихъ болѣе, чѣмъ въ 80—90% случаевъ, найдена бугорчатка трубъ.

Различаютъ первичную и вторичную бугорчатку трубъ.

Первичная или восходящая бугорчатка трубъ наблюдается, хотя и очень рѣдко. При введеніи бациллъ инструментами, грязными пальцами, во время coitus, спермой и т. д., ядъ, вѣроятно, временно присталъ къ слизистой оболочкѣ влагалища; но укрѣпленіе его произошло въ трубахъ, потому что, вслѣдствіе развѣтвленія слизистой оболочки ихъ, онѣ представляютъ для этого благоприятныя условія. Перенесеніе бациллъ посредствомъ coitus'a допустимо, потому что, согласно экспериментамъ Gärtner'a, не только при экспериментальномъ туберкулезѣ



Рис. 186. Туберкулезный піосальпникъ съ яичникомъ (О), многочисленные бугорки на поверхности. Т—маточный конецъ трубы.

мошонки, но и при общемъ туберкулезѣ, въ спермѣ находили бугорчатковыя палочки. Чтобы понять это, мы можемъ обратиться къ лучше изученнымъ нами жизненнымъ условіямъ гонококка. Послѣ локализации на слизистой оболочкѣ влагалища или матки гонококкъ можетъ быть удаленъ оттуда, въ особенности процессомъ менструаціи, между тѣмъ, какъ въ трубѣ онъ продолжаетъ развиваться. Поразительно наблюдение, что бугорчатковая палочка укрѣпляется главнымъ образомъ въ ампулѣ; это понятно для бугорчатки, переходящей изъ кишечника и брюшины, между тѣмъ какъ для восходящаго туберкулеза трудно было бы объяснить, почему это мѣсто является излюбленнымъ. Бугорчатка почти всегда наблюдается въ обѣихъ трубахъ, при одностороннемъ же заболѣваніи, повидному, ни одна изъ трубъ не пользуется предпочтеніемъ. По Macnoughton Jones, односторонняя бугорчатка трубы вообще наблюдалась только 10 разъ.

Вторичная или нисходящая бугорчатка встрѣчается гораздо чаще восходящей, первичной. Она исходитъ изъ бугорчатки кишечника, брюшины, лимфатическихъ железъ; рѣже она обусловливается инфекціей черезъ кровеносные сосуды. Статистика базельскихъ вскрытій показала, что въ 8.4% вскрытій туберкулезныхъ мужчинъ и въ 7.8% туберкулезныхъ женщинъ найдена бугорчатка брюшины, слѣдовательно, приблизительно

одинаково часто, а между тѣмъ, въ то время, какъ на 21 женщину съ туберкулезнымъ перитонитомъ туберкулезъ половыхъ органовъ встрѣчается въ 71.4% случаевъ, 21 мужчина съ туберкулезнымъ перитонитомъ даютъ только 19% заболѣваній половыхъ органовъ, что опять-таки говоритъ за то, что заболѣваніе трубъ вторичнаго происхожденія. По Weigert'у, заболѣваніе трубъ объясняется тѣмъ, что при туберкулезѣ кишекъ узелки имѣются въ Дугласовомъ пространствѣ, откуда ядъ и воспринимается трубами. Jani удалось въ одномъ такомъ случаѣ, въ здоровой вообще трубѣ доказать присутствіе бугорчатковыхъ бациллъ.

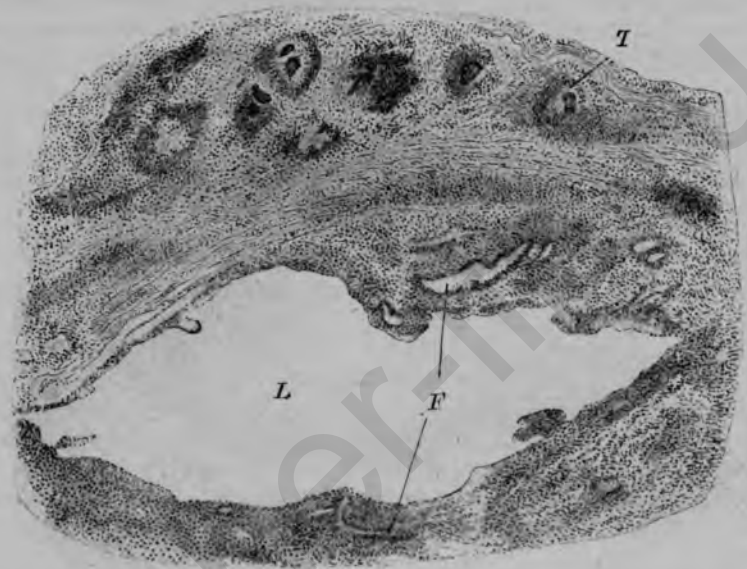


Рис. 187. Бугорчатка трубы. L—Просвѣтъ трубы. Остатки эпителія и трубныхъ складокъ. F—Обширная инфильтрація стѣнки трубы лейкоцитами. T—Туберкулы съ гигантскими клѣтками.

Патологическая анатомія. Первые симптомы зараженія слизистой оболочки бугорчаткой имѣютъ катаральный характеръ. Слизистая оболочка припухаетъ, гиперэмируется, краснѣетъ, затѣмъ становится темной; отдѣленія ея слизисто-серозныя, позже слизисто-гнойныя съ наклонностью къ творожистому перерожденію. Главныя измѣненія совершаются въ ампулѣ. Здѣсь появляются характерныя туберкулезныя узелки, сначала прозрачныя сѣрыя, потомъ сѣро-желтоватыя и непрозрачныя съ гигантскими клѣтками и бугорчатковыми бациллами; уже очень рано развивается разлитая инфильтрація слизистой, какъ при бугорчаткѣ слизистой оболочки мочеточниковъ и почекъ. За этимъ слѣдуетъ язвенный распадъ съ распространеніемъ пещеристыхъ язвъ до подслизистой и до гиперплазированной иногда мышечной ткани. Если процессъ распространится вглубь, то появляются сращения съ сосѣдними органами, въ особенности на ампулѣ; благодаря склеиванію фимбрій, трубный мѣшокъ теряетъ сообщеніе съ полостью брюшины; затѣмъ заболѣвшая труба срастается съ сосѣдними органами, съ широкой связкой, маткой, Дугласовымъ пространствомъ, даже съ трубой противоположной стороны, съ кишечникомъ, червеобразнымъ отросткомъ, брыжейкой и т. д. Такимъ образомъ возникаютъ неотдѣлимые другъ отъ друга опухоли, состоящія главнымъ образомъ изъ трубъ и яичниковъ; при лапоротоміи, сдѣланной въ виду бугорчатки брюшины, иной разъ невозможно добраться до трубъ.

За образованіемъ язвъ слѣдуетъ образованіе грануляціонной ткани на слизистой оболочкѣ, затѣмъ омертвѣніе ея съ накопленіемъ въ трубѣ жирныхъ творожистыхъ массъ изъ детрита слизистой оболочки, сгущеннаго гноя и т. д. Вслѣдствіе этого труба въ дальнѣйшемъ теченіи равномерно растягивается, всего больше близъ ампуллы, такъ что въ ней образуются булавовидныя или колбовидныя припухлости. Описаніе остальныхъ туберкулезныхъ измѣненій на сосѣдней брюшинѣ сюда не относится; укажемъ только, что гораздо рѣже, чѣмъ при туберкулезѣ мужскихъ половыхъ органовъ, сюда присоединяется туберкулезъ мочевыхъ путей. Излеченіе туберкулеза трубъ несомнѣнно бываетъ; но съ другой стороны нужно считаться съ тѣмъ обстоятельствомъ, что и туберкулезные очаги трубы, возникли ли они первично или вторично, заражаютъ остальное тѣло гемолитическимъ путемъ въ формѣ миліарнаго туберкулеза, менингита.

Раздѣленіе бугорчатки трубъ на острую и хроническую, въ томъ смыслѣ, что къ первой относятся больше случаи нисходящей, а къ хронической—случаи восходящей бугорчатки, фактически трудно провести.

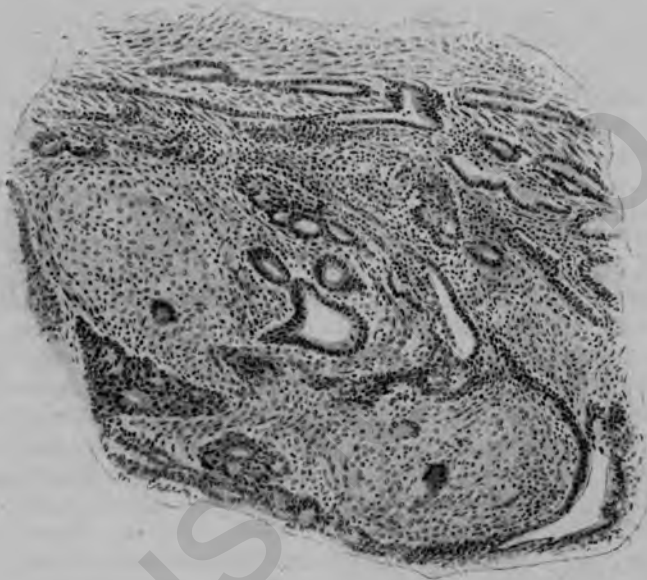


Рис. 188. Туберкулезъ трубы съ гетеротипическими разрощеніями эпителия.

Симптомы и теченіе. Симптомы первичнаго туберкулеза трубъ долго остаются скрытыми, а симптомы вторичной бугорчатки ихъ исчезаютъ въ ряду симптомовъ бугорчатки брюшины. Появляющіяся вначалѣ меноррагіи, какъ показалъ опытъ, вскорѣ уступаютъ мѣсто скудной, болѣзненной менструаціи; рано наступаетъ уже аменоррея, которая объясняется сопутствующимъ заболѣваніемъ яичниковъ или всего вообще организма. Рано появляется также гектическая лихорадка, которая въ связи съ мѣстными явленіями, въ особенности при наследственномъ отягощеніи и при процессѣ въ легкихъ, наводитъ на діагнозъ.

Предсказаніе при восходящемъ туберкулезѣ трубъ не такъ неблагоприятно, хотя бы въ виду возможности экстирпаціи трубы, если только болѣзнь распознана заблаговременно. При нисходящей же бугорчаткѣ предсказаніе зависитъ отъ состоянія остальныхъ половыхъ органовъ и прежде всего брюшины, но и отъ легкихъ также. Тѣмъ не менѣе, если

лихорадка даже продолжается въ теченіе многихъ недѣль, все же можно еще рассчитывать на остановку процесса и обратное развитіе его съ творожистымъ перерожденіемъ мѣшковъ, причемъ опухоли величиною съ кулакъ превращаются въ небольшія твердыя массы. Такимъ образомъ излеченіе здѣсь возможно, какъ и во всякомъ другомъ мѣстѣ.

Диагнозъ покоится прежде всего на мѣстныхъ явленіяхъ, во-вторыхъ, на анамнезѣ, наслѣдственности и существованіи другихъ вообще туберкулезныхъ измѣненій. Несомнѣнный диагнозъ туберкулеза трубъ возможенъ только тогда, если еще не произошло сращеніе этихъ послѣднихъ съ сосѣдними органами и сліяніе ихъ въ большія опухоли. Если заболѣвшая труба имѣетъ форму колбы или булавы, то можетъ быть труднымъ отличительное распознаваніе отъ пюсальпинкса или гидросальпинкса, обусловленнаго другими причинами. По Kehrger'у, salpingitis nodosa interstitialis характеренъ для бугорчатки. На основаніи единичныхъ видѣнныхъ мною случаевъ, думаю, что онъ, повидимому, правъ.

При первичномъ туберкулезѣ брюшины черезъ влагалище или прямую кишку прощупываются иногда въ Дугласовомъ пространствѣ небольшіе узелки позади матки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ выскабливаніе матки подтверждало мнѣ диагнозъ туберкулеза. Новѣйшія реакціи на туберкулезъ, какъ реакція Мого, Pirquet'a и др., довольно часто безрезультатны; на основаніи моихъ наблюденій я могу подтвердить наблюденіе E. Martin'a, что именно при болѣе тяжеломъ заболѣваніи реакція Мого не наступаетъ.

Неоднократно удается поставить диагнозъ путемъ исключенія, если при сопровождающихся лихорадкой опухоляхъ придатковъ съ увѣренностью можно исключить всякую другую инфекцію. Я всегда указывалъ, что опухоли, которыя по формѣ и по характеру своему не могутъ быть отнесены ни къ какимъ другимъ, туберкулезнаго происхожденія.

Леченіе. Если доказано, что мы имѣемъ дѣло съ первичнымъ туберкулезомъ, то показано оперативное удаленіе трубъ; выполнимо ли оно при общемъ туберкулезѣ брюшины, вопросъ, который часто рѣшается только послѣ вскрытія брюшной полости.

Neegar рекомендуетъ операцію въ хроническихъ случаяхъ, сопровождающихся рецидивирующимъ воспаленіемъ, въ совершенно же свѣжихъ случаяхъ слѣдуетъ выжидать. Въ безболѣзненныхъ, болѣе старыхъ случаяхъ отъ операціи нужно отказаться въ виду возможности самопроизвольнаго излеченія.

Въ противоположность Krönig'у и Veit'у, которые въ своемъ рефератѣ (см. выше) занимаютъ очень сдержанную позицію, я стою за то, чтобы, поскольку это безопасно, удалять туберкулезныя трубы, все равно какъ хирургъ удаляетъ всякія вообще бугорчатковыя гнѣзда.

Выполненіе операціи такое же, какъ обыкновенно при удаленіи придатковъ. Въ большинствѣ случаевъ операція наталкивается на большія трудности, обусловливаемыя сращениями трубъ съ широкими связками, маткой, кишечникомъ, причемъ особенно нужно остерегаться, чтобы не надорвать кишки. Послѣдствіемъ такихъ поврежденій могутъ быть неизлечимыя кишечныя фистулы. Поэтому нужно по возможности меньше рвать и больше рѣзать подъ контролемъ глаза. Neegar въ одномъ случаѣ укрѣпилъ мѣсто сращенія трубы съ маткой, 3-хъ см. въ діаметрѣ, внѣбрюшиннымъ путемъ къ брюшной стѣнкѣ.

При высокихъ степеняхъ сращения, когда можно предвидѣть заболѣваніе матки, Негар рекомендуетъ полную абдоминальную экстирпацию матки вмѣстѣ съ придатками. Въ особенности она умѣстна при *salpingitis interstit. nodosa*. Во всякомъ случаѣ, абдоминальная операція имѣетъ передъ радикальной влагалищной операціей то преимущество, что не приходится работать въ темную, что операционное поле, напротивъ, вполне доступно зрѣнію. Въ видѣ исключенія, вскрытіе трубнаго мѣшка въ прямую кишку можетъ заставить отдать предпочтеніе влагалищной радикальной операціи.

При невозможности сдѣлать экстирпацию и продолжающейся гектической лихорадкѣ, обусловленной гнойными очагами въ трубахъ и яичникахъ, какъ и при *ruosele*, обусловленной гонорреей, можетъ быть полезна пункція съ послѣдующимъ широкимъ разрывомъ со стороны влагалища.

Симптоматическое леченіе такое же, какъ приведенное выше вообще для нагноенія трубъ.

8. Новообразования трубъ.

Прежде они были мало извѣстны, но съ учащеніемъ лапаротоміи число наблюдений въ этомъ направленіи увеличилось. Изъ доброкачественныхъ опухолей нужно назвать слѣдующія:

Фиброма. По сравненію съ міомами матки фиброма трубы встрѣчается чрезвычайно рѣдко. J. Simpson первый описалъ фиброму трубы величиною съ дѣтскую головку. Затѣмъ послѣдовали дальнѣйшія наблюденія Späth'a, Schwarz'a, Jacobs'a и др., всего 8—10 случаевъ. Мнѣ самому пришлось удалить міому трубы, разложившуюся внутри, величиной съ матку въ послѣдніе мѣсяцы беременности. Поразительна была ширина опухоли при незначительной высотѣ ¹⁾).

Липомы описаны Rokitan'skymъ, какъ случайныя находки во время вскрытія. Онѣ сидятъ подъ слизистой оболочкой и бываютъ величиной до лѣсного орѣха.

Папилломы доброкачественнаго характера описали Dorgan и Klob. Онѣ сидятъ внутри расширенныхъ трубъ, но могутъ также исходить широкимъ основаніемъ изъ серозной оболочки. Первые



Рис. 189. Ракъ трубы.

¹⁾ См. Berger. Ein Fall von Fibromyom des Eileiters. In.-Diss. Halle 1898.

представляют, повидимому, послѣдствіе хроническихъ воспалительныхъ процессовъ.

Теперь увеличилось также число *первичныхъ карциномъ трубъ*, которыя прежде описывали, какъ чрезвычайно рѣдкое явленіе. Впервые такіе случаи опубликовали Orthmann, Kaltenbach и Eberth. Dogaп собралъ въ литературѣ около 100 случаевъ. Исходной точкой новообразования служитъ слизистая оболочка. Достойно вниманія и трудно поддается объясненію то обстоятельство, что карциномы почти всегда возникаютъ съ обѣихъ сторонъ, въ противоположность доброкачественнымъ опухолямъ. Въ случаѣ Kaltenbach'a съ обѣихъ сторонъ найдены были папилломы слизистой оболочки съ отдѣльными субперитонеальными узлами; клинически обращало на себя вниманіе обильное серозно-гноенное истеченіе, прекратившееся послѣ операціи. Въ одномъ оперированномъ мною случаѣ двусторонняго рака трубъ съ серознымъ салпингитомъ истеченіе совершенно отсутствовало.

Вторичныя карциномы трубъ, часто двустороннія, присоединяются къ карциномѣ тѣла матки; частота ихъ очень различна. Kiwisch, исходя изъ клиническихъ наблюдений, нашелъ на 78 карциномъ матки 23% карциномъ трубы. А Dietrich, на основаніи патолого-анатомическихъ изслѣдованій, нашелъ на 40 случаевъ 10%.

Саркома найдена была на трубѣ Senger'омъ, какъ первичная круглоклѣтчаточковая опухоль. Landau оперировалъ одинъ случай веретенообразноклѣтчаточковой саркомы. Въ обоихъ случаяхъ существовали метастазы въ Дугласовомъ пространствѣ.

9. Обезпложеніе женщины.

Вопросъ о преднамѣренномъ обезпложеніи женщины долженъ быть здѣсь рассмотрѣнъ потому, что оно примѣняется уже въ теченіе многихъ лѣтъ и приобрѣло извѣстныя права гражданства въ ряду другихъ гинекологическихъ операцій. Мы имѣемъ здѣсь въ виду не удаленіе яичниковъ, которое уже въ теченіе многихъ лѣтъ случайно производится во время другихъ операцій, а намѣренное удаленіе съ цѣлью предупрежденія дальнѣйшаго зачатія. Операцію эту можно производить только въ тѣхъ случаяхъ, когда научно установлено, что всякая новая беременность женщины грозитъ серьезной опасностью ея здоровью или даже жизни.

Признаніе права на существованіе этой операціи является признакомъ времени и служитъ доказательствомъ того, что различныя предохранительныя противъ зачатія средства, считающіяся необходимыми и допустимыми какъ врачами, такъ и публикой, не всегда въ достаточной степени надежны.

Нѣтъ другого вопроса, гдѣ бы нужно было поставить и придерживаться такихъ строгихъ показаній, какъ здѣсь, если мы не желаемъ попасть на ложную дорогу не выдерживающаго критики стремленія препятствовать размноженію человѣческаго рода.

Простое социальное показаніе здѣсь *немыслимо*, какъ ни печально иной разъ видѣть, что бѣдныя женщины прямо изнемогаютъ подъ бременемъ родовъ и семейныхъ заботъ. То или иное постановленное и признанное справедливымъ социальное показаніе весьма различно при-

мѣнялось бы въ различныхъ классахъ общества и санкціонированное врачами оно привело бы въ высшихъ классахъ къ системѣ рожденія двухъ дѣтей (Zweikindersystem), которая уже привела во Франціи къ уменьшенію прироста населенія, что озабочиваетъ теперь эту страну.

1. Показаніе, считавшееся прежде и считающееся еще и теперь нѣкоторыми главными, именно *обезпложеніе при высокихъ степеняхъ суженія таза*, я не могу въ настоящее время считать самостоятельнымъ показаніемъ; кесарское сѣченіе и *hebesteotomia* принадлежать теперь къ операціямъ, едва ли болѣе опаснымъ самимъ по себѣ, чѣмъ резекція трубъ. Лично я не произвожу обезпложенія ради одного только узкаго таза, но считаю возможнымъ соединять резекцію трубъ съ кесарскимъ сѣченіемъ; однако, я ничего не дѣлаю при первомъ кесарскомъ сѣченіи, а только при повторномъ, если имѣется, по крайней мѣрѣ, двое живыхъ дѣтей. Обезпложеніе легко выполнимо при кесарскомъ сѣченіи какъ тѣла, такъ и шейки матки, и при 40 операціяхъ кесарскаго сѣченія шейки, произведенныхъ нами въ послѣдніе годы, мы неоднократно получали согласіе на операцію даже при относительномъ показаніи, общіяа произвести одновременно и обезпложеніе.

Резекцію трубъ при этомъ легко произвести, даже если кишечникъ и брыжейка остаются невидимыми.

2. Вторымъ, но рѣдкимъ показаніемъ со стороны родовъ служить повторная эклампсія; затѣмъ кесарское сѣченіе тѣла показано въ рѣдкихъ случаяхъ центральнаго предлежанія послѣда съ сильнымъ кровотеченіемъ при отсутствіи раскрытія шейки. При строгой постановкѣ показаній эти болѣзни рѣдко будутъ подавать поводъ для операціи.

3. Само собой понятно показаніе при операціяхъ для удаленія разрыва трубъ или трубномъ выкидышѣ. Болѣе, чѣмъ въ половинѣ случаевъ лапаротоміи съ этой цѣлью, мы находимъ болѣзненное состояніе и въ небеременной трубѣ. Въ виду нерѣдкаго повторенія трубной беременности на другой сторонѣ, въ интересахъ женщины слѣдуетъ резецировать больную трубу, но по возможности оставляя яичникъ.

4. Съ тѣхъ поръ какъ послѣ вагинофиксаци матки наблюдались тяжелые роды, разрѣшавшіеся иногда только при помощи кесарскаго сѣченія, мы избѣгаемъ вообще операцій съ владалищнымъ фиксированіемъ матки у женщинъ того возраста, когда онѣ еще способны рожать дѣтей. Если же такая операція неизбежна, или также въ единичныхъ случаяхъ вентрофиксаци матки хорошо присоединить сюда удаленіе трубъ.

5. Въ нашихъ взглядахъ на значеніе зачатія для женщинъ, страдающихъ бугорчаткой легкихъ, въ послѣдніе годы произошелъ громадный переворотъ. Требованіе *Kamper'a* всѣми средствами препятствовать у туберкулезныхъ женщинъ зачатію до извѣстной степени справедливо. Я изложилъ свое отношеніе къ этому вопросу въ другомъ мѣстѣ ¹⁾. Здѣсь же скажу лишь вкратцѣ, что я готовъ прервать беременность или предупредить ее, если это подаетъ надежду на сохраненіе жизни больной матери.

Если же просто производить выкидышъ при каждой беременности

¹⁾ Ueber Tuberkulose und Schwangerschaft. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1912., № 4.

у туберкулезныхъ, то можетъ случиться, что его придется повторно производить у одной и той же женщины, даже въ одномъ и томъ же году. Поэтому я произвожу въ такомъ случаѣ искусственный абортъ только тогда, если можно немедленно присоединить къ нему обезпложене женщины. Еще охотнѣе я дѣлаю тогда полную влагалищную экстирпацію беременной матки, операцію, которая чрезвычайно хорошо переносится.

6. Не совсѣмъ таковы условія при хроническомъ нефритѣ и болѣзняхъ сердца, если къ нимъ присоединится беременность.

Взгляды на опасность болѣзней сердца во время родовъ значительно смягчились со времени работъ, вышедшихъ изъ клиники P. Müller'a въ Бернѣ. Аналогическое вліяніе оказали также работы Feller'a изъ клиники Schauta. Изъ этихъ работъ слѣдуетъ, что если можно еще допустить роды у женщинъ съ компенсаціей сердца, то съ другой стороны ясно, что опасность растетъ, какъ только компенсація нарушается. А потѣму у женщинъ, у которыхъ, въ виду здороваго состоянія ихъ полового аппарата, всегда нужно считаться съ возможностью новой беременности, слѣдуетъ прибѣгать къ обезпложению, какъ къ предохранительному средству.

Еще болѣе настоятельный характеръ вопросъ этотъ имѣетъ при хроническомъ нефритѣ. По ихъ значенію для беременности ошибочно ваять въ одну почку беременныхъ Leyden'a и хроническій нефритъ. Лишь послѣдній существенно ухудшается, если къ нему присоединяется беременность, и при томъ настолько, что каждая беременность сокращаетъ жизнь женщины на 1—3 года. Здѣсь, слѣдовательно, если постоянно грозитъ опасность новой беременности, еще скорѣе нужно рѣшиться на обезпложене, какъ предохранительное средство противъ беременности.

7. Гораздо труднѣе условія при психозѣ. Есть психозы, которые возникаютъ лишь во время беременности, напр., меланхолія, а другіе во время беременности ухудшаются, какъ маниакальное депрессивное сумасшествіе. Врачъ и акушеръ никакъ не могутъ здѣсь сами рѣшить, необходимо ли вмѣшаться или нѣтъ. Если послѣ детальной консультаціи съ психіатромъ рѣшено будетъ прервать беременность, то къ операціи выкидыша всегда слѣдовало бы присоединить и обезпложене, чтобы предотвратить повторене беременности.

8. Не менѣе трудно судить о показаніяхъ къ искусственному выкидышу при истощающихъ неврозахъ. Акушеръ не долженъ ничего предпринимать одинъ при такомъ болѣе или менѣе неопредѣленномъ показаніи, а долженъ всегда считаться и съ мнѣніемъ врача по нервнымъ болѣзнямъ. Иначе это показаніе слишкомъ легко приобрѣтетъ характеръ чисто соціальнаго показанія. Прежде, чѣмъ согласиться произвести обезпложене для предупрежденія новой беременности при истощающихъ неврозахъ, нужно, слѣдовательно, требовать наличности дѣйствительныхъ анатомическихъ измѣненій и физическихъ расстройствъ.

Есть, впрочемъ, заслуживающія сожалѣнія женщины, которымъ вѣчныя заботы и страхъ передъ новой беременностью не даютъ поправиться, между тѣмъ какъ послѣ обезпложенія онѣ замѣтно оживаютъ и расцвѣтаютъ.

Весьма важенъ слѣдующій пунктъ: прежде, чѣмъ сдѣлать операцію,

нужно заручиться письменнымъ согласіемъ обоихъ супруговъ, а если въ семьѣ есть домашній врачъ, то и его согласіемъ.

Если послѣ обстоятельнаго и повторнаго изслѣдованія больной и зрѣлаго обсужденія вопроса совмѣстно съ специалистомъ рѣшено произвести обезпложеніе, то возникаетъ вопросъ о наиболѣ простомъ и вѣрномъ методѣ.

При осложненіи туберкулеза легкихъ беременностью я предпочитаю, какъ простѣйшую операцію, полную экстирпацію беременной матки съ придатками (см. выше), потому что выпаденіе овуляціи вмѣстѣ съ тѣмъ дѣйствуетъ укрѣпляющимъ образомъ на весь организмъ женщины, благодаря отсутствію кровей и скопленію жира и извести.

Операцію обезпложенія производятъ либо брюшнымъ, либо влагалищнымъ путемъ; Menge предлагаетъ подходить со стороны пахового канала. Если обезпложеніе составляетъ, какъ это бываетъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ, лишь попутную операцію, то методъ избирается соотвѣтственно главной операціи: при кесарскомъ сѣченіи брюшной путь, при вагинофиксаціи путь влагалищный.

Если же производится одно только обезпложеніе, то влагалищный путь симпатичнѣе, но абдоминальный даетъ возможность лучше ориентироваться. Подходить со стороны трубнаго канала я никогда не пробовалъ, потому что произвожу операцію Alexander-Adams'a только при подвижной ретрофлектированной маткѣ у молодыхъ женщинъ, въ большинствѣ случаевъ съ цѣлью способствовать беременности.

Производившаяся первоначально простая или двойная перевязка трубъ теперь оставлена, потому что при этомъ неоднократно впоследствии наблюдалось зачатіе, напр., послѣ кесарскаго сѣченія. Двойная перевязка трубы съ перерѣзкой ея точно также считается ненадежной, хотя извѣстны только два достовѣрныхъ случая зачатія послѣ такой операціи.

Наиболѣе цѣлесообразный способъ заключается въ томъ, чтобы послѣ перерѣзки трубы погрузить центральный конецъ ея, перевязанный шелковой ниткой, между пластинками брюшины, что можно сдѣлать какъ абдоминальнымъ, такъ и влагалищнымъ путемъ. Ампулла безплезна, и ее лучше удалить.

Такая пересадка иногда совсѣмъ не легка, потому что культя трубы имѣетъ большую наклонность выскальзывать изъ тонкихъ листовъ брюшины. Поэтому Labhardt предложилъ, какъ простой методъ трубнаго обезпложенія, перерѣзывать трубу на границѣ между средней и наружной третью. Периферическую культю просто перевязываютъ катгутомъ, а центральный конецъ трубы вытягиваютъ пинцетомъ изъ его брюшиннаго покрова на 2—3 см. длины и удаляютъ. Культя трубы послѣ этого сильно сморщивается, брюшинную культю зашиваютъ надъ ней. Операція не всегда такъ проста, какъ мы сейчасъ описали.

Аналогично поступаетъ Kirshhoff, который дѣлаетъ продолговатый разрѣзъ въ серозной оболочкѣ трубы, вытягиваетъ трубу черезъ образовавшуюся щель и отрѣзываетъ ее. Послѣ того, какъ концы соскользнули въ брюшинную полость, брюшину зашиваютъ.

Чтобы избѣжать всѣхъ трудностей и обезпечить себѣ вѣрный успѣхъ, Küstner предлагаетъ разрѣзать трубу по всей длинѣ и одновременно вырѣзать интерстиціальную часть ея изъ матки въ формѣ

глубокого клиновиднаго куска. Затѣмъ тщательно сшиваютъ стѣнки матки мышечными швами и наложеннымъ поверхъ ихъ серосерознымъ швомъ. При наклонностяхъ къ кровоточеніямъ изъ этой раны предпочтительнѣе абдоминальный способъ.

Если производить обезпложеніе только при строжайшей постановкѣ показаній, то *временная* операція теряетъ всякій смыслъ. А потому методы Sellheim'a и Pfeil'sticker'a, заключающіеся въ томъ, что трубу погружаютъ въ щель широкой связки абдоминальнымъ или влагалищнымъ путемъ, а также способъ Висига, который то же самое продѣлываетъ съ яичникомъ, излишни.

ГЛАВА VIII.

Болѣзни яичниковъ.

1. Развѣтіе и положеніе яичниковъ¹⁾.

На срединной сторонѣ зародышевой почки рано развивается полоска, названная Waldeyer'омъ зародышевымъ эпителиемъ; она утолщается, образуя нѣсколько слоевъ кѣтокъ, послѣ чего появляются въ ней болѣе значительныя богатая протоплазмой кѣтки зародышеваго яйца. Изъ Wolff'овскаго тѣла проникаетъ въ зародышевой эпителий эмбриональная соединительная ткань. Изъ зародышеваго эпителия образуются продольные кѣточные ряды, включающіе въ себя на нѣкоторыхъ мѣстахъ большія кѣтки зародышеваго яйца, и названныя по имени открывшаго ихъ трубками Pflüger'a, а Nagel назвалъ ихъ яйцевыми кучками. Кѣтки трубокъ Pflüger'a и кѣтки зародышеваго яйца происходятъ изъ зародышеваго эпителия. Впослѣдствіи соединительная ткань, содержащая сосуды, вростаетъ между скопленіями яицъ и раздѣляетъ ихъ на шаровидныя тѣла, первичныя фолликулы. Послѣдніе содержатъ вначалѣ только одну яйцевую кѣтку, окруженную фолликулярными кѣтками. Образование фолликулъ заканчивается, вѣроятно, уже въ зародышевой жизни; во всякомъ случаѣ, по мнѣнію Waldeyer'a, съ 2 года жизни у человѣка не образуется уже больше яицъ.

Яичникъ новорожденнаго ребенка представляетъ плоское, на подобіе ленты, тѣло длиной въ $\frac{1}{2}$ —1 сант., лежащее вмѣстѣ съ маткой надъ входомъ въ тазъ; по мнѣнію Nagel'я, уже у новорожденной яичники содержатъ, кромѣ первичныхъ фолликуловъ, еще зрѣлыя *Графовы* фолликулы съ зрѣлыми яичками, все же имѣется, по мнѣнію Waldeyer'a, большая разница между ними и зрѣлыми фолликулами; первые не вызываютъ правильной овуляціи, но погибаютъ вмѣстѣ съ яичками. Аналогично descensus testicularum происходитъ также descensus ovariorum, причемъ здѣсь имѣетъ значеніе паховая связка зародышевой почки, при сморщиваніи послѣдней въ 3 мѣсяцѣ зародышевой жизни яичники смѣщаются съ поясничной части позвоночника къ срединной сторонѣ m. psoas въ большой тазъ, а отсюда послѣ рожденія въ малый тазъ. Связка зародышевой почки прикрѣпляется къ Müller'овскимъ ходамъ, на томъ мѣстѣ, гдѣ послѣдніе сходятся, образуя матку; мышечный тяжъ, доходящій до processus vaginalis peritonei, превращается впослѣдствіи въ lig. teres uteri, а верхняя ея часть въ lig. ovarii. Яичники у ребенка медленно развиваются, и только въ возрастѣ половой зрѣлости они приобрѣтаютъ позднѣйшую форму и величину.

Развитые яичники, содержащіе у зрѣлой въ половомъ отношеніи дѣвушки около 36.000 яичекъ (по Sappe у 400.000) противъ 100.000 у новорожденной, имѣютъ форму миндаля; это плоское тѣло длиной въ 4 сант., шириной въ 2—2.5 и толщиной въ 1—1.5 сант., имѣющее 2 поверхности, а именно задне-верхнюю (facies medialis) и передневерхнюю (facies lateralis). На томъ мѣстѣ

¹⁾ См. Waldeyer. Das Becken, стр. 506. Bonn 1899.

гдѣ яичникъ помощью мезоварія прочно прилегаеть къ задней пластинкѣ широкой связки, обѣ поверхности сходятся, образуя узкій край, *hilus ovarii*; послѣдній соотвѣтствуетъ первоначальному яичниковому валику на срединной



Рис. 190. Широкая маточная связка съ яичникомъ и трубой.

1—Труба. 2—Яичникъ. 3—Эпоофоры (пароваріи).

сторонѣ зародышевой почки; на противоположномъ краѣ обѣ поверхности переходять одна въ другую, образуя округленный болѣе широкий край (*marginis liber*). При нормальномъ положеніи *hilus* обращенъ вверхъ, а выпуклый край книзу.

Подъ наружнымъ слоемъ цилиндрическаго эпителия, происходящаго изъ зародышеваго эпителия, находится *albuginea*, состоящая изъ фибровой соеди-

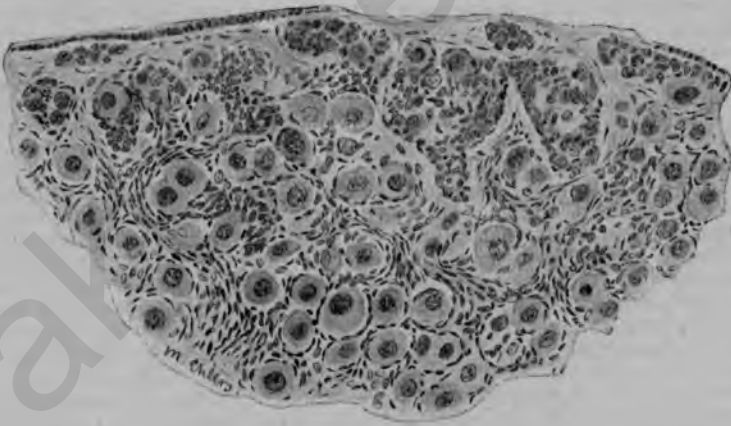


Рис. 191. Яичникъ новорожденнаго ребенка. Кorkовый слой съ поверхностнымъ эпителиемъ. Трубки *granulosa* съ яйцевыми клѣтками. Яйцевыя кучки и первичныя фолликулы.

нительной ткани, не отличающейся отъ паренхимы. У плода и ребенка эта оболочка еще отсутствуетъ, такъ какъ зародышевыя яички доходятъ до зародышеваго эпителия; она постепенно образуется лишь въ послѣдствіи и не является собственно мембраной. *Waldeyer* доказалъ, что поверхность яичника не покрыта брюшиной, и что послѣдняя прекращается извилистой линіей

у hilus ovarii (Fagge, Waldeyer). Уже простымъ глазомъ удается на разрѣзѣ отличить корковое вещество отъ паренхимы или мозгового вещества. Въ первомъ находятся первичныя фолликулы, а *Графовы* фолликулы находятся ближе къ поверхности, окруженные соединительнотканной стромой, которая снаружи утолщается, образуя бѣлковую оболочку, а внутри переходитъ безъ рѣзкой границы въ мозговое вещество. Мозговое вещество, находящееся у hilus (zona vasculosa) состоитъ изъ рыхлой соединительной ткани, въ которую со стороны hilus входятъ извитые на подобіе пробочника артеріальныя сосуды; (идутъ отъ a. spermatica), лимфатическія сосуды и сильно развитыя вены, кромѣ того, тамъ имѣются гладкія, идущія отъ lig. ovarii мышечныя волокна. Наконецъ, въ hilus имѣются мозговые тяжи, чаще полые, рѣже сплошныя; по мнѣнію Schickele, они обнаруживаются у человѣка въ 30% случаевъ; v. Kölliker считаетъ ихъ каналами эпофорона, Rieländer и K. Meyer производятъ ихъ отъ зародышеваго эпителия. Оба автора, однако, доказали у плода и у новорожденнаго связь этихъ мозговыхъ тяжей съ остатками зародышевыхъ почекъ; такимъ образомъ, въ hilus взрослой женщины можно иногда обнаружить остатки зародышевыхъ почекъ. Волокна симпатическаго нерва сопровождаютъ сосуды и направляются, согласно изслѣдованіямъ v. Herff'a, къ эпителию фолликуловъ и къ клѣткамъ membrana granulosa; наличие ганглиозныхъ клѣтокъ въ zona vasculosa еще не доказана. По мнѣнію Pola no, лимфатическія сосуды, направляющіеся радіально къ hilus, снабжены клапанами, но анастомозы системы маточныхъ и трубныхъ лимфатическихъ сосудовъ рѣдко наблюдаются. Лимфатическія сосуды окружаютъ периферически *Графовы* фолликулы, на отношеніе ихъ къ сосудамъ не доказано.

Согласно имѣющимся сравнительно-анатомическимъ изслѣдованіямъ, у человѣка отсутствуетъ интерстиціальная яичниковая железа. Этотъ у нѣкоторыхъ животныхъ сильно развитый, занимающій весь яичникъ органъ, находится только у тѣхъ животныхъ, у которыхъ нѣтъ періодической овуляціи; такимъ образомъ, эта железа замѣняетъ corpus luteum у тѣхъ животныхъ, у которыхъ отсутствуетъ правильное созрѣваніе яичекъ, у которыхъ, слѣдовательно, овуляція вызывается внѣшними раздраженіями, coitus и т. д.

Физиологія. Хотя у новорожденной дѣвочки имѣются развитыя *Графовы* фолликулы съ яичками, все же зрѣлыя фолликулы появляются только ко времени половой зрѣлости. Вопросъ о томъ, образуются ли въ яичникѣ яички и въ послѣдней жизни, въ послѣднее время вновь дебатировался, но еще не рѣшенъ. Въ корковомъ веществѣ яичника имѣется только нѣсколько зрѣлыхъ *Графовыхъ* фолликуловъ. Частью вълѣдствие процесса созрѣванія, вълѣдствие увеличенія содержимаго фолликула, частью подъ вліяніемъ предменструаціонной гипереміи, количество жидкостей въ одномъ или двухъ фолликулахъ увеличивается; на высотѣ прилива фолликулъ, приблизившихся къ краю яичника, лопаются, и яичко выступаетъ изъ stimulus proliferans, окруженное клѣтками membrana granulosa. При нормальномъ положеніи трубъ infundibulum непосредственно воспринимаетъ яичко, или оно доставляется къ отверстию трубы серознымъ теченіемъ, имѣющимся въ пространствѣ между трубой, mesosalpinx и яичникомъ. Полость опорожняемаго *Графова* фоллакула наполняется свернувшейся кровью, мѣсто разрыва закрывается, и въ послѣдствіи образуется нѣсколько втянутый рубецъ. Одновременно съ этимъ отъ внутренней оболочки отходятъ къ центру фолликула бѣлыя соединительнотканныя перегородки съ сосудами, между ними находятся лютеиновыя клѣтки, происходящія изъ клѣтокъ membrana granulosa и содержащія желтое красящее вещество и молекулы жира; отсюда названіе corpus luteum. Въ случаѣ неоплодотворенія яичка образуется corpus luteum spurium, а въ случаѣ оплодотворенія—corpus luteum verum, достигающее полнаго своего развитія на четвертомъ мѣсяцѣ беременности. Принципіально между ними нѣтъ существеннаго различія.

Согласно весьма цѣннымъ изслѣдованіямъ Fränkel'a, дополненнымъ физиолого-химическимъ изслѣдованіями Schickel'a, появляющаяся каждыя 4 недѣли гиперемія слизистой оболочки половыхъ органовъ, ведущая къ менструальному кровотеченію, также и повышенное состояніе питанія, сопряженное съ половой зрѣлостью, являющаяся слѣдствіемъ внутренней секреціи желтаго тѣла, которое одновременно съ этимъ способствуетъ развитію яйца. Что менструальное кровотеченіе, дѣйствительно, вызывается не простымъ рефлекторнымъ вліяніемъ нервовъ яичниковъ, доказываютъ многочисленные опыты съ пересадкой яичниковъ у того же индивидуума въ другихъ мѣстахъ тѣла, а также опыты

съ удавшейся пересадкой у животных зародышевой железы самкамъ той же или другой породы, причемъ развитіе и согрѣваніе яичника сохраняется, и пересаженные яичники правильно выполняютъ функцію нормальныхъ. Явленія рѣдко наблюдаемой *menstruatio praecox*, опуханіе груди до и во время мен-



Рис. 192. Растущій фолликулъ съ *cumulus ovigerus* и яйцевой клѣткой, справа *corpus luteum* въ періодѣ обратнаго развитія и рядомъ *corpus albicans*. (Увелич. въ 16 разъ)

струаціи и уменьшеніе ихъ при наступленіи климактерическаго періода—все это также вызывается внутренней секретіей.

