

Н. Ф. Тологидовъ,

Профессоръ Императорскаго Харьковскаго Университета и Директоръ
Акушерско-гинекологической клиники.

УЧЕБНИКЪ
ЖЕНСКИХЪ БОЛЪЗНЕЙ.

СЪ 234 РИСУНКАМИ ВЪ ТЕКСТЪ.

2-е, исправленное и дополненное, издание.



ИЗДАНИЕ КНИЖНАГО МАГАЗИНА

П. А. БРЕЙТИГАМА
ВЪ ХАРЬКОВЪ.

Цѣна 3 р. 75 к.



МОСКВА.

Типо-литографія Т-ва И. Н. Кушнеревъ и К^о, Пименовская, ул., с. д.
1901.

ПРЕДИСЛОВІЕ къ первому изданію.

Въ основу этого краткаго руководства по женскимъ болѣзнямъ легли мои записки по этому предмету, которыми мои слушатели пользовались въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, какъ учебнымъ пособіемъ при изученіи этой специальности. Въ прошломъ полугодіи эти записки были мною тщательно просмотрѣны; почти всѣ отдѣлы были дополнены, а нѣкоторыя главы совершенно переработаны, сообразно современному состоянію гинекологіи. При этомъ я пользовался литературными данными за послѣднія 10 лѣтъ, именно съ 1887 года, такъ какъ раньше этого времени обширная гинекологическая литература приведена полностью въ такихъ капитальныхъ руководствахъ, какъ *Handbuch der Frauenkrankheiten* Билльрота, *Lehrbuch der Frauenkrankheiten* Винкеля, *Traité de gynécologie* Pozzi и др., матеріаломъ для составленія которыхъ она отчасти послужила и въ нихъ нашла надлежащую оцѣнку. Изъ множества доступныхъ намъ отдѣльныхъ монографій, обширной казуистики, клиническихъ изслѣдованій и сообщеній изъ области гинекологіи, появившихся въ отдѣльныхъ изданіяхъ и въ особенности въ разныхъ медицинскихъ журналахъ и газетахъ за послѣднія 10 лѣтъ, мы привели въ нашемъ учебникѣ ссылки только на болѣе важныя и оригинальныя работы. При этомъ пришлось опустить гораздо болѣе большую часть литературныхъ данныхъ, какъ излишній балластъ.

Предлагаемый нами учебникъ мы по возможности старались приспособить къ начальному изученію практической гинекологіи. Съ этою цѣлью сравнительно довольно подробно изложена общая часть и тѣ главы частной патологіи и терапіи женскихъ болѣзней, которыя въ настоящее время наиболѣе разработаны и представляютъ наиболѣе важное значеніе для практическаго врача. Свѣдѣнія и факты, менѣе важныя, имѣющіе второстепенное значеніе, а также положенія и выводы, не общепринятыя въ наукѣ,

напечатаны мелкимъ шрифтомъ. Помѣщенные въ текстѣ рисунки имѣютъ преимущественно схематическій характеръ; за нѣкоторыми исключеніями, въ большинствѣ случаевъ они взяты изъ наиболѣе извѣстныхъ монографій и руководствъ. Къ сожалѣнію, мѣстныя условія не дозволили снабдить сочиненіе болѣе отчетливыми и изящными рисунками. Я почту себя счастливымъ, если моя небольшая книга будетъ удовлетворять хотя отчасти своему назначенію.

Н. Ф. Толчиновъ.

Харьковъ.
Декабрь 1896 г.

ПРЕДИСЛОВІЕ ко второму изданію.

Довольно большое изданіе этой книги, вышедшее въ 1897 г., разошлось въ теченіе 3 лѣтъ, несмотря на значительное число появившихся за это время учебниковъ по гинекологіи, переведенныхъ съ иностранныхъ языковъ, преимущественно съ нѣмецкаго. Предпринимая второе изданіе своей книги, мнѣ пришлось нѣкоторые отдѣлы ея значительно дополнить и переработать; нѣсколько главъ, преимущественно изъ отдѣловъ частной патологии и терапіи женскихъ болѣзней, написаны мною вновь. Появившійся за послѣдніе годы цѣлый рядъ замѣчательныхъ монографій, вошедшихъ въ составъ *Handbuch der Gynaekologie Veit'a*, а также книга Реал'а объ опухоляхъ живота и таза, сочиненіе А. Martin'a о болѣзняхъ придатковъ матки, патологическая анатомія женскихъ половыхъ органовъ Gebhard'a и нѣкоторыя другія самостоятельныя работы дали возможность подвергнуть полной переработкѣ въ особенности отдѣлы о болѣзняхъ трубъ и яичниковъ, а также заболѣванія тазовой клѣтчатки и брюшины. Это было необходимо тѣмъ болѣе, что эти отдѣлы изложены черезчуръ кратко и неполно въ первомъ изданіи.

Несмотря на желаніе передать только наиболѣе существенное и въ сжатой формѣ изъ области практической гинекологіи, объемъ книги значительно увеличился благодаря массѣ новыхъ фактовъ, добытыхъ въ области науки о женскихъ болѣзняхъ, а также значительному обогащенію технической стороны гинекологической терапіи, усовершенствованіе которой не прекращается до послѣдняго времени. Чтобы по возможности облегчить чтеніе и пониманіе изложеннаго въ книгѣ, мы снабдили ее значительнымъ количествомъ рисунковъ, въ числѣ которыхъ не мало изображеній микроскопическихъ препаратовъ, взятыхъ нами преимущественно изъ руководства Veit'a и сочиненія Gebhard'a. Само собою разумѣется, и въ этомъ изданіи въ основу учебника поло-

женъ нашъ собственный клинической опытъ. Значительное число роженицъ и гинекологическихъ больныхъ, ежегодно поступающихъ въ харьковскую акушерско-гинекологическую клинику, дали намъ возможность придти, на основаніи опыта, къ опредѣленнымъ выводамъ относительно многихъ хирургическихъ пособій и пріемовъ, предложенныхъ въ послѣднее время. Конечно, въ краткомъ учебникѣ мы могли передать только общіе выводы и итоги этого опыта, считая неумѣстнымъ обременять книгу изложениемъ казуистики. На томъ же основаніи мы значительно сократили литературныя данныя, оставивъ только указанія на наиболѣе важныя монографіи, клиническія изслѣдованія и оригинальныя работы, что вполне соответствуетъ сжатою содержанию учебника.

Н. Ф. Толчиновъ.

Харьковъ.
27 іюня 1900 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Введение.

	<i>Стр.</i>
Предметъ и историческое развитіе гинекологіи	1

Общая часть.

Отдѣль I.

Общая этиологія женскихъ болѣзней	5
---	---

Отдѣль II.

Распознаваніе женскихъ болѣзней.

Глава 1. Предварительное изслѣдованіе	11
Глава 2. Гинекологическое изслѣдованіе	15
А) Наружное изслѣдованіе	19
В) Внутреннее изслѣдованіе	23
Изслѣдованіе руками	23
Инструментальное изслѣдованіе	28
Изслѣдованіе посредствомъ расширенія	41
Эндоскопія	48
С) Изслѣдованіе посредствомъ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ	50
D) Микроскопическое изслѣдованіе	51
Графическій способъ изображенія патологическихъ измѣненій	52

Отдѣль III.

Общая основанія патологіи женскихъ болѣзней	53
---	----

Отдѣль IV.

Общая терапия женскихъ болѣзней.

Глава 1. Общая основанія лѣченія женскихъ болѣзней	59
Глава 2. Назначеніе различнаго рода ваннъ, примѣненіе гидротерапіи и употребленіе минеральныхъ водъ. Климатотерапія	62
Глава 3. Промываніе влагалища	67
Глава 4. Промываніе полости матки	70
Глава 5. Постоянное орошеніе внутреннихъ половыхъ органовъ	71
Глава 6. Тампонація влагалища и матки	72
Глава 7. Мѣстное примѣненіе лѣкарствъ	74
Глава 8. Мѣстное кровоупусканіе	77
Глава 9. Гинекологическій массажъ	78
Глава 10. Примѣненіе дезинфекціи и асептики въ гинекологической практикѣ	80
Глава 11. Примѣненіе электричества въ гинекологической практикѣ	89
Глава 12. Примѣненіе наркоза	93

Отдѣль V.

Анатомія женскихъ половыхъ органовъ.

Глава 1. Краткій анатомическій очеркъ топографіи брюшныхъ стѣнокъ и женскаго таза	97
Глава 2. Кровеносные сосуды, лимфатическіе и нервы женскаго таза	109
Глава 3. Краткій очеркъ развитія женскихъ половыхъ органовъ	112
Глава 4. Анатомическое строеніе половыхъ органовъ женщины	116
А. Наружные половые органы	117
В. Внутренніе половые органы	119

Отдѣль VI.

Функции женскихъ половыхъ органовъ въ небеременномъ состояніи.

Глава 1. Мѣсячныя очищенія	134
Глава 2. Климактерическій или критическій возрастъ	141
Глава 3. Физиологія зачатія	143
Новѣйшая литература	144

Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней.

Отдѣль I.

Болѣзни наружныхъ половыхъ органовъ.

Глава 1. Пороки развитія наружныхъ половыхъ частей	149
Глава 2. Воспаленіе наружныхъ половыхъ органовъ, vulvitis	153
Глава 3. Зудъ наружныхъ половыхъ частей, pruritus vulvae	159
Глава 4. Поврежденія наружныхъ половыхъ органовъ	161
Глава 5. Опухоли и новообразованія наружныхъ половыхъ частей	167
Новѣйшая литература	175

Отдѣль II.

Болѣзни влагалища.

Глава 1. Недостатки развитія и приобрѣтенныя суженія влагалища	176
Глава 2. Болѣзни влагалища воспалительнаго характера	183
Глава 3. Поврежденія влагалища	191
Глава 4. Новообразованія влагалища	207
Новѣйшая литература	214

Отдѣль III.

Неправильности развитія и воспалительныя заболѣванія матки.

Глава 1. Пороки развитія и атрофія матки	216
Глава 2. Заращенія и суженія въ шейкѣ матки, atresia et stenosis colli uteri	224
Глава 3. Воспалительныя заболѣванія матки	228

Отдѣль IV.

Смѣщенія матки.

Глава 1. Общія свѣдѣнія о смѣщеніяхъ матки	253
Глава 2. Ощущеніе и выпаденіе матки, descensus et prolapsus uteri	256
Глава 3. Хроническій выворотъ матки, inversio uteri chronica	264
Глава 4. Наклоненіе и загибъ впереди матки, anteversio et anteflexio uteri	269
Глава 5. Наклоненіе и загибъ матки кзади, retroversio et retroflexio uteri	273
Глава 6. Грыжи матки, hernia uteri, hysterocele	292

Отдѣлъ V.

Новообразованія матки и бугорчатка внутреннихъ половыхъ органовъ.

Глава 1. Фиброзныя опухоли матки или фибромы, <i>fibroma uteri</i>	293
Глава 2. Ракъ матки, <i>cancer uteri</i>	325
Глава 3. Саркома матки, <i>sarcoma uteri</i>	361
Глава 4. Болѣзни круглой связки матки	366
Новѣйшая литература	367

Отдѣлъ VI.

Болѣзни Фаллопиевыхъ трубъ.

Глава 1. Врожденныя ненормальности трубъ	370
Глава 2. Острое и хроническое вытяженіе трубъ, <i>salpingitis acuta et chronica</i> и воспалительныя опухоли трубъ—водянка, <i>hydrosalpinx</i> , кровяная опухоль, <i>haematosalpinx</i> , и скопленіе гноя въ трубѣ, <i>pyosalpinx</i>	370
Глава 3. Бугорчатка Фаллопиевыхъ трубъ, <i>salpingitis tuberculosa</i> , въ связи съ бугорчаткою другихъ внутреннихъ половыхъ органовъ	388
Глава 4. Новообразованія Фаллопиевыхъ трубъ	391

Отдѣлъ VII.

Болѣзни яичниковъ.

Глава 1. Неправильности въ развитіи яичниковъ; особенности болѣзней яични- ковъ. Воспаленіе яичниковъ, <i>oophoritis</i>	392
Глава 2. Кровоизліянія въ ткань яичника	398
Глава 3. Смѣщенія яичника, <i>dislocationes ovarii</i>	400
Глава 4. Кисты яичника	401
Глава 5. Плотныя опухоли яичника	440
Новѣйшая литература	445

Отдѣлъ VIII.

Воспалительныя заболѣванія брюшины и тазовой клѣтчатки. Крове-
изліянія.

Глава 1. Воспаленіе тазовой брюшины и общій перитонитъ, <i>pelveoperitonitis et</i> <i>peritonitis diffusa</i>	447
Глава 2. Острое и хроническое воспаленіе тазовой клѣтчатки, <i>parametritis</i> <i>acuta et chronica</i>	457
Глава 3. Кровоизліянія, находящіяся въ зависимости отъ полового аппарата— брюшное кровоизліяніе, <i>haemorrhagia abdominalis</i> , околوماتочное, <i>haematocoele</i> , и подбрюшинное, <i>haematoma pelvis</i>	465
Глава 4. Новообразованія и опухоли въ клѣтчаткѣ таза	472
Новѣйшая литература	473

Отдѣлъ IX.

Функциональныя разстройства.

Глава 1. Кровотеченіе во время мѣсячныхъ, <i>menorrhagia</i>	474
Глава 2. Болѣзненные мѣсячныя очищенія, <i>dysmenorrhoea</i>	476
Глава 3. Отсутствие и прекращеніе мѣсячныхъ, <i>emansio mensium et amenorrhoea</i>	479
Глава 4. Слишкомъ раннее и запоздалое появленіе мѣсячныхъ, <i>menstruatio prae-</i> <i>cox et menstruatio tarda</i>	482
Глава 5. Болѣзненные половыя сношенія, <i>dyspareunia</i>	482
Глава 6. Безплодіе, <i>sterilitas</i>	484
Новѣйшая литература	487

ВВЕДЕНИЕ.

Предметъ и историческое развитие гинекологіи.

Наука о *женскихъ болѣзняхъ*, *gynaecologia*, имѣетъ своимъ предметомъ патологическія разстройства въ женскихъ половыхъ органахъ въ небеременномъ состояніи. Она представляетъ въ настоящее время самостоятельную отрасль практической медицины, тѣсно связанную съ другою специальностью, именно съ акушерствомъ; такъ какъ обѣ науки имѣютъ своимъ предметомъ нормальныя функціи и патологическія уклоненія въ половыхъ органахъ женщины, хотя не при одинаковыхъ жизненныхъ условіяхъ. Въ клиникѣ и въ практикѣ врача это тѣсное соотнoшеніе замѣчается на каждомъ шагѣ, особенно рѣзко оно выступаетъ въ этиологіи и распознаваніи женскихъ болѣзней.

Эти болѣзни встрѣчаются весьма часто и обыкновенно сопровождаются значительными мѣстными симптомами, а также измѣненіями функціональной дѣятельности женскихъ половыхъ органовъ и общимъ разстройствомъ питанія; почему уже въ глубокой древности, когда только зарождалась медицина, врачи уже узнали и лѣчили нѣкоторыя изъ этихъ болѣзней. Гиппократъ, жившій за 400 лѣтъ до Р. Х., въ своихъ книгахъ описываетъ, между прочимъ, воспаленіе матки, затвердѣніе, выпаденіе этого органа и разстройства мѣсячныхъ очищеній. Аретей и Галенъ, жившіе, вѣроятно, въ I и II столѣтіи нашей эры, тоже писали о женскихъ болѣзняхъ. Галену было извѣстно маточное зеркало. Архигенъ оставилъ довольно обстоятельное описаніе воспаленія тазовой клѣтчатки. Soranus изъ Эфеса считается однимъ изъ лучшихъ представителей древности въ области гинекологіи; онъ былъ хорошо знакомъ съ ручнымъ и инструментальнымъ изслѣдованіемъ. Аецій (въ VI вѣкѣ) и Павелъ изъ Эгины (въ VII вѣкѣ) оставили сочиненія по женскимъ болѣзнямъ, которыя носятъ компиляторный характеръ сборниковъ.

Когда древняя культура была разрушена варварскими народами, врачебная наука исчезла изъ жизни и осталась только въ медицинскихъ сочиненіяхъ древнихъ. Акушерская практика и лѣченіе женскихъ болѣзней перешли въ руки невѣжественныхъ повитухъ.

Въ теченіе длиннаго ряда вѣковъ гинекологія не сдѣлала никакихъ успѣховъ, хотя нѣкоторые врачи среднихъ вѣковъ оставили намъ сочиненія о женскихъ болѣзняхъ; но эти трактаты отличаются недостаткомъ самостоятельныхъ наблюдений, суевѣрными и ложными толкованіями фактовъ и склонностью авторовъ къ мистицизму.

Только великія анатомическія и фізіологическія открытія положили краеугольный камень для будущаго развитія гинекологіи на раціональныхъ основаніяхъ. Въ это время, въ XVI и XVII ст., жили знаменитые хирурги—*Ambroise Paré, Fabricius Hildanus, Guillemeau, Tulpius, Rousset* и др., которымъ мы обязаны примѣненіемъ нѣкоторыхъ операций при лѣченіи женскихъ болѣзней. Учрежденіе акушерскихъ клиникъ, прежде всего въ Парижѣ въ *Hôtel-Dieu*, въ концѣ XVII столѣтія, и родильныхъ домовъ, изъ коихъ первый появился также во Франціи въ Страсбургѣ въ 1728 году, имѣло громадное значеніе также для развитія гинекологіи, такъ какъ явилась возможность наблюдать и изучать нормальныя функціи и патологическія разстройства женскихъ половыхъ органовъ. Уже въ 1761 году появилось руководство по женскимъ болѣзнямъ *Astruc's*, профессора и врача въ Парижѣ. Тѣмъ не менѣе гинекологія, какъ наука, представляетъ созданіе нашего столѣтія. Быстрому развитію ея содѣйствовали съ одной стороны успѣхи и открытія въ области фізіологии, гистологіи и патологической анатоміи, при посредствѣ которыхъ клиническія наблюденія получили раціональныя основанія, а съ другой стороны этому способствовали въ высокой степени изобрѣтенія новыхъ болѣе совершенныхъ и вѣрныхъ способовъ распознаванія и лѣченія женскихъ болѣзней. Однако только въ послѣднія 12 лѣтъ, когда идеи *Листера* получили примѣненіе въ терапіи женскихъ болѣзней, и гинекологи такъ же строго, какъ хирурги, стали примѣнять правила антисептики и обеззараживанія, успѣхи оперативнаго лѣченія были обезпечены и хирургическіе способы врачеванія могли получить широкое приложеніе въ гинекологіи. Съ этихъ же поръ оперативная техника получила быстрое развитіе, которое продолжается безостановочно и въ настоящее время.

Мы приведемъ здѣсь только наиболѣе важные факты и открытія, содѣйствовавшіе успѣхамъ гинекологіи. Въ 1818 году французскій хирургъ *Resamier* изобрѣлъ свое трубчатое зеркало, которое дало возможность точно распознавать и лѣчить болѣзни влагалища и маточной шейки. Въ 1845 году вышло сочиненіе *G. Bennet—inflammation of the uterus*, гдѣ изложены важнѣйшіе способы лѣченія болѣзней матки, примѣнявшіеся преимущественно французскими врачами. Эта книга долгое время имѣла преобладающее значеніе въ гинекологической практикѣ. Приблизительно около этого времени былъ изобрѣтенъ профессоромъ *J. Simpson*омъ въ Эдинбургѣ маточный зондъ для распознаванія и лѣченія болѣзней матки. Этотъ знаменитый врачъ первый сталъ употреблять хлороформъ въ акушерской и гинекологической практикѣ.

Многочисленные сочинения I. Simpson'a и предложенные имъ оригинальные способы лѣченія женскихъ болѣзней оказывали громадное вліяніе на современниковъ и отчасти удержались въ гинекологіи до настоящаго времени. Двойной ручной способъ изслѣдованія, имѣющій столь важное значеніе для распознаванія женскихъ болѣзней, разработанъ преимущественно нѣмецкими гинекологами—К и в и ш е м ъ, Г о л ь с т о м ъ и Ш у л ь ц е—въ половинѣ настоящаго столѣтія. Чрезвычайно важное значеніе въ гинекологіи имѣло изобрѣтеніе желобоватаго зеркала американскимъ врачомъ M. Sims'омъ въ 1853 году; при посредствѣ этого инструмента сдѣлались вполне доступными для операціи стѣнки влагалища и маточная шейка. Одновременно съ этимъ чревосѣченіе, полостныя и другія операціи, о которыхъ прежде могли только мечтать передовые умы въ медицинѣ, стали вполне возможными и прочно установились въ медицинской практикѣ. Къ числу ихъ слѣдуетъ отнести оваріотомію, разработанную преимущественно S p e n c e r - W e l s ' о м ъ, К о e b e r l e и др., зашиваніе пузырно-влагалищныхъ свищей и застарѣлыхъ разрывовъ промежности, рациональные методы которыхъ указаны S i m o n ' о м ъ, B o z e m a n ' о м ъ и отчасти H e g a r ' о м ъ.

Удаленіе фибридовъ матки и такъ называемая ампутація тѣла матки впервые стали давать довольно успѣшные результаты въ рукахъ P e a n ' a; въ послѣдствіи эта операція была усовершенствована K. Schroeder'омъ и др. Около 20 лѣтъ тому назадъ W. Freund и Czerni указали способы удаленія всей матки. Въ недавнее время эта операція была значительно упрощена французскими хирургами. Важное значеніе въ терапіи женскихъ болѣзней получило введенное M. Sims'омъ и Olshausen'омъ въ практику, выскабливаніе слизистой оболочки матки, которое примѣнялось еще R e s a m i e r, но потомъ было предано забвенію. Въ послѣднее время въ гинекологіи въ особенности разрабатывались способы лѣченія смѣщенной матки.

Въ заключеніе мы укажемъ наиболѣе важныя монографіи и руководства по гинекологіи, появившіяся въ послѣднія десятилѣтія.

I. Klob. Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. 1864.

M. Sims. Uterine surgery. 1865.

Simon. Ueber die Heilung der Blasenscheidenfistel. 1865.

Courty. Maladies de l'uterus et ses annex. 1866.

Simpson. Clinical lectures of the diseases of women. 1872.

Spencer-Wells. Diseases of the ovaries. 1872.

I. Pean. Hysterotomie. 1873.

Th. Billroth. Handbuch der Frauenkrankheiten. 1885.

A. Hegar und Kaltenbach. Die operative Gynaekologie. 1897.

K. Schroeder. Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 1890.

Горвидъ. Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы. 1883.

- Снегиревъ. Маточныя кровотеченія. 1895.
Hofmeier. Gründniss der gynaekologischen Operationen. 1888.
Славянскій. Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней.
Часть 1 и 2. 1888—1897.
Pozzi, S. Traité de gynaekologie clinique et opératoire. 1890.
Tait, L. Traité clinique des maladies des femmes. 1891.
Thomas. A practical treatise on the diseases of women. 1891.
Zweifel. Vorlesungen über klinische Gynaekologie. 1892.
Galabin. Diseases of women. 1893.
Kelly. Operative gynecology. 1898.
Veit. Handbuch der Gynaecologie. 1897--1899.
Gebhard. Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. 1899.

ОБЩАЯ ЧАСТЬ.

Отдѣлъ I.

Общая этиологія женскихъ болѣзней.

Частое появленіе женскихъ болѣзней, нерѣдко вызываемые ими тяжелые симптомы, ихъ хроническое теченіе обуславливаются главнымъ образомъ интенсивностью функций половыхъ органовъ женщины. Въ этихъ особенностяхъ коренятся главнымъ образомъ предрасполагающія причины заболѣваній въ половой сферѣ женскаго организма.

1. Одною изъ такихъ причинъ слѣдуетъ считать *мѣсячныя очищенія*. Въ небеременномъ состояніи у взрослой женщины ежемѣсячно появляется переполненіе кровью половыхъ органовъ, которое разрѣшается кровотеченіемъ изъ полости матки.

Такое состояніе представляетъ весьма благопріятную почву для появленія заболѣваній преимущественно воспалительнаго характера при дѣйствіи различныхъ вредныхъ вліяній, которыя способствуютъ вѣдренію микробовъ въ полость матки или причиняютъ внутреннее кровоизліяніе въ ткань яичника и даже въ полость брюшины.

2. Еще въ большей степени обнаруживаютъ расположеніе къ заболѣваніямъ женщины въ *послѣродовомъ періодѣ*. Это становится вполне понятнымъ, если мы примемъ во вниманіе чрезмѣрное увеличеніе матки, которая въ концѣ беременности достигаетъ около 1000,0 вѣса и 30 см. длины, вмѣщая въ то же время въ себѣ содержимое вѣсомъ не менѣе 4 или 4½ kg. Столь значительное увеличеніе матки обуславливается преимущественно разращеніемъ мышечныхъ волоконъ, а также увеличеніемъ объема и развитіемъ новыхъ кровеносныхъ сосудовъ. Подобныя же измѣненія, хотя въ гораздо меньшей степени, обнаруживаются во влагалищѣ и въ наружныхъ половыхъ частяхъ. Гипертрофія въ половыхъ органахъ начинается съ перваго мѣсяца беременности и продолжается до самыхъ срочныхъ родовъ, или преждевременнаго прекращенія беременности. Какъ извѣстно, немедленно послѣ родоразрѣшенія въ половыхъ органахъ женщины начинаются процессы

обратнаго развитія, которые продолжаются обыкновенно отъ 6—8 недѣль, нѣсколько меньше послѣ выкидыша. Только спустя это время, матка съ своими придатками и другіе отдѣлы половыхъ органовъ возвращаются къ прежнему состоянію, хотя никогда полнаго восстановленія дѣвственнаго состоянія внутреннихъ половыхъ органовъ не бываетъ. Эти процессы обратнаго развитія представляютъ крайне интенсивныя явленія, не имѣющія аналогіи въ человѣческомъ организмѣ, почему требуютъ со стороны женщины особенныхъ предосторожностей въ это время, которыя подробно излагаются въ акушерствѣ. Недостаточный уходъ и неблагопріятныя условія, въ какихъ находятся часто родильницы, нерѣдко являются причиною многихъ острыхъ или тяжелыхъ хроническихъ заболѣваній въ половомъ аппаратѣ женщины.

3. *Беременность*, даже протекающая вполне нормально, сопровождается разрыхленіемъ тканей таза и растяженіемъ связокъ матки и покрововъ живота, почему нерѣдко, даже при вполне правильномъ теченіи послѣродоваго періода, обнаруживаются различные виды смѣщенія матки. Довольно распространенное въ послѣднее время преступное вызываніе выкидыша часто влечетъ за собою серьезныя заболѣванія матки и ея придатковъ, вслѣдствіе травмы и зараженія септического или гнилостнаго характера. Не особенно рѣдки также случаи смерти вслѣдствіе преступныхъ выкидышей.

4. *Роды*, причиняя сильное растяженіе родовыхъ путей, смѣщеніе передней стѣнки влагалища, нерѣдко разрывы маточной шейки и промежности, уже однимъ этимъ создаютъ ненормальности, нерѣдко достигающія значительной степени. Но гораздо большее значеніе имѣютъ возникающія во время родовъ благопріятныя условія для зараженія, именно вслѣдствіе слушиванія въ родовомъ каналѣ мѣстами эпителия, появленія мелкихъ пораненій и трещинъ, далѣе обнаженіе внутренней поверхности матки и присутствіе на мѣстѣ, гдѣ сидѣла плацента, многочисленныхъ зіяющихъ сосудовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ тяжелые и продолжительные роды иногда сопровождаются омертвѣніемъ ткани въ стѣнкахъ влагалища, рѣже въ маточной шейкѣ, что влечетъ за собою суженіе рукава и образованіе свищей. Иногда акушерская операція, въ особенности произведенная неискусною рукой, сопровождается нарушеніемъ цѣлости въ родовыхъ путяхъ.

5. *Половыя отношенія* располагаютъ къ заболѣваніямъ въ половыхъ органахъ въ тѣхъ случаяхъ, когда женщины ими злоупотребляютъ, или когда сношенія совершаются во время мѣсячныхъ кровей, или не вполне нормально, съ цѣлью избѣжать беременности. Мастурбація, кромѣ разстройства нервной системы, также влечетъ за собою развитіе заболѣваній въ половыхъ органахъ. Однако наичаще половое сношеніе является причиною женскихъ болѣзней черезъ переносъ гонорройной инфекціи.

6. Среди дѣвушекъ достаточнаго класса нерѣдко встрѣчается *измѣ-*

женность организма, которая передается по наслѣдству, отчасти развивается воспитаніемъ. До сихъ поръ еще нерѣдко обращаютъ слишкомъ мало вниманія на физическое развитіе дѣвушекъ. Къ сожалѣнію, и духовная сторона женскаго воспитанія не вездѣ поставлена удовлетворительно. Женское образованіе заключается больше въ заучиваніи свѣдѣній по разнымъ наукамъ и обученію разнымъ искусствамъ, при чемъ обыкновенно мало обращаютъ вниманія на развитіе способности мышленія. Окончившая закрытое учебное заведеніе дѣвушка часто страдаетъ малокровіемъ и общею слабостью, которыя не всегда проходятъ вполнѣ, даже при вполнѣ благоприятныхъ условіяхъ жизни среди родныхъ. Такія особы, вышедши замужъ, часто трудно рожаютъ и не могутъ сами кормить дѣтей. Послѣродовой періодъ часто также у нихъ протекаетъ не вполнѣ правильно.

7. *Ненормальный образъ жизни*, который ведутъ многія женщины достаточнаго класса, можетъ въ значительной степени разстроитъ слабый организмъ и сдѣлать его менѣе устойчивымъ относительно разныхъ вредныхъ вліяній. Обыкновенно къ концу такъ называемаго сезона сильно утомляются и чувствуютъ себя нехорошо свѣтскія дамы, слишкомъ часто посѣщающія балы и вечернія собранія, которыя нерѣдко оканчиваются далеко за полночь. Вредное вліяніе оказываетъ также позднее вставанье съ постели, невозможность ежедневныхъ прогулокъ и движенія на воздухѣ, что отчасти зависитъ отъ нашей суровой зимы, осенью же отъ печальнаго неустройства нашихъ городовъ и селеній. Въ это время большинство женщинъ, которыхъ занятія и обязанности не заставляютъ ежедневно выходить изъ дому, сидятъ обыкновенно въ дурно вентилированныхъ комнатахъ, въ которыхъ температура рѣзко мѣняется. При такомъ образѣ жизни развивается расположеніе къ простудѣ и къ различнымъ расстройствамъ въ органахъ пищеваренія, а также малокровіе.

8. Въ настоящее время въ меньшей степени, нежели прежде, случается наблюдать неблагоприятное *вліяніе одежды* на здоровье женщины. Къ сожалѣнію, ношеніе корсета сильно распространяется. При продолжительномъ употребленіи этой части одежды остаются иногда слѣды даже на скелетѣ женщины, именно суженіе грудной клѣтки въ нижнемъ отдѣлѣ. Еще чаще происходитъ смѣщеніе печени, желудка, кишечныхъ петель и опущеніе почки, въ особенности правой, какъ это доказали Meinert и Herz въ послѣднее время своими изслѣдованіями на трупахъ. При сильномъ затягиваніи корсета сдавливаются грудная клѣтка и верхняя часть живота, что причиняетъ стѣсненіе дыханія, увеличиваетъ давленіе въ брюшной полости, а также въ тазу и затрудняетъ кровообращеніе въ расположенныхъ здѣсь органахъ. Въ особенности это оказывается вреднымъ при существующихъ уже заболѣваніяхъ матки и ея придатковъ. При изслѣдованіи женскихъ половыхъ органовъ мы можемъ убѣдиться воочію, какое важное вліяніе оказы-

вають на матку движеніе грудобрюшной преграды и дѣйствіе брюшнаго пресса. Огромное большинство женщинъ не имѣетъ обыкновенія носить послѣ родовъ повязку на животъ, почему брюшныя стѣнки остаются растянутыми и животъ нерѣдко сильно выдается впередъ даже у молодыхъ женщинъ. Это влечетъ за собою смѣщеніе брюшныхъ внутренностей, въ особенности кишечныхъ петель, и конечно также не остается безъ вліянія на кровообращеніе въ полости живота.

Опущеніе брюшныхъ внутренностей, такъ называемый *gastroptosis*, по изслѣдованіямъ *Schwerdt'a*, у женщинъ встрѣчается въ 15 разъ чаще, нежели у мужчинъ. *Meinert* полагаетъ, что опущеніе желудка и кишки составляетъ ближайшую причину блѣдной немочи, причиняя раздраженіе *plex. coeliacus*, отъ котораго происходятъ нервы селезенки, гдѣ совершается главнымъ образомъ кровотвореніе. Это предположеніе не вполне доказано, но во всякомъ случаѣ смѣщеніе брюшныхъ внутренностей нерѣдко сопровождается тягостными припадками— болями въ крестцѣ, онѣмѣніемъ нижнихъ конечностей, сердцебиеніемъ, задышкой, головными болями и частыми позывами на мочу. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ обнаруживается мигрень, головокруженіе, психическая подавленность, бессонница и неохота къ работѣ.

Часто употребляемая женщинами *легкая обувь*, не соответствующая времени года, способствуетъ появленію простудныхъ заболѣваній въ половыхъ органахъ, ревматическихъ болей и невралгій въ нижнихъ конечностяхъ. Сильно передвинутый напередъ каблукъ въ женскихъ башмакахъ нѣсколько затрудняетъ ходьбу, туловище постоянно отклоняется кзади для поддержанія равновѣсія, при чемъ напрягаются мышцы спины и передней стѣнки живота. Вѣроятно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ упорныя боли въ спинѣ, на которыя часто жалуются больныя, зависятъ отчасти отъ употребленія такой обуви.

Что касается непосредственныхъ, такъ называемыхъ производящихъ, причинъ женскихъ болѣзней, то онѣ также различны:

1. Иногда встрѣчаются случайныя *пораненія* этихъ органовъ. Гораздо чаще эти пораненія являются послѣдствіемъ трудныхъ или ненормальныхъ родовъ, въ видѣ разрывовъ промежности, влагалища, маточной шейки, суженія и зарощенія въ различныхъ отдѣлахъ родового канала, преимущественно въ стѣнкахъ влагалища, гдѣ происходитъ также образованіе свищей въ сосѣдніе половые органы вслѣдствіе разрушенія ткани.

2. Преобладающее значеніе имѣетъ *септическое и гнилостное зараженіе*, рѣже другія инфекции, передающіяся безъ видимыхъ поврежденій, или же одновременно съ нанесеніемъ послѣднихъ, при гинекологическомъ изслѣдованіи, чаще при различныхъ врачебныхъ манипуляціяхъ или оперативныхъ пособіяхъ. Такія зараженія наичаще передаются руками или инструментами врача или же ватой и вообще перевязочнымъ матеріаломъ, рѣже они переносятся руками больной, водою или происходятъ черезъ посредство нечистаго воздуха. Септическое зараженіе происходитъ наичаще черезъ переносъ *streptococcus pyogenes* или различ-

ныхъ видовъ *staphylococcus pyogenes*, *bacillus pyocyaneus*, рѣже другихъ гноеродныхъ микробовъ. Зараженіе черезъ переносъ *bacillus malignus oedematis* въ настоящее время встрѣчается крайне рѣдко. Оно вызываетъ чрезвычайно пагубное и скоротечное заболѣваніе, обыкновенно влекущее за собою смерть черезъ одинъ или нѣсколько дней при гнилостномъ распаденіи и развитіи газовъ въ различныхъ частяхъ тѣла. Гнилостное зараженіе, *sarcoma*, развивается черезъ зараженіе гнилостными микробами, обыкновенно *bacill. coli communis*, рѣже *micrococ. tetragenus* и *bacill. pyogen. foetidus*. Иногда септическая и гнилостная инфекция происходитъ совместно. Очень рѣдко наблюдается зараженіе туберкулезное или лучистымъ грибокъ.

Безъ сомнѣнія, *заболѣваніе гонорреей* представляетъ наиболѣе частое зараженіе, которое передается обыкновенно при сношеніи, рѣже другимъ путемъ, и обусловливается переносомъ микроба *gonococcus Neisser'a*. Болѣзнь выражается наичаще воспаленіемъ наружныхъ половыхъ частей, мочевого канала, влагалища и канала шейки. Иногда воспаленіе переходитъ на слизистую оболочку матки, на придатки и тазовую брюшину, что обыкновенно сопровождается тяжелыми мѣстными и общими явленіями. Пузырь и прямая кишка рѣдко заболѣваютъ гонорреей. Въ исключительныхъ случаяхъ оно становится общимъ заболѣваніемъ въ видѣ *arthritis gonorrhoeica*. Различная интенсивность заболѣванія гонорреей зависитъ отъ неодинаковой вредоносности гонококковъ, отъ количества этихъ микробовъ и, несомнѣнно, отъ предрасположенія въ данномъ случаѣ.

Сифилитическія заболѣванія встрѣчаются часто въ особенности на наружныхъ половыхъ частяхъ въ видѣ первичныхъ и вторичныхъ проявленій. Впослѣдствіи въ позднѣйшемъ періодѣ сифилиса обыкновенно развиваются также нѣкоторыя измѣненія во внутреннихъ женскихъ половыхъ органахъ, но обыкновенно они не сопровождаются значительными симптомами, почему часто остаются незамѣченными.

3. Многочисленныя *общія болѣзни* острыя и хроническія, какъ-то: тифъ, скарлатина, оспа, дифтеритъ, холера, бугорчатка и проч., почти всегда сопровождаются патологическими измѣненіями въ различной степени въ половыхъ органахъ женщины. Иногда они оставляютъ прочныя измѣненія, остающіяся на всю жизнь, напр., зарашеніе влагалища, перерожденіе паренхимы яичниковъ и пр.

Острыя и хроническія *отравленія* сопровождаются измѣненіями большею частью воспалительнаго и дегенеративнаго характера въ маткѣ и придаткахъ. Довольно часто встрѣчающееся въ послѣднее время злоупотребленіе морфіемъ иногда влечетъ за собою перерожденіе яичниковъ, уменьшеніе и даже прекращеніе мѣсячныхъ кровей. *Болѣзни важныхъ органовъ*— пороки сердца, воспаленіе почекъ, печени и проч.—не остаются безъ вліянія на состояніе половыхъ органовъ женщины. Душевные потрясенія, пораженіе центральной нервной системы нерѣдко

отражаются также въ этой области преимущественно функциональными расстройствами.

4. *Несоблюдение необходимых диетических и гигиенических предосторожностей* во время мѣсячныхъ очищеній, напр., танцы, купанье въ рѣкѣ, тяжелая работа и проч., часто кладетъ начало серьезнымъ расстройствамъ въ половой сферѣ женщины. Простуда во время мѣсячныхъ, на которую часто указываютъ больныя, въ большинствѣ случаевъ представляетъ заболѣваніе микробнаго характера. Еще чаще женскія болѣзни начинаются въ послѣродовомъ періодѣ—послѣ воспалительныхъ заболѣваній, ранняго вставанья съ постели послѣ большихъ потерь крови изъ матки и пр. Нерѣдко также развиваются мѣстные воспалительныя заболѣванія, иногда тяжелаго характера, отъ несоблюденія надлежащей чистоты и опрятности при ношеніи маточныхъ пессаріевъ, при слизистыхъ и кровянистыхъ истеченіяхъ изъ матки, при мочевыхъ и кишечныхъ свищахъ и пр.

5. Въ женскихъ половыхъ органахъ чаще, чѣмъ въ другихъ отдѣлахъ организма, встрѣчаются *врожденные аномаліи*, въ особенности въ маткѣ и влагалищѣ, въ видѣ недоразвитія, рѣдко отсутствія этихъ органовъ или же уродливаго развитія ихъ. Такія врожденныя неправильности часто выражаются нарушеніемъ обычныхъ функций и нерѣдко влекутъ за собою явленія, опасныя для здоровья и жизни больныхъ.

6. Нерѣдко встрѣчаются случаи заболѣваній въ женскихъ половыхъ органахъ, причина которыхъ для насъ остается пока совершенно неизвѣстною. Сюда слѣдуетъ отнести почти всѣ *новообразованія*, которыя такъ часто встрѣчаются въ гинекологической практикѣ, хотя изслѣдованія послѣдняго времени допускаютъ возможность вліянія въ однихъ случаяхъ мѣстнаго раздраженія, въ другихъ возможность зараженія при посредствѣ особенныхъ микробовъ, вѣроятно, также совместно съ раздраженіемъ. Однако до сихъ поръ это остается не доказаннымъ и всѣ попытки свести злокачественныя опухоли къ паразитному происхожденію оказались неудачными. Найденные въ раковыхъ клѣткахъ паразиты оказались споровиками, не имѣющими никакого отношенія къ развитію этихъ новообразованій. Нѣкоторые изслѣдователи считаютъ ихъ даже продуктами регрессивнаго коллоиднаго метаморфоза.

Отдѣлъ II.

Распознаваніе женскихъ болѣзней.

Глава I.

Предварительное изслѣдованіе.

Вполнѣ ознакомиться съ симптомами болѣзни въ гинекологической практикѣ не всегда бываетъ легко. Женщины иногда многое отъ насъ скрываютъ или же не говорятъ правды; другія при всемъ желаніи не могутъ изложить обстоятельно симптомовъ своей болѣзни. Наконецъ, встрѣчаются больныя, которыя не позволяютъ произвести изслѣдованіе половыхъ органовъ изъ чувства стыдливости или каприза.

Для правильнаго распознаванія женскихъ болѣзней часто мы не можемъ обойтись безъ разспроса больной. Конечно, полученныя отъ больной свѣдѣнія не могутъ дать намъ вполнѣ вѣрнаго понятія о ея болѣзни, но они знакомятъ насъ съ индивидуальностью даннаго случая, съ семейнымъ положеніемъ больной и проч. Они указываютъ на области организма, гдѣ происходятъ патологическіе процессы или функціональныя разстройства, а слѣдовательно даютъ намъ указанія для рѣшенія вопроса, нужно ли произвести изслѣдованіе половыхъ органовъ женщины, иначе говоря, слѣдуетъ ли примѣнять гинекологическое изслѣдованіе; такъ какъ далеко не всѣ женщины, которыя обращаются за врачебною помощію, страдаютъ женскими болѣзнями. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ этотъ вопросъ можно рѣшить только послѣ изслѣдованія другихъ органовъ, именно, когда ни въ одномъ изъ нихъ мы не можемъ найти объясненія тѣхъ припадковъ, на которые жалуется больная и которые слѣдовательно могутъ зависѣть отъ патологическихъ измѣненій въ половыхъ органахъ женщины. Въ силу вышеизложеннаго изслѣдованіе въ женской практикѣ естественнымъ образомъ раздѣляется на предварительное и гинекологическое.

Предварительное изслѣдованіе состоитъ въ отобраніи анамнеза и знакомства съ симптомами болѣзни, свѣдѣнія о которыхъ мы приобретаемъ

изъ разспросовъ больной. Для того, чтобы получить по возможности обстоятельныя данныя, необходимо, чтобы врачъ предлагалъ больной вопросы въ известномъ порядкѣ, на которые она должна давать по возможности краткіе опредѣленные отвѣты. Только по окончаніи разспроса можно разрѣшить больной рассказать, что она желаетъ, о своей болѣзни, чтобы дополнить полученныя свѣдѣнія.

Въ большинствѣ случаевъ больной женщинѣ, которая приходитъ къ намъ въ первый разъ за медицинскимъ совѣтомъ, необходимо предложить слѣдующіе вопросы:

Anamnesis.

1. Сколько лѣтъ отъ роду?
2. Замужемъ больная или нѣтъ?
3. Если замужняя, то сколько лѣтъ замужемъ, сколько имѣла дѣтей и выкидышей?
4. Когда были послѣдніе роды или выкидышъ?
5. Сколько времени больна и какъ началась болѣзнь?
6. Не можетъ ли указать причину болѣзни?
7. Родъ занятій и образъ жизни?

Status praesens.

8. Когда были послѣднія мѣсячныя очищенія; особенности ихъ въ данномъ случаѣ?

9. Имѣетъ ли больная ненормальныя истеченія изъ полового канала, какого характера и въ какомъ количествѣ?

10. Относительно половыхъ отношеній, которыя часто представляютъ нѣкоторыя ненормальности, спрашивать не слѣдуетъ, лучше объ этомъ предоставить говорить самой больной.

11. Гдѣ больная ощущаетъ боли: въ тазу, нижней части живота, въ поясницѣ и проч.? Усиливаются ли эти боли при движеніи?

12. Затѣмъ предлагаются вопросы, касающіеся состоянія и функцій сосѣднихъ органовъ, именно мочевого пузыря и прямой кишки, далѣе относительно пищеваренія, общаго состоянія организма и нервной системы. Слѣдуетъ также освѣдомиться, нѣтъ ли болѣе или ненормальныхъ ощущеній въ различныхъ органахъ и частяхъ тѣла, которыя такъ часто сопровождаютъ различныя заболѣванія половыхъ органовъ.

Значеніе большинства этихъ вопросовъ очевидно само собою и не требуетъ никакихъ дальнѣйшихъ разъясненій, но нѣкоторые вопросы могутъ показаться для начинающаго лишними и не имѣющими значенія. На нихъ мы должны нѣсколько остановиться.

Вопросъ о *возрастѣ* въ большинствѣ случаевъ самъ по себѣ имѣетъ мало значенія. Хотя важнѣйшія функціи женскихъ половыхъ органовъ ограничиваются известнымъ опредѣленнымъ возрастомъ и нѣкоторыя болѣзни приурочены къ известнымъ годамъ жизни женщины, тѣмъ не

менѣе встрѣчаются исключенія, о которыхъ никогда не долженъ забывать врачъ. Мѣсячныя очищенія, которыя въ южной Россіи появляются наичаще на 14 — 16 году жизни, происходятъ иногда гораздо раньше, еще въ дѣтскомъ возрастѣ, или появляются только на 20 году. Беременность, которая наичаще бываетъ между 20 и 35 годами, иногда наступаетъ уже на 14 или 15 году жизни, что приходилось наблюдать каждому давно практикующему акушеру. Описаны исключительные случаи беременности у дѣвочекъ на 11, даже на 10 году. Случаи беременности послѣ 45 лѣтъ встрѣчаются гораздо чаще, нежели ранняя беременность. Англійскій врачъ Робертсонъ на 10.000 родовъ нашель 48 разъ беременность между 46 и 50 годами и 11 случаевъ позже 50 лѣтъ. Наиболѣе позднюю беременность онъ наблюдалъ у 54-лѣтней женщины. Въ Шотландіи была наблюдаема беременность даже на 57 году жизни.

Нѣкоторыя болѣзни встрѣчаются обыкновенно въ извѣстномъ возрастѣ; напр., ракъ матки бываетъ между 30 и 50 годами жизни. Однако въ исключительныхъ случаяхъ мы видѣли эту болѣзнь на 20 и 22 году жизни.

Вопросъ о *замужествѣ* имѣеть значеніе уже на томъ основаніи, что при лѣченіи многихъ женскихъ болѣзней приходится совѣтовать воздерживаться отъ супружескихъ отношеній. Такое же значеніе имѣють свѣдѣнія относительно занятій и образа жизни больной. Нѣкоторыя занятія располагають къ заболѣваніямъ. Между тѣмъ при женскихъ болѣзняхъ часто приходится совѣтовать спокойный образъ жизни, избѣгать тяжелой работы и пр.

Приведенные выше вопросы относительно *оттравленій половыхъ органовъ* имѣють большое значеніе, которое вполне понимаютъ многія больныя. Въ особенности женщины обращаютъ вниманіе на правильное теченіе мѣсячныхъ, справедливо полагая, что правильность этой функціи возможна только при здоровомъ состояніи половыхъ органовъ и всего организма. Беременность обыкновенно сопровождается прекращеніемъ мѣсячныхъ. Болѣзни въ женскихъ половыхъ органахъ начинаются почти всегда, кромѣ врожденныхъ уродствъ и недостатковъ, послѣ появленія мѣсячныхъ очищеній. Эта функція представляетъ разнообразныя разстройства, находящіяся въ зависимости отъ общихъ болѣзней и мѣстныхъ патологическихъ разстройствъ. Мѣсячныя могутъ совершенно отсутствовать или прекращаться, сопровождаться сильными болями или большими потерями крови, продолжаться слишкомъ долго и пр.

Въ нормальномъ состояніи у здоровыхъ женщинъ вскорѣ послѣ прекращенія мѣсячныхъ кровей никакихъ *выделеній* изъ половыхъ органовъ не бываетъ. Несмотря на безчисленное множество слизистыхъ железокъ, которыми густо усѣяны слизистая оболочка тѣла и каналъ шейки матки, прозрачное слизистое отдѣленіе, похожее на сырой бѣлокъ куриного яйца, только овлажняетъ половой каналъ. На стѣнкахъ

влагалища это отдѣленіе отъ примѣси клѣтокъ плоскаго эпителія и подѣ влияніемъ кислой реакціи становится бѣловатымъ и болѣе густымъ. Слизистыя железки, расположенныя въ преддверьи, и Бартолиновы железы выдѣляютъ также очень мало слизи. Отдѣленіе, въ особенности изъ Бартолиновыхъ железъ, усиливается при сношеніи.

При различныхъ заболѣваніяхъ, мѣстныхъ и общихъ, отдѣленіе многочисленныхъ железокъ усиливается въ болѣе или менѣе значительной степени, при чемъ оно измѣняетъ различнымъ образомъ свой цвѣтъ и консистенцію, иногда также получаетъ дурной запахъ. Эти измѣненія обуславливаются не только усиленною дѣятельностью железокъ, но зависятъ также отъ примѣси гноя, крови, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ отъ примѣси мочи, кала, постороннихъ веществъ, частицъ новообразованія и безчисленныхъ количествъ различныхъ микробовъ; почему при женскихъ болѣзняхъ различаютъ отдѣленіе слизистое, серозное, гнойное, кровянистое, зловонное и пр.

Ненормальныя и болевыя ощущенія—обыкновенные спутники женскихъ болѣзней. Иногда боли имѣютъ острый характеръ и бываютъ очень сильны, не дозволяютъ больной двигаться, что наблюдается чаще при воспаленіи тазовой брюшины, при маточныхъ коликахъ и при спазматическихъ сокращеніяхъ Фаллопиевыхъ трубъ. Чаще при хроническихъ формахъ женскихъ болѣзней наблюдаются тяжесть и тупыя боли въ нижней части живота, въ поясницѣ, въ крестцовой и подвздошной областяхъ. Иногда боли распространяются на переднюю поверхность бедра и сопровождаются напоромъ на низъ и надавливаніемъ на пузырь и прямую кишку, а иногда даже нарушеніемъ функціи этихъ органовъ.

Чувство жженія въ различныхъ частяхъ живота и зудъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ нерѣдко составляютъ предметъ жалобъ при женскихъ болѣзняхъ. Ненормальныя ощущенія и боли въ другихъ болѣе отдаленныхъ областяхъ организма весьма часты и крайне разнообразны; болѣею частью онѣ имѣютъ отраженный характеръ. Наичаще больныя жалуются на боли въ одной или обѣихъ грудяхъ, на боли ниже лѣвой груди въ межреберныхъ промежуткахъ, рѣже на боли въ правой сторонѣ груди. Нерѣдко ощущаются боли на мѣстѣ остистыхъ отростковъ нѣкоторыхъ спинныхъ позвонковъ. Головные боли различного характера и невралгія лица, въ особенности лобной области, представляютъ частыя жалобы такихъ больныхъ. Боли подѣ ложечкой, сердцебіеніе встрѣчаются также нерѣдко и при женскихъ болѣзняхъ. Довольно рѣдкое явленіе представляетъ *asthma uterinum*, удушье, при болѣзняхъ матки. Иногда вся нервная система приходитъ въ ненормальное состояніе, развивается *hysteria et neurasthenia*; при особенномъ расположеніи, появляется даже психическое расстройство.

Расстройства питанія, находящіяся въ зависимости отъ заболѣванія половыхъ органовъ женщины, также представляютъ большое разнообразіе — диспепсія является обыкновеннымъ спутникомъ женскихъ

болѣзней. Иногда появляются сыпи на лицѣ, въ особенности *аспе vulg.*, часто при задержаніи мѣсячныхъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдаются хроническое слюнотеченіе и поверхностныя язвы на губахъ и на небѣ.

Очень часто при женскихъ болѣзняхъ замѣчаются также *общія разстройства*. Наичаще они выражаются анеміей остраго или хроническаго характера. Въ другихъ случаяхъ мы находимъ болѣе или менѣе значительное исхуданіе и упадокъ важнѣйшихъ функцій организма — стѣсненіе дыханія, ослабленіе дѣятельности пищеварительныхъ органовъ, затрудненное отдѣленіе мочи и пр. Гораздо рѣже встрѣчается общее ожирѣніе и полнокровіе. При злокачественныхъ болѣзняхъ матки развивается особое истощеніе, извѣстное подъ именемъ *кахексіи*.

Глава 2.

Гинекологическое изслѣдованіе.

Когда предварительное изслѣдованіе открываетъ одинъ или нѣсколько симптомовъ, указывающихъ на заболѣваніе женскихъ половыхъ органовъ, больной слѣдуетъ объяснить, что для опредѣленія и успѣшнаго лѣченія ея болѣзни необходимо произвести изслѣдованіе этихъ органовъ. Для многихъ больныхъ, особенно обращающихся за помощью въ первый разъ, такое изслѣдованіе представляетъ тяжелое испытаніе, почему врачъ долженъ соблюдать величайшую осмотрительность, чтобы не оскорбить чувства стыдливости больной; во многихъ случаяхъ не лишнимъ будетъ присутствіе при изслѣдованіи акушерки или родственницы больной. При этомъ надо избѣгать излишняго обнаженія тѣла и самое изслѣдованіе производить по возможности скоро, но вполне обстоятельно, чтобы было возможно установить правильное распознаваніе.

Во время изслѣдованія больная должна принять извѣстное положеніе, которое представляется наиболѣе удобнымъ для этой цѣли. Въ рѣдкихъ случаяхъ *гинекологическое изслѣдованіе* производится въ *стоячемъ положеніи* больной, которая при этомъ должна опираться правою рукою о столъ или держаться за спинку стула и раздвинуть нѣсколько ноги, что даетъ возможность врачу ввести указательный палецъ во влагалище. При такомъ положеніи брюшныя покровы напряжены, почему обстоятельное изслѣдованіе



Рис. 1. Обыкновенное положеніе больной при изслѣдованіи на акушерскомъ креслѣ. Сжатая въ кулакъ руки находятся подъ кресломъ.

невозможно. Наичаще мы придаемъ

больной *горизонтальное положеніе* на спинѣ съ согнутыми и нѣсколько разведенными нижними конечностями. Больная ложится на столъ, кушетку или кровать, голова ея покоится на подушкѣ, спина и крестецъ находятся на одной плоскости, на которую опираются подошвы нижнихъ конечностей. Брюшные покровы часто расслабляются еще больше, если больная подложитъ свои руки, сжатые въ кулакъ, или твердую подушку подъ крестецъ и будетъ упираться подошвами на подножки акушерскаго кресла, расположенныя приблизительно на 10—15 см.



Рис. 2. Акушерское кресло для изслѣдованія.

выше плоскости, на которой она лежитъ. При такомъ положеніи больной, которое мы считаемъ самымъ удобнымъ, не только расслабляются брюшныя стѣнки, но также кишечныя петли отодвигаются нѣсколько кверху. Половые части становятся болѣе доступными для изслѣдованія, когда онѣ будутъ обращены къ свѣту и согнутыя нижнія конечности опираются у края стола или кресла. Можно также для этой цѣли больную положить поперекъ кровати, при чемъ разведенныя и согнутыя нижнія конечности должны опираться на два раздвинутыхъ стула, стоящіе возлѣ постели.

Въ больницахъ и женскихъ клиникахъ, а также въ кабинетъ спеціалистовъ, изслѣдованіе обыкновенно производится на приспособленномъ для этой цѣли *столъ* или *кресло*. Это приспособленіе должно имѣть достаточную длину и ширину, чтобы больная могла удобно располагаться, и настолько высоко, чтобы врачу не было надобности принимать неудобную позу при изслѣдованіи. Для опоры нижнихъ конечностей должны быть придѣланы особыя подъемныя подножки. Спинка кресла или задняя часть стола должна, смотря по надобности, подниматься и опускаться на шарнирахъ. Было бы не лишнее имѣть подушку на столѣ или креслѣ, посредствомъ которой было бы возможно приподнять тазъ больной, при изслѣдованіи, по мѣрѣ надобности. Наиболѣе простымъ и удобнымъ изъ такихъ приспособленій оказывается кресло К. Шредера и нѣкоторыя его видоизмѣненія. При положеніи женщины на спинѣ съ согнутыми ногами влагалище имѣетъ почти горизонтальное направленіе спереди назадъ и уголъ наклоненія таза не превышаетъ 30° .

Часто, въ особенности при операціяхъ на влагалищѣ, приходится существенно измѣнять это положеніе, заставляя больную привести нѣсколько разведенныя бедра къ животу и согнуть нижнія конечности въ колѣнномъ суставѣ. При этомъ происходитъ сгибаніе позвоночника, тазъ и входъ во влагалище приподымается кверху, наклоненіе таза достигаетъ 60° и больше. Влагалище получаетъ направленіе сверху



Рис. 3. Горизонтальное положеніе съ приведенными къ животу бедрами.

внизъ и спереди назадъ, почему передняя стѣнка оказывается болѣе доступною для изслѣдованія и оперативныхъ пріемовъ. Приведенныя къ животу бедра удерживаются 2 помощниками или упираются на особыя приспособленія. Иногда сама больная можетъ удерживать руками приподнятыя бедра, обхвативъ ихъ ниже колѣннаго сустава. Такое положеніе больной извѣстно подъ именемъ *горизонтальнаго съ приведенными къ животу бедрами*. Гораздо рѣже является надобность дать больной *полусидячее положеніе*, подкладывая подъ спину твердую подушку или приподымая кверху спинку кресла, при чемъ нижнія конечности остаются согнутыми въ колѣнномъ суставѣ, какъ при обыкновенномъ горизонтальномъ положеніи. Полусидячее положеніе способствуетъ расслабленію передней брюшной стѣнки. Подобное положеніе въ особенности хвалить Vulliet, который описываетъ его подъ именемъ *la posture française*.

Сравнительно рѣдко мы даемъ больной *положеніе на колынахъ и локтяхъ*, которыми опирается на горизонтальную поверхность, à la vache. При этомъ голова и грудь находятся ниже таза, бедра нѣсколько раздвинуты, почему внутри-брюшное давленіе значительно уменьшается и даже часто переходитъ въ отрицательное. Влагалище направлено почти горизонтально сзади напередъ; при раскрытіи входа рукава, оно растягивается воздухомъ, и матка втягивается въ полость живота.



Рис. 4. Положеніе на колынахъ и локтяхъ.

Въ Англии и Америкѣ врачи производятъ гинекологическое изслѣдованіе въ *боковомъ положеніи* больной. Больная лежитъ на лѣвомъ боку, при чемъ она опирается на поверхность стола лѣвымъ плечомъ и отчасти верхнею частью груди этой стороны и лѣвою *crista ilei*. Голова ея покоится на подушкѣ, нижнія конечности согнуты въ колѣнномъ суставѣ и бедра нѣсколько приведены къ животу. Внутри-брюшное да-



Рис. 5. Боковое положеніе.

вленіе при этомъ положеніи также замѣтно уменьшается, въ особенности, когда больная занимаетъ положеніе среднее между боковымъ и положеніемъ на животѣ. Половые органы дѣлаются доступными для изслѣдованія сзади, и врачъ становится за спиной больной.

Гинекологическое изслѣдованіе состоитъ изъ различныхъ приѣмовъ, именно:

A. Наружное изслѣдованіе

- 1) живота,
- 2) наружныхъ половыхъ частей,
- 3) грудей;

B. Внутреннее изслѣдованіе

- 1) руками
 - a) чрезъ влагалище,
 - b) чрезъ прямую кишку;
- 2) инструментальное
 - a) маточнымъ зеркаломъ,
 - b) маточнымъ зондомъ,
 - c) катетеромъ мочевого пузыря,
 - d) при помощи прокола иглой или троакаромъ,
 - e) посредствомъ ложекъ съ заостренными краями;
- 3) посредствомъ расширенія различными способами
 - a) канала матки,
 - b) мочеиспускательнаго канала;

C. Изслѣдованіе посредствомъ разрыва брюшныхъ стѣнокъ;

D. *Микроскопическое изслѣдованіе* отдѣленій и вообще жидкостей, плотныхъ тканей и частицъ, выдѣлившихся или взятыхъ изъ полового канала и опухолей таза, а также *химическое* или *бактеріологическое изслѣдованіе* различныхъ жидкостей такого же происхожденія.

A. Наружное изслѣдованіе.

I. *Изслѣдованіе живота* производится наичаще при горизонтальномъ положеніи больной, иногда также въ полусидячемъ или боковомъ и даже въ стоячемъ положеніи. Оно заключается въ осмотрѣ, ощупываніи, постукиваніи, выслушиваніи и измѣреніи живота; при этомъ необходимо обнажить животъ, въ особенности при осмотрѣ.

При *осмотрѣ* слѣдуетъ обратить вниманіе на объемъ живота, который часто бываетъ увеличенъ при ожирѣніи, воспаленіи брюшины, накопленіи жидкости, развитіи новообразованія въ полости живота и проч. Далѣе нужно обратить вниманіе на его форму — животъ иногда представляется плоскимъ, въ другихъ случаяхъ середина его замѣтно выдается, иногда болѣе замѣтно выпячиваніе одной половины, рѣже выдаются отдѣльные бугры и части брюшной стѣнки. Въ особенности часто бываетъ растянуто пупочное кольцо съ образованіемъ грыжи. Кожные покровы живота представляются гладкими или морщинистыми. У женщинъ, рожавшихъ или имѣвшихъ въ животѣ опухоль, на кожѣ живота замѣчаются бѣловатая рубцовыя полосы, *striae*, являющіяся вслѣдствіе расхожденія кожной ткани. Такія же полосы замѣчаются иногда на грудяхъ, на ягодицахъ и даже на бедрахъ. Иногда на поверхности живота просвѣчиваетъ много венъ, что указываетъ на за-

трудненіе кровообращенія въ брюшной полости. У тучныхъ женщинъ нѣсколько выше лонныхъ костей находится глубокая борозда, *plica genito-abdominalis*, чрезъ которую удобно можно прощупывать опухоли, въ особенности при одновременномъ изслѣдованіи чрезъ влагалище. Ощупываніе живота производить наиболѣе удобно, когда кишечный каналъ не переполненъ и мочевой пузырь пустъ.

Ощупываніе слѣдуетъ начинать съ нижней части и постепенно восходить кверху. Концы пальцевъ прикладываются къ поверхности живота и производятъ надавливаніе сперва слабо, потомъ сильнѣе по направленію къ позвоночнику. Часто брюшные покровы можно захватывать въ складку. Такимъ образомъ мы изслѣдуемъ толщину, напряженіе и чувствительность стѣнокъ живота, а также состояніе его полости. Часто это изслѣдованіе нѣсколько затрудняется, такъ какъ больныя, особенно женщины нервныя и верожавшія, невольно сокращаютъ брюшныя мышцы. Чтобы устранить это препятствіе, слѣдуетъ отвлечь вниманіе больной во время изслѣдованія, предлагая ей вопросы, касающіеся ея болѣзни, или же нужно заставить ее глубоко и медленно дышать; въ моментъ выдыханія брюшныя стѣнки становятся болѣе уступчивыми. У тучныхъ женщинъ ощупываніе живота затрудняется толщиной брюшныхъ покрововъ, однако при уступчивости брюшныхъ стѣнокъ у нихъ можно произвести удовлетворительное изслѣдованіе. Въ исключительныхъ случаяхъ достаточное расслабленіе брюшныхъ покрововъ достигается только при полномъ наркозѣ.

При существованіи опухоли въ животѣ, ощущиваніемъ мы определяемъ ея контуры и границы, свойство ея поверхности, а также ея плотность и чувствительность. Значительное истонченіе брюшныхъ покрововъ возлѣ пупка, иногда также по бѣлой линіи, встрѣчающееся у многожарившихъ, значительно облегчаетъ такое изслѣдованіе. Обхвативъ концами пальцевъ опухоль съ обѣихъ сторонъ, мы испытываемъ ея подвижность въ различныхъ направленіяхъ. Нерѣдко удается опредѣлить положеніе опухоли, заставляя больную глубоко дышать во время ощупыванія ея живота. Опухоль, сидящая въ самыхъ стѣнкахъ живота, при дыханіи измѣняетъ свое положеніе, но контуры ея не измѣняются. Очертаніе опухоли, развившейся въ брюшной полости, при глубокомъ вдыханіи дѣлается менѣе яснымъ, при выдыханіи выступаетъ рѣзче, и опухоль нерѣдко въ это время замѣтно движется. При забрюшинныхъ опухоляхъ, при вдыханіи также контуры дѣлаются менѣе ясными, но движенія опухоли никогда не происходитъ.

Когда въ полости живота находится свободная жидкость или мѣшкообразная опухоль съ жидкимъ содержимымъ, мы ощущаемъ флюктуацию, приложивъ концы пальцевъ плашмя къ одной сторонѣ живота и постукивая концами пальцевъ другой руки на противоположной сторонѣ. Въ другихъ случаяхъ концами пальцевъ обѣихъ рукъ, расположенныхъ въ близкомъ разстояніи на поверхности живота, производятъ

попеременно легкое надавливание, которое вызывает в глубине небольшое движение в жидкости, ощущаемое больше или меньше ясно в виде зыбления концами пальцев. Подобное же ощущение вызывается иногда при размягчении плотных опухолей; с другой стороны, жидкое содержимое, при чрезмерном напряжении стенок мешка, иногда не дает ощущения зыбления. В редких случаях, при надавливании пальцами на стенки живота, мы слышим трение, иногда даже хруст, как при сдавливании мягкого снега или выдланной кожи. Эти шумы указывают на присутствие в полости опухоли свертков фибрина, рже на неровности соприкасающихся серозных поверхностей.

Постукивание живота производится просто пальцами или при посредстве плессиметра и молоточка. Къ сожалѣнію, что касается опредѣленія положенія брюшныхъ внутренностей, результатъ этого изслѣдованія далеко уступаетъ въ точности даннымъ, получаемымъ при выстукиваніи грудной клѣтки; потому что количество газовъ и вообще содержимаго въ кишечномъ каналѣ подвергается быстрымъ переменамъ и, кромѣ того, кишечныя петли мѣняютъ легко свое положеніе. Производя постукиваніе живота, слѣдуетъ помнить, что чѣмъ сильнѣе мы ударяемъ и чѣмъ сильнѣе надавливаемъ плессиметръ, тѣмъ изъ болѣе значительной глубины и болѣе обширнаго пространства мы вызываемъ созвучный тимпаническій тонъ; почему при опредѣленіи границъ свободной жидкости, экссудата или опухоли въ животѣ не слѣдуетъ нажимать плессиметръ и сильно ударять по немъ; напротивъ, это будетъ вполне уместно для опредѣленія толщины слоя жидкости, а также при распознаваніи находящейся за кишечными петлями опухоли. Когда въ животѣ находится свободная жидкость, ощущеніе зыбления переходитъ границы тупого тона; при мѣшечатыхъ опухоляхъ съ жидкимъ содержимымъ ихъ границы вполне совпадаютъ. Далѣе, при накопленіи свободной жидкости мы замѣчаемъ рзкое измѣненіе мѣста и границы тупого тона при перемѣнѣ положенія больной изъ горизонтальнаго въ боковое или полусидячее, чего не бываетъ при мѣшечатыхъ опухоляхъ.

Выслушивание живота далеко не имѣетъ для распознаванія женскихъ болѣзней того важнаго значенія, какое принадлежитъ этому способу изслѣдованія въ акушерствѣ. Кромѣ упомянутыхъ выше шумовъ тренія и хрустѣнія, которые въ исключительныхъ случаяхъ бываютъ при ощупываніи живота, гдѣ находится большая опухоль, обыкновенно при помощи стетоскопа, или приложивъ ухо къ животу, мы слышимъ шумы, зависящіе отъ движенія газовъ и переливанія жидкости въ кишкахъ, а также сердечныя толчки и пульсъ брюшной аорты. При нѣкоторыхъ опухоляхъ, наичаще при вѣматочной беременности и при нѣкоторыхъ фиброидахъ матки, рже при злокачественныхъ опухоляхъ, иногда удается слышать на ограниченномъ пространствѣ

довольно громкій, совпадающій съ пульсомъ больной, шумъ дуновения, который происходитъ, повидимому, въ артеріальныхъ сосудахъ опухоли. Онъ сходенъ съ такъ называемымъ плацентарнымъ шумомъ въ беременной маткѣ.

Для опредѣленія величины живота прибѣгаютъ къ *измѣренію* его въ различныхъ направленіяхъ наичаще посредствомъ тесьмы, на которой обозначены дѣленія. Наичаще измѣряется окружность живота на уровнѣ пупка, а также разстояніе между нимъ и мочевиднымъ отросткомъ, а также между пупкомъ и верхнимъ краемъ лоннаго соединенія, между пупкомъ и *spina ant. super.* съ каждой стороны. Для нагляднаго обозначенія величины опухоли и ея роста контуры опухоли, которыя опредѣляются ощупываніемъ или постукиваніемъ, обозначаютъ на животѣ чернилами или ляписомъ, при чемъ можно измѣрять разстояніе отъ верхняго края опухоли до одной изъ упомянутыхъ точекъ.

2. *Изслѣдованіе наружныхъ половыхъ частей* производится обыкновенно при горизонтальномъ положеніи больной, иногда соединенномъ съ приведеніемъ бедеръ къ животу. Осмотръ обыкновенно соединяется съ ощупываніемъ этихъ частей, при этомъ обращаютъ вниманіе на цвѣтъ кожныхъ покрововъ и слизистой оболочки *vestibuli*, на свойство поверхности, величину отдѣльныхъ частей, образующихъ наружные половые органы, на свойство опухоли, сыпей и язвъ, которыя нерѣдко замѣчаются въ этой области. Здѣсь иногда встрѣчаются опухоли, обнаруживающія зыбленіе. При паховой грыжѣ, которая опускается иногда въ большую губу, при постукиваніи, послѣдняя обыкновенно даетъ тимпаническій тонъ. Нужно нѣсколько раздвинуть губы, чтобы видѣть язвы и ссадины, которыя иногда сидятъ на слизистой оболочкѣ преддверія и въ ладьевидной ямкѣ. Въ этихъ мѣстахъ часто располагаются мягкія или твердыя сифилитическія язвы и вторичныя пораженія; послѣднія также возлѣ задняго прохода. Не слѣдуетъ также забывать осмотрѣть наружное отверстіе мочевого канала и произвести надавливаніе на послѣдній подъ лоннымъ соединеніемъ въ направленіи сзади напередъ; при такомъ способѣ удастся нерѣдко обнаружить присутствіе гноя, что почти всегда указываетъ на гонорройное заболѣваніе этого канала.

Не мало извѣстно случаевъ зараженія врачей сифилисомъ при внутреннемъ изслѣдованіи больной пальцемъ, на которомъ были ссадина или порѣзы. Почему слѣдуетъ внимательно изслѣдовать наружные половые органы, въ особенности у подозрительныхъ женщинъ.

3. *Изслѣдованіе груди* въ гинекологіи имѣетъ значеніе главнымъ образомъ для распознаванія заболѣваній этихъ частей, а также бываетъ иногда необходимо для установленія отличительнаго распознаванія. Наичаще примѣняется осмотръ и ощупываніе груди, при чемъ слѣдуетъ обращать вниманіе на увеличеніе объема, цвѣтъ наружныхъ покрововъ, въ особенности соска и околососковаго кружка, на свойство по-

верхности и пр. При ощупывании можно легко определить накопление жира, увеличение вещества железы, развитие воспалительных припуханий, зыбление и новообразования в существе железы и в окружающей ее клетчатке. Этим же способом определяется существование невралгии. У многих женщин груди заметно увеличиваются и болят предъ появлениемъ мѣсячныхъ очищений. При хроническихъ женскихъ болѣзняхъ воспалительнаго характера также нерѣдко замѣчается увеличение груди, и у женщинъ рожавшихъ удается иногда выжать каплю свѣтлой жидкости изъ сосковъ. Околососковый кружокъ у женщинъ, кормившихъ грудью, часто сохраняетъ въ значительной степени свою пигментацию послѣ прекращенія кормления. При беременности подобныя измѣненія бываютъ выражены въ болѣе значительной степени и нерѣдко начинаются уже съ перваго мѣсяца. У пожилыхъ женщинъ, у которыхъ мѣсячныя болѣе не появляются, иногда выдѣляется изъ сосковъ темная буроватая серозная жидкость и при ощупывании вещества железы замѣчаются мѣстами небольшія подвижныя затвердѣнія въ ея долькахъ. Эти данныя не слѣдуетъ упускать изъ виду при отличительномъ распознаваніи женскихъ болѣзней отъ беременности.

В. Внутреннее изслѣдованіе.

1. Изслѣдованіе руками.

а) *Черезъ влагалище.* Это изслѣдованіе наичаще производится при горизонтальномъ положеніи, хотя нерѣдко предпринимается также при другихъ положеніяхъ больной. Различаютъ *простое* изслѣдованіе пальцемъ черезъ влагалище, которое въ большинствѣ случаевъ бываетъ недостаточно, и *двойное*, иначе комбинированное, съ надавливаніемъ одновременно другою рукой черезъ стѣнки живота надъ лоннымъ соединеніемъ.

Изслѣдованіе пальцемъ черезъ влагалище значительно облегчается, если больная лежитъ такимъ образомъ, что выходъ таза находится на краю стола или кресла; при этомъ врачъ становится спереди больной. Часто, впрочемъ, приходится производить изслѣдованіе при положеніи больной вдоль кушетки или кровати. Въ такихъ случаяхъ больная должна нѣсколько приподнять крестцовую область и ягодицы небольшой подушкой или подложивъ свои руки. Врачъ становится для изслѣдованія съ правой или лѣвой стороны больной, смотря, какою рукой онъ будетъ предпринимать внутреннее изслѣдованіе. Больная должна развязать платье и прочую одежду, покрывающую животъ. Ногти на рукахъ слѣдуетъ хорошо обрѣзать; обеззараживаніе рукъ производится обыкновеннымъ способомъ, въ холодную погоду слѣдуетъ ихъ согрѣть въ теплой водѣ. Если руки врача соприкасались съ гноемъ или ихорознымъ зловоннымъ отдѣленіемъ и заразными больными, то слѣдуетъ примѣнить самое тщательное обеззараживаніе. Въ такихъ случаяхъ лучше всего производить изслѣдованіе въ тонкихъ гуттаперчевыхъ пер-

чаткахъ, что умѣстно также при пораненіи пальцевъ, при сыпяхъ, ссадинахъ и порѣзахъ на рукъ врача. Хорошо также приобрести навыкъ изслѣдовать безразлично правой или лѣвой рукою.

Изслѣдованіе чрезъ влагалище обыкновенно производится однимъ или двумя пальцами, которые слѣдуетъ смазать просто вазелиномъ или съ прибавленіемъ къ нему 2—3% *acid. carbolic.* Одинъ указательный или вмѣстѣ съ среднимъ выпрямляютъ, большой палецъ отводятъ, а прочіе 2 или 3 пальца пригибаютъ къ ладони. Придавъ рукъ такое расположеніе, врачъ проводитъ ее между раздвинутыхъ бедеръ больной къ половымъ частямъ. Другую свободную руку нужно положить ладонью на животъ выше лоннаго соединенія.

Концомъ указательнаго или средняго пальца, если послѣдній также вытянуть, соприкасаются съ промежностью и, приподнимаясь кверху,



Рис. 6. Комбинированный способъ ручнаго изслѣдованія.

падаютъ въ половую щель и во входъ влагалища; такъ какъ это отверстіе находится гораздо ближе къ задней, нежели къ передней спайкѣ большихъ губъ. Легкими вращательными движеніями проникаютъ во влагалище, придерживаясь горизонтальнаго направленія, пока не дойдутъ до маточной шейки, при чемъ сложенные и пригнутые къ ладони 2 или 3 пальца должны упираться въ промежность и нѣсколько надавливать на нее, а отведенный большой палецъ прилегаетъ къ ладоннымъ костямъ.

При изслѣдованіи должно обращать вниманіе на состояніе промежности, преддверья, входа во влагалище, его направленіе, длину, состояніе стѣнокъ, температуру, на присутствіе постороннихъ тѣлъ или новообразованій, которыя могутъ здѣсь встрѣчаться. Въ нормальномъ состояніи отъ входа влагалища до шейки рѣдко бываетъ больше 8 см., т.-е. не больше длины указательнаго пальца, иногда это разстояніе даже меньше, въ рѣдкихъ случаяхъ оно достигаетъ 10 см. и болѣе.

При изслѣдованіи должно обращать вниманіе на состояніе промежности, преддверья, входа во влагалище, его направленіе, длину, состояніе стѣнокъ, температуру, на присутствіе постороннихъ тѣлъ или новообразованій, которыя могутъ здѣсь встрѣчаться. Въ нормальномъ состояніи отъ входа влагалища до шейки рѣдко бываетъ больше 8 см., т.-е. не больше длины указательнаго пальца, иногда это разстояніе даже меньше, въ рѣдкихъ случаяхъ оно достигаетъ 10 см. и болѣе.

Проведя указательный палецъ до сводовъ влагалища, слѣдуетъ обойти со всѣхъ сторонъ вокругъ влагалищной части матки и обращать вниманіе на чувствительность, уступчивость или твердость сводовъ и на опухоли, здѣсь иногда находящіяся. Рѣдко чрезъ задній сводъ и стѣнку влагалища прощупывается наполненная каломъ прямая кишка въ видѣ продолговатой опухоли, уступающей давленію указа-

тельного пальца и лишенной эластичности. Затѣмъ слѣдуетъ переходить къ влагалищной части шейки, которая имѣетъ весьма важное значеніе при распознаваніи болѣзней матки. Ея объемъ, длина, форма, консистенція и положеніе въ тазу представляются различными. Разнообразны также форма и величина наружнаго отверстія матки. Слизистая оболочка, покрывающая наружную поверхность этой части матки, часто подвергается патологическимъ измѣненіямъ, въ особенности вокругъ наружнаго отверстія. У молодыхъ не рожавшихъ женщинъ нормальная влагалищная часть выстоитъ на 1—1,5 см. во влагалище, на ощупь она довольно плотная, имѣетъ слегка коническую форму, величиной въ послѣдній суставъ большого пальца. У рожавшихъ женщинъ влагалищная часть имѣетъ болѣе значительный объемъ, поперечная щель глубже, часто можно ввести въ нее конецъ указательнаго пальца. Иногда замѣчаются глубокіе рубцы на губахъ, раздѣляющіе ихъ на отдѣльныя дольки.

При нормальномъ положеніи матки мы различаемъ обыкновенно чрезъ передній сводъ тѣло матки. Надавливая концомъ пальца на влагалищную часть въ направленіи справа налѣво и спереди назадъ, мы можемъ отчасти убѣдиться въ подвижности матки, тѣло которой при этомъ совершаетъ движенія въ противоположную сторону, что въ здоровомъ состояніи не сопровождается болью. Вообще въ большинствѣ случаевъ изслѣдованіе однимъ, и даже двумя пальцами, чрезъ влагалище, особенно многорожавшихъ женщинъ, безболѣзненно. Наболѣе узкое и чувствительное мѣсто представляетъ входъ во влагалище, здѣсь чувствительность иногда достигаетъ столь значительной степени, что введеніе пальца можетъ причинить сильныя боли и нервныя припадки. Въ исключительныхъ случаяхъ введеніе пальца во влагалище бываетъ совершенно невозможно. безъ наркоза. У дѣвушекъ отверстіе дѣвственной плевы въ большинствѣ случаевъ не допускаетъ введенія указательнаго пальца во влагалище. Въ рѣдкихъ случаяхъ введеніе пальца въ рукавъ невозможно вслѣдствіе недоразвитія влагалища, образованія плотныхъ рубцовъ, заращенія, развитія новообразованій и проч.

Въ огромномъ большинствѣ случаевъ рука, положенная выше лоннаго соединенія, должна оказывать содѣйствіе, при изслѣдованіи пальцемъ чрезъ влагалище. Только при посредствѣ такого *комбинированнаго* способа изслѣдованія мы можемъ составить себѣ ясное понятіе о большинствѣ заболѣваній, встрѣчающихся въ половыхъ органахъ женщины. Только такимъ способомъ мы въ состояніи опредѣлить форму, величину, положеніе и подвижность матки, толщину и податливость сводовъ влагалища, измѣненія въ тазовой клѣтчаткѣ, развитіе новообразованій, состояніе придатковъ матки и брюшины, покрывающей расположенные въ тазу органы. Съ этою цѣлью, въ то время, когда конецъ указательнаго пальца упирается во влагалищѣ въ шейку или

въ различныхъ мѣстахъ свода, мы производимъ давленіе снаружи чрезъ брюшныя покровы выше лоннаго соединенія концами пальцевъ другой руки, положенными плашмя. Помѣщая такимъ образомъ различныя части внутреннихъ половыхъ органовъ между концами пальцевъ обѣихъ рукъ, мы получаемъ возможность приближать эти органы къ концу указательнаго пальца, введеннаго во влагалище, и ощупывать ихъ одновременно сверху и снизу. Преимущество такого способа изслѣдованія вполнѣ очевидно, но это достигается въ такихъ случаяхъ, когда стѣнки живота представляются достаточно уступчивыми и не слишкомъ толсты.

Чтобы произвести обстоятельное изслѣдованіе внутреннихъ половыхъ органовъ, необходимо держаться извѣстнаго порядка. Изслѣдованіе нужно начинать отъ матки, которая, будучи помѣщена между концами пальцевъ обѣихъ рукъ, большею частью доступна для изслѣдованія, въ особенности дно, передняя стѣнка и края матки. При этомъ, двигая всю матку въ различныхъ направленіяхъ, можно убѣдиться въ степени ея подвижности. При внимательномъ изслѣдованіи, иногда можно замѣтить, что объемъ матки, находящейся между нашими пальцами, замѣтно измѣняется—она то нѣсколько увеличивается, то уменьшается; въ особенности это наблюдается, если матка была наклонена къзади и нѣкоторыми манипуляціями приведена въ нормальное положеніе. Каждый врачъ, опытный въ гинекологическомъ изслѣдованіи, можетъ легко убѣдиться самъ въ реальности этого явленія, зависящаго отъ расслабленія и сокращенія мышечныхъ стѣнокъ матки.

Иногда для изслѣдованія задней поверхности матки нужно указательнымъ пальцемъ руки надавливать на заднюю губу матки въ направленіи сзади напередъ, а концами пальцевъ другой руки чрезъ брюшныя стѣнки отодвигать дно матки въ крестцовую впадину. Такимъ образомъ мы получаемъ возможность ощупать заднюю стѣнку матки чрезъ задній сводъ влагалища.

Къ сожалѣнію, этотъ приѣмъ не всегда удается. При слишкомъ толстыхъ стѣнкахъ живота, иногда прощупать матку невозможно. Въ такихъ случаяхъ, толкая пальцемъ влагалищную часть и положивъ другую руку выше лоннаго соединенія, удается иногда вызвать баллотированіе матки и осязать толчокъ ея дна въ стѣнку живота. При небольшой маткѣ и неподатливости стѣнокъ живота, при быстромъ надавливаніи на влагалищную часть спереди или сзади, удастся осязать иногда короткій толчокъ дна матки въ переднемъ или заднемъ сводѣ влагалища.

Яичники, какъ извѣстно, расположены въ задней части полости таза по бокамъ матки, почему для изслѣдованія ихъ слѣдуетъ произвести надавливаніе на дно матки сзади напередъ, чтобы нѣсколько подать впередъ широкую связку. Послѣ чего часто, при податливости брюшныхъ покрововъ, удается прощупать даже нормальные яичники,

помѣстивъ ихъ между концами пальцевъ обѣихъ рукъ, въ видѣ небольшихъ тѣлъ, имѣющихъ форму миндального зерна. На ощупь здоровые яичники нѣсколько эластичны и нѣсколько мягче маточной ткани. При попыткахъ подвигать ихъ кпереди напрягается lig. infundibulo-pelvic., а при движеніи кзади—lig. ovaricum. Иногда удобнѣе отодвинуть матку въ сторону, чтобы на другой сторонѣ лучше осязать яичники. Когда яичники опущены въ Дугласово пространство или увеличены въ объемѣ, они прощупываются гораздо легче.

Прощупать нормальныя трубы удается гораздо рѣже, нежели яичники. Послѣ изслѣдованія матки, дно ея надавливаніемъ снаружи наклоняють кпереди и, начиная отъ угловъ матки, при податливыхъ и нетолстыхъ брюшныхъ покровахъ, прощупываютъ съ обѣихъ сторонъ трубу въ видѣ тонкаго шнура, который нѣсколько утолщается кнаружи. Передвигая конецъ пальца сзади напередъ во влагалищѣ, шнурокъ трубы можно прощупать яснѣе. При воспалительномъ припуханіи придатковъ, что часто сопровождается смѣщеніемъ ихъ кзади, осязать ихъ гораздо легче. Иногда при двойномъ изслѣдованіи удается прощупать черезъ переднюю стѣнку влагалища мочеточники, въ особенности при хроническихъ заболѣваніяхъ пузыря и лоханокъ, въ видѣ тонкихъ шнурковъ, расположенныхъ спереди и съ боковъ матки. Келлу удавалось осязать ихъ здѣсь въ большинствѣ случаевъ. При надавливаніи на больной мочеточникъ, появляется позывъ на мочу.

b) *Изслѣдованіе черезъ прямую кишку* предпринимается обыкновенно при горизонтальномъ положеніи больной, часто съ сильнымъ приведеніемъ бедеръ къ животу, а также при боковомъ и колѣнно-локтевомъ положеніи. Такое изслѣдованіе производится въ тѣхъ случаяхъ, когда въ слѣдствіе сильнаго суженія, заращенія, чрезмѣрной болѣзненности и проч. невозможно введеніе пальца во влагалище. Наичаще къ этому изслѣдованію приходится прибѣгать у дѣвицъ, страдающихъ болѣзнями въ половой сферѣ. Иногда оно предпринимается для пополненія изслѣдованія черезъ влагалище, именно при опухоляхъ, экссудатахъ, уплотненіяхъ сзади матки. Нерѣдко также оно оказывается необходимымъ при симптомахъ, указывающихъ на заболѣваніе прямой кишки.

Приступая къ изслѣдованію, слѣдуетъ очистить прямую кишку посредствомъ клистира. Самое изслѣдованіе производится такимъ образомъ: конецъ смазаннаго вазелиномъ указательнаго пальца прикладываютъ къ заднепроходному отверстию и легкими вращательными движеніями проникають черезъ него въ кишку по направленію кзади и внизъ, при горизонтальномъ положеніи больной. Часто введеніе даже двухъ пальцевъ совершается легко, не причиняя особенныхъ болей. На разстояніи 8 см. отъ задняго прохода черезъ переднюю стѣнку кишки мы ощущаемъ маточную шейку. Надавливая концами пальцевъ другой руки черезъ брюшныя стѣнки по направленію къ крестцовой

впадинѣ, иногда мы можемъ ощупать также заднюю стѣнку матки, если положеніе этого органа и состояніе его связокъ нормальны. Kelly предлагаетъ изслѣдовать чрезъ прямую кишку 1 или 2-мя пальцами, при положеніи съ приподнятымъ тазомъ и приведенными къ животу ногами, согнутыми въ колѣнномъ суставѣ. При этомъ внутренности отодвигаются кверху, матка и придатки становятся болѣе свободными и доступными для изслѣдующаго пальца чрезъ сравнительно тонкую переднюю стѣнку кишки.

При отсутствіи или недоразвитіи влагалища, когда нужно изслѣдовать матку, иногда катетеръ вводится въ мочевой пузырь и, направляя конецъ инструмента кзади въ различныхъ направленіяхъ, можно ощупывать его концомъ пальца, введеннымъ въ прямую кишку. При такомъ способѣ изслѣдованія удается иногда отчетливо опредѣлить границы матки. Чтобы изслѣдовать слизистую оболочку заднепроходнаго отверстія, слѣдуетъ раздвинуть края этого отверстія или же ввести указательный и средній пальцы во влагалище выше входа, согнуть ихъ крючкообразно и произвести давленіе на переднюю стѣнку прямой кишки, чтобы нѣсколько вдвинуть ее въ заднепроходное отверстіе, которое при этомъ довольно широко раскрывается. Въ особенности легко это удается у многорожавшихъ женщинъ. Перегородку между прямою кишкой и влагалищемъ можно основательно изслѣдовать, введя указательный палецъ въ кишку, а большой во влагалище. При этомъ мы захватываемъ между двухъ пальцевъ всю толщю ткани, и въ состояніи осязать развившіеся въ этой области опухоли, свищи и другія измѣненія.

Отъ этого обыкновеннаго почти безболѣзненнаго изслѣдованія слѣдуетъ отличать изслѣдованіе чрезъ прямую кишку, предложенное нѣмецкимъ хирургомъ Симономъ, который совѣтовалъ вводить въ прямую кишку 4 пальца или даже цѣлую руку при полномъ наркозѣ. Этотъ способъ изслѣдованія, направленный къ изслѣдованію органовъ живота, далеко небезопасенъ, почему въ настоящее время оставленъ.

2. Инструментальное изслѣдованіе.

а) *Посредствомъ маточнаго зеркала.* При помощи этого инструмента мы производимъ осмотръ стѣнокъ влагалища, его сводовъ и влагалищной части шейки. Въ настоящее время мы имѣемъ большое количество зеркалъ, крайне разнообразныхъ по своей формѣ и устройству. Всѣ ихъ можно раздѣлить на цилиндрическія, створчатыя и желобоватыя. Хотя инструментъ, похожій на маточное зеркало, былъ извѣстенъ древнимъ врачамъ, но тѣмъ не менѣе послѣднее получило примѣненіе въ медицинской практикѣ только съ 1818 года, когда маточное зеркало было предложено французскимъ хирургомъ Récamier. Его зеркало было слегка конической формы, суживалось къ верхнему концу, имѣло рукоятку и поршень. Теперь такимъ зеркаламъ придаютъ цилиндрическую форму съ разведенными краями на наружномъ концѣ,

что замѣняетъ рукоятку; поршня не употребляютъ болѣе. Внутренній конецъ зеркала дѣлается косвенно усѣченнымъ. Такія зеркала приготовляются изъ различнаго матеріала. Изъ числа цилиндрическихъ зеркалъ слѣдуетъ предпочитать зеркала Мейера, приготовленные изъ молочнаго стекла, которыя сравнительно недороги, никогда не теряютъ блеска, не боятся ѣдкихъ веществъ и кипяченія, почему ихъ легко содержать въ чистотѣ и можно часто мѣнять. Въ продажѣ находится нѣсколько номеровъ зеркалъ, которыя вкладываются одно въ другое, имѣютъ въ діаметрѣ отъ 2 до 4 см., при длинѣ около 15 см. Подобную же форму и длину имѣютъ зеркала С. Braun'a, приготовленные изъ твердой гуттаперчи, и зеркала Ferguson'a, съ зеркальною поверхностью, снаружи покрытыя слоемъ гуттаперчи. Но эти зеркала не обладаютъ преимуществами, свойственными зеркалу Мейера. Длина этого зеркала значительно превышаетъ длину влагалища, что имѣетъ практическое значеніе, такъ какъ влагалище при введеніи зеркала значительно растягивается. Цилиндрическая форма также представляется вполне целесообразной; потому что, коль скоро удалось преодолѣть сопротивленіе входа во влагалище, зеркало при дальнѣйшемъ введеніи не растягивается болѣе послѣдняго, а слѣдовательно не причиняетъ напрасной боли. Косвенное сѣченіе на верхнемъ концѣ способствуетъ болѣе совершенному вступленію влагалищной части въ просвѣтъ зеркала; такъ какъ матка образуетъ съ влагалищемъ уголъ, открытый впереди. Наконецъ раструбъ на нижнемъ концѣ зеркала даетъ возможность удобно держать инструментъ во время изслѣдованія.

Изслѣдованіе маточнымъ зеркаломъ наичаще предпринимается при горизонтальномъ положеніи больной, при чемъ наружные половые органы должны быть обращены къ свѣту. Наичаще пользуются дневнымъ свѣтомъ; при изслѣдованіи ночью употребляется обыкновенно свѣча, для усиленія свѣта которой къ ней приспособляютъ ложкообразный металлическій рефракторъ. Если изслѣдованіе производится на кровати или кушеткѣ, то крестцовую область слѣдуетъ приподнять твердой подушкой или подложить подъ нее руки. Стерилизованное зеркало слѣдуетъ согрѣть въ теплой водѣ, хорошо вытереть и снаружи смазать вазелиномъ или обезпложеннымъ прованскимъ масломъ съ прибавленіемъ 4% *acidi carbol.* Для изслѣдованія врачъ беретъ инструментъ въ правую руку, захватывая его всѣми пальцами, кромѣ указательнаго,

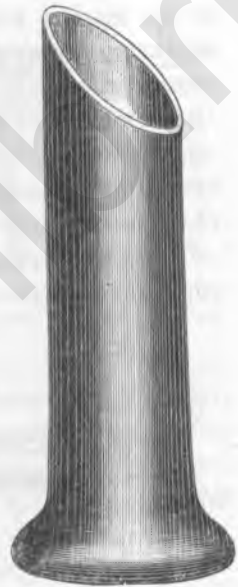


Рис. 7. Зеркало Фергюсона цилиндрическое, усѣченное, изъ стекла, покрытаго амальгамой и слоемъ твердой гуттаперчи въ $\frac{2}{3}$ вѣл.

конецъ котораго прилегаеть къ краю вырѣзки, образуемой косвеннымъ усѣченіемъ на верхнемъ концѣ зеркала. Пальцами другой руки раздвигаются большія губы, верхній заостренный конецъ зеркала ставятъ во входъ влагалища, тотчасъ выше промежности, и производятъ давленіе имъ на заднюю стѣнку влагалища сверху внизъ, чтобы растянуть нѣсколько входъ рукава и избѣжать соприкосновенія края зеркала съ наружнымъ отверстіемъ мочевого канала. Коль скоро зеркало прошло чрезъ входъ, его надо вводить дальше въ горизонтальномъ направленіи, не упуская изъ виду поперечной складки стѣнокъ рукава, которая видна въ просвѣтѣ зеркала, чтобы дойти до влагалищной части. Когда зеркало доведено до шейки, въ большинствѣ случаевъ нужно нѣсколько приподнять кверху его наружный конецъ. Если влагалищная часть не устанавливается сразу въ просвѣтѣ зеркала, слѣдуетъ направить его внутренней конецъ нѣсколько въ бокъ, немного впередъ или взадъ. Подниманіе или опусканіе расширеннаго конца зеркала также должно способствовать установленію шейки. Иногда для этой цѣли, при значительномъ наклоненіи матки, необходимо отодвинуть нѣсколько кверху тѣло матки кускомъ ваты, захваченнымъ въ корнцангъ, чтобы способствовать вступленію шейки въ просвѣтѣ зеркала. Вообще длинный корнцангъ является необходимымъ инструментомъ при изслѣдованіи



Рис. 8. Корнцангъ.

зеркаломъ; такъ какъ у больныхъ женщинъ влагалищная часть и стѣнки рукава обыкновенно покрыты значительнымъ количествомъ слизи, которую необходимо удалять кускомъ ваты, захваченнымъ въ корнцангъ.

Стѣнки влагалища и поверхность *port. vaginalis* въ нормальномъ состояніи блѣдно-розоваго цвѣта съ желтоватымъ оттѣнкомъ, который переходитъ въ синеватый, различной интенсивности, предъ наступленіемъ мѣсячныхъ, при воспаленіи матки, развитіи опухолей въ ней, при кормленіи грудью, а въ особенности во время беременности.

Цилиндрическія зеркала въ настоящее время наичаще употребляются при лѣченіи нѣкоторыхъ болѣзней матки; съ цѣлью изслѣдованія они наиболѣе удобны для старыхъ женщинъ, стѣнки влагалища у которыхъ лишены эластичности.

Въ большинствѣ случаевъ для изслѣдованія болѣе пригодны *створ-*

чатыхъ зеркала, число которыхъ также значительно. Большею частью эти инструменты состоятъ изъ 2 створокъ, но нѣкоторые имѣютъ 3, 4 и даже болѣе пластинокъ. Всѣ створчатая зеркала можно раздѣлить на два вида—одни изъ нихъ раскрываются въ ширину на всемъ протяжении, у другихъ расширяется преимущественно верхняя часть. Въ настоящее время употребляются зеркала исключительно послѣдней формы. Къ нимъ слѣдуетъ отнести довольно неудобное зеркало Ri-сogd'a, которое раскрывается въ поперечномъ направленіи, и вполне цѣлесообразное зеркало Cusco, которое въ настоящее время употребляется большинствомъ врачей. Хорошая модель этого зеркала состоитъ изъ 2 пластинокъ съ гладкими приподнятыми краями, верхніе концы которыхъ прилегаютъ одинъ къ другому. Нижніе концы, сильно закругленные и снабженные рукоятками, соединены такимъ образомъ, что даже при нераскрытомъ зеркалѣ нижняя часть его сохраняетъ круглую форму, и величина этой части при раскрытіи инструмента почти не измѣняется. Верхняя и нижняя створки имѣютъ 11 см. длины и 4 см. ширины; когда зеркало вполне раскрыто, разстояніе между верхними концами пластинокъ доходитъ до 9 см. Диаметръ наружнаго конца нѣсколько менѣе 4 см. Не вполне удачное видоизмѣненіе этого инструмента представляетъ зеркало Meadows'a съ 3 или 4 створками; при посредствѣ его можно видѣть одновременно съ шейкою стѣнки влагалища. Примѣненіе зеркала Cusco въ большинствѣ случаевъ безболѣзненно и легко. Зеркало захватывается цѣлою рукою, при чемъ указательный палецъ находится на верхней пластинкѣ, недалеко отъ ея края, рукоятка направлена книзу. При положеніи больной на спинѣ зеркало нужно держать въ горизонтальномъ направленіи; раздвинувъ пальцами лѣвой руки большія губы, нужно ввести конецъ зеркала во входъ влагалища и подвигать его далѣе въ томъ же направленіи. Когда зеркало вошло почти до рукоятокъ, нужно постепенно сближать послѣднія и смотрѣть въ просвѣтъ зеркала, чтобы убѣдиться, находится ли маточная шейка между створками зеркала, что бываетъ въ большинствѣ случаевъ. Если этого не происходитъ, то нужно сблизить нѣсколько створки, не закрывая вполне зеркала, чтобы не ущемить стѣнки влагалища, и верхній конецъ зеркала придвинуть глубже или нѣсколько подать наружу, сообразуясь съ положеніемъ и направленіемъ влагалищной части шейки, которое слѣдуетъ опредѣлить предварительно при изслѣдованіи пальцемъ. При раздвиганіи створокъ, *portio vaginalis* съ частью сводовъ вступаетъ въ просвѣтъ зеркала и даже нѣсколько подается книзу; чѣмъ больше раз-



Рис. 9. Зеркало Cusco въ $\frac{1}{4}$ вел.

двигаются створки, тѣмъ болѣе укорачивается продольная ось зеркала. Въ немъ бываютъ видны также боковыя стѣнки влагалища. Сравнительно съ цилиндрическимъ зеркаломъ оно имѣетъ большое преимущество уже въ томъ отношеніи, что, будучи введено во влагалище, посредствомъ винта на рукояткѣ, оно удерживается само безъ помощи руки. Чѣмъ уже влагалище и чѣмъ менѣе уступчивы его стѣнки, тѣмъ въ меньшей степени можно раздвигать створки, почему это зеркало не пригодно для изслѣдованія старыхъ женщинъ съ атрофированными стѣнками влагалища. У женщинъ, недавно вышедшихъ замужъ, оно иногда причиняетъ боли вслѣдствіе сравнительно значительной ширины своего просвѣта. Въ недавнее время стали входить въ употребленіе зеркала Cusco, у которыхъ одна створка представляетъ щель шириною въ 0,5 — 1 см., доходящую отъ наружнаго конца до половины зеркала. Это зеркало, которое давно уже примѣняется нѣкоторыми врачами, даетъ возможность легко и удобно ввести въ матку зондъ. Наилучшее двухстворчатое расщепленное зеркало описано Zepfer'омъ.



Рис. 10. Зеркало Sims'a упрощенное съ большимъ и меньшимъ желобами.

Кромѣ цилиндрическихъ и створчатого зеркала Cusco, для гинекологической практики врачу необходимо имѣть еще *желобоватое зеркало Sims'a*. Этотъ инструментъ имѣетъ форму довольно глубокаго желоба, который суживается къ наружному изогнутому концу, насаженному на довольно длинную рукоятку. Внутренній конецъ его за-



Рис. 11. Зеркало Fritsch'a.

крытъ и округленъ, представляя сферическую поверхность. Необходимо имѣть цѣлый наборъ такихъ зеркалъ, состоящій обыкновенно изъ 3 или 4 желобовъ различной величины, отъ 7 до 11 см. длины и отъ 3 до 4,5 см. ширины, которые можно насаживать попеременно на одну рукоятку, съ которой они соединяются при помощи винта или защепки, или же спаиваются по 2 желоба въ одинъ инструментъ. Существуетъ множество видоизмѣненій этого зеркала, изъ кото-

рых наибольшее значеніе въ практическомъ отношеніи имѣтъ зеркало Gritsch'a, представляющее короткій усѣченный желобъ, и зеркала Симона Douen'a и Segond'a, въ которыхъ желобъ замѣняется пластинкой. Напротивъ, совершенно излишни и непригодны другія болѣе сложныя видоизмѣненія желобоватаго зеркала и различныя приспособленія, дающія возможность введенному зеркалу держаться на мѣстѣ безъ посторонней помощи. Къ числу такихъ сложныхъ инструментовъ принадлежатъ зеркала Thomas'a и Emmet'a.

При употребленіи желобоватаго зеркала необходимо имѣть три подъемника и длинныя пулевья щипцы или острый крючокъ. Передній подъемникъ имѣетъ форму толстой петли, насаженной подъ угломъ на рукоятку, а два боковые представляютъ подъ прямымъ угломъ согнутыя пластинки, сидящія на рукояткахъ. Въ настоящее время подъемники приготовляются исключительно металлическіе.



Рис. 12. Подъемникъ для верхней стѣнки влагалища, употребляемый при зеркалѣ Sims'a.

Изслѣдованіе зеркаломъ Симса слѣдуетъ производить при такомъ положеніи больной, при которомъ значительно уменьшается внутрибрюшное давленіе или даже становится отрицательнымъ. Симсъ употреблялъ свое зеркало преимущественно при боковомъ положеніи. Только въ исключительныхъ случаяхъ его нужно вводить при колѣнно-локтевомъ положеніи женщины; обыкновенно же въ настоящее время большинство нашихъ врачей употребляютъ его при положеніи больной на спинѣ съ сильно приведенными къ животу бедрами. При такомъ изслѣдованіи большею частью необходимо имѣть помощника. Предъ изслѣдованіемъ зеркаломъ Симса и послѣ него вполнѣ умѣстно произвести промываніе влагалища теплымъ дезинфицирующимъ растворомъ въ тѣхъ случаяхъ, когда примѣняются пулевья щипцы. Правую рукой захватывается рукоятка зеркала, обращенная книзу, пальцами другой руки раздвигаются большія губы и закругленный конецъ зеркала вводятъ во входъ влагалища; далѣе проводятъ желобъ, придерживаясь преимущественно задней стѣнки влагалища, при чемъ вогнутость зеркала остается обращенною къ передней стѣнкѣ. Когда зеркало введено въ рукавъ до угла, переходящаго въ рукоятку, послѣднюю слѣдуетъ оттянуть книзу, при чемъ раскрывается входъ во влагалище и отодвигается кзади промежность и отчасти задняя стѣнка рукава. Далѣе врачъ въ лѣвую руку захватываетъ передній подъемникъ, вводитъ его до свода влагалища и приподнимаетъ этимъ инструментомъ переднюю стѣнку влагалища. Часто при такомъ приѣмѣ уже бываетъ видна влагалищная

часть матки. Однако, въ тѣхъ случаяхъ, когда необходимо осмотрѣть ее болѣе внимательно или же производить на ней нѣкоторыя операціи, нужно захватить вблизи края переднюю губу матки пулевыми щипцами



Рис. 13. Боковые подъемники большой и меньшій, употребляемые при зеркалѣ Sims'a.

и слегка вытянуть шейку напередъ, при чемъ передній подъемникъ слѣдуетъ удалить. Когда необходимо сдѣлать болѣе доступными переднюю стѣнку и своды влагалища, вводятъ одинъ или оба боковыхъ подъемника, которые передаютъ держать помощникамъ, удерживающимъ также приведенныя къ животу бедра и стоящимъ сбоку больной. При простомъ изслѣдованіи обыкновенно достаточно одного помощника, которому можно поручить держать зеркало и лѣвый боковой подъемникъ; между тѣмъ какъ врачъ держитъ пулевые щипцы и правый подъемникъ, а больная сама придерживаетъ нижнія конечности, подложивъ руки подъ колѣни и приподнимая ими бедра къ животу. Если влагалищная часть покрыта слизью, слѣдуетъ удалить это отдѣленіе кускомъ ваты, захваченнымъ въ длинный коридангъ. При недостаткѣ помощниковъ, въ особенности при операціяхъ, производимыхъ съ помощью зеркала Симса, для удержанія нижнихъ конечностей употребляютъ особые ногодержатели. Наиболѣе употребительный изъ нихъ предложенъ Фричемъ. Онъ состоитъ изъ двухъ толстыхъ желѣзныхъ стержней, которые можно привинчивать къ обыкновенному столу; на верхнемъ концѣ стержня находится полукруглая перекладина, на которую упирается

подколѣнною частью нога больной, приподнятая къ животу.

Предложено нѣсколько видоизмѣненій этого аппарата, между прочимъ въ послѣднее время Asch приспособилъ для болѣе удобнаго поддержанія ногъ особые мѣшки, которые приделаны къ верхнему концу стержней. Clover и Оттъ предложили для удержанія ногъ болѣе простой аппаратъ, состоящій изъ

поперечнаго стержня, къ концамъ котораго приспособлены въ видѣ ошейниковъ толстые ремни для привязыванія ногъ, а также длинный ремень, который идетъ чрезъ одно плечо и выходитъ чрезъ подмышку съ другой стороны. Онъ служитъ для удержанія приподнятыхъ къ животу нижнихъ конечностей.



Рис. 14. Острый крючокъ для захватыванія передней губы матки при изслѣдованіи зеркаломъ Sims'a.

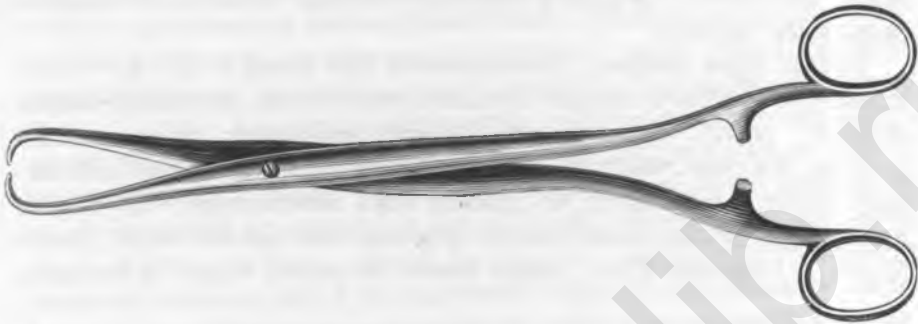


Рис. 15. Пулевые щипцы для захватыванія передней или задней губы маточной шейки.

При положеніи на колѣняхъ и локтяхъ зеркало Симса вводится сзади, при соблюденіи обычныхъ пріемовъ; нижнія конечности должны быть нѣсколько раздвинуты. При оттягиваніи кверху промежности и задней стѣнки влагалища, шейка и передняя стѣнка становятся видными и вполнѣ доступными, въ особенности, когда примѣняютъ пулевые щипцы и боковые подъемники. Употребленіе передняго подъемника оказывается излишнимъ. Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ гинекологическое изслѣдованіе производится въ присутствіи акушерки, то необходимость имѣть помощника при употребленіи зеркала Симса не представляетъ особеннаго неудобства. До сихъ поръ всѣ попытки совершенно избѣжать этого, при посредствѣ особенныхъ приспособленій, нельзя назвать удачными.

б) *Употребленіе маточнаго зонда.* Инструментъ, предложенный I. Simpson'омъ, состоялъ изъ плотнаго металлическаго прута съ пло-



Рис. 16. Маточный зондъ Шульце.

скою деревянною рукояткой. Въ настоящее время для изслѣдованія полости матки слѣдуетъ употреблять зонды Schultze, приготовляемые изъ красной мѣди, никелированные, съ плоскою металлическою рукояткой. Длина такого зонда не менѣе 30 см., на концѣ его находится закругленное утолщеніе различной величины. Наиболѣе пригодный для

изслѣдованія зондъ Шульце имѣеть утолщеніе 3 мм. въ діаметрѣ, что означается соотвѣтствующей цифрой на его рукояткѣ. Шульце предложилъ цѣлую серію такихъ зондовъ съ головками на концѣ отъ 1 до 10 мм. въ діаметрѣ. Эти зонды гибки, хорошо гнутся и способны принять различную кривизну. На задней поверхности находятся небольшіе выступы, обозначающіе разстояніе отъ верхушки зонда; первый выступъ отстоитъ на 4, второй на 7 см.; далѣе каждый см. обозначается выступомъ. Передняя вогнутая сторона зонда представляется совершенно гладкою.

Кромѣ этихъ зондовъ, употребляются еще зонды Playfair'a, состоящіе изъ гибкаго тонкаго металлическаго прута, внутренній конецъ котораго имѣеть неровную шероховатую поверхность на протяженіи 3—4 см. На него накручиваютъ тонкій слой ваты и въ такомъ видѣ вводятъ его въ полость матки. Съ давнихъ поръ вмѣсто зонда Playfair'a я употребляю кусокъ обыкновенной проволоки изъ красной мѣди, длиною 25 см. и толщиною 2 мм., закругленной на одномъ концѣ, на которомъ



Рис. 17. Зондъ изъ тонкой мѣдной проволоки для смазыванія полости матки.

сдѣлано нѣсколько зарубинокъ на протяженіи 3 см., чтобы лучше держалась накрученная вата. Такихъ зондовъ нужно имѣть нѣсколько штукъ.

Изслѣдованіе зондомъ полости матки наичаще производится при обыкновенномъ горизонтальномъ положеніи больной съ приподнятымъ крестцомъ, иногда съ приведенными къ животу бедрами. Употребленію зонда всегда должно предшествовать ручное изслѣдованіе и промываніе влагалища дезинфицирующимъ растворомъ. Указательный палецъ вводятъ во влагалище до наружнаго зѣва; согрѣтый и покрытый вазелиномъ маточный зондъ захватывается правою рукой, какъ смычокъ или писчее перо. Придерживаясь указательнаго пальца, конецъ зонда вводятъ во влагалище и чрезъ наружное отверстіе въ каналъ шейки. Обыкновенно зондъ легко доходитъ до внутренняго зѣва матки, *isthmus uteri*, но здѣсь часто останавливается, въ особенности у нерожавшихъ женщинъ. Когда рукоятку зонда осторожно наклоняютъ книзу, верхушка инструмента большею частью легко проходитъ чрезъ это отверстіе въ полость матки. При введеніи зонда необходимо соблюдать большую осторожность, избѣгая всякаго насилія при опусканіи рукоятки и при подвиганіи конца зонда въ каналъ матки. Коль скоро зондъ прошелъ внутреннее устье, онъ долженъ двигаться далѣе ко дну матки больше вслѣдствіе своей тяжести, при наклоненіи рукоятки, при чемъ пальцы, удерживающіе инструментъ, должны только направлять движеніе инструмента. Когда инструментъ прошелъ чрезъ каналъ шейки и не проходитъ далѣе

чрезъ внутренній зѣвъ, это наибаче зависитъ отъ несоотвѣтствія его кривизны съ направлениемъ канала матки. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ вынуть зондъ и дать ему другую кривизну. При загибѣ матки назадъ, нужно при введеніи зонда вогнутую сторону его обернуть кзади. Иногда затрудненіе при введеніи зонда въ полость матки обусловливается спазматическимъ сокращениемъ внутренняго отверстія у молодыхъ, нерожавшихъ женщинъ. Обыкновенно этотъ спазмъ легко уступаетъ, если зондъ держится правильнаго направленія. Однако встрѣчаются случаи, хотя довольно рѣдко, органическаго суженія внутренняго зѣва, въ особенности при значительныхъ загибахъ матки. Рѣдко наружное отверстие бываетъ такъ узко, что не допускаетъ прохожденія маточнаго зонда. У старыхъ женщинъ встрѣчается иногда зарощеніе наружнаго или внутренняго зѣва вслѣдствіе атрофіи матки. Когда зондъ вошелъ въ полость до дна матки, конецъ указательнаго пальца прикладываютъ къ его выпуклой поверхности возлѣ наружнаго зѣва и, не передвигая его съ мѣста, выводятъ вмѣстѣ съ зондомъ наружу. Разстояніе отъ верхушки зонда до мѣста прикосновенія пальца представляетъ длину канала матки. При проведеніи зонда въ полость матки, женщины большею частью испытываютъ непріятное ощущеніе, похожее, по словамъ больныхъ, на ощущеніе при наступленіи мѣсячныхъ очищеній. Иногда оно доходитъ до настоящей боли, которая проходитъ по удаленіи зонда или продолжается еще нѣкоторое время послѣ этого. Иногда изъ канала матки показывается нѣсколько капель крови, что указываетъ на поврежденіе слизистой оболочки. У рожавшихъ женщинъ верхушка зонда большею частью проходитъ легко въ полость матки, не встрѣчая сопротивленія на мѣстѣ внутренняго зѣва.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ у нерожавшихъ женщинъ введеніе зонда значительно облегчается при помощи зеркала Симса. Когда переднюю губу захватываютъ пулевыми щипцами и натягиваютъ ее впередъ, сгибъ матки уменьшается и выпрямляется нѣсколько ея каналъ, почему зондъ легче проходитъ въ матку.

Исслѣдованіе матки зондомъ даетъ возможность опредѣлить проходимость и ширину внутренняго зѣва, длину, направленіе канала матки, часто также состояніе его полости, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже мѣсто развитія новообразованія въ полости матки. Внутренній зѣвъ здоровой матки у нерожавшей женщины свободно пропускаетъ зондъ 3 мм.; у рожавшихъ часто легко и безъ всякой боли можно провести зондъ, толщина головки котораго 4 и даже 5 мм. Длина канала нормальной матки отъ 6—7 см.; у рожавшихъ часто матка длиннѣе, нежели у нерожавшихъ женщинъ. Длина канала матки менѣе 6 см. указываетъ на недостаточное развитіе или атрофію этого органа. При многихъ болѣзняхъ длина канала матки значительно увеличивается. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда матка тѣсно соединена въ новообразованіемъ и ее невозможно отдѣльно прощупать, только введеніе зонда.

можетъ указать съ точностью положеніе матки, что имѣетъ часто важное значеніе въ практикѣ. Что касается состоянія полости матки, то, кромѣ длины канала, при изслѣдованіи зондомъ, мы можемъ убѣдиться въ значительномъ объемѣ полости, коль скоро нѣсколько согнутой зондъ свободно вращается въ полости матки около своей продольной оси. Далѣе, вводя въ матку зондъ Playfair'a съ ватой, по свойству отдѣлений, которыя остаются на этой ватѣ, можно судить о состояніи слизистой оболочки, выстилающей полость матки. При развитіи фиброзныхъ опухолей въ полости матки, зондъ иногда проходитъ возлѣ одной маточной стѣнки глубже, нежели возлѣ другой, изъ чего можно вывести въ нѣкоторыхъ случаяхъ довольно вѣрное заключеніе о мѣстѣ прикрѣпленія внутриматочной опухоли.

Противопоказаніемъ къ употребленію зонда являются: беременность, періодъ мѣсячныхъ очищеній, острое или обострившееся воспаленіе матки и ея придатковъ, экссудаты въ полости таза и послѣродовое состояніе, въ особенности осложненное септическими воспалительными процессами въ половыхъ органахъ. У крайне истощенныхъ женщинъ, одержимыхъ чахоткою, септицеміею и кахексіей, употреблять зондъ также не слѣдуетъ. При такихъ условіяхъ стѣнки матки истончаются и становятся крайне дряблыми, ихъ легко продырявить даже при самомъ осторожномъ введеніи зонда. Въ послѣднее время описано не мало такихъ случаевъ. При нормальныхъ стѣнкахъ матки, только при особенномъ насиліи можно произвести продыравленіе. Зондъ, введенный въ полость беременной матки, часто вызываетъ выкидышъ. Воспалительное состояніе послѣ употребленія зонда часто значительно ухудшается.

Неосторожное употребленіе зонда, соединенное съ насиліемъ, а также введеніе въ матку загрязненнаго инструмента, можетъ вызвать воспалительное состояніе, иногда септического характера въ маткѣ, ея придаткахъ и въ брюшинѣ. Опасность при употребленіи зонда, по справедливому замѣчанію French'a, зависитъ не столько отъ раненія матки, сколько отъ внесенія септической инфекции. Къ удивленію, продыравленіе стѣнки матки далеко не всегда сопровождается серьезными послѣдствіями. Въ нѣкоторыхъ изъ такихъ случаевъ, протекшихъ безъ реакціи, предполагали, что зондъ прошелъ въ каналъ расширенной трубы. Такой путь для прохожденія зонда возможенъ только въ исключительныхъ случаяхъ.

Г. Tait въ своемъ руководствѣ описываетъ подъ именемъ маточныхъ фистулъ случаи, гдѣ всякій разъ при введеніи въ матку зонда этотъ инструментъ проникалъ будто бы чрезъ ея стѣнку въ полость брюшины, и это проходило безъ всякаго вреда для больной. Floeskinger наблюдалъ случай, гдѣ маточный зондъ проходилъ въ фаллопиеву трубу.

с) *Введеніе катетера въ мочевой пузырь.* Наичаще оно имѣетъ цѣлью изслѣдованіе мочевого пузыря и его отношенія къ маткѣ, влагалищу и къ опухолямъ, развившимся въ тазу. Въ другихъ случаяхъ вводятъ

катетеръ съ цѣлью дополнитъ изслѣдованія внутреннихъ половыхъ органовъ женщины.

Обыкновенно употребляется женскій металлическій катетеръ, рѣже мужской. Хорошо прокипяченный катетеръ, смазанный вазелиномъ, вводятъ наичаще при горизонтальномъ положеніи больной. Предварительно необходимо хорошо обмыть обеззараживающимъ растворомъ наружное мочеовое отверстие и вокругъ него, затѣмъ развести пальцами большія губы въ сторону. При посредствѣ катетера мы узнаемъ направленіе и ширину мочевого канала, морфологическія особенности мочи, состояніе слизистой оболочки мочевого пузыря, его величину и отношеніе къ соседнимъ органамъ. Въ послѣднемъ случаѣ иногда приходится вводить мужской металлическій катетеръ, если верхушка пузыря сильно приподнята кверху за брюшной стѣнкой, или же пузырь распластанъ на передней поверхности опухоли.

Въ нормальномъ состояніи мочевоу каналъ женщины свободно пропускаетъ катетеръ или бужъ толщиной до 7 мм. При проведеніи въ мочевоу пузырь катетера чрезъ него вытекаетъ моча, которая, какъ извѣстно, въ нормальномъ состояніи образуетъ прозрачную соломенно-желтаго цвѣта жидкость. Здоровый пузырь удобно растягивается, и въ него можно провести катетеръ по крайней мѣрѣ на 12 см. длины. Двигая концомъ катетера въ различныхъ направленіяхъ въ полости пузыря, содержащаго нѣкоторое количество жидкости, мы въ состояніи открыть находящіяся въ немъ конкременты или посторонне тѣло. Иногда послѣ введенія катетера въ мочевоу пузырь конецъ инструмента стараются прощупать пальцемъ, введеннымъ во влагалище чрезъ переднюю стѣнку рукава. При мочевоыхъ свищахъ, за исключеніемъ самыхъ малыхъ, и фистулахъ мочеточника, конецъ катетера проходитъ свободно изъ пузыря во влагалище.

Съ цѣлью распознаванія, а еще чаще при лѣченіи болѣзней пузыря, иногда необходимо вводить различныя жидкости въ полость пузыря. Это производится всегда посредствомъ металлическаго или эластическаго катетера, къ концу котораго прилаживаютъ наконечникъ или просто надѣваютъ конецъ эластической трубки, соединенный съ стеклянною кружкой. Для наполненія или промыванія пузыря наичаще употребляютъ 3—4% растворъ борной кислоты, нагрѣтый до 30—32° R. Здоровый пузырь свободно вмѣщаетъ до 500,0 жидкости, которая выпускается обратно чрезъ катетеръ. Въ употребленіи крана на эластическую трубку нѣтъ особенной надобности. При пузырно-мочевоыхъ свищахъ, вводимая въ мочевоу пузырь жидкость не удерживается и вытекаетъ чрезъ влагалище. Жидкость также не удерживается въ пузырьѣ и вытекаетъ обратно даже при малыхъ количествахъ чрезъ мочевоу каналъ, когда послѣдній сильно растянутъ или укороченъ.

Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда отсутствуетъ влагалище, иногда пользуются катетеромъ для опредѣленія контуровъ матки, прощупывая

конецъ этого инструмента, введеннаго въ пузырь, пальцемъ чрезъ прямую кишку. Такимъ образомъ можно довольно удобно изслѣдовать все пространство между мочевымъ пузыремъ и заднепроходной кишкой.

д) *Изслѣдованіе посредствомъ прокола.* Для этой цѣли наичаще употребляется тонкій троакаръ *Deiulefoy*, рѣже обыкновенная или длинная игла *Праваца*. При надлежащемъ обеззараживаніи производятъ проколъ чрезъ переднюю стѣнку живота, избѣгая мѣста прохожденія *art. epigast. inf.*, или чрезъ задній и боковые своды влагалища въ сторонѣ отъ прохожденія мочеточника и *art. uterinae*. Въ послѣднемъ случаѣ наичаще трубка троакара вводится во влагалище только при помощи пальца, рѣже примѣняется зеркало *Симса*. Во всякомъ случаѣ переднюю губу влагалищной части захватываютъ пулевыми щипцами и отодвигаютъ кверху и въ сторону, противоположную мѣсту прокола. Игла или трубка троакара вкалывается на различную глубину, принимая во вниманіе особенности даннаго случая. Большею частію жидкость показывается на наружномъ концѣ трубки, въ противномъ случаѣ ее слѣдуетъ втянуть при помощи сифона или шприца *Праваца*. Даже отрицательный результатъ прокола имѣетъ важное значеніе для распознаванія. По окончаніи этой незначительной операціи, удаляютъ трубку троакара и прикладываютъ къ мѣсту прокола іодоформенную марлю. Появляющееся иногда небольшое кровотеченіе останавливаютъ обыкновенно прижатіемъ. Показаніемъ къ такому изслѣдованію служатъ наичаще новообразованія и воспалительныя опухоли, а также накопленіе жидкости въ полости живота. Въ тѣхъ случаяхъ, когда обыкновеннымъ способомъ изслѣдованія мы не въ состояніи установить правильнаго распознаванія относительно особенностей случая, послѣ прокола мы получаемъ иногда вѣрныя данныя для опредѣленія болѣзни.

е) *Изслѣдованіе при помощи ложечки.* Наичаще употребляется малая ложечка *Симса*, представляющая довольно нѣжный инструментъ, который въ настоящее время готовится весь металлическій. Онъ состоитъ изъ плоской рукоятки и довольно гибкаго стального стержня, конецъ котораго имѣетъ форму петли 4—7 mm. въ діаметрѣ. Наружный край петли толще внутренняго, который представляется нѣсколько заостреннымъ. Рѣже при изслѣдованіи употребляется меньшая ложечка *Симона*, болѣе толстый стержень которой оканчивается круглою чашечкой съ заостренными краями. Она главнымъ образомъ примѣняется при изслѣдованіи влагалищной части и ея канала, между тѣмъ какъ ложечка *Симса* вводится въ полость матки, рѣже въ мочевой каналъ и пузырь. Во всѣхъ случаяхъ предварительно необходимо промыть влагалище дезинфицирующимъ растворомъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже полость матки, о чемъ подробнѣе будетъ изложено ниже.

Изслѣдованіе производятъ при положеніи больной на спинѣ съ приподнятыми къ животу бедрами. Предварительно вводятъ зеркало *Симса*, обнажается влагалищная часть, передняя губа которой захватывается

пулевыми щипцами. Передав зеркало помощнику, врач одною рукой удерживает пулевые щипцы, а въ другую руку беретъ рукоятку ложечки Симса и осторожно вводитъ ее въ полость матки, направлѣніе канала которой предварительно опредѣляется введеніемъ зонда. Вошедши до дна матки, врачъ нѣсколько прижимаетъ заостренный край ложечки къ стѣнкѣ матки и выдвигаетъ ее кнаружи до внутренняго и даже до наружнаго зѣва. Это повторяется нѣсколько разъ, при чемъ наружу выводятся кусочки слизистой оболочки матки. При этомъ часто можно наблюдать значительное измѣненіе объема матки, длина полости которой уменьшается значительно послѣ выскабливанія, что происходитъ отъ сокращенія мышечныхъ стѣнокъ матки, вызываемаго раздраженіемъ ея полости. Ложкой Симона для этой же цѣли производится обыкновенно соскабливаніе съ поверхности влагалищной части или изъ канала шейки. Въ полость матки вводитъ этотъ инструментъ не слѣдуетъ. Этотъ способъ изслѣдованія примѣняется иногда для опредѣленія свойства заболѣванія слизистой оболочки матки и влагалищной части, въ тѣхъ случаяхъ, когда оно иначе не поддается точному распознаванію.

3. Изслѣдованіе посредствомъ расширенія.

а) Расширеніе *канала матки* производится различными способами съ цѣлю получить возможность произвести изслѣдованіе полости этого органа указательнымъ пальцемъ или инструментомъ. Чаще оно принимается, какъ подготовительный способъ мѣстнаго леченія. слѣдуетъ различать механическое расширеніе медленное и быстрое и расширеніе оперативнымъ путемъ посредствомъ ножа.

Медленное механическое расширеніе въ настоящее время производится наичаще посредствомъ *палочекъ ламинариі* съ гладкою поверхностью, цилиндрической формы, толщиной отъ 1 до 10 mm., длиною



Рис. 18. Палочка ламинариі.

отъ 5—6 cm. Большею частію употребляются палочки средней толщины. Онѣ представляютъ части стебля морского водоросля *laminaeae digitata*. Наичаще для гинекологическихъ цѣлей употребляютъ цѣльные, рѣже внутри поля палочки. Черезъ нижній конецъ палочки проводится крѣпкая шелковинка. Для обеззараживанія палочекъ ихъ подвергаютъ дѣйствию сухого жара въ теченіе часа въ особомъ аппаратѣ до 140° C., послѣ чего ихъ сохраняютъ до употребленія въ стеклянной банкѣ, закрытой стеклянною пробкой въ 5% спиртномъ или эфирномъ растворѣ *acidі salicylicі*. Непосредственно предъ введеніемъ въ каналъ матки палочку слѣдуетъ погрузить на нѣсколько секундъ въ сильно горячій 5% водный растворъ *acid. carbolicі*. Быстро вынуть изъ него палочку,

ее сгибають сообразно съ направлениемъ канала матки и покрываютъ вазелиномъ съ примѣсью порошка іодоформа.

Въ настоящее время ляминаріи употребляются въ гинекологической практикѣ для расширения матки преимущественно при слѣдующихъ показаніяхъ: 1) при задержаніи остатковъ выкидыша въ маткѣ, 2) при удаленіи подслизистыхъ міомъ изъ полости матки, 3) когда необходимо, при увеличенной въ объемѣ маткѣ, изслѣдовать пальцемъ ея полость.

При положеніи больной на спинѣ, съ приподнятыми къ животу бедрами, промываютъ влагалище обеззараживающимъ растворомъ, и посредствомъ зеркала Симса и подъемниковъ обнажаютъ влагалищную часть матки и захватываютъ переднюю губу пулевыми щипцами. Для опредѣленія направленія и ширины канала матки вводятъ одинъ или нѣсколько зондовъ Шульце, одинъ послѣ другого. Затѣмъ, передавъ зеркало помощнику, операторъ лѣвою рукою удерживаетъ эти щипцы и двумя пальцами правой руки беретъ палочку и вводитъ ее черезъ наружное отверстіе въ полость матки, пока наружный конецъ ее не дойдетъ до наружнаго отверстія. Когда каналъ шейки податливъ и легко растяжимъ, можно ввести въ него одновременно нѣсколько палочекъ одну возлѣ другой. Такимъ образомъ иногда сразу удается расширить каналъ шейки для проведенія указательнаго пальца. Послѣ введенія палочекъ ляминаріи, во влагалище вкладываютъ одну или нѣсколько полосокъ іодоформенной марли. Не слѣдуетъ эти палочки оставлять въ маткѣ болѣе 12 часовъ, потому что въ теченіе этого времени онѣ успѣваютъ достигнуть наибольшей степени разбуханія, при чемъ главнымъ образомъ увеличивается ихъ толщина, обыкновенно вдвое по окружности, и очень мало возрастаетъ длина.

Во все время, пока производится расширение матки и еще нѣсколько дней послѣ этого, больная должна сохранять полнѣйшее спокойствіе, постоянно оставаться въ постели и употреблять пищу въ умѣренномъ количествѣ. При удаленіи палочекъ ляминаріи, послѣ обеззараживанія наружныхъ частей, сперва удаляютъ марли, промываютъ влагалище обеззараживающимъ растворомъ, затѣмъ за шелковинки извлекаются изъ матки палочки. Иногда палочка сидитъ очень плотно, ущемляясь во внутреннемъ зѣвѣ, при чемъ на ея поверхности образуется перехватъ.

Не слѣдуетъ употреблять слишкомъ короткихъ палочекъ и нужно хорошо привязывать крѣпкую нитку на концѣ палочки, иначе удаленіе ея бываетъ затруднительно. Ляминарія можетъ задержаться въ полости матки и вызвать воспаление. В r u s h o n описалъ случай, гдѣ задержанная въ маткѣ палочка произвела прорываніе задней губы. Мы также много лѣтъ назадъ наблюдали подобный случай.

Въ большинствѣ случаевъ послѣ удаленія ляминаріи слѣдуетъ посредствомъ катетера В o z e m a n ' a промыть полость матки $\frac{1}{2}\%$ карболовымъ или 4% борнымъ растворомъ въ количествѣ 500—1000,0, нагрѣтымъ до 30° R.

Если расширеніе продолжать необходимо, въ каналъ матки снова вводятъ новыя палочки ламинаріи, обыкновенно нѣсколко, и оставляютъ ихъ въ маткѣ также 12 часовъ. Однако такое расширеніе не слѣдуетъ продолжать болѣе 36 часовъ, чтобы не вызвать сильной реакціи, которая при неблагоприятныхъ условіяхъ можетъ перейти въ воспалительное состояніе матки и ея придатковъ. Важное значеніе имѣетъ измѣреніе температуры; коль скоро она начинаетъ повышаться и приближается къ 38° С., расширеніе слѣдуетъ немедленно прекратить. Въ прежнее время, до примѣненія строгаго обеззараживанія, нерѣдко наблюдались случаи воспаленія матки и тазовой брюшины, иногда даже со смертельнымъ исходомъ. Въ настоящее время такихъ осложненій почти никогда не замѣчается.

Почти во всѣхъ случаяхъ расширеніе матки сопровождается тупыми болями въ нижней части живота, только въ исключительныхъ случаяхъ боли достигаютъ значительной степени.

Только увеличенную въ объемъ матку, въ особенности когда она заключаетъ въ полости опухоль, яйцо или его части, можно расширить настолько, чтобы провести въ матку указательный палецъ. У женщинъ нерожавшихъ, у которыхъ матка сохраняетъ нормальную величину, расширеніе до такой степени невыносимо. Всѣ другія средства, производящія медленное расширеніе канала матки, въ значительной степени уступаютъ палочкамъ ламинаріи. Палочки цилиндрической формы изъ растенія *Tupelo* разбухаютъ быстрѣе ламинаріи, но хуже послѣднихъ выносятъ полную дезинфекцію. Прессованныя карболизированныя губки, употребленіе которыхъ въ прежнее время было значительно распространено, слѣдуетъ совершенно оставить, такъ какъ своею неровною поверхностью онѣ сильно раздражаютъ слизистую оболочку матки и вызываютъ обильное отдѣленіе съ дурнымъ запахомъ. До сихъ поръ еще находятся въ продажѣ прессованныя губки конической формы отъ 0,6 до 1,5 см. въ діаметрѣ на нижнемъ концѣ. Палочки *Tupelo* и прессованныя губки вводились въ матку также при помощи зеркала Симса, но оставляли ихъ всего отъ 6 — 8 часовъ; такъ какъ къ концу этого времени онѣ достигаютъ наивысшей степени разбуханія.

Расширеніе канала матки посредствомъ палочекъ ламинаріи слѣдуетъ примѣнять вскорѣ по окончаніи мѣсячныхъ и послѣ внимательнаго гинекологическаго изслѣдованія. Оно противопоказуется при воспаленіи маточныхъ придатковъ, при воспалительныхъ, въ особенности гнойныхъ опухоляхъ въ послѣднихъ, а также при экссудатахъ и кровоизліяніяхъ въ тазу. У беременныхъ его примѣняютъ наичаще въ первые мѣсяцы съ цѣлью удалить яйцо, или при выкидышѣ для удаленія остатковъ яйца и отпадающей оболочки.

Когда расширеніе канала матки доведено до предполагаемаго въ данномъ случаѣ предѣла, при помощи зеркала Симса и подъемниковъ въ полость матки вводятъ нужные инструменты. Въ тѣхъ случаяхъ,

когда расширение позволяет ввести указательный палец, употребленіе зеркала при изслѣдованіи излишне. Опорожнивъ мочевой пузырь, при положеніи женщины на спинѣ съ приведенными къ животу бедрами, захватываютъ переднюю губу шейки пулевыми щипцами и вытягиваютъ ее книзу. Передавъ щипцы помощнику, врачъ одною рукою производитъ надавливаніе въ нижней части живота выше лоннаго соединенія, чтобы еще болѣе низвести матку, указательный палецъ другой руки, по общепринятымъ правиламъ, вводится во влагалище и оттуда онъ проникаетъ черезъ наружное отверстіе въ полость матки, которую въ такихъ случаяхъ удается хорошо осязать. Такое изслѣдованіе иногда сопровождается значительными болями, почему у чувствительныхъ больныхъ слѣдуетъ примѣнять наркозъ. По окончаніи изслѣдованія необходимо промыть полость матки.

Vulliet предложилъ расширять матку посредствомъ тампонаціи ея полости. Для этой цѣли онъ употреблялъ небольшіе кусочки ваты, напитанные іодоформомъ, которые онъ вводилъ при помощи зонда до дна матки, постепенно выполняя ими полость этого органа. Черезъ 2 дня извлекалась вата и производилась новая тампонація. Въ теченіе 10—12 дней можно такимъ образомъ довести до значительной степени расширеніе канала матки. Veit для этой цѣли замѣнилъ вату іодоформенною марлей. Способъ Vulliet требуетъ много времени и дѣйствуетъ чрезвычайно медленно на небеременную матку, почему въ гинекологической практикѣ почти не употребляется.



Рис. 19. Два бужа Негар'а.

Быстрое механическое расширеніе производится посредствомъ бужей и такъ называемыхъ дилаторовъ. Бужи употребляются металлическіе или изъ твердой гуттаперчи; они представляютъ округленные на верхнемъ концѣ палочки, длиною вмѣстѣ съ рукояткой около 29 см., различной толщины. Въ настоящее время большинство гинекологовъ пользуются бужами Негар'а, полный наборъ которыхъ состоитъ изъ 25 палочекъ, начиная отъ 1 до 25 мм. въ діаметрѣ. Достаточно ввести въ матку нѣсколько бужей до 7 мм. толщины включительно, чтобы оказалось возможнымъ провести въ нее средней величины ложечку Симса и произвести вполне безопасно промываніе ея полости. Послѣ введенія бужа 17 и 18 мм. въ діаметрѣ можно свободно ввести въ матку указательный палецъ. Расширивъ бужами матку до надлежащей степени, слѣдуетъ промыть ея полость теплымъ обеззараживающимъ растворомъ.

Дилаторы или расширители наичаще состоятъ изъ двухъ половинъ или вѣтвей, которыя сложенными вводятся, какъ зондъ, въ полость

матки за внутренней зѣвъ. Затѣмъ расходящіяся ихъ рукоятки сжимаются, при чемъ концы расширителей, находящіяся въ маткѣ, раздвигаются и растягиваютъ до известной степени каналъ. Наичаще примѣняются расширители Elinger'a и Schultze. Первый инструментъ гораздо тоньше, второй, который часто можно ввести въ матку часто только послѣ предварительнаго расширения канала бужами, представляеть болѣе крѣпкій и сильный расширитель.



Рис. 20. Расширитель канала шейки и внутренняго зѣва матки Schultze.

Дмитріевъ нашелъ, что раскрытіе внутренняго зѣва матки зависитъ отъ силы, развиваемой расширителемъ. Толстые ламинаріи при разбуханіи причиняють трещины преимущественно въ каналѣ шейки. Бужи Негат'а до 9 mm. вполнѣ безопасны, болѣе толстые могутъ причинить надрывы въ области внутренняго зѣва, почему для значительнаго расширения болѣе пригодны разбухающія палочки. Въ особенности нераціональны инструменты, не производящіе постепеннаго расширения, а причиняющіе насильственное дѣйствіе.

Расширеніе оперативнымъ путемъ *посредствомъ ножа* наичаще предпринимается въ тѣхъ случаяхъ, когда, вслѣдствіе предшествовавшей потужной дѣятельности матки, влагалищная часть въ значительной степени сглажена и каналъ шейки расширенъ вплоть до наружнаго зѣва. Въ подобныхъ случаяхъ достаточно провести разрѣзъ отъ края зѣва до свода влагалища съ обѣихъ сторонъ, какъ это дѣлается иногда во время родовъ, чтобы свободно ввести палецъ въ полость матки. Рѣже приходится дѣлать надрѣзъ канала шейки послѣ предварительнаго расширения палочками ламинаріи или бужами, когда такое расширение оказывается недостаточнымъ. При такихъ условіяхъ обыкновенно достаточно нѣсколькихъ неглубокихъ надрѣзовъ черезъ внутренній зѣвъ и разсѣченія влагалищной части съ обѣихъ сторонъ, чтобы проникнуть пальцемъ въ полость матки.

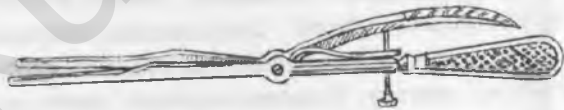


Рис. 21. Метротомъ Simpson'a для разсѣченія канала шейки.

Только въ исключительныхъ случаяхъ, имѣя въ виду немедленно приступить къ удаленію опухоли изъ полости матки, можно рѣшиться сдѣлать разрѣзъ канала совершенно не подготовленной шейки. При этомъ приходится глубоко разсѣкать справа и слѣва стѣнку шейки, а также область внутренняго зѣва матки. Вслѣдствіе пораненія вѣтвей маточной артеріи и венозныхъ сплетеній можетъ послѣдовать сильное, даже опасное кровотеченіе. Во избѣжаніе тяжелыхъ осложненій въ такихъ случаяхъ, слѣдуетъ предварительно производить перевязку обѣихъ art. uterinae.

Во всѣхъ случаяхъ разсѣченія стѣнокъ маточной шейки, послѣ изслѣдованія или по окончаніи операціи, слѣдуетъ зашить разрѣзъ наложеніемъ на края раны швовъ изъ шелковыхъ нитей.

Кровавое расширеніе маточной шейки производится при достаточномъ обнаженіи влагалищной части матки при помощи зеркала Симона и подъемниковъ. Влагалищная часть обыкновенно разсѣкается до свода ножницами, а выше стѣнка канала шейки и область внутренняго зѣва разрѣзывается приспособленнымъ для этой цѣли узкимъ тупоконечнымъ ножомъ, насаженнымъ на длинной рукояткѣ, или метротомомъ Simpson'a.

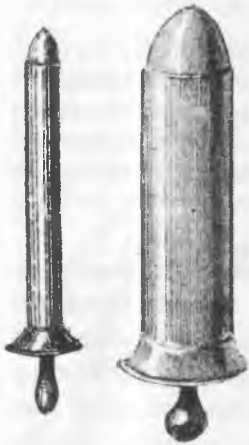


Рис. 22. Два зеркала Симона въ натур. вел.

б) *Введеніе пальца въ мочевой пузырь* съ цѣлью изслѣдованія, послѣ предварительнаго расширенія мочеиспускательнаго канала, наичаще предпринимается при различныхъ заболѣваніяхъ пузыря и только въ исключительныхъ случаяхъ при болѣзняхъ внутреннихъ половыхъ органовъ женщины. Для этой цѣли наиболѣе пригодны бужи Негар'а. Симонъ, который предложилъ наиболѣе удобный способъ расширенія мочевого канала, производилъ его посредствомъ особенныхъ небольшихъ зеркалъ, приготовленныхъ изъ твердой гуттаперчи; каждое зеркало снабжено поршнемъ. Полный наборъ состоитъ изъ 7 такихъ зеркалъ длиною 9 см. и толщины въ діаметрѣ отъ 0,75 до 2 см., при чемъ разница между зеркалами 0,25 см., слѣдовательно гораздо больше, нежели между отдѣльными бужами Негар'а. Особенныхъ преимуществъ эти зеркала для расширенія мочеиспускательнаго канала не представляютъ, хотя, удаливъ поршень, черезъ зеркало можно видѣть, при надлежащемъ освѣщеніи полости, слизистую оболочку пузыря.

Расширеніе мочевого канала съ цѣлью провести черезъ него указательный палецъ чрезвычайно болѣзненно, почему его всегда слѣдуетъ производить при полномъ наркозѣ. Обеззаразивъ обычнымъ способомъ наружныя половыя части и влагалище, при положеніи больной на спинѣ съ приподнятыми къ животу бедрами, прежде всего врачъ долженъ сдѣлать боковыя надрѣзы, глубиною около 0,5 см. съ обѣихъ сторонъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, которое обыкновенно представляетъ наиболѣе значительное сопротивленіе при введеніи бужей и легко разрывается. Затѣмъ одинъ за другимъ постепенно вводятся бужи Негар'а, покрытые вазелиномъ, начиная съ палочки 7 mm. постепенно до 18 mm., при этомъ каждый бужъ слѣдуетъ оставлять въ мочевомъ каналѣ въ теченіе одной минуты. Когда, по мѣрѣ перехода къ болѣе толстымъ бужамъ, сопротивленіе усиливается, слѣдуетъ пальцемъ другой руки удерживать мочевой каналъ снизу и медленно проводить бужи въ мочевой каналъ.

Когда расширение достигло нужного предѣла, должно промыть мочевой пузырь 4% растворомъ борной кислоты. Введеніе указательнаго пальца лѣвой руки въ пузырь обыкновенно удается легко, при чемъ правую руку слѣдуетъ сильно надавливать на нижнюю часть живота выше лоннаго соединенія, чтобы по возможности приблизить верхнюю часть пузыря къ концу указательнаго пальца. Труднѣе всего прощупать боковыя части пузыря, тѣсно соединенныя съ костями таза. Черезъ заднюю стѣнку пузыря можно также прощупать переднюю стѣнку матки и отчасти придатки и широкія связки. Симону много разъ удавалось при помощи указательнаго пальца, введеннаго въ пузырь, ввести зонды или особенные тонкіе катетеры въ одинъ и оба мочеточника.

По наблюденіямъ Симона, даже введеніе бука 20 mm. въ діаметрѣ не переходитъ предѣла безопаснаго расширенія мочевого канала у многорожавшихъ женщинъ. У женщинъ нерожавшихъ и у дѣвицъ не слѣдуетъ вводить бужей толще 17—18 см., чтобы не произвести глубокаго надрыва стѣнки мочевого канала, неизбѣжнымъ послѣдствіемъ котораго является постоянное недержаніе мочи. Послѣ изслѣдованія пальцемъ или по окончаніи предпринятой операціи въ пузырь, слѣдуетъ немедленно наложить швы на разрѣзы и надрывы наружнаго отверстія мочевого канала.