Мы находимся въ настоящее время на порогѣ новаго весьма интереснаго открытія связи между различными железами и внутренней секретіей. Яичники обладают по отношенію къ гипофизу задерживающимъ дѣйствіемъ; опухоли мозгового придатка, наоборотъ, вызываютъ, кромѣ акромегаліи, также исчезаніе половыхъ органовъ съ явленіями выпаденія, какъ послѣ кастраціи. Послѣ кастраціи молодыхъ животныхъ развивается гипертрофія надпочечныхъ железъ. Извѣстна также связь между яичниками и щитовидной железой; принимая во вниманіе оживленные экспериментальныя изслѣдованія, происходящія въ настоящее время, можно надѣяться, что ближайшіе годы принесутъ намъ много новаго въ этой области.

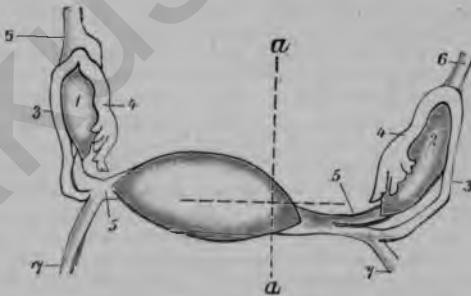


Рис. 193. Положеніе яичниковъ при несимметрическомъ положеніи матки по Н і s'y. 1—Правый яичникъ. 2—Лѣвый яичникъ. 3—Труба. 4—Ампулла. 5—Lig. ovarii. 6—Lig. infundil. pelvium. 7—Lig. rot. на срединныя линіи.

Нормальное, а также искусственно вызываемое удаленіемъ яичниковъ уменьшеніе секретіи послѣднихъ вызываетъ разстройство обмѣна веществъ, выражающееся въ умѣренномъ повышеніи азотообмѣна и уменьшеніи выдѣле-

нія солей, особенно фосфорной кислоты и кальция; съ другой стороны, физиологическіе опыты и клиническія наблюденія показываютъ, что введеніе въ организмъ ткани яичника и лютеина (F r ä n k e l) можетъ до извѣстной степени замѣнить функцію яичниковъ, а именно, появляется усиленіе выдѣленія солей и непродолжительный сильный распадъ азотистыхъ веществъ.

Наше знакомство съ *типическимъ положеніемъ яичниковъ* значительно подвинулось въ послѣдніа десятилѣтія впередъ, благодаря совмѣстной работѣ анатомовъ и гинекологовъ. Яичникъ лежитъ, по мнѣнію W a l d e y e r'a, въ задней части fossa obturatoria, въ fossa ovarica, ограниченной сзади мочеточникомъ, спереди lig. teres и сверху art. umbilicalis; боковая поверхность покроя на двѣ ямки, на боковой стѣнкѣ таза, а срединная поверхность направлена къзади и кънутри; трубный конецъ яичника доходитъ до большихъ сосудовъ тамъ, гдѣ съ нимъ перекрещивается мочеточникъ, опускаясь въ малый тазъ; маточный конецъ направленъ впередъ; при вертикальномъ положеніи женщины продольная ось яичника, такимъ образомъ, почти вертикальна, а поперечная ось (отъ hilus къ свободному краю) сагиттална такъ, что оси обѣихъ сторонъ перекрещиваются предъ промонторіемъ. Для укрѣпленія яичника въ этомъ положеніи служитъ lig. suspensorium ovarii (lig. infundibulo-pelvicum), въ которомъ vasa spermatica идутъ къ яичнику; они вступаютъ въ-сколко сзади отъ срединн поперечнаго діаметра таза, впереди мѣста скрещенія мочеточника съ большими сосудами; по направленію къ маткѣ яичникъ укрѣпленъ посредствомъ lig. ovarii proprium; для укрѣпленія его служатъ также lig. latum; въ то время, какъ средняя часть послѣдней связки при вертикальномъ положеніи лежитъ горизонтально, боковая загибается къзади, такъ что обнаруживается передняя и задняя ея пластинка, причемъ къ послѣдней прикрѣпленъ яичникъ. Боковой полостью находится выше средняго; такъ какъ въ нормальномъ состояніи матка никогда не лежитъ совершенно по срединной линіи, а всегда повернута нѣсколько вправо или влѣво, то мнѣняется также отношеніе яичника къ маткѣ и трубѣ. Если матка лежитъ вправо отъ срединной линіи (рис. 193), то лѣвый яичникъ лежитъ ниже, больше кпереди и не совершенно прикрывается трубой. Всегда ли существуютъ такіа условія, покажутъ дальнѣйшіа изслѣдованія на живыхъ и мертвыхъ. Интересно отмѣтить, что въ большемъ числѣ случаевъ W a l d e y e r находилъ матку отклоненной влѣво, между тѣмъ, какъ мы, гинекологи, находимъ ее чаще отклоненной вправо, въ положеніи retroflexio; соотвѣтственно этому, и лѣвый яичникъ находится нѣсколько ниже и ближе къ маткѣ, въ поперечномъ діаметрѣ таза.

2. Ощупываніе яичниковъ ¹⁾.

Непремѣннымъ условіемъ являются предварительное полное опорожненіе кишечника и пузыря и расслабленіе брюшныхъ покрововъ. У больной, находящейся въ спинно-крестцовомъ положеніи, прежде всего опредѣляется положеніе матки; послѣ этого наружной рукой оттѣсняютъ матку въ положеніе anteversio-flexio и обѣими руками проходятъ отъ угла трубъ по верхнему краю широкой связки къзади и кънаружи; болѣе сильнымъ надавливаніемъ руки сзади и сверху широкая связка смѣщается впередъ, а съ нею также и яичникъ, насколько это позволяетъ lig. suspensorium. При расслабленіи брюшныхъ стѣнокъ, яичникъ прощупывается пальцами въ формѣ миндалевиднаго тѣла, сначала поверхность направлена къзади и кънутри и выпуклый толстый край; послѣ того, какъ яичникъ находится между обѣими руками, попытка болѣе сильнаго смѣщенія впередъ влѣдствіе сопротивленія lig. suspensorii, показываетъ правильность діагноза, такъ какъ опухоль трубъ, каловыя массы и т. д. значительно подвижныѣ. Смѣщеніемъ въ противоположномъ направленіи напрягается lig. suspensorium. Характерно для нормальнаго яичника ощущеніе эластическаго зыбленія, обнаруживаемое даже среди эксудата и т. д. Правый яичникъ желательно ощупывать правой рукой, лѣвый—лѣвой рукой. Для того, чтобы передвинуть яичникъ впередъ, бываетъ иногда полезно сильное смѣщеніе матки въ противоположную сторону. Если трудно оріентироваться, то отыскиваютъ мѣсто отхожденія art. hypogastrica и оттуда ощупываютъ яичникъ. Я не нахожу, чтобы m. pyriformis облегчалъ нахожденіе яичника; все

¹⁾ См. также S k u t s c h. Palpation, V o l k m a n n s Sammlung klin. Vortr. № 1.

же мы должны быть признательны В. Schultze, указавшему на возможность смѣщенія этой мышцы съ приросшимъ сзади яичникомъ. Прощупываніе яичниковъ облегчается въ томъ случаѣ, если они увеличены или находятся очень низко, какъ это бываетъ при retroflexio. Въ тяжелыхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ наркозу, устраняющему напряженіе мускулатуры живота, рѣже его примѣняютъ при жирныхъ брюшныхъ покровахъ и сильнаго отложенія жира въ cavum ischiorectale.

3. Аномалии развитія.

Полное отсутствіе обоихъ яичниковъ врядъ ли наблюдается; если при этомъ отсутствуетъ также и матка, то предъ нами имѣется бесполое существо. Чаше наблюдается обратное, а именно, матка недостаточно развита, яичники же нормальны или только слегка недоразвиты.

При отсутствіи одной половины матки отсутствуютъ также труба и яичникъ. Gottschalk описалъ случай подковообразнаго яичника, а на другой сторонѣ его вовсе не было.

Замѣчательны случаи *отшнуровыванія въ утробной жизни* яичника и трубы на одной сторонѣ, какъ это описали Klob и Baumgarten; части, отшнурованныя вѣдствие воспалительныхъ процессовъ въ утробной жизни, могутъ остаться кистовидными мѣшками безъ всякой связи съ половыми органами.



Рис. 194. Добавочный яичникъ по Winkler'ю

Практически важно *рудиментарное развитіе* яичниковъ; его наблюдаютъ у лицъ, страдающихъ тяжелымъ хлорозомъ, вмѣстѣ съ описанной Vichowomъ гипоплазіей аорты, сосудовъ и т. д. Мало вѣроятно, чтобы причиной рудиментарнаго развитія яичниковъ было, какъ Klob думаетъ, отсутствіе *Графовыхъ* фолликуловъ. Образованіе яичника безъ зародышеваго эпителия невозможно, но поясъ паренхимы можетъ преждевременно подвергнуться обратному развитію. Въ этихъ случаяхъ яичники остаются небольшими, плоскими, болѣе плотными и твердыми, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, занимая $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ нормальной величины. Erpinger описалъ случай яичника величиной въ просяное зерно. Менструація въ такихъ случаяхъ незначительна, неправильна, а въ случаѣ ранняго исчезанія *Графовыхъ* фолликуловъ совершенно отсутствуетъ. Предсказаніе и лечение такихъ случаевъ въ смыслѣ оплодотворенія безнадежны.

Рѣже наблюдается *усиленное развитіе* яичниковъ. Сравнительно легко понять чаще всего наблюдающіеся прибавочные яичники или отшнурованныя части; такіе прибавочные яичники обнаруживаются обыкновенно на вскрытіяхъ, они прощупываются также при жизни. Они наблюдаются не такъ рано: Winkler находилъ ихъ на 500 вскрытіи 18 разъ, Veigel на 350 случаевъ 8 разъ. Они бываютъ обыкновенно величиной въ просяное зерно, круглы и сидятъ вблизи пограничной линіи брюшины; они могутъ также подвергнуться кистовидному перерожденію (Winkler).

Единичными слѣдуетъ считать описанные Winkler'емъ, Kock'sомъ случаи третьяго яичника; случай Winkler'я интересенъ тѣмъ, что яичникъ, содержащій *Графовы* фолликулы, былъ связанъ посредствомъ lig. ovarii съ

дномъ матки и лежалъ впереди матки въ складкѣ задней стѣнки пузыря. Въ оперированномъ случаѣ Коскса' яичникъ лежалъ позади лѣвой широкой связки; не слѣдуетъ поэтому совершенно отказать отъ предположенія о томъ, что этотъ случай, какъ и случай Schantz'a изъ клиники Werth'a, слѣдуетъ считать прибавочнымъ яичникомъ. Я также наблюдалъ въ одномъ случаѣ лапаротоміи два совершенно отдѣльныхъ яичника, при чемъ оба подверглись дермоидному перерожденію.

Практическое значеніе такихъ добавочныхъ яичниковъ ясно: послѣ кастраціи, послѣ удаленія опухолей обоихъ яичниковъ можетъ продолжаться менструація; все-же приходится быть осторожнымъ съ распознаваніемъ этой аномалии; въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ объ оставшейся въ отшнурованномъ кускѣ ткани яичника, продолжающей функционировать, или о богатыхъ кровеносными сосудами тяжахъ сальника, идущихъ къ маткѣ или къ области придатковъ.

4. Ненормальное положеніе яичниковъ.

a) *Hernia canalis inguinalis, oophorocele.*

Это ненормальное положеніе яичника бываетъ врожденнымъ и наблюдается одновременно съ другими аномалиями развитія часто на обоихъ сторонахъ; въ грыжевомъ мѣшкѣ находится обыкновенно въ этихъ случаяхъ также и труба (salpingocele). Причиной является, вѣроятно, сильное укороченіе паховой связки, а остающійся открытымъ processus vaginalis peritonei (canalis Nuckii) является послѣдствіемъ. У дѣтей эта аномалія рѣдко вызываетъ какія-либо явленія; но ко времени наступленія менструаціи, когда яичникъ опухаетъ, появляются боли какъ при ощупываніи, такъ и самопроизвольно во время менструаціи. Далѣе, давленіе на вены вызываетъ венозную гиперемію, а перекручиваніе ножки воспалительныя явленія ущемленія. Распознаваніе не всегда бываетъ легко; прежде всего слѣдуетъ исключить грыжу сальника и опухшія паховыя железы; еще рѣже наблюдается въ этой области міома круглой связки или аденоміома паховой области. Если комбинированнымъ изслѣдованіемъ устанавливается отсутствіе яичника на обычномъ мѣстѣ, и имѣется періодическое опуханіе даннаго, принимаемаго за яичникъ, тѣла, если при этомъ матка оттянута къ соотвѣтствующей сторонѣ, а при фиксированіи яичника въ грыжевомъ мѣшкѣ и смѣщеніи матки въ маломъ тазу напрягаются связки, то діагнозъ становится болѣе вѣроятнымъ. Въ смѣщенной одновременно съ этимъ трубѣ наблюдалась беременность.

При ущемленіи воспаленіе устраняется примѣненіемъ холода, а затѣмъ необходимо вправить яичникъ подъ наркозомъ при положеніи больной съ приподнятымъ тазомъ. Если это не удастся, то при отсутствіи угрожающихъ явленій защищаютъ яичникъ отъ давленія пелотомъ; польза отъ такого способа леченія сомнительна. При наличности угрожающихъ явленій прибѣгаютъ къ операціи грыжи и послѣ расширенія канала къ вправленію.

Въ одномъ случаѣ лапаротоміи злокачественной опухоли яичника вслѣдствіе гермафродитизма мнѣ удалось изнутри вправить лежавшій въ грыжевомъ мѣшкѣ яичникъ. Schnitzler удалил у 6-мѣсячнаго ребенка переключенный яичникъ вмѣстѣ съ трубой изъ грыжевого мѣшка.

b) *Приобрѣтенныя неправильныя положенія.*

1. *Грыжи.* Изъ приобретенныхъ грыжъ, содержащихъ въ видѣ исключенія яичникъ, слѣдуетъ назвать бедренную, паховую, hernia

ischiastica и obturatoria, рѣже perinealis и umbilicalis. Въ большинствѣ случаевъ первично происходитъ воспалительное сращеніе сальника или кишекъ съ яичникомъ, а образовавшаяся потомъ грыжа смѣщается яичникъ. Въ противоположность другимъ авторамъ, я указываю на преваширование паховыхъ грыжъ у женщинъ. Описанъ случай, въ которомъ яичникъ въ послѣдородовомъ періодѣ попалъ въ грыжевой мѣшокъ, выполненный кишечной петлей, и тамъ ущемился. Въ большинствѣ случаевъ бываетъ трудно распознать яичникъ въ грыжевомъ мѣшкѣ. Распознаваніе и леченіе производятся по тѣмъ же принципамъ, что и выше.

2. *Опущеніе яичника, descensus.* Дѣло идетъ здѣсь не о разсмотрѣнномъ выше смѣщеніи яичниковъ при retroflexio uteri, при опущеніи, выпаденіи и выворотѣ матки.

Рѣчь идетъ здѣсь объ опущеніи яичника при нормальномъ положеніи матки, причѣмъ яичникъ лежитъ ниже на стѣнкѣ таза, на задней доверхности широкой связки. Рѣже нормальный или слегка увеличенный яичникъ лежитъ впереди матки. Послѣдородовой періодъ предрасполагаетъ къ измѣненію положенія, такъ что связки недостаточно подвергаются обратному развитію; къ этому присоединяется потомъ хроническая гиперемія. Въ другихъ случаяхъ тяжесть небольшой опухоли или хронически воспаленный и увеличенный яичникъ растягиваетъ связку, вызывая смѣщеніе.

Симптомы состоятъ въ появленіи въ смѣщенномъ яичникѣ боли, распространяющейся въ тазъ. Смѣщеніе яичника твердыми каловыми массами вызываетъ сильную боль; такая же боль вызывается напряженіемъ брюшного пресса, причѣмъ яичникъ ущемляется въ Дугласовомъ пространствѣ, также механическимъ раздраженіемъ при совокупленіи; больныхъ угнетаетъ не столько мѣстная боль, сколько непріятныя нервныя явленія. Онанизмъ также считается этиологическимъ моментомъ. Распознаваніе нетрудно. Ощупываніемъ устанавливають отсутствіе яичника въ обычномъ мѣстѣ и связь смѣщенного органа съ маткой; ощупываніе обнаруживаетъ также нормальную консистенцію яичника, а давленіе вызываетъ иррадирующую боль.

Леченіе. Въ случаѣ неправильнаго положенія матки показано его устраненіе; но и при нормальномъ положеніи матки пессарій Нодге или Меигса поддерживаетъ иногда яичникъ; въ другихъ же случаяхъ, вслѣдствіе давленія на яичникъ, пессарій не переносится. Въ этихъ случаяхъ показано противовоспалительное леченіе оофорита. При наличности небольшихъ опухолей или воспаленія смѣщенного яичника показана экстирпація, а именно, посредствомъ kolpotomia posterior. Эта операція болѣе надежна, чѣмъ укороченіе связокъ посредствомъ сшиванія поверхностей. Pfannenstiel, Stratz и др. рекомендуютъ прибѣгать въ случаѣ необходимости къ фиксированію яичника на передней поверхности широкой связки непосредственно или посредствомъ пришиванія задней пластинки брюшины.

5. Гэморрагіи яичниковъ ¹⁾.

Вслѣдъ за выступленіемъ яичка послѣ лопанья фолликула всегда происходитъ кровоизліяніе въ послѣдній; оно можетъ въ исключитель-

¹⁾ Riedel. Ein Fall von Haematoma ovarii beim Neugeborenen. Dissert. Halle 1896.—Stein, Ueber Hämorrhagien der Ovarien bei schwerer Anämie. Dissert. Halle 1898.

ныхъ случаяхъ усилиться, особенно если мѣсто разрыва фолликула закрывается, а кровотеченіе продолжается. Въ большинствѣ случаевъ имѣются кровяные мѣшки величиной съ орѣхъ, рѣже въ куриное яйцо и апельсинъ, какъ это описали Klob и Scanzoni. Кровоизліаніе можетъ быть паренхиматознымъ въ фолликулѣ или въ corpus luteum, оно можетъ быть также диффузнымъ въ весь яичникъ. Болѣе значительныя кровоизліанія въ фолликулы происходятъ вслѣдствіе тѣлеснаго напряженія во время менструаціи, особенно при наличности варикозныхъ узловъ, также вслѣдствіе активной и пассивной гипереміи при мѣстныхъ заболѣваніяхъ. Диффузныя, но менѣе значительныя кровоизліанія наблюдаются, по v. Winkell'ю, вслѣдствіе жирового перерожденія сосудистыхъ стѣнокъ, особенно при ожогахъ керосиномъ, при фосфорномъ отравленіи и тифѣ; фолликулы образуютъ полости величиной съ горошину, содержимое ихъ—свѣжая жидкая или свернувшаяся кровь или обнаруживаетъ различныя степени обратнаго развитія излившейся крови съ образованіемъ пигмента, кристалловъ крови, холестеарина и т. д. Рѣже происходятъ кровоизліанія въ строму яичниковъ. Въ этихъ случаяхъ строеніе ткани исчезаетъ, она становится губчатой или молочноподобной. Кровоизліанія въ строму послѣ тяжелыхъ кровотеченій изъ фолликуловъ (яичниковая апоплексія) наблюдались при общихъ разстройствахъ питанія, измѣняющихъ сосудистую стѣнку (при скорбутѣ, гѣмофилии, тяжеломъ хлорозѣ).

Къ случаю, сообщенному Schultze о новорожденномъ, у котораго правый яичникъ лежалъ измѣненнымъ въ кровяномъ мѣшкѣ съ діаметромъ въ 3 сант., примыкаетъ наблюдавшійся мною случай, въ которомъ у родившагося мертвымъ плода была обнаружена круглая величиной въ лѣсной орѣхъ гѣматомы лѣваго яичника.

Въ большинствѣ случаевъ фолликулярнаго или интерстиціального кровотечения излившаяся кровь претерпѣваетъ всѣ превращенія вплоть до полнаго всасыванія, оставляя лучистый пигментированный рубецъ въ ткани. Гѣматома рѣдко лопается, вызывая смертельное кровоизліаніе въ полость брюшины или образованіе haematoscele. Въ этихъ случаяхъ необходимо, конечно, искать въ излившейся крови присутствія ворсинокъ, что, однако, рѣдко удается. Часть этихъ случаевъ нужно считать гѣматомами фолликуловъ безъ беременности. Срощеніе мѣшка съ кишками облегчаетъ возможность нагноенія вслѣдствіе приключенія микроорганизмовъ.

Симптомы. Кровоизліанія въ яичникъ при ожогахъ, отравленіяхъ и общихъ заболѣваніяхъ не даютъ обыкновенно никакихъ симптомовъ. Послѣдніе появляются лишь въ томъ случаѣ, если непосредственно послѣ менструаціи образуется гѣматома яичника. Я согласенъ съ Leopold'омъ и нахожу, что бываютъ случаи, легко отличаемые отъ остраго оофорита. Въ опредѣленномъ мѣстѣ живота появляется внезапно боль, сопровождающаяся нерѣдко явленіями раздраженія брюшины или безъ лихорадки, и съ явленіями давленія на пузырь и прямую кишку; менструація рѣдко отсутствуетъ, она чаще усилена, какъ при haematoscele, которая можетъ присоединиться. При внезапномъ появленіи круглой, выпуклой книзу опухоли позади матки безъ лихорадки діагнозъ гѣматомы яичника безъ операціи будетъ сомнительнымъ.

Въ одномъ случаѣ очень тяжелой анеміи у молодой дѣвушки (диссерт. Stein'a) удаленіе яичниковъ, превратившихся въ большія гѣматомы, спасло жизнь больной.

Согласно изслѣдованіямъ Mandry, билирубиновая реакція мочи въ этихъ случаяхъ лишена всякаго значенія.

Лечение имѣеть цѣлью остановить кровотеченіе назначеніемъ покоя, холода и пузыря со льдомъ. Въ случаѣ сильной боли и раздраженія брюшины трудно обойтись безъ наркотическихъ средствъ. Послѣ этого назначаютъ рассасывающія средства, также ванны. При кровотеченияхъ, вызванныхъ болѣзнями крови, назначаютъ препараты желѣза. Если рассасываніе замедляется, и опухоль лежитъ на основаніи влагалища, то можно ее удалить посредствомъ колпотоміи. Во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ, особенно же при haematocele, я предпочитаю брюшной способъ удаленія опухоли.

6. Воспаленіе яичниковъ.

а) *Oophoritis acuta.*

Согласно патоло-анатомическимъ ислѣдованіямъ Клоб'а (1854), острый оофоритъ чаще всего развивается послѣ родовъ; эти данныя считаются въ настоящее время невѣрными; на вскрытіяхъ лицъ, умершихъ послѣ родовъ, я ни разу не наблюдалъ гнойнаго оофорита; не находилъ ихъ также и Madlener въ случаяхъ изъ клиники въ Мюнхенѣ. Наиболѣе частой причиной острого оофорита является гонорройная инфекция или пиогенная, далѣе острья инфекціонныя болѣзни и токсическія замѣненія при отравленіи нѣкоторыми металлами.

Острый *септический оофоритъ* наблюдается при тѣхъ болѣзняхъ, при которыхъ вообще воспаляются большія железы, печень, почки, селезенка, слѣдовательно, при послѣродовомъ заболѣваніи и острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Яичникъ при этомъ мало увеличенъ, поверхность его покрыта фибриновымъ налетомъ, сосуды сильнѣе наполнены, корковое вещество на разрѣзѣ слегка опухшее, а фолликулы иногда выступаютъ и обнаруживаютъ сильную гиперемію собственной ихъ оболочки; за этимъ слѣдуетъ инфильтрація лейкоцитами вдоль сосудовъ и вокругъ фолликуловъ. Микроскопически замѣтно помутнѣніе содержимаго фолликуловъ и даже превращеніе его въ гной, эпителиальныя клѣтки обнаруживаютъ зернистое помутнѣніе и распадаются въ мелкозернистую массу, содержимое яичка мутнѣетъ, а зародышевый пузырекъ исчезаетъ. Вслѣдствіе инфекции рано лопнувшаго фолликула очень часто образуется абсцессъ желтаго тѣла. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ равномерно поражаются паренхима и интерстиціальная ткань; анатомически также трудно установить разницу между абсцессомъ желтаго тѣла и нагноеніемъ стромы. При гонорройномъ остромъ оофоритѣ инфекция отъ заболѣвшей трубы переходитъ прежде всего на зародышевый эпителий, потомъ на фолликулы и, наконецъ, на соединительную ткань. Обнаруживаются болѣе или менѣе значительные слившіеся абсцессы, часто также пораженіе желтаго тѣла. При смѣшанныхъ инфекціяхъ, особенно при проникновеніи возбудителей инфекции изъ кишечникаъ, образуется большая гнойная полость. Послѣ излеченія всѣ или большая часть фолликуловъ погибаютъ.

Въ тяжелыхъ случаяхъ септического перитонита яичникъ превращается въ гнойный очагъ съ кусками омертвѣвшей ткани среди жидкаго гноя, поверхность покрыта ложными мембранами. Въ полости абсцесса находили гноеродный стрептококкъ, стафилококкъ, пнеймококкъ, тифозную палочку, *Bacterium coli* и друг.

Не всегда за острымъ оофоритомъ образуется абсцессъ; можетъ

наступить излеченіе при явленіяхъ сморщиванія тканей; фолликулы при этомъ погибаютъ, а цирротическій яичникъ уменьшается. Вслѣдствіе сопутствующаго перифоорита происходятъ сращения между яичникомъ, трубами, широкой связкой, брюшиной, кишками и т. д.

Симптомы. Нѣтъ возможности дать чистую картину остраго оофорита, ибо при послѣродовомъ воспаленіи яичника преобладаютъ явленія перитонита, метролимфангита и параметрита. Еще меньше симптомовъ даетъ острый паренхиматозный оофоритъ при тяжелыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, особенно при оспѣ и холерѣ. Врачу въ этихъ случаяхъ не приходится въ голову искать явленій со стороны половыхъ органовъ. При остромъ гнойномъ оофоритѣ на первый планъ также выступаютъ явленія пельвеоперитонита, метро-эндометрита и двусторонняго сальпингита.

Къ *тяжелымъ симптомамъ* относятся боли въ глубинѣ таза, явленія перитонита и явленія раздраженія со стороны пузыря. При остромъ гонорройномъ оофоритѣ менструація можетъ быть ослаблена или, наоборотъ, усилена и продолжительна. Въ тяжелыхъ случаяхъ общей интоксикаціи смерть наступаетъ раньше, чѣмъ созрѣетъ абсцессъ; при непуперальныхъ абсцессахъ наблюдалось вскрытіе въ пузырь, прямую кишку и *Flexura sigmoidea*, а гонорройные абсцессы также вскрываются въ названные органы или медленно проходятъ, давая рецидивы. Если при гонорройной инфекціи къ гнойному сальпингиту присоединяется абсцессъ яичника, то характерной является высокая мало ремиттирующая лихорадка.

Распознаваніе рѣдко удается навѣрняка, кромѣ случаевъ, когда удается, принявъ во вниманіе этиологию и лихорадку, обнаружить припухлость яичника. При гонорройной инфекціи образующійся мѣшокъ такъ прочно склеенъ съ трубой, что въ началѣ невозможно отличить нагноеніе яичника отъ такового трубы.

Трудно бываетъ также отличительное распознаваніе между абсцессомъ яичника и нагноеніемъ кисты. Важенъ въ этомъ отношеніи анамнезъ, а именно, важно установить, имѣлась ли уже раньше опухоль или нѣтъ; важно также найти причину нагноенія. Первичный абсцессъ яичника рѣдко бываетъ больше дѣтской головки, нагноенію же подвергаются болѣе значительныя кисты яичника, особенно въ послѣродовомъ періодѣ.

Леченіе остраго оофорита совпадаетъ съ таковымъ перитонита: покой и опій. Если абсцессъ не проходитъ, и лихорадка продолжается, то цѣлесообразнѣе оперативнымъ вмѣшательствомъ предупредить сомнительное въ прогностическомъ отношеніи вскрытіе. При меньшихъ абсцессахъ, особенно если они связаны съ влагалищнымъ сводомъ, возможенъ проколъ съ расширеніемъ отверстія со стороны влагалища. При не очень большихъ мѣшкахъ возможно, такимъ образомъ, излеченіе посредствомъ тампонаціи. При большихъ же абсцессахъ, въ виду возможности тяжелыхъ сращеній кишекъ, цѣлесообразнѣе произвести разрѣзъ живота. При положеніи больной съ высоко приподнятымъ тазомъ и при достаточной защитѣ кишекъ удается предупредить общее зараженіе брюшины. Ложе опухоли, характеризующагося сращеніями и перемычками, смачиваютъ 10% растворомъ камфорнаго масла, и выводятъ наружу чрезъ задній влагалищный сводъ полоску марли. Опасность не всегда одинаковая, въ зависимости отъ вирулентности гноя. Прежде примѣнявшійся способъ операціи въ два приѣма можно замѣнить дренажемъ по Mikulicz'у.

b) *Oophoritis chronica* 1).

Хроническое воспаление яичника, „сопровождающееся чувствительностью хроническое опухание яичниковъ“ обнаруживаетъ, подобно хроническому метриту, очень разнообразную картину, которую одни врачи очень часто, а другіе рѣдко діагносцируютъ.

Эта болѣзнь наблюдается у дѣвицъ не менѣе рѣдко, чѣмъ у замужнихъ; изъ послѣднихъ на первомъ мѣстѣ стоятъ вовсе не имѣющія дѣтей или только одного ребенка; въ послѣднемъ случаѣ болѣзнь нерѣдко вызывается образовавшимися послѣ родовъ пельвеоперитонитомъ и періоофоритомъ. Хроническій катарръ влагалища и шейки, хроническіе метриты и эндометриты ведутъ къ образованію какъ *parame- tritis post.*, такъ и хроническаго оофорита. Предрасполагающими моментами являются анемія, простуда и усиленное напряженіе во время менструаціи, неудовлетворенное половое чувство у дѣвушекъ съ темпераментомъ, занимающихся и не занимающихся онанизмомъ; вредно дѣйствуетъ также частое совокупленіе и *coitus* съ импотентными; вреденъ ли *coitus interruptus*, еще не доказано. Гоноррея вызываетъ часто хроническій оофоритъ, въ большинствѣ случаевъ одновременно съ сальпингитомъ и періоофоритомъ. *Bullius* указываетъ на появленіе хроническаго оофорита въ *одномъ* яичникѣ, въ то время какъ въ другомъ имѣется киста; хроническій оофоритъ сопутствуетъ также заболѣваніямъ трубъ, міомамъ и раку матки. Англичане вносятъ злоупотребленіе алкоголемъ, но рядомъ съ этимъ большое значеніе имѣютъ другіе вышеупомянутые моменты. Я не допускаю также, чтобы привычный запоръ самъ по себѣ могъ вызвать это заболѣваніе. Въ большинствѣ случаевъ поражаются оба яичника, рѣдко оба въ одинаковой степени.

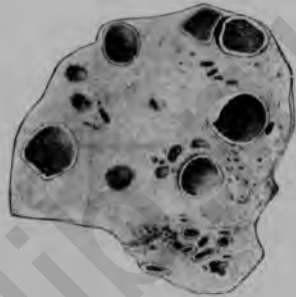


Рис. 195. Хроническій оофоритъ съ мелкокистозидными образованіями.

Паренхиматозную форму не слѣдуетъ рѣзко отличать отъ интерстиціальной; само собою понятно, что здѣсь, какъ и въ острой формѣ, заболѣваніе фолликулярнаго аппарата немислимо безъ заболѣванія стромы и наоборотъ. На основаніи макроскопическаго вида *Negar* предложилъ для первой формы названіе мелкокистозиднаго перерожденія яичниковъ, *Ziegler* же называетъ ее фолликулярной гипертрофіей, а французскіе авторы склероцистическимъ оофоритомъ. И дѣйствительно, въ большинствѣ хронически больныхъ яичниковъ уже простымъ глазомъ видно на разрѣзѣ увеличенное число фолликуловъ. *Bullius* относитъ существенную часть этого процесса къ фолликуламъ: зернистый распадъ эпителия, исчезаніе яичка и *simulus proligerus*; въ нѣкоторыхъ фолликулахъ одновременно съ нѣсколькими перерожденнымъ яичкомъ имѣется скопленіе комковидныхъ образований, въ другихъ—кровоизліанія. Строма меньше подвергается, по мнѣнію *Bullius's'a*, измѣненіямъ; иногда обнаруживается разроженіе ядеръ, въ большинствѣ же случаевъ увеличеніе числа сосудовъ и утолщеніе ихъ стѣнокъ. Напрасно *Bullius* предложилъ для этой картины болѣзни особое названіе, *angiodystrophia ovarica*.

Въ противоположность этому, *Nagel* и *Winternitz* полагаютъ, что наиболѣе существенная часть процесса происходитъ въ стромѣ; первый нашелъ сосуды *hilus* разроженными и наполненными кровью и стѣнки утолщенными;

1) См. *Winternitz*. Die chron. Oophoritis. Tübingen 1893. F. Pietzcker.

онъ придаетъ значеніе тому, что фолликулы долго остаются нормальными, содержатъ способныя къ развитію яички и только постепенно закрываются; увеличеніе количества жидкости въ фолликулѣ есть застойное явленіе, вызванное давленіемъ сморщивающейся соединительной ткани. Winternitz считаетъ наиболѣе существеннымъ увеличеніе соединительной ткани паренхимы безъ мелкоклеточной инфильтраціи, признаваемой Stratzomъ; одновременно съ этимъ наблюдается исчезаніе первичныхъ фолликуловъ и гиалиновое перерожденіе внутренней оболочки сосудовъ. То же наблюдалъ Franz въ характерномъ въ теченіе года наблюдавшемся случаѣ хроническаго оофорита (рис. 196), а именно, гиперплазію соединительной ткани, усиливающееся перерожденіе фолликуловъ и уменьшеніе числа сосудовъ.



Рис. 196. Увелич. въ 10 разъ. Хроническій оофоритъ. Увеличеніе интерстиціальной ткани; гиалиновое перерожденіе сосудовъ; исчезаніе многихъ первичныхъ фолликуловъ.

Результаты изслѣдованія, такимъ образомъ, не очень различаются у разныхъ авторовъ; споръ идетъ лишь о томъ, является ли заболѣваніе фолликула первичнымъ или вторичнымъ. Всѣ изслѣдователи согласны, что яичники бываютъ въ среднемъ увеличены въ $1\frac{1}{2}$ —2 раза, достигая величины куриного яйца, они болѣе плотны и тверды; форма ихъ сохраняется, а albuginea утолщена; періофоритическія отложенія соединяютъ яичники съ сосѣдними органами или съ брюшиной; поверхность негладка, а бугриста, благодаря выступающимъ фолликуламъ. Въ большинствѣ случаевъ имѣется при этомъ, если не считать гоноройнаго заболѣванія, также хронически катарральныя измѣненія трубъ.

Симптомы. Трудно установить картину болѣзни однихъ только яичниковъ, такъ какъ рѣдко они хронически заболѣваютъ изолированно,

обыкновенно же при этомъ имѣются заболѣванія трубъ, метроэндометритъ и міомы съ вызываемыми ими явленіями.

Если болѣзнь поражаетъ молодыхъ особъ, то первымъ признакомъ является измѣненіе менструаціи; послѣдняя усиливается, становится болѣе продолжительной и атипичной; усиленіе кровотока можетъ быть вызвано біохимическими измѣненіями въ фолликулахъ, или оно является слѣдствіемъ послѣдующей гиперплазіи эндометрія. Въ другихъ случаяхъ менструація менѣе обильна, запаздываетъ и очень болѣзненна. Можно спорить о томъ, бываетъ ли яичниковая дисменоррея. Боль локализуется въ области яичниковъ или пупка, она усиливается передъ наступленіями менструаціи и не всегда исчезаетъ съ появленіемъ послѣдней; возможно, что болѣзненность зависитъ отъ того, что фолликулъ не лопается. Winternitz указываетъ на ползучій характеръ боли съ одного мѣста яичника въ другое, съ одного яичника на другой. Дальнѣйшимъ симптомомъ является срединная боль: при усиливающейся чувствительности матки и яичниковъ появляется сильный, продолжающійся нѣсколько часовъ спазмъ въ срединѣ періода между одной менструаціей и другой, сопутствующій иногда кровянистыми или слизистыми выдѣленіями; вслѣдъ за этимъ появляется часто болѣзненное опуханіе груди, исчезающее лишь ко времени наступленія менструаціи.

Въ одномъ наблюдавшемся мною въ теченіе многихъ лѣтъ случаѣ упорная дисменоррея исчезла послѣ родовъ, а срединная боль только послѣ удаленія обоихъ хронически утолщенныхъ и увеличенныхъ яичниковъ.

Вначалѣ боль въ яичникахъ появляется только при напряженіи, возбужденіи, дефекаціи и совокупленіи, впослѣдствіи же она становится постоянной, временами усиливаясь. Наоборотъ, нарисованная Charcot подъ именемъ оваріи картина болѣзни не является симптомомъ хроническаго оофорита; оварія есть одно изъ явленій истеріи, какъ мигрень, кардиальгія и т. д. Что у истеричекъ могутъ также быть измѣненія яичниковъ, насъ не должно удивлять. Coitus болѣзненъ, иногда боль остается еще въ теченіе 24 часовъ, вслѣдствіе чего женщины избѣгаютъ половыхъ сношеній. Далѣе, вслѣдствіе гибели многихъ фолликуловъ, хроническій оофоритъ вызываетъ часто безплодіе.

Хуже, чѣмъ мѣстные симптомы, при продолжительномъ существованіи болѣзни, бывають общія явленія, наступающія въ видѣ симптомовъ поясничнаго спиннаго мозга какъ въ сосѣднихъ органахъ, такъ и во всемъ организмѣ. Это не должно насъ удивлять; если Н. Freund доказалъ наличность измѣненій нервовъ тазовой соединительной ткани при parametritis chron. atrophicans, то тѣмъ болѣе мы должны признать существованіе измѣненій въ нервахъ болѣе чувствительнаго яичника.

Разстройства наблюдаются какъ въ центральной, такъ въ спинно-мозговой и симпатической нервной системѣ. Эти разстройства появляются не при всякомъ оофоритѣ, а многое зависитъ отъ невропатическаго предрасположенія больной. При разсмотрѣніи послѣдующихъ симптомовъ parametritis posterior atrophicans W. A. Freund такъ мастерски описалъ картину болѣзни, что я отсылаю читателя къ этому сочиненію ¹⁾; это то же картина, которую я нарисовалъ выше при разсмотрѣніи хроническаго метроэндометрита.

1) W. A. Freund. Gynaekologische Klinik. Страсбургъ 1885, стр. 262.

Распознавание должно базировать на объективныхъ измѣненіяхъ яичника. О хроническомъ оофоритѣ можно говорить лишь въ томъ случаѣ, если повторное изслѣдованіе обнаруживаетъ увеличеніе яичника, негладкую его поверхность и чувствительность при давленіи, а другіе органы таза мало или вовсе не чувствительны. Цѣлесообразно во время надавливанія отвлечь вниманіе больной или повторить изслѣдованіе при неполномъ наркозѣ. На практикѣ хроническій оофоритъ диагностируется, несомнѣнно, слишкомъ часто. Боль при дотрагиваніи къ яичнику или къ области послѣдняго, особенно у нервныхъ особъ, еще далеко не означаетъ оофорита; Theilhaber идетъ слишкомъ далеко, совершенно отрицая эту картину болѣзни. Правильно будетъ согласиться съ Olshausen'омъ, опредѣляющимъ частоту этого заболѣванія въ 1.3%.

Предсказаніе въ смыслѣ полного выздоровленія неблагоприятно.

Леченіе. Профилактически показаны общее укрѣпленіе организма тонирующими средствами и желѣзомъ, запрещеніе всякаго рода раздраженія (онанизма, coitus impt. и т. д.), регулированіе пищеваренія, поднятіе питанія. Продолжительный постельный покой вреденъ; полезны систематическія, но очень утомительныя движенія, умѣренное занятіе спортомъ и пребываніе въ горахъ; во время же менструаціи показаны постельный покой, примѣненіе тепла и наркотическихъ средствъ, особенно кодеина и героина; за нѣсколько дней до наступленія регулъ назначаются препараты брома.

При наличности опуханія и чувствительности яичниковъ назначаютъ мѣстное леченіе съ запрещеніемъ всякаго изслѣдованія. Яичникъ, къ сожалѣнію, менѣе доступенъ нашему леченію, чѣмъ матка. Прежде всего показано кровоизвлеченіе изъ матки, далѣе, горчичникъ на крестецъ и на внутреннюю поверхность бедра, сухія банки на эти же мѣста, смазываніе іодомъ и втираніе іодглицерина въ боковыя нижнія части живота. Далѣе, полезны, какъ и при метритѣ, тампоны съ іодомъ, ихтиоломъ, тигеноломъ и суппозитории съ тѣми же средствами. Въ случаяхъ невралгій яичника, имѣющей характеръ невроза, Olshausen рекомендуетъ подкожное вспрыскиваніе антипирина (1:2 aq. dest.) по 0.5 въ поясничную область. Согревающіе компрессы изъ воды и спирта; бутылки съ горячей водой часто приносятъ временное облегченіе. Изъ ваннъ полезны соляныя, индифферентныя термы, искусственныя углекислыя и грязевыя.

При неврастеніи и истеріи показано своевременное соотвѣтствующее леченіе.

Если мѣстное леченіе оказывается безрезультатнымъ, и мѣстное страданіе отражается на работоспособности и социальномъ положеніи больной, то возникаетъ вопросъ объ удаленіи большихъ яичниковъ. Я придерживаюсь установленнаго Negag'омъ показанія, а именно: „опуханіе яичниковъ, явленія раздраженія, болѣзненность при надавливаніи при нормальномъ положеніи или смѣщеніи въ Дугласово пространство, хроническій оофоритъ и періоофоритъ могутъ дать поводъ къ оперативному вмѣшательству“; я доволенъ полученными результатами, но все же я встаю противъ примѣненія этой операціи безъ всякой критики. Для показанія къ операціи недостаточно прощупать небольшую кисту въ яичникѣ; только *полная картина хроническаго оофорита* со всѣми его послѣдствіями даетъ право на операцію, къ которой, къ сожалѣнію, при-

бѣгаютъ слишкомъ часто. Плохіе результаты операціи объясняются тѣмъ, что она примѣняется часто въ тѣхъ случаяхъ, когда вызванный хроническимъ оффоритомъ общія рефлекторныя явленія слишкомъ укоренились и не поддаются излеченію, или когда остаются одни раздраженія.

Прежде примѣнялся влагалищный способъ операціи, но брюшной имѣетъ предъ нимъ преимущество, давая возможность устранить срощеніе и заболѣваніе трубы, а у молодыхъ особъ оставлять нѣкоторую здоровую часть яичника; но при ясновыраженной болѣзни не слѣдуетъ слишкомъ придерживать консервативнаго способа леченія.

7. Новообразованія яичника.

Благодаря сильному развитію оперативной техники, углубились также наши патологоанатомическія познанія въ различныхъ видахъ опухолей яичника, а это затрудняетъ въ значительной степени классификацію ихъ. Правильное съ точки зрѣнія патологической дѣленіе опухолей по ихъ происхожденію изъ паренхимы или стромы имѣетъ для практическаго врача несомнѣнные отрицательныя стороны; для послѣдняго цѣлесообразнѣе противопоставлять кистовидныя опухоли плотнымъ. Несмотря на это, я буду придерживаться здѣсь классификаціи, установленной Pfannenstiel'емъ ¹⁾ въ его превосходной работѣ, а именно, съ морфологической точки зрѣнія.