Механическое расширение мочевого канала у женщины введеніемъ бужей, произведенное при надлежащихъ предосторожностяхъ, обыкновенно не влечетъ за собою вредныхъ послѣдствій, хотя всегда пер-



Рис. 23. Цистоскопъ Nitze. f—металлическая насадка съ лампочкою для накаливанія; e—открытая часть инструмента съ лампочкою; b—боковая поверхность призмы, представляющая оконце; c—чечевица, переносимая въ нижнюю оконную часть аппарата; a—трубка аппарата. Наибольшая чечевица, находящаяся позади b въ трубкѣ, не показана.

вое время больные жалуются на боли в мочевом канале и несколько дней плохо держат мочу.

Гораздо более безопасное и более совершенное исследование полости пузыря представляет *эндоскопия*, *вѣриѣ*—*цистоскопія*. Наилучшимъ инструментомъ для этой цѣли считается эндоскопъ Nitze. Для введения его необходима нормальная проходимость мочевого канала и содержаніе въ пузырь 100,0 — 150,0 прозрачной жидкости, которая должна удерживаться въ пузырь. При фистулѣ пузыря цистоскопію слѣдуетъ производить при возвышенномъ положеніи таза. Предварительно нужно стерилизовать инструментъ текучимъ паромъ и при введеніи смазывать его глицерипомъ. Когда пузырь здоровъ, слѣдуетъ обезболить кокаиномъ только мочевой каналъ, введя въ него 2,0 раствора 2% кокаина посредствомъ шприца Брауна. При больномъ пузырь его полость надо промыть дочиства и ввести въ нее 50,0 раствора 2% *sosaini muriatici* на 5 минутъ. У терпѣливыхъ больныхъ можно обходиться безъ



Рис. 24. Видимое въ цистоскопъ отверстіе мочеточника въ видѣ шести.



Рис. 25. Видимое въ цистоскопъ отверстіе мочеточника треугольной формы съ расширенными сосудами.

кокаина. Затѣмъ надо наполнить пузырь 150,0 теплаго 4% раствора буры, послѣ чего вводятъ цистоскопъ. Иногда спустя нѣкоторое время приходится снова ввести немного кокаина въ мочевой каналъ. Послѣ введенія эндоскопа въ мочевой пузырь слѣдуетъ соединить инструментъ съ электрическимъ аккумуляторомъ, чтобы освѣтить полость пузыря посредствомъ маленькой лампочки, помѣщенной на внутреннемъ концѣ эндоскопа. Черезъ отверстіе на наружномъ концѣ этого инструмента врачъ имѣетъ возможность видѣть различныя части полости мочевого пузыря, изображеніе которыхъ попадаетъ въ трубку чрезъ небольшое окошко, расположенное возлѣ внутренняго конца эндоскопа. Предметы, прилегающіе къ этому окошку, представляются значительно увеличенными; только на разстояніи 2,5—3 см. отъ него они видны въ нату-

ральную величину. Кроме того, продолговатый предмет получает другое направление и представляется перевернутым около своей средней точки на 90° , даже на 180° . Надо остерегаться дотрогиваться концом инструмента до стенок пузыря, так как больная сейчас же почувствует жжение и боль, почему необходимо, чтобы конец цистоскопа все время находились в жидкости.

Сперва разсматривают складку, представляющую внутреннее отверстие пузыря. Слизистая оболочка мочевого канала имеет более темное окрашивание, а внутренняя поверхность пузыря представляется в цистоскоп в здоровом состоянии желтовато-красною и гладкою. Иногда попадает пузырек воздуха, отражающий свет лампы. Расстояние между отверстиями мочеточников



Рис. 26. Видимое в цистоскоп отверстие мочеточника в виде круглой ямочки.

неодинаково; отверстия имеют также различную форму; часто они открываются на верхушке выступа, иногда сбоку в углублении. Ясно можно видеть, как каждый мочеточник, независимо один от другого, совершает перистальтическое движение и выдвигает мочу. Когда функционирует только один мочеточник, в другом отверстии движения не замечается; это бывает при фистулах мочеточника, при почечных камнях давняго происхождения, при водянке почки и пр. Если больная примет 1—2 приема по 0,05 до 0,1 метиленовой синьки, то выхождение из мочеточника окрашенной мочи можно наблюдать еще яснее. При кровотечении или нагноении в одной почке, можно видеть выхождение крови или гноя из соответствующаго отверстия.

При помощи цистоскопа можно ввести в тех случаях, где это нужно, катетер в отверстие мочеточника, можно оцупать камень в его канал, даже в почечной лоханке, промыть ее и проч. В некоторых случаях запущеннаго рака матки или опухоли, вросшей глубоко в тазовую клетчатку, полезно ввести эластические катетеры в оба мочеточника предъ операцией удаления матки или опухоли, чтобы избѣжать поранения этих каналовъ.

Мочевой канал также можно сь большою пользою для больныхъ изслѣдовать при помощи свѣта электрической лампы чрезъ зеркало Симона или Брауна. Предварительно нужно влить в мочевой каналъ для обезболиванія 1,0 раствора 4—5% *sosaini muriatici*.

Мало пригодно для осмотра слизистой оболочки пузыря зеркало Рутенберга, которое вводится чрезъ расширенный мочевой канал. Несколько удобнее упрощенный эндоскоп Pawlik'a.

Послѣ зондированія мочеточника появляются иногда боли внизу живота лихорадка, даже легкое воспаленіе брюшины. Вообще зондированіе мочеточниковъ—далеко небезопасное изслѣдованіе, почему къ нему слѣдуетъ прибѣгать только въ крайней необходимости.

Далеко не такъ легко и просто предложенный Rawlik'омъ, профессоромъ въ Прагѣ, способъ зондированія мочеточниковъ, или даже введеніе въ нихъ особеннаго тонкаго катетера длиною 25 см., безъ предварительнаго расширенія мочевого канала. Больной даетъ положеніе на колѣняхъ и локтяхъ, посредствомъ зеркала Симса оттягиваютъ заднюю стѣнку влагалища кверху и вводятъ въ мочевоу пузырь около 200 grm. слабого раствора acid. borici. При такомъ положеніи на передней стѣнкѣ влагалища обозначаются нѣсколько складокъ, указывающихъ на отношеніе мочеточниковъ къ пузырю. Кроме продольной складки, указывающей направление мочевого канала, находится впереди влагалищной шейки поперечная складка слизистой оболочки, расположенная нѣсколько кзади отъ lig. intrauretic. и проходящая между отверстиями мочеточниковъ; отъ обоихъ концовъ ея направляются, постепенно сближаясь, продольныя складки къ внутреннему отверстию мочевого канала, ограничивающія trig. Lieutaud съ боковъ. По направленію этихъ боковыхъ складокъ расположены отверстия мочеточниковъ. Когда нужно зондировать мочеточникъ, проводятъ зондъ чрезъ мочевоу каналъ и далѣе по направленію вышеупомянутыхъ боковыхъ складокъ; приближаясь къ поперечной складкѣ, передвигаютъ головку зонда въ различныхъ направленіяхъ, чтобы попасть въ отверстіе мочеточника. Коль скоро зондъ вошелъ въ каналъ мочеточника, рукоятку инструмента опускаютъ книзу, при чемъ зондъ легко проникаетъ далѣе и доходитъ до мѣста, гдѣ мочеточникъ сгибается, приближаясь ко дну таза. Только при нормальныхъ отношеніяхъ мочеточника къ окружающимъ частямъ, зондъ или катетеръ легко идетъ далѣе по направленію къ почечной лоханкѣ. При введеніи катетера въ мочеточникъ чрезъ него вытекаетъ моча.

с) Изслѣдованіе чрезъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ безъ пораженія брюшины предложено Vardenheuer'омъ. Разрѣзъ можно дѣлать въ различныхъ мѣстахъ до самой брюшины, которая затѣмъ отслоивается пальцами на извѣстномъ протяженіи. Такіе разрѣзы можно производить въ поясничной области для распознаванія опухолей почки, а также въ боковой части живота отъ верхушки 12 ребра книзу до spin. ant. super. of. ilei, отсюда впередъ на небольшомъ протяженіи параллельно Пупартовой связкѣ. Чрезъ этотъ разрѣзъ можно достигнуть мочеточника и вообще задней забрюшинной области. Далѣе можно проводить разрѣзъ выше лоннаго соединенія возлѣ костей таза и, отдѣливъ прикрѣпленія мышцъ и фасцій, проникнуть въ cavum Rhetzii впереди пузыря. Допускается также при разрѣзахъ на передней стѣнкѣ живота, или чрезъ задній сводъ влагалища, съ цѣлью точнаго распознаванія опухолей, разрѣзъ брюшины, что относится уже къ области такъ называемаго пробнаго чревосѣченія. Такіе способы изслѣдованія въ гинекологіи крайне рѣдко примѣняются съ цѣлями распознаванія. Они представляютъ серьезное раненіе, которое небезопасно даже производить рукою опытнаго гинеколога.

д) Напротивъ очень часто производятся *микроскопическое изслѣдованіе* отдѣлений, вообще жидкостей, плотныхъ тканей и частицъ, выдѣлившихся или извлеченныхъ изъ полового канала, а также *химическое* или *бактеріологическое изслѣдованіе* различныхъ жидкостей такого же происхожденія.

Предметомъ микроскопическаго или бактериологическаго изслѣдованія наичаще служатъ отдѣленія изъ полости матки, шейки, влагалища, секретъ изъ мочеиспускательнаго канала и железокъ, открывающихся въ преддверье; рѣже—гной изъ нарыва или жидкость изъ полости живота или изъ мѣшеччатой опухоли, добытые посредствомъ прокола или разрѣза. Такого рода жидкости иногда подвергаются также химическому анализу, чтобы получить по возможности болѣе данныхъ для установленія правильнаго распознаванія. Почти исключительно микроскопическому, рѣдко бактериологическому изслѣдованію, подлежатъ плотныя частицы тканей, выдѣлившіяся самопроизвольно изъ полового канала, а также полученныя при посредствѣ ложки съ заостренными краями изъ полости матки или канала шейки, а равнымъ образомъ отрѣзанныя ножницами кусочки новообразованій, развившихся на влагалищной части.

Распространяться подробно объ этихъ способахъ изслѣдованія мы считаемъ здѣсь неумѣстнымъ, такъ какъ они составляютъ предметъ отдѣльныхъ спеціальностей. Важнѣйшія практическія свѣдѣнія, сюда относящіяся, будутъ вкратцѣ изложены въ отдѣлѣ частной патологіи и терапіи женскихъ болѣзней.

По изслѣдованіямъ послѣдняго времени, произведеннымъ Döderlein'омъ, Menge, König, Строгановымъ и другими относительно микробовъ въ половыхъ органахъ женщины въ небеременномъ состояніи, оказалось, что въ здоровой маткѣ, а также въ полости трубъ микробовъ не бываетъ. Нормальное отдѣленіе матки и канала шейки убиваетъ микроорганизмы, кромѣ gonococcus Neisseri. Напротивъ, во влагалищѣ, въ особенности въ нижней его части, всегда, даже у совершенно здоровыхъ женщинъ, находятъ сапрофиты и въ рѣдкихъ случаяхъ даже патогенные микробы; наичаще gonococcus, затѣмъ септическіе микробы, bact. coli comm. и bacillus tubercul. По наблюденіямъ Döderlein, которыя не вполне подтверждаются другими, патогенные микробы находятся только въ ненормальномъ секретѣ влагалища въ 9—10% такихъ случаевъ.

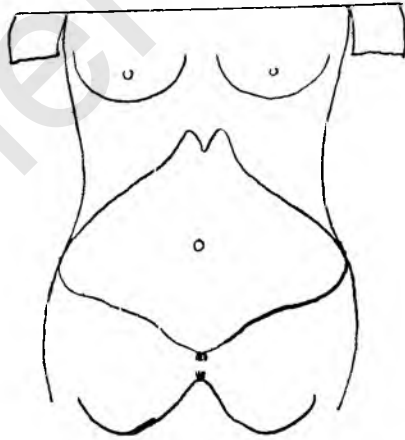


Рис. 27. Передняя поверхность туловища женщины съ контурами живота и таза.

У новорожденныхъ дѣвочекъ, по изслѣдованіямъ Jacob's'a, микробовъ во влагалищѣ не бываетъ, но они появляются здѣсь, уже спустя нѣсколько часовъ послѣ рожденія.

Въ мочевомъ каналѣ даже здоровыхъ женщинъ Гавронскій и др. находили довольно часто патогенные микробы.

Количество микробовъ во влагалищѣ значительно увеличивается во время мѣсячныхъ и беременности. При различнаго рода заболѣваніяхъ половыхъ органовъ появляются патогенные микробы не только во влагалищѣ, но также въ каналѣ матки, даже въ каналѣ трубъ, въ ткани яичниковъ и полости брюшины.

Графическій способъ изображенія патологическихъ измѣненій въ женскихъ половыхъ органахъ. Найденныя при различныхъ способахъ изслѣдованія измѣненія обыкновенно записываются въ больничный журналъ, и въ частной практикѣ многіе врачи поставили себѣ правиломъ вносить ихъ въ свою записную книгу. Патологическія измѣненія въ боль-



Рис. 28. Лобный разрѣзъ черезъ тазъ женщины.



Рис. 29. Продольный разрѣзъ черезъ тазъ женщины.

шинствѣ случаевъ становятся нагляднѣе и яснѣе, если ихъ изобразить при помощи пера или карандаша. Въ значительной степени это облегчается при помощи общепринятыхъ схемъ, представляющихъ разрѣзы черезъ женскій тазъ въ трехъ различныхъ направленіяхъ. Въ особенности этотъ способъ пригоденъ для начинающихъ, онъ значительно облегчаетъ изученіе женскихъ болѣзней. Въ нашей клиникѣ такія схемы прилагаются къ каждой исторіи болѣзни, представляемой студентами.

Отдѣлъ III.

Общія основанія патологіи женскихъ болѣзней.

Женскія болѣзни не представляютъ какихъ-либо особенныхъ процессовъ, которые не встрѣчались бы въ другихъ отдѣлахъ организма, имѣющихъ сходное строеніе. Здѣсь мы имѣемъ дѣло съ недостатками развитія, съ различными разстройствами питанія, съ нарушеніемъ цѣлости, смѣщеніемъ органовъ, съ новообразованиями и проч. Тѣ средства, которыя мы употребляемъ при лѣченіи этихъ патологическихъ измѣненій и функціональных разстройствъ ни чѣмъ не отличаются по своей основной идеѣ отъ врачебныхъ, механическихъ и хирургическихъ пособій, которыя примѣняются какъ положенія общей терапіи, при аналогичныхъ разстройствахъ въ другихъ органахъ. При остромъ воспаленіи въ различныхъ частяхъ женскихъ половыхъ органовъ мы назначаемъ спокойствіе, строгую діету, холодъ, наркотическія средства и проч. При смѣщеніяхъ этихъ органовъ стараемся привести ихъ въ нормальное положеніе различными механическими и хирургическими пособиями. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ это возможно, удаляемъ новообразования, способствуемъ всасыванію экссудатовъ, разрѣшенію хроническихъ воспаленій, стараемся привести въ нормальное состояніе разстроенныя функціи полового аппарата и пр. Однимъ словомъ, въ этой области начала общей патологіи и терапіи имѣютъ полное примѣненіе, не допускающее никакихъ исключеній. Тѣмъ не менѣе патологія и терапія женскихъ болѣзней представляетъ множество особенностей, которыя проявляются рѣзко даже при самомъ поверхностномъ знакомствѣ съ заболѣваніями въ этой области у кровати больныхъ. Этого слѣдуетъ ожидать уже a priori, иначе гинекологія не составила бы самостоятельную отрасль практической медицины. Строеніе женскихъ половыхъ органовъ, ихъ положеніе, отношеніе къ сосѣднимъ органамъ, значеніе ихъ въ организмѣ, особенности присущихъ имъ функцій, все это вмѣстѣ взятое обусловливаетъ, при заболѣваніяхъ въ этой области, нерѣдко патологическіе припадки и явленія, свойственныя исключительно болѣзнямъ женскихъ половыхъ органовъ. Такія функціональныя и ана-

томическія особенности дѣлають неизбежными измѣненія въ частностяхъ общихъ основаній терапіи. Благодаря этимъ особенностямъ, возникли также тѣ многочисленныя механическія приспособленія и хирургическія операціи, которыя въ настоящее время примѣняются при лѣченіи женскихъ болѣзней.

Какъ уже сказано выше, женскіе половые органы, въ особенности внутренніе, находятся въ тѣснѣйшемъ соотношеніи съ важнѣйшими органами и съ общимъ состояніемъ организма. Не только женскія болѣзни оказываютъ вліяніе далеко за предѣлами своей области, но и въ свою очередь половые органы могутъ подвергаться болѣе или менѣе значительнымъ патологическимъ измѣненіямъ и разстройству своихъ функций при болѣзняхъ въ другихъ областяхъ организма, а также при общихъ болѣзняхъ. *Брюшной тифъ и холера* не рѣдко причиняють воспалительныя измѣненія въ половыхъ органахъ и кровоподтеки въ слизистой оболочкѣ матки. *Тифъ, возвратная горячка, рикеттія, оспа, корь и инфлюэнза* сопровождаются обильными мѣсячными или неправильными маточными кровотечениями. По наблюденіямъ Engel'я, эти разстройства при инфлюэнза были замѣчаемы въ 30% случаевъ; хроническія воспалительныя заболѣванія матки не рѣдко рѣзко ухудшаются. Во время эпидеміи инфлюэнзы заболѣвшія беременныя часто имѣли выкидышъ. По наблюденіямъ Winkel'я, послѣ инфекціонныхъ болѣзней иногда развиваются въ маткѣ фиброміомы. Далеко зашедшая *булорчатка легкихъ* обыкновенно сопровождается отсутствіемъ мѣсячныхъ, amenorrhœa, которой иногда предшествуетъ кровотеченіе, menorrhagia. Продолжительное отсутствіе мѣсячныхъ обыкновенно сопровождается развитіемъ атрофіи матки и яичниковъ.

Пороки сердца сопровождаются часто кровотечениями при мѣсячныхъ и причиняють разстройства питанія слизистой оболочки и мышечныхъ стѣнокъ матки. Частое нахожденіе фиброміомъ при порокахъ сердца врядъ ли можно объяснить простымъ совпаденіемъ.

Неправильное отправление кишечнаго канала, преимущественно *запоры*, зависящіе не рѣдко отъ сидячаго образа жизни, могутъ причинить наклоненіе или загибъ матки кзади и приращеніе дна послѣдней въ Дугласовомъ пространствѣ, что въ свою очередь еще болѣе усиливаетъ запоры. Въ особенности неблагоприятное вліяніе оказываютъ запоры у молодыхъ дѣвушекъ. Вслѣдствіе переполненія прямой кишки происходитъ мѣстное воспаление брошины въ особенности въ правой половинѣ таза, perimetritis chron. dext.; на лѣвой сторонѣ продолжительное и привычное скопленіе кала въ flex. sigmoidea причиняетъ давленіе на сосуды лѣваго яичника, что влечетъ за собой также мѣстное воспаленіе брюшины въ этой области обыкновенно слипчиваго характера. Хроническое воспаленіе яичниковъ причиняетъ катарръ матки, а иногда съ теченіемъ времени вызываетъ утолщеніе стѣнокъ этого органа воспалительнаго характера, metritis chron. Вслѣдствіе задержа-

нія каловыхъ массъ въ кишкахъ, всасываются продукты разложенія изъ кишечнаго канала, они отравляютъ кровь и измѣняютъ ея свойства, что причиняетъ часто *блѣдную немочь*, chlorosis, и оказываетъ вредное вліяніе на половые органы. Упадокъ питанія неблагоприятно также вліяетъ на мѣсячныя, которыя задерживаются на долго и если это происходитъ у молодой дѣвушки, то внутренніе половые органы не достигаютъ надлежащаго развитія. Описаны случаи, гдѣ *fissura ani* сопровождалась упорнымъ спазмомъ влагалища, vaginismus, а присутствіе *ленточной глисты* вызывало разстройство мѣсячныхъ.

Заболѣваніе печени иногда сопровождается маточными кровотечениями и воспалительными явленіями, въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже развивается атрофія матки.

Хроническое воспаленіе почекъ также вызываетъ у нѣкоторыхъ женщинъ кровотеченіе изъ матки, затѣмъ воспаленіе и атрофію матки и яичниковъ. Подобныя же измѣненія влечетъ за собой *Адисонова болѣзнь*. Связь между *заболѣваніями кожи* и состояніемъ внутреннихъ органовъ была замѣчена многими гинекологами; Scanzoni, Schauta, Каросі, Verneul и др., наблюдали появленіе упорной экземы и другихъ сыпей при различныхъ болѣзняхъ матки и яичниковъ.

Измѣненія, находимыя въ ткани яичника при *размяченіи костей*, тоже указываютъ на соотношеніе между половыми органами и костной тканью.

Блѣдная немочь, chlorosis, влечетъ за собой разстройство мѣсячныхъ и недостаточное развитіе половыхъ органовъ. При *блѣнокровіи*, leukaemia lienalis, находили также атрофію матки. *Сахарное мочеизнуреніе* вызываетъ зудъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ, не рѣдко задержаніе мѣсячныхъ и атрофическія измѣненія въ половыхъ органахъ; подобныя же измѣненія производитъ, за исключеніемъ зуда, diabetes insipidus. *Подagra* не рѣдко причиняетъ также pruritus vulvae и маточное кровотеченіе. *Общее ожиреніе*, obesitas, обыкновенно сопровождается отсутствіемъ мѣсячныхъ и послѣдовательною атрофіею матки. *Острыя и хроническія отравленія* обыкновенно имѣютъ послѣдствіемъ болѣе и менѣе значительныя измѣненія въ половыхъ органахъ. Отравленіе фосфоромъ вызываетъ маточныя кровотеченія; то же самое иногда наблюдается при отравленіи свинцомъ. Напротивъ, чрезмѣрное злоупотребленіе алкоголемъ, продолжительное употребленіе морфія и опія сопровождается обыкновенно атрофіею половыхъ органовъ женщины, даже грудей.

Заболѣванія периферическихъ нервовъ и нервныхъ центровъ, а также *общее разстройство нервной системы*, оказываетъ не рѣдко вліяніе на состояніе половыхъ органовъ женщины. *При душевныхъ заболѣваніяхъ и неврозахъ* встрѣчается задержаніе мѣсячныхъ, атрофія матки, смѣщенія ея и проч. По изслѣдованіямъ Voisin'a у, идіотовъ весьма часто наблюдается онанизмъ вмѣстѣ съ преждевременною defloratio.

При *хорей* иногда наблюдается отсутствие мѣсячныхъ, amenorrhoea, тоже замѣчается при *слизистой отекъ*, который по преимуществу встрѣчается у женщинъ. Появление acromegalia находится, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, въ связи съ наступленіемъ зрѣлости. Morbus Basedowii сопровождается иногда разстройствомъ мѣсячныхъ очищеній, атрофіею тазовой клѣтчатки и пр.

Важное вліяніе *женскихъ болѣзней* на состояніе различныхъ органовъ и общее на состояніе организма женщины можно наблюдать въ гинекологической практикѣ на каждомъ шагѣ. Въ этомъ отношеніи нервныя заболѣванія и разстройства занимаютъ видное мѣсто, и женщина является наичаще объектомъ нервной патологии. Хотя *душевныя разстройства* у женщины наичаще развивается при наследственномъ предрасположеніи и невропатической конституціи, тѣмъ не менѣе не подлежитъ сомнѣнію, что значительное число такихъ больныхъ одержимы различными заболѣваніями въ половыхъ органахъ. Потеря крови, обильныя отдѣленія, сильныя и продолжительныя боли, иногда гинекологическое изслѣдованіе, продолжительное мѣстное лѣченіе, а также гинекологическія операціи могутъ служить ближайшею причиною появленія нервнаго разстройства. Извѣстны случаи, когда послѣ излѣченія женской болѣзни проходило душевное разстройство. По изслѣдованіямъ Eisenhart'a, изъ 147 случаевъ кастраціи у женщинъ, у 102 больныхъ наступило улучшеніе въ состояніи здоровья; иногда даже исчезали различныя тягостныя явленія, находившіяся въ связи съ воспаленіемъ матки и придатковъ. *Гистерія* представляетъ, въ своихъ безчисленныхъ проявленіяхъ, безъ сомнѣнія наиболѣе частую форму нервнаго разстройства, развивающуюся вслѣдствіе женскихъ болѣзней. Кромѣ обычныхъ явленій усиленія рефлексовъ, мѣстной анестезіи, болевыхъ точекъ, судоргъ и пр. у женщинъ не рѣдко замѣчается въ области яичниковъ существованіе истерическаго пояса. При надавливаніи на область этихъ органовъ можно прервать боли, иногда даже судорги.

На *органы чувствъ*, именно на зрѣніе и слухъ оказываютъ вліяніе прекращеніе мѣсячныхъ, кровотеченіе, даже наступленіе половой зрѣлости. Интересные факты приведены въ книгѣ Fließ's'a въ этомъ отношеніи относительно органовъ обонянія. Онъ наблюдалъ во время мѣсячныхъ припуханіе слизистой оболочки одной, рѣже обѣихъ нижнихъ раковинъ и на tuberc. septae. Въ это время легко изъ этихъ мѣсть вызывается кровотеченіе, которое является иногда самопроизвольно изъ носа у женщинъ, у которыхъ были удалены придатки. У дѣвушекъ, достигшихъ половой зрѣлости, иногда предъ появленіемъ первыхъ мѣсячныхъ замѣчаются кровяныя пятна на носовомъ платкѣ. При неправильныхъ мѣсячныхъ иногда у молодыхъ дѣвушекъ наблюдается *разстройство иннерваціи гортанныхъ мышцъ*, въ мокротѣ показывается кровь. При болѣзняхъ матки, иногда измѣняется голосъ, даже появляет-

ся афонія. *Астма* въ рѣдкихъ случаяхъ обнаруживается какъ рефлекторное явленіе, вслѣдствіе различныхъ болѣзней матки и яичниковъ. Тоже самое много разъ было замѣчаемо относительно *кашля*, который появляется иногда при совершенно здоровыхъ грудныхъ органахъ, вслѣдствіе хроническаго воспаленія матки, ея придатковъ, а также при смѣщеніи матки, рѣже въ періодъ наступленія половой зрѣлости, въ другихъ случаяхъ даже во время мѣсячныхъ и при беременности. Этотъ кашель, извѣстный подъ именемъ *tussis uterina*, большею частію бываетъ неглубокій и сухой съ глухимъ, рѣже со звонкимъ отголоскомъ. Обыкновенно онъ встрѣчается у больныхъ съ невропатическимъ предрасположеніемъ, иногда онъ возбуждается у нихъ даже при дотрогиваніи къ маткѣ или къ сводамъ влагалища. *Сердцебиеніе* и другіе сердечные припадки иногда появляются впервые при наступленіи мѣсячныхъ, при блѣдной немочи, въ замужествѣ при неправильномъ coitus, а иногда въ критическомъ возрастѣ при закрытіи мѣсячныхъ. Сердцебиеніе, *tachycardia*, находится часто въ связи съ склерозомъ артерій и ожиреніемъ сердца, но оно замѣчается также при различныхъ функціональныхъ расстройствахъ и при заболѣваніи половыхъ органовъ женщины, — при *amenorrhoea*, *menorrhagia*, *dysmenorrhoea*, при смѣщеніи матки, при хроническомъ воспаленіи яичниковъ, при длительномъ воспаленіи брюшины и пр. Не рѣдко замѣчается *перерожденіе сердечныхъ мышцъ* при фиброміомѣ матки и большихъ кистахъ яичника. *Грудная жаба*, *angina pectoris* иногда развивается у женщинъ, которыя долгое время страдали женскими болѣзнями. Не подлежитъ сомнѣнію возможность перехода этихъ нервныхъ расстройствъ, даже *tachycardia*, съ теченіемъ времени въ органическія заболѣванія сердца.

Весьма часто наблюдается въ практикѣ *расстройства гастрическаія и кишечныя* при заболѣваніи внутреннихъ половыхъ органовъ, — при хроническихъ катарахъ матки, при смѣщеніи ея, при разрывѣ шейки, а также при воспаленіи и смѣщеніи яичниковъ. Большею частію расстройства въ пищеварительныхъ органахъ встрѣчаются въ болѣе легкой формѣ, наблюдается отсутствіе аппетита, боли подъ ложечкой, вздутіе кишекъ и запоры; рѣже наблюдается *dyspepsia* съ болѣе тяжелыми проявленіями, между прочимъ упорная рвота, что влечетъ за собой исхуданіе и сильное истощеніе организма.

При новообразованіяхъ, развивающихся въ яичникѣ и въ стѣнкахъ матки, желудокъ и кишечныя петли не рѣдко смѣщаются, а иногда мѣстами даже сдавливаются просвѣтъ кишки. При воспалительныхъ заболѣваніяхъ матки и яичниковъ рефлекторно измѣняется также отдѣленіе и сокращеніе стѣнокъ кишекъ, перистальтика которыхъ, при такихъ условіяхъ, ослабѣваетъ или усиливается. Иногда при задержаніи мѣсячныхъ появляется кровотеченіе изъ прямой кишки.

При болѣзняхъ половыхъ органовъ не только качественно, но даже количественно измѣняется *моча*. Опухоли матки и яичниковъ вызы-

вають въ нѣкоторыхъ случаяхъ не только частые позывы или задержаніе мочи, но также значительныя *измѣненія въ почкахъ*, именно hydro-nephrosis. Частые роды и исхуданіе женщины причиняють часто смѣщеніе почекъ въ особенности на правой сторонѣ.

Вышеизложенныя данныя имѣють важное значеніе въ патологіи такихъ болѣзней, такъ какъ при поверхностномъ отношеніи къ подобнымъ случаямъ нѣтъ ничего легче, какъ принять причину за слѣдствіе. Это влечетъ за собой неправильное лѣченіе, а слѣдовательно и безуспѣшность терапіи, что, къ сожалѣнію, не рѣдко приходится наблюдать въ практикѣ.

акusher-lib.ru

Отдѣлъ IV.

Общая терапия женскихъ болѣзней.

Глава I.

Общія основанія лѣченія женскихъ болѣзней.

До изобрѣтенія точныхъ методовъ изслѣдованія, въ терапіи женскихъ болѣзней имѣли преобладающее значеніе внутреннія средства, которымъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ приписывали специфическое дѣйствіе на половые органы. Въ настоящее время уже рѣдко встрѣчаются врачи старой школы, которые придерживаются этого направленія. Клиническими наблюденіями уже давно доказано, что въ большинствѣ случаевъ одни внутреннія средства оказываются неэффективными. Съ тѣхъ поръ, какъ точные методы изслѣдованія сдѣлались общепотребительными въ гинекологической практикѣ, мѣстное лѣченіе женскихъ болѣзней заняло надлежащее мѣсто и хирургическія операціи постепенно стали замѣнять другіе способы лѣченія. Съ примѣненіемъ обеззараживанія и дезинфицирующихъ средствъ, хирургическое направленіе окончательно установилось и получило преобладающее значеніе въ терапіи женскихъ болѣзней, хотя и въ настоящее время ни одинъ рациональный врачъ не можетъ обходиться одними мѣстными средствами въ гинекологической практикѣ; такъ какъ весьма часто при заболѣваніяхъ въ женскихъ половыхъ органахъ встрѣчаются послѣдовательныя разстройства или случайныя заболѣванія въ различныхъ органахъ или во всемъ организмѣ, которыя лѣчатся наичаще внутренними средствами. Кромѣ того, нѣкоторыя женскія болѣзни излѣчиваются иногда главнымъ образомъ внутренними средствами.

Въ гинекологической практикѣ врачу необходимо принимать во вниманіе особенности женской натуры. Женщины вообще менѣе мужчины способны руководствоваться въ своихъ отношеніяхъ исключительно разумомъ, у нихъ часто примѣшивается чувство, почему различныя симпатіи и антипатіи играютъ немаловажную роль. Онѣ сильнѣе вос-

принимають впечатлѣнія, склонны обращать вниманіе на разныя мелочи и придавать имъ важное значеніе; почему съ ними слѣдуетъ обращаться ласково и привѣтливо, съ нѣкоторымъ участіемъ къ ихъ страданіямъ, въ особенности слѣдуетъ избѣгать всякихъ рѣзкихъ выраженій. Ровный и спокойный характеръ, и мягкое, гуманное обращеніе съ больными составляютъ необходимыя условія успѣха въ практикѣ по крайней мѣрѣ для молодого врача. Однако обращеніе съ больными женщинами отнюдь не должно принимать характера лицемерія и потворства капризамъ. До этого не долженъ унижаться врачъ, уважающій свою профессію; подобные приемы налагаютъ на медицинскую практику печать шарлатанства.

Приступая къ лѣченію больной, слѣдуетъ обращать вниманіе не только на мѣстное разстройство въ половыхъ органахъ, но на всѣ измѣненія и патологическіе симптомы, замѣчаемые въ данномъ случаѣ въ организмѣ женщины. Врачъ долженъ помнить, что предъ нимъ не болѣзнь, какъ существо реальное, а больной организмъ. Иногда встрѣчаются больныя, у которыхъ мѣстное лѣченіе совершенно непримѣнимо и даже можетъ принести только вредъ, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда совмѣстно съ женскими болѣзнями существуютъ серьезныя страданія легкихъ, почекъ, разстройство сердечныхъ клапановъ, первичное психическое заболѣваніе и пр. При такихъ условіяхъ слѣдуетъ лѣчить эти сопутствующія болѣзни, имѣющія преобладающее значеніе. Meerklin совѣтуетъ даже не производить безъ крайней надобности гинекологическаго изслѣдованія у психическихъ больныхъ. Когда мѣстное лѣченіе настоятельно необходимо, слѣдуетъ избирать способъ, который наиболѣе быстро приводитъ къ цѣли. Однако если ослабленіе организма или разстройство въ какомъ-нибудь органѣ всецѣло зависятъ отъ заболѣванія въ половыхъ органахъ, къ лѣченію послѣднихъ слѣдуетъ приступить немедленно. Иногда больныя, у которыхъ женская болѣзнь пока не вызываетъ тягостныхъ симптомовъ, не соглашаются на мѣстное лѣченіе, питая ложную надежду, что болѣзнь пройдетъ сама собою. Въ такихъ случаяхъ врачъ обязанъ ознакомить больную съ послѣдствіями и дальнѣйшимъ ходомъ ея заболѣванія. Когда по свойству болѣзни является необходимымъ оперативное пособіе, больной необходимо объ этомъ сообщить, не скрывая иногда могущихъ послѣдовать неблагоприятныхъ послѣдствій, поскольку таковыя мыслимы; вмѣстѣ съ тѣмъ ей слѣдуетъ, конечно, объяснить, къ чему можетъ привести болѣзнь, если не сдѣлать операціи. Исключеніе составляютъ нѣкоторыя крайне легкія и совершенно безопасныя оперативныя пособія, къ которымъ можно прибѣгать, не предваряя больныхъ, чтобы не причинить имъ напрасной тревоги и волненій. Въ тѣхъ случаяхъ, когда больныя одержимы неизлѣчимою болѣзнию, которая въ непродолжительномъ времени должна причинить смертельный исходъ, врачъ обязанъ объяснить положеніе больной окружающимъ или ея роднымъ. Было бы безчеловѣчно

выставлять самой больной въ настоящемъ свѣтѣ ея положеніе; исключеніе допустимо только при особыхъ обстоятельствахъ чрезвычайной важности.

Большинство женщинъ съ заболѣваніями въ половыхъ органахъ можно пользоваться какъ амбулаторныхъ больныхъ съ полнѣйшимъ успѣхомъ, если будутъ устранены по возможности всѣ вредныя вліянія, которыя могутъ препятствовать выздоровленію. Продолжительная ходьба, тяжелая работа, половыя отношенія, душевныя волненія или угнетающія нравственныя причины, неразборчивость въ пищу, дурныя гигиеническія условія представляютъ важнѣйшія неблагоприятныя условія, которыя слѣдуетъ устранить, чтобы возможно было успѣшно лѣчить многія формы женскихъ болѣзней.

Всякія операціи, даже самыя незначительныя, въ особенности въ области внутреннихъ половыхъ органовъ, слѣдуетъ дѣлать на дому больной во избѣжаніе вредныхъ послѣдствій, строго соблюдая правила обеззараживанія. Врачъ никогда не долженъ упускать изъ виду, что матка находится въ тѣснѣйшей связи съ покрывающею ее брюшиною и со сѣдною тазовою клѣтчаткой; почему воспалительное раздраженіе, вызванное травмой и зараженіемъ, легко передается этимъ тканямъ, заболѣваніе которыхъ представляетъ весьма серьезное осложненіе. Кромѣ того, обстановка, среди которой находится больная, имѣетъ важное вліяніе на исходъ даже незначительной операціи; почему, прежде чѣмъ приступить къ ней, врачъ обязанъ освѣдомиться, можетъ ли больная пользоваться необходимымъ спокойствіемъ, уходомъ и тѣми гигиеническими и діететическими удобствами, которыя для нея необходимы въ теченіе извѣстнаго времени.

Наилучшимъ временемъ для операціи на половыхъ органахъ женщины слѣдуетъ считать первую недѣлю по окончаніи мѣсячныхъ очищеній. Во время беременности, въ послѣродовомъ періодѣ, а также во время мѣсячныхъ нужно избѣгать операцій, коль скоро возможно отложить ихъ на нѣкоторое время безъ существеннаго вреда для здоровья больныхъ. При такихъ состояніяхъ, въ особенности во время беременности, половыя органы сильно переполнены кровью; почему, кромѣ болѣе значительной потери крови во время операціи, въ этихъ частяхъ проявляется особенная склонность къ воспаленіямъ заразнаго характера. Почему въ это время слѣдуетъ производить только неотложныя операціи, гдѣ всякое промедленіе представляетъ опасность для здоровья и даже жизни больной. Во время беременности не слѣдуетъ даже примѣнять ѣдкихъ прижигающихъ средствъ на шейку матки и вообще избѣгать вносить разнаго рода раздраженія въ половой каналъ; такъ какъ послѣдствіемъ этого можетъ явиться выкидышъ. Даже во время кормленія грудью необходимо соблюдать извѣстную осмотрительность при производствѣ хирургическихъ операцій, не упуская изъ виду ихъ вліяніе на свойство и отдѣленіе молока.

Предпославъ общія основанія патологіи и терапіи женскихъ болѣз-

ней, мы считаемъ умѣстнымъ изложить въ этомъ отдѣлѣ важнѣйшіе по-собія и приемы, которые наичаще примѣняются въ настоящее время при большинствѣ заболѣваній въ гинекологической практикѣ. Сюда слѣдуетъ отнести назначеніе различнаго рода ваннъ, примѣненіе гидротерапіи и употребленіе минеральныхъ водъ, промываніе влагалища и матки, употребленіе тампоновъ, мѣстное примѣненіе лѣкарственныхъ веществъ, мѣстное кровопусканіе, примѣненіе электричества и гинекологической массажъ. Въ заключеніе мы изложимъ примѣненіе дезинфекціи и обеззараживанія въ гинекологической практикѣ.

Глава 2.

Назначеніе различнаго рода ваннъ, примѣненіе гидротерапіи и употребленіе минеральныхъ водъ. Климатотерапія.

При лѣченіи женскихъ болѣзней часто мы прибѣгаемъ къ назначенію общихъ или сидячихъ ваннъ изъ простой или минеральной воды различной температуры. Наичаще такія ванны назначаются на дому больной, иногда же больныхъ посылаютъ къ минеральнымъ источникамъ, гдѣ совмѣстно съ ваннами онѣ пьютъ минеральную воду; въ другихъ случаяхъ такихъ больныхъ посылаютъ къ соленымъ озерамъ или на берегъ моря.

Когда имѣется въ виду примѣненіе холодной воды, мы назначаемъ больнымъ купанье въ рѣкѣ или въ морѣ, а иногда посылаемъ ихъ въ гидротерапевтическое заведеніе или примѣняемъ дома гидропатическое лѣченіе, насколько это возможно. Для лѣченія же хроническихъ, въ особенности воспалительныхъ заболѣваній полового аппарата преимущественно пользуются теплою водой, примѣняя ее различнымъ образомъ снаружи. Подробное изложеніе этихъ способовъ лѣченія составляетъ предметъ бальнеологии и гидротерапіи, почему здѣсь мы изложимъ только въ общихъ чертахъ основанія этого рода лѣченія.

Ванны изъ простой воды оказываютъ на человѣческой организмъ термическое и механическое дѣйствіе; отъ прибавленія растворимыхъ минеральныхъ солей присоединяется еще въ различной степени химическое вліяніе. Термическое дѣйствіе тѣмъ значительнѣе и его раздражающее вліяніе на организмъ обнаруживается тѣмъ рѣзче, чѣмъ больше разница между температурой тѣла и теплотой ванны. Индифферентныя ванны, температура которыхъ не превышаетъ 28 — 29° R., не оказываютъ термическаго раздраженія и обнаруживаютъ успокаивающее вліяніе на периферическіе нервы. Такія ванны устраняютъ или по крайней мѣрѣ улучшаютъ и облегчаютъ различнаго рода нервныя боли и успокаиваютъ общее раздраженіе нервной системы. Совершенно другое дѣйствіе имѣютъ ванны, температура которыхъ значительно пре-

вышаетъ температуру тѣла. Такія ванны дѣйствуютъ возбуждающимъ образомъ на кровообращеніе въ кожѣ, ускоряютъ пульсъ и дѣятельность сердца, способствуютъ потоотдѣленію и всасыванію чрезъ кровеносные и лимфатическіе сосуды. Онѣ сильно возбуждаютъ всю нервную систему, какъ периферическую, такъ и центральную; при этомъ онѣ значительно усиливаютъ обмѣнъ веществъ и способствуютъ всасыванію эксудатовъ и другихъ патологическихъ отложеній въ различныхъ органахъ тѣла. *Минеральныя ванны* содержатъ наичаще растворимыя соли различнаго рода, наичаще поваренную соль и другія хлористыя и въ небольшомъ количествѣ іодистыя и бромистыя соединенія щелочей и земель, рѣже желѣзо, сѣрнистыя соединенія, угольную кислоту и сѣроводородный газъ. Часто назначаются также грязныя, Moorbäder, и иловыя ванны; первыя, кромѣ минеральныхъ веществъ, содержатъ болѣе или менѣе значительное количество торфяной массы, которая собирается со дна желѣзистыхъ источниковъ или соленыхъ озеръ; вторыя приготовляются примѣшиваніемъ ила, взятаго со дна сѣрнистыхъ источниковъ или вблизи берега со дна моря. Въ мѣстахъ, гдѣ добывается поваренная соль, къ ваннамъ обыкновенно прибавляютъ для усиленія ихъ дѣйствія разсолъ, оставшійся послѣ выдѣленія кристалловъ соли, Soolbäder. Въ рѣдкихъ случаяхъ при лѣченіи женскихъ болѣзней примѣняются ванны изъ основныхъ иголь и разныхъ травъ.

Смотря по температурѣ различаютъ холодныя (16—19° R.), прохладныя (20—25° R.), теплыя (26—29° R.) и горячія (30—33° R.) ванны.

Различнаго рода минеральныя, разсолныя и грязныя ванны, благодаря содержащимся въ нихъ веществамъ, обладаютъ преимуществомъ оказывать раздражающее вліяніе на кожу и на весь организмъ больной. Это дѣйствіе можно усиливать до извѣстнаго предѣла, возвышая температуры ванны и увеличивая ея концентрацію, почему общія ванны этого рода назначаются наичаще въ гинекологической практикѣ. Смотря по свойству ванны, больныя остаются въ ней наичаще отъ 10' до 30'. Только въ индифферентныхъ ваннахъ больныя съ пользою для здоровья могутъ оставаться гораздо дольше.

Механическое дѣйствіе простыхъ и минеральныхъ ваннъ ничтожно, его можно усилить, примѣняя растираніе поверхности тѣла или провозди массажъ во время принятія ваннъ. Химическое дѣйствіе ваннъ наичаще ограничивается кожными покровами, сальныя железки которыхъ препятствуютъ всасыванію содержаимаго ванны. Большею частью происходитъ только набуханіе кожного эпителия, въ кровь всасываются преимущественно газы и летучія вещества — угольная кислота, сѣроводородъ, іодъ, эфирныя масла и пр. Всасываніе происходитъ отчасти чрезъ слизистую оболочку предверья рукова, въ особенности при введеніи маточнаго зеркала. Весьма часто, въ особенности въ холодное время года, при лѣченіи хроническихъ воспалительныхъ болѣзней, назначаются такъ называемыя *сидячія полуванны*. Для этой цѣли

употребляются особенные глубокие тазы со спинкою, вмещающие не менее 2 ведеръ воды. Больныя, приподнявъ кверху рубашку, садятся въ такую ванну, погружая туда область живота, ягодицы и верхняя части бедеръ. Ноги, согнутыя въ колѣнахъ, остаются наружу. Наичаще примѣняются теплыя и даже горячія ванны не менее 29—33° R., иногда съ прибавленіемъ небольшого количества соды, простой или Крейцнахской соли; продолжительность такой ванны не болѣе 15 до 30'. Иногда назначаются прохладныя сидячія ванны комнатной температуры (14—16° R.), рѣже болѣе холодныя. Большая остается въ такой ваннѣ не болѣе 10—15'. Холодныя сидячія полуванны обнаруживаютъ укрѣпляющее дѣйствіе на органы таза, способствуя отливу крови и сокращенію гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Напротивъ, горячія способствуютъ всасыванію продуктовъ воспаленія, усиливая въ тканяхъ жизненные процессы.

Подобное же вліяніе обнаруживаютъ положенные на продолжительное время на животъ *компрессы и мокрѣя обвертыванія*, которыя часто примѣняются при острыхъ и хроническихъ женскихъ болѣзняхъ. Холодные, даже ледяные компрессы и пузырь со льдомъ назначаются при острыхъ воспаленіяхъ въ полости живота и сильныхъ приливахъ крови, вызванныхъ траумой въ маткѣ. Они обнаруживаютъ болеутоляющее и противовоспалительное дѣйствіе; уменьшая температуру въ тканяхъ и количество крови, они прекращаютъ или облегчаютъ острые боли.

Согревающіе или горячіе компрессы и примочки на животъ кажутся при спазмотическихъ боляхъ и хроническихъ воспалительныхъ процессахъ въ области таза. Своею возвышенною температурой они дѣйствуютъ успокаивающимъ образомъ на нервы пораженныхъ тканей, съ другой стороны усиливаютъ въ нихъ жизненные процессы, послѣдствіемъ чего является переходъ воспалительнаго процесса въ разрѣшеніе. Въ другихъ случаяхъ они ускоряютъ образованіе нарыва, именно, когда воспаленіе сопровождалось съ самаго начала образованіемъ гноя въ значительномъ количествѣ.

Холодныя ванны и купанья оказываютъ значительное вліяніе на организмъ, даже при непродолжительномъ дѣйствіи. Послѣ обыкновенной холодной ванны температура тѣла понижается, но вскорѣ она достигаетъ прежней высоты. Кровеносные сосуды кожи подъ вліяніемъ холода суживаются, но вскорѣ, иногда даже въ самой ваннѣ, наступаетъ реакція, они расслабляются, кожа становится красною, наступаетъ сильная гиперемія, сопровождающаяся отвлеченіемъ крови отъ внутреннихъ органовъ. Дыханіе становится чаще. Раздражающее вліяніе передается нервнымъ центрамъ чрезъ периферическіе нервы. Вообще кратковременная холодная ванна освѣжаетъ кожу, мышечную систему и мозговую дѣятельность; она обнаруживаетъ возбуждающее вліяніе на организмъ. Напротивъ, если больная остается слишкомъ долго въ холодной ваннѣ, обнаруживается неблагоприятное, подавляющее вліяніе

на организмъ, такая ванна вызываетъ утомленіе и наклонность ко сну. При употребленіи холодныхъ ваннъ увеличивается выдѣленіе угольной кислоты, мочевины и солей въ мочѣ, что указываетъ на усиленіе обмѣна веществъ, почему тучныя женщины обыкновенно худѣютъ при пользованіи холодными ваннами.

При рѣчныхъ купаньяхъ вода оказываетъ механическое раздражающее вліяніе на кожу, это вліяніе еще въ большей степени обнаруживается при морскихъ купаньяхъ отъ удара волнъ; къ этому присоединяется еще раздражающее химическое вліяніе морской воды, содержащей въ большомъ количествѣ растворенныя соли, почему купанья, въ особенности морскія, обнаруживаютъ весьма сильное раздражающее вліяніе на организмъ больной сравнительно съ дѣйствіемъ прохладной ванны. Съ другой стороны, отъ природы крѣпкій и здоровый организмъ гораздо лучше переноситъ холодную ванну сравнительно низкой температуры въ рѣкѣ и морѣ, нежели въ ваннѣ, благодаря механическому и химическому вліянію морской и рѣчной воды на кожу, которая гораздо скорѣе вызываетъ реактивную гиперемію кожи. Среднее мѣсто между рѣчными и морскими купаньями занимаетъ купанье въ соленыхъ озерахъ и лиманахъ, гдѣ вода сильно насыщена минеральными солями.

Имѣя въ виду значительное раздражающее вліяніе на организмъ холодныхъ ваннъ и въ особенности купаній, такое лѣченіе можно назначать женщинамъ, у которыхъ нѣтъ воспалительныхъ заболѣваний важнѣйшихъ органовъ и общее состояніе которыхъ не представляетъ явленій значительнаго истощенія и слабости. Преимущественно это лѣченіе приноситъ пользу при различныхъ невробазахъ — неврастениі, гистеріи и пр.—у больныхъ съ достаточнымъ запасомъ физическихъ силъ.

Въ настоящее время пользуется большимъ значеніемъ *гидротерапія*, которая примѣняется нерѣдко при нервныхъ расстройствахъ, столь часто являющихся послѣдствіемъ желскихъ болѣзней. При такомъ лѣченіи дѣйствіе холодной воды наичаще соединяется съ механическимъ дѣйствіемъ или же съ послѣдовательнымъ согрѣваніемъ тѣла. Наичаще примѣняются слѣдующіе гидрпатическіе приемы:

холодныя обтиранія,
холодныя обвертыванія,
полныя ванны и полуванны, сидячія ванны,
холодные компрессы,
холодныя обливанія, окачиванія, души
и потогонныя обвертыванія.

Весьма распространено также внутреннее употребленіе различныхъ *минеральныхъ водъ* при лѣченіи женскихъ болѣзней. Выпитая въ количествѣ 400—500 grm. прохладная вода только отчасти всасывается

въ желудкѣ, обыкновенно она переходитъ въ кишечный каналъ, при этомъ на нѣкоторое время замедляется пульсъ и увеличивается кровяное давленіе. При обильномъ употребленіи воды, увеличивается количество мочи и усиливается отдѣленіе мочевины, хлористыхъ, фосфорнокислыхъ и сѣрнокислыхъ солей, напротивъ, уменьшается количество мочевой кислоты. Увеличивается также замѣтно количество выдѣленій кожи, слюны, сока поджелудочной железы и другихъ отдѣленій. Все это вмѣстѣ взятое служитъ доказательствомъ усиленія обмѣна веществъ въ организмѣ. Минеральныя воды, благодаря своему свойству, еще въ большей степени усиливаютъ такое вліяніе на организмъ чловѣка.

Многочисленные минеральныя источники, которые назначаются больнымъ для внутренняго употребленія, наичаще совмѣстно въ ваннахъ или употребляемые исключительно для послѣднихъ, раздѣляются по своему химическому содержанію на слѣдующіе разряды:

1. *Индифферентныя* теплыя или горячія источники, бѣдныя минеральными веществами, которыхъ содержится не болѣе 1,0 на литрѣ. Важнѣйшія изъ нихъ: Gastein, Landeck, Schlangenbad, Teplitz, Römerbad, Plombières и Абась-Туманъ.

2. *Простыя углекислыя воды* содержатъ большое количество CO_2 и рѣдко болѣе 2,0 на литрѣ твердыхъ минеральныхъ веществъ. Наиболѣе употребительны — Apollinaris, Gleichenberg, Tarasp и Нарзанъ въ Кисловодскѣ.

3. *Щелочныя* источники раздѣляются на настоящіе щелочныя, щелочно-соленыя и щелочно-горькосоленыя.

Изъ настоящихъ щелочныхъ наиболѣе извѣстны: Vals, Vichy, Obersalzbrunn, Hauterive и Weilbach.

Изъ щелочно-соленыхъ—Szezawnica, Ems, Selters, Royat, Боржомъ и Эссентуки.

Изъ щелочно-горькосоленыхъ — Marienbad, Franzensbad, Karlsbad, Эссентуки источники № 4 и № 20.

4. *Землистые* источники содержатъ известь и магнезію съ угольною кислотой или сѣрнокислую известь. Наиболѣе употребительны — Wildungen, Contrexéville, Lippspringe и Leuk.

5. *Желѣзные* источники содержатъ углекислое, рѣже сѣрнокислое желѣзо. Наиболѣе извѣстны — Spa, Schwalbach, Driburg, Krynica, Pyrmont, Franzensbad, St. Maurice, Желѣзноводскъ, Липецкъ и Столыпинскія воды. Нѣкоторыя желѣзныя воды содержатъ значительное количество мышьяка. Къ числу такихъ относятся Levico, Srebrenica и Ronsegno.

6. *Воды поваренной соли*, обыкновенно содержащія также бромистыя и іодистыя соединенія, назначаются нѣкоторыя для питья, другія исключительно для ваннъ. Наиболѣе извѣстны воды такого состава — Цѣхацинокъ, Hall, Ischl, Salins, Kreuznach, Bex, Baden-Baden, Bourbon-

ne les bains, Бусскъ, Друскеники, Мойнакское озеро, Одесскіе лиманы, Славянскъ, Старая Русса, Чокракъ, Soden, Kissingen, Nauheim, Homburg и проч.

7. *Горькія воды* отличаются значительнымъ содержаніемъ сѣрно-кислаго натра и сѣрнокислой магнезіи. Наиболѣе замѣчательны изъ нихъ—Hunyady-Janos, Franz-Josef, Pülna, Friedrichshall, Seidlitz и др.

8. *Сѣрнистые* источники заключаютъ въ своемъ составѣ сѣрнистыя соединенія или свободный сѣродородъ, они бываютъ холодные и горячіе, послѣдніе наиболѣе употребительны. Къ числу важнѣйшихъ сѣр-нистыхъ источниковъ слѣдуетъ отнести: Aachen, Aix - les bains, Bagnères de Luchon, Barèges, Mehadia, Пятигорскъ, Кеммернъ, Сергіевскіе источники и проч.

Изъ числа наиболѣе извѣстныхъ морскихъ купаній мы приведемъ слѣдующія:

Русскія морскія купанья въ Черномъ морѣ: Одесса, Евпаторія, Севастополь, Алушка, Ялта, Алушта, Феодосія и Сухумъ.

Въ Балтійскомъ морѣ: Либава, Виндава, Майоренгофъ, Дуббельнъ, Пернава, Гапсаль, Ревель, Балтійскій портъ и Ораніенбаумъ.

Заграничныя морскія купанья:

Въ Балтійскомъ морѣ—Cranz, Colberg, Heringsdorf и проч.

Въ Нѣмецкомъ—Ostende, Scheveningen и Nordernay.

Въ Ламаншѣ—Nauve, Dieppe, Trouville, Fecamps и др.

Въ Атлантическомъ океанѣ—Biarritz, Arcachon, San Sebastian и др.

Въ Средиземномъ морѣ — Hyères, Cannes, Nizza, Nervi, Livorno, Bastia, Ischia, Neapol, Palermo и др.

Въ Адриатическомъ морѣ—Venezia, Triest, Abbazia и др.

Нерѣдко также въ гинекологической практикѣ примѣняютъ климатическое лѣченіе, наичаще при упорномъ малокровіи у дѣвушекъ, а также при анеміи, слабости и нервномъ состояніи у женщинъ, перенесшихъ тяжелую болѣзнь или трудную операцію. Лѣтомъ слѣдуетъ посылать такихъ больныхъ на дачу, расположенную въ здоровой мѣстности или въ деревнѣ; зимой надо совѣтовать пребываніе въ болѣе тепломъ климатѣ. Наичаще мы посылаемъ такихъ больныхъ на зиму въ Ялту, Wiesbaden, Meran, Montreux, Pau, Hyères, Cannes, Nizza, Nervi, Piza, Abbazia и проч.

Глава 3.

Промываніе влагалища.

Въ настоящее время для промыванія влагалища, иначе впрыскиванія во влагалище или душей, исключительно употребляется стеклянная кружка, вмѣстимостью отъ 1 до 1½ литра, рѣже стеклянная во-

ронка. Возлѣ дна кружки съ боку находится отверстіе въ видѣ выступающей короткой трубки, на нее надѣвается гуттаперчевая трубка, длиною отъ 1 до 1,5 м., на другомъ концѣ которой находится стеклянный или изъ твердой гуттаперчи наконечникъ съ утолщеніемъ на концѣ, которое снабжено нѣсколькими отверстіями, чтобы струя воды дробилась на части.

Промываніе влагалища всего удобнѣе и безопаснѣе дѣлать при положеніи больной на спинѣ поперекъ кровати, при чемъ больная должна раздвинуть нижнія конечности и согнуть въ колѣняхъ ноги, подошвы которыхъ опираются на два подставленные къ краю кровати и нѣсколько раздвинутые стула. Подъ ягодицы больной кладется гуттаперчевая клеенка, которая спускается въ подставленный на полу тазъ. Наичаще употребляемая для промыванія жидкость имѣетъ индифферентную температуру около 26—29° R.; въ другихъ случаяхъ назначаютъ

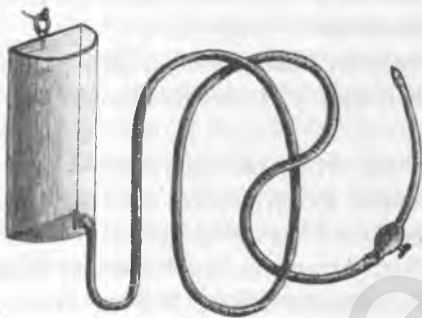


Рис. 30. Стеклянная кружка съ гуттаперчевой трубкою и наконечникомъ для промыванія влагалища.

горячія впрыскиванія отъ 30 до 40° R.; рѣже холодныя, ниже 16° R. Количество жидкости, употребляемой для промыванія, отъ 500,0 до нѣсколькихъ литровъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ обозначаютъ время, въ теченіе котораго слѣдуетъ производить влагалищныя души. Вводимая жидкость орошаетъ стѣнки влагалища, своды, наружную поверхность влагалищной шейки и часто нижнюю часть ея канала; обыкновенно возлѣ наконечника она вытекаетъ

обратно, но тѣмъ не менѣе по окончаніи промыванія во влагалищѣ остается обыкновенно отъ 50,0 до 150,0 жидкости, въ особенности, когда промежность цѣла и входъ во влагалище не утратилъ еще своей упругости. При лежаніи больной на спинѣ, часть этой жидкости можетъ задерживаться въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени, обнаруживая свое дѣйствіе на слизистую оболочку рукава и влагалищной части. Гораздо менѣе цѣлесообразны влагалищныя души при сидячемъ положеніи женщины на бидѣ. Никогда не слѣдуетъ также ихъ дѣлать надъ тазомъ, причемъ женщинѣ приходится принимать крайне неудобное положеніе на корточкахъ.

Обыкновенно промываніе влагалища не сопровождается болью, оно производится иногда даже маленькимъ дѣвочкамъ посредствомъ эластического катетера и невиднымъ дѣвушкамъ посредствомъ тонкаго наконечника. Однако оно можетъ вызвать боли, иногда значительныя, и даже сопровождаться опасными явленіями. Иногда это зависитъ отъ крѣпости раствора, вводимаго во влагалище, или отъ высокой темпе-

ратуры жидкости; но самыя неприятыя явленія происходятъ отъ прониканія жидкости въ полость матки, въ Фаллопиевы трубы и чрезъ нихъ въ полость брюшины. Такая случайность возможна при введеніи жидкости сильною струей, при засореніи боковыхъ отверстій наконечника, при зияющемъ наружномъ отверстіи матки и расширенныхъ трубахъ, въ особенности, когда впрыскиваніе производится въ сидячемъ положеніи. При этомъ появляются сильныя колики или большія боли въ нижней части живота, который напрягается и дѣлается сильно чувствительнымъ при дотрогиваніи, пульсъ падаетъ, появляются тошнота и рвота, развиваются явленія коллапса, иногда угрожающаго характера. Большею частью эти тяжелые симптомы черезъ нѣсколько часовъ проходятъ, въ другихъ случаяхъ развивается воспаленіе тазовой брюшины.

Промыванія влагалища назначаются очень часто, они составляютъ до извѣстной степени одну изъ необходимыхъ принадлежностей туалета даже вполне здоровыхъ женщинъ. Всегда слѣдуетъ брать исключительно переваренную воду для раствора. Промыванія влагалища назначаются при различныхъ показаніяхъ. Наичаще они примѣняются для соблюденія чистоты и опрятности у здоровыхъ замужнихъ женщинъ 2—3 раза въ недѣлю, и ежедневно послѣ совершеннаго прекращенія мѣсячныхъ у пожилыхъ женщинъ. Далѣе, ихъ необходимо дѣлать ежедневно два раза при ношеніи пессаріевъ, при лѣченіи массажемъ и проч. Для этой цѣли наичаще назначаются 1% растворъ *natrīi bicarbonici*, 0,5% *natrīi carbonici*, иногда чайная ложечка жидкаго глицериноваго мыла, $\frac{1}{2}$ чайной ложечки лизола или 2—4 чайныхъ ложечки буры на литръ воды. При ношеніи пессаріевъ наичаще употребляютъ *acet. pyrolignos. cum glycerino aa* по 15—20 grm. на литръ. Температура жидкости—27—29° R.

Съ цѣлью обеззараживанія примѣняются такой же температуры растворы сулемы 0,2—0,5%, *acid. carbolicī* 0,5—2%, *acid. salicylicī* 0,1%, *spir. vini* въ количествѣ 1—2 столовыхъ ложекъ на литръ воды, 0,5% растворъ *geolin'a*, далѣе *kalium hypermanganicum* 0,5—1% растворъ или столовая ложка *sol. chloretī calcis fort.* на литръ воды. Два послѣднія средства наилучше также устраняютъ зловоніе. Обеззараживающее впрыскиваніе дѣлается наичаще въ количествѣ 1—2 литровъ отъ 1 до 2 разъ въ день, рѣдко чаще. Какъ средство разрѣшающее, способствующее всасыванію и кровоостанавливающее, наичаще назначаются горячіе души въ количествѣ отъ 1 до 5 литровъ, рѣдко больше, постепенно повышая температуру жидкости отъ 30 до 37 и даже до 40° R. Часто они назначаются однажды въ день, именно на ночь; но иногда нѣсколько разъ въ день. Гораздо рѣже примѣняются холодныя души, которые производятъ сильное раздражающее вліяніе на матку, вызывая сперва ишемію, а затѣмъ сильный приливъ крови къ этому органу, вслѣдствіе чего легко можетъ послѣдовать ухудшеніемѣстнаго заболѣванія.

Какъ болеутоляющія и смягчительныя средства, назначаются впрыскиванія изъ теплыхъ отваровъ: *semin. Lini, capit. Papaver., rad. Althaeae, fol. Malvae, flor. Chamomillae* и проч., иногда съ прибавленіемъ чайной ложки *tinct. Opii* стос. на литръ жидкости.

Когда показуется употребленіе вяжущихъ средствъ для впрыскиванія во влагалище, наичаще назначаются: *zinc. sulfur., alumen crud., tannin. pur.* въ 0,5% растворѣ, а также *zinc. sulfo-carbolic., plumb. acet., cupr. sulfur., ferr. sesquichlor.* въ 0,1% растворѣ, далѣе *liq. alumen. acet.* въ количествѣ 5,0 — 10,0 на литръ воды, рѣже другія средства.

Глава 4.

Промываніе полости матки.

Промываніе полости матки наичаще производится съ цѣлью обеззараживанія, останвленія кровотеченія, а также вяжущаго дѣйствія на слизистую оболочку. Въ большинствѣ случаевъ предварительно необходимо нѣсколько расширить каналъ матки введеніемъ бужей *Негар'* а или палочекъ ламинаріи. Почти исключительно для промыванія полости матки употребляется катетеръ *Воземан'* а, толщиной отъ 4 до 6 мм. въ діаметрѣ. Посредствомъ трубки онъ соединяется съ стекляннѣю кружкой, въ которую наливается жидкость, назначенная для промыванія матки. Большею частью употребляется теплая жидкость; только съ цѣлью останавливанія крови горячая и въ исключительныхъ случаяхъ холодная.

Катетеръ *Воземан'* а, измѣненный нѣсколько *Фричемъ*, устроенъ такимъ образомъ, что проходящая въ него жидкость разбивается о металлическій выступъ въ видѣ угла, выстоящій въ концѣ трубки, и выходитъ чрезъ верхнія части продолговатыхъ боковыхъ оконъ инструмента въ полость матки, оттуда чрезъ нижнія части этихъ отверстій она возвращается въ наружную трубку и вытекаетъ чрезъ нижнее отверстіе во влагалище и наружу. Въ нѣкоторыхъ инструментахъ имѣются еще 2—3 небольшія отверстія на концѣ. Такимъ образомъ жидкость не задерживается въ полости матки и не растягиваетъ ее; свободнымъ оттокомъ жидкости устраняется также опасность перехода ея въ трубы и полость брюшины за крайне рѣдкими исключеніями. Другіе, предложенные для этой цѣли, маточныя катетеры, изобрѣтеніе которыхъ не прекратилось до сихъ поръ, не имѣютъ особенныхъ преимуществъ предъ катетеромъ *Воземан'* а.

Для промыванія матки употребляется отъ 500,0 до 1000,0 жидкости, рѣдко больше. Съ цѣлью удаленія слизи наичаще пользуются 1% растворомъ *natri bicarbonici* или 2% растворомъ *boracis*. Съ цѣлью обеззараживанія употребляется 0,5—2% растворъ *acid. carbolicі*, 4% рас-

творъ acid. borici, рѣдко сулема 0,1⁰/₀₀, столовая ложка solut. chlorat. calcis на 1 литръ воды и проч. Вяжущія средства рѣдко примѣняются такимъ способомъ, наичаще въ видѣ слабыхъ растворовъ zinci sulfurici, tannini и пр. Какъ кровеостанавливающее средство, мы считаемъ наиболѣе умѣстнымъ слабый горячій растворъ acid. borici.



Рис. 31. Катетеръ Bozeman'a для промыванія полости матки.

Относительно промываній матки необходимо соблюдать надлежащую осторожность. Отстрыя воспаления въ маткѣ и сосѣднихъ частяхъ являются противопоказаніемъ къ примѣнію этого способа лѣченія. Опасно оно также при приращеніяхъ матки и хроническомъ нагноеніи въ придаткахъ. По окончаніи промыванія больная должна нѣсколько часовъ оставаться въ постели, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда не было принято никакихъ другихъ пособій. Большою частью промываніе матки является подготовительнымъ средствомъ для примѣненія другихъ врачебныхъ средствъ и оперативнаго пособія.

Глава 5.

Постоянное орошеніе внутреннихъ половыхъ органовъ.

Постоянное орошеніе внутреннихъ половыхъ органовъ наичаще примѣняется при упорныхъ нагноеніяхъ во влагалищѣ, рѣже при гнилостныхъ или септическихъ заболѣваніяхъ полости матки.

Постоянное орошеніе не трудно устроить на обыкновенной кровати; съ этою цѣлю въ срединѣ матраца вырѣзывается отверстіе, которое, а равно и его окружность, покрывается клеенкой, послѣдняя пришивается. Въ отверстіе вправляется большое круглое зеркало сръзаннымъ концомъ книзу, оно удерживается на мѣстѣ своимъ раструбомъ. Въ такой кровати, при положеніи больной на спинѣ, ея наружныя половыя части находятся возлѣ введеннаго зеркала. Орошеніе производится изъ обыкновенной стеклянной кружки. Наичаще употребляется теплый слабый растворъ acid. borici или еще лучше acid. salicylici cum natrío biborico. Жидкость чрезъ гуттаперчевую трубку проходитъ изъ кружки въ толстый эластическій катетеръ или трубку, которая

вводится во влагалище или въ матку, рѣже, преимущественно при фистулахъ, въ мочево́й пузырь, иногда въ послѣднемъ случаѣ, для болѣе удобнаго удерживанія, трубка на концѣ снабжается небольшою перекладиной изъ эластической гуттаперчи. Чтобы удержать трубку во влагалищѣ на мѣстѣ, входящій въ рукавъ наконечникъ привязывается къ одному изъ бедеръ. При посредствѣ крана, находящагося въ средней или нижней части гуттаперчевой трубки, идущей отъ стеклянной кружки, можно чрезвычайно удобно регулировать истечение жидкости, заставляя послѣднюю выходить по каплямъ или незначительною струею во влагалище или въ полость матки. Устроенное такимъ образомъ орошеніе можно продолжать безъ перерыва въ теченіе нѣсколькихъ дней, подливая по мѣрѣ надобности жидкость въ стеклянную кружку. По большей части однако, чтобы избѣжать излишняго утомленія больной, приходится на ночь прекращать постоянное орошеніе.

Глава 6.

Тампонація влагалища и матки.

Подъ именемъ тампонаціи разумѣется наполненіе полости влагалища, гораздо рѣже полости матки, полосками 10% іодоформенной марли или небольшими кусками обезпложенной или 4% салициловой ваты, которые носятъ названіе тампоновъ. Часто каждый тампонъ, вводимый въ рукавъ, перевязывается тонкой тесемкой или мягкой ниткой для болѣе удобнаго удаленія.

Показаніемъ къ примѣненію тампонаціи наичаще является маточное кровотеченіе или кровотеченіе изъ стѣнокъ рукава. Гораздо рѣже тампонація примѣняется съ цѣлью расширенія матки или влагалища; въ послѣднемъ случаѣ почти исключительно послѣ надрѣзовъ стѣнки рукава. Тампонація влагалища наичаще производится при помощи маточнаго зеркала Сиссо; также удобнымъ въ этихъ случаяхъ оказывается зеркало Симса, при положеніи больной на спинѣ съ приведенными къ животу бедрами. При широкомъ и податливомъ влагалищѣ, роль зеркала съ уснѣхомъ можетъ замѣнить введеніе двухъ пальцевъ въ рукавъ и оттягиваніе ими промежности кзади.

Удаливъ изъ влагалища слизь или сгустки крови промываніемъ или ватой, тампоны захватываютъ коридангомъ и вкладываютъ одинъ за другимъ, нѣсколько прижимая ихъ по направленію къ своду влагалища, пока оно не будетъ совершенно выполнено. Обыкновенно сперва кладутъ полоски 10% іодоформенной марли, затѣмъ уже ватные тампоны. При большихъ кровотеченияхъ для усиленія дѣйствія тампонаціи иногда примѣняютъ давящую повязку. Въ такихъ случаяхъ на наружныя половыя части кладутъ толстый слой ваты и марлевые компрессы,

которые удерживают широкой Т-образной повязкой, положенной на животъ; подъ продольный бинтъ этой повязки, выше лоннаго соединенія, кладутъ нѣсколько свернутыхъ салфетокъ или полотенце. Тампоны не слѣдуетъ оставлять во влагалищѣ болѣе сутокъ, по истеченіи которыхъ ихъ нужно удалить, и послѣ промыванія влагалища снова произвести тампонацію, если это нужно. При употребленіи для тампонаціи іодоформенной марли обыкновенно удаленные чрезъ сутки тампоны дурного запаха не имѣютъ.

Тампонація влагалища оказываетъ давленіе не только на стѣнки влагалища, но также на матку и непосредственно на ея шейку. Вся матка приподнимается нѣсколько кверху и прижимается снизу, истекающая изъ нея кровь створаживается и механически закрываетъ каналъ шейки. Далѣе, раздраженіе тампономъ сводовъ влагалища, несомнѣнно, сопровождается сокращеніемъ матки. Всѣ эти условія оказываютъ вліяніе на остановку маточнаго кровотеченія.

Гораздо рѣже примѣняется *тампонація матки*. Чтобы ввести полоску іодоформенной марли въ каналъ матки, необходимо, чтобы каналъ шейки пропускалъ свободно по крайней мѣрѣ бужъ около 7 мм. толщины. Конечно, чѣмъ шире этотъ каналъ, тѣмъ легче произвести тампонацію матки.

Только при помощи зеркала Симса возможна тампонація матки въ небеременномъ состояніи, за рѣдкими исключительными случаями. Длинная узкая полоска 10% іодоформенной марли, иногда обсыпанная порошкомъ іодоформа, вводится въ матку посредствомъ тонкаго корнцанга безъ нарѣзокъ или, при узкомъ каналѣ шейки, на особенномъ зондѣ, конецъ котораго слегка раздвоенъ.

Рѣдко бываетъ нужно вложить болѣе одной полоски марли, тѣмъ болѣе, что послѣдняя можетъ имѣть длину одного и даже нѣсколькихъ метровъ. Введенная въ полость матки марля можетъ оставаться на мѣстѣ отъ одного до трехъ дней, смотря по надобности. Послѣ удаленія марли полость матки и влагалище необходимо промыть обеззараживающимъ растворомъ. Послѣ введенія тампоновъ во влагалище и въ матку, больная должна оставаться въ постели въ теченіе всего времени, пока необходимо примѣнять это средство.

Глава 7.

Мѣстное примѣненіе лѣкарствъ.

Мѣстные лѣкарства примѣняются чрезвычайно часто въ терапіи женскихъ болѣзней, при чемъ различныя лѣкарственные вещества съ цѣлью устраненія тягостныхъ симптомовъ болѣзни и патологическихъ измѣненій, лежащихъ въ основѣ ея, вводятся во влагалище, въ полость матки и нерѣдко въ прямую кишку. Во влагалище иногда вводятся также нѣкоторыя, преимущественно, обеззараживающія средства съ цѣлью предупредить заболѣваніе. Иногда здѣсь тампоны примѣняются съ цѣлью распознаванія, чтобы собрать на вату отдѣленіе изъ полости матки и опредѣлить такимъ образомъ его характеръ. При введеніи лѣкарственныхъ средствъ чрезъ влагалище, наиболѣе частою формою является тампонъ изъ обезпложенной ваты, который напитывается извѣстнымъ растворомъ, иногда обсыпается порошкомъ или покрывается мазью. Такой тампонъ вводится чрезъ маточное зеркало, а иногда при помощи пальцевъ.

Вводимый во влагалище, обеззараживающій ватный тампонъ наичаще смачивается смѣсью *jodoformii 4,0, acid. carbolicæ conc. 1,0, glycerini 75,0. MDS.* или *tinct. jodi 4,0, kali jodati 4,0, acid. carbolicæ 1,0, glycerini 75,0, aq. destill. 15,0. MDS.* Мы часто пользуемся такими тампонами для выпрямленія загнутой къзади матки. Для этой цѣли одинъ или нѣсколько обеззараживающихъ тампоновъ вкладываются въ задній сводъ влагалища; при надавливаніи на нихъ концами указательнаго и средняго пальцевъ удобно можно вывести дно матки изъ Дугласова пространства и приподнять его кверху. Вышеприведенные растворы весьма пригодны также для употребленія, какъ средства разрѣшающія.

При введеніи во влагалище 0,5—1,0 *kali jodati* въ свѣчкахъ, чрезъ 2—3 часа можно найти іодъ въ мочѣ; еще скорѣе это происходитъ, если употребляются тампоны, напитанные глицериномъ съ примѣсью *tinct. iodi*. Auvarд съ большою пользою употребляетъ тампоны изъ смѣси іодоформа съ глицериномъ при воспалительныхъ болѣзняхъ матки, придатковъ и брюшины. Тампоны онъ оставляетъ на 2 и даже 3 дня во влагалищѣ. Употребляемый многими врачами съ этою цѣлью ихтіоль, о дѣйствиі котораго существуютъ изслѣдованія *Kötschau* и другихъ, не имѣетъ никакихъ преимуществъ предъ препаратами іода, отличающъ къ тому же отвратительнымъ запахомъ. Предложенный недавно для этой цѣли *Gottschalk*омъ *thyoI* еще мало испытанъ. Эти средства назначаются въ смѣси съ глицериномъ или въ видѣ мази съ вазелиномъ. Для удержанія на ватѣ отдѣленія изъ полости матки вводится тампонъ, напитанный растворомъ таннина въ глицеринѣ 1 : 15.

Съ цѣлью произвести вяжущее дѣйствиі тампонъ обсыпается смѣсью изъ равныхъ частей *alumen crud. et sacchar. albi*, превращенныхъ въ

мелкій порошокъ, или напиткиваютъ растворомъ танина 1 : 8. Употребленіе различныхъ веществъ въ видѣ порошка, которымъ обсыпаются тампоны или марли, было въ недавнее время подобно изложено Engelmann'омъ подъ именемъ сухого лѣченія, dry treatment. Въ настоящее время почти оставлено употребленіе вяжущихъ средствъ при посредствѣ тампоновъ для остановленія маточныхъ кровотеченій. Въ прежнее время



Рис. 32. Шприць С. Braun'a для введенія жидкости въ полость матки.

часто съ этою цѣлью прибѣгали къ тампонамъ, напитаннымъ растворомъ *liq. ferri sesquichlor.* Считаемо не лишнимъ замѣтить, что это средство даже въ 10% растворѣ оказываетъ прижигающее дѣйствіе на стѣнки влагалища.

Нѣкоторые врачи посредствомъ тампоновъ вводятъ во влагалище наркотическія средства, чему никоимъ образомъ подражать не слѣдуетъ, такъ какъ при подобномъ способѣ употребленія точно дозировать эти средства невозможно. Нѣкоторыя средства можно примѣнять въ формѣ шариковъ или свѣчей, которыя вводятся во влагалище или прямую кишку. Въ послѣднемъ случаѣ исключительно примѣняются небольшія свѣчи конической формы, вѣсомъ около 2,0. Онѣ приготовляются исключительно изъ *ol. sassa.* къ которому прибавляются различные вещества, наибаче *jodoformium pulv.* или *jodolum* по 0,2, *extr. opii aquos.* 0,015—0,03, *extr. belladonn.* 0,008—0,01, *morphium muriat.* 0,006—0,008 и пр.

Шарики или свѣчи, вводимыя во влагалище, готовятся большею частію также изъ *ol. sassa.* Вполнѣ цѣлесообразнымъ средствомъ для этой цѣли можетъ служить еще смѣсь—*glycerini puri, aq. destill.* aa p. 3, *gelatini p.* 1, къ которой прибавляются различные вещества. Такимъ способомъ можно вводить во влагалище *kali jodat.* 0,5, *zinc. oxydat.* 0,5—1,0, *alumen crud., zinc. sulfur., tannin.* 0,25,—0,5, *extr. opii aquos.* 0,05, *morph. muriat.* 0,01 и другія средства.

Одинъ изъ частныхъ способовъ мѣстнаго лѣченія представляетъ введеніе лѣкарства чрезъ зеркало въ жидкомъ видѣ въ формѣ такъ называемаго *заливанія*, которое примѣняется при лѣченіи болѣзней влагалищной части и стѣнокъ рукава. Для этихъ цѣлей примѣняется исключительно цилиндрическое зеркало изъ бѣлаго стекла. Обнаживъ маточную шейку чрезъ зеркало, вливаютъ отъ 2,0—5,0 раствора, который оставляютъ въ соприкосновеніи съ слизистой оболочкой влага-

лишней части отъ 1 до 5 минутъ, по истеченіи которыхъ растворъ выливается обратно или выбирается кускомъ ваты. Наичаще такимъ образомъ употребляется 10% водный растворъ *cupri sulfurici*, рѣже *acet. pyroglygnos. crud.* и 4% растворъ *argenti nitrici*. Послѣдній наичаще примѣняется для дѣйствія на стѣнки влагалища, что достигается постепеннымъ выдвиганіемъ зеркала наружу. Растворъ удаляютъ, когда конецъ зеркала дошелъ до входа во влагалище. Если желаютъ получить болѣе интенсивное дѣйствіе *arg. nitric.*, то слѣдуетъ положить сухой ватный тампонъ во влагалище, не удаляя раствора. Рѣже при лѣченіи ссадинъ и язвъ на влагалищной части примѣняются прижигающія средства въ твердомъ видѣ, наичаще *argent. nitric, acid. chromic.*, или въ видѣ крѣпкихъ растворовъ *zinci chlorati, argenti nitrici* и др.

Введеніе лѣкарствъ въ полость матки также примѣняется различнымъ способомъ. Оно почти всегда производится при положеніи больной на спинѣ при посредствѣ зеркала *Sims'a* или *Cusco*. Маточная шейка очищается отъ слизи; чисто промывается или вытирается ватой на зондѣ полость матки. Введеніе лѣкарствъ дѣлается при помощи зонда *Playfair'a* или зонда, сдѣланнаго изъ мѣдной проволоки, закругленной на концѣ. Конецъ зонда на пространствѣ 2—3 см. обертывается плотно обезпложенною ватой и погружается въ назначенный для введенія въ матку растворъ. Наичаще такимъ образомъ употребляются прижигающія средства—*tinct. jodi* чистая или *cum glycerino aa, tinct. jodi p. II, acid. carbolic p. I*. Рѣже употребляется 10—25—50% *solut. zinci chlorati, liquor ferri sesquichlor.* въ водномъ растворѣ 20—50% и пр. При заболѣваніяхъ канала шейки эти растворы вносятся въ каналъ ея посредствомъ маленькихъ тампоновъ, которые оставляются тамъ на нѣсколько часовъ.

Часто также жидкія лѣкарства, преимущественно вяжущія и прижигающія, вводятся въ полость матки посредствомъ шприца *K. Braun'a*. Инструментъ состоитъ изъ стеклянной трубки, вмѣщающей нѣсколько *gm.* жидкости, которая набирается и выталкивается поршнемъ чрезъ длинный гуттаперчевый изогнутый наконечникъ, имѣющій небольшое отверстіе на концѣ сбоку. Послѣ расширенія матки бужами, иногда непосредственно безъ этого, наконечникъ вводится въ полость матки и чрезъ него медленно вводится жидкость, смотря по надобности, отъ нѣсколькихъ капель до нѣсколькихъ *gm.*, постепеннымъ нажатіемъ поршня; послѣ чего наконечникъ удаляется и во влагалище закладывается тампонъ изъ іодоформенной марли. Такимъ образомъ наичаще вводится въ полость матки *tinct. jodi cum glycerino aa*, чистая *tinct. jodi, liquor ferri sesquichlor. neutr.* чистая или въ 20—50% растворѣ, далѣе 5—20% растворъ *tannini puri in glycerino, 1—5% solut. arg. nitrici* и друг. Послѣ впрыскиванія въ матку больная должна лежать по крайней мѣрѣ въ теченіе нѣсколькихъ часовъ.

Очень рѣдко въ настоящее время вводятся въ полость матки раз-

личные лѣкарства въ видѣ карандашей. Наичаще такимъ образомъ можно примѣнять jodoformium. Какъ constituents, берется gummi tragacanth. cum ol. sasaо, или rad. altheae pulv. cum glycerino. Приготовленные карандаши длиною 3—4 см. и толщиною 2—3 mm. вводятся въ матку посредствомъ корнцанга или полой трубки съ отверстиемъ на концѣ, изъ которой выталкиваются карандаши посредствомъ тонкаго зонда. При такомъ способѣ лѣченія не слѣдуетъ упускать изъ виду, что слизистая оболочка матки всасываетъ не хуже кишечника. Небольшие свѣчки изъ ol. Sasaо и jodoformii часто также прописываются для введенія въ мочевою каналъ.

Глава 8.

Мѣстное кровопусканіе.


Въ настоящее время большинство врачей при лѣченіи женскихъ болѣзней рѣдко прибѣгаютъ къ приставленію пиявокъ на передней стѣнкѣ живота, въ паховыхъ областяхъ или къ промежности. Почти всецѣло оставлено приставленіе пиявокъ къ влагалищной части при помощи маточнаго зеркала. Теперь съ этою цѣлью дѣлаютъ исключительно  проколы посредствомъ копьевиднаго ножа, насаженнаго на длинную рукоятку. Этимъ же инструментомъ, извѣстнымъ подъ именемъ скарификатора, часто прокалываются ovula Nabothii, которыя иногда въ большомъ количествѣ появляются на влагалищной части.

Рис. 33. Копьевидный скарификаторъ для влагалищной части матки въ $\frac{1}{3}$ nat. вел.

Мѣстное кровопусканіе почти всегда производится при посредствѣ зеркала Cusco; предварительно слѣдуетъ хорошо промыть влагалище теплымъ обеззараживающимъ растворомъ. Проколы дѣлаются преимущественно въ окружности наружнаго зѣва на глубинѣ 0,5—1 см. въ такомъ числѣ, чтобы получить 1—2 столовыхъ ложки крови. Кровь удаляется изъ зеркала ватнымъ шарикомъ, послѣ чего для избѣжанія кровоточенія и зараженія чрезъ свѣжія ранки закладывается тампонъ, налитанный обеззараживающею жидкостью, и нѣсколько сухихъ, которые остаются во влагалищѣ въ теченіе сутокъ. Обыкновенно кровопусканіе дѣлается не чаще 2 разъ въ недѣлю, пока существуетъ показаніе къ примѣненію этого способа лѣченія.

Глава 9.

Гинекологическій массажъ.

Увлечение *массажемъ*, повидимому, безвозвратно прошло; врачи убѣдились, что въ большинствѣ случаевъ для лѣченія женскихъ болѣзней есть болѣе вѣрныя средства, примѣненіе которыхъ притомъ не требуетъ такъ много времени, какъ лѣченіе массажемъ по способу T. Grandt'a, которое иногда приходится примѣнять въ теченіе многихъ мѣсяцевъ, годъ и болѣе, и далеко не всегда съ благопріятными результатами для здоровья больныхъ. Тѣмъ не менѣе встрѣчается много случаевъ, гдѣ этотъ способъ лѣченія, при правильномъ примѣненіи, оказываетъ благопріятное вліяніе на ходъ патологическаго процесса и несомнѣнно приноситъ пользу больнымъ, способствуя ихъ выздоровленію.

При своей кажущейся простотѣ и медленности дѣйствія, этотъ способъ можетъ, при неопытности врача, сопровождаться неблагопріятными послѣдствіями, почему съ успѣхомъ его можетъ примѣнять только врачъ, имѣющій достаточный навыкъ въ распознаваніи женскихъ болѣзней. Гинекологическій массажъ противопоказуется при беременности, острыхъ или обострившихся воспаленіяхъ матки и ея придатковъ, при гонорреѣ, при новообразованіяхъ, при существованіи воспалительныхъ опухолей придатковъ, заключающихъ гной или вообще жидкое содержимое. Не слѣдуетъ также дѣлать массажъ при сильномъ раздраженіи мочевого пузыря и при воспалительномъ состояніи въ прямой кишкѣ, а также во время мѣсячныхъ.

Обыкновенно одновременно съ гинекологическимъ массажемъ назначаютъ наружныя и внутреннія врачебныя средства. Удобнѣе всего примѣнять мѣстный массажъ утромъ черезъ 1—2 часа послѣ чая, когда желудокъ не переполненъ. Непосредственно передъ сеансомъ больная должна выпустить мочу. Необходимо также хорошо обмыть наружныя части и промыть влагалище дезинфицирующимъ растворомъ.

Обыкновенно массажъ производится при положеніи больной на спинѣ съ нѣсколько приподнятой головою и верхнею частью груди. Больная лежитъ вдоль низкой кушетки съ согнутыми въ колѣнахъ и нѣсколько разведенными ногами. Врачъ сидитъ на стулѣ съ боку больной, при чемъ уголъ кушетки возлѣ ступни больной находится между его колѣнъ. Одинъ или два пальца лѣвой руки онъ вводитъ во влагалище, при чемъ локоть опирается на соотвѣтствующее колѣно врача. Другая рука ладонью располагается на животѣ выше лоннаго соединенія. Введенный во влагалище палецъ своимъ концомъ упирается только снизу на мѣста, подлежащія массажу, избѣгая значительнаго нажатія или давленія. Собственно же массажъ производится рукою, расположенною

на покровахъ живота. T. Brandt даетъ въ этомъ отношеніи слѣдующіе совѣты: „начинай всякій массажъ легко съ окружности пораженнаго мѣста и постепенно переходя на него; только когда большая чувствительность уже прошла, прибавляй силы; затѣмъ часто дѣлай короткія остановки, къ концу массируй опять легче и наконецъ приложи руку плашмя на больное мѣсто и произведи легкое трясеніе“. Иногда полезно, въ особенности при эксудатахъ, ввести указательный палецъ въ прямую кишку и поднять имъ припухлость во время растиранія се другою рукой снаружи. Часто приносить пользу легкое прижатіе этимъ пальцемъ черезъ кишку припухлости съ протягиваніемъ пальца книзу, такъ называемое малеваніе, Mahlen. Продолжительность гинекологическаго массажа не должна превышать болѣе 10 минутъ. Наичаще его примѣняютъ черезъ 1—2 дня, рѣже ежедневно. Вообще гинекологическій массажъ состоитъ изъ слѣдующихъ приемовъ: 1) поглаживанія, 2) разминанія, 3) растиранія, 4) приподниманія. При помощи этихъ манипуляцій мы достигаемъ: 1) ускореннаго рассасыванія и обратнаго развитія воспалительныхъ и травматическихъ выпотовъ и кровоизлияній, 2) разжиженія, разрыхленія и уменьшенія развившихся на воспалительной почвѣ рубцовыхъ сращеній и даже гипертрофированныхъ тканей; 3) болѣе ускореннаго обмѣна веществъ, а также возстановленія нормальнаго состоянія въ тканяхъ утолщенныхъ, затвердѣлыхъ или вялыхъ. Кромѣ такого наружнаго массажа, въ гинекологіи примѣняется еще пассивный массажъ, который состоитъ во введеніи во влагалище ватныхъ тампоновъ, шаровъ или цилиндровъ изъ твердой гуттаперчи, а въ послѣднее время резинового мѣшка, наполненнаго дробью или металлическою ртутью. Всѣ эти средства примѣняются съ цѣлью произвести давленіе черезъ своды влагалища на эксудатъ и сращенія въ полости малаго таза.

При соблюденіи вышеизложенныхъ правилъ производится массажъ матки, ея придатковъ, широкихъ связокъ при патологическихъ состояніяхъ этихъ частей. Частности и различные приемы гинекологическаго массажа мы приведемъ при описаніи нѣкоторыхъ болѣзней женскихъ половыхъ органовъ.

Кромѣ собственно гинекологическаго массажа, примѣняются при леченіи женскихъ болѣзней различныя *гимнастическіе* приемы, имѣющіе цѣлью, кромѣ укрѣпленія организма, отвлеченіе крови отъ тазовыхъ органовъ или наоборотъ усиленіе прилива крови къ этимъ частямъ. Въ первомъ случаѣ прибѣгаютъ къ упражненію верхнихъ конечностей и верхней части туловища. Съ цѣлью усилить приливъ крови къ тазу производятъ пассивныя и активныя движенія нижнихъ конечностей, наклоненіе впередъ и назадъ туловища или поворачиваніе его около оси при стояніи больной на колѣнахъ, а также присѣданіе, сближеніе и разъединеніе нижнихъ конечностей, вращательныя движенія ихъ, хлопанье краемъ ладоней по поясничной области и пр. Большою частью

одновременно такимъ больнымъ назначаются различныя внутреннія укрѣпляющія средства.

Въ послѣднее время примѣняется еще такъ называемый *вибраторный массажъ* при посредствѣ гальваническаго тока. Имъ приводится въ дрожательное движеніе пластинка, которую накладываютъ на нижнюю часть живота; такой массажъ уменьшаетъ боли. Романо, на основаніи своихъ наблюденій, пришелъ къ заключенію, что массажъ живота, кромѣ мѣстныхъ явленій, оказываетъ благотворное дѣйствіе на весь организмъ женщины; въ особенности хорошо дѣйствуетъ растираніе живота совмѣстно съ дрожательными движеніями и легкими надавливаніями. При этомъ ясно замѣчается сокращеніе волосныхъ сосудовъ на пальцахъ рукъ. Романо наблюдалъ при настойчивомъ примѣненіи такого наружнаго массажа живота выздоровленіе или замѣтное поправленіе здоровья у нервныхъ больныхъ, которыя долгіе мѣсяцы и годы оставались въ постели, съ тяжелыми симптомами, вызванными хроническими заболѣваніями половыхъ органовъ.

Глава 10.

Примѣненіе дезинфекціи и асептики въ гинекологической практикѣ.

Въ настоящее время *обеззараживаніе* въ гинекологіи имѣетъ такое же преобладающее значеніе и важность, какъ и въ другихъ отдѣлахъ хирургіи. Давно уже въ сознаніе врачей проникло убѣжденіе, что самая удачная и простая въ техническомъ отношеніи операція можетъ имѣть дурной исходъ, коль скоро при ней не были во всей строгости соблюдены правила антисептики и асептики. Даже обыкновенное гинекологическое изслѣдованіе, произведенное нечистыми руками и инструментами, можетъ повлечь за собою неблагопріятныя послѣдствія для здоровья больной, а иногда опасность для ея жизни.

Для того, чтобы дезинфекція была примѣнена во всей полнотѣ, не должно упускать изъ виду ни одного изъ объектовъ ея примѣненія. Прежде всего такимъ объектомъ долженъ быть самъ врачъ, далѣе больная, но преимущественно поле операціи, далѣе инструменты, жидкости, нитки, губки или компрессы, перевязочный матеріаль, бѣлье и вообще всѣ предметы, которые должны приходиться въ соприкосновеніе съ полостью вскрытой брюшины и ранами различныхъ органовъ во время операціи и въ періодъ заживленія. Далѣе необходимо по возможности обеззараживать помѣщеніе, въ которомъ совершаются операціи и гдѣ помѣщается больная послѣ операціи. Въ виду этого слѣдуетъ подвергать дезинфекціи помѣщеніе, мебель и вещи, въ немъ находящіяся, а также позаботиться о правильномъ провѣтриваніи и чистотѣ воздуха въ комнатахъ, гдѣ совершается операція и должна лежать больная до выздоровленія.

Личная дезинфекція врача и его помощниковъ. Если врачъ не соприкасается съ гнойными ранами, ихорознымъ отдѣленіемъ и не посѣщаетъ больныхъ заразными болѣзнями, то для обыкновеннаго гинекологическаго изслѣдованія достаточно вымыть руки въ теплой водѣ съ мыломъ, при помощи щетки, и вытереть ихъ спиртомъ. Въ противномъ случаѣ, и всегда непосредственно передъ операцией, необходимо производить болѣе тщательное обеззараживаніе рукъ. Засучивъ рукава рубашки выше локтя, сперва нужно очистить ногти при помощи карманнаго ножа или ногтевого напилка, удалить грязь, находящуюся вокругъ и подъ наружнымъ краемъ ногтей. Затѣмъ въ теченіе 2 минутъ слѣдуетъ вымывать руки въ теплой водѣ съ мыломъ и непремѣнно при помощи щетки. Осушивъ руки, ихъ слѣдуетъ хорошо растереть виннымъ спиртомъ при помощи куска ваты въ теченіе 1 минуты и на столько же времени нужно погрузить руки въ 0,5% растворъ суслемы. Во время операциі, если понадобится обмыть руки, для этого нужно брать 2% растворъ карболовой кислоты. Приступая къ операциі, слѣдуетъ сбросить сюртукъ, засучить рукава и надѣть чистый бѣлый холщевый халатъ съ короткими рукавами и подъ него гуттаперчевый передникъ. Волосы на головѣ слѣдуетъ закрыть полотняной шапочкой или завязать кускомъ марли. Одѣвшись такимъ образомъ, слѣдуетъ постоять около 1 минуты подъ паровымъ пульверизаторомъ, выбрасывающимъ пары съ карболовымъ растворомъ. Въ тотъ день, когда врачъ производитъ вскрытіе трупа или лѣчилъ заразныхъ больныхъ не задолго до операциі, безусловно необходимо воздержаться отъ оперативныхъ пособій и принять теплую общую ванную, въ которой хорошо нужно вымыть голову мыломъ и затѣмъ переменить все бѣлье и надѣть другое платье.

Такимъ же правиламъ должны подчиняться всѣ помощники и присутствующіе при операциі.

По изслѣдованіямъ Tjaden'a и Goepner'a, алкоголь не одинаково дѣйствуетъ на различные микробы; онъ сильно дѣйствуетъ на bacill. pyog., staphyloc. и слабо на streptoc. pyog. Онъ совершенно не дѣйствуетъ на споры сибирской язвы. Крепкій спиртъ болѣе дѣйствителенъ, нежели водка. Ahlfeld и Vahle считаютъ винный спиртъ отличнымъ средствомъ для обеззараживанія рукъ. Его дѣйствіе будетъ сильнѣе, если попеременно погрузить руки 2 раза въ сусему и вытирать ихъ спиртомъ.

Отъ частаго мытья и погруженія въ ѣдкіе растворы нерѣдко начинаютъ страдать руки врача, на которыхъ развивается иногда гиперемія съ слущиваніемъ эпителия и появляются трещины; въ другихъ случаяхъ появляется даже острая и хроническая экзема. Въ большинствѣ случаевъ это зависитъ отъ дурного качества мыла. Всякое мыло, дешевое и дорогое, сильно раздражаетъ кожу рукъ, коль скоро оно содержитъ калийныя соли. Такое мыло обыкновенно даетъ много пѣны при намыливаніи. Даже такъ называемые пересыщенные жиромъ сорта мыла, появившіеся въ продажѣ въ послѣднее время, въ этомъ отношеніи не лучше другихъ. Почему женскій врачъ, которому обыкновенно приходится ежедневно десятки разъ мыть руки, долженъ употреблять только натровое мыло. 11

нашелъ въ этомъ отношеніи особенно подходящимъ такъ называемое греческое мыло, которое привозится изъ Одессы. Благодаря этому мылу, я давно уже не знаю трещинъ и экземъ на рукахъ, хотя иногда приходится вымыть ихъ не менѣе 50 разъ въ день. Кожа рукъ остается гладкою и не подвергается сухости и шереховатости.

Появившееся раздраженіе кожи съ краснотою, по моимъ наблюденіямъ, скорѣе всего проходитъ, если на ночь растереть на рукахъ немного очищеннаго глицерина, затѣмъ рисовой пудры и подержать цѣлую ночь руки въ лайковыхъ перчаткахъ. Развившаяся экзема проходитъ при употребленіи мази съ примѣсью *magist. bismuth. et salol.* Начавшіе краснѣть и гноиться небольшие уколы и порѣзы часто скоро заживаютъ при употребленіи согрѣвающихся компрессовъ изъ 3% раствора *acidі carbolici.*

Кажущаяся незначительность такихъ заболѣваній рукъ имѣетъ чрезвычайно важное значеніе для женскаго врача, иногда лишая его возможности по цѣлымъ недѣлямъ заниматься практикой. Черезъ экзematозныя язвочки и черезъ порѣзы можетъ послѣдовать опасное септическое зараженіе; съ другой стороны, гноящіяся язвы могутъ сдѣлаться источникомъ смертельнаго септического зараженія больныхъ, въ особенности при чревосѣченіи.

Обеззараживаніе больной вообще и въ частности ея половыхъ частей необходимо производить по возможности тщательно предъ каждою операциею. Въ половыхъ органахъ, въ особенности у больныхъ женщинъ, обыкновенно находится множество микробовъ и между ними патогенныя.

На наружныхъ половыхъ частяхъ и въ преддверіи у здоровыхъ женщинъ обыкновенно находится сапрофиты, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ встрѣчается *streptoc. pyog.* и *staphyloc. pyog. aureus*, а иногда *bact. coli comm.* При болѣзняхъ *vulvae* встрѣчаются различные патогенныя микробы, смотря по характеру заболѣванія, — *bacill. tuberc.*, *gonococcus Neisser'a* *staphyloc. pyog.*, *streptococ. pyog.*, *leptothrix*, *oidium* и пр. Въ здоровомъ мочевомъ каналѣ перѣдко находятъ микробы различнаго рода, но гораздо чаще этотъ каналъ оказывается стерильнымъ. Острое воспаленіе его вызывается почти исключительно гонококками *Neisser'a*, очень рѣдко гной появляется вслѣдствіе размноженія другихъ микробовъ, между прочимъ *bact. coli comm.* и *staphyll. pyog.* Въ здоровой *gl. Barthol.* микробовъ нѣтъ; воспаленіе большою частью происходитъ вслѣдствіе зараженія гонорреею. Въ застарѣлыхъ нарывахъ гной часто стерильный, иногда въ немъ находятъ *gonococcus*, рѣже *staphyll. pyog. aureus* и анаэробныя микробы.

Въ нормальномъ состояніи секретъ влагалища обыкновенно имѣетъ кислую реакцію, рѣже она бываетъ щелочная или нейтральная. Во влагалищѣ, въ особенности въ его нижней части, всегда попадаетъ значительное количество сапрофитовъ, между прочимъ *leptothrix*; въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчаются патогенныя микробы, именно *streptococ. pyog.* По наблюденіямъ *Menge*, въ кислотомъ секретѣ влагалища могутъ развиваться только анаэробныя микробы; этотъ секретъ уничтожаетъ патогенныя микробы, которые развиваются только въ щелочной средѣ и въ присутствіи воздуха. *Döderlein* приписываетъ самосохраняющее свойство влагалищнаго секрета особой палочкѣ; кромѣ того, микробы поглощаются выступающими изъ стѣнокъ влагалища лейкоцитами, вслѣдствіе воспалительнаго раздраженія, вызываемаго патогенными микробами. При остромъ воспаленіи влагалища, находятъ наибаче *gonococcus*, а также *staphyll. pyog. aureus* и *strept. pyog.* Тѣ же микробы встрѣчаются при хроническомъ воспаленіи, рѣдко находятъ *bacill. tuberc.* У новорожденныхъ секретъ влагалища обыкновенно бываетъ стерильный, но микробы въ немъ появляются въ скоромъ времени.

Наружное отверстие матки образуетъ у здоровыхъ женщинъ границу между бактеріальной и стерильной областями полового канала; ни въ секретѣ, ни въ слизистой оболочкѣ здоровой матки бактеріи не были находимы. Напротивъ, при различныхъ видахъ катара и воспаленія матки, встрѣчаются различные микробы патогенные, а еще чаще сапрофиты, болшею частью тѣ же формы, какія находятся во влагалищѣ.

Содержимое канала трубъ въ здоровомъ состояніи также стерильно; въ каналѣ трубы микробы наичаще попадаютъ изъ полости матки по слизистой оболочкѣ, рѣже черезъ лимфатическіе сосуды; они могутъ также перейти изъ брюшины или изъ крови. При скопленіи въ полости заросшей трубы серозной жидкости, при такъ наз. *hydrosalpinx*, послѣдняя не содержитъ микробовъ; напротивъ, при воспаленіи трубы и при накопленіи въ ней гноя, *pyosalpinx*, Werthlem изъ 90 въ 39 случаяхъ нашелъ въ нихъ различные, преимущественно патогенные микробы: *gonococcus Neisser'a*, *strept. pyog.* и *staphyloc.* Menge и Krönig встрѣчали еще изрѣдка *bact. coli*, *bacill. tuber.* и анаэробные микробы.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ такими же путями попадаютъ патогенные микробы въ пузырьки яичника, въ которомъ, при воспалительномъ процессѣ и парывахъ, иногда находятъ тѣ же микробы, какіе встрѣчаются при воспалительныхъ болѣзняхъ матки и трубъ. Вообще микробы были находимы въ половинѣ случаевъ при нагноеніи въ яичникахъ.

При различныхъ формахъ воспаленія брюшины въ небеременномъ состояніи находятъ *strept. pyog.*, *bacill. tuber.*, *gonococcus pyog.*, а также анаэробные микробы, преимущественно *bact. coli*.

Обеззараживаніе больной слѣдуетъ начинать съ общей теплой ванны, которую нерѣдко приходится повторить; въ ваннѣ больная должна хорошо вымыться мыломъ. При операціяхъ на наружныхъ частяхъ, нужно сбрить волосы, затѣмъ тщательно вымыть эти части мыломъ, слабымъ спиртомъ и затѣмъ растворомъ сулемы. Такимъ же образомъ подготавливается влагалище, которое прежде всего вытирается мыльнымъ растворомъ при помощи ватнаго шарика, затѣмъ промывается сулемой, стѣнки рукава вытираются слабымъ спиртомъ, въ заключеніе дѣлается теплый душъ изъ 1—2% карболовой кислоты въ количествѣ 1 литра. Löhlein считаетъ 0,5—1% растворъ креолина очень дѣйствительнымъ обеззараживающимъ средствомъ для промыванія влагалища. До начала операціи, пока больная не уснетъ, наружныя части покрываются сулемнымъ компрессомъ.

Изъ канала маточной шейки прежде всего слѣдуетъ удалить слизь и затѣмъ хорошо вытереть его кусочкомъ ваты, намоченнымъ въ 1‰ растворѣ сулемы. Полость матки обеззараживаютъ прополаскиваніемъ слабымъ растворомъ *acid. carbolic* черезъ катетеръ *Voze man'a* и послѣдовательнымъ введеніемъ *tinct. jodi* или 20% раствора *acid. carbolic* въ небольшомъ количествѣ, при помощи шприца К. Брауна. Въ случаѣ надобности производится предварительное расширение канала матки.

При чревосѣченіяхъ преобладающее значеніе имѣетъ обеззараживаніе покрововъ живота. Наканунѣ, послѣ ванны, слѣдуетъ класть согревающій компрессъ на животъ изъ 0,5‰ раствора сулемы. Непослѣдствено

средственно предъ операциею на покровахъ живота нужно сбрить волосы, облить кожу *ol. terebinthin.* и тщательно вымыть мыломъ, спиртомъ, а затѣмъ 0,5⁰/₀₀ растворомъ сулемы; мѣсто предполагаемаго разрѣза смазывается *tinct. jodi.* До начала операциі животъ покрываютъ сулемнымъ компрессомъ. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ предвидится возможность удаленія тѣла матки или проведеніе дренажа чрезъ влагалище, нужно тщательно обеззаразить полость матки и рукавъ по правиламъ, выше изложеннымъ. Послѣ наложенія швовъ, брюшную рану закрываютъ марлевымъ компрессомъ, намоченнымъ въ 0,5⁰/₀₀ растворѣ сулемы, а защитныя раны во влагалищѣ или наружныхъ половыхъ частяхъ обсыпаютъ порошкомъ іодоформа и покрываютъ іодоформенной марли, которую мѣняютъ по усмотрѣнію чрезъ одинъ или нѣсколько дней.

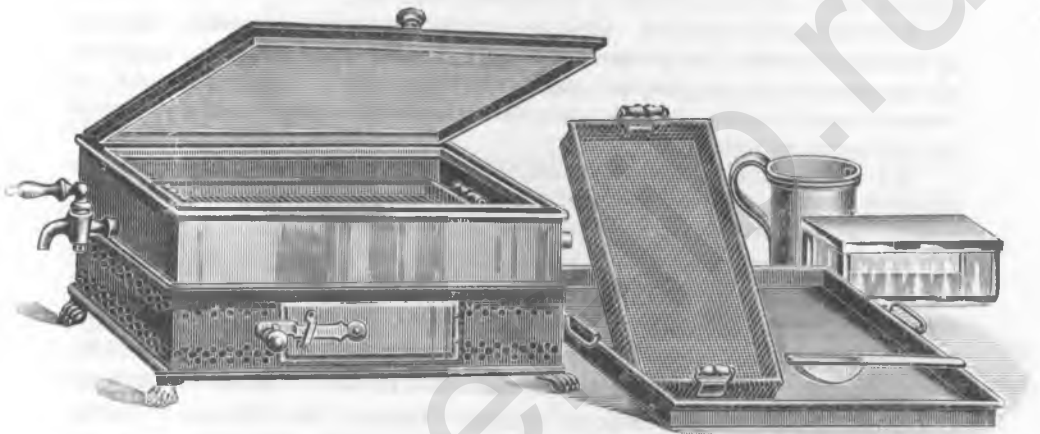


Рис. 34. Аппаратъ для кипяченія инструментовъ въ 2⁰/₀ растворѣ *natri carbonici.* Сбоку видны рѣшѣто и тазъ для инструментовъ, далѣе кружка и коробка съ содою.

Обеззараживаніе инструментовъ производится въ настоящее время посредствомъ кипяченія предъ операциею въ 2⁰/₀ растворѣ *natrii carbonici crust.* въ теченіе 30 минутъ. Кипяченіе хорошо переносятъ металлическіе и гуттаперчевые инструменты. Вынутые изъ кипятка инструменты кладутъ въ 2⁰/₀ растворѣ *acid. carbonici,* исключая ножей, иголокъ и вообще рѣжущихъ инструментовъ, которые нужно держать въ спиртѣ, налитомъ въ тарелку. Наиболѣе удобный аппаратъ для кипяченія инструментовъ представляетъ изображенный здѣсь металлическій ящикъ *Schmelbusch'a,* нагрѣваемый газомъ или бензиновыми лампами.

Менѣе удобно предлагаемое нѣкоторыми обеззараживаніе инструментовъ горячимъ воздухомъ.

Посуда, употребляемая при операциі, обеззараживается посредствомъ погруженія въ кипящую воду или же мытьемъ мыломъ и сулемнымъ растворомъ.

Перевязочный матеріалъ, именно гигроскопическая вата и марли, обеззараживается текучимъ паромъ въ теченіе 1 часа въ аппаратъ *Lautenschläger'a,* куда онъ вносится въ особыхъ ведеркахъ, ко-

торыя имѣютъ приспособленіе для открыванія и закрытія отверстій въ своей верхней и нижней части. По окончаніи обеззараживанія, ведро съ перевязочнымъ матеріаломъ оставляется на нѣкоторое время въ аппаратѣ пока остынетъ, а затѣмъ его вынимаютъ и держатъ герметически закрытымъ.

Чрезвычайно важно надлежащимъ образомъ произвести обеззараживаніе губокъ, изъ которыхъ слѣдуетъ выбирать по преимуществу равномерно пористые средней величины. Наиболѣе успѣшно обеззараживаніе достигается слѣдующимъ приѣмомъ. Продажныя губки тщательно

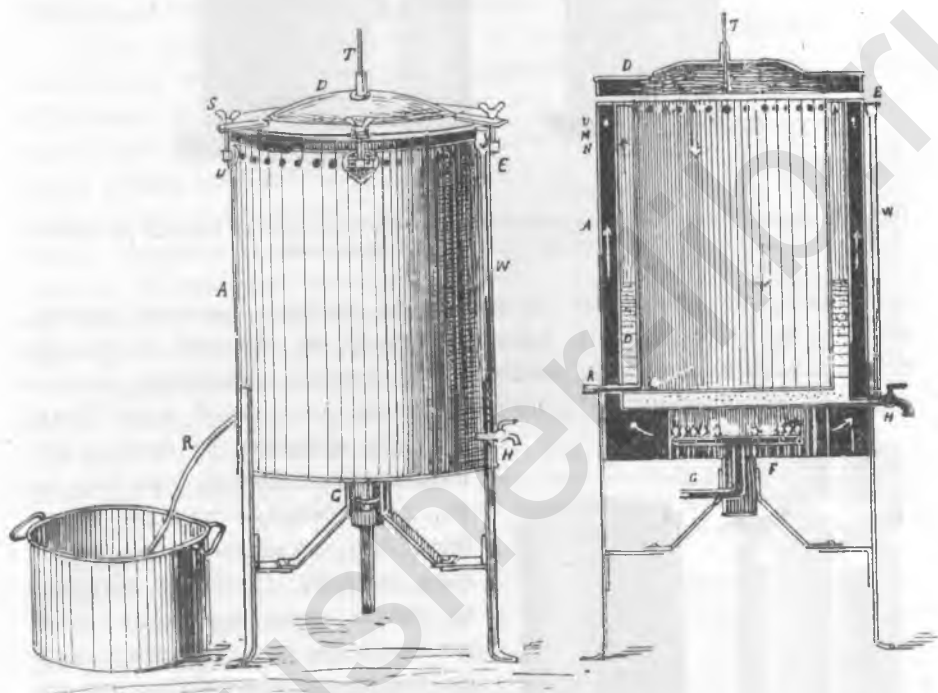


Рис. 35. Наружный видъ и продольный разрѣзъ простѣйшаго стерилизатора Лаутеншлегера. D—крышка, T—термометръ, SU—винты для прикрѣпленія крышки, A—наружная стѣнка, W—стеклянная трубка, показывающая уровень воды, R—выводная трубка для пара, H—кранъ для воды, G—лампа для нагрѣванія воды въ аппаратѣ.

моются въ теплой водѣ съ мыломъ, затѣмъ ихъ кладутъ на сутки въ 5% растворъ *acid. muriatici crudi*, чтобы удалить известь; послѣ чего губки промываются водою и растворомъ соды, затѣмъ ихъ кипятятъ въ теченіе 10 минутъ и оставляютъ на $\frac{1}{4}$ часа въ горячей водѣ, откуда вынутыя губки кладутъ въ 5% растворъ *acid. carbolicі*, въ которомъ ихъ сохраняютъ до употребленія. Непосредственно предъ операцией губки вынимаются и держатся въ переваренной водѣ или обезпложенномъ физиологическомъ растворѣ поваренной соли.

Употребленіе губокъ нами давно уже оставлено.

При чревосъченіяхъ мы предпочитаемъ употреблять вмѣсто губокъ сложенные въ нѣсколько разъ куски мягкой марли различной величины. Тѣ изъ нихъ, которые вводятся при чревосъченіяхъ въ полость живота, привязываются на тесемку. Вообще марлевые компрессы составляютъ необходимую принадлежность этихъ операций. Компрессы,

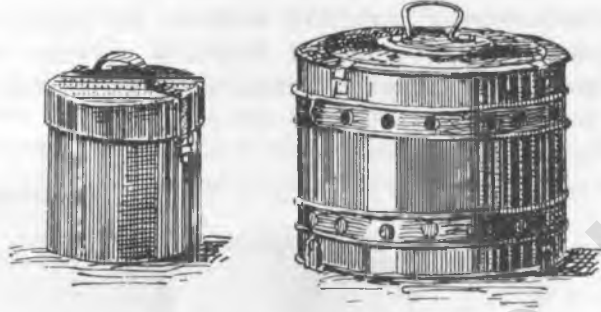


Рис. 36. Ведерки для обеззараживанія перевязочнаго матеріала; меньшій рисунокъ — ведро къ футлярѣ для переноски.

представляющіе сложенные куски марли, хорошо вымытые мыломъ, кладутъ на 12 часовъ въ кипяченую воду, къ которой прибавлено 8% жавелевой жидкости; затѣмъ ихъ хорошо выжимаютъ и подвергаютъ въ теченіе 1—1½ часа кипяченію въ чистой водѣ. Послѣ

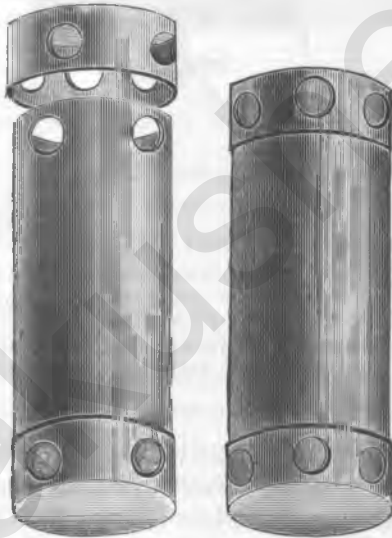


Рис. 37.

Рис. 38.

Небольшой металлическій цилиндръ открытый и закрытый для обеззараживанія и храненія перевязочнаго матеріала въ небольшомъ количествѣ.

чего для просушки на полчаса ихъ подвергаютъ дѣйствию текучаго пара. Обработанные такимъ способомъ, они сохраняются въ закрытомъ ведрокѣ. Повторяя тщательно такую процедуру, одни и тѣ же куски марли и компрессы можно безопасно употреблять при нѣсколько операцияхъ. Непосредственно предъ операцией ихъ кладутъ въ теплый физиологическій растворъ поваренной соли. Весьма удобенъ для сохраненія горячими компрессовъ простой аппаратъ Sängers, состоящій изъ ведерка съ рѣшетчатымъ дномъ, которое вставляется въ другое низкое ведро, на половину наполненное водой и подогреваемое бензиновой горѣлкой или спиртовой лампой.

Употребляемая наичаще для перевязки и тампонаціи 5—10% іодоформенная марли готовится изъ обыкновенной мягкой, предвари-

тельно стерилизованной марли, которая погружается въ растворъ іодоформа, раствореннаго въ 14 частяхъ по вѣсу сѣрнаго эѳира и прибавленіемъ 2 частей глицерина. Предварительно слѣдуетъ опредѣлить вѣсъ марли и затѣмъ налить на нее столько раствора, чтобы количество іодоформа дало требуемое процентное отношеніе. Напитанная марли слегка выжимается и затѣмъ сохраняется въ жестяныхъ банкахъ, хорошо закрытыхъ. Какъ извѣстно, іодоформъ имѣетъ сильный, для многихъ крайне непріятный, запахъ, почему врачи старались замѣнить его различными средствами, которыя, обладая обеззараживающими дѣйствіями, не имѣютъ этого недостатка.

Шелкъ для швовъ, намотанный на катушки, мы обрабатываемъ кипяченіемъ въ водѣ въ теченіе 15 минутъ, затѣмъ снимаемъ съ огня и держимъ въ теченіе получаса въ той же горячей водѣ, къ которой прибавляется столько сулемы, чтобы получить 2‰ растворъ. Катушки шелка сохраняются до употребленія въ спирту въ баночкѣ, закрытой стеклянною или гуттаперчевою пробкой.

Труднѣе достигнуть совершеннаго обезпложиванія *кетгута*. Слѣдующій способъ мы считаемъ наиболѣе надежнымъ. Свернутыя струны кладутъ на 2 сутокъ въ ol. juniperi aeth., затѣмъ на 1 сут-

ки въ сѣрный эѳиръ, оттуда промытый въ спиртѣ кетгутъ вносится въ 0,5‰ водный растворъ arg. nitrici на 2 сутокъ, затѣмъ въ спиртъ, къ которому прибавлено около 1‰ сулемы. Въ этомъ растворѣ кетгутъ сохраняется до употребленія. Кипяченіе кетгута въ теченіе 1 часа въ кумолѣ (cumol) при 160° C. еще вѣрнѣе обеззараживаетъ эти нити.

Непосредственно предъ операцией кетгутъ и шелковыя нити кладутъ въ 1‰ водный растворъ сулемы. Чрезвычайно пригодны при операціяхъ небольшія стеклянныя коробочки, въ которыхъ помещаются катушки шелка и кетгута. Весьма удобны также герметически закрытыя стеклянныя трубочки съ катушками для частной практики.

Arg. nitricum предложенъ Гейнацомъ. Сходный способъ обеззараживанія примѣняетъ Martin. Brunner погружаетъ лишенный жира кетгутъ въ кеп-долъ и подвергаетъ нагрѣванію въ теченіе 3 часовъ въ паровомъ стерилизаторѣ; затѣмъ переноситъ въ растворъ спирта. Crede предлагаетъ для обеззараживанія погружать catgutъ въ 1‰ растворъ актола на 8 дней. Scheeffler нашелъ наиболѣе дѣйствительнымъ кипяченіе catgut'a въ 0,5‰ растворѣ сулемы въ 85° спиртѣ. Pagenstecher и Губаревъ рекомендуютъ для швовъ пеньковыя и льняныя нитки, покрытыя растворомъ celluloid'a вмѣсто шелка.



Рис. 39.

Рис. 40.

Небольшой стеклянный сосудъ, содержащій въ спирту катушки обеззараженнаго шелка, открытый и закрытый.

Посеребренная проволока, которую мы употребляемъ рѣдко въ настоящее время, легко обеззараживается вытираніемъ намоченною спиртомъ обезпложенною ватой и кипяченіемъ въ растворѣ углекислой соды. Во время операціи ее слѣдуетъ держать въ спирту.

Въ клиникѣ мы употребляемъ вмѣсто тюфяковъ *соломенники*, для каждой больной свѣже-приготовленные. Такіе мѣшки изъ парусины, послѣ удаленія соломы, легко обеззаразить кипяченіемъ въ растворѣ углекислой соды. Постельное и носильное бѣлье, тщательно вымытое и высушенное въ чистомъ помѣщеніи, можно считать безвреднымъ. Коль скоро возникаетъ подозрѣніе относительно этого, бѣлье необходимо подвергнуть обеззараживанію текучимъ паромъ.

Въ настоящее время часто даже въ земскихъ провинціальныхъ больницахъ есть особенныя помѣщенія, приуроченныя для производства хирургическихъ операцій. Тѣмъ болѣе необходима хорошо устроенная *операционная комната* въ гинекологическихъ клиникахъ, гдѣ часто совершаются чревосѣченія. Операционная должна имѣть размѣры по крайней мѣрѣ 10 × 12 аршинъ, большое венеціанское окно, расположенное на югъ, умывальникъ и краны съ горячею и обезпложенною холодною водою. Стѣны ея, закругленныя по угламъ, и потолокъ должны быть выкрашены бѣлою масляною краскою, полъ слѣдуетъ выстлать керамиковыми плитками, венеціанскимъ составомъ или асфальтомъ и сдѣлать его нѣсколько покатымъ къ срединѣ для удаленія воды. Въ такой комнатѣ должно находиться по возможности меньше мебели и послѣдняя должна быть сдѣлана преимущественно изъ желѣза и толстаго стекла — желѣзный столъ для операціи съ приспособленіемъ для приподнятія таза больной, два такихъ же столика на каткахъ съ тазами и столики съ стеклянною или металлическою доскою для инструментовъ и другихъ принадлежностей операціи, далѣе нѣсколько легкихъ желѣзныхъ табуретовъ. Вся металлическая мебель должна быть выкрашена бѣлою масляною краскою. Такую комнату, когда въ ней нѣтъ надобности, слѣдуетъ держать запертою. Наканунѣ операціи полъ слѣдуетъ вымыть мыломъ, а стѣны и потолокъ въ теченіе $\frac{1}{4}$ часа орошать 2% карболовымъ растворомъ изъ обыкновеннаго насоса, а за 2 часа до операціи надо внести паровой пульверизаторъ Collin'a и въ теченіе часа производить распыливаніе 5% раствора *acid. carbolicі* при закрытыхъ дверяхъ, чтобы осадить находящіеся въ воздухѣ микробы, которые, по наблюденіямъ Flügge, находятся въ микроскопическихъ капляхъ влаги.

Металлическія ручки инструментовъ представляютъ большія удобства для обеззараживанія. Чтобы избѣжать ржавчины, надо послѣ употребленія вымывать мыломъ инструменты въ холодной водѣ, затѣмъ протирать ихъ ватою или щеткой въ горячей водѣ и, наконецъ, осушать сухимъ полотенцемъ. Для удаленія ржавчины употребляется находящаяся въ продажѣ особая мазь со спиртомъ или керосиномъ, а также порошокъ пемзы.

Гораздо труднѣ произвести обстоятельное обеззараживаніе въ *частномъ помѣщеніи*. Въ такихъ случаяхъ лучше сорвать обои и замѣнить ихъ новыми или по крайней мѣрѣ вычистить обои хлѣбнымъ мякишемъ; удалить мягкую мебель и гарнитуру, затѣмъ вымыть полъ, окна и двери зеленымъ мыломъ и карболовымъ растворомъ. Въ комнату надо внести операционный столъ и другіе предметы мебели и обстановки, необходимые для операциіи, и въ теченіе цѣлаго часа производить распыливаніе раствора карболовой кислоты.

Что касается *помѣщенія*, въ которомъ должна лежать больная послѣ операциіи, то оно обеззараживается обыкновеннымъ образомъ; въ больницахъ и клиникахъ слѣдуетъ почаще бѣлить стѣны. При отсутствіи особыхъ приспособленій для вентиляціи, нужно производить провѣтриваніе посредствомъ камина и форточекъ. Испорченный воздухъ несомнѣнно можетъ оказать неблагоприятное вліяніе на заживаніе раны, коль скоро она хорошо не закрыта.

Глава II.

Примѣненіе электричества въ гинекологической практикѣ.

Съ давнихъ поръ электричество примѣнялось нѣкоторыми врачами при лѣченіи болѣзней матки, въ особенности при лѣченіи смѣщенной этого органа и различныхъ неправильностей мѣсячныхъ очищеній. Однако такая терапия не пользовалась особеннымъ расположеніемъ врачей. Только съ появленіемъ изслѣдованій и сообщеній французскаго врача *Apostoli* о благоприятномъ вліяніи сильныхъ гальваническихъ токовъ на фиброзныя опухоли и хроническіе воспалительные процессы въ маткѣ и ея придаткахъ, среди гинекологовъ пробудился интересъ къ этому способу лѣченія, которое въ теченіе послѣднихъ 10 лѣтъ было испытано большинствомъ клиницистовъ и многими практическими врачами, при различныхъ разстройствахъ въ половомъ аппаратѣ женщины. Къ сожалѣнію, блестящія надежды, которыя возлагались на это лѣченіе, далеко не оправдались и удачныя результаты *Apostoli* далеко не вполне подтвердились; тѣмъ не менѣе съ этого времени примѣненіе электричества получило прочное основаніе въ гинекологической практикѣ.

Какъ извѣстно, при пропусканіи сильнаго гальваническаго тока черезъ животную ткань она подвергается электролизу, при чемъ возлѣ положительнаго полюса, анода, гдѣ собираются кислородъ, угольная кислота, азотъ и проч., обнаруживается кислая реакція и кровь образуетъ плотные свертки. На слизистой оболочкѣ анодъ производитъ плотный сухой бѣловатый струпь. Расположенная возлѣ анода ткань измѣняется, становится анемичной и между прочимъ теряетъ свои ядра.

На отрицательномъ полюсѣ, катодѣ, гдѣ собираются щелочи, земли и водородъ, напротивъ обнаруживается щелочная реакція, кровь образуетъ мягкіе сгустки, на слизистой оболочкѣ образуется нѣжный и рыхлый струпъ, который легко отстаетъ и кровоточить, расположенная надъ нимъ ткань представляется гиперемированною, волокна ткани утрачиваютъ свое строеніе, но клѣточковыя ядра остаются; почему при дѣйствіи на слизистую оболочку матки анодъ обнаруживаетъ кровоостанавливающее дѣйствіе; катодъ, напротивъ, производитъ приливъ крови и гораздо сильнѣе раздражаетъ ткань. Кромѣ электролиза, гальваническій токъ обнаруживаетъ на животную ткань такъ называемое каталитическое дѣйствіе. Подъ этимъ разумѣютъ вліяніе тока на сосуды и нервы, которые находятся въ ткани между полюсами тока и въ ихъ окружности, послѣдствіемъ чего является измѣненіе процессовъ питанія въ этой части ткани. Возлѣ анода происходитъ сжатіе кровеносныхъ сосудовъ, которые возлѣ катода, повидимому, расширяются.

Принимая во вниманіе вышеизложенныя данныя, можно ожидать появленія значительныхъ измѣненій, преимущественно атрофическаго характера, въ ткани воспалительныхъ опухолей и новообразованій, при пропусканіи чрезъ нее сильныхъ гальваническихъ токовъ. Для этой цѣли Аrostoli пользовался аппаратомъ Gaiffe'a, состоящимъ изъ 36 элементовъ. Въ настоящее время этотъ аппаратъ значительно упрощенъ и нѣсколько усовершенствованъ. Аппаратъ, которымъ мы пользовались, изготовленъ по образцу Gaiffe въ Харьковѣ. Онъ представляетъ шкапъ, разгороженный поперечною полкой, въ которомъ расположены въ два яруса 36 элементовъ Leclanché Barbier, которые наиболѣе времени сохраняютъ свою силу и даже въ теченіе цѣлаго года обнаруживаютъ довольно равномѣрное дѣйствіе. Проводники отъ нихъ проведены на верхнюю доску шкапа въ отдѣльныя пуговки, расположенныя въ видѣ круга, по которому можно передвигать рукоятку слѣва направо и такимъ образомъ вводить въ дѣйствіе нужное число элементовъ отъ 1 до 36, смотря по надобности. Чтобы избѣжать прекращенія тока, при передвиганіи рукоятки, она устроена такимъ образомъ, что ея конецъ только тогда оставляетъ вполне пуговку, на которой находился, когда онъ приходитъ въ полное соприкосновеніе съ слѣдующей. Возлѣ этого круга расположенъ простое устройство извратитель тока, коммутаторъ, дающій возможность во всякое время, движеніемъ своей рукоятки вправо или влѣво, измѣнять направленіе тока. Чтобы совершенно устранить непріятное ощущеніе и боли при усиленіи или уменьшеніи тока, а также при измѣненіи его направленія, необходимъ реостатъ. Наиболѣе удобный и простой реостатъ представляетъ стеклянная трубка, наполненная растворомъ мѣди въ глицеринѣ съ прибавленіемъ нѣсколькихъ капель воды. Въ растворъ погружаютъ концы мѣдной проволоки гальваническаго тока и такимъ образомъ этотъ приборъ вводится въ токъ. Сближая или удаляя посредствомъ винта концы проволоки,

погруженной въ мѣдный растворъ, можно уменьшить или увеличить сопротивленіе, а слѣдовательно измѣнить силу тока при всякомъ числѣ элементовъ.

Для измѣренія силы тока служитъ гальванометръ Edelmanna, также расположенный на верхней доскѣ шкала. Онъ представляетъ наилучшій и наиболѣе точный приборъ для этой цѣли. Снаряженный такимъ образомъ аппаратъ Gaiffe'a въ состояніи развивать токъ 250—300 МА. Когда токъ не дѣйствуетъ, конецъ вращающей рукоятки находится на особой пуговкѣ, которая не соединена съ проводниками элементовъ.

Для проведенія тока въ полость матки наиболѣе пригоднымъ инструментомъ является платиновый зондъ, на который гальванической токъ никакого разрушающаго вліянія не оказываетъ. Гораздо хуже зондъ съ наконечникомъ изъ угля, который невозможно вполнѣ обеззараживать. Открытою остается только та часть зонда, которая вводится въ матку, остальная изолируется посредствомъ трубки изъ каучука или целлюлоида. На рукояткѣ зонда придѣлано приспособленіе для прикрѣпленія проводника тока. Для дѣйствія гальваническимъ токомъ чрезъ сводъ влагалища на придатки и окружность матки примѣняется болѣе толстый электродъ, снабженный металлической головкой или выпуклою пуговкой, на концѣ покрытый платиной или позолоченный. При введеніи во влагалище онъ покрывается замшей или марли, намоченной въ растворъ поваренной соли.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда не удается ввести зондъ въ полость матки и когда опухоль прилегаетъ къ заднему своду влагалища, Apostoli прибѣгалъ къ стальнымъ тонкимъ троакарамъ, которые онъ вкалывалъ на 1—1,5 въ ткань новообразованія. Игла троакара затѣмъ соединялась съ катодомъ. Въ настоящее время такой способъ примѣненія постоянного тока оставленъ; такъ какъ онъ можетъ вызвать опасныя осложненія.

Другой электродъ, который носитъ названіе безразличнаго и прикладывается снаружи, представляетъ четырехугольную металлическую пластинку, размеры которой не менѣе 20 см., продырявленную во многихъ мѣстахъ круглыми отверстіями. Ея рукоятка соединена винтомъ съ проводникомъ. Прежде чѣмъ приложить пластинку на переднюю стѣнку живота, послѣдняя покрывается слоемъ пластической, размѣшанной съ водою, глины толщиной въ поперечный палецъ. Такимъ образомъ достигается тѣсное соприкосновеніе широкаго электрода съ кожей живота и устраняется болѣзненность, при употребленіи сильныхъ токовъ.

Для примѣненія прерывистаго тока употребляются наичаще такіе же внутренніе электроды, которые вводятся въ полость матки, въ каналъ шейки или только во влагалище. Наружный электродъ, обыкновенно прикладываемый къ нижней части живота, выше лоннаго соединенія, или къ паховой области, въ другихъ случаяхъ къ поясничной

области, состоитъ изъ небольшой металлической пластинки или пуговики, обтянутой замшей. *Apostoli* оба полюса прерывистаго тока примѣняетъ внутри половыхъ органовъ. Съ этою цѣлью онъ пользуется своими двуполярными электродами, въ которыхъ на концѣ находятся оба полюса, раздѣленные пластинкой изъ твердой гуттаперчи или целлюлоида, почему токъ замыкается только при соприкосновеніи конца электрода съ тканью матки или влагалища.

Само собою разумѣется, примѣненію электрическаго тока должно предшествовать внимательное изслѣдованіе больной, а также обеззараживаніе наружныхъ половыхъ органовъ, влагалища и нижней части канала шейки. Больная ложится въ кресло или на столъ и принимаетъ обыкновенное горизонтальное положеніе съ согнутыми нижними конечностями. Подъ руководствомъ указательнаго пальца вводятъ въ матку или во влагалище, смотря по надобности, внутренній электродъ, а наружный прикладываютъ на животъ. Оба электрода соединены съ проводниками, но токъ остается незамкнутымъ, и конецъ проволоки погружается въ жидкость реостата. Затѣмъ, въ то время, когда врачъ удерживаетъ на мѣстѣ внутренній электродъ, помощникъ начинаетъ двигать рукоятку, вводя постепенно въ дѣйствіе элементы. Сила тока немедленно обозначается въ гальванометрѣ. Сближеніемъ концовъ проволоки въ реостатъ она можетъ быть увеличена въ значительной степени. Сеансъ продолжается не болѣе 10'. Сперва примѣняютъ слабый токъ, въ особенности при лѣченіи хроническихъ воспалительныхъ процессовъ, начиная съ 20—30 МА., затѣмъ токъ постепенно усиливаютъ. При лѣченіи фиброидовъ матки силу тока доводятъ до 150—200 АМ., рѣдко больше.

Во время сеанса, при увеличеніи силы тока, больная ощущаетъ покалываніе и жженіе, а также тупую боль въ поясницѣ, переходящую на нижнія конечности. Въ это время изъ полости матки выдѣляется пѣнистый желтоватый секретъ съ пузырьками газа, которые иногда лопаются съ слабымъ трескомъ. Реакція и составъ газовъ этого отдѣленія зависятъ отъ свойства полюса. Отдѣленія бываетъ больше при употребленіи отрицательнаго полюса.

При сильныхъ токахъ непріятныя ощущенія иногда переходятъ въ значительныя боли, которыя проявляются въ видѣ схватокъ нѣкоторое время послѣ сеанса. Въ такихъ случаяхъ необходимо, чтобы больная послѣ cadaго сеанса лежала нѣсколько часовъ въ постели и прикладывала согрѣвающіе компрессы, а при сильныхъ боляхъ даже нузырь со льдомъ на нижнюю часть живота. Когда на другой день остается тупая боль въ маткѣ, хорошее дѣйствіе оказываетъ общая теплая ванна. Часто на слѣдующій день, послѣ примѣненія постояннаго тока, появляются у больныхъ кровянистыя жидкія бѣли, въ особенности, когда внутри матки былъ примѣненъ катодъ. При такомъ истеченіи, которое продолжается насколько дней, необходимо промывать 2—3 раза

въ день влагалище слабымъ обеззараживающимъ растворомъ. Первое время примѣненіе гальваническаго тока нужно производить 1 разъ въ недѣлю, затѣмъ нѣсколько чаще, однако сеансы не должны примѣняться болѣе двухъ разъ въ недѣлю. Во время мѣсячныхъ лѣченіе пріостанавливается.

Если больная хорошо переноситъ гальваническій токъ и послѣдній обнаруживаетъ благопріятное вліяніе на болѣзнь, лѣченіе электричествомъ продолжается обыкновенно въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

Прерывистый токъ наичаще примѣняется такимъ же образомъ, только вмѣсто широкаго электрода снаружи употребляется обыкновенный. Этотъ токъ также вызываетъ реакцію въ маткѣ, почему надобно послѣ сеанса строго соблюдать предосторожности, которыя предписуются послѣ дѣйствія постоянныхъ сильныхъ токовъ. Когда прерывистый токъ примѣняется на поверхности тѣла, то при металлическихъ электродахъ онъ дѣйствуетъ только поверхностно, но если ихъ обернуть мокрою замшей, то дѣйствіе тока меньше раздражаетъ, но проникаетъ въ глубину.

Несмотря на всеобщее почти разочарованіе въ пользѣ такого лѣченія постояннымъ токомъ, и въ настоящее время его примѣняютъ гинекологи при фибромахъ матки, воспаленіи этого органа и маточныхъ придатковъ, при хроническомъ воспаленіи тазовой брюшины, но чаще всего при нѣкоторыхъ функціональныхъ разстройствахъ половыхъ органовъ женщины.

Apostoli главнымъ образомъ мы обязаны установленіемъ важнѣйшихъ принциповъ электротерапіи въ гинекологической практикѣ. Онъ строго разграничилъ показанія для примѣненія полосовъ и различной формы электродовъ, указалъ вліяніе ихъ на ткань матки, далъ возможность употреблять безъ вреда для здоровья сильные токи и наконецъ выработалъ способы примѣненія электричества при лѣченіи женскихъ болѣзней. Houdart примѣнилъ электричество также съ цѣлью распознаванія женскихъ болѣзней; онъ нашелъ, что женщина, которая не выноситъ мѣстнаго примѣненія на половые органы даже слабого гальваническаго тока, несомнѣнно страдаетъ воспалительнымъ заболѣваніемъ полости таза, въ маткѣ или въ придаткахъ. Всякія истерическія боли въ яичникѣ умѣряются или успокаиваются совершенно прерывистымъ токомъ. Боль въ нижней части живота и лихорадка указываютъ на нежелательную реакцію послѣ примѣненія постоянного тока, котораго въ подобныхъ случаяхъ больше примѣнять не слѣдуетъ.

Глава 12.

Примѣненіе наркоза.

Наичаще при гинекологическихъ операціяхъ примѣняется *общій наркозъ* при посредствѣ хлороформа. Для этой цѣли, само собою разумѣется, необходимо употреблять хорошо очищенный препаратъ Pictet или хлороформъ, приготовленный изъ хлораль-гидрата. Много лѣтъ мы пользовались аппаратомъ Jüncker'a для вдыханія хлороформа, при

употреблені котораго это средство равномѣрно смѣшивается съ большимъ количествомъ воздуха, менѣ раздражаетъ дыхательные пути и становится болѣе безопаснымъ даже при наркозѣ, продолжающемся въ теченіе двухъ часовъ и болѣе. Въ настоящее время наичаще употребляемъ обыкновенную маску изъ проволоки. Для усыпленія слабыхъ и анемичныхъ женщинъ можно примѣнить смѣсь хлороформа, сѣрнаго ээира и спирта въ отношеніи 60 : 20 : 20. Въ тѣхъ случаяхъ, когда больная плохо поддается дѣйствію хлороформа, что наичаще замѣчается у нервныхъ истерическихъ женщинъ, а также у субъектовъ, привыкшихъ къ употребленію спиртныхъ напитковъ, слѣдуетъ прибѣгать къ подкожному вприскиванію 1 grm. 1% раствора *morphii muriatici*, послѣ чего такая больная обыкновенно хорошо поддается наркозу.

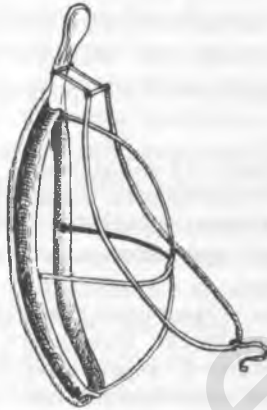


Рис. 41. Проволочная маска, которая обтягивается фланелью, для хлороформированія.

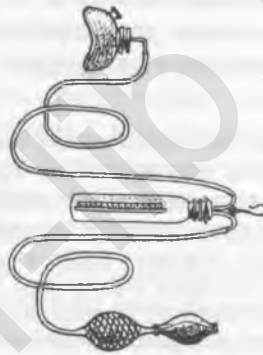


Рис. 42. Аппаратъ Junser'a для вдыханія хлороформа.

Во всѣхъ случаяхъ прежде чѣмъ приступить къ операціи, а слѣдовательно прежде чѣмъ приступить къ усыпленію больной хлороформомъ, необходимо тщательно изслѣдовать больную. Чрезвычайная слабость, значительное ожирѣніе сердца, рѣзко выраженное воспаленіе почекъ и сильно распространенное атероматозное перерожденіе стѣнокъ кровеносныхъ сосудовъ должны служить противопоказаніемъ къ примѣненію наркоза хлороформомъ. Слѣдуетъ также освѣдомиться, нѣтъ ли у больныхъ искусственныхъ зубовъ, которые всякій разъ слѣдуетъ удалять.

Наркозъ хлороформомъ слѣдуетъ производить, кромѣ неотложныхъ случаевъ, у больныхъ по возможности натошакъ въ ихъ постели, откуда уже заснувшую больную переносятъ въ операціонную комнату. Подъ руками возлѣ врача, который производитъ наркозъ, должны находиться щипцы для захватыванія и вытягиванія языка, а также инструментъ для разжиманія челюстей.

Къ операціи приступаютъ обыкновенно при появленіи полной ане-

стезии, при чемъ пульсъ нѣсколько замедляется, зрачки суживаются, но дыханіе совершается равномерно и лицо сохраняетъ свой обычный цвѣтъ. Часто въ началѣ наркоза или даже во время операціи, у больной появляется рвота. Въ такихъ случаяхъ отнимаютъ отъ лица маску, и голову больной поворачиваютъ на бокъ; послѣ прекращенія рвотныхъ движеній, удаляютъ изъ рта и зѣва вязкую слизь. Продолжая осторожно наркозъ, врачъ обязанъ слѣдить за состояніемъ пульса, зрачка и продолжительностью дыханія. Коль скоро дыханіе становится хриплымъ и лицо больной получаетъ багровое окрашиваніе, необходимо приподнять кверху лицо за углы нижней челюсти, разжать зубы и вытянуть наружу конецъ языка. Большею частью этого достаточно, чтобы установилось нормальное дыханіе. Когда останавливаются дыхательныя движенія, пульсъ слабѣетъ или совершенно пропадаетъ, слѣдуетъ на время прекратить наркозъ, опустить низко голову больной, производить искусственное дыханіе, ритмическое подергиваніе захваченнаго щипцами языка, а также открыть окно или двери, чтобы установить притокъ свѣжаго воздуха, брызгать лицо и грудь холодною водою, производить подъ кожу впрыскиваніе камфоры, эоира или *tinæ moschii orient*. Въ крайнихъ случаяхъ нужно прибѣгать къ вливанію подъ кожу физиологическаго раствора поваренной соли и къ гальванизации *pp. phrenici*. Иногда только черезъ 10—15 минутъ удается при такихъ условіяхъ вернуть больную къ жизни и приступить къ продолженію прерванной операціи. Такіе опасныя симптомы не всегда зависятъ отъ продолжительности наркоза или большого количества хлороформа, введеннаго сразу въ организмъ больной. Иногда они развиваются внезапно рефлекторнымъ путемъ, при захватываніи матки, придатковъ или кишечныхъ петель.

Большинство больныхъ въ скоромъ времени послѣ операціи приходятъ въ себя, если наркозъ производится при соблюденіи обычныхъ правилъ врачомъ, приобрѣвшимъ достаточный навыкъ въ хлороформированіи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно у истерическихъ женщинъ, приходится прибѣгать къ обычнымъ оживляющимъ средствамъ, если больная долго не просыпается вполнѣ.

Какъ послѣдовательное явленіе, которое не всегда находится въ зависимости отъ продолжительности наркоза, наичаще замѣчается повторная рвота; измѣненіе мочи, указывающее на застой и раздраженіе въ почкахъ. *Niebergall* и другіе наблюдали нерѣдко скоропроходящее появленіе бѣлка въ мочѣ и цилиндровъ. *Piretti* почти въ $\frac{1}{3}$ случаевъ находилъ выдѣленіе бѣлка мочою послѣ наркоза хлороформомъ, что происходитъ вслѣдствіе измѣненія эпителія почекъ. Кровяныя шарики, повидимому, не разрушаются при вдыханіи хлороформа. Иногда замѣчаются желтуха и ясно выраженное ослабленіе сердечной дѣятельности. Послѣдній симптомъ слѣдуетъ считать особенно опаснымъ. Согрѣваніе тѣла больныхъ горячими бутылками, подкожное впрыскиваніе раствора *coffe-*

ini natio-benzoici попеременно съ эфиромъ, возбуждающіе питательные клистиры вполне показуются въ подобныхъ случаяхъ, при упадкѣ сердечной дѣятельности.

Замѣна хлороформа сѣрнымъ эфиромъ для усыпленія не представляетъ никакихъ преимуществъ. Въ теченіе всего 1899 года мы примѣняли въ клиникѣ и въ частной практикѣ для наркоза смѣсь Schleich'a 30,0 хлороформа, 80,0 эфира и 5,0 aetheris petrolei. Точка кипѣнія этой смѣси гораздо ближе, чѣмъ у хлороформа, къ т° крови; въ этомъ Schleich видѣлъ ея особое преимущество. При наркозѣ этою жидкостью хлороформа идетъ меньше, но особыхъ преимуществъ она не представляетъ. Встрѣчаются нерѣдко субъекты, которые плохо поддаются ея влиянію, почему иногда оказывается необходимымъ переходить къ хлороформу. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется поддержать наркозъ въ теченіе короткаго времени, нѣсколькихъ минутъ, можно съ успѣхомъ примѣнять посредствомъ обыкновенной проволочной маски для вдыханія brom-aethyl. Это средство весьма быстро, иногда въ теченіе одной минуты, вызываетъ сонъ, при которомъ болевая чувствительность бываетъ понижена или совершенно уничтожена. Сознаніе возвращается очень скоро послѣ прекращенія вдыханій.

Мѣстная анестезія наичаще производится распыливаніемъ хлоръ-этила или сѣрнаго эфира, послѣдній посредствомъ аппарата Richard-son'a, рѣже подкожнымъ впрыскиваніемъ обезпложеннаго раствора cocaine muriatici, а на слизистыхъ оболочкахъ смазываніемъ ихъ этимъ растворомъ. Распыливая эфиръ, хлоръ-этила до появленія признаковъ замерзанія производятъ только кратковременную и неполную анестезію; оно пригодно при вскрытіи нарыва, когда требуется неглубокой разрѣзъ, а также при проколѣ живота. Смазываніе 10% воднымъ растворомъ cocaine muriat. наиболѣе пригодно на влагалищѣ и ва маточной шейкѣ, менѣе въ полости матки. При небольшихъ операціяхъ на промежности и наружныхъ половыхъ частяхъ вообще можно прибѣгнуть къ подкожному впрыскиванію этого средства. Однако, не слѣдуетъ вводить болѣе 0,03 cocaine muriat., такъ какъ уже послѣ введенія 0,06 были наблюдаемы у нѣкоторыхъ женщинъ опасныя явленія отравленія. Послѣ подкожнаго впрыскиванія кокаина на 15—20' утрачивается болевое ощущеніе участка кожи на пространствѣ 2—3 q. cm. вокругъ укола. Въ послѣднее время, по способу Schleich'a, примѣняется для мѣстной анестезіи впрыскиванія подъ кожу 5,0—20,0 слабого теплаго раствора cocaine muriatici 1:1009 въ физиологическомъ растворѣ соли.

Отдѣлъ V.

Анатомія женскихъ половыхъ органовъ.

Глава I.

Краткій анатомическій очеркъ топографіи брюшныхъ стѣнокъ и женскаго таза.

1. Топографія стѣнокъ брюшной полости.

Обстоятельныя анатомическія свѣдѣнія въ этой области въ настоящее время необходимы для врача, въ виду частаго примѣненія хирургическихъ операций въ полости брюшины. Передняя стѣнка, покрытая довольно тонкою кожею, часто имѣетъ у женщинъ толстый слой жировой ткани, подъ которой находится поверхностная фасція, состоящая изъ пластинокъ,—поверхностной, имѣющей характеръ жирноклѣтчатой ткани, и глубокой, доходящей до Пупартовой связки и соединяющейся съ нею. Ниже послѣдней расположены плоскія мышцы съ своими апоневрозами. Посрединѣ по обѣимъ сторонамъ средней линіи, *linea alba*, которая обозначается на кожѣ темною продольною полоскою, находятся прямыя мышцы, *mm. recti*, кнаружи отъ нихъ расположены три слоя плоскихъ мышцъ — наружная косая, *m. obliq. ext.*, внутренняя косая, *m. obliq. int.*, и поперечная, *m. transversus abdom.* Въ нижней части и нѣсколько впереди прямыхъ мышцъ расположены выше лоннаго соединенія два небольшіе пирамидальные мускула, *mm. pyramidales*.

Плоскія мышцы передней стѣнки живота начинаются отъ реберъ и реберныхъ хрящей и, направляясь книзу, становятся сухожильными и прикрѣпляются къ гребешку, *spina ilei ant. sup.*, Пупартовой связкѣ и *tuberc. pubis*. Къ срединѣ отъ линіи, соединяющей хрящъ 9 ребра и *sp. ilei ant. sup.*, мышечная часть *m. obliqui ext.*, переходитъ въ сухожильную. Прямыя мышцы начинаются на ребрахъ кнутри отъ плоскихъ и прикрѣпляются, постепенно суживаясь книзу, къ *tuberc. pubis* и лонной кости. Апоневрозы плоскихъ мышцъ, направляясь къ средней линіи, сливаются между собою и образуютъ влагалище для обоихъ прямыхъ мышцъ, волокна этихъ фасцій перекрещиваются между собою по средней линіи, образуя *lin. alba*. Въ этомъ мѣстѣ ниже

пупка обѣ прямыя мышцы лежатъ одна возлѣ другой у женщинъ, у которыхъ брюшныя стѣнки сохранили нормальное строеніе. Выше пупка между обѣими прямыми мышцами обыкновенно находится промежутокъ, шириною въ поперечный палецъ, занятый плотнымъ апоневрозомъ.

Ниже мышечныхъ слоевъ расположена *fascia transversa*, подъ которой на средней линіи и по бокамъ живота, гдѣ расположены мясистыя части *m. transversi abdom.*, находится жировая клѣтчатка, прилежащая непосредственно къ брюшинѣ. *Fasc. trans.* переходитъ кверху на діафрагму, а подбрюшинная клѣтчатка въ ткань, лежащую подъ грудною плевой. Книзу эта фасція дѣлается толще, у Пупартовой связки она сливается съ *fascia iliaca* и опускается на *pecten pubis*, образуя *septum crurale*. *F. iliaca* покрыта брюшиною, подъ которой находится обильный слой подкожной клѣтчатки. Вообще подвздошныя ямки покрыты брюшиною, за исключеніемъ небольшого мѣста, гдѣ прилегаетъ *colon ascendens* на лѣвой сторонѣ, а справа *S romanum*. За лоннымъ соединеніемъ впереди мочевого пузыря находится рыхлая клѣтчатка, которая поднимается впереди брюшины нѣсколько выше лоннаго соединенія, приблизительно до уровня *plica genito-abdominalis*. Эта рыхлая ткань представляетъ такъ называемое *cavum Retzii*.

Пупокъ, расположенный почти посрединѣ между концомъ мечевиднаго отростка грудной кости и верхнимъ краемъ лоннаго соединенія, представляетъ круглую кожную складку, которая на [внутренней сторонѣ брюшной стѣнки обозначается въ видѣ ямки. Пупокъ составляетъ наиболѣе тонкое и наиболѣе плотное мѣсто передней стѣнки, гдѣ всѣ апоневрозы плотно срастаются между собою, а также съ брюшиною и кожей, почему кожная и предбрюшинная клѣтчатка здѣсь совершенно отсутствуютъ. На внутренней поверхности подъ брюшиною отъ пупка кверху и вправо направляется *lig. hepat. rot.*, бывшая *v. umbilicalis* а книзу идутъ три болѣе или менѣе значительныхъ шнурка—*lig. vesicae medium*, бывший *urachus*, и *lig. lateralia*, заросшія *art. umbilicales*. Ниже возлѣ стѣнки таза на внутренней поверхности передней стѣнки замѣчаются три углубленія—внутренняя, средняя и наружная паховыя впадины—*fossa inguinalis interna, media et externa*. Первая расположена между *lig. vesic. med. et lateral.*, вторая кнаружи возлѣ *lig. vesic. lateral.*, третья на мѣстѣ вступленія въ паховой каналъ круглой связки *lig. rotundum*.

Задняя часть брюшной полости образуется опускающейся значительно книзу заднею частью діафрагмы, поясничными позвонками и расположенными подъ *fascia iliaca* мышцами и большими сосудами. Между послѣдними ребрами и заднею частью гребешка подвздошной кости находится *m. quadrat. lumbor.* Поверхъ этой мышцы расположенъ *m. latiss. dorsi*, а ближе къ поясничнымъ позвонкамъ лежитъ плотный слой *m. lumbo-dorsalis*. Всѣ 3 плоскія брюшныя мышцы, одѣтыя апоневрозами, доходятъ до края *m. latiss. dorsi* и *m. quadrat. lumbor.*, при чемъ

плотная f. lumbo-dorsalis, одѣвающая эту мышцу и m. lumbo-dorsalis, составляетъ какъ бы непосредственное продолженіе fas. transversae abd. Въ поясничной области эта фасція образуетъ 3 листка, изъ коихъ средній наиболѣе толстый, между m. lumbo-dorsalis et. m. quadrat. lumbor., проходитъ къ поперечнымъ отросткамъ поясничныхъ позвонковъ, наружный листокъ направляется къ m. lumbo-dorsalis, а внутренній, лежащій подъ m. quadrat. lumbor., непосредственно прилегаетъ къ жирной капсулѣ почки.

Въ общемъ топографія брюшной полости представляетъ слѣдующія отношенія. Въ верхней части расположенъ желудокъ, ниже его проходятъ colon. transv., тонкія петли кишекъ покрыты салъникомъ; intest. ejun. находятся влѣво отъ m. psoas sin., сверху находится mesocolon transv., а спереди—colon. transver. Большею частью въ этой области живота петли тонкихъ кишекъ имѣютъ горизонтальное направленіе. Нижнія петли intest. ilei лежатъ въ углубленіи между mm. psoas въ полости малаго таза, отчасти вправо отъ m. psoas dext. Эти петли расположены вертикально. Почки, правая и лѣвая, лежатъ на mm. quadrat. lumb.

Въ послѣднее время часто производятся операціи у женщинъ также въ паховой области, почему мы должны коснуться анатомическихъ условій этой части брюшной стѣнки. Дѣлая разрѣзъ параллельно Пупартовой связкѣ, по направленію отъ tuber pubis къ spina ant. super., мы встрѣчаемъ кожу, подкожную клѣтчатку и два листка поверхностной фасціи, между которыми снизу вверхъ направляются двѣ небольшія артеріи съ прилежащими венами. Одна art. circum-flexa ilei ext. ближе къ spin. ant. sup., другая art. epig. infer. ext. недалеко отъ tuber pubis. Послѣ разрѣза фасціи открывается сухожилие m. obliquus ext. abd., блестящія волокна котораго направляются параллельно lig. Poupartii; возлѣ лонной кости сухожилие этой мышцы образуетъ двѣ ножки, наружную, которая прикрѣпляется къ tuberc. pubis и отчасти къ crista pubis, и внутреннюю, идущую къ лонному соединенію; между обѣими ножками остается промежутокъ, покрытый тонкою фасціей, подъ которой находится жировая ткань и волокна lig. rotundi, неясно выступающая чрезъ это отверстіе и сливающаяся съ окружающею тканью. Отверстіе это носитъ названіе annulus inguinalis ext.

Только послѣ разрѣза возлѣ Пупартовой связки сухожилія m. obliq. ext. открывается паховой каналъ, передняя стѣнка котораго образуется этимъ сухожиліемъ. Въ каналѣ происходитъ lig. rotund. uteri съ своими сосудами и n. spermaticus ext., иначе n. genito-cruralis, всѣ они выходятъ изъ полости живота чрезъ внутреннее паховое кольцо, закрытое брюшиною и соотвѣтствующее fossa inguin. ext. Нижняя часть круглой связки возлѣ наружнаго паховаго кольца расположена какъ бы въ желобѣ, образуемомъ въ этомъ мѣстѣ Пупартовою связкой, къ которой прикрѣпляется наружная ножка паховаго кольца, сухожиліе

m. obliq. ext., а глубже *fascia transversa abd.*, образующая заднюю стѣнку паховаго канала, по которой недалеко отъ внутренняго паховаго кольца проходитъ *art. epigastr. infer. int.*, происходящая вблизи Пупартовой связки изъ *art. iliaca ext.*

Сосуды и нервы брюшныхъ стѣнокъ. По средней линіи передней стѣнки живота встрѣчаются только незначительные кровеносные сосуды въ кожныхъ покровахъ и въ болѣе глубокихъ слояхъ. Наиболѣе крупные артеріальные стволы расположены кнаружи отъ *m. recti abd.* и проходятъ по *fascia transversa*, именно *art. epigastr. infer. inter.*, *art. circumflexa ilei*, *art. ileolumbalis*, выходящая изъ полости таза, а также *art. mammaria int.*, которая происходитъ изъ *art. subclavia*, опускается изъ грудной области и даетъ мелкія вѣтви глубокія и поверхностныя въ верхней части живота.

Нервы этой области происходятъ отъ 5 послѣднихъ *nn. intercostales*, а также отъ *n. ileohypogastricus* et *n. ileoinguinalis*. Въ пояничной области проходятъ переднія вѣтви пояничной артеріи, *art. lumbales*, онѣ выходятъ впереди фасціи *m. quadrat. lumbor.* Между тѣмъ какъ *nn. ileohypogastricus* et *ileoinguinalis* проходятъ подъ этой мышцею по глубокому листку *fasc. transversae* и направляются въ переднюю брюшную стѣнку между *m. obliq. int. et. transvers. abdom.*

2. Краткій анатомическій очеркъ топографіи таза. Брюшина, тазовая клѣтчатка, тазовая фасція и промежность.

Форма полости большого таза нѣсколько измѣняется находящимися здѣсь мышцами *psaos* et *iliacus*, изъ коихъ послѣдній выполняетъ совершенно внутреннюю подвздошную ямку. Входъ въ тазъ сравнительно мало измѣняется мягкими частями, кости покрыты здѣсь тазовою фасціей и брюшиною. *M. psaos* выполняетъ углубленія, находящіяся съ обѣихъ сторонъ возлѣ мыса крестцовой кости, и направляется впереди вдоль безмянной линіи. На внутренней поверхности этихъ мышцъ проходятъ *art. et vena iliacaе ext.*, а впереди *symphysis sacro-iliaca* находится съ каждой стороны *art. hypogastrica* и мочеточникъ. Слѣва отъ мыса проходитъ прямая кишка. Заслуживаютъ вниманія также два *mm. pyriformes*; каждый изъ нихъ начинается отъ боковой стороны внутренней поверхности крестца и выходитъ изъ таза чрезъ *incisura ischiadica major*. Выше этой мышцы находятся *vasa hypogastrica*, а ниже мускула *vasa ischiadica* et *n. ischiadicus*. Подъ *m. pyriformis* на передней поверхности крестца находится съ каждой стороны *plex. sacralis*. Яйцевидная дыра закрыта плотною фиброзною перепонкою, снутри на ней располагается *m. obturator int.*, головка котораго выходитъ изъ таза чрезъ *incisura ischiadica min.*, между *lig. sacro-spinos. et sacro-tuberos.* вмѣстѣ съ *n. pudendus* et *vasa pudenda*, которыя чрезъ это отверстіе возвращаются въ тазъ.

На продольномъ разрѣзѣ, проведенномъ чрезъ средину малаго таза,

Сбоку и сзади брюшина покрывает *mm. iliacus et ileopsoas*, съ фасціею которыхъ она соединяется рыхлою клѣтчаткой. Напротивъ, на задней стѣнкѣ малаго таза серозный листокъ тѣсно срастается съ подлежащими органами и сосудами.

Чрезвычайно важное значеніе у женщинъ представляетъ отношеніе мочеточниковъ къ сосѣднимъ органамъ. Мочеточники имѣютъ около 30 см. длины, они выходятъ съ внутренней стороны почекъ изъ почечныхъ лоханокъ, проходятъ нѣсколько наискось, приближаясь одинъ къ другому по внутренней поверхности *mm. psoas*. Между *int. rectum* и внутреннимъ краемъ этихъ мышцъ они переходятъ въ полость малаго таза, скрещиваясь косвенно каждый съ *art. spermatica*, идущей впереди его. Далѣе въ глубинѣ таза мочеточники направляются сбоку маточной шейки, отъ которой кнаружи они отстоятъ, на уровнѣ внутреннего зѣва, на разстояніи 2,5 см., отдѣляясь отъ матки клѣтчаткой и венознымъ сплетеніемъ. Направляясь далѣе кпереди и книзу, они проникаютъ въ косомъ направленіи въ дно мочевого пузыря нѣсколько ниже наружнаго маточнаго зѣва. На этомъ пути они приближаются на 1,5 см. къ маточной шейкѣ и ближе 1 см. къ боковымъ сводамъ влагалища. Отъ маточной шейки и влагалища они отдѣляются рыхлою клѣтчаткою. На уровнѣ внутреннего зѣва *art. uterina* проходитъ впереди и выше мочеточника, который въ этомъ мѣстѣ окруженъ маточными венами, *v. uterinae*.



Рис. 45. Лобный разрѣзъ черезъ женскій тазъ.

Съ задней поверхности мочевого пузыря брюшина переходитъ на переднюю поверхность матки, образуя углубленіе между этими органами, *excavatio vesico-uterina*; ниже этой складки задняя стѣнка пузыря соединяется съ переднею поверхностью матки посредствомъ рыхлой клѣтчатки. Покрывъ дно матки, брюшина опускается по задней ея стѣнкѣ и одѣваетъ небольшую верхнюю часть задней стѣнки влагалища, откуда приподнимается на переднюю поверхность прямой кишки, образуя заднее углубленіе—*excavatio utero-rectalis*, иначе Дугласово пространство. Въ этомъ углубленіи помѣщается верхняя часть прямой кишки, и нерѣдко находятся петли тонкихъ кишекъ, между тѣмъ какъ кпереди матка прилегаетъ къ задней поверхности мочевого пузыря. Въ верхней своей части прямая кишка одѣта брюшиной, но въ полости таза серозный покровъ опускается ниже на передней, нежели на задней стѣнкѣ кишки.

Брюшина здѣсь образуетъ какъ бы небольшую брыжжейку, которая прикрѣпляется къ передней поверхности крестца. Когда кишка

наполнена, листки брюшины расходятся, при пустой же кишке они сближаются и образуют висячую складку. Дно Дугласовой складки отстоит от заднего прохода при пустомъ пузырьѣ на 5 см., а при наполненномъ—на 6 см. Отъ anus до мѣста, гдѣ прямая кишка со всѣхъ сторонъ окружена брюшиной разстояніе не менѣе 11—12 см.

Прямая кишка, опускаясь въ тазъ слѣва отъ мыса крестцовой кости, образуетъ небольшой сгибъ влѣво и болѣе значительный къзади, слѣдую вогнутости крестцовой кости. У верхушки кончика она представляетъ кривизну, обращенную выпуклостью напередъ. Задній проходъ, anus, представляетъ наиболѣе узкую часть прямой кишки, въ окружности его находятся два жома, sphinct. ani internus et extern., выше которыхъ прямая кишка воронкообразно расширяется, образуя ampullam recti, простирающуюся вверхъ до Дугласовыхъ складокъ.

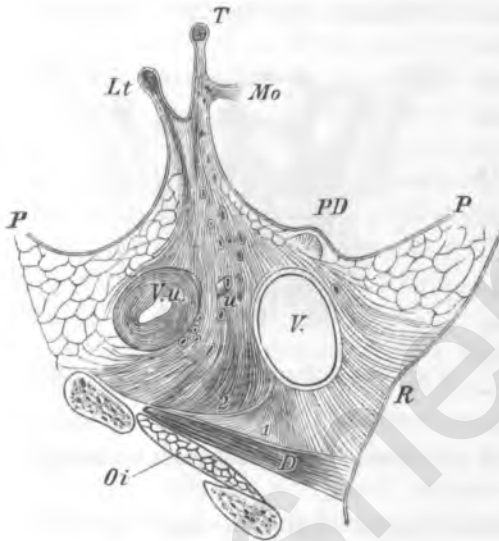


Рис. 46. Боковой продольный разрѣзъ черезъ тазъ. *T*—труба; *1*—fascia pelv., покрывающая *m. levat ani*, представляющая часть *diaphragm. pelvis*; *V*—разрѣзанный боковой сводъ влагалища; *V.м.*—разрѣзанная сбоку верхушка пузыря; *2*—fascia visceralis; *R*—передняя стѣнка recti; *Oi*—*m. obtur. int.*; *P*—peritoneum; *PD*—*plica Douglasii*; *Lt*—*lig. teres*; *Mo*—*mesovarium*.

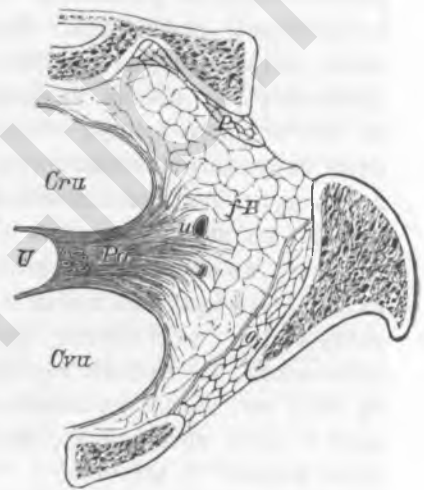


Рис. 47. Горизонтальный разрѣзъ черезъ матку и *lig. lat. sin.* въ ея нижней части. *U*—матка; *fB*—жировая клетчатка; *u*—мочеточникъ; *oi*—*m. obturat int* съ своею фасціею; *P*—*m. pyriformis*; *Cvu*—*cavum vesico-uterin.*; *Cru*—*cavum recto-uterin.* *u*—*ureter*; *Pa*—*lig. lat. sin.*

Въ средней части таза брюшина переходитъ отъ краевъ матки въ обѣ стороны, образуя съ каждой стороны по три болѣе или менѣе рѣзко выраженныхъ складки. Наиболѣе значительныя носятъ названіе широкихъ связокъ, *lig. lata*, онѣ идутъ съ боковыхъ краевъ матки въ поперечномъ направленіи къ стѣнкамъ таза. Наружная часть связки называется *lig. infundib. pelvicum*. Другія двѣ складки направляются отъ матки къзади къ крестцу, представляя боковыя границы Дугласовой впадины, *lig. utero-sacralia*. Третья пара складокъ, наименѣе за-

мѣтная, обозначаетъ переходъ брюшины съ верхней части мочевого пузыря на боковыя части таза — lig. utero-vesicalia. Кроме того, съ каждой стороны отъ угла матки по направленію къ паховому каналу выступаетъ въ видѣ снурка, покрытаго брюшиной, круглая связка lig. rotundum uteri. Всѣ эти связки представляютъ складки брюшины, подъ которой находится соединительная ткань, гладкія мышечныя волокна, а также сосуды и нервы.

Клѣтчатка таза, расположенная въ полости таза подъ брюшиною, имѣетъ чрезвычайно важное значеніе какъ при физиологическихъ функцияхъ женскихъ половыхъ органовъ, такъ равнымъ образомъ при различныхъ патологическихъ процессахъ во влагалищѣ, маткѣ и ея придаткахъ. У здоровыхъ молодыхъ женщинъ въ тазовой клѣтчаткѣ находится много жировой ткани, преимущественно въ мѣстахъ, лежащихъ ближе къ стѣнкамъ таза. Въ старости этотъ жиръ въ значительной степени исчезаетъ. Тазовая клѣтчатка представляетъ продолженіе соединительной ткани, лежащей въ стѣнкахъ живота непосредственно впереди брюшины. Если провести лобный разрѣзъ чрезъ средину таза, такъ, чтобы онъ прошелъ чрезъ нижнюю часть матки, то найдемъ, что эта клѣтчатка непосредственно прилегаетъ къ надвлагалищной части шейки и къ верхней части влагалища. Кпереди она прилегаетъ къ нижней части передней поверхности матки, соединяя ее съ заднею стѣною пузыря. Далѣе книзу она переходитъ на нижнія части боковыхъ стѣнокъ пузыря, непокрытыя брюшиною. Кзади клѣтчатка отдѣляется отъ кишки заднюю стѣнку влагалища до тазовой фасціи. За прямую кишкой также существуетъ слой рыхлой соединительной ткани, продолжающейся книзу до перехода въ стѣнку кишки волоконъ m. levator ani, или вѣрнѣе до тазовой фасціи, fascia pelvis, покрывающей верхнюю поверхность этой мышцы. Та же фасція составляетъ нижнюю границу рыхлой тазовой клѣтчатки, расположенной вдоль боковыхъ стѣнокъ влагалища.

Тазовая фасція представляетъ продолженіе fascia transversa и fascia iliaca, она спускается по стѣнкамъ таза до линіи, по которой начинается отъ стѣнокъ таза m. levator ani. На этомъ мѣстѣ фасція заворачивается, спускаясь воронкообразно къ срединѣ таза, и направляется къ нижней части прямой кишки, влагалища и мочевого пузыря, съ стѣнками которыхъ эта фасція сливается. Она опускается такъ низко въ полость таза, что на продольномъ разрѣзѣ тазовая фасція образуетъ кривую выпуклую книзу линію, идущую отъ середины крестцовой кости до середины задней поверхности лоннаго соединенія. На этой линіи лежатъ три отверстія, образуемая тазовою фасціей, для прохожденія прямой кишки, влагалища и нижней непокрытой брюшиною части мочевого пузыря. Тазовая фасція даетъ отростки плотной соединительной ткани, содержащей эластическія волокна, которыя начинаются отъ мѣста прикрѣпленія фасціи къ стѣнкамъ влагалища и поднимаются

кверху. Передняя и задняя части этой ткани теряются впереди и сзади матки, подъ складками брюшины, боковыя же части, прилегающія непосредственно къ шейкѣ матки, поднимаются выше справа и слѣва возлѣ матки между двухъ серозныхъ листковъ широкихъ связокъ. Своеобразный видъ распредѣленія этой плотной ткани выступаетъ въ особенности на горизонтальномъ поперечномъ разрѣзѣ, проведенномъ черезъ тазъ почти на уровнѣ внутренняго маточнаго устья, въ видѣ звѣздчатой фигуры съ 6 лучами, которые соотвѣтствуютъ 3 парамъ связокъ матки. Описанная ткань представляетъ надежную опору для верхней части влагалища, для матки, широкихъ связокъ и отчасти для мочевого пузыря и прямой кишки, а также плотное ложе для проходящихъ по маткѣ и расположенныхъ въ толщѣ широкихъ связокъ, многочислен-

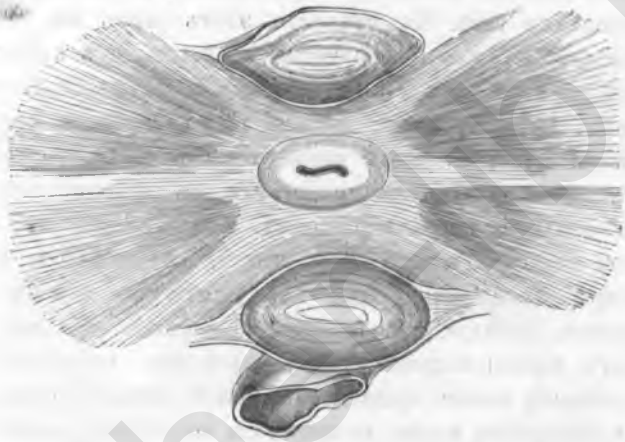


Рис. 48. Горизонтальный разрѣзъ черезъ женскій тазъ на уровнѣ нижней части матки. Получается звѣздообразная фигура. Видны: прямая кишка, нижняя часть матки, мочевой пузырь, lig. utero-sacralia, lig. lata et utero-vertecalia и Дугласова впадина.

ныхъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, нервныхъ пучковъ и ганглий. Она составляетъ также плотную подстилку для мочеточниковъ, проходящихъ черезъ основаніе широкой связки.

Такое отношеніе тазовой фасціи къ внутреннимъ половымъ органамъ, часто подвергающимся смѣщенію, а также измѣненію условій питанія, иногда даже измѣненію своего объема, оказываетъ благотворное вліяніе, способствуя удержанію нормальной формы тазовыхъ органовъ и правильности функций. Во время родовъ тазовая фасція совместно съ фасціями промежности представляетъ при правильномъ тазѣ наиболѣе серьезное препятствіе при прохожденіи головки черезъ тазовый каналъ во время родовъ. Предлежащая часть только постепенно и медленно растягиваетъ ту часть канала влагалища, которая суживается, какъ плотнымъ кольцомъ, этою фасціей.

Тѣсное отношеніе тазовой клетчатки къ органамъ таза имѣетъ чрезвычайно важное значеніе для патологіи половыхъ органовъ. Стѣн-

ки этихъ органовъ, въ особенности матки, посылаютъ въ эту ткань плоскіе мышечные пучки въ разные стороны, въ особенности въ поперечномъ направленіи въ широкія связки, гдѣ эти волокна имѣютъ, повидимому, тѣсное отношеніе къ сосудистымъ сплетеніямъ. Значительные мышечные пучки переходятъ также въ круглыя связки и направляются къ паховому каналу. Мышечныя волокна, расположенныя въ lig. uterosacralia, направляющіяся отъ матки къ крестцу, носятъ названіе mm. retractores uteri. Отъ стѣнокъ мочевого пузыря проходятъ мышечныя волокна въ lig. pubo-vesical. lateralia; равнымъ образомъ отъ задней стѣнки прямой кишки проходятъ пучки къ крестцовой кости.

Топографія промежности.

Въ выходѣ, гдѣ находятся наружныя отверстія органовъ таза, расположены поперечно-полосатыя мышцы и фасціи, назначеніе которыхъ состоитъ отчасти въ замыканіи этихъ отверстій, отчасти онѣ назначены для совершенія движенія въ нижнихъ отдѣлахъ половыхъ органовъ таза. Промеж-

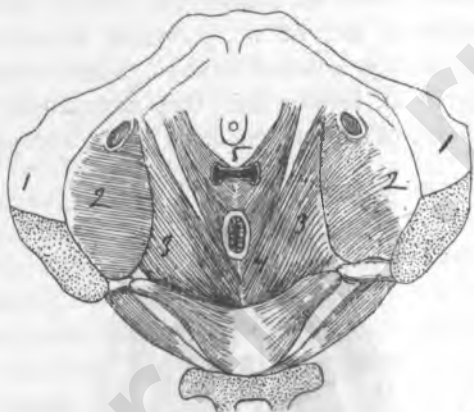


Рис. 49. Въ глубинѣ таза ниже fascia pelvis. 1—os. ischii; 2—m. obturat. int; 3—m. levator ani; 4—rectum; 5—vagina.

ность у женщинъ далеко не имѣетъ въ хирургическомъ отношеніи такого важнаго значенія, какъ у мужчинъ, хотя у женщинъ она подвергается сильному растяженію при родахъ и весьма часто претерпѣваетъ поврежденія. Кожа на промежности вообще тонкая, въ особенности возлѣ задняго прохода. Подъ кожей находится поверхностная фасція, между листками которой обыкновенно встрѣчается жировая ткань, продолжающаяся in fossa ischio-rectale. Въ этомъ слои проходятъ art. perinealis superficialis et n. perinealis superf. Нижній листокъ поверхностной фасціи переходитъ на m. sphinctor ani. Снявши слой жировой ткани, мы находимъ поверхностный листокъ fascia perinealis propr., которая начинается послѣ задняго прохода и, направляясь кпереди, прикрѣпляется съ обѣихъ сторонъ къ передней губѣ лонной дуги, переходитъ въ стѣнки преддверія и продолжается кверху на клиторъ, фиброзный покровъ котораго онъ образуетъ. Непосредственно подъ этой фасціей между лонной дугой и стѣнками преддверія расположены corp. cavernosa clitorid., m. ischiocavernosus, m. bulbo-cavernosus или m. constrictor cunni; эти мышцы имѣютъ болѣе или менѣе продольное направленіе сзади напередъ; m. transversus perinei superficialis проходитъ поперекъ. Кзади и квнутри отъ m. constrictor cunni лежитъ corpus cavernosum

urethrae и gl. vulvo-vaginalis, которая открывается въ предверіе впереди дѣвственной плевы или ея остатковъ. Упомянутое пещеристое тѣло и железы отдѣлены отъ сосѣднихъ частей особенными фиброзными листками, происходящими отъ глубокой фасціи промежности. Эта фасція, расположенная подъ лонною дугой, прикрѣпляется къ lig. subpubicum и къ внутренней губѣ лонносѣдалищной кости. Въ задней части промежности, впереди задняго прохода, она соединяется съ поверхностною фасціей промежности. Между 2 листками глубокой фасціи помѣщается m. transversus perinei prof., а ближе къ лонной дугѣ art. pudenda int. et n. pudendus communis internus. Черезъ эту фасцію проходитъ мочевой каналъ. Выше глубокаго листка промежности находится m. levator ani. Онъ начинается отъ задней поверхности лонной кости, отъ arcus tendineus pelvis, которая происходитъ отъ нижняго края

pubis до spina ischii, отъ lig. sacro-spinosum, а также отъ копчика. Волокна этой мышцы направляются внутрь, сближаются между собою и переходятъ выше sphincter. ani ext. на боковыя стѣнки прямой кишки, влагалища и мочевого пузыря. Расположенный непосредственно подъ fascia pelvis, m. levator ani на своей нижней выпуклой поверхности имѣетъ фасцію, которая между прочимъ образуетъ внутреннюю стѣнку заднепроходно-сѣдалищной ямки, fossa ischio-rectale. Наружную стѣнку этой впадины образуетъ сѣдалищный бугоръ и часть этой кости,

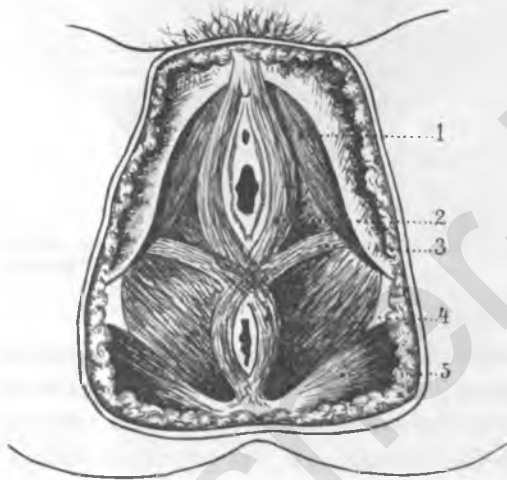


Рис. 50. Промежность. 1—m. ischiocavern.; 2—m. const. cunni; 3—m. transvers. perin. superf; 4—m. sphinct. ani; 5—m. gluteus.

покрытая m. obturator int. и его фасціей. Нижняя стѣнка покрыта поверхностною фасціей и кожей. Верхушка ямки, глубина которой не менѣе 5 см., образуется сліяніемъ фасціи m. levator ani и m. obturator int. Fossa ischio-rectale наполнена жировою тканью, въ глубинѣ ея проходитъ небольшая art. haemorrhoidalis inf. въ поперечномъ направлении, происходящая отъ art. pudenda int., которая расположена возлѣ сѣдалищной кости, гдѣ она закрыта плотною фасціей m. obturat. int. Лужка называетъ эту впадину cavum subcutaneum. Скопившійся гной въ тазовой клѣтчаткѣ рѣдко проникаетъ въ эту область; для этого необходимо, чтобы образовалось отверстие въ тазовой фасціи и въ нижнемъ апоневрозѣ m. levator ani.

Глава 2.

Кровеносные, лимфатическіе сосуды и нервы женскаго таза.

Артеріи таза. Какъ извѣстно, брюшная аорта раздѣляется на двѣ общія подвздошныя артеріи, *art. iliacaе comm.* Каждый изъ этихъ сосудовъ нисходитъ книзу по передней поверхности послѣднихъ поясничныхъ позвонковъ по внутреннему краю *m. psoas*, позади мочеточника, къ соотвѣтственному крестцово-подвздошному соединенію и раздѣляется на уровнѣ мыса крестцовой кости на подчревную, *art. hypogastrica* и наружную подвздошную артеріи, *art. iliaca ext.* Первая снабжаетъ кровью по преимуществу тазъ, вторая главнымъ образомъ несетъ кровь къ нижней конечности. *Art. hypogastrica*, составляющая какъ бы непосредственное продолженіе общей подвздошной артеріи, отходитъ впереди крестцово-подвздошнаго сочлененія и вскорѣ распадается на значительное число вѣтвей. По своему расположенію эти вѣтви можно раздѣлить на 3 отдѣла—переднія, заднія и внутреннія. Для насъ имѣютъ важное практическое значеніе преимущественно внутреннія вѣтви, такъ какъ онѣ идутъ къ половымъ органамъ и другимъ внутренностямъ таза. Къ числу ихъ принадлежатъ *art. vesicalis inf.*, *art. uterina et art. haemorrhoidalis media.* Слѣдуетъ замѣтить, что ни одинъ изъ этихъ сосудовъ не снабжаетъ кровью исключительно тотъ органъ, отъ котораго онъ получилъ названіе.

Кпереди раньше другихъ вѣтвей отъ *art. hypogastrica* отходитъ съ каждой стороны пупочная артерія, *art. umbilicalis*, которая, отдѣлившись вѣтвь къ мочевому пузырю, *art. vesicalis super.*, направляется къ пупку. У взрослыхъ она представляется заросшею въ видѣ *lig. vesical. later.* Затѣмъ слѣдуютъ *art. ileolumbalis et art. obturatoria.*

Къ заднимъ вѣтвямъ *art. hypogastrica* относятся—*art. sacralis later.*, далѣе *art. glutaea* и *art. ischiadica.* Оба послѣдніе сосуды выходятъ изъ таза чрезъ *for. ischiadicum maj.*, первая выше *m. pyriformis*, вторая вмѣстѣ съ *art. pudenda int.* ниже этой мышцы. *Art. pudenda int.* образуетъ какъ бы конечную вѣтвь *art. hypogastricae*, она направляется къ выходу таза и развѣтвляется на промежности и въ наружныхъ половыхъ частяхъ.

Маточныя артеріи имѣютъ наиболѣе важное практическое значеніе. *Art. uterina* приближается съ каждой стороны къ боковой стѣнкѣ матки въ области шейки и посылаетъ *art. vaginalis*, въ случаѣ если послѣдняя не отходитъ отъ *art. vesicalis inf.* къ боковой стѣнкѣ влагалища. *Art. vaginalis* даетъ влагалищу длинный рядъ вѣтвей и довольно значительныя вѣтки мочевому пузырю и въ *bulbus cavernosus urethrae.* Раньше перехода на матку *art. uterina* она даетъ вѣтви къ маточной шейкѣ, которыя соединяются съ вѣтвями противоположной стороны. Стволъ артеріи восходитъ по краю матки въ широкой связкѣ; отъ него подъ прямымъ угломъ идутъ много поперечныхъ вѣтвей, которыя подобно стволу представляютъ спиральныя извилины. *Art. uterina* рас-

положена надъ мочеточникомъ, подъ которымъ проходитъ *vena uterina*. Не доходя до верхняго угла матки, *art. uterina* заворачивается кнаружи въ широкую связку навстрѣчу *art. spermatica int.*, съ которою она соединяется и образуетъ *art. utero-ovarialis*. *Art. haemorrhoidalis media* развѣтвляется преимущественно въ стѣнкахъ прямой кишки.

Внутреннія сѣменные артеріи, *art. spermaticae intern.* Кромѣ вѣтвей *art. hypogastricae*, внутренніе половые органы получаютъ также кровь отъ *art. spermatic. int.*, которыя, числомъ двѣ, происходятъ высоко изъ брюшной аорты, откуда направляются книзу и немного кнаружи въ тазъ впереди мочеточниковъ, съ которыми онѣ перекрещиваются подъ острымъ угломъ. Спустившись въ тазъ, артерія вступаетъ въ широкую связку въ томъ мѣстѣ, гдѣ находится наружный конецъ яичника, чрезъ *lig. infundibulo-pelvicum*, и отдаетъ много вѣтвей, изъ коихъ однѣ проходятъ вдоль наружнаго края яичника и проникаютъ своими вѣтвями въ существо этой железы, другія направляются кнаружи, сопровождая *ampulla tubae*; конечная вѣтвь направляется внутрь и соединяется съ вѣтвью *art. uterinae*, образуя уже упомянутый дугообразный анастомозъ. Небольшая вѣтка сопровождаетъ *lig. rotundum* и образуетъ анастомозъ съ вѣткой *art. epigastr. inf.* и съ *art. spermatic. ext.*, происходящихъ отъ *art. femoralis*.

Изъ полости живота въ тазъ направляется еще *art. haemorrhoidalis int.*, происходящая отъ *a. mesenterica inf.* Какъ показываетъ самое названіе, эта артерія развѣтвляется въ стѣнкахъ прямой кишки.

Вены различныхъ органовъ таза большею частью сопровождаютъ одноименныя артеріи; кромѣ того, существуетъ нѣсколько сплетеній. *Plex. pubicus impar*, иначе *pl. Santorini*, позади *lig. arcuatum pubis*, за нижнимъ краемъ *symphysis pubis*, оно расположено на передней стѣнкѣ мочеиспускательнаго канала и пузыря; далѣе *plex. vesicalis, uterovaginalis*, которое расположено въ окружности влагалища и отчасти въ поверхностномъ слое матки; *plex. haemorrhoidalis*, соединяющійся посредствомъ *v. haemorrhoidalis inf.* съ *v. porta*. Остальныя венозныя сплетенія и вены переходятъ преимущественно въ *v. hypogastrica*. Внутренняя сѣменная вена, *v. spermatica int.*, анастомозируетъ съ *v. uterina* и въ широкой связкѣ съ каждой стороны матки образуетъ большое сплетеніе—*pl. spermatic.* или *rampiniformis*. Венозная кровь въ клиторѣ собирается главнымъ образомъ въ *v. dorsalis clitoridis*, которая переходитъ въ *plex. pubicus impar* и въ *v. pudenda int.* Вены наружныхъ половыхъ частей, *vv. pudendae ext.*, переходятъ въ *v. saphena* или въ *v. cruralis*.

Лимфатическія сплетенія и железы таза. Лимфатическія сплетенія, расположенныя подъ наружными покровами похотника и въ слизистой оболочкѣ большихъ и малыхъ губъ, а также влагалища, образуютъ нѣсколько небольшихъ стволонъ, которые переходятъ подъ кожей въ поверхностныя паховыя железы, *gl. inguinales superficiales*, находящіяся въ соединеніи съ глубокими паховыми железами, *gl. inguinales*

prof., которыя расположены возлѣ бедренныхъ кровеносныхъ сосудовъ подъ фасціей, а также съ лимфатическими сосудами таза, при посредствѣ lig. rotund. uteri. Глубокія паховыя железы даютъ стволы, переходящія въ подвздошныя лимфатическія железы, gl. iliacaе, расположенныя возлѣ одноименной артеріи и вены; сюда переходятъ также лимфатическіе сосуды, сопровождающіе v. circumphlex ilei и v. epigastric. Gl. hypogastricae въ числѣ 1—12 находятся возлѣ соименной вены; въ нихъ переходятъ лимфатическіе стволы отъ gl. iliacaе, а также лимфатическіе сосуды, идущіе совмѣстно съ различными развѣтвленіями v. hypogastricae съ передней и задней стороны тазовой области, отъ пузыря, влагалища, матки, а также отъ задняго прохода, промежности и отчасти отъ наружныхъ половыхъ частей. Отъ gl. hypogastr. лимфатическіе стволы переходятъ въ поясничныя железы, gl. lumbales. Въ эти железы также переходятъ лимфатическіе сосуды, выходящія изъ крестцовыхъ железъ, gl. sacrales, расположенныхъ по бокамъ крестца и возлѣ мыса и собирающихъ лимфу изъ прямой кишки, задней стѣнки таза и нижней части позвоночнаго канала.

Нервы таза. Pl. lumbalis своею нижнею частью помѣщается въ большемъ тазу. Это сплетеніе образуется главнымъ образомъ 4-мя передними вѣтвями поясничныхъ нервовъ, выступающихъ между боковою и срединною головками m. psoas. Отъ него происходитъ большое количество нервовъ, именно: n. ileo-hypogastricus, ileo-inguinalis, lumbinguinalis, spermaticus ext., а также большія длинныя вѣтви—n. cutaneus femoris lateralis, толстый стволъ n. cruralis и n. obturatorius. Въ маломъ тазу съ каждой стороны на передней боковой поверхности крестцовой кости и впереди m. pyriformis и сухожилія m. sossugei расположено нервное крестцовое сплетеніе, plex. sacralis, которое образуется изъ переднихъ вѣтвей пятого поясничнаго и пяти крестцовыхъ нервовъ; посредствомъ соединительной вѣтки между 4 и 5 поясничнымъ нервомъ крестцовое сплетеніе соединяется съ поясничнымъ. Непосредственнымъ продолженіемъ plex. sacralis можно считать незначительное копчиковое нервное сплетеніе plex. sossugeus. Чрезвычайно богатое нервными вѣтвями крестцовое сплетеніе даетъ въ полости таза слѣдующія нервныя вѣтви: nn. glutaei sup. et. inf., n. pudendo-haemorrhoidalis, а также большую длинную вѣтвь n. cutaneus post. и чрезвычайно толстый стволъ n. ischiadicus. Всѣ эти тазовые нервы выходятъ изъ полости таза чрезъ incis. ischiadica major. Изъ числа нервовъ, происходящихъ отъ поясничнаго и крестцоваго сплетеній, только немногіе даютъ вѣтви къ органамъ, расположеннымъ въ женскомъ тазу, и къ наружнымъ половымъ частямъ. Изъ нихъ n. ileo-inguinalis своими конечными вѣтвями снабжаетъ кожу лобка, n. spermaticus ext. проходитъ съ lig. teres и вмѣстѣ съ нею переходитъ въ паховую область и развѣтвляется въ кожѣ большой губы. N. pudendo-haemorrhoidalis, иначе n. pudendalis comm., выходитъ изъ таза вмѣстѣ съ art. pudenda чрезъ

большую сѣдалищную вырѣзку подѣ lig. sacro-spinosum и ниже lig. sacro-tuberosum снова вступаетъ въ полость таза. Онъ раздѣляется на нѣсколько вѣтвей—n. dorsalis clitoridis, n. perinealis et n. haemorrhoidalis ext., которые развѣтвляются главнымъ образомъ въ мышцахъ и кожныхъ покровахъ соответствующихъ областей. N. dorsalis clitoridis развѣтвляется также на головкѣ и крайней плоти клитора. N. cutaneus post. даетъ вѣтвь къ кожѣ большихъ губъ—n. pudendus long. inf.

Первыя внутренниихъ дитородныхъ органовъ. Главнымъ образомъ внутренніе половые органы получаютъ нервныя вѣтки отъ n. sympathicus. Наибольше отдаленныя вѣтви симпатическаго нерва, имѣющія непосредственное отношеніе къ этимъ органамъ, начинаются отъ plex. coeliacus. Главнымъ же источникомъ этихъ нервовъ служитъ pl. uterinus magnus, расположенное на мѣстѣ дѣленія аорты и ниже въ видѣ плоскаго нервнаго ствола. Сверху отъ него переходятъ нервныя вѣтви отъ plex. mesentericus sup. и pl. spermaticus, къ которому присоединяются толстыя вѣтви отъ 2 и 3 поясничныхъ симпатическихъ узловъ. Семянное сплетеніе, pl. spermaticus, спускается въ тазъ совмѣстно съ art. spermatica и развѣтвляется въ широкихъ связкахъ, гдѣ отдаетъ вѣтви яичнику, трубѣ и соединяется съ маточными сплетеніями.

Приблизительно на 4 см. ниже раздѣленія аорты маточное сплетеніе раздѣляется на 2 вѣтви — правое и лѣвое подчревныя сплетенія, pl. hyrogastric., расположенныя подѣ брюшиною по обѣимъ сторонамъ прямой кишки и получающія вѣтви иногда отъ второго и постоянно отъ 3 и 4-го крестцовыхъ нервовъ и отъ крестцовыхъ узловъ n. sympathici. Каждое подчревное сплетеніе распадается на двѣ неравныя части, изъ коихъ меньшая переходитъ непосредственно на заднюю и боковыя части матки, а большая, образующая узелъ шейки, gang. cervicale, расположена съ каждой стороны сзади и съ боку свода влагалища. Отъ этого узла идетъ много нервныхъ вѣтвей въ матку и ея шейку, а также къ мочевому пузырю и влагалищу. Во время беременности gang. cervicale значительно увеличивается и достигаетъ 5 см. длины и 4 см. ширины. Первыя образуютъ на маткѣ, пузырьѣ и на влагалищѣ густыя сплетенія—pl. vesicalis et pl. utero-vaginales. Продолжаясь далѣе книзу, симпатическіе нервы образуютъ pl. haemorrhoidalis, происходящее отъ pl. utero-vaginalis.

Глава 3.

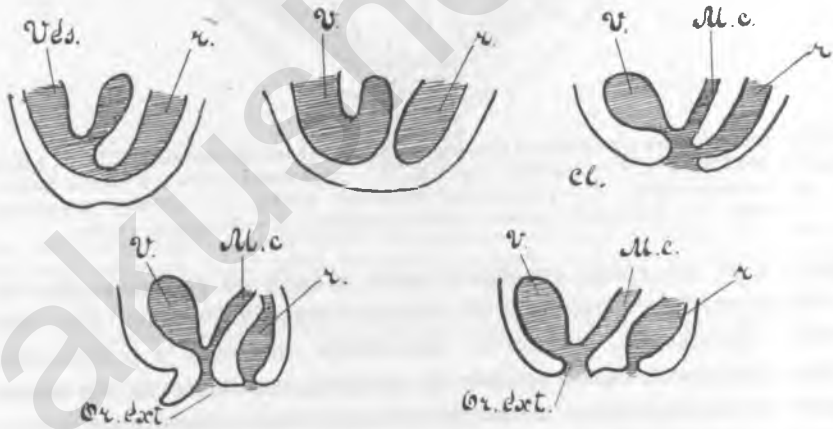
Краткій очеркъ развитія женскихъ половыхъ органовъ.

Развитіе половыхъ органовъ, какъ извѣстно, начинается очень рано въ утробной жизни. Nagel у зародыша 11—13 mm., т. е. приблизительно на 5 недѣлѣ, видѣлъ на хвостовомъ концѣ между половымъ и хвостовымъ бугорками ямку, въ которую вскорѣ послѣ образования alantois открывается наружу внутренняя часть послѣдняго,

будущій мочево́й пузырь, совместно съ конечной кишкой, чрезъ шло- видное отверстие, извѣстное подъ именемъ клоаки. На 6 недѣль утроб- ной жизни по бокамъ возлѣ этой щели появляются половыя складки, а спереди возникаетъ половой бугорокъ, на нижней поверхности кото- раго замѣчается желобокъ. Вслѣдъ за этимъ посредствомъ перегород- ки, вырастающей сверху внизъ и сливающейся съ сосѣдними частями, часть клоаки, sinus urogenitalis, въ которую у зародыша открываются Мюллеровы каналы, отдѣляется отъ прямой кишки; затѣмъ отверстие послѣдней отсту- паеъ нѣсколько къзади, вслѣдствіе утолще- нія перегородки, изъ которой постепенно развивается промежность. По изслѣдовані- ямъ Reichel'я, промежность возникаетъ черезъ соединеніе заднихъ частей половыхъ складокъ и чрезъ сляніе переднихъ отдѣловъ задне-проходныхъ бугровъ по средней линіи. На 4-мъ мѣсяцѣ у зародыша въ наружныхъ частяхъ обозначается полъ, при чемъ у дѣ- вочекъ половой бугорокъ превращается въ клиторъ, а боковыя складки въ большія и малыя губы. Начиная съ 5-го мѣсяца sinus urogenitalis, при дальнѣйшемъ развитіи моче- вого канала, постепенно превращается въ преддверіе, vestibulum. Даль- нѣйшее развитіе *наружныхъ половыхъ органовъ*, vulva, происходитъ непре-



Рис. 51. Паружная половая область чело́вческаго зародыша, туловище котораго имѣетъ около 3 см. длины. Сюаса, половой бугорокъ и наружныя половыя складки (Nagel).



Шематическія изображенія развитія наружныхъ половыхъ органовъ женщины въ про- должныхъ разрѣзахъ. *v.* — пузырь (alantois); *r.* — прямая кишка; *M. c.* — Мюллеровъ каналъ; *or. ext.* — наружное отверстие рукава и преддверіе *cl.* — клоака.

равно черезъ постепенное разрастаніе упомянутыхъ частей до самаго рож- денія плода и продолжается у дѣвочекъ до наступленія половой зрѣлости.

Первые зачатки *внутреннихъ половыхъ органовъ* замѣчаются у зародыша на 6 недѣль, когда возлѣ позвоночника съ каждой стороны

появляется полоска эпителия, состоящая из нескольких слоев клеток, расположенных вдоль внутреннего края первичной почки, иначе Вольфова тѣла. Некоторые из этих клеток отличаются болѣе значительнымъ объемомъ — первичныя яйцевыя клетки. Эти слои эпителиальныхъ ячеекъ, къ которымъ вскорѣ присоединяется соединительная ткань, представляютъ зачатокъ яичника. Эпителиальныя клетки, постепенно размножаясь, врастаютъ въ соединительную ткань въ видѣ мѣшкообразныхъ отростковъ, которые раздѣляются на отдѣльные шаровидныя клубки — первичныя фолликулы — сильно разрастающуюся соединительную ткань. Каждый такой пузырекъ, folliculus, на разрѣзѣ представляетъ яйцевую клетку, окруженную слоемъ эпителиальныхъ ячеекъ. Образование новыхъ пузырьковъ посредствомъ отщепленія про-

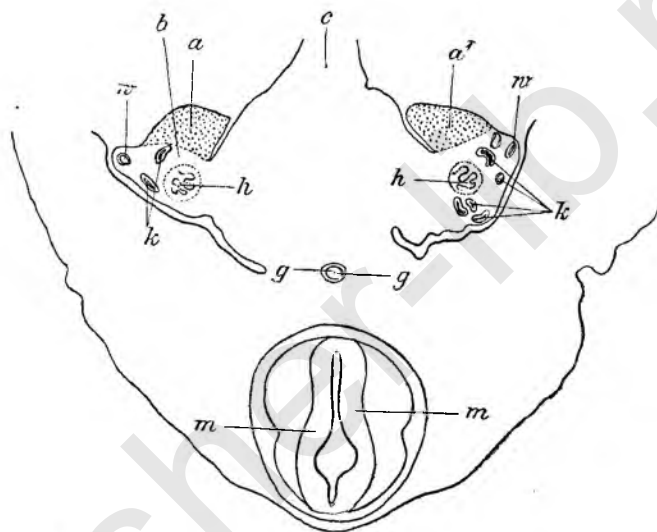


Рис. 53. Спинная часть поперечнаго разрѣза чрезъ человѣскій зародышъ 13 мм. длины (начало 6 недѣли) *a* и *a'* — половыя выступы; *b* — первичная почка; *c* — radix mesenterii; *g* — chorda dors.; *h* — glomerulus первично почки; *k* — каналъ первичной почки; *m* — мозговая спинная трубка (каналъ); *w* — Вольфовъ ходъ.

должается во все время утробной жизни и даже по рожденіи дѣвочки въ теченіе перваго года, хотя въ гораздо меньшей степени. Изъ первичныхъ пузырьковъ, вслѣдствіе накопленія жидкости и размноженія ячеекъ, образуются болѣе зрѣлыя фолликулы, извѣстныя подъ именемъ Граафовыхъ пузырьковъ. Главная функція яичниковъ — выдѣленіе яицъ — начинается только съ наступленіемъ половой зрѣлости.

У новорожденныхъ дѣвочекъ яичникъ имѣетъ плоскую форму, въ видѣ куска тесьмы, длиною 0,5 — 1 см., и расположенъ вмѣстѣ съ маткою во входѣ таза. Уже на 8 недѣль утробной жизни появляется съ каждой стороны позвоночника зачатокъ круглой связки, lig. rotundum, которая, постепенно утолщаясь, смѣщаетъ яичники и прилежащіе углы матки въ полость таза, гдѣ эти органы обыкновенно находятся

при наступлені половой зрѣлости. Образование первичныхъ пузырьковъ въ яичникѣ замѣчается у человѣческаго зародыша къ концу V мѣсяца.

Waldeyer производитъ яйцо отъ зародышеваго эпителия; Foulis и Wender полагаютъ, что клѣтки, выстилающія первичный пузырекъ, происходятъ изъ клѣтокъ соединительной ткани зачатка яичника. Въ началѣ развитія яичники и трубы лежатъ въ большомъ тазу вертикально; опущеніе въ малый тазъ происходитъ постепенно и совершается только къ концу перваго года жизни.

Вскорѣ послѣ появленія зачатковъ половыхъ железъ на передней поверхности Вольфовыхъ тѣлъ образуются Мюллеровы нити, по одной

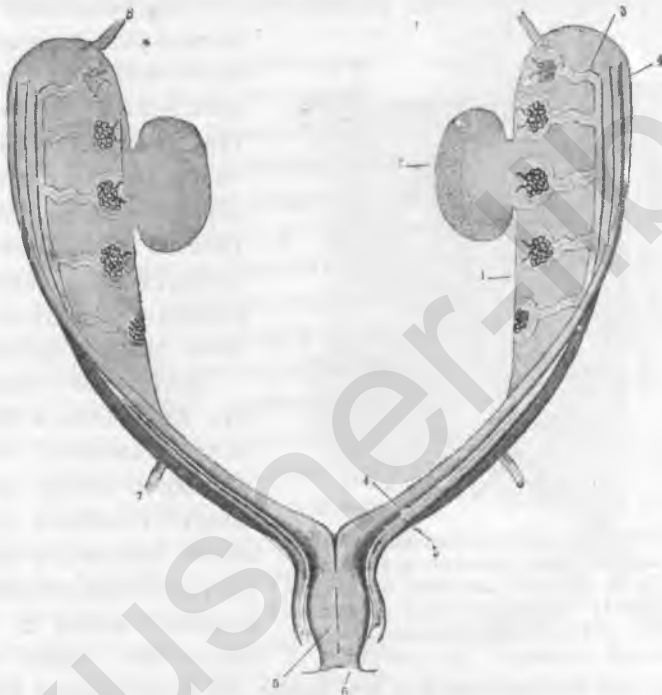


Рис. 54. Шематическое изображеніе внутреннихъ половыхъ органовъ человѣческаго зародыша женскаго пола, длина туловища котораго 3—4 см. 1 — Вольфовы тѣла; 2 — половая железа; 3 — Вольфовъ ходъ; 4 — Мюллеровъ ходъ; 5 — половой канатикъ; 6 — впаденіе нижняго конца полового канатика въ *canal. urogenitalis*; 7 — *gubernaculum Hunteri*; 8 — грудобрюшная связка первичной почки (Nagel).

съ каждой стороны, которыя въ скоромъ времени превращаются въ каналы, направляющіеся позади мочевого пузыря къ заднему концу зародыша и открывающіеся въ клоаку. Каналы въ средней и нижней части сливаются въ одинъ и въ такомъ видѣ вмѣстѣ съ зачатками яичниковъ представляютъ основу для развитія внутреннихъ половыхъ органовъ. Только на 6-мъ мѣсяцѣ утробной жизни появляется выпячиваніе ткани на мѣстѣ будущей влагалищной части, отдѣляющее матку отъ рукава. Кверху слияніе Мюллеровыхъ каналовъ доходитъ съ каждой стороны до мѣста отхожденія паховой связки Вольфова тѣла, *gubernaculum*,

будущей круглой связки матки, *lig. rotundum uteri*. Кнаружи от этого мѣста каналы всегда остаются разъединенными, изъ этой части образуются Фаллопиевы трубы. Во время утробной жизни онѣ представляютъ ясно выраженные извилины, число ихъ на 8-мъ мѣсяцѣ доходить до 6 или 7, въ образованіи которыхъ участвуетъ вся стѣнка трубы. Извилины трубы появляются вслѣдствіе несоотвѣтствія между ростомъ трубы и длиною широкихъ связокъ. У новорожденныхъ извилины менѣе выражены и число ихъ уменьшается по мѣрѣ развитія дѣвочки. При наступленіи половой зрѣлости обыкновенно ихъ не находятъ, за рѣдкими исключеніями.

Первое время верхняя часть матки между трубами представляетъ углубленіе, которое постепенно выполяется. У новорожденной дѣвочки

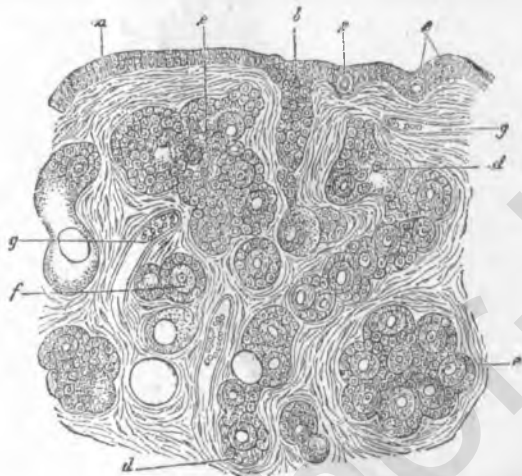


Рис. 55. Образованіе паренхимы личника. Часть продольнаго разрѣза черезъ личникъ новорожденной дѣвочки. *a* — эпителий яичника; *b* — начало образованія мѣшка; *ce* — яйца среди эпителия; *dd* — яичниковые мѣшки; *ee* — яйцевые шары; *f* — первичный пузырь; *gg* — сосуды.

матка своєю формою напоминаетъ кеглю, $\frac{2}{3}$ ея длины заняты шейкою; стѣнки которой гораздо толще, чѣмъ стѣнки тѣла. Дно матки плоское, не образуетъ выпячиванія. Въ дѣтствѣ матка растетъ медленно, нѣсколько скорѣе она развивается предъ наступленіемъ половой зрѣлости.

Влагалище развивается изъ нижней части Мюллеровыхъ каналовъ, которые сливаются между собою въ концѣ 2-го мѣсяца утробной жизни; сперва оно представляетъ непосредственное продолженіе матки и только послѣ того, какъ обозначится шейка, оно отграничивается отъ матки. Въ 6-мъ мѣсяцѣ утробной жизни во входѣ влагалища, на границѣ съ *sinus urogenitalis*, начинается приподниматься складка слизистой оболочки, которая, постепенно увеличиваясь, образуетъ дѣвственную плеву, *hymen*. Внутренняя поверхность влагалища, вначалѣ гладкая, получаетъ поперечныя и продольныя складки, которыя у новорожденныхъ достигаютъ уже значительной степени развитія.

Глава 4.

Анатомическое строеніе половыхъ органовъ женщины.

Женскіе половые органы раздѣляются на наружныя и внутреннія. Первые находятся снаружи костнаго таза, вторые помѣщаются въ тазовой полости.

А. *Наружная половая часть, vulva*, состоятъ изъ лоннаго возвышенія, большихъ и малыхъ губъ, клитора и преддверія съ его железами.

1. *Лонное возвышеніе, mons veneris*, представляетъ утолщеніе подкожной жировой клѣтчатки, непосредственно надъ лонными костями, часто отдѣленное бороздой отъ брюшныхъ покрововъ и переходящее книзу въ большія губы. При наступленіи половой зрѣлости лонное возвышеніе покрывается волосами, его кожа богата сальными и потными железами. Книзу отъ лоннаго возвышенія проходитъ по направлению къ промежности половая щель, *rima pudendi*, по обѣимъ сторонамъ которой расположены большія и малыя губы.

2. *Большія губы, labia majora*, представляютъ двѣ продолговатыя складки, слегка округленныя, наружная поверхность которыхъ покрыта волосами. Онѣ отдѣляются глубокимъ углубленіемъ отъ бедеръ, *plica genito-cruralis*. У молодыхъ здоровыхъ женщинъ большія губы плотны и полны, у женщинъ старыхъ или изнуренныхъ болѣзнями онѣ представляются морщинистыми и дряблыми, вслѣдствіе исчезновенія жира. У невинныхъ дѣвицъ и молодыхъ не рожавшихъ женщинъ, съ хорошимъ питаніемъ, губы закрываютъ половую щель, прилегая одна къ другой своими внутренними краями, на которыхъ наружные покровы тоньше, хотя сохраняютъ свойство кожи. У женщинъ рожавшихъ и пожилыхъ губы расходятся и половая щель представляется откры-



Рис. 56. Наружные половые органы.

тою. Направляясь къзади, большія губы становятся тоньше и, соединяясь между собою, образуютъ такъ называемую уздечку, *frenulum lab.*, которая часто разрывается при первыхъ родахъ; позади уздечки къвнутри находится ладьевидная ямка, *fossa navicularis*. Кожа большихъ губъ богата сальными и потовыми железами, довольно рыхлый подкожно-жирный слой толще въ верхнихъ частяхъ губъ; подъ нимъ расположена поверхностная фасція промежности, переходящая къзади на промежность и къверху до наружнаго пахового кольца, между ножками котораго находятся жировая ткань и пучки, представляющіе наружный конецъ круглой маточной связки, *lig. rotund. uteri*. Въ исключительныхъ случаяхъ здѣсь встрѣчается выпячиваніе брюшины, сопровождающей эту связку, *canalis Nuckii*.

3. *Малыя губы, labia minora, s. nymphae*, представляют довольно узкія складки, возвышающіяся съ каждой стороны на внутренней поверхности большихъ губъ, начиная отъ середины послѣднихъ и восходя кверху къ клитору, гдѣ малыя губы расщепляются на двѣ складки, изъ коихъ верхняя направляется выше клитора, образуя его крайнюю плотность, *praerutium clitoridis*, а нижняя проходитъ къ нижней поверхности этого органа, составляя его уздечку, *frenulum clitoridis*. У дѣвушекъ и молодыхъ не рожавшихъ женщинъ обыкновенно малыя губы бываютъ закрыты большими; но послѣ родовъ, въ особенности у пожилыхъ женщинъ, онѣ нѣсколько выдаются, теряютъ свою мягкость и розовый цвѣтъ, дѣлаются сухими, похожими на кожу. Строеніе сходно съ большими губами. Въ кожныхъ сосочкахъ или подлѣ нихъ, въ малыхъ губахъ расположены особенныя нервныя окончанія, извѣстныя подѣ именемъ колбовидныхъ, Мейснеровскихъ и половыхъ тѣлецъ, которыя находятся также въ наружныхъ покровахъ головки клитора, чѣмъ объясняется сладострастное ощущеніе, развивающееся въ этихъ частяхъ при совокупленіи.

4. *Клиторгъ*, или похотникъ, *clitoris*, представляетъ небольшой, способный напрягаться органъ, аналогичный съ дѣтороднымъ членомъ. Онъ состоитъ изъ двухъ кавернозныхъ тѣлъ, изъ коихъ каждое начинается отъ лонно-сѣдалищной вѣтви, направляется впередъ и кверху, соединяется съ кавернознымъ тѣломъ противоположной стороны. Тѣло клитора прикрѣплено къ лонному соединенію посредствомъ *lig. suspensorium*, оно направлено впередъ и книзу, образуя искривленіе, обращенное вогнутостью книзу; закругленный конецъ клитора носитъ названіе головки, *glans clitoridis*. Длина клитора около 2 см. Этотъ органъ способенъ напрягаться, при чемъ онъ направляется нѣсколько впереди. Пещеристыя тѣла состоятъ изъ кавернозной ткани, въ многочисленныхъ перегородкахъ которой находятся мышечныя волокна. Артеріи изливаютъ кровь прямо въ эту ткань, почему клиторъ имѣетъ способность быстро напрягаться. Онъ очень богатъ нервами, которыя получаютъ отъ *n. pudendus intern.*

5. *Преддверіемъ* называется небольшая часть полового канала, лежащая передъ дѣвственной плевой и ограниченная спереди клиторомъ, малыми губами и уздечкой. Стѣнки преддверія выстланы многослойнымъ эпителиемъ. Подъ слизистою оболочкой расположено съ каждой стороны кавернозное тѣло, *bulbus vestibuli*, которое способно набухать черезъ переполненіе кровью. Ниже похотника оба пещеристыя тѣла посредствомъ венознаго сплетанія соединяются между собою. Съ боковъ впереди дѣвственной плевы въ преддверіе открываются двѣ Бартолиновы железы, *gl. vulvo-vaginales*, принадлежащія къ числу слизистыхъ гроздевидныхъ железъ. Железа, величиною не больше боба, расположена возлѣ стѣнки входа во влагалище за дѣвственной плевой и прилегаетъ къ пещеристому тѣлу влагалища, а снаружи покрыта

m. bulbo-cavernosus. Ея выводной протокъ, длиною отъ 15—18 см. открывається въ преддверіе, непосредственно впереди дѣвственной плевы.

На верхней стѣнкѣ преддверія на 1—2 см. ниже клитора находится наружное отверстие мочевого канала, *orific. ext. urethrae*, впереди влагалищнаго бугорка, представляющаго окончаніе *columnae rugar. ant.* Обыкновенно оно круглое или звѣздчатой формы, иногда щелевидное и въ нѣкоторыхъ случаяхъ окружено въ видѣ вѣнчика выдающимся краемъ слизистой оболочки. У женщинъ мочевого каналъ, *urethra*, имѣетъ около 3 см. длины и 7 мм. ширины, способенъ къ значительному сравнительно растяженію. Наружное мочевое отверстие представляетъ наиболѣе узкое мѣсто. При стоячемъ положеніи женщины мочевого каналъ имѣетъ почти вертикальное направленіе снизу вверхъ и нѣсколько кзади; при лежаніи на спинѣ направленіе его становится горизонтальнымъ. Поднимаясь къ мочевому пузырю, мочевого каналъ описываетъ за лоннымъ соединеніемъ слабо искривленную дугу. Передняя стѣнка канала обращена къ лонному соединенію, задняя тѣсно сращена съ влагалищемъ, имѣетъ около 1 см. толщины. Стѣнки мочевого канала состоятъ изъ двухъ оболочекъ: наружной мышечной и внутренней слизистой. Мышечная оболочка имѣетъ два слоя—внутренній продольный, продолжающійся на стѣнки мочевого пузыря, и наружный циркулярный. Слизистая оболочка податлива, сѣро-розоваго цвѣта, представляетъ продольныя складки, которыя сглаживаются при растяженіи. Возлѣ наружнаго мочевого отверстия находятся углубленія, *lacinae*, въ видѣ слѣпыхъ мѣшечковъ, глубиною отъ 5 до 7 мм.; они играютъ немаловажную роль при заболѣваніи гонорреей. Нижнюю стѣнку преддверія представляетъ такъ называемая ладьевидная ямка, *fossa navicularis*.

В. *Внутренніе половые органы* состоятъ изъ влагалища, матки и ея придатковъ—Фаллопеевыхъ трубъ и яичниковъ.

1. *Влагалище*. Дѣвственная плева, *hymen*, у невинныхъ дѣвицъ отдѣляетъ влагалище отъ преддверія. Она представляетъ складку слизистой оболочки, которая поднимается, преимущественно, съ задней стѣнки. Наичаще она имѣетъ полулунное очертаніе съ вогнутостью, обращенною кверху. Она закрываетъ входъ во влагалище, оставляя небольшое отверстие, которое въ нормальномъ состояніи не пропускаетъ конца указательнаго пальца. Однако: нерѣдко встрѣчаются случаи, въ которыхъ можно съ осторожностью провести указательный палецъ чрезъ это отверстие во влагалище у дѣвушекъ, не имѣвшихъ половыхъ отношеній,—до такой степени иногда бываетъ податлива дѣвственная плева; иногда это зависитъ отъ хроническаго заболѣванія матки, мастурбаціи и повторнаго гинекологическаго изслѣдованія. При первомъ сношеніи перепонка разрывается въ одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ, образуя лоскуты, которые послѣ первыхъ родовъ сглаживаются и превраща-

ются въ такъ называемые сосочки, *carunculae myrtiformes*. Въ виду значенія, которое имѣетъ иногда дѣвственная плева въ судебно-медицинскомъ отношеніи, необходимо знать, что форма и очертанія дѣв-



Рис. 57. *Hymen semilunaris*, наиболее частая форма дѣвственной плевы.



Рис. 58. *Hymen annularis*, болѣе рѣдкая форма дѣвственной плевы.

ственной плевы неодинаковы. Д-ръ В. Мержеевскій различаетъ два вида дѣвственной плевы—дѣвственную плеву въ видѣ заслонки и

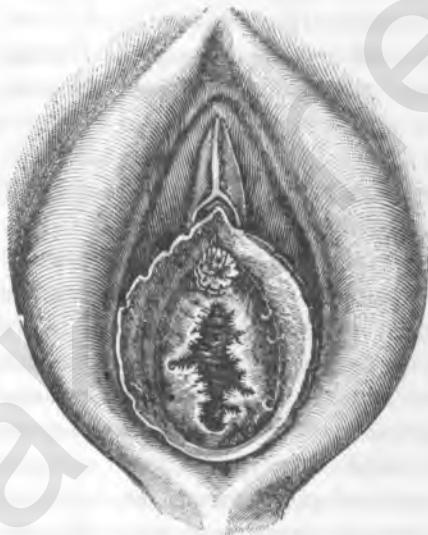


Рис. 59. *Hymen fimbriatus*, у взрослыхъ встрѣчается не часто.



Рис. 60. *Hymen septus* съ 2 неравными отверстіями, рѣдкая форма.

дѣвственную плеву въ видѣ каймы, выступающей вокругъ входа во влагалище. Каждый изъ этихъ видовъ представляетъ нѣсколько подраздѣленій. Къ первому виду, кромѣ вышеописанной полулунной формы

h. semilunaris, еще относятся *h. imperforatus, annularis, cribrosus*. Ко второму виду—*h. fimbriatus, lobularis et spiralis*. Дѣвственная плева въ видѣ каймы встрѣчается наичаще у малолѣтнихъ дѣвочекъ. Повидимому, она въ нѣкоторыхъ случаяхъ переходитъ съ возрастомъ въ перепончатую форму.

За дѣвственною плевой расположено *влагалище* или рукавъ, *vagina*, представляющее каналъ, посредствомъ котораго матка сообщается съ наружными половыми органами. Черезъ этотъ каналъ сѣмя попадаетъ въ матку и содержимое послѣдней выдѣляется наружу. Собственно говоря, въ нормальномъ состояннн канала не существуетъ, пока *влагалище* пусто; его передняя и задняя стѣнки прилегаютъ одна къ другой. При стоячемъ положеннн женщины, *влагалище*, подобно мочевому каналу, имѣетъ также вертикальное направленнн, проходя снизу вверхъ и отклоняясь къзади. При положеннн женщины на спинѣ *влагалище* получаетъ

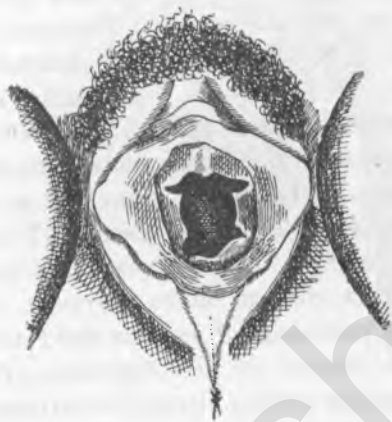


Рис. 61. Входъ во *влагалище* у нерожавшей замужней женщины.



Рис. 62. Входъ во *влагалище* у рожавшей женщины.

почти горизонтальное направленнн. Входъ во *влагалище*, *introitus vaginae*, находится въ передней части выхода таза и представляетъ, при цѣлости промежности, наиболѣе узкое мѣсто на всемъ протяженнн рукава. Верхняя часть *влагалища*, въ которую вдается нижняя часть *маточной шейки*, *portio vaginalis uteri*, напротивъ, представляется значительно расширенною, образуя вокругъ шейки такъ называемые своды—передннй, задннй и 2 боковые. Стѣнка *влагалища* способна сильно растягиваться, что доказываетъ, между прочимъ, весь ходъ родовъ. Такъ какъ *влагалище* образуетъ небольшую кривизну съ выпуклостью къзади, то задняя стѣнка обыкновенно на 1—1,5 см. длиннѣе передней, имѣющей длину отъ 7 до 8 см. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ длина *влагалища* достигаетъ 10 даже 11 см.

Въ стѣнкахъ *влагалища* раздѣляютъ три слоя. Наружннй фиброзный слой, содержащнй эластическня волокна и окруженный венозными

сплетеніями; средній слой, состоящій изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и небольшого количества поперечно-полосатыхъ, преимущественно во входѣ; внутренній слой представляетъ слизистая оболочка, тѣсно соединенная съ мышечнымъ слоемъ. Стѣнки влагалища, преимущественно мышечный слой, переходятъ кверху въ существо матки, а книзу, при посредствѣ фасціи промежности, онѣ прикрѣпляются къ вѣтвямъ лонной дуги. Въ матку, по изслѣдованіямъ Dührssen'a, влагалище переходитъ двумя слоями; поверхностный слой, который развѣтвляется вѣрообразно и распредѣляется въ наружномъ слое *port. vaginal.*, состоитъ преимущественно изъ эластическихъ волоконъ; внутренній слой, состоящій изъ мышцъ, переходитъ въ глубину до внутренняго зѣва матки, а также въ существо влагалищной части.

Передняя стѣнка влагалища соединяется также съ мочевымъ пузыремъ и тѣсно срастается съ мочевымъ каналомъ. Соединеніе съ пузыремъ довольно неподатливое такъ что при опущеніи передней стѣнки влагалища опускается вмѣстѣ съ нею мочевой пузырь. Толщина влагалищно-пузырной перегородки 7—8 mm. Задняя стѣнка влагалища возлѣ матки на протяженіи почти 2—3 cm. покрыта брюшиною; далѣе она прилегаетъ къ прямой кишкѣ, образуя влагалищно-кишечную перегородку. Клѣтчатка, соединяющая заднюю стѣнку влагалища съ прямою кишкой, далеко не такъ плотна, какъ на передней стѣнкѣ, и позволяетъ влагалищу нѣсколько смѣщаться отдѣльно отъ кишки. Только въ нижней части, гдѣ между этими частями вдается кверху въ видѣ клина промежность, соединеніе дѣлается гораздо болѣе плотнымъ. По сторонамъ влагалища справа и слѣва расположена тазовая клѣтчатка, а въ нижней части прикрѣпляется *m. levator ani*. Въ боковыхъ стѣнкахъ рукава проходятъ наиболѣе крупные сосуды. Входъ во влагалище суживается фасціями промежности, а также отчасти находящейся здѣсь мышцею *m. bulbocavernosus s. constrictor cunni*. Нѣкоторыя волокна ея, перекрещиваясь, соединяются съ мышцею *sphincter ani*, а впереди выше мочевого канала они прикрѣпляются къ соответствующей ножкѣ клитора и къ фасціи. Способность въ сокращенію этого мускула неодинакова у различныхъ субъектовъ; иногда она совершенно утрачивается вслѣдствіе разрыва промежности или чрезмѣрнаго растяженія послѣдней при родахъ. У такихъ женщинъ большія губы сильно расходятся, и входъ во влагалище остается широко открытымъ.

Внутренняя поверхность влагалища представляется неровною въ особенности въ средней и нижней части этого канала. На передней и задней стѣнкѣ выдаются продольныя возвышенія—*columnae rugae ant. et post.*, первое расположено нѣсколько выше второго. Отъ нихъ проходятъ поперечныя возвышенія и между ними бороздки. Вслѣдствіе родовъ они отчасти уничтожаются въ верхней части влагалища, но въ нижней части болѣе или менѣе сохраняются. Стѣнки влагалища вообще замѣтно утолщаются по направленію книзу и оканчиваются упомяну-

тыми возвышеніями вблизи входа. Поверхность слизистой оболочки, покрытая многочисленными коническими или нитеобразными сосочками, одѣта многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ. Иногда здѣсь находили въ небольшомъ количествѣ слизистыя железы, но, по изслѣдованіямъ Veit'a, чаще ихъ вовсе не бываетъ. Съ наступленіемъ болѣе пожилого возраста слой эпителия становится тоньше; уменьшеніе въ числѣ и величинѣ сосочковъ зависитъ не только отъ возраста, но также отъ числа родовъ, частоты coitus, отъ степени растяженія влагалища и пр. Лимфатическіе сосуды, по изслѣдованію Poirier, находятся въ слизистой оболочкѣ, а болѣе широкая сѣтъ въ мышцахъ. Они переходятъ изъ нижней части въ *gl. inguinales*, изъ средней и верхней вмѣстѣ съ лимфатическими сосудами шейки въ *gl. iliacae*.

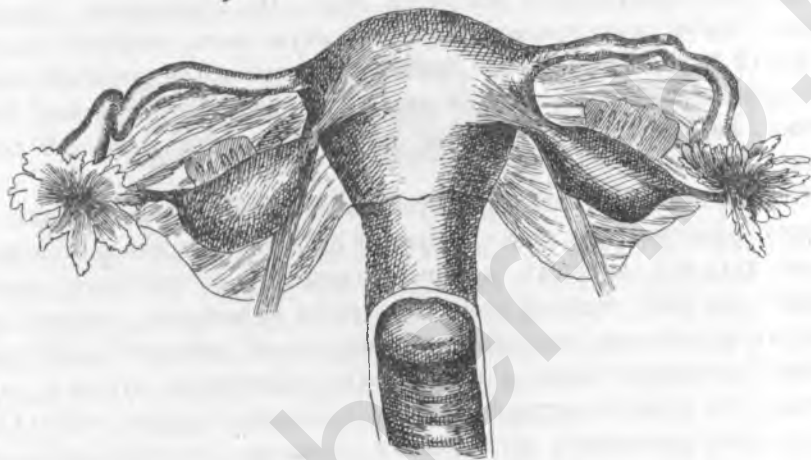


Рис. 63. Матка съ ея придатками.

Кпереди возлѣ влагалища, какъ уже сказано, находится *мочевой пузырь*, стѣнки котораго главнымъ образомъ состоятъ изъ пересѣкающихся во всѣхъ направленіяхъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ. На внутренней поверхности пузыря находится слизистая оболочка, покрытая однослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, лишенная сосочковъ и железокъ. Шейка мочевого пузыря расположена у женщины на 2,5—3 см. позади лоннаго соединенія. Мочеточники прободаютъ стѣнку мочевого пузыря въ косвенномъ направленіи снаружи и сверху, кнутри и книзу проходятъ 1,5 — 2 см. подъ слизистой оболочкой. По изслѣдованіямъ Симона, внутреннее отверстіе мочевого канала отстоитъ на 4 см. отъ отверстія мочеточника, послѣднее же удалено отъ уровня наружнаго маточнаго устья на 3 см. Въ такомъ же приблизительно разстояніи расположены одно отъ другого отверстія мочеточниковъ. Часть дна мочевого пузыря, расположенная между внутреннимъ отверстіемъ мочевого канала и отверстіями мочеточниковъ, носитъ названіе *trigonum Lieutaudii*.

2. Правильно развитая *матка* имѣетъ грушевидную форму, сдавленную спереди назадъ, при чемъ ея передняя поверхность болѣе выпукла. Различаютъ тѣло матки съ закругленнымъ дномъ, которое особенно выдается у рожавшихъ женщинъ, и шейку, выступающую отчасти въ сводѣ влагалища. Тѣло матки съ шейкою образуетъ сгибъ въ видѣ открытаго кпереди и закругленнаго угла. Влагалище непосредственно переходитъ въ ткань матки въ области шейки, которая такимъ образомъ раздѣляется на двѣ части — влагалищную и вышевлагалищную, *port. vaginalis et port. supravaginalis*. Толщина стѣнки въ тѣлѣ матки доходитъ до 1 см., въ шейкѣ нѣсколько меньше. На поперечномъ разрѣзѣ полость матки имѣетъ форму треугольника, верхніе углы котораго соотвѣтствуютъ началу Фаллопиевыхъ трубъ, а нижній представляетъ внутренній маточный зѣвъ. На продольномъ разрѣзѣ полость матки представляетъ продолговатую щель, наиболѣе сжатую на мѣстѣ внутренняго зѣва. Длина канала правильно развитой здоровой матки отъ 6—7 см., изъ коихъ 3 см. приходится на шейку. Въсѣ матки у нерожавшей женщины не менѣе 45 grm., у рожавшей почти вдвое болѣе.

Стѣнка матки состоитъ преимущественно изъ мышечной ткани, въ которой различаютъ 3 слоя. Наружный слой состоитъ изъ продольныхъ и косо идущихъ волоконъ, которыя переходятъ въ маточныя связки; средній, наиболѣе толстый слой, образуется мышечными пучками, идущими въ различныхъ направленіяхъ; внутренній, наиболѣе тонкій слой, состоитъ преимущественно изъ круговыхъ мышечныхъ пучковъ, заложенныхъ въ области внутренняго зѣва и отверстій трубъ. Werth и Груздевъ различаютъ въ стѣнкахъ матки на основаніи наблюденій надъ развитіемъ этого органа всего 2 слоя — внутренній, первоначальный, и наружный, вторичный, который развивается впоследствии на мѣстѣ соединительной ткани. Влагалищная часть шейки, по изслѣдованіямъ Ассонсі, содержитъ сравнительно мало мышечной ткани, въ ней много содержится соединительной ткани, преимущественно въ наружныхъ слояхъ, богатыхъ сосудами, гдѣ находится также много эластическихъ волоконъ, переходящихъ, по изслѣдованію Dührssen'a, отъ стѣнокъ влагалища; у новорожденныхъ дѣвочекъ и старыхъ женщинъ этихъ волоконъ мало.

Полость матки выстлана слизистою оболочкой, имѣющей отъ 1—2 mm. толщины. Основа ея состоитъ изъ тонко-волокнистой, богатой клѣтками соединительной ткани, между которыми разсѣяны лимфатическія тѣльца. Эта ткань, богатая кровеносными и лимфатическими сосудами, образуетъ основу слизистой оболочки. Она чрезвычайно богата трубчатыми железами, доходящими до мышечнаго слоя; нѣкоторыя изъ нихъ представляются раздвоенными на своемъ наружномъ концѣ. Эти железы и поверхность слизистой оболочки выстланы слоемъ цилиндрическаго эпителія съ ворсинками, которыя колеблются по направленію

къ выходному отверстию матки. Такой же эпителий выстилает полость канала шейки. Здѣсь слизистая оболочка состоитъ изъ болѣе плотной волокнистой соединительной ткани и содержитъ многочисленныя дольчатыя железки. На внутренней поверхности канала шейки замѣчаются на передней и задней стѣнкахъ продольные выступы съ поперечными складками, извѣстные подъ именемъ *arbor vitae*. Наружное отверстие матки у женщинъ не рожавшихъ представляетъ небольшую поперечную щель, раздѣляющую влагалитную часть на переднюю и заднюю губы; часто также это отверстие имѣетъ круглую форму. У рожавшихъ, вслѣдствіе надрывовъ во время родовъ, губы раздѣлены гораздо яснѣе и нерѣдко отверстие имѣетъ неправильную форму. Въ нормальномъ состояніи слизистая оболочка матки, несмотря на обиліе железокъ, отдѣляетъ только небольшое количество прозрачной тягучей слизи.



Рис. 64. Различныя формы наружнаго маточнаго зѣва.

Наружная поверхность матки выстлана брюшиной, которая плотно прикрѣпляется къ тѣлу матки; спереди на уровнѣ внутренняго зѣва она переходитъ на пузырь, который соединяется съ шейкой матки посредствомъ довольно рыхлой соединительной ткани; сзади брюшина спускается на шейку и покрываетъ верхнюю часть задней стѣнки влагалитца. Съ боковъ матки брюшина направляется справа и слѣва къ тазовой стѣнкѣ, образуя широкія связки, въ верхней части которыхъ расположены Фаллопиевы трубы, возлѣ нихъ отъ угловъ матки отходятъ съ каждой стороны круглыя связки и связки яичника. Въ нижней части широкой связки находится плотная фиброзная ткань, происходящая отъ тазовой фасціи, *lig. cardinale*. *Poirier* различаетъ въ маткѣ серозную и болѣе толстую подсерозную сѣти лимфатическихъ сосудовъ, которые собираются въ стволы, переходящіе въ широкія связки, оттуда въ *gl. lumbales*. Только немногіе спускаются по *lig. rotundum uteri* и переходятъ чрезъ паховой каналъ въ *gl. inguinales*. Возлѣ шейки лимфатическіе сосуды образуютъ сплетеніе. Въ широкихъ связкахъ расположены также венозныя сплетенія, а ближе къ трубѣ проходятъ вѣтви *art. spermat. ext.*, которая чрезъ *lig. infundibulopelvicum* переходитъ въ широкую связку. Маточная артерія, *art. uterina*, проходитъ на небольшомъ протяженіи, начиная отъ *art. hypogastr.*, чрезъ основаніе широкой связки; приближаясь къ маткѣ, она даетъ большую вѣтку, которую *Hofmeier* находилъ постоянно, къ шейкѣ и влагалитцу. Дальше на уровнѣ внутренняго зѣва она прилегаетъ къ стѣнкѣ матки съ боку и въ этомъ направленіи поднимается кверху, спирально извиваясь и отдавая многочисленныя вѣтки.

Нервы матки происходят от *plex uterinus magn.*, которое расположено на мѣстѣ дѣленія аорты. Ниже оно раздѣляется на два подчревныя сплетенія, *plex. hypogastricus*. Двигательныя волокна оканчиваются въ гладкихъ мышцахъ, а чувствительныя доходятъ до цилиндрическаго эпителия и железъ, по изслѣдованіямъ Неггф, Гавронскаго и другихъ. Гавронскій нашелъ также на нервахъ матки нервныя клѣтки.

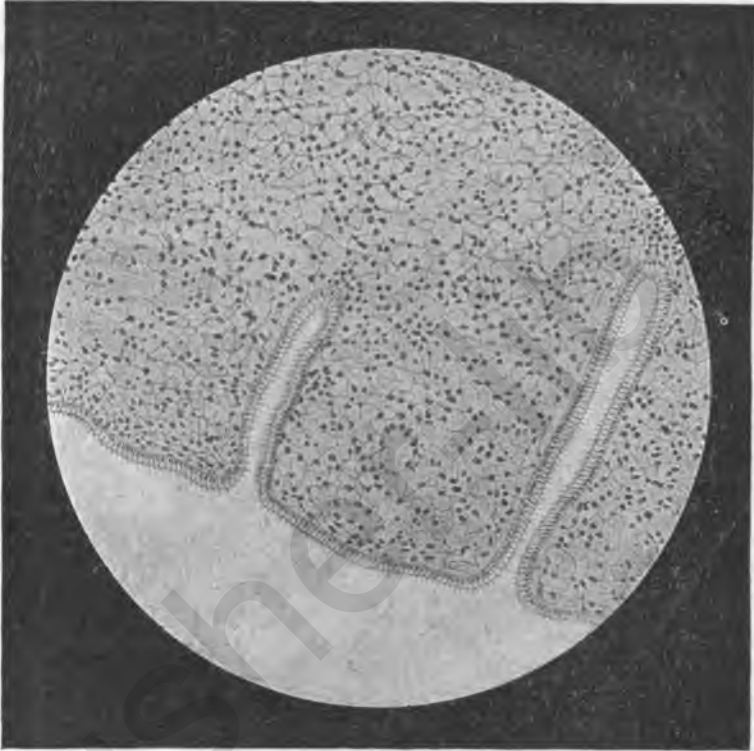


Рис. 65. Разрѣзъ въ вертикальномъ направленіи черезъ нормальную слизистую оболочку матки. Увеличеніе въ 145 разъ.

Въ небеременномъ состояніи матка расположена въ полости таза ниже плоскости входа, причемъ наружное отверстіе влагалищной части почти соотвѣтствуетъ прямому размѣру, соединяющему верхушку лонной дуги и конецъ крестцовой кости. Здѣсь матка расположена между мочевымъ пузыремъ и прямой кишкой, передняя поверхность ея прилегаетъ къ мочевому пузырю, а задняя и дно матки покрыты кишечными петлями. Книзу матка опирается на влагалище, съ которымъ она соединяется подъ тупымъ угломъ, открытымъ кпереди. Такое положеніе матки поддерживается плотными стѣнками влагалища, тазовою фасціей, а также *m. levator ani* и его апоневрозомъ, тазовой клѣтчаткой, брюшиной и собственными связками матки. Изъ числа по-

слѣднихъ наибольшее вліяніе на положеніе матки отказываютъ заднія связки, lig. uterosacralia, которыя направляются отъ шейки ко 2 и 3 крестцовому позвонку; онѣ состоятъ изъ волокнистой ткани и гладкихъ мышечныхъ волоконъ и покрыты брюшиною. Направляясь къзади, онѣ образуютъ верхній край Дугласовой впадины. Гораздо меньше значенія для удержанія матки на мѣстѣ имѣютъ широкія, а также круглыя связки. Широкія связки главнымъ образомъ ограничиваютъ движенія



Рис. 66. Положеніе матки при переполненномъ мочевомъ пузырь. Буквы указываютъ мѣсто, гдѣ къ стѣнкамъ пузыря прилегаютъ снаружи клетчатка.

матки въ сторону. При оттягиваніи матки книзу напрягаются также art. hypogastr. и нижніе крестцовые нервы. По мнѣнію Ziegenspeck'a, пучки сосудовъ и сопровождающая ихъ плотная ткань также отчасти способствуютъ удержанію матки на мѣстѣ.

Хотя матка занимаетъ извѣстное опредѣленное положеніе, но въ здоровомъ состояніи она обладаетъ значительною подвижностью, вслѣдствіе устойчивости удерживающихъ ее связокъ и тканей. При каждомъ дыханіи, и въ особенности при напряженіи брюшнаго пресса, матка

опускается и поднимается. Когда мочевой пузырь наполняется мочою, она смѣщается кзади и кверху; при наполненіи прямой кишки матка отодвигается кпереди, а также нѣсколько вправо. При изслѣдованіи через влагалище, можно отодвинуть матку кверху, въ сторону и смѣстить ее книзу по крайней мѣрѣ до начала мочевого кавала. Наимеиѣе подвижна здоровая матка въ направленіи сзади напередъ.



Рис. 67. Положеніе матки при растянутомъ мочою пузырь и при переполненной прямой кишкѣ.

Когда переполнены оба эти органа, то связки *lig. lat. et. rotund.* растягиваются, *lig. uterosacralia* напрягаются, что не остается безъ вліянія на матку. Если переполненіе пузыря и кишекъ представляетъ обычное явленіе, то растягивается также *ureteres* и въ лоханкахъ можетъ даже застаиваться моча. Давленіе на нервы и сосуды таза усиливается, въ слизистой оболочкѣ матки происходитъ застой, иногда доходящій до истеченія крови, въ пузырькахъ яичника происходятъ регрессивныя измѣненія и атрофія. Патологическія измѣненія въ плотныхъ тазовыхъ

фасцияхъ оказываютъ также вліяніе на измѣненіе положенія матки. При раздраженіи паховой области, гдѣ оканчивается *lig. rotund.*, чрезъ сокращеніе послѣдней, матка замѣтно наклоняется кпереди.

3. *Фаллопиевы трубы* представляютъ каналы, чрезъ которые сѣмя достигаетъ яйца и послѣднее проходитъ въ полость матки. У взрослыхъ женщинъ обѣ трубы расположены горизонтально въ маломъ тазу и отходятъ отъ угла матки, гдѣ соединяются дно и тѣло ея. Длина ихъ отъ 12 до 15 см. Трубы расположены на верхнемъ краю широкихъ связокъ. Внутренняя тонкая часть трубы имѣетъ прямое направленіе, наружная, болѣе широкая, образуетъ кривизну, огибая наружный конецъ яичника и его свободный край.

Наружный расширенный конецъ трубы, *ampulla*, представляетъ отверстіе въ видѣ воронки, окруженное лопастями съ зазубренными краями, *fimbria tubae*. Одна наиболѣе длинная лопасть проходитъ къ яичнику, *fimbria ovarica*. На концѣ трубы находится пузырекъ на длинной ножкѣ, *hydatis Morgagni*. Добавочныя трубы встрѣчаются очень рѣдко; каналъ ихъ, по изслѣдованіямъ *Kossmann'a*, никогда не сообщается съ полостью нормальной трубы. Чаше встрѣчается добавочное отверстіе въ трубѣ. Напротивъ, *Kube* чаще находилъ на трупахъ добавочныя трубы.

Стѣнки трубы состоятъ изъ трехъ оболочекъ — серозной, мышечной и слизистой. Брюшина покрываетъ три четверти окружности трубы; на краяхъ наружнаго отверстія слизистая оболочка переходитъ въ серозную. Мышечный слой состоитъ изъ наружныхъ продольныхъ волоконъ, происходящихъ отъ матки, и внутреннихъ циркулярныхъ, принадлежащихъ трубѣ. Эластическія волокна находятся во всѣхъ слояхъ стѣнки трубы у взрослыхъ женщинъ и дѣвицъ, напротивъ, у старухъ и дѣтей моложе 1 года эта ткань встрѣчается только въ серозномъ пекровѣ трубъ. Слизистая оболочка представляетъ длинныя продольныя складки, которыя, древовидно развѣтвляясь, вдаются въ полость канала трубы и какъ бы раздѣляютъ ее на отдѣльные узкіе каналы, по которымъ можетъ двигаться яйцо при дѣйствіи ворсинокъ цилиндрическаго эпителия, которымъ выстлана слизистая оболочка трубы. Ворсинки колеблются по направленію отъ наружнаго конца къ маткѣ. Опыты *Kenner'a*, *Heil'я* и другихъ показали, что жидкость и частицы изъ полости брюшины переходятъ въ трубу, что зависитъ отъ движенія ворсинокъ, нельзя отрицать также вліянія перестальтического движенія трубы.

Назначеніе трубы состоитъ въ захватываніи и передвиженіи яйца въ полость матки. Судя по анатомическому отношенію трубы къ прилежащему яичнику, значеніе этого канала въ процессѣ овуляціи не ограничивается только пассивною ролью. На это указываютъ между прочимъ описанныя *Rouget* мышечныя пучки, идущіе отъ боковыхъ краевъ матки въ каждой трубѣ. Въ трубахъ нервы оканчиваются въ эпителиальномъ слоѣ слизистой оболочки и въ мышцахъ.

4. *Яичники*, числомъ два, представляютъ органы, гдѣ образуются и откуда выдѣляются яйца. Яичники расположены на задней складкѣ широкой связки ниже тазового входа, позади Фаллопиевыхъ трубъ. У взрослыхъ женщинъ эта складка образуетъ какъ бы короткую брыжжейку, *mesovarium*, которая переходитъ на тонкій передній край яичника, *hilus ovarii*, чрезъ который вступаютъ въ яичникъ сосуды и нервы. Яичникъ имѣетъ форму миндальнаго зерна; его наружный широкій конецъ прикрѣпляется къ боковой стѣнкѣ таза посредствомъ *lig. infundibulo-pelvic.*; яичникъ, по замѣчанію *Waldeyer'a*, какъ бы виситъ на этой связкѣ. Внутренній узкій конецъ соединяется съ угломъ матки посредствомъ *lig. ovaricum*, длина которой около 2 см. Захвативъ яичникъ пальцами, его можно отодвинуть отъ широкой связки, при чемъ нѣсколько оттягивается брыжжейка. Положеніе яичниковъ довольно измѣнчиво, оно зависитъ отъ положенія матки, а также отчасти отъ положенія сосѣднихъ органовъ. Задній край яичника, болѣе толстый и закругленный, направленъ къзади и кънутри. Въ стоячемъ положеніи женщины верхняя поверхность яичника смотритъ кверху и прилегаетъ отчасти къ боковой стѣнкѣ таза, а нижняя обращена въ Дугласово пространство. При этомъ продольная ось яичника имѣетъ почти вертикальное направленіе. По изслѣдованіямъ *Passe*, яичники лежатъ возлѣ боковой стѣнки таза надъ выдающимся внутреннимъ краемъ *m. psoas*. Труба облегаетъ яичникъ, окружая его снаружи внутрь. Яичникъ, будучи покрытъ бахромкой трубы, какъ бы обособляется отъ прочей брюшины, *bursa ovarica*. *Waldeyer* часто находилъ яичники лежащими въ ямкѣ, *fossa obturatoria*, образуемой въ видѣ треугольника *lig. rot., v. iliaca ext. et ureter*. Широкая связка на каждой сторонѣ начинается отъ стѣнокъ таза, впереди отъ *symph. sacro—iliaca*, почему наружный конецъ яичника лежитъ непосредственно впереди этого сочлененія. Такъ какъ матка наичаще бываетъ отклонена въ правую сторону, то лѣвый яичникъ обыкновенно лежитъ нѣсколько глубже праваго.

Свободная поверхность яичника, выступающая изъ широкой связки, покрыта однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Оболочка яичника, *albuginea*, представляетъ плотную перепонку изъ волокнистой соединительной ткани, волокна которой переходятъ въ строму яичника. На разрѣзѣ можно простымъ глазомъ различать два слоя—наружный, корковый, содержащій Граафовы пузырьки и первичные фолликулы, число которыхъ въ яичникѣ молодой женщины достигаетъ 36000, и внутренній мозговидный слой, расположенный около *hilus ovarii* и состоящій изъ рыхлой соединительной ткани, въ которой расположены извилистыя артеріи, вены и лимфатическіе сосуды, а также нервы; кромѣ того, находятся здѣсь гладкія мышечныя волокна отъ *lig. ovaricum*. Нервы, развѣтвляясь, въ большомъ числѣ направляются въ корковый слой. У молодыхъ женщинъ среднимъ числомъ длина яичника равняется 4 см., ши-

рина около 2 см., вѣсъ отъ 5 до 8 grm. У старыхъ женщинъ вслѣдствіе атрофіи и сморщиванія яичника вѣсъ его уменьшается значительно.

Наиболѣе важную въ физиологическомъ отношеніи часть яичника составляетъ кортикальный слой, въ которомъ среди разнообразно расположенныхъ пучковъ соединительной ткани находится существенный элементъ яичника — пузырьки, folliculi.

У взрослыхъ женщинъ малые фолликулы лежатъ ближе къ поверхности яичника, а болѣе зрѣлые — глубже. Первичный пузырекъ содержитъ яйцо, окруженное эпителиальными клѣтками, какъ вѣнчикомъ. Стѣнка пузырька, theca folliculi, состоитъ изъ веретенообразныхъ клѣтокъ соединительной ткани, происходящихъ изъ стромы яичника. Въ болѣе зрѣлыхъ пузырькахъ начинается скопляться жидкость, liquor folliculi, при чемъ значительно увеличивается объемъ пузырька. Зрѣлый Граафовъ пузырекъ имѣетъ стѣнку, состоящую изъ двухъ слоевъ, приблизительно одинаковой толщины — наружнаго изъ волокни-

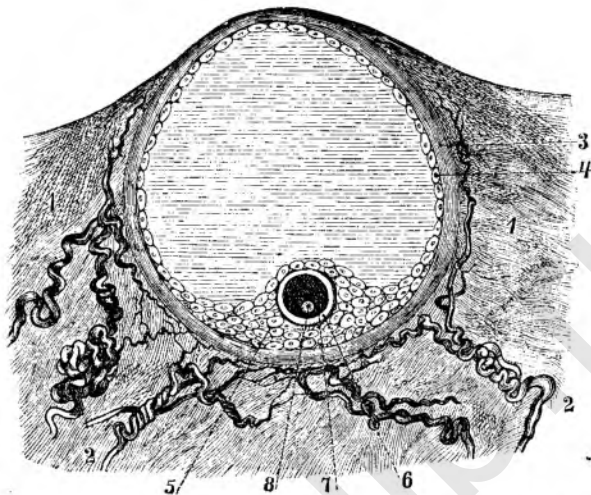


Рис. 68. Зрѣлый Граафовъ пузырекъ съ яйцомъ: 1 — строма яичника; 2 — сосуды; 3 — theca folliculi; 4 — memb. granulosa; 5 — discus proliger; 6 — zona pellucida; 7 — желтокъ; 8 — зародышевый пузырекъ и пятнышко.

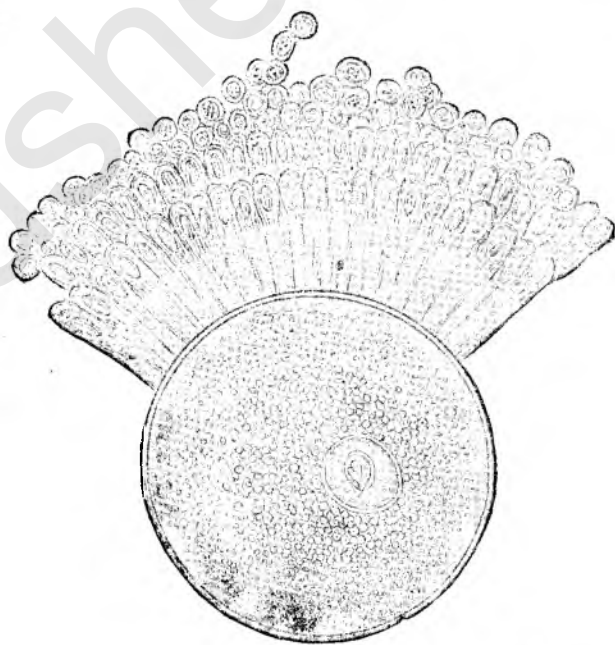


Рис. 69. Зрѣлое яйцо съ частью discus proligerus.

стой ткани, *tunica fibrosa*, и внутреннего, образованного из ткани, богатой клетками и круглыми веретенообразными, *theca s. tunica propria*. На внутренней поверхности этой оболочки находится многослойный цилиндрический эпителий, *membrana granulosa*; на одномъ мѣстѣ онъ ссучивается въ особенности, *discus proligerus*, и окружаетъ яйцо. Очень рѣдко въ пузырькѣ бываетъ два яйца. Зрѣлый Граафовъ пузырекъ достигаетъ 1—1,5 даже 2,5 см. въ діаметрѣ. Въ первичномъ пузырькѣ протоплазма яйца, по наблюдениямъ Nagel'я, особенной оболочки не имѣетъ, но въ зрѣлыхъ Граафовыхъ пузырькахъ она окружена оболочкой—*zona pellucida*, представляющей продуктъ выдѣленія эпителиальныхъ клетокъ, *discus proligerus*. Оболочка яйца имѣетъ двойной контуръ и слегка лучистое строеніе, но никакихъ поръ въ человѣческомъ яичкѣ до сихъ поръ не открыто.

Протоплазма яйца, окруженная *zona pellucida*, называется желткомъ; въ немъ заключается ядро, *vesicula germinativa*, и ядрышко, *macula germinativa*. Величина зрѣлаго человѣческаго яйца около 0,2 mm. Огромное большинство разной величины пузырьковъ яичника, по наблюдениямъ Schottlaender'a и другихъ, подвергается атрезіи, которая представляетъ фізіологическое явленіе. Яйца при этомъ погибаютъ, вслѣдствіе гіалиноваго и жирового перерожденія, которому подвергается также эпителий, послѣ чего полость пузырька спадается и на мѣстѣ его образуется рубецъ. Изъ громаднаго количества пузырьковъ въ яичникахъ, едва ли въ теченіе жизни болѣе 400—700 пузырьковъ подвергаются созрѣванію и выдѣленію зрѣлаго яйца. По изслѣдованіямъ Knaue'а, яичникъ представляетъ органъ, одаренный большою жизненностью. У кроликовъ пересаженный въ другое мѣсто въ брюшной полости яичникъ не только прирастаетъ, но даже продолжаетъ временно функционировать.

Въ широкой связкѣ между ампулярною частью трубы и яичникомъ находятся остатки Вольфова тѣла, *parovarium*. Онъ состоитъ изъ отдѣльныхъ закрытыхъ трубочекъ, расположенныхъ въ рядъ въ видѣ лучей опахала; внутри онѣ выстланы цилиндрическимъ мерцательнымъ эпителиемъ. Гиглеръ, кромѣ обычнаго мѣста наблюдалъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ трубочки яичниковаго придатка въ наружномъ мышечномъ слоеѣ трубъ и въ области *hilus ovarii*.

Яичники получаютъ кровь изъ *art. spermatica int.*, которая отдаетъ нѣсколько спирально изогнутыхъ вѣтвей. Вены собираются въ большое силетеніе, *pl. spermaticus*. Лимфатическіе сосуды яичника по мочеточнику переходятъ въ *gl. iliaca*. Въ яичникахъ встрѣчается много нервовъ, одни изъ нихъ идутъ къ мышцамъ, другіе къ пузырькамъ, оплетаютъ ихъ и доходятъ, до *stratum granulos.*, гдѣ оканчиваются утолщеніями. Нѣкоторые видѣли окончанія нервовъ въ оболочкѣ пузырька и въ стѣнкахъ сосудовъ.

Яичникъ представляетъ чрезвычайно жизненный органъ, что доказывается между прочимъ возможностью его пересадить съ одного мѣста на другое у животнаго и даже перенести его въ полость живота другого животнаго, какъ это показали опыты Григорьева, Клауег'а, Morchese'а и Ribbert'а. Однако, лучше всего прирастаетъ яичникъ на широкой связкѣ, при чемъ даже функциональная дѣятельность его продолжается, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

Послѣ удаленія яичниковъ въ дѣтствѣ, фигура женщины и даже ея тазъ получаютъ мужской типъ, ничего подобнаго не бываетъ послѣ кастраціи взрослыхъ женщинъ.

Несмотря на значительное количество нервовъ, развѣтвляющихся въ родовомъ каналѣ, нѣкоторыя ощущенія въ его стѣнкахъ развиты слабо, въ особенности ощущеніе мѣста. Женщина не легко различаетъ прикосновеніе къ мочевому каналу, вульву или влагалищу одно отъ другого. Ощущеніе лучше развито въ нижней части влагалища, нежели въ верхней. Надавливаніе и ощущеніе теплоты лучше различается въ мочевомъ каналѣ. Ощущеніе боли наиболѣе развито въ мочевомъ каналѣ и въ тѣлѣ матки, слабѣе во влагалищѣ и шейкѣ. Впрыскиваніе обеззараживающей жидкости ослабляетъ чувствительность въ стѣнкахъ влагалища.

Отдѣлъ VI.

Функции женскихъ половыхъ органовъ въ небеременномъ состояніи.

Глава I.

Мѣсячныя очищенія.

По достиженіи половой зрѣлости у дѣвушекъ чрезъ опредѣленный промежутокъ времени появляется изъ половыхъ частей отдѣленіе крови, извѣстное подъ именемъ мѣсячныхъ очищеній, *menstruatio*.

Время появленія первыхъ мѣсячныхъ. Наступленіе половой зрѣлости происходитъ въ неодинаковое время у женщинъ. Собранныя въ различныхъ мѣстностяхъ статистическія данныя даютъ довольно вѣрныя свѣдѣнія о первомъ появленіи мѣсячныхъ. Въ нашей мѣстности мѣсячныя очищенія появляются наичаще у дѣвушекъ на 15 и 16 году, хотя время ихъ появленія въ отдѣльныхъ случаяхъ колеблется между 11 и 22-мъ годами. На первое появленіе мѣсячныхъ оказываютъ вліяніе различныя условія общественной жизни, наследственность, раса, климатъ, цвѣтъ кожи, тѣлосложеніе, характеръ и проч. Вліяніе нѣкоторыхъ изъ этихъ условій трудно доказать, вліяніе другихъ выступаетъ болѣе или менѣе рѣзко. Болѣе чѣмъ въ половинѣ случаевъ первыя мѣсячныя появляются у дѣвушекъ въ южной Азіи между 11—13 годами, во Франціи между 13—16, въ сѣверной Россіи между 15 и 18 годами. Эти данныя не оставляютъ сомнѣнія, что сѣверныя женщины вообще позже получаютъ мѣсячныя, нежели обитательницы странъ умѣренныхъ и жаркаго климата. Вліяніе расы также обозначается довольно рѣзко.

Въ исключительныхъ случаяхъ, вслѣдствіе преждевременнаго развитія половыхъ органовъ, появленіе мѣсячныхъ было наблюдаемо въ первые годы жизни. Мы наблюдали появленіе мѣсячныхъ у 3 и 4 лѣтней дѣвочки. *Olinto* описалъ случай, гдѣ мѣсячныя появились чрезъ 1½ года послѣ рожденія. *Diamant* видѣлъ мѣсячныя крови у 2-лѣтней дѣвочки. *Gebhard* собралъ 55 подобныхъ случаевъ.

Слишкомъ запоздалое наступленіе мѣсячныхъ указываетъ на общее хроническое заболѣваніе организма—малокровіе, золотуху и проч., или же

на недостаточное развитіе внутреннихъ половыхъ органовъ. У 57% кормящихъ женщинъ мѣсячныхъ не бываетъ до окончанія кормленія, такія женщины рѣдко дѣлаются беременными въ это время; напротивъ, женщины, имѣющія въ это время мѣсячныя, часто становятся беременными. Въ исключительныхъ случаяхъ появляются въ періодѣ мѣсячныхъ кровь изъ другихъ частей тѣла женщины, что извѣстно подъ именемъ викарныхъ мѣсячныхъ. Kerley видѣлъ истеченіе крови изъ рубца на шеѣ, другіе изъ мочевого пузыря, изъ носа, желудка, пупка и проч. Кober у дѣвушекъ съ наслѣдственнымъ расположеніемъ къ чахоткѣ наблюдалъ, спустя нѣсколько лѣтъ послѣ правильного появленія мѣсячныхъ, кровохарканье въ періодѣ регулъ. Вскорѣ послѣ этого развивался хроническій воспалительный процессъ въ верхушкахъ легкихъ туберкулезнаго характера, и больныя умирали отъ чахотки. Подобные случаи я видѣлъ много разъ.

Типъ мѣсячныхъ. Періодъ времени, чрезъ которое наступаютъ мѣсячныя, обозначаетъ такъ называемый типъ мѣсячныхъ. У молодыхъ дѣвушекъ, въ первое время появленія мѣсячныхъ, послѣднія приходятъ часто неправильно, большею частью запаздываютъ на нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ, но спустя $\frac{1}{2}$ —1 годъ мѣсячныя начинаютъ появляться правильно. Наичаще онѣ наступаютъ чрезъ 28 дней, по Krieger'у въ 71% всѣхъ случаевъ, рѣже чрезъ 30 и еще рѣже чрезъ 21, 27 или 29 дней. Перѣдко типъ мѣсячныхъ у одной и той же женщины не бываетъ строго выдержанъ. Множество разнообразныхъ вліяній, дѣйствующихъ на организмъ, могутъ на нѣсколько дней ускорить или замедлить появленіе мѣсячныхъ.

Обыкновенно мѣсячныя кровотеченія продолжаются отъ 3 до 7 дней; количество потерянной крови колеблется между 90 и 400 grm., но наичаще эти потери не превышаютъ 200 grm. Между 45—47 годами наичаще женщина навсегда теряетъ свои мѣсячныя и вмѣстѣ съ этимъ обыкновенно утрачивается способность дѣторожденія. Предъ закрытіемъ мѣсячныхъ часто появляются нѣкоторыя разстройства въ организмѣ женщины, продолжающіяся все время, извѣстное подъ именемъ климактерическаго періода; они длятся различное время—отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до нѣсколькихъ лѣтъ и бываютъ далеко не у всѣхъ женщинъ.

Теченіе мѣсячныхъ часто сопровождается общимъ недомоганіемъ, припуханіемъ грудей, иногда также щитовидной железы, усиленнымъ отдѣленіемъ пота, болями въ нижней части живота, часто легкимъ разстройствомъ со стороны кишечнаго канала, иногда головными болями, приступами мигрени. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти симптомы достигаютъ степени патологическихъ припадковъ и обыкновенно обуславливаются или общимъ разстройствомъ организма или болѣзнями половыхъ органовъ. Между прочимъ Bogneg наблюдалъ временное припуханіе кожныхъ покрововъ во время мѣсячныхъ, другіе появленіе herpes на наружныхъ половыхъ частяхъ, а также на губахъ рта. У нервныхъ и

психическихъ больныхъ въ это время замѣчается обыкновенно усиленіе припадковъ. Нерѣдко наблюдается разстройство пищеваренія, иногда въ мочѣ появляется бѣлокъ и сахаръ, а также обнаруживается сердцебіеніе. Нѣкоторые наблюдали сокращеніе поля зрѣнія, увеличеніе щитовидной железы, припуханіе слизистой оболочки носа и проч.

Наружныя проявленія мѣсячныхъ. Обыкновенно при мѣсячныхъ изъ полости половыхъ органовъ отдѣляется жидкая кровь темнаго цвѣта, смѣшанная со слизью; большихъ кровяныхъ свертковъ при нормальномъ теченіи мѣсячныхъ въ ней не замѣчается. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ выдѣляющаяся во время мѣсячныхъ кровь имѣетъ крайне неприятный запахъ. По мнѣнію De vrees'a, это зависитъ отъ катарра матки, или отъ развитія въ ней новообразованій. Однако, нерѣдко это слѣдуетъ приписать несоблюденію опрятности. При микроскопическомъ изслѣдованіи этой крови въ началѣ мѣсячныхъ находятъ красные и бѣлые кровяные шарики, немного слизистыхъ клѣтокъ, цилиндричекій плоскій эпителий и микробы. Подъ конецъ мѣсячныхъ многія изъ этихъ клѣтокъ подвергаются распаду, а также примѣшивается много бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

Анатомическія измѣненія въ половыхъ органахъ женщины во время мѣсячныхъ. Источникомъ вышеописаннаго отдѣленія является главнымъ образомъ слизистая оболочка полости матки. Эта оболочка, *endometrium*, начинаетъ припухать задолго, приблизительно за 10 дней, до появленія мѣсячныхъ; набуханіе достигаетъ наиболѣе значительной степени въ моментъ наступленія мѣсячныхъ. Сосуды переполняются кровью, значительно разбухаетъ междужелезистая



Рис. 69а. Свѣжій corpus luteum menstruationis.

ткань и самыя железы сильно удлиняются. Толщина слизистой оболочки въ это время достигаетъ 5—7 мм. Въ просвѣтѣ маточныхъ железъ показывается кровь, въ поверхностныхъ слояхъ слизистой оболочки встрѣчаются экстравазаты, вслѣдствіе которыхъ мѣстами случивается эпителий. Wendeler находилъ даже мѣстами отслойку поверхностнаго слоя слизистой оболочки. Вообще явленія, замѣчаемыя въ это время въ слизистой оболочкѣ матки, похожи на измѣненія, свойственныя катарральному набуханію. Отдѣленіе крови при мѣсячныхъ происходятъ главнымъ образомъ *per diaporesin*; она отдѣляется всею слизистою оболочкою тѣла матки. Во время мѣсячныхъ вся матка представляется гиперемированною и мягче обыкновеннаго. Слизистая оболочка трубъ обыкновенно припухаетъ и наливается кровью; въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ каналѣ трубъ въ слизистомъ отдѣленіи замѣчается примѣсь крови.

Bond находилъ въ трубахъ во время мѣсячныхъ кровянистую слизь. Tompson и др. изъ фистулы трубы, вросшей въ брюшную стѣнку, наблюдали періодическія

кровянистыя отдѣленія. Недавно мы наблюдали изъ отверстія трубы, открывавшейся въ сводѣ послѣ удаленія матки, даже періодическое кровотеченіе. Изъ маточной шейки происходитъ во время мѣсячныхъ только усиленное слизистое отдѣленіе.

Овуляція, иначе *выдѣленіе яйца* изъ Граафова пузырька, представляетъ специальную функцію яичниковъ. Количество жидкости въ полости пузырька постепенно увеличивается, во внутреннемъ слое стѣнки пузырька клѣтки значительно размножаются. Зрѣлый пузырекъ приподнимается на свободной поверхности яичника, непокрытой брюшиною; выстоящая на его верхушкѣ оболочка постепенно истончается, вслѣдствіе вѣдренія въ нее блуждающихъ клѣтокъ. Черезъ образовавшееся маленькое отверстіе выступаетъ яйцо. Вѣрнымъ признакомъ выходенія яйца служитъ образованіе желтаго тѣла, *corpus luteum*. По удаленіи содержимаго, полость лопнушаго пузырька наполняется кровью изъ волосныхъ сосудовъ его оболочки. Излившаяся кровь свертывается, стѣнки пузырька сморщиваются, образуя складки, полость уменьшается въ объемѣ и съ теченіемъ времени выполняется разрастающимися клѣтками соединительной ткани и капиллярами. Вслѣдствіе регрессивныхъ измѣненій внутренность пузырька получаетъ желтоватое окрашиваніе, образуя такъ называемое ложное желтое тѣло, *corpus luteum spurium*. Вслѣдствіе роста другихъ пузырьковъ, это желтое тѣло втягивается постепенно въ глубину ткани яичника и быстро уменьшается въ объемѣ, представляя небольшое бѣловатое или темное пятно, которое безслѣдно исчезаетъ чрезъ 3—4 мѣсяца.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда наступаетъ беременность, образуется настоящее желтое тѣло, *corpus luteum verum*. Лопнувшій Граафовъ пузырекъ значительно разрастается, вслѣдствіе существующей гипереміи; это продолжается почти до 4 мѣсяца беременности, затѣмъ онъ подвергается регрессивному метаморфозу. Ближайшею причиною овуляціи должно считать періодическое созрѣваніе одного или нѣсколькихъ Граафовыхъ пузырьковъ и содержащихся въ нихъ яицъ, что происходитъ вслѣдствіе непрерывной дѣятельности клѣточковыхъ элементовъ яичника, подъ непосредственнымъ вліяніемъ симпатическихъ нервовъ этой железы. Не слѣдуетъ забывать, что только сравнительно незначительное число фолликуловъ созрѣваетъ; большинство ихъ погибаетъ преждевременно, вслѣдствіе регрессивныхъ измѣненій, — сперва пропадаетъ яйцо, затѣмъ эпителиальный покровъ и ткань *theca folliculi*, послѣ чего полость пузырька спадается.

Овуляція, подобно первому менструальному истеченію, начинается съ наступленіемъ половой зрѣлости и, повидимому, прекращается одновременно съ потерей мѣсячныхъ. Она совпадаетъ съ мѣсячными, и только въ исключительныхъ случаяхъ во время мѣсячныхъ можетъ не послѣдовать овуляціи, т.-е. разрыва Граафова пузырька. Хотя Leopold и Мионовъ нашли въ 42 случаяхъ мѣсячныхъ, явленія которыхъ они изслѣдовали на анатомическихъ препаратахъ, всего 30 разъ

совпаденіе овуляціи и мѣсячныхъ очищеній; но въ данномъ случаѣ объекты изслѣдованія отчасти были взяты отъ больныхъ женщинъ. Напротивъ, овуляція происходитъ не особенно рѣдко безъ одновременнаго появленія мѣсячныхъ. Кормящія женщины иногда дѣлаются беременными раньше возвращенія мѣсячныхъ. Извѣстны рѣдкіе случаи, когда молодыя дѣвушки, имѣвшія сношенія, дѣлались беременными, не имѣвши ни разу мѣсячныхъ кровей. При недостаточномъ развитіи матки, *hypoplasia uteri*, если яичники развиты нормально, часто мѣсячныхъ не бываетъ, но овуляція иногда совершается. Разрывъ Граафова пузырька повидимому наибаче совпадаетъ съ появленіемъ мѣсячныхъ или же происходитъ за 2 или 3 дня предъ наступленіемъ мѣсячныхъ, рѣже спустя нѣкоторое время послѣ появленія кровей.

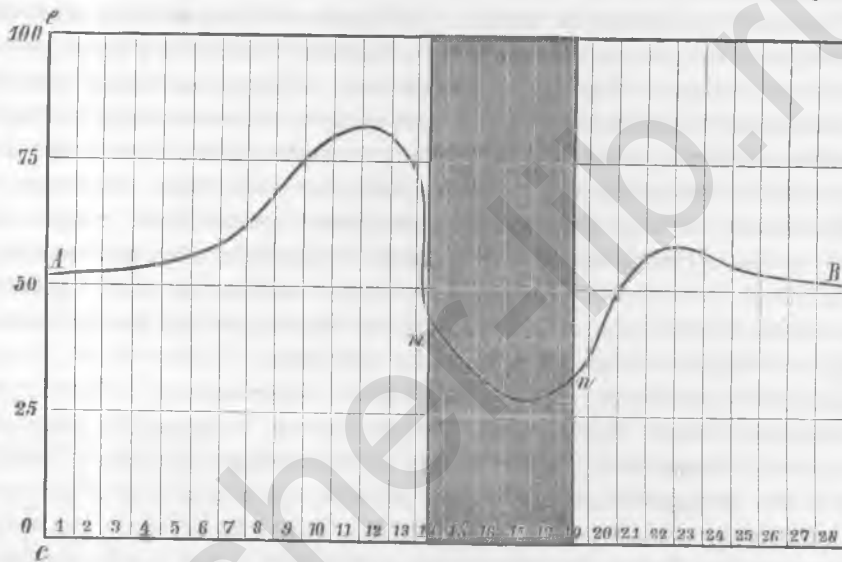


Рис. 70. Графическое изображение течения физиологических процессов во время менструального периода.

Повидимому, созрѣваніе Граафова пузырька отражается на дѣятельности цѣлаго организма. Въ теченіи менструальной функціи можно различить 3 періода: приливъ, появленіе крови и обратное развитіе измѣненій, происшедшихъ въ слизистой оболочкѣ матки. Изслѣдованія Goodell'я, Rein'я и другихъ показываютъ, что важнѣйшія функціи организма у женщинъ, имѣющихъ мѣсячныя, представляютъ волнообразное теченіе. Температура, пульсъ, выдѣленіе мочевины и пр. поднимаются, начиная отъ середины междуменструальнаго періода и достигаютъ maximum'a за 2 — 3 дня предъ появленіемъ кровей, затѣмъ высота волны рѣзко понижается. Во время мѣсячныхъ количество гемоглобина уменьшается на 4,5%. Предъ появленіемъ мѣсячныхъ кровь женщины оказывается болѣе ядовитой, нежели кровь мужчины. По мнѣнію Jасoбі, появленіе мѣсячныхъ обозначаетъ

конецъ мѣстнаго раздраженія и общаго возбужденія жизнедѣятельности въ организмъ женщины. Оно обозначаетъ, что зачатіе не послѣдовало. Вообще, по замѣчанію Отта, энергія жизненныхъ функцій женскаго организма усиливается передъ мѣсячными и ослабѣваетъ по наступленіи ихъ. Для объясненія этихъ явленій гипотеза L. Meuser'a о накопленіи въ крови особаго вещества, раздражающаго яичники, является по меньшей мѣрѣ излишней. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ у небеременной женщины овуляція можетъ также послѣдовать во всякое другое время, хотя вѣроятно это бываетъ рѣдко. На все время беременности овуляція прекращается, по крайней мѣрѣ нѣтъ положительныхъ данныхъ допускать противное.

Переходъ яйца въ трубу и матку. По выступленіи изъ Граафова пузырька, яйцо переходитъ въ соотвѣтствующую Фаллопиеву трубу, въ которой при посредствѣ мерцательныхъ ворсинокъ оно движется по направленію полости матки, куда оно должно вступить. Движеніе по каналу трубы продолжается, по аналогіи съ высшими млекопитающими, вѣроятно, отъ 3 до 5 дней, другіе принимаютъ даже болѣе короткій срокъ для перехода яйца. Бахромки наружнаго конца трубы способствуютъ вступленію яйца, вѣроятно, охватывая въ это время свободную поверхность яичника, чему должно способствовать переполненіе кровью сосудовъ и сокращеніе гладкихъ мышечныхъ волоконъ, происходящее во время мѣсячныхъ во внутреннихъ половыхъ органахъ. Кромѣ того движеніе ворсинокъ цилиндрическаго эпителия, выстилающаго каналъ трубы, производитъ также молекулярное теченіе въ окружности наружнаго конца трубы по направленію къ полости матки. Это теченіе, существованіе котораго несомнѣнно, должно съ своей стороны способствовать вступленію яйца въ каналъ трубы.

Причины появленія мѣсячныхъ. Вообще физиологія мѣсячныхъ не вполне выяснена и нѣкоторыя явленія остаются все еще загадочными. До сихъ поръ намъ даже неизвѣстны вполне ближайшія причины наступленія мѣсячныхъ. Мы считаемъ наиболѣе вѣроятнымъ объясненіе появленія мѣсячныхъ, предложенное Pflüger'омъ. Первоначальный импульсъ къ появленію мѣсячныхъ исходитъ изъ яичника; періодическое созрѣваніе Граафова пузырька вызываетъ раздраженіе въ нерввахъ этой железы, которое распространяется на весь половой аппаратъ. Развивается гиперемія внутреннихъ половыхъ органовъ, слизистая оболочка матки припухаетъ и эта гиперемія разрѣшается отдѣленіемъ крови и слизи изъ полости матки. Граафовъ пузырекъ около этого времени болѣею частью лопається. Періодичность мѣсячныхъ объясняется постепеннымъ накопленіемъ раздраженія, которое, достигши извѣстной степени, проявляетъ свое дѣйствіе. Если яичники удалены, или же не развиты настолько, чтобы могло въ нихъ совершаться періодическое созрѣваніе Граафовыхъ пузырьковъ, то подобныя женщины мѣсячныхъ имѣть не могутъ, хотя бы матка и другіе половые

органы были нормально развиты. Sigmund считает припухание слизистой оболочки матки, развивающееся предъ появленіемъ мѣсячныхъ, какъ бы началомъ, или вѣрвѣе подготовляющимъ моментомъ беременности. Если яйцо, выдѣлившееся изъ яичника, остается неоплодотвореннымъ, то наступаетъ отдѣленіе мѣсячныхъ кровей и регрессивный метаморфозъ въ слизистую оболочкѣ.

Славянскій отрицалъ тѣсную зависимость овуляціи отъ мѣсячныхъ очищеній. Löwenthal, напротивъ, полагаетъ, что даже припухание слизистой оболочки матки обусловливается вступленіемъ неоплодотвореннаго яйца въ полость матки, которое, по его мнѣнію, оплодотворяется исключительно въ маткѣ. Это мнѣніе не вѣрно, такъ какъ припухание слизистой оболочки матки происходитъ также при заращеніи обоихъ яйцеводовъ.

Мѣры предосторожности во время мѣсячныхъ очищеній представляются крайне необходимыми для избѣжанія вредныхъ послѣдствій, возникающихъ нерѣдко. Въ особенности это необходимо для слабыхъ, изнѣженныхъ женщинъ. При сильной гипереміи внутреннихъ половыхъ органовъ во время мѣсячныхъ и легко разлагающемся истеченіи, гнилостные и патогенные микробы могутъ находить доступъ въ полость матки и причинить катарральное заболѣваніе. Кромѣ того разорвавшійся Граафовъ пузырекъ и вѣроятно Фаллопиевы трубы иногда могутъ послужить источникомъ внутренняго кровотеченія.

Женщины во время мѣсячныхъ должны обращать особенное вниманіе на содержаніе въ чистотѣ наружныхъ половыхъ частей. Необходимо по крайней мѣрѣ два раза въ день подмывать ихъ теплою водою или лучше слабымъ растворомъ буры, а при сильномъ запахѣ даже дегтярнымъ мыломъ. Слѣдуетъ также носить подвязку, въ видѣ Т-образнаго бинта, удерживающую на половыхъ частяхъ обезпложенную гигроскопическую вату или марлевые компрессы, которые можно мѣнять по мѣрѣ надобности.

Въ дурную и холодную погоду во время мѣсячныхъ женщины должны тепло одѣваться, въ особенности нужно хорошо закрывать ноги. Слѣдуетъ употреблять исключительно удобоваримую пищу, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ является склонность къ нососамъ. Усиленный физическій трудъ, поднятіе тяжестей, продолжительная ходьба, работа на швейной машинѣ и проч. въ это время могутъ принести большой вредъ. Необходимо избѣгать также совокупленія и душевныхъ волненій. Сильныя проносныя средства, а также минеральныя кислоты, соединенія іода, а равно желѣзные препараты, большія дозы хинина и металлическія соли не должны быть назначаемы во время мѣсячныхъ. Пользованіе теплыми минеральными ваннами во время мѣсячныхъ, которое назначаютъ нѣкоторые врачи, не во всѣхъ случаяхъ можетъ оставаться безвреднымъ.

Глава 2.

Климактерическій или критическій возрастъ.

За нѣсколько мѣсяцевъ, иногда даже за годъ и болѣе, до полного прекращенія мѣсячныхъ нерѣдко появляются нѣкоторые симптомы и патологическія явленія болѣе или менѣе тягостнаго характера, которыя продолжаются еще нѣкоторое время послѣ потери этой функціи. У различныхъ женщинъ это явленіе обнаруживается не въ одинаковой степени. Въ однихъ случаяхъ, именно у простыхъ деревенскихъ женщинъ, прекращеніе мѣсячныхъ наступаетъ часто почти незамѣтно, при появленіи слабыхъ симптомовъ; между тѣмъ, какъ женщины достаточнаго класса, въ особенности одержимыя хроническими болѣвными матки и придатковъ воспалительнаго характера, сильно и продолжительно страдаютъ въ это время. У такихъ женщинъ критическій періодъ рѣдко оканчивается раньше 2—3 лѣтъ.

Эти расстройства завязятъ отъ прекращенія привычныхъ ежемѣсячныхъ потерь крови и развивающейся постепенно атрофіи половыхъ органовъ женщины, при чемъ утрачивается масса обычныхъ импульсовъ и возбужденій отъ нервовъ этихъ органовъ, которые они оказывали на центральную нервную систему въ возрастѣ женщины, когда половые органы правильно функционировали. Въ силу этихъ причинъ нарушается въ это время болѣе или менѣе здоровье женщины.

Наичаще разнообразные симптомы, сопровождающіе климактерическій періодъ, обнаруживаются въ области нервной системы, въ органахъ пищеваренія, въ кровеносной системѣ и въ самыхъ половыхъ органахъ. Многія женщины жалуются въ это время на головныя боли. Windscheid наблюдалъ часто въ это время гистерію и невротенію, иногда смѣшанную форму; въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ видѣлъ ослабленіе рефлексовъ со стороны соединительной оболочки глазъ и глотки, при одновременномъ усиленіи рефлекса надколѣнника и болей въ области яичниковъ. Продолжительная гиперемія мозга сопровождается головокруженіями и въ исключительныхъ случаяхъ апоплексіей. Въ другихъ случаяхъ обнаруживается расстройство въ психической сферѣ; женщины становятся раздражительными, обнаруживаютъ забывчивость, утрачиваютъ охоту къ работѣ и становятся неспособными къ умственнымъ занятіямъ. При врожденномъ или приобрѣтенномъ расположеніи, въ исключительныхъ случаяхъ развиваются даже настоящіе психозы.

Со стороны пищеварительныхъ органовъ обнаруживается диспепсія, недѣятельность кишечнаго канала, сопровождающаяся накопленіемъ въ немъ кала и газовъ, и вздутіемъ кишокъ. Упорные поносы представляютъ рѣдкое осложненіе въ это время. Увеличеніе въ объемѣ живота, зависящее отчасти отъ значительнаго отложенія жира въ брюшныхъ стѣн-

кахъ, иногда внушаютъ истерической больной идею о существованіи у нея беременности, въ чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ трудно разувѣрить такихъ женщинъ. Вазомоторныя разстройства выражаются частыми приливами крови къ мозгу, усиленіемъ кожной испарины, ознобами и проч. Въ половой сферѣ наступленіе климактерическаго періода иногда оказываетъ благоприятное вліяніе, въ особенности при хроническихъ болѣзняхъ матки и ея придатковъ, а также часто при фиброзныхъ опухоляхъ матки. Нерѣдко также обнаруживаются патологическія явленія, которыхъ до этого времени не замѣчалось. Иногда появляются обильныя бѣли, въ другихъ случаяхъ продолжительное маточное кровотеченіе. Послѣдній симптомъ долженъ всегда служить показаніемъ къ гинекологическому изслѣдованію; потому что въ этомъ возрастѣ нерѣдко развивается ракъ матки, который обнаруживается часто маточными кровотечениями. Вслѣдствіе измѣненія важнѣйшихъ функций организма, обнаруживаются измѣненія въ общемъ состояніи больной. Однѣ женщины худѣютъ, у другихъ, напротивъ, происходитъ значительное отложеніе жира.

Когда проходитъ климактерическій періодъ, не оставивъ никакихъ значительныхъ разстройствъ въ организмѣ, женщина вступаетъ въ спокойный возрастъ старости и можетъ еще долгое время пользоваться хорошимъ здоровьемъ. Такое возстановленіе равновѣсія въ организмѣ никогда не обходится безъ потери привлекательныхъ свойствъ, которыми обладаетъ женщина, продолжающая имѣть мѣсячныя. Контуры тѣла утрачиваютъ свою округленность, кости скелета выдаются, кожа становится грубою, на лицѣ появляются глубокія морщины и нерѣдко начинаютъ расти волосы на губахъ и на подбородкѣ. Въ это время атрофія половыхъ органовъ обнаруживается вполне ясно. Яичники утрачиваютъ свои пузырьки и сильно сморщиваются: Waldeyer у 75-ти-лѣтней старухи находилъ сохранившійся зародышевый эпителий яичника, но чрезъ 4 года послѣ прекращенія мѣсячныхъ, пузырьковъ уже не было. Фаллопиевы трубы истончаются, часто зарастаетъ ихъ внутреннее отверстіе, эпителий всегда теряетъ свои ворсинки и становится плоске, а иногда совершенно исчезаетъ, и на этихъ мѣстахъ развивается грануляціонная ткань, каналъ трубы на протяженіи зарастаетъ. Въ мышечномъ слоѣ ея преобладаетъ соединительная ткань. Стѣнки матки становятся тоньше, ткань ихъ анемична, влагалищная часть сильно укорачивается, иногда даже зарастаетъ наружное или внутреннее отверстіе канала. Эпителий полости матки принимаетъ плоскую форму и многочисленныя железки пропадаютъ. Влагалище утрачиваетъ свои складки, стѣнки его становятся блѣдными и менѣе растяжимыми; наружныя половыя части дѣлаются вялыми и дряблыми.

Терапія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сама природа облегчаетъ тягостныя явленія, сопровождающія критическій возрастъ. Иногда больныя чувствуютъ значительное облегченіе послѣ кровотеченія изъ носа, обиль-

ныхъ и частыхъ кишечныхъ испражнений, кровотеченій изъ прямой кишки при геморроѣ и пр. Это происходитъ относительно рѣдко, чаще женщина въ кратическомъ возрастѣ, одержимая тягостными симптомами, обращается къ врачебной помощи. При назначеніи лѣченія мы должны сообразоваться съ особенностями данного случая. При явленіяхъ полнокровія, выражающихся приливами крови къ головѣ, можно назначать приставленіе пьавокъ къ затылку и за уши, или кровососныя банки на спину по сторонамъ позвоночника. Въ прежнее время въ такихъ случаяхъ врачи назначали такъ называемыя фонтанелли на обѣихъ предплечіяхъ. Наичаще приходится при такихъ условіяхъ прибѣгать къ назначенію въ теченіе нѣсколькихъ недѣль слабительныхъ солей—Карлсбадской соли, *natr. sulf. purum*, *magnes. citric.*, *magnes. ust.*, воды *Hunyadi Janos* и пр. Рѣже прибѣгаютъ къ проноснымъ средствамъ—*Extr. Rhei comp.*, *Podophyllini*, *Colocynthid.*, *rad. Jalapae* и др. Въ лѣтнее время преимущественно назначаютъ послабляющія воды—наичаще *Marienbad Kreuzbrunn*, или питье сыворотки. *Noorden* съ успѣхомъ назначалъ при сильномъ ожирѣніи *gl. thyreoidea* и ея препараты. При различныхъ нервныхъ расстройствахъ наичаще назначаютъ препараты брома, *zincum valerianic.*, *assa foetid* и пр. При упадкѣ питанія даютъ препараты хины, *pepsinum*, *amara*, предписываютъ питательную діету и пр. Желѣзо большею частью дурно переносится въ кратическомъ возрастѣ. *Chrobak* видѣлъ уменьшеніе тягостныхъ симптомовъ климактерическаго возраста послѣ назначенія 0.2 *pro dosi* высушеннаго коровьяго яичника нѣсколько разъ въ день.

Важное значеніе имѣетъ діета и соблюденіе извѣстныхъ правилъ гигиены. Пища должна быть легкая и удобоваримая; здоровыя отъ природы женщины, находящіяся въ этомъ періодѣ, должны употреблять мясо одинъ разъ въ день. Крѣпкій чай, кофе и крѣпкіе спиртные напитки слѣдуетъ воспрещать, можно дозволить только слабое вино въ небольшомъ количествѣ. Теплыя ванны съ прибавленіемъ соды усиливаютъ дѣятельность кожи и часто приносятъ пользу, напротивъ холодныя купанья, въ особенности морскія, въ большинствѣ случаевъ вредны въ климактерическомъ возрастѣ.

Глава 3.

Физиологія зачатія.

При совокупленіи мужское сѣмя проникаетъ въ женскіе половые органы и является возможность оплодотворенія яйца, выступившаго изъ Граафова пузырька. Количество сѣмянной жидкости, изливающейся *sub coitu*, колеблется между 0,5—6 с. см. Сѣмя обыкновенно собирается въ заднемъ сводѣ; въ него погружается конецъ влагалищ-

ной части и наружное отверстие матки. СЪмянные нити, одаренныя самопроизвольнымъ движеніемъ, со скоростью отъ 1,5—3 mm. въ минуту, проходятъ чрезъ каналъ шейки въ полость матки, гдѣ ихъ находили уже чрезъ 1½ часа послѣ сношенія. Какъ извѣстно, сѣмянные нити образуются изъ сѣмянныхъ клѣтокъ яичка, при чемъ ядро переходитъ въ головку нити, а протоплазма превращается въ хвостикъ нити. Участіе женщины при сношеніи довольно часто исключительно пассивное. Сладострастное ощущеніе, испытываемое женщиной, сопровождается напряженіемъ клитора, сжатіемъ влагалища и выпрямленіемъ матки, что можетъ отчасти способствовать зачатію, облегчая переходъ сѣмени въ матку, хотя отнюдь не составляетъ необходимости для совершенія зачатія. Сѣмя въ полости матки сохраняетъ свою жизненность и движеніе въ теченіе 7 даже 8 дней, а въ каналѣ трубы еще болѣе, благодаря щелочной реакціи секрета матки и трубы; между тѣмъ, какъ кислое содержимое влагалища, уже чрезъ нѣсколько часовъ уничтожаетъ всякое движеніе сѣменныхъ нитей. Такъ какъ неплодотворенное яйцо у женщины и часто у животныхъ было найдено въ трубѣ и даже въ верхней части полости матки, то не подлежитъ сомнѣнію, что сѣмя, сохранившее свои жизненные свойства, можетъ встрѣтиться съ яйцомъ на протяженіи полового канала, начиная отъ внутренняго устья матки до яичника. Предполагаютъ, что чаще всего это происходитъ въ трубѣ, хотя нельзя отрицать также возможности оплодотворенія яйца въ полости матки. Движеніе ворсинокъ въ трубахъ, направляющихъ молекулярное теченіе къ маткѣ, не можетъ служить препятствіемъ проникновенію сѣмени въ каналъ трубы. Оплодотвореніе, какъ извѣстно, совершается чрезъ проникновеніе сѣмянной нити въ яйцо чрезъ его оболочку.

Новѣйшая литература.

1. Общая этиологія и основанія общей патологіи женскихъ болѣзней.

Ayres. The relation of uterine diseases to functional and organic ocular diseases. Clin. j. of obst. 31. Rottermund. Ueber die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorganen zu den oberen Luftwegen. Mont. f. Geb. 4. Colmann. Sensibilitätsprüfungen am weiblichen Genitale. Arch. f. Gyn. 55. Eisenhart. Die Wechselbeziehungen zwischen internen und gynaekologischen Erkrankungen 1895. Engel. Einfluss der Influenza—Epidemie auf den weiblichen Organismus. 1876. Fliess. Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen. 1897. Glaevecke. Körperliche und geistige Veränderungen im weiblichen Körper nach künstlichen Verlust der Ovarien einerseits und des Uterus andererseits. Arch. f. Gyn. 35. Herz. Abnormalitäten in der Lage und Form der Bauchorgane bei dem erwachsenen Weibe. 1894. Hegar. Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden. 1885. Herz. Die Störungen des Verdauungsapparats als Ursache und Folge anderer Erkrankungen. 1899. Knies. Die Beziehungen des Schorgans und seiner Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten des Körpers und seiner Organe. 1892. Kranz. Diagnose

und Therapie der nervösen Frauenkrankheiten in Folge gestörter Mechanik der Sexualorgane. 1898. Kisch. Uterus und Herz in ihren Wechselbeziehungen. 1898. Keller. Die Wanderniere der Frauen. 1896. Loewenfeld. Die nervösen Störungen sexuellen Ursprunges. 1891. Lomer. Die Beurtheilung des Schmerzes in der Gynaekologie. 1899. Manton. Postoperative insanity especially in women. Ann. of Gyn. 1897. Müller. Die Krankheiten des weiblichen Körpers in ihren Wechselbeziehungen zu den Geschlechtsfunctionen. 1888. Monod. De l'entérite pseudo-membraneuse et son rôle en gynécologie. Arch. de toc. 1893. Profanter. Ueber Tussis uterina. 1894. Stieda. Chlorose und Entwicklungsstörungen. Zeit. f. Geb. 32. Theilhaber. Die Beziehungen der Basedow'schen Krankheit zu den Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Arch. f. Gyn. 49. Windscheid. Neuropathologie und Gynaecologie. 1896.