I. Ретенціонныя кисты (паренхиматозныя кисты) яичника:

1. Кисты фолликуловъ, *hydrops folliculi*.
2. Кисты желтаго тѣла.

II. Новообразованія яичника.

A. Паренхиматогенныя образованія.

I. Эпителіальныя:

1. *Kystoma serosum simplex*.
2. Аденоматозныя новообразованія.
Pseudomухома ovarii,
Kystadenoma pseudomucinosum,
Kystadenoma serosum papillare,
Adenoma papillare superficiale,
Киста яичника, похожая на виноградную кисть,
Kystadenoma съ раковымъ перерожденіемъ.
3. Ракъ.

II. Овулогенныя новообразованія.

1. Дермоидныя кисты,
2. Тератомы (злокачественное овулогенное новообразованіе).

B. Строматогенныя новообразованія.

1. Фиброма—миома,
2. Ангіома.
3. Энхондрома.
4. Остеома,
5. Хондрома,
6. Саркома и эндотеліома.

C. Смѣшанныя опухоли.

- Аденома и ракъ,
Дермоидъ и псевдомуциновая киста,
Кистаденома съ саркомой и эндотеліомой,
Ракъ съ саркомой,
Киста трубы и яичника.

¹⁾ См. Pfannenstiel. Die Erkrankungen der Ovarien. Veit's Handbuch, т. IV, изд. 1908.

Необходимость установления группы смѣшанных опухолей доказываетъ практическую недостаточность морфологической классификаціи. Въ учебникѣ, предназначенномъ для студентовъ и врачей, я не могу входить въ подробное разсмотрѣніе гистологическаго строенія отдѣльныхъ группъ опухолей; интересующимся я рекомендую классическое сочиненіе Pfan n en stiel'я въ руководствѣ Veit'a, т. IV.

А. Кистовидныя опухоли яичника.

а) Кисты фолликуловъ и желтаго тѣла.

Объ эти формы Pfan n en stiel относитъ къ группѣ нутритивнаго образованія опухолей яичника; дѣло идетъ здѣсь о дегенеративныхъ процессахъ въ фолликулахъ съ уничтоженіемъ эпителия и вторичнымъ скопленіемъ жидкости въ имѣющихся уже полостяхъ. Сужденія о величинѣ нормальнаго фолликула нѣсколько произвольны. Leopold опредѣляетъ его діаметръ въ 2.6—1.7 сант., а Nagel—въ 1—1.5 сант. Такимъ образомъ, фолликулы, превосходящіе величину вишни, можно считать дѣйствительными ретенціонными кистами. Небольшія кисты фолликуловъ наблюдаются уже у новорожденныхъ, болѣе значительныя же только въ періодѣ половой зрѣлости, во всякомъ случаѣ у молодыхъ особъ. Нѣтъ никакого сомнѣнія въ томъ, что такія кисты образуются вслѣдствіе патологической секретіи фолликуловъ, такъ какъ вначалѣ, да и въ болѣе значительныхъ кистахъ находили яйцевыя клѣтки. Если при болѣе сильномъ наполненіи клѣтки membrana granulosa погибаетъ, то киста теряетъ свой эпителий на внутренней стѣнкѣ; въ соединительно-тканной стѣнкѣ находятся небольшіе остатки ткани яичника, состоящіе изъ единичныхъ здоровыхъ и погибшихъ фолликуловъ и окруженные нормальной тканью яичника.

Кисты фолликуловъ достигаютъ въ среднемъ величины головки новорожденного ребенка; будучи вначалѣ однокамерными, онѣ могутъ въ послѣдствіи слиться и стать многокамерными. Чѣмъ киста больше, чѣмъ больше фолликуловъ она захватила, тѣмъ меньше яичниковой ткани сохранилось. Содержимое серозно съ небольшимъ содержаніемъ бѣлка, и тамъ имѣется мало элементовъ тѣла съ распавшимися клѣтками.

Мнѣніе v. Kahl den'a ¹⁾ о томъ, что жидкость фолликула есть ничто иное, какъ аденоматозное новообразованіе, образовавшееся вслѣдствіе углубленія зародышеваго эпителия при пассивномъ отношеніи окружающей соединительной ткани, правильно только для единичныхъ случаевъ.

Въ противоположность этимъ ретенціоннымъ кистамъ Pfan n en stiel признаетъ и другую форму, а именно, kystoma serosum simplex, называвшуюся до того hydro ps folliculi. Эти кисты снабжены неограниченно увеличивающимся эпителиемъ и достигаютъ величины головы мужчины и еще больше. На внутренней стѣнкѣ имѣются иногда небольшія нѣжныя папилломы.

Клиническое отличительное распознаваніе между кистой фолликула и kystoma serosum simplex (Pfan n en stiel) до операціи бываетъ часто невозможнымъ, гистологически же оно возможно.

¹⁾ v. Kahl den. Ueber die Entstehung einfacher Ovarialcysten и т. д. Jena 1899, G. Fischer.

Злокачественное новообразование фолликула описывает Schröder, слѣдую в. Kahlden'y, подъ названіемъ *folliculoma malignum ovarii*; характернымъ для него является образование похожихъ на фолликулы альвеоль, наполненныхъ эпителиальными клѣтками; въ альвеолахъ находятся лучистыя клѣтки съ гомогенной протоплазматической массой и зачатками яичекъ.

Характерной для кистъ желтаго тѣла считали до сихъ поръ волнистость внутренней стѣнки съ способностью этого слоя окрашиваться въ оранжевый цвѣтъ. По мнѣнію Pfannenstiel'a, лютеиновыя клѣтки не всегда указываютъ на наличность *corpus luteum*, ибо имѣются не только лютеиновыя клѣтки *granulosa*, но также происходящія изъ *theca interna* и имѣющія соединительнотканвый характеръ. Онъ предлагаетъ поэтому названіе кисты желтаго тѣла замѣнить названіемъ лютеиновой кисты. Подъ этимъ понимаютъ, слѣдовательно, кисты, имѣющія внутри лютеиновую мембрану. На разрѣзѣ стѣнки видны 2 слоя: наружный соединительнотканый и внутренний широкій, легко отдѣляемый, желтый или желтокоричневый, въ большинствѣ случаевъ волнистый; послѣдній содержитъ характерныя лютеиновыя клѣтки.

Кисты достигаютъ величины фолликулярныхъ кистъ, онѣ одно- или многокамерны; меньшія кисты, происшедшія изъ *corpus luteum*, обнаруживаютъ ясную волнистость внутренней стѣнки.

Здѣсь, какъ и въ фолликулярныхъ кистахъ, происходятъ срощенія, также образование гематомъ и абсцессовъ. Что касается связи между лютеиновыми кистами, хоріоэпителиомой и пузырьнымъ заносомъ, то я отсылаю къ учебникамъ акушерства¹⁾.

Къ ретенціоннымъ кистамъ относятся также вышеописанныя *кисты трубъ и яичниковъ*. Онѣ достигаютъ значительной величины; труба при этомъ ясно замѣтна своей похожей на реторту формой; то труба, то яичникъ образуютъ болѣе значительную часть общаго мѣшка, отверстіе котораго бываетъ обыкновенно узкимъ.

Я уже выше говорилъ, что наиболѣе вѣроятнымъ я считаю объясненіе Veit'a, согласно которому, воспалительный процессъ вызываетъ закрытіе трубы и одновременно съ этимъ склеиваніе ея съ яичникомъ. Если вслѣдствіе гиперсекреціи образуется гидросальпинскъ и одновременно съ этимъ *hydrops* фолликула, то вслѣдствіе постоянного утонченія промежуточныхъ стѣнокъ, обѣ полости могутъ слиться. Въ одномъ случаѣ кисты трубы и яичника, описанномъ Runge и Thoma, брюшное отверстіе трубы было закрыто, а между кистами образовалось новое отверстіе. Рѣже наблюдается сообщеніе между трубой и *kystadenoma pseudomucinosum*.

Въ случаѣ проходимости трубы содержимое общаго мѣшка можетъ періодически изливаться черезъ матку наружу, *hydrops tuboovarialis profluens*.

b) *Kystadenoma pseudomucinosum*.

Многокамерная пролиферирующая киста.

Эта группа обнимаетъ большинство опухолей яичника и приобретаетъ поэтому особенный клиническій и практическій интересъ; онѣ являются также болѣе значительными по величинѣ опухолями живота и содержатъ нерѣдко 30—40 и даже до 100 литровъ жидкости. Въсь опухоли (Zacharias) достигаетъ 132 килограмм., т. е. превосходитъ въсь самой большой. При теперешней наклонности рано оперировать, такія огромныя опухоли больше не наблюдаются.

1) См. Schickele, Hegars Beiträge, т. 10.

Слившіяся кисты яичника никогда не представляются равномерно-круглыми, а на ихъ происхожденіе изъ многихъ кистъ указываютъ неправильные выступы. Плотная стѣнка окрашена въ бѣловато-синій цвѣтъ, то гладка, то образуетъ углубленія, она иногда похожа на хрящъ, не вездѣ имѣетъ одинаковую толщину (въ среднемъ 3—5 миллим., одинъ случай толщиной въ 9 сант. описываетъ Roberts), но обнаруживаетъ утолщенія, происшедшія вслѣдствіе мацерации. Въ плотной стѣнкѣ рѣдко наблюдаются большія артеріи, находятъ только значительныя вены. При локализациі опухоли внутри связокъ имѣется на стѣнкѣ опухоли болѣе или менѣе богатый сосудами брюшинный покровъ. Этой своеобразной стѣнкой опухоль легко отличается отъ другихъ опухолей. Въ тѣхъ мѣстахъ,



Рис. 197. Kystadenoma pseudomucinosum (на разрѣзѣ).

гдѣ менѣе значительныя опухоли выпячиваютъ стѣнку, цвѣтъ бываетъ темнымъ или чернымъ вслѣдствіе просвѣчиванія содержимаго черезъ утонченную стѣнку. Кисты бываютъ какъ одно-, такъ и двусторонними; въ послѣднемъ случаѣ на одной сторонѣ киста бываетъ больше, чѣмъ на другой. Кисты съ самаго начала обнаруживаютъ признаки многокамерности; изъ внутренней стѣнки болѣе значительныхъ кистъ образуются дочернія кисты, которыя при дальнѣйшемъ утонченіи стѣнки вскрываются въ главную кисту; такимъ образомъ, всякая опухоль проявляетъ склонность сливаніемъ менѣе значительныхъ полостей образовать большія; чѣмъ опухоль моложе, тѣмъ больше она многокамерна, чѣмъ старше, тѣмъ болѣе однокамерна. Однокамерныя опухоли въ общемъ рѣдко наблюдаются; даже въ очень большихъ кистахъ можно обнаружить на внутренней стѣнкѣ небольшіе дочерніе пузыри, а какъ остатки вскрывшихся полостей находятъ всегда полулунные валикообразные выступы, частью сидящіе на стѣнкѣ, частью прерывающіеся и содержащіе иногда сосуды. Иногда болѣе значительные сосуды свободно проходятъ черезъ полость. Чаще всего наблюдаются многокамерныя опухоли, въ которыхъ, кромѣ многочисленныхъ небольшихъ полостей, имѣются также 3—4 большія; въ

небольших кистах находят также альвеолярное паутинообразное строение.

Опухоль ограничивается главной стѣнкой кисты, состоящей изъ двухъ слоевъ, соответствующихъ *tunica fibrosa* и *propria Графова* фолликула; наружная оболочка плотная, состоитъ изъ соединительнотканнаго слоя съ параллельно идущими волокнами и аналогична *tunica albuginea*; внутренняя содержитъ однослойный густой цилиндрической эпителий и кровеносные сосуды; между этими двумя оболочками находятся рыхлый слой, содержащій большіе сосуды.

Кистаденомы наблюдаются въ двухъ формахъ, которыя нерѣдко комбинируются между собою.

а) *Kystadenoma pseudomucinosum* (Pfannenstiel), *kystoma proliferum glandulare* (Waldeyer) наблюдается въ большинстве случаевъ самостоятельно и даетъ самыя большія опухоли.

Вслѣдствіе сходства впячивания пролиферирующаго эпителия кисты съ трубчатыми железами, эти опухоли называются аденомами. Эти трубчатые впячивания эпителия исходятъ какъ изъ эпителия фолликула, такъ и изъ зародышеваго эпителия: они состоятъ изъ простаго слоя цилиндрическихъ клетокъ съ небольшимъ количествомъ соединительной ткани и сосудовъ. Цилиндрическія клетки вырабатываютъ на поверхности свойственное этимъ опухолямъ слизистое вещество,

псевдомуцинъ. Наполняясь слизистой тканью, эти трубки то удлиняются, то укорачиваются и отшнуровываются. По мѣрѣ дальнѣйшаго развитія дочернихъ кистъ, промежуточная ткань все больше и больше утончается; въ концѣ концовъ питаніе прекращается, эпителий распадается, и смежныя кисты сливаются между собой.



Рис. 198. Образование трубокъ [при *Cystoma pseudomucinosum*.

Содержимое этихъ кистъ представляетъ жидкую, слизистую массу; иногда она бываетъ студенистой и при надрѣзѣ опухоли не вытекаетъ; это имѣетъ главнымъ образомъ мѣсто въ небольшихъ кистахъ, обнаруживающихъ на разрѣзѣ строеніе, похожее на пчелиныя соты; въ другихъ случаяхъ содержимое жидко, серозно; въ общемъ, по мѣрѣ увеличенія кистъ содержимое ея становится болѣе жидкимъ; все же и небольшія кисты содержатъ иногда съ самаго начала водянистую жидкость. Цвѣтъ мѣняется, иногда онъ просвѣчивающій бѣлый или съ желтоватыми полосками, иногда съ темными оттѣнками, обнаруживая въ отъѣнки красящаго вещества крови; иногда имѣется тамъ свѣжая, жидкая или свернувшаяся кровь. На поверхности слизистаго содержимаго имѣется часто много кристалловъ холестерина, но послѣдніе не характерны для опухолей яичника.

Химическимъ изслѣдованіемъ содержимаго кисты раньше интересовались значительно больше; только изслѣдованіе Hammersten'a, Oergm'a и

Pfannenstiel'я ¹⁾ разъяснили этот вопрос. Последнему мы обязаны также столь важным сравнением данных химического исследования с гистологическими.

В то время, как Waldeyer, Spiegelberg и друг. характерным для кисты яичника считали содержание паральбумина и металбумина, Pfannenstiel доказал, что характерным является слизистое вещество, псевдомucin. Последний образует с водою жидкий тягучий раствор, осаждаемый алкоголем, но не уксусом, а при кипячении с разведенными минеральными кислотами переходит, вследствие расщепления, в сахар и глюкон, так что фильтрат дает положительную реакцию Trommsdorff'a. В виду таких свойств псевдомуцина относится к гликопротеидам.



Рис. 199. Kystadenoma serosum papillare (вскрыта). Вскрытие папилломъ чрезъ стѣнку.

Псевдомуцинъ отсутствуетъ какъ въ нормальныхъ фолликулахъ, такъ и въ фолликулярныхъ кистахъ; въ небольшомъ количествѣ и не всегда онъ имѣется въ содержимомъ папиллярныхъ кистъ, больше всего онъ имѣется въ железистыхъ кистахъ. Диагностическое значеніе упомянутой реакціи нѣсколько уменьшается только оттого, что Pfannenstiel и Gopner наблюдали ее также въ жидкости асцита при ракѣ печени и кишечника, но она не получается при асцитѣ другого происхожденія.

Псевдомуцинъ образуется не вследствие перерождения вновь образовавшагося цилиндрическаго эпителия, а является продуктомъ дѣйствительной клѣточной секреціи; клѣтки при этомъ не погибаютъ, но сохраняются. Только въ болѣе старыхъ кистахъ, питаніе которыхъ уменьшено, происходитъ перерожденіе клѣтокъ, характеризующееся жировымъ перерожденіемъ эпителиальныхъ клѣтокъ, распадомъ зеренъ, образованіемъ зернышекъ и омертвѣніемъ эпителия. Доброкачественному характеру псевдомуциновыхъ кистъ противорѣчитъ распространеніе ихъ на portio и образованіе метастазовъ въ легкихъ; кромѣ того, въ одномъ случаѣ экстирпаціи такой признанной патолого-анатомомъ доброкачественной опухоли, я наблюдалъ появленіе рецидива въ брюшномъ рубцѣ и брюшной полости.

¹⁾ Pfannenstiel. Archiv f. Gynäk m. 38, стр. 407. Ueber die Pseudomuzine der zystischen Ovarialgeschwülste.

b) *Kystadenoma serosum papillare* (Prannenstiel), *Kystoma proliferum papillare* (Waldeyer). И здѣсь наблюдаются часто многокамерныя кисты, недостигающія, однако, величины предыдущихъ. Стѣнка кисты и здѣсь содержитъ трубковидныя образования, покрытыя цилиндрическимъ эпителиемъ; они слѣдуютъ, однако, за соединительной тканью, содержащей сосуды, и имѣютъ какъ вначалѣ, такъ и впоследствии рѣсничный эпителий. Наиболѣе существеннымъ, однако, является образование папилломъ, исходящее изъ внутренней стѣнки кисты; за первичнымъ эпителиемъ слѣдуетъ разрошеніе соединительной ткани съ образованіемъ сосудовъ, которая можетъ подвергнуться слизистому перерожденію.



Рис. 200. Изъ kystopapilloma ovarii (умѣренное образование сосочковъ).

Папилломы развѣтвляются въ полостяхъ до тѣхъ поръ, пока вся полость не будетъ ими наполнена; чѣмъ эти массы больше, тѣмъ болѣе сходства они получаютъ съ наростами въ другихъ мѣстахъ тѣла, похожими на пѣтушный гребень. Папилломы бывають вначалѣ очень богаты сосудами и кровоточатъ, а въ полостяхъ обнаруживаютъ то жидкую, то болѣе старую кровь. При дальнѣйшемъ ростѣ онѣ сдавливаются, такъ что вслѣдствіе недостаточнаго питанія онѣ подвергаются жировому перерожденію, омертвѣвають и обнаруживаются въ серозномъ содержимомъ кисты въ видѣ бѣлыхъ зернистыхъ, массъ похожихъ на рисъ. Въ другихъ случаяхъ папилломы проростають стѣнку кисты, попадаютъ въ сосѣднія кисты или переходятъ съ наружной стѣнки кисты на брюшину, lig. latum, на трубу, матку и сосѣднюю брюшину; вначалѣ папилломы сохраняють характеръ доброкачественныхъ новообразованій, но вскорѣ онѣ становятся злокачественными. Содержимое этихъ опухолей серозное, свѣлое или мутное, въ зависимости отъ примѣси клѣтокъ; содержаніе бѣлка различно, псевдомуцинъ отсутствуетъ,

Glockner доказалъ, что нѣкоторыя опухоли, кажущіяся макроскопически папилломами, на самомъ дѣлѣ оказываются другими; на разрѣзахъ обнаруживаются не сосочки, а железистыя трубки съ перегородками; онѣ называетъ эти опухоли псевдопапиллярными опухолями яичника.

Pfannenstiel совершенно правъ, не отличая поверхностныя папилломы отъ этихъ папиллярныхъ кистаденомъ. Сосочки непосредственно образуются изъ зародышеваго эпителия. Эти опухоли меньше папиллярной кистаденомы, онѣ бывають двусторонни и снабжены ножкой; онѣ быстро становятся злокачественными, причѣмъ частицы опухоли отдѣляются и пересаживаются на серозный покровъ кишечъ, Дугласова пространства и брюшины. Нерѣдко находятъ на одной сторонѣ поверхностную папиллomu, а на другой kystadenoma serosum papillare.

Вопросъ о происхожденіи многокамерныхъ кистъ давно уже занималъ изслѣдователей. Послѣ того, какъ Waldeyer доказалъ эпителиальный характеръ ихъ, предполагали, что онѣ происходятъ отъ *Графовыхъ* фолликуловъ, отъ Pflüger'овскихъ трубокъ и отъ зародышеваго эпителия. Роль *Графовыхъ* фолликуловъ Virchow отвергъ, доказавъ, что большія кисты сливаются изъ цѣлой массы вновь образованныхъ кистъ. Waldeyer и другіе считали исходнымъ пунктомъ Pflüger'овскія трубки; но послѣ того, какъ Pfannenstiel доказалъ, что нормальный зародышевый эпителий впячивается и превращается въ рѣснично-эпителиальныя кисты, нельзя отрицать, что многокамерныя кисты могутъ также образоваться вслѣдствіе впячивания зародышеваго эпителия.

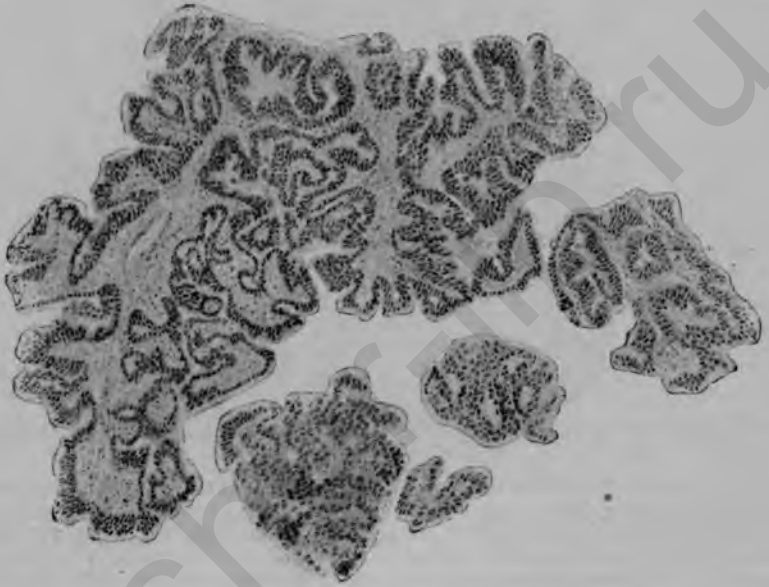


Рис. 201. Карциноматозное перерожденіе небольшой папилломатозной кисты, (имѣлись также метастазы въ брюшной полости).

Изъ болѣе рѣдкихъ формъ кистадеомъ слѣдуетъ назвать:

Рѣсничноэпителиальную кисту, которую Olshausen впервые отличалъ отъ другихъ папилломъ; это также небольшія сосочковыя, въ большинствѣ случаевъ двустороннія кистовидныя опухоли, сидяція часто внутри связокъ и становящіяся злокачественными. Внутренняя поверхность образовавшихся изъ эпоофорона кистъ покрыта рѣсничнымъ эпителиемъ; эти опухоли, такимъ образомъ, частью похожи на kystadenoma serosum simplex.

Рѣдко наблюдаются *прозевидныя кисты яичника*, описанныя Olshausen'омъ и Baumgarten'омъ; въ происхожденіи ихъ играютъ роль мозговые тяжи. Начало ихъ наблюдалось въ hilus ovarii. Здѣсь имѣется большое количество пузырей, похожихъ на пузырьный заносъ величиной въ виноградную ягоду или кулакъ съ серознымъ содержимымъ и рѣсничнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ; они находятся

на мѣстѣ яичника, трубы, широкой связки и т. д. Ножка не образуется, экстирпация не вызывала появления рецидива. Кроме того, наблюдаются также гроздевидныя кисты яичника, происшедшія, вѣроятно, вслѣдствіе миксоматознаго перерожденія конечныхъ утолщеній поверхностныхъ папилломъ; эти опухоли не всегда доброкачественны.

Клиническое значеніе имѣетъ *pseudomyxoma peritonei*, впервые описанная Werth'омъ; она происходитъ вслѣдствіе вскрытія слизистыхъ кистъ и распространенія студенистаго ихъ содержимаго на брюшину, кишки, сальникъ и на подбрюшинную ткань. Въ этихъ случаяхъ приходится руками удалять съ поверхности кишекъ и сальника миксоматозныя массы, чрезвычайно липкія и тягучія. Въ этой не всегда двусторонней опухоли можетъ образоваться ножка. Въ другихъ случаяхъ эта опухоль появляется только послѣ удаленія кистаденомъ, и ее слѣдуетъ поэтому считать метастазомъ. Я согласенъ съ Fritsch'емъ и считаю, что рецидивовъ не слѣдуетъ бояться.

с) Дермоидныя кисты яичниковъ.

Дермоиды въ общемъ меньше фолликулярныхъ кистъ и псеудомуцинозныхъ кистаденомъ; они наблюдаются на одной или обѣихъ сторонахъ, по даннымъ Olshausen'a, въ 3,5% всѣхъ оперированныхъ случаевъ. Болѣе значительныя опухоли образуются, если дермоиды комбинируются съ псеудомуцинозными и серозными кистаденомами.

Дермоиды ясно обнаруживаютъ всѣ составныя части всѣхъ трехъ зародышевыхъ листовъ; они содержатъ всѣ слои кожи, особенно эпидермисъ со слоями ороговѣвшихъ и круглыхъ клѣтокъ, подкожную клѣтчатку, волосы, потовыя и сальныя железы, хрящи, кости и зубы; рѣже находятъ сѣрое вещество нервовъ, мозговидныя образованія, железистое образованіе глазное яблоко и своего рода грудной сосокъ.

Характерными для дермоидовъ являются волосы, кости и зубы; волосы обыкновенно въ видѣ пучковъ плаваютъ въ жидкости, сохраняя связь съ стѣнкой сосочка; цвѣтъ ихъ сѣдой, коричневый, иногда красный или свѣтлорусый; имѣется также жиръ, становящійся при температурѣ тѣла жидкимъ, маслянистымъ, а при выдѣленіи изъ мѣшка сейчасъ же свертывается; рѣже онъ находится въ жидкости въ видѣ шариковъ величиной въ вишню. Кости имѣютъ неправильную форму, иногда онѣ бываютъ формы нижней челюсти! многочисленные хорошо развитыя зубы обнаруживаютъ нормальное строеніе, ихъ находятъ въ количествѣ 10—30, рѣдко 300 штукъ; рѣдкимъ является препаратъ Rokitan'sk'ago, на которомъ молочный зубъ отодвинуть постояннымъ зубомъ, также случай W u d e r'a, въ которомъ онъ въ вскрывшейся въ влагалище дермоидной кистѣ удалилъ *per vaginam* зубъ. Кроме того, находятъ также образованія, происшедшія изъ мезо-и энтодермы, а именно, железы, полости съ цилиндрическимъ эпителиемъ, гладкой мускулатурой и т. д.

При микроскопическомъ изслѣдованіи стѣнки дермоидной кисты находятъ: внутри имѣется эпидермисъ съ его множественными слоями, внутреннія клѣтки безъядерны, потомъ идутъ ядродержащія и, наконецъ, круглыя; подъ эпидермисомъ имѣется соединительно-тканый слой съ сосочками, потомъ своего рода жировой слой, а снаружи фиброзный слой. Дермоидныя кисты находятся иногда въ большой кистаденомѣ, иногда имѣются отдѣльные дермоиды, иногда же, вслѣдствіе прободенія, мѣшки дермоида и кисты сообщаются между собою.

По вопросу о происхожденіи дермоидовъ предложены были различныя гипотезы. У новорожденныхъ они наблюдаются чрезвычайно рѣдко (Klob). Мнѣніе, будто мы имѣемъ здѣсь дѣло съ зародышевымъ

включеніемъ, оставлено; оспаривается также гипотеза His'a, согласно которой при развитіи яичника изъ осевого тяжа три зародышевыхъ листка еще не раздѣлились, отчего части верхняго и средняго листка попадаютъ въ зачатки яичника.

Болѣе вѣроятнымъ является признаніе этихъ опухолей за овулогенныя новообразованія. По мнѣнію P f a n n e n s t i e l 'я, дѣло идетъ здѣсь о патологическомъ развитіи яйцевой

кѣтки, содержащей всѣ составныя части плода (рудиментарныя яичниковыя паразиты Wilm s'a). Въ противоположность этому, V a n d l e r считаетъ источникомъ ихъ W o l f f -овское тѣло и Вольфовъ ходъ; въ виду отсутствія плаценты или ворсинокъ хоріона, онъ отрицаетъ ихъ партогенетическое происхожденіе, также участіе энтодермы (отсутствіе образованія печени и почекъ).

Что дермоидъ чаще воспаляется вслѣдствіе введенія микроорганизмовъ, не доказано. Съ другой стороны, наблюдается также раковое перерожденіе дермоидовъ.

Къ дермоидамъ тѣсно примыкають *тератомы*, плотныя опухоли, пронизанныя большимъ количествомъ минимальныхъ кистъ; онѣ содержатъ образованіе всѣхъ зародышевыхъ листковъ, отличаются своеобразной атипичностью эпителия и безграницнымъ разрощеніемъ; ихъ слѣдуетъ поэтому считать злокачественными овулогенными образованіями. Во многихъ случаяхъ онѣ комбинируются съ дермоидами или кистаденомами.



Рис. 202. Дермоидъ яичника.

Е—плоскій эпителий (эпидермисъ); Т—сальные железы; Н—волосы; все окружено рыхлой, пронизанной жиромъ соединительной тканью.

d) *Опухоли добавочнаго яичника. Кисты эпоофорона или пароварія.*

Кисты пароварія слѣдуетъ отличать отъ таковыхъ широкой связки, съ которыми онѣ раньше смѣшивались.

Эпоофоронъ (пароварій, рис. 190) лежитъ въ наружной трети мезосальпингса между яичникомъ и трубой, соответственно мезосальпингсу ампуллы; это зародышевый конецъ половой части W o l f f -ова тѣла. Эпоофоронъ состоитъ изъ главнаго канала и 12—15 перпендикулярныхъ къ нему побочныхъ канальцевъ; они содержатъ мышечныя во-

локна и рѣсничный эпителий, такъ что обнаруженіе рѣсничнаго эпителия въ кистѣ широкихъ связокъ является рѣшальнымъ для діагноза пароваріальной кисты. Эти кисты большей частью одно—рѣже многокамерны; размѣръ ихъ едва превышаетъ величину дѣтской головки; только въ одномъ случаѣ я наблюдалъ кисту, заходившую до пупка и содержащую 3 литра жидкости.

Киста находится между листками широкой связки, расправляя ихъ, и покрыта поэтому брюшиной; обыкновенно прилегаешь къ ней удлинённая (до 46 сант.) труба, яичникъ отчасти прилегаешь на задней нижней сторонѣ; рѣже пароваріальная киста снабжена ножкой, и возможно переключиваніе послѣдней. Въ зависимости отъ роста, пароваріальная киста

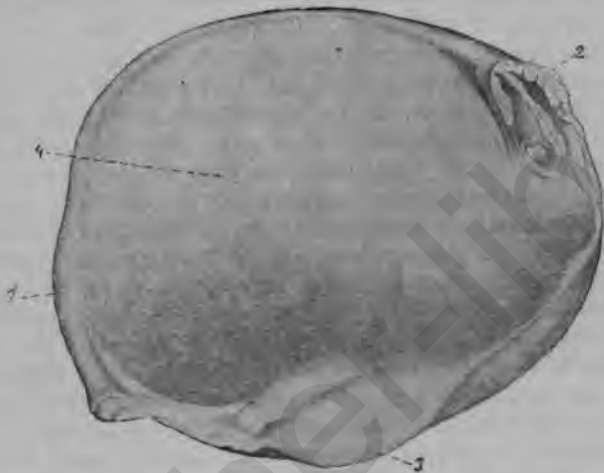


Рис. 203. Пароваріальная киста.

1—труба; 2—ампулла; 3—яичникъ; 4—пароваріальная киста.

можетъ расправить широкую связку внизъ до дна таза. Характерны, кромѣ описаннаго отношенія трубы и яичника, подвижность богатаго сосудами брюшиннаго покрова опухоли. Безъ обнаруженія яичника отличіе отъ субсерозной кисты невозможно.

Содержимое пароваріальной кисты водянистое, удѣльный вѣсъ составляетъ 1002—1007, содержитъ слѣды бѣлка и никакихъ форменныхъ элементовъ. Внутренняя поверхность мѣшка снабжена рѣсничнымъ эпителиемъ.

Внутри рѣдко находятъ небольшія сосочковыя разроженія. Въ другихъ случаяхъ содержимое тягуче, коричневаго цвѣта и богато бѣлкомъ; наблюдается злокачественное перерожденіе.

Aschoff и Pick описали аденомы эпоофорона величиной въ голубиное яйцо или орѣхъ; характерной для нихъ является локализція между трубой и яичникомъ.

Общее объ опухоляхъ яичника.

Въ то время, какъ въ предыдущемъ я приводилъ отдѣльно патолого-анатомическую картину эпителиальныхъ и кистовидныхъ, или, по

другой классификаціи, кистовидныхъ и плотныхъ опухолей, въ дальнѣйшемъ при изложеніи отдѣльныхъ анатомическихкихъ и клиническихкихъ явленій, симптоматологій, прогноза и терапіи совмѣстное описаніе невозможно безъ ненужныхъ повтореній.

Образованіе ножки.

Связь описанныхъ опухолей яичника съ сосѣдними тканями не всегда одинакова. Наибольше простая связь опухоли яичника съ широкой связкой и маткой обуславливается нормальной имплантацией яичника. На задней поверхности широкой связки приподымается вторичная складка брюшины для воспріятія и прикрѣпленія яичника, оканчивающаяся у *hilus* острымъ краемъ. Если яичникъ, увеличиваясь, превращается въ опухоль, то складка растягивается, и чѣмъ больше опухоль, тѣмъ шире и длиннѣе она прикрѣпляется къ *lig. lat.*; одновременно съ этимъ увеличивается также участіе *lig. ovarii suspens.* и *ovarii propr.* въ ножкѣ. Труба съ ея мезосальпингсомъ также расправляется съ опухолью, прикрѣпленной къ широкой связкѣ ножкой. При небольшихъ опухоляхъ труба лежитъ выше опухоли; если же послѣдняя, вслѣдствіе своей величины перегибается впередъ чрезъ верхній край *lig. lat.*, то труба съ мезосальпингсомъ проходитъ съ середины то къ боку, то вверхъ. Если опухоль развивается больше въ наружной части яичника, то удлиненное *lig. ovar. propr.* переходитъ въ опухоль; если же она развивается больше впереди, ближе къ маткѣ, то эта часть очень укорачивается. Круглая маточная связка обнаруживается въ ножкѣ лишь въ томъ случаѣ, если опухоль на широкомъ основаніи приближается къ углу трубы, или въ нѣкоторыхъ случаяхъ внутрисвязочнаго развитія опухоли. Важную часть ножки составляетъ *lig. suspens. ovarii*. Въ большинствѣ случаевъ эта часть напряжена и коротка; часто же она сильно растягивается, такъ что при очень подвижныхъ опухоляхъ *lig. lat.*, *lig. ovarii propr.* и труба съ *lig. suspens. ovarii* принимаютъ равнодѣльное участіе въ образованіи ножки.

Наибольше удобными для оператора ножками являются длинныя; такъ, *lig. latum* можетъ отъ опухоли до мѣста своего прикрѣпленія имѣть въ длину 15—20 сант.; длина можетъ уменьшиться до полного отсутствія ножки, и въ послѣднемъ случаѣ опухоль сидитъ на широкомъ основаніи на широкой связкѣ. Далѣе, ножка можетъ быть узкой, 1—2 сант., но можетъ, что чаще наблюдается, составлять 10—12 сант. Въ послѣднемъ случаѣ легко замѣтны особенно при падающемъ свѣтѣ сосуды ножки. На срединномъ краѣ находится сильно развитая вѣтвь маточной артерій, рядомъ съ ней вена, на боковомъ краѣ *art. и vena spermaticae*, а между ними въ большихъ опухоляхъ безпорядочно проходятъ въ *lig. lat.* толщиной въ карандашъ вены. Рѣдко образуется, благодаря щели, двойная ножка, срединная часть которой содержитъ *lig. ovar.* съ трубой, а боковая часть *vasa spermatic.*; въ этихъ случаяхъ опасность перекручиванія ножки велика и, какъ *Werth* показалъ, впячиваніе въ эту щель кишечной петли можетъ вызвать закрытіе кишечника.

Не всегда ножка развивается описаннымъ образомъ; опухоль можетъ отъ *hilus* вростать въ широкую связку—субсерозное, или лучше, внутрисвязочное развитіе опухоли; надъ опухолью обнаруживается въ этихъ случаяхъ тонкій богатый сосудами подвижный слой брюшины. Бываетъ ли вростаніе основанія яичника въ широкую связку врожденнымъ (*W. A. Freund*), сомнительно и недоказано. Для этого надо тщательнѣе изслѣдовать яичники новорожденныхъ дѣтей въ ран-

немъ дѣтствѣ. Почему железы, развивающіяся въ большинствѣ случаевъ въ корковомъ слое яичника, иногда растутъ по направленію къ поверх-

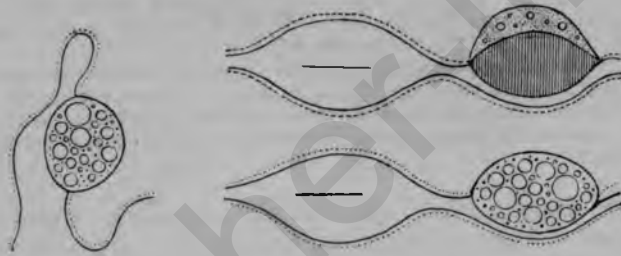


Сагиттальный разрѣзь.

Горизонтальный разрѣзь.

Рис. 204. Схематическое изображеніе прикрѣпленія яичника. Брюшина въ слѣдующихъ рис. обозначена пунктиромъ.

ности, расправляя послѣднюю, иногда въ hilus, а оттуда въ связку,— этотъ вопросъ еще до сихъ поръ не выясненъ. Благодаря вростанію яичниковой ткани въ широкую связку (рис. 205), послѣдняя расправляется. Если опухоль растетъ вверхъ, то преждевременно расправляется мезосальпингсъ, и труба непосредственно сидитъ на опухоли; если же послѣдняя растетъ внизъ, то она достигаетъ дна таза и leva-



Сагиттальный разрѣзь.

Горизонтальный разрѣзь.

Рис. 205. Схематическое изображеніе внутрисвязочнаго развитія яичника.

tor ani и отдѣсняетъ послѣдній вмѣстѣ съ тазовой фасціей дальше внизъ; при этомъ происходитъ клинически столь важное смѣщеніе мочеочника книзу и кнаружи, рѣже кнутри, такъ что мочеочникъ проходитъ между мѣшками кистъ. Нерѣдко, вслѣдствіе давленія, мочеочникъ расширяется, и образуется гидронефрозъ.

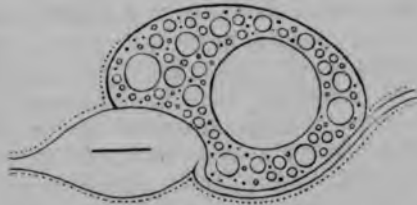


Рис. 206. Схематическое изображеніе внутрисвязочнаго и субсерознаго развитія опухоли яичника.

Увеличиваясь кнутри, опухоль достигаетъ бокового края матки (рис. 205) и можетъ обхватить ее спереди или сзади; увеличиваясь

впередъ, она можетъ оттѣснить вверхъ брюшину между пузырьемъ и передней брюшной стѣнкой, такъ что при разрѣзѣ живота брюшину находятъ на ширину ладони надъ симфизомъ переходящей на опухоль и можно повредить пузырь. Сзади опухоль растетъ въ Дугласовомъ пространствѣ внизъ до дна влагалища и еще ниже между послѣднимъ и прямой кишкой; въ другихъ случаяхъ опухоль оттѣсняетъ брюшину Дугласова пространства позади матки вверхъ, такъ что исчезаетъ Дугласова складка. Часто при этомъ расправляется lig. suspensorium до боковой стѣнки таза, такъ что vasa spermatica непосредственно переходятъ съ m. psoas на опухоль; благодаря этому, опухоль справа соприкасается съ прямой кишкой и processus vermiformis, брыжейка котораго также можетъ расправиться, а слѣва она часто вросаетъ въ брыжейку flexurae sigmoideae, расправляя ее.

Не вся опухоль яичника развивается обыкновенно *внутрисвязочно* (субсерозно); болѣе значительная часть съ самаго начала свободно развивается по направленію къ брюшной полости или въ послѣдствіи переходитъ туда.

Не всѣ формы опухоли развиваются одинаково равномерно внутри связокъ; сравнительно часто развиваются аденокистомы, рѣдко дермоиды, первичныя раковыя опухоли и фибромы. Чрезвычайно часто рѣснично-эпителиальныя кисты и всегда опухоли пароварія.

Срошеніе опухоли въ Дугласовомъ пространствѣ или съ задней пластинкой широкой связки можетъ, вслѣдствіе смѣщенія матки впередъ и вверхъ или въ стороны, вызвать, повидимому, тѣ же измѣненія, какъ и внутрисвязочное развитіе.

Равлѣкъ различаетъ еще *ложно внутрисвязочное развитіе опухоли* и понимаетъ подъ этимъ широкое прикрѣпленіе трубояичниковыхъ опухолей къ задней пластинкѣ широкой связки, что является слѣдствіемъ воспалительныхъ процессовъ, преимущественно при гонорройныхъ и туберкулезныхъ трубояичниковыхъ опухоляхъ.

Другое, также нерѣдко наблюдаемое соединеніе опухолей яичника съ сосѣдними частями составляютъ *срошенія* съ органами брюшной полости и брюшной стѣнки. До тѣхъ поръ, пока опухоль покрыта нормальнымъ зародышевымъ эпителиемъ, а органы брюшной полости и внутренняя оболочка брюшины имѣютъ нормальный эндотелиальный покровъ, срошенія не имѣютъ мѣста; для этого необходимо поврежденіе поверхностнаго эпителия. Вредное дѣйствіе въ этомъ отношеніи оказываютъ воспаленіе и некрозъ стѣнки опухоли, кровоизліянія на поверхности, поврежденія при проколѣ, выступленіе жидкости и т. д. Сомнительно, чтобы продолжительное соприкасаніе кисты яичника съ брыжейкой вызвало срошенія. Послѣднія наблюдаются поэтому чаще всего при кистахъ съ большой стѣнкой, при папилломахъ и дермоидахъ, фолликулярныя же и псевдомуциновыя кисты средней величины рѣдко вызываютъ срошенія. Наиболѣе часты срошенія съ брыжейкой, потомъ съ передней и задней брюшной стѣнкой, съ кишками, маткой, пузырьемъ, рѣже съ печенью и селезенкой. Послѣ перитонита, образовавшагося вслѣдствіе вскрытія кисты или перекручиванія ея ножки, срошенія значительно сильнѣе, но менѣе толсты и легко устраняются. Пространственно наибольшими являются срошенія съ брюшной стѣнкой и сальникомъ; чѣмъ моложе срошенія, тѣмъ они богаче сосудами и легче устранимы. Сосуды срошеній имѣютъ значеніе для питанія опухоли въ томъ случаѣ, если, вслѣдствіе перекручиванія ножки, питаніе недостаточно или совершенно прекратилось.

До тѣхъ поръ, пока опухоли не достигаютъ величины гусиного или

куринаго яйца, онѣ нормально прилегаютъ къ задней пластинкѣ широкой связи. Вначалѣ опухоль, вслѣдствіе своей тяжести, растетъ внизъ по направленію къ Дугласову пространству, оттѣсняя матку нѣсколько въ другую сторону и впередъ. Если опухоль увеличивается настолько, что не можетъ больше помѣститься въ полости малаго таза, то она выступаетъ изъ послѣдней на подобіе беременной матки. Въ этомъ второмъ стадіи опухоль, подобно беременной маткѣ, опускается по направленію къ передней брюшной стѣнкѣ и поддерживается послѣдней. Въ то время, какъ Olshausen только въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ обнаруживалъ матку позади опухоли, W. A. Freund находилъ ее почти въ $\frac{2}{3}$ своихъ случаевъ и считаетъ нормальнымъ вращеніе кисти яичника по напра-

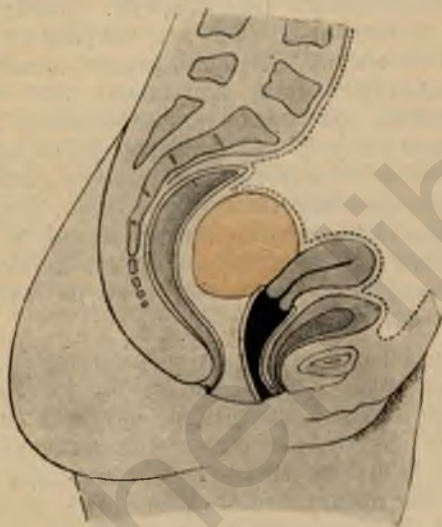


Рис. 207. Субсерозная опухоль яичника.

вленію къ передней брюшной стѣнкѣ, причемъ матка оттѣсняется къзади, по его мнѣнію, это наиболѣе частый механизмъ развитія опухоли, по моему въ 50% всѣхъ случаевъ. При длинной ножкѣ, отсутствіи сращеній и внутрисвязочномъ развитіи опухоли слѣдуетъ положеніе матки ниже опухоли считать обычнымъ, безразлично, находится ли она въ положеніи *anteversio-flexio* или въ *retroversio-flexio*.

Если большая опухоль яичника достигла передней брюшной стѣнки, то она препятствуетъ болѣе сильному растяженію пузыря; при *retroversio* шейка тянетъ срединную часть пузыря къзади. Тонкія кишки при большихъ опухоляхъ оттѣсняются обыкновенно вверхъ и къзади, colon, вслѣдствіе короткой своей брыжейки, остается обыкновенно на своемъ мѣстѣ, сальникъ оттѣсняется вверхъ или лежитъ впереди опухоли; если опухоль достигаетъ подложечной области, то colon вмѣстѣ съ желудкомъ оттѣсняется вверхъ, печень оттѣсняется отъ грудной стѣнки, и тамъ слышенъ при перкуссіи звукъ кишекъ; вслѣдствіе поднятія діафрагмы сердце лежитъ горизонтально, какъ во время беременности; далѣе, нерѣдко происходитъ давленіе на большія тазовыя вены, вслѣдствіе чего появляется застой на нижнихъ конечностяхъ или на внутреннихъ и наружныхъ половыхъ органахъ съ отеками или образованіемъ варикозныхъ узловъ.

Küstner впервые указалъ на то обстоятельство, что ножка опухоли можетъ перейти чрезъ верхній край широкой связки къ брюшной стѣнкѣ, сдѣлавъ физиологическій поворотъ въ 90° , причемъ этотъ поворотъ образуется при лѣвосторонней опухоли правостороннюю спираль, а при правосторонней опухоли—лѣвостороннюю спираль. Въ этомъ поворотѣ участвуютъ трубы, *lig. ovarii proprium* и *suspensorium*.

Это физиологическое перекручиваніе становится патологическимъ, если оно происходитъ повторно въ одномъ направленіи и вслѣдствіе этого перекручиванія сосудовъ кровообращеніе затрудняется или прекращается; 2—3-кратное перекручиваніе нерѣдко, наибольшее видѣнное мною перекручиваніе было 6-кратное; болѣе сильная степень возможна при слабой ножкѣ и податливомъ *lig. suspens. ovarii*; благоприятствуетъ быстрая перемѣна положенія больной или напряженіе брюшного пресса, далѣе, повторное ощупываніе при изслѣдованіи, давленіе на опухоль со стороны другого новообразованія, исходящаго изъ матки или второго яичника, слѣдовательно, при беременности, большихъ міомахъ; далѣе, на перекручиваніе ножки вліяютъ неодинаковый ростъ опухоли, значительныя колебанія давленія въ животѣ; дѣятельность кишечника врядъ ли слѣдуетъ признавать причиной смѣщенія опухоли. Согласно нѣкоторымъ наблюденіямъ, неправильное перекручиваніе ножки, т. е. перекручиваніе лѣвосторонней опухоли влѣво, образующееся вслѣдствіе ранняго сращенія или уменьшенія пространства, рано ведетъ къ патологическимъ послѣдствіямъ перекручиванія ножки.

Острое перекручиваніе приводитъ обыкновенно къ тяжелымъ послѣдствіямъ; сначала образуется застой съ кровоизліяніемъ въ стѣнку мѣшка и внутрь кисты; послѣдняя быстро опухаетъ и становится чувствительной. Если и притокъ артеріальной крови затрудняется, то стѣнка кисты омертвѣваетъ и сростается съ салъникомъ, паріетальной брюшиной и кишками; вслѣдствіе проникновенія кишечныхъ бактерій, содержимое кисты нагнаивается. Тонкостѣнная киста лопається, кровь и содержимое изливается въ полость брюшины, и образуется перитонитъ; въ другихъ случаяхъ перитонитъ вызываетъ образованіе сращеній, локализирующихъ процессъ. Не всегда, однако, явленія столь бурны; благоприятный исходъ, если при медленномъ затрудненіи кровообращенія опухоль, сначала увеличившись, потомъ сморщивается, причемъ стѣнка и содержимое подвергаются обратному развитію. Иногда ножка совершенно отшнуровывается, такъ что опухоль совершенно теряетъ свою связь съ маткой и лежитъ свободно въ брюшной полости. Частота перекручиванія ножки опредѣляется различно; изъ 100 случаевъ овариотоміи я наблюдалъ его въ 20%. Происходить ли перекручиваніе ножки чаще во время беременности и въ послѣродовомъ періодѣ, не доказано.

Далѣе, кровоизліянія въ мѣшокъ, вызывающія воспаленіе и прободеніе, образуются вслѣдствіе травмы, удара и паденія. Обычное содержимое кисты не опасно для брюшины, опасно только содержимое нагноившихся кистъ или нѣкоторыхъ дермоидовъ. Что касается случаевъ нагноенія кистъ безъ опредѣленной причины, то необходимо признать возможность проникновенія микроорганизмовъ изъ кишечника (тифъ) или изъ трубы.

Въ случаѣ доброкачественнаго содержимаго явленія раздраженія

быстро проходить при усиленном диурезѣ; въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, при отсутствіи операціи наступаетъ смерть.

При большихъ кистахъ, особенно псевдомуцинозныхъ кистаденомахъ имѣется нерѣдко небольшой *асцитъ*, перкуторно часто необнаруживаемый и неимѣющій поэтому никакого клиническаго значенія; этотъ асцитъ образуется частью вслѣдствіе застоя, частью — воспаленія. Асцитъ увеличивается, особенно при сосочковыхъ кистахъ, если папилломы прорываютъ наружную стѣнку кисты, и инфицируется брюшина. Это характерно при первичныхъ ракъ, саркомѣ и аденокарциномѣ яичника. Очень часто жидкость, вслѣдствіе примѣси крови, окрашена въ красный цвѣтъ. При нѣкоторыхъ опухоляхъ, особенно сосочковыхъ кистахъ, происходятъ имплантаціи, вызываемыя самопроизвольнымъ или искусственнымъ отдѣленіемъ небольшихъ частицъ. Послѣднія попадаютъ прежде всего, въ силу своей тяжести, въ Дугласово пространство, далѣе, вообще въ полость малаго таза, онѣ могутъ также, вслѣдствіе перистальтики кишекъ быть занесены на всю брюшину до діафрагмы. Отъ этого слѣдуетъ отличать метастазы, при которыхъ клѣтки путемъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ переносятся въ отдаленныя мѣста и тамъ осѣдаютъ. Наличие метастаза еще не доказываетъ злокачественности опухоли. Ученіе объ опухоляхъ яичника показываетъ, что прививочные метастазы наблюдаются въ операціонныхъ разрѣзахъ и отверстіи прокола; такіе метастазы чаще, конечно, наблюдаются при цистоканциномахъ, сосочковыхъ кистахъ, но также при доброкачественныхъ псевдомуциновыхъ кистахъ.

Этіологія. Причина образованія опухолей яичниковъ неизвѣстна; иногда находятъ въ яичникахъ у новорожденныхъ небольшихъ кисты или гематомы; Klob наблюдая врожденные дермоиды; железистая врожденная кистаденома описана одинъ только разъ. Такъ какъ опухоли рано развиваются, то слѣдуетъ признать, что въ зачаткахъ яичника уже имѣется основаніе для развитія опухоли.

Развитіе кистаденомъ вовсе не должно совпадать съ тѣмъ временемъ, когда развиваются железистыя новообразованія въ маткѣ, т. е. на 30—40 году жизни. Доброкачественныя кисты часто наблюдаются уже до 16 лѣтъ. Число дѣвицъ относится къ числу замужнихъ, какъ 2 : 3. Дѣвицы, слѣдовательно, какъ Olshausen показалъ, чаще заболѣваютъ; такъ же, какъ и при міомахъ, не прерываемая беременностью менструація, а также неудовлетворенное половое чувство, благопріятствуютъ, повидимому, развитію опухоли.

Статистикѣ отведено здѣсь широкое поле; нуждаются еще также въ рѣшеніи вопроса о двустороннемъ заболѣваніи, частоту котораго Olshausen опредѣляетъ въ 10% (Wells въ 8.2%), и о вліяніи опухолей на безплодіе. Нерѣдко наблюдаемое появленіе кисты у сестеръ объясняется, какъ и при міомахъ, не столько наследственностью, сколько тѣмъ, что частыя заболѣванія встрѣчаются также у сестеръ.

Симптомы. Картина болѣзни измѣнчива; въ большинствѣ случаевъ киста обнаруживается лишь послѣ того, какъ она достигаетъ большого таза, рѣдко явленія обнаруживаются уже при локализациі опухоли въ полости малаго таза. Если опухоль мала, съ податливой стѣнкой и снабжена ножкой, такъ что она приспосабливается къ колеблющейся степени наполненія органовъ, то она не даетъ никакихъ симптомовъ. Если же

киста фиксирована въ полости малаго таза, то, будучи величиной въ яблоко, она вызываетъ явленія давленія; больныя ощущаютъ давленіе, тяжесть, усиленные позывы на стулъ, причемъ очищеніе кишечника не приноситъ удовольвенія; далѣе, наблюдаются невральгическія боли въ крестцѣ и нижнихъ конечностяхъ. Если опухоль таза сильно отѣсняетъ матку впередъ, то уже въ этомъ стадіи появляются учащенные позывы на мочу. Смѣщеніе матки не вызываетъ никакихъ явленій.

Въ противоположность міомамъ, даже при двустороннихъ и очень большихъ міомахъ менструація протекаетъ правильно, пока остался хоть минимальный кусокъ яичника; усиленіе или ослабленіе менструаціи рѣдко наблюдается; дисменоррея появляется только при небольшихъ фиксированныхъ опухоляхъ. Если же вся ткань яичника разрушена, то наступаетъ аменоррея, но это имѣетъ мѣсто чаще всего при злокачественныхъ опухоляхъ; въ видѣ исключенія я наблюдалъ аменоррею у молодыхъ особъ при кистахъ средней величины; если слизистая оболочка половыхъ органовъ окрашена при этомъ въ синеватый цвѣтъ, а матку трудно отдѣлить отъ опухоли, то можно также состояніе смѣшать съ беременностью.

Безплодіе вызывается при небольшихъ и средней величины опухоляхъ смѣщеніемъ матки, эндометритическими измѣненіями, вслѣдствіе *retroversio uteri*. При очень большихъ опухоляхъ можетъ образоваться перегибъ трубы, отчего затруднится проведеніе сѣмени; рѣдко безплодіе является слѣдствіемъ атрофіи ткани яичника.

При небольшихъ опухоляхъ яичника тяжелыя явленія наступаютъ лишь въ томъ случаѣ, если вслѣдствіе вскрытія кисты, перекручиванія ножки и видренія микроорганизмовъ изъ сосѣднихъ органовъ развивается воспаленіе опухоли или ея поверхности, ведущее къ сращенію съ сосѣдними органами. Тѣлесное напряженіе, особенно во время менструаціи, паденіе, бурное совокупленіе могутъ вызвать это явленіе; поэтому при появленіи у молодыхъ женщинъ перитонита необходимо тщательно изслѣдовать половые органы, а не довольствоваться, какъ это въ настоящее время имѣетъ мѣсто, диагнозомъ аппендицита. Очень рѣдко кровоизліянія въ небольшія опухоли яичника или кровотеченіе изъ разорвавшихся сращеній поверхности опухоли вызываютъ образованіе *haematocele retro-uterina* или изливаются въ брюшную полость.

Въ большинствѣ случаевъ, особенно у женщинъ изъ рабочаго класса, опухоль вызываетъ столь мало явленій, что она услѣдуетъ достигнуть брюшной полости раньше, чѣмъ больная обратитъ на это вниманіе, или врачъ случайно распознаетъ. Только послѣ того, какъ опухоль достигла *scrobiculum cordis*, а печень сильно отѣсняетъ діафрагму вверхъ, наступаютъ непосредственныя явленія давленія на органы грудной и брюшной полостей; явленія тѣ же, какъ въ случаяхъ растяженія матки гидрамніономъ; желудокъ сдавливается, принятіе пищи затруднено, больныя ощущаютъ полноту въ животѣ и въ состояніи принимать только небольшія количества пищи; давленіе на тонкія и толстыя кишки вызываетъ расстройство перистальтики, отсюда ощущеніе полноты и вздутіе; высокое стояніе діафрагмы вызываетъ одышку, сердцебеніе, катарръ и отекъ легкихъ; при недостаточности сердца, начинающейся атрофіи или при порокахъ клапановъ всѣ эти явленія скоро становятся опасными для жизни. Затрудненное питаніе и неправильное пищевареніе приводятъ къ исхуданію больныхъ, но не въ очень сильной степени, кромѣ тѣхъ

случаевъ, въ которыхъ происходитъ злокачественное перерожденіе опухоли, или при долго существовавшихъ очень большихъ опухоляхъ, когда больныя приобретаютъ, по словамъ Sp. Wells'a, *facies ovarica*.

Сильное растяженіе живота выражается утонченіемъ брюшныхъ стѣнокъ, выпячиваніемъ и образованіемъ отвислаго живота, далѣе, появленіемъ *striae* на животѣ, бедрахъ и половыхъ органахъ; *linea alba* пигментируется, какъ во время беременности. Отечное опуханіе нижнихъ конечностей, особенно если оно перешло на наружныя половыя части, можетъ быть очень мучительнымъ; оно является отчасти слѣдствіемъ непосредственнаго давленія опухоли на *vena iliaca communis*, отчасти вызывается расслабленіемъ праваго желудочка; этимъ же объясняются нерѣдко появляющійся асцитъ и застойный нефритъ (альбуминурія). При локализаци опухоли внутри связки, что вызываетъ сдавливаніе мочеточника и образованіе гидронефроза, застой выравнивается гиперсекреціей здоровой почки; только въ случаѣ сдавливанія обоихъ мочеточниковъ появляется полная анурія, которая, несмотря на продолжительное существованіе, можетъ быть устранена оперативнымъ путемъ.

Спеціальную симптоматику отдѣльныхъ цистъ не удается установить. Фолликулярныя кисты вовсе не даютъ симптомовъ или очень незначительныя; пароваріальныя кисты долгое время остаются стаціонарными, вызывая очень мало явленій, такъ какъ воспаленіе и срощеніе почти исключаются; и дермоидныя кисты могутъ остаться въ теченіе многихъ лѣтъ стаціонарными, но чаще онѣ воспаляются; только кистаденомы чаще всего принимаютъ огромныя размѣры и вызываютъ тяжелыя механическія разстройства.

Явленіе остраго перекручиванія ножки суть симптомы перитонита: легкая лихорадка, сравнительно частый пульсъ, рвота, чувствительность и вздутіе живота и опухоли, задержка вѣтровъ; опытный врачъ часто распознаетъ перитонитъ по виду больной. Иногда при соответствующемъ леченіи явленія исчезаютъ, въ другихъ же случаяхъ, при отсутствіи своевременнаго оперативнаго вмѣшательства, развивается тяжелый перитонитъ.

При разрывѣ опухоли явленія вызываются изліяніемъ содержимаго кисты въ брюшную полость; если лопнула небольшая киста и содержимое ея густое, то происходитъ только раздраженіе брюшины. Если же вскрылась большая киста съ жидкимъ содержимымъ, или если послѣ прокола отверстие не закрылось, то мѣняется форма живота, шаровидная опухоль исчезаетъ, животъ становится широкимъ, въ отвислыхъ частяхъ появляется притупленіе, какъ при наличности свободной жидкости; обычное содержимое кисты всасывается брюшиной при явленіяхъ усиленнаго діуреза, но нѣкоторыя явленія перитонита и здѣсь не исключаются; если же содержимое гнойно или состоитъ изъ жира, волосъ и т. д., то за разрывомъ слѣдуютъ болѣе тяжелыя явленія.

Теченіе опухолей яичника всегда хроническое; невозможно точно установить продолжительность отдѣльныхъ опухолей, ибо мы никогда не можемъ опредѣлить, сколько времени опухоль уже существуетъ. Небольшія кисты могутъ во всякомъ случаѣ долго существовать, не вызывая никакихъ явленій; быстро увеличивающіяся железистыя и сосочковыя опухоли уже рано даютъ симптомы, особенно при наличности воспалительныхъ срощеній или асцита. До введенія оперативнаго леченія многія больныя погибали отъ постепеннаго истощенія послѣ повторныхъ проколовъ; быстрое наполненіе большого мѣшка бѣлковой жидкостью ослабляетъ организмъ, при медленномъ же ростѣ железистой кисты это врядъ ли имѣетъ значеніе. При прежнемъ леченіи повторными (до 60)

проколами достаточно было легкаго перитонита, чтобы вызвать смерть. Самопроизвольное излеченіе наблюдалось будто бы въ единичныхъ случаяхъ, но рассчитывать на такой исходъ можно развѣ только при фолликулярныхъ и пароваріальныхъ кистахъ.

Сильное увеличеніе опухоли, оставшейся до того времени стационарной, вызывается, хотя и навсегда, беременностью; сомнительно, чтобы опасность перекручиванія ножки была въ этихъ случаяхъ больше. Все же беременность представляетъ нежелательное осложненіе, вызывая отеки, асцитъ и тяжелыя явленія со стороны сердца и легкихъ. Еще большая опасность угрожаетъ во время родовъ (См. Fehling, оперативное акушерство въ практикѣ и клиникѣ, изд. „Медиц. Соврем.“ 1911 г.).

Въ случаѣ продолжительнаго существованія опухоли угрожаетъ *злокачественное перерожденіе*. Сohn вызвалъ въ свое время сенсацию, доказавъ на матеріалѣ изъ клиники Schrüder'a, что въ 16.4% всѣхъ случаевъ опухоли оказались злокачественными уже во время операции или послѣ этого; матеріалъ изъ клиники въ Галле далъ на 247 случаевъ о варіотоміи 22.3% злокачественныхъ опухолей, каковое число совершенно согласуется съ числомъ, приводимымъ Leopold'омъ (22.4%). Поэтому при опухоляхъ яичника величиной въ гусиное яйцо или дѣтскую головку никогда не слѣдуетъ откладывать операцию.

Непріятнымъ осложненіемъ являются вскрытіе кисты въ сосѣдніе органы, въ кишки, пузырь и наружу черезъ брюшную стѣнку. При нагноеніи однокамерной кисты можно, какъ и при послѣродовымъ нагноеніи, рассчитывать на излеченіе; въ большинствѣ же случаевъ предсказаніе безъ операций неблагоприятно, но и при операции оно не хорошо, ибо не исключается возможность инфекціи брюшины со стороны содержимаго вскрывшейся опухоли, а иногда также со стороны остающагося свища; но и въ такихъ случаяхъ необходимо оперативное вмѣшательство, такъ какъ иначе положеніе больной безвыходное.

Распознаваніе опухолей яичника обнимаетъ всю область распознаванія опухолей живота. Средства для распознаванія тѣ же, что для диагностированія опухолей вообще или беременности.

Я начну съ *диагноза большихъ опухолей*, распознаваніе которыхъ чаще входитъ въ задачи врача, чѣмъ диагностированіе малыхъ.

Наружное изслѣдованіе состоитъ въ осмотрѣ, ощупываніи, перкуссіи, аускультаци и измѣреніи; изслѣдованіе должно производиться на обнаженной, лежащей больной послѣ предварительнаго опорожненія пузыря и прямой кишки.

При большихъ опухоляхъ *осмотръ* обнаруживаетъ вздутіе и наличность striae; форма живота въ болѣе простыхъ случаяхъ овальная, какъ при беременности, а при очень большихъ опухоляхъ неправильная, а именно, на одной сторонѣ выступаютъ черезъ истонченную кожу бугры. При глубокомъ вдыханіи замѣтно нѣкоторое измѣненіе шаровидной формы, вызванное оттѣсненіями внизъ подвижныхъ органовъ живота, особенно кишекъ. *Ощупываніе* должно производиться обѣими руками, сравнивая соответствующія мѣста на обѣихъ сторонахъ. Ощупываніемъ опредѣляютъ, тверда ли опухоль или мягка, имѣется ли зыбленіе, легко или трудно подвижное, простирается ли волна по всей или только по одной части опухоли, или она обнаруживается въ разныхъ частяхъ

опухоли. Далѣе, оцупываніемъ опредѣляютъ чувствительность опухоли, подвижность ея; положивъ руку на животъ и заставивъ больную производить глубокія вдыханія, опредѣляютъ, подвижны ли брюшные покровы надъ опухолью или они срослены, подвижна ли сама опухоль при опущеніи діафрагмы; на передней брюшной стѣнкѣ ощущаютъ иногда шумъ тренія кожи, что, однако, не является доказательнымъ ни для опухоли яичника, ни для сращения ея съ брюшной стѣнкой. Все же нельзя не согласиться съ *Olshausen*омъ, полагающимъ, что этотъ шумъ является, особенно при большихъ псевдомуцинозныхъ опухоляхъ, признакомъ шероховатости или сращения опухоли, или признакомъ проникновенія густого коллоиднаго содержимаго одной полости въ другую.

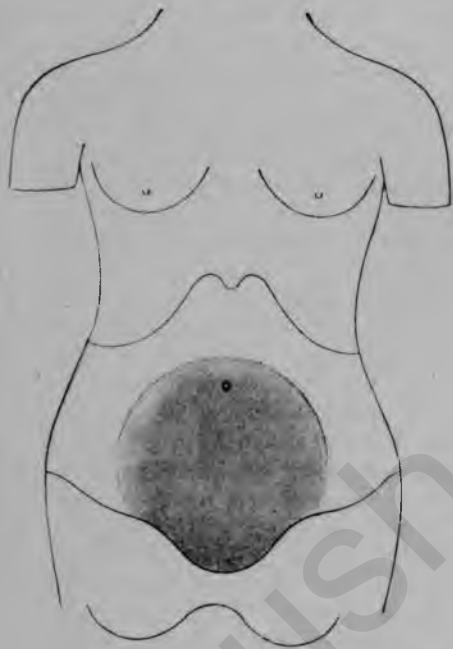


Рис. 208. Форма притупленія при кистѣ яичника.

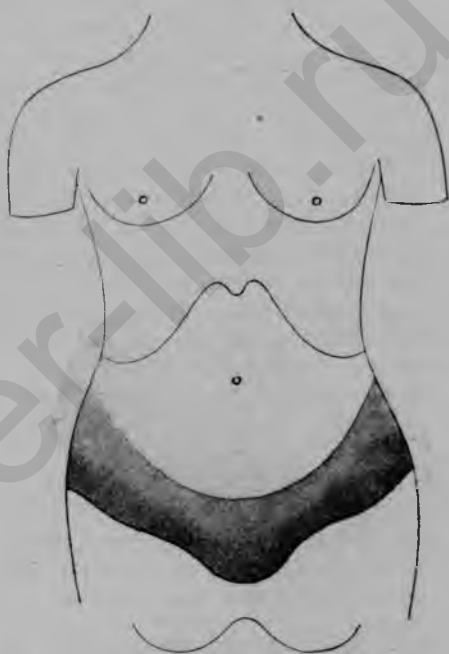


Рис. 209. Форма притупленія при асцитѣ.

При кистахъ яичника ощущивается и перкутируется выпуклый кверху край и рѣзко ограниченныя боковыя края. Если больная не въ состояніи въ достаточной степени расслабить брюшныя покровы, то изслѣдованіе производится при сильно согнутыхъ бедрахъ въ боковомъ положеніи или подъ наркозомъ. Изслѣдованіе подъ наркозомъ должно производить осторожно, ибо при этомъ отсутствуетъ боль въ качествѣ предупреждающаго фактора. Вслѣдствіе неосторожнаго изслѣдованія могутъ появиться разрывъ и перекручиваніе опухоли. Высказываясь за возможно точный предварительный діагнозъ и противъ смѣлаго оперированія, я все же не настаиваю на слишкомъ тонкомъ діагнозѣ и отсрочкѣ операціи, отъ которыхъ больная можетъ пострадать.

Оцупываніе дополняется *перкуссіей*. Насколько ясны результаты

перкуссия при тонких мало напряженных брюшных покровах, настолько обманчивы они при жирных, напряженных покровах. Правило: гдѣ жидкость, тамъ притупленіе, гдѣ кишки, тамъ тимпанитъ, допускаетъ при извѣстныхъ условіяхъ нѣкоторыя ограниченія. Въ обыкновенныхъ случаяхъ опухоль яичниковъ даетъ яйцевидную тупость (рис. 208), выпуклую кверху и въ стороны, при свободной же жидкости притупленіе оканчивается кверху полулуннымъ краемъ (рис. 209). Количество жидкости въ $\frac{1}{2}$ —1 литръ иногда вовсе не распознается, а при большомъ количествѣ и жирныхъ брюшныхъ покровахъ нигдѣ почти не получается кишечнаго тона. Важно помнить, что на одномъ и томъ же мѣстѣ легкая перкуссия даетъ притупленіе, а сильная—кишечный тонъ, такъ какъ сильное сотрясеніе не отбѣсняетъ воду. Никогда не слѣдуетъ пренебрегать сравненіемъ результатовъ перкуссии при положеніи на спинѣ, на правомъ и лѣвомъ боку, а въ сомнительныхъ случаяхъ изслѣдуютъ также въ сидячемъ и въ положеніи на спинѣ съ приподнятымъ тазомъ; притупленіе, вызванное кистой яичника, вовсе или мало измѣняется при этой перемѣнѣ положенія; при положеніи на боку очень подвижная киста смѣстится въ сторону; въ сидячемъ положеніи и въ положеніи на спинѣ съ приподнятымъ тазомъ притупленіе не измѣняется, при наличности же свободной жидкости это имѣетъ мѣсто. Все же я неоднократно при перкуссии принималъ слабую, большую единичную кисту за асцитъ. Цѣлесообразно отмѣтить карандашомъ на кожѣ различныя формы притупленія. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ из-

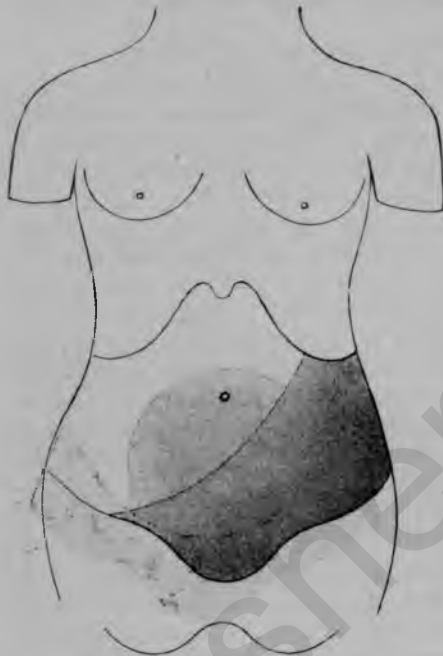


Рис. 210. Форма притупленія при кистѣ яичника и асцитѣ въ лѣвомъ боковомъ положеніи.

слѣдованіе производится повторно чрезъ нѣсколько дней послѣ опорожненія кишечника. При очень большихъ опухоляхъ совершенно исчезаетъ кишечный тонъ, сохраняясь только въ области слѣпой кишки и между опухолью и печенью.

Аускультация при опухоляхъ яичника почти ничего не даетъ; систолическій дуящій сосудистый шумъ чаще выслушивается при миомахъ, такъ что маточный долженъ быть съ осторожностью принимаемъ для діагноза; при сомнительномъ отличительномъ распознаваніи нужно придавать большое значеніе движеніямъ плода и тонамъ его сердца, но при толстостѣнныхъ кистахъ съ густымъ содержимымъ тоны сердца проводятся внизъ живота. Кишечные шумы имѣютъ значеніе въ томъ случаѣ, если они и при повторномъ изслѣдованіи выслушиваются на одномъ

и томъ же мѣстѣ, а это указываетъ на близкую связь между опухолью и кишечникомъ, а именно, на вростаніе ея въ его брыжейку, на сращеніе съ нимъ или на смѣщеніе кишечника.

Опредѣленіе разстоянія между симфизомъ и пупкомъ, пупкомъ и верхней границей опухоли, *spin. il. ant. sup. dextra* и *sin.* и пупкомъ имѣетъ значеніе лишь въ томъ случаѣ, если эти измѣренія производятся систематически черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, что даетъ возможность слѣдить за ростомъ опухоли; при современномъ стремленіи оперировать, какъ только распознана была опухоль яичника, эти измѣренія излишни. Эти измѣренія имѣютъ значеніе для опредѣленія, какая сторона живота болѣе выполнена, въ виду же непостояннаго положенія пупка нельзя опредѣлить, растеть ли опухоль связи вверхъ или наоборотъ.

Послѣ наружнаго изслѣдованія приступаютъ къ *внутреннему*.

Изслѣдованіе пальцемъ должно опредѣлить положеніе матки; если послѣдняя лежитъ спереди, то она легко поддается ощупыванію, если же она лежитъ позади, то это не всегда удается; все же опухоль часто оттѣсняетъ матку по направленію къ внутренней рукѣ. Опредѣляютъ отношеніе *portio*, шейки и тѣла матки другъ къ другу; послѣ этого опредѣляютъ, не оттѣснены ли внизъ опухолью боковой, передней и задней своды; неодинаковое положеніе влагалищныхъ сводовъ даетъ важныя указанія. Иногда опухоль сама оттѣсняетъ внизъ сводъ; иногда необходимо послѣдній поднять вверхъ, чтобы прощупать опухоль изнутри; при высокомъ положеніи опухоли это легче всего удается спереди позади симфиза. Противодействие снаружи показываетъ, есть ли опухоль, ощупываемая снаружи и изнутри, одна и та же, если это двѣ между собою связанныя опухоли, подвижныя ли онѣ вмѣстѣ, или между ними не существуетъ никакой связи, продолжается ли зыбленіе книзу. Послѣ этого опредѣляютъ подвижность самой матки и, наконецъ, подвижность ея по отношенію къ опухоли.

Изслѣдованіе зеркаломъ даетъ указаніе о кровенаполненіи и состояніи слизистой оболочки вульвы, влагалища и *portio*; одновременно съ этимъ дезинфицируютъ влагалище, если требуется изслѣдованіе зондомъ; послѣднее показано въ томъ случаѣ, если не удается опустить матку во всю ея длину, какъ это, напр., бываетъ при высокомъ стояніи матки. Только въ исключительныхъ случаяхъ опытному врачу разрѣшается прибѣгнуть къ зонду, съ цѣлью опредѣлить положеніе матки, но въ этихъ именно тяжелыхъ случаяхъ изслѣдованіе зондомъ не достигаетъ обыкновенно цѣли; или зондъ проходитъ слишкомъ далеко, продыравливая дно матки, или онъ попадаетъ въ трубу или застреваетъ въ внутреннемъ зѣвѣ. При подозрѣніи на беременность зондированіе, конечно, недопустимо. Данными зондированія, если матка до того не прощупывалась, нужно пользоваться съ большою осторожностью.

Во многихъ случаяхъ весьма цѣлесообразно низведеніе матки внизъ по Негар'у съ цѣлью опустить боковые придатки и опредѣлить величину, форму и положеніе матки. Пулевыми щипцами захватываютъ переднюю губу, изслѣдуютъ сначала матку до дна ея и сравниваютъ степень напряженія связокъ на обѣихъ сторонахъ; нерѣдко смѣшиваютъ при этомъ напряженіе связокъ съ таковымъ Дугласовыхъ складокъ. При низведеніи матки внизъ влагалищный сводъ очень уплощается и напрягается, что затрудняетъ ощупываніе, особенно у нерожавшихъ; поэтому производятъ контрольное изслѣдованіе *per rectum*; у нерожавшихъ это

и безъ того необходимо, и палець остается при этомъ во влагалищѣ для опредѣленія положенія portio. Исслѣдованіемъ въ большинствѣ случаевъ устанавливають, что опухоль исходитъ изъ придатковъ, но не всегда возможны такіе результаты, ибо нерѣдко связка противоположной стороны сильнѣе напряжена вслѣдствіе укороченія, вызваннаго воспаленіемъ.

Этотъ методъ исслѣдованія по Нег а г'у не безопасенъ. Слѣдствіемъ его могутъ быть разрывъ кисты, кровотеченіе изъ разорвавшихся срощеній и поражение кишки. Если первое и не является угрожающимъ для жизни, то изліяніе содержимаго дермоида въ брюшную полость испортило мнѣ въ одномъ случаѣ результатъ операціи.

Другой способъ исслѣдованія, непремѣннымъ условіемъ котораго является подвижность опухоли, предложенъ В. Schultze; ассистентъ, находящійся на-супротивъ исслѣдующаго подымаетъ опухоль вверхъ, а именно, 4-мъ приемомъ исслѣдованія беременныхъ; онъ прежде всего отодвигаетъ брюшные покровы внизъ, надвигая плащю положенными пальцами, стараясь поднять вверхъ опухоль вмѣстѣ съ брюшными покровами; въ это время внутренняя рука опредѣляетъ, остается ли матка и сегментъ опухоли въ своемъ прежнемъ положеніи, или они поднимаются вверхъ, можно ли достигнуть со стороны влагалища или прямой кишки ножки опухоли, которая напрягается подвигавшейся вверхъ опухолью. Если матка не подымается вверхъ, а ножка не напрягается, то опухоль не исходитъ изъ придатковъ. Этотъ способъ вмѣстѣ съ таковымъ Нег а г'а даетъ обыкновенно вѣрный результатъ.

При комбинированномъ исслѣдованіи небольшихъ опухолей удается иногда опредѣлить наличность срощеній; срощенія въ полости большого таза между кистой и брюшной стѣнкой опредѣляются иногда по недостаточной подвижности; срощенія же кисты съ салъникомъ и кишками почти никогда не поддаются распознаванію. Установленіе этихъ срощеній до операціи не имѣетъ въ настоящее время того значенія, какое оно имѣло раньше.

Для прогноза операціи важно діагносцированіе *внутрисвязочной* локализациі опухоли; такая опухоль оттѣсняетъ широкую связку и влагалищный сводъ внизъ, сбоку опухоль доходитъ до края матки, снаружи до полости таза, а *vasa spermatica* проходятъ мимо нея. Иначе, если опухоль сидитъ субсерозно въ переднемъ или заднемъ влагалищномъ сводѣ; труднѣе бываетъ распознаваніе, если опухоль, отчасти только сидящая внутри связки, подвигается высоко въ брюшную полость; *внутрисвязочная* часть можетъ обнаруживать при этомъ частичную подвижность; въ такихъ случаяхъ на *внутрисвязочную* локализацию указываютъ часто своеобразное положеніе матки, отклоненіе ея въ стороны съ уменьшеніемъ подвижности и смѣщеніе пузыря.

При *беременности* распознаваніе опухоли затрудняется, но вторичное исслѣдованіе, производимое черезъ 3—4 недѣли, дѣлаетъ діагнозъ болѣе яснымъ, ибо въ теченіе этого времени опухоль не могла увеличиться въ такой же степени, какъ и матка. Мягкая консистенція беременной матки можетъ въ первые мѣсяцы симулировать вторую кисту. Наибольшія трудности я встрѣчалъ при гидрамніонѣ и плотно сидящей на широкомъ основаніи слабой кистѣ.

Осложненіе міомами затрудняетъ распознаваніе, особенно если дѣло идетъ о субсерозныхъ или размягченныхъ міомахъ, снабженныхъ ножкой. Первые ясно обнаруживаютъ идущую къ маткѣ ножку, прощупываемую

и безъ оттягиванія внизъ; субсерозный же характеръ опухоли доказы-
вается тѣмъ, что прощупывается яичникъ. Зыбленіе нѣсколько размяг-
ченной міомы, особенно если она находится внутри связокъ между пу-
зыремъ и маткой, можетъ симулировать кисту и окончательное рѣшеніе
вопроса возможно только послѣ вскрытія брюшной полости.

Асцитъ затрудняетъ распознаваніе опухоли яичника въ томъ лишь
случаѣ, если большое количество его закрываетъ опухоль; распознаваніе
въ этихъ случаяхъ облегчается предварительно произведеннымъ проко-
ломъ, особенно если дѣло идетъ о мѣстныхъ сосочковыхъ кистахъ или
раковой опухоли; но асцитъ всегда указываетъ на злокачественный ха-
рактеръ новообразованія, особенно если оно двусторонне и плотно.

При отличительномъ распознаваніи большихъ опухолей яичника слѣ-
дуетъ еще имѣть въ виду:

1. *Міомы*. Міомы, равномѣрно увеличивающія матку и дѣлающія
ее похожей на беременную, больше всего похожи на кисту, но онѣ
плотнѣе. Въ кистовидно размягченныхъ міомахъ зыбленіе можетъ быть
столь яснымъ, что приходится произвести проколы даже при открытой
брюшной полости. Рѣдко удающееся обнаруженіе обоихъ яичниковъ ря-
домъ съ большой опухолью предохраняетъ отъ ошибки.

2. *Беременность* можетъ остаться незамѣченной, если дѣло идетъ
о быстро увеличивающемся гидрамніонѣ въ первые мѣсяцы, части
плода не прощупываются. Даже опытные врачи въ этомъ случаѣ оши-
бались, причѣмъ ошибка обнаруживалась послѣ произведеннаго прокола.
Смѣшеніе съ вѣматочной беременностью менѣе возможно.

3. Прежде кисты яичника смѣшивались съ *осумкованными выпотами*
при асцитѣ. Первый оперированный мною случай былъ неправильно
распознанъ; ошибка тѣмъ легче бываетъ, если осумкованный асцитъ ср-
ощенъ сбоку съ маткой. Тщательное изслѣдованіе придатковъ, анамнезъ и
общее состояніе организма предохраняютъ отъ ошибки, поводъ къ кото-
рой даетъ нахожденіе флюктурирующей опухоли, названной Копіг'омъ
кажушейся.

4. *Наполненный мочевой пузырь* врядъ ли можетъ быть принятъ за
опухоль; во избѣжаніе, однако, ошибки, необходимо въ каждомъ случаѣ
опухоли яичника тщательно изслѣдовать катетеромъ состояніе пузыря.

5. *Obesitas abdominis*, столь значительная, что кишечный тонъ со-
вершенно исчезаетъ, замѣняясь тупымъ, неоднократно давалъ поводъ къ
ошибкамъ; такъ-же вліяютъ воображаемыя опухоли у истеричекъ при силь-
номъ напряженіи брюшныхъ покрововъ; и та и другая ошибки устраня-
ются при изслѣдованіи подъ наркозомъ.

Что касается другихъ опухолей, то о нихъ нужно только упомя-
нуть; это кисты *utriculus* (здѣсь имѣетъ значеніе положеніе), фиброма и
саркома брюшныхъ покрововъ (легко діагностировать въ сидячемъ поло-
женіи), опухоли-сальника (я оперировалъ кисту сальника съ 18 литрами
жидкости, она извлечена была, какъ киста яичника, но отсутствовала
связь съ маткой), кисты поджелудочной железы, опухоли почекъ, особенно
гидронефроза (отъ ошибки защищаетъ низведеніе матки внизъ по спо-
собу Негар'а и наполненіе кишекъ воздухомъ); далѣе, опухоль печени
(эхинококкъ), желчнаго пузыря и селезенки. Послѣдній органъ настолько
увеличивается при лейкеміи, что можетъ достигнуть входа въ тазъ.

Только въ исключительныхъ случаяхъ прибѣгаютъ въ настоящее

время къ *проколу съ діагностической цѣлю*; прежде (v. Winkel) его считали необходимымъ. Въ то время, какъ раньше переоцѣнивали значеніе химическаго изслѣдованія, въ настоящее время впади въ другую крайность, между тѣмъ какъ изслѣдованія Pfannenstiela доказали важность обнаруженія псеидомуцина. Въ одномъ тяжеломъ случаѣ беременности и опухоли яичника правильное распознаваніе было возможно только на основаніи химическаго изслѣдованія.

Проколъ нужно производить при строгомъ соблюденіи антисептики; инструменты вывариваются, а кожа смазывается настойкой іода. Проколъ производятъ шприцемъ Katsch'a съ краномъ для недопущенія воздуха или очень тонкой иглой аппарата Dieulafoy; при жидкомъ содержимомъ и желаніи выпустить побольше жидкости, пользуются простымъ троакаромъ. Проколъ я произвожу лучше всего по бѣлой линіи; я отступаю отъ этого правила въ томъ случаѣ, если другое мѣсто обнаруживается большее зыбленіе и ближе находится къ кожѣ; правильнѣе во всякомъ случаѣ производить проколъ въ срединной линіи, а не въ срединѣ линіи, соединяющей пупокъ съ *sp. il. ant. sup.*, какъ это предлагаетъ Pozzi. Я не могу также согласиться съ Pozzi, будто полное опорожненіе большой кисты менѣе опасно, тѣмъ небольшой; если нѣтъ показанія къ полному опорожненію съ цѣлью облегчить страданія, то удаляютъ столько именно, сколько нужно для изслѣдованія.

При отличительномъ распознаваніи слѣдуетъ прежде всего имѣть въ виду аспитъ; при послѣднемъ жидкость не слизиста, свѣтла и быстро осѣдаютъ хлопья. Содержаніе бѣлка значительно слабѣе, удѣльный вѣсъ ниже 1015, а изъ форменныхъ элементовъ имѣются лейкоциты; цилиндрическія клѣтки указываютъ на злокачественное перерожденіе брюшины.