2. Гинекологическое изслѣдованіе.

Amann. Lehrbuch der mikroskopisch-gynaecologischen Diagnostik. 1899. Bardeheuer. Der extraperitoneale Explorativschnitt. 1887. Chrobak. Die Untersuchungen der weiblichen Genitalien und allgemeine gynaecologische Therapie. 1885. Houdart. L'électricité moyen de diagnostic en gynécologie. 1894. Kelly. The palpation of the ureters in the female. Am. j. of obst. 1888. Kranz. Diagnose und Therapie der nervösen Frauenkrankheiten. 1899. Lindenblom. Beobachtungen über die Veränderlichkeit der Größe und der Beschaffenheit der weiblichen Beckenorgane. 1890. Veit. Gynaekologische Diagnostik. 1892. Viertel. Physikalische Untersuchungsmethoden der Blase. 1897. Winter. Lehrbuch der gynaecologischen Diagnostik. 1896.

3. Общая терапия женскихъ болѣзней.

Apostoli. Des contributions nouvelles du traitement électrique. N. Arch. d'obst. 1892. Kleinwächter. Die Grundlinien der Gynaeko-Electrotherapie. 1898. Массенъ. Способъ Апостоли. Ж. ак. и ж. бол. 1889. Noorden. Beiträge zur Theorie und Praxis der Schilddrüsenthherapie bei Fettleibigkeit. 1896. Niebergall. Ueber den Einfluss längerer Chloroformnarkose auf Blut und Harn. 1894. Проховникъ. Массажъ въ гинекологіи. 1890. Romano. Massage abdominale. 1895. Wild. Die chronische Verstopfung bei Frauen und Mädchen. 1897. Windscheid. Ueber hysterische Schmerzen und deren Behandlung. Mon. f. Geb. 2.

4. Обеззараживаніе въ гинекологіи.

Credé. Silber und Silbersaltze als Antiseptica. 1896. Fürbringer. Untersuchungen und Vorschriften über die Desinfection der Hände des Arztes. 1888. Гейнацъ. Обеззараживаніе кетгута. Врачъ. 1895. Lorenz. Ueber zweckmässige Einrichtung von Kliniken. 1890. Löhlein. Asepsis und Antisepsis in der Gynaekologie. 1897. Menge und Krönig. Bakteriologie des weiblichen Genitalkanales. 1897. Savor. Ueber den Keimgehalt der weiblichen Harnröhre. Beit. zur Geb. 2. Строгановъ. Бактериологическія изслѣдованія полового канала женщины. 1893. Schimmelbusch. Anleitung zur antiseptischen Wundbehandlung. 1892. Sänger und Odenthal. Asepsis in der Gynaekologie und Geburtshülfe. 1894. Tjaden. Alkohol und Händedesinfection. Zeit. f. Geb. 38.

5. Анатомія и развитіе женскихъ половыхъ органовъ.

Ahlfeld. Die Missbildungen des Menschen. 1882. Dührssen. Beitr. zur Anat., Phys. und Pathol. der Portiovaginalis. Arch. f. Gyn. 41. Григорьевъ. Къ вопросу о пересадкѣ яичниковъ. 1897. Hertwig. Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen. 1894. His. Anatomie menschlicher Embryonen. 1880—1885. Mackenrodt. Ueber die Ursachen der normalen und pathologischen Lagen des Uterus. Arch. f.

Gyn. 48. Nagel. Entwicklung und Entwicklungsfehler der weiblichen Genitalien. 1897. Nagel. Die weiblichen Geschlechtsorgane. 1896. Peiser. Anatomische und klinische Untersuchungen über den Lymphapparat des Uterus. Zeit. f. Geb. 39. Снегиревъ и Губаревъ. L'anatomie topographique des ligaments larges. 1892. Чаусовъ. Анатомія топографическая областей живота и таза человѣка. 1888—1897. Waldeyer. Das Becken. 1900.

6. Мѣсячныя очищенія.

Дмитревскій. Механическое расширение матки на трупѣ. 1895. Федоровъ. Къ вопросу о функціяхъ матки и яичниковъ. Ж. ак. и ж. бол. 1897. Gebhard. Die Menstruation, 1898. Guilnard. Des troubles de la menstruations dans les maladies du coeur. 1897. Ивановъ. Время появленія первыхъ мѣсячныхъ. 1890. Kober. Ueber vikarirende Menstruation durch die Lungen. Berl. kl. Woch. 1895. Leopold und Mironoff. Beitrag zur Lehre von der Menstruation und Ovulations. Arch. f. Gyn. 45. Meyer. Der Menstruationprozess und seine krankhaften Abweichungen. 1890. Жихаревъ. Къ учению о мѣсячныхъ. Ж. ак. и ж. бол. 1896. Strassmann. Beiträge zur Lehre von Ovulation, Menstruation und Conception. Arch. f. Gyn. 52.

ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГІЯ И ТЕРАПІЯ

ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

Отдѣлъ I.

Болезни наружныхъ половыхъ органовъ.

Глава I.

Пороки развитія наружныхъ половыхъ частей.

Врожденное заращеніе, artesia vulvae et ani, наблюдается только у неспособныхъ къ жизни уродовъ, въ связи съ другими пороками развитія.

Въ рѣдкихъ случаяхъ *промежность не развивается*, почему не происходитъ полного раздѣленія кишки и *sinus urogenitalis*, заднепроходное отверстіе открывается во влагалище, *atresia ani vaginalis*. Этотъ порокъ развитія не слѣдуетъ смѣшивать съ простымъ заращеніемъ задняго прохода, при которомъ отсутствуетъ болѣе или менѣе значительная часть прямой кишки. Врожденное отсутствіе промежности часто влечетъ за собою недержаніе кала; такъ какъ при этой аномаліи *m. sphincter ani* не развивается въ достаточной степени, за нѣкоторыми исключеніями. Въ тѣхъ случаяхъ, когда испражненіе на низъ подчинено болѣе или менѣе совершенно вліянію воли, калъ выходитъ черезъ влагалище, что сопровождается, даже при соблюденіи опрятности, воспалительнымъ раздраженіемъ рукава и наружныхъ половыхъ органовъ.

Льченіе необходимо исключительно оперативное, въ особенности при недержаніи кала. Наилучше отложить операцію до наступленія половой зрѣлости. Buckmaster совѣтуетъ производить ее въ два приѣма. Сперва отдѣляютъ ножомъ и отчасти пальцемъ нижній конецъ прямой кишки и пришиваютъ ее возлѣ кончика, гдѣ въ кожѣ дѣлаютъ искусственное отверстіе, край котораго сшиваютъ съ краями нижняго конца кишки. Спустя нѣсколько недѣль, когда кишка вполнѣ здѣсь прирастетъ и совершенно заживетъ рана, можно приступить къ образованію промежности. Въ случаѣ Frommel'a, гдѣ отверстіе кишки, повидимому, открывалось въ преддверье, можно было ограничиться образованіемъ промежности по способу L. Tait'a, эту операціей удалось устранить недержаніе кала.

Срашение больших губъ наблюдается почти исключительно у грудныхъ дѣтей. Такъ какъ протокъ для испусканія мочи остается свободнымъ, то эта ненормальность рѣдко сопровождается какими-либо болями при мочеиспусканіи. Сросшіяся губы сильно измѣняютъ видъ половыхъ частей, почему матери нерѣдко приносятъ такихъ дѣтей къ врачу. Посредствомъ обыкновеннаго зонда надавливаніемъ сверху внизъ большія губы легко разъединяются, и открываются малыя губы и преддверье съ дѣвственной плевой. Только однажды мы наблюдали у замужней женщины плотное срашеніе большихъ губъ, для устраненія котораго пришлось прибѣгнуть къ помощи ножа.

Недоразвитіе нижней стѣнки мочевого канала, hypospadiа, доходящее иногда до полного отсутствія этого канала, влечетъ за собою недержание мочи. Такими же послѣдствіями сопровождается недораз-

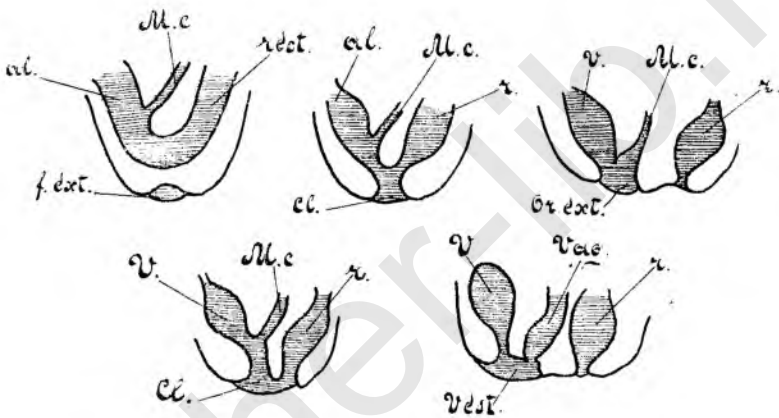


Рис. 71. Шематическія изображенія неправильностей развитія наружныхъ половыхъ органовъ женщины: *a.*—alantois; *v.*—vesica; *M.c.*—Мюлеровъ каналъ; *f. ext.*—fossa externa; *rect.*—rectum; *vag.*—рукавъ; *cl.*—cloaca; *vest.*—преддверіе.

витіе передней стѣнки мочевого канала, epispadiа, которое въ тяжелыхъ случаяхъ осложняется расщепленіемъ лоннаго соединенія и даже нижней части передней стѣнки живота съ выпаденіемъ слизистой оболочки пузыря. Dugand различаетъ у женщинъ 3 степени epispadiа, — въ области клитора, подъ лоннымъ соединеніемъ, и за лоннымъ соединеніемъ; въ послѣднемъ случаѣ передняя стѣнка мочевого канала совершенно отсутствуетъ. При расщепленіи лоннаго соединенія легко развивается выпаденіе матки и влагалища даже у дѣвушки, при тяжелой работѣ. Недержаніе мочи, въ особенности при неопрятности, сопровождается обычными послѣдствіями — воспалительнымъ раздраженіемъ наружныхъ половыхъ частей, ихъ окружности и внутренней поверхности бедеръ. Обыкновенно эти мѣста покрываются экзематозной сыпью и ссадинами. Хроническій катарръ пузыря, а иногда воспаленіе лоханокъ, представляютъ обычныя послѣдствія этой аномалии.

на бородѣ. Повидимому, это бываетъ только при недоразвитіи яичекъ, и нерѣдко у такихъ субъектовъ половыя железы не содержатъ своихъ существенныхъ элементовъ. Умственно такіе субъекты большею частью плохо развиты и расположены къ психическимъ заболѣваніямъ.

По наблюденіямъ Ahlfeld'a, субъектовъ съ *hypospadiā* слѣдуетъ считать мужчинами, коль скоро нѣтъ ясныхъ признаковъ женскаго пола. Хорошо развитый половой членъ, даже съ недоразвитою *praeputium*, также говоритъ въ пользу мужскаго пола.

Коль скоро членъ имѣетъ форму клитора, за рѣдкими исключениями, субъектъ принадлежитъ къ женскому полу. Чѣмъ больше недоразвиты яички, тѣмъ болѣе наружныя половыя части и тѣлосложеніе приближаются къ женскому полу, въ особенности когда половой членъ не имѣетъ формы *penis*. Вышеприведенныя положенія, само собою разумѣется, допускаютъ исключенія.

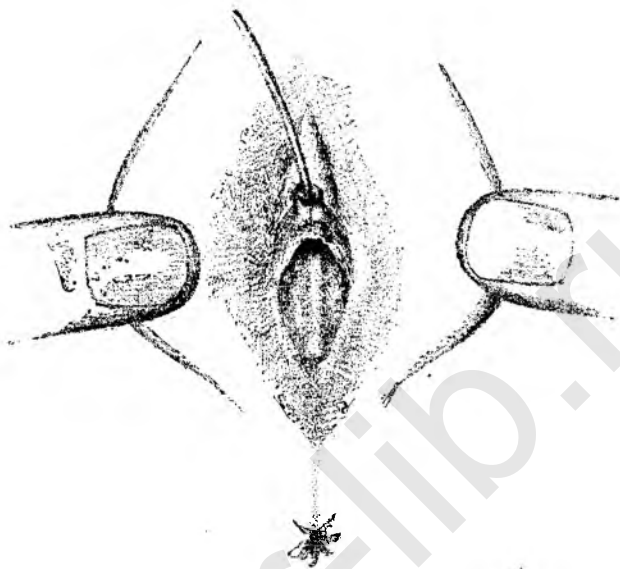


Рис. 74. Сращеніе внутреннихъ поверхностей большихъ губъ у грудного ребенка.

Глава 2.

Воспаленіе наружныхъ половыхъ органовъ, *vulvitis*.

Этимъ названіемъ обозначаются различныя процессы—отъ простой воспалительной красноты и отека наружныхъ половыхъ частей до нагноенія въ глубинѣ ткани и даже омертвѣнія.

Этіологія. Воспаленіе начинается часто вслѣдствіе переноса на наружныя половыя части септической заразы грязными руками, бѣльемъ, губками или нечистыми инструментами, иногда одновременно съ траумою. Гонорройное зараженіе передается иногда только непосредственно, въ другихъ случаяхъ оно переходитъ изъ влагалища или мочевого канала. Раздражающее отдѣленіе или истеченіе изъ влагалища, при рѣзко выраженномъ воспаленіи слизистой оболочки матки, при распавденіи раковыхъ опухолей, при продолжительномъ ношеніи пессаріевъ,

при мочевыхъ и кишечно-влагалищныхъ свищахъ, также можетъ вызывать воспаленіе наружныхъ половыхъ органовъ. Рѣже раздраженіе передается отъ заднепроходной кишки, вслѣдствіе заплззанія отсюда мелкихъ глистовъ во влагалище. Иногда у дѣвиць, рѣже у женщинъ, причиною воспаленія наружныхъ частей является рукоблудіе. Отекъ наружныхъ половыхъ частей, на который обратилъ вниманіе въ последнее время между прочимъ Gottschalk, имѣетъ важное значеніе для распознаванія болѣзней таза. Хроническій отекъ у небеременныхъ женщинъ, у которыхъ сердце и почки здоровы, указываетъ на сдавливаніе кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ въ полости таза или же на закупорку венъ, собирающихъ кровь отъ влагалища и наружныхъ половыхъ частей. Острый отекъ сопровождается нерѣдко мѣстными заболѣванія воспалительнаго характера въ этой области.

У тучныхъ женщинъ отъ соприкосновенія съ сосѣдними частями развивается сильная прѣлость въ половыхъ складкахъ. При острыхъ сыпяхъ, а также при дифтеритѣ, преимущественно у дѣтей, иногда развивается омертвѣніе въ области большихъ губъ.

Анатомическія измѣненія. При остромъ воспаленіи наружныхъ половыхъ органовъ, появляются краснота, припухлость, иногда отечное состояніе, нерѣдко ссадины и поверхностныя язвы. Наружныя части бывають покрыты гнойнымъ отдѣленіемъ. Иногда воспалительный процессъ распространяется въ глубину ткани, появляется гнойная инфильтрація, phlegmone, и въ рѣдкихъ случаяхъ даже мѣстное омертвѣніе ткани. Въ другихъ случаяхъ воспалительный процессъ остается поверхностнымъ, но принимаетъ рожистый характеръ и распространяется на сосѣднія части. При гонорройномъ зараженіи воспаленіе переходитъ на Бартолиновы железы, мочевой каналъ, а иногда на железистые мѣшечки, lacina Guerini, расположенные возлѣ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала. Бартолиновы железы припухаютъ и выдѣляютъ гнойный секретъ. Обыкновенно заболѣваетъ только протокъ железы, который часто зарастаетъ, вслѣдствіе чего накапливается жидкость, выводной протокъ растягивается и превращается въ кисту. Нарывъ въ области Бартолиновой железы происходитъ вслѣдствіе выхода staphyll. ruog. изъ пузырьковъ железы въ окружающую клітчатку, въ которой появляется воспаленіе съ переходомъ въ нагноеніе и образованіе нарыва, который выпячиваетъ слизистую оболочку на внутренней поверхности большой губы, въ ткани которой образуется опухоль величиною отъ куринаго яйца до кулака.

При болѣе хроническомъ теченіи воспаленія наружныхъ половыхъ частей, на поверхности ихъ замѣчаютъ различнаго рода сыпи, наичаще экзема, рѣже herpes, аспе или furunculosis. Последнее наичаще переходитъ отъ сосѣднихъ частей. Не слѣдуетъ забывать также, что на наружныхъ половыхъ частяхъ нерѣдко находятся язвы мягкаго шанкера и сифилитическія пораженія.

Бактеріологическое изслѣдованіе отдѣленія обнаруживаетъ значительное количество микробовъ при различныхъ формахъ vulvitis. Menge находилъ наичаще gonococcus Neisser'a, strept. pyog., staphyll. pyog., bact. coli, bacil. tuberc., leptotrix et oidium.

Симптомы и теченіе. При воспалительномъ состояніи наружныхъ половыхъ частей, больная жалуется на боли, чувство жженія и часто

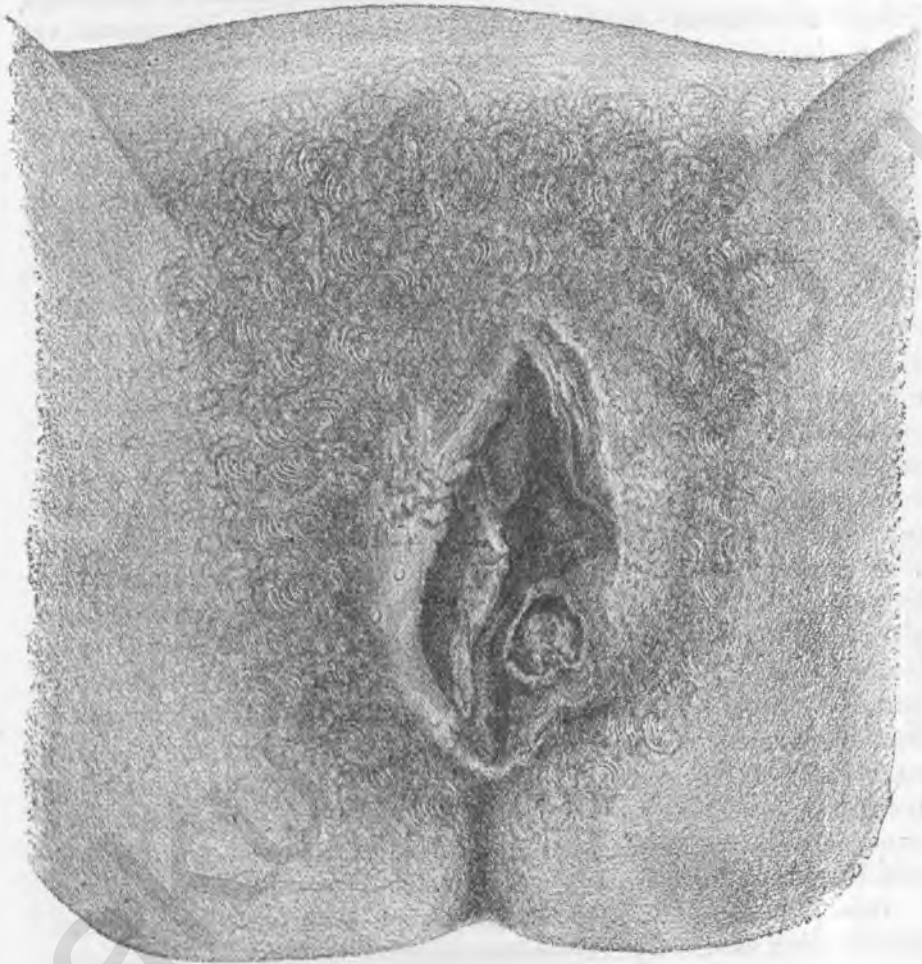


Рис. 75. Твердый шанкеръ на лѣвой большой губѣ.

на зудь. Эти непріятныя ощущенія обыкновенно усиливаются при движеніи; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ больная ходитъ съ трудомъ. Лихорадочное состояніе появляется преимущественно при образованіи нарыва, а также при рожистомъ и флегмонозномъ воспаленіи. Частые позывы съ болью и рѣзью при мочеиспусканіи зависятъ отъ перехода воспалительнаго процесса на мочеиспускательный каналъ. Усиленное отдѣленіе происходитъ наичаще изъ влагалища и маточной шейки,

хотя изъязвленная поверхность наружныхъ половыхъ частей и воспаленныя железы также иногда сопровождаются обильнымъ выдѣленіемъ.

При особенно рѣзкихъ явленіяхъ развивается vulvitis gonorrh. главнымъ образомъ у дѣтей, рѣже у взрослыхъ женщинъ, у которыхъ эпителиальный покровъ толще. Малыя губы, клиторъ и всѣ покровы становятся отечными, припухаютъ и покрываются гнойными корками. При раздвиганіи губъ, обнаруживается покраснѣвшая и припухшая слизистая оболочка, покрытая гноемъ и мѣстами представляющая налеты. Паховыя железы припухаютъ; часто на наружныхъ частяхъ замѣчается краснота и даже экзема. Больныя ощущаютъ здѣсь жженіе и жаръ, позже зудъ. Въ первые дни болѣзни онѣ не могутъ ходить и не выносятъ прикосновенія къ наружнымъ частямъ. Черезъ 3—4 дня явленія ослабѣваютъ, а чрезъ 2 недѣли проходятъ. Иногда поражаются небольшія железки во входѣ, но чаще заболѣваютъ gl. Barth. Въ хроническихъ случаяхъ наружныя отверстія этихъ железъ представляютъ красныя точки, изъ коихъ можно выдавить гной. Одновременно съ воспаленіемъ наружныхъ половыхъ органовъ, а еще чаще отдѣльно, наблюдается гонорройное воспаление мочевого канала, urethritis gon. Сперва изъ припухшаго наружнаго отверстія отдѣляется серозное желтоватое отдѣленіе, а дня чрезъ 2 показывается настоящій гной. Иногда припухаетъ вся толща стѣнки мочевого канала. Слизистая оболочка канала въ эндоскопѣ представляется припухшею и мѣстами покрытою желтоватымъ налетомъ. Обыкновенно въ началѣ болѣзни появляются частые позывы на мочу съ болью и рѣзью, что иногда продолжается, постепенно ослабѣвая, недѣли 3—4. Послѣ этого отдѣленіе изъ наружнаго отверстія уменьшается и показывается только при надавливаніи пальцемъ на мочевой каналъ подъ лоннымъ соединеніемъ. Чрезъ 6—10 недѣль воспаление мочевого канала обыкновенно проходитъ. Однако въ рѣдкихъ случаяхъ болѣзнь принимаетъ длительное теченіе, часто въ железкахъ возлѣ наружнаго отверстія держится упорное нагноеніе, а возлѣ наружнаго отверстія иногда образуется отечное стекловидное припуханіе ткани, которая легко надрывается и кровоточитъ. Очень рѣдко гонорройное воспаление переходитъ изъ мочевого канала на пузырь.

Распознаваніе въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ не представляетъ затрудненія. При невнимательномъ изслѣдованіи, легко просмотрѣть хроническій гонорройный процессъ наружныхъ половыхъ органовъ, который иногда гнѣздится только въ Бартолиновыхъ железахъ и въ желѣзистыхъ мѣшкахъ возлѣ наружнаго мочевого отверстія. Часто внутренняя поверхность губы и преддверія представляется нѣсколько шероховатою вслѣдствіе мелкихъ сосковидныхъ неровностей. На эту особенность, между прочимъ, обратилъ вниманіе И. Тарновскій, описавшій ее подъ именемъ trachoma pudendorum. При хронической формѣ vulvitis, часто края наружнаго мочевого отверстія бывають утолщены. При vulvitis, развившемся вслѣдствіе рукоблудія, замѣчается

удлинение малых губъ, клитора и крайней плоти; на внутренней поверхности малых губъ происходит разрастаніе сальныхъ железокъ въ видѣ мелкихъ ретенціонныхъ кистъ. Слизистая оболочка преддверія покрыта мелкими острыми разращеніями, между отіх ext. и клиторомъ видны складки припухшей слизистой оболочки. Дѣвственная плева цѣла, замѣчаются различныя проявленія гистеріи; такія дѣвушки обыкновенно чрезмерно стыдливы и обнаруживаютъ особенную чувствительность въ наружныхъ половыхъ частяхъ, покровы которыхъ представляются блѣд-

ными или покраснѣвшими; изъ отверстія gl. Barthol. выдѣляется прозрачная слизь. Когда дурная привычка оставлена, малыя губы остаются сильно пигментированными, удлинеными и вялыми. Вслѣдствіе рукоблудія развивается также *endometritis et oophoritis chron.* Явленія раздраженія въ наружныхъ частяхъ, сходныя съ вышеизложенными измѣненіями, наблюдаются также при *impotentia* мужа; часто они сопровождаются спазмомъ входа во влагалище, *vaginismus*. Въ отличіе отъ *vulvitis gonorrh.* не быва-



Рис. 76. Cysta gl. Bartholin. sinist.

еть въ такихъ случаяхъ гнойнаго истеченія изъ мочевого канала и изъ отверстія gl. Barthol.

Личіе. Соблюденіе чистоты и опрятности, при правильномъ пониманіи условій зараженія, представляетъ наилучшее предохранительное средство при этихъ заболѣваніяхъ. Маленькія дѣвочки обыкновенно заражаются гонореей отъ взрослыхъ женщинъ — матери или няньки, съ которыми онѣ пользуются одними губками, горшками, ванною и проч.

При появленіи остраго воспаленія наружныхъ частей, слѣдуетъ со-вѣтовать больной оставаться въ постели и прикладывать компрессы изъ свинцовой воды или 2% раствора борной кислоты. При гонорройномъ воспаленіи, наиболѣе умѣстны компрессы изъ 0,2—0,5% раствора сулемы. Значительное облегченіе приносятъ теплыя сидячія полуванны

съ прибавленіемъ отрубей и промываніе влагалища теплымъ мягчительнымъ настоемъ. При образованіи нарыва, нужно назначить припарки изъ гигроскопической ваты, намоченной въ горячемъ слабомъ растворѣ борной кислоты. При появившемся омертвѣніи, слѣдуетъ для перевязки назначить камфорное вино или *sol. chlor. calcis.*

При хроническихъ формахъ *vulvitis*, назначаютъ *ung. spermatis Ceti* съ *zincum oxydatum et amyl. pulver.* для уменьшенія раздраженія наружныхъ покрововъ. Когда воспалительный процессъ держится долгое время, полезнымъ оказывается смазываніе губъ и преддверія 5—10% растворомъ *argenti nitrici* или 5% *solut. cupri sulf.* При упорномъ отдѣленіи гноя изъ железистыхъ мѣшковъ, умѣстно прижиганіе ихъ крѣпкимъ растворомъ *argent. nitr.* При образованіи нарыва въ толщѣ губы, не должно медлить съ примѣненіемъ разрѣза. Зудъ успокаивается наилучше отъ прикладыванія наркотическихъ растворовъ или мазей съ прибавленіемъ 5% *sosaini muriat.* При острой формѣ *urethritis gon.*, слѣдуетъ совѣтовать больнымъ оставаться въ постели и употреблять легкую пищу; для уменьшенія рѣзы и частыхъ позывовъ на мочу надо пить большое количество жидкой миндальной эмульсии или же сельтерской воды пополамъ съ горячимъ молокомъ, а также принимать небольшие дозы кодеина. Всего лучше помогаютъ теплыя сидячія полуванны. Когда острое состояніе проходитъ, съ цѣлью достигнуть скораго излѣченія назначаютъ *suppos.* изъ 0,1 іодоформа и 0,02 *sosaini muriatici* на каждую для введенія въ мочевою каналъ. Хорошо также, хотя болѣе хлопотливо, дѣйствуетъ промываніе мочевого канала 0,03% растворомъ *kali hypermanganici* въ количествѣ 500,0 ежедневно. Въ запущенныхъ случаяхъ *urethritis chr.* назначаютъ введеніе мази изъ ланолина съ прибавленіемъ 1—5% *arg nitrici* на зондѣ. При упорномъ нагноеніи въ *lacuna Gurini* нужно прижигать ихъ *arg nitric.* при помощи тонкаго зонда. Если, несмотря на такое лѣченіе, изъ мочевого канала продолжаетъ выдѣляться небольшое количество гноя или продолжаютъ боли при мочеиспусканіи, нужно произвести изслѣдованіе посредствомъ эндоскопа, и слѣдуетъ прижигать *arg. nitr.* тѣ мѣста, гдѣ упорно держится нагноеніе или гдѣ находятся небольшія трещины и ссадины.

При появленіи чирьевъ на наружныхъ половыхъ частяхъ, наиболѣе приносятъ пользы обшія ванны съ прибавленіемъ соды, частая перемѣна бѣлья, обмыванье мыломъ всего тѣла, въ особенности наружныхъ половыхъ частей, примочки изъ 0,5% раствора сулемы и присыпка порошкомъ *amyl. tritic.* съ небольшимъ количествомъ цинка и каломеля. Надрѣзы и прижиганіе чирьевъ чрезвычайно болѣзненны, почему у женщинъ лучше избѣгать примѣненія такихъ средствъ. Гораздо удобнѣе каждый образовавшійся на тѣлѣ чирей немедленно закрывать кускомъ *empl. de Galban. crocat.* до полного опорожненія гноя. Въ послѣднее время совѣтуютъ назначать внутрь пивные дрожжи отъ 2,05—5,0 нѣскольکو разъ въ день.

Глава 3.

Зудъ наружныхъ половыхъ частей, *pruritus vulvae*.

Этіологія. Зудъ наружныхъ половыхъ частей найчаще зависитъ отъ дѣйствія на наружныя части жидкаго отдѣленія, происходящаго изъ полости матки или влагалища, при катаррѣ этихъ органовъ или въ начальномъ періодѣ рака шейки. Обыкновенно такое раздражающее отдѣленіе имѣетъ примѣсь гноя. Рѣже зудъ наружныхъ половыхъ частей зависитъ отъ ненормальнаго свойства мочи; онъ является однимъ изъ постоянныхъ и раннихъ симптомовъ сахарной болѣзни у женщины. Гораздо рѣже этотъ признакъ наблюдается при хроническомъ воспаленіи почекъ. У маленькихъ дѣвочекъ иногда зудъ обусловливается заползаніемъ на большія губы и преддверіе мелкихъ глистовъ изъ задняго прохода. Нечистоплотныя женщины иногда страдаютъ зудомъ отъ присутствія паразитовъ, *pediculi pubis*, или же отъ развитія различныхъ сыпей на наружныхъ половыхъ частяхъ, а также во время мѣсячныхъ. Воспаленіе наружныхъ половыхъ частей часто осложняется этимъ симптомомъ, на что было указано выше. Однако иногда зудъ наружныхъ частей является какъ самостоятельное заболѣваніе, въ особенности у женщинъ, находящихся въ климактерическомъ возрастѣ или послѣ прекращенія мѣсячныхъ. Въ подобныхъ случаяхъ вѣроятно въ кожныхъ сосочкахъ происходятъ измѣненія, сходныя съ тѣми явленіями, которыя наблюдаются при зудѣ кожныхъ покрововъ вообще. *Sänger* различаетъ внутреннія и наружныя причины *pruritis vulvae*. Первыя онъ раздѣляетъ на гематогенныя, на производящія приливы крови и болѣзни кожи, вторыя—на химическія, паразитныя, механическія и термическія. *Brooke* наблюдалъ токсическую форму зуда вслѣдствіе чрезмѣрнаго употребленія чая, кофе или хроническаго отравленія опиумъ, морфіемъ и пр.

Анатомическія измѣненія. Наружныя части часто представляются припухшими, ихъ поверхность иногда находится въ состояніи гипереміи, въ другихъ случаяхъ она покрыта ссадинами, расчесами и царапинами, иногда мокнущею сыпью, *eczema*. Въ затяжныхъ случаяхъ на поверхности наружныхъ половыхъ частей мѣстами замѣчаются темныя, въ другихъ случаяхъ бѣловатыя пятна, иногда всѣ кожные покровы *vulvae* представляются сухими, истонченными, покрытыми рубцами, сморщенными вслѣдствіе атрофіи; малыя губы при этомъ исчезаютъ совершенно. Эта преждевременная атрофія наружныхъ половыхъ частей, получившая названіе *kraurosis vulvae*, въ послѣднее время обратила на себя вниманіе врачей.

Barteli въ 1892 году собралъ всего 24 случая этой болѣзни. Съ тѣхъ поръ появилось много новыхъ наблюденій. Обстоятельное описаніе этой болѣзни представилъ *Orthmann* изъ клиники *Martin'a*; онъ приписываетъ гонорреѣ преобла-

дающее влияние на развитие этой болезни. Labesquiere нашел, что краурозис представляет воспаление кожных покровов наружных половых частей с переходом в регрессивные изменения. Стенки сосудов бывают утолщены, а нервы претерпевают фиброзное перерождение. G6rges различает 2 периода в развитии этой болезни—гипертрофию кожной ткани с последовательной атрофией.

Симптомы и течение. Зудь и соединенное с ним ощущение жжения обнаруживается сперва в области малых губ и похотника, отсюда онъ распространяется на окружающія части—лонное возвышеніе, паховыя складки и задній проходъ. Большею частью зудь появляется приступами, въ особенности ночью въ постели; въ иныхъ случаяхъ онъ причиняетъ сильное половое возбужденіе. Ощущеніе зуда вызываетъ

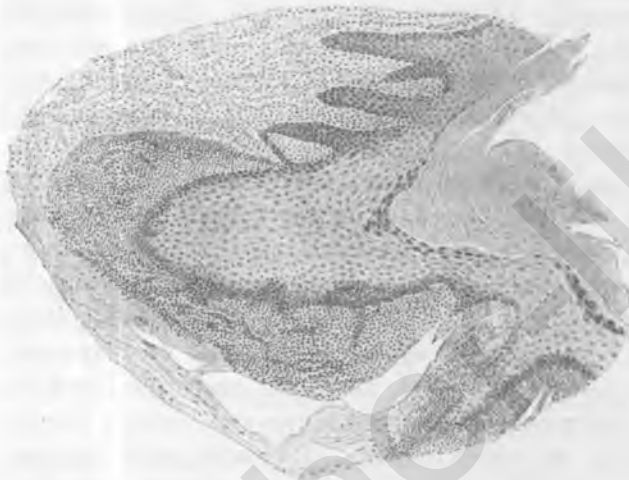


Рис. 77. Микроскопическій разръзъ черезъ покровы vulvae при зудѣ. Воспалительный parakeratosis.

неудержимое желаніе чесать наружныя части, которыя вслѣдствіе этого обнаруживаютъ вышеописанныя изменения. Тяжелая форма зуда обыкновенно сопровождается бессонницей, развитіемъ неврастеніи и упадкомъ питанія. При послѣдовательной атрофій наружныхъ половыхъ частей, въ рѣдкихъ случаяхъ развивающейся при зудѣ,

половыя сношенія дѣлаются болѣзненными для женщины.

Распознаваніе должно направить главнымъ образомъ на уясненіе причины, вызвавшей появленіе зуда, что необходимо для успѣшнаго лѣченія.

Лѣченіе. При зудѣ наружныхъ частей недавняго происхожденія, зависящаго отъ заболѣванія полового канала, на полное излѣченіе можно надѣяться только въ тѣхъ случаяхъ, когда эти болѣзни будутъ устранены. То же самое можно сказать о зудѣ наружныхъ половыхъ органовъ у женщинъ, одержимыхъ сахарною болѣзنیю. Въ этихъ случаяхъ, при назначеніи карлсбадской минеральной воды для питья, зудь довольно скоро исчезаетъ, даже безъ примѣненія мѣстныхъ средствъ.

Однако въ большинствѣ случаевъ, именно когда зудь существуетъ продолжительное время, мѣстное лѣченіе необходимо, отъ какой бы причины онъ не зависѣлъ; такъ какъ съ теченіемъ времени мѣстныя изменения пріобрѣтаютъ значительную устойчивость. При значитель-

номъ раздраженіи наружныхъ частей, наибольшую пользу приносятъ примочки изъ слабыхъ растворовъ сулемы или aqua plumbi, съ прибавленіемъ morphii muriat. или cocaini muriat. отъ 0,2 — 0,5 на 200,0 жидкости, а также присыпка изъ смѣси zinci oxydati 5,0, amyli tritici et talci venet. aa 50,0. Холодные—вѣтряе, ледяныя—примочки уменьшаютъ на время зудъ. Рекомендуемыя съ этой цѣлью примочки изъ спирта довольно болѣзненны.

Въ болѣе хроническихъ случаяхъ назначаются обмыванья наружныхъ частей дегтярнымъ мыломъ и примѣненіе различныхъ мазей. Наиболѣе полезнымъ оказывается смазываніе 10% растворомъ acidii carbonici crust. въ прованскомъ маслѣ, далѣе 10% примѣсь resorcini depur. или calomelan. къ ung. spermatis Ceti. Runge при лѣченіи зуда совершенно справедливо обращаетъ вниманіе на чистоту и обеззараживаніе влагалища. Savill назначаетъ внутрь при зудѣ tinct. cannabis ind. и хлористый кальцій. Самре и Холмогоровъ наблюдали благоприятное вліяніе гальваническаго тока. Въ упорныхъ случаяхъ Шредеръ прибѣгалъ къ удаленію ножомъ частей наружныхъ покрововъ, въ которыхъ продолжалъ держаться зудъ, несмотря на энергичное лѣченіе.

Глава 4.

Поврежденіе наружныхъ половыхъ органовъ.

Этіологія. Поврежденія наружныхъ половыхъ частей происходятъ главнымъ образомъ во время родовъ. Поврежденія отъ другихъ причинъ встрѣчаются довольно рѣдко. При первомъ сношеніи, если оно производится съ насиліемъ, иногда повреждается промежность, большею частью надрывъ бываетъ незначительный; только въ исключительныхъ случаяхъ разрывается значительная часть или вся промежность вмѣстѣ съ сфинктеромъ задняго прохода, повреждаются наружные половыя части и образуется ложный ходъ въ клѣтчатку таза. Въ другихъ случаяхъ происходитъ разрывъ мочевого канала, нарушается цѣлость свода влагалища или образуется при поврежденіи стѣнокъ влагалища, fist. recto—perinealis и vesico-vaginalis. Подобныя глубокія пораненія наблюдаются почти исключительно при изнасилованіи малыхъ дѣвочекъ. При сношеніяхъ съ взрослыми женщинами, въ особенности со старухами, если сношеніе происходитъ черезчуръ энергично, иногда влагалище разрывается, преимущественно въ заднемъ сводѣ. Разрывъ бываетъ длиною въ нѣсколько см.; ближайшею причиной его является исчезновеніе соединительной тазовой ткани, неподвижность матки при retroflexio fixata, укороченіе влагалища и отсутствіе эластичности его стѣнокъ. При случайныхъ ушибахъ наружныхъ частей о выдающіеся

углы и выступы твердой мебели, может послѣдовать разсѣченіе мягкихъ частей возлѣ клитора, мочевого канала или одной губы, рѣже разрывъ промежности. Такія поврежденія сопровождаются болями, сильнымъ кровотеченіемъ, которое можетъ причинить иногда обморочное состояніе и даже смерть больной.

Гораздо чаще, какъ сказано выше, ушибы и разрывы наружныхъ частей случаются во время родовъ. Разрывы промежности представляютъ самое частое поврежденіе, сопровождающее родовой актъ; оно наблюдается по крайней мѣрѣ у 15% родильницъ, представляющихъ болѣе или менѣе глубокіе разрывы въ этой области; только въ рѣдкихъ случаяхъ эти поврежденія сопровождаются значительными потерями крови. Если накладываются швы вскорѣ послѣ родовъ, то эти разрывы заживаютъ первымъ натяженіемъ, приблизительно, въ 90% всѣхъ случаевъ. Тѣмъ не менѣе встрѣчается не мало случаевъ такъ называемыхъ застарѣлыхъ разрывовъ промежности, въ которыхъ или вовсе не были наложены швы послѣ нарушенія цѣлости въ этой области или, несмотря на сшиваніе, первое натяженіе не послѣдовало.

Neugebauer собралъ 167 случаевъ разрыва промежности и влагалища при coitus, въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ haematoma vulvae; изъ этого числа только 64 были взрослыя женщины, остальные дѣти отъ 6 до 15 лѣтъ. Leopold и Wehler приводятъ изъ собственной практики 105 случаевъ полныхъ разрывовъ промежности; у 80 больныхъ это произошло вслѣдствіе наложенія щипцовъ; 88 женщинъ были первороженницы.

Симптомы и теченіе. Рѣдко при застарѣлыхъ разрывахъ промежности женщины не ощущаютъ никакихъ патологическихъ разстройствъ. Передняя стѣнка влагалища, не находя себѣ опоры, обыкновенно вмѣстѣ съ мочевымъ пузыремъ опускается и выдается наружу. Каналь влагалища представляется укороченнымъ, половая щель широко открыта; при разрывѣ задне-проходной кишки, слизистая оболочка ея выступаетъ наружу, часто подвергается раздраженію и въ ней образуются геморроидальные узлы. Съ теченіемъ времени развивается нерѣдко хроническій катаръ или воспаленіе матки и ея придатковъ. Больныя жалуются на бѣли, неправильное теченіе мѣсячныхъ, на боли въ нижней части живота и въ поясницѣ. Сношенія болѣзненны и не совершаются надлежащимъ образомъ, вслѣдствіе нарушенія правильнаго отношенія между половыми органами. При полномъ разрывѣ промежности, жидкія кишечныя испраженія и газы обыкновенно не задерживаются; удерживаются только твердыя каловыя массы, благодаря дѣйствію m. sphincter tertius.

Предсказаніе благоприятно. Почти всегда удается посредствомъ операціи достигнуть возстановленія промежности.

Леченіе. При свѣжихъ поврежденіяхъ и разрывахъ наружныхъ частей, въ особенности возлѣ похотника и мочевого отверстія, главная опасность заключается въ сильной потерѣ крови. Производя надавливаніе

кускомъ гигроскопической ваты, можно задержать на время кровотечение, пока будутъ приготовлены иголки и шелковыя нити, посредствомъ которыхъ накладываются швы на рану, послѣ чего обыкновенно кровотеченіе совершенно прекращается. Такимъ же образомъ нужно поступать послѣ предварительнаго промыванія раны слабымъ растворомъ сулемы при сильныхъ кровотеченияхъ, вслѣдствіе надрыва промежности послѣ перваго сношенія.

При застарѣлыхъ разрывахъ промежности возстановленіе ея, *reincorporatio*, представляетъ операцію болѣе сложную, такъ какъ предварительно необходимо окривать части, которыя нужно соединить. Чтобы по возможности избѣгнуть неблагопріятныхъ случайностей, больную нужно надлежащимъ образомъ приготовить къ операціи. Для этой цѣли ей назначаютъ слабительное, наичаще *ol. ricini* или *patrium sulf. purum*; послѣ нѣсколькихъ обильныхъ испраженій слѣдуетъ назначить два или три приема *bismuth. subnitric. cum opio* наканунѣ операціи и дозволить только жидкую пищу въ небольшомъ количествѣ. Въ день операціи, которую наилучше производить утромъ, не должно давать даже питья. Операція болѣзненна, почему ее всегда слѣдуетъ производить подъ наркозомъ. Волосы возлѣ половой щели и задняго прохода нужно сбрить и наружныя части, а также влагалище тщательно обеззаразить обычными приемами. Въ настоящее время предложено и примѣняется на практикѣ нѣсколько способовъ для производства операціи сшиванія промежности. Мы здѣсь изложимъ только наиболѣе употребительные.



Рис. 78.



Рис. 79.

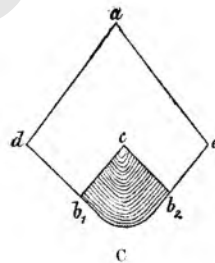


Рис. 80.

А. Контуры отсекаровавшаго лоскута для *colporrh. post.* при цѣлой промежности. В. Контуры лоскута, переходящія отчасти на застарѣлый неполный разрывъ промежности. С. Контуры лоскута при полномъ разрывѣ промежности: *aaa* — контуры лоскута во влагалищѣ, *bcb* — края разрыва прямой кишки.

Необходимые инструменты для операціи:

женскій катетеръ,
пинцеты П е а и а малые,
крючки острые,
пулевые щипцы,
пинцетъ анатомическій,
пинцетъ зубчатый,
крючокъ тупой,

корнцанги,
иглодержатель,
иглы Гепнера,
ножи и ножницы,
подъемники,
кривыя иглы.

Способъ Негар'а и Simon'a состоитъ въ окровавленіи задней стѣнки влагалища въ нижней ея части и въ области разорванной промежности, съ наложеніемъ швовъ при неполныхъ разрывахъ со стороны влагалища и промежности, а при полныхъ разрывахъ, кромѣ того еще со стороны прямой кишки. Многіе гинекологи, въ особенности въ Германіи, считаютъ этотъ способъ наиболѣе рациональнымъ.

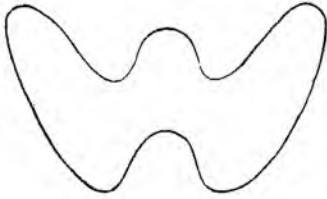


Рис. 81. Контуры отсепарованнаго доскута при полномъ разрывѣ промежности по Негар'у.

Когда больная уснетъ подѣ хлороформомъ, ей даютъ горизонтальное положеніе на спинѣ, съ приподнятыми къ животу бедрами и ногами, согнутыми въ колѣнномъ суставѣ, при чемъ наружныя половыя части находятся у края операционнаго стола и обращены къ свѣту. Открывъ каналъ влагалища посредствомъ передняго и боковыхъ подъемниковъ, пулевыми щипцами захватываютъ посрединѣ заднюю стѣнку влагалища, нѣсколько выше начала разрыва промежности. Другими пулевыми щипцами захватываютъ окружность застарѣлаго разрыва съ боковъ и внизу на границѣ промежности. Подъемники удаляются. При потягиваніи за наложенныя пулевья щипцы мѣсто разрыва напрягается, выравнивается и становится вполне доступнымъ для операции.

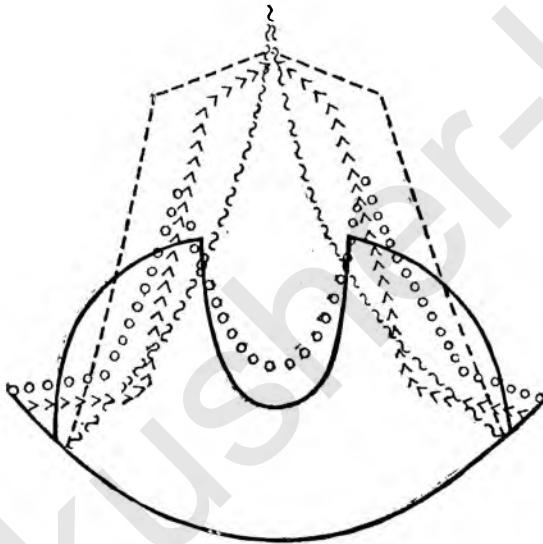


Рис. 82. Контуры отсепарованныхъ доскутовъ для colporrh. post. Линейный — Bischoff'a, изъ мелкихъ кружковъ — Freund'a, изъ угловъ — Fritsch'a, изъ вопросныхъ знаковъ — Simon'a.

Остроконечнымъ ножомъ разсѣкаютъ слизистую оболочку, обозначаютъ границу трех-, часто пятиугольнаго лоскута, который слѣдуетъ отсепаровать. Отдѣленіе производится брюшистымъ ножомъ отъ периферіи къ центру. Когда лоскутъ съ задней стѣнки влагалища отдѣленъ, пальцами и пулевыми щипцами натягиваютъ окружность промежности, очерчиваютъ лоскутъ и отдѣляютъ его, стараясь не проникать въ глубину ткани. Нѣсколько разъ во время операции поверхность раны слѣдуетъ орошать теплымъ обезпложеннымъ растворомъ поваренной соли. Поверхность раны, если это необходимо,

равняется ножницами и кровотокащие сосуды захватываются временно пинцетами Пеана.

При полномъ разрывѣ промежности, окривавленіе производится такимъ же способомъ, съ тою разницей, что нижній край раны представляетъ болѣе или менѣе глубокую треугольную вырѣзку, вслѣдствіе разрыва нижней части прямой кишки, слизистую оболочку которой не слѣдуетъ срѣзывать или отдѣлять.

Наложеніе швовъ сперва производится со стороны влагалища кривою хирургической иглой средней величины. Сначала накладывается нѣсколько глубокихъ швовъ плетенымъ шелкомъ № 6, а затѣмъ въ промежуткахъ проводятъ поверхностные швы шелкомъ № 4. Прямую

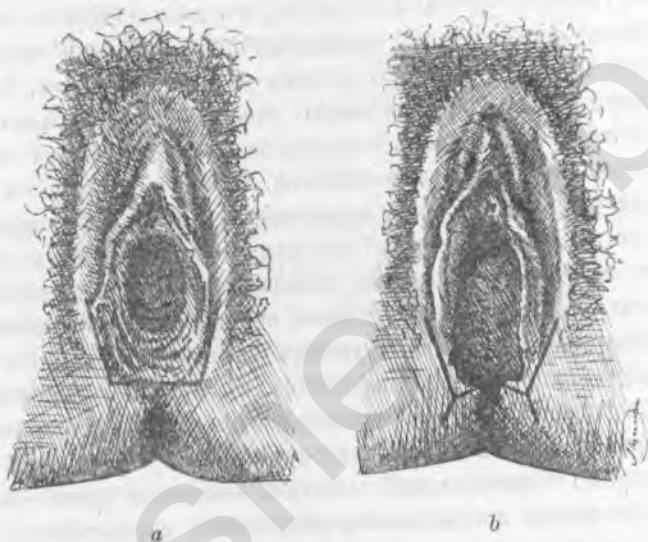


Рис. 83. Разрѣвъ чрезъ наружныя покровы при операціи шиванія промежности по способу Lawson Tait'a: *a* — не полный разрѣвъ; *b* — полный разрѣвъ.

кишку, при полномъ разрывѣ промежности, шиваютъ тонкой посеребренной проволокой, закручивая швы со стороны кишки. Въ заключеніе соединяютъ края раны промежности глубокими и поверхностными металлическими швами.

Рану присыпаютъ порошкомъ іодоформа и покрываютъ сложеннымъ нѣсколько разъ компрессомъ іодоформенной марли. Мочиться больная должна сама. Послѣ чего всякій разъ слѣдуетъ обмывать слабымъ растворомъ сулемы наружныя части. Однако часто приходится, особенно въ первые дни послѣ операціи, прибѣгать къ помощи катетера. Съ промежности швы снимаются на 10-й день, а изъ влагалища и прямой кишки не ранѣе 2 недѣль. Первые 6 и 7 дней стулъ задерживается посредствомъ опія, затѣмъ назначаютъ слабительное. Клистировъ слѣдуетъ первое время избѣгать.

Важнѣйшія измѣненія вышеописаннаго способа заключаются въ слѣдующемъ:

1. Лоскуту слизистой оболочки и кожи, удаляемому съ задней стѣнки влагалища и промежности, придаютъ округленную форму, вслѣдствіе чего поверхность раны, въ особенности при полномъ разрывѣ, получаетъ сходство съ тѣломъ бабочки.

2. При обозначеніи лоскута ножомъ Freund и Küstner обращаютъ вниманіе на расположеніе и форму рубцовъ разрыва. Лоскутъ очерчивается по возможности параллельно очертанію рубцовъ, при этомъ верхняя часть раны иногда оказывается съ боку column. rugar. post., съ одной или съ обѣихъ сторонъ. Почему при наложеніи швовъ получается болѣе сложная линія зашитой раны.

3. Walcher, Fritsch и другіе, съ цѣлью сберечь ткань на мѣстѣ разрыва промежности, прибѣгаютъ къ отдѣленію влагалища отъ прямой кишки и образованію долекъ изъ промежности, избѣгая удаленія ткани. Такое видоизмѣненіе вполне цѣлесообразно при значительной потерѣ ткани чрезъ омертвѣніе, въ особенности оно пригодно при полныхъ разрывахъ промежности. Отчасти сходный съ этимъ способъ триангулярно-лоскутной примѣняется проф. Лебедевымъ при полномъ разрывѣ промежности. Рубцовая ткань съ боковъ промежности срѣзывается, затѣмъ влагалище отсепаровывается отъ кишки и образовавшаяся рана соединяется швомъ въ поперечномъ направленіи.

4. Гораздо менѣе значенія имѣетъ употребленіе catgut'a для зашиванія окровавленной раны, введеннаго въ практику преимущественно Hofmeister'омъ. При этомъ накладывается обвивной шовъ сперва въ глубинѣ раны, затѣмъ на ея поверхности.

Совершенно оригинальный способъ сшиванія промежности представляетъ операція, предложенная англійскимъ хирургомъ L. Tait'омъ, которая въ настоящее время примѣняется большинствомъ гинекологовъ. Эта операція очень проста и въ особенности пригодна при неполныхъ разрывахъ. Посрединѣ между входомъ во влагалище и заднимъ проходомъ проводятъ разрѣзъ въ поперечномъ направленіи, отъ краевъ котораго ведутъ справа и слева продольный разрѣзъ поднимаясь кверху возлѣ большихъ губъ до уровня, гдѣ начинаются малыя губы. Такимъ образомъ входъ во влагалище снизу очерчивается разрѣзомъ, похожимъ на опрокинутую букву П. Затѣмъ пинцетомъ захватываютъ стѣнку влагалища на мѣстѣ поперечнаго надрѣза и приподнимая ее кверху, постепенно отдѣляютъ ножомъ влагалище отъ прямой кишки на глубину 1—2 поперечныхъ пальцевъ, рѣдко глубже, пока ясно обозначатся пучки m. levator ani. Если теперь растянуть рану со стороны влагалища и кишки, то она принимаетъ форму овала, наибольшій размѣръ котораго проходитъ въ вертикальномъ направленіи. Сшиваніе раны производится въ поперечномъ направленіи. Для того, чтобы достигнуть болѣе тѣснаго прилеганія частей въ глубинѣ

раны, необходимо сперва наложить нѣсколько швовъ изъ catgut'a въ поперечномъ направленіи, затѣмъ въ томъ же направленіи проводятъ глубокіе и поверхностные металлическіе швы на промежности. Въ заключеніе со стороны влагалища небольшой остатокъ раны соединяется шелковыми швами.

Менѣе рационаленъ этотъ способъ при полномъ разрывѣ промежности. Въ этихъ случаяхъ отъ концовъ поперечнаго разрѣза проводятъ разрѣзы не только кверху, какъ описано выше, но также болѣе короткіе книзу по сторонамъ заднепроходнаго отверстія. Края раны соединяютъ также въ продольномъ направленіи, при чемъ L. Tait не накладываетъ швовъ со стороны прямой кишки, что никоимъ образомъ нельзя считать улучшеніемъ въ технику операціи сшиванія промежности. Лучше, оперируя по этому способу, при полныхъ разрывахъ, также соединить швомъ кишечную рану.

Глава 5.

Опухоли и новообразованія наружныхъ половыхъ частей.

1. Опухоли.

а) *Грыжа большой губы*, *hernia labiae majoris*, иначе паховая грыжа, чаще происходитъ вслѣдствіе постепеннаго опущенія паховой грыжи, прошедшей наружное отверстіе пахового канала. Кромѣ обыкновенныхъ причинъ, къ происхожденію такой грыжи располагаетъ беременность, водянка и большія опухоли живота.

Опухоль большой губы, образуемая такою грыжею, достигаетъ величины гусиного яйца, рѣже величины кулака, имѣетъ гладкую поверхность и при постукиваніи издаетъ тимпанический тонъ. При положеніи женщины на спинѣ, грыжу легко вправить; при вставаніи она появляется вновь, что сопровождается своеобразнымъ шумомъ, зависящимъ отъ движенія газовъ.

Льченіе заключается въ ношеніи бандажа или въ примѣненіи радикальной операціи зашиванія, отчасти удаленія грыжевого мѣшка.

б) *Задняя грыжа большой губы*, *hernia labiae major post.*, встрѣчается гораздо рѣже. При невнимательномъ изслѣдованіи легко ее можно принять за кисту Бартолиновой железы. Такая грыжа происходитъ вслѣдствіе выпячиванія брюшины и кишечной петли чрезъ отверстіе въ тазовой фасціи и *m. levator ani*. Образование этого вида грыжъ Zuckerkandl ставитъ въ зависимость отъ врожденнаго выпячиванія брюшины въ задней части таза. Грыжевой мѣшокъ спускается по задней стѣнкѣ влагалища и вступаетъ сзади въ одну изъ большихъ губъ. Обыкновенно эта грыжа вправляется. Съ цѣлью препятствовать смѣщенію кишекъ, назначаютъ ношеніе пессарія Hodge'a или Tho-

mas'a, а если эти кольца не удерживают грыжу, слѣдуетъ примѣнить подвязку съ пелотомъ.

с) *Кисты наружныхъ половыхъ органовъ*. За исключеніемъ мелкихъ кистъ дѣвственной плевы, не имѣющихъ практическаго значенія, мѣшчатыя опухоли въ этой области почти всегда развиваются вслѣдствіе зарощенія протока Бартолиновой железы, какъ послѣдствіе воспаленія, обыкновенно гонорройнаго характера. Образовавшаяся опухоль рѣзко увеличиваетъ объемъ губы и выпячиваетъ покровы ея, въ особенности на внутренней поверхности. При изслѣдованіи такая киста прощупывается въ видѣ напряженной эластической опухоли съ гладкою поверхностью. Наичаще величина ея достигаетъ куриного яйца, рѣдко она бываетъ больше. Содержимое состоитъ изъ мутной желтоватаго или темнаго цвѣта жидкости. Въ исключительныхъ случаяхъ опухоль разрастается также по направленію кверху, выпячивая тазовую брюшину, при этомъ величину опухоли и ея положеніе можно вполне опредѣлить только при двойномъ изслѣдованіи.

Распознаваніе затрудненій не представляетъ. Отъ нарыва киста Бартолиновой железы отличается отсутствіемъ воспалительныхъ явленій; отъ паховой грыжи консистенціей, тупымъ тономъ при постукиваніи и отсутствіемъ связи съ паховымъ каналомъ.

Льченіе. При такихъ опухоляхъ слѣдуетъ прибѣгать къ вылущенію кисты. Послѣ разрѣза наружныхъ покрововъ и фасціи, опухоль стараются отслоить рукояткою скальпеля, прибѣгая къ ножу для разсѣченія плотныхъ пучковъ ткани. Небольшія артеріи слѣдуетъ перевязывать. Кзади отъ кисты и кверху располагается *bulbus urethrae*, пораненія котораго слѣдуетъ избѣгать. При кистахъ большой величины нужно особенно осторожно отдѣлять опухоль въ области *tuber ischii*, гдѣ проходитъ *art. pudenda*. Въ тѣхъ случаяхъ, когда вылущеніе не удастся или является затруднительнымъ, нужно сдѣлать большой разрѣзъ кисты, удалить часть ея стѣнки и производить перевязку іодоформомъ или карболовымъ масломъ до тѣхъ поръ, пока полость не выполнится вполне и не послѣдуетъ заживленіе.

2. Новообразованія.

а) *Бородавчатая разращенія, condylomata acuminata*, встрѣчаются часто.

Анатомическія измѣненія. Новообразованія возникаютъ вслѣдствіе колоссальнаго разращенія сосочковъ и покрывающаго ихъ эпителия. Бородавчатая разращенія наичаще являются въ видѣ небольшихъ разсѣянныхъ опухолей на разныхъ мѣстахъ наружныхъ половыхъ частей, рѣже они образуютъ сплошныя опухоли красноватаго цвѣта, по формѣ напоминающія цвѣтную капусту. Нерѣдко онѣ замѣчаются въ области наружнаго мочевого отверстія, въ особенности одновременно съ

urethritis gonorrhoeica. Иногда въ подобныхъ случаяхъ мы находили утолщеніе краевъ наружнаго отверстія, съ измѣненіемъ ткани, которая имѣетъ сѣроватый цвѣтъ и представляется набухшею и ломкою при сдавливаніи. Въ особенности опухоли сильно растутъ во время беременности, когда папиллярныя разращенія достигаютъ величины куриного яйца и больше. При этомъ верхняя часть опухоли всегда остается шире основанія. Обыкновенно бываетъ одновременно нѣсколько бородавчатыхъ опухолей, кромѣ того иногда находятъ мелкія разращенія во влагалищѣ и даже на влагалищной части матки.

Этіологія. Наибольше вѣроятною причиною появленія этихъ опухолей слѣдуетъ считать гонорройное зараженіе.

Симптомы и теченіе. Иначе больныя жалуются на чувство жженія и зуда внутреннихъ половыхъ органовъ и частей окололежащихъ. Бородавчатая разращенія даютъ обильное отдѣленіе, которое при недостаткѣ опрятности получаетъ дурной запахъ и, причиняя раздраженіе, вызываетъ появленіе различныхъ сыпей.

Лѣченіе. Хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно уничтожить бородавчатая разращенія прижиганіемъ liq. Bellostii, растворомъ алюмола, или присыпкою порошкомъ квасцовъ; тѣмъ не менѣе, въ особенности при большихъ разращеніяхъ, наилучшимъ средствомъ является срѣзываніе ихъ ножницами. Со слизистой оболочки влагалища ихъ можно удобно соскоблить ногтемъ или ложечкой Sims'a. Послѣ удаленія разращеній основаніе ихъ слѣдуетъ прижечь кускомъ ляписа. Въ рѣдкихъ случаяхъ оказывается нужнымъ наложить шовъ для остановки кровотеченія.

б) *Разращенія въ наружномъ отверстіи мочевого канала, carunculae urethrae.*



Рис. 84. Острые кондиломы на наружныхъ половыхъ частяхъ.

Этіологія. Эти разращенія, не имѣющія большею частію ничего общаго съ бородавчатыми кондиломами, встрѣчаются нерѣдко у пожилыхъ женщинъ, у которыхъ онѣ являются послѣдствіемъ трудныхъ родовъ или воспалительнаго заболѣванія пузыря и мочевого канала. Послѣднія причины могутъ способствовать появленію разращеній также у нерожавшихъ женщинъ и даже у дѣвиць.

Анатомическія измѣненія. Опухоль имѣетъ гладкую или дольчатую, бугристую поверхность, интенсивно краснаго цвѣта, чѣмъ она рѣзко выдѣляется отъ окружающихъ частей. Великою она бываетъ



Рис. 85. Вертикальный разрѣзъ черезъ *condylom. acum.* Слабое увеличеніе. Кожные гипертрофированные и развѣтвленные сосочки, покрытые очень толстымъ слоемъ эпидермиса.

отъ чечевичнаго зерна до лѣснаго орѣха, рѣдко большей величины. Иногда бываетъ нѣсколько небольшихъ разращеній. Иногда такія опухоли сидятъ какъ бы на ножкѣ, чаще вырастаютъ изъ края мочевого отверстія, даже изъ всей окружности, выступя наружу въ видѣ кольца или дольчатаго разращенія. При микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ сильное разращеніе сосудовъ соединительной и слизистой ткани въ ущербъ мышечной, которая представляется на препаратахъ въ видѣ раздвинутыхъ пучковъ. Опухоль имѣетъ наиболѣе сходства съ ангиомами.

Симптомы и теченіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ разращенія въ отверстіи мочевого канала находятъ случайно, при гинекологическомъ

изслѣдованіи, такъ мало иногда онѣ беспокоятъ больную. Чаше однако, особенно значительныя разрашенія, причиняютъ неприятные симптомы. Больныя нерѣдко жалуются на боли, иногда на частые позывы на мочеиспусканіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сношенія бываютъ болѣзненны. Иногда встрѣчаются случаи, гдѣ carunculae крайне чувствительны при дотрогиваніи пальцами и легко кровоточатъ.

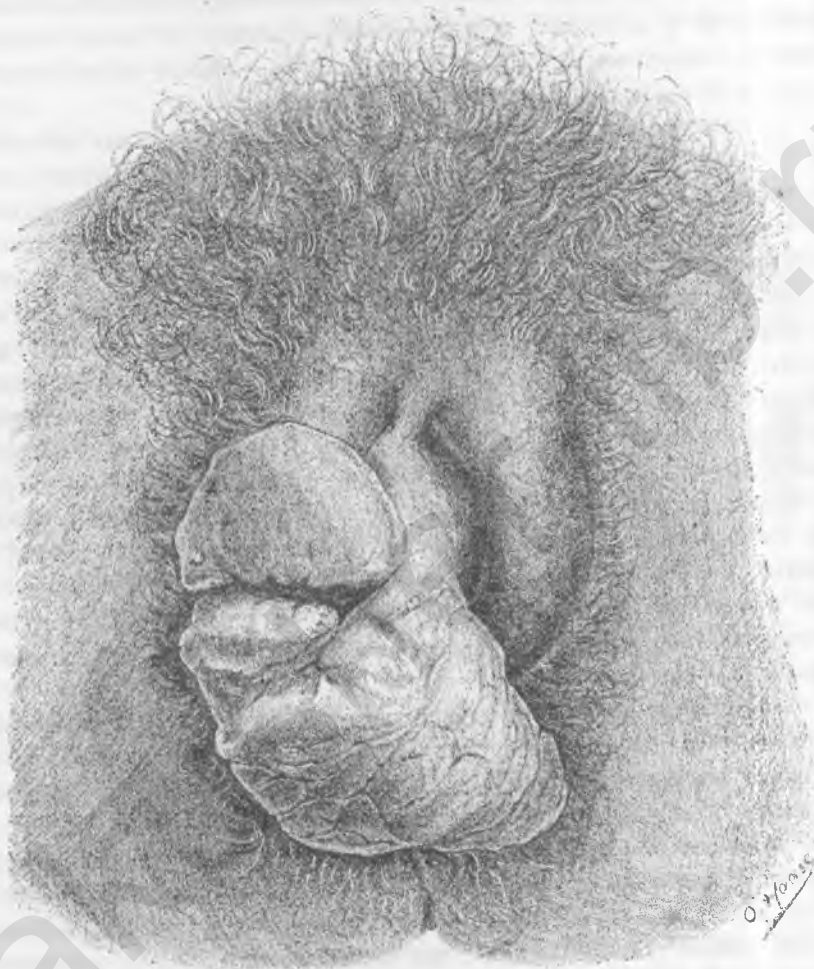


Рис. 86. Elephantiasis vulvae fibros.

Предсказаніе обыкновенно благопріятное. Нѣтъ причинъ отрицать возможность перехода этихъ сосудистыхъ опухолей въ злокачественныя новообразованія.

Лѣченіе. Только при небольшихъ, мелкихъ разрашеніяхъ можно съ успѣхомъ примѣнять прижиганіе карандашомъ *arg. nitrici*. Обыкновенно же приходится эти опухоли удалять ножницами или ножомъ. Если оставшаяся рана занимаетъ значительную часть окружности наружнаго

мочевого отверстія, для остановки кровотеченія и болѣе успѣшнаго заживленія слѣдуетъ накладывать швы, соединяя слизистую оболочку канала съ наружнымъ краемъ раны. Въ другихъ случаяхъ кровотеченіе можно остановить обкалываніемъ или при помощи аппарата Пакелена.

с) *Мононая опухоль*, elephantiasis, въ нашей мѣстности встрѣчается рѣдко, чаще въ жаркомъ климатѣ.

Этіологія. Причины болѣзни въ точности неизвѣстны. Болѣзнь была наблюдаема у женщинъ, предававшихся онанизму, а также послѣ сифилиса, гонорреи, повторныхъ воспаленій наружныхъ частей и пр. Нѣкоторые признають вліяніе особенной заразы.

Анатомическія измѣненія. Наичаще образованіе опухоли начинается на большихъ губахъ, въ послѣдствіи заболѣваніе распространяется на малыя губы, похотникъ и другія части. Опухоль сначала мало выдается, но при дальнѣйшемъ увеличеніи она выпячивается и отвисаетъ. Поверхность опухоли иногда остается гладкою, но чаще дѣлается неровною, въ слѣдствіе появленія ворсистыхъ разраженій, или плотныхъ бугровъ. Въ исключительныхъ случаяхъ величина опухоли достигаетъ головы взрослого человѣка и можетъ вѣсить 10—15 kgr. Образованіе опухоли зависитъ отъ усиленнаго разраженія соединительной ткани, въ особенности вокругъ венозныхъ сосудовъ и колоссальнаго расширенія лимфатическихъ сосудовъ, влекущаго за собой застой лимфы. Смотря по преобладанію одного или другого процесса, опухоль получаетъ плотную или мягкую консистенцію. Наболѣе вѣроятно, что застой лимфы, вызванный закупоркою лимфатическихъ сосудовъ, и атрофія паховыхъ железъ представляютъ главныя причины и первичныя явленія этого патологическаго образованія, послѣдствіемъ которыхъ является увеличеніе и разрастаніе сосочковъ кожи.

Симптомы и теченіе. Болѣзнь встрѣчается у женщинъ средняго возраста. Она начинается постепенно припуханіемъ тканей, зудомъ и жженіемъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ. Къ этому присоединяется усиленное отдѣленіе, въ особенности при образованіи на опухоли ссадинъ и трещинъ. Гораздо рѣже болѣзнь начинается въ видѣ остраго заболѣванія, именно рожистымъ процессомъ, послѣ котораго остается припухлость покрововъ. При недостаткѣ опрятности, отдѣленіе получаетъ дурной запахъ. Когда опухоль достигаетъ значительныхъ размѣровъ, испраженіе на низъ и мочеиспусканіе становятся затруднительными и половыя сношенія дѣлаются невозможными.

Распознаваніе. Болѣзнь въ началѣ ея появленія можно смѣшать съ ракомъ; для установленія отличительнаго распознаванія иногда единственнымъ средствомъ является микроскопическое изслѣдованіе удаленной части опухоли.

Предсказаніе, въ особенности при умѣренномъ распространеніи elephantiasis, является благопріятнымъ, коль скоро возможно удаленіе опухоли. Очень рѣдко болѣзнь переходитъ въ ракъ.

Лечение. Единственнымъ средствомъ излѣченія этой болѣзни является вырѣзываніе частей, пораженныхъ слоновою опухолью. Операция производится по общимъ правиламъ при полномъ наркозѣ. Очертивъ ножомъ по здоровой ткани опухоль, удаленіе можно начинать сверху отъ области клитора или снизу отъ промежности. Пораженную ткань слѣдуетъ вырѣзывать на достаточную глубину до здороваго слоя, постепенно соединяя глубокими швами края раны, при чемъ кровотеченіе обыкновенно останавливаютъ вполнѣ; иногда впрочемъ приходится перевязывать отдѣльные сосуды.

d) *Волчецъ наружныхъ частей, lupus vulvae, ulcus rodens vulvae, esthiomene de la vulve*, также представляетъ крайне рѣдкое заболѣваніе, причиной котораго слѣдуетъ считать зараженіе туберкулезными бактеріями. Reskham считаетъ сифилисъ одною изъ наиболѣе частыхъ предрасполагающихъ причинъ этой болѣзни. Изъ 33 собранныхъ имъ случаевъ *lupus vulvae*, 12 разъ въ анамнезѣ было несомнѣнно констатировано сифилитическое зараженіе, а въ 14 случаяхъ это можно было его допустить съ нѣ-



Рис. 87. *Lupus vulvae, ulcus rodens vulvae* по Veit'y.

которою вѣроятностію. Тѣмъ не менѣе эта болѣзнь всегда представляетъ бугорчатку наружныхъ половыхъ частей, котоуая переходитъ въ *fossa naviculare*, появляется возлѣ мочевого канала и во входѣ влагалища.

Анатомическія измѣненія. Волчецъ начинается наичаще на малой губѣ въ видѣ небольшихъ узелковъ, которые вскорѣ превращаются въ поверхностныя язвы; изъязвленія распространяются дальше, преимущественно въ поверхностныхъ слояхъ. Одновременно подлежащая ткань плотнѣетъ, вслѣдствіе инфильтраціи. Язвенный процессъ постепенно распространяется на большія губы, клиторъ, промежность, преддверіе и даже на ткань влагалища. Всюду образуются изъязвленія, язвенные

ходы, оплотнённые ткани, мѣстами ворсистыя разращенія и свищи. Пораженная болѣзною ткань постепенно разрушается, и съ теченіемъ времени образуется клоака, вслѣдствіе уничтоженія части стѣнокъ влагалища и ткани промежности.

При микроскопическомъ изслѣдованіи, находятъ инфильтрацію ткани мелкими клѣтками, иногда встрѣчаются гигантскія клѣтки; сравнительно не часто находили туберкулезныя бациллы.

Симптомы и теченіе. Вначалѣ больныя жалуются, какъ въ болѣзняхъ заболѣваній наружныхъ частей, на ощущеніе жженія, зудъ, боли, а также на усиленные отдѣленія. По мѣрѣ того, какъ процессъ подвигается впередъ, эти явленія усиливаются, къ нимъ присоединяются частые позывы на мочу, иногда затрудненное мочеиспусканіе, затѣмъ недержаніе мочи, жидкихъ кишечныхъ испражнений и газовъ. Болѣзнь тянется долгое время, общія разстройства развиваются преимущественно при одновременномъ пораженіи бугорчаткою легкихъ или кишечнаго канала.

Распознаваніе можетъ представлять затрудненіе только въ началѣ заболѣванія, когда болѣзнь можно смѣшать съ поверхностною формою рака. Довольно характерно для этой болѣзни одновременно существующая припухлость и отечное состояніе совмѣстно съ язвеннымъ процессомъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ Sängner совѣтуетъ прибѣгать къ впрыскиванію Коховской сыворотки. Рѣшающее значеніе имѣетъ микроскопическое изслѣдованіе пораженной ткани.

Предсказаніе неблагоприятно. Даже послѣ удаленія пораженной ткани наступаетъ возвратъ болѣзни.

Лѣченіе состоитъ въ удаленіи пораженной ткани, гдѣ это возможно. При значительномъ распространеніи язвеннаго процесса, слѣдуетъ ограничиться выскабливаніемъ пораженной ткани и сильными прижиганіями раскаленнымъ платиновымъ наконечникомъ.

е) *Фиброма и жировая опухоль наружныхъ половыхъ частей.* Первая развивается въ болѣе глубокихъ слояхъ изъ мышечной ткани, вторая возникаетъ въ жировой ткани подкожной клѣтчатки. Обыкновенно эти опухоли не достигаютъ большихъ размѣровъ, за рѣдкими исключеніями. Фиброма состоитъ изъ болѣе плотной ткани, нежели жировикъ. Съ теченіемъ времени опухоли, увеличиваясь въ объемъ, постепенно вслѣдствіе тяжести отвисаютъ и представляются сидящими на стеблѣ.

Лѣченіе заключается въ удаленіи этихъ новообразованій. Наружные покровы разрѣзываются до самой опухоли, которую стараются вылущить пальцами или рукояткою ножа; артеріи перевязываются. Всю рану или часть ея соединяютъ швами, оставляя въ послѣднемъ случаѣ въ полости, образовавшейся послѣ удаленія опухоли, небольшой дренажъ.

г) *Злокачественныя новообразованія наружныхъ половыхъ частей, carcinoma et sarcoma vulvae* встрѣчаются крайне рѣдко, въ особенности саркома, какъ первичное или вторичное заболѣваніе.

Анатомическія измѣненія. Обыкновенно встрѣчается поверхностная форма рака, такъ называемый ракъ кожи. Онъ начинается на большихъ губахъ въ видѣ бугровъ или возвышеній, которые постепенно распространяются въ кожѣ, затѣмъ изъязвляется, продолжая расти.

Язвенная поверхность представляется неровною, легко кровоточащей, желтовато-краснаго цвѣта. Постепенно новообразование распространяется въ глубину ткани до самыхъ тазовыхъ костей. Въ рѣдкихъ случаяхъ ракъ наружныхъ половыхъ частей осложняется образованіемъ плотныхъ узловъ въ глубинѣ ткани, которые постепенно разрастаются, образуя опухоль.

Напротивъ, саркома чаще появляется въ видѣ мягкой опухоли, возникающей въ ткани большихъ губъ, клитора или лоннаго возвышенія. Рѣже саркома обнаруживается въ кожѣ въ видѣ ворсистой опухоли. Это новообразование на наружныхъ половыхъ частяхъ встрѣчается крайне рѣдко. Вгилл могъ собрать въ литературѣ только 12 случаевъ, къ которымъ онъ прибавилъ 2 своихъ наблюденія.

Симптомы и теченіе. Какъ скоро обнаружатся изъязвленія на опухоли, паховыя железы припухаютъ и становятся чрезвычайно плотными. Въ скоромъ времени начинается общее истощеніе организма и упадокъ силъ. Особенную злокачественность обнаруживаютъ саркомы и глубокія формы рака. Вообще ракъ наружныхъ половыхъ частей, по видимому, представляетъ болѣзнь неизлѣчимую. Изъ 16 случаевъ, собранныхъ Schwartz'емъ, подвергшихся радикальной операціи, чрезъ 2 года только у одной больной не послѣдовалъ возвратъ.

Лѣченіе состоитъ исключительно въ удаленіи пораженной ткани наружныхъ половыхъ частей тамъ, гдѣ это возможно. Разрѣзъ въ окружности новообразованія нужно вести, по крайней мѣрѣ отступя на 1 см. въ здоровой ткани, чтобы не оставить въ ранѣ частицъ новообразованія. Одновременно слѣдуетъ удалить пораженные ракомъ паховыя железы.

Новѣйшая литература.

Болѣзни наружныхъ половыхъ органовъ.

Холмогоровъ. Излѣченіе pruritus vulvae постояннымъ токомъ. Мед. Обозр. 1891. Koblanck. Carcinoma vulvae. Zeitr. f. Geb. 36. Lowson Tait. Repair of female perineum. 1891. Martin. Kraurosis vulvae 1895. Neugebauer. Die Lehre vom Pseudohermaphroditismus. 1896. Ruge. Zur Behandlung des Pruritus vulvae. B. kl. W. 1896. Rausching. Ueber kongenitale Verwachsung der kleinen Labien 1890. Sängler. Ueber Perineorrhaphie durch Spaltung des Septum retrovaginale. 1887. Viatte. Klinische und histologische Untersuchungen über Lupus vulvae. Arch. f. Gyn. 40. Veit. Die Erkrankungen der Vulva. 1898. Zweifel. Die Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien und die Dammrisse. 1886. Zweigbaum. Ein Fall von tuberkulöser Ulceration der vulva, vagina und der Portio vaginalis uteri. B. kl. W. 1888.

Отдѣлъ II. Болезни влагалища.

Глава I.

Недостатки развитія и пріобрѣтенныя суженія влагалища.

1. Чрезмѣрно плотная дѣвственная плева встрѣчается преимущественно у пожилыхъ дѣвственницъ, вступающихъ въ бракъ, при чемъ, несмотря на повторныя, даже многократныя попытки къ совокупленію, дѣвственная плева иногда не разрывается. Такое свойство дѣвственной плевы зависитъ отъ гиперплазіи и оплотнѣнія ея соединительной ткани, наступающаго съ теченіемъ времени послѣ достиженія половой зрѣлости. При изслѣдованіи дѣвственная плева представляется толстою, съ узкимъ отверстіемъ и неподатливою.

Въ практикѣ нерѣдко приходится слышать заявленія мужа о чрезмѣрной плотности дѣвственной плевы у жены въ первое время брачной жизни. Однако при внимательномъ изслѣдованіи болѣею частію оказывается, что невозможность сношенія зависитъ отъ половой слабости мужа. Лѣченіе въ такихъ случаяхъ, въ особенности при чрезмѣрной плотности дѣвственной плевы, заключается въ разрѣзѣ ея пожомъ въ нѣсколькихъ направленіяхъ.

2. Отсутствие влагалища, его зачаточное развитіе, врожденное и пріобрѣтенное зарращеніе и суженіе.

Этіологія. Отсутствие влагалища и его зачаточное развитіе встрѣчается наичаще при значительномъ недоразвитіи матки, между тѣмъ какъ наружныя половыя части нерѣдко бываютъ правильно развиты.

Только такіе случаи Veit считаетъ врожденными, всѣ другія неправильности онъ относитъ къ числу пріобрѣтенныхъ, что, по нашему мнѣнію, врядъ ли справедливо, и во всякомъ случаѣ пока не доказано. У замужнихъ женщинъ съ отсутствіемъ влагалища иногда замѣчается на мѣстѣ входа вдавленіе, въ которое можно ввести палецъ на глубину 4—5 см. Это углубленіе, образовавшееся *sub coitu*, симмулируетъ нижнюю часть влагалища.

Гораздо чаще встрѣчаются случаи врожденнаго закрытія влагалища, преимущественно во входѣ, вслѣдствіе зарращенія отверстія дѣвственной плевы, зависящаго отъ излишняго развитія этой перепонки. Рѣже зарращеніе влагалища обнаруживается на протяженіи этого канала выше входа, въ такихъ случаяхъ она имѣетъ форму узкаго кольца. Иногда оно занимаетъ болѣе значительное протяженіе по оси влагалища. Въ такихъ случаяхъ зарращеніе, *atresia vaginae*, болшею частію не бываетъ полнымъ, а представляется въ видѣ суженія, *stenosis vaginae*.

Если въ стѣнкахъ влагалища на мѣстѣ суженія или зарращенія находится плотная рубцовая ткань, то по всей вѣроятности сращеніе послѣдовало въ дѣтскомъ возрастѣ, при тяжелой формѣ одного изъ сыпныхъ или заразныхъ заболѣваній — оспы, скарлатины, тифа, дифтерита и пр. Такія же измѣненія представляютъ приобрѣтенныя зарращенія и суженія влагалища; наичаще онѣ являются послѣдствіемъ трудныхъ родовъ, рѣже случайныхъ пораненій влагалища. Суженіе встрѣчается гораздо чаще, нежели полное зарращеніе влагалища, иногда въ видѣ узкаго плотнаго кольца, особенно въ нижней, рѣже въ средней части влагалища. Въ другихъ случаяхъ на значительномъ протяженіи стѣнки влагалища представляются плотными, неподатливыми, своды сглажены, при этомъ влагалищная часть матки представляется атрофированною и каналъ ея иногда закрытымъ. Нерѣдко приобрѣтенное суженіе влагалища осложняется присутствіемъ мочевыхъ, рѣже кишечныхъ фистулъ. Полное приобрѣтенное зарращеніе влагалища обыкновенно бываетъ въ верхней части канала. Иногда оно производится искусственно для излеченія недержанія мочи. У пожилыхъ женщинъ, потерявшихъ мѣсячныя, вслѣдствіе особенной формы воспаления слизистой оболочки влагалища, часто происходитъ суженіе рукава обыкновенно въ верхней части и сращенія съ поверхностью влагалищной части матки.

Анатомическія измѣненія. Кромѣ развитія рубцовой ткани, въ особенности при суженіяхъ и зарращеніяхъ, развившихся послѣ трудныхъ родовъ, важнѣйшія явленія въ половыхъ органахъ женщины обнаруживаются въ тѣхъ случаяхъ, когда такія измѣненія въ стѣнкахъ рукава препятствуютъ свободному выходу наружу отдѣленія изъ полости матки, въ особенности мѣсячныхъ кровей. Изливающаяся при регулахъ кровь, не находя свободнаго выхода, скопляется выше мѣста сращенія, сперва во влагалищѣ, сильно растягивая его стѣнки, *haematocolpos*, затѣмъ въ маткѣ, *haematometra*, которая постепенно расширяется, и наконецъ въ обѣихъ трубахъ, *haematosalpinx*, наружные концы которыхъ при такихъ условіяхъ наичаще зарастаютъ. Дно матки въ иныхъ случаяхъ поднимается до пупка и даже выше. Часто находятъ въ окружности матки и придатковъ измѣненія, указывающія на перенесенное воспаленіе брюшины — сращенія съ сосѣдними частями, и мѣстами скопленіе серознаго, рѣже гнойнаго экссудата или сгустившейся

болѣе или менѣе измѣненной крови. Рѣже воспаленіе тазовой брюшины имѣетъ болѣе острый характеръ, и сращеніе сосѣднихъ органовъ еще не успѣло организоваться.

При неполномъ заращеніи влагалища, отъ какой бы причины оно не происходило, вышележащая часть рукава и также матка не рѣдко находятся въ катарральномъ состояніи. Мѣстами влагалище представляетъ даже язвенную поверхность, покрытую гноевиднымъ отдѣленіемъ.

Симптомы и теченіе. Врожденное заращеніе влагалища обыкновенно обнаруживается только послѣ наступленія половой зрѣлости, когда у больной начинаютъ ежемѣсячно обнаруживаться недомоганіе, боли въ поясницѣ и нижней части живота, такъ называемыя *colimina*

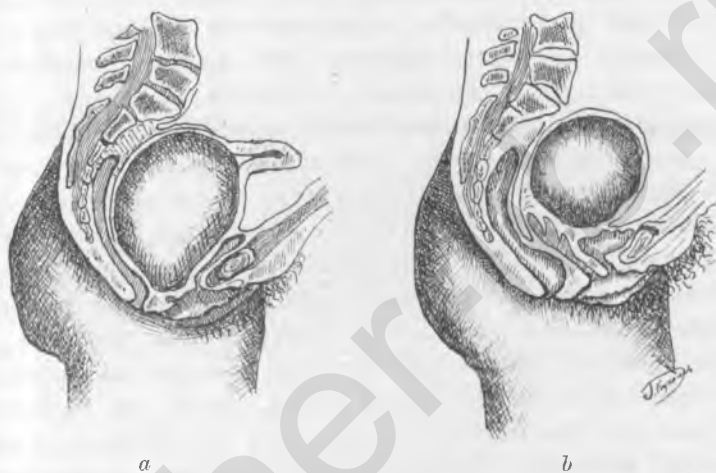


Рис. 88. Gynatresia. *a*—заращеніе входа во влагалище; *b*—заращеніе канала маточной шейки.

menstrualia. Съ каждымъ мѣсяцемъ эти явленія становятся сильнѣе, такъ что больная въ это время не въ состояніи бываетъ ходить и должна оставаться нѣсколько дней въ постели. Съ теченіемъ времени, въ нижней части живота боли остаются постоянными и всякій разъ усиливаются при движеніи или послѣ изслѣдованія больной. Больная сама замѣчаетъ увеличеніе живота, жалуется на частые позывы мочеиспусканія, на запоры и надавливаніе на низъ. Въ случаяхъ нѣсколько запущенныхъ по временамъ появляются острые боли въ животѣ, лихорадочное состояніе, тошнота, вздутіе живота и уменьшеніе количества мочи.

Всѣ эти симптомы обнаруживаются также при зачаточномъ развитіи влагалища, а равно при сращеніяхъ, приобрѣтенныхъ вслѣдствіе трудныхъ родовъ, если внутренніе половые органы сохраняютъ свои обычныя функціи.

При суженіяхъ различнаго рода, мѣсячныя очищенія, а также слизистыя отдѣленія изъ полости матки имѣютъ наичаще свободный стокъ.

Затрудненія встрѣчаются главнымъ образомъ при половыхъ отношеніяхъ, при чемъ обнаруживается невозможность полного совокупленія. Кроме того, у такихъ больныхъ почти всегда бываютъ бѣли и неправильныя, иногда обильныя мѣсячныя очищенія. Невозможность половыхъ отношеній является главнымъ симптомомъ при зачаточномъ развитіи влагалища, а также при приобретенныхъ заращеніяхъ въ тѣхъ случаяхъ, когда внутренніе половые органы находятся въ зачаточномъ состояніи или претерпѣли тяжелыя атрофическія измѣненія. Иногда при зачаточномъ развитіи внутреннихъ половыхъ органовъ, больныя жалуются на недержаніе мочи и сильныя боли при сношеніи, что зависитъ отъ сильнаго расширенія и надрывовъ мочевого канала при половыхъ отношеніяхъ. При настойчивыхъ попыткахъ къ сношенію, иногда половой членъ проникаетъ этимъ путемъ въ мочевою пузырь.

Въ большинствѣ случаевъ больныя съ заращеніемъ и суженіемъ влагалища представляются нервными и анемичными съ ясно выраженнымъ расстройствомъ общаго питанія организма, что зависитъ наичаще отъ перенесенныхъ ими тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣваній или же тягостныхъ симптомовъ, обусловливаемыхъ патологическимъ состояніемъ рукава.

Беременность въ нѣкоторыхъ случаяхъ представляетъ опасное осложненіе при суженіи и заращеніи влагалища. Kayser собралъ 13 случаевъ, гдѣ при этой болѣзни пришлось прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію и даже къ операциіи Porro. По изслѣдованіямъ Neugebauer'a, на 1000 случаевъ этой аномалии было наблюдаемо 237 дѣтороженій *per vias naturales*, и въ 56 случаяхъ было произведено кесарское сѣченіе.

Распознаваніе не представляетъ особенныхъ затрудненій. При изслѣдованіи наружныхъ половыхъ частей и влагалища пальцемъ, иногда также маточнымъ зондомъ, легко удается распознать непроходимость, недоразвитіе или суженіе влагалища. При наиболѣе частой формѣ закрытія просвѣта влагалища, вслѣдствіе врожденнаго заращенія дѣвственной плевы, скопившаяся во влагалищѣ кровь выпячиваетъ нѣсколько наружу заросшую перепонку, раздвигая большія губы, иногда даже просвѣчивая синеватымъ цвѣтомъ. Пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку, можно прощупать мягкую, зыблущуюся опухоль, которая выпоняетъ полость таза и образуется растянутымъ кровью влагалищемъ. При двойномъ изслѣдованіи легко убѣдиться, что эта опухоль составляетъ продолженіе опухоли, которая ощущается въ нижней части живота. При наружномъ изслѣдованіи чрезъ брюшныя стѣнки, большею частью не трудно опредѣлить контуры матки и найти возлѣ нея по бокамъ продолговатыя опухоли, направляющіяся въ тазъ, которыя образуются растянутыми кровью трубами.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда накопленія мѣсячныхъ кровей не было, обыкновенно въ животѣ опухолей не замѣчаютъ, если только не развивается новообразование въ яичникахъ. Изслѣдованіе должно быть

направлено на опредѣленіе длины и направленія заросшей, недоразвитой или суженной части влагалища.

Предсказаніе даже въ наиболѣе простыхъ случаяхъ заращенія влагалища, именно при заращеніи дѣвственной плевы, нельзя считать благоприятнымъ, коль скоро можно убѣдиться въ растяженіи задержанною кровью Фаллопиевыхъ трубъ, что почти всегда сопровождается мѣстнымъ воспаленіемъ брюшины. Опорожнение задержанной крови чрезъ разрѣзъ на мѣстѣ заращенія или чрезъ проколъ нерѣдко въ такихъ случаяхъ сопровождается переходомъ части содержимаго трубы въ полость живота, вслѣдствіе отслойки заросшаго наружнаго устья или разрыва истонченной стѣнки трубы. Послѣдствіемъ этого является опасное воспаленіе брюшины, часто съ летальнымъ исходомъ. При отсутствіи влагалища, возстановленіе этого канала оказывается трудно выполнимымъ и невозможнымъ во всей полнотѣ. Скорѣе это удастся при частичномъ заращеніи и суженіи влагалища, хотя далеко не во всѣхъ случаяхъ.

Льченіе. При заращеніи дѣвственной плевы и скопленіи мѣсячныхъ кровей въ полости внутреннихъ половыхъ органовъ, обыкновенно производится продольный разрѣзъ дѣвственной плевы и затѣмъ вырѣзываніе средней части ея, чтобы образовалось отверстіе, пропускающее указательный палецъ. Довольно густая масса задержавшейся крови должна вытекать постепенно, и больная должна сохранять полное спокойствіе. Промываніе влагалища можно производить только спустя сутки или нѣсколько дней послѣ разрѣза и лучше катетромъ *Voze man'a*, чтобы не вогнать жидкости въ расширенныя трубы.

При заращеніи влагалища на нѣкоторомъ протяженіи въ средней или верхней части рукава, сперва нужно сдѣлать поперечный разрѣзъ на мѣстѣ сращенія, затѣмъ слѣдуетъ прокладывать путь концомъ указательнаго пальца, постепенно разъединяя сращенія или отдѣляя пузырь отъ прямой кишки, пока палецъ не дойдетъ до мѣста, гдѣ ясно ощущается зыбленіе. Здѣсь дѣлается проколъ троакаромъ, послѣ чего отверстіе расширяется метротомомъ и бужами *Peegar'a* до ширины указательнаго пальца.

При суженіяхъ наичаще приходится производить съ цѣлью расширенія разрѣзы ножомъ. Гораздо труднѣе поддержать послѣ разрѣзовъ достаточную проходимость влагалища; такъ какъ послѣ операциі каналь на мѣстѣ суженія быстро суживается, коль скоро прекращается введеніе бужей или маточнаго зеркала. Наилучшимъ средствомъ для предотвращенія возвратовъ суженія или даже заращенія является, при кольцевидныхъ суженіяхъ вырѣзываніе, рубцовой ткани и соединеніе швомъ нормальныхъ частей стѣнки влагалища въ верхнемъ и нижнемъ отдѣлѣ. При суженіяхъ на значительномъ протяженіи по оси рукава, послѣ глубокихъ разрѣзовъ на мѣстѣ суженія вшиваются лоскуты ткани, отсепарованные съ области большой губы или частей окололежащихъ. Такого же способа слѣдуетъ держаться при недоразвитіи

влагалища, послѣ отдѣленія пальцемъ пузыря отъ прямой кишки на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи. Mackenrodt совѣтуетъ для покрытія дефекта, при образованіи влагалища, пользоваться кусками ткани влагалища, которые удаляются при colporrhaphia. Gergus у употребилъ для этой цѣли переднюю стѣнку прямой кишки. При накопленіи крови въ мѣшкообразно расширенныхъ трубахъ, слѣдуетъ приступить къ чревосѣченію и удаленію придатковъ матки. При этомъ удаленіе тѣла матки, amputatio supravaginalis, показуется только въ тѣхъ случаяхъ, когда невозможно возстановить проходимость влагалища.

3. Чрезмѣрно узкое влагалище встрѣчается рѣдко; повидимому, такое состояніе обусловливается развитіемъ только одного Мюллера канала въ нижней его части или на всемъ протяженіи, почему узкое влагалище встрѣчается при правильномъ развитіи матки и при однорогой маткѣ, uterus unicornis.

Лѣченіе примѣняется въ тѣхъ случаяхъ, когда узкость влагалища является препятствіемъ къ совершенію половыхъ сношеній. Обыкновенно примѣняется введеніе бужей или цилиндрическихъ маточныхъ зеркалъ. Во время беременности и родовъ большою частью влагалище расширяется въ достаточной степени и не служитъ препятствіемъ къ дѣтороженію. Однако, иногда необходимо сдѣлать при родахъ боковые надрѣзы для избѣжанія глубокихъ разрывовъ стѣнки рукава.

4. Двойное влагалище. Двойное влагалище встрѣчается при двойной и простой маткѣ и зависитъ отъ отдѣльнаго развитія Мюллеровыхъ каналовъ, въ нижней части которыхъ не послѣдовало полное или совершенное сліяніе. Иногда влагалище бываетъ раздвоено на всемъ протяженіи, такъ что даже бываютъ двѣ дѣвственныхъ плевы одна возлѣ другой. Почти всегда находятъ одинъ изъ видовъ двойной матки, при этомъ въ каждую половину влагалища выстоить отдѣльная влагалищная часть матки. Engel у одной женщины при первыхъ родахъ наблюдалъ совмѣстно съ двойною маткой и влагалищемъ двойной мочевоы пузырь и мочеиспускательный каналъ. Гораздо чаще раздвоеніе влагалища бываетъ выражено только въ нижней части въ видѣ толстой перемычки, идущей отъ нижней стѣнки мочевого канала до задней части входа во влагалище, отъ чего дѣвственная плева получаетъ особенную форму, представляя удвоеніе, hymen bifenstratum. Въ другихъ случаяхъ находятъ только ясно выраженный выступъ на передней или задней стѣнкѣ влагалища. При двойномъ влагалищѣ обыкновенно лѣвый рукавъ располагается нѣсколько спереди праваго. Сношеніе происходитъ черезъ одну или обѣ половины влагалища, которыя большою частью являются одинаково развитыми.

Рѣже одна половина влагалища находится въ зачаточномъ состояніи, представляя закрытый мѣшокъ, не доходящій до входа рукава. Если въ него открывается матка, выдѣляющая мѣсячную кровь, то въ

скоромъ времени происходитъ скопленіе крови въ закрытой половинѣ влагалища и въ полости матки, сообщающейся съ нимъ, haematocolpos et haematometra lateralis. Въ такихъ случаяхъ, при правильномъ истеченіи мѣсячныхъ изъ открытой половины влагалища, больная страдаетъ сильными болями во время регулъ и замѣчается образование опухоли съ боку въ нижней части живота, которая выстоитъ въ влагалище и постепенно увеличивается.

Иногда такая опухоль самопроизвольно вскрывается во влагалище

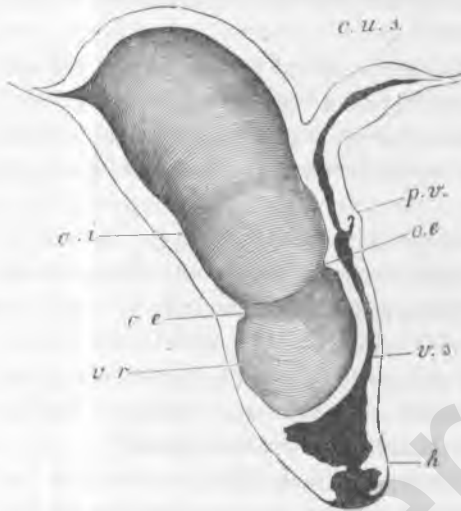


Рис. 89. Gynatresia lateralis. Заращеніе не вполне развитога праваго влагалища, скопленіе крови въ немъ и въ полости сильно растянутога праваго рога матки, при uterus bicornis et vagina septa. с.и. — правый рогъ матки; с.и.с. — лѣвый рогъ; о.е. — orif. extern.; о.и. — orif. intern. расширенной шейки на правой сторонѣ; v.r. — недоразвитая заросшая половина влагалища; v.s. — лѣвая половина влагалища p.v. — часть part. vagin. слѣва h. — hymen.

черезъ небольшое образовавшееся отверстіе въ ея стѣнкѣ. Послѣ чего отъ попаданія микроорганизмовъ въ полость, содержимое ея подвергается разложенію, становится крайне зловоннымъ, причиняетъ красноту и раздраженіе наружныхъ половыхъ частей.

Распознаваніе въ такихъ рѣдко встрѣчающихся случаяхъ довольно трудно. Боковую кровяную опухоль во внутреннихъ половыхъ органахъ можно смѣшать съ новообразованіемъ, а вскрывшуюся и гноящуюся полость съ большою кистой влагалища, или даже съ нарывомъ таза. Только внимательное изслѣдованіе чрезъ влагалище и прямую кишку двойнымъ приемомъ и точныя данныя анамнеза могутъ предохранить отъ ошибки.

Лѣченіе. Перегородку, расположенную во входѣ или на всемъ

протяженіи влагалища, приходится разрѣзать иногда во время родовъ, если она служитъ препятствіемъ для прохожденія подлежащей части. Рѣже операція дѣлается въ небеременномъ состояніи женщины, когда это уродство является препятствіемъ для половыхъ сношеній. При разрѣзѣ кровоточащія сосуда захватываются пинцетами Рѣан'а и затѣмъ перевязываются или обкалываются.

Боковую кровяную опухоль влагалища необходимо вскрыть широкимъ разрѣзомъ во всю длину до влагалищной части; такой же разрѣзъ слѣдуетъ дѣлать и при самопроизвольномъ вскрытіи опухоли.

Глава 2.

Болѣзни влагалища воспалительнаго характера.

1. Спазмъ входа влагалища, *vaginismus*.

Этіологія. Хотя это заболѣваніе имѣетъ характеръ нервнаго заболѣванія, тѣмъ не менѣе, повидимому, почти всегда оно вызывается воспалительнымъ раздраженіемъ входа влагалища и преддверія. Оно наблюдается у молодыхъ не рожавшихъ женщинъ и крайне рѣдко у рожавшихъ. Врожденное или пріобрѣтенное невропатическое состояніе предрасполагаетъ къ этой болѣзни. Ближайшею причиною являются неумѣлыя попытки къ сношенію въ первое время замужества, зараженіе наружныхъ частей гонорреей или септической инфекціей, которая передается грязными руками, губками и пр. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ спазмъ входа во влагалище вызывается ненормальными половыми сношеніями или хроническимъ катарромъ матки.

Gunning различаетъ 3 вида *vaginismus*: *hyperaesthesia* вслѣдствіе невроза на концахъ нервовъ наружныхъ половыхъ органовъ, *hyperaesthesia* вслѣдствіе воспаления, сокращеніе мускуловъ спазматическое *sine hyperaesthesia*. Последняя форма встрѣчается наиболѣе рѣдко; она зависитъ отъ нѣкоторыхъ измѣненій въ мозговыхъ центрахъ и наружныхъ половыхъ частяхъ: *carunculae*, *haemorrhoides*, *fissura ani*, *descensus ovarii* и пр. Hermann считаетъ причинами вагинизма суженіе входа во влагалище, болѣзни наружныхъ половыхъ органовъ и ненормальное состояніе нервовъ *vulvae*.

Анатомическія измѣненія болѣею частью крайне незначительны. На наружныхъ половыхъ частяхъ замѣчается краснота, въ преддверіи мѣстами находятъ ссадины и небольшія трещины, иногда припуханіе кожныхъ сосочковъ. Въ наружномъ отверстіи мочевого канала иногда сидятъ небольшія разраженія, *carunculae*. Дѣвственная плева часто представляется припухшею. Нерѣдко одновременно существуютъ воспалительныя измѣненія во внутреннихъ половыхъ органахъ.

Симптомы и теченіе. Больныя, чаще, впрочемъ, ихъ мужья, жалуются на невозможность половыхъ отношеній. При всякой попыткѣ къ сношенію, а иногда при одной мысли объ этомъ больная обнаруживаетъ сильную боязнь, при этомъ появляются сильная боль и спазмъ во входѣ влагалища, который распространяется на мышцы промежности, дна таза, а иногда получаетъ и дальнѣйшее распространеніе въ организмъ больной. Вслѣдъ за этимъ нерѣдко слѣдуетъ истерическій припадокъ. Такія же явленія обнаруживаются при гинекологическомъ изслѣдованіи, при попыткѣ ввести палецъ во влагалище или даже при дотрогиваніи зондомъ до нѣкоторыхъ частей дѣвственной плевы. Одновременно часто больная жалуется на бѣли, неправильныя и сильно болѣзненные мѣсячныя очищенія; часто такіе субъекты страдаютъ неврастеніей, въ особенности если спазмъ влагалища длится продолжительное время.

Предсказаніе въ большинствѣ случаевъ благоприятно, коль скоро является возможность устранить причины, вызывающія спазмъ влагалища.

Лѣченіе. Теплыя сидячія полуванны, наркотическія мази и примочки, при одновременномъ употребленіи внутреннихъ средствъ, только въ рѣдкихъ случаяхъ излѣчиваютъ болѣзнь. Lomax наблюдалъ пользу отъ примѣненія постоянного тока. Почти всегда приходится прибѣгать къ оперативному лѣченію.

При полномъ наркозѣ, ножницами срѣзываютъ дѣвственную плеву на всемъ протяженіи, затѣмъ производится сильное растяженіе входа во влагалище большими пальцами обѣихъ рукъ и подкожное разсѣченіе *m. constrictor cunni* остроконечнымъ изогнутымъ ножомъ. Края раны, оставшіеся послѣ изсѣченія дѣвственной плевы, соединяются швами изъ кетгута. Оперированная должна въ теченіе недѣли лежать въ постели; ежедневно ей нужно дѣлать теплыя впрыскиванія изъ борной кислоты. Спустя недѣлю снимаютъ швы, послѣ чего входъ во влагалище оказывается достаточно расширеннымъ и свободно пропускаетъ зеркало *Cusco*. Во всѣхъ случаяхъ полезно еще нѣсколько дней вводить ежедневно зеркало, оставляя его во влагалищѣ въ теченіе $\frac{1}{4}$ часа.

2. Воспаленіе влагалища, *colpitis*.

Этіологія. Болѣзнь встрѣчается очень часто и преимущественно въ катарральной формѣ, *colpitis catarrhalis*. Она зависитъ отъ различныхъ причинъ. Часто она появляется какъ послѣдствіе катарра матки отъ дѣйствія раздражающаго вліянія маточнаго секрета, содержащаго гной. Постороннія тѣла, мочевыя и кишечныя фистулы, допускающія поступленіе въ рукавъ мочи и кала, оказываютъ подобное же дѣйствіе. У дѣвочекъ катарръ влагалища иногда вызывается переходомъ мелкихъ глистовъ, *oxyuris vermicularis*, изъ задняго прохода во влагалище.

Однако наиболѣе частою причиною самыхъ интенсивныхъ формъ воспаленія влагалища является зараженіе чрезъ занесеніе гнилостныхъ, бродильныхъ и септическихъ микробовъ при дотрагиваніи до половыхъ частей грязными руками, при употребленіи загрязненной воды для впрыскиваній и подмываній, а также при посредствѣ нечистыхъ инструментовъ. Гонорройное зараженіе имѣетъ преобладающее значеніе въ этихъ случаяхъ. Эта зараза передается не только при половыхъ сношеніяхъ, но также различными зараженными предметами—полотенцами, губками, а также при посредствѣ воды, въ особенности у дѣтей.

Рукоблудіе у женщинъ сопровождается иногда воспаленіемъ влагалища. Пораненіе влагалища при загрязненіи раны можетъ повлечь за собою даже воспаленіе околовлагалищной клѣтчатки, *paravaginitis*, что иногда сопровождается омертвѣніемъ стѣнки влагалища на большемъ или

меньшемъ протяженіи, vaginitis dissecans. Подобное же заболѣваніе встрѣчается иногда послѣ трудныхъ родовъ, при ношеніи неудобныхъ пессаріевъ, иногда также при гонорреѣ, въ рѣдкихъ случаяхъ отъ прижиганія lig. ferri sesquichl. Lingen основною причиною vaginitis dissecans считаетъ эмболии и тромбозъ сосудовъ, развѣтвляющихся въ стѣнкахъ влагалища.

При нѣкоторыхъ острыхъ и хроническихъ общихъ заболѣваніяхъ, также развиваются иногда различныя формы воспаления влагалища.

Skutsch наблюдалъ настоящую эпидемію гонорройной vulvo-vaginitis у дѣвочекъ, пользовавшихся общею ванной; заболѣло въ короткое время 250 дѣтей. Epstein видѣлъ это заболѣваніе у ребенка на 3-й недѣлѣ жизни, полученное отъ матери. У взрослыхъ главною причиною болѣзни являются половыя отношенія съ мужчинами, имѣющими гоноррею. Loser у 32% проститутокъ нашелъ эту болѣзнь, наичаще въ формѣ катара шейки. По изслѣдованіямъ Kiefer'a, вообще

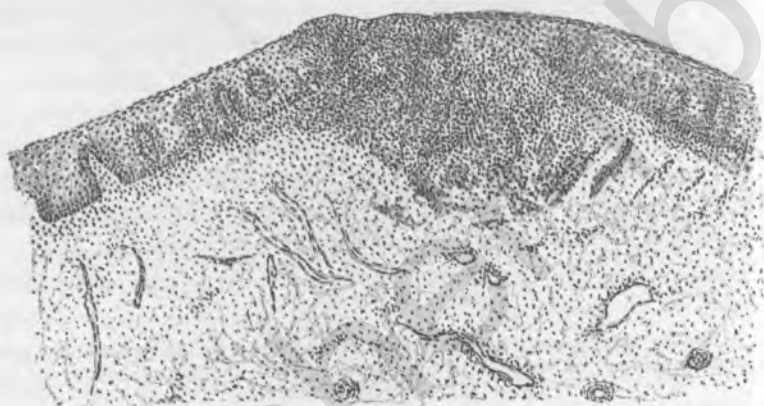


Рис. 90. Colpitis chronica. Расширенные сосуды и мелкоклеточковая инфильтрація поверхностныхъ слоевъ; въ одномъ мѣстѣ, по срединѣ препарата, слущиваніе эпителия и сильное разрастаніе сосочковъ.

во влагалищѣ женщинъ изъ числа патогенныхъ грибовъ наичаще встрѣчается gonococcus Neisser'a.

Анатомическія измѣненія. Катarrальное воспаленіе наблюдается въ острой или хронической формѣ. Различаютъ нѣсколько видовъ воспаления. Обыкновенный острый катаръ влагалища, colpitis simplex, представляетъ значительную гиперемію и припухлость слизистой оболочки; одновременно происходитъ выступленіе подъ слоемъ эпителия бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и слущиваніе верхнихъ слоевъ эпителия. Воспаленная поверхность влагалища покрыта слизистымъ, а затѣмъ гнойнымъ отдѣленіемъ. При гонорройной формѣ, colpitis gonorrhoeica, измѣненія выражены болѣе рѣзко въ стѣнкахъ влагалища. Кромѣ гипереміи и припухлости, въ сосочкахъ замѣчается мелкоклеточная инфильтрація и на поверхности ихъ отсутствуетъ эпителий. Припухшіе сосочки представляются въ видѣ мелкихъ красныхъ пятенъ, выдаю-

щихся надъ поверхностью слизистой оболочки, еще сохранившей свой эпителий. Все покрыто обильнымъ гнойнымъ отдѣленіемъ. Одновременно катарральное воспаленіе замѣчается на шейкѣ матки, мочевомъ каналѣ, иногда также въ Бартолиновыхъ железахъ.

По наблюдениямъ Витма, гонококки, размножаясь въ слизистой оболочкѣ, готовятъ ее для выдренія и развитія другихъ патогенныхъ микробовъ. Большое значеніе имѣетъ также состояніе внутреннихъ половыхъ органовъ во время зараженія. Инфекція въ послѣродовомъ періодѣ сопровождается наиболѣе тяжелыми осложнениями—воспаленіемъ матки, придатковъ и тазовой брюшины.

При микроскопическомъ изслѣдованіи отдѣленія, кромѣ элементовъ гноя, плоскаго эпителия, гнилостныхъ микробовъ, находятъ гонококкусъ Neisser'a между клѣтками и въ самыхъ клѣткахъ. Въ исключи-



Рис. 91. Colpitis catarrhalis granularis cum erosionibus. На препаратѣ въ верхнихъ слояхъ мелкоклѣтчатая инфильтрація, мѣстами, гдѣ находятся erosiones, истонченіе и даже исчезаніе эпителия.

тельныхъ случаяхъ эти микробы проникаютъ даже въ волосные сосуды слизистой оболочки и причиняютъ ихъ закупорку. Подобныя явленія наблюдалъ Wertheim при гонорройномъ воспаленіи мочевого пузыря. Наилучшимъ способомъ для нахождения этого микроба слѣдуетъ признать, на основаніи изслѣдованій Steinschneider'a, методъ окрашиванія Roux-Gram'a съ послѣдовательною окраской methylenblau. Съ того времени, когда начали примѣнять культуры гонококковъ по способу Wertheim'a на кровяной сывороткѣ, особенности этихъ микробовъ хорошо изучены.

Крупозная или дифтеритическая форма воспаленія влагалища чаще наблюдается въ видѣ бѣловатыхъ или сѣрыхъ пятенъ, расположенныхъ на мѣстахъ, гдѣ происходило продолжительное время давленіе пессарія, или же на краяхъ и въ окружности мочевого свища; въ послѣднемъ случаѣ въ образованіи ихъ принимаетъ участіе отложеніе мочевиныхъ солей. Гораздо рѣже крупозное и дифтеритическое воспаленіе влагалища обнаруживается въ видѣ сплошной формы, что наблюдается преимущественно при тяжелыхъ формахъ острыхъ сыпей и при

тифозной горячкѣ; въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчается, преимущественно у старыхъ женщинъ, *ulcus rotundum simplex vaginae* на передней и задней стѣнкѣ. Zohn считаетъ причиною образованія такой язвы недостаточной притокъ артеріальной крови у старыхъ женщинъ, другіе приписываютъ вліянію микробовъ. Величина язвы большею частью не превышаетъ ногтя указательнаго пальца съ рѣзко изрытыми краями и желтоватымъ дномъ.

Катарръ влагалища, зависящій отъ размноженія нѣкоторыхъ сапрофитовъ, *colpitis mycotica*, выражается припуханіемъ слизистой оболочки влагалища и наружныхъ частей, которыя покрываются бѣловатымъ налетомъ, довольно плотно приставшимъ къ поверхности слизистой оболочки. При изслѣдованіи этого налета подъ микроскопомъ, нашли его состоящимъ изъ нитей *oidium albicans* и *leptotrix vaginalis*; въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчается грибокъ пивныхъ дрожжей. Monod обратилъ вниманіе на бѣловатыя пятна, которыя плотно сидятъ на стѣнкахъ влагалища и наружныхъ частей; онъ называетъ ихъ *leucoplasia vulvo-vaginalis*.

У пожилыхъ женщинъ, потерявшихъ мѣсячныя очищенія, катарръ влагалища, возникающій въ ткани, подвергшейся атрофіи, причиняетъ слущенія эпителия и сращеніе соприкасающихся поверхностей влагалищныхъ стѣнокъ, *colpitis adhaesiva*. Наичаще сращеніе встрѣчается въ сводѣ, который постепенно уничтожается; въ средней части влагалища отъ тѣхъ же причинъ возникаетъ иногда суженіе канала рукава.

Описанное F. Winkel'emъ воспаленіе влагалища, подъ именемъ *colpitis emphysematosa*, встрѣчается почти исключительно у беременныхъ женщинъ. Оно обнаруживается сильною припухлостью слизистой оболочки влагалища и появленіемъ въ верхней части ея пузырьковъ, величиною отъ горошины до небольшой вишни, наполненныхъ газомъ. Zweifel нашель въ немъ *trimethylamin*. По изслѣдованіямъ Obermair'a, содержимое этихъ кистъ состоитъ изъ газа и желтоватой жидкости. Образованіе пузырьковъ происходитъ въ поверхностныхъ лимфатическихъ фолликулахъ и зависитъ, вѣроятно всею отъ приникновенія въ нихъ особыхъ микробовъ. Lindenthal нашель въ пузырькахъ особую анаэробную палочку, сходную съ *bact. coli. comm.* Изъ 35 собранныхъ случаевъ этой формы *colpitis*, 23 раза она была наблюдаема у беременныхъ и родильницъ.

Colpitis tuberculosa встрѣчается рѣдко; она выражается припухлостью слизистой оболочки, на поверхности которой разсыяны мелкіе желтоватые узелки или же на ней находятся язвы съ подрытыми краями.

O. Winkel описаль также *colpitis syphilitica*, которая характеризуется сильнымъ утолщеніемъ стѣнокъ влагалища, съ появленіемъ на всей его поверхности сѣроватыхъ перепонокъ. Neumann и Foug-

нигъ наблюдали въ нижней части влагалища распаденіе гуммозной инфильтраціи и образованіе фистулозныхъ ходовъ.

Симптомы и теченіе. Острый катаръ влагалища сопровождается общимъ нездоровьемъ, иногда повышеніемъ температуры тѣла до 38°, даже 39° С. Больныя жалуются на боли внизу живота, частые позывы на мочу и тенезмы. При движеніи боли усиливаются. Сношенія дѣлаются невозможными. Изъ влагалища отдѣляется сперва жидкое серозное, затѣмъ чисто гнойное отдѣленіе, раздражающее наружныя части, въ которыхъ появляется ощущеніе жженія, боли и зудъ. При мочеиспусканіи ощущается болѣе или менѣе значительная рѣзь. Въ особенности при отсутствіи чистоты и опрятности, заболѣваніе наружныхъ половыхъ частей достигаетъ значительной степени. Губы сильно припухаютъ и покрываются ссадинами, въ окружности замѣчается сильная краснота.

Когда болѣзнь переходитъ въ хроническое состояніе, или имѣла съ самаго начала такое теченіе, больная жалуется главнымъ образомъ на бѣли, которыя имѣютъ большею частью свойство слизисто-гнойнаго отдѣленія. При изслѣдованіи маточнымъ зеркаломъ, мы находимъ сильную красноту слизистой оболочки, которая иногда усѣяна мелкими красноватыми пятнами возвышенными или плоскими, происходящими отъ слущенія эпителия съ поверхности сосочковъ.

Перѣдко при хронической гонорреѣ мы находили стѣнки влагалища блѣдными; истеченіе происходитъ главнымъ образомъ изъ канала шейки. Только при обостреніи гонорреи и усиленіи отдѣленія изъ матки, стѣнки влагалища краснѣютъ, припухаютъ и покрываются гнойнымъ отдѣленіемъ, почему въ некоторые гинекологи даже отрицаютъ существованіе *colpitis gon.* у взрослыхъ, что не согласуется съ клиническими наблюденіями. Часто многослойный эпителий влагалища не защищаетъ отъ гонорройной инфекции. Количество микробовъ особенной роли при зараженіи не играетъ, иммунитетъ не приобретается даже повторными заболѣваніями. Mandl и Riel наблюдали *colpitis gon.* у женщинъ, у которыхъ была удалена вся матка.

Гонорройное воспаленіе влагалища у взрослыхъ скоро проходитъ при надлежащемъ лѣченіи. Зараза держится въ каналѣ шейки, который поражается упорнымъ катарромъ. Введенскій на 306 женщинъ, имѣвшихъ гоноррею, 179 разъ нашелъ гнойный катарръ шейки, а въ остальныхъ 127 кромѣ того еще перелой мочевого пузыря, нагноеніе въ *lacunae Gubreni*, а также пораженіе *gl. Bartholin*.

При *colpitis adhaesiva* замѣчаются желтоватая, иногда кровянистая отдѣленія; сношенія часто сопровождаются болью. Полное зарощеніе влагалища при этой болѣзни наблюдается крайне рѣдко. Winternitz видѣлъ подобный случай, гдѣ образовалось даже *haematocolpos*.

При крупозной и дифтеритической острой формѣ, обыкновенно бываетъ сильная лихорадка и воющее ихорозное отдѣленіе.

Распознаваніе болѣзни не представляет затрудненій; трудноѣ узнать ближайшую причину болѣзни, что иногда требуетъ внимательнаго изслѣдованія. При хронической формѣ гонорройнаго воспаленія не всегда находятъ gonococcus Neisser'a. Важное значеніе для распознаванія этой формы имѣетъ одновременное пораженіе канала шейки, мочевого канала и Бартолиновыхъ железъ, на что указалъ еще Noeggerath. Пельза не согласился съ мнѣніемъ Broese, что въ большинствѣ случаевъ распознаваніе гонорреи возможно безъ микроскопическаго изслѣдованія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ у молодыхъ женщинъ, живущихъ въ дурныхъ гигиеническихъ условіяхъ, замѣчаются поверхностныя язвинки, афты, на влагалищѣ и наружныхъ половыхъ частяхъ; иногда эти ссадины сливаются. Такія язвинки представляются рѣзко очерченными, величиной въ чечевицу, съ краснымъ ободкомъ, покрытыя желтоватымъ налетомъ. Ихъ легко смѣшать съ шанкерными язвами, въ особенности когда онѣ сидятъ на внутренней поверхности малыхъ губъ.

Предсказаніе въ большинствѣ случаевъ благоприятно. Исключеніе составляетъ рѣзко выраженное и повторно возникающее воспаленіе влагалища, зависящее отъ гонорройнаго зараженія, что влечетъ за собою переходъ остраго катарра на матку и воспаленіе придатковъ со всѣми возможными послѣдствіями этого заболѣванія.

Лѣченіе. Строгимъ соблюденіемъ чистоты и опрятности можно предупредить появленіе нѣкоторыхъ формъ воспаленія влагалища. Впрыскиваніе во влагалище всегда слѣдуетъ дѣлать изъ чистой стеклянної кружки . пользоваться для растворенія различныхъ средствъ, которыя назначаются для этой цѣли, исключительно прокипяченою водою. Слѣдуетъ избѣгать нечистыхъ салфетокъ и никогда неупотреблять губокъ для обмыванія наружныхъ частей. Такимъ образомъ, какъ уже было сказано, часто заражаются гонорреею маленькія дѣвочки. Наблюденія показываютъ, что эта зараза можетъ передаваться даже при посредствѣ ванны. Врачамъ хорошо извѣстно, сколько зла причиняетъ хроническая гоноррея, не излѣчившись отъ которой, иногда молодой человекъ рѣшается жениться. Почему врачъ всячески долженъ убѣждать такихъ больныхъ подвергаться основательному лѣченію и жениться не раньше года послѣ совершеннаго исчезновенія явленій гонорреи. Sängер и Schulz предлагаютъ мѣры, отчасти раньше извѣстныя, для предупрежденія распространенія гонорреи: частый осмотръ проституттокъ и энергичное лѣченіе у нихъ гонорреи; частое употребленіе такими женщинами сулемныхъ впрыскиваній, далѣе обмываніе члена сулемнымъ растворомъ послѣ сношенія съ подозрительной женщиной и впусканіе капли 2% раствора arg. nitrici въ наружное мочеовое отверстие.

При острой формѣ воспаленія влагалища, въ началѣ болѣзни слѣдуетъ совѣтовать больнымъ оставаться въ постели, назначить строгую

дієту, для пиття сельтерскую воду съ горячимъ молокомъ или жидкую миндальную эмульсію, иногда кодеинъ въ растворѣ для уменьшенія болей. Сидячія полуванны 2 раза въ день и согрѣвающей компрессъ на животъ въ значительной степени уменьшаютъ боль и рѣзь при мочеиспусканіи. Первое время, если влагалище очень чувствительно, дѣлають теплыя смягчительныя впрыскиванія, но вскорѣ слѣдуетъ перейти къ раствору сулемы 0,3—0,5‰, который обнаружитъ быстро свое благодѣтельное дѣйствіе. При гонорреѣ маленькихъ дѣвочекъ, этотъ растворъ дѣйствуетъ успѣшно. Другія хвалятъ *kali hypermanganicum* въ 0,2 — 1‰ растворѣ. Въ послѣднее время Schaeffer лечилъ успѣшно *colpitis gonorrh.* взрослыхъ женщинъ впрыскиваніемъ раствора 0,1‰ *argenti nitrici*. При раздраженіи наружныхъ частей, можно употреблять, кромѣ подмыванія, цинковую мазь или крахмальную присыпку.

Когда острое состояніе начинаеть проходить, слѣдуетъ перейти для промыванія влагалища къ растворамъ *zinci sulfo-carbolici* 0,1‰, *plumbi acetici* или *acid. carbolici* 1‰. При хроническихъ формахъ прекрасно дѣйствуетъ также на припухшія и изъязвленныя стѣнки влагалища заливаніе черезъ зеркало 4‰ раствора *arg. nitrici* или тампонація влагалища іодоформною марлей, а также присыпка изъ смѣси *alumin. crudi* съ сахаромъ. По наблюденіямъ Fritsch'a, такое же дѣйствіе оказываетъ смазываніе влагалища 2‰ растворомъ *zinci chlorati*. *Wodenstein* видѣлъ хорошіе результаты отъ вкладыванія тампоновъ изъ 10‰ раствора ихтіола въ глицеринѣ. У дѣтей мы получали хорошіе результаты отъ промыванія влагалища 0,05‰ раствора *kali hypermanganicum* или 0,02‰ сулемы и отъ введенія во влагалище небольшихъ свѣчей 0,05—0,1 *jodoform. pur.*

Когда болѣзнь уступила, для предупрежденія возврата назначаются слабыя вяжущія или обеззараживающія впрыскиванія изъ раствора *zinci sulfurici*, *acidi borici*, *boracis venetae* и пр.

3. Постороннія тѣла во влагалищѣ.

Этіологія Постороннія тѣла находятъ во влагалищѣ при различныхъ условіяхъ. Иногда ихъ вводятъ сами женщины съ цѣлью ненормального полового удовлетворенія; описаны случаи, когда во влагалище вводили разные предметы мужъ или любовникъ ради шутки или съ цѣлью мести. Въ такихъ случаяхъ во влагалищѣ находили пробку, стаканъ, помадную банку и проч. Чаше, однако, причиняють неблагопріятныя послѣдствія пессаріи, введенные врачомъ или акушеркою, которые иногда остаются, по винѣ самихъ больныхъ, во влагалищѣ 10 и болѣе лѣтъ. Въ исключительныхъ случаяхъ при мочевыхъ фистулахъ во влагалищѣ образуются конкременты. Иногда сюда попадаютъ глисты изъ прямой кишки, извнѣ волосы—или насѣкомыя.

Симптомы и теченіе. Сравнительно большой предметъ, введенный во влагалище, немедленно или вскорѣ обнаруживаетъ сильное давле-

ніе на стѣнки рукава, что сопровождается сильными болями, давленіемъ на низъ, иногда задержаніемъ мочи. Тѣла, не растягивающія значительно стѣнки рукава, иногда долгое время не обнаруживаютъ вреднаго вліянія, въ особенности если они имѣютъ гладкую и ровную поверхность. Однако съ теченіемъ времени, вслѣдствіе раздраженія слизистой оболочки и образованія изъязвленій, изъ влагалища появляется гнойное, иногда ихорозное истеченіе съ дурнымъ запахомъ, которое, попадая на наружныя части, вызываетъ красноту, припухлость и даже ссадины. Описаны случаи, гдѣ вслѣдствіе надавливанія возникли мочевые и каловые свищи. Иногда при изслѣдованіи находили значительное суженіе и даже заращеніе влагалища ниже посторонняго тѣла.

Льченіе заключается въ удаленіи изъ влагалища посторонняго тѣла, что иногда удается сдѣлать пальцемъ или корнцангомъ. Нерѣдко однако, чтобы избѣгнуть насилія, приходится дѣлать ножомъ разрѣзъ суженнаго мѣста влагалища или разсѣкать само постороннее тѣло костными щипцами или раскаленнымъ платиновымъ наконечникомъ; послѣдній способъ пригоденъ при деревянныхъ или гуттаперчевыхъ предметахъ. Послѣ удаленія посторонняго тѣла слѣдуетъ произвести обеззараживаніе влагалища и ввести въ рукавъ нѣсколько полосокъ іодоформенной марли.

Глава 3.

Поврежденія влагалища.

Сюда относятся преимущественно мочевые, каловые и кишечные свищи.

1. Мочевые свищи.

Этіологія. Преобладающее большинство мочевыхъ свищей происходитъ вслѣдствіе тяжелыхъ и затяжныхъ родовъ, наичаще послѣ родовъ, протекающихъ безъ врачебной помощи, или же когда врачъ былъ приглашенъ слишкомъ поздно. Тѣмъ не менѣе встрѣчаются также случаи, когда врачъ прибѣгалъ слишкомъ поспѣшно къ акушерской операціи, или когда такая помощь подавалась неумѣлою рукой, при чемъ инструментами, рѣже осколками костей было произведено поврежденіе влагалища, повлекшее образованіе мочевого свища. Смотря по мѣсту, занимаемому такимъ поврежденіемъ, различаютъ слѣдующіе виды фистулъ:

- а) маточно-пузырные свищи,
- б) влагалищно-пузырные высокіе и низкіе,
- в) свищи мочевого канала,
- г) свищи мочеточника.

При сильномъ и продолжительномъ надавливаніи, обнаруживаемомъ

предлежащую головкою во время родовъ, въ верхнемъ отдѣлѣ узкаго таза, когда маточный зѣвъ еще мало или не вполне раскрытъ, передняя часть растянутой шейки матки продолжительное время остается прижатою къ лонному соединенію, послѣдствіемъ чего является омертвѣніе, занимающее болѣе или менѣе значительное пространство. Послѣ отпаденія струпа остается продыравленіе въ стѣнкѣ передней части шейки или въ переднемъ сводѣ влагалища, ведущее въ мочевой пузырь. Въ послѣднее время были наблюдаемы также свищи послѣ symphyseotomia.

Мочевые свищи пузыря, а также вообще крайне рѣдкіе свищи

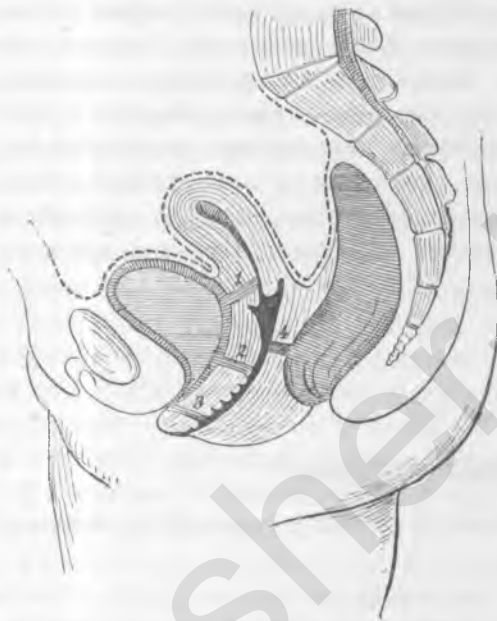


Рис. 92. Влагалищные свищи: 1—fist. vesico-uterina; 2 — vesico-vaginalis; 3 — urethrovaginalis; 4—recto-vaginalis.

мочеточника, находятся также въ сводѣ влагалища въ тѣхъ случаяхъ, когда инструментами наносится поврежденіе, при не вполне раскрытомъ зѣвѣ. Часто также мочевые свищи бываютъ возлѣ шейки пузыря. Здѣсь они происходятъ вслѣдствіе продолжительнаго стоянія головки въ полости таза. При этихъ фистулахъ суженіе влагалища представляетъ обычное явленіе, иногда оно распространяется на значительное протяженіе стѣнокъ рукава. Winterhalter, собравшій изъ литературы 226 послѣродовыхъ фистулъ, на шель, что въ 86,4% случаевъ были произведены акушерскія операціи, наи-

чаще наложеніе щипцовъ.

Сравнительно рѣдко удается наблюдать свищи мочевого канала. Печасто также удается видѣть мочевыя фистулы маточной шейки—fist. vesicocervicales. Но самыя рѣдкія мочевыя фистулы безъ сомнѣнія свищи мочеточника. До 1892 года Vozeман насчиталъ только 21 свищъ этого рода. Они происходятъ при глубокихъ надрывахъ маточной шейки, при чемъ поврежденіе распространяется въ глубинѣ ткани на мочеточники, въ особенности когда окружающая ихъ клетчатка представляется плотною, вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ. Въ настоящее время фистулы мочеточника начали встрѣчаться чаще, вслѣдствіе распространенной въ гинекологической практикѣ операціи

colpotation. Гораздо рѣже происходитъ раненіе пузыря и мочеточниковъ при удаленіи матки съ фиброміомами или междусвязочныхъ опухлей посредствомъ чревосѣченія.

Мочевые свищи, происшедшіе отъ причинъ случайныхъ, встрѣчаются рѣдко сравнительно съ фистулами, образовавшимися вслѣдствіе родовъ. Они иногда возникаютъ при паденіи женщины половыми частями на вилы, заостренную палку, грабли и пр. Поврежденіе пузыря возможно также при высокой ампутаціи маточной шейки и при удаленіи матки; оно неизбѣжно при удаленіи чрезъ влагалище мочевого камня или при вырѣзываніи опухоли пузыря. Въ рѣдкихъ случаяхъ это случается при пластическихъ операціяхъ на влагалищѣ, colporrhaphia anter. Въ послѣдніе годы мы не встрѣчали мочевыхъ фистулъ влагалища, происшедшихъ вслѣдствіе продолжительнаго ношенія пессаріевъ.

Neugebauer нашелъ 33 подобныхъ случая въ литературѣ изъ 247 поврежденій влагалища при употребленіи различныхъ маточныхъ колець. Weil недавно описалъ образованіе, вслѣдствіе этой причины, свища мочеточника у старой женщины.

Съ распространеніемъ операціи удаленія матки чрезъ влагалище, число случаевъ мочевыхъ фистулъ хирургическаго происхожденія увеличилось. Robinson полагаетъ, что почти 3%, а по Winkelю 2,5% всѣхъ такихъ операцій сопровождаются поврежденіемъ мочеточника; безъ сомнѣнія такое отношеніе не преувеличено.

Часто являются мочевые свищи при распаденіи рака матки, перешедшаго на влагалище въ позднемъ періодѣ этой болѣзни. Въ исключительныхъ случаяхъ продыравленіе мочевого пузыря производитъ также волчецъ наружныхъ половыхъ частей, lupus vulvae. Крайне рѣдко у женщинъ замѣчается врожденное окончаніе мочеточника во влагалищѣ или мочевомъ каналѣ, что влечетъ за собой также недержаніе мочи.

Анатомическія измѣненія. Въ первое время послѣ отпаденія омертвѣлой ткани или спустя нѣкоторое время послѣ раненія, края свища представляются утолщенными, съ частями омертвѣлой ткани, съ бѣловатымъ или сѣрымъ налетомъ, зависящимъ отъ отложенія мочевыхъ солей. Эти налеты часто замѣчаются также мѣстами на слизистой оболочкѣ пузыря и на стѣнкахъ влагалища, въ особенности вблизи свища. Одновременно слизистая оболочка пузыря и влагалища находится въ состояніи воспаленія. Спустя нѣсколько недѣль, при надлежащемъ уходѣ, края фистулы становятся тоньше, воспалительное раздраженіе исчезаетъ, величина свища уменьшается, вслѣдствіе образованія рубцовой ткани. Наичаще размѣръ свища позволяетъ только провести конецъ указательнаго пальца, хотя по величинѣ фистулы крайне разнообразны. Въ однихъ случаяхъ мочевой свищъ бываетъ такъ малъ, что пропускаетъ только хирургическій зондъ, между тѣмъ какъ иногда вся передняя стѣнка влагалища представляется разрушенной. Не только при большихъ, даже при обыкновенныхъ мочевыхъ свищахъ, пузырь пред-

ставляется сжатымъ, его объемъ уменьшенъ и слизистая оболочка болѣе или менѣе выпячивается во влагалище чрезъ фистулу. При большомъ дефектѣ стѣнки, чрезъ свищъ часто высывается болѣе или менѣе значительная часть вывернутаго пузыря, иногда даже съ отверстиями мочеточниковъ. Большею частью мочевые свищи имѣютъ округленную форму, рѣже они представляютъ угловатую, дугообразную или щелевидную фигуру. Пузырно-влагалищные свищи часто сопровождаются круговымъ суженіемъ влагалища, или же въ стѣнкахъ рукава на большомъ протяженіи находится плотная рубцовая ткань, вслѣдствіе чего влагалище представляется укороченнымъ и неподатливымъ. Такіе свищи имѣютъ обыкновенно значительную величину, иногда края ихъ доходятъ до лонныхъ костей и прирастаютъ къ нимъ. Свищъ мочеточника представляется въ видѣ узкой щели, расположенной возлѣ шейки.

Довольно рѣдкіе свищи мочеиспускательнаго канала представляютъ наичаще небольшое отверстіе; въ другихъ случаяхъ весь мочевоу каналъ бываетъ разорванъ въ продольномъ направленіи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ суженіе влагалища такъ значительно, что съ трудомъ можно въ него проникнуть пальцемъ. При значительномъ омертвѣніи и послѣ-родовомъ воспаленіи въ тазу, влагалищная часть, и даже вся матка вмѣстѣ съ придатками, иногда подвергается атрофіи, при этомъ обыкновенно образуются обширныя плотныя сращения. Мочеточниковые свищи во всѣхъ случаяхъ представляютъ небольшое отверстіе. они открываются во влагалище или въ каналъ шейки. Кишечно-мочевыя фистулы представляютъ крайне рѣдкое явленіе, большею частью въ такихъ случаяхъ пузырь сообщается съ прямою кишкой.

У больныхъ, которыя не пользуются надлежащимъ уходомъ, хроническій vulvitis и воспаленіе влагалища представляютъ обычныя явленія.

Симптомы и теченіе. Если во время родовъ наносится поврежденіе инструментами или рукою врача, то произвольное мочеиспусканіе появляется немедленно послѣ родовъ. Когда же свищъ возникаетъ вслѣдствіе омертвѣнія ткани отъ давленія, то моча перестаетъ держаться, обыкновенно спустя нѣсколько дней послѣ родовъ, непосредственно послѣ отпаденія струпа. Наиболѣе постояннымъ и важнѣйшимъ симптомомъ при мочевыхъ свищахъ является недержание мочи и отсутствіе позывовъ къ мочеиспусканію. Только при небольшихъ пузырьныхъ свищахъ, расположенныхъ высоко, иногда, особенно при лежаніи, удерживается часть мочи. При пораненіи одного мочеточника, во всякомъ положеніи больная постоянно остается мокрою, хотя въ то же время часть мочи выдѣляется при нормальныхъ позывахъ.

При мочевыхъ свищахъ пузырь обыкновенно находится въ катаральномъ состояніи; моча вытекаетъ мутная, иногда щелочной реакціи. Часто заболѣваніе переходитъ на лоханки, но паренхиматозное воспаленіе почекъ развивается рѣдко. По временамъ обостряющееся воспа-

леніе лоханокъ сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ съ ознобами. Боли, зудъ и жженіе въ наружныхъ частяхъ зависятъ отъ раздражающаго вліянія мочи и постоянной мокроты. Въ особенности страдаютъ бѣдныя женщины, лишеныя возможности соблюдать чистоту и опрятность и носящія съ собою характерный запахъ разлагающейся мочи. На наружныхъ половыхъ частяхъ, а также возлѣ задняго прохода и на верхней части бедеръ, въ такихъ случаяхъ мы замѣчаемъ красноту, припухлость, множество ссадинъ и поверхностныхъ изъязвленій.

Въ большинствѣ случаевъ половыя сношенія оказываются невозможными, такъ какъ истекающею мочою постоянно поддерживается воспалительное состояніе влагалища, а тѣмъ болѣе при суженіи ружа. Тамъ, гдѣ такія измѣненія слабо выражены, иногда, при отсутствіи брезгливости, сношенія совершаются, и даже наступаетъ беременность. 3 раза мы встрѣчали беременность даже послѣ операціи зашиванія влагалища въ поперечномъ направленіи ниже свища, *colporrhaphia transversa*. Въ этихъ случаяхъ существовало волосное отверстіе въ рубцѣ, или же сѣмя проникло въ матку чрезъ мочевоу каналъ. Часто мѣсячныя очищенія отсутствуютъ долгое время и появляются только послѣ заживленія свища. Это объясняется, кромѣ малокровія, также угнетеннымъ состояніемъ, въ какомъ находится обыкновенно такая больная, которая крайне тяготится своимъ состояніемъ. При атрофіи матки и личниковъ, мѣсячныя очищенія прекращаются навсегда. Запоры при мочевоыхъ свищахъ представляютъ обычное явленіе, зависящее главнымъ образомъ отъ недѣятельнаго образа жизни такихъ больныхъ.

Распознаваніе въ огромномъ большинствѣ случаевъ, въ особенности въ связи съ анамнезомъ, не представляетъ затрудненій. При изслѣдованіи пальцемъ, легко ощущается свищъ, положеніе и состояніе краевъ котораго опредѣляется наичаще при помощи маточнаго зеркала и введенія катетера въ мочевоу каналъ; послѣднее никогда не слѣдуетъ забывать, такъ какъ мочевоу каналъ иногда зарастаетъ при свищахъ пузыря. Небольшія фистулы опредѣляются введеніемъ жидкости въ мочевоу пузырь, наполнивъ который, жидкость начинаетъ вытекать чрезъ свищъ. Для большей ясности слѣдуетъ брать цвѣтную жидкость, напр.: молоко, слабый растворъ золина, синьки и проч. При фистулахъ мочеточника, при наполненіи мочевого пузыря такую жидкостью, изъ свища продолжаетъ выходить безцвѣтная моча. Если чрезъ небольшое отверстіе ввести хирургическій зондъ, то онъ совершенно свободно двигается во всѣ стороны въ пузырь; напротивъ, въ каналъ мочеточника онъ можетъ подвигаться только вглубь. Вообще фистула мочеточника представляютъ небольшое отверстіе въ сводѣ съ боку матки; въ нѣкоторыхъ случаяхъ она открывается въ разорванную шейку матки.

Слѣдуетъ при распознаваніи имѣть въ виду, что нерѣдко много-рожающія женщины плохо держатъ мочу, что наичаще зависитъ отъ смѣщенія книзу мочевого канала, рѣже отъ чрезмѣрнаго растяженія

его стѣнокъ. Въ исключительныхъ случаяхъ недержаніе мочи зависитъ отъ уродливаго развитія мочевого канала. Wölfler описалъ случай, въ которомъ ниже наружнаго мочевого отверстія находилось у 12-лѣтней дѣвочки другое небольшое отверстие, откуда непроизвольно просачивалась моча. Это зависѣло отъ врожденнаго низкаго вступленія одного изъ мочеточниковъ. При дальнѣйшемъ изслѣдованіи нужно обращать вниманіе на подготовленность даднаго случая для операціи, на доступность свища, на подвижность его краевъ и проч.

Предсказаніе. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ мочевоі каналъ сохранился и края свища легко сближаются, можно надѣяться на полное исцѣленіе. Менѣе благоприятно предсказаніе при неподвижности краевъ свища и при значительномъ суженіи влагалища. Въ этихъ случаяхъ иногда невозможно непосредственно зашить мочевоі пузырь. Въ особенности неблагоприятно предсказаніе при разрушеніи мочевого канала.

Трудно также устранить свищи маточно-пузырные. Изъ 133 такихъ случаевъ, собранныхъ Neugebauer'омъ, почти 16% остались не излѣченными. Однако наиболѣе трудностей для лѣченія представляютъ влагалищныя и въ особенности маточныя свищи мочеточника. Ихъ заживленіе чрезъ влагалище иногда не удается даже опытнымъ и искуснымъ гинекологамъ.

Недавно образовавшіеся мочевые свищи обнаруживаютъ склонность къ самопроизвольному заживленію въ послѣродовомъ періодѣ при надлежащемъ уходѣ за больною. Во всякомъ случаѣ даже не вполне зажившіе свищи часто замѣтно уменьшаются за это время. Иногда этому помогаетъ прижиганіе краевъ фистулы ляписомъ. Мочевыя фистулы, происшедшія вслѣдствіе распаденія злокачественнаго новообразованія, обыкновенно не излѣчимы.

Лѣченіе. При небольшихъ фистулахъ вскорѣ послѣ родовъ можно испытать оставленіе катетера въ пузырь въ теченіе 7 дней; иногда такія фистулы закрываются при такомъ лѣченіи самопроизвольно. Во всѣхъ другихъ случаяхъ лѣченіе исключительно заключается въ оперативномъ пособіи, которое можно примѣнять съ надеждою на успѣхъ только при отсутствіи налетовъ и гнойнаго воспаленія въ мочевыхъ и родовыхъ путяхъ. Почему нерѣдко приходится прибѣгать къ подготовительному лѣченію, которое наичаще состоитъ въ промываніи влагалища растворомъ борной кислоты, въ примѣненіе теплыхъ сидячихъ полуваннъ и смазываніи изъязвившихся наружныхъ половыхъ частей ung. zinci oxydati, а также въ назначеніи для питья воды Vichy, Wildungen или Contrexéville вмѣстѣ съ небольшими приѣмами lithii carbon. или salolum. Назначеніе этихъ внутреннихъ средствъ въ особенности показуется при заболѣваніи лоханокъ, которое такъ часто встрѣчается при мочевыхъ фистулахъ. Kelly въ такихъ случаяхъ предлагаетъ даже впрыскиваніе чрезъ отверстіе мочеточниковъ неядовитыхъ обеззараживающихъ растворовъ для промыванія полости лоханки.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда, несмотря на это лѣченіе, упорно держатся налеты, наиболѣе дѣйствительнымъ средствомъ оказывается постоянное орошеніе въ теченіе нѣсколькихъ дней чрезъ мочевой пузырь или влагалище слабымъ теплымъ растворомъ *acidi borici* или *acidi salicylici cum natrio biborico*. Кромѣ того, налеты слѣдуетъ чрезъ день смазывать *tunt. Jodi cum acido carbolico* аа.