Микроскопическое изслѣдованіе асцита имѣетъ значеніе въ томъ смыслѣ, что кристаллы холестерина, характерный цилиндрическій эпителий, рѣсниччатый эпителий и коллоидные шарики говорятъ за кисту яичника. При подозрѣніи на дермовидную кисту проколъ противопоказанъ, ибо соприкосновеніе жидкости съ брюшиной можетъ быть вредно для послѣдней; рѣшающимъ является обнаруженіе мостовиднаго эпителия, волосъ и жира.

Рѣже приходится имѣть въ виду жидкость изъ цистофибромы, размягченныхъ міомъ, гидронефроза и эхинококка. Настоящія цистофибромы рѣдко наблюдаются; я одинъ разъ только опорожнилъ жидкость, которая, какъ Atlee впервые описалъ, моментально свернулась; она была тягучая и желтоватаго цвѣта; проколъ размягченныхъ міомъ даетъ мало жидкости съ характерными составными частями или вовсе не даетъ таковой. Содержимое гидронефроза можно узнать, обнаруживъ содержаніе мочевины; оно желтовато-свѣтлое, содержитъ немного эпителия почечной лоханки и обнаруживаетъ кислую или нейтральную реакцію. При болѣе продолжительномъ существованіи гидронефроза и примѣси гноя результатъ химическаго и микроскопическаго изслѣдованія можетъ быть сомнительнымъ.

Жидкость изъ эхинококковаго мѣшка вовсе не содержитъ или очень мало бѣлка, но много поваренной соли; подъ микроскопомъ обнаруживаютъ крючки.

Такимъ образомъ, результатъ химическаго изслѣдованія доказателенъ только при наличности псеидомуцина, а микроскопическое изслѣдованіе не даетъ пока никакихъ опредѣленныхъ результатовъ.

Проколъ производится поэтому только при непосредственно угрожающей жизни опасности у лицъ, у которыхъ операція невозможна изъ-за слабости, ибо опасность поврежденія кишекъ или пузыря, а также опасность внутрибрюшинныхъ и внутрикисовидныхъ кровотеченій превосходить могущіе получиться отъ операціи результаты. Осторожность необхо-

дима еще въ виду указанной выше возможности прививочнаго метастаза отверстія прокола. При трудномъ распознаваніи слѣдуетъ поставить себѣ за правило не настаивать на какомъ-нибудь одномъ мнѣніи, а повторно изслѣдовать и результатъ изслѣдованія, произведеннаго безъ наркоза, сравнить съ таковымъ подъ наркозомъ и все это занести на схематическій рисунокъ. Проколу слѣдуетъ предпочесть *инцизию*; цѣлесообразно не ограничиться небольшимъ разрѣзомъ, какъ Tait предлагаетъ, чтобы могли войти 2—3 пальца; онъ долженъ имѣть не менѣе 6 сант. въ длину, дабы можно было видѣть глазомъ. При этомъ должно, конечно, все быть приготовлено для лапаротоміи. Если данный случай неблагопріятенъ, или діагнозъ невѣренъ, то зашиваютъ брюшную полость, ибо наполовину произведенная операція очень опасна. Интересно отмѣтить, что даже асептически произведенная инцизія при злокачественной опухоли, особенно при аспитѣ, не безопасна.

Распознаваніе небольшихъ опухолей яичника во многихъ отношеніяхъ легче, ибо опухоль удается при комбинированномъ изслѣдованіи прощупать безъ наркоза, и легче, чѣмъ при большихъ опухоляхъ, удается прощупать другой яичникъ съ трубой, также опредѣлить положеніе матки.

Небольшія, невыходящія изъ полости малаго таза опухоли яичника лежатъ сбоку и позади матки; это относится ко всѣмъ опухолямъ яичника, въ томъ числѣ и къ дермоидамъ. Я не могу подтвердить указанія Ahlfeld'a и Küster'a, будто дермоиды очень часто лежатъ *впереди* матки; для этихъ опухолей скорѣе характерно тѣстовидная консистенція, вызываемая волосами, окруженными жидкими жирами. При пустыхъ пузырьѣ и прямой кишкѣ бываетъ обыкновенно нетрудно при комбинированномъ изслѣдованіи доказать связь лежащей позади матки кистовидной опухоли съ широкой связкой и переходъ трубы на нее. При упругомъ влагалищѣ низведеніе матки внизъ и ощупываніе связокъ со стороны прямой кишки облегчаютъ распознаваніе. Низведеніе матки внизъ ассистентами замѣняется при небольшихъ опухоляхъ изслѣдованіемъ на спитѣ съ приподнятымъ тазомъ.

При небольшихъ кистахъ срощенія прощупываются легче, чѣмъ при большихъ, особенно если на это указываетъ анамнезъ. Такія срощенія находятся, естественнo, больше на нижней, боковой и задней сторонахъ яичника между нимъ и Дугласовымъ пространствомъ и широкой связкой.

Смѣшеніе возможно съ субсерозными, снабженными длинной ножкой міомами, исходящими изъ тѣла матки, тѣмъ болѣе, что при ущемленіи ихъ въ Дугласовомъ пространствѣ легко появляется размягченіе. Въ общемъ міомы плотнѣе, чѣмъ опухоли яичника, а обнаруженіе дальнѣйшихъ міоматозныхъ узловъ въ маткѣ говоритъ за міому. Въ то время, какъ опухоль яичника вслѣдствіе своей длинной ножки легко подвижна и, будучи отпущена, она проявляетъ наклонность вернуться на прежнее мѣсто, міомы, вслѣдствіе своей короткой ножки, ближе прикрѣплены къ маткѣ и менѣе подвижны.

Тѣло беременной матки въ положеніи retroflexio можетъ быть также принято за кисту яичника, особенно если portio велика и плотна, а надвлагалищная часть шейки очень размягчена; смѣшеніе тѣмъ болѣе возможно, что, вслѣдствіе выдающагося промонторія, тѣло матки лежитъ сбоку. При тщательномъ изслѣдованіи, однако, кажется страннымъ, что

часть шейки, лежащая спереди надъ влагалищнымъ сводомъ въ сравненіи съ *portio* слишкомъ мала для тѣла матки; въ благопріятныхъ случаяхъ прощупываются оба яичника; кромѣ того, и анамнезъ указываетъ уже на возможность беременности. Выпрямленіе беременной матки устраняетъ всякія сомнѣнія.

Труднѣе можетъ быть отличіе небольшой опухоли яичника отъ *трубной беременности*, особенно при мертвомъ плодѣ и кровоизліяніи въ мѣшокъ; кромѣ того, опухоль трубы имѣетъ болѣе яйцевидную форму, а опухоль яичника—цилиндрическую. Если выше опухоли удается ясно прослѣдить отхожденіе отъ матки неутолщенной трубы, то это говорить за опухоль яичника, при опухоли же трубы утолщеніе удается прослѣдить до самой матки. При подозрѣніи на трубную беременность нужно быть очень осторожнымъ при изслѣдованіи и не стараться прощупать яичникъ. При подозрѣніи на трубную беременность я произвожу изслѣдованіе подъ наркозомъ; если подозрѣніе оправдывается, я приступаю немедленно къ операци.

Труднѣе смѣшать опухоль яичника съ *haematocеле retrouterina*. Первая рѣзко ограничена, а при *haematocеле* опухоль переходитъ на сосѣднія ткани. Острое начало, отхожденіе крови, разстройства со стороны пузыря и боли отсутствуютъ при опухоли яичника; съ другой стороны, опухоль, ущемленная въ Дугласовомъ пространствѣ приподымаетъ опухоль, какъ *haematocеле*, такъ что при сопутствующей маточной беременности распознаваніе можетъ быть труднымъ.

То же можно сказать о трубно-яичниковой опухоли. По формѣ воспалительная опухоль можетъ при сопутствующемъ эксудатѣ быть похожей на опухоль яичника, но анамнезъ и обнаруженіе гонорреи указываютъ на дѣйствительный характеръ болѣзни. Целвеоперитонитическій эксудатъ рѣдко обнаруживаетъ внизу столь ясную выпуклую линію, какъ опухоль яичника. Я считаю не всегда правильнымъ это указаніе *Veit'a*, также и другое, будто параметритъ ограничивается кверху выпуклой линіей; послѣднее относится только къ тѣмъ абсцессамъ, которые расправили верхнюю часть широкой связки. Я думаю поэтому, что смѣшеніе съ параметритомъ врядъ ли будетъ возможно, если имѣть въ виду возможность происхожденія послѣдняго; нижняя граница параметритическаго эксудата, переходящаго на неодинаковой высотѣ въ соединительную ткань, предохраняетъ отъ смѣшенія съ ясно выпуклой опухолью яичника. Что касается отличія злокачественной отъ доброкачественной опухоли, то я объ этомъ уже говорилъ при описаніи рака и саркомы; указаніе *Vender'a*, будто при вегетативномъ, особенно же сосочковомъ кистахъ, число лейкоцитовъ увеличено, а эритроцитовъ—уменьшено, нуждается еще въ провѣркѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при отсутствіи воспалительныхъ процессовъ за злокачественный характеръ опухоли говорить увеличеніе содержанія трипсина въ крови.

Распознаваніе одно- или двусторонней опухоли имѣетъ скорѣе прогностическое, чѣмъ терапевтическое значеніе. Въ общемъ, при помощи всѣхъ указанныхъ выше средствъ легче опредѣлить двусторонность небольшихъ опухолей. Въ рѣдкихъ случаяхъ и при большихъ опухляхъ равной величины, если большая опухоль находится въ брюшной полости, а меньшая въ полости таза, возможно распознаваніе на основаніи различной консистенціи.

Предсказаніе. Прогнозь при опухольяхъ яичника нужно ставить осторожно; если даже величина опухоли не требуетъ немедленнаго оперативнаго вмѣшательства, все же надъ больной виситъ дамокловъ мечъ въ виду возможности вскрытія опухоли, кровоизліянія, перекручиванія ножки и т. д.; у молодыхъ женщинъ возможно осложненіе беременностью, родами и послѣродовымъ періодомъ; въ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ всѣхъ случаевъ возможенъ переходъ въ злокачественную опухоль; что характеръ опухоли ножки и т. д. вліяетъ на прогнозъ, я уже выше говорилъ. Въ настоящее время, при высокомъ развитіи оперативной техники прогнозъ лучше, чѣмъ онъ былъ 20—30 лѣтъ тому назадъ, если только подходящій для операціи моментъ не пропущенъ. Индивидуальныя условія играютъ здѣсь большую роль: женщины изъ рабочаго класса находятся въ большей опасности въ виду возможности осложненія, чѣмъ больныя, имѣющія возможность беречь себя; поэтому слѣдуетъ у первыхъ раньше прибѣгать къ операціи. Въ виду этого нужно поставить себѣ за правило, всякую опухоль яичника, оказавшуюся новообразованиемъ, а не ретенціонной кистой, немедленно удалить; опасность отъ операціи не больше таковой при выжиданіи.

Леченіе. До тѣхъ поръ, пока мы не будемъ знать, подъ вліяніемъ какихъ причинъ зародышевыя клѣтки переходятъ въ опухоль яичника, профилактическія мѣры будутъ бесполезны. При наличности небольшой кисты яичника возможно предупрежденіе неприятныхъ послѣдствій. Воспрепятствуютъ поднятіе и ношеніе тяжести, также нажиманіе; во время менструаціи желателно избѣгать тѣлеснаго напряженія. Къ профилактическимъ мѣрамъ относится также предупрежденіе беременности, такъ какъ послѣдняя способствуетъ болѣе быстрому росту опухоли.

На уменьшеніе опухоли издавна предложенныя соляныя и грязевыя ванны оказываютъ столь же малое дѣйствіе, какъ и примѣненіе іода, ихтіола и т. д. *per vaginam* и *per rectum*. Эти средства вліяютъ только на сопутствующія опухоли періоофоритическія и пельвеоперитонитическія явленія. Въ этомъ отношеніи соляныя ванны могутъ принести временное облегченіе при явленіяхъ, вызванныхъ небольшими воспалительными опухолями.

Въ первой половинѣ послѣдняго столѣтія, когда оперативное удаленіе опухолей давало только 25—50% излеченія, примѣнялось опороженіе кисты посредствомъ прокола съ послѣдующими впрыскиваніями іодной настойки, раствора *Lugol*'я и т. д. По мѣрѣ улучшенія результатовъ оваріотоміи проколь справедливо былъ почти совершенно оставленъ, ибо приносимая имъ польза не въ примѣръ меньше сопряженной съ нимъ опасности. Опасность инфекции, которой раньше боялись при производствѣ прокола, можетъ быть устранена дезинфекціей кожи и вывариваніемъ инструментовъ; неустраняемая же опасность состоитъ въ проникновеніи содержимаго кисты въ брюшную полость, что весьма опасно при гноѣ или содержимомъ дермоидныхъ кистъ. Бываетъ также, что отверстіе прокола въ брюшной стѣнѣ закрывается, и вся жидкость попадаетъ въ брюшную полость. Наконецъ, пораненіе большого сосуда, напр., вены можетъ вызвать кровоизліяніе въ мѣшокъ или въ брюшную полость.

Thorn-ton давно уже считалъ проколь преступленіемъ. Это выраженіе слишкомъ рѣзко, но я считаю правильнымъ отказаться отъ прокола, допуская только примѣненіе его въ слѣдующихъ случаяхъ:

1. При отека́ легких и паралича́ сердца, какъ *indicatio vitalis*, также въ исключительныхъ случаяхъ во время родовъ, но въ качествѣ подготовительной мѣры для операціи черезъ нѣсколько дней.

2. Въ очень пожиломъ возрастѣ и при тяжелой кахексїи, напр. диабетѣ, при которомъ оваріотомїя противопоказана.

Проколъ производятъ черезъ брюшные покровы или *per vaginam*; первый способъ примѣняютъ при большихъ опухоляхъ, *per vaginam*—при небольшихъ однокамерныхъ опухоляхъ, тѣсно прилегающихъ къ Дугласову пространству или боковому влагалищному своду. Для пробнаго прокола берутъ не очень тонкую иглу аппарата Dieulafoy, такъ какъ при густой жидкости аспирація лучше дѣйствуетъ; для полного же удаленія жидкости требуется троакаръ съ краномъ или трубкой.

Послѣ прокола назначаютъ на пару дней постельный покой; при появленіи признаковъ начинающагося перитонита или внутренняго кровоизліянія необходимо немедленно приступить къ лапаротомїи.

О пробномъ разрывѣ я уже выше говорилъ; онъ требуетъ такого же пригото́вленія, какъ и оваріотомїя.

Господствующимъ способомъ является *оваріотомїя*. Американецъ Mc Dowell, впервые произведшій въ 1809 году лапаротомїю, встрѣтилъ мало приверженцевъ среди европейскихъ хирурговъ; операція введена была только Sprengel-Wells'омъ, имя котораго и до введенія антисептики связано съ блестящими результатами этой операціи. Дальнѣйшимъ своимъ развитіемъ операція обязана введенію антисептики, послѣ которой Hegar, Schröder и друг. низвели смертность отъ оваріотомїи съ 25% до 5%. Новѣйшимъ шагомъ впередъ въ исторїи оперативнаго леченія слѣдуетъ считать влагалищную оваріотомїю, введенную Dührsen'омъ по примѣру американскихъ гинекологовъ, какъ Atlee.

Показанія и противопоказанія.

Слѣдуетъ ли въ каждомъ случаѣ опухоли яичника оперировать? По отношенію къ кистаденомамъ, дермодамъ, раку, эндотелиомамъ и болѣе рѣдкимъ формамъ новообразованій на этотъ вопросъ необходимо отвѣтить утвердительно; при этомъ показаніемъ къ раннему вмѣшательству служатъ не только мѣстныя явленія, но и склонность къ злокачественному перерожденію. Если бы было возможно діагносцировать простую кисту фолликула или желтаго тѣла, то слѣдовало бы выждать, пока опухоль не достигнетъ величины мандарина; всякая же другая опухоль должна быть немедленно по діагносцированїи оперирована. Рѣшающимъ является социальное положеніе больной; у женщины изъ рабочаго класса нужно оперировать раньше, чѣмъ у больныхъ, которыя въ состоянїи беречь себя; не лишено значенія и семейное положеніе больной; если это мать, имѣющая маленькихъ дѣтей, или вдова съ дѣтьми, то необходимо помнить о смертельныхъ случаяхъ, бывающихъ и у лучшихъ хирурговъ. Показанїями къ *немедленному* вмѣшательству являются интенсивныя мѣстныя явленія, симптомы перитонита, угрожающій или послѣдовавшій уже разрывъ, перекручиваніе ножки, нагноеніе. Беременность также является показаніемъ къ немедленному оперативному вмѣшательству. Напрасно Pfannenstiel въ послѣднемъ изданїи книги Veit'a причисляетъ меня къ противникамъ операціи. Результаты здѣсь еще лучшіе, чѣмъ въ другихъ случаяхъ, ибо здѣсь мы имѣемъ обыкновенно дѣло съ маленькими снабженными ножкой опухолями. Я только указывалъ, что въ случаяхъ, въ которыхъ важно рожденіе живого ребенка, напр., у

первородящихъ съ двусторонними заболѣваніями яичниковъ, трудно примириться съ тѣмъ, что приблизительно въ 20% всѣхъ случаевъ операціи беременность прерывается.

Мы не имѣемъ также статистики частоты грыжъ живота послѣ операціи во время беременности.

Временно операція *противопоказана* при значительной слабости сердца и аритміи, при остромъ бронхитѣ и значительной альбуминури; она совершенно противопоказана при старческой слабости и тяжелыхъ общихъ болѣзняхъ, какъ диабетъ и скоротечная чахотка.

Приготовленія къ операціи тѣ же, что и ко всякой лапаротоміи. Легкое слабительное за 2 дня до операціи необходимо, особенно въ виду склонности всѣхъ почти женщинъ къ запорамъ; наканунѣ больныя избѣгаютъ пищи, вызывающей вздутіе живота, а также углекислыхъ водъ; вечеромъ имъ назначаютъ ванну и сбываютъ волосы на половыхъ частяхъ. Чѣмъ меньше ассистентовъ и артелей, тѣмъ лучше; нуженъ одинъ ассистентъ для наркоза, одинъ для помощи, сестра для подачи инструментовъ. Инструментарій, бывшій раньше очень сложный, въ настоящее время, по примѣру Schrüder'a, очень упрощенъ. Употребляютъ 1 ножъ, 1 прямая и 1 кривая ножницы, 2 крючка, 1 анатомическій пинцетъ, различные зажимы для артерій, 2 Nélaton'овскихъ щипцовъ для захватыванія стѣнки кисты, нѣсколько небольшихъ зажимовъ для захватыванія широкихъ срощеній и ножки, 1 простой троакаръ, тупыя иглы по Déchamps'у, иглодержатель съ острыми и круглыми иглами, тампонодержатель, 1 катетеръ, точно опредѣленное количество большихъ и малыхъ компрессовъ; первые должны быть снабжены шурами. За часъ до операціи даютъ подкожно 0.01 морфия и 0.00015 атропина.

Дезинфекція кожи живота настойкой іода была всегда достаточной и не вызывала никакихъ расстройствъ. Все операціонное поле до срединной линіи покрываютъ стерилизованными салфетками, скрѣпляемыми зажимами.

Для наркоза я примѣняю почти исключительно эфиръ помощью аппарата Гаупа; этимъ аппаратомъ удается ввести небольшія количества хлороформа, какъ только появляются во время операціи напряженіе живота и позывы на рвоту. Нѣкоторые хирурги примѣняютъ въ настоящее время почти исключительно спинномозговую анестезію.

1. Брюшная овариотомія.

Ходъ простой операціи.

Дѣлаютъ разрѣзъ кожи живота по срединной линіи длиною въ 10—15 сант.; мы въ настоящее время уже не боимся большихъ разрѣзовъ, какъ это было раньше, когда Sp. Wells утверждалъ, будто смертность послѣ операціи зависитъ отъ длины разрѣза. Разрѣзъ доходитъ до 2—3 пальцевъ выше симфиза; послѣ этого разрѣзаютъ не всегда одинаково толстый жировой слой, fascia rectoabdominalis, за mm. recti слѣдуетъ fascia transversa, которая не совсѣмъ достигаетъ верхняго края симфиза (lig. semilunare. Dougl.); разрѣзавъ послѣднюю, доходятъ до очень сильно развитаго у тучныхъ женщинъ околобрюшиннаго жирового слоя. Послѣ этого больную укладываютъ съ очень высоко поднятымъ тазомъ. Доходятъ до брюшины, которая замѣтна по своей гладкой поверхности, синеватому цвѣту и полосовиднымъ утолщеніямъ стѣнки. Чтобы не захватить кишечника, ее приподымаютъ въ среднемъ двумя пинцетами, вырѣзываютъ небольшое отверстіе и натянутую между двумя пальцами брюшину разрѣзаютъ подъ контролемъ глаза изнутри внизъ, насколько это нужно, избѣгая при этомъ поранить пузырь и urachus. Только сильно кровоточащіе сосуды брюшной стѣнки захватываютъ пин-

цетами; перевязка ихъ рѣдко оказывается нужной. Сильное кровотечение при этомъ указываетъ на имѣющіяся сращения или на бывшій перитонитъ (туберкулезъ и т. д.). Послѣ этого, съ цѣлью защитить брюшную рану, пришиваютъ 3—5 швами брюшину къ кожѣ живота и къ стерилизованнымъ салфеткамъ.

Большое распространение, особенно для небольшихъ опухолей, доходящихъ только до пупка, встрѣтилъ поперечный разрѣзъ фасціи по Pfanenstiel'ю. Разрѣзъ проходитъ поперечно выше симфиза, иногда почти въ срединѣ между пупкомъ и симфизомъ отъ одной *spina ilei ant. sup.* къ другой. Разсѣкаютъ кожу, подкожную клетчатку, верхнее влагалище прямой мышцы, а сбоку иногда разрѣзаютъ *m. m. obliqui*; частью острымъ, частью тупымъ инструментомъ отдѣляютъ фасцію до симфиза, въ случаѣ надобности, также по направленію кверху, перевязываютъ кровоточащіе сосуды, послѣ чего оттягиваютъ средину разрѣза діагонально вверхъ, а глубокая фасція и брюшина разрѣзаются въ срединѣ, какъ и при срединномъ разрѣзѣ. Pfanenstiel'ю никогда не приходилось прибѣгать еще къ срединному разрѣзу.



Рис. 211. Троякаръ по Thom-son'ю.

Затѣмъ производится осмотръ стѣнки кисты для обнаруженія какихъ-нибудь особенностей, сращеній и т. д.; иногда при этомъ обнаруживается неправильно поставленный діагнозъ, и вмѣсто кисты оказывается миома. Вошедши рукой, опредѣляютъ наличность сращеній ножки съ брюшной стѣнкой и отношеніе ножки къ маткѣ. Небольшія и средней величины опухоли, особенно злокачественныя, также дермоиды и нагноившіяся кисты я стараюсь нескрытыми выкатить рукой. Это облегчается уменьшеніемъ приподнятаго положенія таза, оттягиваніемъ брюшной стѣнки и т. д. При большихъ кистахъ, заходящихъ за пупокъ, необходимо опорожненіе троакаромъ при постепенномъ вытягиваніи опухоли; при этомъ легче бываетъ, чѣмъ при вскрытіи ножемъ, избѣгнуть проникновенія жидкости въ брюшную полость. Кишки удерживаютъ влажными салфетками, снабженными шнурами. При большихъ многокамерныхъ кистахъ стараются со стороны опорожненной кисты троакаромъ или пальцемъ проколоть и другія кисты и тѣмъ уменьшить опухоль. Жидкости даютъ чрезъ резиновую трубку вытекать въ стоящій на полу сосудъ. Уменьшивъ въ достаточной степени опухоль, вытягиваютъ ее помощью Nélaton'овскихъ щипцовъ причѣмъ обращаютъ вниманіе на наличность сращеній съ салъникомъ и кишками. При удобной ножкѣ опухоль сразу выскакиваетъ, раскручиваютъ ножку и опредѣляютъ состояніе трубы, также отношеніе къ маткѣ и широкой связкѣ.

Послѣ этого удаляютъ опухоль и перевязываютъ ножку. Я ущемляю послѣднюю предварительно зажимомъ и удаляю затѣмъ опухоль. Затѣмъ я при небольшой ножкѣ провожу иглой двойную катгуттовую лигатуру достаточной крѣпости чрезъ средину ножки, избѣгая при этомъ поврежденія большихъ венъ и перевязываю. Если ножка широка, то я пере-

вязываю въ 4—6 мѣстахъ. Послѣ этого удаляютъ зажимы, перевязываютъ каждый въ отдѣльности крупный сосудъ ножки, накладываютъ на брюшину непрерывный катгуттовый шовъ и, наконецъ, общую лигатуру. Ножку опускаютъ въ глубину, слѣдя при этомъ затѣмъ, чтобы не было послѣдующаго кровотоčenja; въ послѣднемъ случаѣ снова обкалываютъ или накладываютъ глубокую общую лигатуру.



Рис. 212. Щипцы для кисти по Nélaton'y.



Рис. 213. Игла для ножки по Dechamp's'y.

Послѣ этого вынимаютъ и осматриваютъ второй яичникъ. Если онъ боленъ, то его удаляютъ вмѣстѣ съ трубой; если же онъ здоровъ, то у женщинъ старше 40 лѣтъ я его всетаки удаляю. Больныя обыкновенно не сопротивляются, такъ какъ періодъ рожденія дѣтей все равно уже законченъ. У болѣе же молодыхъ второй яичникъ удаляютъ въ томъ случаѣ, если опухоль злокачественна, ибо опасность рецидива во второмъ яичникѣ, какъ наблюденія показали, очень велика. У молодыхъ особъ слѣдуетъ еще заранѣе заручиться согласіемъ на это. Болѣе значительныя фолликулярныя кисты можно резецировать, а остатокъ зашить;

но мои наблюденія показали, что резецированные яичники не функционируютъ правильно, и дѣятельность ихъ раньше обычного времени прекращается. Все же целесообразнѣе произвести резекцію, чѣмъ сначала удалить яичникъ, а потомъ часть его пересадить на другое мѣсто, о чемъ появляется въ послѣднее время много сообщений. Только въ случаѣ воспаления яичниковъ я остатокъ здоровой ткани пересаживаю въ другое мѣсто между листками широкой связки или въ складку брюшины мочевого пузыря. Цѣлесообразнымъ я считаю предложеніе продольнымъ разрѣзомъ вскрыть яичникъ и такимъ образомъ пересадить его; къ сожалѣнію, гетеропластика у женщины была до сихъ поръ бесполезной; ее слѣдуетъ производить осторожно, ибо подлежащія пересадкѣ яичники происходятъ изъ міоматозной или раковой, и въ рѣдкихъ случаяхъ изъ выпавшей матки.



Рис. 214. Пинцеты для ножи.

Затѣмъ очищаютъ брюшную полость отъ павшихъ туда содержимаго кисты и крови. Дугласово пространство очищаютъ тампонами, мѣняють и сосчитываютъ влажные салфетки; послѣ этого убѣждаются въ сухости кишки и опускають книжки и сальникъ внизъ до симфиза.

Зашиваютъ рану живота. Раньше прокалывали, по предложенію Sp. Wells'a, большой кривой иглой и шелкомъ или проволокой все слои раны заразъ, т. е. кожу, жировую клетчатку, фасціи, мускулатуру и брюшину. Этотъ методъ, безспорно, не давалъ плохихъ результатовъ въ смыслѣ асептики, но онъ сопряженъ съ опасностью образования грыжи. Съ цѣлью избѣгнуть послѣднее целесообразнѣе наложить швы въ 3—4 этажа: сначала непрерывный катгуттовый шовъ брюшины, потомъ шовъ фасціи непрерывный или узловый, иногда накладываютъ предварительно еще швы на *m. m. recti*; послѣ этого зашиваютъ подкожную клетчатку однимъ или двумя этажами, въ зависимости отъ толщины слоя, непрерывными или узловыми швами.

Остается только зашить кожную рану, для чего употребляютъ силькъ или зажимы *Michel'я*; другіе предпочитаютъ свѣжевываренный шелкъ. *Schede* предложилъ употреблять для погружныхъ этажныхъ швовъ серебряную, а *Socin*—бронзовую проволоку. При такомъ тщательномъ этажномъ швѣ совершенно излишни резиновые или марлевые дренажи, когда-то примѣнявшіеся. *Pfannenstiel* зашиваетъ при поперечномъ разрѣзѣ фасціи вмѣстѣ однимъ этажемъ брюшину и мускулатуру, а потомъ накладываетъ непрерывный шовъ на фасцію; на кожу накладываютъ узловые швы изъ силька. Кожную рану покрываютъ полоской вѣоформной марли, другіе же рекомендуютъ сначала присыпать дерматоломъ, айроломъ, а потомъ наложить давящую повязку изъ марли и ваты.

Трудности и особенности операций.

Вскрытіе брюшины можетъ быть затруднено влѣдствіе большихъ и широкихъ срощеній кисты съ передней брюшной стѣнкой. Въ большинствѣ слу-

чаевъ удается, удлинивъ разръвъ вверхъ, попасть въ свободный брюшинный мѣшокъ на уровнѣ пупка или выше. Только въ исключительныхъ случаяхъ проводить разръвъ чрезъ кисту или сросшуюся опухоль и послѣ частичнаго опорожненія отдѣляютъ стѣнку кисты отъ брюшины. При перерѣзкѣ брюшины легко поранить оставшейся открытымъ *utachus*; замѣтивъ толстый, проходящій по срединѣ тяжъ, проводить разръвъ влѣво отъ него. При проведеніи разръва внизъ слѣдуетъ опасаться поранить пузырь; эта осторожность особенно нужна при внутрисвязочной локализациі опухоли, при которой брюшина на равстояніи ширины ладони выше симфиза переходитъ съ передней брюшной стѣнки на опухоль и, соответственно этому, тянетъ вверхъ пузырь.

Наиболѣе трудныя *уклоненія* въ теченіи операціи вызываются сращениями и внутрисвязочной локализацией опухоли. Сращения между паріетальнымъ листкомъ брюшины и стѣнкой кисты уничтожаютъ рукой; рѣдко приходится въ этихъ случаяхъ прибѣгать къ помощи ножницъ. Паренхиматозныя кровотоčenja останавливаютъ прижатіемъ. Если сальникъ отчасти сросшенъ съ кистой и брюшной стѣнкой, то эти сращения уничтожаютъ тупымъ способомъ и только болѣе широкія части съ болѣе значительными сосудами дважды перевязываютъ передъ перерѣзкой. Въ другихъ случаяхъ сальникъ съ своими сращениями на задней и боковой стѣнкахъ обнаруживается лишь при вытягиваніи опухоли; въ этихъ случаяхъ на него сначала накладываютъ зажимы, а потомъ уже перевязываютъ.

Кишечныя сращения наблюдаются съ тонкими и толстыми кишками.

Свѣжія сращения уничтожаютъ пальцами или тампономъ; болѣе старыя же трудно уничтожить такимъ способомъ. *Oishausen* предлагалъ лучше оставлять небольшіе куски эпителия на кишкахъ, чѣмъ поранить послѣднюю. Болѣе плотныя сращения удаляются лучше ножомъ подъ непосредственнымъ контролемъ глаза, такъ какъ при этомъ труднѣе поранить кишку. Кровоточація сосуды кишекъ или брыжейки перевязываются каждый въ отдѣльности или обкалываются тонкой иглой; въ случаѣ пораненія кишекъ, слизистая оболочка зашивается шелкомъ, потомъ брюшина *Lembert*овскимъ швомъ.

Перерѣзка такихъ сращеній кишекъ пакеленомъ, дотрагиваніе до котораго влечетъ за собой нарушеніе правилъ асептики, не рекомендуется. При папиллярныхъ кистаденомахъ и раковыхъ опухоляхъ *flexura sigmoidea* иногда до того обростае, что необходимо часть ея резецировать; нижнюю ножку *flexurae* соединяютъ въ этихъ случаяхъ съ верхней ножкой *m. recti*. посредствомъ швовки *Murphy*. Мѣт, какъ и другимъ, приходилось даже накладывать *anus praeternaturalis*. Порванную брыжейку необходимо возможно лучше защитить во избѣжаніе омертвѣнія кишки. Сращения въ маломъ тазу уничтожаются лучше всего, если предварительно вынуть опухоль черезъ рану живота; сращения въ Дугласовомъ пространствѣ, на задней пластинкѣ связокъ и на маткѣ лучше всего отдѣляются тупымъ способомъ, но вблизи большихъ сосудовъ таза нужна осторожность, во избѣжаніе пораненія; эта операція значительно облегчается поднятіемъ таза.

При внутрисвязочномъ развитіи опухоли разръзаютъ замѣтную по тонкому распредѣленію сосудовъ брюшину, при неопороченной опухоли возможно выше, но всякомъ случаѣ на равстояніи ладони выше входа въ тазъ поперечно отъ матки по направленію къ *vasa spermatica* и вылуциваютъ опухоль изъ брюшины. Цѣлесообразно раньше перевязать эти сосуды, также вѣтвь *art. uterinae*, дабы вылуцненіе не сопровождалось кровоточеніемъ. Болѣе крупныя сосуды остающагося брюшиннаго покрова перевязываются. Небольшія опухоли постепенно вытягиваютъ изъ тазовой клѣтчатки; при большихъ опухоляхъ приходится иногда послѣ частичнаго вылуцненія сдѣлать проколъ и потомъ уже вынуть опухоль. Въ другихъ случаяхъ внутрисвязочное развитіе опухоли обнаруживается только послѣ произведеннаго прокола и выведенія одного полюса ея. Послѣ удаленія кисты тампонаціей останавливаютъ временно глубокия и поверхностныя кровотоčenja, реэцируютъ, въ случаѣ надобности, излишнюю брюшину, и накладываютъ на мѣшокъ непрерывный катгутный шовъ отъ края матки до мѣста вхожденія *vasa spermatica*. Дефекты на маткѣ покрываются брюшиной.

Сильно кровоточація мѣста обнаженной тазовой клѣтчатки перевязываютъ или обкалываются; въ глубинѣ слѣдуетъ остерегаться поранить большіе сосуды и мочеточникъ, который при внутрисвязочномъ развитіи опухоли бываетъ обыкновенно неправильно расположенъ; иногда бываетъ достаточно

временное прижатіе; въ случаѣ венознаго или паренхиматознаго кровоточенія прибѣгаютъ къ тампонаціи полости (см. ниже).

Большія кисты съ омертвѣвшимъ содержимымъ, особенно при раковомъ перерожденіи кистаденомъ, бывають часто столь ломки, что щипцы Nélaton'a проиводятъ разрывы; въ этомъ случаѣ ничего другого не остается, какъ удалить опухоль кусками; кровоточеніе при этомъ продолжается до тѣхъ поръ, пока не будетъ зажата ножка.

Въ прежнее время затруднялись иногда удалить мѣшокъ, особенно нагноившейся кисты, вслѣдствіе его сращеній съ кишками и въ маломъ тазу; мѣшокъ въ этихъ случаяхъ, по совѣту Schgöder'a, пришивали къ передней брюшной стѣнкѣ. Этотъ способъ имѣетъ только исторической интересъ.

Иногда мѣшаютъ кровоточенія изъ паріетальной брюшной стѣнки, не доступныя перевязкѣ; отъ примѣненія пакедена я не видѣлъ никакой пользы; Fanz даже предостерегаетъ отъ его примѣненія, такъ какъ онъ ведетъ къ образованію сращеній. Болѣе значительныя продольныя или поперечныя складки внутренней брюшной стѣнки обкалываютъ катгуттомъ; послѣдній можно даже поровести чрезъ наружную кожу.

Если ножка слишкомъ коротка, то положеніе швовъ бываетъ затруднительно; въ этомъ случаѣ удаляютъ кисту такимъ образомъ, что сначала лучше оставляють небольшой кусокъ плотной стѣнки. При очень толстой и плотной ножке, особенно при злокачественныхъ опухоляхъ, перевязываніе ножки должно производиться весьма осторожно; необходимо перевязать каждый сосудъ въ отдѣльности, ибо покрытие ножки брюшиной не всегда возможно. Если ножка была перекручена, то передъ перевязкой она должна быть снова расправлена; если въ сосудѣхъ уже образовался тромбозъ, то въ виду опасности эмболии необходимо удалить ножки въ здоровой ткани.

Если овариотомія въ мастерскихъ рукахъ Sp. Wells'a достигла блестящихъ результатовъ въбрюшиннымъ способомъ, то замѣна его внутривнутрибрюшиннаго стала возможна, благодаря опытамъ на животныхъ Waldeyer'a и Spiegelberg'a, а также благодаря введенію асептики.

Еще нѣсколько словъ о тампонаціи и дренажѣ. Первая въ настоящее время рѣдко примѣняется; она нужна только для остановки кровоточенія изъ глубокихъ венъ, недоступныхъ перевязкѣ, или при паренхиматозномъ кровоточеніи послѣ внутрисвязочнаго вылушенія опухоли. Затампонировавъ такой мѣшокъ и закрывъ сверху брюшину, выводятъ марлю чрезъ задній влагалищный сводъ; если тампонировать приходится въ полости большого таза, то примѣняютъ вѣрообразный тампонъ по Miculiczy.

Совершенно другая цѣль преслѣдуется дренажемъ; вопреки мнѣнію Olshausen'a и Pfannenstiela, мы и въ настоящее время не можемъ совершенно обойтись безъ него. Если остались омертвѣвшіе кусочки опухоли или омертвѣвшія полости, лишенная брюшины и загрязненная содержимымъ кисты или гноемъ—послѣднее наблюдается особенно послѣ удаленія трубачниковыхъ гнойныхъ мѣшковъ,—то такія полости даютъ обильное отдѣленіе. Если брюшина здорова, и вирулентные микроорганизмы туда не попали, то брюшина справится съ своей задачей; другое, если вирулентные микроорганизмы развиваются въ этихъ полостяхъ; закрыть послѣднія рискованно; дренажъ имѣетъ цѣлью отдѣлить мертвое опасное мѣсто отъ брюшной полости, что достигается въ теченіе 3—4 дней; дренажъ производится лучше всего виоформной марлей, а при болѣе обильномъ выдѣленіи прибавляютъ каучуковую трубку.

При продолжительномъ дренированіи микроорганизмы могутъ попасть извъ, но внутри къ этому времени все успѣваетъ уже инкапсулироваться. Я уже раньше говорилъ, что при удаленіи нагноившихся придатковъ я помощью дренажа достигалъ лучшихъ результатовъ, чѣмъ Olsvauseu безъ него.

Предложенное P. Müller'омъ и Walthard'омъ орошеніе брюшной полости физиологическимъ растворомъ поваренной соли, имѣющее цѣлью предупрежденіе образованія сращеній и восстановленіе эпителія, на практикѣ не привилось, хотя оно теоретически и вѣрно; я лично отказался примѣнять этотъ способъ. Нѣкоторые гинекологи, однако, какъ Döderlein, вновь примѣняютъ это орошеніе 20 литрами и больше при предполагаемомъ загрязненіи брюшной полости. Я считаю это излиш-

нимъ, такъ какъ я держу брюшную полость сухой посредствомъ марлевыхъ компрессовъ и стерилизованныхъ салфетокъ; при загрязненіи же я съ одной стороны боялся бы еще дальше вогнать гной и бактеріи въ брюшную полость, а съ другой стороны я считаю невозможнымъ основательное очищеніе брюшной полости; кромѣ этого, я опасаясь вызвать при этомъ шокъ кишечника.

Болѣе дѣйствительнымъ я считаю предложенное Pfannenstielerомъ примѣненіе камфорнаго масла, но не съ профилактической цѣлью, какъ это предложили Höhne и v. Herff. Въ случаѣ загрязненія кишекъ, сальника и брюшины я обильно смазываю ихъ, а также полости, которыя дренируются, стерилизованнымъ 10% растворомъ камфорнаго масла.

2. Влагалищная овариотомія.

Dührssen'у принадлежитъ заслуга введенія въ Германіи впервые произведенной американцами (Battey, Atlee и другіе) колпотоміи. Путь для этого избирали какъ со стороны передняго, такъ и со стороны задняго влагалищнаго свода.

Kolpotomia anterior имѣетъ то преимущество, что вслѣдствіе устраненія связи съ пузыремъ матка становится болѣе подвижной; ее легче спустить внизъ и лучше можно осмотрѣть ножку опухоли яичника и трубы; отрицательной стороной этого метода является необходимость отдѣленія пузыря отъ его основанія, вслѣдствіе чего возможно поврежденіе какъ его, такъ и мочеочника; да и кровотеченіе при этомъ бываетъ болѣе интенсивнымъ.

При kolpotomia posterior же рана значительно проще, безразлично, производится ли разрѣзъ продольно или поперечно, матка не подвергается никакому пораненію при низведеніи ея внизъ, и опухоли, лежащія въ Дугласовомъ пространствѣ, легко поддаются осмотру.

Я поэтому не останавливаюсь принципиально на *одномъ* какомъ-либо опредѣленномъ способѣ, а избираю тотъ или другой, въ зависимости отъ особенностей даннаго случая; въ общемъ я все же предпочитаю kolpotomia posterior.

Трудно установить точно показанія къ влагалищной овариотоміи. Въ общемъ рекомендуютъ этотъ способъ для удаленія небольшихъ кистъ величиной до яйца страуса и плотныхъ опухолей величиной до кулака. Döderlein удалялъ этимъ способомъ опухоли, доходившія до пупка. Колпотомія противопоказана при срощеніяхъ, при внутрисвязочной локализациі, при злокачественныхъ опухоляхъ, при дермоидахъ и въ случаѣ неяснаго діагноза. Преимущество предъ брюшнымъ способомъ состоитъ въ отсутствіи раны живота, дѣлающемъ невозможнымъ образованіе грыжи, въ незначительномъ соприкосновеніи съ кишками и сальникомъ и въ уменьшеніи опасности проникновенія микроорганизмовъ въ брюшную полость.

Опасность, которую нельзя отрицать, лежитъ въ болѣе трудной техникѣ операциі, въ невозможности ясно видѣть операционное поле, въ опасности послѣдующаго кровотеченія, въ большей продолжительности операциі и въ загрязненіи брюшной полости влагалищными микроорганизмами. Согласно современнымъ нашимъ взглядамъ, мы должны присту-

пить къ этой операциі лишь въ случаѣ отсутствія опасныхъ микроорганизмовъ въ влагалищѣ.

Нигдѣ не приходится такъ индивидуализировать, какъ здѣсь; было бы неправильно установить шаблонное правило о томъ, когда именно прибѣгать къ той или другой операциі. Выполнимость операциі зависитъ отъ доступности влагалища, ширины вульвы, подвижности матки у рожавшихъ женщинъ. У нерожавшихъ и у дѣвицъ я не произвожу колпотоміи во избѣжаніе образованія опаснаго для послѣдующихъ родовъ рубца.

При *kolpotomia anterior*, отодвинувъ пузырь, вскрываютъ брюшинную складку, вытягиваютъ мюзеевскими щипцами матку внизъ въ рану, вставляютъ, съ цѣлью обзорѣнія, зеркало Douen'a и пальцемъ опредѣляютъ локализацию, величину и подвижность опухоли. Послѣ этого, частью надавливая сверху, частью вытягивая мюзеевскими щипцами, опускаютъ матку, временно ее ущемляютъ щипцами и накладываютъ двойную катгуттовую лигатуру; подозрительныя мѣста обкалываютъ этажнымъ швомъ и медленно поднимаютъ ножку вверхъ.

При *kolpotomia post.* разсѣкаютъ брюшину поперечно или сагиттально, сильно оттѣсняютъ матку со стороны *portio* внизъ, удаляютъ опухоль и перевязываютъ ножку.

Слабымъ мѣстомъ въ влагалищномъ способѣ операциі является уходъ за ножкой; если ее снова ввести въ брюшную полость, то нельзя знать, не кровоточитъ ли она, особенно изъ *vasa spermatica*; при брюшномъ же способѣ операциі все видно. Брюшинный покровъ и стѣнку влагалища зашиваютъ катгуттомъ.

Тампонація виоформной марлей нужна только при нечистой операциі или при послѣдующемъ кровотеченіи.

Операциа не всегда, однако, проходитъ такъ гладко; опорожненіе опухоли и выкачиваніе ея могутъ быть сопряжены съ большими трудностями; опорожненная опухоль иногда снова проскальзываетъ въ брюшную полость; наблюдались также трудно останавливаемые кровотеченія изъ ножки и сросеній, такъ что приходилось накладывать на продолжительное время зажимы, а потомъ совершенно удалить матку; приходится даже иногда прибѣгнуть послѣ этого къ лапаротоміи.

У женщинъ, находящихся въ климактерическомъ періодѣ, можно расширить показаніе; здѣсь не приходится бояться послѣ разсѣченія матки удалить ее и тѣмъ сдѣлать возможнымъ осмотръ придатковъ.

Нѣкоторые гинекологи, какъ Olshausen и Pfannenstiel совершенно отвергаютъ влагалищный способъ операциі для опухолей яичниковъ. Я нахожу, что увлеченіе этимъ способомъ уже проходитъ, и я также значительно рѣже къ нему прибѣгаю.

Послѣдующее леченіе. Оперированную укладываютъ въ нагрѣтую постель, которую и послѣ этого нагрѣваютъ аппаратомъ для горячаго воздуха въ теченіе 1—2 часовъ; можно также въ теченіе первыхъ дней послѣ операциі положить больную на матрацъ съ теплой водой. Въ случаѣ сильныхъ болей впрыскиваютъ подъ кожу морфій или назначаютъ суппозиторіи изъ кодеина или опія. Въ теченіе первыхъ сутокъ больная получаетъ только небольшое количество чернаго кофе или холодной сельтерской воды. Больныя, потерявшія много крови, рано получаютъ чай, кофе или вино въ клистирѣ; на 2—3 день назначаютъ кофе

или чай съ молокомъ, чистое молоко или разбавленное кислой водой, по желанію также бульонъ и слизистый супъ; въ случаѣ упорной рвоты, больная получаетъ 8—10 капель 2% раствора кокаина, термофоръ на область желудка и жидкость *per rectum*, а потомъ замороженное шампанское, холодное молоко, кефиръ или пильзенское пиво.

Мочепусканіе производится въ лежачемъ положеніи, или мочу удаляютъ катетеромъ. Въ случаѣ вздутія кишечника, назначаютъ вѣтронные настои (мяту и т. д.) или жженую магнезію на кончикъ ножа, а спустя 24 часа клистиръ съ глицериномъ, дающій быстрые результаты. При вялости кишекъ или механической трудности хорошія услуги оказываетъ подкожное впрыскиваніе физостигмина (0.00025) или атропина въ той же дозѣ. На пятый день я даю ложку кастороваго масла съ пивомъ, лимоннымъ сокомъ или мятнымъ масломъ или 1—2 стакана горькой воды вмѣстѣ съ клистиромъ изъ $\frac{1}{4}$ литра воды. Послѣ того, какъ появился стулъ, больная получаетъ бѣлый хлѣбъ, варенныя овощи, яйцо, мясо и постепенно переходитъ къ обычной пищѣ.

Послѣ брюшной овариотоміи швы или зажимы удаляютъ на день, повязку же я оставляю на болѣе продолжительное время во избѣжаніе образованія грыжи. Послѣ влагалищной же операціи катгутовые швы вовсе не удаляются, а повязку мѣняютъ только на 14 день.

Что касается вопроса о томъ, когда оперированная должна встать, то подъ влияніемъ Riese'a и другихъ американскихъ авторовъ мнѣніе объ этомъ измѣнилось. Krönig первый въ Германіи выступилъ въ этомъ вопросѣ. Его наблюденія¹⁾ о томъ, что изъ числа больныхъ вставшихъ въ первый день, ни одна не умерла отъ эмболии, блестяши. Для сравненія слѣдовало бы еще знать число больныхъ, невставшихъ въ первый день и умершихъ отъ эмболии.

Я не иду такъ далеко, какъ Krönig, и не заставляю больныхъ вставать въ первый или второй день послѣ операціи. Сами больныя встаютъ обыкновенно на 3—4 день и сидятъ въ теченіе часа въ креслѣ. У нихъ я наблюдалъ эмболию; но съ тѣхъ поръ, какъ я каждой больной сталъ давать съ профилактической цѣлью до и послѣ операціи сердечное средство (дигаленъ, кофеинъ, дигипуратъ и т. д.), число случаевъ эмболии уменьшилось. Какъ раннее встаніе вліяетъ на рану и на образованіе впоследствии грыжи, покажутъ дальнѣйшія статистическія данныя.

Только съ 12 дня больныя начинаютъ ходить.

При нормальномъ теченіи температура остается все время ниже 38° подъ мышкой, пульсъ, вначалѣ возбужденный, скорѣ становится нормальнымъ. Состояніе пульса значительно важнѣе температуры, и можно быть спокойнымъ, если частота его не превышаетъ 90—100, даже если имѣется небольшое повышеніе температуры, обусловливаемое вызываемымъ иногда также бронхитомъ послѣ эфирнаго наркоза.

Неправильное теченіе послѣоперационнаго періода узнается на основаніи состоянія пульса, температуры и другихъ симптомовъ. Наихудшимъ осложненіемъ является перитонитъ, наблюдающійся въ настоящее время чрезвычайно рѣдко, почти исключительно только послѣ эндогенной инфекціи; больныя становятся безпокойными, не спятъ, чувствуютъ себя

1) Beiträge zur Thrombosenfrage. Leipzig, Vogel, 1912.

плохо, температура остается низкой или медленно повышается, пульсъ учащается правильно, каждые 12 часовъ на 10—20 ударовъ, прекратившаяся уже рвота снова появляется на 2—3 день, животъ вздувается, часто не сопровождаясь болью, вѣтры задерживаются, несмотря на клистиры; животъ продолжаетъ вздуваться, рвота становится все мучительнѣй, пульсъ малъ, частъ и неправиленъ, и смерть наступаетъ отъ паралича сердца. Иногда послѣ отхожденія вѣтровъ или стула угрожающія явленія исчезаютъ, съ другой стороны, наблюдаются случаи смертельнаго перитонита, въ которыхъ не бываетъ задержки вѣтровъ и стула, а рвота отсутствуетъ.

Леченіе въ случаяхъ *септического перитонита* послѣ лапаротоміи безнадежно; раскрытіе раны, дренированіе и промываніе ускоряютъ обыкновенно наступленіе коллапса. Возможно, что и здѣсь, какъ при обильперитонитѣ, вызванномъ другими причинами, разрѣзъ въ срединной линіи и въ области обѣихъ *spinae il. ant.* съ введеніемъ дренажной трубки, но безъ промыванія, можетъ кое кого изъ больныхъ спасти. Даже въ тяжелыхъ случаяхъ не слѣдуетъ отказываться отъ леченія опіемъ. Слабительныя средства ухудшаютъ начавшійся перитонитъ, а небольшіе клистиры съ глицериномъ или изъ воды иногда оказываютъ облегчающее дѣйствіе.

Весьма похожимъ на описанную картину является *непроходимость кишечника*. Даже въ случаяхъ, протекающихъ безлихорадочно, образуются сращения, особенно между кишечникомъ и ножкой или между петлями кишекъ, могущія вызвать медленно усиливающеяся суженіе кишечника. Вначалѣ имѣется обыкновенно небольшое повышение температуры; потомъ послѣдняя становится субнормальной; пульсъ вначалѣ спокойный, медленно учащается, начиная съ 4—6 дня. Вѣтры и испраженія могли уже появиться, а рвота наступаетъ сравнительно позже. Леченіе вначалѣ такое же, какъ при септическомъ перитонитѣ; какъ только является подозрѣніе на непроходимость кишечника, назначаютъ подъ кожу физостигминъ и атропинъ, массажъ, высокіе клистиры и промыванія желудка, рѣдко помогаетъ примѣненіе прерывистаго тока. Если это не приводитъ къ цѣли, то снова вскрываютъ брюшную полость, съ цѣлью отыскать сращеніе, вызывающее суженіе, или съ цѣлью наложить *anus praeternaturalis*. Результаты послѣдней операціи, по моему мнѣнію, не блестящи. Иногда сильная атонія кишекъ симулируетъ непроходимость, особенно у пожилыхъ тучныхъ женщинъ, страдающихъ привычными запорами и недостаточной дѣятельностью сердца. Терпѣливое примѣненіе обычнаго леченія приводитъ часто къ цѣли. Я лично во всякомъ случаѣ прибѣгаю къ операціи не такъ часто, какъ это предлагаетъ Тюбингенская школа; въ послѣдніе годы вообще не было для этого никакого повода.

По мнѣнію *Olshausen'a*, параличъ кишечника можетъ и безъ сепсиса и непроходимости кишечника вызвать смертельный исходъ, вслѣдствіе всасыванія токсиновъ въ застоявшемся содержимомъ кишечника. Причину этого онъ видитъ въ образовавшемся при операціи застоѣ въ кишечной стѣнкѣ и въ механическомъ поврежденіи кишекъ. Еще рѣже наблюдается острый смертельный параличъ желудка. Значительно рѣже, чѣмъ при міомотоміи, наблюдается смертельный исходъ отъ эмболии, послѣ предварительнаго хорошаго самочувствія; мнѣ никогда не приходилось наблюдать предварительное учащеніе пульса; симптома *Mahler'a* не бываетъ.

Рѣдко образуются эксудаты въ культѣ; умѣренная резистентность въ области ножки или отдѣльныхъ сросеній при отсутствіи лихорадки слѣдуетъ считать гѣматомами; абсцессы въ широкой связкѣ могутъ образоваться послѣ вылушенія; и здѣсь происходитъ обыкновенно всасываніе, рѣже вскрытіе въ кишку и пузырь. Меня весьма удивляло, почему раньше, во времена антисептики при сквозномъ швѣ по Sp. Wells'у не наблюдалось абсцессовъ брюшныхъ покрововъ. Я видѣлъ ихъ только въ послѣдствіи, въ періодѣ асептики при этажномъ швѣ, быть можетъ, потому, что, несмотря на асептическую операцію, микроорганизмы оставались въ глубинѣ раны. Послѣ введенія тщательной асептики (Werth), употребленія резиновыхъ перчатокъ и т. д., такіе случаи стали исключеніемъ. Только при операціи гнойныхъ опухолей рана брюшной полости иногда нагнаивается, несмотря на принятія мѣры предосторожности. Лихорадки при этомъ вовсе нѣтъ, или она незначительна, пульсъ спокоенъ, самочувствіе хорошее; мѣстно ощущается инфильтрація и краснота; необходимо возможно скорѣе разрѣзомъ удалить гной и дренировать рану.

Рѣдкимъ осложненіемъ является *послѣдующее кровотеченіе изъ сосудовъ ножки*; вслѣдствіе рвоты или кашля, лигатура ножки соскальзываетъ, или ножка была отрѣзана слишкомъ близко къ лигатурѣ и вслѣдствіе своей эластичности выскальзываетъ. Симптомы внутренняго кровотеченія наступаютъ остро, послѣ хорошаго самочувствія наступаетъ внезапно коллапсъ, пульсъ становится малымъ, частымъ, температура падаетъ, больная холодѣетъ, и начинается одышка; въ случаѣ большого кровоизліянія ввиду и въ срединѣ боку обнаруживается притупленіе; симптомы бѣваютъ обыкновенно столь характерными, что распознаваніе не трудно. Снова вскрываютъ рану и, положивъ больную съ приподнятымъ тазомъ, отыскиваютъ кровоточащее мѣсто. Это не трудно, такъ какъ врачъ знаетъ, въ какомъ именно мѣстѣ онъ удалил опухоль. Если кровотеченіе произошло послѣ влагалищной оваріотоміи, то послѣ вскрытія раны необходимо наложить зажимы или обкалывать, или даже оставить зажимы лежать; если кровотеченіе не оставивается, прибѣгаютъ къ лапаротоміи. Благодаря эфирному наркозу и употребленію йодированнаго катгута, я въ теченіе многихъ лѣтъ не наблюдалъ этого осложненія.

Самостоятельное вскрытіе брюшной раны можетъ въ исключительныхъ случаяхъ имѣть мѣсто уже въ 1—2 день вслѣдствіе рвоты, но чаще всего это происходитъ на 10—12 день, когда швы удалены, и больная напрягаетъ свои брюшныя прессы. Это осложненіе, сейчасъ же замѣченное, не такъ скверно; тщательная дезинфекція выпавшаго сальника и кишки и наложеніе шва обезпечиваютъ излеченіе; я наблюдалъ это осложненіе 2 раза.

Наблюдавшійся нѣсколько разъ послѣ лапаротоміи *паротитъ* я объясняю не непосредственнымъ всасываніемъ содержимаго полости рта послѣ паденія давленія въ железѣ, а считаю его метастазомъ.

Смертность отъ оваріотоміи, благодаря асептикѣ, низведена до такой степени, о которой нельзя было и мечтать. Въ то время, какъ 50 лѣтъ тому назадъ 50—60% оперированныхъ, а у нѣкоторыхъ гинекологовъ еще больше погибали отъ оваріотоміи, а Sp. Wells наблюдалъ среди своихъ 1000 оперированныхъ 23% смертности, эта цифра въ теченіе послѣднихъ 20 лѣтъ значительно понизилась. На основаніи 3369 случаевъ операціи у 10 извѣстныхъ гинекологовъ я опредѣляю смертность въ послѣднія 10 лѣтъ въ 7.84%. Я самъ достигъ въ Галле на 205 операцій 5.3%, а въ Страссбургѣ имѣлъ на 100 случаевъ 2%.

Среди этихъ клиническихъ случаевъ имѣются, конечно, многіе, бывшіе съ самаго начала неблагоприятными; кромѣ того, обнаруживается, что злокачественные случаи даютъ гораздо худшій прогнозъ, чѣмъ кистаденомы.

Pfannenstiel исчисляетъ смертность послѣ овариотоміи въ общемъ въ 5.1%, **Сагаловичъ** (1953 случая) въ 7.63%, **Döderlein** въ 3.5%.

Клиника въ **Вюрцбургѣ** опредѣляетъ смертность при злокачественныхъ опухоляхъ въ 23%, въ **Кенигсбергѣ** въ 24.07%, въ клиникѣ въ **Лейпцигѣ** доброкачественные случаи дали смертность въ 3.1%, а злокачественные въ 13.3%.

Послѣдующія болѣзни рѣдки: сращения ножки, органовъ брюшной полости или сальника съ брюшной раной вызываютъ разстройство деятельности кишекъ, которое заставляетъ иногда снова вскрыть рану; смертельный исходъ вслѣдствіе ущемленія кишекъ рѣдко наблюдается.

Наблюдаемое вслѣдствіи заболѣваніе второго яичника, которое **Sp. Wells** видѣлъ изъ 1000 случаевъ въ 12.7%, слѣдуетъ разсматривать не какъ непосредственный рецидивъ; наблюдения всѣхъ гинекологовъ показали, что и результаты второй лапаротоміи довольно благоприятны; все же смертность послѣ второй операциіи большая. Такое большое число рецидивовъ устранимо, если удалить по вышеприведеннымъ правиламъ и второй яичникъ.

В. Твердые опухоли яичника.

Частота твердыхъ опухолей яичника значительно уступаетъ таковой кистовидныхъ. Въ то время, какъ **Sp. Wells**, на основаніи 1500 случаевъ лапаротоміи, исчислилъ частоту въ 1.2%, **Leopold** опредѣляетъ ее въ 5%, **Dohrn** въ 10.2%. Въ противоположность имъ, **Seeger**, на основаніи данныхъ патолого-анатомическаго института въ Мюнхенѣ (**Bullinger**), опредѣляетъ ее въ 18%, каковое число не соответствуетъ практическимъ наблюдениямъ гинекологовъ. Это объясняется тѣмъ, что раньше твердые опухоли яичника разсматривались, какъ *poli me tangere* и не попадались, слѣдовательно, гинекологамъ.

Въ то время, какъ полагаютъ, что твердые опухоли яичника чаще наблюдаются двусторонне, **Leopold** (56 случаевъ) исчисляетъ эту частоту только въ 35.6% противъ 32.5% для кистовидныхъ опухолей (**West**). Согласно наблюдениямъ всѣхъ гинекологовъ, двустороннія твердые опухоли яичника въ большинствѣ случаевъ злокачественны; необходимо поэтому ихъ оперировать возможно раньше.

а) Фиброма и фиброміома яичника.

Среди строматогенныхъ опухолей яичника фибромы встрѣчаются наиболѣе рѣдко. Исходной точкой является соединительная ткань яичника, а въ единичныхъ случаяхъ по **Rokytansk'ому** и **Klob'у** соединительная ткань желтаго тѣла. Связь между фибромами и гэматомами яичника, какъ и при фибромахъ брюшныхъ покрововъ, не исключается.

Небольшіе фиброиды нерѣдко встрѣчаются въ видѣ разсѣянныхъ ограниченныхъ узловъ въ яичникахъ, иногда съ мелкокистовидными измѣненіями, далѣе, при заболѣваніяхъ яичниковъ, сопутствующихъ міомамъ матки. Диффузные фибромы достигаютъ въ среднемъ величины отъ гусиного яйца до головки новорожденнаго; рѣдко наблюдаются опухоли въ 30 килогр. (**Spiegelberg**). Фибромы чрезвычайно долго сохраняютъ нормальную форму яичника.

Ножка фибромы яичника образуется, по мнѣнію **Leopold'a**, глав-

нымъ образомъ широкой связкой, lig. ovarii же принимаетъ меньшее участіе, а труба остается свободной. И въ самомъ дѣлѣ, плотная опухоль, будучи тяжелѣе кисты, тянетъ широкую связку внизъ. Несмотря на это, наблюдались фибромы съ широкимъ основаніемъ и даже внутрисвязочныя, и правильность взгляда Leopold'a слѣдовало бы провѣрить на болѣе значительномъ матеріалѣ. Фиброма, особенно если она сидитъ въ боковой части яичника, можетъ, вслѣдствіе перекручиванія ножки, потерять свою связь съ яичникомъ и лежать свободно въ брюшной полости. Рядомъ съ чистой фибромой встрѣчается также примѣсь мышечныхъ клѣтокъ вслѣдствіе проникновенія туда связки; иногда встрѣчаются также дѣйствительныя миомагозныя клѣтки.

Микроскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ въ фибромахъ, кромѣ тѣхъ, которыя происходятъ изъ желтаго тѣла, и корковый слой которыхъ иногда образуетъ складки, отсутствіе капсулы, собственной миомамъ матки. Соединительная ткань превалируетъ, но встрѣчаются и мышечныя волокна, исходящія изъ сосудовъ и стромы яичника. При большихъ, частью внутрисвязочныхъ фибромахъ трудно, по мнѣнію Sp. Wells, какъ при операціи, такъ и на трупѣ отличить, имѣемъ ли мы фиброму яичника или субсерозную фиброму матки.

Клинически прощупывается сбоку отъ матки плотная, хорошо подвижная опухоль; сначала она имѣетъ форму яичника, потомъ становится круглой; срощенія рѣдко бываютъ.

Симптомы вначалѣ незначительны, только въ случаѣ ущемленія въ тазу, могутъ наступить угрожающія явленія, особенно во время родовъ. Менструація остается правильной до тѣхъ поръ, пока пораженъ одинъ только яичникъ; только при рѣдко наблюдаемомъ заболѣваніи обоихъ (з на 49) менструація становится недостаточной или совершенно отсутствуетъ. При доброкачественныхъ фибромахъ также появляется асцитъ, но не всегда, хотя и чаще, чѣмъ при миомахъ. Передъ операціей трудно въ такихъ случаяхъ отличить доброкачественную опухоль отъ злокачественной. Изъ осложненій можетъ быть опасной сравнительно часто наблюдаемая эмболія art. pulmonalis; образованію ея способствуютъ варикозныя сосуды матки.

При *распознаваніи* должно прежде всего опредѣлить, исходитъ ли опухоль изъ яичника или матки, причемъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что плотная опухоль чаще исходитъ изъ матки. Диагнозъ подтверждается, если рядомъ съ опухолью прощупывается яичникъ. За доброкачественный характеръ говоритъ медленный ростъ опухоли, нормальная менструація, отсутствіе асцита и кахексін.

Предсказаніе благоприятно при чистыхъ фибромахъ; такъ какъ, однако, возможенъ переходъ въ саркому, то вопросъ рѣшается на основаніи микроскопическаго изслѣдованія; поэтому предсказаніе при всякой плотной опухоли должно быть сомнительнымъ до операціи.

Леченіе. Обнаруженная плотная опухоль яичника должна быть удалена оперативнымъ путемъ; если опухоль невелика, и отсутствуетъ асцитъ, то влагалищной оваріотоміи должно отдавать предпочтеніе предъ брюшной.

б) Ракъ яичника.

Ракъ яичника является наиболѣе частой формой плотныхъ опухолей; онъ особенно часто бываетъ двустороннимъ. Развиваясь главнымъ

образомъ въ возрастѣ 40—50 лѣтъ, ракъ встрѣчается также и у болѣе молодыхъ женщинъ; я наблюдалъ двусторонній ракъ яичника у 26-лѣтней женщины, а Olshausen и Gussenbauer наблюдали его у 8-лѣтней дѣвочки.

Первичный ракъ яичника наблюдается:

а) Въ видѣ диффузной раковой инфильтраціи яичника, исходящей изъ эпителія фолликула, изъ трубокъ Pflüger'a. Эти опухоли порази-тельно часто бываютъ двусторонними и долго сохраняютъ форму яичника. Поверхность становится скоро неровной, узловатой (рис. 215).



Рис. 215. Первичный ракъ яичника.

Въ зависимости отъ преобладанія той или другой ткани, различаютъ мозговой, студенистый ракъ и скирръ. Вначалѣ ткань равномерно уплотнена, впослѣдствіи же появляются размягченіе, некрозъ и образованіе кистъ.

б) Вторая форма исходитъ изъ зародышеваго эпителія, а именно, изъ него образуются сосочковыя разрошенія съ цилиндрическимъ эпителиемъ, обнаруживающія, кромѣ увеличенія соединительной ткани, также альвеолярное строеніе разрошеннаго эпителія. Birch-Hirschfeld обнаружилъ въ стромѣ слоистыя известковыя тѣла. Эта форма имѣетъ характеръ ворсистой рака и впослѣдствіи трудно отличается отъ перешедшей на поверхность kystoma multiloculare papillom. Эта форма проявляетъ склонность быстро инфицировать сосѣдную брюшину; вслѣдствіе отдѣленія небольшихъ частицъ, осѣдающихъ на днѣ Дугласова пространства, на широкой связкѣ, на сальникѣ и кишкахъ, образуются вторичныя опухоли, которыя Freund справедливо считаетъ не метастазами, а прививкой; поверхность этихъ опухолей мягка, ломка и легко кровоточитъ.

Далѣе, наблюдаются *вторичныя* раковыя опухоли яичника:

а) Въ видѣ метастазовъ, возникшихъ черезъ посредство кровеносныхъ сосудовъ, иногда также съ пораженіемъ паховыхъ железъ.

б) Вслѣдствіе прививки при ракъ желудка, толстыхъ кишекъ, грудной железы, желчнаго пузыря, рѣдко матки; эта форма часто бываетъ двусторонней.

с) Вслѣдствіе раковаго перерожденія *kystadenoma serosum papillar.*, рѣже *kystadenoma pseudomucinosum*.

Ножка коротка и толста, часто инфильтрирована, поражены также обыкновенно бывают *mesosalpinx* и труба. Рано образуется асцитъ; жидкость содержитъ кровь, иногда также характерныя распавшіяся клѣтки; къ этому нерѣдко присоединяется плевритическій эксудатъ.

Симптомы. При ракъ, особенно двустороннемъ, что наблюдается въ 90% всѣхъ случаевъ, развивается еще раньше достиженія опухолью опредѣленной величины тяжелая кахексія. Если больная еще не находится въ климактерическомъ періодѣ, то менструація становится скудной, неправильной и запаздываетъ, послѣ чего наступаетъ полная аменоррея. Ракъ яичника самъ по себѣ боли не вызываетъ, она появляется только при наличности срощеній. При асцитѣ и раздраженіи брюшины образуется вздутіе живота, слѣдствіемъ чего являются чувство напряженія, тяжести, расстройство пищеваренія, уменьшеніе мочеотдѣленія; рано появляется исхуданіе и грязный цвѣтъ кожи; предложенное *Sp. Wells'*омъ выраженіе *facies ovarica* больше подходитъ къ этой болѣзни, чѣмъ къ кистаденомѣ.

Распознаваніе нетрудно уже потому, что больныя обращаются обыкновенно къ врачу при полномъ развитіи болѣзни; двусторонность, бугристая поверхность, асцитъ и кахексія говорятъ за раковый характеръ опухоли; нерѣдко прощупываются кусочки въ Дугласовомъ пространствѣ, прочно сидящіе узлы въ параметриі, небольшія опухоли въ салъникѣ или вообще въ полости живота, сильное опуханіе лимфатическихъ железъ въ паховой и поясничной областяхъ

Предсказаніе неблагоприятно и при оперативномъ вмѣшательствѣ; въ $\frac{3}{4}$ всѣхъ случаевъ появляются рецидивы, если вообще возможно наблюденіе въ теченіе продолжительнаго времени.

Леченіе. Сравнительно поздно стали прибѣгать къ операциі злокачественныхъ опухолей, такъ какъ результаты операциі, несмотря на соблюденіе строгой асептики, нехороши вслѣдствіе послѣдующихъ кровотеченій и появленія рецидивовъ. Предложенное *W. A. Freund'*омъ удаленіе пораженныхъ ракомъ яичниковъ даже при наличности метастазовъ не всегда приноситъ столь блестящіе результаты, какъ объ этомъ повѣствуетъ этотъ авторъ.

Проколъ допустимъ въ исключительныхъ только случаяхъ, въ которыхъ сильный асцитъ препятствуетъ ощупыванію и, слѣдовательно, распознаванію, или съ цѣлью въ неоперативныхъ случаяхъ облегчить страданіе больныхъ. Производство прокола опасно въ виду возможности поврежденія частицъ опухоли, могущаго вызвать смертельное кровотеченіе.

Производство *laparotomii* съ цѣлью удаленія опухолей сопряжено съ особенными трудностями; разрѣзъ брюшныхъ покрововъ и многочисленныхъ срощеній съ салъникомъ, брюшной стѣнкой и кишечникомъ сопряженъ съ кровотеченіемъ; опухоль часто отрывается, и появляются трудно останавливаемые кровотеченія въ глубинѣ; возможно также поврежденіе кишки при отдѣленіи срощеній, особенно если стѣнка кишки уже инфильтрирована ракомъ. Отдѣленіе плотной опухоли производится возможно ниже новообразованія; все же можетъ оказаться нужнымъ пальцемъ отдѣлить остающіяся части опухоли, особенно въ Дугласовомъ пространствѣ и на широкой связкѣ. Принимая во вниманіе, что ракъ

яичника можетъ быть вторичнымъ, необходимо всей рукой ощупать брюшную полость, особенно желудокъ, печень и желчный пузырь. Случаямъ, въ которыхъ больныя умираютъ вскорѣ послѣ операціи, можно противопоставить такіе, въ которыхъ пациенты чувствуютъ себя въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ хорошо.

Согласно даннымъ *Schneidera* (диссертация Марбургъ), 67 случаевъ, оперированныхъ съ 1877 года, дали смертность въ 49,00%. Странно, что при этихъ операціяхъ труднѣе бываетъ избѣгнуть образования септического перитонита, чѣмъ при другихъ операціяхъ¹.

Если пробная инцизія обнаруживаетъ возможность оперативнаго удаленія опухоли, то, выпустивъ асцитъ, снова зашиваютъ животь, ибо наполовину произведенная операція является наиболѣе опасной.

с) Саркома яичника.

Саркома поражаетъ обыкновенно болѣе молодыхъ, чѣмъ ракъ, и наблюдается еще до наступленія менструаціи и даже у 2—8 лѣтнихъ дѣвочекъ.

Поверхность опухоли гладка, блѣдно-краснаго цвѣта, формы яичника и мягкой консистенціи; вслѣдствіе раздраженія растущей опухоли, послѣдняя образуетъ сращения съ сосѣдними органами. При микроскопическомъ изслѣдованіи обнаруживаются какъ веретенообразныя, такъ и круглыя клѣтки или тѣ и другія; если превалируетъ соединительная ткань, то говорятъ о *фибросаркомѣ*. Послѣдняя является, несомнѣнно, наиболѣе доброкачественной формой саркомы. Небольшіе фолликулы рано атрофируются, а болѣе значительныя участвуютъ вначалѣ въ процессъ разрошенія; при сильной саркоматозной инфильтраціи яичника они погибаютъ. Въ саркомахъ наблюдаются часто вторичныя измѣненія, а именно, размягченіе, жировое перерожденіе, омертвѣніе, кровоизліянія и тромбозъ. Близко къ саркомѣ стоитъ *endothelioma ovarii*; послѣдняя исходитъ изъ эндотелія кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, а по *Eberth'u*, изъ перителія ихъ, что *Polaпо* отрицаетъ; она растетъ въ формѣ мелкоклѣточного разрошенія около сосудовъ и представляетъ въ концѣ концовъ опухоль, равномѣрно измѣняющую яичникъ; къ этому могутъ присоединиться метастазы въ маткѣ и паховыхъ железахъ¹). Нерѣдко въ саркомахъ происходитъ гетерологическое дифференцированіе ткани, а именно, встрѣчаются миосаркомы, хондроостеосаркомы и миксомеланосаркомы.

Не столь часто, какъ при ракѣ (33%), поражаются оба яичника; въ общемъ опухоли остаются средней величины, но иногда онѣ быстро увеличиваются, доходя до пупка. *Weinleschner* описываетъ случай, въ которомъ яичники вѣсили 600—700 грам. Метастазы наблюдаются въ маткѣ, трубахъ, кишкахъ, печени и легкихъ; въ концѣ концовъ ни одинъ органъ, кромѣ брюшины, не остается свободнымъ; асцитъ имѣется.

Симптомы саркомы настолько похожи на таковыя рака, что я считаю излишнимъ ихъ вновь разсматривать. Наличие менструаціи и здѣсь зависитъ отъ количества оставшейся здоровой ткани яичника.

Предсказаніе нѣсколько благопріятнѣе при одностороннемъ пораженіи, чѣмъ при двустороннемъ.

При наличности асцита и двустороннемъ пораженіи, а также при

¹) См. *Federlin*, *Negars Beitrage*, т. 8.

неправильной менструации *диагноз* колеблется между ракомъ и саркомой, а при односторонней опухоли между саркомой и фибромой.

Лечение—оперативное и состоитъ въ удаленіи опухоли посредствомъ лапаротоміи; по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, предсказаніе въ смыслѣ продолжительности излеченія нѣсколько лучше, чѣмъ при ракъ (v. B r a u n наблюдалъ случай, въ которомъ рецидивъ отсутствовалъ въ теченіе 10 лѣтъ).

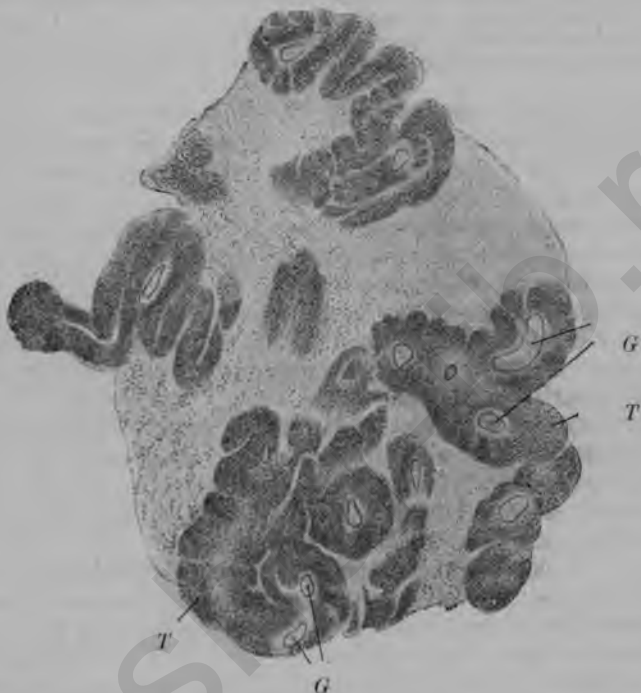


Рис. 216. Hämangiosarcoma ovarii. G—кровеносные сосуды, окруженные плотными трубками опухоли T.

Туберкулезъ яичниковъ очень рѣдко бываетъ первичнымъ (по Dührssen'y только 13 случаевъ), нѣсколько чаще бываетъ вторичнымъ, особенно вмѣстѣ съ туберкулезомъ трубъ. Внутри часто не очень увеличенныхъ яичниковъ обнаруживаются творожистые очаги и милиарные туберкулы. То же можно сказать объ эхинококкѣ; распознаваніе возможно только послѣ операціи.

3. Oophorektomia (кастрація).

Подъ *кастраціей* понимаютъ удаленіе макроскопически неизмѣненныхъ, во всякомъ случаѣ, мало увеличенныхъ яичниковъ съ цѣлью устранить нѣкоторые патологическіе процессы въ организмѣ. Negar не только производилъ эту операцію раньше Battey и Tait'a, но научно обосновалъ ее, такъ что онъ вправѣ называть эту операцію именемъ Negar'a, а не Battey.

180

Кастрація означає усуненіє овуляціі и, слѣдовательно, ея функціі для организма, аналогично этой операціі у мужчины.

Негагъ въ своей монографіи ¹⁾, на основаніи физиологическихъ данныхъ, клиническихъ наблюденій и опытовъ на животныхъ показалъ, что удаленіе яичниковъ вызываетъ въ половыхъ органахъ тѣ же измѣненія, какія наступаютъ въ климактерическомъ періодѣ, и что потомъ наступаютъ измѣненія во всемъ организмѣ, являющіяся слѣдствіемъ отсутствія овуляціі. Всѣ эти явленія съ почти абсолютной вѣрностью вызываются, если удалить всю функционирующую ткань, причемъ безразлично, нормальны ли яичники или обнаруживаютъ болѣе или менѣе значительныя измѣненія. Нормальное состояніе яичниковъ не подходитъ подъ понятіе о кастраціи, какъ Нег а гъ сначала предполагалъ, ибо многіе яичники кажутся макроскопически послѣ операціи нормальными, а микроскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ измѣненія.

Кастрація, предложенная Нег а г'омъ въ то время, когда міомотомія давала еще плохіе результаты, средствомъ противъ міомъ, примѣнялась впослѣдствіи при многіихъ другимъ болѣзняхъ, причемъ показанія къ этой операціи, какъ и все въ гинекологіи въ послѣдніе годы, сильно преувеличивались. Я не могу согласиться съ тѣмъ, что кастрація имѣетъ только историческій интересъ; небольшую область ея примѣненія я признаю. Показанія къ кастраціи суть:

1. Врожденные или приобретенные дефекты; далѣе, атрофія влагалища и матки, при которой вызванное овуляціей менструальное кровотеченіе не имѣетъ выхода; функционирующіе яичники при дефектѣ матки или uterus bipartitus rudimentarius.

2. Нѣкоторыя болѣзни и неправильное положеніе яичниковъ, какъ, наприм., врожденное или приобретенное ихъ положеніе въ грыжевомъ мѣшкѣ, въ Дугласовомъ пространствѣ, хроническія воспалительныя измѣненія съ образованіемъ кистъ, т. е. хроническій оофоритъ; наконецъ, воспалительныя срощенія съ сосѣдними органами.

3. Мною предложенное показаніе — не уступающая никакимъ средствамъ *остеомалація* ²⁾ при неспособности больныхъ къ работѣ; пуэрперальная, непуэрперальная и двѣичья остеомалація въ этомъ отношеніи одинаковы, но не старческая. Не поддается въ настоящее время объясненію, почему удаленіе яичниковъ излечиваетъ размягченіе костей. Если трофоневрозъ костей привести въ связь съ болѣзненной секреціей яичниковъ, то это будетъ только гипотезой. Цѣнны анатомическія изслѣдованія Sch nell'я, согласно которымъ, высокая степень заболѣванія яичниковъ соотвѣтствуетъ высокой степени остеомалаціи. Такой же результатъ достигается полнымъ удаленіемъ матки *вмѣстѣ съ яичниками*. Можетъ ли рентгенотерапія конкурировать съ этой операціей, покажетъ будущее.

Если я, какъ и В и т т, считаю въ начальныхъ формахъ легочной чахотки показанной полную экстирпацію беременной матки вмѣстѣ съ яичниками, то я представляю себѣ такіе случаи, въ которыхъ я буду кастрацію предпочитать удаленію трубъ, особенно у туберкулезныхъ больныхъ, истощенныхъ вслѣдствіе тяжелой менструаціи, ибо удаленіе яичниковъ влечетъ за собою увеличеніе жира и кальціевыхъ солей въ организмѣ.

¹⁾ Volkmanns Sammlung klin. Vortr. 136—138.

²⁾ См. Fehling. Archiv f. Gynäk. Bd. 39 und Winckel, Volkmanns Sammlung klin. Vorträge. N. F. 71.

4. Отъ послѣдняго показанія, т. е. производства кастраціи при тяжелыхъ нервныхъ болѣзняхъ (истеріи) и психозахъ германскіе гинекологи отказались въ виду полученныхъ имъ неблагоприятныхъ результатовъ. Если въ послѣднее время такой компетентный авторъ, какъ Bossi, вновь предлагаетъ производить эту операцію при психозахъ и разстройствахъ душевнаго равновѣсія, указывая при этомъ на полученные имъ хорошіе результаты, то мы должны пересмотрѣть этотъ вопросъ.

Совершенно отвергнуть нужно первое и главное показаніе Negar'a производить кастрацію при міомахъ, сильныхъ кровотеченияхъ и т. д.; правильнѣе въ этихъ случаяхъ совершенно удалить нормальную или патологически измѣненную матку.

Первоначальное требованіе Negar'a, чтобы предварительно прощупать яичники, не всегда правильно. Въ возрастѣ старше 45 лѣтъ эта операція рѣдко показуется.

Способъ производства операціи.

Удаленіе яичниковъ производится, во-первыхъ, брюшнымъ способомъ; эта операція ничѣмъ не отличается отъ таковой для удаленія небольшихъ опухолей яичниковъ. Въ другихъ же случаяхъ, особенно при совершенно подвижныхъ яичникахъ, предпочтителенъ влагалищный способъ. Наконецъ, Döderlein и Krönig предложили удалить яичники черезъ расширенный паховый каналъ. Преимущество послѣдней операціи состоитъ въ томъ, что она производится при мѣстной анестезіи.

Послѣ полного удаленія обоихъ яичниковъ появляется послѣднее менструальное (?) кровотеченіе, которое не можетъ быть объяснено современной теоріей; быть можетъ, мы имѣемъ дѣло съ застойнымъ кровотеченіемъ вслѣдствіе перевязки обѣихъ art. spermaticae.

Чисто историческій интересъ имѣетъ заимствованный изъ ветеринаріи разрѣзъ, который Negar примѣнилъ въ своихъ первыхъ операціяхъ. Этотъ разрѣзъ производится параллельно Пупарговой связкѣ на 2—3 пальца выше ея по направленію отъ sp. il. ant. sup. къ срединной линіи на 3 сант. выше симфиза. Удобство, вызываемое близостью яичниковъ, не окупаются трудностью проложить путь черезъ толстыя богатыя кровью мышечныя массы, не говоря уже о томъ, что этотъ разрѣзъ годится только для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ яичникъ находится на нормальномъ мѣстѣ.

Послѣдующее леченіе и время оставленія больной постели такое же, какъ и послѣ овариотоміи.

Обратное развитіе матки начинается очень скоро послѣ операціи и достигаетъ своего максимума черезъ 6 мѣсяцевъ.

Таковы же процессы и въ широкихъ связкахъ и ихъ сосудахъ. Процессъ обратнаго развитія въ области влагалища и вульвы не всегда соотвѣтствуетъ таковому матки; многое зависитъ отъ того, идетъ ли дѣло о незамужней, или половое совокупленіе продолжается и послѣ операціи. У незамужнихъ влагалище быстро теряетъ свои складки, слизистая оболочка становится блѣдной и гладкой, и такъ-же измѣняется и вульва; напротивъ, старческія измѣненія у замужнихъ дольше отсутствуютъ. Послѣ кастраціи по поводу остеомалачіи поразительно, какъ быстро, а именно, уже на 2—3 день уменьшается чувствительность тазовыхъ костей, грудины и т. д.

Вмѣсто менструаціи появляются иногда molimina menstrualia;

зато медленно исчезают такія явленія, какъ боль въ крестцѣ, разлитая боль въ области яичника, иррадирующіе симптомы, какъ гастралгія и гемикранія. Приступы срединной боли также медленно исчезаютъ. Весьма важно въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ, особенно въ то время, когда должна была бы быть менструація, оставаться въ постели.

Половое чувство при совокупленіи иногда ослабѣваетъ, иногда же сохраняется; объ уродствѣ въ этомъ отношеніи не можетъ быть и рѣчи, особенно если имѣть въ виду, что половина всѣхъ женщинъ вообще не возбуждима въ половомъ отношеніи. Такія же благоприятныя наблюденія отмѣчаетъ Pfister ¹⁾, изслѣдовавшій большое число оперированныхъ Kuhn'омъ больныхъ.

Изъ явленій выпаденія чаще всего наблюдаются приливы крови, какъ въ нормальномъ климактеріи. Подавленнаго душевнаго состоянія и ослабленія памяти я не наблюдалъ такъ часто, какъ Pfister. Что оваринъ или лютеинъ (Fränkel) не только вліяетъ на явленія выпаденія путемъ внушенія, но оказываетъ также физиологически обоснованное дѣйствіе, показали интересные опыты Löwy и Richter'a ²⁾, согласно которымъ, пониженное послѣ кастраціи потребленіе кислорода усиливается даже въ большей степени, чѣмъ это нужно, послѣ принятія оварина. Pollak также указываетъ, что отсутствіе внутренней секреціи яичниковъ имѣетъ своимъ слѣдствіемъ уменьшеніе окисленія жировъ, которые навоняютъ паренхиму всѣхъ органовъ и отлагаются даже въ мышцахъ сердца. По мнѣнію Mattes'a, выдѣленіе фосфорной кислоты увеличивается, но сравнительно задерживаются въ организмѣ земельныя щелочи.

Neumann, наоборотъ, констатируетъ послѣ приѣма оварина увеличенное выдѣленіе солей и временное усиленіе азотистаго обмѣна. Другіе рекомендуютъ, вмѣстѣ оварина, овараденъ (Knoll) и оварадентриферринъ.