Только послѣ прекращенія мѣстнаго воспаленія и исчезновенія налетовъ, слѣдуетъ приступать къ операціи и притомъ не раньше, какъ минуетъ 3 мѣсяца послѣ родовъ. Мы никогда не прибѣгаемъ къ постепенному расширенію влагалища по способу *Vozenan'a*, такъ какъ предложенные имъ расширители вызываютъ боли и воспалительное



Рис. 93. Примѣненіе погодержателя при операціяхъ во влагалищѣ и на маткѣ, а также при *colpotonimia ant.*

раздраженіе, и при всемъ этомъ оказываются мало дѣйствительными. Въ тѣхъ случаяхъ, когда сужено влагалище, наилучшимъ средствомъ оказываются разрѣзы рубцовой ткани, причиняющей суженіе рукава, что слѣдуетъ дѣлать при полномъ наркозѣ непосредственно предъ началомъ операціи шиванія свища. При трудно доступныхъ фистулахъ, вслѣдствіе суженія влагалища, разрѣзъ можно удлинить, проводя его болѣе или менѣе глубоко, чрезъ *can. ischiorectale* съ одной стороны.

Для операціи необходимы наичаще слѣдующіе инструменты:

зеркало <i>Симса</i> ,	иглодержатель,
верхній подъемникъ,	хирургическій зондъ,
боковые подъемники,	иглы <i>Геннера</i> ,
женскій катетеръ,	иглы хирургическія,
пинцеты <i>Резана</i> малые,	ножи остроконечные,
пинцеты анатомическіе,	ножи брюшистые,
пинцеты зубчатые,	ножницы прямыя,
крючокъ тупой,	ножницы кривыя,
крючки острые,	кетгутъ,
пулевые щипцы,	шелковыя нити.
корнцанги,	

Больной даютъ горизонтальное положеніе съ приподнятымъ крестцомъ и приведенными къ животу бедрами. Посредствомъ зеркала Симса, подъемниковъ и введеннаго катетера въ мочевой пузырь свищъ становится виднымъ и поле операціи доступнымъ. Острыми крючками или пулевыми щипцами захватываютъ ткань влагалища, иногда губу матки, чтобы по возможности сдѣлать неподвижными и вполне доступными края фистулы. Остроконечнымъ ножомъ проводятъ разрѣзъ вокругъ свища, отступя приблизительно по 0,5—1 см. отъ ея краевъ, такой глубины, чтобы разрѣзать только слизистую оболочку влагалища. Захвативъ край надрѣза крючками или лучше зубчатымъ пинцетомъ,

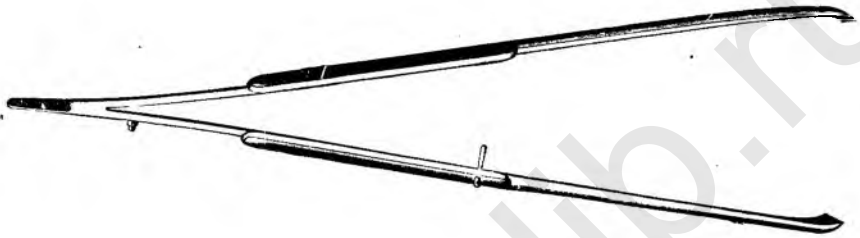


Рис. 94. Длинный пинцетъ, употребляемый при гинекологическихъ операціяхъ, чаще на влагалищѣ.

короткимъ брюшистымъ ножомъ на длинной рукояткѣ отдѣляютъ ткань по направленію къ слизистой оболочкѣ пузыря, не трогая этой послѣдней и постепенно углубляясь, чтобы рана получила нѣсколько воронкообразное направленіе. Отдѣленный круговой лоскутъ, имѣющій форму узкой тесьмы, срѣзывается кривыми ножницами непосредственно возлѣ слизистой оболочки пузыря. Значительнаго кровотока при окровавленіи раны обыкновенно не бываетъ. Большею частью оно оста-



Рис. 95. Двойной острый крючокъ, употребляемый при операціяхъ на влагалищѣ чаще.

навливается прижатіемъ или самопроизвольно. При пораненіи небольшихъ влагалищныхъ артерій кровоточащее мѣсто захватывается пинцетомъ Реапа или обкалывается швомъ. Накапливающаяся кровь удаляется комками марли или мокрой ваты.

Наложеніе швовъ производится чаще посредствомъ иглы Геннера, рѣже простой кривою иглой; сперва накладываются глубокіе швы, которые проводятся черезъ край слизистой оболочки пузыря и выходятъ наружу на 0,5—1,0 см. отъ наружнаго края раны. Между ними накладываются поверхностные швы, захватывающіе болѣе половины окровавленной поверхности. Наложеніе швовъ производится въ

направленіи наименьшаго напряженія краевъ раны, въ которомъ послѣдніе наилучше прилегаютъ одинъ къ другому. Для зашиванія мы почти всегда употребляемъ плетенный шелкъ. Сперва завязываются поверхностные, а потомъ проведенные возлѣ нихъ глубокіе швы. Послѣ обрѣзыванія нитей, рану засыпаютъ іодоформомъ и кладутъ во влагалище полоски іодоформенной марли. При большихъ свищахъ слѣдуетъ вводить въ пузырь эластическій катетеръ, который нужно мѣнять ежедневно; чрезъ него моча истекаетъ въ бутылку. Послѣ зашиванія небольшой фистулы, при соединеніи краевъ которой не было натяженія, больная мочится сама, въ такихъ случаяхъ введеніе катетера излишне. Съ цѣлю избѣжать потери тканей на краяхъ фистулы, Walcher и другіе прибѣгаютъ къ расщепленію краевъ раны. Послѣ отдѣленія пузыря отъ стѣнки влагалища на протяженіи 0,5 см. сперва нужно зашить стѣнку пузыря тонкимъ шелкомъ или кетгутомъ, затѣмъ соединить края раны глубокими и поверхностными швами.



Рис. 96. Обнаженіе свища при помощи зеркала и подъемниковъ, освѣженіе краевъ свища.

Къ сожалѣнію, не во всѣхъ случаяхъ сшиваніе мочевого свища представляетъ такую несложную и простую операцію. Вышеописанные приемы нерѣдко приходится измѣнять и дополнять другими оперативными пособіями. Мы коснемся вкратцѣ важнѣйшихъ видоизмѣненій этой операціи.

1. Сшиваніе разорваннаго мочевого канала ваиболѣе цѣлесообразно



Рис. 97. Правильное наложеніе шва при сшиваніи мочевоы фистулы. *baab* — проведенная шелковая нить.

производить чрезъ расщепленіе краевъ разрыва, избѣгая по возможности срѣзыванія отсепарованной ткани въ виду недостатка послѣдней. Послѣ такого окровавленія раны внутренніе края ея сшиваются надъ катетеромъ тонкимъ кетгутомъ, а чрезъ наружные края накладываются глубокіе и поверхностные швы изъ тонкаго плетенаго шелка. Къ подобному способу между прочимъ прибѣгалъ Савастичкій. Только при

избытокъ ткани края разрыва можно окрвавить и соединить глубокими и поверхностными швами.

2. При полномъ разрушеніи мочевого канала для образованія его слѣдуетъ сдѣлать продольный разрѣзь, отступя съ каждой стороны 1,5—2 ст. отъ края бывшаго мочевого канала. Лоскуты отдѣляются, и на катетеръ накладывается одинъ на другой такимъ образомъ, чтобы снаружи и внутри будущаго канала приходилась сторона лоскута, покрытая эпителиемъ. Оставшуюся фистулу въ области шейки пузыря иужно закрывать спустя нѣсколько недѣль, когда достаточно окрѣпнутъ стѣнки вновь образовавшагося мочевого канала.

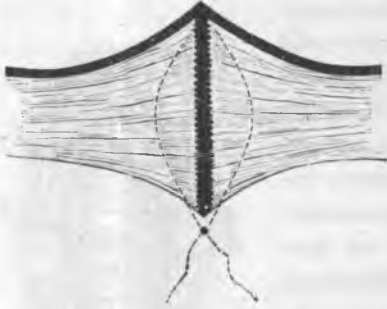


Рис. 98. Затягиваніе правильно наложеннаго шва чрезъ края окрвавленной фистулы.

кзади. Отдѣленные до половины лоскуты заворачиваются и сшиваются надъ катетеромъ. Образовавшаяся рана покрывается лоскутами отъ сосѣднихъ частей. Palailon и Heidenreich брали лоскуты изъ малыхъ губъ для образованія мочевого канала, Sängner — изъ стѣнки влагалища и преддверія. Если даже

удается образовать новый мочевой каналъ, то онъ функционируетъ правильно только въ тѣхъ случаяхъ, когда образованіе его послѣдовало чрезъ сшивание стѣнокъ разорваннаго мочевого канала.

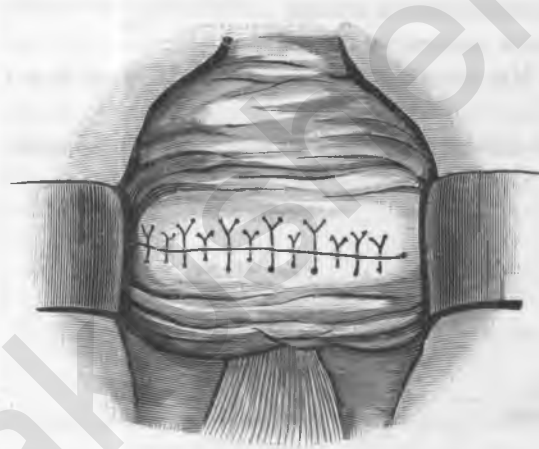


Рис. 99. Правильно наложенные глубокие и поверхностные швы на окрвавленные края fist. vesico-vaginalis.

3. При высокихъ мочевыхъ свищахъ, когда передняя губа уничтожена, часто удается зашить фистулу, если послѣ окрвавленія передняго ея края отдѣлить задній, то-есть стѣнку пузыря въ ширину на 2—4 см. отъ маточной шейки до складки брюшины. Сперва

сшиваютъ край стѣнки пузыря съ окрвавленнымъ переднимъ краемъ фистулы, затѣмъ сшитая рана пришивается къ передней стѣнкѣ шейки. Способъ этотъ принадлежитъ Follet и Champney. Мы примѣнили его много разъ и можемъ рекомендовать его на основаніи собственнаго опыта какъ цѣнное приобрѣтеніе въ области гинекологической техники.

Онъ гораздо легче и удобнѣе, чѣмъ способъ, предложенный *Vardehneug*омъ, который отдѣляетъ поперечнымъ разрѣзомъ, длиною 7 см., брюшные покровы и мышцы отъ лоннаго соединенія и проникаетъ въ предузырное пространство. Мочевой пузырь въ глубинѣ отдѣляется отъ матки и отчасти отъ стѣнки влагалища, отчего края его дѣлаются подвижными и получается возможность ихъ сшиванія чрезъ влагалище безъ всякаго натяженія. *Dittel* въ одномъ случаѣ съ этою цѣлью сдѣлалъ даже чревосѣченіе и чрезъ разрѣзъ брюшины отдѣлилъ пузырь отъ матки.

Еще труднѣе операція, предложенная *Trandelenburg*омъ, при мало доступныхъ фистулахъ. При положеніи съ возвышеннымъ тазомъ, производится *sectio alta*, и чрезъ рану пузыря приступаютъ къ окровавленію краевъ и зашиванію пузырно-влагалищнаго свища.

4. Въ тѣхъ исключительныхъ случаяхъ, когда непосредственное соединеніе краевъ свища не удастся, окровавливаютъ заднюю губу матки и сшиваютъ ее съ переднимъ краемъ свища. Въ такихъ случаяхъ каналъ матки открывается неизбежно въ полость пузыря.

5. При маточно-мочевомъ свищѣ, расположенномъ обыкновенно въ передней части шейки, послѣднюю для зашиванія фистулы разрѣзываютъ съ боковъ, чтобы сдѣлать доступнымъ свищъ, края котораго окровавливаются и сшиваются въ поперечномъ направленіи, послѣ чего сшиваются глубокіе разрѣзы маточной шейки. Такіе свищи можно также оперировать чрезъ отслойку пузыря. Только при трудно доступныхъ свищахъ этого вида, вслѣдствіе неподвижности матки и атрофическаго суженія свода, слѣдуетъ сшивать предварительно окровавленные края маточныхъ губъ въ поперечномъ направленіи въ области наружнаго зѣва.

6. Въ тѣхъ случаяхъ, когда края мочевого свища оказываются приращенными къ лонной кости, необходимо, послѣ окровавленія свища, съ боковъ отдѣлить на мѣстѣ сращенія стѣнку влагалища отъ кости, какъ это производили *Novago*, *Schauta* и др. Между прочимъ въ нашей клиникѣ нѣсколько разъ съ успѣхомъ примѣнялся этотъ способъ. Возлѣ большой губы дѣлается продольный разрѣзъ параллельно нисходящей вѣтви лонной дуги чрезъ кожные покровы и поверхностную фасцію, затѣмъ, надавливая шпатель, проникаютъ въ глубину ткани, отдѣляя постепенно стѣнку влагалища отъ кости, пока не пройдутъ приросшее мѣсто. Только послѣ этого приступаютъ къ сшиванію фистулы.

7. Въ исключительныхъ случаяхъ, при большомъ разрушеніи влагалища и маточной шейки, иногда бываетъ невозможно окровавить и соединить непосредственно края обширнаго свища. Въ такихъ случаяхъ можно отдѣлить иногда лоскутъ изъ влагалища и даже съ большой губы закрыть имъ дефектъ.

8. При полномъ разрушеніи передней стѣнки влагалища можно примѣнить операцію, предложенную *W. Freund*омъ для закрытія большой фистулы. Чрезъ разрѣзъ задняго свода онъ вытягиваетъ матку,

зашиваетъ ея наружное отверстіе и вмѣсто него дѣлаетъ новое чрезъ дно матки, сшивая слизистую оболочку матки и брюшину. Затѣмъ передняя поверхность матки прикладывается къ дефекту и пришивается къ окровавленнымъ краямъ свища. Rosthorn въ подобномъ случаѣ ограничился сильнымъ низведеніемъ матки, которою онъ закрылъ свищъ пузыря. Операция Freund'a во всякомъ случаѣ болѣе цѣлесообразна, чѣмъ зашиваніе влагалища впереди фистулы.

9. Большинство гинекологовъ при такихъ условіяхъ окровавливаютъ передній доступный край фистулы и заднюю стѣнку влагалища на ширину 1 см. и производятъ сшиваніе раны въ поперечномъ направленіи

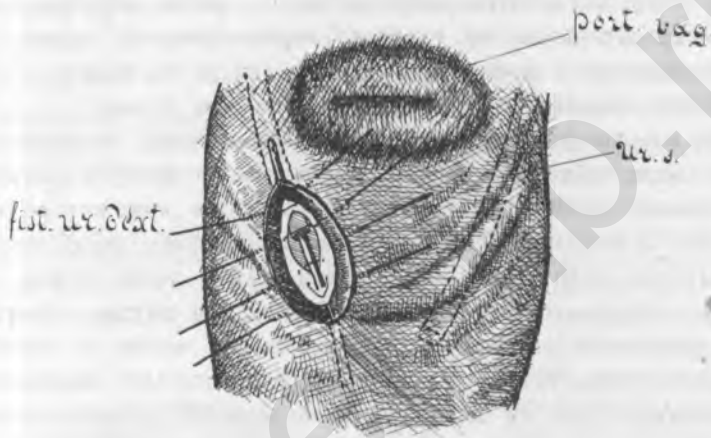


Рис. 100. Изображеніе мочеточнико-влагалищной фистулы, которая, надрѣзана и освѣженіемъ краевъ раны, превращена въ *fist. vesico-vaginalis*. Чрезъ пузырь въ мочеточникъ проведенъ катетеръ.

посредствомъ наложенія глубокихъ и поверхностныхъ швовъ, *colporrhaphia transversa*. Въ такихъ случаяхъ моча держится хорошо послѣ удавшейся операціи, но отдѣленія матки и мѣсячная кровь попадаютъ въ пузырь; почему моча легко разлагается и даетъ осадки солей на внутренней поверхности пузыря и на зашитой стѣнкѣ влагалища; нерѣдко здѣсь образуются мочевые камни. Подобныя же неблагоприятныя послѣдствія влечетъ за собою вышеупомянутое сшиваніе передняго края свища съ задней губою матки.

10. Когда мочевой каналъ совершенно разрушенъ и восстановленіе его по недостатку ткани невозможно или не удастся, при значительномъ разрушеніи передней стѣнки влагалища, иногда приходится прибѣгать къ сшиванію наружныхъ половыхъ частей, *episiocleisis*. Окровавленіе дѣлается, начиная отъ площадки ниже похотника и ведется по внутренней поверхности большихъ губъ до уздечки на ширину 1 см. Затѣмъ на задней стѣнкѣ влагалища, выше *sphincter ani*, дѣлается

через разръзъ стѣнки фистулы, пропускающая указательный палець, черезъ края которой для остановленія кровотеченія проводятъ нѣсколько швовъ изъ кетгута; послѣ чего приступаютъ къ соединенію краевъ большой раны, сдѣланной на наружныхъ частяхъ, посредствомъ глубокихъ и поверхностныхъ швовъ. Когда операція удастся, моча удерживается и по произволу выдѣляется черезъ задній проходъ. Въ послѣдніе годы мною произведены въ клиникѣ съ успѣхомъ двѣ подобныхъ операціи. Къ сожалѣнію, здѣсь еще въ большей степени обнаруживаются такія же неблагопріятныя послѣдствія ненормальнаго сліянія различныхъ функцій, какія мы упоминали при поперечномъ шиваніи влагалища. Отъ тѣхъ, чтобы избѣжать образованія искусственной каловой фистулы, оставляетъ въ верхнемъ углу раны длинный ходъ ниже клитора. Isgräb въ подобныхъ случаяхъ дѣлаетъ искусственную фистулу пузыря выше лоннаго соединенія и затѣмъ производитъ episeorrhaphia.

11. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, несмотря на удачный исходъ операціи зашиванія свища, моча не удерживается. Наичаше это зависитъ отъ укороченія, рѣже отъ расширенія мочевого канала или ослабленія его мышцъ. Въ такихъ случаяхъ нужно производить дополнительную операцію въ области мочевого канала. К. Schroeder производилъ удлиненіе этого канала, дѣлая небольшіе боковые разръзы черезъ края мочевого канала и удлиняя нѣсколько верхнюю часть раны сепаровкой ткани; послѣ чего онъ накладывалъ швы такимъ образомъ, чтобы нижняя часть раны на 1 см. оттягивалась кверху. Когда рана заживаетъ, получается удлиненіе мочевого канала и до нѣкоторой степени сгибъ его возлѣ лоннаго соединенія. Pawlik достигалъ такого же результата, вырѣзывая небольшой овалъ ткани выше и нѣсколько съ боку наружнаго отверстія мочевого канала и накладывалъ швы въ продольномъ направленіи. Другіе прибѣгали къ вырѣзыванію продольнаго лоскута съ верхней стѣнки влагалища и отчасти преддверія въ области мочевого канала и съ послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ въ поперечномъ направленіи. При этомъ нѣтъ надобности вырѣзывать лоскутъ во всю толщину ткани; ширину раны можно увеличить, отдѣляя на нѣкоторомъ протяженіи ея края. Въ послѣднее время стали примѣнять, по предложенію Герсуни, скручиваніе мочевого канала, передняя часть котораго отдѣляется отъ окружающей ткани, вокругъ его оси на $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ круга съ послѣдовательнымъ пришиваніемъ стѣнокъ этого канала.

12. Труднѣе всего достигается заживленіе свища мочеточника. Для успѣха операціи необходимо шить этотъ свищъ въ мочевой пузырь и такимъ образомъ, по выраженію Maskenrodta, превратить мочеточниковую фистулу въ пузырную. Почему въ тѣхъ случаяхъ, когда пузырь цѣль, необходимо произвести искусственный свищъ пузыря возлѣ фистулы мочеточника, послѣ чего проводится бужъ черезъ мочевой каналъ

въ пузырь, оттуда въ отверстіе мочеточника. Иногда стѣнку мочеточника разсѣкають на 0,5—1 см. кверху, чтобы сдѣлать болѣе совершеннымъ его сообщеніе съ пузыремъ. Послѣ чего дѣлается окровавленіе въ окружности отверстія, общаго для пузыря и мочеточника, и затѣмъ накладываютъ швы и соединяють края раны въ наиболѣе благопріятномъ направленіи. Еще труднѣе достигнуть заживленія мочеточничко - маточной фистулы. Въ такихъ случаяхъ шейка разсѣкается до самаго свища, въ который стараются провести зондъ чрезъ нижній конецъ мочеточника въ пузырь, по крайней мѣрѣ на 3 — 4 см. ниже матки. По зонду разсѣкають стѣнку мочеточника и его слизистую оболочку пришиваютъ къ влагалищу. При этомъ образуется влагалищномочеточниковая фистула. Послѣ чего шивають разрѣзъ шейки. Чрезъ 4 недѣли по способу уже вышеописанному зашиваютъ свищъ мочеточника.

13. Въ тѣхъ случаяхъ, когда операція со стороны влагалища невозможна, вслѣдствіе суженія рукава, образованія плотныхъ рубцовъ и вообще при малодоступности, слѣдуетъ соединить и шить мочеточникъ въ пузырь посредствомъ чревосѣченія. Существуетъ 2 способа операціи: вшиваніе производится въ полости брюшины или подъ брюшиною. Послѣдній способъ наиболѣе цѣлесообразенъ. Дѣлается разрѣзъ по средней линіи живота, длиною около 10 сант., отъ пупка до верхняго края лоннаго соединенія. Большой дается положеніе съ возвышеннымъ тазомъ. Отодвинувъ кверху кишечныя петли, надрѣзываютъ брюшину возлѣ мочеточника, который надо шить въ пузырь; его нижній конецъ перевязываютъ туго шелковою ниткой и отрѣзываютъ выше лигатуры.

Свободный конецъ мочеточника приподнимають кверху и удерживають пинцетомъ. Посредствомъ введеннаго въ пузырь чрезъ мочевоу каналъ тонкаго корнцанга выпячивается стѣнка пузыря нѣсколько выше безыменной линіи на сторонѣ, соответствующей отрѣзанному мочеточнику. Брюшина нѣсколько отслаивается, въ стѣнкѣ пузыря дѣлають небольшой разрѣзъ, чрезъ который вводятъ свободный конецъ мочеточника, послѣдній шивается со стѣнкою пузыря 3-слойнымъ швомъ: сперва накладываютъ шовъ чрезъ слизистую оболочку, потомъ чрезъ мышцы и наконецъ чрезъ наружный слой стѣнки пузыря и мочеточника. Поверхъ всего этого шивается отдѣльно надрѣзанная брюшина нѣсколькими швами. Въ заключеніе дѣлается тампонація, по Микуличу, изъ іодоформенной марли, концы которой выводятъ чрезъ нижній уголь раны, стальная часть которой шивается обычнымъ порядкомъ. Maskenrodt предложилъ дѣлать эту операцію совершенно внѣ брюшины. Онъ производитъ разрѣзъ, какъ для перевязки art. iliaca, который начинается возлѣ sp. ant sup. и продолжается до средней трети пупартовой связки; послонно доходятъ до брюшины и затѣмъ послѣднюю отслаивають отъ подлежащей ткани, слѣдовательно отъ vasa iliaca и отъ мочеточника. Края очень глубокой раны сильно раздвигаются и отыскивается мочеточникъ, соответствующій свищу, конецъ его

вшивается въ пузырь, затѣмъ рана закрывается швами, а нижняя часть ея дренируется іодоформенною марли.

Въ рѣдкихъ случаяхъ при перерѣзкѣ мочеточника въ полости живота пытались соединить его края. Ноок предложилъ для этой цѣли расщеплять нижній конецъ мочеточника и, вставивъ въ него верхній, наложить швы въ нѣсколько слоевъ. Врядъ ли для этой цѣли пригодны небольшія металлическія пуговицы, приготовленныя по образцу пуговокъ Murphy.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ такія операціи не удаются, единственнымъ средствомъ является удаленіе почки, соотвѣтствующей перерѣзанному мочеточнику.

2. Свищи прямой кишки, fistulae recto-vaginales.

Этіологія. Ненормальное сообщеніе между влагалищемъ и прямою кишкой происходитъ также наичаще вслѣдствіе неправильныхъ родовъ. Долго остающаяся въ полости таза головка можетъ производить столь сильное давленіе на копчикъ, если послѣдній срашенъ съ верхушкою крестца, или непосредственно на послѣднюю, что послѣ отпаденія омертвѣлой ткани обнаруживается свищъ прямой кишки. Пораненіе задней стѣнки влагалища при родахъ острыми инструментами или костными осколками, послѣ прободенія головки, ведетъ къ такимъ же послѣдствіямъ. Arnold описалъ случай fist. recto-vaginalis, которая образовалась при нормальныхъ родахъ. Вѣроятно, наичаще каловый свищъ встрѣчается при полномъ разрывѣ промежности, когда послѣ сшиванія раны верхняя часть ея не зарастаетъ. Въ небеременномъ состояніи каловые свищи обнаруживаются также послѣ случайныхъ пораненій — при разрывѣ суженнаго мѣста влагалища, при вылушеніи опухолей, при паденіи женщины половыми частями на вилы, палку и проч. Jayle нашелъ на 100 случаевъ 3 fist. recto-vaginalis вслѣдствіе удаленія матки. Несомнѣнно, что такое пораненіе чаще происходитъ при extirpatio uteri при помощи пинцетовъ. Ракъ и волчець, распространяясь на заднюю стѣнку рукава, иногда чрезъ распаденіе ткани причиняютъ образованіе каловаго свища. Въ исключительныхъ случаяхъ развиваются небольшіе влагалищные каловые свищи, какъ послѣдствія proctitis, окончившагося образованіемъ нарыва возлѣ задняго прохода. Такіе свищи извѣстны подъ именемъ fistula ani.

Анатомическія измѣненія. Наичаще каловый свищъ находится въ нижней или средней части влагалища. Большею частью онъ имѣетъ незначительную величину, и не всегда пропускаетъ конецъ указательнаго пальца, хотя встрѣчаются иногда фистулы гораздо большей величины. Слизистая оболочка кишки чрезъ отверстіе свища болѣе или менѣе выворачивается во влагалище, которое, а также наружныя половыя части, нерѣдко находится въ состояніи воспалительнаго раздраженія. Часто въ стѣнкахъ влагалища мѣстами замѣчаются циркулярныя или продольныя рубцы.

Симптомы и теченіе. Главнымъ симптомомъ является недержаніе

газовъ и жидкихъ испражнений, что лишаетъ больную возможности вести нормальный образъ жизни и находится въ обществѣ. Въ особенности тягостнымъ дѣлается положеніе такихъ больныхъ при появленіи поноса. Явленія нервной слабости или гистеріи и анеміи представляютъ обычныя послѣдствія этой болѣзни.

Распознаваніе легко; часто достаточно изслѣдованія пальцемъ чрезъ влагалище и введенія подъемниковъ, чтобы опредѣлить положеніе и величину свища прямой кишки. При небольшомъ отверстіи иногда приходится прибѣгать къ употребленію хирургическаго зонда, который проводится чрезъ влагалище въ кишку, гдѣ прощупывается инструментъ концомъ указательнаго пальца.

Предсказаніе вообще благопріятно. Исключеніе составляютъ свищи прямой кишки, развившіеся вслѣдствіе распаденія злокачественнаго новообразованія.

Лѣченіе. Только очень небольшіе свищи способны заживать отъ прижиганія ляписомъ или раскаленнымъ платиновымъ наконечникомъ. Обыкновенно приходится прибѣгать къ операциі, которая почти всегда производится со стороны влагалища на тѣхъ же основаніяхъ, какъ при обыкновенныхъ пузырно-влагалищныхъ свищахъ.

Вокругъ свища дѣлается разрѣзъ, лоскутъ отдѣляютъ, углубляясь по направленію къ фистулѣ до слизистой оболочки прямой кишки. Затѣмъ накладываютъ нѣсколько глубокихъ швовъ, доходящихъ до дна раны, и между ними поверхностные. Fritch, Ségon d и другіе дѣлаютъ продольный разрѣзъ на 1 см. кверху и книзу отъ края свища, и по направленію этой раны, а также справа и слѣва отъ краевъ свища отдѣляютъ влагалище отъ стѣнокъ кишки на нѣкоторомъ протяженіи и сшиваютъ сперва въ глубинѣ рану кетгутомъ, затѣмъ накладываютъ глубокіе и поверхностные швы чрезъ нее и стѣнку влагалища. Операциа, къ сожалѣнію, не всегда удается, хотя этотъ способъ представляетъ значительныя преимущества, при большомъ распространеніи рубцовой ткани въ задней стѣнкѣ влагалища. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ возможно, послѣ наложенія швовъ со стороны влагалища, слѣдуетъ сшивать также со стороны recti стѣнку кишки. Не рационально также окрвавливать только стѣнку влагалища въ окружности свища и соединять ее швами, не захватывая ткани кишки, какъ это совѣтуютъ нѣкоторые гинекологи.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда свищъ находится въ нижней части кишки, слѣдуетъ разсѣчь всю промежность до фистулы, затѣмъ окрвавить на нѣкоторомъ протяженіи влагалище выше разрѣза и наложить швы, какъ при полномъ разрывѣ промежности. Такая операциа почти всегда сопровождается полнымъ успѣхомъ. Ségon d при большихъ каловыхъ фистулахъ отсекаровываетъ переднюю стѣнку кишки отъ влагалища на мѣстѣ свища и низводитъ ее книзу, соединяетъ края свища, и затѣмъ отдѣльно зашиваетъ отверстіе въ стѣнкѣ влагалища.

3. Кишечные свищи, *fistulae intestinales*.

Этиология. Такие свищи встречаются крайне рѣдко; они происходятъ вслѣдствіе разрыва задняго свода при родахъ и выпаденія петли тонкихъ кишекъ, которая здѣсь ущемляется. Послѣ отпаденія омертвѣлой ткани остается сообщеніе съ тонкой кишкой.

Симптомы и теченіе. Болѣзнь представляетъ крайне тягостное разстройство, выражающееся постояннымъ истеченіемъ жидкаго кала со всѣми послѣдствіями такой ненормальности.

Лѣченіе наичаще приходится начинать наложеніемъ ножницевиднаго зажима Dupuytren'a на выдающійся выступъ прилежащихъ кишечныхъ стѣнокъ. Послѣ отпаденія омертвѣлой ткани, сообщеніе между кишечными петлями дѣлается свободнымъ, что вполне допускаетъ закрытіе посредствомъ операциі такого свища *in situ*. Въ другихъ случаяхъ является возможнымъ отсепаровать приросшую къ заднему своду кишку, въ которой находится отверстіе, вывести ее нѣсколько во влагалище и закрыть свищъ наложеніемъ швовъ, послѣ чего кишечная петля вправляется; отверстіе въ сводѣ влагалища заживаетъ, при простой тампонаціі рукава іодоформенною марли.

Глава 4.

Новообразованія влагалища.

1. Кисты влагалища.

Этиология. Эти новообразованія встрѣчаются не особенно рѣдко; большею частью развивается одна киста, хотя случается наблюдать иногда нѣсколько такихъ опухолей во влагалищѣ. Чаше кисты сидятъ въ стѣнкѣ въ нижней половинѣ влагалища. Большею частью величина ихъ не превышаетъ лѣсного или волошкаго орѣха, но встрѣчаются кисты влагалища въ куриное яйцо и даже въ исключительныхъ случаяхъ въ кулакъ.

Патологическая анатомія. Кисты влагалища представляютъ однополостныя опухоли большею частью съ тонкими стѣнками, хотя въ иныхъ случаяхъ толщина ихъ достигаетъ нѣсколькихъ мм. Большею частью онѣ состоятъ изъ плотной соединительной ткани, въ другихъ случаяхъ стѣнки содержатъ гладкія мышечныя волокна. Далеко не во всѣхъ случаяхъ удается разъединить стѣнку кисты отъ окружающей ткани влагалища. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ большія кисты вырастаютъ въ клѣтчатку, окружающую влагалище и маточную шейку. Содержимое ихъ представляетъ большею частью окрашенную жидкость желтоватаго или бурога цвѣта, рѣже прозрачную или бѣловатую. Иногда содержимое представляетъ болѣе густую кашицеобразную массу. При микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ эпителий, бѣлые кровяные

шарики, мелкія зерна и кристаллы холестеарина. Полость кисты выстлана наичаще цилиндрическимъ или плоскимъ однослойнымъ, рѣже многослойнымъ эпителиемъ. Нѣкоторыя кисты, въ особенности мелкія, вовсе не имѣютъ эпителия.

Этіологія. Уже на основаніи однихъ анатомическихъ данныхъ слѣдуетъ предположить неодинаковое происхожденіе кистъ влагалища.

Во многихъ случаяхъ, въ особенности большія мѣшечатыя опухоли развиваются изъ остатковъ такъ называемыхъ Гартнеровыхъ каналовъ, иначе Вольфовыхъ ходовъ. По изслѣдованію Nagel'a, эти остатки зародышевой ткани находятся только въ стѣнкахъ матки и влагалища выше мочевого канала; постепенно разрастаясь, они образуютъ мѣшечатыя опухоли. Подобное происхожденіе кистъ допускаютъ многіе гинекологи. Гораздо рѣже источникомъ развитія кистъ служатъ отщепленные части нижняго отдѣла Миллеровыхъ каналовъ. Небольшія кисты, повидимому, наичаще развиваются изъ описанныхъ Preusschen'омъ железокъ влагалища, представляющихъ вѣроятно углубленія въ стѣнѣ влагалища, выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ, которымъ покрыто все влагалище у зародыша. Такого происхожденія кисты Döderlein находилъ въ дѣвственной плевѣ у дѣвочекъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ влагалищныя кисты возникаютъ изъ лимфатическихъ пространствъ или даже изъ промежутковъ и щелей въ ткани, образующихся отъ ушиба или растяженія стѣнки рукава. Кисты такого механическаго происхожденія не имѣютъ эпителия. Только въ исключительныхъ случаяхъ кисты влагалища являются врожденными; подобный случай описанъ Winkel'emъ. Geul удалилъ небольшую опухоль изъ стѣнки рукава, которая оказалась тератомой. Обыкновенно кисты влагалища развиваются у женщинъ молодыхъ или средняго возраста.

Симптомы и теченіе. Небольшія кисты не вызываютъ никакихъ патологическихъ явленій. Достигая значительной величины, онѣ суживаютъ и закрываютъ каналъ влагалища и такимъ образомъ препятствуютъ истеченію выдѣленій, отъ чего развивается катарръ влагалища и мѣсячныя очищенія получаютъ дурной запахъ. Ни разу мы не слышали отъ больныхъ, чтобы кисты влагалища сами по себѣ служили препятствіемъ къ половымъ сношеніямъ.

Большія кисты, развиваясь въ верхней части влагалища, отодвигаютъ иногда матку кверху и въ сторону. Когда онѣ сидятъ въ нижнемъ отдѣлѣ рукава, то, увеличиваясь въ объемѣ, иногда выходятъ изъ половой щели наружу, смѣщая отчасти стѣнку влагалища. Въ исключительныхъ случаяхъ происходитъ самопроизвольное продыравливаніе или надрывъ кисты, послѣ чего малыя кисты зарастаютъ и снова наполняются жидкостью или же запусѣваютъ. Въ большихъ кистахъ съ толстыми стѣнками послѣ продыравливанія происходитъ разложеніе отдѣленія, которое становится гнойнымъ и продолжаетъ выдѣляться,

иногда распространяя отвратительный запах. Киста, сидящая возле мочевого канала, в исключительных случаях может сообщаться с этим каналом, что всегда сопровождается нагноением в полости кисты. Крайне редко кисты влагалища достигают такой величины, что представляют препятствие при родах.

Распознавание в большинстве случаев не представляет затруднения. Выдающаяся над поверхностью стѣнки влагалища киста имеет эластическую напряженную консистенцию; при нѣжных стѣнках содержимое ее просвѣчивает голубоватым или буроватым цвѣтомъ. В тѣх случаях, гдѣ можно смѣшать ее с выпадением передней или задней стѣнки влагалища, слѣдует производить двойное изслѣдование чрезъ влагалище, вводя катетеръ в мочевой пузырь или палецъ в прямую кишку. Очень редко является необходимость прибѣгать къ проколу кисты.

Предсказание вообще благоприятное. За редкими исключениями операция, применяемая при лѣчении кисты, не представляет трудностей. В исключительных случаях киста, азвившаяся изъ остатковъ Вольфова канала, послѣ разрѣза не застываетъ, а продолжаетъ выдѣлять жидкость. О подобных случаях упоминаетъ Routh. Извѣстенъ случай, описанный Milton'омъ, гдѣ на первой стѣнкѣ влагалища существовало отверстие, изъ котораго выдѣлялось в сутки не менѣе 60,0 серозной жидкости, богатой бѣлкомъ, но не содержащей мочевины. Попытки закрыть это отверстие глубокимъ прижиганиемъ не удалось. Прекращение отдѣления сопровождалось болями в животѣ. В нѣкоторых случаях, повидимому, кисты этого рода вдаются в широкую связку до самаго роговагium. Кпауег наблюдалъ кисту в стѣнкѣ матки, часть новообразования выстояла в каналъ шейки. Киста была величиною в яблоко, содержала 100,0 жидкости и была выслана цилиндрическимъ эпителиемъ.

Лѣчение исключительно оперативное. При тонкихъ стѣнкахъ, а также при высокомъ, мало доступномъ положеніи кисты в сводѣ влагалища опухоль вскрывается ножомъ, затѣмъ удаляютъ ту часть стѣнки, которая выстоитъ во влагалище. Края окрававленной раны соединяются швами, послѣ чего кровотечение останавливается; остатокъ кисты переходитъ в стѣнку влагалища. В исключительных случаях, когда оперированная такимъ образомъ киста имеетъ ходъ в глубину таза, по направленію широкой связки, слѣдуетъ примѣнить дренажъ и производить осторожно смазывание tinct. jodi, чтобы вызвать заустѣніе полости.

Кисты с толстыми стѣнками слѣдуетъ вылушивать и оставшуюся рану во влагалищѣ закрывать швами. Однажды вамъ удалось вылушить кисту влагалища, величиною около кулака, сидѣвшую почти на всемъ протяженіи задней стѣнки влагалища. Недавно подобный случай былъ наблюдаемъ в клиникѣ Снегирева.

2. Фиброзныя опухоли влагалища, fibromyoma.

Этіологія. Въ противоположность съ маткою, фиброзныя опухоли влагалища встрѣчаются рѣдко, и притомъ почти всегда вырастаетъ только одна опухоль. Большею частью онѣ бывають у женщинъ средняго возраста; только однажды Martin видѣлъ небольшой фиброзный полипъ у новорожденной дѣвочки. Ближайшая причина появленія этихъ опухолей въ стѣнкахъ влагалища извѣстна такъ же мало, какъ ближайшій поводъ развитія фиброидовъ матки. Pick описалъ аденомному задней стѣнки влагалища, которая развилась изъ остатка Вольфова тѣла.

Патологическая анатомія. Величина этихъ опухолей крайне разнообразна—отъ мелкаго узла, величиною въ горошину, до огромной опухоли, равной по объему дѣтской головкѣ. Фиброзныя опухоли влагалища иногда сидятъ на ножкѣ различной толщины, въ другихъ случаяхъ онѣ расположены въ толщѣ стѣнки влагалища и только выдаются въ просвѣтъ рукава. Въ рѣдкихъ случаяхъ онѣ развиваются даже въ окружающей клѣтчаткѣ. Фиброзныя опухоли растутъ медленно и съ теченіемъ времени могутъ претерпѣвать различнаго рода измѣненія въ своемъ питаніи, именно: застой крови, отекъ, жировое перерожденіе, появленіе въ ткани кровоизліяній и даже процессъ окостенѣнія. Въ зависимости отъ нарушенія питанія измѣняется консистенція фиброзной опухоли. Въ однихъ случаяхъ она представляется плотною, въ другихъ мягкою, иногда сходною даже съ консистенціей кисты.

Симптомы и теченіе. Небольшія опухоли не причиняють никакихъ замѣтныхъ симптомовъ, ихъ обыкновенно находятъ случайно. При значительномъ увеличеніи онѣ суживають каналъ влагалища, способствуютъ задержанію отдѣленій, иногда препятствуютъ половымъ сношеніямъ и даже производятъ давленіе на сосѣдніе органы, причиняя задержаніе мочи или частые позывы, рѣзь въ мочевомъ каналѣ и упорныя запоры чисто механическаго характера.

Стебельчатыя опухоли иногда выходятъ изъ влагалища наружу и если объемъ ихъ значителенъ, то это сопровождается явленіями, напоминающими прохожденіе головки чрезъ половое отверстіе. Иногда при такихъ условіяхъ опухоль подвергается гнилоственному распаденію. Описаны случаи, гдѣ большія фиброзныя опухоли влагалища представляли серьезное препятствіе при родахъ.

Распознаваніе въ большинствѣ случаевъ не трудно. Небольшія фиброміомы представляютъ отдѣльныя округленныя, болѣе или менѣе подвижныя опухоли. При большихъ опухоляхъ необходимо двойное изслѣдованіе чрезъ влагалище, съ введеніемъ катетера въ пузырь или пальца въ прямую кишку, чтобы опредѣлить точно мѣсто ихъ происхожденія. Въ иныхъ случаяхъ, когда нельзя дойти до мѣста прикрѣпленія опухоли, слѣдуетъ ее захватить щипцами, въ родѣ *pince à faux* *germe* или малыми акушерскими, если опухоль велика, и про-

бовать произвести осторожно вращательное движение опухоли около ее продольной оси, чтобы определить, сидит ли она на ножке или на широком основании. При отечном состоянии опухоли, ее можно принять за кисту, саркому или нарыв влагалища. В таких случаях иногда приходится прибегать к проколу троакаром, а в некоторых случаях к исследованию под микроскопом частицы ткани, взятой от опухоли.

Предсказание во всех случаях, где удаление опухоли возможно, представляется благоприятных, настоящая фибромиома возвратов не дает.

Лечение исключительно оперативное. При стебельчатых опухолях, после внимательного исследования отношения ножки к соседним органам, следует провести крепкую лигатуру через стебель и перевязать его двумя скрещивающимися лигатурами, выше которых следует отрезать опухоль. Некоторые советуют удалять такие опухоли посредством проволочной петли или экразера, но с этим инструментом следует быть осторожным при податливых стénках влагалища, которые легко втягиваются в петлю. При опухолях, сидящих в толще стénки влагалища, нужно делать продольный разрез и затем производить вылучение новообразования пальцем или рукояткой ножа, перерезывая плотные пучки ножницами. Кровоточащие сосуды перевязывают, и на образовавшуюся рану накладывают глубокие и поверхностные швы. Фиброзные опухоли, развившиеся в клетчатке, окружающей влагалище, иногда наиболее доступны со стороны промежности, где следует делать разрез в поперечном направлении, приступая к удалению такого новообразования.

3. Саркома влагалища. Эта крайне злокачественная опухоль весьма редко появляется во влагалище. Ее наблюдали у маленьких девочек, а также у старых женщин, давно потерявших месячные очищения.

Патологическая анатомия. Различают фиброзную саркому, в виде плотных узлов, и клетчатковую, которая представляет сплошное новообразование, поражающее слизистую оболочку влагалища. Во влагалище чаще встречается фиброзная саркома. Большею частью она сидит на передней стénке. Münz из 24 случаев наблюдал 13 у детей; у взрослых саркома бывает наиболее после 40 лет. В клинике Брейскаго был наблюдаем случай саркомы влагалища, в которой были найдены, кроме клеток и волокон соединительной ткани, поперечно-полосатые мышечные волокна. Подобную же опухоль, развившуюся в стénках влагалища у девочки, описал недавно Bidone.

Симптомы и течение. Новообразование растет быстро, иногда оно представляет на поверхности мягкие разрастения, похожие на пузырьный занос, чаще однако рыхлую неровную поверхность. Верхние слои

опухоли распадаются, что сопровождается обильнымъ кровянистымъ, зловоннымъ отдѣленіемъ, иногда кровотеченіемъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мочеиспусканіе затруднено и болѣненно.

Постепенно саркома распространяется вглубь, иногда происходитъ даже продыравленіе пузыря и прямой кишки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ являются переносы. Больная сильно худѣетъ, у нея развиваются общая анемія и отекъ нижнихъ конечностей. Смерть наступаетъ при явленіяхъ истощенія, иногда отъ воспаленія брюшины.

Лѣченіе заключается въ удаленіи по возможности раньше новообразованія. На полное излѣченіе можно надѣяться только при фиброзной формѣ. Напротивъ сплошная клѣточковая саркома, даже при полномъ удаленіи новообразованія, всегда возвращается въ скоромъ времени.

4. Первичный ракъ влагалища.

Этіологія. Сравнительно съ ракомъ матки, эта болѣзнь рѣдко поражаетъ влагалище. На 100 случаевъ рака матки только однажды встрѣчается первичный ракъ влагалища. Наичаще онъ встрѣчается у пожилыхъ женщинъ, однако и женщины молодая и даже дѣти не гарантированы отъ появленія рака во влагалищѣ. У старыхъ женщинъ иногда наблюдаютъ развитіе этого новообразованія на вдавненіяхъ и язвахъ, произведенныхъ пессаріемъ на стѣнкахъ влагалища. Рѣдко также встрѣчается первичный ракъ мочевого канала. Гораздо чаще ракъ переходитъ на влагалище изъ матки и притомъ непосредственно отъ шейки на верхнюю часть рукава, преимущественно на заднюю стѣнку.

Патологическая анатомія. Во влагалищѣ появляются различные виды рака—папиллярный, мозговидный и фиброзный. Наичаще онъ начинается въ заднемъ сводѣ влагалища въ видѣ узловъ, которые сливаются и постепенно разрастаются въ продольномъ и поперечномъ направленіи. Вслѣдствіе постепеннаго распада новобразованіе представляетъ язвенную поверхность съ приподнятыми плотными краями. Довольно рано поражаются паховыя и тазовыя железы. Перешедши на тазовую клѣтчатку, новобразованіе сдавливаетъ мочеточники и производитъ водянку почекъ. При распаденіи иногда происходитъ сообщеніе съ пузыремъ и прямой кишкой.

Симптомы и теченіе. Вначалѣ болѣзнь обнаруживается усиленнымъ гноевиднымъ истеченіемъ изъ влагалища, зудомъ въ наружныхъ частяхъ и по временамъ кровотеченіемъ изъ влагалища. Съ теченіемъ времени къ этому присоединяются боли въ поясницѣ и въ нижнихъ конечностяхъ, боли усиливаются при испраженіи на низъ. Иногда отдѣляются и выходятъ изъ влагалища наружу кусочки опухоли. Больная постепенно истощается и худѣетъ. Новобразованіе распространяется на стѣнки влагалища, которыя иногда поражаются до самаго предверія, при этомъ стѣнки рукава становятся плотными и каналъ сильно суживается. Новобразованіе переходитъ также на влагалищную часть. Съ пораженіемъ тазовой клѣтчатки появляются стрѣляющія

боли въ животѣ, задержаніе мочи, сильныя головныя боли, тошнота и рвота. При такихъ явленіяхъ наступаетъ смерть; иногда незадолго предъ кончиной развиваются явленія воспаления брюшины.

Распознаваніе легко при полномъ развитіи болѣзни. Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ брать кусочки новообразованія и подвергать ихъ микроскопическому изслѣдованію. На основаніи этого изслѣдованія, можно въ такихъ случаяхъ установить отличительное распознаваніе отъ воспаления клѣтчатки вокругъ влагалища, *ragacolpitis*, а также отъ *colpitis gummosa*, описанной Winckel'emъ.

При переходѣ рака на влагалищную часть, пораженіе на ней представляется менѣе значительнымъ, чѣмъ на стѣнкахъ влагалища, что даетъ возможность судить о первоначальномъ мѣстѣ, откуда исходило новообразованіе.

Предсказаніе неблагоприятно, такъ какъ при ракъ влагалища, даже при полномъ вырѣзываніи опухоли, возвратъ представляетъ обычное явленіе.

Лѣченіе. Радикальная операція, именно удаленіе части пораженной стѣнки влагалища съ широкой каймой здоровой ткани или всего влагалища, возможно только въ началѣ заболѣваній, когда пораженная стѣнка рукава сохраняетъ нѣкоторую подвижность и новообразованіе не перешло на подлежащую клѣтчатку.

При полномъ наркозѣ и положеніи больной на спинѣ съ приподнятымъ крестцомъ, при помощи зеркала Симса, дѣлають глубокий разрѣзъ влагалища по той сторонѣ, гдѣ ткань еще здорова. Разрѣзъ начинается отъ свода и проводится къ срединѣ между заднепроходнымъ отверстіемъ и сѣдалищнымъ бугромъ, постепенно углубляясь въ ткань. Подобный разрѣзъ иногда можно сдѣлать также съ другой стороны, послѣ чего своды влагалища и шейка матки становятся легко доступными. Отступая на 1 см. отъ края раковой язвы, дѣлають разрѣзъ чрезъ всю толщю влагалища и, захвативъ лоскутъ пинцетамъ, отдѣляютъ пальцемъ или рукояткой ножа пораженную ткань по направленію снизу вверхъ. Кровоточащіе сосуды захватываютъ пинцетамъ Реан'а и перевязываютъ.

Если новообразованіе перешло на влагалищную часть матки, то при такомъ способѣ легко можно удалить также шейку или всю матку. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ остается значительная часть влагалища, края раны соединяють посредствомъ швовъ. Тамъ же, гдѣ это оказывается невозможнымъ, тампонируютъ влагалище полосками іодоформенной марли. Менѣе удобенъ способъ, по которому оперировали Olshausen и Thogn. Они дѣлали поперечный разрѣзъ чрезъ промежность и проникали чрезъ него ножомъ, затѣмъ пальцемъ, отслоившая влагалище отъ прямой кишки до свода, при этомъ конечно отдѣлялась также пораженная ракомъ стѣнка влагалища, которая отрѣзывается и края раны соединяются швами, а между кишкой и нижнею частью влага-

лицной стѣнки вкладывался дренажъ. Martin, Amann, Kessler и др. удаляли даже все влагалище. Съ этою цѣлью дѣлается круговой разрѣзъ въ области входа во влагалище, затѣмъ постепенно стѣнки влагалища отдѣляются по направленію кверху до шейки матки. Amann вмѣстѣ съ влагалищемъ удалилъ также матку и кисты яичниковъ. Не слѣдуетъ влагалища отдѣлять отъ мочевого канала; при этой операциіи легко также порѣзать мочеточники, если оперировать безъ надлежащихъ предосторожностей. Israel у 9-тимѣсячной дѣвочки, у которой развилась злокачественная опухоль влагалища, перешедшая на матку, удалилъ эти части производствомъ крестцоваго способа. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ радикальная операциія невозможна, слѣдуетъ ограничиться палліативнымъ лѣченіемъ. Острой ложечкой производятъ выскабливаніе новообразованія и затѣмъ дѣлаютъ энергичныя прижиганія платиновымъ наконечникомъ. Не слѣдуетъ слишкомъ энергично производить выскабливаніе въ запущенныхъ случаяхъ, чтобы не причинить продыравленіе стѣнки влагалища въ пузырь, въ прямую кишку или чрезъ задній сводъ въ полость брюшины. Нужно назначать также дезинфицирующія впрыскиванія, хорошую пищу, вино и при боляхъ наркотическія средства.

5. Жировыя опухоли въ стѣнкахъ влагалища встрѣчаются крайне рѣдко.

Новѣйшая литература.

1. Влагалищныя фистулы.

Albaran. Les tumeurs de la vessie. 1892. Bazy. Uretero-cystoneostomie. Ann. de Gyn. 1893. Bordeheur. Verschluss grosser vessico-vaginal Fisteln durch Transplantation der Blasenwand. Arch. f. kl. Ch. 1891. Buschbeck. Zur Heilung von Ureterbauchdeckenfisteln und von Blasenscheidenfisteln durch Sectio alta. 1895. Boldt. Implantation of the ureter into the bladder per abdominal section. Ann. j. of obst. 1896. Champneys. A new operation for the cure of vesico-uterine fistula. Br. med. j. 1888. Duplay. Traitement des fistules vessio-vaginales par la suture intravesicale. Arch. de toc. 23. Драницынъ. Лѣченіе пузырно-маточныхъ свищей. ж. ак. и ж. б. 1898. Dührssen. Ueber eine neue Heilmethode der Harnleiterscheidenfisteln. 1894. Ehrendorfer. Ueber Krebs der weiblichen Harnröhre. Arch. f. Gyn. 58. Freund. Eine neue Operation zur Schliessung gewisser Harnfisteln beim Weibe. 1895. Fritsch. Die Krankheiten der weiblichen Blase. 1897. Israel. Ein neues Verfahren zur Heilung der Inkontinenz bei Blasenscheidenfisteln. Berl. kl. Woch. 1889. Kalischer. Die Erkrankungen der weiblichen Harnröhre und Blase 1898. Mackenrodt. Ein weiterer Beitrag zur Behandlung der Ureterscheidenfisteln. Mon. f. Geb. 2. Novaro. Sur l'opération des fistules vesicovaginales. Поюровский. Постоянное орошеніе для подготовленія мочевыхъ фистулъ къ операциіи. Ж. ак. и ж. бол. 1894. Olshausen. Ueber Urethroplastik. Zeit. f. Geb. 32. Polaillon. Restoration du canal de l'urèthre chez la femme. Ann de gyn. 1889. Rosthorn. Zur Heilung der Blasenscheidenfisteln. Pr. med. W. 1895. Rydygier. Zur Operationstechnik schwieriger Fälle von Blasenscheidenfisteln. Br. kl. W. 1887. Segond. La methode nouvelle de l'opération de la fistule recto vaginale. Ann. de gyn. 1895. Singer. Zur Pathologie und Therapie

des Urethralprolapses beim weiblichen Geschlechte. Mon. f. Geb. 8. Schauta. Ueber die Operation fixirten Blasenscheidenfisteln. M. f. Geb. 1. Sänger. Zur abdominalen Uretero-Cystoanastomosis bei Ureteren-Genitalfisteln. M. f. Geb. u. Gyn. 9. Trandenburg. Zur Operation der Blasenscheidenfisteln von der Blase. D. med. W. 1892. Tuffier et Lévi. Etude sur les fistules urétéro-vaginales. Ann. de gyn. 43. Ulzmann. Die Krankheiten der Harnblase. 1891. Viertel. Physikalische Untersuchungsmethoden der Blase. 1897. Winckel. Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase. 1886. Wölfler. Ueber die abnormen Ausmündungen der Ureteren. Pr. med. W. 1895.

2. Прочія болѣзни влагалища.

Baer. Ueber die Rectalgonorrhoe der Frauen. D. med. W. 1896. Baumgarten. Ueber Vaginalcysten. Arch. f. path. An. 107. Beuttner. Ucus rotundum simplex vaginae. Mon. f. Geb. 3. Breinsky. Die Krankheiten der Vagina 1886. Busse. Ueber die sog. Perivaginitis phlegmonosa dissecans. Arch. f. Gyn. 56. Dürrssen. Ueber Extirpation der Vagina. C. Bl. f. Gyn. 1896. Fournier. Gommés du vagin. Sem. med. 1895. Gerssuny. Eine Plastik der Defekt der Vagina. 1897. Herff. Ueber Scheidenmykosen. 1895. Jung. Ueber primäre Sarkome der Vagina bei Erwachsenen. Mon. f. Geb. 9. Kelly. Gonorrhoeal pyelitis and pyoureter. 1895. Laborde. Contributions à l'étude de la vulvo-vaginite des petites filles 1896. Львовъ. Lésions des organes génitaux de la femme produites pendant le coït. N. arch. de gyn. 9. Михновъ. Къ вопросу о поврежденіи влагалища при сношеніи. Врачъ 1896. Meyer. Zur Aethiologie der Gynatresien. Zeit. f. Gyn. 34. Mandl. Zur Kenntniss der Vaginitis gonorrhoeica. Mon. f. Geb. 4. Neugebauer. Zur Lehre von den angeborenen und erworbenen Verwachsungen und Verengerungen der Scheide. 1895. Neumann. Die Aphten am weiblichen Genitale. W. kl. R. 1895. Neumann. Die Syphilis der Vagina, der Uterus und seiner Adnexe. W. und W. 1895. Neugebauer. Ueber Fremdkörper in der Scheide. Arch. f. Gyn. 43. Olshausen. Ueber Extirpation der Vagina. C. Bl. f. Gyn. 1895. Pick. Adenomyome der Leistengegend und des hinteren Scheidengewölbes. Arch. f. Gyn. 57. Rieder. Ueber den Gärtner'schen Kanal beim menschlichen Weibe. Arch. f. path. An. 96. Roncoglia. Du traitement radical de l'entérocele vaginale post. 1896. Снегиревъ. Способъ искусственнаго образованія влагалища. 1892. Сицинскій. Къ вопросу о способахъ образованія искусственнаго влагалища. Ж. ак. и ж. бор. 1899. Шалюта. О пересадкахъ слизистой оболочки при атрезіи влагалища. 1896. Завойскій. Къ вопросу о восстановленіи промежности. 1893. Schulein. Ueber Verletzungen der Vagina. Zeit. f. Geb. 23. Сыромятниковъ. Ueber Paravaginitis dissecans. Arch. f. Gyn. 18. Veit. Die Erkrankungen der Vagina. 1897. Wertheim. Die ascendirende Gonorrhoe beim Weibe. Arch. f. Gyn. 41.

Отдѣлъ III.

Неправильности развитія и воспалительныя заболѣванія матки.

Глава I.

Пороки развитія и атрофія матки.

Врожденныя аномаліи матки встрѣчаются гораздо чаще, нежели въ другихъ органахъ. Мы различаемъ слѣдующіе виды пороковъ развитія матки:

- 1) Отсутствие или недоразвитіе матки до нормальной величины.
- 2) Удвоеніе матки.
- 3) Развитіе преимущественно одной Мюллеровой нити.

Нагел строго придерживается хода развитія матки при распредѣленіи ея уродствъ. Онъ принимаетъ 4 группы врожденныхъ аномалій этого органа:

- I. До образованія полового канатика.
- II. Вскорѣ послѣ его образованія.
- III. Во время и скорѣ послѣ сліянія обоихъ Мюллеровыхъ ходовъ.
- IV. Послѣ образованія матки и влагалища.

Наше дѣленіе основывается болѣе на клиническихъ данныхъ, а потому мы будемъ его придерживаться.

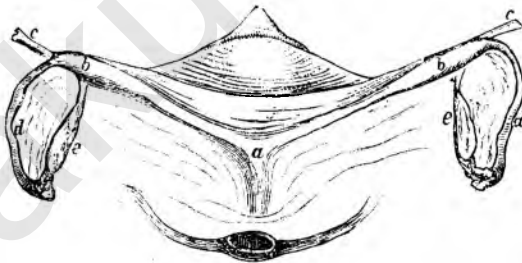


Рис. 101. Uterus rudimentarius: *a* — сросшаяся плотная часть матки; *b* — рога матки; *c* — lig. rotund. uteri; *d* — трубы; *e* — яичники.

1. Отсутствие или недоразвитіе матки до нормальной величины. *Полное отсутствіе матки, defectus uteri*, врятъ ли когда-либо встрѣчается; такъ какъ по срединѣ широкой связки всегда находятъ скопленіе мышечныхъ волоконъ. Чаще находятъ *зачаточную матку, uterus rudimentarius*, въ видѣ плотнаго или полаго, иногда раздвоеннаго, зачатка матки.

Въ рѣдкихъ случаяхъ даже только одинъ рогъ матки представляетъ зачаточное раз-

витіе, между тѣмъ какъ другой съ своими придатками совершенно отсутствуетъ. Въ такихъ случаяхъ влагалище тоже отсутствуетъ или находится въ зачаточномъ состояніи, найчаще существуетъ только дѣвственная плева и нижняя часть канала. Яичники и трубы большей частью не вполне развиты, хотя иногда яичники обладаютъ способностью выдѣлять зрѣлыя яйца. Широкия связки всегда существуютъ въ видѣ низкой складки, отдѣляющей мочевоу пузырь отъ прямой кишки. Наружные половые органы и груди обыкновенно правильно развиты; весь скелетъ, а также формы тѣла представляютъ особенности, свойственныя женщинѣ.

Симптомы. Сравнительно рѣдко женщины съ зачаточнымъ развитіемъ матки ощущаютъ *molimina menstrualia*; только въ исключительныхъ случаяхъ боли достигаютъ высокой степени. Мѣсячныя крови никогда не выдѣляются, женщина вовсе не можетъ забеременѣть и часто неспособна къ супружеской жизни. При частыхъ попыткахъ къ сношенію на мѣстѣ рукава образуется податливое углубленіе, иногда сильно растягивается мочевоу каналъ, замѣняя при сношеніи влагалище.

Гораздо большаго развитія достигаетъ *зародышевая* и *дѣтская* форма матки, иногда находимая у взрослыхъ женщинъ, *uterus foetalis* et *uterus infantilis*. При этихъ аномаліяхъ, которыя невозможно при жизни отличить одну отъ другой, матка мала, по формѣ напоминаетъ кеглю, состоитъ преимущественно изъ шейки и сравнительно небольшого тѣла съ тонкими стѣнками. Въ полости зародышевой матки *arbor vitae* доходитъ до самаго дна, въ дѣтской маткѣ только до внутренняго зѣва. Влагалищная часть выдается въ своды въ видѣ небольшого соска съ маленькимъ круглымъ отверстіемъ.

Недоразвитіе матки, описанное подъ именемъ *малой матки*, *uterus parvus*, представляетъ матку, которая только размѣрами и малой толщиной стѣнокъ отличается отъ нормальной. Обыкновенно она представляетъ большой сгибъ напередъ и коническую влагалищную часть. При такихъ формахъ трубы и яичники тоже бываютъ не вполне развиты, мѣсячныя совершенно отсутствуютъ или появляются нерѣдко поздно, иногда къ 20 году, повторяются чрезъ длинные промежутки времени, бываютъ малы и рано совершенно прекращаются. Половыя сношенія большею частью совершаются безъ боли, но беременность обыкновенно не наступаетъ, за рѣдкими исключеніями, и то только при *uterus parvus*. Часто эти аномаліи сопровождаются врожденною малостью сердца и большихъ кровеносныхъ сосудовъ.

Атрофія матки. Эти врожденные недостатки развитія матки не слѣдуетъ смѣшивать съ *атрофіею матки*, *atrophia uteri*, которая представляетъ заболѣваніе приобрѣтенное, появляющееся послѣ чрезчуръ продолжительнаго кормленія грудью младенца, вслѣдствіе тяжелыхъ общихъ острыхъ и хроническихъ заболѣваній — тифа, скарлатины, ча-

хотки, при общемъ ожиреніи и проч., а также послѣ воспаленія матки и яичниковъ въ послѣродовомъ періодѣ. Löwenstein видѣлъ атрофію матки при хроническомъ отравленіи морфіемъ. Другіе наблюдали развитіе этой болѣзни послѣ выкидыша, при diabetes mellitus. Gottschalk ставитъ этотъ процессъ также въ зависимость отъ фиброзныхъ опухолей матки, заматочныхъ экссудатовъ, глубокихъ разрывовъ шейки, образованія мочевыхъ фистулъ и вліянія психическихъ аффектовъ. Различаютъ первичную и вторичную форму атрофіи матки, смотря по тому, развились ли сперва явленія атрофіи въ маткѣ или въ яичникахъ. Въ послѣднее время мы наблюдали нѣсколько случаевъ атрофіи матки послѣ прижиганія ея полости крѣпкимъ растворомъ хлористаго цинка, послѣ чего иногда совершенно уничтожается слизистая оболочка, что влечетъ за собою атрофію всей матки. Другіе врачи также описали подобные случаи.

Анатомическія измѣненія при атрофіи матки главнымъ образомъ заключаются въ постепенномъ истонченіи ея стѣнокъ и послѣдовательномъ уменьшеніи ея объема. При кормленіи грудью, несмотря на уменьшеніе матки, hyperinvolutio uteri, мышечный слой ея хорошо сохраняется; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, вслѣдствіе жирового перерожденія, исчезаетъ значительная часть мышечныхъ волоконъ, слизистая оболочка истончается и вмѣстѣ съ этимъ пропадаютъ маточныя железы. Въ особенности рѣзко выступаютъ эти измѣненія при тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ. При metritis septica мышцы матки подвергаются гіалиновому перерожденію и даже некрозу; въ рѣдкихъ случаяхъ часть мышечной стѣнки погибаетъ вслѣдствіе омертвѣнія, metritis dissecans. Ries въ такихъ случаяхъ находилъ у женщинъ, умершихъ между 17—70 днями послѣ родовъ, атрофію и даже совершенное отсутствіе слизистой оболочки. Мышечная ткань была пронизана мелкими круглыми клѣтками. Количество мышечныхъ волоконъ было чрезвычайно уменьшено; въ иныхъ случаяхъ они едва составляли $\frac{1}{3}$ часть истонченной маточной стѣнки, большая часть которой состояла изъ сосудовъ и тромбовъ. Влагалище часто укорачивается, въ немъ и въ наружныхъ половыхъ органахъ обнаруживаются измѣненія, свойственныя пожилому возрасту. Когда такія измѣненія достигаютъ полного развитія, мѣсячныя навсегда прекращаются.

Симптомы и теченіе. При атрофіи матки замѣчается крайне малое количество мѣсячныхъ кровей, а часто даже совершенное отсутствіе мѣсячныхъ, amenorrhoea. Бесплодіе представляетъ обычное явленіе; рѣже замѣчается опущеніе, наклоненіе матки назадъ или выпаденіе ея. Часто преждевременная атрофія матки сопровождается головными болями, разстройствомъ пищеваренія, общею слабостью, рѣзко выраженными явленіями гистеріи, въ исключительныхъ случаяхъ даже наблюдали развитіе меланхоліи.

Распознаваніе атрофіи матки и различныхъ формъ недоразвитія матки

до ея нормальной величины не представляет особенных затруднений. Въ тѣхъ случаяхъ, когда влагалище отсутствуетъ, изслѣдованіе должно производить однимъ или двумя пальцами чрезъ прямую кишку. Отличительное распознаваніе отдѣльныхъ формъ достигается до извѣстной степени опредѣленіемъ величины матки, преимущественно руками, а чрезъ зеркало влагалищной ея части. Значеніе имѣетъ также появленіе и отсутствіе мѣсячныхъ кровей.

Предсказаніе въ большинствѣ случаевъ неблагоприятно относительно наступленія правильныхъ функций матки. Только при *uterus parvus* у дѣвушекъ, не достигшихъ 20-лѣтняго возраста, и при началѣ развитія атрофіи матки у молодыхъ женщинъ можно надѣяться на нѣкоторый успѣхъ лѣченія. Атрофія, развившаяся во время кормленія, съ прекращеніемъ его, въ первыя 6 недѣль, часто проходитъ, и матка постепенно получаетъ нормальный объемъ. Напротивъ атрофія матки, развившаяся послѣ тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣваній, даетъ дурное предсказаніе. При общихъ болѣзняхъ предсказаніе болѣе благоприятно, когда болѣзнь проходитъ; при острыхъ заболѣваніяхъ атрофіи матки иногда представляетъ временное явленіе. Напротивъ при хроническихъ общихъ болѣзняхъ—*tuberculosis*, *syphilis* и *diabetes*,—она находится въ непосредственномъ соотношеніи съ тяжестью этихъ заболѣваній.

Лѣченіе. Когда появляются признаки истощенія вслѣдствіе кормленія грудью или когда замѣчается *galactorrhoea* или другія случайныя болѣзни, при ясно выраженной атрофіи матки, надо назначать горячіе души, частое введеніе зонда и скарификаціи, а также усиленное движеніе на свѣжемъ воздухѣ; внутрь слѣдуетъ предписать обычныя укрѣпляющія средства, наичаще *ferrum* или *liq. arsenicalis Fowleri*. При недоразвитіи матки у молодыхъ дѣвушекъ, а также при атрофіи матки послѣ общихъ болѣзней, для поправленія общаго питанія назначаются желѣзныя минеральныя воды, пребываніе лѣтомъ въ деревнѣ, купанье, желѣзныя ванны и пр. Въ тѣхъ случаяхъ, когда можно надѣяться на улучшеніе состоянія матки, предписываютъ теплыя впрыскиванія во влагалище, осторожное методическое введеніе зонда въ матку, примѣненіе постояннаго тока, при чемъ катодъ долженъ дѣйствовать на матку. При атрофіи, развившейся вслѣдствіе послѣродовыхъ заболѣваній, слѣдуетъ соблюдать при такихъ способахъ лѣченія большую осторожность, даже лучше вовсе не прибѣгать къ механическому внутриматочному лѣченію. Въ другихъ случаяхъ полезное дѣйствіе оказываетъ массажъ матки и придатковъ, а также скарификаціи влагалищной части. Въ особенности эти средства умѣстны при начинающейся атрофіи матки. Можно испытать также внутриматочный пессарій въ видѣ стеклянной или металлической палочки. Не слѣдуетъ также забывать *emenagoga*—*aloe*, *sabina*, *kali hypermanganicum* и др. При сильныхъ боляхъ во время мѣсячныхъ, когда никакія средства не

помогаютъ, приходится при недоразвитіи матки прибѣгать къ удаленію яичниковъ и трубъ.

2. Удвоеніе матки. Эта аномалія проявляется въ различныхъ формахъ, будучи выражена не въ одинаковой степени.

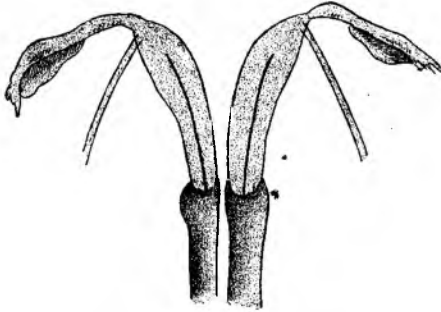


Рис. 102. Uterus didelphys.

Двойная матка, uterus didelphys, представляетъ наиболѣе рѣзко выраженную степень удвоенія матки. Она встрѣчается не только при нѣкоторыхъ уродствахъ, но также у женщинъ, въ другихъ отношеніяхъ вполне правильно развитыхъ. Въ этихъ случаяхъ существуютъ двѣ отдѣльныя матки, каждая съ одной трубой и яичникомъ. Верхнія части матки совершенно разъединены, но шейки сближены

или прилегаютъ одна къ другой. Влагалище всегда раздѣлено перегородкою на двѣ половины, изъ коихъ каждая имѣетъ свою дѣвственную плеву.

Двурогоя матка представляетъ полное раздѣленіе только въ верх-

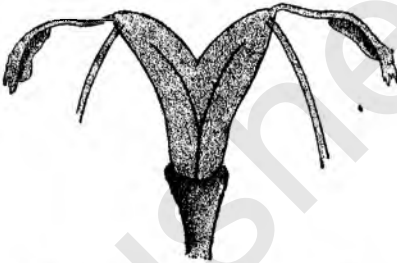


Рис. 103. Uterus bicornis unicollis.

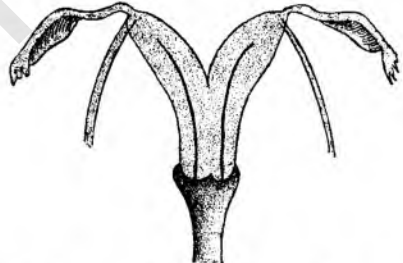


Рис. 104. Uterus bicornis bicollis, S. duplex.

ней части, ниже внутренняго зѣва шейки срастаются между собою, оставаясь иногда раздѣленными, uterus bicornis duplex, или соединенными въ одинъ каналъ, uterus bicornis unicollis. Двурогоя матка представляетъ одну изъ наиболѣе встрѣчающихся аномалій матки. *Раздѣленная матка*, uterus septus, снаружи представляетъ нормальную форму, иногда нѣсколько шире нормальной, внутри имѣетъ продольную перегородку, наиболѣе доходящую до наружнаго зѣва, въ другихъ случаяхъ только до внутренняго отверстія матки. Въ исключительныхъ случаяхъ перегородка находится только въ шейкѣ.

При двурогой и раздѣленной маткѣ влагалище иногда бываетъ также раздѣлено, въ другихъ случаяхъ оно представляетъ простой каналъ.

Слизистая оболочка матки при этих аномалиях представляет, по исследованиям Landau, нормальное строение.

Симптомы и течение. При различных формах удвоения матки яичники представляют нормальное развитие, почему функции матки совершаются обыкновенно правильно. Беременность большею частью



Рис. 105. Uterus duplex septus.

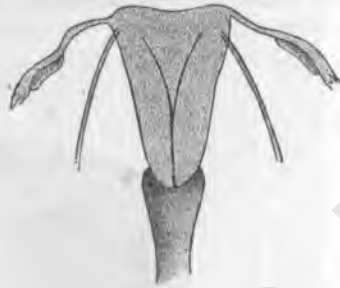


Рис. 106. Uterus subseptus.

бывает в одной половине матки, редко одновременно она развивается в обеих частях или рогах матки. Во время беременности пустая половина матки подвергается гипертрофии и, увеличиваясь в объеме,

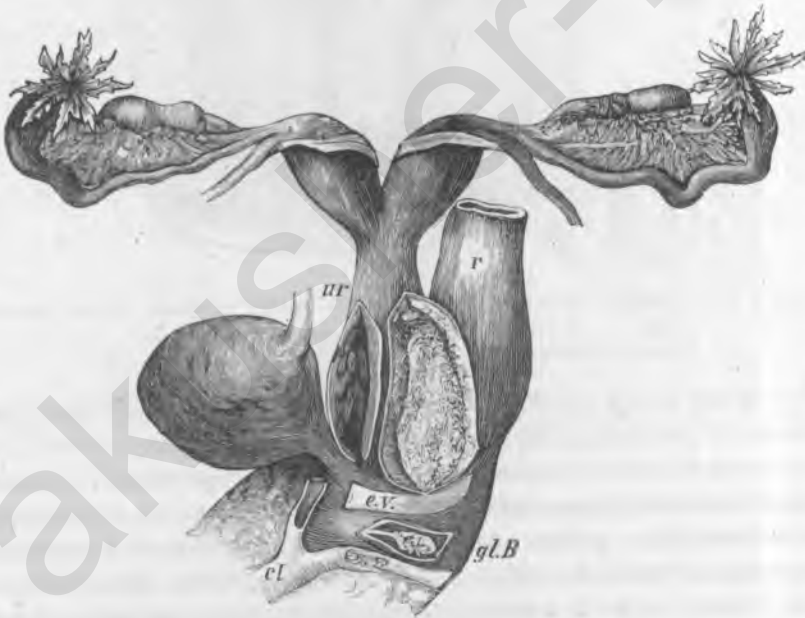


Рис. 107. Uterus duplex bicornis cum vagina septa: *r.*—прямая кишка; *ur.*—ureter; *gl.B.*—*gl.* Barthol.; *cl.*—клиторь.

иногда может причинить сужение входа таза. Перегородка влагалища в некоторых случаях является препятствием для прохождения плода, в таких случаях необходимо разрезать; иногда она надрывается вся или отчасти самопроизвольно во время родов.

Распознавание. Эта аномалия большею частью узнается случайно, при изслѣдованіи чрезъ влагалище. Раздѣленіе рукава продольною перегородкой указываетъ на удвоеніе матки. Гораздо труднѣе распознать двурогую и въ особенности раздѣленную матку при простомъ влагалищѣ. Изслѣдованіе чрезъ прямую кишку, а также введеніе зонда въ матку иногда уясняетъ неправильное развитіе этого органа.

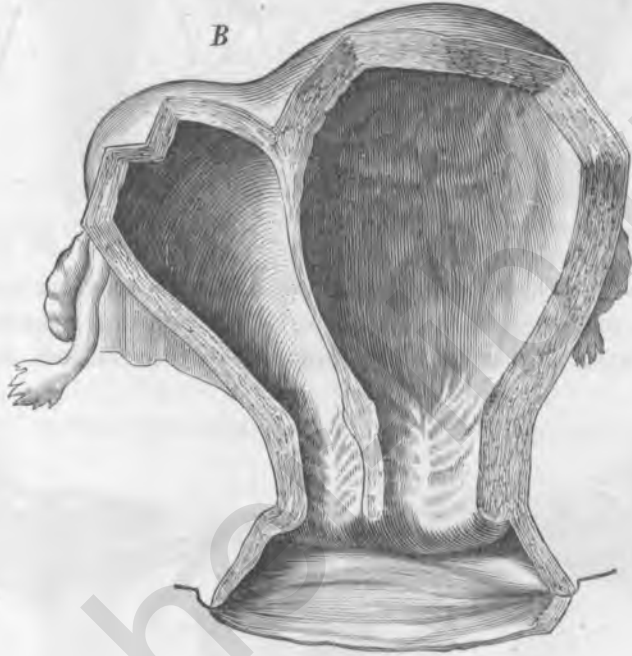


Рис. 108. Uterus septus duplex in puerperio. *B* — правая сторона, гдѣ не развивалось яйцо.

3. Развитіе одной Мюллеровой нити. Послѣдствіемъ такой особенности развитія является *однорогая матка*, *uterus unicornis*, полость которой имѣетъ болѣе щелевидную форму, при этомъ матка представляется изогнутою и смѣщеною въ сторону ея трубы. На этой половинѣ широкая связка развита довольно правильно и находятся нормальный яичникъ и труба, между тѣмъ какъ на другой сторонѣ связка гораздо ниже и тоньше. Здѣсь вмѣсто матки находятъ только скупенную мышечную ткань. Въ другихъ случаяхъ здѣсь расположена не вполнѣ развитая труба съ яичникомъ и зачаточный рогъ матки, *cornu rudimentarius*, который бываетъ плотный или содержитъ полость замкнутую или сообщающуюся съ развитою половиною матки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ неправильное развитіе матки въ этомъ направленіи выражается только незначительнымъ уменьшеніемъ одной ея половины. Въ такихъ

случаяхъ матка, правильно функционирующая, представляется нѣсколько скошенною въ одну сторону.

При однорогой маткѣ влагалище часто представляется узкимъ, хотя наружныя половыя части бываютъ развиты правильно.

Симптомы и теченіе. Обыкновенно функции такой матки совершаются довольно правильно. Описаны достовѣрные случаи беременности и родовъ, при чемъ форма матки и отсутствіе ея дна не оставались безъ вліянія на положеніе плода и теченіе родовъ. При существованіи зача-

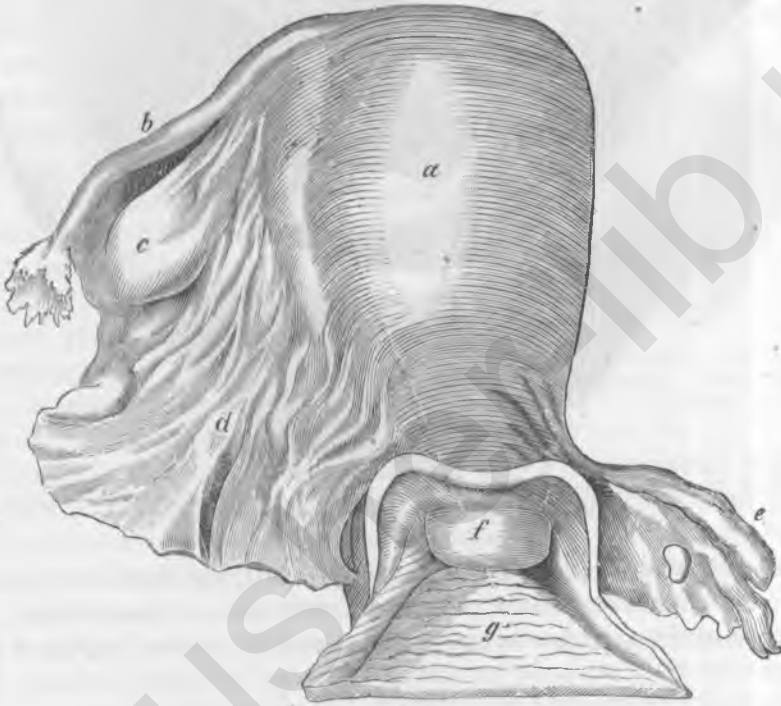


Рис. 109. Uterus unicornis in statu puerperale: *a*—uterus; *b*—правая труба; *c*—правый яичникъ; *d*—lig. lat. dextr.; *e*—недоразвитый яичникъ, труба и lig. rot. на левой сторонѣ; *f*—port. vaginalis; *g*—рукавь.

точного рога возможенъ переходъ въ него и развитіе въ немъ оплодотвореннаго яйца. Въ другихъ случаяхъ въ такомъ рогѣ было наблюдаемо скопленіе крови, haematometra in cornu rudiment., что сопровождается сильными болями во время мѣсячныхъ.

Распознаваніе однорогой матки представляетъ большое затрудненіе. Ясно выраженное боковое положеніе матки, которое нельзя объяснить, какъ послѣдствіе бывшаго воспаленія, и узкое влагалище служатъ указаніемъ на эту ненормальность. Изслѣдованіе чрезъ прямую кишку и введеніе зонда можетъ доставить данныя, подтверждающія это предположеніе. Крайне труднымъ является распознаваніе скопленія крови въ

зачаточномъ рогѣ матки. Рѣдкій случай развитія въ немъ яйца представляетъ явленія, совершенно сходныя съ вѣматочною беременностью.

Лѣчение примѣняется только при скопленіи крови въ закрытой по-

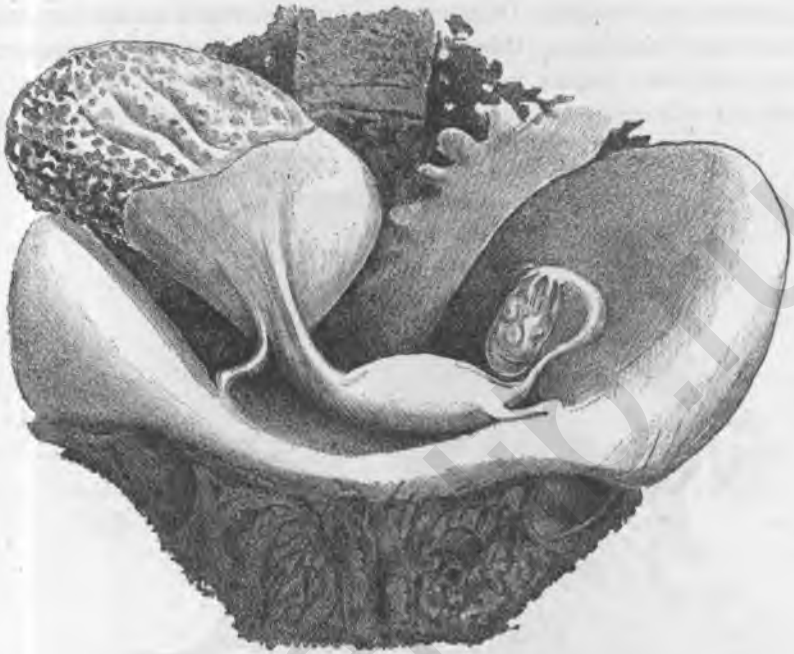


Рис. 110. Разрывъ праваго зачаточнаго рога матки *uterus unicornis cum cornu rudimentario altero*, гдѣ развилась беременность.

лости зачаточнаго рога или при развитіи въ немъ оплодотвореннаго яйца. Въ обоихъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ чревосѣченію, при чемъ удаляютъ растянутый рогъ матки вмѣстѣ съ его трубою и ячникомъ.

Глава 2.

Заращенія и суженія въ шейкѣ матки, *atresia et stenosis canalis, orificiі externi et interni colli uteri.*

Этіологія. Полное заращеніе матки встрѣчается рѣдко, наичаще оно является, какъ состояніе приобрѣтенное, вслѣдствіе заживленія изъязвленій на влагалищной части при употребленіи сильно прижигающихъ средствъ, въ особенности когда ихъ вводятъ въ полость матки. Особенно много было наблюдаемо случаевъ заращенія матки послѣ примѣненія крѣпкихъ растворовъ хлористаго цинка. *Stehmann* видѣлъ заращеніе шейки послѣ лѣченія электричествомъ. Тяжелые роды, со-

провождавшіеся продолжительнымъ давленіемъ на стѣнки маточной шейки, тоже иногда причиняютъ сращеніе или суженіе ея канала. Отсѣченіе маточной шейки иногда влечетъ подобныя же послѣдствія. Въ старости, при атрофіи матки, легко зарастаетъ наружное и даже внутреннее отверстіе матки. Какъ состояніе врожденное, было наблюдаемо зарашеніе нижней части канала шейки при простой или удвоенной маткѣ; въ послѣднемъ случаѣ въ одной половинѣ этого органа.

Суженіе шейки, въ особенности наружнаго отверстія матки, напротивъ, наблюдается часто, какъ врожденное состояніе, обыкновенно при рѣзко выраженномъ загибѣ впередъ и конической шейкѣ. Нерѣдко также мы находили это состояніе при гипертрофіи шейки у женщинъ не рожавшихъ. У старыхъ женщинъ суженіе канала шейки есть обычное явленіе.

Анатомическія измѣненія. Полное зарашеніе матки влечетъ за собою скопленіе крови въ полости этого органа, а также въ каналѣ трубъ, наружное отверстіе которыхъ въ такихъ случаяхъ зарастаетъ. Объемъ этихъ органовъ значительно увеличивается, дно матки достигаетъ пупка и заходитъ даже выше него. Трубы превращаются въ колбасовидныя или грушевидной формы опухоли, достигающія на наружномъ концѣ толщины 2 — 3 поперечныхъ пальцевъ. Стѣнки ихъ нѣсколько оплотнены. Слизистая оболочка матки и трубъ подвергается атрофіи. По мнѣнію Landau, скопляющаяся въ трубахъ кровь происходитъ изъ ихъ стѣнокъ. Часто находятъ сращеніе матки и придатковъ съ сосѣдними органами; рѣже воспаленіе брюшины съ выдѣленіемъ экссудата. При суженіи канала шейки, нерѣдко развиваются катарры слизистой оболочки матки и утолщеніе ея стѣнокъ.

Симптомы и теченіе. Скопленіе въ полости матки мѣсячныхъ кровей у женщинъ, имѣющихъ способные функционировать яичники, сопровождается сильными болями, которыя ожесточаются съ каждымъ мѣсяцемъ и наконецъ дѣлаются почти постоянными, усиливаясь при движеніи. Вслѣдствіе растяженія кровью матки и обѣихъ трубъ, животъ припухаетъ и дѣлается чувствительнымъ при дотрогиваніи. Когда врожденное зарашеніе находится на одной половинкѣ двойной матки, то эти ненормальныя явленія обнаруживаются при одновременномъ истеченіи мѣсячныхъ кровей изъ другой открытой половины матки. По временамъ появляется лихорадочное состояніе, зависящее отъ мѣстнаго воспаления брюшины, которое при отсутствіи надлежащей помощи можетъ въ этихъ случаяхъ принять крайне опасный характеръ и повести къ образованію гнойнаго экссудата съ летальнымъ исходомъ.

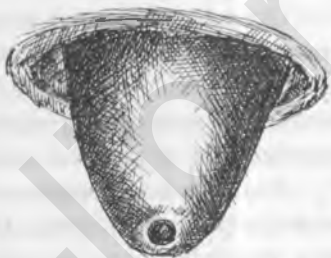


Рис. 111. Portio vaginal. конической формы, суженіе наружнаго зѣва.

У старыхъ женщинъ, потерявшихъ мѣсячныя, заращеніе канала шейки только въ исключительныхъ случаяхъ обнаруживается скопленіемъ отдѣленія въ полости матки, при чемъ этотъ органъ болѣе или менѣе значительно увеличивается въ объемъ—отъ кулака до дѣтской головки, рѣдко больше. Winter наблюдалъ у старой женщины, вслѣдствіе сращенія влагалища, скопленіе въ маткѣ около 1000,0 кровянистой жидкости. Накопившаяся жидкость, наичаще темнаго цвѣта, имѣетъ серозный характеръ, иногда въ ней находится значительная примѣсь слизи или гноя, рѣдко она имѣетъ дурной запахъ. Иногда она изливается самопроизвольно изъ влагалища, что происходитъ совершенно неожиданно для больныхъ. Въ одномъ случаѣ, который мы наблюдали, это сопровождалось ознобами и лихорадочнымъ состояніемъ.

Суженіе части или всего канала шейки наичаще сопровождается катарромъ матки и перегибомъ напередъ, иногда хроническою припухлостью матки. Истеченіе бѣлей, сильныя боли при мѣсячныхъ, бесплодіе и неврастенія составляютъ наиболѣе частыя явленія, наблюдаемыя при суженіяхъ матки.

Распознаваніе заращенія матки представляетъ затрудненіе главнымъ образомъ въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда оно обнаруживается при удвоеніи матки на одной половинѣ этого органа. Важнѣйшимъ признакомъ въ этихъ случаяхъ являются сильныя продолжительныя боли въ нижней части живота во время мѣсячныхъ при появленіи соединенной съ маткой опухоли, которая съ каждымъ мѣсяцемъ увеличивается въ объемъ, оттѣсняя матку въ противоположную сторону и большею частью кзади. Иногда было наблюдаемо замѣтное выпячиваніе во влагалище на мѣстѣ заращенія, гдѣ ощущалось зыбленіе и наружное отверстіе другой половины матки представляло серповидную форму. При скопленіи крови въ зачаточномъ рогѣ матки, обнаруживается опухоль, по формѣ напоминающая междусвязочную кисту, которая болѣзненна при дотрогиваніи и увеличивается при сильныхъ боляхъ во время мѣсячныхъ, dysmenorrhoea.

Что касается заращенія простой матки и различныхъ видовъ суженія канала шейки, ея наружнаго или внутренняго отверстія, то распознаваніе можно установить вполне правильно, при изслѣдованіи маточнымъ зеркаломъ и зондомъ Шульце.

Лѣченіе. Заращеніе матки, влекущее за собою задержаніе мѣсячныхъ кровей, обыкновенно устраняется посредствомъ прокола троакаромъ или разрѣза ножомъ чрезъ влагалище въ томъ мѣстѣ, гдѣ ясно ощущается зыбленіе, послѣ чего введеннымъ въ отверстіе тупоконечнымъ ножомъ или метротомомъ Simpson'a производится расширеніе отверстія. Въ послѣднее время было наблюдаемо, при употребленіи сильныхъ прижигающихъ средствъ, заращеніе высоко, въ области внутренняго зѣва. Чтобы возстановить проходимость матки у одной такой больной, Küstner низвелъ матку во влагалище чрезъ попереч-

ный разръзъ задняго свода. Затѣмъ онъ сдѣлалъ продольный разръзъ ножомъ отъ наружнаго зѣва чрезъ мѣсто сращенія, послѣ чего пришилъ брюшину и задній сводъ къ маткѣ выше мѣста сращенія. Wertheim произвелъ подобную же операцію, извлеки матку чрезъ поперечный разръзъ передняго свода.

Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда при haematometra одновременно отсутствуетъ влагалище, или скопленіе крови происходитъ въ зачаточномъ рогѣ, а также во всѣхъ случаяхъ несомнѣнно доказаннаго образованія кровяныхъ опухолей въ трубахъ, haematosalpinx, единственнымъ рациональнымъ пособіемъ является чревосѣченіе и удаленіе матки съ придатками, или по крайней мѣрѣ однихъ придатковъ, если матка мало растянута кровью.

У старыхъ женщинъ, при накопленіи въ маткѣ значительнаго количества отдѣленія, обыкновенно достаточно введенія маточнаго зонда для временнаго возстановленія проходимости матки.

При суженіи наружнаго отверстія, или гораздо рѣже встрѣчающагося суженія канала шейки, наиболѣе рациональнымъ средствомъ является предложенная M. Sims'омъ операція разсѣченія маточной шейки, которая мало болѣзненна, почему обыкновенно производится безъ наркоза.

Операція разсѣченія маточной шейки, discisio, совершается при положеніи больной на спинѣ съ пригнутыми къ животу бедрами.

Необходимы слѣдующіе инструменты:

зеркало Симса,

подъемники,

зондъ Шулце,

корнцангъ,

ножь съ притупленнымъ

концомъ,

пулевые щипцы,

пинцетъ зубчатый,

прямые крѣпкія нож-

ницы,

кривыя ножницы,

маточный зондъ.

Послѣ обыкновеннаго обнаженія влагалищной части, передняя губа захватывается пулевыми щипцами, затѣмъ крѣпкими ножницами дѣлаются разръзы по бокамъ шейки до свода влагалища. Тупоконечный ножъ вводится въ каналъ шейки до внутренняго зѣва, имъ удлиняются кверху сдѣланные ножницами боковые разръзы. Далѣе съ боковъ раны справа и слѣва срѣзываютъ кривыми ножницами края раны съ верхней и нижней ея части, чтобы воспрепятствовать слипанію краевъ раны и скорому ея заращенію. Кровотеченіе не бываетъ значительно, но для оставленія его необходимо хорошо затампонировать влагалище 10% іодоформенной марли и слабой салициловой или гигроскопической ватой. Больная остается въ постели 7 дней, при чемъ перевязку раны слѣдуетъ производить ежедневно. Полное заживленіе ея наступаетъ не раньше 2 недѣль.




Рис. 112. Тупоконечный ножъ Sims'a для разсѣченія port. vaginalis въ $\frac{1}{3}$ часть настоящей вел.

Нѣкоторые врачи примѣняютъ иные способы для разсѣченія маточной шейки. *Rozzi* и другіе, кромѣ разрѣза, вырѣзываютъ небольшой кусокъ ткани и сшиваютъ рану на каждой губѣ отдѣльно. Весьма не рационаленъ предложенный *Борисовичемъ* способъ медленнаго раздѣленія боковыхъ стѣнокъ влагалищной части посредствомъ толстыхъ шелковыхъ нитей. Врядъ ли также кто согласится съ *Heideg'омъ* относительно замѣны разсѣченія шейки продолжительнымъ введеніемъ маточнаго зонда. Способъ, предложенный *Maddel'омъ*, мы считаемъ опаснымъ для здоровья и жизни женщины. Онъ предлагаетъ дѣлать глубокіе разрѣзы шейки въ двухъ направленіяхъ, вслѣдъ затѣмъ растягиваетъ матку дилаторомъ и въ заключеніе на 1 мѣсяць вставляетъ внутриматочный пессарій.

Суженіе внутренняго зѣва врожденное или приобрѣтенное чаще лѣчится методическимъ введеніемъ бужей *Негаг'а*, расширителя *Elinger'а*, а также вставленіемъ палочекъ ламинаріи. Въ упорныхъ случаяхъ показываются поверхностные надрѣзы метротомомъ и введеніе на нѣсколько недѣль внутриматочнаго пессарія, приготовленнаго изъ стеклянной палочки.

Глава 3.

Воспалительныя заболѣванія матки.

Каждый изъ слоевъ тканей, образующихъ матку:—слизистая оболочка, мышечный слой и брюшной покровъ, можетъ подвергнуться самостоятельному заболѣванію, но вслѣдствіе ихъ тѣсной связи между собою воспалительный процессъ легко переходитъ съ одного слоя на другой; при чемъ острые формы воспаления захватываютъ всю толщю стѣнокъ, и притомъ одновременно тѣло и шейку матки; между тѣмъ какъ хроническія часто поражаютъ тѣло и шейку матки въ отдѣльности. Намъ кажется наиболѣе цѣлесообразнымъ раздѣленіе воспалительныхъ заболѣваній матки на слѣдующіе виды, которые дѣйствительно встрѣчаются въ практикѣ,—острый катарръ матки, острое воспаление матки, хроническій катарръ и хроническая воспалительная опухоль матки.

Однѣ изъ воспалительныхъ болѣзней матки вызываются микробами, попадающими въ матку преимущественно изъ влагалища; другіе, преимущественно гипертрофическія формы, развиваются безъ участія бактерій или ихъ продуктовъ. Какъ извѣстно, въ полости здоровой матки и въ каналѣ шейки микробовъ не находятъ; секретъ слизистой оболочки матки въ нормальномъ состояніи оказываетъ вредное вліяніе на многіе микробы.

Doderlein также раздѣляетъ всѣ виды воспаления слизистой оболочки и стѣнокъ матки, на основаніи этиологическихъ данныхъ, 1) на воспалительныя формы, развивающіяся вслѣдствіе зараженія микробами, и 2) на происходящія безъ непосредственнаго участія микроорганизмовъ.

Къ числу первыхъ онъ относитъ а) септическое или сапремическое заболѣваніе, б) гонорройное, с) туберкулезное, d) сифилитическое, е) дифтеритическое. Безъ вліянія микробовъ развивается endometritis при смѣщеніи матки, при хроническомъ инфильтратѣ, при новообразованіяхъ матки, а также при воспаленіи придатковъ и тазовой брюшины.

При воспаленіяхъ, возникающихъ вслѣдствіе зараженія, обыкновенно въ отдѣленіи изъ матки можно найти соответствующіе патогенные микробы. Даже при катаррахъ, не зависящихъ отъ микробовъ, въ маточномъ секретѣ и въ слизистой оболочкѣ матки находили нерѣдко микробы, но послѣдніе не имѣютъ патогеннаго характера и попадаютъ въ ткань вѣроятно случайно.

1. Острое воспаление слизистой оболочки матки, острый катарръ, endometritis acuta.

Этіологія. Довольно часто острый катарръ матки является послѣдствіемъ простуды, въ особенности послѣ охлажденія значительной поверхности тѣла во время мѣсячныхъ; въ этихъ случаяхъ, повидимому, происходитъ заболѣваніе микробнаго характера. Въ рѣдкихъ случаяхъ эта болѣзнь развивается вслѣдствіе ѣдкихъ веществъ, вводимыхъ въ полость матки. Острое воспаление слизистой оболочки матки иногда обнаруживается при скарлатинѣ, оспѣ, дифтеритѣ и пр. Но самую частую причиной этой болѣзни, безъ сомнѣнія, слѣдуетъ считать гонорройное зараженіе чрезъ половое сношеніе, рѣже другими путями, и септическую или сапремическую инфекцію, легко возникающую при недостаточномъ соблюденіи правилъ обеззараживанія во время изслѣдованія, при различныхъ манипуляціяхъ и операціяхъ въ полости матки. Нерѣдко также острый катаръ матки сопровождается воспаленіемъ маточныхъ придатковъ.

Анатомическія измѣненія. Слизистая оболочка припухаетъ и становится болѣе мягкой, какъ во время мѣсячныхъ; поверхностный мерцательный эпителий слущивается, въ ткани слизистой оболочки замѣчается сплошная или гнѣздная инфильтрація мелкими круглыми клѣтками. Вся матка въ состояніи значительной гипереміи, мѣстами образуются кровоизліянія, въ полости матки находится обильное гнойное или кровянистое отдѣленіе. Массенъ при остромъ катаррѣ матки, который развивается при острыхъ заразныхъ заболѣваніяхъ, находилъ отпаденіе эпителия въ железкахъ, а вокругъ нихъ и сосудовъ-мелкоклѣтчатую инфильтрацію.

Гоноррея вызываетъ въ слизистой оболочкѣ матки только поверхностный воспалительный процессъ, который обыкновенно не распространяется глубоко на мышечную ткань. Только въ исключительныхъ случаяхъ микробы переходятъ въ волосные сосуды.

Вскорѣ послѣ инфекціи гонококки встрѣчаются между клѣтками эпителия и переходятъ глубже въ соединительную ткань. Они причиняютъ раздраженіе въ ткани, что вызываетъ усиленное отдѣленіе серозной жидкости изъ глубины ткани

и энергичное выхождение лейкоцитовъ; вслѣдствіе чего эпителий отслаивается, микробы вытѣсняются наружу, отчасти захватываются лейкоцитами, мѣстами даже появляется крупозный процессъ. Затѣмъ возрождается новый эпителий, что кладетъ конецъ дальнѣйшему распространенію въ ткани гонококковъ, которые остаются только на поверхности и отчасти въ клѣткахъ эпителия, жизненная энергія микробовъ ослабѣваетъ; но при благопріятныхъ условіяхъ они опять могутъ проникнуть въ глубину слизистой оболочки, при чемъ возродившійся эпителий снова отслаивается. Въ случаяхъ затяжныхъ на слизистой оболочкѣ матки мѣстами однослойный эпителий замѣняется многослойнымъ плоскимъ. Внѣдряется

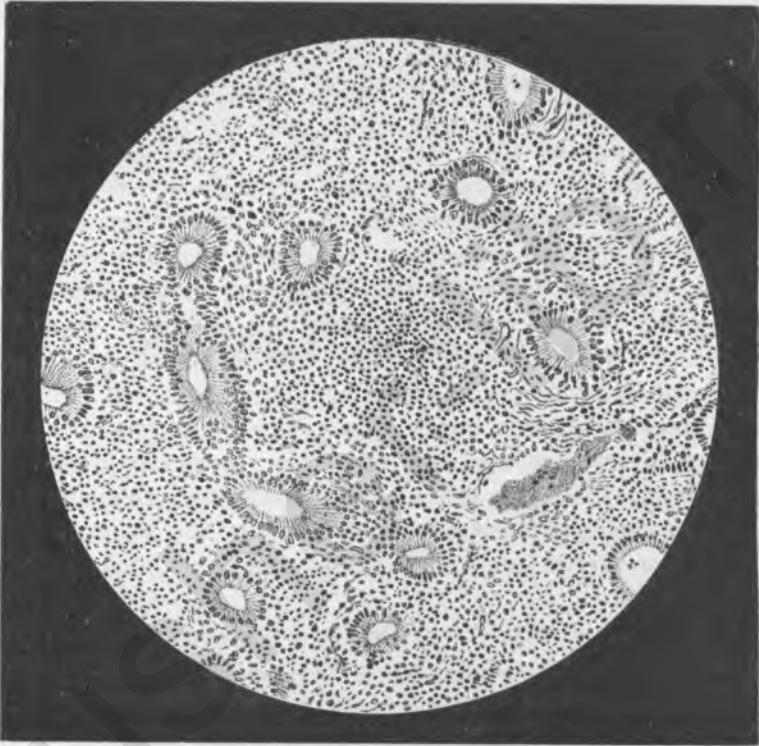


Рис. 113. Endometritis acuta. Густая инфильтрація мелкими клѣтками междужелудистой ткани, которая выступаетъ въ особенности рѣзко по срединѣ препарата (Döderlein).

глубоко въ клѣтчатку и стѣнки матки гонококки могутъ только послѣ родовъ, какъ это наблюдалъ Madlener, преимущественно когда зараженіе произошло въ послѣднее время беременности.

При тяжелыхъ формахъ острое воспаление переходитъ на слизистую оболочку трубъ, а также на мышечную стѣнку матки и ея брюшинный покровъ. При сапрофитномъ гнойномъ воспаленіи слизистой оболочки матки, микробы подобно гонококкамъ, сидятъ поверхностно; при септической формѣ патогенные кокки напротивъ внѣдряются также въ глубину ткани. Иногда погибаетъ не только покровный эпителий, но также распадается верх-

ной слой слизистой оболочки, въ такихъ случаяхъ происходитъ образование грануляціоннаго слоя, представляющаго какъ бы самозащиту организма.

Симптомы и теченіе. Больныя жалуются на ощущение тяжести и болей въ нижней части живота, иногда температура повышается, является кровянистое или гноевидное отдѣленіе, часто вызывающее раздраженіе въ наружныхъ половыхъ частяхъ. Рѣдко являются частые позывы на мочу. Изслѣдованіе чрезъ влагалище сопровождается болью въ маткѣ. Болѣзнь, спустя одну или двѣ недѣли, прекращается совершенно или переходитъ въ хроническое состояніе.

Когда воспаленіе переходитъ на толщу матки или на брюшину, развивается болѣе тяжелое, продолжительное и даже опасное заболѣваніе. При общихъ острыхъ заболѣваніяхъ единственными симптомами остраго endometritis являются невременныя кровотеченія, такъ какъ боли, лихорадка и пр. зависятъ отъ общаго заболѣванія. Очень рѣдко, какъ послѣдствіе endometritis acuta, развивается атрофія матки.

Лѣченіе. Больной слѣдуетъ оставаться въ теченіе 1—2 недѣль въ постели, прикладывать согрѣвающіе компрессы на животъ и принять легкое слабительное изъ среднихъ солей. Рѣдко является надобность въ назначеніи наркотическихъ средствъ. Мѣстное лѣченіе состоитъ въ промываніи влагалища теплыми слизистыми отварами изъ rad. althaeae, fol. malvae, semina lini и пр. или слабыми обеззараживающими растворами буры, борной кислоты и проч. При гонорройномъ воспаленіи наиболѣе полезно назначеніе 0,2—0,5‰ растворъ сулемы для промыванія влагалища. Когда острия явленія прекратятся, показуется назначеніе теплыхъ ваннъ въ теченіе 2—3 недѣль.

2. Острое воспаленіе матки, metritis acuta.

Этіологія. Наиболѣе частою причиною остраго воспаленія матки является траума, соединенная съ септическимъ зараженіемъ при внутреннемъ изслѣдованіи, а также при различныхъ оперативныхъ пособіяхъ. Подобное же неблагопріятное вліяніе оказываютъ иногда забытые во влагалищѣ тампоны, слишкомъ долго остающіяся маточныя кольца, насильственное растяженіе канала матки инструментами и пр. Острый катарръ, вызванный гонорройнымъ зараженіемъ, иногда причиняетъ воспалительную припухлость всей матки.

Анатомическія измѣненія. Матка представляется увеличенной въ объемъ въ $1\frac{1}{2}$ —2 раза своей величины, мягка, ея паренхима пропитана кровью, между мышечными пучками замѣчаются мѣстами, рѣже сплошная, инфильтрація мелкими клѣтками; припухшая слизистая оболочка покрыта обильнымъ гноевиднымъ или кровянистымъ отдѣленіемъ. Брюшина, покрывающая матку, въ состояніи сильной гипереміи, поверхность мѣстами помутнѣвшая, иногда покрытая фибринознымъ выпотомъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ происходитъ образованіе небольшихъ нарывовъ или болѣе значительныхъ абсцессовъ; послѣдніе развиваются чаще въ тазовой клѣтчаткѣ.

Симптомы и течение. Болѣзнь нерѣдко начинается сильнымъ ознобомъ, за которымъ слѣдуетъ значительное повышение температуры, иногда до 39° С. и выше. Больныя жалуются на сильныя боли внизу живота, исходящія изъ глубины таза и причиняющія значительныя страданія. Нижняя часть живота вздута; припухшая матка сильно болѣзненна при надавливаніи. Влагалище; при внутреннемъ изслѣдованіи, горячо; стѣнки его обильно покрыты гноевиднымъ или кровянистымъ отдѣленіемъ изъ матки. Разрѣшеніе наступаетъ медленно и часто не вполне; нерѣдко болѣзнь переходитъ въ хроническую форму, въ особенности при рѣзко выраженномъ воспаленіи брюшнаго покрова матки. Крайне рѣдко было наблюдаемо образованіе нарыва, что, повидимому, находится въ связи съ переходомъ воспаленія на тазовую клетчатку. Образованіе нарыва сопровождается продолжительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, которое длится до вскрытія нарыва. Въ исключительныхъ случаяхъ онъ вскрывается чрезъ стѣнку матки въ ея каналъ, что происходитъ только при образованіи гнойника въ самой ткани матки.

При остромъ воспаленіи двойное ручное изслѣдованіе невозможно, по крайней мѣрѣ въ первое время, вслѣдствіе сильной болѣзненности, почему нельзя ощупать вполне ясно контуры матки.

Распознаваніе. Болѣзнь можно смѣшать съ воспаленіемъ тазовой брюшины, тѣмъ болѣе, что всегда при остромъ воспаленіи матки бываетъ задѣтъ болѣе или менѣе ея брюшинный покровъ. Различіе обнаруживается спустя нѣсколько дней, когда сдѣлается яснымъ, что воспаленіе поражаетъ преимущественно матку, не переходя на ея придатки.

Лѣченіе. Больная обыкновенно сама ложится въ постель, гдѣ она должна оставаться не менѣе 2—3 недѣль. На животъ слѣдуетъ положить пузырь со льдомъ и назначить внутрь наркотическія средства для успокоенія болей—codeinum purum, opium, морфій и пр. Нѣкоторые врачи видѣли пользу отъ назначенія внутрь каломеля въ слабительной дозѣ. Послѣ уменьшенія болей назначаютъ смягчительныя или обеззараживающія теплыя впрыскиванія во влагалище. По окончаніи остраго періода заболѣванія, показуется мѣстное примѣненіе препаратовъ іода—смазываніе нижней части живота tinct. jodi и введеніе въ прямую кишку supposit. cum jodolo или cum jodoformio. При дальнѣйшемъ лѣченіи полезны теплыя соленыя ванны и горячіе души.

3. Хроническій катарръ матки, endometritis chronica.

Эта болѣзнь поражаетъ каналъ шейки и полость всей матки. Въ обоихъ случаяхъ патологическій процессъ обуславливается одинаковыми причинами довольно часто.

Этіологія. Причины хроническаго катарра матки всегда разнообразны. Это заболѣваніе встрѣчается при многихъ общихъ разстройствахъ питанія—при сифилисѣ, чахоткѣ, золотухѣ, при блѣдной немочи и пр.

Нерѣдко развивается катарръ матки, вслѣдствіе рѣзкихъ нарушеній правилъ гигиены во время мѣсячныхъ, продолжительнаго ношенія маточныхъ колець, неосторожнаго изслѣдованія, употребленія нечистыхъ зондовъ, ваты, задержаніе въ полости матки частей выкидыша и проч. Но самою частою причиною хроническаго катарра матки, и притомъ наиболѣе интенсивныхъ формъ этой болѣзни, слѣдуетъ считать также гонорройное зараженіе. У проституткоу гонорройное воспаленіе матки представляетъ наиболѣе обыкновенное заболѣваніе, часто съ пораженіемъ придатковъ. Во всѣхъ случаяхъ, когда происходитъ заболѣваніе слизистой оболочки влагалища, заболѣваетъ также слизистая оболочка шейки.

У женщинъ, имѣвшихъ дѣтей, нерѣдко *endometritis chron.* начинается въ послѣродовомъ періодѣ, когда она возникаетъ вслѣдствіе септической или сапремической инфекции, или же къ появленію ея предрасполагають значительные ушибы и давленіе, которымъ подвергается во время родовъ преимущественно шейка матки. Большіе надрывы на шейкѣ, края которыхъ не срослись послѣ родовъ, причиняють значительное расхожденіе маточныхъ губъ и выпячиваніе слизистой оболочки канала шейки, которая подвергается различнаго рода неблагоприятнымъ вліяніямъ травматическаго или заразнаго свойства, что обыкновенно влечетъ за собою образованіе ссадинъ на влагалищной части и развитіе катарра матки. Въ тѣхъ случаяхъ, когда рубцы на углахъ разрыва шейки переходять на своды влагалища, часто нарушаются подвижность матки и правильность кровообращенія въ шейкѣ, послѣдствіемъ чего являются припуханіе и гипертрофія влагалищной части матки. Рѣже эти измѣненія встрѣчаются при другихъ условіяхъ. Между прочимъ ракъ шейки, по изслѣдованіямъ Graenkel'я, и внутриматочныя фиброзныя опухоли сопровождаются катарральнымъ состояніемъ матки

Въ настоящее время безспорно доказано появленіе не только остраго, но также и хроническаго катарра матки въ зависимости отъ воспалительныхъ заболѣваній придатковъ.

а) *Катарръ шейки, endometritis cervicis chronica.*

Анатомическія измѣненія. При хроническомъ катаррѣ шейки мы находимъ наичаще пролиферацію эпителія и припуханіе слизистой оболочки. Эпителій канала вскорѣ теряетъ свои ворсинки. Сосочки и неровности слизистой оболочки шейки припухаютъ, усиливается отдѣленіе слизи, железки увеличиваются въ объемѣ и мѣстами ихъ пристѣночныя клѣтки, какъ это наблюдалъ Cornil, претерпѣвають слизистое перерожденіе. Даже при узкомъ наружномъ маточномъ отверстіи, начиная отъ него на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи на поверхности влагалищной части, многослойный эпителій вслѣдствіе воспалительнаго раздраженія часто отпадаетъ и замѣняется однослойнымъ цилиндрической формы, который почти всегда даетъ отростки съ поверхности въ ткань шейки, порождая образованія железистаго характера, обыкновенно извѣстныя въ гинекологіи подъ именемъ язвы или ссадины, его-

siones, влагалищной части матки. Въ ткани port. vaginalis замѣчается инфильтрація мелкими клѣтками. Эти ссадины рѣзко отличаются своимъ краснымъ цвѣтомъ и не вполне гладкою поверхностью отъ окружающей блѣдно-розовой поверхности здоровой слизистой оболочки, покрывающей остальную часть влагалищной части матки. Различаютъ erosio simplex, когда поверхность язвы довольно ровная, erosio papillaris, когда она покрыта сосочками и erosio follicularis, когда на поверхности язвы и въ окружности ея выступаютъ пузырьки, ovula Nabothii, образовавшіеся вслѣдствіе закупорки железокъ шейки. Иногда отдѣльная группа желѣзокъ вмѣстѣ съ окружающею тканью разрастается и образуетъ небольшіе выступы или сидящія на ножкѣ образования, polypus mucosus. При значительныхъ разрывахъ шейки съ теченіемъ времени складки ея слизистой оболочки сильно разрастаются и выпячиваются во влагалище. Соловьевъ находилъ при катарѣ шейки въ отдѣле-

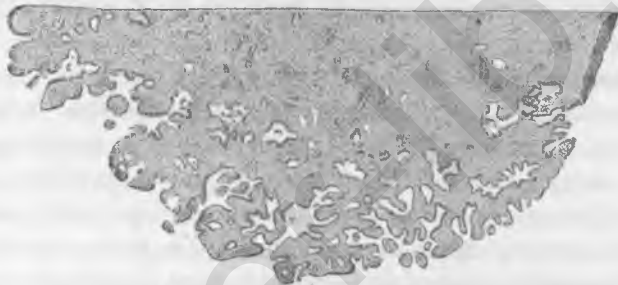


Рис. 114. Erosio влагалищной части. Поверхность вмѣсто многослойнаго плоскаго эпителия, часть котораго видна еще направо сверху, покрыта цилиндрическимъ, вросшимъ съ поверхности въ глубину ткани.

ни много микробовъ, большею частью они были не патогенные. Со рѣдкостью нашелъ здѣсь грибки пивныхъ дрожжей. Гораздо рѣже встрѣчаются на влагалищной части настоящія язвы, представляющія потерю ткани.

Симптомы и теченіе. Больныя жалуются на истеченіе изъ влагалища, болѣе или менѣе обильное, такъ называемыя бѣли, leucorrhoea, выходящія въ видѣ густой слизи, иногда болѣе жидкія, иногда гнойныя, наичаще бѣловатаго или желтоватаго цвѣта, рѣже съ примѣсью крови. Гнойное отдѣленіе изъ канала шейки не всегда указываетъ на гонорройное зараженіе. Необходимо для точнаго опредѣленія характера заболѣванія микроскопическое изслѣдованіе. Кромѣ гнойныхъ шариковъ и кровяныхъ тѣлецъ, цилиндрическаго и плоскаго эпителия, обыкновенно находятъ различные микробы иногда патогеннаго характера, между прочимъ нерѣдко gonococcus Neisser'a. Больныя жалуются на тупыя боли въ нижней части живота, въ поясницѣ или въ крестцовой области, которыя усиливаются послѣ движенія и во время мѣсячныхъ. Бесплодіе встрѣчается нерѣдко. Густая слизь и разбухшая или разросшаяся слизистая оболочка плотно выполняютъ просвѣтъ ка-

нала шейки и представляют механическое препятствие для проникновения сѣменных нитей; кромѣ того, послѣднія легко погибаютъ въ обильномъ отдѣленіи, которое, оставаясь во влагалищѣ, получаетъ кислую реакцію. Хроническій катарръ канала шейки представляетъ чрезвычайно длительное заболѣваніе, которое можетъ продолжаться многіе годы и въ рѣзко выраженной формѣ самопроизвольно не излѣчивается.

Распознаваніе при помощи маточнаго зеркала никакихъ затрудненій не представляетъ. Послѣ удаленія слизи, обыкновенно покрывающей въ этихъ случаяхъ поверхность влагалищной части, рѣзко выступаютъ ссадины, разраженія слизистой оболочки, часто соединенныя съ разрывомъ шейки, и болѣе или менѣе значительная гипертрофія послѣдней. Въ исключительныхъ случаяхъ одна или обѣ губы представляются удлиненными, припухшими и содержащими въ толщѣ много железистыхъ пузырьковъ. У женщинъ не рожавшихъ, при узкомъ наружномъ отверстіи, катарральныя измѣненія находятся въ каналѣ шейки и не всегда переходятъ наружный звѣтъ, изъ котораго выдается сѣровая пробка густой слизи.

Предсказаніе при надлежащемъ лѣченіи въполнѣ благоприятно. Продолжительное существованіе ссадинъ на шейкѣ матки, повидимому, предрасполагаетъ къ развитію рака въ этой части.

Лѣченіе. Для удаленія обильнаго отдѣленія изъ влагалища нужно назначить теплые души съ прибавленіемъ соды, буры, слабого раствора лизола и вообще веществъ, разжижающихъ слизь и оказывающихъ обеззараживающее дѣйствіе. Когда воспалительная припухлость шейки значительна, умѣстно дѣлать два, даже три раза въ недѣлю насѣчки или наколы влагалищной части, при чемъ всякій разъ извлекается 30,0—40,0 крови, послѣ удаленія которой закладываютъ ватный тампонъ, намоченный въ растворѣ glycerini 100,0, acid. carbolicii 2,0, jododi или jodoformii pulver. 3,0, и вслѣдъ за нимъ еще нѣсколько сухихъ кусковъ ваты. Тампоны оставляются во влагалищѣ на сутки; по удаленіи ихъ промываютъ влагалище 0,5—1% растворомъ карболовой кислоты.

Для излѣченія ссадинъ большею частью необходимо примѣнять прижигающія средства. Только при значительномъ раздраженіи и болѣзненности шейки можно довольствоваться нѣкоторое время прикладываніемъ на тампонѣ мази — zinci oxydati 6,0, ung. glycerini 30,0. Въ



Рис. 115. Настоящая язва на port. vaginalis. Эпителий исчезъ, инфильтрація мелкими клетками. Расширеніе волосныхъ сосудовъ.

огромномъ большинствѣ случаевъ можно немедленно приступить къ прижиганію язвы. Наиболѣе цѣлесообразнымъ средствомъ оказывается 10% solutio cupri sulfur. aquos., которое слѣдуетъ 2 — 3 раза въ недѣлю вливать чрезъ цилиндрическое зеркало Мейера и оставлять въ соприкосновеніи съ язвенною поверхностью обыкновенно въ теченіе 5-ти минутъ, послѣ чего жидкость удаляется обратно ватными шариками. Заливаніе изъ acet. pyrolignos. менѣе дѣйствительно. При небольшихъ ссадинахъ можно получить также хорошій результатъ отъ повторнаго прижиганія палочкой argenti nitrici.

При значительныхъ ссадинахъ и припухлости слизистой оболочки шейки, слѣдуетъ примѣнять болѣе дѣйствительныя прижигающія средства, именно acid. nitric. conc., 50% sol. zinci chlorati, sol. conc. acid. chromici на стеклянной палочкѣ, а также прижиганіе раскаленнымъ платиновымъ наконечникомъ. Слизистые полипы удаляютъ откручиваніемъ, захвативъ ихъ тупоконечными щипцами, корнцангомъ, или просто ихъ срѣзываютъ ножницами.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда катарръ держится преимущественно въ каналѣ шейки, наиболѣе дѣйствительнымъ средствомъ является тщательно произведенное выскабливаніе этой слизистой оболочки съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ 50% спиртнымъ растворомъ acid. carbolici. или смѣсью tinct. jodi, acid. carbolici. aa. При дальнѣйшемъ лѣченіи слѣдуетъ вкладывать въ каналъ шейки небольшой ватный шарикъ, напитанный tinct. jodi, sol. plumbi acetici или 5—10% sol. argent. nitric.

Мы видѣли также пользу отъ выскабливанія шейки и смазыванія ея 25% растворомъ zinci chlorati или 10% argent nitrici. Klein совѣтуетъ примѣнять 0,3%—1% растворы argenti nitrici при помощи шприца Брауна. Lul'naу вкладывалъ въ каналъ шейки небольшіе тампоны изъ смѣси resorcinii и acidi salicylici на ватѣ.

При глубокихъ надрывахъ шейки съ одной или обѣихъ сторонъ, когда они осложняются выпячиваніемъ слизистой оболочки и развитіемъ ссадинъ, вполне умѣстна операція Emmet'a.

Для этой операціи необходимы слѣдующіе инструменты:

зеркало Фригча,	иглы Геннера,
женскій катетеръ,	нити плетенаго шелка,
подъемники,	крючокъ тупой,
зондъ Шульце,	крючокъ острый,
пинцеты Реана малые,	корнцангъ,
пинцетъ анатомическій,	пулевые щипцы,
пинцетъ зубчатый,	хирургическія иглы.
иглодержатель,	

Операція Emmet'a. Влагалищная часть открывается при помощи зеркала Фригча и подъемниковъ, передняя и задняя губы захватываются пулевыми щипцами и низводятся ко входу во влагалище. Прикладывая губы одну къ другой, ножомъ намѣчаютъ съ каждой стороны

наружную границу окровавления, которое производят при помощи остроконечного ножа и согнутых по плоскости ножниц въ продольномъ направленіи, удаляя слизистую оболочку и часто слой паренхимы шейки на пространствѣ между наружнымъ краемъ надрыва и каналомъ шейки, не упуская изъ виду оставить посрединѣ достаточную полосу слизистой оболочки, чтобы каналъ шейки сохранилъ необходимую ширину. Окровавление дѣлается съ одной или обѣихъ сторонъ, смотря по свойству надрыва.

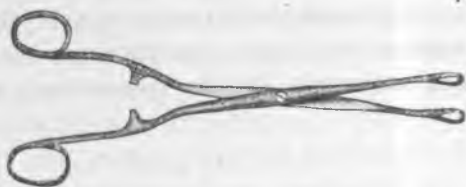


Рис. 116. Тупоконечныя щипцы для захватыванія слизистыхъ полиповъ въ каналѣ шейки, въ $\frac{1}{4}$ величины.

Ширина раны обыкновенно не превышаетъ 1 см., поверхность ея должна быть ровная и обильно кровоточащая. Наиболѣе удобно накладывать швы при помощи иглы Гепнера, начиная съ верхняго края. Сперва проводятъ 2 — 3 глубокихъ шва, захватывающихъ всю окровавленную поверхность, затѣмъ накладываютъ болѣе поверхностные между глубокими, а также спереди и сзади ихъ. Поле операции промывается 0,1% растворомъ сулемы, швы зевязываются, сшитая рана присыпается йодоформомъ и во влагалище закладывается йодоформенная марли. Спустя 2—3 дня повязка мѣняется, потомъ ежедневно промываютъ влагалище 2% растворомъ *acid. carbolic.* Больная остается въ постели до удаленія швовъ, которые не слѣдуетъ снимать ранѣе 10—12 дней послѣ операціи. Въ противоположность мнѣнію нѣкоторыхъ старыхъ врачей-практиковъ, мы можемъ сказать по собственному опыту, что операція Emmet'a представляетъ одно изъ благодѣтельныхъ примѣненій хирургіи. Не только излѣчива-

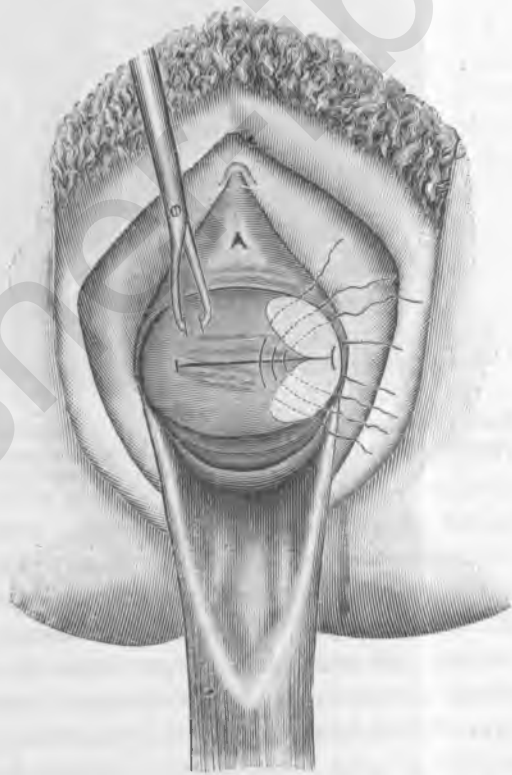


Рис. 117. Сшиваніе разорванной *port. vagin.* съ лѣвой стороны. Края окровавлены и проведены швы.

одно изъ благодѣтельныхъ примѣненій хирургіи. Не только излѣчива-

ются глубокіе надрывы шейки и ссадины влагалищной части, но часто уменьшается вся матка, иногда даже, при заворотѣ назадъ, ея положеніе становится правильнымъ.

При значительной *гипертрофійи шейки*, которая часто встрѣчается въ запущенныхъ случаяхъ при глубокихъ надрывахъ, необходимо произвести ампутацію влагалищной части. Эта операція будетъ описана при изложеніи лѣченія хронической воспалительной опухоли матки.

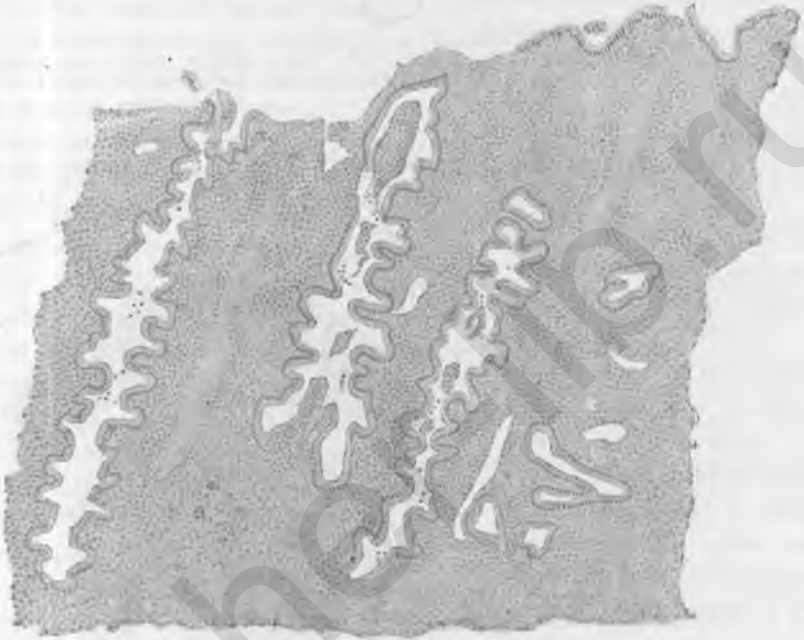


Рис. 118. *Endometritis glandularis et interstitialis hyperplastica chron.* Железы не размножаются, но измѣнены въ формѣ,—на разрывѣ пилообразныя; междужелезистая ткань инфильтрована.

b) *Хроническій катарръ матки, endometritis chronica.*

Анатомическія измѣненія. Между тѣмъ какъ септическое воспаленіе матки при обшихъ острыхъ болѣзняхъ проявляется почти исключительно въ острой формѣ, идиопатическій катарръ, *endometritis hyperplastica simplex*, развивающаяся обыкновенно безъ участія микробовъ, и почти всегда имѣетъ хроническое теченіе. Она распадается на нѣсколько видовъ: 1) *Endometr. hyperplast. glandularis*, когда наиболѣ существенныя измѣненія ткани заключаются въ разрастаніи и ненормальномъ развѣтвленіи маточныхъ железъ. При этомъ железистый эпителий, по изслѣдованіямъ Cornil'я, сохраняетъ свои ворсинки и возлѣ железъ остаются плоскія клѣтки. Uter находилъ на своихъ препаратахъ железки съ отпавшимъ эпителиемъ. 2) *Endometr. hyperplast. interstitialis*. Здѣсь главнымъ образомъ измѣняется строма, которая сильно разрастается, при чемъ ея ткань

состоитъ изъ веретенообразныхъ клѣтокъ и большого количества волосныхъ сосудовъ; иногда круглыя клѣтки мѣстами значительно разрастаются и становятся похожими на децидуальныя. 3) *Endometr. hyperplastica diffusa*, иначе *endometritis fungosa*, при которой въ ткани слизистой оболочки матки развиваются оба вида вышеописанныхъ измѣненій. На внутренней поверхности замѣчаются иногда колбовидныя и бугорчатая возвышенія, состоящія изъ сильно разросшихся железокъ и стромы слизистой оболочки. 4) *Endometr. hyperplast. exfoliativa*— форма, сходная съ предыдущей; она характеризуется выхожденіемъ изъ матки во время мѣсячныхъ поверхностнаго слоя слизистой оболочки матки отдѣльными кусками, рѣже въ видѣ цѣльнаго или разо-

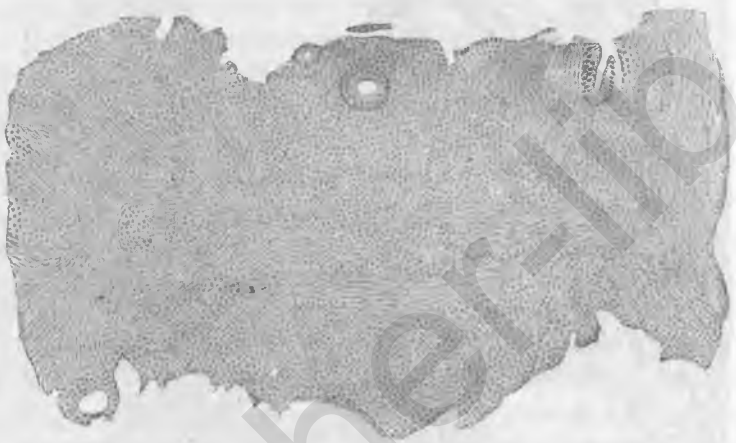


Рис. 119. *Endometritis interst. chron. s. atrophicans*. Образование плотной соединительной ткани, исчезновение железъ и поверхностнаго эпителия.

рваннаго мѣшка, представляющаго какъ бы слѣпокъ формы, маточной полости. При различныхъ видахъ гиперпластической формы толщина слизистой оболочки матки иногда достигаетъ 0,5 даже 0,8 см., между тѣмъ какъ при *endometr. atrophicans* она не болѣе 0,1—0,2 см. 5) При атрофической формѣ катарра матки, эпителий теряетъ свои ворсинки, клѣтки его становятся шире, иногда онъ даже замѣняется плоскимъ; железки пропадаютъ, строма состоитъ изъ тонкаго слоя плотной волокнистой ткани, мѣстами такая атрофированная слизистая оболочка представляетъ язвенную поверхность. Эта форма нерѣдко развивается изъ предыдущей.

Endometritis gon. большею частью начинается въ видѣ остраго заболѣванія, но всего чаще встрѣчается въ хронической формѣ. *Endometr. gon. chron.* представляетъ сходство съ *endometrit. hyperpl. simpt.* При хронической формѣ гонорреи эпителий матки усиленно возрождается, гонококки держатся поверхностнаго слоя слизистой оболочки, въ глу-

бину не проникають, они лежатъ мѣстами на эпителии, между клѣтками послѣдняго и внутри ихъ, а также кое-гдѣ сидятъ кучами.

Vimn въ небеременной маткѣ только въ исключительныхъ случаяхъ находилъ гонококки въ соединительной ткани слизистой оболочки. Вообще въ хронической формѣ гонококки держатся только въ немногихъ мѣстахъ на слизистой оболочкѣ шейки и тѣла матки. Здѣсь иногда также замѣчается измѣненіе маточнаго эпителия и переходъ его въ многослойный и плоскій, что вмѣстѣ съ мелкоклѣтчатковою инфильтраціей слѣдуетъ считать процессами, которыми проявляется самозащита организма. Железы обыкновенно не представляютъ измѣненій.

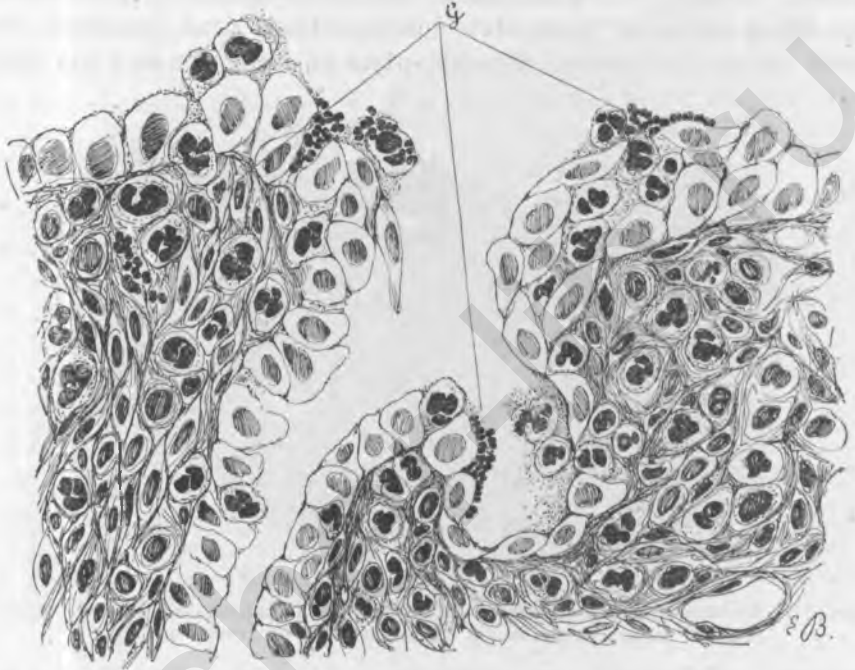


Рис. 120. Endometritis gon. chron. при сильномъ увеличеніи. Отверстіе железы съ кучками гинококковъ въ эпителии и глубже въ ткани. Клѣтки эпителия мѣстами плоской формы и многослойныя.

При endometrit post abortum въ полости матки находятся куски отпадающей оболочки.

Въ отдѣленіи и въ соскобленныхъ кускахъ ткани при endometritis chronica постоянно можно найти различные микробы. Воіе находилъ ихъ особенно часто при endometr. interst. Pегаіге выдѣлилъ два вида—короткую палочку и microsoccus въ видѣ короткой цѣпочки. Многие находили gonococcus Neisser'a. Dogia въ клѣткахъ эпителия при endom. gland. нашелъ круглыя тѣльца, которыя онъ считаетъ за protozoa. Ріск, напротивъ, считаетъ ихъ за продукты измѣненія клѣтокъ. Corta и de Amicis, при изслѣдованіи 50 случаевъ endometritis, постоянно находили сапрофиты, только въ 8 случаяхъ они видѣли патогенные микробы. Вообще при endometritis hypertl. simpt. присутствіе микробовъ представляетъ случайное явленіе. Immerwahr въ нѣкоторыхъ случаяхъ, спустя 5—6 недѣль послѣ зараженія гонореей, находилъ въ отдѣленіи изъ матки главнымъ образомъ staphyloc. pyog. albus et aureus. Franque нашелъ при изслѣдованіи соскобовъ, что

endometritis diffusa et endom. interst. встрѣчаются нѣсколько чаще, чѣмъ endometritis glandularis. Осложненіе хроническимъ metritis имъ найдего только въ 10% всѣхъ случаевъ.

Симптомы. Очень часто больныя хроническимъ катарромъ матки жалуются на тупыя боли въ нижней части живота и въ поясницѣ; боль иногда распространяется на бедра. Постояннымъ симптомомъ этой болѣзни слѣдуетъ считать болѣе или менѣе обильныя бѣли, содержащія не въ одинаковомъ количествѣ элементы гноя и различные микробы, между прочимъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ gonococcus Neisser'a. При гонорройной формѣ отдѣленіе изъ матки бываетъ слизисто-гнойное въ исключительныхъ случаяхъ даже совершенно гнойное, нерѣдко сильно раздражающее наружныя половыя части; оно происходитъ изъ полости, а чаще главнымъ образомъ изъ канала шейки. Различное теченіе и интенсивность гонорройнаго заболѣванія матки зависятъ отъ неодинаковой злокачественности гонококковъ. Въ то время какъ свѣжая гоноррея причиняетъ острое интенсивное пораженіе наружныхъ половыхъ частей, мочевого канала, gl. Barthol., влагалища, матки и даже иногда переходитъ на трубы и брюшину, — при зараженіи ослабленными гонококками хронической гонорреи заболѣваетъ главнымъ образомъ каналъ шейки, получается заболѣваніе хроническое, острыя же явленія скоро проходятъ и даже могутъ совсѣмъ не быть. При переходѣ заболѣванія на матку въ такихъ случаяхъ, мѣсячныя становятся болѣзненными и неправильными; они появляются чаще обыкновеннаго и продолжаются долго, отъ 8 до 14 дней. У старыхъ женщинъ иногда маточный секретъ представляетъ почти чистый гной. Такого рода отдѣленіе часто вызываетъ жженіе и зудъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ. При хроническомъ катаррѣ матки, представляющемъ осложненіе общихъ болѣзней крови—chlorosis, анеміи и проч. у молодыхъ дѣвушекъ, усиленное маточное отдѣленіе имѣетъ болѣе слизистый характеръ. При гиперпластической формѣ, иногда цѣлые недѣли и мѣсяцы маточный секретъ представляется кровянистымъ. Въ другихъ случаяхъ больныя совсѣмъ не замѣчаютъ болей, но мѣсячныя очищенія обыкновенно бываютъ обильны, продолжительны и появляются раньше срока. Нерѣдко они продолжаются отъ 7 до 14 дней, иногда съ перерывами. Иногда прекратившіяся мѣсячныя при усиленномъ движеніи возобновляются снова; гораздо рѣже мѣсячныя задерживаются и появляются позже срока.

Боли при мѣсячныхъ, dysmenorrhoea, встрѣчаются преимущественно у женщинъ не рожавшихъ, у которыхъ онѣ иногда достигаютъ значительной степени. Снегиревъ, подобно Routh'у, выдѣляетъ такіе эндометриты въ отдѣльную группу подъ именемъ endometritis dolorosa. Они характеризуются острою болью при введеніи зонда, сильными болями при мѣсячныхъ, а также существованіемъ болевыхъ точекъ въ области spin. ant sup. и tuberc. pubis, на мѣстѣ выходенія подъ кожу нервныхъ

вѣтвей. Обыкновенно такія больныя страдаютъ также гистеріею и неврастеніей. Отхожденіе кусковъ слизистой оболочки матки при *endometr. exfoliativa*, что обыкновенно бываетъ въ первые дни мѣсячныхъ, сопровождается болѣе или менѣе значительными коликами. *Endometr. chronica* нерѣдко сопровождается бесплодіемъ, въ особенности у женщинъ, у которыхъ и до болѣзни не было дѣтей; напротивъ, у женщинъ, уже рожавшихъ, беременность при этой болѣзни возможна, хотя нерѣдко она оканчивается выкидышемъ или осложняется предлежаніемъ мѣста. Нѣкоторыя женщины, одержимыя хроническимъ катарромъ матки, жалуются на боли при сношеніяхъ, *dyspareunia*, и даже обнаруживаютъ отвращеніе къ этому акту. Это обусловливается бѣлями, неврастеніею или заболѣваніемъ придатковъ. Даже послѣ прекращенія мѣсячныхъ очищеній, больныя часто жалуются на тупыя боли въ нижней части живота, въ поясищѣ и крестцовой области; иногда онѣ указываютъ на правую или лѣвую паховую область, какъ на мѣсто постоянной боли. Сочувственныя явленія со стороны желудка, такъ называемая *dyspepsia nervosa*, приступы мигрени, особенно во время мѣсячныхъ, и различные симптомы неврастенія или истеріи представляютъ довольно обычныя явленія при хроническомъ катаррѣ матки. Часто больныя жалуются на отсутствіе аппетита, тошноту и запоры; нерѣдко, при общемъ нервномъ разстройствѣ, развиваются исхуданіе и упадокъ силъ.

Часто влагалищная часть представляется нѣсколько размягченною. При двойномъ изслѣдованіи, по бокамъ матки не рѣдко больныя жалуются при надавливаніи на значительныя боли. Иногда одинъ или оба яичника представляются нѣсколько припухшими. Введеніе зонда преимущественно у не рожавшихъ болѣзненно, у рожавшихъ онъ входитъ легко, вслѣдствіе расширенія канала матки.

Распознаваніе болѣею частью не представляетъ затрудненій. Въ сомнительныхъ случаяхъ можно примѣнить зондъ *Ploufaire's*, конецъ котораго обвертывается ватой. При катаррѣ матки послѣ введенія въ полость этого инструмента вата оказывается покрытою гноевиднымъ отдѣленіемъ или кровянистою слизью. Можно также примѣнить для этой цѣли тампонъ *Schultze*—кусокъ ваты, намоченной въ 10% растворѣ танина въ глицеринѣ. Тампонъ оставляется во влагалищѣ возлѣ матки на сутки; при удаленіи его чрезъ зеркало *Cusco*, на немъ остается маточный секретъ. Наконецъ въ сомнительныхъ случаяхъ, для установленія точнаго распознаванія, можно ввести въ полость матки ложечку *Sims'a* и соскоблить часть слизистой оболочки для микроскопическаго изслѣдованія.

Особенно упорное заболѣваніе представляетъ *endometritis chr. gon.*, иногда это зависитъ отъ хроническаго перелоя мужа, который нерѣдко остается недолѣченнымъ. Въ другихъ случаяхъ болѣзнь держится упорно въ каналѣ шейки, хотя гонококковъ въ послѣдней иногда не находятъ; тѣмъ не менѣе такая больная можетъ заразить, въ особенности

при сношеніяхъ вскорѣ послѣ мѣсячныхъ или послѣ различныхъ экцесовъ. Она даже въ исключительныхъ случаяхъ можетъ заразить своего мужа, который когда-то передалъ ей гоноррею, но самъ успѣлъ излѣчиться. Schulz достигъ полного излѣченія только у 70% больныхъ.

При изслѣдованіи препаратовъ, сдѣланныхъ изъ соскобленныхъ кусочковъ, для установленія отличія катаррального процесса отъ новообразованія, слѣдуетъ обращать вниманіе на железы. Пока ихъ эпителий сохраняетъ ворсинки и представляетъ одинъ рядъ и пока къ железнѣ прилегаютъ плоскія кѣтки, до тѣхъ поръ хроническій процессъ имѣетъ характеръ воспаленія.

Предсказаніе въ случаяхъ, не осложненныхъ околоматочнымъ воспаленіемъ или заболѣваніемъ придатковъ, благоприятно, въ особенности когда возможно примѣнить мѣстное лѣченіе. Напротивъ, вездѣ, гдѣ эти благоприятныя условія отсутствуютъ, болѣзнь, несмотря на продолжительное лѣченіе, можетъ остаться не вполнѣ излѣченной. У старыхъ женщинъ, при обильномъ истеченіи гноя изъ матки, надо быть осторожнымъ въ распознаваніи; такъ какъ подобный же симптомъ наблюдается иногда при саркомахъ и ракахъ тѣла матки.

Лѣченіе. Внутреннія и общія наружныя средства назначаются для поддержанія дѣйствія мѣстнаго лѣченія, или же при катарахъ матки, зависящихъ отъ общихъ заболѣваній организма. Кромѣ различныхъ укрѣпляющихъ средствъ—препаратовъ желѣза, ol. jecoris Aselli, соляныхъ желѣзныхъ ваннъ, которыя назначаются при chlorosis, анеміи и золотухѣ и пр., наичаще приходится примѣнять, въ особенности при обильныхъ мѣсячныхъ, extr. fluidum Hydrastis canadens. одинъ или вмѣстѣ съ extr. secalis cornut. или cum extr. fluid. Hamamelis virgin. Kayser хвалитъ salicyrinum; въ послѣднее время съ успѣхомъ давали внутрь и употребляли подѣ кожу stipticinum.