Нѣтъ смысла приводить здѣсь старыя статистическія данныя объ успѣхахъ кастраціи. Понятно, что 25—30 лѣтъ тому назадъ результаты простого удаленія яичниковъ должны были быть лучшими, чѣмъ таковыя міактоми. При современной асептикѣ операція простой кастраціи не представляетъ никакой опасности для жизни.

Результаты кастраціи при остеомалации, по Günther'y (дисс. Тюбингенъ 1896), слѣдующіе: изъ 125 случаевъ 3,2% окончились летально, 72% излечились, въ 23% наступило улучшеніе, а въ 5% результатъ былъ неудачный. Grizzle же считаетъ на 97 случаевъ 83,1% излеченія.

ГЛАВА IX.

Заболѣванія брюшины и тазовой клѣтчатки (Fr.).

Анатомія.

а. *Тазовой брюшиной* (Pelviperitoneum) называется часть брюшины, совершенно выстилающая полость таза. Начиная отъ linea semi circularis Douglasii внизъ къ симфизу брюшина рыхло связана съ fascia transversa; между ними

¹⁾ Pfister, Wirkung der Kastration auf den weiblichen Organismus. Archiv f. Gynäk. Bd. 56.

²⁾ Sexualfunktion und Stoffwechsel. Archiv f. Anat. u. Physiol. Suppl.-Bd. 1899.

находится рыхлая, богатая жиромъ соединительная ткань, количество которой увеличивается около симфиза и нѣсколько позади нея впереди пузыря. Это рыхлое соединительнотканное пространство называется *cavum Retzii* (praevesicale). Оно имѣетъ треугольную форму. Верхушка треугольника направлена къ *linea semicircularis*. Съ передней брюшной стѣнки на уровнѣ верхняго края симфиза брюшина переходитъ на верхнюю и заднюю стѣнки пузыря, откуда на уровнѣ внутренняго зѣва матки она переходитъ на переднюю стѣнку послѣдней. Брюшинное пространство между передней стѣнкой матки и задней стѣнкой пузыря называется *excavatio vesico-uterina* (переднее Дугласово пространство).

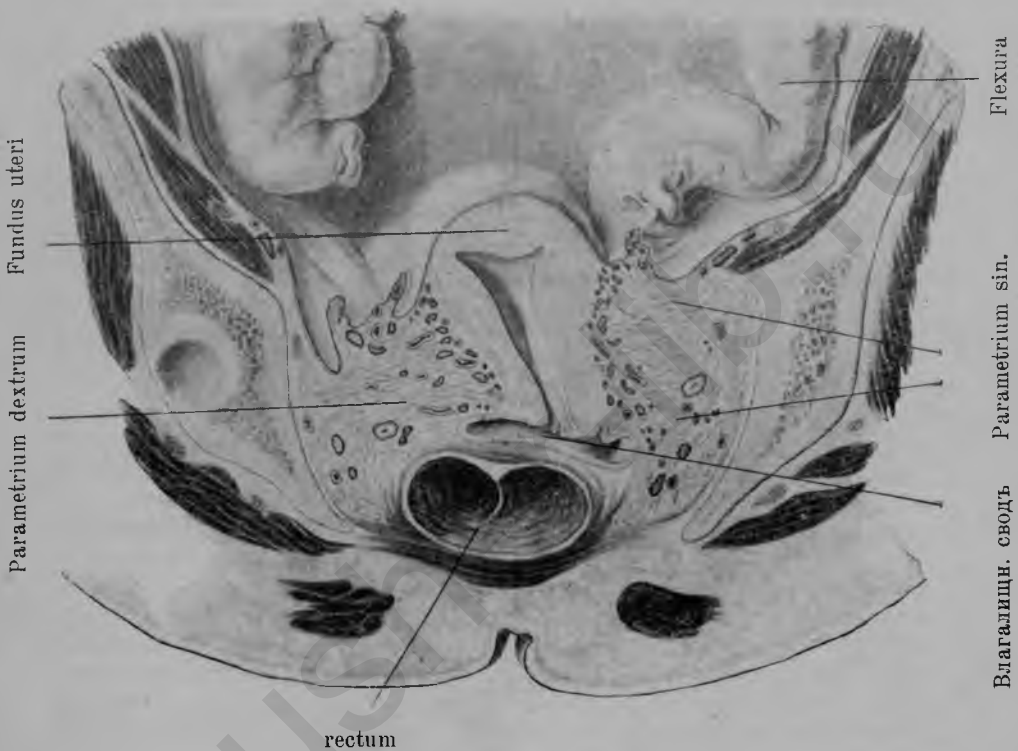


Рис. 217. Фронтальный разръзъ черезъ тазъ; видъ спереди (24-лѣтняя VI-рага).

Брюшина покрываетъ всю матку, спускаясь на задней стѣнкѣ ниже, чѣмъ на передней; она покрываетъ не только всю заднюю стѣнку матки, но также верхнюю четверть влагалища, переходя потомъ на прямую кишку. Между прямой кишкой и задней стѣнкой матки лежитъ брюшинное пространство, *excavatio recto-uterina*, называемое также Дугласовымъ пространствомъ.

Брюшина плотно прилегаетъ къ большей части матки, рыхла она только спереди, на мѣстѣ перехода на пузырь, на уровнѣ внутренняго зѣва матки, также сзади на стѣнкѣ шейки и на двѣ Дугласова пространства.

Отъ основанія пузыря къ обѣимъ сторонамъ матки проходятъ двѣ полулунныя складки брюшины, *plicae vesicouterinae*, содержащія гладкя мышечныя волокна.

Отъ задней поверхности шейки на уровнѣ внутренняго зѣва идутъ сбоку, ограничивая Дугласово пространство, двѣ серповидныя складки къ обѣимъ сторонамъ прямой кишки (*Дугласовы складки*, *plicae semilunares Douglasii*, *retractores uteri*). Онѣ содержатъ гладкя мышечныя волокна, эластическя волокна и соединительную ткань и проникаютъ въ серозную и мышечную

оболочки прямой кишки, частью въ тазовую фасцію и въ періостъ крестцовой кости на уровнѣ второго и третьяго крестцовыхъ позвонковъ.

Сбоку отъ матки брюшина покрываетъ широкія и круглыя связки, частью ихъ образуя. Широкія связки представляютъ въ верхней своей части дубликатуру брюшины. При вертикальномъ положеніи женщины часть широкой связки между маткой и яичникомъ проходитъ горизонтально, а въ лежачемъ положеніи — вертикально; наружная часть широкой связки оборачивается сзади дугой и расположена вертикально; она достигаетъ того мѣста на задней стѣнкѣ таза, куда вступаютъ сѣмянные сосуды. Это мѣсто приблизительно соответствуетъ высотѣ терминальной линіи, нѣсколько кзади на половинной линіи между промонторіемъ и симфизомъ.

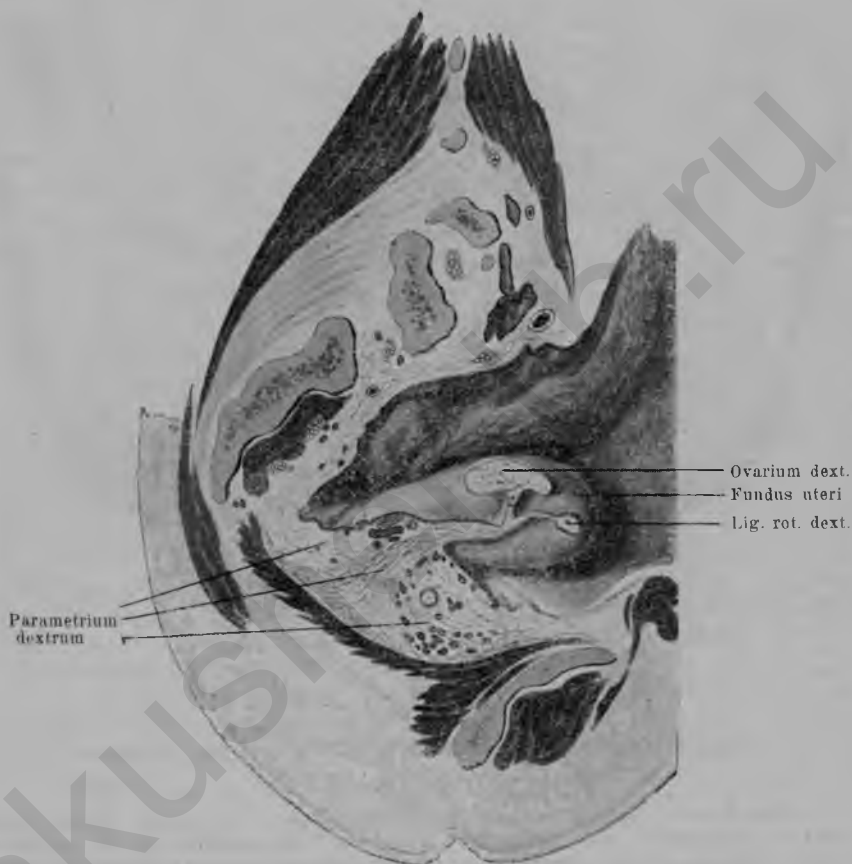


Рис. 218. Боковой сагиттальный разрѣзъ въ правой половинѣ таза. Видъ справа (41-лѣтняя VI-рага).

Задняя пластинка широкой связки проходитъ въ тазъ ниже, чѣмъ передняя. Вслѣдствіе соединенія яичника съ задней пластинкой широкой связки, благодаря трубъ и отношенію *lig. suspensorium ovarii* къ широкой связкѣ, образуется много нишъ. Плоская яма съ обѣихъ сторонъ матки называется *fovea parauterina*, сбоку находится *fovea ovarica*, въ которой лежитъ яичникъ, почти совершенно покрытый амнулой трубы.

В. Тазовая соединительная ткань. Исслѣдованіемъ тазовой клѣтчатки особенно занимались W. A. Freund, Rosthorn и Sellheim.

Распространеніе тазовой соединительной ткани станетъ ясно, если мы

простѣдимъ за ней на рисункахъ. Рис. 217—219 сдѣланы на основаніи пластическихъ моделей, изготовленныхъ Ferguson'омъ и Rosthorn'омъ.

На рис. 217 мы видимъ фронтальный разрѣзъ черезъ тазъ, проведенный вертикально сверху внизъ приблизительно черезъ поперечный діаметръ входа въ тазъ. Мы видимъ, какъ справа и слѣва большія массы соединительной ткани простираются до стѣнки таза, распространяясь между влагалищемъ и прямой кишкой и съ обѣихъ сторонъ прямой кишки. Въ соединительной ткани рыхлой и содержащей въ зависимости отъ состоянія питанія большія или меньшія количества жира проходятъ кровеносные и лимфатическіе сосуды, также мочеточники. Поперечные разрѣзы послѣднихъ находятся на рис. въ срединѣ соединительной ткани въ видѣ неправильныхъ круглыхъ свѣтлыхъ мѣстъ съ продольной линіей посрединѣ (просвѣтъ мочеточниковъ) и узкимъ темнымъ краемъ.

Рис. 218 показываетъ распространеніе соединительной ткани вверхъ и внизъ. Мы видимъ, что около трубъ она узка и по направленію къ тазовому дну расширяется, спереди переходитъ на симфизъ, а сзади къ крестцу. Отъ узкой верхней части внизъ проходитъ въ рыхлой ткани болѣе плотный тяжъ, который на рис. изображается въ видѣ тѣсно прилегающихъ другъ къ другу продольныхъ линій.

Наконецъ, на рис. 219 мы видимъ распространеніе соединительной ткани спереди и сзади. Она идетъ вокругъ всего пузыря, образуетъ спереди у симфиза вышеупомянутое *sacrum Rezii*, а сзади обхватываетъ прямую кишку.

Тазовая соединительная ткань служитъ для поддержки органовъ таза; какъ видно изъ рисунковъ, она богата кровеносными и лимфатическими сосудами и железами.

Острый перитонитъ.

Перитонитъ вызывается вѣдреніемъ микроорганизмовъ въ полость брюшины. Онъ развивается послѣ операціи и родовъ, послѣ вскрытія абсцессовъ, находящихся вблизи брюшины, напр., при піосальпинксѣ и параметритическихъ абсцессахъ, или влѣдствіе прободенія кишки, особенно червеобразнаго отростка.

Для того, чтобы сдѣлать понятнымъ образованіе перитонита, необходимо сдѣлать нѣсколько *физиологическихъ замѣчаній* о реагированіи брюшины на инфекцію. Брюшина въ общемъ обнаруживаетъ сильную сопротивляемость по отношенію къ инфекціи, она справляется съ инфекціоннымъ матеріаломъ, противъ котораго безсильна соединительная ткань. Примѣромъ могутъ служить абсцессы брюшныхъ покрововъ послѣ лапаротоміи; бактеріи, вызвавшія образованіе абсцесса, находились, несомнѣнно, также и на брюшинѣ, которая и уничтожила ихъ, не вызвавъ никакой клинической реакціи; въ соединительной же ткани брюшныхъ покрововъ онѣ вызвали нагноеніе.

Процессъ самопомощи брюшины противъ инфекціи довольно сложенъ. Онъ обуславливается *всасываніемъ* и *бактерицидными свойствами брюшиннаго эксудата*. Посредствомъ всасыванія бактеріи попадаютъ въ кровеносные и лимфатическіе сосуды, гдѣ и уничтожаются. Всасываніе имѣетъ мѣсто во всѣхъ частяхъ брюшины, особенно на діафрагмѣ, куда бактеріи попадаютъ, благодаря перистальтикѣ кишекъ и движеніямъ діафрагмы. Большой роли, однако, всасываніе не играетъ въ процессѣ уничтоженія бактерій; съ другой стороны, оно сопряжено съ опасностью, ибо воспріятіе очень вирулентныхъ бактерій кровеносными сосудами можетъ вызвать отравленіе всего организма.

Главная борьба съ инфекціей, несомнѣнно, происходитъ на мѣстѣ проникновенія ея. Подъ вліяніемъ раздраженія со стороны бактерій

брюшина образует экссудатъ съ лейкоцитами, уничтожающій инфекцію. Брюшина, такимъ образомъ, реагируетъ противъ видръившихся бактерий. Эта способность брюшины къ реакціи очень велика и зависитъ отъ состоянія ея. Въ случаѣ механическаго, химическаго и термическаго поврежденія бактерицидная сила ея уменьшается. Если вмѣстѣ съ бактеріями въ брюшную полость попадаютъ кровь, калъ, жидкость изъ кистъ, а при кесаревомъ сѣченіи околоплодная вода, то они производятъ вредное дѣйствіе тѣмъ, что бактеріи скрываются въ этой жидкости и не подвергаются бактерицидному дѣйствію.

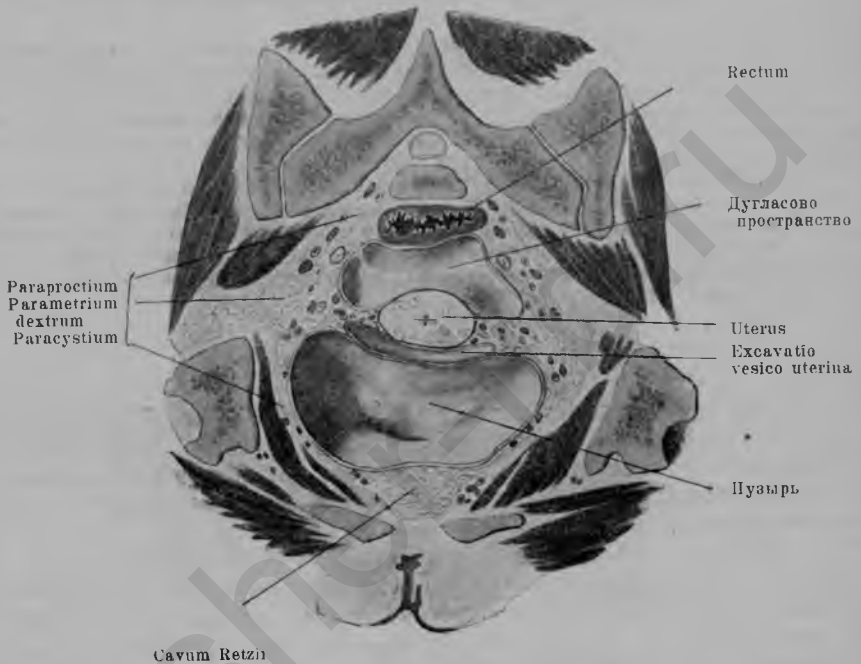


Рис. 219. Разрѣзъ таза черезъ нижній край симфиза; видъ сверху (17-лѣтняя нерожавшая).

Теченіе перитонита различно. Послѣ операциі оно зависитъ отъ степени распространенія раны, отъ вида, числа и вирулентности попавшихъ бактерий, также отъ продолжительности дѣйствія, отъ сопротивляемости всего организма и бактерицидныхъ свойствъ самой брюшины.

Главными бактеріями, вызывающими воспаленіе брюшины и наиболѣе опасными, являются *bacterium coli* и *стрептококки*. Если въ полость брюшины сразу попадаетъ большое количество очень вирулентныхъ бактерий, то развивается общій смертельный перитонитъ; если же онѣ проникаютъ постепенно и медленно, то первыя уничтожаются, но защитительныя силы организма постепенно ослабѣваютъ, и здѣсь можетъ появиться смертельная инфекція. Чѣмъ крѣпче и здоровѣе организмъ, тѣмъ легче переносится и тяжелая инфекція. Общая слабость, особенно вызванная злокачественными опухолями, уменьшаетъ сопротивляемость организма противъ инфекціи брюшины.

Эти сложные процессы дѣлають понятнымъ, почему *клиническая картина перитонита столь разнообразна*.

Перитонитъ можетъ развиваться медленно безъ особенныхъ клиническихъ явленій; незначительная боль въ животѣ, небольшое повышение температуры, не достигающее подъ мышкой 38° , нѣсколько учащенный пульсъ, небольшая тошнота, затрудненное выдѣленіе газовъ, незначительное напряженіе брюшныхъ покрововъ могутъ быть единственными признаками перитонита.

Въ болѣе ясно выраженныхъ случаяхъ животъ вздувается, появляются тошнота, икота или рвота, вѣтры не отходятъ, животъ сильно напряженъ; температура можетъ быть подлихорадочной или выше, пульсъ учащается.

Въ остро развивающихся случаяхъ происходитъ сильная рвота большимъ количествомъ черныхъ содержащихъ желчь массъ, животъ вздувается, какъ барабанъ; и въ этихъ случаяхъ температура можетъ быть очень высокой или низкой, но прежде всего пульсъ учащается до 140—150 и выше, онъ становится нитевиднымъ, кожа синеватой, языкъ сухъ, и опытный врачъ уже съ самаго начала узнаетъ тяжелое заболѣваніе.

Перитонитъ быстро оканчивается смертью, или явленія постепенно исчезаютъ, животъ становится мягкимъ, начинаютъ отходить газы, пульсъ замедляется, температура понижается, отрыжка и рвота прекращаются.

Очень обманчивы тѣ формы перитонита, которыя начинаются легкимъ повышеніемъ температуры и незначительнымъ учащеніемъ пульса, причѣмъ общее самочувствіе вначалѣ не очень страдаетъ, отсутствуютъ отрыжка и рвота, дѣятельность кишечника не нарушена, вѣтры отходятъ и отъ времени до времени отходятъ жидкія испражненія. Такіе случаи, сопровождаясь колебаніями температуры, могутъ еще черезъ нѣсколько недѣль окончиться смертельно, и на вскрытіи весь животъ оказывается наполненнымъ гноемъ. Эти случаи не всегда легко распознаются. Вниманіе обращаютъ жидкій стулъ, легкое напряженіе покрововъ, ремиттирующая лихорадка и общая протрація больныхъ.

Другія формы перитонита, обнаруживающія выше приведенныя явленія, легко распознаются. Трудно бываетъ только *рано диагностировать начинающійся перитонитъ*. Однимъ изъ наиболѣе важныхъ признаковъ является *напряженіе брюшныхъ покрововъ*. При попыткѣ рукой надавить на брюшныя покровы появляется рефлекторное ихъ напряженіе; очень удачно это состояніе называется „*défense musculaire*“. *Раннее распознаваніе чрезвычайно важно для леченія*. При отличительномъ распознаваніи слѣдуетъ прежде всего имѣть въ виду непроходимость кишекъ, при которой также наблюдаются вздутіе живота и рвота безъ повышения температуры и учащеніе пульса. Последняя болѣзнь характеризуется замѣтной подъ брюшными покровами перистальтикой кишекъ и напряженнымъ состояніемъ одной или нѣсколькихъ кишечныхъ петель. Если эти явленія отсутствуютъ или не наблюдаются вслѣдствіе толщины брюшныхъ покрововъ, то отличительное распознаваніе становится очень труднымъ, особенно если непроходимость кишекъ сопровождается перитонитомъ, что наблюдается далеко не рѣдко. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно съ цѣлью диагностированія, обнаруженія экссудата и опредѣленія его свойствъ прибѣгнуть къ проколу шприцемъ Праваца. Вреда не принести даже случайное поврежденіе иглой кишки.

Лечение.

Лечение можетъ быть *симптоматическимъ*, лекарственно-діететическимъ или *оперативнымъ*. Чрезвычайно труденъ бываетъ выборъ между ними, и требуется большая опытность для избранія правильного способа леченія. Лекарственное лечение показано лишь въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ возможно надѣяться на локализацию воспаления, на самопроизвольное излеченіе. Въ другихъ же случаяхъ необходимо оперативное вмѣшательство. Если не желаютъ оперировать, то кладутъ на животъ пузырь со льдомъ. Въ противоположность прежнему взгляду о необходимости успокоить кишечникъ препаратомъ опія, нужно возбудить перистальтику, ибо въ послѣдней мы усматриваемъ вспомогательное средство для борьбы съ инфекціей брюшины. Назначаютъ клистиры съ глицериномъ, изъ мыльной воды, высокія клизмы съ отваромъ ромашки, вставляютъ возможно выше трубку въ кишку и вливаютъ чрезъ нее съ нѣкоторымъ промежуткомъ времени 10, 15 и 20 литровъ отвара ромашки. Этимъ путемъ удается иногда возбудить перистальтику. Внутри даютъ физостигминъ 3 раза въ день по 1 миллигр. Во избѣжаніе рвоты ничего не даютъ *per os*, развѣ только пару кусочковъ льда. Противъ рвоты и съ цѣлью улучшить самочувствіе больныхъ, дѣлаютъ *промываніе желудка*.

Необходимо подчеркнуть, что не слѣдуетъ долго оставаться при этомъ леченіи, а необходимо немедленно приступить къ операциі. если улучшенія не наступаетъ, а явленія перитонита ухудшаются.

Во многихъ случаяхъ *ранней* операцией можно спасти жизнь больной. Разрѣзомъ по срединной линіи вскрываютъ животъ, а сбоку къ *hurochondrion* проводятъ еще по одному разрѣзу, съ цѣлью выпустить экссудатъ, серозный или гнойный. *Спорнымъ* является вопросъ о томъ, слѣдуетъ ли *промывать* брюшную полость. Нѣкоторые предлагаютъ это дѣлать стерилизованнымъ растворомъ поваренной соли. Я лично, какъ и многіе другіе, вынесли впечатлѣніе о томъ, что такое промываніе скорѣе вредно, чѣмъ полезно, быть можетъ, потому, что при этомъ возбудители инфекціи вгоняются въ брюшную полость, или потому, что оно разжижаетъ бактерицидные соки брюшины, дѣлая ихъ менѣе дѣйствительными.

Спорнымъ является также вопросъ о *дренированіи* брюшной полости. Не мѣшаетъ на нѣсколько часовъ послѣ операциі ввести между петлями кишекъ дренажныя трубки, обернутыя марлей. Не слѣдуетъ только ожидать при этомъ длительного и полного дренажа брюшной полости, ибо вокругъ трубокъ образуются сращения отдѣляющія ихъ отъ остальной части брюшной полости. Уже издавна мы довольствуемся тѣмъ, что держимъ раны брюшныхъ покрововъ нѣсколько открытыми посредствомъ марли и не дренируемъ брюшной полости или примѣняемъ дренажъ только въ теченіе нѣсколькихъ часовъ. Послѣ операциі назначаютъ лекарственное лечение, какъ оно выше было указано.

Если кишечныя петли при перитонитѣ очень вздуты, то полезно наложить *кишечный свищъ*, одну какую-нибудь петлю тонкихъ или толстыхъ кишекъ вшитъ въ рану и вскрыть. Этимъ вздутіе значительно уменьшается. Изъ этого свища можно клистирами возбудить дѣятельность кишекъ, производя нѣсколько разъ въ день промыванія поваренной солью или водой съ примѣсью глицерина. Послѣ излеченія перитонита свищи безъ труда заживаютъ сами собою.

Основнымъ правиломъ операциі перитонита должно быть возможно

скорѣе и осторожнѣе оперировать, довольствоваться простыми разрезами. Больныя перитонитомъ не переносятъ продолжительныхъ операций и главнымъ образомъ продолжительнаго наркоза.

Pelvipеритонитис.

Подъ пельвиперитонитомъ понимаютъ воспаленіе тазовой брюшины; это, слѣдовательно, локализованный перитонитъ; эта болѣзнь нервѣдка въ гинекологіи; она также вызывается бактеріями, но чаще всего гонококками. Изъ больной трубы гной попадаетъ въ брюшную полость, или бактерии проникаютъ изъ больного червеобразнаго отростка, который отчасти



Рис. 220. Пельвиперитонитическій эксудатъ.

или всецѣло находится въ маломъ тазу. Пельвиперитонитъ можетъ исходить также изъ другихъ органовъ таза, напр., вслѣдствіе прободенія матки инструментами или вслѣдствіе распространенія гнойнаго параметрита или перипроктита.

Различаютъ *острый* и *хроническій пельвиперитонитъ*.

Острый пельвиперитонитъ протекаетъ вначалѣ въ видѣ общаго перитонита легкой степени; боль, особенно въ нижней области живота, легкое вздутіе кишокъ, задержка газовъ, небольшая отрыжка, рвота, лихорадочное состояніе и учащеніе пульса. При внутреннемъ изслѣдованіи со стороны влагалища обнаруживается значительная болѣзненность при движеніи матки у portio, а также при попыткѣ пальцемъ поднять задній влагалищный сводъ. Въ концѣ концовъ эти острия явленія

проходятъ, воспаление прекращается, или образуется, въ Дугласовомъ пространствѣ гнойный эксудатъ (*Дугласовъ абсцессъ*, рис. 220). Образование гноя выражается вечерними повышениями температуры и пониженія ея по утрамъ, кривая температуры обнаруживаетъ большія колебанія, отъ 36.0—36.5 по утрамъ до 38.0—39.0 по вечерамъ. Частота и качество пульса при этомъ почти не измѣняются. Предоставленный собственному теченію, такой эксудатъ вскрывается обыкновенно въ прямую кишку; онъ можетъ также вскрыться въ брюшную полость и вызвать общій перитонитъ; послѣднее бываетъ очень рѣдко, такъ какъ вокругъ абсцесса образуются толстыя капсулы.

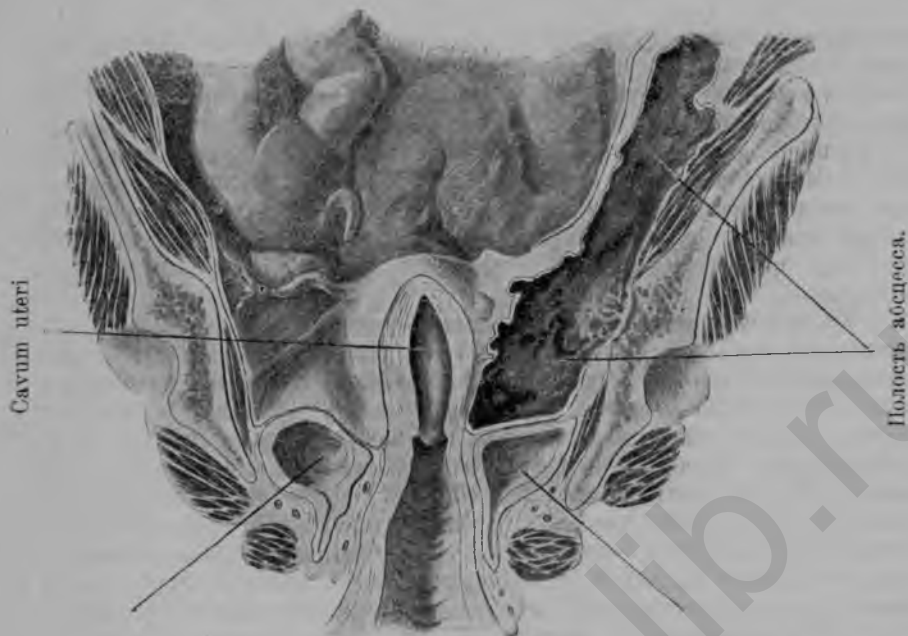
Распознаваніе пельвиперитонита на основаніи этихъ симптомовъ не трудно. При изслѣдованіи рукой обнаруживается въ начальныхъ стадіяхъ только болѣзненность живота, но другія измѣненія отсутствуютъ. По мѣрѣ дальнѣйшаго развитія болѣзни, обнаруживается эксудатъ въ Дугласовомъ пространствѣ. Послѣдній давитъ на задній влагалищный сводъ внизъ, уплощая его. На рисункѣ 220 видно положеніе эксудата. Для опредѣленія характера лежащей позади матки опухоли ее прокалываютъ со стороны задняго влагалищнаго свода шприцемъ Праваца и высасываютъ содержимое.

При *отличительномъ распознаваніи* нужно имѣть въ виду кровоизліянія въ Дугласовомъ пространствѣ, haematocoele и фиксированныя опухоли яичниковъ. Послѣднія представляютъ ограниченную, не переходящую въ сосѣднія ткани резистентность. Кровоизліянія же могутъ дать совершенно такую же картину, какъ и эксудаты. Въ случаяхъ инфицированія эксудата и появленія лихорадки діагнозъ ставится только на основанія прокола.

Леченіе различно въ зависимости отъ стадія, въ которомъ находится пельвиперитонитъ. Вначалѣ назначаютъ постельный покой и пузырь со льдомъ на животъ. Въ случаѣ появленія боли—суппозитории изъ опія и белладоны (extr. opii 0.01—0.02, extr. belladon. 0.01—0.02, butyr. caea 2.0). Въ *подостромъ стадіи* примѣняютъ горячіе компрессы, горячія спринцованія и термофоръ на животъ; при *образованіи эксудата* прибѣгаютъ къ *операции*. Расправляютъ влагалище въ зеркалѣ, захватываютъ заднюю губу зѣва и оттягиваютъ portio впередъ и вверхъ; отъ этого становится доступнымъ задній сводъ. Послѣ этого шприцемъ прокалываютъ опухоль, съ цѣлью точно опредѣлить мѣсто скопленія гноя, не удаляютъ иглу и поперечно разсѣкаютъ пакеленомъ влагалищный сводъ. Этимъ удается предупредить мучительныя и сильныя кровотечения изъ влагалищной стѣнки, имѣющія мѣсто при вскрытіи ножемъ. Послѣ этого вскрываютъ капсулу абсцесса корнцангомъ или ножемъ. Выпускаютъ содержимое, вводятъ въ полость абсцесса дренажную трубку такой длины, чтобы она выступала изъ влагалища. Ежедневно промываютъ полость абсцесса легкой дезинфицирующей жидкостью, растворомъ борной кислоты, kal. permang. Леченіе продолжается обыкновенно нѣсколько недѣль.

Хроническій пельвиперитонитъ.

Хроническій пельвиперитонитъ является слѣдствіемъ остраго. Онъ представляетъ состояніе брюшины послѣ протекшаго воспаления. Въ виду чрезвычайной способности брюшины къ реакціи образуются послѣ вос-



Правая часть пузыря

Левая часть пузыря

Рис. 221. Типичный послеродовой параметритический экссудат съ нагноением (Parametritis puerperalis sin (по W. A. Freund'y и v. Rosthorn'y).

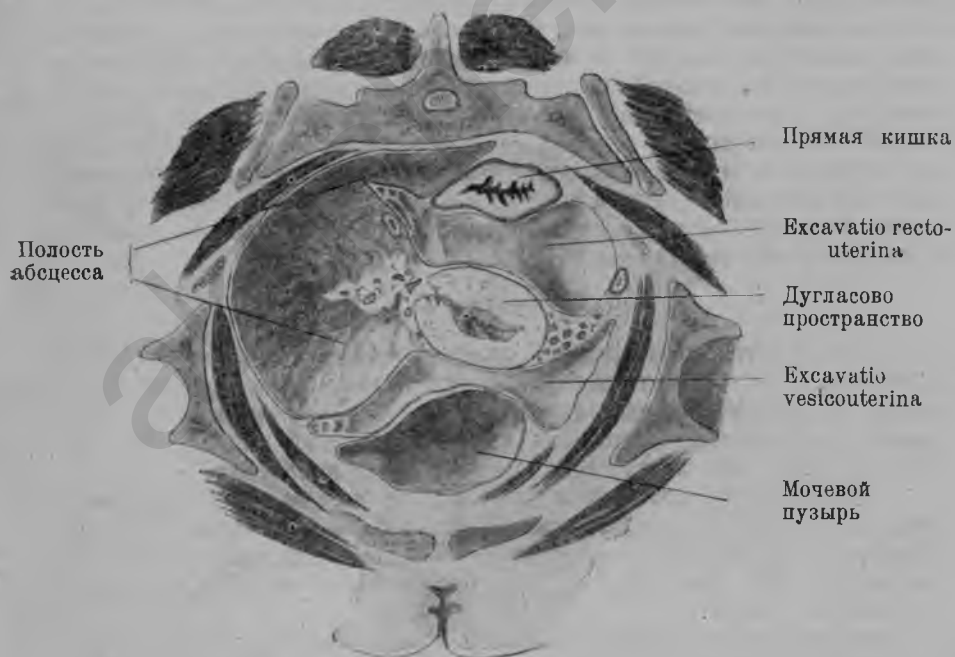


Рис. 222. Parametritis acuta: абсцесс правой широкой связки (по W. A. Freund'y и v. Rosthorn'y).

палений, вызвавшихъ разрушеніе поверхности серозной оболочки, срощенія и склеиванія органовъ, покрытыхъ брюшиной; въ полости малаго таза склеиваются, слѣдовательно, трубы и яичники съ широкими маточными связками, съ маткой; далѣе, происходитъ срощеніе матки съ пузыремъ и съ кишками, пузыря съ кишками; остаются также различнаго рода утолщенія. Слѣдствіемъ всѣхъ этихъ срощеній бывають полная или частичная неподвижность органовъ, вызывающая боль и явленія со стороны прямой кишки и пузыря; участіе яичниковъ въ срощеніяхъ, закрытіе пути для прохожденія яичекъ и закрытіе отверстій трубы ведутъ къ безплодію.

Хроническій пельвиоперитонитъ легко распознается. Срощенія и неподвижность органовъ легко опредѣляются при изслѣдованіи рукой. Лечение можетъ быть или рассасывающимъ, имѣющимъ цѣлю уничтожить срощенія и остатки эксудата, или оперативнымъ. Примѣняется все, что можетъ вызвать сильную гиперэмію: горячіе компрессы, грязевые компрессы, фанго, горячія спринцеванія, горячій воздухъ и свѣтъ. Грязевыя ванны очень полезны. Можно испробовать примѣненіе тампоновъ съ ихтиоломъ и тигеноломъ; можно попробовать уничтоженіе срощеній также массажемъ; но послѣдній нужно примѣнять осторожно, особенно у нервныхъ, больныхъ, у которыхъ этотъ методъ леченія можетъ вызвать ухудшеніе. Болѣе цѣлесообразнымъ является леченіе отягощеніемъ по W. A. Freund'u, оказывающее такое же дѣйствіе, какъ и массажъ. Положивъ больную съ приподнятымъ тазомъ, вводятъ въ влагалище кольпейринтеръ, начиненный 1—2 килогр. ртути. Въ зависимости отъ выносливости больныхъ его оставляють лежать $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа и ежедневно повторяють эту процедуру. Насильственные отдѣленія срощеній, какъ они когда-то рекомендовались, не цѣлесообразны, такъ какъ они небезопасны, а дѣйствіе ихъ ненадежно. Быстрѣе и лучше дѣйствуетъ *операция*. Оперируютъ посредствомъ лаваротоміи, но не per vaginam, такъ какъ только сверху можно обозрѣвать срощенія и участіе въ нихъ отдѣльныхъ органовъ, особенно червеобразнаго отростка, и только сверху можно разсчитывать на возможность отдѣленія срощеній безъ поврежденія органовъ. Слѣдуетъ ли послѣ отдѣленія срощеній вывести матку изъ области срощеній посредствомъ операціи Alexander-Adam's'a, это зависитъ отъ каждаго случая въ отдѣльности.

Параметритъ.

Параметритъ представляетъ воспалительное заболѣваніе тазовой клѣтчатки. Хотя подъ параметритомъ въ тѣсномъ смыслѣ слова понимаютъ воспаленіе тазовой клѣтчатки сбоку отъ матки, все же этимъ именемъ обозначаютъ воспаленіе клѣтчатки во всей полости таза. На рис. 217—219 ясно видно расположеніе тазовой клѣтчатки.

Параметритъ вызывается инфекціей, а именно, проникновениемъ микроорганизмовъ по лимфатическимъ сосудамъ въ соединительную ткань. Причины этихъ инфекцій различны: поврежденіе шейки и влагалища при операціяхъ, при выскабливаніи, при расширеніи палочкой ламинарии и ошущиваніи матки.

Распадающіяся раковыя опухоли шейки могутъ также вызвать образованіе параметрита. Чаще всего наблюдается послѣродовой параметритъ. Въ большинствѣ случаевъ воспаляется соединительная ткань

сбоку отъ матки въ области шейки. Появляются сначала утолщеніе, опуханіе и, наконецъ, флегмонозное нагноеніе. На рис. 222 видно, какъ брюшина спереди и сзади отгѣснена, и абсцессъ доходитъ до стѣнки таза и прямой кишки. Въ другомъ случаѣ (рис. 221) мы видимъ, какъ абсцессъ на боковой тазовой стѣнкѣ доходитъ до уровня *crista ossis ilei*, и здѣсь брюшина такъ-же отгѣсняется. Точно такъ-же, какъ на этихъ рисункахъ, абсцессъ сбоку подвигается вверхъ, онъ можетъ также, соответственно распространенію тазовой клѣтчатки, распространиться спереди вокругъ пузыря и сзади вокругъ прямой кишки.

Будучи *инфекционнымъ заболѣваніемъ*, параметритъ сопровождается повышеніемъ температуры, учащеніемъ пульса, болѣзненностью, плохимъ самочувствіемъ, плохимъ сномъ, отсутствіемъ аппетита, ощущеніемъ жажды и головной болью. При отсутствіи внимательства, гной можетъ вскрыться наружу чрезъ брюшные покровы; онъ можетъ также вскрыться и въ брюшную полость, рѣдко въ прямую кишку.!

Распознаваніе параметрита въ общемъ нетрудно. Измѣненія и утолщенія параметрія прощупываются въ видѣ плотной, широкой, иногда флюктуирующей опухоли сбоку отъ матки, въ тѣсной связи съ послѣдней и съ стѣнкой таза. По направленію къ послѣдней резистентность становится шире; она неподвижна и отгѣсняетъ матку въ противоположную сторону. Если резистентность подвигается вверхъ надъ входомъ въ тазъ, то она прощупывается снаружи надъ Пупартовой связкой.

Леченіе ограничивается вначалѣ, пока отсутствуетъ гной, постельнымъ покоемъ и пузыремъ со льдомъ. Противъ боли назначаютъ свѣчки изъ морфія или опія. Если образовался абсцессъ, то выпускаютъ гной. Со стороны влагалища это трудно удается, такъ какъ при боковомъ положеніи абсцесса легко поранить маточную артерію. Удобнѣе всего вскрывать эти абсцессы со стороны живота, и это тѣмъ легче, чѣмъ выше простирается абсцессъ. Разрѣзъ брюшныхъ покрововъ производятъ послонно до достиженія абсцесса. Если при этомъ случайно вскрыта была брюшная полость, то необходимо сейчасъ же зашить брюшину. Если въ брюшную полость попало немного гною, то не слѣдуетъ беспокоиться; гной изъ параметритического абсцесса обыкновенно не вредитъ брюшинѣ. Нѣтъ надобности также оставлять брюшную полость открытой, и даже въ случаѣ проникновенія туда гноя, ее можно закрыть. Полость абсцесса дренируютъ, и она уменьшается извнутри. Для этого необходимо держать посредствомъ дренажа полость открытой, пока она сама не закроется.

Хроническій параметритъ.

Послѣ воспалительныхъ процессовъ въ тазовой клѣтчаткѣ могутъ остаться плотныя перемычки и утолщенія, имѣющія, въ зависимости отъ интенсивности воспаления и степени излеченія, различную толщину. Утолщеніе Дугласовыхъ складокъ называется *parametritis posterior*. Послѣдствія суть: неподвижность матки и боли. При изслѣдованіи перемычки легко прощупываются. Леченіе то же, что и хроническаго пельви-перитонита.

Peritonitis tuberculosa.

Туберкулезный перитонитъ наблюдается на вскрытіяхъ у женщинъ въ 4.1%, а у мужчинъ въ 3.1%, т. е. одинаково часто у обоихъ половъ.

По даннымъ *Sohlmerp'ta* и *Krönig'a*, частота туберкулезнаго перитонита у женщинъ колеблется между 4 и 12%. Онъ наблюдается всегда одновременно съ туберкулезнымъ заболѣваніемъ другихъ органовъ, особенно легкихъ, но также кишекъ, почекъ, лимфатическихъ железъ и плевры.

Туберкулезный перитонитъ почти всегда развивается вторично чрезъ кровеносные и лимфатическіе сосуды. Туберкулезныя бациллы переносятся изъ очага въ легкомъ на брюшину, гдѣ и вызываютъ воспаленіе; это наиболѣе частый способъ происхожденія.

Туберкулезныя бациллы могутъ, однако, лимфатическимъ путемъ перейти на брюшину и съ кишечника, изъ туберкулезной железы живота или сосѣднаго органа.

Поразительно часто поражаются при туберкулезномъ перитонитѣ половые органы. По даннымъ *Fehling'a*, частота составляетъ у мужчинъ 19.9%, у женщинъ 71.4%. Эта локалізація туберкулеза въ большинствѣ случаевъ вторична, а не наоборотъ, т. е. туберкулезъ брюшины не вызываетъ туберкулезомъ половыхъ органовъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ, однако, первичный очагъ находится въ половыхъ органахъ, преимущественно въ трубѣ, и вслѣдствіе травмы (операций на маткѣ, выскабливанія и т. д.) происходитъ разсѣваніе бациллъ изъ трубы.

Туберкулезный перитонитъ наблюдается въ двухъ формахъ, въ *влажной* и *сухой*. Скопленіе жидкости въ брюшной полости наблюдается въ 36.1% всѣхъ случаевъ. При этомъ брюшина покрыта многочисленными туберкулезными узелками, гиперэмирована и утолщена. Количество эксудата (туберкулезнаго асцита) различно; небольшія количества чередуются съ нѣсколькими литрами. Цвѣтъ соломенно-желтый, жидкость рѣдко смѣшана съ кровью, она можетъ быть мутной, хлопьевидной съ гнойнымъ распадомъ ткани. Эксудатъ можетъ находиться *свободно* въ брюшной полости или быть *инкапсулированнымъ*.