Мѣстное лѣченіе, кромѣ назначенія промыванія влагалища изъ слабыхъ растворовъ acid. carbolic., boracis, acet. pyrolignos. crud. и пр., заключается въ дѣйстви непосредственно на слизистую оболочку полости матки. При тѣхъ формахъ, гдѣ преобладающимъ симптомомъ являются обильныя бѣли, наиболѣе дѣйствительнымъ средствомъ является методическое промываніе полости матки съ послѣдовательнымъ введеніемъ въ нее прижигающихъ или вяжущихъ средствъ. При хроническихъ катарахъ для промыванія матки наичаще употребляется 1—2% растворъ acid. carbolic. или 4% sol. aquos acid. borici, рѣже растворъ соды или другихъ веществъ. Промываніе производится чрезъ катетеръ Vozeana, при положеніи больной на спинѣ съ приведенными къ животу бедрами, при чемъ влагалищная часть матки обнажается при помощи зеркала Sims'a и подъемниковъ, а передняя губа шейки удерживается пулевыми щипцами. Часто предварительно необходимо нѣсколько расширить каналъ матки введеніемъ бужей Hegar'a, начиная съ 4 до 6—7 mm. толщины, послѣ чего легко входитъ въ полость матки катетеръ Vozeana средней толщины.

Растворъ, вводимый въ полость матки, долженъ имѣть температуру не менѣе 30° R.; кружку не слѣдуетъ подымать выше, чѣмъ 50 см. надъ поверхностью стола или кресла, на которомъ лежитъ больная. По окончаніи промыванія посредствомъ шприца Брауна вводятся въ полость матки въ количествѣ 0,1—1,0 различныхъ жидкости, наичаше t-ra jodi съ глицериномъ или per se или 5—10% растворъ танина въ глицеринѣ; рѣже употребляются другія вещества. Въ послѣдніе время Chotzen и другіе примѣняли съ успѣхомъ 2,5% растворъ алюмола для впрыскиванія въ полость матки. Граматикати—смѣсь 10% спиртнаго раствора этого средства aa съ tinc jodi. Olshausen хвалитъ 10—20% растворъ zinci chlorati. Послѣ

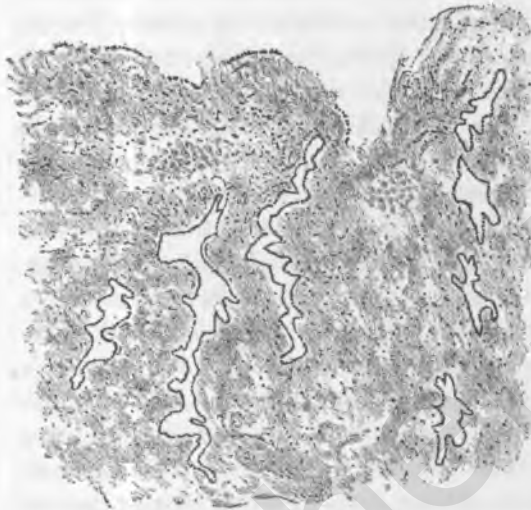


Рис. 121. Разрѣзъ черезъ membr. dysmenorrhoeica. Ткань въ состояніи мацерации, эпителий съ поверхности повсюду отслоился.

впрыскиванія въ матку такихъ крѣпкихъ растворовъ больная должна хоть нѣсколько часовъ полежать въ постели. Чаше однако безъ предварительнаго промыванія вводятъ различныя прижигающія жидкости въ полость матки на покрытомъ ваткою зондѣ Playfair'a, послѣ вытиранія полости матки этимъ же инструментомъ, что оказывается иногда не менѣе дѣйствительнымъ. Такимъ способомъ можно вводить tinct. jodi, 2 p. и 1 p. acid. carbolic. Менѣе дѣйствительна одна tinct

jodi. или въ смѣси съ равнымъ количествомъ глицерина. При гонорройныхъ и вообще при заразныхъ формахъ, не сопровождающихся кровоточеніями, оказываетъ пользу 3—10% sol. argent. nitric. 25—50% растворъ zinci chlorati, введенный даже на зондѣ въ полость матки, вызываетъ иногда боли.

Schulz считаетъ наилучшимъ средствомъ при хронической гонорреѣ матки впрыскиваніе въ полость матки 5—10% раствора argentamini. Fürst видѣлъ пользу отъ промыванія матки $\frac{1}{2}$ —1% растворомъ protargol'a, а также отъ suppositoria содержащихъ 5% этого средства. Crede примѣняетъ свѣчи съ примѣсью 0,08 итрола на каждую, а Klein—2% argenti solubilis. Menge назначалъ смазываніе 25% растворомъ формалина; другіе употребляютъ для этой цѣли 20% sol. ferropurini. Михайловскій видѣлъ пользу отъ слабыхъ растворовъ argenti nitrici, 0,03—0,1%, которые онъ вкладывалъ въ зеркало и посредствомъ зонда вводилъ въ матку. Zincum chloratum представляетъ одно изъ наиболѣе дѣйствительныхъ средствъ при теченіи хроническихъ катарровъ матки. Наичаше употребляется 25% водный растворъ этого средства. Его слѣдуетъ примѣнять только въ затяжныхъ случаяхъ, когда другія средства не оказываютъ благопріятнаго вліянія. Broese, Munde, Builly и другіе употребляютъ на зондѣ 50%, а

Rleinstädter даже 100% растворъ zinci chlor. Способъ Dumontpallier—введение въ полость матки палочекъ, заключающихъ 50% zinci chlorati или столько же cupri sulfurici—вызываетъ сильныя боли и часто причиняетъ сужение канала шейки, заращение его и даже атрофію матки. Fochier наблюдалъ послѣ такого лѣченія чрезмѣрное уплотненіе зѣва при родахъ, который не раскрывался. Не менѣе опасно также впрыскиваніе въ полость матки крѣпкихъ растворовъ zinci chlorati. Hofmeier, Schmid наблюдали смертельный исходъ чрезъ нѣсколько часовъ послѣ впрыскиванія 50% раствора этого средства. Я видѣлъ случай въ практикѣ одного врача, гдѣ смерть наступила почти моментально послѣ введенія этого раствора въ матку посредствомъ шприца Брауна. Въ упорныхъ случаяхъ совѣтуютъ вводить въ полость матки тонкую полоску 10—20% иодоформенной марли, чтобы такимъ образомъ дренировать матку и въ то же время дѣйствовать на большую слизистую оболочку.

Съ тѣхъ поръ какъ Döderlein доказалъ возможность проникновенія растворовъ синьки въ каналъ трубъ, впрыскиваніе растворовъ въ полость матки нельзя считать вполне безопаснымъ, почему лучше примѣнять сильно ѣдкія средства на зондѣ. Въ послѣднее время, по совѣту Снегирева, начали примѣнять *перегрѣтый паръ* при лѣченіи хроническаго катарра матки. Паръ вводятъ въ матку посредствомъ нѣсколько видоизмѣненнаго катетера Боземана, чрезъ зеркало Sims'a или чрезъ круглое деревянное. Наиболѣе удобные инструменты предложены Pincus'омъ, который также значительно разработалъ этотъ способъ лѣченія. Можно дѣйствовать или горячимъ паромъ непосредственно на слизистую оболочку матки (atmocausis) или же только горячимъ наконечникомъ (zestocausis), смотря потому вводится ли въ матку наконечникъ съ боковыми отверстіями или же закрытый. Больную наичаще не приходится усыплять хлороформомъ, такъ какъ прижиганіе горячимъ паромъ обыкновенно не причиняетъ значительныхъ болей. Въ особенномъ котлѣ согрѣвается вода до 110—115° R. и посредствомъ эластической трубки горячій паръ проводятъ въ наконечникъ, конецъ котораго введенъ въ полость матки. По наблюденіямъ Pincus'a и др., для лѣченія катарра достаточно, чтобы паръ дѣйствовалъ въ теченіе $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ минуты. При болѣе продолжительномъ дѣйствіи можетъ омертвѣть вся слизистая оболочка матки съ послѣдовательной потерей мѣсячныхъ, и послѣдуетъ суженіе или даже зарощеніе канала матки. Напрасно многіе врачи считаютъ это средство небезопаснымъ, такъ какъ трудно точно соразмѣрить его дѣйствіе. Впрочемъ мы нѣсколько разъ наблюдали атрофію матки и суженіе ея канала послѣ слишкомъ и энергичнаго продолжительнаго употребленія этого средства нѣкоторыми врачами. Guergard даже вынужденъ былъ удалить такую матку, вслѣдствіе сильныхъ болей въ періодъ мѣсячныхъ. Flatau совѣтуетъ вмѣсто перегрѣтаго пара вводить въ полость матки горячую воду 80—85° C. Jolye—перегрѣтый воздухъ. Оба эти предложенія нельзя назвать удачными.

При различныхъ видахъ endometr. hyperplastica наиболѣе цѣлесообразнымъ средствомъ является выскабливаніе, abrasio, полости матки посредствомъ ложечки Sims'a. Это же средство слѣдуетъ примѣнять

во всѣхъ случаяхъ, гдѣ другіе способы лѣченія оказываются безсильными, если только нѣтъ противопоказаній.

Для этой операціи необходимы слѣдующіе инструменты:

Зеркало Симса,	женскій катерерь,
подъемники,	зондъ Шульце,
ложечки Симса,	зондъ Шейфера,
расширители Гегара,	пулевые щипцы,
шприцъ Брауна,	корицангъ.
катерерь Боземана,	

Въ наборѣ врача должны находиться различной ширины ложечки съ заостренными краями; наиболѣе удобныя и употребительныя ложечки имѣютъ ширину 4, 6 и 10 mm. Послѣ предварительнаго расширения и промыванія полости матки, какъ описано выше, передняя губа захватывается пулевыми щипцами, которые операторъ удерживаетъ лѣвою рукою, въ правую онъ беретъ подходящей величины ложечку, какъ пишчее перо, и осторожно вводитъ ее въ полость матки до самаго дна. Затѣмъ, производя движенія по направленію къ шейкѣ матки, проводитъ острымъ краемъ ложки по внутренней поверхности матки до канала



Рис. 122. Большая и малая ложки Симса для выскабливанія полости матки.

шейки. Переменяя постепенно мѣсто приложенія ложечки къ стѣнкѣ матки, можно въ теченіе одной или немногихъ минутъ соскоблить всю внутреннюю поверхность полости матки и ея боковые углы, послѣ чего слѣдуетъ такимъ же образомъ соскоблить каналъ шейки. При этой операціи удаляется только разрыхленный верхній слой слизистой оболочки матки въ видѣ небольшихъ перепончатыхъ кусочковъ, которые выносятся ложечкой изъ матки и отчасти удаляются изъ нея при послѣдовательномъ промываніи, которое производится по окончаніи операціи. Въ заключеніе мы обыкновенно смазываемъ полость матки на зондѣ смѣсью *tinct. jodi cum acid. carbol. conc.*, рѣже вводимъ въ нее, посредствомъ шприцовой Брауна, 0,2—1,0 и болѣе *tinct. jodi*. Послѣ этой операціи больная остается въ постели не менѣе недѣли. Для успокоенія болей, которыя рѣдко достигаютъ значительной степени, большею частью достаточно положить на нижнюю часть живота пузырь со льдомъ, рѣдко нужны приемы морфія или опія. У не рожавшихъ, а также у нервныхъ женщинъ *abrasio uteri* слѣдуетъ производить подъ хлороформомъ. При выскабливаніи нерѣдко наблюдается интересное явленіе, которое необходимо знать врачу, именно — рѣзко замѣтное удлиненіе матки и

расширение ея полости; послѣ окончанія этой операціи матка снова принимаетъ свой прежній объемъ, иногда даже становится меньше. По наблюденіямъ въ клиникѣ Kaltenbach, послѣ abrasio было наблюдаемо полное излѣченіе въ 77,5% улучшение 10%, остальные случаи остались безъ перемѣны. При фиброміомахъ выскабливаніе осталось безъ результатовъ даже въ 33%.

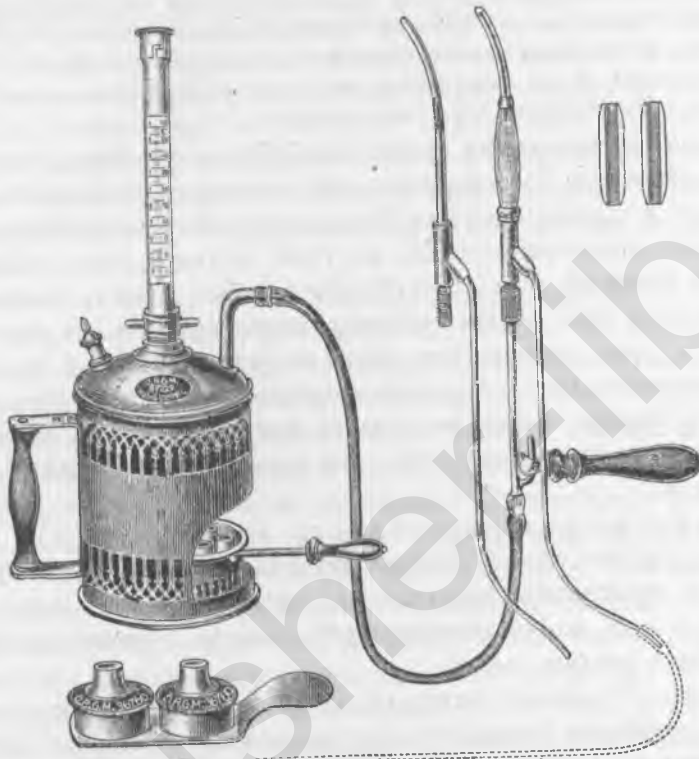


Рис. 123. Приборъ Pincus'a для опариванія перегрѣтымъ паромъ полости матки; онъ состоитъ изъ котла съ термометромъ, двойной лампы для кипяченія воды, гуттаперчевой трубки съ наконечниками въ видѣ катетера Vozeana'a, окончатимъ и закрытымъ съ рукояткою и футляромъ для изолированія дѣйствія пара.

При правильномъ распознаваніи, выскабливаніе, сдѣланное опытною рукою, почти безопасно. Тѣмъ не менѣе описаны случаи, гдѣ операторъ ложечкой произвелъ прободеніе маточной стѣнки. Между прочимъ Lanelonge имѣлъ два такихъ случая. Pichevin собралъ много подобныхъ случаевъ; напаче это



Рис. 124. Верхняя часть инструмента для тампонаціи полости матки.

происходитъ при выскабливаніи беременной или атрофической матки, а также въ послѣродовомъ періодѣ. Flandrin описалъ 2 случая, гдѣ прободеніе стѣнки матки произошло даже при введеніи катетера для промыванія матки, конечно

вслѣдствіе неосмотрительности врача. Въ этихъ случаяхъ не всегда наступаетъ реакція. Коль скоро случится такое несчастье, операцию слѣдуетъ прекратить, дать внутрь опіи и положить на нижнюю часть живота ледъ. Большая должна оставаться въ постели по крайней мѣрѣ въ теченіе недѣли. Въ тѣхъ случаяхъ, когда появится воспаленіе брюшины, примѣняется соответствующее лѣченіе.

По изслѣдованіямъ Werth'a, послѣ выскабливанія слизистая оболочка матки возстановливается вполнѣ въ теченіе 10 дней, чрезъ 3 дня уже появляется на ея поверхности новый эпителий. Однако на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ ложка проникла до мышечнаго слоя, возобновленіе ткани происходитъ позже. Выскабливаніе вскорѣ послѣ родовъ иногда влечетъ за собою атрофію слизистой оболочки матки. При *endometritis membranacea* выскабливаніе иногда приходится повторять. Remy въ одномъ случаѣ этой болѣзни дѣлалъ его 4 раза въ промежуткахъ чрезъ 2 недѣли, пока не послѣдовало полное выздоровленіе.

Операция выскабливанія противопоказуется при остромъ воспаленіи матки, а также при обострившемся или подостромъ воспаленіи придатковъ матки и тазовой брюшины. При хроническихъ воспаленіяхъ также не слѣдуетъ производить *abrasio* въ тѣхъ случаяхъ, когда можно подозревать скопленіе гноя въ трубѣ или тазовый нарывъ. *Endometritis dysmenorrhoeica* надо лѣчить теплыми сидячими полуваннами или общими ваннами, а также расширеніемъ матки посредствомъ бужей и разсѣченіемъ внутренняго зѣва небольшими надрѣзами. Кромѣ того, Снегиревъ совѣтуетъ ставить пиявки въ области копчика. Полезно также примѣненіе слабаго постоянного тока, при чемъ въ матку вводится обыкновенно + Е.

4. Хроническая припухлость матки, *metritis chronica, infarctus uteri*. Болѣзнь встрѣчается очень часто. Мы называемъ ее хроническою припухlostью матки, такъ какъ патологическій процессъ не вполнѣ соответвуетъ понятію о хроническомъ воспаленіи, какъ увидимъ ниже.

Этіологія. Во многихъ случаяхъ острое воспаленіе матки, въ особенности повторное, переходитъ въ хроническое состояніе. Нанчаще это замѣчается у дѣвушекъ и женщинъ не рожавшихъ, которыя во время мѣсячныхъ не берегутся, совершаютъ усиленные движенія, тяжелую работу и проч. Въ большинствѣ случаевъ, однако, припухлость матки возникаетъ постепенно, какъ хроническое заболѣваніе. Въ такихъ случаяхъ началомъ болѣзни являются недостаточная инволюція матки послѣ родовъ или выкидыша, различнаго рода смѣщенія матки, новообразованія въ этомъ органѣ, въ особенности фиброміомы. Неправильное кровообращеніе въ маткѣ при болѣзняхъ сердца иногда также причиняетъ припухлость матки. *Coitus reservatus* нерѣдко сопровождается подобными же послѣдствіями.

Анатомическія измѣненія. Объемъ матки увеличивается значительно; большею частью припухлость равномерно распространяется на тѣло и шейку, рѣже гипертрофія шейки преобладаетъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдается развитіе въ толщѣ шейки железъ или расширенныхъ кровеносныхъ сосудовъ. Толщина маточныхъ стѣнокъ достигаетъ 3, даже

4 см. Въ случаяхъ недавнихъ ткань матки сочная, розоватая, съ сильно расширенными сосудами, содержитъ много лимфы; въ застарѣлыхъ случаяхъ, напротивъ, она блѣдная, бѣловатая и твердая. По изслѣдованіямъ Cogni'я, воспалительный процессъ главнымъ образомъ находится въ междумышечной клѣтчаткѣ. Микроскопическое изслѣдованіе показываетъ значительное разрастаніе околососудистой и междумышечной соединительной ткани, въ которой вначалѣ происходитъ мелкоклѣточная инфильтрація, размноженіе клѣтокъ, а потомъ образованіе волокнистой ткани. Гиперплазія мышечныхъ элементовъ выражена въ меньшей степени. Слизистая оболочка большею частью представляетъ измѣненія, указывающія на *endometr. hyperplastica*, въ застарѣлыхъ случаяхъ развивается *endometritis atroficans*. Нерѣдко встрѣчаются при *metritis chronica* различныя измѣненія воспалительнаго характера въ придаткахъ, брюшинѣ, окружающей внутренніе половые органы, рѣже въ тазовой клѣтчаткѣ.

Симптомы крайне разнообразны и обнаруживаются не въ одинаковой степени у больной. По временамъ болевья ощущенія ожесточаются, въ особенности предъ наступленіемъ мѣсячныхъ или послѣ усиленныхъ движеній. Обыкновенно больныя жалуются на тупыя боли въ нижней части живота, въ поясницѣ, въ области крестца и ягодицъ, иногда въ задней или передней части бедра. Боли эти объясняются давленіемъ увеличенной матки на нервныя сплетенія и, вѣроятно, застоємъ крови въ нихъ. Въ другихъ случаяхъ боль въ нижней части живота сопровождается ощущеніемъ жара и жженія. Обычныя жалобы также составляютъ разнообразныя отраженныя явленія въ разныхъ отдѣлахъ организма—диспепсія, тошнота, запоры, сердцебиеніе, межреберная невралгія, головныя боли, мигрень; послѣдняя наичаще появляется при мѣсячныхъ. Общее нервное расстройство—неврастенія и гистерія—также иногда обнаруживается при продолжительномъ существованіи хронической припухлости матки.

Важнѣйшія функціи матки болѣе или тенѣ разстроены. Въ первое время болѣзни мѣсячныя бывають обильны и являются чаще обыкновеннаго, впослѣдствіи они становятся малыми и даже запаздываютъ. Боли во время мѣсячныхъ, *dysmenorrhoea*, наичаще бывають при небольшихъ кровяхъ. Бесплодіе представляетъ частое явленіе, тѣмъ болѣе, что нѣкоторыя больныя ощущають сильныя боли при *coitus* и обнаруживаютъ отвращеніе къ этому акту. Тѣмъ не менѣе беременность иногда возможна. Обыкновенно она сопровождается сильными болями въ нижней части живота и часто оканчивается выкидышемъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи чрезъ влагалище, мы находимъ значительно чувствительную и равномерно увеличенную матку, дно которой часто ощущается выше лоннаго соединенія. Нерѣдко съ одной или обѣихъ сторонъ яичники, рѣже трубы представляются припухшими, подвижность матки замѣтно бываетъ уменьшена.

Распознаваніе. Хроническую припухлость матки наичаще можно смѣшать съ беременностью въ первые мѣсяцы. Отличительными признаками слѣдуетъ считать продолжающіяся мѣсячныя, плотность маточныхъ стѣнокъ, сравнительно незначительное увеличеніе матки въ толщину и отсутствіе многихъ вѣроятныхъ признаковъ беременности. При фиброміомахъ увеличенное тѣло матки обыкновенно преобладаетъ надъ объемомъ шейки, гораздо рѣже бываетъ наоборотъ. Далѣе на тѣлѣ матки нерѣдко замѣчаются отдѣльные бугры и ткань этого органа приобретаетъ особенную твердость. Удлиненіе верхней части маточной шейки, которое нерѣдко бываетъ при метритѣ, можетъ подать поводъ къ ошибкѣ во время беременности, въ особенности въ средніе мѣсяцы. Въ такихъ случаяхъ тѣло матки, благодаря размягченію шейки, можно принять за отдѣльную опухоль. Olshausen при такихъ условіяхъ однажды произволь чревосѣченіе, а Gussow ввелъ въ матку зондъ, отъ чего послѣдовалъ выкидышъ.

Предсказаніе въ затяжныхъ случаяхъ quoad valetudinem completam неблагоприятно. При общепринятомъ лѣченіи увеличенная и припухшая матка не возвращается къ прежнему состоянію. Однако въ большинствѣ случаевъ настойчивымъ и цѣлесообразнымъ лѣченіемъ удается устранить неблагоприятные и тягостные симптомы и сдѣлать довольно сносною жизнь больной.

Лѣченіе. Общія средства, назначаемыя больнымъ, одержимымъ хроническою припухlostью матки, наичаще оказываютъ нѣкоторое благоприятное дѣйствіе на симптомы болѣзни. При значительныхъ боляхъ въ нижней части живота, что наблюдается при обостреніи болѣзни, а иногда при мѣсячныхъ очищеніяхъ, больныя должны оставаться въ постели, прикладывать на животъ согрѣвающій компрессъ или мазь на ватѣ изъ chloroform. 15,0, ol. olivar. 60,0. Внутри въ тѣхъ же случаяхъ слѣдуетъ назначать narcotica, одни или съ прибавленіемъ natr. bromat. При слишкомъ обильныхъ мѣсячныхъ, наичаще назначаютъ extr. fluid. Hydrast. canad. или extr. fluid. Hamamel. virg. по 20 капель на приемъ отъ 3 — 5 разъ въ день на водѣ, или extr. secalis cornut. aquos. по 0,06 чрезъ 2 часа въ водномъ растворѣ до дѣйствія.

Женщинамъ анемичнымъ и слабымъ въ промежуткахъ между мѣсячными назначаютъ желѣзо, нерѣдко одновременно съ слабительными, если больная страдаетъ упорными запорами, — extr. aloës, rheum, pulv. liquirit. compos., порошокъ Боткина, magnes. ust. и пр. Лѣтомъ больнымъ часто предписываютъ пить минеральныя воды, содержащія желѣзо, или среднія слабительныя соли — Schwalbach, Eger Franzensquelle, Marienbad, Ems, Эссентуки, Боржомъ и пр. Вместе съ этимъ назначаютъ теплыя соленыя общія ванны отъ 27 до 30° R., рѣже высшей температуры, содержащія отъ 1 до 2 фунтовъ соли на каждое ведро воды. На курортахъ къ ваннамъ прибавляютъ обыкновенно разсолъ или минеральную грязь, Moor. Морскія купанья умѣстны только

при значительномъ ослабленіи мѣстныхъ симптомовъ. Они имѣютъ цѣлью укрѣпленіе нервовъ и всего организма. Предпочтеніе слѣдуетъ отдавать при выборѣ мѣста для купанья такъ называемымъ лиманамъ или южному берегу Крыма—Феодосія, Евпаторія, Ялта, Алушта и проч.

Мѣстное лѣченіе разнообразно, смотря по состоянію болѣзни. Когда матка болѣзненна и переполнена кровью, слѣдуетъ примѣнять скарификацію два раза въ недѣлю. Въ подобныхъ случаяхъ умѣстны также теплыя сидячія полуванны съ прибавленіемъ соды—двѣ столовыхъ ложки на ведро воды, на 10—15 минутъ. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ хорошо дѣйствуютъ горячіе души отъ 30 до 38°, даже 40°R. въ количествѣ 1—3 л. и болѣе. Такіе души удобнѣе всего дѣлать вечеромъ предъ сномъ въ лежачемъ положеніи на спинѣ, при посредствѣ накоенчника со многими отверстіями, при чемъ не слѣдуетъ поднимать кружку выше 50 см. надъ уровнемъ плоскости, на которой лежитъ больная. Послѣ окончанія душа закладываютъ во влагалище тампонъ, напитанный смѣсью іодола съ глицериномъ, или въ прямую кишку вводится supposit. съ примѣсью 0,2 іодола или іодоформа.

Въ другихъ случаяхъ примѣняютъ методическое смазываніе влагалищной части и сводовъ tinct. jodi черезъ два дня при помощи зеркала. Массажъ можетъ оказаться полезнымъ только при мало чувствительной маткѣ; онъ дѣлается чрезъ 1 или 2 дня въ теченіе 5—10, рѣже 15 минутъ. Двумя пальцамп, введенными во влагалище, приподнимаютъ кверху матку и чрезъ брюшные покровы пальцами другой руки производятъ растираніе и поглаживаніе—сперва легкое, затѣмъ сильнѣе. При катаррѣ матки слѣдуетъ дѣлать выскабливаніе, abrasio.

Apostoli и Wiederhold видѣли успѣхъ отъ примѣненія постоянного тока на матку. При чемъ Apostoli начиналъ съ 50 МА и доходилъ до 100—250 МА, въ матку вкладывается +Е. При недостаточной инволюціи примѣняется прерывистый токъ, другіе совѣтуютъ постоянный слабый токъ. Smith вкладывалъ въ каналъ шейки кусочки ваты, напитанной смѣсью tinct. jodi cum acid. carbol. на 1—2 дня. Schucking съ цѣлью избѣжать ампутаціи шейки совѣтуетъ дѣлать глубокой круглой разрѣзъ въ ткани влагалищной части въ окружности наружнаго зѣва. Кнорр получилъ прекрасные результаты въ 12 случаяхъ недостаточной инволюціи матки отъ примѣненія выскабливанія.

Тамъ, гдѣ медицинскія внутреннія и наружныя средства не оказываютъ благопріятнаго вліянія, или гдѣ существуетъ значительная гипертрофія шейки, показуется ампутація влагалищной части.

Для этой операціи необходимы слѣдующіе инструменты:

зеркало Симса,	крючки острые,
подъемники,	щипцы Мизе,
зеркало Фритча,	иглодержатель,
женскій катетеръ,	пулевые щипцы,
зондъ Шульце,	корнцанги,
пинцеты Реана,	иглы Гепнера,
пинцетъ анатомическій,	иглы хирургическія,
пинцетъ съ зубцами,	проводникъ для нитокъ.
крючокъ тупой,	

Операція. Обнаживъ влагалищную часть зеркаломъ Sims'a и подъемниками, разсѣкаютъ ее ножницами по бокамъ до свода, затѣмъ вырѣзываютъ довольно глубоко лоскутъ изъ задней губы и остатки ея



Рис. 125. Клиновидное вырѣзываніе лоскутовъ изъ port. vaginalis съ наложенными швами, въ продольномъ разрѣзѣ.

соединяютъ швами въ продольномъ направленіи, затѣмъ то же самое производится на передней губѣ. Въ заключеніе накладываютъ при помощи иглодержателя швы на боковые разрѣзы.

Послѣ этой операціи, даже когда рана заживетъ первымъ натяженіемъ, врядъ ли можно надѣяться на значительное уменьшеніе въ объемѣ матки.

Въ неблагопріятныхъ случаяхъ остается прибѣгнуть къ кастраціи, чтобы удаленіемъ яичниковъ и трубъ прекратить мѣсячные приливы и вызвать наступленіе преждевременной атрофіи матки. Вмѣсто кастраціи, при значительныхъ осложненіяхъ въ полости таза, а въ особенности при неудержимомъ кровотеченіи, въ исключительныхъ случаяхъ, можетъ явиться показаніе къ удаленію всей матки чрезъ влагалище.

Отдѣлъ IV.

Смѣщенія матки.

Глава I.

Общія свѣдѣнія о смѣщеніяхъ матки.

Въ небеременномъ состояніи у здоровой женщины матка лежитъ въ маломъ тазу; при пустомъ пузырь и не наполненной прямой кишкѣ дно матки не поднимается выше плоскости входа въ тазъ, а наружное отверстіе шейки лежитъ на уровнѣ тазоваго размѣра, соединяющаго нижній край лоннаго соединенія съ верхушкою крестка. Матка, соединяясь съ влагалищемъ, образуетъ уголь, открытый кпереди. Сама матка обыкновенно представляется нѣсколько согнутой кпереди; закругленный уголь сгиба соответствуетъ внутреннему маточному зѣву. У не рожавшихъ женщинъ большею частью сгибъ напередъ выраженъ болѣе рѣзко. Въ нормальномъ состояніи матка со своими придатками обладаетъ значительною подвижностью. При двойномъ внутреннемъ изслѣдованіи, дно матки легко можно приподнять на 2—3 пальца выше лоннаго соединенія, когда пузырь пустъ и прямая кишка не содержитъ кала. При нѣкоторыхъ операціяхъ удается опустить влагалищную часть почти до входа во влагалище. Въ другихъ направленіяхъ тѣло и дно матки смѣщаются въ гораздо большей степени, нежели шейка, которая удерживается на мѣстѣ своими маточно-крестцовыми связками, *lig. utero-sacralia*. Въ стоячемъ положеніи женщины дно матки подается нѣсколько книзу, а *port. vaginalis* немного приподнимается.

При растянутомъ мочевомъ пузырьѣ, матка поднимается кверху и кзади, а при переполненіи прямой кишки, она подается кверху и нѣсколько кпереди. Неподвижность матки или уменьшеніе ея подвижности зависятъ наичаще отъ воспалительныхъ процессовъ, обыкновенно начинающихся отъ слизистой оболочки и переходящихъ на брюшину и тазовую клѣтчатку; рѣже отъ развитія опухолей въ различныхъ органахъ, находящихся въ полости малаго таза. Чрезмѣрная подвижность матки зависитъ отъ растяженія и расслабленія апоневрозовъ и связокъ,

а также отъ исчезновенія жира. При каждомъ дыханіи, при каждомъ давленіи брюшного пресса замѣчается легкое движеніе въ маткѣ, въ особенности при стоячемъ положеніи женщины.

Такая значительная подвижность матки располагаетъ этотъ органъ къ разнообразнымъ смѣщеніямъ, которыя можно раздѣлить на 2 вида— на смѣщенія по оси таза и смѣщенія въ сторону отъ тазовой оси. Къ

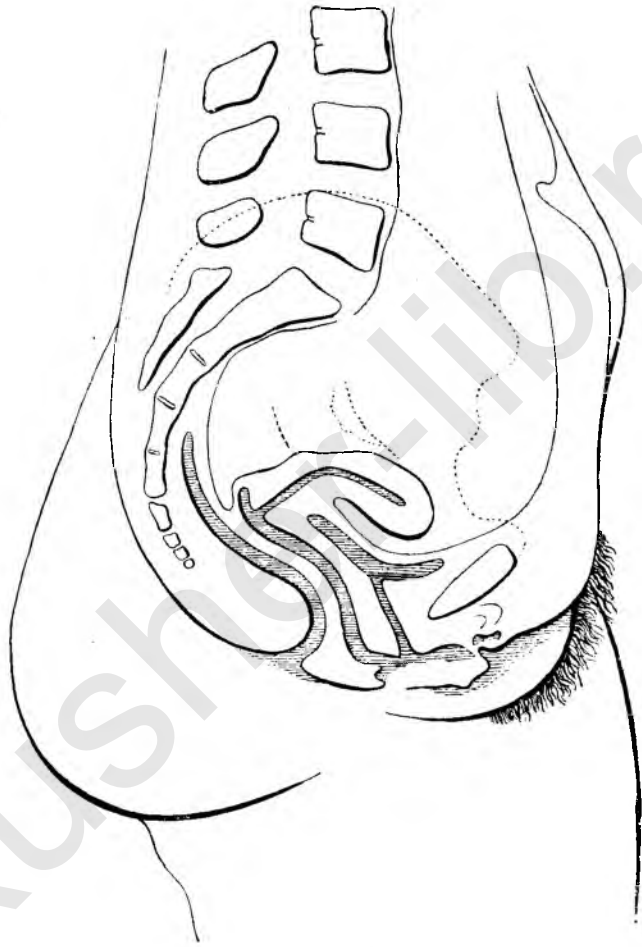


Рис. 126. Нормальное положеніе матки и тазовыхъ органовъ у не рожавшей по Schultze. Шематическій продольный разрѣзъ.

первымъ относятся опущеніе, выпаденіе и выворотъ матки, *descensus, prolapsus et inversio uteri*; ко второму роду смѣщеній — наклоненіе и перегибъ тѣла матки кпереди, *anteversio et anteflexio*, а также наклоненіе и перегибъ тѣла матки кзади, *retroversio et retroflexio*. Смѣщеніе всей матки въ сторону — *antepositio, retropositio, lateropositio uteri*, а

также болѣе или менѣе значительное поднятіе матки кверху, *elevatio uteri*, и скручиваніе, *torsio uteri*, не представляютъ самостоятельныхъ заболѣваній, такъ какъ такіа смѣщенія образуютъ послѣдовательныя

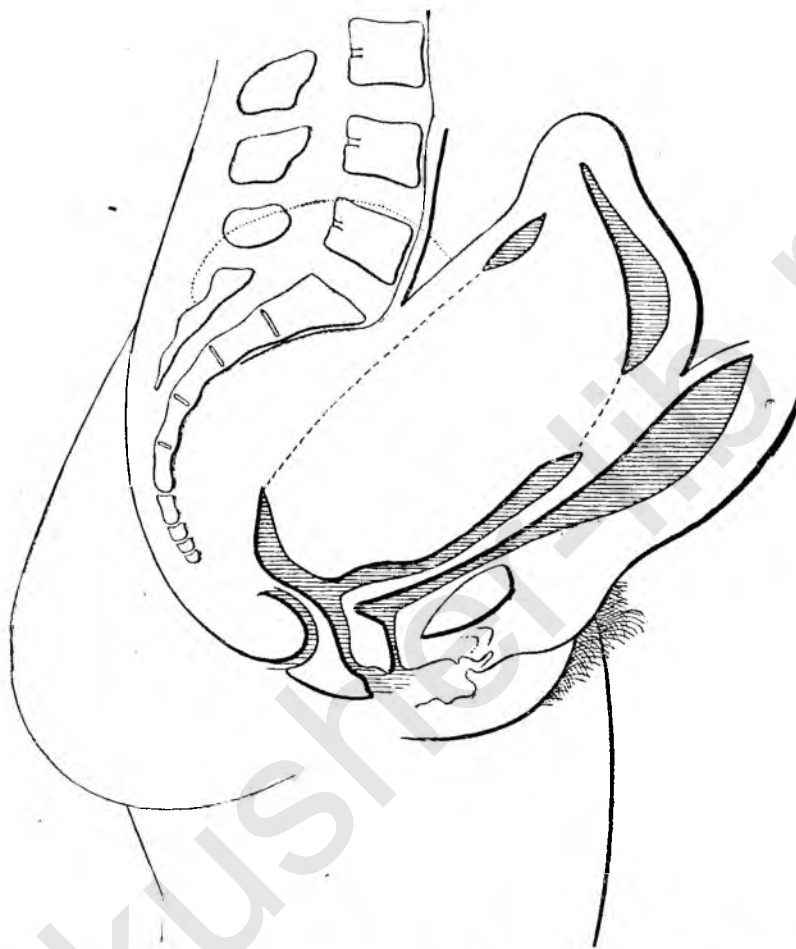


Рис. 127. *Elevatio uteri* вслѣдствіе развитія въ задней стѣнкѣ матки *fibromyoma uteri interstitialis*.

явленія, зависящія преимущественно отъ развитія опухолей и экссудатовъ въ маломъ тазу, почему описывать эти смѣщенія отдѣльно не представляется надобности.

Глава 2.

Опущеніе и выпаденіе матки, *descensus et prolapsus uteri*.

Этіологія. Къ возникновенію этихъ смѣщеній располагаетъ беременность съ ея обычными послѣдствіями — растяженіемъ апоневрозовъ таза, стѣнокъ влагалища, маточныхъ связокъ и нерѣдко съ болѣе или менѣе значительнымъ разрывомъ промежности. Стѣнки влагалища подвергаются, какъ извѣстно, значительной гипертрофіи во время беременности. Это явленіе совмѣстно съ значительною тяжестью матки въ послѣродовомъ періодѣ также располагаетъ къ образованію опущенія этого органа. Опустившаяся и выступившая наружу складка передней

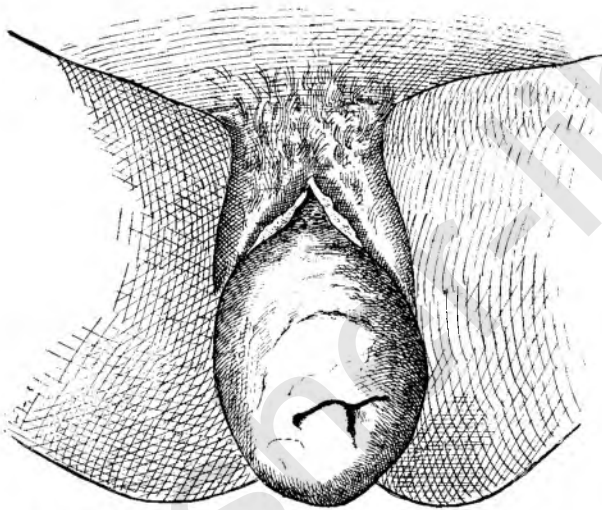


Рис. 128. Полное выпаденіе матки у старой женщины.

стѣнки влагалища тянетъ своды ружкава и матку, которая постепенно показываются въ входѣ во влагалище. Позже всего выпадаетъ нижняя часть задней стѣнки влагалища. Главную роль играетъ опущеніе самой матки; рѣдко сперва гипертрофируется влагалищная часть и первая выпадаетъ, а затѣмъ влечетъ за собою матку.

Даже при сращеніяхъ матки она можетъ выпадать, при чемъ приращенія постепенно растягиваются. Ближайшею причиною болѣзни является раннее вставаніе съ постели послѣ родовъ и усиленный физическій трудъ прежде завершенія обратной инволюціи. Болѣзнь въ этихъ случаяхъ развивается постепенно.

У старыхъ женщинъ выпаденіе является послѣдствіемъ атрофіи маточныхъ связокъ и исчезновенія жирной тазовой кльтчатки. Здѣсь ближайшею причиною бываетъ усиленное дѣйствіе брюшного пресса, при чемъ болѣзнь иногда развивается быстро. Рѣдко выпаденіе матки является у женщинъ не рожавшихъ; въ подобныхъ случаяхъ причиною этого смѣщенія бываетъ тяжелая работа, поднятіе тяжестей, развитіе въ тазу или въ полости живота опухоли или накопленіе свободной жидкости, оттѣсняющей матку книзу, а также большая гинертрофія

влагалищной части. Само собою разумѣется, всѣ эти причины могутъ вызвать также выпаденіе матки у женщинъ рожавшихъ.

Анатомическія измѣненія довольно разнообразны. При вскрытіи находятъ сильное растяженіе маточныхъ связокъ, матка иногда оказывается значительно удлинненною, вслѣдствіе чрезмѣрнаго разраста-

нія и растяженія шейки, въ особенности надвлагалищной ея части. Губы маточнаго зѣва нерѣдко представляются припухшими, утолщенными и сильно развороченными, между тѣмъ какъ выше ихъ шейка оказывается тонкою, и ея ткань почти хрящеватой консистенціи. Возлѣ наружнаго отверстія матки часто находятся изъязвленія; вывернутая слизистая оболочка влагалища принимаетъ характеръ кожи. Вышедшія наружу стѣнки влагалища замѣтно утолщены. Наичаще выворачивается только передняя стѣнка влагалища, *cystocele*, рѣже выходитъ одновременно

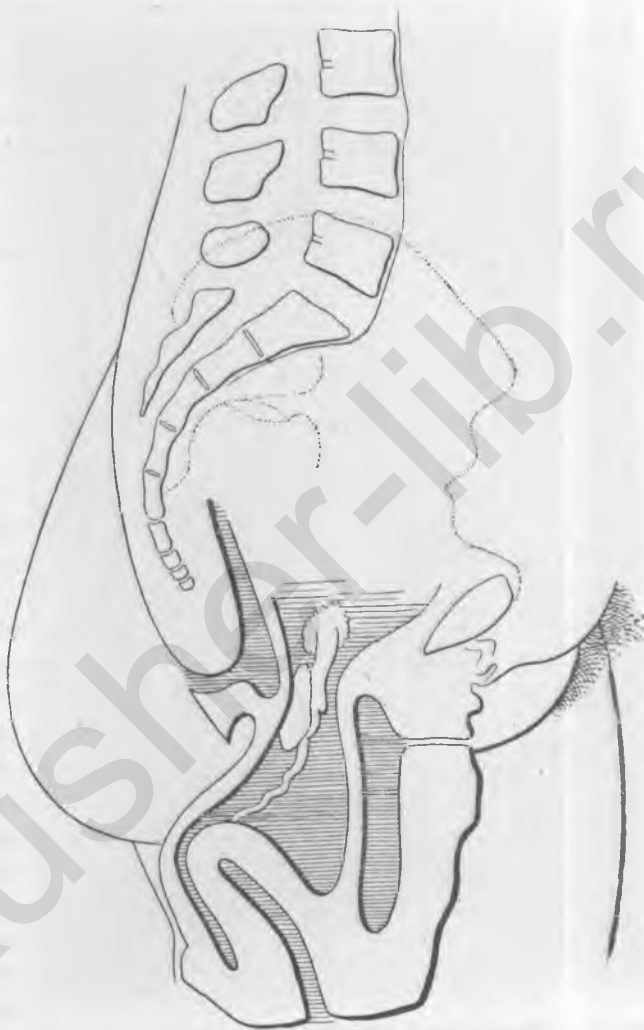


Рис. 129. Шематическій поперечный разрѣзъ полного выпаденія матки у старой женщины.

задняя, *rectocele*. вмѣстѣ съ передней стѣнкою смѣщается книзу часть мочевого пузыря, образуя какъ бы *diverticulum*. При этомъ мочевой каналъ нѣсколько измѣняетъ свое направленіе, его выпуклость обращается кверху. Гораздо рѣже при *rectocele* смѣщается прямая кишка, образуя выпячиваніе. Разрывъ промежности встрѣчается не часто. Въ тѣхъ случаяхъ, когда матка не увеличена въ объемѣ, въ

особенности у старыхъ женщинъ, при выпаденіи она вся находится наружу; при удлиненіи же влагалищной или чаще надвлагалищной части шейки, тѣло матки обыкновенно остается въ полости малаго таза и представляетъ измѣненія, свойственныя хронической припухлости матки. Обыкновенно при всѣхъ видахъ выпаденія, а также при опу-

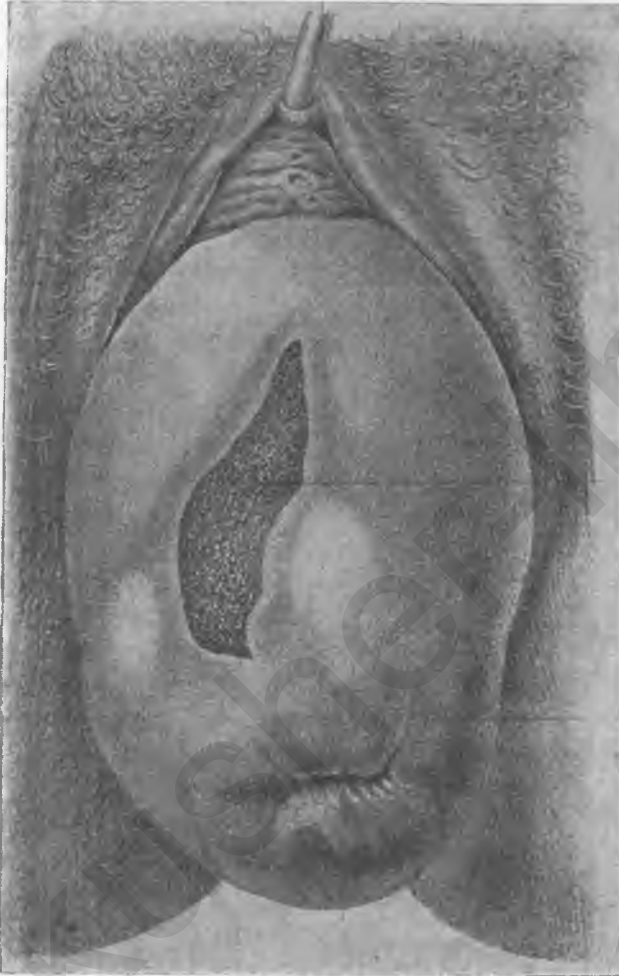


Рис. 130. Полное выпаденіе матки у женщины, имѣющей мѣсячныя; изъязвленіе на передней вывернутой стѣнкѣ рупкава.

щеніи матки, этотъ органъ располагается въ полости таза въ положеніи retroflexio или retroversio.

Симптомы и теченіе. Крайне рѣдко выпаденіе матки развивается быстро, въ такихъ случаяхъ оно сопровождается явленіями раздраженія брюшины и временнаго упадка силъ. Обыкновенно оно образуется постепенно, иногда достигаетъ значительной степени только спустя нѣсколько лѣтъ. Сперва показывается передняя стѣнка влагалища, и при внутреннемъ изслѣдованіи мы наичаще находимъ опущеніе матки и наклоненіе ея дна кзади. Затѣмъ выступаетъ при усиленномъ напряженіи брюшнаго

пресса влагалищная часть, а за нею слѣдуютъ, чрезъ нѣкоторое время, другія части матки, а иногда также задняя стѣнка влагалища. Первое время, при лежаніи въ постели, выстоящая изъ влагалища часть матки уходитъ кверху самопроизвольно, въ послѣдствіи ее вправляетъ сама больная. Въ тѣхъ случаяхъ, когда все влагалище бываетъ вывернуто наружу, выпаденіе представляетъ продолговатую опухоль, величиною

съ дѣтскую головку, рѣдко большей величины. Въ исключительныхъ случаяхъ, при стоячемъ положеніи женщины, все вывернутое влагалище и выпавшая матка опускается ниже половины бедра. При такихъ условіяхъ вправленіе выпаденія иногда бываетъ затруднительно и удаётся не сразу.

Больныя въ началѣ болѣзни жалуются на чувство напиранія, давленіе на низъ, боли въ поясницѣ, затѣмъ появляется непріятное ощущеніе выхожденія изъ половой щели внутренностей живота. Сравнительно не часто развиваются нервная диспепсія, истерическія боли и неврастениія; можетъ быть это объясняется отчасти появленіемъ этой болѣзни главнымъ образомъ у женщинъ рабочаго класса. Когда выпавшія наружу части сильно припухаютъ, появляется сильная боль, переходящая на поясницу, бедра и нижнюю часть живота. Иногда обнаруживаются явленія мѣстнаго воспаленія брюшины. Если выпаденіе не будетъ вправлено на мѣсто, то при такихъ условіяхъ легко развиваются приращенія тѣла матки въ тазу, и вправленіе дѣлается невозможнымъ. Küstner нашель *perimetritis adhaes.* въ 33% всѣхъ случаевъ *prolapsus uteri*, даже въ такихъ случаяхъ, когда это смѣщеніе можно было вправить.



Рис. 131. Выпаденіе гипертрофированной и удлиненной port. vagin. uteri. Шематическій разрѣзъ.

При смѣщеніи мочевого пузыря часто развивается, катарральное состояніе въ этомъ органѣ. Мочеиспусканіе нерѣдко бываетъ затруднено и совершается свободно иногда только послѣ вправленія выпаденія. Въ другихъ случаяхъ моча держится плохо и течетъ произвольно; она попадаетъ на вывернутое влагалище, бедра и бѣлье больной, къ чему присоединяется еще вліяніе тренія, которому неминуемо подвергаются выпавшія наружу части; почему, при недостаточномъ соблюденіи опрятности, легко развиваются язвы и зудящія сыпи на наружныхъ половыхъ частяхъ и бедрахъ. Мѣсячныя очищенія рѣдко бываютъ обильны, большею частью при нихъ выдѣляется кровь въ умѣренномъ количествѣ. Беременность при значительномъ выпаденіи наблюдается крайне рѣдко; начиная съ 3 мѣсяца, беременная матка

поднимается въ тазъ. Однако иногда въ послѣдніе мѣсяцы, чаще во время родовъ, влагалищная часть снова выступает наружу.

Распознаваніе не представляетъ особенныхъ затрудненій. Введеніе зонда въ полость матки необходимо для опредѣленія вида выпаденія матки. При гипертрофіи надвлагалищной части шейки, матка бываетъ значительно удлинена и зондъ входитъ въ нее на 12—15 см., рѣже длина матки бываетъ болѣе значительна. Важно также при помощи катетера узнать, какъ далеко опускается мочевой пузырь по передней стѣнкѣ, а равнымъ образомъ при гестоселе опредѣлить, введеніемъ пальца чрезъ задній проходъ, отношеніе прямой кишки къ задней стѣнкѣ влагалища и положеніе Дугласовой складки, которое наиболѣе точно узнается ощупываніемъ перегнутаго кзади дна матки.

Предсказаніе въ большинствѣ случаевъ благоприятно. Труднѣе излѣчить случаи, осложненные приращеніемъ матки въ полости таза. У старыхъ женщинъ нерѣдко общее состояніе служитъ противопоказаніемъ къ производству большихъ и продолжительныхъ операцій, которыя иногда совершаются для устраненія выпаденія матки.

Лѣченіе. Большинство случаевъ выпаденія можно бы было предотвратить, если бы всѣ роженицы оставались въ кровати не менѣе 9 дней; затѣмъ до окончанія послѣродового періода не производили бы тяжелой работы и избѣгали бы усиленнаго напряженія брюшного пресса.

Когда за совѣтомъ обращается къ врачу женщина, у которой въ послѣродовомъ періодѣ обнаружилось опущеніе матки, слѣдуетъ совѣтовать ей лежать въ постели и, приподнявши матку пальцемъ, вводить во влагалище тампоны, напитанные карболованнымъ глицериномъ съ прибавленіемъ іодола.

При опущеніи матки врачи часто прибѣгаютъ къ назначенію пессаріевъ, изъ которыхъ наичаще употребляется пессарій *Hodge'a* изъ твердой гуттаперчи. Въ прежнее время были въ ходу эластическія кольца *Mauser'a* изъ сѣраго каучука, которыя до сихъ поръ еще вкладываютъ во влагалище нѣкоторые врачи, несмотря на сильное раздраженіе этими кольцами стѣнокъ рукава и вызываемое ими зловонное отдѣленіе. Даже пессаріи *Hodge'a* переносятъ далеко не всѣ больныя.

Weisky съ пользою примѣнялъ у старыхъ женщинъ свои яйцевидные пессаріи, которые выполняютъ у нихъ почти все влагалище. Эти пессаріи съ усиліемъ употребляютъ также *Fraenkel*.

Для введенія пессарія больную слѣдуетъ положить на спину и сперва вправить выпаденіе, отодвинуть дно матки кверху и впередъ, и уже послѣ этого ввести пессарій такой величины, чтобы онъ не производилъ значительнаго давленія на стѣнки таза и чтобы можно было провести свободно палецъ между кольцомъ и стѣнками влагалища. При ношеніи кольца, необходимо два раза въ день дѣлать теплыя впрыски-

ванія съ прибавленіемъ *acidi carbolici* или *acet. pyrolignos. crud.* Слѣдуетъ также внушить больнымъ, чтобы онѣ чрезъ 2—3 мѣсяца показывались врачу для осмотра и временнаго удаленія или перемѣны кольца. При несоблюденіи этихъ предосторожностей на стѣнкахъ влагалища развиваются глубокія изъязвленія, могущія въ исключительныхъ случаяхъ доходить до образованія свищей. Въ затяжныхъ случаяхъ пессарій можетъ врастать въ ткань и удаленіе его представляеть иногда большія трудности. Herzfeld описалъ случай, гдѣ у одной старухи яйцевидный пессарій Брейскаго, введенный нѣсколько лѣтъ тому назадъ, вошелъ въ полость матки, откуда его удалили съ трудомъ послѣ разрѣза стѣнки пессарія раскаленнымъ платиновымъ наконечникомъ. Когда развилось настоящее выпаденіе, пессаріи оказываютъ большею частью только палліативное пособіе. То же самое можно сказать о такъ называемыхъ гистерофорахъ. Ихъ обыкновенно назначаютъ старымъ женщинамъ, которыя отказываются отъ оперативнаго лѣченія, или же послѣднее почему-либо у нихъ не примѣнимо. Наичаще назначается гистерофоръ *Borgnet*, а въ болѣе легкихъ случаяхъ подвязка съ эластическою подушкой на половыя части.



Рис. 132. Подвязка съ гистерофоромъ.

Мѣстный массажъ по способу *Thure Brandt'a* назначаютъ только въ свѣжихъ случаяхъ при неполномъ выпаденіи матки; даже при такихъ условіяхъ его необходимо производить продолжительное время. Для примѣненія массажа при выпаденіи матки больная должна лежать на спинѣ на гинекологическомъ креслѣ или на низкой скамейкѣ. Врачъ вводитъ одинъ или два пальца во влагалище и приподнимаетъ дно матки кверху и впереди. Другою рукой, чрезъ переднюю стѣнку живота, онъ производитъ треніе, сперва съ боковъ и въ окружности матки, затѣмъ по поверхности тѣла и дна ея, что продолжается около 5 минутъ. Затѣмъ, пальцами, находящимися во влагалищѣ, матка приподнимается кверху, насколько это возможно, и дно ея захватывается помощникомъ, чрезъ брюшныя покровы, концами пальцевъ обѣихъ ладоней. Захваченную такимъ образомъ матку помощникъ поднимаетъ нѣсколько разъ кверху.

Сеансъ заканчивается повторнымъ разведеніемъ бедеръ, которые старается свести пациентка. Послѣдній приемъ имѣеть въ виду укрѣпленіе мышцъ таза. Всѣ эти манипуляціи въ совокупности не должны продолжаться болѣе 10—15 минутъ; въ заключеніе слѣдуетъ ввести во влагалище тампонъ, напитанный карболизованнымъ глицериномъ.

Такой сеансъ можно дѣлать ежедневно или черезъ день въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Во время мѣсячныхъ массажъ слѣдуетъ оставлять.

Оперативныя пособія при выпаденіи матки часто примѣняются въ настоящее время. При удлиненіи влагалищной части шейки, дѣлають ампутацію, удаляя эту часть матки до самыхъ сводовъ. Эта операція подробно описана въ главѣ о хронической припухлости матки.

При выпаденіи матки, соединенной съ удлиненіемъ надвлагалищной части шейки, нужно произвести отсѣченіе шейки выше прикрѣпленія влагалища. Чѣмъ болѣе она удлинена, тѣмъ большую часть шейки слѣдуетъ удалить.

Операція надвлагалищной ампутаціи шейки. Для этой операціи необходимы тѣ же инструменты, какіе употребляются при ампутаціи влагалищной части. Маточныя губы захватываются щипцами Мюзэ и матка вытягивается наружу. Надавливаніемъ руки нѣсколько отодвигаютъ пузырь кверху, затѣмъ нѣкоторые врачи накладываютъ эластичестій жомъ по возможности выше на выпаденіе во всѣхъ случаяхъ, гдѣ это удобноисполнимо, чтобы сдѣлать операцію по возможности безкровной. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ можно оперировать безъ наложенія жома. Сдѣлавъ на границѣ влагалищной части и сводовъ циркулярный разрѣзъ до самой ткани шейки, послѣднюю отдѣляютъ отъ влагалища со всѣхъ сторонъ по направленію кверху. Большею частью достаточно отдѣлить шейку на разстояніи 3—4 см., послѣ чего ее отрѣзываютъ, захвативъ предварительно верхній конецъ нулевыми щипцами, иначе онъ можетъ ускользнуть кверху въ толщу культи. Спереди и сзади влагалище пришивается къ маткѣ глубокими швами, съ боковъ срѣзывается болѣе сзади избытокъ влагалищной стѣнки, и накладываются швы въ поперечномъ направленіи. Если жомъ былъ наложенъ, то его теперь распускають и обкалываютъ тѣ мѣста, гдѣ еще изъ раны продолжаетъ кровоточить. Вслѣдъ за этой операціей приступаютъ къ суженію влагалища въ продольномъ направленіи, colpo-graphia.

Операція на влагалищъ при выпаденіи матки. Для этой операціи нужны тѣ же инструменты, какіе употребляются при сшиваніи промежности. Влагалищная часть захватывается щипцами Мюзэ и оттягивается книзу и наружу. Покровы на передней стѣнкѣ влагалища, начиная отъ передняго выступа columnaе rugar. до маточной шейки, напрягаются чрезъ захватываніе ихъ пулевыми щипцами съ разныхъ сторонъ. Ножомъ очерчиваютъ овальный лоскутъ, который отсепааровывается отъ подлежащей ткани; образовавшуюся рану сшиваютъ глубокими и поверхностными швами изъ шелковыхъ нитокъ. Сопн хвалить швы изъ кетгута, но ихъ при пластическихъ операціяхъ на влагалищѣ удобнѣе примѣнять въ глубинѣ раны. Когда влагалище значительно растянуто и выворачивается также его задняя

стѣнка, на ней производится подобная же операція. Здѣсь нижнюю границу удаляемаго лоскута составляет область задней спайки большихъ губъ.

Эти двѣ операціи, которыя совершаются обыкновенно въ одинъ приемъ, въ рукахъ Негар'а дали 92% излѣченія.

Въ клиникѣ Koltenbach'a чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи почти 62% больныхъ оказались излѣченными вполне, а въ 16% — не вполне. Нѣсколько лучше результаты приведены Racht. Wertemark предложилъ удалить часть влагалища съ боковъ шейки, чтобы дойти до тазовой кѣтчатки и чрезъ нее наложить швы на влагалищную рану. Этимъ совѣтомъ мы пользовались съ хорошими результатами много разъ; послѣ наложенія такихъ швовъ, сводъ влагалища удерживается высоко. Напротивъ, предложеніе Staedler'a замѣнить при prolapsus вырѣзываніе лоскутовъ изъ стѣнокъ влагалища операціей Lawson-Pait'a, на практикѣ оказывается неудовлетворительнымъ.

Frank и Губаревъ совѣтуютъ края раны на влагалищѣ приподнимать кверху и соединять ихъ такимъ образомъ, чтобы получить продольный гребень на передней и задней стѣнкѣ, и такимъ образомъ образовать изъ нихъ болѣе плотную опору для матки. Въ настоящее время рѣдко примѣняется операція Lefort'a, такъ называемая colpotharhia mediana. Она состоитъ въ окровавленіи на передней и задней стѣнкахъ влагалища лептообразнаго или овальнаго лоскута, послѣ удаленія котораго на рану накладываются швы. По обѣ стороны соединенія остается въ рукавѣ проходъ для выхожденія отдѣленій изъ матки.

Наложенные на маточную шейку и стѣнки влагалища швы должно оставлять на мѣстѣ не менѣе двухъ недѣль, если только они не прорѣзываются раньше.

При разрывѣ промежности, а также при чрезмѣрномъ растяженіи входа во влагалище, часто необходимо произвести зашиваніе или удлиненіе промежности, о чемъ уже было изложено въ своемъ мѣстѣ. Когда шитая рана послѣ этихъ операцій хорошо заживетъ, то получится уменьшеніе длины мат-

ки, замѣтное суженіе канала и входа влагалища; почему въ большинствѣ случаевъ матка хорошо удерживается въ тазу, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается возвратъ выпаденія. Это бываетъ, преимущественно, при сильномъ расслабленіи стѣнокъ влагалища и чрезмѣрномъ растяженіи заднихъ маточныхъ связокъ. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ примѣнить способъ Bischoff'a, который широко окровавливалъ заднюю стѣнку влагалища и промежности. Въ особенности эта операція умѣстна у женщинъ, потерявшихъ уже мѣсячныя. Когда операція Негар'а не удастся и наступаетъ возвратъ болѣзни,

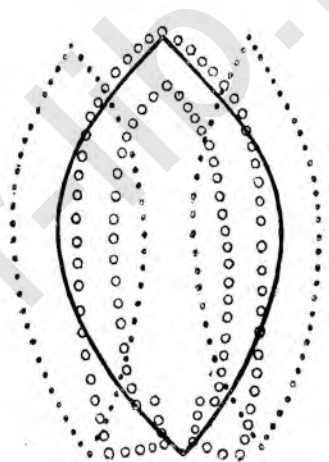


Рис. 133. Обозначеніе контуровъ лоскута, который отдѣляется при colpotharhia ant.: очерченный линіей — по способу Негар'а; кружками — по способу Sims'a, точками — по Febling'у. Слѣдуетъ примѣнять только первый способъ (Негар'а).

можно также произвести пришиваніе матки къ влагалищу, *vaginofixatio uteri*, которая будетъ описана нами.

Операция, предложенная въ послѣднее время *Wertheim*'омъ и произведенная въ клиникѣ *Schauta* чрезъ *colpotomia anterior*, состоитъ въ укороченіи *lig. rotunda* и *lig. uterosacralia*. Эта операция трудно выполнима.

Péan совѣтовалъ послѣ вправленія выпавшей матки накладывать на обѣ стороны ея на своды влагалища по 2 ряда швовъ, которые оставляютъ на мѣстѣ въ теченіе 3 недѣль. *Küstner* и др. предлагаютъ пришивать матку къ передней стѣнкѣ живота, *ventrofixatio*, для устраненія выпаденія матки. Эта операция дала исполнѣ благоприятные результаты въ 66% всѣхъ случаевъ и въ 15%—улучшеніе. Сходныя данныя находятся у *Fehling'a* и др.

Winkkel производилъ окровавленіе въ поперечномъ направленіи въ верхней части влагалища съ боковъ и соединялъ швами освѣженные поверхности. *Freund* предложилъ у старыхъ женщинъ проводить чрезъ стѣнки влагалища циркулярно ниже *portio vaginalis* толстую посеребренную проволоку. Стянувши, онъ оставлялъ ее на мѣстѣ въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, чтобы дать время образоваться плотному рубцу. *Trelat* и *Carpenter* съ успѣхомъ примѣняли операцию *Александера*, при которой укорачиваются круглыя связки матки.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ выпаденіе матки болѣе цѣлесообразно произвести удаленіе матки и части влагалища.

Эта операция при выпаденіи матки нѣсколько разъ производилась у насъ въ клиникѣ. Ее примѣняли также *Quénu*, *Pozzi* и другіе. *Rachut* собралъ 137 случаевъ, изъ коихъ 8 больныхъ умерли. Операция показывается въ случаяхъ невра-вимость и, заболѣванія ракомъ выпавшей матки, въ климактерическомъ возрастѣ и пр. *Pozzi* совѣтуетъ одновременно съ удаленіемъ матки вырѣзывать съ передней и задней стѣнокъ влагалища большой треугольный лоскутъ, чтобы сузить влагалище. *Müller* удалялъ даже все влагалище. *Jacobs* у старыхъ женщинъ считаетъ умѣстнымъ дѣлать *per laparotomia amputatio uteri supravaginalis* съ пришиваніемъ остатка шейки къ плотнымъ *lig. infundibulo—pelvica*. *Wertheim* вмѣстѣ удаленія матки, предложилъ для излѣченія *prolapsus* у старыхъ женщинъ чрезъ разрѣзъ въ переднемъ сводѣ выводить матку во влагалище и пришивать ее къ окровавленной поверхности на передней стѣнкѣ влагалища. *Schauta* считаетъ болѣе рациональнымъ въ такихъ случаяхъ помѣщать матку между переднею стѣнкою влагалища и мочевымъ пузыремъ. Въ послѣднее время *Walcher* въ тяжелыхъ случаяхъ выпаденія матки совѣтовалъ пришивать стѣнку влагалища къ горизонтальнымъ вѣтвямъ лонныхъ костей.

Глава 3.

Хроническій выворотъ матки, *inversio uteri chronica*.

Такое смѣщеніе въ противоположность съ предыдущимъ встрѣчается очень рѣдко. При этой болѣзни матка представляется вывернутой подобно пальцу перчатки, при чемъ дно и тѣло находятся во влагалищѣ, и только влагалищная часть маточной шейки остается на мѣстѣ. При неполномъ выворотѣ вся шейка и даже отчасти тѣло матки можетъ

сохранить свое нормальное положеніе, при этомъ дно матки вдается въ ея полость, подобно дну опрокинутой винной бутылки.

Этіологія. Огромное большинство встрѣчающихся въ практикѣ случаевъ хроническаго выворота матки возникаютъ во время родовъ, въ періодъ отдѣленія дѣтскаго мѣста. Если въ это время матка находится

въ состояніи атоніи и на ея дно подѣйствуетъ сила по направленію къ тазовому каналу, то дно матки западаетъ и затѣмъ быстро опускается до сильно растянутаго канала шейки, проходитъ черезъ него во влагалище и затѣмъ наружу. Въ благоустроенныхъ родильныхъ домахъ выворотъ матки встрѣчается крайне рѣдко. По изслѣдованіямъ Пуге-таппа, въ Дублинѣ на 190 тысячъ родовъ это осложненіе было наблюдаемо только однажды, а въ Вѣнѣ на 280 тысячъ родовъ ни одного разу. По изслѣдованіямъ Франшманнесъ 75% такихъ больныхъ погибаетъ вскорѣ послѣ ро-



Рис. 134. Шематическое изображеніе полного выворота матки на разрывѣ.

додъ, а 15% въ теченіе 6 мѣсяцевъ. Когда женщина переживаетъ опасные симптомы, которыми сопровождается выворотъ матки во время родовъ, то матка входитъ во влагалище и во время послѣродового періода постепенно уменьшается въ объемѣ. Болѣзнь переходитъ въ хроническое состояніе. Гораздо рѣже выворотъ происходитъ при выхожденіи изъ матки значительной величины подслизистыхъ фиброміомъ, развившихся у дна этого органа. Въ такихъ случаяхъ выворотъ обыкновенно бываетъ неполный.

Анатомическія измѣненія. Въ полости таза между пузырькомъ и прямою кишкою на мѣстѣ матки находится воронка, въ которую входятъ концы Фаллопиевыхъ трубъ и связокъ яичника и круглыхъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ эта воронка представляется заросшею.

Симптомы. Больныя, одержимыя хроническимъ выворотомъ матки, обыкновенно представляются слабыми и сильно анемичными, вслѣдствіе значительныхъ кровотеченій. Почти постоянно изъ влагалища показываются кровянистыя отдѣленія, по временамъ чистая кровь. Мѣсячныя бываютъ чрезвычайно обильны и продолжительны. Изслѣдованіе черезъ влагалище обыкновенно сопровождается истеченіемъ крови. Во влагалищѣ мы находимъ опухоль грушевидной формы, величиною нѣсколько болѣе куриного яйца, поверхность ея большею частью блѣдная, рѣже ярко-краснаго цвѣта, легко кровоточитъ при изслѣдованіи. Опухоль

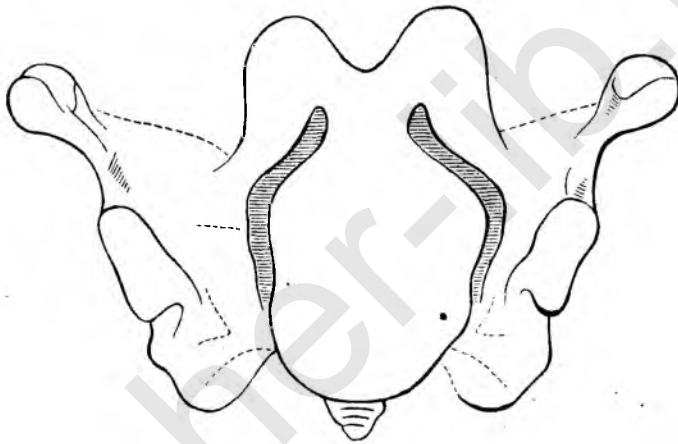


Рис. 135. Шематическое изображеніе на разрѣзѣ не полного выворота матки, вслѣдствіе выходения изъ нея fibromyoma submucosa.

кверху нѣсколько суживается и переходитъ въ каналъ шейки, гдѣ можно ощупать концомъ пальца поверхностный желобокъ, представляющій остатокъ канала шейки. Зондъ проходитъ въ него не болѣе какъ на 1—2 см. Эта опухоль, представляющая вывернутую матку, чувствительна при надавливаніи и захватываніи инструментами; при внимательномъ осмотрѣ на ней можно даже найти отверстія Фаллопиевыхъ трубъ. Двойное изслѣдованіе черезъ влагалище указываетъ на отсутствіе тѣла матки въ полости брюшины.

Распознаваніе. Въ виду рѣдкости этой болѣзни неопытный врачъ легко можетъ принять ее за фиброзный полипъ, вышедшій изъ матки во влагалище. Однако при этомъ новообразованіи тѣло матки находится въ полости брюшины, и въ полость матки можно провести зондъ на 6—7 см. При фиброміомахъ, сидящихъ на широкомъ основаніи и вышедшихъ изъ матки во влагалище, никогда не слѣдуетъ примѣнять

проволочной петли или экразера, чтобы не произвести поранения матки, которая в таких случаях иногда представляет неполный выворотъ. Такія опухоли надо удалять посредствомъ ножа.

Предсказаніе въ огромномъ большинствѣ случаевъ благоприятно, такъ какъ часто наступаетъ полное выздоровленіе.

Лѣченіе. Соблюденіе необходимыхъ предосторожностей и рациональное веденіе третьяго періода родовъ врачомъ и повивальной бабкою представляютъ наилучшее предохранительное средство противъ этой болѣзни.

Въ каждомъ случаѣ полного хроническаго выворота матки нужно настойчиво примѣнять консервативное лѣченіе, стараясь сохранить матку и поставить ее на мѣсто, иначе говоря, произвести ея вправленіе. Съ этою цѣлью слѣдуетъ прежде всего производить по возможности плотно тампонацію влагалища 5—10% іодоформенной марли. Тампонъ оставляется на 24 часа, и послѣ промывки влагалища 0,1% растворомъ лизола тампонація производится вновь. Если такая тампонація оказывается недѣйствительной, прибѣгаютъ къ употребленію кольпейринтера, который наполняютъ растворомъ борной кислоты и также оставляютъ на сутки во влагалищѣ. Больная должна оставаться въ постели, тѣмъ болѣе, что при такомъ лѣченіи часто температура нѣсколько повышается. Иногда достаточно нѣсколькихъ дней, въ другихъ случаяхъ нужны цѣлыя недѣли, даже мѣсяцы такого лѣченія, прежде чѣмъ дно матки войдетъ въ полость и станетъ на мѣстѣ. Тампоны или кольпейринтеръ не только механически приподнимаютъ дно матки и вдвигаютъ его въ полость этого органа, но въ то же время вызываютъ сокращенія въ мышцахъ матки и ея связкахъ. Только совмѣстнымъ дѣйствіемъ этихъ вліяній можно объяснить вправленіе вывороченной матки. Нѣкоторые, преимущественно американскіе врачи, для вправленія вывернутой матки употребляютъ особенные аппараты, которые производятъ надавливаніе на дно матки, имѣя точку опоры на \perp -образной подвязкѣ, рѣже на шейкѣ.

Менѣе дѣйствительнымъ, по собственному опыту, мы считаемъ *ручное вправленіе матки*. *Операция* производится при полномъ наркозѣ, кишечный каналъ и мочевой пузырь предварительно слѣдуетъ опорожнить. Больная лежитъ у края стола съ приподнятыми къ животу бедрами. Операторъ вводитъ во влагалище всю правую руку и захватываетъ матку, при чемъ концы пальцевъ обхватываютъ ту часть ея, которая находится возлѣ наружнаго зѣва. Постепенно сдавливая пальцы, стараются вдвинуть сперва тѣло и затѣмъ дно матки кверху чрезъ маточную шейку. При этомъ лѣвая рука ладонью располагается на животѣ выше лоннаго соединенія и представляетъ противодѣйствіе давленію, производимому рукою, введенною во влагалище. Безъ такого противодѣйствія легко могъ бы послѣдовать разрывъ свода влагалища. Нѣкоторые авторы совѣтуютъ при вправленіи вдвигать въ каналъ шейки сперва одинъ уголь матки и вслѣдъ за нимъ другой.

M. Sims и другіе совѣтовали для облегченія вправленія матки сдѣлать на тѣлѣ ея боковыя надрѣзы въ продольномъ направленіи.

Когда послѣ повторныхъ попытокъ произвести различными способами вправленіе матки, не удастся возвратить органъ въ нормальное положеніе, еще въ недавнее время ничего болѣе не оставалось, какъ произвести удаленіе вывернутой части матки.

Операция. Для нея нужны тѣ же инструменты, какіе употребляются при ампутаціи влагалищной части. При полномъ наркозѣ захватывается щипцами Мюзе дно матки и низводится ко входу во влагалище, которое раскрывается при помощи зеркала Фритча и подъемниковъ. Возлѣ наружнаго зѣва чрезъ существо матки съ боковъ проводятъ насквозь спереди назадъ, съ правой и лѣвой стороны по одному шву изъ крѣпкаго шелка. Швы туго завязываются; такимъ образомъ захватываются обѣ маточныя артеріи, а также трубы и внутренній конецъ круглыхъ связокъ. Ниже этихъ швовъ матка отрѣзывается такимъ образомъ, чтобы культи состояла изъ двухъ полулунныхъ лоскутовъ передняго и задняго. Сперва накладываютъ швы въ глубинѣ раны изъ кетгута или тонкаго шелка на брюшину, затѣмъ проводятъ глубокіе и поверхностные швы изъ шелка въ продольномъ направленіи чрезъ оба лоскута.

Evercke и другіе прибѣгали даже къ чревосѣченію и старались разшнуровать или разрѣзать воронку, чтобы произвести вправленіе.

Операция Küstner'a. Въ настоящее время эта операція, предложенная для вправленія вывернутой матки, должна замѣнить въ большинствѣ случаевъ удаленіе этого органа при *inversio uteri*. Она производится слѣдующимъ образомъ. Пулевыми щипцами оттягиваютъ заднюю губу книзу; при помощи короткаго зеркала Фритча и подъемниковъ открывается задній сводъ, который постепенно ножницами разсѣкаютъ въ поперечномъ направленіи, въ рану вводятъ конецъ указательнаго пальца лѣвой руки, стараясь расширить воронку вывернутой матки и пытаясь при помощи большого пальца произвести вправленіе этого органа. Если это не удастся, что бываетъ наичаще, то слѣдуетъ продольно разрѣзать верхнюю часть матки возлѣ дна или всю ея заднюю стѣнку, послѣ чего матка вправляется легко и уходитъ въ брюшную полость. Послѣ вправленія, ее надо низвести чрезъ разрѣзъ задняго свода и сшить рану на задней стѣнкѣ матки глубокими и поверхностными швами, чѣмъ достигается остановка кровотеченія. Матка окончательно вводится въ брюшную полость, и поперечный разрѣзъ въ заднемъ сводѣ также закрывается швами. По этому способу произведено было также другими врачами нѣсколько удачныхъ операцій. Kehrger дѣлалъ разсѣченіе передней стѣнки, но безъ вскрытія передняго свода. Этотъ способъ менѣе цѣлесообразенъ; разсѣченіе же передняго свода, съ цѣлью облегчить вправленіе, представляетъ гораздо болѣе сложную операцію, нежели разрѣзъ задняго. Почему способъ Kehrger'a особыхъ преимуществъ не имѣеть.

Глава 4.

Наклоненіе и загибъ впереди матки, *anteversio et anteflexio uteri*.

При наклоненіи впередъ, *anteversio uteri*, ось матки вытянута почти на прямую линію, сгиба не существуетъ. Матка расположена въ тазу въ продольномъ направленіи, при чемъ дно обращено напередъ, а шейка къзади въ крестцовую впадину. Подъ именемъ загиба матки напередъ, *anteflexio*, слѣдуетъ разумѣть такое измѣненіе формы матки, когда нормальное искривленіе въ значительной степени увеличено и удерживается, при попыткахъ измѣнять его ручными приемами. Въ такихъ случаяхъ искривленіе матки нерѣдко представляетъ прямой, даже острый уголъ; при чемъ влагалищная часть обыкновенно остается на мѣстѣ или нѣсколько смѣщается къзади, почему иногда встрѣчаются переходныя формы отъ перегиба напередъ къ наклоненію.

Этіологія. Перегибъ матки напередъ наичаще мы встрѣчаемъ у женщинъ нерожавшихъ, у которыхъ нерѣдко такая форма матки представляетъ врожденное состояніе, зависящее отъ неправильнаго развитія этого организма. Часто въ такихъ случаяхъ влагалищная часть имѣетъ коническую форму съ небольшимъ круглымъ отверстіемъ на концѣ, иногда величина матки меньше нормальной. Въ другихъ случаяхъ *anteflexio uteri* представляетъ состояніе послѣдовательное, развившееся подъ влияніемъ воспаления въ области маточно-крестцовыхъ связокъ или окололежащей брюшины и заматочной клѣтчатки. Такой воспалительный процессъ встрѣчается у женщинъ, имѣвшихъ половыя сношенія, часто вслѣдствіе гонорройнаго зараженія. Гораздо рѣже это воспаление встрѣчается у молодыхъ дѣвушекъ, у которыхъ оно развивается подъ влияніемъ неосторожностей во время мѣсячныхъ очищеній, при простудѣ, упорныхъ запорахъ и проч.

Наклоненіе напередъ наичаще появляется въ тѣхъ случаяхъ, когда матка находится въ состояніи хроническаго воспалительнаго припуханія, *metritis chronica*, стѣнки ея сдѣлались плотными и органъ утратилъ свой нормальный сгибъ впереди, коль скоро, при такихъ условіяхъ, развивается воспаленіе въ задней части таза, влекущее за собою укороченіе маточно-крестцовыхъ связокъ или образованіе сращеній въ Дугласовомъ пространствѣ. Рѣже подобныя смѣщенія образуются вслѣдствіе приращенія дна матки или ея придатковъ къ передней стѣнкѣ живота или къ брюшинѣ въ области лонныхъ костей таза.

Почему при наклоненіи матки напередъ обыкновенно она представляется увеличенною въ объемѣ, и часто находятъ при изслѣдованіи измѣненія воспалительнаго характера въ придаткахъ матки и возлѣ нихъ съ одной или обѣихъ сторонъ.

Анатомическія измѣненія. Кромѣ упомянутыхъ воспалительныхъ измѣненій, нерѣдко при смѣщеніи матки впереди находятся измѣне-

нія въ ея слизистой оболочкѣ, свойственныя различнымъ формамъ катара матки.

Симптомы. Часто, въ особенности не рожавшія женщины, имѣющія загибъ кпереди, испытываютъ сильныя боли при мѣсячныхъ очищеніяхъ, dysmenorrhoea. Обыкновенно такія боли бываютъ въ первые дни мѣсячныхъ, иногда онѣ начинаются даже прежде, чѣмъ покажется кровь. Эти боли, имѣющія характеръ коликъ, нерѣдко бываютъ чрезвычайно сильны, вызывая у больныхъ крикъ и стоны, иногда тошноту и рвоту. Dysmenorrhoea наичаще зависитъ отъ причинъ механическихъ, препятствующихъ свободному истеченію крови изъ полости матки, что обыкновенно происходитъ отъ суженія внутренняго зѣва, вслѣдствіе чрезмернаго сгиба матки и неподатливости ея стѣнокъ. Въ другихъ случаяхъ приращеніе дна матки можетъ препятствовать правильному опорожненію полости матки. Рѣже боли зависятъ отъ воспалительныхъ измѣненій стѣнокъ матки или возникаютъ въ придаткахъ матки, находящихся въ состояніи хроническаго воспаленія. Вопреки общепринятому мнѣнію, вѣроятно, только въ исключительныхъ случаяхъ dysmenorrhoea можно поставить въ зависимость отъ конической формы шейки съ малымъ наружнымъ отверстіемъ.

Усиленные отдѣленія изъ полости матки слизистаго или слизистогнойнаго характера, зависящія отъ endometritis chronica, часто бываютъ у женщинъ, одержимыхъ смѣщеніемъ матки кпереди. Endometritis, вѣроятно, въ этихъ случаяхъ развивается вслѣдствіе затрудненаго отдѣленія секрета изъ полости матки, рѣже онъ является заболѣваніемъ случайнымъ.

Искривленіе канала матки, иногда совмѣстно съ катаральнымъ измѣненіемъ ея слизистой оболочки, является нерѣдко причиною безплодія, которое также часто встрѣчается, въ особенности при ante flexio uteri съ конической шейкой. Свойственное этой формѣ маленькое наружное отверстіе, часто выполненное густою слизью, повидимому, служитъ препятствіемъ для проникновенія сѣмени въ каналъ матки.

Частые позывы на мочу, на которые жалуются такія больныя, объясняются давленіемъ дна матки на заднюю стѣнку пузыря, что бываетъ какъ при накопленіи, такъ и при загибѣ матки кпереди. Рѣже эти смѣщенія матки являются ближайшею причиною привычныхъ запоровъ, которые иногда зависятъ отъ надавливанія шейки матки на прямую кишку, при укороченіи маточно-крестцовыхъ связокъ или при образованіи сращеній въ задней части таза. Иногда больныя жалуются на сильныя боли при сношеніи, что часто зависитъ отъ воспалительныхъ явленій въ маткѣ и частяхъ окружающихъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ является однимъ изъ признаковъ истеріи, которымъ нерѣдко бываютъ одержимы женщины, страдающія смѣщеніемъ матки кпереди.

Распознаваніе обыкновенно не представляетъ затрудненія при двойномъ изслѣдованіи чрезъ влагалище. У двѣшекъ приходится дѣлать

изслѣдованіе чрезъ прямую кишку. Введеніе зонда иногда является необходимымъ для уясненія состоянія полости матки и канала шейки.

Предсказаніе благоприятѣе въ тѣхъ формахъ смѣщеній кпереди, которыя не осложняются воспаленіемъ маточныхъ придатковъ или тазовой брюшины. При существованіи такихъ осложненій гораздо труднѣе устранить тягостные симптомы. Иногда для этого необходимо прибѣгать къ серьезнымъ операціямъ.

Лѣченіе. У дѣвушекъ, у которыхъ смѣщенія матки кпереди сопровождаются сильными болями во время мѣсячныхъ, наибольшую пользу приносятъ общія теплыя соленыя ванны или сидячія полуванны, при назначеніи внутрь желѣза или препаратовъ брома. Полезны также физическія упражненія на воздухѣ, массажъ и гимнастика. При отсутствіи воспалительныхъ явленій, иногда ходьба и вообще движеніе во время мѣсячныхъ уменьшаетъ боли. Однако наичаще, въ особенности у замужнихъ женщинъ, оказывается болѣе полезнымъ покойное положеніе въ постели, теплыя салфетки или припарки на нижнюю часть живота и назначеніе внутрь наркотическихъ средствъ — морфія или опія въ соединеніи съ *tinct. valerianae aeth.* и *tinct. cannabis indic.*; часто оказываетъ пользу антипиринъ, а также питье горячаго настоя мяты или ромашки, и мазь изъ смѣси хлороформа и *ol. olivar.* 1 : 4, которую слѣдуетъ наливать на вату и прикладывать на животъ, закрывая поверхъ англійской клеенкой.

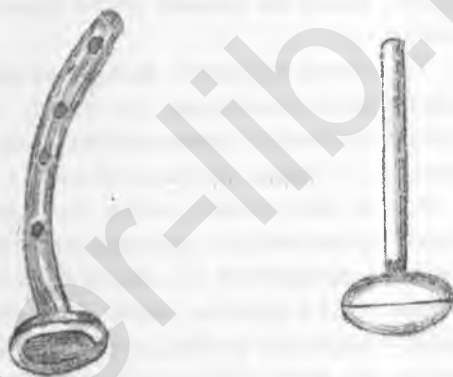


Рис. 136. Прямой и согнутый маточные штифты.

Наступившая беременность часто радикально излѣчиваетъ дисменорею. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ такое состояніе не наступаетъ, слѣдуетъ примѣнить лѣченіе безплодія, сообразуясь съ особенностями даннаго случая. При отсутствіи воспалительныхъ осложненій, если боли при мѣсячныхъ зависятъ отъ суженія внутренняго зѣва, нужно производить, лучше въ одинъ разъ, чѣмъ въ нѣсколько пріемовъ, расширеніе канала шейки посредствомъ бужей Негар'а, обыкновенно до 7 mm., рѣже больше, или же примѣнить для этой цѣли инструменты Еппингера и Шульце. Только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ механическое расширеніе не удастся, нужно сдѣлать небольшіе поверхностные надрѣзы на внутреннемъ зѣвѣ и потомъ вводить повторно бужи Негар'а. Менѣе цѣлесообразно введеніе палочекъ *laminaria* для этой цѣли.

Если наклоненіе матки напередъ сопровождается катарромъ матки,

необходимо прибѣгнуть къ лѣченію этого осложненія обычными мѣстными средствами.

Когда дисменоррея не вполне уступаетъ такому мѣстному лѣченію, оказываетъ пользу примѣненіе постояннаго тока отъ 10 до 50 МА, при чемъ \pm Е вводится въ каналъ шейки. Употребленіе внутриматочныхъ пессаріевъ, имѣющихъ форму палочекъ, въ послѣднее время опять рекомендуется нѣкоторыми врачами главнымъ образомъ при лѣченіи *dysmenorrhoea*. Къ нимъ слѣдуетъ прибѣгать только въ тѣхъ случаяхъ, когда всѣ другія средства окажутся бесполезными для устраненія дисменорреи. Вводятъ ихъ наичаще вслѣдъ за введеніемъ зонда или бу-жей. Первые дни больная остается въ кровати, затѣмъ начинаетъ постепенно выходить. Ежедневно два раза она должна дѣлать промываніе влагалища 0,5—1% растворомъ карболовой кислоты. При появленіи болей въ нижней части живота, палочку немедленно слѣдуетъ удалить.

Тѣ случаи смѣщенія матки кпереди, которые сопровождаются воспалительными явленіями въ маткѣ или въ ея придаткахъ и тазовой брюшинѣ, лѣчатся назначеніемъ разрѣшающихъ общихъ и мѣстныхъ средствъ, а также продолжительнымъ примѣненіемъ массажа.

Когда коническая шейка съ крайне узкимъ наружнымъ отверстіемъ представляетъ непосредственную причину безплодія, является показаніе произвести ея разсѣченіе, чтобы дать возможность сѣмени проникнуть въ полость матки. Эта операція была уже описана выше. Послѣ разсѣченія шейки, чтобы избѣжать осложнений, не слѣдуетъ до заживленія раны дѣлать попытки расширенія канала шейки, какъ это совѣтуютъ нѣкоторые, въ особенности англійскіе врачи.

Что касается лѣченія самаго смѣщенія матки кпереди, то лѣченіе *anteversio* посредствомъ внутриматочныхъ или влагалищныхъ пессаріевъ въ настоящее время оставлено большинствомъ врачей, какъ бесполезная процедура.

Потому что перегнутую кпереди матку, въ особенности, когда это состояніе бываетъ врожденнымъ, также мало надежды превратить въ органъ, имѣющій правильную форму, какъ измѣнить однорогую матку въ нормальную. Тѣмъ не менѣе Thomas и немногіе другіе гинекологи назначаютъ такимъ больнымъ особенные пессаріи. Goelet, Regnier, Lagarde и друг. примѣняютъ постоянный токъ, при чемъ одинъ изъ электродовъ вводится въ шейку и даже въ полость матки.

По той же причинѣ не слѣдуетъ примѣнять разныя, предложенныя для этой цѣли, операціи. Наклоненіе матки напередъ *anteversio*, иногда исправляется послѣ продолжительнаго мѣстнаго и общаго лѣченія и примѣненія массажа.

Глава 5.

Наклоненіе и загибъ матки кзади, *retroversio et retroflexio uteri*.

При наклоненіи матки кзади, дно ея находится въ крестцовой впадинѣ, влагалищная часть обращена къ лонному соединенію, ось матки



Рис. 137. *Retroversio uteri*. Шематическій продольный разрѣзъ.

представляетъ почти прямую линію безъ искривленія на мѣстѣ внутренняго зѣва. При загибѣ матки кзади, дно ея также находится въ крестцовой впадинѣ, или вѣрнѣе въ Дугласовомъ пространствѣ; оно стоитъ на одномъ уровнѣ съ влагалищною частью и часто даже ниже. Хотя сгибъ между тѣломъ и шейкой ясно выраженъ, послѣдняя рѣдко остается на мѣстѣ, чаще она отодвинута болѣе или менѣе кпереди;

почему, при этомъ смѣщеніи матки, часто встрѣчаются переходныя положенія между наклоненіемъ и загибомъ къзади.

Этіологія. Въ противоположность смѣщеніямъ напередъ, смѣщенія матки къзади мы встрѣчаемъ наичаще у женщинъ, рожавшихъ или по крайней мѣрѣ имѣвшихъ выкидышъ. При недостаточной инволюціи



Рис. 138. Retroflexio uteri вслѣдствіе большой опухоли (fibromyoma), на передней стѣнкѣ матки.

или раннемъ вставаніи съ постели и тяжелой работѣ вскорѣ послѣ родовъ, большая матка опускается ниже, чему чрезвычайно благоприятствуетъ расслабленіе маточныхъ связокъ, стѣнокъ влагалища и тазовыхъ фасцій, которыя подвергались сильному растяженію во время родовъ при прохожденіи плода. Опускаясь книзу, матка смѣщается по оси таза и, сообразно направленію проводной ея линіи, дно матки

должно отодвинуться въ крестцовую впадину. Въ теченіе нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ послѣ родовъ на тѣлѣ матки мы не находимъ сгиба, пока ея стѣнки остаются плотными и значительно утолщенными. При дальнѣйшемъ теченіи процесса обратнаго развитія, матка значительно уменьшается въ объемѣ, ея стѣнки дѣлаются тоньше и болѣе податливыми, въ то же время заднія маточныя связки укорачиваются

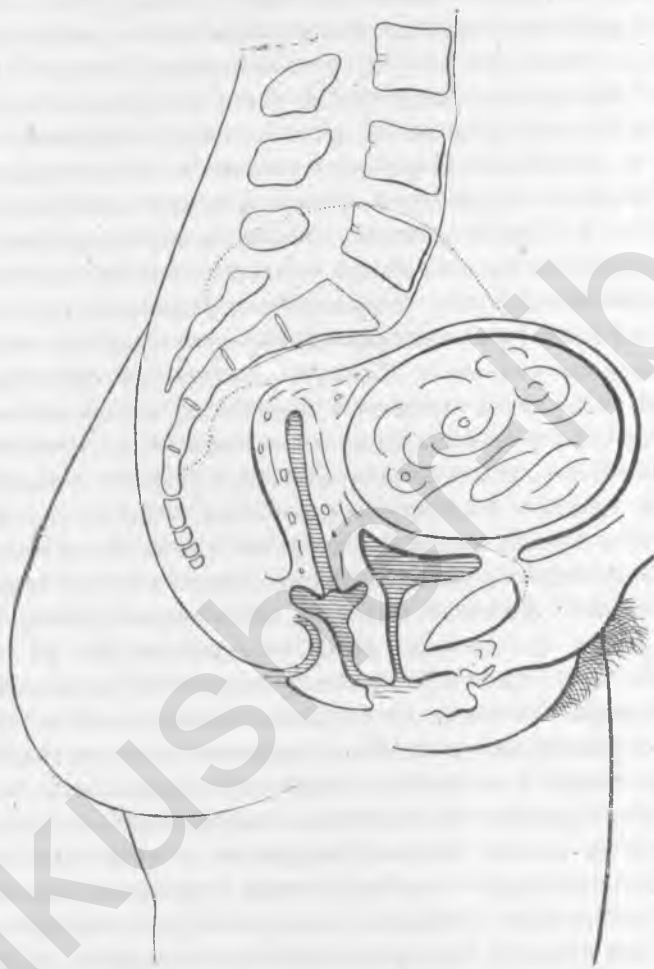


Рис. 139. Retroversio et retropositio uteri вследствие большой опухоли, выросшей на передней стѣнкѣ матки подъ брюшиною.

и становятся плотнѣе, дальнѣйшее опущеніе шейки прекращается, почему тѣло матки, подвергаясь давленію брюшныхъ внутренностей, смѣщается въ Дугласово пространство, при этомъ по необходимости происходитъ болѣе или менѣе значительный перегибъ кзади на границѣ между тѣломъ и шейкою матки. Такимъ образомъ образованіе смѣщеній матки кзади представляетъ явленіе постепенное, процессъ

медленный и хроническій. Gerisch нашель, что къ образованію искривленія кзади располагаетъ малое наклоненіе таза. Описаны исключительные случаи, когда смѣщеніе кзади развилось внезапно, при чрезмѣрномъ напряженіи брюшного пресса или при паденіи на поясницу и значительномъ ушибѣ.

У не рожавшихъ женщинъ смѣщенія матки кзади встрѣчаются гораздо рѣже, преимущественно въ формѣ загиба матки, retroflexio, которая въ исключительныхъ случаяхъ является состояніемъ врожденнымъ, или же происходитъ вслѣдствіе воспаленія въ передней половинѣ таза и послѣдовательнаго укороченія lig. utero-vesicalia. Чаше наклоненіе и загибъ матки кзади развивается еще въ періодъ наступленія зрѣлости у слабыхъ и анемичныхъ дѣвушекъ, вѣроятно, вслѣдствіе недоразвитія, вялости и податливости маточной ткани, въ связи съ запорами, дурнымъ пищевареніемъ и тяжелой работой; иногда вслѣдствіе ношенія сильно стянутого корсета. Онанизмъ также слѣдуетъ считать одной изъ причинъ смѣщенія матки кзади. Нерѣдко оно обусловливается также новообразованиями матки или яичника, занимающими переднюю часть таза.

Анатомическія измѣненія. Большею частью при смѣщеніи кзади, матка болѣе или менѣе увеличена въ объемѣ и ея каналъ длиннѣе нормальнаго. Задняя стѣнка иногда толще передней, но часто на мѣстѣ сгиба она истончена, и вся шейка удлинена. Слизистая оболочка большею частью утолщена и представляетъ явленія катарра. У рожавшихъ наружный зѣвъ широко раскрытъ, передняя стѣнка влагалища короче задней и представляется болѣе гладкою. Передняя губа матки выстопитъ менѣе задней. Маточные придатки, вмѣстѣ съ широкими связками, смѣщаются кзади, при чемъ дно матки иногда опускается въ Дугласово пространство. Этотъ органъ, а также трубы представляютъ явленія застойной гипереміи и часто также измѣненія воспалительнаго характера, осложненныя развитіемъ сращеній съ окружающими частями. Въ особенности дно матки и ея задняя стѣнка иногда образуютъ болѣе или менѣе стойкія сращенія съ брюшиною, выстилающею дно Дугласова пространства, съ прямою кишкою, сальникомъ и кишечными петлями. При этомъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ ткань широкихъ связокъ представляетъ значительное уплотненіе, какъ послѣдствіе повторныхъ воспаленій въ этой области. При врожденныхъ искривленіяхъ кзади, S ä n g e r всегда находилъ перемычку, которая шла отъ шейки въ сводѣ къ передней стѣнкѣ влагалища.

Симптомы и теченіе. Вѣроятно, не менѣе 10—15% всѣхъ гинекологическихкихъ больныхъ одержимы смѣщеніемъ матки кзади. Иногда такое ненормальное положеніе матки мы находили случайно при изслѣдованіи больныхъ, у которыхъ оно не обнаруживалось никакими особенными симптомами. Чаше, однако, образовавшееся смѣщеніе матки кзади сопровождается болѣе или менѣе тягостными симптомами. Истеченіе бѣлей представляетъ почти постоянное явленіе, на которое жа-

луются такія больныя. Иногда количество слизистаго отдѣленія достигаетъ значительной степени. Часто также больныя при смѣщеніи матки кзади имѣютъ обильныя, продолжительныя мѣсячныя; рѣже кровотеченія изъ матки принимаютъ атипическій характеръ. Обыкновенно мѣсячныя протекаютъ безъ особенныхъ болей. Только въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при загибѣ кзади у женщинъ не рожавшихъ, dysmenorrhoea достигаетъ значительной степени и зависитъ отъ суженія внутренняго зѣва и катарра матки. Сравнительно нерѣдко жалуются на значительныя боли при мѣсячныхъ женщины, у которыхъ загибѣ кзади осложняется приращеніемъ дна матки въ Дугласовомъ пространствѣ или хроническимъ воспаленіемъ маточныхъ придатковъ; вообще такія боли представляютъ довольно частое явленіе при неподвижномъ загибѣ матки назадъ, retroflexio fixata. Безплодіе встрѣчается, повидимому, рѣже, чѣмъ при врожденныхъ перегибахъ кпереди. Негман при изслѣдованіи 407 такихъ больныхъ отъ $\frac{9}{10}$ части ихъ слышалъ жалобы на боли въ крестцѣ и чувство напирания на низъ. Повидимому, это зависитъ чаще отъ воспаленія маточныхъ придатковъ, нежели отъ самаго искривленія матки кзади.

Смѣщенная кпереди шейка матки производитъ давленіе на область шейки мочевого пузыря и вызываетъ раздраженіе, послѣдствіемъ котораго является частые позывы на мочеиспусканіе. Вслѣдствіе давленія смѣщенного дна матки на прямую кишку, возникаетъ механическое препятствіе опусканію кала въ нижнюю часть кишки, почему запоры представляютъ обычное явленіе при различныхъ формахъ этой болѣзни. Менѣе часто обнаруживается давленіе дна матки на мочеточники, проходящіе въ тазу недалеко съ боковъ матки.

Болевыя ощущенія весьма часто сопровождаютъ смѣщеніе матки кзади. Тяжесть, тупыя боли въ нижней части живота и въ поясницѣ, иногда напоръ книзу составляютъ обычныя жалобы. Иногда боли распространяются также на нижнія конечности, являются сердцебіеніе, боли подъ ложечкой, межреберныя невралгіи, головныя боли и пр. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ особенности при упадкѣ питанія, развиваются общія разстройства нервной системы въ формѣ истеріи и неврастеніи. Въ исключительныхъ случаяхъ были наблюдаемы паретическія явленія въ нижнихъ конечностяхъ, которыя исчезали послѣ направленія матки.

Распознаваніе. Коль скоро при изслѣдованіи чрезъ влагалище мы находимъ дно матки въ крестцовой впадинѣ, а шейку болѣе или менѣе отодвинутою кпереди, мы распознаемъ наклоненіе матки кзади. Гораздо чаще, чѣмъ наклоненіе, встрѣчается загибѣ матки кзади, при чемъ тѣло матки образуетъ съ шейкой болѣе или менѣе рѣзко выраженный уголь, открытый кзади. При двойномъ изслѣдованіи въ такихъ случаяхъ мы не находимъ дна матки возлѣ лоннаго соединенія. Изслѣдуя околосматочную область, нерѣдко можно найти припухлость од-

ного или обоихъ яичниковъ и трубъ, рѣже оплотненіе воспалительнаго характера въ окружности этихъ органовъ или въ широкой связкѣ.

Наи чаще загибъ матки кзади можно смѣшать съ заматочнымъ экссудатомъ или съ небольшою кистой яичника, помѣщающейся въ Дугласовомъ пространствѣ. Большею частью въ такихъ случаяхъ довольно легко установить отличительное распознаваніе. Заматочный экссудатъ



Рис. 140. Различные моменты вправленія матки, repositio uteri, ручными приѣмами, при подвижномъ загибѣ матки кзади. Приподниманіе дна матки.

представляетъ расплывшуюся широко, неподвижную опухоль, въ противоположность дну матки, которое рѣзко выдѣляется посрединѣ крестцовой впадины. Когда киста помѣщается въ Дугласовомъ пространствѣ, при двойномъ изслѣдованіи можно найти матку впереди опухоли. Въ затруднительныхъ случаяхъ можно при такомъ изслѣдованіи прибѣгнуть къ оттягиванію матки книзу, захвативъ влагалищную часть пулевыми щипцами, за которые долженъ потягивать помощникъ. При фибромахъ матки, выдающихся въ Дугласово пространство, для установленія отличительнаго распознаванія необходимо иногда прибѣгать къ

введенію маточнаго зонда. Для избѣжанія ошибокъ гинекологическое изслѣдованіе, при смѣщеніи матки кзади, слѣдуетъ всегда производить при пустомъ мочевомъ пузырьѣ и при опорожненной прямой кишкѣ. Къ наркозу приходится прибѣгать крайне рѣдко.

Коль скоро врачъ пришелъ къ заключенію, что въ данномъ случаѣ находится смѣщеніе матки кзади, онъ долженъ уяснить себѣ, сохранила ли въ данномъ случѣ матка вполнѣ или отчасти свою подвиж-



Рис. 141. Отодвиганіе два матки вперед.

ность. Другими словами, возможно ли въ данномъ случаѣ привести матку въ нормальное положеніе, чтобы дно ея находилось возлѣ лоннаго соединенія, иначе говоря, выпрямить матку. Къ такой попыткѣ слѣдуетъ приступать только послѣ обстоятельнаго изслѣдованія матки и ея придатковъ, при отсутствіи обострившихся воспалительныхъ процессовъ или опухолей придатковъ, въ которыхъ можно заподозрѣть присутствіе гноя.

Вправленіе матки слѣдуетъ всегда пытаться произвести при помощи ручныхъ приемовъ. При обыкновенномъ положеніи больной на спячѣ,

два пальца вводят во влагалище и чрез задній сводъ приподнимають дно матки кверху; затѣмъ концами тѣхъ же пальцевъ надавливають на переднюю поверхность влагалищной части по направленію кзади и кверху, чтобы приподнятое дно матки совершало дальнѣйшее движеніе кверху и кпереди. Коль скоро удастся такими приѣмами приподнять дно матки, нужно концами пальцевъ другой руки отодвинуть чрезъ брюшные покровы кишечныя петли нѣсколько кверху отъ лоннаго сое-

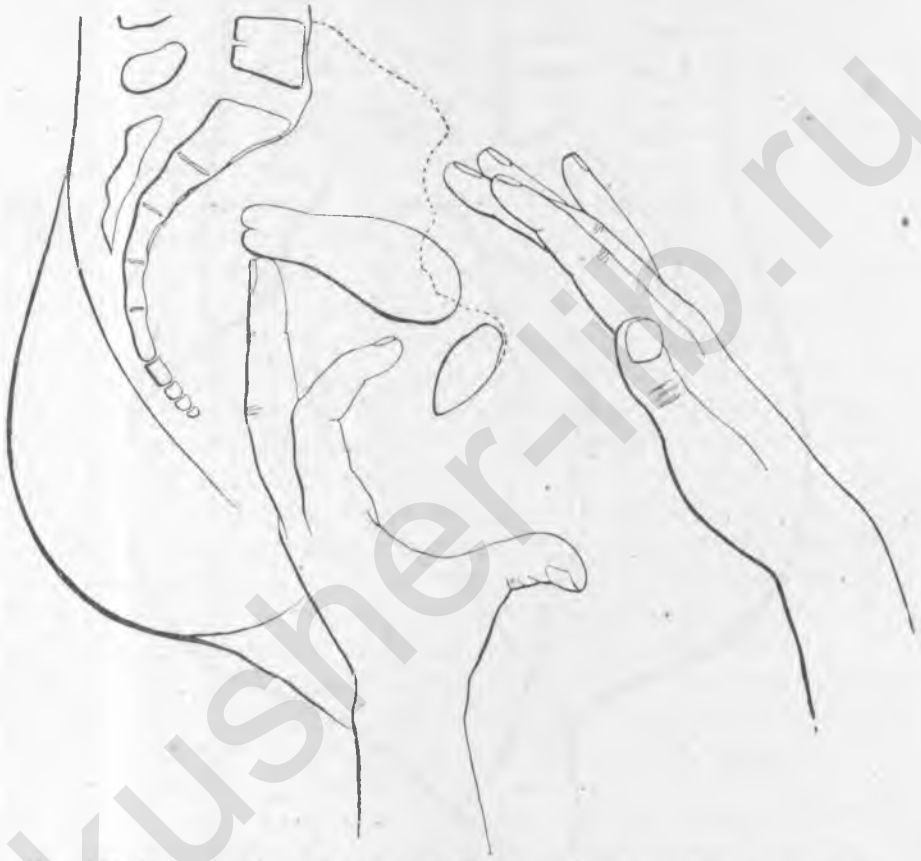


Рис. 142. Надавливаніе на portio vaginalis и перемѣщеніе дна матки напередъ.

диненія и затѣмъ, захвативъ дно матки, его направляютъ кпереди. Когда вправленіе матки на мѣсто вполне удастся, ея тѣло можно бываетъ одновременно оцупать концами пальцевъ руки, находящейся во влагалищѣ, чрезъ переднюю стѣнку рукава и рукою, расположенною на животѣ выше лоннаго соединенія. При отсутствіи приращеній, это нормальное положеніе матки нѣкоторое время сохраняется. Напротивъ, матка возвращается немедленно на прежнее мѣсто при существованіи удоборастяжимыхъ приращеній, коль скоро мы перестаемъ ее удерживать пальцами. Когда имѣются приращенія сплошныя или неподатли-

выя, выпрямить матку не удается вовсе. Впрочемъ слѣдуетъ помнить, что много въ этихъ случаяхъ зависитъ отъ навыка и опытности врача. При застарѣлыхъ загибахъ матки кзади, даже при полномъ отсутствіи приращеній, часто не удается сразу произвести вправленіе матки; иногда только повторныя попытки приводятъ къ успѣшному результату.

Употребленія зонда слѣдуетъ по возможности избѣгать; къ нему можно прибѣгать только въ исключительныхъ случаяхъ, когда толстыя брюшныя стѣнки, или нервозность больной не дозволяютъ ей ослабить напряженіе брюшныхъ стѣнокъ, что препятствуетъ привести къ концу вышеописанный ручной приѣмъ вправленія матки.

Предсказаніе. Различныя формы смѣщеній матки кзади обыкновенно не представляютъ заболѣваній опасныхъ для жизни. Опасность можетъ возникнуть иногда при тяжелыхъ осложненіяхъ воспалительнаго характера. Въ большинствѣ случаевъ мы въ состояніи, при надлежащемъ лѣченіи, достигнуть значительнаго уменьшенія тяжелыхъ симптомовъ болѣзни, рѣже полного излѣченія болѣзни, не прибѣгая къ серьезнымъ операціямъ.

Лѣченіе. У дѣвушекъ въ большинствѣ случаевъ, при смѣщеніи матки кзади, приходится довольствоваться назначеніемъ общихъ укрѣпляющихъ средствъ: желѣзно-соленыхъ ваннъ, купанія въ рѣкѣ, внутрь препаратовъ желѣза или желѣзныхъ водъ—Eger Franzensquelle, Ruy-mont, Schwalbach, Желѣзноводскъ и проч. Умѣстны также приемы extr. fluid. hydrastis canad. въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Къ этому лѣченію можно присоединить повторное приподнятіе дна матки пальцемъ чрезъ прямую кишку, въ общихъ чертахъ сходное съ вышеописаннымъ ручнымъ приѣмомъ вправленія матки чрезъ влагалище. Послѣ вправленія слѣдуетъ совѣтовать больнымъ лежать нѣкоторое время на животѣ, или же становиться на нѣсколько минутъ въ согнутомъ положеніи на колѣняхъ и локтяхъ. Въ свѣжихъ случаяхъ, при смѣщеніи матки кзади, развившемся въ послѣродовомъ періодѣ, въ особенности можно рассчитывать на благопріятное вліяніе ручного вправленія матки чрезъ влагалище, которое должно сопровождаться легкимъ мѣстнымъ массажемъ и послѣдовательною тампонаціей, при чемъ первые тампоны нужно слегка намочить въ смѣси карболизованнаго глицерина съ іодоломъ. Такіе тампоны слѣдуетъ оставлять во влагалищѣ на сутки и, по удаленіи ихъ, дѣлать впрыскиваніе изъ 0,5—1% раствора карболовой кислоты.

Массажъ рѣдко оказывается дѣйствительнымъ въ случаяхъ смѣщенія матки кзади давняго происхожденія. Наичаще его приходится при-мѣнять такимъ образомъ. Два пальца вводятся во влагалище, другая рука находится возлѣ лоннаго соединенія на передней брюшной стѣнкѣ. Предварительно тамъ, гдѣ возможно, слѣдуетъ произвести вправленіе матки. Затѣмъ пальцами, находящимися во влагалищѣ, матку приподнимаютъ кверху и сперва въ окружности ея, затѣмъ по ея поверхности концами пальцевъ другой руки дѣлаютъ сначала легко, затѣмъ

сильнѣе круговыя движенія, какъ бы растираніе матки. Затѣмъ захва- ченная обѣими руками матка попеременно приподнимается кверху, въ сторону, впереди и отодвигается кзади съ цѣлью вызвать сокращеніе маточныхъ связокъ. Тамъ, гдѣ находятся приращенія, при массажѣ примѣняются тѣ же самыя приемы съ тою разницей, что попытки вращенія и передвиженія матки слѣдуетъ производить осторожно и съ большою осмотрительностью, избѣгая насилія и имѣя въ виду постепенное растяженіе и отслойку приращеній. Сеансъ, который долженъ продолжаться не болѣе 5—10 минутъ, заканчивается послѣдователь- нымъ сведеніемъ и разведеніемъ нижнихъ конечностей, согнутыхъ въ колѣнномъ суставѣ. Менѣе безопасно, хотя болѣе дѣйствительно при массажѣ примѣнять потягиваніе за влагалищную часть книзу при по- мощи пулевыхъ щипцовъ, которые передаются помощнику. Двойными ручными приемами одновременно стараются разъединить приращенія на задней стѣнкѣ матки.

Въ большинствѣ случаевъ необходимо, коль скоро удалось привести матку въ нормальное положеніе, примѣнять маточныя кольца или *пессаріи*, чтобы въ этомъ положеніи удержать матку и дать возможность растянутымъ маточнымъ связкамъ, въ особенности *lig. uterosacralia*, нѣсколько сократиться и получить возможность проявленія болѣе со- вершенной функціи. Въ настоящее время наичаще употребляются кольца изъ твердой полированной гуттаперчи или целлюлоида съ мѣдной про- волокою внутри. Приготовленные изъ такого матеріала *пессаріи* не до- роги, мало раздражаютъ влагалище и могутъ, разогрѣтые въ кипяткѣ, принимать требуемую кривизну и форму. Обыкновенно ихъ слѣдуетъ примѣнять только въ тѣхъ случаяхъ, когда можно придать маткѣ нор- мальное положеніе, и назначеніе *пессаріевъ* заключается только въ

удержаніи матки въ этомъ положеніи. Это достигается наичаще чрезъ приподнятіе верхнимъ концомъ *пессарія* задняго свода и послѣдова- тельнымъ напряженіемъ ра- стянутыхъ заднихъ маточ- ныхъ связокъ, въ которыхъ, вѣроятно, при этомъ воз- буждаются сокращенія.



Рис. 143. Пессарій Pod- ge'a мало изогнутый.



Рис. 144. Сильно изогну- тый *пессарій* Thomas'a.

Только нѣкоторые *пессаріи* дѣйствуютъ непосредственно на влага- лищную часть, приподнимая ее кверху. Средняя часть *пессарія* распо- лагается на задней стѣнкѣ влагалища, а нижнимъ концомъ онъ упи- рается на мышцы и фасціи тазоваго дна. Наиболѣе употребительные *пессаріи*, будучи разогнуты, представляютъ кольца различнаго діаметра отъ 6 до 10, даже 12 см. Выставленная на кольцѣ цифра обозначаетъ величину его діаметра. Для cadaго случая нужно выбрать подходя-

шаго размѣра кольцо. Наичаще употребляются такъ называемые рычагообразные пессаріи Hodge'a и Thomas'a; послѣдніе отличаются значительнымъ утолщеніемъ на верхнемъ концѣ. Для женщинъ не рожавшихъ наичаще примѣняются кольца отъ 7 до 8 см., для рожавшихъ—отъ 8 до 9, рѣдко 10 см. въ діаметрѣ. Размягчивъ кольцо въ кипяткѣ, ему даютъ надлежащую кривизну, въ профиль въ видѣ болѣе или менѣ согнутаго латинскаго S или запятой. Послѣ вправленія матки, смазанное вазелиномъ кольцо вводятъ во влагалище, и кладутъ такимъ образомъ, чтобы верхній конецъ, находящійся въ заднемъ сводѣ былъ обращенъ кпереди, а нижній—кзади и книзу. Правильно подобранное кольцо хорошо держится, если только на промежности нѣтъ значительнаго разрыва, и не причиняетъ болей; при этомъ можно легко обвести палецъ между кольцомъ и стѣнками влагалища.

При сильно расслабленномъ и широкомъ влагалищѣ, кольцу Hodge'a придаютъ форму, въ профиль напоминающую контуры саней, чтобы

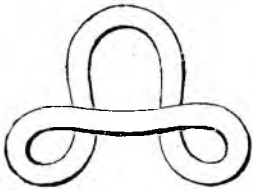


Рис. 145. Пессарій Hodge'a, изогнутый въ формѣ саней.

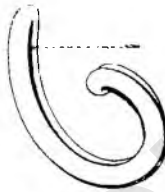


Рис. 146. Пессарій, изогнутый въ формѣ саней, сбоку.



Рис. 147. Пессарій Hodge'a, изогнутый въ видѣ цифры 8.

передній загнутый кверху конецъ кольца получилъ надлежащую опору на передней стѣнкѣ влагалища и лонныхъ костяхъ. Напротивъ, у женщинъ не рожавшихъ съ узкимъ влагалищемъ можно съ большою пользою примѣнить восьмиобразно искривленный пессарій Hodge'a. Послѣднія двѣ формы введены въ употребленіе Schultze. Какой бы формы пессарій не былъ введенъ, онъ можетъ принести пользу только въ томъ случаѣ, когда матка будетъ удерживаться имъ въ правильномъ положеніи, и вмѣстѣ съ тѣмъ больная почти или совершенно не будетъ ощущать присутствія такого посторонняго тѣла во влагалищѣ. Davenport наблюдалъ совершенное излѣченіе загиба назадъ при употребленіи пессаріевъ только въ 11% всѣхъ случаевъ. Sanger нашель излѣченіе 25%, улучшеніе 40%, безъ переменъ 35%. Намъ нерѣдко случалось наблюдать, что ношеніе пессарія иногда въ теченіе даже 2 лѣтъ не излѣчивало загиба матки назадъ, между тѣмъ какъ въ другихъ случаяхъ было достаточно нѣсколькихъ мѣсяцевъ для достиженія хорошихъ результатовъ. Для уменьшенія раздраженія слѣдуетъ назначать два раза въ день промываніе влагалища, даже во время мѣсячныхъ, теплымъ растворомъ *acidi carbolicі* или *aceti pyrolignosi crudi*.

Оперативныя пособія уместны въ тѣхъ случаяхъ, когда влагалищ-

ные пессарии не устраняют тягостныхъ симптомовъ, причиняемыхъ смѣщеніемъ матки кзади, и больная отказывается отъ употребленія колець, или когда приросшая матка не вправляется, несмотря на настойчивое примѣненіе массажа. Въ настоящее время въ такихъ случаяхъ производится для устраненія перегиба матки наичае одна изъ трехъ операций,—*укороченіе круглыхъ связокъ*, операция Alexander Adams'a, *пришиваніе передней стѣнки матки къ влагалищу*, *vaginofixatio*, или къ нижней части передней стѣнки живота, *ventrofixatio*. По наблюденіямъ Martin'a, около 20% случаевъ этой болѣзни требуетъ оперативнаго пособія. При подвижной маткѣ, которую можно

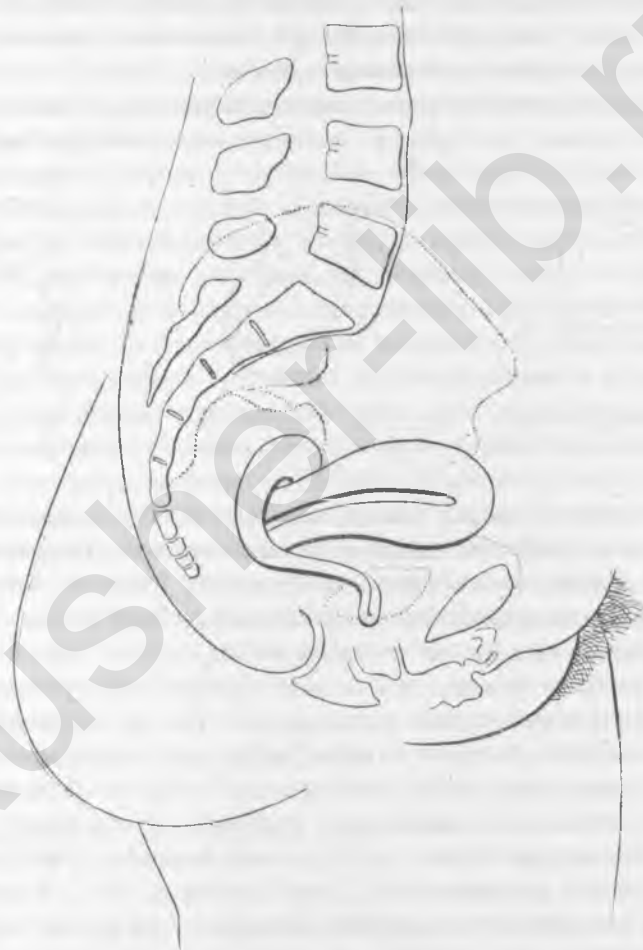


Рис. 148. Вправленная матка, которая удерживается въ правильномъ положеніи кольцомъ Thomas'a.

привести въ нормальное положеніе, нерѣдко производится операция Alexander—Adams'a, которая многими врачами считается наиболее цѣлесообразною въ такихъ случаяхъ.

Для этой операции необходимы следующие инструменты:

зондъ Шульце,	расширители для оттяги-
пинцеты Пеана малые,	ванія краевъ раны,
пинцеты анатомическіе	желобоватый зондъ,
и съ зубцами.	иглодержатель,
крючки острые и	кривыя иглы,
тупые,	ножи и ножницы.

Операция. При полномъ наркозѣ дѣлають разрѣзъ въ паховой области параллельно Пупартовой связкѣ, отступя на 2—3 пальца отъ *spina ant. sup. ossis ilei* до *tuberculum pubis* той же стороны. Сперва разрѣзываются кожные покровы и поверхностная фасція, при чемъ захватываются пинцетамъ кровотокашіе сосуды, между прочимъ *art. epigast. superf.* Затѣмъ отъ наружнаго пахового кольца по направленію кожного разрѣза разсѣкается апоневрозъ *m. obliqui ext.* Такой разрѣзъ чрезъ переднюю стѣнку пахового канала значительно облегчаетъ и упрощаетъ эту операцию. Онъ предложенъ Roux, его примѣняютъ въ настоящее время большинство гинекологовъ. Мы также оперировали всегда съ разрѣзомъ стѣнки пахового канала. Сравнительно немногіе операторы, подобно Mundé, не разсѣкають канала, а вытягиваютъ связку чрезъ наружное паховое кольцо. Раздвинувъ тупыми крючками или расширителями края раны, мы видимъ выходящій изъ внутренняго пахового кольца *n. genito-cruralis* и возлѣ него, нѣсколько глубже, плотный блѣдно-розовый свурокъ, *lig. rotundum uteri*, которая расположена возлѣ Пупартовой связки по направленію пахового канала. Чтобы вѣрнѣе распознать круглую связку, слѣдуетъ тянуть пинцетомъ пучокъ ткани, находящейся въ паховомъ кольцѣ, менѣе удобно потягивать за большую губу. Сверху пинцетамъ связку отдѣляютъ отъ окружающей ткани и приподнимають кверху, захвативъ двумя пальцами, постепенно вытягивая изъ внутренняго пахового кольца, при чемъ тянущуюся за нею брюшину отдѣляютъ, проводя по связкѣ сверху внизъ сухой іодоформенной марли. Когда длина вытянутой наружу связки достигаетъ 8—10 см., при изслѣдованіи чрезъ влагалище можно убѣдиться, что соответствующій уголь матки приблизился къ передней стѣнкѣ живота. Часть круглой связки, ближайшую къ внутреннему паховому кольцу, захватываютъ длиннымъ пинцетомъ Пеана, чтобы она не уходила обратно въ полость живота, а рану покрываютъ обезпложеннымъ компрессомъ. Дальнѣйшій ходъ операциі на время прекращають, пока такимъ же способомъ не будетъ найдена и вытянута наружу *lig. rotund. uteri* въ другой паховой области. Послѣ чего круглую связку перевязываютъ и отрѣзываютъ у наружнаго пахового кольца справа и слѣва, а свободный конецъ ея оттягиваютъ наружу. Сперва соединяется тонкимъ шелковымъ швомъ разрѣзанный апоневрозъ *m. obliqui ext.*, при чемъ въ шовъ захватывается круглая связка, часть которой располагають на ранѣ сухожилія, остальную отрѣзываютъ. Затѣмъ, послѣ перевязки *art. epigast.*

superf., сшивается глубокими и поверхностными швами кожная рана. При наложении глубоких швовъ, слѣдуетъ захватывать поверхностную фасцію и на небольшомъ пространствѣ сухожилія наружной косой мышцы, чтобы предотвратить образованіе полости въ глубинѣ раны. На зашитыя раны кладутъ компрессы, напитанные 0,1% растворомъ сулемы, и затѣмъ колосовидную повязку, spica, изъ мягкой марли. Во влагалище нужно ввести пессарій Нодгеа соответственной величины для удержанія на мѣстѣ приближеннаго къ передней стѣнкѣ живота дна матки.

На 212 случаевъ этой операціи, собранныхъ Ward, 196 сопровождались полнымъ успѣхомъ. 23 женщины были потомъ беременны; во всѣхъ случаяхъ беременность и роды протекали благополучно, кромѣ одного случая, который окончился выкидышемъ.

Къ сожалѣнію, не всегда удается найти lig. rotundum. У не рожавшихъ женщинъ эта связка бываетъ иногда развита слабо и легко обрывается. Въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ конецъ оторванной связки уходитъ въ полость брюшины; появившееся кровотеченіе можно бываетъ остановить только послѣ разрѣза брюшной полости. Fuchs даже совѣтуетъ производить операцію Alexander'a даже при retrof. fixata, разъединивъ сначала приращенія чрезъ разрѣзъ задняго свода влагалища. Хорошо произведенная операція сравнительно рѣдко даетъ рецидивы, но иногда послѣ нея замѣчали развитіе паховыхъ грыжъ.

Пришиваніе матки къ влагалищу, vaginofixatio, представляетъ другую операцію, которая въ настоящее время, имѣетъ, повидимому, еще большее примѣненіе, нежели операція Alexander'a. Она состоитъ въ пришиваніи передней стѣнки матки, недалеко отъ дна ея, къ влагалищу. Операція предложена Mackenrodt'омъ и Dührssen'омъ. Въ ходѣ операціи различаютъ 4 момента: 1) вскрытіе брюшной полости чрезъ передній сводъ, 2) выведеніе передней стѣнки, а если необходимо и дна матки, 3) пришиваніе матки къ влагалищу и брюшинѣ и 4) закрытіе брюшной раны и раны влагалища. При полномъ наркозѣ и обычномъ обнаженіи зеркаломъ и подъениками передняго свода и влагалищной части матки, дѣлается поперечный разрѣзъ на мѣстѣ прикрѣпленія влагалища, отъ него проводятъ чрезъ переднюю стѣнку влагалища продольный разрѣзъ по крайней мѣрѣ до половины длины этой стѣнки рукава. Влагалище по обѣ стороны разрѣза нѣсколько отсепаровываютъ отъ мочевого пузыря, и послѣдній отдѣляютъ пальцемъ, пока возможно, отъ передней стѣнки матки. Не слѣдуетъ упускать изъ виду, что у женщинъ не рожавшихъ и пожилыхъ, а также при prolapsus uteri послѣ отдѣленія влагалища отъ матки встрѣчается слой плотной ткани шириной отъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ см., которую нельзя разъединить пальцемъ, а слѣдуетъ осторожно отдѣлять ножницами, придерживаясь матки. Только послѣ отдѣленія этой плотной ткани легко удастся проникнуть концомъ пальца въ клетчатку между пузы-

ремъ и маткой. Захвативъ складку брюшины двумя пинцетами, ее разрѣзываютъ и, разведя концы ножницъ въ стороны, расширяютъ отверстие, въ которое входятъ указательнымъ пальцемъ лѣвой руки и приближаютъ дно матки къ отверстию; но часто также съ этою цѣлью необходимо отодвинуть шейку кзади и захватить переднюю стѣнку матки пулевыми щипцами. Удерживая послѣднюю, проводятъ 1 или 2 поперечныхъ шва черезъ стѣну рукава возлѣ края влагалищной раны чрезъ брюшину и переднюю стѣнку матки; другіе швы накладываютъ болѣе тонкимъ шелкомъ и проводятъ только чрезъ брюшину и матку въ томъ же направленіи. Удерживая матку за проведенныя чрезъ ее переднюю стѣнку шелковыя нити, сперва зашиваютъ въ продольномъ направленіи рану брюшины, затѣмъ завязываютъ швы, проходящіе чрезъ матку, при чемъ концы нитей тѣхъ швовъ, которые не захватываютъ влагалища, срѣзываются, и швы остаются въ глубинѣ ткани. Послѣ всего сшивается отдѣльно продольный и поперечный разрѣзъ влагалища глубокими и поверхностными швами. Наичаще швы снимаются не раньше 2 недѣль, кромѣ глубокихъ швовъ, проходящихъ чрезъ переднюю стѣнку матки, которые удерживаются на мѣстѣ еще одну недѣлю. Введеніе зонда съ цѣлью приблизить переднюю стѣнку матки къ разрѣзу брюшины помогаетъ рѣдко; большею частью употребленіе его излишне.

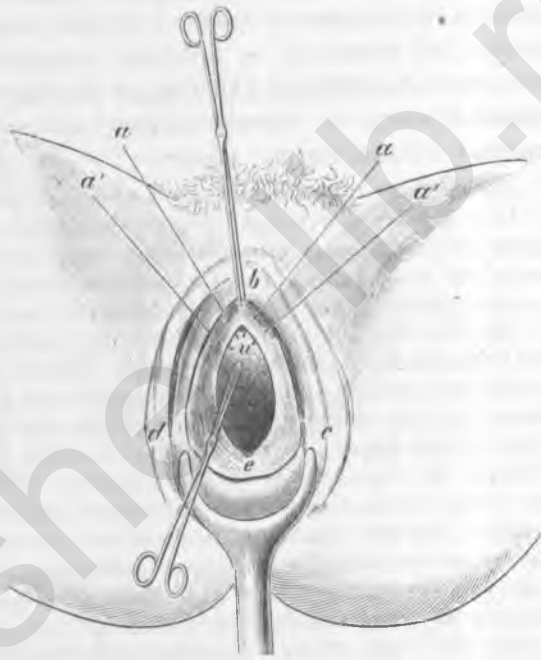


Рис. 149. Vagino-fixatio по Dührssen'у. *cbd*—наружная половая часть; *e* — передняя стѣнка влагалища возлѣ port. vaginalis; *u* — матка; *au* и *a'a'* — швы, проведенные чрезъ влагалище и ниже дна матки чрезъ ее стѣнку.

Dührssen полагаетъ, что операція, произведенная по вышеописанному способу, не уменьшаетъ подвижности матки и не оказываетъ неблагоприятнаго вліянія во время родовъ. Vaginofixatio безспорно труднѣе пришиванія матки къ передней стѣнкѣ, но сравнительно съ нею она имѣетъ большіе преимущества: 1) она представляетъ операцію менѣе значительную, 2) она не оставляетъ грыжи и не требуетъ ношенія бандажа, 3) выздоровленіе наступаетъ скорѣе, 4) смертность меньше.

Большинство врачей, прежде других Martin и Wertheim, пришли в настоящее время к заключению, что необходимо всегда разрезать брюшину, чтобы вярше захватить швами переднюю стѣнку матки, а также избѣжать опаснаго пораженія кишечныхъ петель. Лебедевъ предложилъ особенный зондъ, чтобы облегчить введенія дна матки въ рану. Другіе операторы захватываютъ дно матки пальцами, а нѣкоторые, подобно намъ, тупоконечными или пулевыми щипцами.

Къ сожалѣнію, въ случаѣ наступленія беременности, какъ показали наблюденія послѣдняго времени, послѣ пришиванія матки къ стѣнкѣ влагалища, сдѣланнаго по старому способу безъ спиванія брюшной раны, дно матки не могло иногда правильнымъ образомъ подниматься кверху, почему наружное отверстіе матки, при наступившихъ родахъ, осталось обращеннымъ кзади и стояло высоко. Задняя стѣнка матки сильно растягивалась, и родовыя сокращенія не имѣли возможности оказывать надлежащее дѣйствіе на раскрытіе зѣва и направить подлежащую часть въ тазовый каналъ; почему иногда возникали крайне опасныя осложненія при родахъ.

Въ послѣдніе годы описаны Strassmann'омъ, Gottschalk'омъ Ruhf'емъ, Velde и Wertheim'омъ случаи опасныхъ родовъ послѣ vaginofixatio. Въ однихъ случаяхъ роды были окончены чрезъ нормальные пути, при чемъ Ruhf вынужденъ былъ сдѣлать разрезъ передней стѣнки матки на протяженіи 7 см.; въ нѣкоторыхъ случаяхъ необходимо было произвести кесарское сѣченіе.

Въ виду такихъ неблагоприятныхъ результатовъ этой операціи, Mackenrodt, совѣтывалъ пришивать переднюю стѣнку матки къ брюшинѣ пузыря—vesicofixatio uteri. Wertheim предложилъ чрезъ разрезъ передняго свода захватывать круглыя связки на 2 см. отъ угловъ матки и пришивать къ брюшинѣ или лучше къ влагалищу. Трудно и крайне неудобно чрезъ разрезъ влагалища укорачивать lig. uterosacralia, какъ предлагаютъ Wertheim и Bode. Въ настоящее время никто, кажется, не пришиваетъ матки къ влагалищу безъ предварительнаго вскрытія брюшины. Vaginofixatio не всегда проходитъ благополучно. Иногда при отслойкѣ пузыря было наблюдаемо сильное кровотеченіе, которое трудно было остановить. Szemrin упоминаетъ случай, окончившійся смертью отъ кровотеченія и септицеміи. Friederich въ одномъ случаѣ вынужденъ былъ удалить всю матку, чтобы остановить кровотеченіе.

Вообще же vaginofixatio даетъ очень хорошіе, стойкіе результаты. Смертность по Dührssen'у, который оперировалъ въ 349 случаяхъ, приближается къ 0, рецидивы были наблюдаемы въ 2,3% случаевъ. Слѣдовательно, эта операція по его наблюденіямъ болѣе безопасна, нежели ventrofixatio, и обыкновенно не сопровождается тяжелыми явленіями, какія бываютъ послѣ чревосѣченія.

Еще раньше Mackenrodta предложена была Schücking'омъ vaginofixatio безъ разреза передняго свода. Операцію онъ производилъ посредствомъ длинной искривленной иглы, которую онъ вводилъ въ полость матки, прокалывалъ ею переднюю стѣнку и выводилъ концомъ черезъ передній сводъ. При такой операціи легко можно повредить пузырь и мочеточники, почему она не нашла приверженцевъ въ средѣ гинекологовъ.

Въ недавнее время Schücking предложилъ для излѣченія подвижной retroflexio дѣлать поперечный разрезъ въ переднемъ сводѣ, от-

слаивать нѣсколько его края и сшивать ихъ въ продольномъ направленіи; затѣмъ въ заднемъ сводѣ онъ дѣлалъ продольный разрѣзъ и сшивалъ его въ поперечномъ направленіи. Къ сожалѣнію, опытъ показалъ, что эта легко выполняемая операція не даетъ прочныхъ результатовъ.

При значительныхъ приращеніяхъ, которыя не удается устранить продолжительнымъ примѣненіемъ массажа, Schultze совѣтуетъ производить *насильственное выпрямленіе* матки ручными приѣмами, при полномъ наркозѣ, что нельзя считать безопаснымъ; такъ какъ при раз-

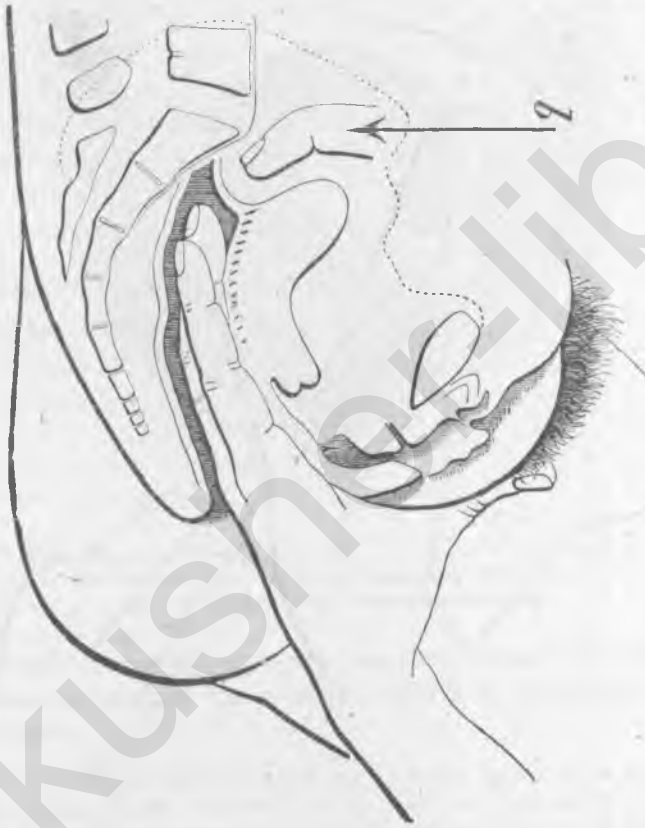


Рис. 150. Насильственное выпрямленіе прирощей матки ручное; устраненіе приращеній по Schultze.

рывѣ сращеній можетъ послѣдовать иногда кровоизліяніе въ полость живота и даже развитіе мѣстное воспаленіе брюшины; почему такой способъ не имѣетъ много сторонниковъ между гинекологами. При сплошныхъ приращеніяхъ матки Schultze вводитъ два пальца въ прямую кишку и, разставляя ихъ, среднимъ прижимаетъ переднюю стѣнку кишки къ маткѣ, а указательнымъ слѣдитъ за напряженіемъ этой стѣнки при оттягиваніи матки къ лонному соединенію. Предварительно захваты-

вается пулевыми щипцами передняя губа шейки; щипцы передаются помощнику, который оттягивает матку книзу. Гораздо рациональнее в таких случаях отделять приращения после вскрытия брюшной полости или после разреза заднего свода влагалища.

Операция, известная под именем *ventrofixatio uteri*, производится при соблюдении предосторожностей, обыкновенно применяемых при

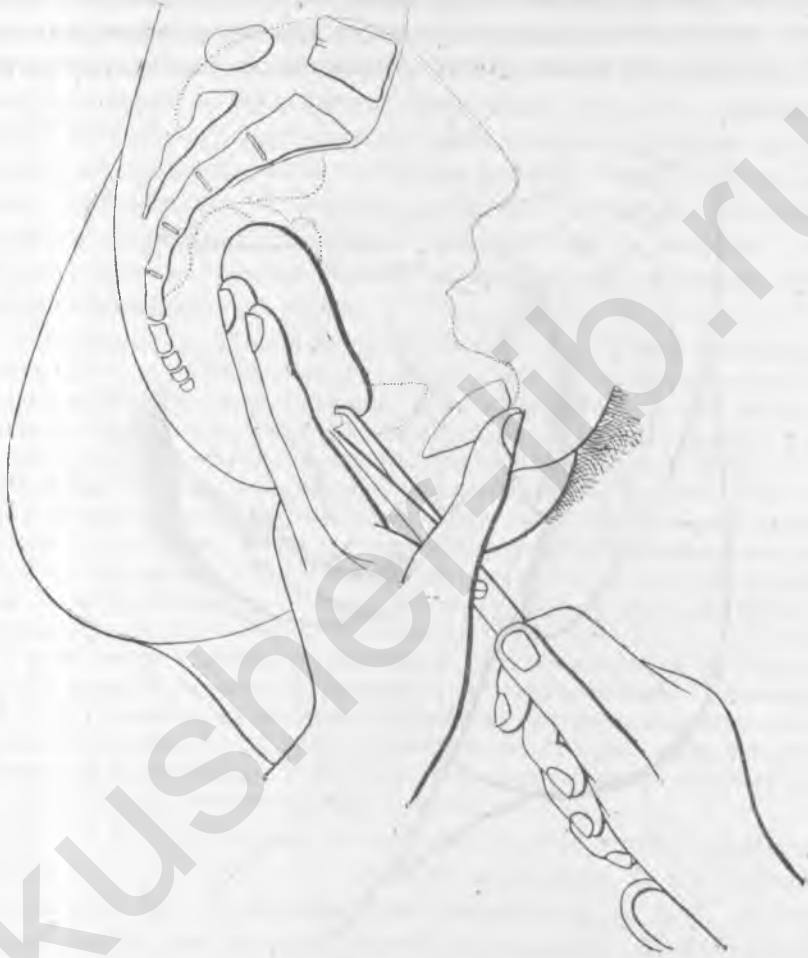


Рис. 151. Вправление приросшей матки, устранение приращений при помощи потягивания матки книзу пулевыми щипцами.

чревосечениях, о чемъ подробнѣе будетъ изложено ниже. Въ ходѣ операци слѣдуетъ различать 4 момента: 1) вскрытіе брюшной полости, 2) отдѣленіе отъ приращенія матки и придатковъ и приближеніе ея къ нижней части брюшной раны, 3) пришиваніе передней стѣнки матки, 4) затягиваніе швовъ и закрытіе брюшной раны. Разрѣзъ ведется по бѣлой линіи; онъ начинается на два пальца ниже пупка и оканчивается на поперечной складкѣ, отдѣляющей *mons veneris* отъ ткани жи-

вота. Когда брюшина вскрыта, операторъ рукою входитъ въ полость живота и, приподнимая матку кверху, концами пальцевъ разъединяетъ сращения дна и задней стѣнки ея съ окружающими частями и нерѣдко сращения придатковъ. Часто бываетъ необходимо давать больной положение съ приподнятымъ тазомъ, чтобы можно было обозрѣть полость таза и наложить лигатуры на кровоточащія мѣста послѣ разъединенія сращеній. Послѣ чего легко удается матку приподнять къ краямъ брюшной раны и провести чрезъ переднюю стѣнку этого органа 3 или 4 шва въ поперечномъ направленіи, захвативъ въ эти швы также края

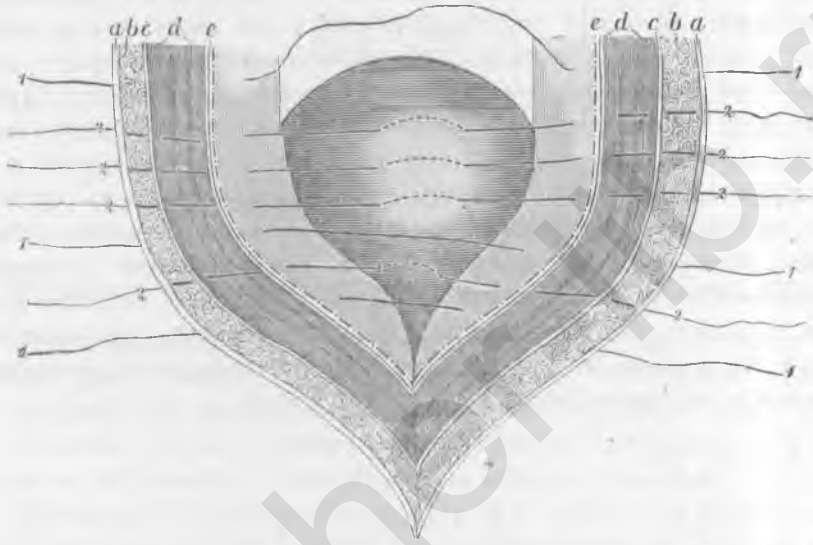


Рис. 152. Ventro-fixatio по Cherny-Leopold'y. *a*—кожа; *b*—подкожный жиръ; *c*—наружная фасція; *d*—мышцы; *e*—глубокая фасція и брюшина; 11—глубокіе швы, 22—швы погрузные, удерживающіе матку.

раны во всей толщинѣ, исключая жироваго слоя и кожныхъ покрововъ. Послѣ соединенія этихъ швовъ обычнымъ способомъ сшивается брюшная рана.

Многіе гинекологи предпочитаютъ эту операцію даже при подвижной маткѣ. По изслѣдованіямъ проф. Славянскаго, она не сопряжена съ особенными опасностями, на 235 случаевъ этой операціи умерло только 2 больныхъ. Kelly изъ 171 случая этой операціи дурныхъ исходовъ не имѣлъ, только въ 4 случаяхъ изъ 130 получилъ рецидивы. Къ сожалѣнію, беременность и роды послѣ нея также далеко не всегда протекаютъ благополучно. Noble собралъ 156 случаевъ родовъ послѣ ventrofixatio, изъ коихъ 25 протекло съ осложнениями, 4 раза было произведено кесарское сѣченіе.

Съ цѣлью придать маткѣ послѣ этой операціи болѣе правильное положеніе Werth и др. пришивали переднюю стѣнку ея къ мочевому пузырю. Mann укорачивалъ круглыя связки. Assoky и Chernin пришиваютъ матку къ передней стѣнкѣ живота, не вскрывая брюшины. Они дѣлаютъ обыкновенный разрѣзъ до брюшины и посредствомъ зонда выпячиваютъ въ рану матку и брюшину. Такой приемъ не безопасенъ и ему подражать не слѣдуетъ.

Предложенное F g o m t e l e m ь укороченіе заднихъ маточныхъ связокъ, при посредствѣ чревосѣченія, неудобноисполнимо; равнымъ образомъ врядь ли есть необходимость когда-либо дѣлать разрѣзы въ крестцовой области, какъ это совѣтовалъ Н o c h e n e g g, съ цѣлью укороченія этихъ связокъ.

Въ послѣднее время предложено нѣсколько способовъ для разъединенія приращеній при неподвижныхъ загибахъ матки кзади чрезъ разрѣзъ, сдѣланный въ заднемъ сводѣ влагалища. Мы много разъ прибѣгали съ этою цѣлью къ поперечному разрѣзу въ заднемъ сводѣ; послѣ вскрытія брюшины въ нее входятъ указательнымъ пальцемъ, которымъ при содѣйствіи другой руки, расположенной выше лоннаго соединенія, производится отдѣленіе приращеній отъ задней стѣнки и дна матки. Когда приращеніе удастся вполнѣ отдѣлить, дно матки отодвигаютъ кверху и кпереди. Если кровотеченіе значительно, Дугласово пространство слѣдуетъ чрезъ рану тампонировать іодоформенной марли. При отсутствіи такого осложненія достаточно на нѣсколько дней ввести полоску марли и на остальную часть разрѣза наложить швы. Образовавшіяся въ Дугласовомъ пространствѣ сращенія и, при заживленіи раны влагалища, рубецъ должны оттянуть кзади шейку матки и такимъ образомъ устранить искривленіе матки кзади. Когда сращенія сплошныя и не легко поддаются, слѣдуетъ избѣгать насилія, чтобы не поранить окружающихъ частей, въ особенности прямой кишки. Въ такихъ случаяхъ показуется переходить къ чревосѣченію и *ventrofixatio uteri*.

Глава 6.

Грыжи матки, *hernia uteri, hysterocoele*.

Грыжи матки встрѣчаются вообще крайне рѣдко, въ особенности бедренная грыжа; нѣсколько чаще паховая. Образованіе грыжи часто находится въ связи съ неправильнымъ развитіемъ внутреннихъ половыхъ органовъ. Обыкновенно въ грыжевомъ мѣшкѣ находятся придатки соотвѣтствующей стороны, а матка втягивается въ него вслѣдствіе развившихся сращеній или наступившей беременности. Послѣднее представляеть крайне опасное осложненіе. Изъ 8 описанныхъ случаевъ 3 раза послѣдовало несвоевременное родоразрѣшеніе, а 4 раза было произведено кесарское сѣченіе, изъ коихъ три операціи окончились летально и 1 разъ операція Рогго. Въ случаѣ, недавно описанномъ Розановымъ, гдѣ въ лѣвой паховой грыжѣ находилась беременная матка, послѣдовало преждевременное прекращеніе беременности, послѣ чего матка самопроизвольно вправилась, но придатки остались въ грыжевомъ мѣшкѣ.

Отдѣлъ V. Новообразованія матки.

Глава I.

Фиброзныя опухоли матки, или фиброиды, *fibromyoma uteri*.

Этимъ названіемъ обозначаются опухоли, развивающіяся въ мышечной ткани матки и состоящія изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ съ большимъ или меньшимъ содержаніемъ соединительной ткани.

Этіологія. До наступленія половой зрѣлости у дѣвушекъ фиброиды матки не встрѣчаются; очень рѣдко они бываютъ у молодыхъ женщинъ, не достигшихъ 30-лѣтняго возраста, только послѣ 30, въ особенности послѣ 40 лѣтъ они встрѣчаются часто. Повидимому, безбрачіе не усиливаетъ расположенія къ развитію фиброзныхъ опухолей, которыя встрѣчаются одинаково часто у замужнихъ и незамужнихъ женщинъ. Однако образованіе фиброида въ существѣ матки значительно ограничиваетъ плодovitость женщины. Среднее число дѣторожденій у такихъ больныхъ составляетъ 2,4, между тѣмъ какъ у здоровыхъ женщинъ оно доходитъ до 3,5. По изслѣдованіямъ Fraenkel'a, плодovitость у женщинъ, имѣющихъ *fibromyoma uteri*, уменьшена по крайней мѣрѣ на 20%. Изъ числа такихъ женщинъ 33% рожали не болѣе 1—2 разъ. Въ исключительныхъ случаяхъ фиброидъ развивается даже изъ стѣнокъ недоразвитой уродливой матки. При разспросѣ больныхъ болшею частью оказывается, что онѣ до появленія опухоли перенесли воспаленіе въ области внутреннихъ половыхъ органовъ. Это воспаленіе наичаще является отъ причинъ случайныхъ, въ другихъ случаяхъ отъ неудачнаго мѣстнаго лѣченія. Мастурбація повидимому не оказываетъ вліянія на образованіе фиброміомъ, но иногда половая неспособность мужа, по мнѣнію Gebhard'a, можетъ вліять на образованіе фиброміомы въ маткѣ. По изслѣдованіямъ Recklinghausen'a, нѣкоторыя опухоли матки, которыя онъ описываетъ подъ именемъ *adenomyoma* и *cystoadenoma*,

развиваются из остатков Вольфова тѣла. Въ такихъ случаяхъ расположение къ развитію этихъ опухолей является врожденнымъ. Къ подобнымъ же результатамъ пришелъ Ricker, который допускаетъ появленіе фиброзной опухоли въ окружности отщепленнаго эпителія Мюллеровыхъ каналовъ. Орловъ считаетъ также вѣроятнымъ возникновеніе этихъ опухолей вокругъ эпителиальныхъ образований. По мнѣнію Вирхова, всѣ фиброміомы представляютъ опухоли, развивающіяся вслѣдствіе раздраженія.

Анатомическія измѣненія. По новѣйшимъ изслѣдованіямъ Gottschalk'a, первоначальные зачатки фиброида появляются въ стѣнкахъ



Рис. 153. Разрѣзъ черезъ небольшой узелокъ начинающейся фиброміомы.

мелкой артеріи вслѣдствіе размноженія ея мышечныхъ волоконъ. Когда опухоль достигаетъ величины горошины, въ ней появляется соединительная ткань. На разрѣзѣ, при изслѣдованіи лупою, такой узелокъ состоитъ преимущественно изъ большихъ блестящихъ волоконъ, извилистыхъ или расположенныхъ концентрически; сосуды мало замѣтны. Расположеніе слоевъ опухоли зависитъ отъ направленія артерій. На оплотнѣвшихъ препаратахъ рѣдко ясно замѣтны контуры клѣтокъ, но хорошо замѣтны продолговатая палкообразныя ядра. Большія клѣтки Mastzellen лежатъ обыкновенно возлѣ сосудовъ въ промежуткахъ соединительной ткани. При дальнѣйшемъ развитіи новообразованія, большею частью вокругъ него встрѣчается слой довольно плотной клѣтчатки,

отдѣляющій опухоль отъ здоровой мышечной ткани и содержащій главные сосуды, питающіе новообразование, въ толщѣ котораго большею частью находятся немногочисленные мелкіе сосуды. Рѣдко опухоль бываетъ одна, большею частью въ стѣнкахъ матки развивается одновременно нѣсколько фиброидовъ или же совместно съ большими опухолями находится нѣсколько небольшихъ узловъ. Пока женщина имѣетъ мѣсячныя очищенія, фиброиды матки постепенно растутъ и увеличиваются въ объемѣ; ростъ ихъ происходитъ большею частью тѣмъ

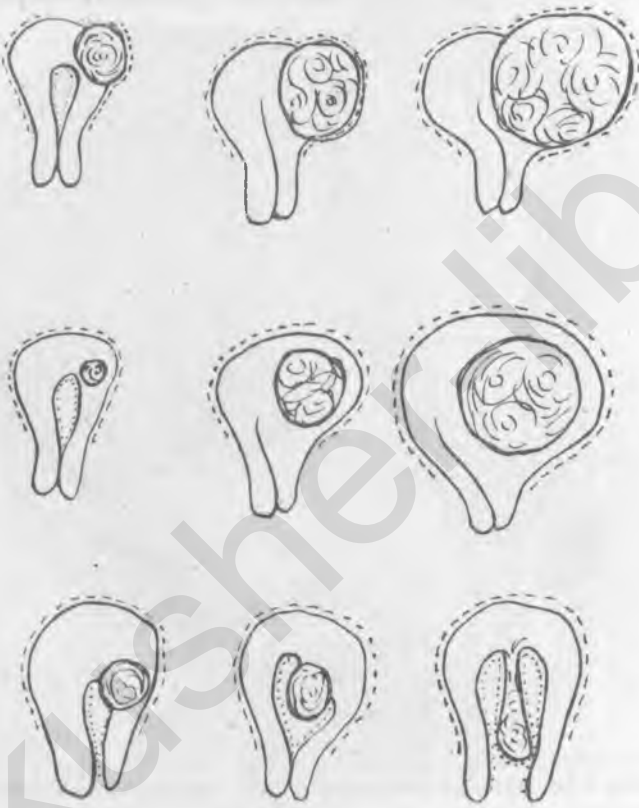


Рис. 154. Постепенное развитіе различныхъ видовъ фиброміомъ матки, по Fehling'у. Образование подсерозныхъ, межзачочныхъ и подслизистыхъ опухолей.

скорѣе, чѣмъ моложе больная. Повидимому, самое развитіе фиброидовъ матки находится въ зависимости отъ мѣсячныхъ приливовъ. Разрастаясь, опухоль иногда равномерно раздвигаетъ стѣнки матки, наружную и внутреннюю, представляя промежуточную форму, fibrom. interstitiale. Вначалѣ всѣ фиброміомы матки представляютъ такое расположение. При этомъ увеличивается объемъ матки и одновременно удлиняется ея полость. Въ другихъ случаяхъ ростъ опухоли направляется главнымъ образомъ на периферію матки, такимъ образомъ возникаютъ подсерозные фиброиды, fibrom. subperitoneale. Большею частью

такія опухоли сидятъ плотно на широкомъ основаніи, рѣдко онѣ имѣютъ ножку. Рѣже ростъ опухоли направляется къ полости матки, на стѣнкѣ которой образуется сперва выпячиваніе, которое постепенно увеличивается, *fibrom. submucosum*. Выдающаяся въ полость опухоль иногда становится стебельчатою, получаетъ форму полипа, соединяясь со стѣнкой матки посредствомъ ножки, ширина которой гораздо меньше самой опухоли, *polypus uteri fibrosus*. Пожка состоитъ изъ соединительной ткани, мышцъ и сосудовъ. Подслизистыя опухоли, въ особенности стебельчатая, часто подъ вліяніемъ маточныхъ сокращеній рас-



Рис. 155. *Fibromyoma multiplex*, состоящая изъ подсерозныхъ и межучочныхъ опухолей.

Рис. 156. *Fibromyoma submucosum*, осложненная ракомъ шейки.

крываютъ каналъ шейки, опускаются въ него и даже выходятъ совершенно изъ матки во влагалище. Въ исключительныхъ случаяхъ полипъ даже срастается со стѣнкою матки или влагалища, между тѣмъ какъ подбрюшинныя фиброиды часто не оказываютъ замѣтнаго вліянія на слизистую оболочку матки. При промежуточныхъ и въ особенности при подслизистыхъ опухоляхъ, эта оболочка представляется припухшей, утолщенной и богатою сосудами, *endometritis hyperplastica*, преимущественно та часть ея, которая не покрываетъ опухоли. Мышечная ткань матки гипертрофирована, стѣнки утолщены, полость увеличена, часто растянута и удлинена при межучочныхъ и подслизистыхъ опухоляхъ. Межучочныя міомы большею частью имѣютъ капсулу изъ рыхлой клѣт-

чатки, въ которой расположены большіе сосуды опухоли. Въ рѣдкихъ случаяхъ не замѣчается рѣзкой границы между существомъ матки и тканью опухоли, непосредственно онѣ переходить одна въ другую. Эти такъ называемыя сплошныя фиброміомы, *fibromyoma diffusa*, исключительно развиваются изъ остатковъ зародышевой ткани. Такія формы фиброзныхъ опухолей развиваются въ тѣлѣ матки преимущественно на задней поверхности матки возлѣ уголъ трубъ. Кромѣ мышечной ткани,



Рис. 157. *Fibromyoma interstitiale*.

въ этихъ опухоляхъ находятъ железистую ткань, при чемъ отдѣльныя трубки железокъ сливаются въ одну общую. Нѣсколько такихъ образований иногда соединены между собой извилистымъ каналомъ; Reschlinghausen видитъ въ нихъ каналы первичныхъ почекъ. Они выстланы цилиндрическимъ эпителиемъ. По наблюденіямъ Freund'a, большія, одержимыя такими новообразованиями, представляютъ обыкновенно *habitus infantilis*.

Сравнительно рѣдко, не болѣе 5%—8% всѣхъ случаевъ, мѣстомъ

образованія фиброзныхъ опухолей является маточная шейка. Въ исключительныхъ случаяхъ эти опухоли вырастаютъ изъ шейки въ полость брюшины, выполняя Дугласово пространство или вообще заднюю часть таза. Обыкновенно же фиброиды шейки имѣютъ промежуточный характеръ, причиняя сильное разрастаніе передней или задней губы и соотвѣтствующей стѣнки маточной шейки. При сильномъ разрастаніи такой опухоли, она не только выполняетъ влагалище, но можетъ даже выдаваться выше входа въ тазъ, приподнимая матку кверху въ видѣ небольшого придатка, при чемъ другая, незанятая опухолью губа бываетъ иногда истончена и растянута. Рѣдко сидящій въ шейкѣ фиброидъ



Рис. 158. Кистовидная аденома шейки. Распределеніе железистой ткани въ опухоли.

является въ видѣ стебельчатой опухоли, выдающейся во влагалище. Гораздо чаще, чѣмъ шейка, мѣстомъ развитія фиброзной опухоли является широкая связка, при чемъ опухоль находится большею частью только съ одной стороны матки и обыкновенно растетъ отъ тѣла ея, рѣдко отъ маточной шейки. При такихъ условіяхъ развитія фиброиды, въ особенности подсерозные и врастающіе въ широкія связки, разрастаясь, всегда причиняютъ болѣе или менѣе значительныя смѣщенія тазовыхъ органовъ. Въ особенности часто смѣщается матка. Описаны случаи, гдѣ этотъ органъ представлялъ вращеніе около своей оси. Lennander видѣлъ даже отдѣленіе отъ шейки тѣла матки, оттянутой большимъ фиброидомъ кверху. Верхняя часть мочевого пузыря смѣщается часто кверху и располагается на самой опухоли, матка въ такихъ случаяхъ смѣщается въ сторону и вмѣстѣ съ тѣмъ впереди или назадъ. Смѣ-

щаются также яичники и трубы; иногда эти органы претерпѣваютъ значительное растяженіе, при чемъ яичники уплощаются и принимаютъ лентообразную форму. Иногда отверстіе трубы закрывается и она превращается въ мѣшчатую опухоль; ткань широкой связки, занятой опухолью, представляется припухшею и отечной. Нерѣдко при между-связочныхъ фиброидахъ нижняя часть опухоли сильно врастаетъ въ тазовую клѣтчатку, сдавливая прямую кишку, мочеточники, большіе сосуды и нервныя сплетенія.

При большихъ опухоляхъ часто встрѣчаютъ одновременно различныя формы фиброидовъ. Величина отдѣльныхъ опухолей крайне разнообразна — отъ горошины до головы взрослого человѣка и болѣе. Иногда встрѣчаются опухоли, превосходящія величину матки въ концѣ беременности. Въ рѣдкихъ случаяхъ были удаляемы опухоли, вѣсившія 50, даже 100 фунтовъ и болѣе.

При постепенномъ увеличеніи въ объемѣ матки, въ стѣнкахъ которой развиваются одна или нѣсколько фиброміомъ, обыкновенно дно матки, а иногда даже тѣло ея, поднимается въ полость живота.

Только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ новообразованіе развивается въ широкой связкѣ или тазовой клѣтчаткѣ, значительный сегментъ его остается въ полости таза. При значительномъ увеличеніи матки, широкія связки напрягаются, круглыя связки становятся длиннѣе, а иногда гипертрофируются; нарушается также обычное соотношеніе въ положеніи придатковъ. Трубы часто смѣщаются и удлинняются, яичники увеличиваются въ объемѣ, иногда уплощаются. Въ ткани ихъ часто происходитъ кистовидное перерожденіе и усиленное развитіе соединительной ткани. Вуліус находилъ разрастаніе стромы и регрессивныя измѣненія въ паренхимѣ яичниковъ, именно запусѣніе многочисленныхъ пузырьковъ. Стѣнки сосудовъ утолщаются и подвергаются гялиновому перерожденію.

Кровеносные сосуды, въ особенности вены, проходящія въ широкихъ связкахъ, часто представляются сильно расширенными. При фиброзныхъ опухоляхъ значительныя сращенія матки съ частями окололежащими встрѣчаются довольно рѣдко, значительное скопленіе свободной жидкости въ животѣ бываетъ только въ исключительныхъ случаяхъ.

Нерѣдко ткань фиброзной опухоли подвергается различнаго рода случайнымъ патологическимъ измѣненіямъ. При затрудненіи кровообращенія, ее находятъ въ *отечномъ состояніи*, при чемъ она представляется размягченною и пропитанною жидкостью, въ другихъ случаяхъ она подвергается *слизистому перерожденію*. Ткань становится мягче, масса межкѣлочковаго вещества увеличивается и пріобрѣтаетъ свойства слизистой ткани. При дальнѣйшихъ измѣненіяхъ въ опухоли образуются отдѣльныя *кистовидныя полости*, которыя иногда сливаются въ общую, болѣе значительную полость, вслѣдствіе чего опухоль сильно и быстро увеличивается въ объемѣ.

Атрофическія измѣненія наблюдаются въ климактерическомъ періодѣ, а также послѣ удаленія яичниковъ и въ послѣродовомъ періодѣ, при чемъ мышечныя волокна подвергаются жировому распаду, а клѣтчатка превращается въ плотную мозолистую ткань. Опухоль уменьшается и даже, въ особенности въ пожиломъ возрастѣ, исчезаетъ. Описаны случаи исчезновенія даже большихъ фиброидовъ.

У старыхъ женщинъ иногда находятъ въ ткани фиброзныхъ новообразованій *отложеніе извести* и даже развитіе настоящей костной ткани.

Некрозъ наблюдается преимущественно въ большихъ интерстиціальныхъ фиброидахъ, сперва въ центрѣ, затѣмъ въ периферіи, ткань становится мягкой и дряблою, теряетъ упругость и цвѣтъ ея измѣняется постепенно въ темный, буровато-сѣрый и землистый. При *воспаленіи* фиброміомы, происходитъ инфильтрація ея ткани мелкими круглыми клѣтками, наичаще этотъ процессъ наблюдается при подслизистыхъ фиброидахъ. При дальнѣйшемъ теченіи процесса, въ опухоли можетъ наступить вагноеніе и даже гнилостное перерожденіе; въ исключительныхъ случаяхъ это бываетъ даже во время беременности. Очень рѣдко встрѣчаются *смѣшанныя опухоли*, когда клѣтки опухоли переходятъ мѣстами въ элементы опухоли иного типа, или же отъ соѣднхъ частей распространяется на ткань фиброміомы другое новообразованіе. Большею частью такими неоплазмами являются *саркомы*, при чемъ маточная опухоль начинаетъ быстро расти, рѣже *раки* и крайне рѣдко *энхондромы* и *рабдомиомы*. Не подлежитъ сомнѣнію, что клѣтки міомы могутъ непосредственно переходить въ саркоматозныя, элементы же рака развиваются изъ эпителія железистой ткани.

Крайне рѣдко находили *амилоидное перерожденіе* опухоли, исключительно при общемъ амилоидномъ перерожденіи. Иногда въ глубинѣ ткани находятъ *тромбозы сосудовъ и кровоизліянія* въ ткань.

Въ другихъ случаяхъ фиброзныя опухоли представляютъ особенности въ ихъ строеніи. Иногда встрѣчаются фиброиды съ сильнымъ развитіемъ сосудовъ въ ихъ ткани, при чемъ *волосники* представляются *значительно расширенными*. Такія опухоли, извѣстныя подъ именемъ *fibromyom. telangiectodes*, способны значительно измѣнять свой объемъ, смотря по наполненію ихъ кровью. Послѣ окончанія мѣсячныхъ ихъ объемъ гораздо меньше, нежели предъ наступленіемъ кровей. Описаны также болѣе рѣдкіе случаи, гдѣ такому *расширенію* подверглись *лимфатическіе сосуды опухоли* — *fibromyom. lymphangiectodes*. При большихъ опухоляхъ иногда находятъ въ ихъ ткани настоящія *кисты*, величиною отъ орѣха до головки младенца, наполненныя мутной желтоватой или бурой жидкостью, богатой бѣлкомъ. Эти полости, по видимому, происходятъ вслѣдствіе мѣстнаго размягченія ткани отъ недостаточнаго питанія. Крайне рѣдко встрѣчаются въ маткѣ кисты съ кровянистымъ содержимымъ. Кисты происходятъ въ фиброидахъ

изъ лимфатическихъ сосудовъ, такъ какъ часто ихъ полость выстлана эндотелиемъ.

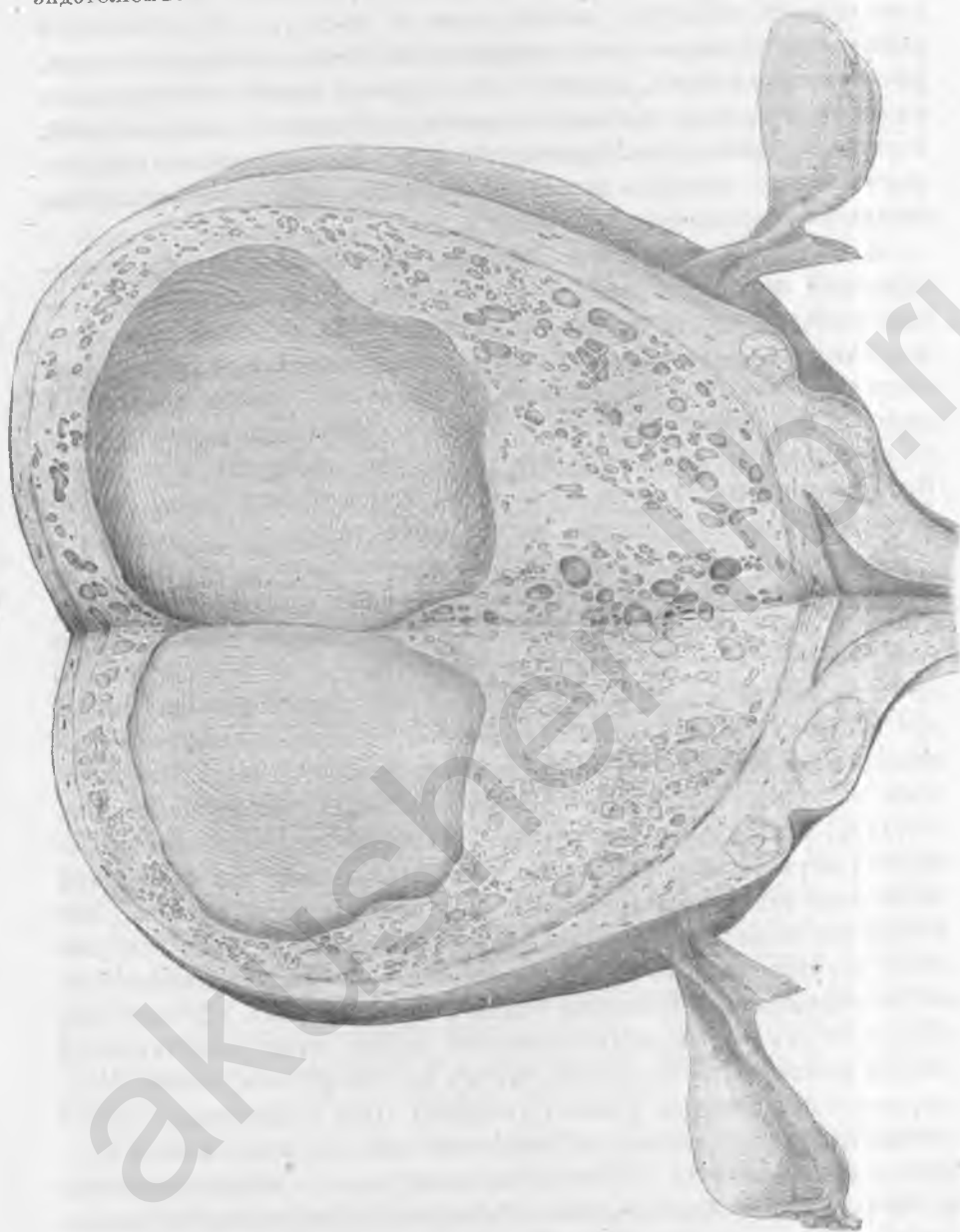


Рис. 159. Myoma interstitiale telangiectaticum.

Симптомы и теченіе. Довольно часто врачъ случайно находитъ при изслѣдованіи фиброидъ, сидящій въ стѣнкѣ матки, что является совершенною неожиданностью для больной. Это бываетъ преимущественно при небольшихъ подсерозныхъ опухоляхъ. Въ другихъ случаяхъ уже въ самомъ началѣ болѣзни больная жалуется на боли въ маткѣ, въ

особенности во время мѣсячныхъ очищеній, иногда въ это время боли бываютъ жестоки и продолжаются цѣлые дни. Dysmenorrhoea, вѣроятно, зависитъ отъ усиленнаго прилива крови къ маткѣ, въ стѣнкѣ которой развивается fibromyoma, и чрезмѣрнаго набуханія слизистой оболочки. Въ другихъ случаяхъ, кромѣ болѣе въ самой маткѣ, являются еще отраженные боли въ поясницѣ, нижнихъ конечностяхъ, подъ ложечкой, а также головныя боли. Dysmenorrhoea бываетъ обыкновенно при незначительныхъ потеряхъ крови, она болѣею частью исчезаетъ, когда начинается кровотеченіе.

При дальнѣйшемъ увеличеніи матки, если опухоль остается между-стѣночною или врастаетъ въ полость матки, мѣсячныя усиливаются и продолжаются отъ 7 до 14 дней. Спустя нѣкоторое время, кровотеченіе становится неправильнымъ и появляется часто послѣ физическаго напряженія или душевнаго волненія, а иногда безъ всякаго повидимому повода. Такія кровотечения иногда бываютъ чрезвычайно упорны, длятся по нѣсколько недѣль и причиняютъ сильное малокровіе и слабость. Кровотеченіе зависитъ отъ застоя крови и гипертрофіи слизистой оболочки, выстилающей полость матки; крайне рѣдко оно происходитъ отъ разрыва венозныхъ сосудовъ. Количество гемоглобина въ крови падаетъ до 40, даже до 30%, больная получаетъ восковой цвѣтъ лица, и иногда отъ слабости она не въ состояніи подняться съ постели. Впрочемъ, смерть рѣдко наступаетъ отъ кровотечения; но больная можетъ легко погибнуть отъ случайной болѣзни, такъ какъ сердечная мышца, при продолжительной анеміи и истощеніи, подвергается жировому перерожденію и атрофіи, отъ чего возникаетъ слабость сердца. Эти измѣненія въ сердцѣ происходятъ также подъ вліяніемъ измѣненія стѣнокъ сосудовъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ вѣроятно отъ надавливанія фиброзной опухоли на симпатическіе узлы. Кровотеченія при фиброидахъ матки зависятъ отъ катаррального набуханія слизистой оболочки, выстилающей полость этого органа, *endometr. fungosa*, а также отъ усиленія притока крови къ маткѣ. Обыкновенно сильныя кровотечения не сопровождаются значительными болями; въ нѣкоторыхъ случаяхъ при подслизистыхъ фиброміомахъ появляются колики, шейка укорачивается, сперва раскрывается внутренній, затѣмъ наружный зѣвъ, нижняя часть опухоли опускается въ растянутую шейку. При дальнѣйшихъ сокращеніяхъ опухоль проходитъ во влагалище, гдѣ она легко можетъ подвергнуться омертвѣнію. Когда подслизистая опухоль имѣетъ короткую и толстую ножку, выходненіе ея во влагалище сопровождается частичнымъ, рѣже полнымъ выворотомъ матки. Послѣ выходненія полипа изъ полости матки, кровотеченіе становится меньше. Слизистыя истеченія при фиброидахъ бываютъ обильны, въ особенности вскорѣ и въ первую недѣлю по окончаніи мѣсячныхъ; они происходятъ отъ усиленной дѣятельности слизистыхъ железокъ тѣла и отчасти канала шейки. Болѣею частью они жидки, иногда кровянисты, рѣдко густыя, слизисто-гнойныя.

Наи чаще однако слизистое отдѣленіе бываетъ умѣренное, рѣдко гнойнаго характера. Наблюдаются также случаи, когда бѣлей вовсе не замѣчается.

Женщины, одержимыя фиброміомами матки, сравнительно рѣдко дѣлаются беременными; у нихъ часто бываютъ выкидыши. Впрочемъ, при фиброидахъ шейки беременность иногда достигаетъ до срока, но во время родовъ женщина подвергается большой опасности, если опухоль заграждаетъ тазовый каналъ.

Перѣдко больныя жалуются на частые позывы на мочу, рѣже на затрудненное отдѣленіе этой жидкости. Въ такихъ случаяхъ количество мочи бываетъ уменьшено, часто находятъ въ ней небольшое количество бѣлка. Иногда даже развивается воспаленіе почекъ. Даже непродолжительный наркозъ въ подобныхъ случаяхъ можетъ причинить дурной исходъ.

Рѣзкое ухудшеніе обнаруживается внезапно вслѣдствіе рѣдкаго осложненія—перекручиванія ножки подсерозной опухоли, иногда вмѣстѣ съ маткою;—быстро развивается вздутіе живота, сильная болѣзненность, тошнота, рвота и другія явленія воспаленія брюшины.

Быстрый ростъ опухоли, зависящій иногда отъ саркоматознаго перерожденія, или при осложненіи беременностью, иногда сопровождается значительными болями и частыми позывами на мочу. При небольшихъ опухляхъ это зависитъ отъ надавливанія смѣщенной матки или самой опухоли на шейку мочевого пузыря; такъ какъ значительная опухоль, развивающаяся на стѣнкахъ матки, обыкновенно смѣщаетъ этотъ органъ въ противоположную сторону. Въ исключительныхъ случаяхъ *asthma nervosum* является въ числѣ симптомовъ образованія фиброміомы. При опухляхъ, врастающихъ въ широкія связки, въ тазовую клетчатку, если онѣ достигаютъ значительныхъ размѣровъ, подвергаются значительному давленію не только мочевого пузыря и прямая кишка, но также сосуды и нервы, расположенные въ тазу. Послѣдствіемъ этого являются упорное задержаніе мочи, запоры, сопровождаемые развитіемъ геморроидальныхъ шишекъ, сильныя боли въ области развѣтвленія бедреннаго или сѣдалищнаго нервовъ, рѣже отечная припухлость въ одной изъ нижнихъ конечностей.

По наблюденіямъ *Grund'a*, аденоміомы обнаруживаютъ особенное раздражающее вліяніе на околележащія части. У такихъ женщинъ рано развивается *pelveo peritonitis* и происходитъ сращеніе матки съ сальникомъ и кишками. Матка большею частью находится въ состояніи *ante-flexia сог.* И въ настоящее время иногда еще являются больныя съ огромными фиброзными опухолями матки, при чемъ животъ достигаетъ величины, какъ въ концѣ беременности, и даже значительно больше. Въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно въ маткѣ находится нѣсколько опухолей. Такія больныя жалуются на стѣсненіе дыханія, давленіе подъ

ложечкой, сильную тяжесть въ животѣ, уменьшенное отдѣленіе мочи, дурной аппетитъ и вообще на симптомы, обыкновенно сопровождающіе большія опухоли живота.

Вообще фиброміомы матки растутъ медленно, въ особенности если онѣ появляются послѣ 40 лѣтъ; у женщинъ болѣе молодыхъ ростъ ихъ идетъ скорѣе; тѣмъ не менѣе нерѣдко случается изслѣдовать женщинъ, у которыхъ фиброзныя опухоли, существующія уже 5—10 лѣтъ, не достигаютъ величины дѣтской головки. Нѣкоторыя опухоли совсѣмъ не растутъ и часто остаются малыми. Быстрый ростъ фиброміомъ наблюдается при кистовидномъ или саркоматозномъ перерожденіи, а также при осложненіи беременностью. Обыкновенно съ наступленіемъ климактерическаго возраста ростъ фиброзныхъ опухолей, за немногими исключениями, прекращается, и затѣмъ объемъ опухоли начинаетъ даже уменьшаться. Къ сожалѣнію, у такихъ женщинъ нерѣдко мѣсячныя продолжаются до 50, даже до 55 лѣтъ. Тѣмъ не менѣе такимъ образомъ наступаетъ самопроизвольное излѣченіе, вѣроятно, въ большинствѣ фиброзныхъ опухолей. Гораздо рѣже опухоль исчезаетъ, вслѣдствіе жироваго перерожденія, послѣ родовъ, послѣ примѣненія нѣкоторыхъ врачебныхъ средствъ.

Къ числу регрессивныхъ измѣненій слѣдуетъ отнести также омертвѣніе опухоли, которое иногда развивается самопроизвольно, въ другихъ случаяхъ наступаетъ послѣ выкидыша или родовъ; крайне рѣдко вслѣдствіе продолжительнаго употребленія *secale cornutum*. Омертвѣніе опухоли наблюдается чрезвычайно рѣдко, если исключить распаданіе фиброзныхъ полиповъ, вышедшихъ во влагалище. Боли въ животѣ, явленія мѣстнаго воспаленія брюшины, зловонныя, ихорозныя истеченія изъ матки, повременамъ отдѣленіе сѣроватыхъ кусковъ распадающейся ткани изъ канала шейки, лихорадка, иногда съ потрясающими ознобами, упадокъ силъ, ускоренный и слабый пульсъ представляютъ обычныя явленія при этомъ осложненіи. Шейка матки обыкновенно мало раскрыта и пропускаетъ только палецъ. Вообще процессъ распаданія фиброміомы въ стѣнкахъ или полости матки представляетъ крайне опасное осложненіе, которое, будучи предоставлено силамъ природы, почти всегда оканчивается смертью. Гораздо чаще благоприятный исходъ бываетъ, когда распаданію подвергаются опухоли, вышедшія во влагалище или опустившіяся въ каналъ шейки. Въ такихъ случаяхъ омертвѣнію сперва подвергаются только наружные слои, именно капсула опухоли, и чрезъ образовавшееся отверстіе фиброидъ постепенно, иногда цѣликомъ, чаще по частямъ, маточными сокращеніями извергается наружу, послѣ чего больная обыкновенно выздоравливаетъ вполне.

Одно изъ наиболѣе рѣдкихъ, но важныхъ осложненій представляетъ выворотъ матки вслѣдствіе выхожденія фиброміомы изъ матки. Крайне рѣдко фиброзный полипъ выдѣляется изъ матки самопроизвольно.

Распознаваніе. Когда объемъ матки достигаетъ величины кулака или болѣе, мы находимъ твердую опухоль, съ рѣзко очерченными контурами, не выходящую изъ полости таза. Опухоль достигающая пупка или поднимающаяся выше его, наичаще представляетъ неровную бугристую поверхность, иногда она состоитъ изъ отдѣльныхъ бугровъ.



Рис. 160. Fibromyoma colli uteri, осложненная беременностью.

Передняя поверхность опухоли обыкновенно прилегаетъ непосредственно къ стѣнкамъ живота, и на всей ея поверхности при постукиваніи слышится тупой звонъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ особенности при фиброидахъ богатыхъ кровеносными или расширенными лимфатическими сосудами, объемъ опухоли рѣзко увеличивается предъ наступленіемъ мѣсячныхъ и уменьшается послѣ истеченія крови. Нерѣдко при выслушиваніи фиброзныхъ опухолей слышится дующій шумъ. Ascites наблюдается рѣдко, хотя возможенъ при вполне доброкачественномъ фиброидѣ. При опухоляхъ небольшихъ размѣровъ, сидящихъ въ верхней части матки, послѣдняя вмѣстѣ съ новообразованіемъ, пред-

ставляется подвижною. Напротивъ при сильно разросшихся фиброидахъ, въ особенности при опухоляхъ вросшихъ въ Дугласово пространство или въ широкія связки, подвижность бываетъ крайне ограниченной.

При внутреннемъ изслѣдованіи чрезъ влагалище, шейка матки иногда не представляетъ измѣненій. При двойномъ изслѣдованіи, если опухоль не велика, мы можемъ ощупать все тѣло матки, равномерно увеличенное или бугристое, твердой, часто нѣсколько эластичной консистенціи. Плотность опухоли уменьшается только во время беременности, а также при злокачественномъ и кистовидномъ перерожденіи. Когда опухоль выполняетъ часть свода влагалища, то шейка смѣщается въ прогнатовую сторону, иногда впередъ или назадъ, при этомъ она въ нѣкоторыхъ случаяхъ такъ далеко уходитъ кверху, что съ трудомъ можно найти ее при изслѣдованіи. При фиброидѣ, развивающемся въ шейкѣ, влагалище наичаще выполнено опухолью, которая поднимаетъ тѣло матки кверху, при чемъ иногда губа матки, занятая опухолью, растягивается въ видѣ ободка. При прохожденіи чрезъ каналъ шейки подслизистой фиброзной опухоли, какъ уже сказано, влагалищная часть укорачивается и зѣвъ постепенно раскрывается. Проведенный чрезъ него палецъ ощущаетъ сегментъ опухоли.

Вообще распознаваніе большею частью не представляетъ затрудненій, тѣмъ не менѣе врачу нерѣдко приходится устанавливать отличное распознаваніе. При небольшихъ междустѣвочныхъ фиброидахъ, когда тѣло матки представляется равномерно увеличеннымъ, болѣзнь можно смѣшать съ хроническою воспалительною припухlostью матки, *metritis chron.*, тѣмъ болѣе, что иногда обѣ болѣзни могутъ поражать матку одновременно. Фиброзная опухоль матки преимущественно причиняетъ увеличеніе тѣла матки, при чемъ влагалищная часть сохраняетъ прежніе размѣры. Кромѣ того, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда не прощупываются отдѣльные плотные бугры, увеличенное равномерно тѣло матки имѣетъ плотную консистенцію и сравнительно значительную толщину. Отъ ранней беременности фиброиды матки отличаются своей чрезвычайной плотностью и отсутствіемъ большинства такъ называемыхъ вѣроятныхъ симптомовъ беременности.

Фиброміома, развившаяся въ толщѣ широкихъ связокъ, можетъ симулировать наичаще междусвязочную кистому яичника или воспалительную опухоль придатковъ, рѣже эксудатъ или кровоизліяніе въ полость таза. Отъ кисты яичника она отличается большею плотностью, медленнымъ ростомъ и непосредственнымъ переходомъ въ ткань матки; иногда возлѣ фиброзной опухоли удается прощупать смѣщенные яичники. Важное значеніе имѣетъ въ этомъ отношеніи длина канала матки. При фиброидахъ она чаще увеличена, нежели при кистахъ. Макшѣевъ нашель, что длина матки 10 см. или болѣе имѣетъ значеніе отличительнаго признака, указывающаго на происхожденіе опухоли отъ матки. Не легко также отличить большую подбрюшинную

фиброміому матки, сидящую на стеблѣ, отъ новообразованія яичниковъ. Иногда только возможность ясно прощупать возлѣ опухоли яичники и трубы позволяетъ установить правильное распознаваніе. Отсутствіе этихъ признаковъ, а также малая величина матки, указываютъ на опухоль яичника. Въ недавнее время описано нѣсколько случаевъ фиброзныхъ опухолей, выросшихъ изъ стѣнки толстой кишки. Конечно, до операціи установить происхожденіе такихъ опухолей невозможно.

При отличіи фиброміомы отъ воспалительной опухоли придатковъ, слѣдуетъ принять во вниманіе этиологію, значительную болѣзненность при изслѣдованіи, иногда неравномѣрную консистенцію и присутствіе въ опухоли гноя, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно доказать проколомъ опухоли чрезъ задній или боковой сводъ влагалища. Воспалительный экссудатъ и haematocoele retrouterina образуютъ разлитую опухоль въ заднемъ сводѣ; онѣ развиваются только при извѣстныхъ условіяхъ и представляютъ острое заболѣваніе.

Большія фиброзныя опухоли матки, поднимающіяся изъ полости таза выше пупка, наичаще можно смѣшать съ опухолями яичника, въ особенности, если ихъ консистенція измѣнена, и опухоль при ощупываніи обнаруживаетъ зыбленіе. Отличительнымъ признакомъ служитъ главнымъ образомъ отношеніе опухоли къ маткѣ. При фиброидахъ опухоль непосредственно переходитъ въ существо матки и всякое движеніе опухоли передается этому органу. При кистахъ яичника матку можно большею частью прощупать отдѣльно отъ опухоли, при обыкновенномъ способѣ изслѣдованія. Въ другихъ случаяхъ нужно захватить влагалищную часть пулевыми щипцами и передать ихъ помощнику, который долженъ оттягивать матку книзу въ то время, когда врачъ производитъ двойное изслѣдованіе чрезъ влагалище или чрезъ прямую кишку. Впрочемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ нельзя установить до операціи точнаго распознаванія. Для отличія подслизистыхъ фиброміомъ отъ межуточныхъ прибѣгаютъ къ помощи маточнаго зонда. Въ обоихъ случаяхъ зондъ идетъ въ сторону или взадъ, но при подслизистыхъ опухоляхъ его концомъ можно обойти опухоль. Иногда такая фиброміома во время мѣсячныхъ опускается, расширяетъ внутренній зѣвъ и приближается къ наружному отверстию матки, чрезъ которое иногда можно пройти пальцемъ. Не слѣдуетъ также въ сомнительныхъ случаяхъ при распознаваніи различныхъ видовъ фиброміомъ упускать изъ виду клиническіе симптомы и этиологію болѣзни.

Распознаваніе различныхъ анатомическихъ измѣненій фиброміомы не всегда возможно клинически. При осложненіи беременностью, часто опухоль становится мягкою, и одновременно обнаруживаются различные признаки беременности. При кистовидномъ перерожденіи, опухоль быстро увеличивается въ объемъ и становится мягкою. Въ подобныхъ случаяхъ легко сдѣлать ошибку, принявъ опухоль за кисту яичника, тѣмъ болѣе, что даже проколъ стѣнки опухоли мало уясняетъ дѣло.

Нерѣдко также трудно распознать злокачественное перерожденіе опухоли. Быстрый рост опухоли, явленія какексіи, боли въ области таза, общая слабость, утрата подвижности въ опухоли и отекъ нижнихъ конечностей, иногда одной или обѣихъ половыхъ губъ, указываютъ съ положительностью на развитіе такихъ измѣненій въ ткани фиброміомы.

Распадающаяся фиброзная опухоль представляетъ сходство съ ракомъ полости матки, но при фиброміомѣ опухоль больше и плотнѣе; кромѣ того, при микроскопическомъ изслѣдованіи, въ вышедшихъ кусочкахъ ткани находятъ подвергшіяся жировому перерожденію гладкія мышечныя волокна.

Предсказаніе вообще нельзя назвать неблагоприятнымъ. Въ ограниченномъ большинствѣ случаевъ присутствіе фиброміомы не угрожаетъ жизни больной. Предсказаніе гораздо лучше, чѣмъ при ракъ, даже нѣсколько лучше чѣмъ при кистахъ яичника, которыя слѣдуетъ удалять немедленно, между тѣмъ какъ съ фиброміомой лучше выжидать. Предсказаніе благоприятно при небольшихъ, въ особенности подсерозныхъ, опухоляхъ у женщинъ, имѣющихъ около 40 лѣтъ отъ роду. Такія опухоли обыкновенно не разрастаются значительно. Также благоприятное предсказаніе даютъ подслизистыя опухоли, при которыхъ изглажена шейка и маточный зѣвъ значительно раскрытъ; такъ какъ при подобныхъ условіяхъ посредствомъ легкой и безопасной операціи можно удалить опухоль. У женщинъ молодыхъ при фиброзныхъ опухоляхъ, даже небольшихъ размѣровъ, сопровождающихся кровотеченіемъ, приходится прибѣгать къ болѣе серьезнымъ операціямъ, а тѣмъ болѣе при опухоляхъ, которыя достигаютъ значительной величины, вырастаютъ до уровня пупка или поднимаются выше. Предсказаніе ухудшается, если больная, одержимая фиброміомою матки, сдѣлается беременной; при такихъ условіяхъ опухоль начинаетъ быстро расти. Равнымъ образомъ оно ухудшается при различныхъ другихъ осложненіяхъ, въ особенности предсказаніе неблагоприятно при перерожденіи сердца и при злокачественныхъ измѣненіяхъ въ ткани опухоли. Небольшія опухоли, причиняющія сильное кровотеченіе, даютъ недурное предсказаніе; не слѣдуетъ только допускать признаковъ истощенія. При распаденіи междустѣнной опухоли, при мало раскрытой и длинной шейкѣ, жизнь больной находится въ величайшей опасности, въ особенности когда опухоль имѣетъ значительную величину.

Личеніе. По нашимъ наблюденіямъ, фиброміомы въ маткѣ развиваются нерѣдко послѣ острыхъ воспаленій, почему слѣдуетъ женщинамъ по возможности остерегаться всего, что можетъ вызвать въ маткѣ или ея придаткахъ воспалительные процессы. При dysmenorrhoea, въ началѣ развитія фиброміомы матки, сильныя боли уменьшаются при назначеніи мази изъ ol. olivar. 60,0, chloroformii 15,0, которую на ватѣ прикладываютъ на нижнюю часть живота. Въ то

же время даютъ больной внутрь antipyrin., salipyrin. или капли, состоящія изъ:

Rp. T-rae Opii crocat.
„ Cannabis Indic.
„ Valerianae aeth. \overline{aa} 4,0.

По 15—20 капель на приемъ, нѣсколько разъ въ день.

Когда мѣсячныя становятся чрезвычайно обильными, или даже являются неправильныя кровотеченія, больную необходимо уложить въ постель, назначить ей горячіе влагалищныя души отъ 10—15 стакановъ воды, послѣ чего нужно произвести тампонацію влагалища чрезъ зеркало іодоформенною марли и обезпложенной ватой. Вънутрь наиболѣе полезно примѣнять въ это время назначеніе:

Rp. Extr. fluid. Hydrastis Canadens.
Extr. fluid. Hamamelis
Virgin. \overline{aa} 15,0.

MDS. По 25—30 капель, 3—4 раза въ день.

Если это средство не помогаетъ, то должно назначить ac. gallic. по 0,5—1,0 на приемъ, 3 раза въ день, или же liquor ferri sesquichlorati по 3—4 капли, 3 раза въ день, на молоко.

При упорныхъ кровотеченіяхъ не слѣдуетъ медлить, съ примѣненіемъ болѣе дѣйствительнаго мѣстнаго лѣченія. При небольшихъ фиброидахъ, сидящихъ въ стѣнкахъ матки, наичаще прибѣгаютъ къ расширенію канала шейки при помощи бужей Негар'а, рѣже посредствомъ палочекъ laminae, послѣ чего дѣлаютъ промываніе полости матки довольно горячимъ растворомъ борной кислоты и впрыскиваніе t-rae jodi или liquor. ferri sesquichlorati neutralisati въ количествѣ отъ 1,0—3,0 посредствомъ шприца Брауна. Полуторахлористое желѣзо надо употреблять для этой цѣли только въ крайности и всегда съ большими предосторожностями. Kaltenbach видѣлъ пользу отъ расширения канала матки настолько, чтобы провести палецъ въ матку. Прикладываніе нузыря со льдомъ на нижнюю часть живота мало пригодно у сильно анемичныхъ больныхъ. Что касается назначенія рожковъ при маточныхъ кровотеченіяхъ, зависящихъ отъ фиброіомы матки, то это средство оказываетъ въ это время мало пользы. Лучше дѣйствуетъ подкожное впрыскиваніе раствора 1% hydrastinini muriat. въ количествѣ 0,5—1,0.

Выскабливаніе полости матки часто въ этихъ случаяхъ не оказываетъ благоприятнаго вліянія. Лучше дѣйствуютъ методическія вспыскиванія въ матку tinct. jodi ежедневно въ теченіе 3—4 недѣль по 0,5—1,0. Такъ какъ ненормальныя слизистыя отдѣленія изъ матки всецѣло обусловливаются присутствіемъ фиброіомы и могутъ прекратиться только послѣ ея удаленія, поэтому такимъ больнымъ приходится назначать обеззараживающія или слабо вяжущія впрыскиванія исключи-

тельно, какъ средства палліативныя. Развившаяся при частыхъ и обильныхъ потеряхъ крови анемія лѣчится назначеніемъ питательной діеты и желѣзныхъ препаратовъ, изъ коихъ haemogallol. представляетъ наилучшее средство для такихъ больныхъ. Что касается примѣненія медицинскихъ средствъ съ цѣлью радикальнаго лѣченія маточныхъ фиброидовъ, то наибольшаго дѣйствія изъ числа этихъ средствъ можно ожидать отъ назначенія рожковъ въ теченіе продолжительнаго времени. Когда нѣтъ особенныхъ противопоказаній, это средство слѣдуетъ назначать въ видѣ впрыскиваній подъ кожу живота по слѣдующей формулѣ:

Rp. Extr. Secalis corn. aquos. 1,0

Aq. destill. 10,0

Ac. carbolic. concent. gtt. iv.

MDS. По 0,5—1,0 на спринцовку.

Гораздо менѣе дѣйствительно это средство при назначеніи внутрь. Подкожныя впрыскиванія надо дѣлать ежедневно, исключая первые 4—5 дней мѣсячныхъ; слѣлавъ 50—100 впрыскиваній, нужно оставлять на 2—3 недѣли и потомъ продолжать ихъ вновь. Нѣкоторыя больныя доходятъ до 300, даже 500 и больше впрыскиваній. Въ такихъ случаяхъ приходится примѣнять это лѣченіе въ теченіе года или даже двухъ лѣтъ и болѣе. Наиболѣе полезнымъ оказывается это средство при междуствѣнныхъ фиброидахъ, когда дно матки стоитъ не выше пупка. При соблюденіи строгой антисептики, никакихъ нарывовъ на мѣстѣ уколовъ въ покровахъ живота не образуется. Въ большинствѣ такихъ случаевъ, при употребленіи этого средства, потери крови становятся меньше, и мѣсячныя болѣе правильными. Иногда задерживается ростъ опухоли или даже она становится меньше. Въ рѣдкихъ случаяхъ фиброидъ получаетъ подслизистый характеръ и начинаетъ прорѣзываться чрезъ каналъ шейки. Въ исключительныхъ случаяхъ наблюдали совершенное исчезновеніе опухоли или распаденіе послѣдней; впрочемъ, послѣднее наступаетъ гораздо чаще безъ употребленія рожковъ. Martin считаетъ это средство бесполезнымъ. Landau даже приписываетъ ему вредное ослабляющее дѣйствіе на сердце при продолжительномъ употребленіи. Подобнаго вліянія рожковъ мы не наблюдали. Въ недавнее время Jouin предложилъ вмѣсто *secale cornut.* для внутренняго употребленія *ext. gl. thyreoideae.*

Общія разсольныя ванны, Mohrbäder, на дому или въ Славянскѣ, Одесскомъ Лиманѣ, Старой Руссѣ, Крейцнахѣ, въ Тельцѣ, Галлѣ и проч. болшею частью особенной пользы такимъ больнымъ не приносятъ; часто на противъ мѣсячныя усиливаются и становятся чаще.

Что касается примѣненія постоянного тока для лѣченія фиброидовъ матки, то это средство, которое еще недавно было въ ходу, въ настоящее время многими врачами оставлено. Съ цѣлью уменьшить кровотеченіе въ матку вводятъ положительный электродъ. Дѣйствію тока

подвергается не только мѣсто непосредственнаго соприкосновенія, но также ткань въ толщѣ опухоли, лежащая по пути тока. Это вліяніе, повидимому, химическаго характера, выражается размягченіемъ ткани и уменьшеніемъ жизненности ея элементовъ.



Рис. 161. Изолированный платиновый зондъ для полости матки.

Отрицательный электродъ слѣдуетъ вводить въ полость матки только въ тѣхъ случаяхъ, когда при фиброидѣ не бываетъ кровотеченій. — Е сильно раздражаетъ полость и обнаруживаетъ разсасывающее дѣйствіе въ болѣе значительной степени. Дѣйствіе тока происходитъ по формулѣ: $S = \frac{E}{W}$; S представляетъ силу тока, E— сила электричества, W—сопротивленіе.

Въ началѣ лѣченія вообще примѣняется токъ небольшой—отъ 40 до 50 МА и постепенно доходятъ до 150, даже до 250 МА. Продолжительность сеанса, который повторяется черезъ 3—4 дня, не долженъ превышать 10 минутъ. Лѣченіе продолжается обыкновенно нѣсколько мѣсяцевъ. Результатомъ примѣненія способа Apostoli является, по наблюденіямъ этого врача и его послѣдователей, 1) уменьшеніе объема опухоли, 2) ослабленіе кровотеченій, 3) уменьшеніе болей и улучшеніе общаго состоянія больной. Способъ Apostoli, по его мнѣнію, если только избѣгать прокола опухоли, почти безопасенъ.

Apostoli въ 95 случаяхъ изъ 200 больныхъ съ фиброидами матки видѣлъ уменьшеніе опухоли на $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ часть послѣ примѣненія сильныхъ токовъ въ теченіе 3—9 мѣсяцевъ. А. Martin не видѣлъ пользы отъ этого лѣченія. Полученные въ нашей клиникѣ результаты тоже нельзя назвать благоприятными, за рѣдкими исключеніями. Нѣсколько разъ мы наблюдали мѣстное воспаленіе брюшины, иногда съ кровоизліяніемъ. Вäscker видѣлъ даже смертвнне опухоли.

Вообще наблюденія большинства гинекологовъ и точныя клиническія изслѣдованія не оставляютъ сомнѣнія, что въ большинствѣ случаевъ лѣченіе электричествомъ приноситъ мало пользы, хотя иногда оно оказываетъ временное улучшеніе. Съ другой стороны, извѣстно не мало случаевъ, гдѣ происходило рѣзкое ухудшеніе въ ходѣ болѣзни.

Оперативное лѣченіе при фибромиомахъ матки иногда представляется единственнымъ рациональнымъ пособіемъ, которое можетъ излѣчить больную. Оно довольно разнообразно, что вполне объясняется различными анатомическими условіями развитія фиброидовъ, ихъ величиной и свойствомъ вызываемыхъ ими симптомовъ. Всѣ примѣняемые въ настоящее время хирургическіе способы лѣченія этой болѣзни производятся чрезъ влагалище или посредствомъ чревосѣченія. Не подлежитъ сомнѣнію, что

въ большинствѣ случаевъ фиброміомы матки можно обойтись безъ хирургическаго пособія, которое слѣдуетъ примѣнять только при извѣстныхъ показаніяхъ. Schraeder оперировалъ всего 15%, Olshausen, Zweifel, Hofmeyer и др. около 16,5% всѣхъ такихъ больныхъ.

Мы считаемъ наиболѣе существенными слѣдующія показанія, при которыхъ необходимо приступать къ оперативному пособию: 1) сильныя истощающія кровотеченія, не уступающія медицинскому лѣченію; 2) значительная величина опухоли, въ особенности у молодой женщины, или быстрый ростъ фиброміомы вслѣдствіе кистовиднаго или саркоматознаго перерожденія; 3) давленіе на окололежащія органы и ткани въ полости таза; 4) выхожденіе опухоли изъ полости матки вполне или отчасти во влагалище (въ такихъ случаяхъ, конечно, примѣняется болѣе простое и безопасное хирургическое пособіе); 5) появленіе признаковъ, указывающихъ на ослабленіе сердечной дѣятельности; 6) нѣкоторые случаи осложненія фиброміомы беременностью.

Для примѣненія простыхъ оперативныхъ пособій, въ родѣ удаленія вышедшихъ изъ матки полиповъ, врядъ ли можно указать другія противопоказанія, кромѣ испортившаго упадка силъ и агоніи больной. Напротивъ, болѣе сложное пособіе, въ особенности различныя виды соеліотоміае, не должно быть производимо при существованіи нѣкоторыхъ симптомовъ, представляющихъ противопоказанія, къ числу которыхъ слѣдуетъ причислить слѣдующія явленія: 1) Чрезмѣрное ослабленіе организма вслѣдствіе частыхъ потерь крови, коль скоро не удастся поднять силы такихъ больныхъ. Не слѣдуетъ упускать изъ виду, что нерѣдко въ такихъ случаяхъ усиленнымъ питаніемъ, назначеніемъ укрѣпляющихъ средствъ, при покойномъ содержаніи больной въ постели, удастся въ сравнительно короткое время поднять силы такой больной, что является возможность съ успѣхомъ произвести даже трудную операцію. 2) Застарѣлый параличъ конечностей центральнаго происхожденія и неизлѣчимыя общія болѣзни. 3) Пораженіе важнѣйшихъ органовъ, наичаще перерожденіе сердечныхъ мышцъ съ непоправимымъ разстройствомъ компенсаціи и хроническое воспаленіе почекъ. 4) Утрата подвижности опухоли, вслѣдствіе ея злокачественнаго перерожденія или появленія метастазовъ.

А. Хирургическія операціи чрезъ влагалище.

1. Перевязка маточныхъ артерій чрезъ влагалище, предложенная Gottschalk'омъ, представляетъ мало основательное и, повидимому, невѣрное средство, такъ какъ притокъ крови къ маткѣ, благодаря существованію широкихъ анастомозовъ, быстро возстановляется въ прежней степени. Тѣмъ не менѣе въ нѣкоторыхъ случаяхъ эта операція можетъ принести пользу. Послѣдствіемъ ея бываетъ иногда ослабленіе кровотеченія и даже уменьшеніе опухоли.

Для операціи необходимы слѣдующіе инструменты:

зеркало Фригча,
катетеры,
подъемники,
ножь.
пулевые щипцы,
корнцангъ,
пинцеты Пейана,

пинцетъ анатомическій,
пинцетъ зубчатый,
острые и тупые крючки,
игла Dechamps'a,
иглодержатель,
иглы кривыя,
ножницы.

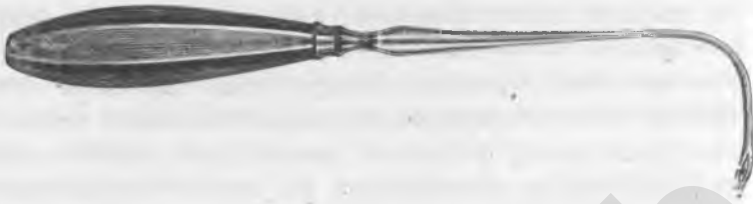


Рис. 162. Игла Dechamps'a.

Операція. Обнаживъ при посредствѣ зеркала Фригча и подъемниковъ влагалищную часть, ее захватываютъ пулевыми щипцами и оттягиваютъ книзу. Сперва съ правой стороны, затѣмъ съ лѣвой кривыми ножницами дѣлаютъ длиною 2—3 см. разрѣзъ спереди назадъ, которымъ отдѣляютъ влагалище отъ матки. Затѣмъ концомъ указательнаго пальца чрезъ разрѣзъ отдѣляютъ ткань кверху, пока она подается, и такимъ образомъ доходятъ до мѣста, гдѣ сосудистые стволы переходятъ въ матку. Затѣмъ съ каждой стороны чрезъ нижнюю часть этой связки возлѣ матки проводятъ посредствомъ иглы Dechamps'a довольно толстую лигатуру шелковую или изъ кетгута, въ которую захватываютъ и перевязываютъ маточную артерію. Концы нитей обрѣзываются и края разрѣза соединяются посредствомъ швовъ изъ кетгута или шелка. Больная остается въ постели въ теченіе 10 дней. Кuhn приводитъ 6 случаевъ, гдѣ перевязка маточныхъ артерій чрезъ влагалище сопровождалась успѣхомъ. Rudygiez въ одномъ случаѣ фиброзной опухоли, которую удалить было невозможно, послѣ разрѣза стѣнки живота перевязалъ обѣ art. spermaticae и обѣ lig. rotunda. Впослѣдствіи опухоль замѣтно уменьшилась въ объемѣ.

Въ послѣднее время при неслно выраженныхъ фиброміомахъ Dührssen предлагаетъ производить вырѣзываніе слизистой оболочки матки, тѣло которой онъ выводитъ наружу послѣ вскрытія передняго свода влагалища. Послѣ разсѣченія стѣнки матки вырѣзывается ножомъ слизистая оболочка матки и затѣмъ рана матки тщательно сшивается. Вправивъ матку въ полость таза, закрываютъ швами рану влагалища.

2. Удаленіе фиброзной опухоли чрезъ влагалище. Для этихъ операцій нужны тѣ же инструменты, какіе употребляются для перевязки маточной артеріи, и кромѣ того щипцы Мюзе.

а) *Удаленіе фибрознаго полипа.*

Операция почти всегда легкая, въ особенности, когда опухоль не велика и вышла уже изъ полости матки во влагалище. Въ такихъ случаяхъ, послѣ введенія зеркала и подъемниковъ, новообразование захватывается щипцами Мюзе, которыя передаютъ помощнику; самъ операторъ проводитъ конецъ указательнаго и средняго пальцевъ лѣвой руки до ножки опухоли и кривыми ножницами, которыя беретъ въ правую руку, отдѣляетъ ножку опухоли отъ стѣнки матки.

Эту же операцію можно произвести, когда ножка длинная, при помощи констриктора, измѣненнаго Meadows'омъ. Образовавъ надлежащей величины петлю, проволоку заводятъ выше опухоли на стебель, затѣмъ, вращая винтъ инструмента, постепенно стягиваютъ петлю, пока она не перерѣжетъ ножку фибрознаго полипа. Этотъ способъ, который гинекологи примѣняли по преимуществу въ прѣжнее время, особыхъ преимуществъ не представляетъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда каналъ шейки закрытъ, слѣдуетъ произвести его расширение при помощи палочекъ *laminariae* и бужей *Pegar's*. Коль скоро въ матку можно войти пальцемъ и убѣдиться, что небольшой сравнительно фиброидъ сидитъ на ножкѣ, при помощи щипцовъ Мюзе слѣдуетъ низвести его во влагалище, чтобы можно было дойти до ножки и опредѣлить мѣсто перехода его въ стѣнку матки. Если наружный зѣвъ раскрытъ мало, нужно сдѣлать ножницами боковые разрѣзы такой величины, чтобы провести опухоль во влагалище. Затѣмъ также ножницами отсѣкается ножка, какъ описано выше. Петлю для удаленія стебельчатыхъ опухолей, находящихся въ полости матки, лучше вовсе не примѣнять, такъ какъ при короткой ножкѣ легко можно отрѣзать кусокъ маточной стѣнки и даже продыравить матку. Рѣже это возможно при удаленіи фиброзныхъ опухолей рѣжущими инструментами. *Sänger* описалъ подобный случай сквознаго раненія дна матки. Чтобы спасти больную, было сдѣлано чревосѣченіе и зашита рана матки.

б) *Удаленіе подслизистыхъ фиброидовъ, сидящихъ на широкомъ основаніи, epicleatio.*

Операция показуется преимущественно въ тѣхъ случаяхъ, когда дно матки не превышаетъ пупка, и когда природа нѣсколько подготовила выходненіе опухоли, именно, когда шейка сглажена и наружный зѣвъ матки раскрытъ по крайней мѣрѣ на 1 — 2 пальца или болѣе. Если въ такомъ положеніи опухоль остается долгое время, то въ ея нижнемъ сегментѣ иногда начинается распадненіе.

Расширеніе наружнаго маточнаго отверстія можно увеличить боковыми разрѣзами до самыхъ сводовъ влагалища. *Veit* предпочитаетъ глубокіе разрѣзы чрезъ переднюю и заднюю стѣнку шейки. Иногда необходимо произвести ножницами отдѣленіе сводовъ влагалища, чтобы

сдѣлать разрѣзы достаточно глубокіе. Достигши опухоли, ее захватываютъ щипцами Мюзе и низводятъ книзу. Затѣмъ дѣлають въ поперечномъ направленіи разрѣзъ черезъ слизистую оболочку и капсулу, которая отдѣляется отъ опухоли указательнымъ пальцемъ или переднимъ подъемникомъ. Черезъ сдѣланное отверстіе крѣпкими щипцами Мюзе захватываютъ ткань фиброида и притягиваютъ книзу, продолжая отслаивать опухоль и вылущать ее изъ капсулы; плотныя перемычки нужно разрѣзывать ножницами, пока вся опухоль не будетъ выдѣлена изъ матки. При большихъ фиброидахъ, съ цѣлью облегчить ихъ прохожденіе черезъ каналъ влагалища, необходимо дѣлать ножомъ глубокій спиральный надрѣзъ опухоли или вырѣзывать изъ нея массы треугольные куски. Послѣ удаленія массы опухоли, обрѣзываются ножницами остатки ея.

Кровотеченіе большею частью не бываетъ значительно. Обыкновенно оно останавливается послѣ промыванія черезъ катетеръ горячимъ растворомъ борной кислоты и тампонаціи полости матки іодоформенною марли; на разрѣзы шейки накладываются швы. Эта операція даетъ ничтожную смертность. Неблагопріятный исходъ при этой операціи вѣи чаще наблюдается при опухоляхъ, въ которыхъ уже началось распаденіе. Намъ слу-

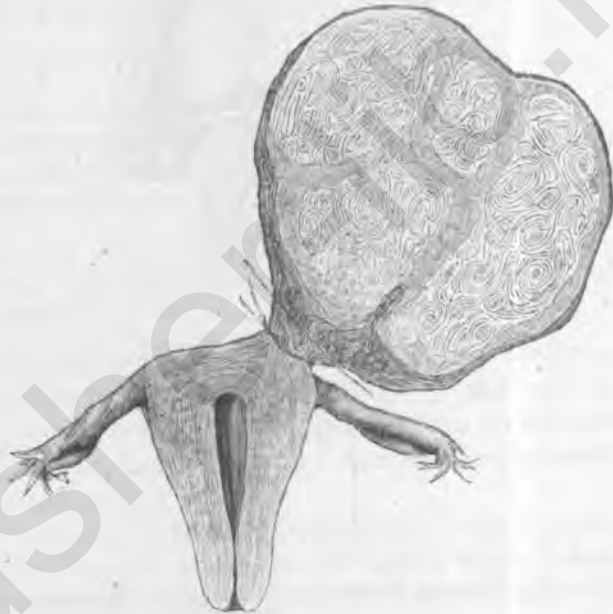


Рис. 163. Стебельчатая fibromyoma subserosum съ наложенною лигатурою.

чалось нѣсколько разъ удалять съ успѣхомъ такимъ образомъ большія опухоли, вѣсившія отъ 500 до 1000 gm. и болѣе.

Въ послѣднее время Dührssen и Martin для удаленія подслизистыхъ, а также иногда промежуточныхъ опухолей прибѣгаютъ къ colpotomia anter. Послѣ разрѣза передняго свода, отслойки пузыря и разрѣза брюшины, матку выводятъ во влагалище, гдѣ это возможно, и разрѣзываютъ ея переднюю стѣнку; такимъ образомъ доходятъ до опухоли, которую вылущиваютъ. Послѣ чего сшиваются стѣнка матки; затѣмъ брюшина и края раны въ переднемъ сводѣ влагалища. Врядъ ли эта операція часто можетъ замѣнять удаленіе матки черезъ влагалище.

3. Удаленіе фиброміомъ маточной шейки. Какъ сказано выше, только въ исключительныхъ случаяхъ эти опухоли имѣютъ ножку, обыкновенно онѣ развиваются въ толщѣ ткани. На поверхности опухоли дѣлаютъ разрѣзъ въ поперечномъ направленіи до ткани фиброида, послѣ чего опухоль постепенно вылуциваютъ пальцами или плоской рукояткою зонда, плотныя соединенія разрѣзываются ножницами. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоль поднимается высоко и дохо-



Рис. 164. Большая *fibroma interstitiale*, разросшаяся вперед и сильно приподнимающая пузырь кверху.

дитъ сзади до брюшины, необходимо осторожно производить ея отдѣленіе. Послѣ вылуценія большой опухоли, оставшаяся полость выполняется марли; при меньшихъ опухоляхъ, послѣ удаленія избытка ткани, полость можно закрыть наложеніемъ швовъ въ глубинѣ и на поверхности.

4. Удаленіе всей матки чрезъ влагалище показуется при небольшихъ междуѣточныхъ фиброміомахъ, при которыхъ величина матки не превышаетъ дѣтской головки, если опухоль можно низвести въ каналъ таза. Обыкновенно такія опухоли причиняютъ сильное кровотеченіе, противъ котораго всѣ другія средства оказываются неэффективными. Эта операція въ особенности умѣстна у женщинъ сравнительно молодыхъ, если нельзя удалить одно только новообразование,

какъ вѣрное и радикальное средство; такъ какъ фиброзныя опухоли въ цвѣтущемъ возрастѣ женщинъ обыкновенно довольно быстро растутъ.

Въ послѣднее время эта операція производится часто съ прекрасными результатами. Изъ 26 больныхъ мы потеряли только двухъ. Въ особенности чисто производить ее французскіе хирурги. Реан произвелъ 300 такихъ операцій, при чемъ смертность не превышала 2^о 0. Delagónieге приводитъ 218 случаевъ, изъ коихъ умерли 9^о 0. Въ клиникѣ Леопольда эта операція дала около 3^о 0 смертности. Segond, подобно Реану, удалялъ чрезъ влагалище фибромы съ маткою отъ 1200,0 до 4000,0 вѣсомъ.

Операція эта будетъ описана подробно въ слѣдующей главѣ.

В. Чревоѣченіе при фибромиомахъ матки имѣетъ цѣлю: 1) удаленіе опухоли, 2) вышевлагалищную ампутацію матки, 3) удаленіе всей матки и 4) удаленіе придатковъ матки.

Для этихъ операцій употребляются слѣдующіе инструменты:

боковые подъемники,	щипцы Мюзе,
зеркало для брюшной полости,	пулевые щипцы,
женскій и мужской катетеръ,	корнцанги,
пинцеты Реана малые и большіе,	иглодержатель,
пинцеты окончатые анатомическіе	тупая игла Дешампа,
и съ зубцами,	хирургическій и маточ-
щипцы Доуена,	ный зондъ,
шпатель Брауна,	иглы Гепнера,
острые и тупые крючки,	эластическая лигатура.

1. Удаленіе фибромы. Эта операція показывается при большихъ подсерозныхъ опухоляхъ, сидящихъ на стеблѣ у дна или на тѣлѣ матки. Разрѣзъ чрезъ стѣнку живота производится по средней линіи ножомъ на 1—2 пальца ниже пупка до складки, отдѣляющей mons Veneris отъ передней стѣнки живота.

Только при очень большихъ опухоляхъ приходится разрѣзъ удлинять къверху выше пупка. Опухоль выкатывается наружу посредствомъ надавливанія на нее съ боковъ и сверху. Если фибромиома сидитъ на тонкой ножкѣ, чрезъ нее проводятъ двѣ крѣпкія шелковыя нити, каждая изъ нихъ захватываетъ половину ножки. При завязываніи лигатуръ ихъ скрещиваютъ, чтобы равномерно затянуть. На одинъ см. выше перевязки опухоль срѣзываютъ и дѣлаютъ прижиганіе поверхности раня платиновымъ наконечникомъ.

Когда ножка опухоли имѣетъ значительную ширину, то нѣкоторые гинекологи сперва накладываютъ на нее временную эластическую лигатуру, которую затягиваютъ довольно сильно, и ея узелъ закрѣпляется шелковою нитью; но гораздо удобнѣ оперировать безъ предварительнаго наложенія лигатуры. Опухоль отдѣляется такимъ образомъ, чтобы оставалась ножка въ видѣ двухъ полукруглыхъ лоскутковъ, расположенныхъ въ продольномъ направленіи; ихъ края соединяются между собою посредствомъ глубокихъ и поверхностныхъ швовъ. Когда по

удаленіи эластической лигатуры показывается кровь, то слѣдуетъ наложить одинъ или нѣсколько матрацныхъ швовъ. Никогда не слѣдуетъ оперировать такимъ образомъ опухоли, сидяція на маткѣ широкимъ основаніемъ и не представляющія ножки.

2. Вышевагалищная ампутація матки, *amputatio supravaginalis uteri*. Эта операція производится при фиброидахъ значительной величины межстѣнныхъ, подслизистыхъ или смѣшаннаго характера. Послѣ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ по бѣлой линіи, увеличенная матка выводится наружу, затѣмъ съ каждой стороны



Рис. 165. Удаленіе тѣла матки вмѣстѣ съ придатками и съ опухолью послѣ предварительной перевязки *lig. infundibulo-pelv.*, *lig. rot.* и 2 *art. uterinae*.

отдѣльно перевязывается *lig. infundibulo-pelvicum* и *lig. rotundum* крѣпкими шелковыми лигатурами. Возлѣ матки сбоку до начала мочевого пузыря накладываются двое щипцовъ *Richelot*, а снаружи отъ нихъ возлѣ шва, наложеннаго на круглую связку, разрѣзывается широкая связка сверху внизъ, послѣ чего подвижность матки значительно увеличивается, ее приподнимаютъ кверху, и съ боковъ посредствомъ иглы *Гейнера* проводятъ лигатуры спереди назадъ чрезъ ткань матки, въ которыя захватываютъ и перевязываютъ большіе маточные сосуды, *art. et v. uterinae*. Еще удобнѣе временно захватить крѣпкими пинцетамъ *Pean*'а съ обѣихъ сторонъ маточные сосуды и накладывать на *art. uterinae* лигатуры чрезъ ткань въ поперечномъ направленіи уже послѣ удаленія тѣла матки.

Дальнѣйшій ходъ операціи различенъ, смотря по тому, желаемъ ли мы оставить культю въ брюшной полости, или намѣрены вывести ее

наружу. Въ первомъ случаѣ на передней и задней поверхности матки тотчасъ выше этихъ лигатуръ дѣлаютъ полулунный разрѣзъ, очерченный лоскутъ брюшины отсепаровываютъ и заворачиваютъ книзу, а выше ихъ ножомъ отсѣкается тѣло матки вмѣстѣ съ опухолью. Каналь шейки на глубину 1 — 1,5 см. вырѣзывается вмѣстѣ съ окружающими тканями воронкообразно. Посредствомъ глубокихъ поперечныхъ швовъ края раны соединяются и покрываются раньше отсепарованными лоскутами брюшины, на которые также накладываются швы такимъ образомъ, чтобы серозныя поверхности непрерывно соприкасались между собою. Затѣмъ выше наложенныхъ лигатуръ отрѣзываются придатки и поверхность остатка широкихъ связокъ обшивается тонкимъ шелкомъ. Удаливъ кровь изъ полости



Рис. 166. Закрытие брюшиною маточной культи и обшиваніе широкихъ связокъ по Olshausen'у.

таза сложенными кусками марли, брюшную рану сшиваютъ обыкновеннымъ образомъ.

Вышеописанный способъ обшиванія культи намъ кажется наиболее рациональнымъ. Другіе операторы прошиваютъ культю матрацнымъ швомъ, нѣкоторые, напр., проф. Оттъ, культю матки совсѣмъ не закрываютъ брюшиною. Тѣмъ не менѣе при этихъ способахъ также получаютъ успѣшные результаты, что доказываетъ важное значеніе при этой операциіи не только техники, но также умѣнія уберечь культю отъ септического зараженія и важность полной остановки кровотока. То и другое удобноисполнимо при всѣхъ этихъ способахъ перевязыванія маточной культи.

Операциія гораздо труднѣе въ тѣхъ случаяхъ, когда при сложныхъ фиброміомахъ часть опухоли врастаетъ въ широкую связку или

въ тазовую клетчатку, наичае между маткою и пузыремъ. Въ первомъ случаѣ слѣдуетъ на выдающейся поверхности фиброзной опухоли разрѣзать брюшину, пальцами вылущить опухоль, что большею частью довольно легко удастся. При этомъ кровоточащія сосуды захватываются пинцетами или перевязываются. При огромныхъ фиброидахъ въ это время можетъ послѣдовать сильное кровотеченіе изъ глубины таза, опасное для жизни больной. Въ такомъ случаѣ, прежде чѣмъ приступить къ перевязкѣ сосудовъ для спасенія больной, нужно прижать рукой брюшную аорту, что долженъ дѣлать помощникъ. Въ глубинѣ таза по возможности слѣдуетъ избѣгать употребленія рѣжущихъ инструментовъ; къ нимъ слѣдуетъ прибѣгать рѣдко, исключительно для отсѣченія перемычекъ плотной ткани. При этомъ слѣдуетъ быть крайне осмотрительнымъ, чтобы не перерѣзать мочеточниковъ, которые въ нѣкоторыхъ случаяхъ смѣщаются опухолью или довольно плотно срастаются съ нею. Въ сомнительныхъ случаяхъ нужно прослѣдить ходъ мочеточника въ полости таза, въ особенности возлѣ маточной шейки. Мочеточникъ сопровождается небольшою артеріей, и раненіе его всегда вызываетъ кровотеченіе въ глубинѣ таза.

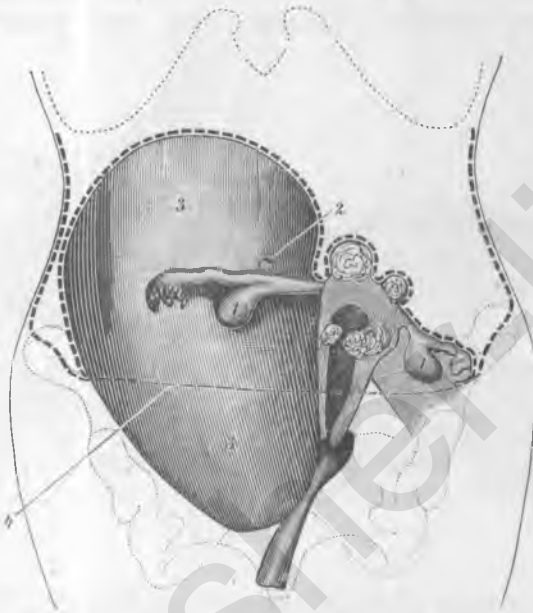


Рис. 167. Большая фиброиома, вросшая въ правую широкую связку глубоко въ полость таза: 1—оваріитъ; 2—пулокъ; 3—пуома правой широкой связки; 4—граница брюшины.

Ругог при удаленіи междусвязочныхъ фибриодовъ совѣтуетъ сперва перевязать *lig. infundibulo-pelvicum* и ножомъ съ той стороны, гдѣ нѣтъ новообразованія, отдѣлить матку сбоку и снизу отъ окружающей ткани. Только послѣ этого слѣдуетъ приступить къ вылущиванію опухоли, развившейся между листками широкой связки. Алтуховъ предложилъ въ трудныхъ случаяхъ предварительно перевязывать *art. uteri* при чревосѣченіи. Для этой цѣли нужно оттянуть крючкомъ *lig. rotundum* кверху и сдѣлать разрѣзъ ниже нея на 1 см. длиной около 3 см., на переднемъ листкѣ широкой связки. Въ глубинѣ 1,2—1,5 см. находится артерія, которая при такомъ приѣмѣ оттягивается кверху отъ мочеточника. Разрѣзавъ брюшину возлѣ пузыря и отдѣливъ послѣдній отъ матки, мы обнажаемъ маточныя артеріи, если матку оттягивать въ противоположную сторону. Губаревъ совѣтуетъ, по способу Дюенъа, сперва пере-

рѣзать связки, затѣмъ захватывать кровотокащія артеріи и отдѣльно ихъ перевязывать. Послѣ перерѣзки маточныя вены обыкновенно перестаютъ кровоточить.

При разростаніи фиброміомы по направленію къ мочевому пузырю, послѣдній высоко поднимается по передней стѣнкѣ маточной опухоли; почему при операциі легко можно поранить пузырь, если врачъ предварительно не обратитъ вниманіе на направленіе, какое принимаетъ введенный въ пузырь катетеръ, или послѣ разрѣза стѣнки живота не уяснить себѣ отношеніе мочевого пузыря къ маткѣ. Когда послѣдній поднимается высоко, слѣдуетъ на границѣ его разрѣзать на опухоли брюшину и пальцемъ отсепаровать мочевой пузырь до маточной шейки. При этомъ кровотеченіе не бываетъ значительно и легко останавливается отъ прижатія марлевымъ компрессомъ. Послѣ отдѣленія части фиброзной опухоли, вросшей въ широкую связку или въ тазовую клетчатку, операциа продолжается обычнымъ порядкомъ. При очень большихъ сложныхъ фиброзныхъ опухоляхъ матки рѣдко бываетъ необходимо удалять опухоль по частямъ, *morcelement*; для этой цѣли отрѣзываются отдѣльныя выстоящія части опухоли, иногда послѣ наложенія на основанія ихъ эластической лигатуры, послѣ чего изъ полости живота и таза извлекаютъ другія части опухоли. Въ трудныхъ случаяхъ, когда приходится оперировать отчасти въ глубинѣ таза, чрезвычайно облегчаетъ операциа большой разрѣзъ, введеніе брюшнаго зеркала въ нижній уголь раны и приподнятіе таза больной по способу, указанному Trendelenburg'омъ.

Только въ исключительныхъ случаяхъ показуется выведеніе наружу маточной культи, такъ называемый внѣбрюшинный способъ перевязки культи, послѣ удаленія вмѣстѣ съ опухолью тѣла матки. Единственными рациональными показаніями для примѣненія этого способа мы считаемъ: 1) *metritis* или *endometritis septica* при фиброидѣ матки, 2) распаденіе большой опухоли, которую невозможно удалить изъ матки чрезъ влагалище, и 3) большую слабость больной. Выведеніе ножки наружу невыгодно въ томъ отношеніи, что весьма часто, несмотря на внимательный уходъ за больной, въ швахъ, ссоединяющихъ брюшную рану, появляется нагноеніе, иногда даже возлѣ нихъ развивается флегмонозное воспаленіе. Это происходитъ чрезъ зараженіе раны отъ распадающейся культи; далѣе, на мѣстѣ отпаденія ея часто образуется вполнѣдствіи грижа.

Когда операциа заканчивается выведеніемъ культи наружу, придатки, маточныя связки и *art. uterinae* перевязываются обыкновеннымъ способомъ, но брюшина не отслоивается. Затѣмъ нѣсколько выше лигатуръ, захватывающихъ маточныя артеріи, на шейку матки накладывается жомъ изъ эластической трубки, толщиною около 0,8 см., первый и второй узелъ котораго закрѣпляется шелковою нитью, а сама трубка спереди и сзади прикрѣпляется швомъ къ маточной ткани. Тѣло

матки вмѣстѣ съ опухолью срѣзывается на 2 см. выше наложеннаго жома, ниже котораго брюшина пришивается къ культѣ со всѣхъ сторонъ посредствомъ шелка или кетгута, послѣ чего брюшная рана сшивается обыкновеннымъ способомъ. Въ заключеніе чрезъ влагалищную часть культы наискось проводятся 2 толстыя иглы, при посредствѣ которыхъ и положенной подъ ними іодоформенной марли, она удерживается вмѣстѣ съ жомомъ на поверхности брюшныхъ покрововъ. Поверхность культы сильно прижигаютъ платиновымъ наконечникомъ и присыпаютъ порошкомъ іодоформа, послѣ чего она закрывается марлевымъ компрессомъ.

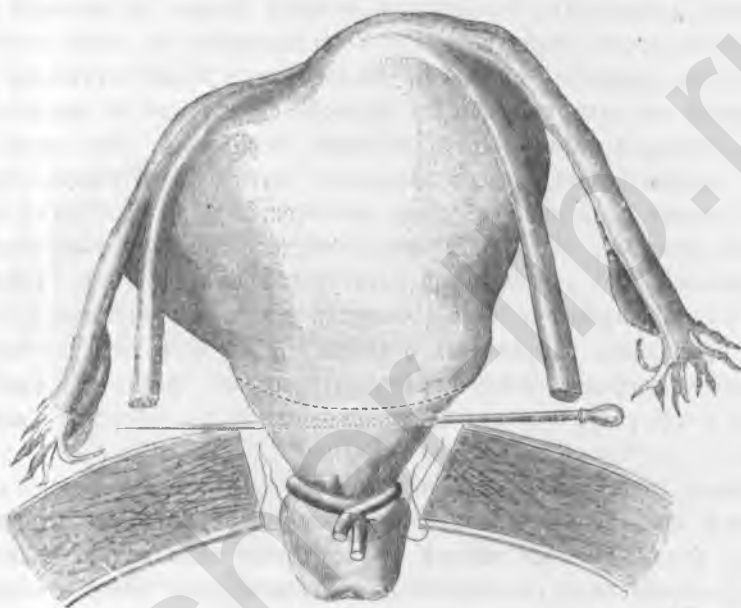


Рис. 168. Выведеніе культы наружу послѣ удаленія тѣла матки съ придатками и опухолью.

Сшитая брюшная рана покрывается марли, смоченной въ 0,5⁰/₀₀ растворѣ сулемы и слоемъ ваты, поверхъ которой накладывается на животъ обычная повязка.

Приведенная въ нѣкоторыхъ руководствахъ болѣе благоприятная статистика этого способа относится, преимущественно, къ тому времени, когда не умѣли надлежащимъ образомъ посредствомъ швовъ и лигатуръ вполне справляться съ кровотеченіемъ. Въ настоящее время смертность при оставленіи культы въ полости живота неодинакова у различныхъ операторовъ, хотя она нисколько не превышаетъ смертности при выведеніи культы наружу. Между тѣмъ, какъ Martin потерялъ 30⁰/₀ больныхъ, Küstner 18⁰/₀, въ нашей практикѣ 10⁰/₀, у Реан'а умерло изъ 120 больныхъ всего 7, у Сьробаск'а изъ 32 только одна и пр. Вообще смертность при этой операциі въ настоящее время не превышаетъ 10—12⁰/₀, а по свѣдѣніямъ приведенномъ Olshausen'омъ даже только 6⁰/₀. Въ

последнее время только немногие гинекологи употребляют наложение жома на культю и выведение ее наружу, какъ обычный способъ операции. Большинство же гинекологовъ послѣ остановки кровотеченія обшиваютъ культю отслоенною брюшиной и оставляютъ въ полости таза.

Martin въ нѣкоторыхъ случаяхъ при чревосѣченіи дѣлалъ продольный разрѣзъ передней стѣнки матки и выдвигалъ фиброидъ изъ ее ткани, послѣ чего онъ сшивалъ рану матки глубокими и поверхностными швами. Эта операция, дававшая въ рукахъ Martin'a болѣе 18% смертности, имѣла мало сторонниковъ; такъ какъ послѣ удаленія большой опухоли въ маткѣ часто могутъ оставаться небольшіе фиброзные узлы, изъ которыхъ могутъ снова развиваться опухоли.

3. Удаленіе при фиброміомахъ всей матки посредствомъ чревосѣченія. Въ виду осложнений, наступающихъ иногда послѣ оставленія маточной культи въ полости живота, которыя выражаются мѣстнымъ воспаленіемъ и нагноеніемъ, что замедляетъ выздоровленіе и даже иногда представляетъ опасность для жизни, Martin и нѣкоторые другіе врачи нашли болѣе цѣлесообразнымъ удалять всю матку. Къ сожалѣнію, исходы далеко не оправдали подобныхъ ожиданій; удаленіе всей матки представляетъ болѣе тяжелую операцию и сопровождается болѣе значительною смертностью, нежели вышеописанная ампутація. Конечно въ практикѣ встрѣчаются случаи, гдѣ показуется *полное удаленіе матки*. Это имѣетъ мѣсто при распадающихся опухоляхъ и при высоко сидящихъ шеечныхъ міомахъ, рѣже въ другихъ случаяхъ.

При этой операциі различаютъ слѣдующіе моменты: 1) разрѣзъ брюшной стѣны; 2) отдѣленіе матки отъ широкихъ связокъ и мочевого пузыря; 3) вскрытія задняго свода и удаленія матки, и 4) наложеніе швовъ внутри брюшины и для соединенія краевъ наружной раны.

Два первые момента операциі производятся обычнымъ способомъ. Послѣ отсѣченія широкой связки и придатковъ, матка оттягивается вперед и вверх, задній сводъ выпячивается чрезъ влагалище посредствомъ подъемника Sims'a и ножомъ отдѣляется отъ матки; брюшина соединяется съ влагалищемъ наложеніемъ 3—4 матрачныхъ швовъ, которыми одновременно останавливается также кровотеченіе. Спереди, на границѣ пузыря дѣлается поперечный разрѣзъ брюшины, и мочевой пузырь отслоивается до стѣнки влагалища; обѣ маточныя артеріи перевязываются наложеніемъ лигатуръ возлѣ матки. Затѣмъ внутри отъ нихъ шейка отдѣляется ножницами отъ основанія широкихъ связокъ и спереди отъ влагалища, которая сшивается съ брюшиной. Концы лигатуръ коротко обрѣзываются, и оставшееся послѣ удаленія матки отверстіе закрывается посредствомъ наложенія въ поперечномъ направленіи швовъ на серозный покровъ, окружающій края отверстія. Брюшная рана сшивается обыкновеннымъ способомъ. Rudyger находилъ болѣе удобнымъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ сперва чрезъ влагалище отдѣлать послѣднее отъ матки, вскрыть брюшину въ заднемъ и переднемъ сводахъ, а затѣмъ перевязать

маточныя артеріи. Только послѣ этого, закрывъ влагалище іодоформенной марли, приступаютъ къ чревосѣченію.

Въ послѣднее время Доуен производитъ удаление матки при фибромиомахъ чрезъ чревосѣченіе безъ предварительной перевязки сосудовъ. Сперва онъ отдѣляетъ матку отъ широкихъ связокъ ножницами затѣмъ сильно приподнимаетъ ее кверху и кпереди, вскрываетъ задній сводъ влагалища, шейку отдѣляетъ сперва съ боковъ, а затѣмъ, отъ передней стѣнки влагалища. Послѣ чего кровоточащіе сосуды онъ перевязываетъ и обшиваетъ широкія связки и своды влагалища; въ заключеніе закрываетъ отверстіе во влагалище, сшивая брюшину на краяхъ свода влагалища и закрываетъ брюшную рану.

По свѣдѣніямъ, приводимымъ Olshausen'омъ, въ послѣднее время эта операція удаленія матки давала не болѣе 10% смертности. Cushing нашель смертность послѣ удаленія матки не менѣе 14%, Noble 9%, въ практикѣ Do u e n'a она менѣе 5%. Вообще же смертность при удаленіи матки выше, чѣмъ при amputatio supravaginalis.

4. Удаленіе маточныхъ придатковъ, castratio, имѣетъ цѣлью произвести преждевременное прекращеніе мѣсячныхъ очищеній и вызвать постепенную атрофію матки и сидящей въ ея стѣнкѣ фиброзной опухоли. Еще въ настоящее время эта болшею частію легкая операція имѣетъ много приверженцевъ, и въ нѣкоторыхъ руководствахъ приводится весьма благопріятная статистика.

Къ сожалѣнію, неполнѣ благопріятные исходы встрѣчаются часто и, повидимому, ихъ нельзя предотвратить, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Повтореніе прежнихъ кровотеченій, ради которыхъ больная рѣшилась на серьезную операцію, производитъ крайне неблагопріятное впечатлѣніе, ложится иногда пятномъ на дѣйствія врача и подрываетъ къ нему довѣріе больныхъ. Коль скоро продолжаются правильно мѣсячныя очищенія, несмотря на удаленіе яичниковъ, опухоль не уменьшается въ объемъ, напротивъ, иногда она продолжаетъ расти. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это зависитъ повидимому, отъ хроническаго воспалительнаго процесса, который иногда развивается возлѣ культи и держится упорно многіе годы, иногда отъ endometrit. fungosa; въ другихъ случаяхъ причина неуспѣха остается невыясненною. Почему никогда нельзя быть увѣреннымъ, что послѣ кастраціи прекратятся неблагопріятныя явленія, вызываемыя фибридомъ матки, и опухоль начнетъ уменьшаться.

Тѣмъ не менѣе встрѣчаются случаи, гдѣ слѣдуетъ примѣнить эту операцію, именно у истощенныхъ слабыхъ больныхъ, у которыхъ фиброзная опухоль развилась въ тазовой клѣтчаткѣ, между листовъ широкой связки, и мало подвижна. Такія больныя, у которыхъ отъ сильныхъ потерь крови ослаблена дѣятельность сердца, дурно переносятъ болѣе тяжелыя и продолжительныя брюшныя операціи. Опера-

ція производится наичаще при фиброміомах средней величины, при состоянїи дна матки ниже пупка, у женщинъ, у которыхъ нельзя предвидѣть скорое прекращеніе мѣсячныхъ очищеній. Производство этой операціи мы опишемъ ниже, при изложеніи болѣзней придатковъ матки.

Fritsch и другіе гинекологи совершенно оставили эту операцію. Réal давно отвергалъ кастрацію. Въ одномъ случаѣ онъ видѣлъ даже развитіе фиброида въ маткѣ, появившагося послѣ удаленія яичниковъ. Fehling видѣлъ дважды, спустя нѣсколько лѣтъ послѣ castratio, злокачественное перерожденіе фиброміомъ.

Смертность послѣ операціи не велика, она не превышаетъ 7,5%, по статистикѣ, представленной изъ клиники Hegar'a. Katenbach и Fehling оперировали даже съ потерей только 6,4% больныхъ. Эти гинекологи наблюдали послѣ нея въ 78,5% совершенное прекращеніе мѣсячныхъ, въ 17,5% небольшая кровотеченія продолжались, а въ 4% мѣсячныя протекали попрежнему.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ фиброзная опухоль матки сидитъ плотно и неподвижно въ полости таза, а также, когда кастрація не оказываетъ пользы или когда она непримѣнима, Fowleg предложилъ, послѣ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ, вшивать часть опухоли въ рану и послѣ образования сращеній производить прижиганіе опухоли раскаленнымъ платиновымъ наконечникомъ, чтобы вызвать въ ней нагноеніе и чрезъ это уменьшить ея объемъ. Хотя этотъ врачъ совѣтуетъ производить такую операцію въ крайнихъ случаяхъ, когда опухоль причиняетъ давленіе на сосѣдніе органы и нервныя сплетенія въ тазу; тѣмъ не менѣе эта операція врядъ ли найдетъ приверженцевъ, въ виду сопряженныхъ съ нею опасностей. Нѣсколько рациональнѣе предложеніе американскаго врача Martin'a, который въ подобныхъ случаяхъ совѣтуетъ послѣ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ перевязать lig. latum на одной сторонѣ на всемъ протяженіи.

Глава 2.

Ракъ матки, cancer uteri.

Извѣстное подъ именемъ рака атипичное эпителиальное новообразованіе, разрушающее при своемъ развитіи нормальныя ткани, поражаетъ преимущественно шейку матки, cancer colli uteri; только въ 5% всѣхъ случаевъ ракъ начинается въ тѣлѣ матки, cancer corporis uteri, представляя такимъ образомъ противоположность съ фиброзными опухолями этого органа.

Этиологія. До сихъ поръ намъ остается неизвѣстной ближайшая причина появленія рака въ различныхъ органахъ тѣла, а слѣдовательно и въ маткѣ.

Найденные въ раковыхъ клѣткахъ Thoma, Адамкевичемъ, Müller'омъ и другими паразиты не имѣютъ непосредственнаго отношенія къ развитію злокачественнаго новообразованія. Исслѣдованія Eberth'a Leopold'a, Cornil'a, Birch-Hirschwald'a и др. даже совершенно отвергаютъ паразитную натуру этихъ образованій, принимая ихъ за продукты регрессивныхъ измѣненій въ клѣткахъ.

Ракъ матки, который преимущественно развивается на шейкѣ этого органа, встрѣчается часто. На долю этой болѣзни приходится $\frac{1}{4}$ всѣхъ больныхъ ракомъ. Только ракъ груди можетъ сравниться по частотѣ съ ракомъ матки. До 20 лѣтъ жизни ракъ матки составляетъ крайне рѣдкое исключеніе, онъ рѣдко встрѣчается также до 30 лѣтъ. Позже онъ наблюдается чаще; но въ особенности часто встрѣчаютъ эту болѣзнь у женщинъ между 40 и 50 годами. По Kruckenberg'у, злокачественныя новообразованія въ маткѣ встрѣчаются у 3,7% всѣхъ гинекологическихъ больныхъ. Ракъ тѣла матки начинается, повидимому,

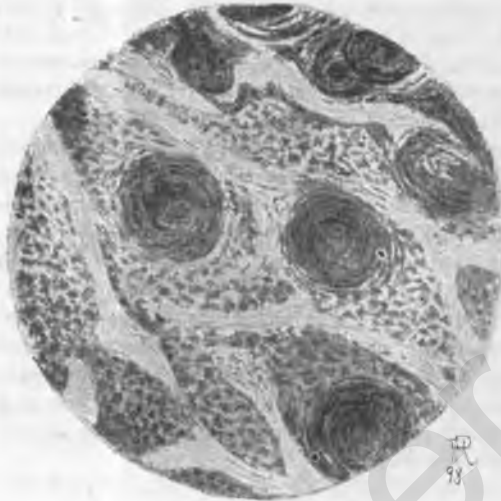


Рис. 169. Плоскій ракъ влагалищной части.

наичаще послѣ прекращенія мѣсячныхъ очищеній и встрѣчается одинаково часто у женщинъ безплодныхъ и рожавшихъ; въ шейкѣ матки, напротивъ, ракъ появляется у нерожавшихъ только какъ рѣдкое исключеніе. Эта болѣзнь поражаетъ обыкновенно матерей, имѣвшихъ большое потомство. Среднее число дѣторожденій у такихъ больныхъ болѣе пяти, слѣдовательно, болѣе чѣмъ на 20% превышаетъ среднее число родовъ у замужней женщины; почему особенное предрасположеніе къ

пораженію маточной шейки безъ излишней натяжки можно объяснить значительнымъ насиліемъ и ушибами, которые эта часть матки претерпѣваетъ во время родовъ. По изслѣдованіямъ Klebs'a и Winkler'я, наследственность была наблюдаема всего въ $7\frac{1}{2}\%$. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ злокачественныя новообразованія развиваются вскорѣ послѣ родовъ, выкидыша и пузырнаго заноса въ полости матки изъ эпителия ворсинокъ. Несомнѣнно доказано также, что хроническіе воспалительные процессы въ слизистой оболочкѣ, въ особенности ссадины на влагалищной части матки, располагаютъ къ появленію рака. Совпаденіе міомы матки съ ракомъ было наблюдаемо въ 9% всѣхъ случаевъ. Въ послѣднее время развитіе рака матки наблюдали иногда послѣ тяжелаго заболѣванія гонореей.

Вѣроятно, не остается безъ вліянія на это также соприкосновеніе въ шейкѣ двухъ различныхъ видовъ эпителия. Такое предрасположеніе къ развитію рака маточная шейка раздѣляетъ съ выходными отверстіями другихъ полостныхъ органовъ, какъ задній проходъ, привратникъ желудка, губы рта и проч.

Несомнѣнно что ракъ можетъ происходить только изъ эпителия наружнаго

или внутреннего листка; въ противоположность мнѣнію Virchow'a, онъ никогда не образуется изъ соединительной ткани. Нѣкоторые видѣли причину развитія рака въ нарушеніи взаимнаго отношенія между клѣтками эпителия. Болѣе справедливо мнѣіе Tirsch'a и Waldeyer'a, что при ракѣ первоначально начинается размноженіе эпителия. Ученіе Cohnheim'a о происхожденіи опухолей вслѣдствіе разрастанія отщепленной зародышной ткани можетъ объяснить только немногіе случаи появленія этой болѣзни.

Заразительности рака при извѣстныхъ условіяхъ не подлежитъ сомнѣнію. Напача доказалъ возможность привить ракъ отъ одной крысы къ другой, но никогда переносъ рака отъ человѣка на животныхъ не былъ наблюдаемъ. Въ послѣднее время Winter на основаніи клиническихъ наблюденій старался доказать, что частые рецидивы рака послѣ удаленія пораженной этимъ новообразованіемъ матки, зависятъ отъ зараженія свѣжей раны во время операціи, что однако требуетъ достаточныхъ подтвержденій.



Рис. 170. Ворсѣстый ракъ влагалищной части.

Анатомическія измѣненія. Въ маткѣ наблюдаютъ преимущественно двѣ формы рака—*плоскій и железистый ракъ*. Первый развивается изъ глубокихъ слоевъ покровнаго эпителия и часто представляетъ узлы, состоящіе изъ концентрически расположенныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ, постепенно происходитъ вращаніе эпителия въ ткань. Цилиндрическій ракъ развивается изъ железистаго эпителия, клѣтки котораго размножаются, становятся ниже, выполняютъ просвѣтъ железы и одновременно врастаютъ въ окружающую ткань или образуютъ ворсистыя разращенія. Гораздо рѣже происходитъ усиленное разрастаніе железистой ткани при постепенномъ вытѣсненіи ея стромы, при чемъ сохраняется расположеніе однослойнаго цилиндрическаго эпителия. Эпителиальныя клѣтки рака ничего специфическаго не представляютъ

Разрастаніе новообразования происходит посредством размноженія клѣтокъ, при чемъ окружающая ткань не только раздвигается, но также разрушается; распространеніе рака происходит главнымъ образомъ при посредствѣ лимфатическихъ сосудовъ, рѣже въ этомъ принимаютъ участіе кровеносные сосуды, что доказано изслѣдованіями Seilig'a, Veit'a, Werth'a и друг. Въ клиническомъ отношеніи слѣдуетъ различать нѣсколько видовъ рака маточной шейки.

1. *Ракъ влагалищной части матки, cancer port. vag.* Онъ происходитъ наичаще изъ многослойнаго эпителия, рѣже отъ цилиндрическаго эпителия, изъ такъ называемаго изъязвленія шейки, *erosiones port. vaginalis*. Наичаще это новообразование представляющее ворсистую форму рака, разрастается въ полость влагалища въ видѣ нароста, напоминающаго по формѣ цвѣтную капусту, величиной въ куриное яйцо или яблоко, но

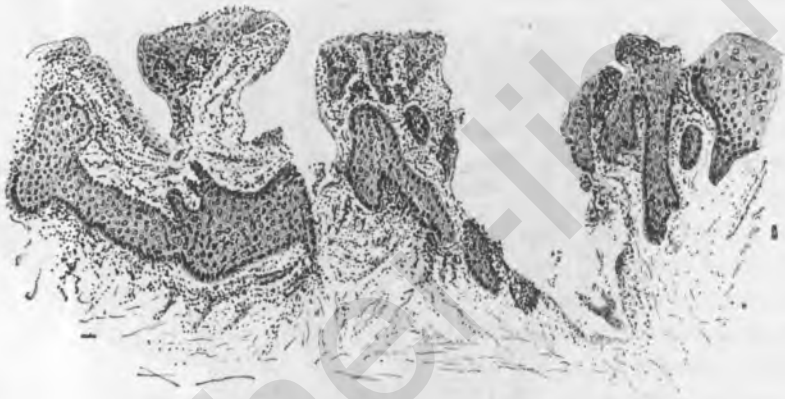


Рис. 171. *Ulcus rodens*. Рѣдкая форма плоскаго рака, разрушающая ткань въ видѣ изъязвленія.

иногда даже въ кулакъ и болѣе. Такая опухоль, выполняющая просвѣтъ влагалища, часто имѣетъ грибовидную форму. Ткань ворсистыхъ раковыхъ опухолей довольно рыхла, почему легко разрывается, кровоточитъ и распадается. Въ другихъ случаяхъ эпителий разрастается въ ткань *port. vaginalis*, производитъ утолщеніе одной губы или всей *port. vaginalis*. Распаденіе опухоли начинается большею частію съ поверхности, иногда изъ средины. Ракъ влагалищной части, въ особенности плоская форма, распространяются въ поверхностныхъ слояхъ на прилежащія стѣнки влагалища, но очень рѣдко на стѣнки канала шейки. Распространеніе происходитъ также чрезъ разрастаніе въ глубину въ ткань шейки, при чемъ ракъ не переходитъ границы внутренняго зѣва. Крайне рѣдко ракъ влагалищной части протекаетъ въ видѣ злокачественнаго разѣдающаго изъязвленія, *ulcus rodens*. Почти никогда при ракъ *port. vaginalis* не бываетъ метастазовъ въ тѣлѣ матки. На клѣтчатку таза раковое новообразование распространяется изъ глубокихъ слоевъ шейки уже въ

болѣ позднемъ періодѣ. Сравнительно часто поражается мочевоу пузырь, на который переходитъ ракъ изъ передней губы или отъ передней стѣнки влагалища, послѣдствіемъ чего иногда бываетъ образование *fist. vesico-vaginalis*. Иногда также сдавливаются мочеточники и растягиваются лоханки, въ исключительныхъ случаяхъ возникаетъ *hydronephrosis*.

2. Ракъ шейки, *carcinoma cervicis*, развивается изъ покровнаго эпителия канала шейки или изъ цилиндрическаго эпителия железокъ. Слѣдовательно, ракъ шейки представляется иногда въ формѣ плоскаго.



Рис. 172. Железистый или цилиндрическій ракъ, развивающійся изъ *erosiones port. vaginalis*.

иногда въ видѣ цилиндрическаго рака. Новообразование наичаще выступаетъ въ каналѣ шейки въ видѣ бугристыхъ узловъ и ворсистыхъ разрощений; въ другихъ случаяхъ новообразование разрастается преимущественно въ глубину ткани и причиняетъ увеличеніе въ объемѣ и утолщеніе шейки. Въ нѣкоторыхъ болѣе рѣдкихъ случаяхъ инфильтрація прямо начинается въ глубинѣ ткани шейки. Въ такихъ случаяхъ маточная шейка превращается въ плотную опухоль блѣдножелтаго цвѣта, которая съ теченіемъ времени переходитъ въ распаденіе, раньше котораго обыкновенно развивается значительное оплотнѣніе въ околوماتочной и тазовой клѣтчаткѣ. Разрастаніе новообразованія происходитъ иначе, чѣмъ при ракѣ влагалищной части. Наича-

ще новообразование распространяется на окружающую ткань, из стѣнки шейки на прилежащую клѣтчатку, а также кверху; между тѣмъ какъ влагалищная часть и влагалище поражаются только въ позднѣйшемъ періодѣ болѣзни, или даже остаются нетронутыми. При распадѣ новообразования на мѣстѣ влагалища иногда образуется воронкообразная язва. На тѣло матки ракъ распространяется по слизистой оболочкѣ и восходитъ выше внутренняго зѣва; нерѣдко встрѣчаются также метастазы въ тѣлѣ матки. Переходя границы маточной ткани, новообразование, въ особенности на задней стѣнкѣ шейки, приходитъ въ соприкосновение съ брюшиной, гдѣ вскорѣ появляются узлы рака. Въ 25% всѣхъ случаевъ при ракѣ шейки больныя погибають отъ гнойнаго peritonitis.

Уже въ начальныхъ стадіяхъ развитія рака шейки слизистая оболочка матки находится въ состояніи катарральнаго воспаления, а стѣнки тѣла матки часто представляютъ хроническую воспалительную опухоль, metritis chronica.

Reiser нашелъ поврежденіе ракомъ лимфатическихъ железъ таза, въ половинѣ случаевъ рака шейки, cancer colli. По изслѣдованіямъ Blaui, лимфатическія железы въ тазу поражаются часто, хотя не всегда, при этой болѣзни. Наичае поражаются gl. hypogastrica, рѣже ракъ переходитъ на gl. iliaca, gl. lumbalis и чрезъ заднія связки матки на gl. sacralis. Крайне рѣдко поражаются паховыя лимфатическія железы. Метастазы наичае находили въ печени, легкихъ, почкахъ, на стѣнкахъ кишечнаго канала и желудка, иногда въ щитовидной железѣ.

Аманн описалъ рѣдко встрѣчающіяся опухоли шейки adenocarcinoma gelatinosa et epithelioma lymphatica.

3. *Ракъ тѣла матки* тоже начинается въ однихъ случаяхъ изъ покровнаго эпителия, въ другихъ—изъ железокъ полости матки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ клѣтки покровнаго эпителия раньше представляютъ уже патологическія измѣненія, принимая форму мостильнаго эпителия. Иначе трудно объяснить образованіе такъ называемаго роговаго рака у старыхъ женщинъ съ характерными луковичными узлами, описаннаго въ недавнее время Gebhard'омъ, Rosthorn'омъ и др. Цилиндрической ракъ появляется наичае въ видѣ adenoma malign. или carcinoma adenomatosum. Обѣ эти формы рака обнаруживаются чае въ видѣ отдѣльныхъ узловъ на слизистой оболочкѣ тѣла матки, рѣже въ видѣ сплошнаго новообразования. Разрастаясь ракъ распространяется въ глубину въ маточную стѣнку, раздвигая и разрушая отдѣльныя мышечныя пучки. Матка значительно увеличивается въ объемѣ, иногда достигаетъ величины 2-хъ даже 3 мѣс. беременности. Достигнувъ брюшиннаго покрова, ракъ образуетъ выступы и неровности; съ другой стороны онъ распространяется книзу и переходитъ на стѣнки канала шейки. Влагалище заболѣваетъ только въ позднѣйшемъ періодѣ. Распространеніе на тазовую клѣтчатку происходитъ также позже, чѣмъ при ракѣ шейки, а равно и поврежденіе лимфатическихъ железъ. Особеннаго вни-

манія заслуживаетъ сравнительно нерѣдкій переходъ раковаго новообразованія на яичники. При ракъ тѣла матки чаще встрѣчается совпаденіе этого новообразованія съ fibromyoma uteri, нежели при ракъ шейки. Раковое новообразование наичаще переходитъ на фиброидъ со слизистой оболочки, рѣже оно начинается въ глубинѣ этой опухоли изъ эпителія железистыхъ мѣшковъ.

4. *Вторичный ракъ матки* возникаетъ сравнительно рѣдко, онъ распространяется съ сосѣднихъ частей,—отъ влагалища, пузыря и кишекъ на шейку матки; въ другихъ случаяхъ ракъ появляется вторично на



Рис. 173. Ракъ шейки, развивающійся изъ железистой ткани.

тѣлѣ матки при раковомъ пораженіи печени, желудка или при общемъ carcinomatosis.

5. Къ числу раковъ слѣдуетъ, на основаніи изслѣдованій Магс-шанд'а, отнести по крайней мѣрѣ нѣкоторыя злокачественныя опухоли тѣла матки, появленіе которыхъ находится въ связи съ беременностью, въ особенности съ патологическими измѣненіями яйца, извѣстными подъ именемъ mola hydatitosa. Другіе изслѣдователи описали такія опухоли подъ именемъ deciduoma malignum, sarcoma deciduale, chorio-epithelioma и проч. Въ образованіи этихъ опухолей, встрѣчающихся въ стѣнкѣ матки и весьма часто врастающихъ въ кровеносные сосуды, принимаютъ участіе большею частію всѣ элементы ворсинокъ и децидуальной ткани, хотя не въ одинаковой степени. Почему развившаяся

злокачественная опухоль не всегда имѣетъ одинаковый характеръ: въ однихъ случаяхъ она бываетъ сходна съ ракомъ, въ другихъ слу-

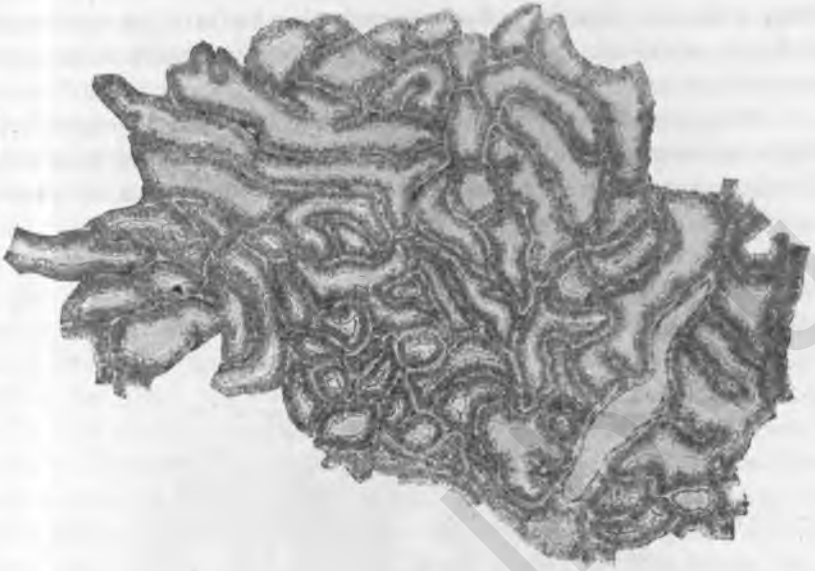


Рис. 174. Довольно рѣдкая форма железистаго рака—*carcinoma adenomatosum*. Эпителий остается однослойнымъ, но железистая ткань вытѣсняетъ строму, и цилиндрическія клѣтки сосѣднихъ мѣшковъ прилегаютъ *dos à dos*.

чаяхъ въ ней преобладаютъ элементы соединительной ткани, и она является въ видѣ саркомы. При развитіи такой опухоли матка увеличивается въ объемѣ, и сравнительно рано появляются переносы въ отдаленныхъ органахъ, наичаще въ легкихъ. Мнѣніе Veit'a будто бы въ этихъ случаяхъ всегда беременности предшествуетъ саркоматозное перерожденіе слизистой оболочки матки, лишено солидныхъ основаній.

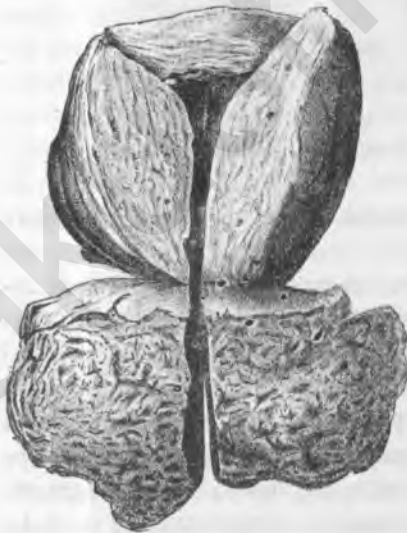


Рис. 175. Раковое образованіе на влагалищной части въ видѣ нароста, по формѣ похожаго на цвѣтную капусту.

Симптомы и теченіе. Огромное большинство больныхъ, имѣющихъ ракъ матки, обращается слишкомъ поздно къ врачу. Этого нельзя объяснить однимъ нерадѣніемъ больныхъ о своемъ здоровьѣ; позднее обращеніе за помощью зависитъ также часто отъ незначительности припадковъ и симптомовъ болѣзни, а также отъ отсутствія болевыхъ ощущеній, иногда въ теченіе про-

должительнаго времени отъ начала болѣзни. Наиболѣе ранніе симптомы, которыми обнаруживается ракъ матки, представляютъ бѣли и кровотеченія. Женщины, у которыхъ еще бываютъ мѣсячныя очищенія, часто приписываютъ эти явленія незначительнымъ случайнымъ причинамъ; даже больныя, утратившія періодическія крови, иногда склонны объяснить ихъ возвращеніемъ мѣсячныхъ. Раньше другихъ формъ, поверхностный ракъ, въ особенности ворсистый, проявляется обильнымъ отдѣленіемъ серознаго характера, часто съ примѣсью крови. Ракъ, развившійся въ полости матки, также даетъ жидкія часто зловонныя буроватаго цвѣта отдѣленія, къ которымъ иногда примѣшиваются крупинки и клочки рыхлой распадающейся ткани.

При ракѣ шейки обильное истечение обнаруживается послѣ образованія значительнаго изъязвленія, въ раннемъ періодѣ оно зависитъ отъ катарра матки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при суженіи канала шейки вслѣдствіе атрофіи или раковаго образованія, въ полости матки задерживается гнойное или ихорозное отдѣленіе, иногда въ количествѣ нѣсколькихъ ложекъ, которое изливается во время изслѣдованія пальцемъ или при введеніи маточнаго зонда. Часто, въ особенности у женщинъ, не соблюдающихъ опрятности, отдѣленіе изъ влагалища при ракѣ матки издаетъ дурной запахъ; это зависитъ наичаще отъ распадѣнія новообразованія, рѣже отъ недержанія мочи или кала, что бываетъ только въ позднѣйшемъ періодѣ болѣзни, послѣ образованія мочевого и кишечнаго свищей. При обильномъ и ѣдкомъ истеченіи, наружныя половыя части подвергаются раздраженію, въ нихъ появляется зудъ, жженіе, краснота, есазма и проч.

Неправильныя и обильныя кровотечения при поверхностномъ ракѣ влагалищной части появляются раньше, нежели при другихъ формахъ этой болѣзни. Первые потери крови обыкновенно происходятъ вслѣдствіе травмы — сношенія, физическаго напряженія, ушиба поясицы и проч. Съ теченіемъ времени они появляются, повидимому, безъ всякихъ



Рис. 176. Ракъ влагалищной части, развившійся въ передней губѣ, которая представляетъ плотную припухлость.

внѣшнихъ причинъ; такъ какъ рыхлая и ломкая ткань ворсистаго новообразованія, богатая сосудами, легко разрывается. При ракъ шейки вначалѣ часто усиливаются мѣсячныя крови, затѣмъ, при начавшемся распаденіи, появляются неправильныя кровотеченія, достигающія иногда значительной степени, когда при распаденіи ткани происходитъ нарушеніе цѣлости вѣтвей маточной артеріи. Чрезвычайно кровоточивы также разрашенія на стѣнкѣ влагалища. Ракъ тѣла матки первое время со-



Рис. 177. Сarcinoma канала шейки съ метастатическимъ отложеніемъ въ тѣлѣ матки.

проводяется небольшими потерями крови, только при распаденіи значительныхъ раковыхъ опухолей появляется обильное истеченіе крови.

На основаніи вышеизложеннаго, не подлежитъ сомнѣнію, что различныя формы первичнаго рака матки вначалѣ своего развитія представляютъ первичное заболѣваніе, которое только съ теченіемъ времени становится общею болѣзнью организма. Обыкновенно цѣлые мѣсяцы больныя, имѣющія ракъ шейки, не испытываютъ особенныхъ болей; при разспросѣ иногда онѣ только жалуются на тяжесть внизу живота и на тупыя боли въ поясницѣ и крестцѣ. Острыя стрѣляющія боли начинаются съ перехода рака на тазовую клѣтчатку, обык-

новенно онѣ усиливаются съ распространеніемъ раковой инфильтраціи. Эти боли объясняются сдавленіемъ чувствительныхъ нервныхъ волоконъ. Онѣ бываютъ особенно сильны по ночамъ и лишаютъ больныхъ необходимаго покоя и сна. Съ переходомъ новообразованія на клѣтчатку, окружающую *plex. cruralis*, *plex. sacralis* и *n. ischiadicus*, боли становятся особенно жестокими и распространяются на нижнія конечности. Въ тѣхъ случаяхъ, когда раковая ткань распадается и когда происходитъ значительное кровотеченіе, боли на время становятся меньше. Вообще онѣ бываютъ гораздо сильнѣе при плотныхъ не распадающихся раковыхъ инфильтратахъ. При ракъ тѣла матки начинаются острые боли, коль скоро новообразование поражаетъ толщу маточной стѣнки, иногда боли имѣютъ потужный характеръ.

Въ послѣднемъ періодѣ болѣзни, когда новообразование проникаетъ до серознаго покрова, боли усиливаются вслѣдствіе мѣстнаго воспаления брюшины, что обыкновенно сопровождается повышеніемъ температуры. Въ рѣдкихъ случаяхъ, послѣ неосторожнаго изслѣдованія, появляется воспалительная припухлость съ боку матки въ тазовой клѣтчаткѣ. Съ переходомъ раковаго инфильтрата на клѣтчатку, прилегающую къ мочевому пузырю, появляются часто мучительные позывы на мочу, которая, при пораженіи слизистой оболочки, становится мутною и кровянистою. Послѣ распаданія рака мочевого пузыря обнаруживается произвольное истеченіе мочи. Гораздо рѣже ракъ матки переходитъ на прямую кишку, что сопровождается болями, отдѣленіемъ слизи, тенезмами и наконецъ недержаніемъ газовъ и кала, который выдѣляется чрезъ влагалище. При сдавливаніи мочеточниковъ появляется задержаніе мочи, боли въ поясничной области; въ исключительныхъ случаяхъ отдѣленіе мочи совершенно останавливается, и развиваются припадки уреміи. Довольно рѣдко также наблюдается отечная припухлость нижнихъ конечностей, вслѣдствіе сдавленія въ тазу большихъ кровеносныхъ сосудовъ, при обширныхъ раковыхъ инфильтратахъ.



Рис. 178. Глубокій ракъ шейки, представляющійся въ видѣ плотной опухоли задней стѣнки шейки.

Вслѣдствіе обильныхъ истеченій изъ влагалища, значительныхъ потерь крови и сильныхъ болей, а также вслѣдствіе медленнаго отравленія организма продуктами раковаго новообразованія, больная, у которой не было примѣнено своевременно радикальнаго пособія, постепенно истощается и теряетъ силы. Теряется аппетитъ, развивается диспепсія, иногда появляется рвота, больная съ трудомъ можетъ ходить; количество мочи уменьшается, пульсъ слабѣетъ, лицо принимаетъ блѣдно-желтоватое, иногда грязновато-желтое окрашиваніе и сосредоточенное, часто страдальческое, выраженіе. Такое состояніе носитъ названіе раковой кахексіи; между прочимъ оно вызываетъ слабость сердца вслѣд-

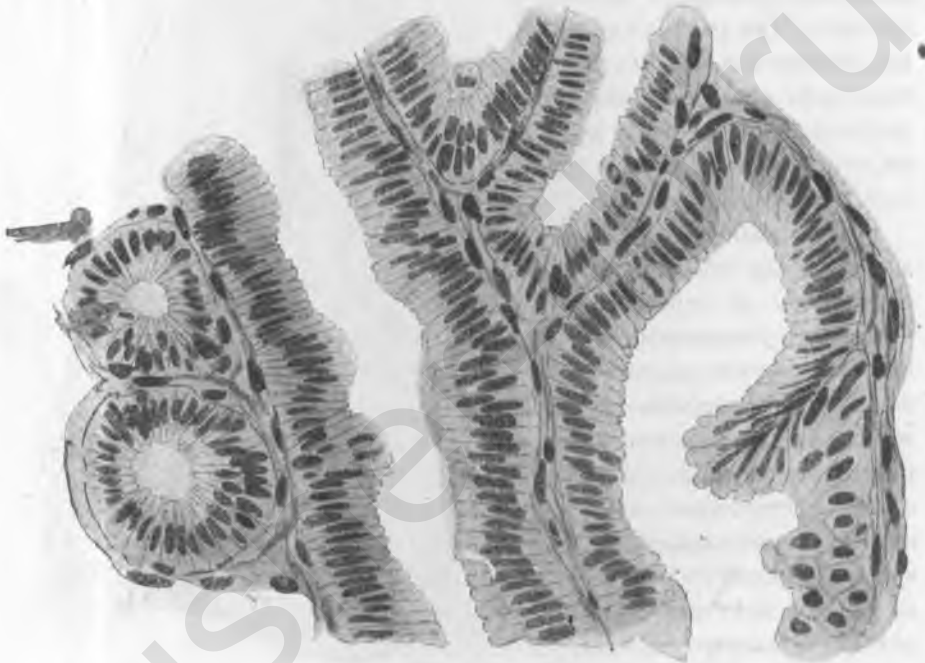


Рис. 179. Железистый ракъ въ тѣлѣ матки, adenoma malignum.

ствіе атрофическихъ измѣненій въ мышечной ткани, почему такія больныя не переносятъ тяжелыхъ операцій, требующихъ продолжительнаго примѣненія наркоза. Въ рѣдкихъ случаяхъ страданія больной увеличиваются при переносахъ новообразованія въ различные органы тѣла. Продолжительность болѣзни при ракѣ шейки неодинакова, — отъ 1½ до 3 лѣтъ. Большая часть больныхъ съ поверхностнымъ ракомъ живутъ дольше, нежели при пораженіи ткани маточной шейки. Повидимому, въ нѣкоторыхъ случаяхъ рака, развившагося въ полости матки у старыхъ женщинъ, возможно еще болѣе продолжительное теченіе, именно до 4 лѣтъ и болѣе.

Наичаще смерть наступаетъ отъ постепеннаго истощенія, въ другихъ случаяхъ больныя умираютъ отъ общаго воспаленія брюшины,

которое развивается отъ стѣнки матки, пораженной ракомъ, или отъ стѣнки трубы, наполненной гноемъ. Рѣже летальный исходъ обуславливается уремией, кровоизліяніемъ, эмболией одной изъ артерій мозга, или происходитъ отъ случайной болѣзни—pleuritis, pneumonia, embolia ле-

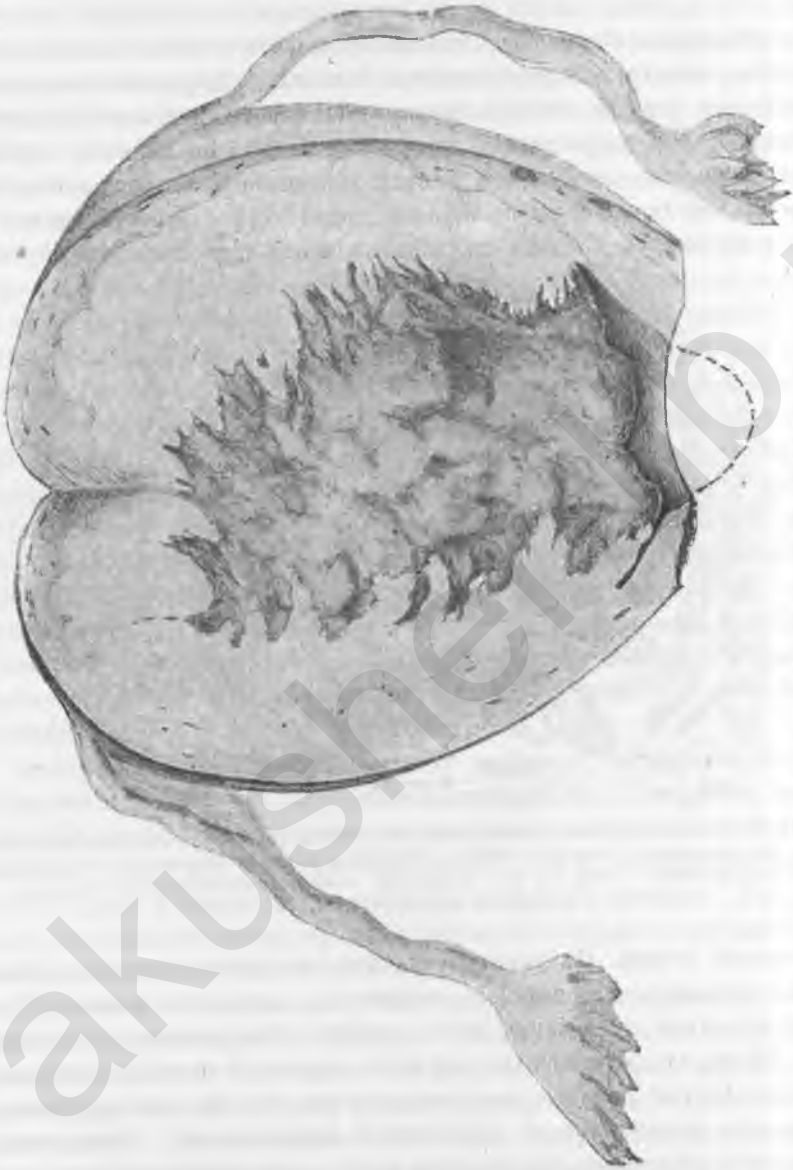


Рис. 180. Carcinoma corporis diffusum.

гочныхъ сосудовъ, иногда отъ амилоиднаго перерожденія большихъ железъ и пр. Септическая инфекция встрѣчается рѣдко; даже при значительномъ распаденіи рака она представляетъ рѣдкое исключеніе, такъ какъ распадающіяся массы ограничены плотными слоями перерожденной ткани, которая предохраняетъ отъ всасыванія. Въ тѣхъ слу-

чаяхъ, когда послѣ удаленія матки наступаетъ возвратъ болѣзни, поражается преимущественно тазовая клѣтчатка. Пораженіе железъ въ полости таза и переносы въ другіе органы встрѣчаются рѣже, нежели въ тѣхъ случаяхъ, когда радикальная операція произведена не была.

Распознаваніе. Наружное изслѣдованіе живота обыкновенно не даетъ никакихъ данныхъ для распознаванія болѣзни. Обнаруживающееся въ позднѣйшемъ періодѣ болѣзни припуханіе живота и значительная болѣзненность при дотрогиваніи зависятъ отъ вздутія кишекъ, принимаемаго запорами, иногда отъ мѣстнаго воспаленія брюшины. Въ это же время иногда удается прощупать твердую увеличенную матку и опухоли по бокамъ и сзади ея, зависящія отъ пораженія придатковъ

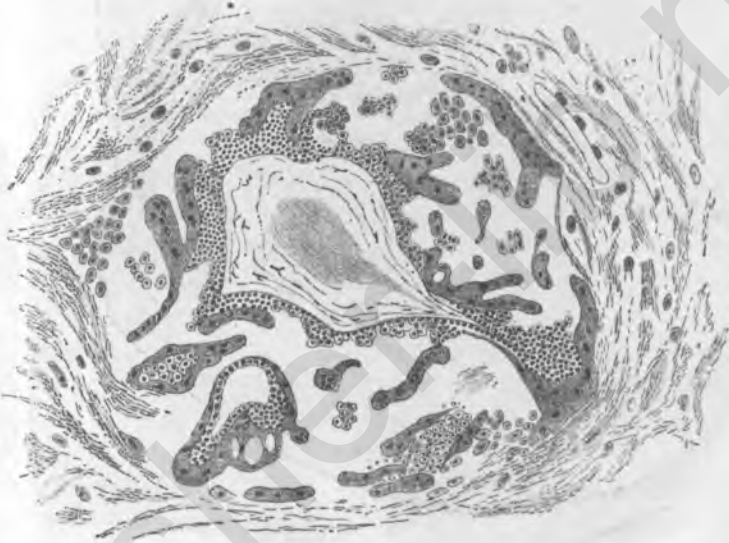


Рис. 181. Carcinoma syncytiale послѣ mola hydatidosa. Мѣсто изъ середины маточной стѣнки. Въ промежуткѣ тканей лежатъ разбухшая отечная ворсинка, отъ эпителія которой разрастается опухоль. Въ мышечной ткани многочисленны блуждающія клѣтки изъ syncytium.

или широкой связки. Въ такихъ случаяхъ съ обѣихъ сторонъ развивается припуханіе и оплотненіе наружныхъ половыхъ железъ. При ракъ тѣла матки увеличеніе этого органа обнаруживается особенно рѣзко. Рѣдко въ запущенныхъ случаяхъ влагалище бываетъ настолько сужено вслѣдствіе раковаго перерожденія его стѣнокъ, что внутреннее изслѣдованіе черезъ рукавъ оказывается невозможнымъ. Обыкновенно же оно легко выполнимо. При введеніи пальца, при поверхностномъ ракъ влагалищной части, вокругъ наружнаго устья въ рѣдкихъ случаяхъ ощущаются въ одной или въ обѣихъ губахъ твердые бугры; такъ какъ плоскій ракъ въ началѣ своего развитія обнаруживается въ видѣ твердыхъ узловъ, выстоящихъ на поверхности влагалищной части. Большею частію мы уже находили на нѣкоторомъ протяженіи плотную язвенную поверхность,

легко кровоточащую при дотриваніи; при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни новообразованіе распространяется на своды влагалища и ниже ихъ. Въ другихъ случаяхъ находятъ оплотненіе и припухлость *port. vagin.* или похожую по формѣ на цвѣтную капусту, рыхлую, сильно кровоточащую опухоль, выросшую на влагалищной части или на одной ея губѣ; иногда эта опухоль имѣетъ грибовидную форму, выполняя влагалище и закрывая отчасти здоровую часть шейки. При введеніи зеркала, ткань опухоли представляется дольчатой, сѣро-желтоваго цвѣта и сильно кровоточитъ при дотриваніи. У большинства больныхъ, одержимыхъ ракомъ, начавшемся въ каналѣ шейки, мы находимъ воронкообразную язву. при чемъ маточная шейка представляется значительно увеличенной и какъ бы расплющенной. При дальнѣйшемъ теченіи влагалищная часть иногда совершенно пропадаетъ вслѣдствіе распаденія. Рѣже мы находимъ на наружной поверхности влагалищной части и въ окружности зѣва здоровую ткань; между тѣмъ какъ шейка матки представляется значительно разросшейся въ ширину, и раковое изъязвленіе занимаетъ не только каналъ шейки, но уже перешло на тѣло матки выше внутренняго зѣва. При изслѣдованіи зеркаломъ раковая язва представляется неровную поверхность, покрытую кровянистымъ отдѣленіямъ, цвѣтъ ея желтовато-красный, рѣже онъ буроватый, грязный, вслѣдствіе распаденія наружныхъ слоевъ новообразованія. Въ тѣхъ сравнительно рѣдкихъ случаяхъ, когда ракъ шейки развивается въ глубокихъ слояхъ, одна или обѣ губы и шейка представляются значительно припухшими и плотно инфильтрованными, почти хрящевой консистенціи. Въ скоромъ времени при этой формѣ матка становится неподвижною и замѣтно увеличивается въ объемѣ.

При ракъ, развившемся первично въ тѣлѣ матки, влагалищная часть не представляетъ особенныхъ измѣненій; съ теченіемъ времени она укорачивается, но каналъ шейки рѣдко раскрывается такъ значительно, какъ при саркомѣ тѣла матки. Ракъ распространяется на шейку рѣдко и только въ позднѣйшемъ періодѣ болѣзни. При двойномъ изслѣдованіи матка представляется значительно увеличенною, долгое время она сохраняетъ свою подвижность.

На основаніи вышеизложенныхъ симптомовъ распознаваніе обыкновенно не представляетъ затрудненій. Только неопытный врачъ можетъ смѣшать выстоящее изъ матки при выкидышѣ дѣтское мѣсто съ ворсистою опухолью шейки или принять распадающійся полипъ за раковую опухоль. Крайне рѣдко также при ракъ тѣла матки можетъ явиться предположеніе, что мы имѣемъ въ данномъ случаѣ распадающійся фиброидъ. Въ такихъ случаяхъ мы часто имѣемъ отличительныя этиологическія данныя; кромѣ того при фиброидахъ матка имѣетъ значительную плотность и толстыя стѣнки; наконецъ, мы можемъ въ сомнительныхъ случаяхъ прибѣгнуть къ микроскопическому изслѣдованію кусковъ распадающейся ткани.

Глубокій ракъ шейки можно смѣшать съ parametritis chr. Отличительнымъ признакомъ служатъ этиологическія данныя, чрезвычайно сильныя боли въ тазу и отсутствіе лихорадки. При дальнѣйшемъ наблюденіи инфильтрація увеличивается, и затѣмъ начинается распаденіе. Не часто приходится врачу изслѣдовать больныхъ въ началѣ развитія рака на шейкѣ. Въ такихъ случаяхъ это новообразование можно смѣшать съ простою адеиноидною язвою шейки, а также съ развитіемъ въ ней фиброміомы или воспитательной гипертрофіи. Часто при значительныхъ разрывахъ шейки, сопровождающихся воспалительными ссадинами и выворотомъ губъ, послѣднія можно свести и сблизить одну съ другою, чего никогда нельзя сдѣлать при ракъ матки. Далѣе, съ поверхности простой язвы почти ничего нельзя соскоблить ножемъ или ложкою Симса, между тѣмъ какъ при изъясненіяхъ рака легко удалить частицы новообразования. Иногда для устраненія сомнѣній и для установленія правильнаго распознаванія слѣдуетъ срѣзать небольшой кусочекъ подозрительной ткани и передать его специалисту для тщатель-



Рис. 182. Острая ложка для выскабливанія раковаго новообразованія влагалищной части и шейки матки.

наго изслѣдованія, а при подозрѣніи на ракъ слизистой оболочки шейки или тѣла матки, необходимо произвести выскабливаніе и добытыя частицы ткани также подвергнуть микроскопическому изслѣдованію.

Въ практическомъ отношеніи недостаточно одного распознаванія рака: необходимо еще убѣдиться, ограничивается ли новообразование тѣломъ матки, или оно уже перешло границы этого органа, и рѣшить вопросъ, допускаетъ ли данный случай радикальное пособіе, именно удаленіе шейки матки или всего этого органа. Эти операціи представляютъ вполне рациональныя пособія въ тѣхъ только случаяхъ, когда новообразование не распространилось на окружающую клѣтчатку и не поразило значительной части стѣнокъ влагалища, занявъ всю ихъ толщю, а также прилегающую клѣтчатку. Послѣднее легко распознается при обыкновенномъ ручномъ изслѣдованіи, между тѣмъ какъ степень пораженія тазовой клѣтчатки и маточныхъ связокъ опредѣляется труднѣе. Иногда оно становится яснѣе послѣ изслѣдованія пальцемъ черезъ прямую кишку, при чемъ можно хорошо прощупать не только Дугласово пространство, но также объ его складки, lig. uterosacralia, въ которыхъ нерѣдко обнаруживается раковая инфильтрація. Наиболѣе вѣрнымъ указаніемъ распространенія новообразования на ткани, окружающія матку, является уменьшеніе подвижности этого органа. Съ этою цѣлью при антисептическихъ предосторожностяхъ слѣдуетъ захватить пулевыми щипцами здоровую часть влагалищной шейки и оттянуть ее

книзу. Передавъ шипцы помощнику, врачъ производитъ двойное изслѣдованіе черезъ влагалище, а также черезъ прямую кишку. При нормальномъ состояніи маточныхъ придатковъ и связокъ, влагалищную часть можно низвести до входа во влагалище. Только при ограниченномъ переходѣ новообразованія на клѣтчатку возлѣ мочевого пузыря, матка еще можетъ въ значительной степени сохранить свою подвижность даже въ томъ случаѣ, когда радикальная операція можетъ оказаться излишней. Съ другой стороны, даже при начинающемся поверхностномъ рактъ подвижность матки иногда ограничена бывшимъ раньше воспалительнымъ процессомъ въ придаткахъ и тазовой брюшинѣ. Участіе прямой кишки легко распознать непосредственнымъ изслѣдованіемъ этого органа. Распространеніе на лимфатическія железы можно всегда предположить, коль скоро новообразование перешло за предѣлы матки. При рактъ тѣла матки, когда новообразование переходитъ на брюшину и широкія связки, подвижность матки также исчезаетъ; еще раньше появляется бугристая инфильтрація въ области Дугласова пространства. Появленіе бугровъ на тѣлѣ матки указываетъ на поздній періодъ болѣзни.

Беременность при рактъ шейки встрѣчается крайне рѣдко и представляетъ чрезвычайно неблагоприятное осложненіе; такъ какъ новообразование подѣ влияніемъ сильной гипереміи быстро разрастается и легко распадается. Далѣе беременность нерѣдко дѣлаетъ оперативное пособіе болѣе труднымъ и опаснымъ; тщательно отобранннй анамнезъ и внимательное гинекологическое изслѣдованіе въ подобныхъ случаяхъ часто предохраняетъ врача отъ ошибки, которая иногда можетъ стоить жизни больной.

Предсказаніе вообще крайне неблагоприятно. Только въ свѣжихъ, незапущенныхъ случаяхъ рака матки можно, послѣ радикальной операціи, питать надежду на полное выздоровленіе или, по крайней мѣрѣ, на сохраненіе здоровья въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ.

▲ *Лечеіне.* Навѣрное болѣе 75% больныхъ, одержимыхъ ракомъ, здѣсь, въ Харьковѣ, приходятъ въ клинику въ такомъ періодѣ болѣзни, когда радикальное пособіе уже непримѣнимо.

Въ клиникѣ Gussow'a также эти операціи могли быть произведены только у 15% женщинъ, одержимыхъ ракомъ матки. Между тѣмъ какъ у Winter'a число ихъ доходило до 25%, а у Kruckenberg'a въ Галль—до 31,6%, у Olshausen'a—даже до 46%. Конечно, въ этой статистикѣ много зависитъ отъ взгляда на эту операцію различныхъ врачей и отъ неодинаковой оцѣнки условій, при которыхъ она еще возможна. Тѣмъ не менѣе къ намъ попадали преимущественно запущенные случаи.

Въ подобныхъ случаяхъ показуется *палліативное хирургическое пособіе*. Оно заключается въ удаленіи заостренной ложкой злокачественнаго новообразованія и въ глубокомъ прижиганіи образовавшейся раны раскаленнымъ платиновымъ наконечникомъ. Преимущественно это по-

собіе показуется при сильныхъ кровотеченіяхъ и обильныхъ отдѣленіяхъ въ тѣхъ случаяхъ, когда раковая инфильтрація, перешедшая на клѣтчатку таза, еще не распространилась далеко на влагалище, и когда распаденіе не причинило большого разрушенія ткани.

Для этой операціи, кромѣ зеркала, подъемниковъ, различныхъ пинцетовъ и другихъ инструментовъ, обыкновенно употребляемыхъ при операціяхъ на шейкѣ матки, нужны еще острья ложки Симона, прижигатель Паклена, иглы Гейнера и шелковая лигатура.

Палліативныя пособія.

Операція болѣзненна, почему ее слѣдуетъ производить при полномъ наркозѣ. Подготовивъ больную по общепринятому способу, влагалищную часть обнажаютъ посредствомъ зеркала Sim's'a и подъемниковъ, захватываютъ пулевыми щипцами за здоровую ткань шейки на передней и, если возможно, на задней ея стѣнкѣ; затѣмъ ложкою Симона начинаютъ удалять перерожденную ткань посредствомъ выскабливанія, которое въ разныхъ направленіяхъ продолжаютъ до тѣхъ поръ, пока не встрѣтится плотная ткань. Истонченная выскабливаніемъ ткани края шейки слѣдуетъ срѣзать ножницами. Вытекающая кровь вытирается обезпложенною ватой. Обыкновенно кровотеченіе останавливается отъ энергическаго прижиганія выскабленной поверхности раскаленнымъ цилиндрическимъ или пуговчатымъ платиновымъ наконечникомъ; но иногда приходится для остановленія кровотеченія производить обкалываніе съ боку шейки посредствомъ наложенія шва. Прижиганіе слѣдуетъ дѣлать энергично повторнымъ прикосновеніемъ наконечника въ разныхъ направленіяхъ, пока не образуется на поверхности всей раны плотный черный струщъ. Главная опасность, представляемая этой операціей, заключается въ продырвленіи стѣнки полового канала, въ особенности въ задней части шейки или на передней стѣнкѣ влагалища, послѣдствіемъ чего является вскрытіе брюшины или образованіе мочевого свища. Клинической опытъ показываетъ, что это возможно только въ тѣхъ случаяхъ, когда операція предпринимается уже въ крайне запущенныхъ случаяхъ, при значительномъ распаденіи ткани новообразованія и при сильно распространенной раковой инфильтраціи, что, по нашему мнѣнію, всегда служитъ противопоказаніемъ для примѣненія этой операціи.

По окончаніи операціи, прижженную рану обсыпаютъ іодоформомъ и влагалище слабо тампонируютъ нѣсколькими полосками іодоформенной марли и обезпложенною ватой. Обыкновенно вышеописанная операція хорошо переносится больными, хотя повышеніе температуры наблюдается въ 30% всѣхъ случаевъ. Нерѣдко также больныя жалуются въ первые дни на боли въ нижней части живота. Въ теченіи 10 дней струщъ отпадаетъ, послѣ чего образуется гранулирующая язвенная поверхность. Когда на ней или въ ея окружности обнаруживается реци-

дивъ, дальнѣйшее лѣченіе слѣдуетъ производить, примѣняя ѣдкія средства. Наилучшимъ изъ нихъ слѣдуетъ считать *zinc. chlorat.*, который примѣняется въ видѣ 50% раствора или въ видѣ пасты—*zinci chlorat., amyli trit. aa 15,0, aq. destillat. q. s. M. f. pasta.* Въ первомъ случаѣ напиткиваютъ растворомъ кусокъ ваты, выжимаютъ его между стеклянными пластинками, во второмъ случаѣ тѣсто намазываютъ тонкимъ слоемъ на марлѣ; вату или марлю закладываютъ въ воронкообразную рану матки, закрывши ихъ слоемъ сухой марли. Чтобы предохранить влагалище отъ прижигающаго дѣйствія хлористаго цинка, его слѣдуетъ выполнить ватнымъ тампономъ, напитаннымъ 10% растворомъ соды или мазью изъ соды и вазелина. Появляющаяся иногда при этомъ сильная боль устраняется примѣненіемъ наркотическихъ средствъ. Примѣнявшійся въ прежнее время спиртный растворъ брома, *acid. nitricum fumans* и другія средства менѣе удобны для употребленія, не представляя въ то же время никакихъ преимуществъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при такомъ лѣченіи достигается временное улучшение. Frank даже наблюдалъ полное выздоровленіе въ одномъ случаѣ.

Предложенное въ послѣднее время Mosetig'омъ лѣченіе раковыхъ опухолей посредствомъ впрыскиванія въ ткань опухоли 0,5% *solut. aquos. ruocastani* посредствомъ шприца П р а в а ц а не оправдало ожидаемыхъ результатовъ при ракѣ матки, точно такъ же, какъ при злокачественныхъ новообразованіяхъ въ другихъ органахъ. То же самое можно сказать о впрыскиваніи спирта въ ткань рака, предложеннаго Vulliet, и смѣси культуры микробовъ рожки и *bacillus prodig.* Опыты, произведенные въ нѣсколькихъ нѣмецкихъ клиникахъ, между прочимъ въ клиникѣ Chegnu, не дали никакихъ благоприятныхъ результатовъ. Westmark послѣ выскабливанія совѣтуетъ прикладывать къ раковой язвѣ трубки, въ которыхъ циркулируетъ горячая вода 42—44° R. Всѣ эти средства были примѣняемы только въ случаяхъ, гдѣ оперативныя пособія немислимы, между прочимъ, при значительныхъ нераспавшихся еще раковыхъ инфильтратахъ шейки. Давно оставлено внутреннее употребленіе *terebinthin. de Chios* при лѣченіи рака.