Другая форма туберкулезнаго перитонита характеризуется отсутствіемъ эксудата. Кишки склеены между собой, между ними находятся творожистыя или толстыя, студенистыя, фибринозныя массы. Иногда обнаруживаютъ между склеившимися петлями кишекъ свѣтлую жидкость. Вся брюшина усыяна туберкулезными узелками, особенно послѣдніе развиты на сальникѣ; они сливаются, образуя большіе узлы, весь сальникъ воспалительно утолщается, образуя твердую, какъ доска, перемычку или толстый валикъ. Такъ какъ склеиваніе кишекъ не вездѣ одинаково и то тутъ, то тамъ сильнѣе, такъ какъ и количество лежащаго между ними сухого эксудата также различно, то могутъ развиваться образованія, кажушіяся сквозь брюшные покровы изолированными опухолями.

Туберкулезъ брюшины сами по себѣ рѣдко вызываетъ смертельный исходъ, въ большинствѣ случаевъ онъ сопутствуетъ туберкулезному заболѣванію другихъ органовъ, чаще всего легкихъ. Теченіе болѣзни бываетъ обыкновенно медленнымъ и хроническимъ.

Предсказаніе зависитъ отъ степени распространенія туберкулезнаго заболѣванія и отъ участія другихъ органовъ, также отъ общаго состоянія организма.

Отъ различія теченія зависятъ и *симптомы*. Если болѣзнъ начинается медленно, то вначалѣ клиническія явленія совершенно отсутствуютъ. Только послѣ образованія асцита и вздутія живота, больныя

обращаются къ врачебной помощи. Сильный асцитъ оттѣсняетъ діафрагму вверхъ и вызываетъ одышку. Внезапное начало болѣзни сопровождается высокой температурой. Въ зависимости отъ степени распространенія процесса и участія другихъ органовъ, общее состоянiе ухудшается; появляются исхуданiе, вечернiя повышенiя температуры, ночные поты, потеря аппетита и общая слабость. Иногда наблюдаются поносы, чередующiеся съ запорами. Боль не обязательна, она можетъ отсутствовать и въ тяжелыхъ случаяхъ. Больныя могутъ сохранить свою работоспособность.

Въ виду неопредѣленности клиническихъ явленiй, *распознаванiе* можетъ быть довольно труднымъ, особенно при отсутствii асцита. Свободная жидкость легко опредѣляется, инкапсулированную же можно смѣшать съ кистовидными опухолями. Необходимо тщательное ощупыванiе и помнiть признаки опухолей яичниковъ, разсмотрѣнные выше.

Свободная жидкость наблюдается также при общемъ *карцинозѣ брюшины*, болѣзни, имѣющей большое сходство съ туберкулезнымъ перитонитомъ; отличительное распознаванiе въ этихъ случаяхъ можетъ быть очень труднымъ. У молодыхъ особъ, особенно если у нихъ обнаруживаются туберкулезные очаги въ другихъ мѣстахъ, нужно признать туберкулезный перитонитъ. Реакцiя на туберкулезъ (туберкулиновая, кожная и глазная) мало показана, такъ какъ результаты ея недостаточно надежны. Наконецъ, при свободномъ асцитѣ вовсе не плохо, если диагнозъ колеблется между туберкулезомъ и ракомъ; вѣдь жидкость необходимо выпустить, лучше всего посредствомъ разрѣза брюшныхъ покрововъ; при этомъ осматриваютъ брюшину или вырѣзываютъ узелокъ, микроскопическое изслѣдованiе котораго опредѣляетъ характеръ заболѣванiя.

Сухiя формы туберкулезнаго перитонита, а также сопровождающiяся незначительными осумкованными эксудатами, обнаруживаются при ощупыванii въ видѣ *ножныхъ опухолей*. При ощупыванii живота обнаруживаются нерѣдко ограниченныя опухоли, дающiя тимпаническiй звукъ, такъ какъ онѣ образуются вслѣдствiе склеиванiя кишечныхъ петель, между которыми находится сухой или жидкiй эксудатъ. Если больныя при этомъ страдаютъ туберкулезомъ другихъ органовъ, то диагнозъ несомнѣненъ.

Комбинированное изслѣдованiе не даетъ никакихъ точныхъ данныхъ. Въ большинствѣ случаевъ обнаруживаются при изслѣдованii *per vaginam* утолщенiя въ области придатковъ, соответствующiя часто наблюдаемому участiю въ процессѣ половыхъ органовъ; но ни форма, ни толщина, ни распространенiе утолщенiй, ни положенiе и подвижность матки и придатковъ не даютъ никакихъ данныхъ для распознаванiя туберкулезнаго перитонита; такiя обнаруживаемыя при ощупыванii измѣненiя имѣются при всѣхъ воспалительныхъ процессахъ половыхъ органовъ, отъ чего бы они ни произошли.

Что касается *леченiя* туберкулезнаго перитонита, то нужно различать эксудативную и сухую формы.

Было время, когда *оперативное леченiе* считалось весьма дѣйствительнымъ средствомъ; результаты получались прямо чудесные. Kō nig, первый прибѣгавшiй къ операции, сообщаетъ о 60% излеченiя, другiе получили даже 85%.

Однако, изслѣдованiе оперированныхъ больныхъ, произведенное

черезъ 2—3 года, и болѣе строгая оцѣнка показали, что не больше 20% слѣдуетъ считать излечившимися. Нѣкоторые даже утверждаютъ, что общимъ леченіемъ можно достигнуть такихъ же результатовъ; кромѣ того, операція небезопасна.

Несомнѣнно одно, что при *peritonitis adhaesiva* не имѣетъ смысла оперировать, въ виду опасности пораненія кишечника. Да и что оперировать? Сращения кишечника бываютъ столь обширны, что совершенно невозможно ихъ отдѣлить; да если бы это и удалось, то онѣ вскорѣ снова срослись бы. Невозможно также освободить брюшную полость отъ сухого экссудата. Наоборотъ, при *туберкулезномъ перитонитѣ съ свободнымъ асцитомъ показана операція*; въ смыслѣ показанія къ операціи совершенно безразлично, дастъ ли она 10% или 80% излеченія, ибо несомнѣнно, что можно безъ вреда выпустить жидкость и принести на продолжительное время значительное улучшение. Такъ какъ результаты операціи ненадежны, то она должна производиться такъ, чтобы ни одна больная непосредственно отъ нея не умирала. При наличности лихорадки не нужно оперировать, такъ какъ состояніе такихъ больныхъ послѣ операціи ухудшается. Необходимо оперировать быстро и осторожно, избѣгая сложныхъ приемовъ; наркозъ примѣняютъ непродолжительный, что также имѣетъ большое значеніе.

Продольнымъ разрѣзомъ по срединной линіи ниже пупка вскрываютъ животъ и выпускаютъ жидкость. Вскрытіе живота должно производиться осторожно, такъ какъ съ брюшной стѣнкой могутъ быть склеены кишечныя петли. Сросшіяся кишки не слѣдуетъ отдѣлять, такъ какъ это бесполезно: въ тотъ же день склеиваніе снова образуются; кромѣ того, отдѣленіе сращеній опасно, такъ какъ туберкулезная, гиперэмированная и опухшая брюшина легко ранима; ихъ трудно шить, такъ какъ швы прорываютъ большую брюшину. Если не шивать, или если швы наложены недостаточно тщательно, то можетъ произойти прободеніе кишечника, ведущее къ образованію септического перитонита и къ смерти. Многія больныя уже стали жертвой этихъ прободеній. Было предложено воспользоваться лапаротоміей, съ цѣлью удалить больныя придатки и трубы; но и это не цѣлесообразно, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ трубы заболѣваютъ вторично, а не наоборотъ. Какая же польза отъ того, что при распространеніи туберкулеза по всей брюшинѣ будутъ удалены двѣ трубы?

Удаленіе всѣхъ половыхъ органовъ также противопоказано по той же причинѣ, а также потому, что при туберкулезѣ брюшины не слѣдуетъ предпринимать сложныхъ операцій. Правилomъ при оперативномъ леченіи должно, слѣдовательно, быть: вскрытіе брюшной полости разрѣзомъ и опорожненіе жидкости, но ничего болѣе. Можно вскрыть брюшную полость также со стороны задняго влагалищнаго свода; этотъ способъ, дѣйствительно, далъ хорошіе результаты, но разрѣзъ живота все же болѣе рекомендуется, какъ болѣе надежный способъ. Пораненіе кишечника при этомъ невозможно, при влагалищной же операціи оно не исключается.

Проколъ долженъ теоретически приносить тѣ же результаты, что лапаротомія; все же онъ не рекомендуется въ виду возможности пораненія кишки.

При инкапсулированномъ асцитѣ (*hydrops saccatus*) также пока-

зана лапаротомія, при незначительномъ же количествѣ жидкости она показана въ томъ только случаѣ, если прощупывается ясная флюктуирующая опухоль.

Всѣ остальные формы туберкулезнаго перитонита лечатъ такъ, какъ туберкулезъ другихъ органовъ. На первомъ мѣстѣ стоитъ лечение въ санаторіяхъ, дающее наилучшіе результаты. Лечение состоитъ въ лежаніи, обильномъ питаніи и примѣненіи туберкулина.

Кровоизліянія въ тазовую соединительную ткань и въ тазовую брюшину.

1. Кровоизліянія въ тазовую соединительную ткань.

Кровоизліянія въ тазовую соединительную ткань называютъ *hematoma subperitoneale pelvicum, thrombus subperitonealis pelvicius* (кровоизліяніе ниже levator ani, напр., въ cavum ischio-rectale не относится сюда). Они происходятъ вслѣдствіе разрыва кровеносныхъ сосудовъ въ клѣтчаткѣ или вблизи ея. Чаще всего они возникаютъ послѣ пораненія шейки или влагалищнаго свода во время родовъ. Разрывъ трубы при трубной беременности на сторонѣ mesosalpinx также можетъ въ рѣдкихъ случаяхъ вызвать кровоизліяніе въ клѣтчатку. Далѣе, кровоизліянія происходятъ послѣ операций на шейкѣ и верхнихъ частяхъ влагалища, при насильственномъ растяженіи цервикальнаго канала, особенно при разрывѣ всей стѣнки шейки, при ударѣ въ влагалищный сводъ, быть можетъ, также вслѣдствіе паденія.

Кровоизліянія локализуются, въ зависимости отъ причины своего образованія, чаще всего сбоку отъ матки, но при своемъ распространеніи они могутъ имѣть мѣсто въ всевозможныхъ направленіяхъ; они, слѣдовательно, располагаются вокругъ прямой кишки, и пузыря, у боковой стѣнки таза, подымаясь вверхъ до входа въ тазъ и выше до области почки.

Симптомы гематомы таза зависятъ отъ ея распространенія; большія кровоизліянія вызываютъ незначительныя явленія, болѣе значительныя же — боль вслѣдствіе растяженія нервовъ въ соединительной ткани и давленія на нихъ, малокровіе, блѣдность, обмороки и учащеніе пульса.

Лихорадка бываетъ только въ случаѣ инфекціи гематомы. Последняя можетъ имѣть мѣсто, если гематома близко прилегаетъ къ прямой кишкѣ, питаніе послѣдней нарушено, и кишечныя бактеріи проникаютъ чрезъ стѣнку кишки. Инфекція имѣетъ мѣсто также и въ томъ случаѣ, если гематома образовалась при операциіи или родахъ.

Распознаваніе гематомъ не трудно. Для пальпациіи характерно ихъ положеніе; сбоку отъ матки, со стороны боковыхъ влагалищныхъ сводовъ прощупывается резистентность. Гематомы тѣсно прилегаютъ къ маткѣ, расширяясь по направленію къ тазовой стѣнкѣ, онѣ могутъ тѣсно соприкасаться съ боковой стѣнкой таза и широко сидѣть на ней. Результаты ощупыванія тѣ же, что и при параметритѣ. При *отличительномъ распознаваніи*, слѣдовательно, нужно имѣть въ виду параметритъ. Анамнезъ укажетъ правильный путь; въ сомнительныхъ случаяхъ можно произвести шприцемъ Праваца проколъ изъ какого нибудь доступнаго мѣста влага-

лица или живота. Содержимое шприца укажетъ на характеръ резистентности, на кровь или гной.

Гематомы тазовой клѣтчатки не должно смѣшивать съ кровоизліяніями въ брюшную полость, съ *haematocele*. *Haematocele retrouterina* характеризуется своимъ положеніемъ позади матки и не можетъ быть поэтому принята за гематому. Труднѣ различать околотрубныя *haematocele*, если кровоизліянія происходятъ вокругъ трубы сбоку отъ матки; но и здѣсь распознаваніе возможно при точномъ изслѣдованіи. Околотрубныя *haematocele* имѣютъ болѣе круглую форму, не прилегаютъ тѣсно къ маткѣ и не только не расширяются по направленію къ тазовой стѣнкѣ, но суживаются; даже при большихъ кровоизліяніяхъ изслѣдующій палецъ проходитъ вверхъ между кровяной опухолью и влагалищной стѣнкой. Кромѣ того, околотрубныя *haematocele* располагаются больше сбоку и позади матки, совпадая съ косымъ діаметромъ таза.

Для распознаванія пользуются также иногда подвижностью матки. Гематомы отдѣсняютъ матку въ сторону, а *haematocele* въ сторону и впередъ.

Леченіе. Гематомы, не сопровождающіяся лихорадкой, оставляютъ въ покоѣ. Больныя находятся въ постели, держа пузырь со льдомъ на животѣ, имъ назначаютъ противъ боли морфій или опій. Нецѣлесообразно удалять свертки крови посредствомъ разрѣза; это увеличило бы только опасность инфекціи и могло бы вызвать новыя обильныя кровотечения. Только инфицированныя гематомы требуютъ оперативнаго вмѣшательства. На какомъ-нибудь доступномъ мѣстѣ влагалища или брюшныхъ покрововъ дѣлаютъ разрѣзъ, опорожняютъ гематому и дренируютъ. И здѣсь необходимо быть осторожнымъ, не вызывать послѣдующихъ кровотеченій и не удалять насильно всю кровь. Удаляютъ лишь столько, сколько вытекаетъ. Не слѣдуетъ входить пальцемъ въ полость, такъ какъ при этомъ можно отдѣлить образовавшіеся тромбы и вызвать тяжелыя кровотечения. Только плотная тампонація ведетъ къ цѣли.

2. Кровоизліяніе въ тазовую брюшину.

Всѣ почти кровоизліянія въ тазовую брюшину, въ Дугласово пространство, *excavatio vesicouterina* и вокругъ придатковъ вызываются разстройствомъ при вѣматочной беременности, трубной, интерстиціальной и яичниковой. Клиническая картина дана при описаніи вѣматочной беременности. Кровоизліянія вслѣдствіе другихъ причинъ имѣютъ тотъ же клинической характеръ. Сюда относятся кровотечения изъ фолликуловъ, фолликулярныя гематомы, разрывы срощеній при попыткѣ выпрямить ущемленную ретрофлексію и кровотечения изъ опухолей придатковъ.

Опухоли тазовой клѣтчатки.

Эти опухоли исходятъ изъ тазовой соединительной ткани, изъ эмбриональных остатковъ ткани, изъ остатковъ *Wolff*овскихъ или *Gärtner*овскихъ ходовъ.

Опухоли, исходящія изъ тазовой соединительной ткани, суть:

1. *Миомы, фибромиомы.* Онѣ образуются изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ широкой связки. Наблюдались небольшія множественныя опу-

холи на одной сторонѣ, а также большія величиной въ голову мужчины. Въ большинствѣ случаевъ онѣ тонкими мышечными волокнами соединены съ мускулатурой матки, и не всегда удается опредѣлить, не исходятъ ли онѣ изъ матки и врастаютъ въ параметрій, постепенно теряя связь съ маткой.

2. *Липомы* исходятъ изъ жировой клѣтчатки. Удалены были опухоли вѣсомъ въ 25—28 килогр.

3. *Саркомы* первично развиваются въ клѣтчаткѣ, или это саркоматозно перерожденные миомы.

Изъ остатковъ эмбриональной ткани исходятъ *дермоиды*.

Одноядерныя *кисты* съ серознымъ содержимымъ и однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ исходятъ изъ остатковъ Gartner'овскаго хода.

Наконецъ, слѣдуетъ еще упомянуть о раковыхъ опухоляхъ, развивающихся, по мнѣнію v. Herffa и Küstner'a, изъ остатковъ Wolf'овскаго хода.

Всѣ эти опухоли, кромѣ злокачественныхъ, которыя приносятъ вредъ независимо отъ ихъ величины, вызываютъ клиническія явленія въ томъ только случаѣ, если онѣ достигаютъ значительной величины, давятъ или растягиваютъ нервы или смѣщаютъ сосѣдніе органы, нарушая ихъ функціи. Такимъ образомъ, давленіе на прямую кишку вызываетъ боль и затрудненіе дефекаціи, а давленіе на пузырь—частые позывы на мочу.

Распознаваніе опухолей тазовой соединительной ткани можетъ быть очень труднымъ, иногда даже невозможнымъ. Прощупать опухоль не трудно, трудно установить положеніе ея въ соединительной ткани. Прежде всего нужно о нихъ думать въ томъ случаѣ, если онѣ неподвижны и расположены сбоку отъ матки. Неподвижность вызывается напряженіемъ брюшины, которая держитъ опухоль. Отсутствие ножки также можетъ быть использовано для діагноза. Отличительное распознаваніе между первичными опухолями, лежащими между листками широкой связки и тѣми, которыя лежатъ внутрибрюшинно, но склеены или сращены съ заднимъ листкомъ широкой связки, въ большинствѣ случаевъ невозможно.

Впрочемъ, точное опредѣленіе положенія опухолей тазовой клѣтчатки не столь важно. Такъ какъ опухоли вызываютъ боль, то онѣ должны быть удалены оперативнымъ путемъ, а для хирурга совершенно не важно, какъ онѣ расположены. Разрѣзаютъ брюшину надъ ними и удаляютъ ихъ. Необходимо остерегаться пораненія большихъ сосудовъ и мочеточника, особенно послѣдняго; необходимо, слѣдовательно, осторожно отпрепаровывать. Это правило менѣе относится къ доброкачественнымъ опухолямъ, рыхло связаннымъ съ клѣтчаткой, а больше къ злокачественнымъ, а изъ нихъ главнымъ образомъ къ саркомамъ. Послѣднія плотно срастаются съ сосудами, особенно съ венами, и отдѣлить ихъ трудно безъ того, чтобы не поранить и не вызвать сильнаго кровоточенія.

Далѣе, въ тазовой клѣтчаткѣ наблюдаются *эхинококковые пузыри*.

Яички эхинококка попадаютъ изъ желудочнокишечнаго канала въ кровь, а оттуда въ тазовую клѣтчатку, или они попадаютъ непосредственно изъ прямой кишки въ ткани. Изъ матернаго пузыря образуются дочерніе. Они расположены преимущественно подъ серозной обо-

лочкой Дугласова пространства и, размножаясь, могут заполнить всю газовую клетчатку, смѣстить органы и вскрыться въ прямую кишку и мочевой пузырь

Распознаваніе очень трудно. Кромѣ рѣдко обнаруживаемаго гидатиднаго дрожанія, нѣтъ ни одного признака, характернаго для эхинококка.

Если эхинококковыя кисты вызываютъ боль или сильно размножаются, то ихъ слѣдуетъ удалить оперативнымъ путемъ. Наиболѣе надежный путь черезъ брюшные покровы. Операция очень трудна въ виду множества кистъ и ихъ срощеній.

Опухоли круглой связки.

Опухоли круглой маточной связки лежатъ внутри- или внѣбрюшинно, чаще внѣбрюшинно. Наблюдаются *миомы*, *фибромы* и *саркомы*. Въ большинствѣ случаевъ опухоли малы. Если онѣ исходятъ изъ части связки, находящейся въ паховомъ каналѣ, то онѣ могутъ прорости черезъ этотъ каналъ и обнаруживаются на *tuberculum pubicum*— выше Пупартовой связки. Онѣ могутъ также врости въ большую губу.

Кистовидныя опухоли въ паховомъ каналѣ являются не опухолями въ тѣсномъ смыслѣ слова, а скопленіемъ жидкости въ *diverticulum Nuckii*, т. е. въ отросткѣ брюшины, который иногда проникаетъ глубоко въ паховой каналъ. Это скопленіе жидкости называютъ *hydrocele lig. rotundi*. Прежде всего не слѣдуетъ смѣшивать ее съ грыжей. Перкуссия и пальпация могутъ предохранить отъ ошибочнаго діагноза. Жидкость даетъ тупой звукъ и зыбленіе, а грыжа отличается тимпанитомъ и отсутствіемъ зыбленія. Несмотря на это, распознаваніе бываетъ иногда чрезвычайно труднымъ.

Въ случаѣ операции выпускаютъ жидкость, *diverticulum Nuckii* резецируютъ и закрываютъ паховой каналъ.



Предметный указатель.

А. А.

- Аденомакарцинома шейки 306.
- тѣла 321.
- Аденомиома матки 274.
- эпоофорона 398.
- Актиномикозъ влагалища 133.
- Alexander Adams'a операція 240.
- Аменоррея 153.
- при опухоляхъ яичниковъ 405.
- Ампутація portio 193, 213.
- Анамнезъ 2.
- Анэстезія см. наркозъ.
- мѣстная 64.
- Anteflexio uteri 143.
- Anteversio uteri 143, 217.
- pathol. 220.
- Антисептика 57.
- Anus vestibularis 66.
- Асцитъ 9.
- при опухоляхъ яичниковъ 404, 433.
- туберкулезъ брюшины 452.
- Асептика 57.
- Атерома вульвы 73.
- Atmokaussis 213.
- Atresia hymenalis 115, 180.
- cervicalis 180.
- vaginalis 180.
- Аускультация 9.
- Аппараты при леченіи тедломъ 43.

Б. В.

- Бактеріурія 94.
- Бартолиныя железы 65.
- Бартолинова киста 73.
- Бартолинитъ 70.
- Брюшная беременность см. трубная беременность.
- перерывъ ея 371.
- Бракъ при половыхъ болѣзняхъ 172.
- Безпрерывное орошеніе матки и влагалища 32.
- Брюшно-боковое положеніе 6.
- Безплодіе 163.
- при неправильныхъ положеніяхъ 223, 241.

- Безплодіе при оофоритѣ 387.
- при сальпингитѣ 345.
- опухоляхъ яичниковъ 406.
- Брюшина, анатомія 437.
- кровоизліянія 453.
- воспаленія 441.
- туберкулезъ 449.

В. W.

- Выпрямленіе матки 233.
- Выскабливаніе матки 210.
- Ванны 32.
- Внѣматочная беременность см. трубная беременность 353.
- Вылущиваніе миомъ 294, 297.
- Внутриматочныя впрыскиванія 29, 209.
- Внутриматочныя палочки 50, 225.
- Влагалище, анатомія 112.
- пороки развитія 119.
- воспаленія (кагарръ) 122.
- новообразованія 129.
- постороннія тѣла 134.
- пораненія и свищи 135.
- перемѣна положенія 248.
- Влагалищныя шарика 40.
- Вагинизмъ 117.
- Вагинитъ см. Kolpitis.
- Вагинофиксация 244.
- Вентрофиксация 242.
- Везикофиксация 245.
- Вульва, анатомія 65.
- пороки развитія 66.
- воспаленія 68.
- опухоли 72.
- пораненія 78.
- туберкулезъ 72.
- Вульвовагинитъ 68.
- Ватодержатель 18.
- Внутренняя секретія 148, 376.
- Внутриязочное развитіе опухолей яичника 392.
- Выворотъ матки см. Inversio.
- Волнообразныя движенія въ женскомъ организмѣ 150.

Г. Г. Н.

- Гангрена вульвы 68.
 Glandula interstitialis 375.
 — vestibularis 65.
 Говококковая вакцина 171.
 Гоноррея уретры 84.
 — влагалища 123.
 — внутреннихъ половыхъ органовъ 168.
 — пузыря 171.
 — прямой кишки 169.
 Гипатрезія 180.
 Haematocoele 358.
 — нагноеніе 359.
 Гематома вульвы 78.
 — яичника 381.
 — тазовой соединительной ткани 453.
 — Haematoma subperitoneale pelvisum 453.
 Гематометра 181.
 Гематосальпинксъ 181, 352.
 Гемофилія 156.
 Геморрагія яичника 381.
 Gartner'a ходъ 133.
 Гермафродитизмъ 67.
 Гермафродиты по платью 68.
 Hernia labialis 73.
 — inguinalis 380.
 Nilus ovarii 375.
 Hydrops folliculi 388.
 — tubae profluens 344.
 Hydrosalpinx 339.
 Гиперплазія слизистой оболочки матки 198.
 Гипертрофія клитора 66.
 — губъ 66.
 — portio 184.
 — слизистой оболочки матки 198.
 Гипоплазія утери 179.
 Гипоспадія 67.
 Hysteropexia см. вентрофиксация.
 Гистерофоръ 48, 255.
 Hysterotomia anterior 25.
 Гипофізъ 377.

Д. Д.

- Дермоидъ яичника 397.
 — тазовой соединительной ткани 455.
 Descensus uteri 246.
 — ovarii 381.
 Дезинфекція 59.
 Дезинфекціонныя средства для промыванія влагалища 28.
 Диабеть 70.
 Диафрагма pelvis 248.
 Диагностическая пункція при піосальпингитъ 346.
 — haematocoele 361.
 Дифтерія вульвы 70.
 Дисменоррея 156.

- Дисменоррея при anteflexio pathol. 222.
 — при retroflexio 230.
 — при сальпингитъ 345.
 — при оофоритъ 387.
 Дезинфекція рукъ 58.
 Дѣвственнаѣ плева, анатомія 112.
 — заболѣванія 115.
 — пороки развитія 115.
 — ригидность 116.
 — новообразованія 117.
 — вагинизмъ 117.
 Дугласовый абсцессъ 446.

Е. Э.

- Эктропія 191.
 Elephantiasis вульвы 76.
 Enchondroma вульвы 73.
 Endosalpingitis purulenta 339.
 Enuresis nocturna 86.
 Erreur de sexe 68.
 Esthiomène de la vulve 72.
 Excavatio rectouterina 439.
 — vesicouterina 439.
 Elongatio colli 248.
 Emmet'a операція 194.
 Единица Kienböck'a 52.
 Эскудаты культи послѣ лапаротоміи 429.
 Эктирпация матки полная 264.
 — влагалищная при выпаденіи 264.
 — влагалищная при міомѣ 293.
 — влагалищная при ракъ 319.
 — брюшная при міомѣ 302.
 — брюшная при ракъ 314.
 Экстраперитонеальный уходъ за ножкой по Hegar'u 303.
 Эктопія пузыря 67.
 Эндометроектомія 213.
 Эпизиорафія 257.
 Эпоофоронъ 398.
 Эрозія 184.
 Endometritis 195.
 — fungosa 198.
 — glandularis 198.
 — interstitialis 198.
 — membranacea (exfoliativa) 201.
 Эхинококкъ тазовой клѣтчатки 455.
 Эскудаты параметритическій 449.
 Эксцизія шейки 193.

Ж.

- Железы Skene 84.

З. С.

- Закрытіе кишечника (послѣ овариотоміи) 423.

Зачатіе 161.
 — предупрежденіе 162.
 Зародышевая железа см. яичникъ.
 Зародышевый эпителий 374.
 Зародышевые тѣжи 374.
 Зародышевыя почки 139.
 Зондъ 19.
 Зондированіе матки 19.
 Зеркала 14.

И. I.

Изнасилованіе 116.
 Incontinentia alvi 80.
 — urinae 86.
 Интенсивное примѣненіе лучей 56.
 Infantilisimus 174.
 Interpositio uteri vesico-vaginalis 263.
 Intertrigo 69.
 Ислѣдованіе гинекологическое на-
 ружное 7.
 — гинекологическое внутреннее 9.
 — чрезъ прямую кишку 12.
 — чрезъ мочевоу пузырь 13.
 — зеркалами 14.
 — зондомъ 19.
 Ислѣдованіе, общіе методы 3.
 Inversio vaginae 250.
 — uteri 265.

К. К. С.

Кровоизвлеченіе 42.
 Кровоизліяніе см. Hämatoma.
 Кровяной заносъ 356.
 Кровотеченія при леченіи лучами 50.
 — въ періодъ половой зрѣлости 155.
 — въ климактерическомъ періодѣ 159.
 — при метритѣ 200.
 — при миомѣ 281.
 — при ракѣ 310, 323.
 — при опухоляхъ придатковъ 345.
 — при трубной беременности 359.
 — при оофоритѣ 387.
 — въ тазовой соединительной ткани и тазовой брюшинѣ 454.
 Канкрюидъ влагалищной части 306.
 Canalis Nuckii 380, 456.
 Castratio uterina 351.
 Cavum Douglasii 438.
 — praeperitoneale (Retzli) 439.
 — praevesicale 439.
 Cessatio mensium см. аменоррея.
 Клиторгъ 65.
 Coitus interruptus (reservatus) 162.
 Corpus albicans 376.
 — luteum 376.
 Каленое желѣзо, Raquelin 45.
 Кахексія, у больныхъ ракомъ 311.
 Cystocele 251.

Кровоостанавливающія средства 156.
 Кастратія 435.
 — при миомѣ 290.
 Катетеризація пузыря 97.
 — мочеточниковъ 93.
 Климактерій 157.
 — праесох 157.
 Клоака, развитіе 65.
 Колѣбно-локтевое положеніе 7.
 Kolpitis 122.
 — catarrhalis 123.
 — gonorrhoeica 123.
 — vetularum 124.
 — gummosa 125.
 — mycotica 125.
 — tuberculosa 124.
 — emphysematosa 128.
 Kolpohyperplasia cystica 128.
 Kolpokystokele см. Zystokele.
 Кольпоперинеопластика 260.
 Кольпоперинеоррафія 258.
 Кондилома 74.
 Кондомъ 163.
 Каловые свищи 134.
 Корнцангъ 41.
 Кюретта 110.
 Краурозис vulvae 71.
 Кистаденома яичника 391.
 Копытообразный катетеръ Skene 99.
 Кисты Бартолиновыхъ железъ 73.
 — вульвы 73.
 — влагалища 133.
 — яичниковъ 390.
 — тазовой соединительной ткани 455.
 — фолликулярная 390.
 — ретенціонная яичника 390.
 Катарръ шейки 184.
 Крючекъ 18.
 Канкрюидные узелки.
 Кэтгутъ, стерилизація 61.

Л. Л.

Леченіе общее 26.
 — отягощеніемъ 442.
 — желѣзомъ 45.
 — горячимъ воздухомъ 43.
 — горячимъ воздухомъ при салпин-
 гитѣ 348.
 Labia majora, minora 65.
 Levator ani 243.
 Ligamentum latum 440.
 — rotundum (teres) 440.
 — укороченіе 238.
 — опухоли 456.
 — suspensorium ovarii 440.
 Липома вульвы 72.
 — трубъ 369.
 — тазовой соединительной ткани 455.
 Lupus vulvae 72.
 Лютеиновая киста 392.

Лимфатическій аппаратъ женскихъ половыхъ органовъ 309.
 Ламинарія палочки 22.
 Langhans'a клітки 329.
 Лечение пессаріями 46.
 — при retroflexio 226.
 — при выпаденіи 246, 381.
 Лимфатическій аппаратъ женскихъ половыхъ органовъ 309.

М. М.

Миома, лечение по Apostoli 290.
 Минеральные воды 33.
 Мускулатура тазаого дна 242.
 Маточный шприцъ 26.
 Матка, эмбриологія и анатомія 138.
 — нормальное положеніе и подвижность матки 142.
 — физиологія 146.
 — заболѣванія 173.
 — пороки развитія 173.
 — воспаленія 184.
 — туберкулезъ 214.
 — неправильныя положенія 220.
 — перемѣна положенія 246.
 — новообразованія 270.
 Мочепускательный каналъ, анатомія 83.
 — недержаніе мочи 86.
 — методы изслѣдованія 84.
 — заболѣванія 84.
 — пораненія и свищи 85.
 — новообразованія 86.
 Мочеточники, анатомія 87.
 — способы изслѣдованія 92.
 — катетеризація 93.
 — свищи 106.
 — пересадка 111.
 Muscula gonorrhoeica 69.
 Массажъ по Thure Brandy 213, 237, 255.
 Мальтузіанство 162.
 Менопауза 157.
 Меноррагія 155 см. также кровотеченія.
 Менструація 153.
 — физиологія 153.
 — діететика 151.
 — патологія 153.
 Мезометрій см. газовая соединительная ткань.
 Метрить 195 см. также эндометрить.
 Мезоторій 51, 78, 131, 327.
 Метроэндометрить 195.
 — діагнозъ 204.
 — лечение 206.
 Метроррагія см. кровотеченія.
 Метротомъ 25.
 Маточные карандаши 40.
 Маточные шприцы 26, 31.
 Маточный катетеръ 29.

Миома влагалища 132.
 — матки 270.
 — этиологія 270.
 — патологич. анатомія 274.
 — симптомы 281.
 — діагнозъ 284.
 — лечение 287.
 — ligam. rotundum 454.
 Миотомія влагалищная 294.
 — брюшная 297.
 Материалы для швовъ 61.
 Мѣстное кровоизвлеченіе 42.
 Мочеполовые свищи 104.
 Müller'овскія нити 138, 173.
 Моча, изслѣдованіе 88.
 Межменструаціонная боль 149.
 Мозговые тяжи 376.
 Мастодинія 203.
 Melanosarkoma матки 332.
 Mesosalpinx 334.
 Mola carnosа 356.
 Molimina menstrualia 152.
 Мочеполовые органы, методы изслѣдованія 91.

Н. Н.

Нижнесимфизный дренажъ 112.
 Наркозъ 62.
 Новообразованія см. опухоли.
 Нейрома вульвы 73.
 Нитяныя перчатки 59.
 Непроходимость кишечника 428.
 Ножка, перекручиваніе при опухоляхъ яичника 407.
 — экстраперитонеальный ухоть 303.
 — образовавшаяся при опухоляхъ яичника 408.
 Нижневлагалищное удаленіе portio 261.
 Нервное разстройство при болѣзняхъ матки 203.
 Невральгія яичника 388.
 Ножка, игла по Dechamps'у 421.
 Надвлагалищная ампутація матки 300.
 — шейки 261.

О. О.

Осмотръ 8.
 Оплодотвореніе искусственное 166.
 Ощупываніе 8.
 Опухоли вульвы 72.
 — уретры 86.
 Опухоли пузыря 100.
 — влагалища 129.
 — матки 270.
 — грубъ 369.
 — ячниковъ 389.
 — газовой соединительной ткани 454.
 Операціонная комната 62.

Операционный столъ 5.
 Oophoresele 380.
 Оофоритъ 383.
 Оварія 387.
 Оваріотомія брюшная 419.
 — влагалищная 425.
 Oxyuris vermicularis 70.
 Ощупываніе матки 145.
 — яичниковъ 378.
 — трубъ 339.
 Образование камней въ пузырь 99.
 Ovula Malthus 41, 163.
 — Nabothi 185.
 Овуляція 147.
 Онизмъ 66.
 Отекъ буллезный пузыря 94, 311.
 Олигоменоррея 52.
 Оофорэктомія 435.

П. Р.

Прижиганіе 208.
 Прижигающія средства 209.
 Пузырь съ перекладинами 95.
 Положеніе съ приподнятымъ тазомъ 5.
 Пузырь, анатомія 87.
 — методы изслѣдованія 88.
 — воспаленіе (катарръ) 94.
 — туберкулезъ 95.
 — образованіе камней 99.
 — постороннія тѣла 99.
 — опухоли 100.
 — дивертикуль 109.
 — перемѣны положенія 245.
 Пузырный заносъ 329.
 Поврежденія при половомъ сношеніи 78.
 Промежность, пластическая операція 80.
 — разрывъ неполный 79.
 — разрывъ полный 80.
 Перерожденіе мелкокистозидныхъ яичниковъ 385.
 Pessaria occlusiva 162.
 Пессарій крыловидный 105.
 Постороннія тѣла въ влагалищѣ 134.
 Плодовитость 161.
 Пуговчатый ножъ 25.
 Положеніе при изслѣдованіи 3.
 Пробочникъ по Secondy 295.
 Пороки развитія внѣшнихъ женскихъ половыхъ органовъ 66.
 — матки 173.
 — трубы 337.
 — яичниковъ 379.
 Промываніе почечной лоханки 104.
 — матки 29.
 — влагалища 26.
 Папилломы, см. также кондиломы.
 — пузыря 100.
 — влагалища 133.
 — трубы 369.

Папилломы яичниковъ 395.
 Пакелень 45.
 Parametritis 448.
 — posterior 221.
 Parametrium, см. тазовая соединительная ткань.
 Пароофоронъ 399.
 Пангистерэктомія 302.
 Пароваріальная киста 399.
 Пельвиперитонитъ 416.
 Пельвитермъ 44, 348.
 Периметритъ, см. пельвиперитонитъ.
 Перитонитъ 441.
 — послѣ лапаротоміи 428.
 — туберкулезный 449.
 Перкуссия 9.
 Полипъ 194, 267.
 Полипные щипцы 295.
 Praeputium clitoridis 65.
 Portio, ампутація 193, 213.
 Прессованная губка 22.
 Пробное выскабливаніе 210.
 — при ракъ тѣла матки 312.
 — ощупываніе 205.
 — эксцизія 312.
 Препараты желѣза 154.
 Половые складки 65.
 Половые бугры 65.
 Pruritus vulvae 70.
 Псеидогермафродитизмъ 67.
 Псеидомучинъ 391.
 Pseudomuxoma ovarii 397.
 — peritonei 397.
 Пшэлитъ 103.
 Пшэлонефритъ 103.
 Рукопосъ 122.
 Піометра 322.
 Піосальпинксъ 339.
 Промывательныя кружки 27.
 Положеніе для камнеотъченія 4.
 Палочка furelo 22.
 — разбухающая 23.
 Примѣненіе тепла 43.
 Пьявки 43.
 Поврежденія при родахъ 104.
 Придаточный яичникъ 398.
 Почечныя лоханки, воспаленіе 103.
 — туберкулезъ 99.
 Палліативное леченіе рака матки 324.
 Pfleger'овскія трубки 374.
 Primordialfollikel 375.
 Пробный проколъ при піосальпинксѣ 347.
 Пробный проколъ при haetococele 361.
 — пельвиперитонитъ 446.
 — гематомахъ таза 453.
 Пробный тамповъ 205.

Р. Р.

Резиновая перчатка 58.
 Расположеніе тазовыхъ органовъ 336.

Рѣсничноэпителиальная киста 396.
 Ракъ вульвы 76.
 — уретры 86.
 — пузыря 102.
 — влагалища 129.
 — шейки матки 305.
 — тѣла матки 320.
 — трубъ 370.
 — яичниковъ 431.
 — тазовой соединительной ткани 455.
 Радій 53, 77.
 Радиотерапія 51.
 Рецидивъ рака матки 320.
 Рубцовое суженіе шейки 20.
 Retroflexio uteri 226.
 — fixata 337.
 Retroversio uteri 226.
 Retroversio-flexio uteri 228.
 Рентгенотерапія, техника 52.
 — при pruritus vulvae 70.
 — при ракъ вульвы 76.
 — при міомъ 293.
 — при ракъ матки 327.
 Радикальная операція, влагалищная при нагноеніи трубъ 352.
 Rectocele 254.
 Ретенціонная киста яичника 390.
 — вульвы 73.

C. S.

Свищъ пузыря 104.
 — товкихъ кишекъ 137.
 — уретры 104.
 — мочеочниковъ 85.
 — кишечника 137.
 Способъ изслѣдованія мочевого пузыря 87.
 Совокупленіе см. coitus.
 Спинномозговой наркозъ 64.
 Стенозъ шейки 20.
 Спинное положеніе 3.
 Сальпингэктомія 350.
 Сальпингитъ 339.
 Сальпинго-оофорэктомія 350.
 Саркома вульвы 78.
 — уретры 86.
 — пузыря 102.
 — влагалища 131.
 — матки 330.
 — трубъ 370.
 — яичниковъ 434.
 — тазовой соединительной ткани 455.
 — ligam. rotundum 456.
 Sectio alta 101.
 Стенозъ внутренняго зѣва 20.
 Стулъ для изслѣдованія 4.
 Спивно-крестцовое положеніе 3.
 Срединная боль 149.
 — при болѣзняхъ трубъ 345.
 Скарификація 43.
 Soor vulvae 70.
 Субсерозная опухоль яичника 403.

T. T.

Тазовая соединительная ткань, анатомія 437.
 — воспаленія 447.
 — кровотеченія 453.
 — опухоли 454.
 Трубы маточныя, анатомія 334.
 — пороки развитія 337.
 — изслѣдованіе 339.
 — воспаленія 339.
 — беременность 353.
 — новообразованія 369.
 — туберкулезъ 364.
 — пороки развитія 337.
 — разрывъ 357.
 Трещины уретры 85.
 Тампонація 41.
 Тератома 398.
 Thrombus vulvae 73.
 — subperitonealis pelvica 453.
 Torus interuretericus 87.
 Трансвеститы 68.
 Троякаръ 420.
 Трубный абортъ 357.
 Трубная беременность 353.
 — анатомія 354.
 — теченіе 354.
 — симптомы 359.
 — діагнозъ 360.
 — леченіе 362.
 Туберкулезъ почекъ 99.
 — вульвы 72.
 — пузыря 95.
 — слиз. обол. матки 214.
 — трубъ 364.
 — брюшины 443.
 Трубно-яичниковая киста 343, 391.
 Турело палочка 22.

У. У.

Употребленіе пессаріевъ при искривленіи матки къзади 236.
 — при выпаденіи 255.
 Ulcus rodens vulvae 72.
 Уретритъ 85.
 Уретроскопія 84.
 Уретра 83.
 — расширеніе 13.
 — карункулы 87.

Ф. Ф.

Facies ovarica 406.
 Фиброма вульвы 72.
 — матки 270.
 — трубы 369.
 — яичника 407.
 — Ligam. rotundum 456.
 — тазовой соединительной ткани 454.
 Fibroma molluscum вульвы 73.

Fimbria ovarica 374.
 Fluor albus 122.
 Fovea ovarica 440.
 Frenulum labiorum 65.
 Furunculosis vulvae 69.

Х. Ch.

Хлорозъ 153.
 Хромодистокопія 93.
 Хоріоэпителіома влагалища 131.
 — матки 328.

Ц.

Циститъ 94.
 — туберкулезный 95.

Ш.

Шейка 22.
 — расширение 22.

Шейка разрывъ (шовъ) 193.
 — ампутація 193, 213.

Щ.

Щипцы для кистъ по Nélaton'y 421.
 — полипные 295.
 — пулевые 18.

Я.

Яичникъ добавочный 398.
 Яичникъ, развитіе и положеніе 374.
 — ощупываніе 378.
 — пороки развитія 379.
 — неправильное положеніе 380.
 — гѣморрагіи 381.
 — воспаленія 383.
 — новообразованія 389.
 Явленія выпаденія 159.