Одновременно съ выскабливаніемъ и прижиганіемъ рака, а равнымъ образомъ въ тѣхъ случаяхъ, когда даже палліативныя хирургическія операциі непримѣнимы, слѣдуетъ хорошо питать больныхъ и назначать внутрь укрѣпляющія средства, поддерживающія дѣятельность пищеварительныхъ органовъ и кровотоеніе—*acid. muriat., tinct. amara, haemogallol*, хорошее вино и пр. Большое значеніе имѣетъ также строгое соблюденіе чистоты и опрятности. Съ этою цѣлью назначаютъ обеззараживающія впрыскиванія, наичаще $\frac{1}{2}$ —1 столовую ложку 4% *solut. aquos. kali hypermanganici* на литръ воды нѣсколько разъ въ день, чайную ложку 50% раствора креолина или лизола, столовую ложку *sol. chlorat. calcis fort.* на то же количество воды. При чрезмѣрномъ зловонномъ отдѣленіи помогаютъ тампоны во влагалище изъ порошка древеснаго угля съ прибавленіемъ іодоформа или салола; этотъ порошокъ завертывается въ марлю.

Въ позднѣйшемъ періодѣ болѣзни для успокоенія болей приходится

прибѣгать къ назначенію наружныхъ и внутреннихъ наркотическихъ средствъ, начиная отъ слабыхъ и переходя къ наиболѣе дѣйствительнымъ. Наичаще приходится примѣнять хлороформъ съ масломъ въ видѣ мази, а внутрь *antipyrinum*, *codein.* и *extr. opii.* Подкожныя впрыскиванія морфія и хлораль въ клистирахъ слѣдуетъ прибегать къ тому времени, когда другія средства перестанутъ дѣйствовать. Въ тѣхъ случаяхъ когда для устранения кровотеченія противопоказуется примѣненіе выскабливанія, можно вкладывать тампоны, напитанные 8% растворомъ *liq. alumin. acetici.*

При ракъ тѣла матки палліативное лѣченіе заключается въ выскабливаніи ложечкой *Sims'a* полости матли и впрыскиваніи *tinct. jodi*, рѣже 50% раствора *zinci chlorati.* Выскабливаніе примѣняется въ тѣхъ случаяхъ, когда пораженная ракомъ матка утратила уже вслѣдствіе обращеній свою подвижность или же при сильной слабости у старыхъ женщинъ, когда нельзя приступить къ радикальной операціи. Иногда выскабливается нѣсколько ложекъ ткани новообразованія, послѣ чего на нѣкоторое время здоровье больныхъ замѣтно улучшается.

Радиальныя хирургическія пособія.

1. *Высокая ампутація маточной шейки, amputatio colli supravaginalis,* была предложена и разработана *K. Schroeder*омъ. Операція показуется только въ началѣ развитія рака влагалищной части матки, когда существуетъ полная увѣренность, что новообразованіе не перешло еще въ глубину шейки и не распространилось до свода влагалища. Опытъ показываетъ, что при такихъ условіяхъ операція имѣетъ значеніе радикальнаго пособія, подобно удаленію всей матки. Напротивъ, не слѣдуетъ дѣлать этой операціи при ракъ, начавшемся со слизистой оболочки шейки, имѣя въ виду распространеніе въ этихъ случаяхъ новообразованія въ окружающую клѣтчатку даже въ сравнительно раннемъ періодѣ болѣзни и нерѣдко встрѣчающіеся переносы въ тѣло матки. Вообще въ настоящее время эта операція производится большинствомъ гинекологовъ рѣдко, только въ немногихъ исключительныхъ случаяхъ начинающагося рака *port. vaginalis.* Для этой операціи употребляются тѣ же инструменты, какіе нужны для ампутаціи влагалищной части и перевязки маточныхъ артерій со стороны влагалища. Операція производится при полномъ наркозѣ. Наболѣе доступною становится влагалищная часть и своды при помощи зеркала *Fritsch'a.* Захвативъ шейку щипцами *Мюзе* возлѣ наружнаго зѣва, на мѣстѣ перехода влагалища дѣлають круговой разрѣзъ согнутыми ножницами или ножемъ, отступая на 1,5—2 ст. отъ края новообразованія, чтобы отдѣлить стѣнки рукава; далѣе потягивая за щипцы, ногтемъ указательнаго пальца направляясь кверху, съ боковъ и сзади отдѣляютъ влагалище отъ матки, а спереди отсепааровываютъ мочевою пузырь до уровня внутренняго

зѣва. Дошедши до lig. cardinale, посредствомъ иглы Deschamps'a перевязываютъ обѣ art. uterinae. На рану влагалища, для остановки кровотечения достаточно наложить временно нѣсколько пинцетовъ Реал'а. Послѣ чего отсепарованная шейка отрѣзывается ножомъ, сперва передняя половина до канала матки, при чемъ культи матки захватывается пулевыми щипцами, и только затѣмъ отдѣляется задняя половина шейки. Далѣе влагалище спивается съ маткою такимъ образомъ, чтобы края рукава спереди и сзади прилегали къ слизистой оболочкѣ канала матки. Съ боковъ края влагалищной раны соединяются между собою, при чемъ нижніе швы должны захватывать ткань маточной культи. Закрѣпивъ швы, влагалище промываютъ слабымъ растворомъ сулемы или карболовой кислотой, рану опыляютъ порошкомъ іодоформа и закладываютъ полоски іодоформенной марли. Швы не слѣдуетъ снимать съ маточной культи и влагалища раньше 12—14 дня, чтобы дать возможность ранѣ хорошо сростись.

По наблюдениямъ Hofmeister'a, въ клиникѣ Шредера эта операція давала всего 7,4% смертности. Черезъ 2 года 45%, черезъ 4 года 33% а черезъ 5 лѣтъ 27,9% женщинъ, у которыхъ она была произведена, оставались здоровыми. Въ нашей собственной практикѣ мы имѣли нѣсколько случаевъ, гдѣ спустя 5, даже 6 лѣтъ не послѣдовало возврата болѣзни.

Ампутацію влагалищной части, которая производится при простой гипертрофій шейки, при ракѣ матки примѣнять не слѣдуетъ, въ виду возможности оставить въ глубинѣ ткани узлы новообразования, что поведетъ къ быстрому рецидиву болѣзни.

2. *Удаленіе всей матки, exstirpatio uteri totalis*, производится въ настоящее время различными способами, наичаще оно дѣлается чрезъ влагалище. Только въ исключительныхъ случаяхъ производится удаленіе всей матки посредствомъ чревосѣченія, еще рѣже другими способами.

а) *Удаленіе всей матки чрезъ влагалище* введено въ хирургическую практику проф. Czerny. Эту операцію слѣдуетъ производить при всѣхъ видахъ рака матки, когда существуютъ благопріятныя условія относительно подвижности этого органа и когда при этомъ матка, вслѣдствіе ракового пораженія, не настолько увеличена, чтобы представить препятствіе при извлеченіи ея наружу чрезъ передній или задній сводъ влагалища. Беременность, которая въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчается при ракѣ матки, начиная съ пятаго мѣсяца, тоже должна служить противопоказаніемъ для примѣненія влагалищнаго способа, по крайней мѣрѣ безъ предварительнаго уменьшенія въ объемѣ матки, что впрочемъ можетъ быть произведено еще до операціи или во время производства операціи.

Для этой операціи необходимы слѣдующіе инструменты:

ножи и ножницы,
зеркало Симса,
зеркало Фрича,
подъемники,

аппаратъ Паклена,
щипцы Доуена,
крючки острые и тупые,
щипцы Мюзе,



Рис. 183. Наиболее употребительные инструменты для extirpatio uteri per vaginam. Начиная сверху книзу: длинный пинцет Doyen'a, верхній подъемникъ, полипные щипцы, пинцетъ Jakobs'a, нулевые щипцы, а справа крѣпкія познницы.

катетеръ,
зондъ Шульце,
шприць Брауна,
пинцеты Пеана разной
величины,
пинцеты анатомическіе и
зубчатые,

сложные крючки,
корнцанги,
пулевые щипцы,
иглодержатель,
иглы Геинера,
кривыя иглы,
иглы Дешампа.

Полный наркозъ; больная лежитъ на спинѣ у края операціоннаго стола къ свѣту съ пригнутыми къ животу бедрами и согнутыми колѣнями, которыя держуть два помощника, стоящіе по сторонамъ больной у края операціоннаго стола. Подготовивъ надлежащимъ образомъ влагалище и наружныя части, вводятъ зеркало Fritsch'a и подъемники. Когда существуетъ ворсистая опухоль шейки, ее слѣдуетъ удалить предварительно ножницами и прижечь поверхность раны и ея ближайшую окружность раскаленнымъ платиновымъ наконечникомъ, послѣ чего кровотеченіе часто останавливается. При язвенной формѣ рака нужно произвести выскабливаніе шейки и затѣмъ также прижечь аппаратомъ Raquelin'a. Никогда не будетъ лишнимъ также введеніе зонда въ полость матки, гдѣ иногда скопляется вонючее гнойное отдѣленіе. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ промыть полость матки и посредствомъ шприца Брауна ввести 1,0 и болѣе tinct. jodi.

При ракъ тѣла матки, полость слѣдуетъ тампонировать іодоформенной марлею, зашить отверстіе матки шелковою лигатурою, или же зажать щипцами Мюзена наружный зѣвъ, чтобы содержимое матки не изливалось во время операціи. Всѣми этими предварительными операціями достигается не только обеззараживаніе матки, но также предотвращается отчасти возможность зараженія ракомъ свѣжей раны во время операціи.

Удаленіе матки чрезъ влагалище представляетъ много видоизмѣненій, которыя въ значительной мѣрѣ обуславливаются индивидуальностью различныхъ хирурговъ, отчасти зависятъ отъ особенностей даннаго случая. Мы опишемъ способъ, по нашему мнѣнію, наиболѣе удобный и цѣлесообразный, и затѣмъ изложимъ вкратцѣ нѣкоторыя видоизмѣненія. Въ большинствѣ случаевъ матка со стороны влагалища доступна для операціи въ особенности у женщинъ, у которыхъ еще не наступилъ климактерическій періодъ. Однако иногда влагалище, преимущественно у старухъ, до такой степени узко, что доступъ къ влагалищной части представляется затруднительнымъ. Въ такихъ случаяхъ нужно дѣлать боковые разрѣзы влагалища съ одной или обѣихъ сторонъ. Такой разрѣзъ начинается на влагалищѣ недалеко отъ матки и постепенно углубляется, направляясь кнаружи, къ срединѣ между сѣдалищнымъ бугромъ и заднимъ проходомъ, гдѣ онъ имѣетъ глубину не менѣе 2—3 см. Schuchard присоединяетъ къ нему еще наружный разрѣзъ промежности, огибающій спереди кишку и доходящій до крестцовой кости, длиною 18—20 см. Въ огромномъ большинствѣ слу-

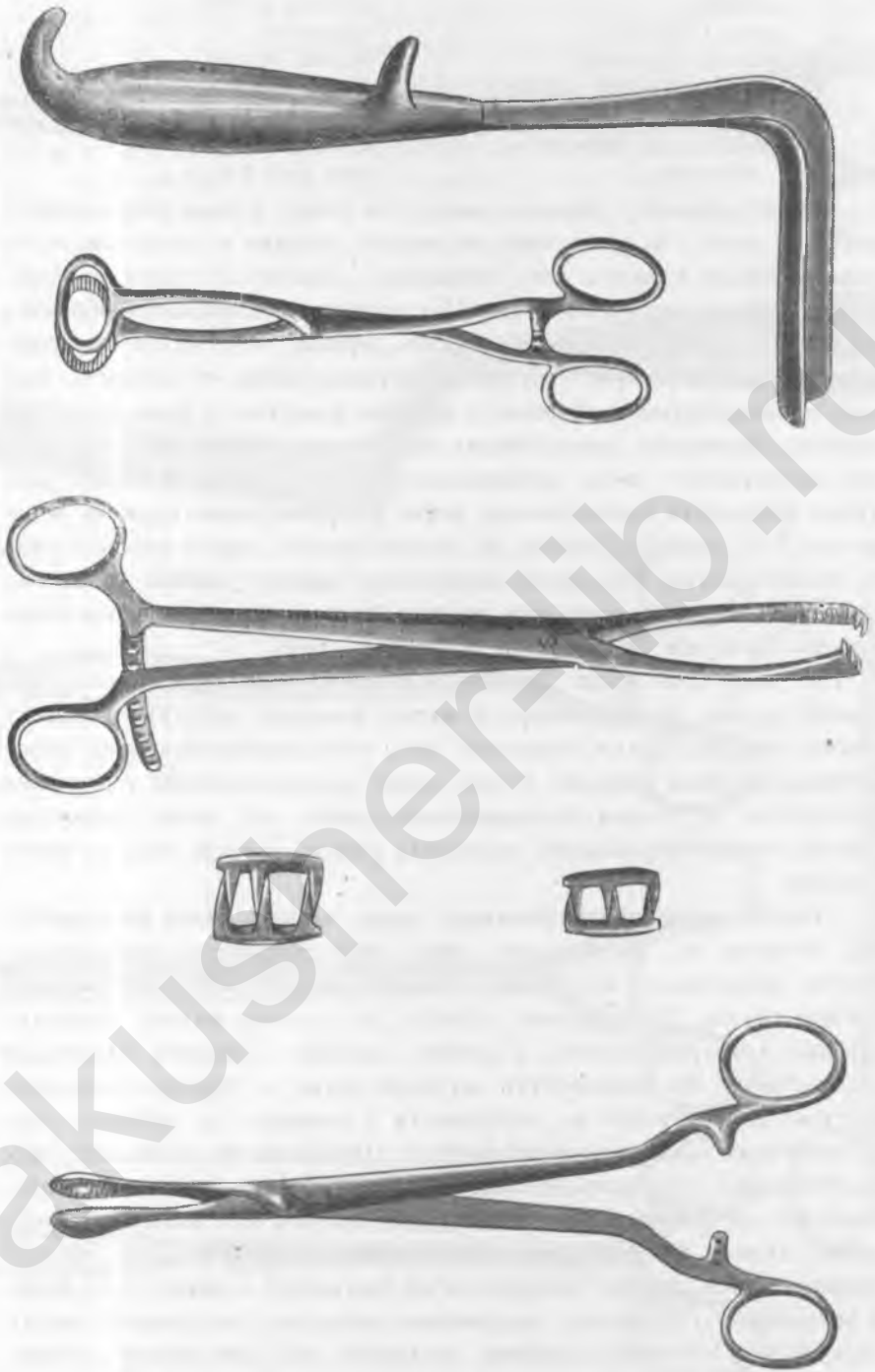


Рис. 184. Наиболее употребительные инструменты для extirpatio uteri per vaginam. Сверху вниз по порядку: зеркало Доуен'а, окончатые щипцы, зубчатые щипцы Мюзе разной величины, длинный пинцетъ Реан'а.

чаевъ, достаточно глубокаго боковаго надрѣза влагалища по направлению къ *tuber ischiæ* съ одной или обѣихъ сторонъ.

Захвативъ влагалищную часть крѣпкими щипцами Мюзе и оттягивая ее впереди, дѣлають кривыми ножницами разрѣзъ въ заднемъ сводѣ, отступя отъ края новообразованія на 1,5—2 см. на границѣ влагалища, и проникають въ полость брюшины. Введя въ рану указательный палецъ, брюшину сшиваютъ съ влагалищемъ однимъ или



Рис. 185. Различные моменты операций удаления всей матки чрезъ влагалище. Захватываніе шейки пинцетомъ.



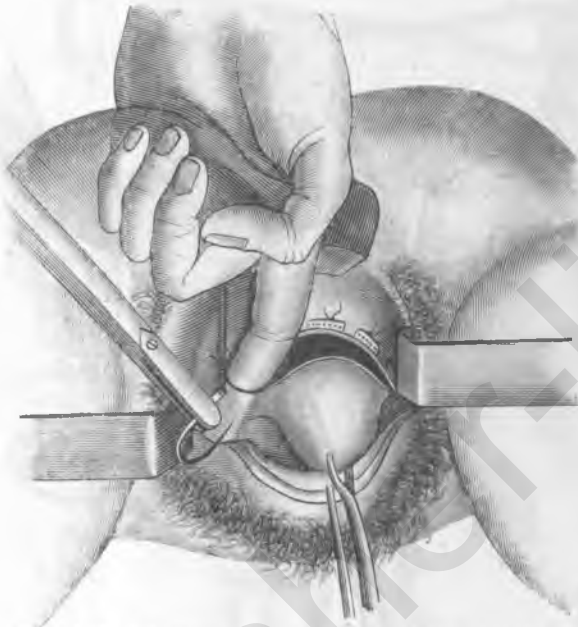
Рис. 186. Циркулярный разрѣзъ, отдѣленіе влагалища и захватываніе пинцетомъ *art. uterina*.

двумя швами; въ полость брюшины вводится небольшой кусокъ марли на тесьмѣ для предупрежденія выпаденія салъника или кишечной петли. Такой же поперечный разрѣзъ дѣлается въ переднемъ сводѣ, достаточно длинный, чтобы онъ сходилъ съ заднимъ разрѣзомъ и такимъ образомъ, обходилъ бы вокругъ всей влагалищной части. Мочевой пузырь, особенно у нерожавшихъ женщинъ, а также при фиброзныхъ опухоляхъ и при выпаденіи матки, большею частію приходится на нѣкоторомъ разстояніи отдѣлить отъ шейки кривыми ножницами, чтобы перерѣзать плотную тазовую фасцію затѣмъ уже ногтемъ указательнаго пальца отслаивается постепенно мочевой пузырь отъ передней

стѣнки матки и прилежащей къ нему широкой связки, пока не начнетъ выпячиваться складка брюшины впереди матки.

Складку брюшины захватываютъ 2 пинцетами, низводятъ книзу, вскрываютъ ножницами и соединяютъ швомъ съ переднимъ краемъ влагалища. Такимъ образомъ мочевой пузырь и оба мочеточника отдѣляются отъ матки и покрываются листкомъ брюшины.

Отдѣленная отъ пузыря маточная шейка выступаетъ ниже въ про-
свѣтъ влагалища, иногда даже изъ половыхъ частей. Введя возлѣ нея



Рас. 187. Обшиваніе передняго и задняго сводовъ, что можно сдѣлать также послѣ удаленія матки.

указательный палецъ въ передній, а большой палецъ въ задній разрѣзъ, можно съ боку маточной шейки на значительномъ разстояніи ощупать пластинку основанія широкой связки. Черезъ нее посредствомъ большой искривленной иглы Deschamp'a по направленію спереди назадъ проводить крѣпкія шелковыя лигатуры сперва съ лѣвой, затѣмъ съ правой стороны и сильно ихъ затягиваютъ, отступя нѣсколько отъ стѣнки матки. Послѣ чего можно отдѣлить ножницами

маточную шейку на значительномъ протяженіи, не доходя, впрочемъ, до мѣста лигатуръ, а также можно ее совершенно отрѣзать. Послѣ этого тѣло матки держится только на связкахъ и трубахъ, расположенныхъ въ верхней части lig. lati, и становится чрезвычайно подвижнымъ. Когда тѣло матки мало и не приращено къ сосѣднимъ частямъ, его легко вывести наружу, введя чрезъ передній сводъ указательный палецъ и захвативъ имъ, какъ крючкомъ, дно матки. Тамъ, гдѣ это невозможно, слѣдуетъ захватить тѣло матки щипцами Мюзе; иногда только послѣ нѣсколькихъ попытокъ удается вывести его наружу чрезъ отверстіе въ переднемъ сводѣ. вмѣстѣ съ тѣломъ матки обыкновенно выходятъ придатки. Когда они приращены, ихъ большею частью легко удаётся отдѣлить.

Кнаружи отъ придатковъ съ каждой стороны накладывается по одному пинцету Douen'a, такъ чтобы концы ихъ по ткани доходили

до лигатуръ, наложенныхъ на основаніи широкихъ связокъ, гдѣ перевязаны *art. uterinae*. Ножницами отдѣляется кънутри отъ наложенныхъ пинцетовъ верхняя часть матки съ придатками и удаляется. Когда придатки сильно приращены, ихъ можно оставить на мѣстѣ безъ особеннаго

вреда для больной. Въ такомъ случаѣ пинцетъ кладется кънутри отъ нихъ, возлѣ угловъ матки. Послѣ удаленія одной матки или совмѣстно съ придатками у наружнаго края пинцетовъ иглой Дешампа проводятъ съ каждой стороны по 2 лигатуры, которыя скрещиваются между собой и крѣпко завязываются при медленномъ снятіи пинцетовъ. Такимъ образомъ не рвяывается верхняя часть широкой связки съ ея сосудами, трубы и *lig. rotundum*. При удаленіи придатковъ, верхняя лигатура проходитъ чрезъ *lig. infundibulo-pelvicum*, гдѣ она захватываетъ *art. spermaticam*.

Послѣ перевязки широкой связки обыкновенно большого кровотока не бываетъ; въ случаѣ, если бы оно гдѣ-либо обнаружилось, кровоточащее мѣсто слѣдуетъ захватывать длиннымъ пинцетомъ Реапа и перевязать или обколоть. Подъ конецъ операціи приходится для окончательнаго прекращенія кровотока

Рис. 188. Выведеніе матки чрезъ передній сводъ послѣ отдѣленія пузыря и разрыва брюшины.

прикрѣпить нѣсколькими швами брюшину къ задней и затѣмъ къ передней стѣнкѣ влагалища. Этимъ операція заканчивается. Если были введены куски марли на тѣснѣ въ брюшину, ихъ слѣдуетъ удалить; влагалище вытираютъ хорошо ватой или марлей, намоченной въ сулемовомъ растворѣ и выжатой. Отверстіе въ полость брюшины

опыляется іодоформомъ и выполняется іодоформенною марлей, а также влагалище. Больную переносить въ постель, возлѣ наружныхъ частей и подъ ягодицы кладутъ вату и подстилку; такъ какъ при этомъ способѣ операци, изъ половыхъ частей происходитъ небольшое отдѣленіе жидкости изъ раны и конечно изъ брюшины. Когда отдѣленіе не-

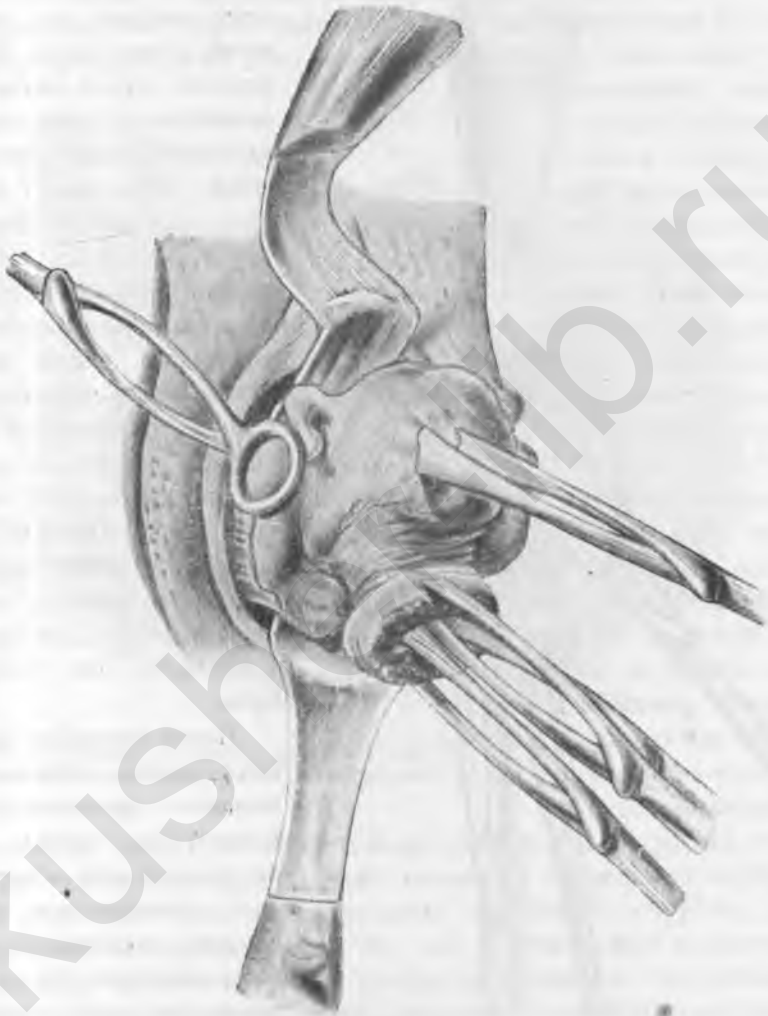


Рис. 189. Захватываніе окончатымъ пинцетомъ придатковъ.

значительно, полоски марли введенныя во влагалище и въ отверстіе раны слѣдуетъ мѣнять чрезъ 5—7 дней; само собою разумѣется, что наружная повязка мѣняется ежедневно нѣсколько разъ. Начиная съ 10 дня, можно дѣлать промываніе влагалища посредствомъ наконечника; такъ какъ къ этому времени въ сводѣ влагалища успѣетъ, вслѣдствіе

срощенія тканейъ, образоваться воронка. При боляхъ, которыя обнаруживаются главнымъ образомъ въ первые дни послѣ операціи, слѣдуетъ класть пузырь со льдомъ на нижнюю часть живота и назначать наркотическія средства. Часто мочу, въ особенности въ первые дни, приходится удалять катетеромъ. Послѣ операціи больная должна оставаться въ постели не менѣе 2 недѣль. Швы изъ стѣнокъ влагалища удаляются не раньше этого срока, глубокіе же швы на широкой связкѣ отходятъ обыкновенно позже вмѣстѣ съ кусками омертвѣлой ткани связокъ. Лихорадочное состояніе послѣ операціи большею частью бываетъ, хотя въ умѣренной степени. При распаденіи омертвѣлыхъ кусковъ ткани, отдѣленіе появляется съ запахомъ. На 3 недѣлѣ, при благопріятномъ теченіи, больная встаетъ съ постели и чрезъ нѣсколько дней уходитъ домой. Подобнаго способа операціи придерживается въ настоящее время большинство гинекологовъ.

Наложеніе пинцетовъ вмѣсто лигатуръ. Многіе, въ особенности французскіе гинекологи, вмѣсто лигатуръ употребляютъ длинные пинцеты Доуен'а. Послѣ кругового отдѣленія влагалища отъ шейки и вскрытія задней и передней складки брюшины накладываются пинцеты справа и слѣва на нижнюю часть lig. latі, чтобы захватить art. uterina, вѣтви пинцетовъ спереди и сзади также прихватываютъ листки брюшины. Понижницами съ боковъ отдѣляется маточная шейка и срѣзывается на переходѣ верхней границы наложенныхъ пинцетовъ, затѣмъ выводится наружу матка большею частію съ придатками; если послѣдніе вполне доступны, снаружи отъ нихъ накладывается одинъ или два пинцета по направленію снизу вверхъ, чтобы захватить оставшуюся свободною верхнюю часть широкой связки. Если же придатки неподвижны и не поддаются отдѣленію, то пинцеты накладываются непосредственно возлѣ матки, которая срѣзывается ножницами кнутри отъ пинцетовъ, защемляющихъ широкую связку. Для остановки кровотечения изъ задней стѣнки влагалища накладывается нѣсколько длинныхъ пинцетовъ Реап'а или Ясоб'а. По окончаніи операціи послѣ введенія въ рану іодоформенной марли, пинцеты обвертываются этою тканью, чтобы защитить отъ давленія стѣнки влагалища, а снаружи они покрываются толстымъ слоемъ ваты. Чрезъ 48 часовъ пинцеты осторожно снимаются: кровотеченіе наблюдается рѣдко, его можно остановить наложеніемъ пинцетовъ Реап'а на кровотокащій сосудъ, въ другихъ случаяхъ тампонаціей.

Затрудненія при операціи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится выводить дно матки чрезъ разрѣзъ задняго свода, что всегда нѣсколько осложняетъ операцію. Это намъ приходилось дѣлать наичаще при переходѣ новообразованія на клѣтчатку, отдѣляющую пузырь отъ матки.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда матка велика, выведение ея тѣла послѣ отдѣленія шейки можетъ представить значительныя трудности. Вообще, коль скоро матка превышаетъ величину дѣтской головки, не слѣдуетъ

примѣнять способъ удаленія матки чрезъ влагалище. Наичаще увеличеніе тѣла матки зависитъ отъ развитія фиброміомъ и хронической воспалительной припухлости, рѣже отъ разрастанія злокачественнаго новообразованія въ полости матки. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ дѣлать разрѣзъ передней стѣнки влагалища до начала мочевого ка-

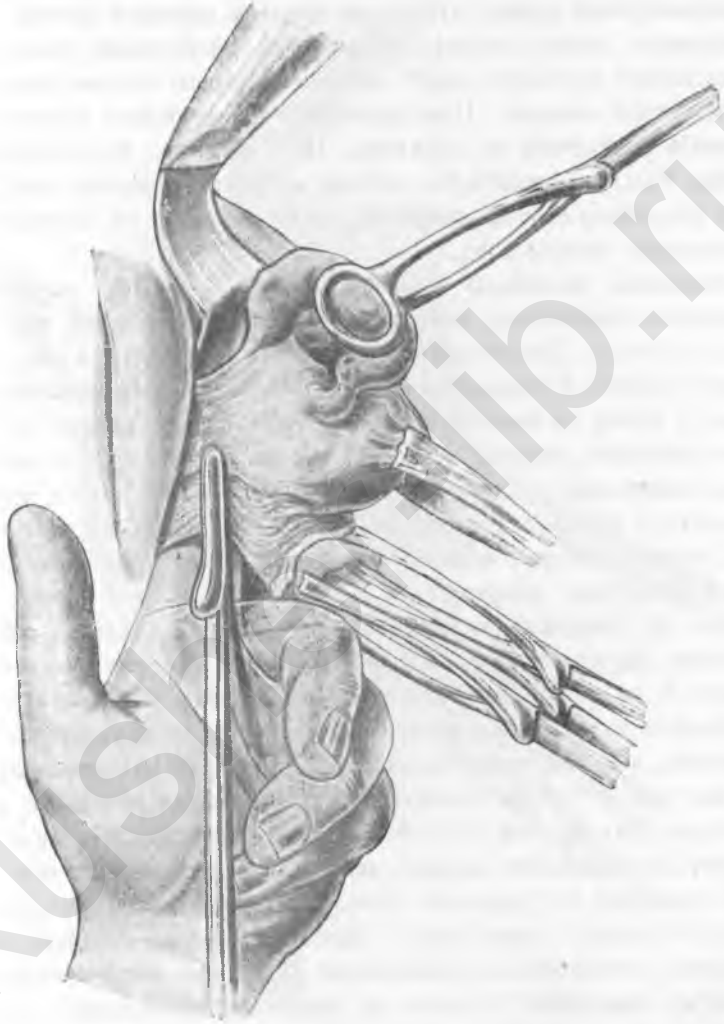


Рис. 190. Наложеніе пинцетовъ Doyen'a на lig. lat. et rot., послѣ чего матка удаляется ножницами, пинцеты оставляютъ или замѣняютъ швами.

нала и нѣсколько отслаивать пальцемъ пузырь отъ влагалища, что значительно облегчаетъ операцію, для выполненія которой тѣмъ не менѣе наичаще необходимо прибѣгать къ кускованью по способу Реан'a, разработанному въ особенности Segond'омъ и Doyen'омъ.

Къ сожалѣнію, этотъ способъ можно примѣнять большею частью

только при доброкачественныхъ опухоляхъ тѣла матки. Съ цѣлью уменьшить объемъ матки, послѣ наложенія лигатуръ на нижнюю часть широкихъ связокъ, слѣдуетъ отрѣзать всю шейку матки; затѣмъ—извлекая постепенно тѣло матки, можно произвести продольный разрѣзъ ножомъ черезъ ея переднюю стѣнку или же, захватывая ее послѣдовательно крѣпкими щипцами Мюзе, вырѣзывать изъ нея треугольные куски, придерживаясь середины матки, на нѣкоторомъ разстояніи отъ широкихъ связокъ, чтобы не поранить большихъ маточныхъ артерій. Всякій разъ,

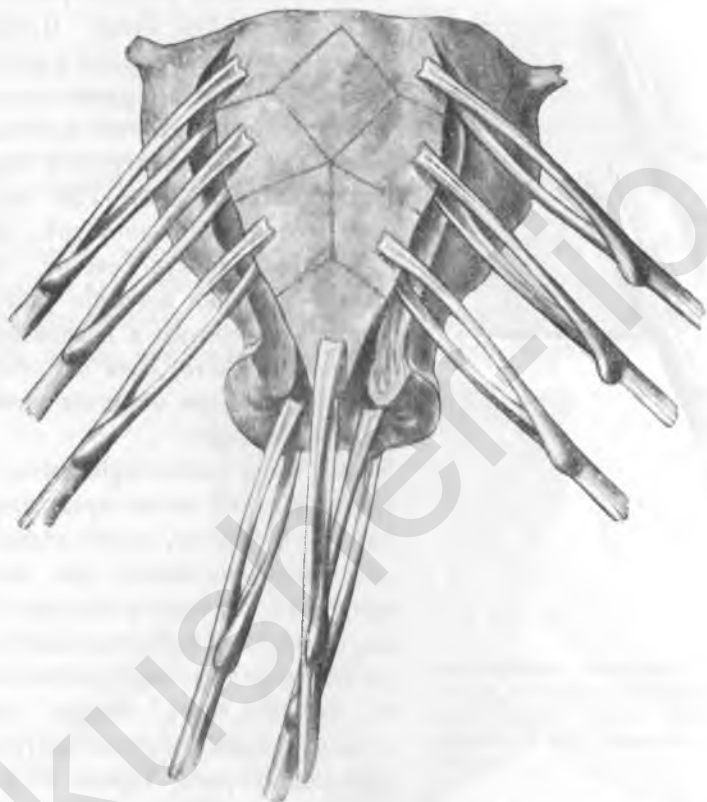


Рис. 191. Кускованье матки при операциі extirpatio per vagin., когда величина органа не позволяетъ вывезти его цѣликомъ.

послѣ удаленія кусковъ маточной ткани слѣдуетъ захватывать переднюю стѣнку выше и низводить матку наружу, пока не дойдемъ до ея дна. Извлеки послѣднее наружу, накладываютъ лигатуры или пинцеты, какъ описано выше.

Никакого практическаго значенія не имѣетъ способъ Frank'a, который старался вылучивать пораженную ракомъ матку изъ брюшины, оставляя эту ткань нетронутой.

Angiotripsia въ примненіи къ удаленію матки. Въ послѣднее время для остановки кровотеченія вмѣсто лигатуры и пинцетовъ Doуen и

Tuffier начали употреблять особые пинцеты, сосудодробители, которые въ теченіе нѣсколькихъ минутъ раздавливаютъ широкую связку и расположенные въ ней сосуды. Thumin, Zweifel и др. изобрѣли также подобные инструменты, которые были примѣняемы съ успѣхомъ на практикѣ. Пока этотъ способъ не вошелъ во всеобщее употребленіе.

Къ числу *неблагопріятныхъ осложненийъ* во время операціи слѣдуетъ отнести также *случайныя раненія*. Наичаще происходитъ раненіе мочевого пузыря при отслойкѣ его отъ передней стѣнки матки, когда новообразование распространилось кпереди за предѣлы матки. Пузырь слѣдуетъ немедленно зашить и продолжать операцію. Гораздо рѣже происходитъ раненіе мочеточниковъ или захватываніе ихъ въ лигатуру, а также раненіе кишечной петли. При соскальзываніи одной изъ лигатуръ, наложенныхъ на широкую связку, большею частію во время операціи удается захватить пинцетомъ и перевязать кровоточащее мѣсто; если бы этого было недостаточно, то остается прибѣгнуть къ чревосѣченію.

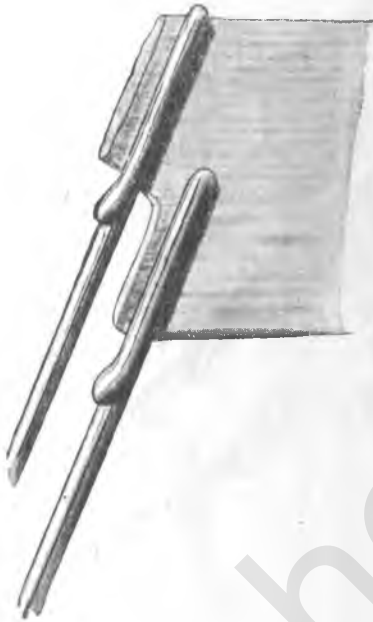


Рис. 192. Наиболее рациональный способъ наложенія пинцетовъ на широкую связку съ боку матки, когда пинцеты оставляются на 48 часовъ.

Къ числу неблагопріятныхъ явленій послѣ удаленія матки чрезъ влагалище слѣдуетъ отнести, кромѣ сильныхъ болей преимущественно при наложеніи пинцетовъ, мѣстное воспаленіе брюшины, признаками котораго является вздутіе кишечнаго канала, чувствительность въ нижней части живота, ускореніе пульса, повышеніе температуры и задержаніе вѣтровъ. Только въ рѣдкихъ случаяхъ эти признаки могутъ отчасти зависѣть отъ надавливанія вложенной марли. Если воспаленіе брюшины поднимается кверху и становится общимъ, оно несомнѣнно имѣетъ септической или сапремической характеръ, и больная обыкновенно умираетъ. Гораздо рѣже смерть наступаетъ вслѣдствіе ileus или отъ послѣдовательнаго кровотеченія.

Смертность вслѣдствіе этой операціи у многихъ гинекологовъ не превышаетъ 5%, у другихъ она достигаетъ 10%. Рецидивы очень часты. По мнѣнію Winter'a, они происходятъ наичаще чрезъ непосредственное зараженіе здоровой ткани во время операціи, а также чрезъ лимфатическіе сосуды и железы и въ рѣдкихъ случаяхъ вслѣдствіе метастазовъ. Для избѣжанія рецидивовъ Maskenrodt прибѣгаетъ въ запущенныхъ случаяхъ къ удаленію матки посредствомъ аппарата Ра-

Quelin'a. При употребленіи пинцетовъ сравнительно часто наблюдали образование кишечныхъ фистулъ.

Bürkle собралъ 273 случая удаленія матки изъ влагалища, изъ которыхъ погибло 10%. Richelot въ теченіе 4 лѣтъ удалилъ 225 матокъ, потерявъ всего 5%. Нѣкоторые гинекологи, напр., Asopci, Herzfeld, оперировали подъ рядъ 50 и болѣе случаевъ безъ летальныхъ исходовъ. Между тѣмъ какъ въ клиникѣ Schauta вслѣдствіе этой операциі умерло 8,5% больныхъ. Въ Италиі, по свѣдѣніямъ, собраннымъ Verroti, на 1035 случаевъ смертность равнялась 6,3%. Къ сожалѣнію, въ теченіе первыхъ 5 лѣтъ послѣ операциі въ 75—80% всѣхъ случаевъ появляется возвратъ болѣзни. По наблюденіямъ Таппен'а, чрезъ годъ послѣ операциі остаются здоровыми 57% оперированныхъ, чрезъ 2 года 47%, а чрезъ 5 лѣтъ 36%. Исслѣдованія Крускенберга'а даютъ менѣе утѣшительные результаты—чрезъ 3 года остаются здоровыми 37,5%, а чрезъ 5 лѣтъ только 17,6%. Позже возвратовъ почти никогда не бываетъ, хотя Фгаепкелъ видѣлъ рецидивъ рака чрезъ 8 лѣтъ. Гораздо благоприятѣе послѣдствія при удаленіи матки, гдѣ ракъ развился въ тѣлѣ органа. Крускенбергъ нашель, что 66,7% такихъ женщинъ оставались здоровыми даже спустя 5 лѣтъ послѣ операциі.

б) *Удаленіе матки посредствомъ чревоспеченія* въ настоящее время примѣняется сравнительно рѣдко. Эта операциа, предложенная раньше влагалищнаго способа W. Freund'омъ, примѣняется при значительной величинѣ матки, при осложненіи рака шейки беременностью, а также

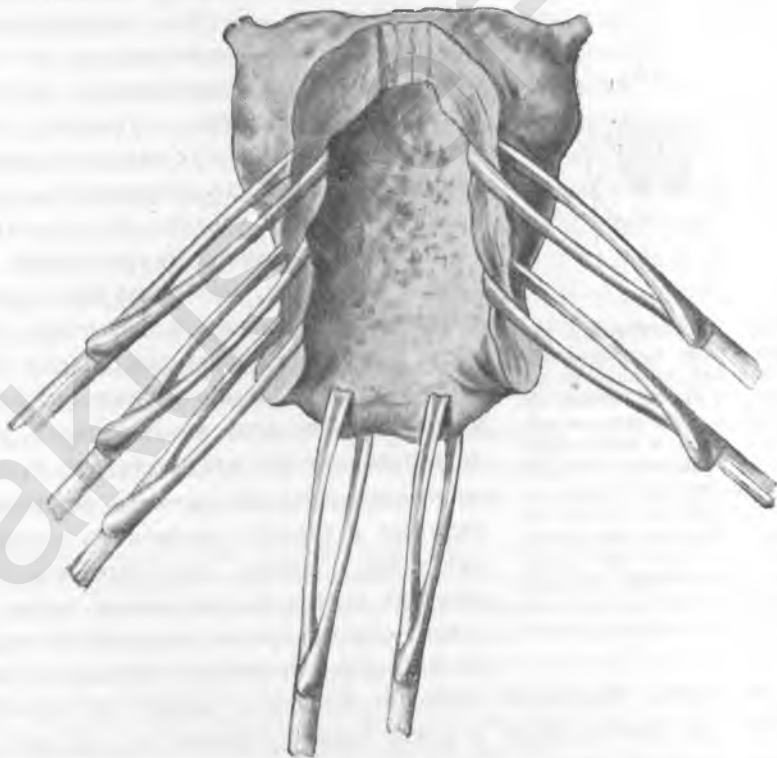


Рис. 193. Захватываніе уменьшенной въ объемѣ матки для выведенія ея чрезъ передній сводъ наружу.

въ запущенныхъ случаяхъ, когда инфильтратъ перешелъ отчасти на широкія связки и подвижность матки значительно утратилась.

Первоначальный способъ Freund'a въ настоящее время большинствомъ врачей оставленъ. Наиболее рациональнымъ мы считаемъ изменение этого способа Rudyger'a. Для этой операціи необходимы тѣ же самые инструменты, которые употребляются для отнятія тѣла матки при фиброидахъ и для удаленія матки чрезъ влагалище. Операція начинается чрезъ влагалище, гдѣ вскрывается сперва задній, затѣмъ пе-

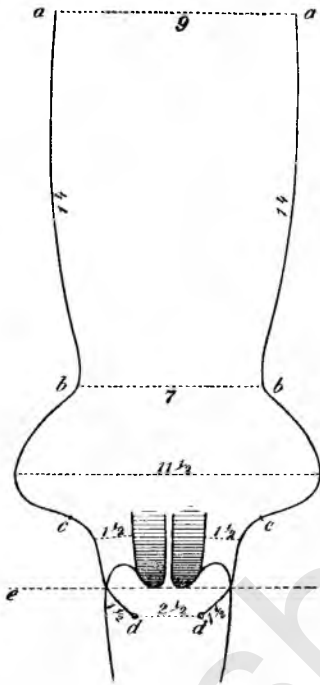


Рис. 194. Схематическое изображение хода и направленія мочеточниковъ въ полости живота и таза. Возлѣ шейки оба мочеточника проходятъ на разстояніи 1,5 см., а ниже прилегаютъ къ боковымъ сводамъ влагалища; ихъ отверстія въ пузырь удалены на 1,5 см. отъ боковыхъ стѣнокъ влагалища. Между тѣмъ какъ при входѣ въ тазъ мочеточки отстоятъ одинъ отъ другого на 7 ст., а въ срединѣ таза даже на 11,5 ст.

редній сводъ, и брюшина пришивается нѣсколькими швами къ влагалищу; потомъ перевязывается толстыми лигатурами основаніе широкихъ связокъ съ каждой стороны вмѣстѣ съ маточною артеріей. Во влагалище кладутъ полоски іодоформенной марли и приступаютъ къ окончанію операціи посредствомъ лапоротоміи. Послѣ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ дно матки захватывается крѣпкими щипцами Мюзе и выводится наружу; при малой подвижности матки нужно дать больной положеніе по способу Тренделенбурга. Затѣмъ перевязываются придатки и связки матки такимъ же образомъ, какъ при надвлагалищной ампутаціи матки съ фиброзными опухолями, послѣ чего отдѣленная повсюду матка извлекается наружу. Въ случаяхъ запущенныхъ, кромѣ матки приходится удалять изъ полости таза пораженные ракомъ лимфатическія железы и клѣтчатку. Чтобы избѣжать поврежденія мочеточниковъ и большихъ сосудовъ, нужно послѣ перевязки *lig. infundibulo pelv.* разрѣзать задніе листки *lig. lati* и, направляясь по ходу мочеточниковъ, отдѣлить послѣдніе отъ клѣтчатки, отъ *m. psoas* до мочевого пузыря, при чемъ легко можно находить и удалить пораженные железы и клѣтчатку. Затѣмъ, надрѣзывается брюшина на передней поверхности матки недалеко отъ пузыря, и послѣдній до границы влагалища тщательно отдѣляется паль-

цемъ отъ матки. Еще легче можно отсепаровать такимъ же способомъ клѣтчатку съ боковъ матки и дойти такимъ образомъ съ каждой стороны до маточной артеріи. Послѣ удаленія подозрительной ткани, съ каждой стороны перевязывается возлѣ матки плотный пучокъ *lig. sag-*

dinale, въ которомъ находится art. uterina. Остановивъ вполне кровотечение наложеніемъ добавочныхъ швовъ, сшиваютъ въ поперечномъ направленіи брюшину передняго и задняго краевъ отверстія, ведущаго изъ полости живота во влагалище, которое такимъ образомъ закрывается. Лигатуры коротко обрѣзываютъ, и брюшную рану сшиваютъ по общепринятому способу. Смертность послѣ этой операціи достигаетъ 20—30%. Проф. Снегиревъ потерялъ изъ 5 больныхъ двоихъ послѣ этой операціи. Въ послѣднее время мы получали довольно благоприятные результаты при этой операціи. Тѣмъ не менѣе эту операцію слѣдуетъ предпринимать только въ тѣхъ случаяхъ, когда удаленіе матки чрезъ влагалище оказывается невозможнымъ.

Kelly совѣтуетъ предварительно до начала операціи проводить бужи въ мочеточники. Въ послѣднее время Küstner получилъ наиболѣе благоприятные результаты при этой операціи,—изъ 20 случаевъ у него умерло всего 4 больныхъ. Брюшную рану онъ закрываетъ, но сводовъ влагалища не зашиваетъ, а чрезъ открытую рану изъ влагалища проводитъ марлевые тампоны. Если случается поранить мочеточникъ, слѣдуетъ по примѣру Freund'a шить его конецъ въ мочевой пузырь и положить тампоны по способу Mikulicz'a.

с) *Удаленіе матки чрезъ разръзъ въ области крестца* представляетъ операцію болѣе трудную, нежели вышеописанный способъ удаленія матки. Показаніемъ для производства ея считаютъ узкость влагалища, малую подвижность матки, далѣе ихорозное распаденіе въ полости матки при значительной величинѣ этого органа. Кромѣ того Носченеггъ къ числу показаній причисляетъ осложненіе рака матки другими новообразованіями въ этомъ органѣ или въ яичникахъ, а также воспалительныя опухоли придатковъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ удаленіе матки можно произвести также чрезъ влагалище или посредствомъ чревосѣченія. Тѣмъ болѣе, что при крестцовомъ способѣ нерѣдко случается пораненіе сосѣднихъ органовъ. Между прочимъ, Westermarck, производившій эту операцію 10 разъ, два раза поранилъ мочеточники. Кромѣ того выздоровленіе послѣ этой операціи тянется чрезвычайно долго. Смертность довольно значительна, она превышаетъ 15%; слѣдовательно трудность и опасность, представляемая этой операціей, не выкупаются въ достаточной степени благоприятными исходами. Возвраты послѣ нея такъ же часты, какъ послѣ другихъ способовъ.

Наиболѣе рациональный способъ предложенъ Носченегг'омъ и Негзфельдомъ. Оперированной даютъ положеніе на правомъ боку, конечности согнуты и ягодичная область находится у края операціоннаго стола, будучи обращена къ свѣту. Начиная отъ лѣвой spin. post. super. ossis ilei ведется разръзъ возлѣ крестца до верхушки кончика. Этотъ разръзъ болѣе удобенъ, нежели нѣсколько меньшій, предложенный Wölfler'омъ. Достигши до клѣтчатки fossae isch. rect. sinistr., пальцемъ отдѣляютъ прямую кишку отъ крестцовой кости и нижнюю часть послѣдней вмѣстѣ съ копчикомъ перепиливаютъ, начиная отъ внутренней поверхности, затѣмъ отгибаютъ ее кверху, оставляя въ связи съ наружными покровами. Послѣ чего вправо отъ прямой кишки доходятъ до Дугласовой складки,

вскрываютъ ее ножницами и доходятъ до матки, дно которой захватываютъ щипцами Мюзе и выводятъ наружу. Нахождение этой складки въ глубинѣ раны часто затруднительно, почему Czerny предложилъ вскрывать ее въ заднемъ сводѣ чрезъ влагалище прежде чѣмъ приступить къ операциіи чрезъ крестцовый разрѣзъ.

Послѣ извлеченія матки въ рану, слѣдуетъ перевязать толстыми лигатурами широкія связки и отдѣлить отъ нихъ матку съ ея придатками. Затѣмъ отсепаровываютъ мочевой пузырь отъ матки послѣ разрѣза брюшины и отдѣляютъ шейку отъ влагалища; наложеніемъ швовъ останавливаютъ кровотеченіе. Въ заключеніе соединяютъ брюшину съ влагалищемъ и закрываютъ полость живота наложеніемъ швовъ по краямъ отверстия, ведущаго во влагалище. слѣдуетъ также защитить часть кожной раны, положить на мѣсто смѣщенныя части костей, затѣмъ ввести дренажъ и сдѣлать обыкновенную перевязку.

Еще менѣе удобно предложеніе Zuckerkandl'a, который совѣтуетъ доходить до матки, сдѣлавъ поперечный разрѣзъ чрезъ промежность и постепенно отслаивая заднюю стѣнку влагалища отъ прямой кишки. По этому способу оперировалъ Fomel.

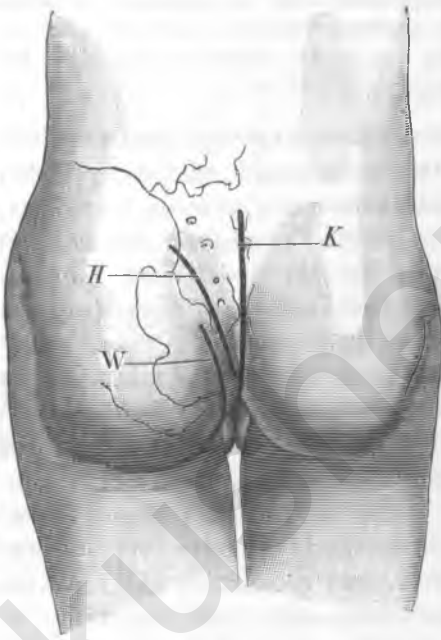


Рис. 195. Направленіе разрѣзовъ при различныхъ способахъ extirp. uteri totalis чрезъ крестцовую область.

Изъ всѣхъ способовъ удаленія пораженной ракомъ матки слѣдуетъ считать наиболѣе вѣрнымъ и безопаснымъ влагалищный способъ Czerny, который слѣдуетъ примѣнять во всѣхъ случаяхъ, гдѣ ракъ не перешелъ еще далеко границъ матки и гдѣ этотъ органъ сохранилъ свою подвижность. При малой подвижности матки, вслѣдствіе воспалительныхъ измѣненій, приходится оперировать при помощи пинцетовъ Douen'a. При переходѣ рака на тазовую клетчатку, а также при ракѣ тѣла матки, когда этотъ органъ представляется значительно увеличеннымъ, слѣдуетъ прибѣгать къ чревосѣченію, примѣняя гдѣ возможно комбинированный способъ Rydyier'a.

При осложненіи рака беременностью въ первые IV мѣсяца можно произвести удаленіе матки чрезъ влагалище безъ затрудненія. Для уменьшенія величины матки слѣдуетъ прорвать оболочки яйца. Начиная съ 5 мѣсяца наиболѣе умѣстнымъ является комбинированный способъ; такимъ образомъ намъ нѣсколько разъ удавалось удалить беременную матку на V и VII мѣс. Позже, на VIII и X мѣс. беременности, слѣдуетъ имѣть въ виду также жизнь плода, почему нужно дѣлать кесарское сѣченіе съ послѣдовательнымъ удаленіемъ матки. Dührssen даже въ концѣ беременности предлагаетъ производить удаленіе матки чрезъ влагалище. Сперва онъ отдѣляетъ матку отъ влагалища, затѣмъ дѣлаетъ разрѣзы по перед-

ней и задней стѣнокъ шейки, входитъ рукою въ полость матки, дѣлаетъ поворотъ на ножку и производитъ извлеченіе плода и удаленіе дѣтскаго мѣста. Послѣ чего черезъ рану передняго свода тѣла матки выводится наружу и послѣ перевязки связокъ удаляется. Эту операцію онъ называетъ *S. C. vaginalis*. Въ послѣднее время такая операція была произведена Frisch'емъ, Seifart'омъ, Sarwey и др. Chrobask и др. удалили матку *per vaginam* вскорѣ послѣ родовъ.

Глава 3.

Саркома матки, *sarcoma uteri*.

Этіологія. Ближайшія причины появленія саркомы намъ совершенно неизвѣстны. Эти злокачественныя опухоли матки вообще встрѣчаются довольно рѣдко; Krückenberg на 10 тысячъ гинекологическихъ больныхъ видѣлъ 7 случаевъ саркомы матки; онѣ появляются наичаще у старыхъ женщинъ, рѣже у молодыхъ. Подобно фиброміомамъ, онѣ гораздо чаще развиваются въ тѣлѣ, нежели въ шейкѣ матки. Изъ 19 случаевъ только однажды саркома развилась въ шейкѣ матки. Частые роды и поздній возрастъ несомнѣнно благоприятствуютъ появленію саркомы, хотя это новообразование въ маткѣ въ исключительныхъ случаяхъ наблюдали уже въ дѣтскомъ возрастѣ.

Анатомическія измѣненія. Какъ уже сказано, саркомы наблюдаются преимущественно въ тѣлѣ матки; различаютъ, смотря по мѣсту развитія, саркому слизистой оболочки и саркому маточной стѣнки. Первая наичаще развивается въ видѣ отдѣльныхъ бугровъ или незначительныхъ возвышеній, рѣже въ видѣ сплошнаго новообразования. Большею частью опухоль небогата сосудами. На разрѣзѣ она представляется однородною, блѣдно-желтаго цвѣта, рѣже съ красноватымъ оттѣнкомъ. На мышечную стѣнку сравнительно не скоро переходитъ новообразование со слизистой оболочки. При разрастаніи саркомы, матка значительно увеличивается въ объемѣ, иногда до величины дѣтской головки; при этомъ выполняющее полость матки саркоматозное новообразование причиняетъ расширеніе канала шейки; часто оно выступаетъ во влагалище и обыкновенно распадается. Въ полости матки она располагается на стѣнкѣ большею частью широкимъ основаніемъ, рѣже сидитъ на ножкѣ. Въ болѣе позднемъ періодѣ саркома иногда прорастаетъ маточную стѣнку и переходитъ на брюшину, гдѣ распространяется часто въ видѣ отдѣльныхъ узловъ и даетъ переносы. Наичаще саркома слизистой оболочки состоитъ изъ веретенообразныхъ рѣже изъ круглыхъ клѣтокъ.

Саркома маточной стѣнки развивается изъ ея соединительной ткани, но чаще эта опухоль происходитъ вслѣдствіе перерожденія элементовъ фиброміомы матки въ саркоматозную ткань, почему она наблюдается преимущественно на тѣлѣ матки. Различаютъ подсерозную, межучточную

и подслизистую саркому маточной стѣнки. Обыкновенно это новообразование не имѣетъ капсулы и въ нѣкоторыхъ случаяхъ достигаетъ значительной величины, хотя опухоль большею частью не переходитъ линіи пупка. Форма опухоли матки шаровидная или дольчатая съ буграми на поверхности. При опухоляхъ, вырастающихъ изъ стѣнки въ полость матки, какъ это бываетъ въ большинствѣ случаевъ, слизистая оболочка, ихъ покрывающая, сохраняется долгое время, между тѣмъ какъ при опухоляхъ, происходящихъ изъ слизистой оболочки, она распадается рано. Саркома стѣнки еще чаще, чѣмъ саркома слизистой оболочки матки, состоитъ изъ веретенообразныхъ клѣтокъ.

Непосредственный переходъ мышечныхъ клѣтокъ въ саркоматозныя наблюдали Gessner, Pick и др. Ricker и Beckman допускаютъ происхождение саркомы маточной стѣнки только изъ клѣтокъ соединительной ткани.

Наиболѣе частое измѣненіе, которое замѣчается въ саркомахъ тѣла матки, заключается въ омертвѣніи и распаденіи ткани. Иногда одновременно замѣчается жировое или гіалиновое перерожденіе. Рѣдко, и преимущественно въ саркомахъ стѣнки, наблюдается слизистое или кистовидное перерожденіе ткани, при чемъ опухоль быстро увеличивается въ объемѣ. Описаны также рѣдкіе случаи адено-саркомы, *angio-sarcoma* и *carcinoma-sarcoma* въ тѣлѣ матки. Крайне рѣдко встрѣчается *sarcoma* маточной шейки, она развивается изъ слизистой оболочки или въ толщѣ стѣнки.

Нѣкоторыя особенности представляетъ такъ называемая гроздевидная саркома шейки, *sarcoma colli uteri hydropicum papillare*, которая возникаетъ также крайне рѣдко. Gessner нашелъ всего 16 случаевъ; недавно мы наблюдали эту форму саркомы въ клиникѣ. Новообразование вырастаетъ на плотномъ широкомъ стеблѣ изъ слизистой оболочки канала шейки, состоитъ изъ фиброзной ткани; оно вырастаетъ во влагалище, гдѣ ткань его представляется отеочною и болѣе рыхлою, отчего опухоль пріобрѣтаетъ сходство съ *mola hydatitosa*, принимая гроздевидную форму. Иногда она выполняетъ все влагалище. При микроскопическомъ изслѣдованіи, кромѣ отечной соединительной ткани, находятъ гигантскія клѣтки, железы, хрящевую ткань, иногда даже поперечнополосатая мышца.

Въ близкомъ соотношеніи съ саркомой находится крайне рѣдко встречающаяся въ маткѣ *endothelioma*, которая развивается изъ эндотелия лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудовъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи клѣтки новообразования образуютъ узлы или гнѣзда въ ткани и по строенію оно похоже на альвеолярный ракъ, при чемъ нѣкоторыя клѣтки находятся въ связи со стѣнками лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудовъ. Если же клѣтки разрастаясь вытѣсняютъ соединительную ткань, строму, то новообразование получаетъ сходство съ саркомой.

При всѣхъ формахъ саркомы матки, метастазы въ различныхъ бли-

жайших и отдаленных органах представляют обычное явление в запущенных случаях. Нерѣдко вторичные узлы появляются также на стѣнках влагалища.

Симптомы и теченіе. Развитіе саркомы сопровождается усиленным отдѣленіемъ изъ влагалища, которое наичаще бываетъ серознымъ, по временамъ кровянистымъ. При саркомахъ, разрастающихся въ каналѣ матки или на шейкѣ, отдѣленіе бываетъ особенно обильно и при распаденіи новообразованія получается дурной запахъ, какъ при ракѣ

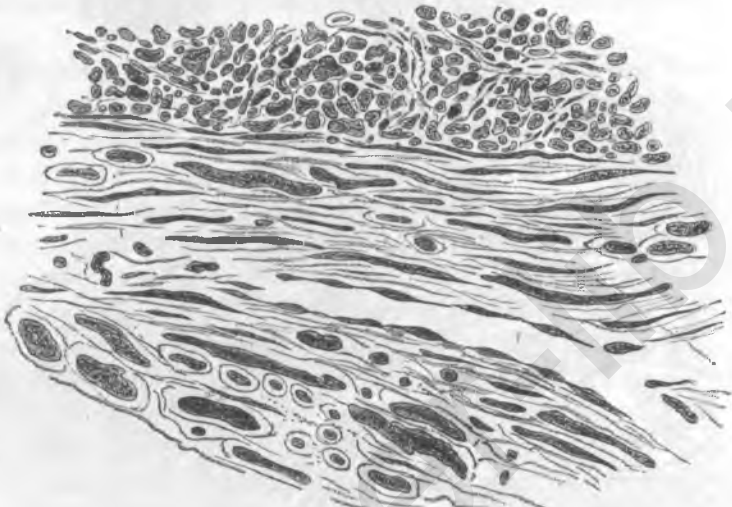


Рис. 196. Sarcoma uteri rotundicellulare. Сверху кѣтки саркомы, въ срединѣ и ниже мышечная ткань, въ которой ясно замѣчается саркоматозное перерожденіе.

матки; на наружныхъ половыхъ частяхъ замѣчается краснота, припухлость и обнаруживается болѣе или менѣе сильный зудъ. Вскорѣ присоединяются кровотеченія, которыя часто достигаютъ значительной степени и обезсиливаютъ больную. Въ рѣдкихъ случаяхъ въ маткѣ задерживается кровь, чаще гной. При саркомахъ, развивающихся въ толщѣ маточныхъ стѣнокъ и подсерозныхъ, иногда кровотеченія не бываетъ. Здѣсь преобладаютъ явленія прижатія различныхъ органовъ въ полости малаго таза въ особенности пузыри и прямой кишки. Появленіе кровянистыхъ отдѣленій или кровотеченій изъ матки у женщины, у которой прекратились мѣсячныя, а также быстрый ростъ новообразованія представляютъ крайне неблагопріятные симптомы, указывающіе наичаще на саркоматозное перерожденіе фиброида. По изслѣдованіямъ Marti'n'a, это бываетъ сравнительно рѣдко, не выше 3% всѣхъ случаевъ. При этихъ формахъ боли появляются раньше и достигаютъ значительной степени, когда саркома распространяется на окружающія части, въ особенности на тазовую кѣтчатку; такъ какъ при такихъ условіяхъ нервныя сплетенія таза подвергаются сильному давленію. Давленію подвергаются также сосуды нижнихъ конечностей; на голеняхъ и сто-

пахъ появляется отечная опухоль, иногда развивается тромбозъ бедренной вены. Въ такихъ случаяхъ по всей ногѣ появляется уругая отечная припухлость. Подъ конецъ жизни развивается общая слабость и наступаютъ явленія кахексіи. Наиболее доброкачественными представляются поделизистыя саркомы тѣла матки. Разрастаясь, эти опухоли, подобно фибрознымъ полипамъ, растягиваютъ каналъ шейки и высту-

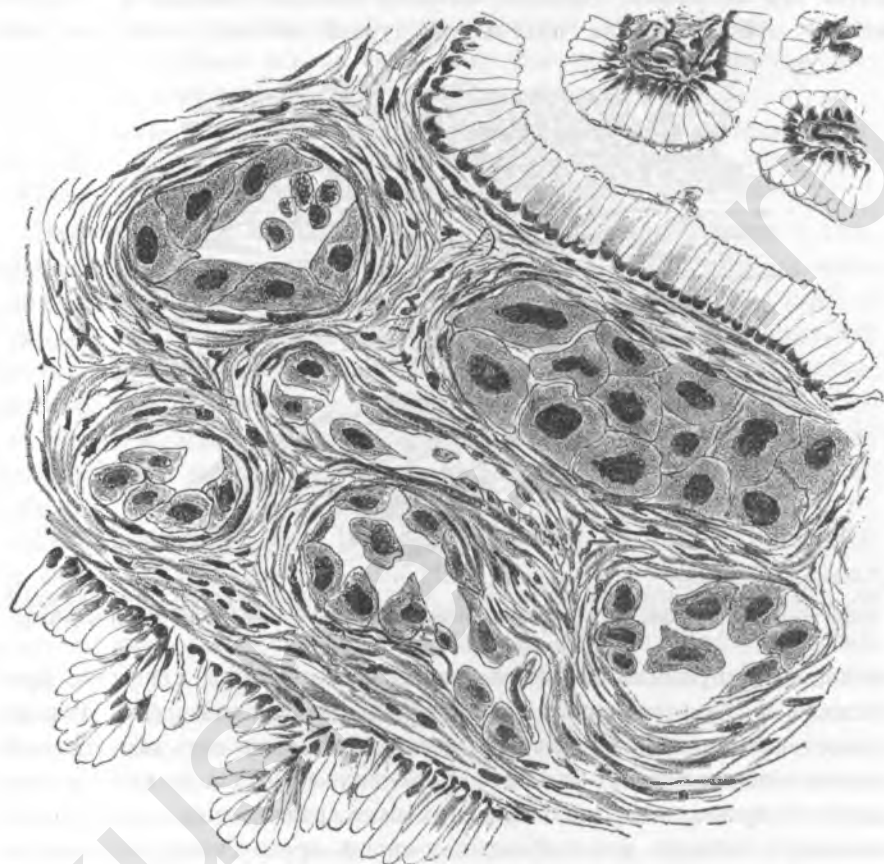


Рис. 197. Endothelioma uteri (по Gebhard'y).

паютъ иногда во влагалище. Послѣ ихъ удаленія онѣ вскорѣ вырастаютъ вновь, сохраняя нѣкоторое время характеръ мѣстнаго заболѣванія. Образование выворота матки встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ при фиброидахъ матки. Общее состояніе разстраивается постепенно, по мѣрѣ усиленія симптомовъ болѣзни. Смерть наступаетъ наичаще отъ сильнаго истощенія и кахексіи, а также отъ переносовъ или заболѣваній септического характера. Продолжительность болѣзни Terillon и Gessner считаютъ около 2 лѣтъ, хотя извѣстны случаи, когда такія больныя жили пять и болѣе лѣтъ. Продолжительность жизни при саркомахъ стѣнки во всякомъ случаѣ болѣе, чѣмъ при под-

слизистыхъ саркомахъ матки. При гроздевидной саркомѣ шейки больныя жили около 1½ года, безъ примѣненія рациональной помощи.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти новообразованія, въ особенности простыя саркомы шейки, у молодыхъ женщинъ, представляютъ чрезвычайно злокачественныя новообразованія, которыя быстро распространяются на окружающія части. Въ такихъ случаяхъ летальный исходъ наступаетъ даже гораздо скорѣе, нежели при ракѣ матки. Беременность крайне рѣдко осложняетъ саркому матки; она встрѣчалась исключительно при саркомѣ слизистой оболочки шейки, рѣже при саркомѣ стѣнки матки.

Распознаваніе. При саркомахъ полости матки и маточной шейки вѣрное распознаваніе нерѣдко удается установить довольно рано, такъ какъ легко отдѣлится и изслѣдовать часть опухоли ногтемъ или ложечкой Sims'a. Повторное появленіе маточныхъ полиповъ имѣетъ чрезвычайно важное значеніе. Правильно произведенное микроскопическое изслѣдованіе укажетъ настоящее свойство опухоли. Во избѣжаніе ошибокъ необходимо тщательно изслѣдовать каждый полипъ, который приходится удалять изъ полости матки. При саркомахъ стѣнки матки распознаваніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ не легко. Появленіе кровотеченій и замѣтное разрастаніе опухоли у женщины, уже потерявшей мѣсячныя или находящейся въ климактерическомъ возрастѣ, представляютъ всегда подозрительныя симптомы. Крайне рѣдко при саркоматозномъ перерожденіи фиброидовъ матки не происходитъ замѣтнаго увеличенія опухоли. Распознаваніе становится несомнѣннымъ, когда появляются боли, исхуданіе, отежное состояніе нижнихъ конечностей, при этомъ опухоль быстро растетъ и становится неподвижной.

Предсказаніе вообще неблагоприятно.

Лѣченіе радикальное должно заключаться въ удаленіи всей матки чрезъ влагалище или смѣшаннымъ способомъ чрезъ чревосѣченіе, смотря по величинѣ этого органа. Наичаще производятъ удаленіе матки чрезъ влагалище. Изъ 61 случая перенесшихъ операцію, 24 раза наблюдали послѣдовательный возвратъ болѣзни, наичаще чрезъ 1 или 2 года. Чревосѣченіе при саркомѣ дало очень дурные результаты. Тамъ, гдѣ радикальное пособіе невозможно, при саркомѣ полости матки слѣдуетъ довольствоваться удаленіемъ мягкой ткани пальцемъ и выскабливаніемъ всей полости матки ложечкою съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ ея крѣпкимъ растворомъ хлористаго цинка или liq. ferri sesquichlorati.

Глава 4.

Болезни круглой связки матки.

Круглая связка, идущая съ каждой отъ угла матки къ внутреннему паховому кольцу, находится въ тѣсномъ отношеніи къ этому органу, который онѣ притягиваютъ впередъ при своемъ сокращеніи. Во время беременности круглая связка подвергается гипертрофіи и сильно утолщается, нерѣдко ихъ удается даже прощупать чрезъ брюшные покровы во время родовъ. При атрофіи матки круглая связка становятся тонкими и укорачиваются. При однорогой маткѣ круглая связка бываетъ развита только на одной сторонѣ.

Въ дѣтскомъ возрастѣ у дѣвочекъ иногда замѣчается накопленіе жидкости на протяженіи круглой связки — *hydrocele lig. rotundi*; оно происходитъ при выпячиваніи брюшины далеко въ половой каналъ и наружу. Образовавшаяся при этомъ опухоль обыкновенно выстоитъ изъ наружнаго паховаго кольца и въ нѣкоторыхъ случаяхъ спускается даже въ большую губу. Иногда при надавливаніи жидкость вытѣсняется въ полость живота. Гораздо рѣже *hydrocele lig. rotundi* встрѣчается у взрослыхъ женщинъ.

No 11 описалъ 3 такихъ случая. Наблюдали многокамерную кисту въ области паховаго канала. *Martin* видѣлъ *haematocele lig. rotundi*.

Въ рѣдкихъ случаяхъ круглая связка даетъ начало развитію опухолей преимущественно десмоиднаго характера — *fibromyoma*, рѣже *fibrosarcoma*. Разрастаясь, эти опухоли достигаютъ величины кулака, иногда дѣтской головки и болѣе. *Dorst* нашелъ въ литературѣ 14 различныхъ опухолей, развившихся въ круглой связкѣ. Онѣ развиваются или въ полости живота, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ были находимы снаружи паховаго канала, покрытыя только поверхностной фасціей и кожными покровами. Обыкновенно опухоль сидитъ только съ одной стороны. Такія новообразованія растутъ довольно быстро и обнаруживаютъ склонность переходить въ злокачественную форму, почему ихъ слѣдуетъ по возможности скорѣе оперировать. *Bluhm* описалъ развившуюся въ круглой связкѣ плотную опухоль, которая по своему строенію была сходна съ *adenomyoma Recklinghausen'a*. При внимательномъ изслѣдованіи эти новообразованія, даже въ началѣ развитія, можно отличить отъ паховой грыжи и отъ глубокаго нарыва, развившагося въ тазовой клѣтчаткѣ.

Новѣйшая литература.

1. Пороки развитія матки. Атрофія.

Ferrari. Ueber mangelhafte Entwicklung der weiblichen Genitalien. 1891. Gottschalk. Beitrag zur Lehre von der Atrophia uteri, S. kl. V. 1892. Landau und Reinstein. Ueber das Verhalten der Schleimhäute in verschlossenen und missbildeten Genitalien und über Tubenmenstruation. Arch. f. Gyn. 42. Müller. Die Sterilität der Ehe. Entwicklungsfehler des Uterus. 1885. Ries. Ueber die Atrophie des Uterus nach puerperaler Erkrankung. Zeit. f. Geb. 27. Schällfer. Bildungsanomalien weiblicher Geschlechtsorgane. Arch. f. Gyn. 37. Захарьевскій. Случай врожденной hydrometra. Ж. ак. и жен. бол. 1891. Thorn. Beitrag zur Lehre von der Atrophia uteri. Zeit. f. Geb. 16. Voisin. Conformation des organes génitaux chez les idiots et les imbéciles. 1885. Werth. Ueber Haematometra in der verschlossenen unvollkommen entwickelten Hälfte eines Uterus bicornis. Arch. f. Gyn. 48.

2. Воспалительныя болѣзни матки.

Aulnay. Traitement des métrites cervicales. Arch. de gyn. 1896. Abel und Landau. Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie der Gebärmutterhalses. Arch. f. Gyn. 38. Bröse. Zur intrauterinen Therapie. Mon. f. Geb. 4. Bumm. Die gonorrhoeische Erkrankungen der weiblichen Harn- und Geschlechtsorgane. 1897. Chempin. Ueber die Beziehungen der Uterusschleimhaut zu den Erkrankungen der Adnexa. Zeit. f. Geb. 13. Cornil. Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites. 1889. Doleris. De l'endométrite et de son traitement. N. arch. d'obst. 1887. Doleris. Métrite du col et métrite de corps. N. arch. d'obst. 1890. Dührssen. Zur intrauterinen Therapie. Mon. f. Geb. 3. Döderlein. Die Entzündungen der Gebärmutter. 1897. Fränkel. Ueber Veränderungen des Endometrium bei Carcinoma Cervicis Uteri. Arch. f. Gyn. 33. Franz. Ein Beitrag zur Kenntniss der Endometritis hyperplastica ovarialis. Arch. f. Gyn. 56. Franqué. Ueber Endometritis, Dysmenorrhoe und Abrasio mucosae. Zeit. f. Geb. 38. Falk. Ueber eine telangiectatische Veränderung und Entzündungen der Cervix uteri. Mon. f. Geb. 8. Fritsch. Die Lageveränderung und Entzündungen der Uterus. 1885. Gebhardt. Metritis dissecans. Zeit. f. Geb. 22. Hofmeier. Zur intrauterinen Therapie. Mon. f. Geb. 4. Kiefer. Bakteriologische Studien zur Frage des weiblichen Gonorrhoe. 1875. Klein. Die Gonorrhoe der Weibes 1898. Keil. Ueber die Erfolge der Uterusausschabung bei der Endometritis fungosa. 1895. Knopp. Ueber die Berechtigung der Ausschabung der Gebärmutter bei verzögerter Rückbildung derselben im Wochenbette. Arch. f. Gyn. 55. Massin. Zur Frage über Endometritis bei akuten infektiösen Allgemeinerkrankungen. Arch. f. Gyn. 40. Meyer. Zur pathologischen Anatomie der Dyssmen. membr. Arch. f. Gyn. 31. Nöggeroth. Cervixrisse und Erkrankungen der Gebärmutter. Arch. f. Gyn. 31. Olshausen. Ueber intrauterine Behandlung vorzugsweise mittelst der Curette. B. kl. W. 1894. Pichevin. Des accidents causés par le curage utérin. Ann. de gyn. 43. Pincus. Ueber Vaporisation und Vapokauterisation C. Bl. f. Gyn. 1898. Ruge. Ueber die Erosion an der Vaginalportion. Zeit. f. Geb. 8. Schulz. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Uterusgonorrhoe. Zeit. f. Geb. 40. Снегиревъ. Endometritis dolorosa. Arch. f. Gyn. 59. Schröder. Ueber dysmenorrhoeische Endometritis. Zeit. f. Geb. 10. Steinschneider. Zur Biologie der Gonokokken. B. kl. W. 1895. Touvenaint. Sur un nouveau traitement de la métrite du col. Arch. de toc. 1892. Wiederhold. Zur Behandlung gewisser Fälle von Metritis chronica. M. f. Geb. 1895. Werth. Zur Regeneration der Gebärmutter-schleimhaut. Arch. f. Gyn. 49.

3. Смѣщенія матки.

Brandt. Heilgymnastische Behandlung weiblicher Unterleibskrankheiten. 1888. Dührssen. Ueber die operative Heilung der mobilen und fixirten Retroflexio uteri. Arch. f. Gyn. 47. Dührssen. Die Einschränkung des Bauchschnitts durch vaginale Laparatomie. 1899. Fleischlein. Zur Ventrofixatio uteri. Zeit. f. Geb. 30. Flatau Ueber Vaginalstruktur bei Prolaps. Mon. f. Geb. 4. Fabricius. Zur Technik der Alexander - Alquiéschen Operation. C. Bl. f. Gyn. 1895. Груздевъ. Оперативное лѣчение загиба матки кзади. Врачъ. 1896. Губаревъ. Объ операціяхъ при загибахъ кзади. Ж. ак. и жен. бол. 1896. Губаревъ. Traitement chirurgical des prolapsus de l'uterus et des parois vaginales. Ann. de gyn. 45. Gräffe. Ueber schwere Geburtsstörungen nach Vaginifixatio uteri. Mon. f. Geb. 2. Hohl. Bericht über die Vagino-fixationen des Uterus. Arch. f. Gyn. 54. Küstner. Lage und Bewegungs-Anomalien des Uterus und seiner Nachbarorgane. 1897. Jacobs. Ueber die Behandlung des Uterusprolaps. 1896. Jahanowsky. Casuistischer Beitrag zur Axendrehung des Uterus durch Geschwülste. Mon. f. Geb. 8. Lanz. Die Aliquie-Alexanderische Operation. Arch. f. Gyn. 44. Miländer. Der Geburt nach Ventrofixatio. Zeit. f. Geb. 33. Mackenrodt. Die operative Behandlung der Retroflexio uteri. Zeit. f. Geb. 24. Noble. Suspensio uteri with reference to its influence upon pregnancy and labor. Ann. j. of obst. 1896. Neugebauer. Sünderregister der Scheidespessarien. 1897. Olshausen. Ueber Behandlung der Retrodeviationen des Uterus. Zeit. f. Geb. 32. Отгъ. Патологія и терапія смѣщеній матки. 1891. Quénu. L'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapse utérin. Ann. de gyn. 1894. Rühl. Die Anatomie und die Behandlung der Geburtsstörungen nach Antefixirung des Uterus. 1897. Rumpf. Beiträge zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri. Arch. f. Gyn. 57. Позановъ. Leistenbruch des schwangeren Uterus. Arch. f. kl. Ch. 49. Schultze. Zur Therapie hartnäckiger Retroflexionen der Gebärmutter. 1891. Sänger. Ueber Pessarrien. 1890. Schultze. Ueber Axendrehung des Uterus durch Geschwülste. Zeit. f. Geb. 38. Winter. Zur Pathologie des Prolapses. 1896. Wahl. Ueber Retroflexio uteri und Alexander-Adam'sche Operation. Mon. f. Geb. 8. Walcher. Die Anheftung der Scheide, eine neue Hilfsoperation zur Behandlung schwerer Vorfälle. 1895. Wertheim. Neue Methoden der vaginaler Antefixatio uteri. C. Bl. f. Gyn. 1896.

4. Новообразованія матки.

Apostoli. Sur le traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'uterus. 1887. Алтуховъ и Снегиревъ. Новый способ перевязки art. uterinae при чревосѣченіи. 1896. Bluhm. Zur Pathologie der lig. rotund uteri. Arch. f. Gyn. 55. Boudron. De l'hystérectomie vaginale. 1894. Борисовъ. Измѣненіе слизистой оболочки при фиброміомахъ. 1895. Bäcker. Ueber Aetiologie und Therapie des Gebärmutterkrebses. Arch. f. Gyn. 53. Bulius. Der Eierstock bei Fibromyoma uteri. Zeit. f. Geb. 23. Chrobak. Ueber Myomoperationen. W. kl. W. 1894. Cherny. Ueber Extirpatio uteri sacralis. Beitr. z. kl. Ch. 7. Delagenière. De l'hystérectomie abdominale totale sur les tumeurs fibreuses de l'uterus. Ann. de gyn. 1894. Dührssen. Der vaginale Kaiserschnitt. 1896. Dührssen. Ueber die Technik und die Indikationen der vaginalen Hysterectomie. Arch. f. Gyn. 49. Doyen. Traitement chirurgical des affections inflammatoires et néoplastiques de l'uterus et de ses annexes. 1893. Ehrendorfer. Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Myofibrom und Carcinom in der Gebärmutter. Arch. f. Gyn. 42. Fränkel. Ueber die Veränderungen des Endometrium bei Carcinoma Cervicis uteri. Arch. f. Gyn. 33. Frommel. Symptomatologie und Therapie der Carcinoma uteri. 1899. Fleischlein. Ueber den primären Hornkrebs des Corpus uteri. Zeit. f. Geb. 32. Fränkel. Maligne Tumoren des Chorionepithels. 1897. Franqué. Ueber Sarcoma uteri. Zeit. f. Geb. 40. Fabricius. Ueber Cysten an der

Tube, am Uterus und dessen Umgebung. Arch. f. Gyn. 50. Funke. Zur totalen Uterus-
extirpation per laparotomiam. Zeit. f. Geb. 34. Gessner. Palliative Behandlung des
inoperablen Carcinoms. 1899. Gottschalk. Das Sarkom der Chorionzotten. Arch. f.
Gyn. 46. Gessner. Das Sarcoma uteri. 1899. Gusserow. Die Neubildungen des Ute-
rus. 1886. Herzfeld. Klinischer Bericht über 1000 Bauchhöhlenoperationen. 1895.
Gottschalk. Ueber Histogenese und Aetiologie der Uterusmyome. Arch. f. Gyn. 43.
Gebhard. Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. 1899. Gebhard. Ana-
tomie und Histologie der Myome. 1899. Gellhorn. Radical-Behandlung des Gebärmu-
ter-Scheilenkrebses mit dem Glüheisen. 1898. Hofmcier. Zur Anatomie und Therapie
des Carcinoma corporis uteri. Zeit. f. Gyn. 32. Hoeheneegg. Die sacrale Methode der
Uterusextirpation. W. med. W. 1893. Hegar. Die Kastration der Frauen. 1878.
Hofmeier. Ueber den Einfluss der Myome des Uterus auf Conception, Schwangerschaft
und Geburt. Zeit. f. Geb. 30. Jakobs. Radicale Behandlung des Uteruscarcinoms.
1895. Küstner. Ueber die Freund'sche Operation bei Gebärmutterkrebs. 1898.
Leopold. Die operative Behandlung des Uterusmyome. Arch. f. Gyn. 38. Leopold.
Die Dauererfolge der vaginalen Totalexstirpationen des Uterus wegen Carcinom. 1895.
Landau. L. und Th. Die vaginale Radicaloperation. 1896. Leopold. Die operative
Behandlung der Uterusmyome durch vaginale Totalexstirpation. Arch. f. Gyn. 52.
Marchand. Das syncytiale Krebs. Mon. f. Geb. 1. Müller. Ueber Parasiten im Uterus-
carcinom. Arch. f. Gyn. 48. Mackenrodt. Ueber Igniextirpation bei Carcinoma uteri.
Zeit. f. Geb. u. Gyn. 34. Marchand. Ueber das maligne Chorion-Epithelium. Zeit.
f. Geb. 39. Отъ. Удаленіе матки чрезъ влагалище. Врачъ. 1889. Olshausen. Myom
und Schwangerschaft. 1897. Olshausen. Die abdominale Myomoperationen. 1897.
Péan. Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. 1895. Pick.
Zur Lehre von Myoma sarcomatosum. Arch. f. Gyn. 49. Pean. Du manuel opératoire
de l'hystérectomie vaginale totale. Rev. gén. de clin. 1890. Richelot. L'hysté-
rectomie vaginale. 1894. Ruge. Ueber Adenoma uteri malignum. Zeit. f. Geb. 31.
Ricker. Beitrag zur Aetiologie der Uterusgeschwülste. Arch. f. path. An. 142. Ry-
dygier. Ein neuer Vorschlag zur operativen Behandlung der Uterusmyome. W. kl.
W. 1890. Recklinghausen. Die Adenomyome und Cystadenome des Uterus et Tuben-
wandlung. 1896. Rumpf. Totalexstirpation des Uterus. Arch. f. Gyn. 55. Снегиревъ.
Ablation des fibromes de l'uterus par la laparotomie d'après la méthode de Doyen.
Ann. de gyn. 43. Sarwey. Carcinom und Schwangerschaft. 1899. Segond. De l'hysté-
rectomie vaginale. 1891. Schuchardt. Weitere Erfahrungen über die paravaginale
Operation. Arch. f. kl. Ch. 53. Seelig. Pathologisch-anatomische Untersuchungen
über die Ausbreitungswege der Uteruscarcinoms. Arch. f. path. An. 140. Steinthal.
Ueber die sacrale Methode der Ausrottung des Gebärmutterkrebses. Arch. f. kl.
Ch. 46. Schäffer. Die electriche Behandlung der Uterusmyome. 1897. Segond.
Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie vaginale. Ann. de gyn. 44.
Theilhaber. Die Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft und bei
der Geburt. Arch. f. Gyn. 47. Veit. Das deciduoma malignum. 1899. Veit. Die
palliative Behandlung und die vaginale Operationen der Uterusmyome. 1897. Veit.
Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Prognose der Myome. 1897. Веберъ.
О саркомахъ матки. Winter. Ueber die Recidive des Uteruskrebses. Zeit. f. Gyn. 27.
Winter. Anatomie des Carcinoma uteri. 1899. Willams. Ueber den Krebs der
Gebärmutter. 1897. Wölfler. Ueber die parasacralen und pararectalen Schnitte.
W. kl. W. 1889. Zweifel. Vorlesungen über klinische Gynaekologie. 1892. Zucker-
kandl. Ein neues Verfahren die Beckenorgane vom Mittelfleische aus operativ blozule-
gen. W. med. Pr. 1889.

ОТДѢЛЪ VI.

Болѣзни фаллопиевыхъ трубъ.

Глава I.

Врожденныя ненормальности трубъ.

Недоразвитіе. Совершенное отсутствіе трубъ наблюдается только при отсутствіи или зачаточномъ образованіи матки, при этомъ однако иногда бываютъ яичники. При зачаточной маткѣ трубы также находятся въ рудиментарномъ состояніи. Чаще встрѣчаются трубы съ несовершеннымъ образованіемъ бахромокъ.

Чрезмѣрное развитіе трубы проявляется находженіемъ добавочнаго отверстия въ трубѣ или образованіемъ добавочной трубы; эти ненормальности встрѣчаются довольно часто. Добавочныя трубы представляютъ незначительныя придатки, полость которыхъ никогда не сообщается съ каналомъ трубы. Крайне рѣдко встрѣчается настоящее удвоеніе трубы.

Врожденныя аномаліи формы трубы обнаруживаются чрезмѣрною извилистостью или значительнымъ удлиненіемъ трубы.

Врожденныя неправильности въ положеніи трубъ зависятъ отъ ненормальнаго положенія или отъ опухолей и врожденныхъ уродствъ матки. Крайне рѣдко находили трубу вмѣстѣ съ яичникомъ въ мѣшкѣ врожденной паховой грыжи.

Глава 2.

Острое и хроническое воспаленіе трубъ, salpingitis acuta et chronica, и воспалительныя опухоли трубъ—водянка, hydrosalpinx, кровяная опухоль, haematosalpinx и скопленіе гноя въ трубѣ, pyosalpinx.

Этіологія. Наичаще воспалительныя процессы переходятъ на трубы изъ матки по слизистой оболочкѣ, рѣдко они распространяются при посредствѣ лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудовъ. Воспаленіе тру-

бы можетъ послѣдовать вслѣдствіе простуды, а также подѣ влияніемъ механическаго или химическаго раздраженія, подѣйствовавшаго на матку, въ исключительныхъ случаяхъ отъ перекручиванія придатковъ; но гораздо чаще различныя формы salpingitis вызываються вслѣдствіе зараженія патогенными или гнилостными микробами при сношеніи, а также въ послѣродовомъ періодѣ, во время операціи и пр. Зараженіе можетъ послѣдовать также изъ полости брюшины или изъ кишекъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ нельзя отрицать возможности autoinfectio. Нерѣдко также поражаются трубы при острыхъ заразныхъ болѣзняхъ. Часто, но далеко не всегда, воспаленіе изъ трубы переходитъ на яичникъ или же воспалительные процессы въ этихъ органахъ обнаруживаються одновременно. Интенсивный воспалительный процессъ переходитъ обыкновенно съ ткани придатковъ на окружающую брюшину и причиняетъ зарощеніе наружнаго отверстія Фаллопиевой трубы, что влечетъ за собою скопленіе ненормальныхъ отдѣленій въ полости трубы и часто, при одновременномъ припуханіи яичника, образованіе воспалительной опухоли. Въ другихъ случаяхъ заростаніе наружнаго отверстія трубы представляетъ первичное явленіе и вызывается мѣстнымъ воспаленіемъ брюшины, а измѣненія, развившіяся въ трубѣ, представляютъ уже явленія послѣдовательныя.

Наиболѣе частою причиною воспаленія трубъ слѣдуетъ считать гонорройное зараженіе переходящее изъ полости матки. Септическая инфекция, посредствомъ streptococcus pyogenes или staphylococcus pyogenes, въ послѣродовомъ періодѣ въ настоящее время встрѣчается сравнительно рѣдко. Чаше зараженіе этими микробами, а также pneumococcus и bact. coli communis происходитъ при неосторожномъ изслѣдованіи, въ особенности при введеніи зонда и при гинекологическихъ операціяхъ. Сравнительно нерѣдко находятъ въ полости трубы bacillus tuberc.

При фиброидахъ матки нерѣдко встрѣчается хроническое воспаленіе трубъ и даже накопленіе въ ихъ полости серозной или гнойной, рѣже кровянистой жидкости.

Анатомическія измѣненія А. Martin различаетъ катарральное и гнойное воспаленіе трубъ, salpingitis catarrhalis et purulenta, которыя протекають въ видѣ остраго или хроническаго процесса. Воспаленіе обыкновенно начинается со слизистой оболочки трубы, которая представляется припухшею, вслѣдствіе гипереміи, и отдѣленіе съ ея поверхности усиливается. При дальнѣйшемъ теченіи катарральнаго воспаленія, salpingitis catarrhalis или, какъ его называетъ Cornil, salping. vegetans, происходитъ инфильтрація слизистой оболочки мелкими клѣтками; эпителий теряетъ ворсинки и становится болѣе низкимъ. При хроническомъ теченіи болѣзни мелкія складки припухаютъ, иногда сильно утолщаются, производя мѣстами узловатыя выпячиванія на наружной поверхности трубы. Когда воспаленіе долго продолжается, оно переходитъ

глубже на стѣнки трубы, *salpingitis interstitialis*. Мышечные слои и соединительная ткань значительно утолщаются, трубы превращаются въ толстые, плотные шнурки.

При болѣе тяжелой гнойной формѣ, *salpingitis purulenta*, эпителий слущивается, иногда вслѣдствіе нагноенія распадается вся слизистая оболочка, воспалительный процессъ распространяется въ глубину, причиняетъ раздраженіе брюшины и наружной поверхности яичника, вызывая слипчивое или экссудативное воспаленіе въ области пораженныхъ придатковъ. Согласно наблюденіямъ Cornil'я и Terillon'a, яичникъ поражается воспаленіемъ во всѣхъ случаяхъ, когда воспалительный

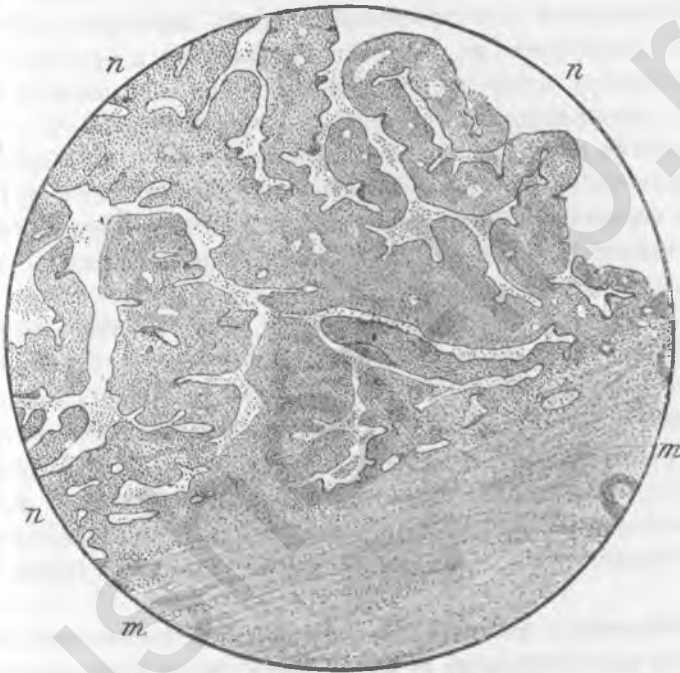


Рис. 198. *Salpingitis catarrh.* *mm* — muscularis tubae; *m* — mucosa tubae. Поперечный разрѣзъ черезъ трубу.

процессъ перейдетъ на расширенную часть трубы. Одновременно происходитъ, вслѣдствіе слущенія эпителия, сращеніе бахромокъ въ Фаллопиевой трубѣ, рѣже зарастаетъ каналъ на маточномъ концѣ, гдѣ уже простымъ скручиваніемъ и сгибаніемъ трубы легко нарушается проходимость ея канала. Послѣ заращенія отдѣленіе въ полости трубы усиливается, вслѣдствіе чего происходитъ образованіе опухоли, въ особенности на наружномъ концѣ трубы. Такая опухоль имѣетъ продолговатую, колбасовидную форму, нерѣдко съ перетяжками; сильно растянутые концы трубной опухоли обыкновенно приращены и располагаются сзади возлѣ яичниковъ и матки. При обоихъ видахъ хроническаго воспаленія трубы въ рѣдкихъ случаяхъ развиваются утолщенія

на маточномъ концѣ трубы величиною отъ горошины до небольшого орѣха, *salpingitis nodosa*, это происходитъ вслѣдствіе гиперплазіи и инфильтраціи мышечныхъ стѣнокъ трубы. Recklinghausen допускаетъ, что эти утолщенія образуются изъ остатковъ Вольфовыхъ тѣлъ; вѣроятно, это бываетъ только въ случаяхъ крайне рѣдкихъ.

Опухоль трубы, содержащая жидкость, большею частью не превышаетъ величины гусиного яйца, рѣже она достигаетъ величины кулака или дѣтской головки. Въ такихъ случаяхъ она принимаетъ болѣе шаровидную форму. При накопленіи гноя въ мѣшкѣ трубы, *pyosalpinx*,

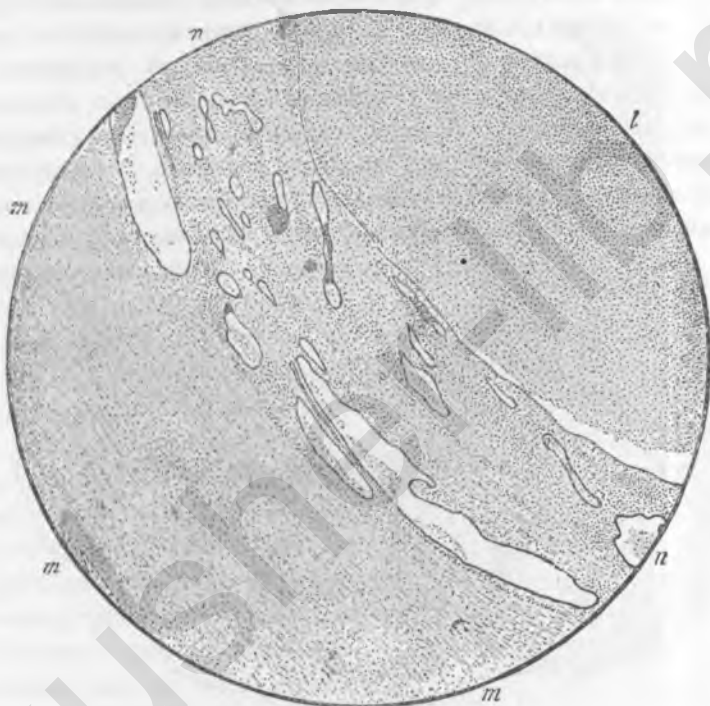


Рис. 199. Salpingitis purul. chr. *mm*—muscularis tubae; *m*—mucosa tubae; *l*—гноемъ наполненный каналъ трубы.

стѣнки послѣдней бываютъ большею частію утолщены, слизистая оболочка трубы распадается и превращается въ грануляціонную ткань. Растянутыя гноемъ трубы обыкновенно сросшены съ окружающими частями и наичаще расположены сзади матки, иногда даже въ Дугласовомъ пространствѣ. Только въ исключительныхъ случаяхъ мѣшокъ находится спереди матки. Количество гноя обыкновенно не превышаетъ нѣсколькихъ ложекъ, но въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ оно достигаетъ 500,0 и болѣе. Championiere оперировалъ одинъ случай, гдѣ опухоль содержала 1200,0 гноя. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда воспаленіе продолжалось долгое время и неоднократно повторялось, образуются необыкновенно плотныя сросшенія мѣшка съ яичникомъ, маткою,

сальникомъ и кишечными петлями; широкія связки иногда представляются утолщенными и плотными. Нерѣдко въ окружности воспаленныхъ придатковъ находится серозный или фибринозный экссудатъ и даже образуется скопленіе гноя въ полости съ утолщенными стѣнками; такимъ образомъ возникаетъ тазовой нарывъ, капсулированной вслѣдствіе срощенія окололежащихъ частей, *perisalpingitis s. perimetritis lateralis*. Гной часто имѣетъ дурной запахъ. Съ теченіемъ времени злокачественные микробы погибаютъ, Mende изъ 185 случаевъ гнойнаго *salpingitis* и *pyosalpinx* нашелъ микробы только въ 38 случаяхъ, наичаще *gonococcus*. Когда патогенные микробы погибаютъ, содержимое трубы сгущается; въ рѣдкихъ случаяхъ въ немъ даже происходитъ отложеніе извести. Содержащійся въ разводкахъ гонотоксинъ обладаетъ повидимому свойствомъ вызывать въ органахъ нагноеніе безъ участія микробовъ; почему накопленіе гноя съ теченіемъ времени въ закрытой полости можетъ даже увеличиться. Врядъ ли возможно, даже спустя продолжительное время, замѣщеніе гнойнаго содержимаго серозною жидкостью.

Накопленіе въ трубахъ серозной жидкости желтоватаго или бураго цвѣта и развитіе водянки, *hydrosalpinx*, обыкновенно происходитъ



Рис. 200. Схематическое изображеніе *pyosalpinx* съ обѣихъ сторонъ, представляющаго сращенія съ различными органами въ тазу.

вслѣдствіе мѣстнаго воспаления брюшины въ тазу септического и крайне рѣдко гонорройнаго характера; воспалительный процессъ въ такихъ случаяхъ переходитъ отъ матки на брюшину черезъ лимфатическіе сосуды, помимо трубъ. Внутренняя поверхность мѣшка при водянкѣ трубы представляется гладкою, или имѣетъ выступы, покрытые низкимъ кубическимъ эпителиемъ, стѣнки трубы большею частію истончены и въ нихъ замѣчаются атрофическія измѣненія. Маточное отверстіе не всегда представляется заросшимъ, почему иногда накопившееся содержимое имѣетъ возможность черезъ полость матки изливаться наружу

изъ половыхъ частей, *hydrops tubae profluens*. Содержимое мѣшка при водянкѣ трубы почти всегда стерильно.

Скопленіе крови въ трубѣ, *haematosalpinx*, въ рѣдкихъ случаяхъ происходитъ вслѣдствіе перекручиванія трубы, наичаще вслѣдствіе загрожденія родового канала, *gynatresia*. Наружное отверстіе трубы въ этихъ случаяхъ закрывается, вслѣдствіе попаданія крови въ брюшину и послѣдовательнаго воспаления. Иногда *haematosalpinx* развивается вслѣдствіе *gravid. extraut. tub.* Нельзя отрицать также возможности перехода крови въ трубу изъ полости матки. Опухоль большею частью не велика, крайне рѣдко она достигаетъ объема дѣтской головки. Содержимое ея обыкновенно стерильное.

Встрѣчающіяся довольно рѣдко *трубо-яичниковыя кисты* несомнѣнно воспалительнаго происхожденія. На основаніи изслѣдованій Rosthorn'a ихъ можно раздѣлить на 2 группы, — въ однихъ случаяхъ образуется только сообщеніе между полостью трубы и полостью, образовавшеюся въ яичникѣ, въ другихъ формахъ яичникъ и труба принимаютъ болѣе непосредственное участіе въ происхожденія такихъ кистъ. Послѣднія образуются отъ разъединенія стѣнки между *pyosalpinx* и нарывомъ или нагноившеюся кистою яичника. Иногда *hydrosalpinx* срастается съ кистою яичника или же воспаленная труба — съ недавно лопнувшемъ Графовымъ пузырькомъ, и въ скоромъ времени между ними возникаетъ сообщеніе.

Симптомы и теченіе. Острое воспаленіе трубъ, *salpingitis acuta* сопровождается обыкновенно явленіями воспаленія матки и нерѣдко тазовой брюшины, болями въ нижней части живота, вздутіемъ, чувствительностью при надавливаніи, лихорадкою до $39-39,5^{\circ}$ С., болѣзненными и частыми позывами на мочеиспусканіе. Боли усиливаются при движеніи, отражаются въ чресленной области и переходятъ въ нижнія конечности. Нерѣдко бываетъ тошнота и рвота. Такие симптомы являются при заболѣваніи въ послѣродовомъ періодѣ, а также при гонорройномъ заболѣваніи, когда зараженіе переходитъ на внутренніе половые органы. Гонорройная форма остраго гнойнаго воспаленія трубъ протекаетъ наиболѣе благоприятно. Бурныя явленія вскорѣ проходятъ,



Рис. 201. *Pyosalpinx*, покрытый вѣжными ложными перепонками.

лихорадка спадаетъ, и воспаление брюшины постепенно затихаетъ. При острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ и тяжелыхъ отравленіяхъ мѣстные симптомы совершенно теряются въ массѣ явленій, указывающихъ на пораженіе всего организма. Гораздо чаще воспаление трубъ развивается постепенно и при явленіяхъ менѣе рѣзкихъ. Это бываетъ преимущественно при зараженіи отъ мужчины, одержимаго застарѣлою гонореею. У такихъ больныхъ мѣсячныя становятся болѣзненными, появляется разѣдающее отдѣленіе изъ матки, и обнаруживается общее недомоганіе.

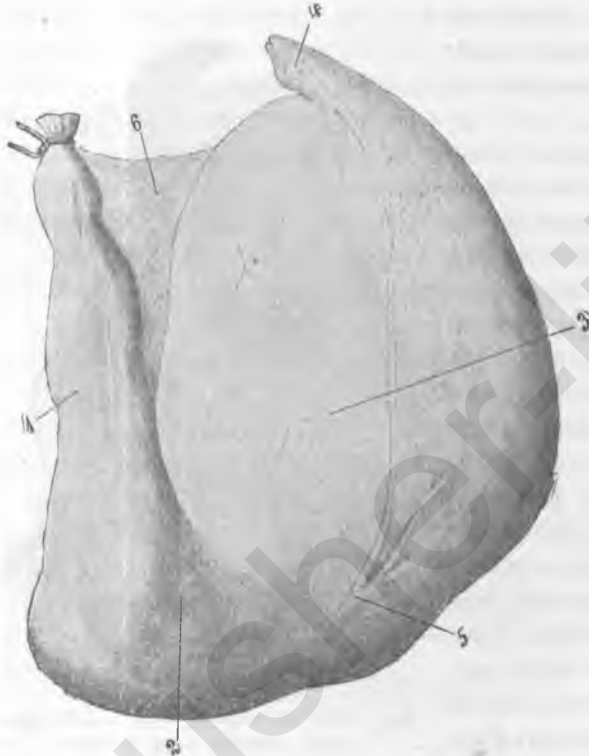


Рис. 202. Cystis tubo-ovarialis. 1—труба; 2—ampulla; 3 — ovarium; 4 — lig. ovarii; 5—остатки приращеній; 6—ложная перегородка.

При хронической формѣ воспаления трубъ чаще, не бываетъ рѣзкихъ симптомовъ, — обыкновенно замѣчается исхуданіе, потеря аппетита, нерасположеніе къ работѣ, общая слабость и чисто нервное разстройство въ формѣ гистеріи и неврастеніи. Въ рѣдкихъ случаяхъ, при скопленіи гноя въ одной трубѣ, возможна беременность, которая всегда представляетъ неблагоприятное осложненіе; такъ какъ въ послѣродовомъ періодѣ можетъ развиваться воспаление брюшины. Гной при pyosalpinx дѣлается стерильнымъ не раньше 12 недѣль по-

слѣ зараженія больной гонореею.

При хроническихъ заболѣваніяхъ, наиболѣе постояннымъ симптомомъ являются тупыя боли въ крестцѣ, а также въ одной или въ обѣихъ паховыхъ областяхъ, усиливающіяся при надавливаніи. Часто во время мѣсячныхъ, иногда уже за нѣсколько дней до нихъ, боли усиливаются, становятся острыми и колющими и доходятъ иногда до значительной степени. Dysmenorrhoea въ такихъ случаяхъ обуславливается воспалительнымъ припуханіемъ личниковъ и отчасти натяженіемъ сращеній въ области придатковъ матки и Фаллопиевыхъ трубъ. Geul въ одномъ случаѣ нашелъ рѣзко выраженное отечное состояніе

придатковъ съ одной стороны, именно, гдѣ ощущались сильныя боли. Иногда боли усиливаются также въ промежуткахъ между мѣсячныхъ, область придатковъ и матка становятся чувствительными, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ появляется кровянистое отдѣленіе изъ влагалища. Наичаще это бываетъ послѣ усиленной ходьбы, сношенія, вслѣдствіе запоровъ и душевныхъ волненій; нерѣдко такіе симптомы сопровождаются болѣзненнымъ припуханіемъ грудей. Въ другихъ случаяхъ ежедневно или чрезъ нѣсколько дней появляются приступами мучительныя колики въ нижней части живота, зависящія отъ сокращенія мышечныхъ стѣнокъ трубы, которая стремится удалить свое содержимое. Къ счастью, такіе припадки наблюдаются рѣдко. Въ исключительныхъ случаяхъ приступы такихъ болей сопровождаются обильнымъ серознымъ отдѣленіемъ изъ полости матки, послѣ чего объемъ опухоли, образуемой трубой, значительно уменьшается, *hydrops tubae profluens*.

При острыхъ и хроническихъ формахъ воспаленія трубъ почти всегда замѣчаются усиленные отдѣленія, бѣли, что зависитъ отъ катарра матки, обыкновенно сопровождающаго эти болѣзни. Мѣсячныя очищенія часто бываютъ обильны и спѣшатъ, иногда они продолжаются долго. Такія явленія наичаще опять-таки зависятъ отъ обострившагося воспаленія одного или обоихъ яичниковъ, а по наблюденіямъ Terrillon'a, происходятъ почти всегда при скопленіи крови въ трубахъ. Только при значительныхъ измѣненіяхъ въ яичникахъ дегенеративнаго характера встрѣчается задержаніе мѣсячныхъ или даже преждевременное прекращеніе ихъ. Бесплодіе есть обычное послѣдствіе заболѣванія обѣихъ трубъ; при сохраненіи проходимости ихъ канала возможно развитіе внѣматочной беременности.

Нѣкоторыя больныя жалуются на часто появляющуюся тошноту, у другихъ это явленіе замѣчается только во время мѣсячныхъ или послѣ изслѣдованія. Повидимому, въ этихъ случаяхъ тошнота зависитъ отъ раздраженія тазовой брюшины и существующихъ сращеній въ области больныхъ придатковъ. Нерѣдко при измѣненіяхъ, остающихся въ трубахъ послѣ законченнаго воспалительнаго процесса, никакихъ мѣстныхъ симптомовъ не замѣчается. Наичаще это бываетъ у бесплодныхъ женщинъ, перенесшихъ когда-то воспаленіе тазовой брюшины. Только при внимательномъ гинекологическомъ изслѣдованіи иногда удается найти въ такихъ случаяхъ патологическія измѣненія въ области придатковъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ половое возбужденіе бываетъ уменьшено.

Когда вслѣдствіе скопленія содержимаго въ трубѣ образуется опухоль значительной величины, является ощущеніе тяжести въ нижней части живота, давленіе на пузырь и прямую кишку. Гораздо чаще больныя страдаютъ отъ болей при гнойныхъ опухоляхъ трубы, которыя вызываютъ иногда повторные приступы воспаленія брюшины, удерживающіе больныхъ иногда по нѣскольку мѣсяцевъ въ постели и сильно изнуряющіе ихъ силы. При такихъ условіяхъ легко образуется тазо-

вой абсцессъ. Сравнительно не часто происходит самопроизвольное вскрытіе нарыва чрезъ прямую кишку или чрезъ задній сводъ влагалища, рѣже въ мочевоѣ пузыря и въ полость брюшины, въ послѣднемъ случаѣ летальный исходъ представляетъ частое явленіе.

Острая форма salpingitis часто оканчивается выздоровленіемъ, хотя иногда она оставляетъ болѣе или менѣе значительныя измѣненія въ трубахъ и приращенія съ сосѣдными органами. Иногда появляются перетяжки и ненормальные сгибы на протяженіи трубы; еще чаще болѣзнь переходитъ въ хроническое состояніе, въ особенности когда она появляется повторно, при этомъ проходимость трубы сохраняется, или же каналъ ея превращается въ закрытый мѣшокъ съ серознымъ, кровянистымъ или гнойнымъ содержимымъ.

Распознаваніе. Въ хроническихъ случаяхъ, при внутреннемъ изслѣдованіи съ одной или обѣихъ сторонъ, нерѣдко ощущается явственно утолщенная труба. Изслѣдованіе болшею частію нѣсколько болѣзненно. При существованіи приращеній, контуры опухоли вытупаютъ неясно, верхніе ея края сливаются съ окружающими частями. Иногда въ этихъ случаяхъ изслѣдованіе per rectum нѣсколько уясняетъ распознаваніе; такъ какъ является возможность различить яичникъ отъ трубы. Въ другихъ случаяхъ этого сдѣлать невозможно даже при наркозѣ. Не заросшая труба представляется утолщеною и болшею частію подвижною. Сращеніе съ кишками обыкновенно не распознается. Въ сомнительныхъ случаяхъ не слѣдуетъ упускать изъ виду этиологическихъ моментовъ. Крайне рѣдко на тонкой части трубы прощупываются явственно отдѣльные узлы, на которые обратилъ вниманіе Schauta. Этотъ признакъ указываетъ на значительныя измѣненія ея слизистой оболочки. Водянка трубы при изслѣдованіи чрезъ влагалище представляетъ продолговатую опухоль колбасовидной формы, часто съ перехватами; расширенный конецъ опухоли загибается кзади и располагается въ Дугласовомъ пространствѣ, оттѣсня иногда матку впереди, вверху и въ сторону. Часто такія опухоли находятся съ обѣихъ сторонъ, хотя бываютъ неравной величины. Когда водянка трубы достигаетъ величины кулака и болѣе, верхняя часть ея ощущается также чрезъ брюшныя покровы. Вообще такая опухоль лежитъ въ верхней части таза, и подвижность ея довольно ограниченная.

Вслѣдствіе значительныхъ сращеній съ окружающими частями и воспалительной припухлости широкихъ связоѣвъ, гнойная опухоль трубы имѣетъ менѣе рѣзко выраженные контуры; она представляетъ болѣе разлитую припухлость въ верхней части таза возлѣ матки, которая также часто бываетъ нѣсколько увеличена въ объемѣ. Подвижность ея ограничена. Часто она совершенно неподвижна. Иногда опухоль выдается нѣсколько во влагалище съ боку матки, и даетъ при двойномъ изслѣдованіи ощущеніе неяснаго зыбленія.

При острыхъ заболѣваніяхъ изслѣдованіе чрезъ влагалище чрез-

вычайно болѣзненно и не даетъ опредѣленныхъ данныхъ, вслѣдствіе сильной чувствительности матки, сводовъ влагалища и нижней части живота.

На основаніи вышеописанныхъ признаковъ распознаваніе большею частью не представляетъ затрудненій. Наичаще значительной величины hydrosalpinx можно смѣшать съ кистой яичника. Отличительнымъ признакомъ слѣдуетъ считать положеніе опухоли сзади матки, между тѣмъ какъ коллоидныя кисты яичника наичаще располагаются въ передней части таза. Имѣеть нѣкоторое значеніе также присутствіе опухолей съ обѣихъ сторонъ, ихъ продолговатая форма съ перехватами, которую онѣ имѣютъ нерѣдко. Гнойную опухоль трубы, pyosalpinx, можно смѣшать наичаще съ междусвязочной кистой; отличительными признаками должны служить этиологическія данныя, повторные приступы воспаленія брюшины, значительная болѣзненность при изслѣдованіи и неравнобѣрная консистенція воспалительной опухоли. Часто послѣ гинекологическаго изслѣдованія, при pyosalpinx T. поднимается до 38°, даже 39° C., что представляетъ довольно важный діагностическій признакъ.

Крайне рѣдко развивающіяся въ трубѣ злокачественныя опухоли появляются обыкновенно безъ всякихъ воспалительныхъ припадковъ.

Внѣматочная беременность отличается отъ опухоли трубы, кромѣ этиологическихъ данныхъ, присутствіемъ нѣкоторыхъ вѣроятныхъ признаковъ беременности и постепеннымъ увеличеніемъ опухоли большею частью при безлихорадочномъ состояніи. Опухоль располагается обыкновенно сбоку и большею частью сзади матки, чувствительна при дотрогиваніи; при живомъ яйцѣ она эластической консистенціи, послѣ кровоизліянія въ трубу она становится плотною. Если при этомъ образуется haematocoele, то скопившаяся за маткою кровь выпячиваетъ задній сводъ и отодвигаетъ матку впередъ и вверхъ.

Воспалительные процессы, исходящіе отъ прос. vermicularis, чаще причиняютъ parametritis и нарывъ въ правой широкой связкѣ; при появленіи вслѣдствіе appendicitis воспаленія брюшины вскорѣ развивается peritonitis diffusa. Тѣмъ не менѣе въ нѣкоторыхъ случаяхъ точное распознаваніе возможно только въ тѣхъ случаяхъ, когда удастся обособить опухоль трубы отъ окружающихъ частей.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда распознаваніе остается при обыкновенномъ изслѣдованіи неяснымъ, при отсутствіи беременности нужно прибѣгать къ пробному проколу опухоли троакаромъ чрезъ боковой или задній сводъ влагалища. Это слѣдуетъ дѣлать непосредственно предъ производствомъ операціи, которая предпринимается иногда для удаленія воспалительной опухоли.

Предсказаніе зависитъ отъ степени болѣзни, ея продолжительности и свойства зараженія, вызвавшаго воспаленіе придатковъ. Острая форма болѣзни можетъ окончиться полнымъ выздоровленіемъ, хотя часто ос-

таются послѣдствія болѣзни на трубахъ въ видѣ сращеній и другихъ слѣдовъ peritonitis, которые Winckel видѣлъ въ 80% на трупахъ взрослыхъ женщинъ. Очень часто острое воспаление переходитъ въ хроническое, въ особенности при недостаткѣ правильного ухода и лѣченія. Salpingitis gonorrhoeica дѣлается неизлѣчимымъ, если болѣзнь повторяется нѣсколько разъ. Вскрытіе гнойнаго мѣшка въ полость брюшины подвергаетъ жизнь большой крайней опасности; больную можно спасти только чревоувѣчениемъ. Сомнительное предсказаніе даютъ опухоли, при которыхъ наблюдается продолжительное время повышение Т. Гонорройное воспаление трубы въ послѣродовомъ періодѣ представляетъ гораздо болѣе серьезное заболѣваніе, нежели въ небеременномъ состояніи. Haematosalpinx при gynatresia является опаснымъ для жизни больной заболѣваніемъ, если своевременно не будетъ примѣнено рациональное хирургическое пособіе.

Различныя формы воспаления трубы встрѣчаются въ 6—10% всѣхъ гинекологическихъ больныхъ. Salpingitis chron. даже въ тѣхъ случаяхъ, когда болѣзнь не сопровождается рѣзкими припадками, представляетъ несомнѣнно серьезное заболѣваніе. Тѣмъ не менѣе не слѣдуетъ рано прибѣгать къ хирургическому лѣченію, которое примѣняется только при извѣстныхъ опредѣленныхъ показаніяхъ.

Лѣченіе. При острыхъ формахъ септического или гонорройнаго воспаления трубъ, примѣняется такое же лѣченіе, какъ при остромъ воспаленіи матки и тазовой брюшины—спокойствіе, пузырь со льдомъ или холодныя примочки на животъ, опій внутрь или въ клистирѣ. Только послѣ того какъ припадки воспаления брюшины нѣсколько ослабѣютъ, дозволительно примѣненіе обеззараживающихъ теплыхъ впрыскиваній во влагалище; при гонорройномъ зараженіи слѣдуетъ назначать для этой цѣли преимущественно 0,5%₀₀ растворъ сулемы.

Когда острые явленія исчезли, вполне умѣстенъ согрѣвающий компрессъ и назначеніе внутрь брома и іода, а также легкихъ соляныхъ слабительныхъ. Изъ наружныхъ средствъ обыкновенно назначаются согрѣвающие компрессы и теплыя сидячія, а также общія ванны; при воспаленіи трубы гонорройнаго характера не слѣдуетъ упускать изъ виду, что выздоровленіе замужней женщины возможно только при одновременномъ излѣченіи трипера ея мужа. При хроническихъ формахъ часто приходится лѣчить главнымъ образомъ мѣстное воспаление брюшины, perisalpingitis. Обыкновенно въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ примѣнять мѣстныя отвлекающія, именно смазываніе паховой области tinct. jodii или приставленіе здѣсь мушки. Полезно также втираніе мази іодистаго калия съ прибавленіемъ 0,5—1% jodii puri, введеніе въ задній проходъ свѣчей съ іодоломъ и назначеніе тампоновъ съ tinct. jodii во влагалище и горячихъ душей въ теченіи 3—10', постепенно съ каждымъ разомъ повышая температуру отъ 30 до 40° R. Общія соляныя, разсолныя или грязевыя ванны нерѣдко оказываютъ благотворное влія-

ніе, почему такихъ больныхъ умѣстно посылать въ лѣтнее время на Одесскій лиманъ, въ Славянскъ, Евпаторію, Старую Руссу, Цихоцинекъ, или за границу въ Крейцнахъ, Franzensbad и проч. Слабыхъ истощенныхъ больныхъ съ разстройствомъ нервной системы полезно помѣщать въ лѣчебныя заведенія, гдѣ правильный образъ жизни въ связи съ усиленнымъ кормленіемъ больной нерѣдко оказываетъ полезное дѣйствіе.

Массажъ показывается только въ тѣхъ случаяхъ, когда съ увѣренностью можно исключить присутствіе въ опухоли гноя, не слѣдуетъ его также примѣнять при ясно выраженной водянкѣ трубы. Наиболее подходящими для того способа лѣченія являются застарѣлыя формы salpingo - oophoritis съ приращеніями въ области придатковъ, при чемъ трубы представляются только утолщенными. Для этой цѣли одинъ или два пальца вводятся во влагалище, а другою рукою чрезъ брюшныя покровы производятъ поглаживаніе и растираніе области заболѣвшихъ придатковъ матки, начиная отъ периферіи къ центру. Впослѣдствіи къ этому можно присоединить еще осторожное приподниманіе ихъ пальцемъ, находящимся во влагалищѣ. Сеансъ продолжается не болѣе 5—10' и повторяется чрезъ одинъ или два дня, иногда даже ежедневно; массажъ б. ч. хорошо переносится и не вызываетъ реакціи. Когда массажъ не ведетъ къ цѣли, слѣдуетъ предложить ventrofixatio если одновременно имѣется retroflectio fix. Другіе врачи совѣтуютъ сдѣлать colpotomia post., разъединить срощенія, затѣмъ произвести операцію Alexander'a. Попытка устранить заболѣваніе трубы, дѣйствуя на полость матки механическими средствами, сопряжена съ опасностью для здоровья и жизни больной. Въ послѣднее время проф. Грамматикати предложилъ 5% растворъ alumnoli въ tinct jodi, Spirit. vini ad для введенія въ полость матки посредствомъ шприца Braun'a ежедневно въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Если не послѣдуетъ при этомъ лечѣннн обостренія воспалительнаго процесса, экссудатъ начинаетъ рассасываться и даже исчезаетъ вполне, но воспалительная опухоль придатковъ обыкновенно остается, хотя и она въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣтно уменьшается. Мѣсячныя очищенія на нѣкоторое время болѣею частію задерживаются. Вообще способъ Грамматикати заслуживаетъ полного вниманія со стороны практическихъ врачей.

Doleris, Gottschalk, Rachevin и Жаботоцкій (въ клиникѣ Славянскаго) производили при водянкѣ трубы расширеніе канала матки посредствомъ палочекъ ламинарія. При этомъ лѣченіи, которое безопасно, наблюдали уменьшеніе опухоли трубъ. Въ особенности не слѣдуетъ примѣнять подобное лѣченіе при скопленіяхъ гноя въ трубѣ, гдѣ оно легко можетъ вызвать воспаленіе брюшины. Graipont приводитъ 12 наблюденій, гдѣ онъ по излѣченнн катарра матки получилъ чрезвычайно утѣшительные результаты при salpingitis et pelveoperitonitis.

Однако, встрѣчается не мало случаевъ, когда всѣ эти врачевныя средства оказываются бесполезными. Находящіеся въ состояніи хрони-

ческаго воспаления придатки матки, или воспалительныя опухоли ихъ, продолжаютъ оказывать крайне неблагопріятное вліяніе на здоровье больной, причиняя боли и другія тягостныя явленія, которыя отравляютъ ея существованіе. Тѣмъ болѣе, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, наприм., при *ruosalpinx*, болѣзнь представляетъ серьезныя опасности для жизни.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ, если нѣтъ противопоказанія со стороны общаго состоянія больныхъ, показываются *оперативныя пособія*.

А) Наиболѣе простую операцію представляетъ *проколъ и разрывъ* мѣшкообразной опухоли чрезъ влагалище для удаленія ея содержимаго. Это слѣдуетъ дѣлать при различныхъ неподвижныхъ воспалительныхъ опухоляхъ, которыя ясно прорываются и даже иногда нѣсколько выстоятъ въ боковомъ и заднемъ сводахъ, что обыкновенно указываетъ на скопленіе гноя въ придатковъ или возлѣ нихъ, *abscessus pelvis*.

Эту операцію мы производили много разъ. Она умѣстна также при самопроизвольномъ вскрытіи нарыва въ кишку. Къ сожалѣнію при разрывѣ чрезъ влагалище излѣчиваются далеко не всѣ тазовыя нарывы. Коль скоро нарывъ помѣщается въ полости трубы, то отдѣленіе гноя продолжается многіе мѣсяцы и часто даже не прекращается. Тѣмъ не менѣе нерѣдко этимъ путемъ достигается излѣченіе. Hofmokl наблюдалъ такой благопріятный исходъ 65 разъ изъ 100 случаевъ. Съ другой стороны нѣсколько разъ намъ приходилось прибѣгать въ такихъ случаяхъ къ удаленію заболѣвшихъ придатковъ посредствомъ чревосѣченія и даже къ *extirpatio uteri vaginalis* въ такихъ случаяхъ, когда дренажъ, проведенный чрезъ задній сводъ влагалища, не способствовалъ прекращенію нагноенія и заживленію полости нарыва.

В) Въ настоящее время, съ цѣлью радикальнаго излѣченія болѣзней маточныхъ придатковъ, преимущественно воспалительныхъ опухолей, въ гинекологической практикѣ примѣняются слѣдующія операціи.

1. *Castratio*, иначе *salpingo-oophorectomia*, удаленіе придатковъ матки при посредствѣ чревосѣченія.

2. Такая же операція чрезъ разрывъ, произведенный въ переднемъ или въ заднемъ сводѣ, *colpotomia ant. et post.*

3. Удаленіе матки чрезъ влагалище.

4. Удаленіе, вмѣстѣ съ придатками, всей матки или ея тѣла посредствомъ чревосѣченія.

5. Даже въ настоящее время большинство врачей наичаще примѣняютъ *чревосѣченіе съ удаленіемъ трубъ и яичниковъ*, *salpingo-oophorectomia*. Операція эта вполне сходна съ такъ называемой *кастраціей* и отличается отъ нея только большими трудностями при удаленіи сильно сросшихся съ сосѣдними органами придатковъ, въ особенности, когда трубы образуютъ содержащія гной опухоли. Разъ дѣло дошло до чревосѣченія, никогда не слѣдуетъ примѣнять консервативный способъ, заключающійся въ разъединеніи приращеній или въ образованіи

отверстія въ заросшей трубѣ, какъ это предлагаютъ нѣкоторые для сохраненія больныхъ придатковъ; такъ какъ при такихъ условіяхъ прежніе симптомы съ большою вѣроятностію обнаружатся вновь. Salpingo-oophorectomia представляетъ ту же кастрацію, примѣняемую при извѣстныхъ опредѣленныхъ показаніяхъ. Почему мы здѣсь изложимъ показанія къ производству кастраціи вообще и приведемъ описаніе этой операціи.

Наиболѣе частымъ *показаніемъ* къ производству кастраціи считаютъ воспалительныя заболѣванія придатковъ матки, причиняющія тяжелые припадки, которые нельзя устранить иными способами. Многие врачи производятъ эту операцію, какъ сказано выше, при небольшихъ фиброміомахъ матки у женщинъ сравнительно молодыхъ, когда эти опухоли замѣтно растутъ, или сопровождаются кровотеченіемъ и другими неблагоприятными симптомами. Мы считаемъ, по собственному опыту, эту операцію не вполне надежнымъ средствомъ при фиброзныхъ опухоляхъ матки, какъ объ этомъ мы уже говорили въ своемъ мѣстѣ. При хронической воспалительной опухоли и катаррахъ матки, не поддающихся обыкновенному лѣченію, въ настоящее время кастрація, сколько намъ извѣстно, почти никѣмъ не примѣняется. Напротивъ вполне цѣлесообразна эта операція при отсутствіи и недоразвитіи матки или влагалища, если эти врожденные недостатки причиняютъ чрезвычайно сильныя боли при мѣсячныхъ, или представляютъ неустрашимое препятствіе для прохожденія наружу мѣсячныхъ кровей. Точно также вполне она показывается при смѣщеніи и приращеніи одного или обоихъ яичниковъ въ Дугласовомъ пространствѣ или въ грыжевомъ мѣшкѣ. Кастрація въ послѣднее время также начала примѣняться при размягченіи костей у женщинъ, osteomalacia, съ большимъ успѣхомъ.

При самопроизвольномъ вскрытіи нарыва, образовавшагося въ придаткахъ, нѣкоторые совѣтуютъ также удалить придатки посредствомъ чревосѣченія, если проведеніе дренажа чрезъ задній сводъ влагалища не оказываетъ пользы; но болѣе рационально въ такихъ случаяхъ удалить придатки, вмѣстѣ съ маткою, чрезъ влагалище.

Противопоказаніемъ къ операціи, кромѣ тяжелыхъ заболѣваній въ другихъ органахъ тѣла, является пожилой возрастъ больной, когда послѣдняя имѣетъ болѣе 45 лѣтъ, что подаетъ надежду на скорое наступленіе климактерическаго періода. Кастрація почти одновременно была въ первый разъ произведена проф. Негар'омъ въ Германіи и докторомъ B a t t e y въ Америкѣ въ 1877 году.

Операція требуетъ обычной подготовки, какъ всякое чревосѣченіе. Когда воспалительныя опухоли придатковъ мало подвижны вслѣдствіе крѣпкихъ сращеній, сразу слѣдуетъ дѣлать разрѣзь до пупка, иногда даже нѣсколько выше въ особенности у нерожавшихъ женщинъ съ плотными и толстыми брюшными стѣнками. Въ большинствѣ случаевъ необходимо придать женщинѣ положеніе съ сильно приподнятымъ тазомъ,

по Trandelenburg'y. Въ окружности раны кладутъ теплые марлевые компрессы, намоченные въ физиологическомъ соляномъ растворѣ; край раны съ каждой стороны захватывается швомъ, чтобы препятствовать отслойкѣ брюшины во время операціи. Одновременно въ полость брюшины слѣдуетъ положить одинъ или нѣсколько сложенныхъ марлевыхъ компрессовъ, къ которымъ пришта длинная тесьма, чтобы предупредить выпаденіе кишечныхъ петель и сальника. Однако, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ особенности у полныхъ женщинъ, при вздутыхъ кишечныхъ петляхъ, приходится вывести кишечныя петли наружу и прикрыть ихъ теплыми влажными марлевыми компрессами.

Нерѣдко необходимо ввести въ нижній уголь раны брюшное зеркало и растянуть края раны въ стороны при помощи особыхъ подъемниковъ, чтобы получить доступъ въ полость таза. Прежде всего нужно найти



Рис. 203. Положеніе съ возвышеннымъ тазомъ на операціонномъ столѣ.

тѣло матки, отъ него проходятъ концами пальцевъ въ сторону, гдѣ расположены придатки. Въ тѣхъ случаяхъ, когда нѣтъ сращеній или они слабы и податливы, легко удастся захватить расширенный конецъ трубы съ яичникомъ и приподнять ихъ кверху до краевъ раны и даже вывести наружу; это удастся иногда даже въ тѣхъ случаяхъ, когда труба образуетъ мѣшечатую опухоль.

Другое дѣло, когда встрѣчаются плотныя приращенія съ окружающими частями. Если труба не растянута задержаннымъ отдѣленіемъ, слѣдуетъ осторожно отдѣлить пальцами наружный конецъ ея отъ матки, яичника и задней поверхности широкой связки, рѣже отъ сальника и прямой кишки. Коль скоро труба отсепарована, ее вмѣстѣ съ яичникомъ можно приподнять въ брюшную рану. Если мы встрѣчаемъ, при такихъ условіяхъ, сильно растянутыя трубы, превратившіяся въ большія мѣшечатыя опухоли, слѣдуетъ прежде всего сдѣлать проколъ опухоли обыкновеннымъ троакаромъ и осторожно выпустить черезъ его трубку содержимое опухоли въ банку, обложивъ опухоль компрессами,

чтобы жидкость не попала въ брюшную полость. Въ особенности нужно это имѣть въ виду при содержаніи гноя въ полости трубы, нѣсколько капель котораго, попавъ между кишечныхъ петель, иногда могутъ причинить смерть больной отъ септического воспаленія брюшины. Больная въ такихъ случаяхъ можетъ погибнуть чрезъ 2—3 дня или къ концу недѣли послѣ операціи. По удаленіи содержимаго, сдѣланное троакаромъ отверстіе слѣдуетъ закрыть пинцетомъ съ широкими краями, затѣмъ приступить къ отдѣленію опухоли, чтобы дойти по крайней мѣрѣ до нижней ея границы. Послѣ перевязки сосудовъ—*art. spermatica et utero-ovarialis*, ниже основанія опухоли слѣдуетъ наложить цѣлотчатый шовъ изъ шелковыхъ нитей и, затянувъ туго послѣднія, выше ихъ срѣзать опухоль ножницами. При значительныхъ сращеніяхъ, чтобы уменьшить кровотеченіе при отдѣленіи опухоли слѣдуетъ захватывать временно пинцетомъ *lig. infundibulo-pelvicum* и маточный конецъ трубы съ прилежащей широкой связкой, чтобы прижать артеріи.

Въ большинствѣ случаевъ удается какъ уже сказано, приподнять трубу вмѣстѣ съ яичникомъ до уровня брюшной раны, при чемъ широкая связка и внутренній конецъ трубы образуютъ при оттягиваніи какъ бы ножку, чрезъ которую ниже яичника проводятъ двойную нитку при помощи тупой иглы *Deschamps'a*. Скрестивъ нити, ножку захватываютъ въ двѣ лигатуры, изъ коихъ одной, послѣ затягиванія и завязыванія, обхватываютъ еще разъ всю ножку. Затягивать лигатуры нужно крѣпко, пока не побѣлѣетъ захваченная ткань. На 1 см. выше наложенныхъ лигатуръ придатки отдѣляютъ ножницами или, при содержаніи гноя въ трубѣ, плоскимъ раскаленнымъ наконечникомъ *Пакелена*. Даже послѣ отдѣленія ножницами слѣдуетъ прижечь культю, затѣмъ нитки коротко обрѣзываются. То же самое дѣлаютъ на другой сторонѣ. Послѣ отрѣзыванія лигатуры, широкія связки, вмѣстѣ съ угломъ матки, уходятъ въ полость таза. Въ случаѣ, если бы въ полость брюшины попала часть гнойнаго содержимаго трубы, нужно тщательно вытереть это мѣсто влажными компрессами. *Küstner* во всѣхъ подобныхъ случаяхъ примѣняетъ тампонацію полости таза іодоформною марли по способу *Микулича*. Въ рѣдкихъ случаяхъ, преимущественно при гнойникахъ въ яичникѣ, этотъ органъ представляетъ столь значительныя сращенія, что его приходится отсепаровать отдѣльно. Рѣдко мѣста, гдѣ были отдѣленные приращенія, кровоточатъ настолько сильно, что приходится наложить нѣсколько швовъ. Обыкновенно достаточно временнаго прижатія компрессами или прижиганія платиновымъ наконечникомъ, чтобы остановить совершенно паренхиматозное кровотеченіе. *Küstner* такимъ же образомъ совѣтуетъ раздѣлять перемычки и перепончатые приращенія, чтобы избѣжать возобновленія сращеній. Однако въ исключительныхъ случаяхъ, когда паренхиматозное кровотеченіе упорно продолжается изъ глубины таза, приходится даже прибѣгать къ тампонаціи іодоформною марли, конецъ

которой выводится наружу через нижній уголъ раны или во влагалище черезъ сдѣланное въ заднемъ сводѣ отверстие.

При пораненіи прямой кишки, съ которою иногда плотно срастаются воспалительныя опухоли придатковъ, нужно немедленно наложить повъ на кишечную рану и провести толстый дренажъ во влагалище черезъ задній сводъ. Подобные случаи встрѣчались въ нашей практикѣ. Къ тампонаціи по способу Mikulicz'a, вообще слѣдуетъ прибѣгать во всѣхъ случаяхъ, когда операція была трудная, сопровождалась отдѣленіемъ многихъ крѣпкихъ приращеній и значительнымъ пораненіемъ брюшины.

Кастрація, производимая при другихъ показаніяхъ, именно при недоразвитіи матки, фиброзныхъ опухоляхъ, остеомалаци и проч. гораздо легче; такъ какъ въ этихъ случаяхъ значительныя приращенія придатковъ встрѣчаются рѣдко. Производя операцію при такихъ условіяхъ во всѣхъ случаяхъ слѣдуетъ также удалять вмѣстѣ съ яичниками по возможности большую часть соответствующей трубы. Брюшная рана сшивается обыкновеннымъ образомъ.

Статистика показываетъ, что кастрація вообще даетъ не болѣе 5—6% смертности, но если взять отдѣльно случаи salpingo-oophorectomia, то смертность будетъ не менѣе 8%.

Славянскій нашелъ ее у различныхъ гинекологовъ отъ 9 до 13%. Schauta при своихъ операціяхъ потерялъ всего 6% больныхъ. Съ такимъ же счастливымъ результатомъ производили удаленіе придатковъ Wylie, Terillon и другіе. Въ настоящее время нѣкоторые гинекологи избѣгаютъ наложенія массовыхъ лигатуръ, стараясь перевязать сосуды отдѣльно, къ сожалѣнію, это замедляетъ операцію и не всегда удобопримѣнимо.

Несмотря на незначительную смертность при удаленіи придатковъ, эту операцію нужно производить только при надлежащихъ показаніяхъ. Яичникъ не только выдѣляетъ яйца, но, вѣроятно, производитъ особенное вещество, поступающее въ кровь и, вѣроятно, имѣющее извѣстное значеніе въ женскомъ организмѣ. Glaevske нашелъ, что послѣ удаленія придатковъ въ 90% быстро развивается атрофія половыхъ органовъ, въ половинѣ почти случаевъ начинается отложеніе жира, у 41% больныхъ пропадаетъ половое влеченіе и 31% такихъ женщинъ теряетъ ощущеніе сладострастія при coitus. Подобныя данныя приводитъ также Pfister.

2. Въ послѣднее время нѣкоторые врачи производятъ *удаленіе придатковъ матки черезъ влагалище*, пролагая къ нимъ путь черезъ разрѣзъ задняго свода. Много такихъ операцій произвелъ съ успѣхомъ д-ръ Львовъ въ Казани. Этимъ способомъ оперировали также Dohrn, Вуфорд и друг. Наичаще примѣняютъ въ настоящее время разрѣзъ черезъ передній сводъ, какъ это дѣлается при удаленіи матки. Техника colpotomia ant. слагается изъ 4 моментовъ: 1) вскрытіе брюшной полости черезъ передній сводъ, 2) выведеніе придатковъ вмѣстѣ съ маткою во влагалище, 3) перевязка связокъ, удаленіе придатковъ и 4) закрытіе отдѣльными швами брюшной полости, затѣмъ раны влагалища. Черезъ такой разрѣзъ не всегда легко вывести во влага-

лице дно матки вмѣстѣ съ придатками. Обыкновенно къ поперечному разрѣзу въ переднемъ сводѣ нужно провести вертикально разрѣзъ по передней стѣнкѣ влагалища, начиная отъ шейки пузыря. Послѣ удаленія придатковъ матку вкладываютъ въ полость таза обратно, а сдѣланная рана въ переднемъ сводѣ и брюшина зашиваются. Мы считаемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ одинаково цѣлесообразнымъ разрѣзъ черезъ задній сводъ, черезъ который часто легко удастся вывести маточные придатки во влагалище и удалить ихъ. Конечно, такія операціи непримѣнимы въ трудныхъ случаяхъ, при значительныхъ сплосныхъ приращеніяхъ придатковъ, а также при гнойныхъ опухоляхъ трубы или при тазовомъ нарывѣ. Какимъ бы способомъ ни производилась операція при заболѣваніяхъ придатковъ, надо удалять ихъ съ обѣихъ сторонъ во избѣжаніе возврата болѣзни.

Въ настоящее время *colpotoμία ant.* производится часто, въ особенности въ Германіи. Dührssen, A. Martin и нѣкоторые другіе установили для нея очень широкія показанія, но большинство опытныхъ гинекологовъ относятся къ ней болѣе сдержанно. На основаніи собственнаго опыта мы можемъ сказать, что *colpotoμία* умѣстна при подвижности придатковъ, или когда они легко доступны; при значительныхъ же сращеніяхъ, въ особенности расположенныхъ высоко, эта операція неумѣстна: она можетъ повлечь неблагоприятныя послѣдствія, и нерѣдко она оказывалось невыполнимою. Безпристрастныя клиническія наблюденія показали что послѣ удаленія придатковъ матки полное выздоровленіе наступаетъ только въ 60—75% всѣхъ случаевъ. Почему въ послѣднее время Schauta и другіе гинекологи пришли къ убѣжденію въ необходимости при этой операціи иногда удалять матку, если этотъ органъ представляетъ значительныя патологическія измѣненія, въ особенности при гонорройныхъ процессахъ.

По мнѣнію Негга, неудачныя послѣдствія послѣ удаленія придатковъ зависятъ отъ несовершенства техники, отъ мѣстнаго воспаленія брюшины или тазовой клѣтчатки, а иногда отъ оставленія части трубы или яичника. Съ этимъ соглашаться вполнѣ нельзя. Неггъ послѣ удаленія яичниковъ у молодыхъ женщинъ наблюдалъ у нихъ появленіе признаковъ мужского типа. Наболѣе благоприятные результаты дала кастрація при рудоментарномъ состояніи матки.

3. Въ послѣднее время при подобныхъ условіяхъ гинекологи стали примѣнять удаленіе матки черезъ влагалище, *hysterectomy vaginalis*, которое давно уже примѣнялось для этой цѣли французскимъ хирургомъ Реаномъ.

При тяжелыхъ заболѣваніяхъ придатковъ тазовая брюшина и придатки всегда находятся въ состояніи хроническаго воспаленія, подвижность матки въ значительной степени ограничена, и нерѣдко позади ея ощущается воспалительная припухлость или выпоть. При подобныхъ условіяхъ удаленіе матки черезъ влагалище по способу Реанъа нѣсколько отличается отъ обыкновенной *hysterectomiae vaginalis*, примѣняемой для удаленія пораженной ракомъ матки; часто операція оказывается значительно труднѣе вслѣдствіе малой подвижности матки.

Операція начинается обыкновеннымъ приѣмомъ. Захвативъ щипцами

Музе влагалищную часть, вскрывают сперва задній, затѣмъ передній сводъ; брюшину пришиваютъ къ влагалищу, какъ обыкновенно. Послѣ наложенія пинцетовъ Доуен'а съ обѣихъ сторонъ, шейку отдѣляютъ ножницами отъ широкой связки на протяженіи пинцетовъ; затѣмъ, разрѣзавъ ее пополамъ въ поперечномъ направленіи, отрѣзаютъ отдѣльно сперва переднюю, затѣмъ заднюю губу. Культю матки снова захватываютъ щипцами Музе и оттягиваютъ книзу, возлѣ тѣла матки накладываютъ другіе сжимающіе пинцеты на широкую связку и по частямъ удаляютъ тѣло матки: сперва переднюю, затѣмъ заднюю стѣнку. Такимъ образомъ доходятъ до дна матки, которое извлекается наружу. При тазовыхъ абсцессахъ, иногда уже послѣ вскрытія брюшины сзади или спереди, отдѣляется масса гноя, въ другихъ случаяхъ это происходитъ при удаленіи тѣла матки или ея придатковъ.

Операция въ опытныхъ рукахъ даетъ блестящіе результаты. Реан, Леоролд и Сегонд теряли при этой операциіи не болѣе 4% больныхъ. Недавно опубликовалъ свои результаты Ландау, который изъ 96 больныхъ не потерялъ ни одной. Якобс на 391 случай удаленія матки при различныхъ показаніяхъ чрезъ влагалище получилъ 2,9% смертности; въ 9 случаяхъ было замѣчено образованіе фистулъ, изъ коихъ одна произошла отъ пораненія мочеточника, 3 пузырныхъ и 5 fist. rectovaginalis. Вообще появленіе свищей представляетъ наибольшую опасность при этой операциіи.

4. *Удаленіе всей матки или ея тѣла* вмѣстѣ съ придатками при воспалительныхъ опухоляхъ рѣдко производится посредствомъ ляпаротоміи по способу, уже описанному выше. Эта операция умѣстна только при большихъ опухоляхъ матки, fibromyomata, а также въ тѣхъ случаяхъ когда удаленіе матки чрезъ влагалище представляетъ непреодолимыя трудности. Операция гораздо опаснѣе, нежели удаленіе матки чрезъ влагалище, и даетъ при заболѣваніяхъ придатковъ не менѣе 10,5—15% смертности.

Глава 3.

Бугорчатка Фаллопиевыхъ трубъ, salpingitis tuberculosa въ связи съ бугорчаткою другихъ внутреннихъ половыхъ органовъ.

Этіологія. Наичаще бугорчатка внутреннихъ половыхъ органовъ обнаруживается какъ вторичное заболѣваніе при бугорчаткѣ легкихъ и брюшины. По наблюденіямъ Корниѣя, на 50—60 женщинъ, умершихъ отъ чахотки, только однажды находятъ бугорчатку половыхъ органовъ. Изъ числа различныхъ заболѣваній придатковъ отъ 5 до 8% слѣдуетъ отнести на долю salpingitis tuberculosa. Изъ трубъ заболѣваніе переходитъ на матку. Различаютъ первичную и вторичную форму бугорчатки трубъ, вторая наблюдается гораздо чаще первой. Первичная форма наичаще развивается вслѣдствіе зараженія чрезъ влагалище, преимущественно вслѣдствіе coitus съ чахоточнымъ мужемъ, въ осо-

бенности когда у него поражены бугорчаткою яички. ВЪроятно, въ рѣдкихъ случаяхъ происходитъ зараженіе бугорчаткою трубы и матки при изслѣдованіи нечистыми руками или инструментами. Возможно также зараженіе извнѣ, при посредствѣ лимфатическихъ и кровяныхъ сосудовъ. Guzzoni наблюдалъ первичную бугорчатку внутреннихъ половыхъ органовъ даже у невинныхъ дѣвицъ.

Появленіе вторичной бугорчатки во внутреннихъ половыхъ органахъ женщины наблюдается при пораженіи легкихъ, а также при заболѣваніи кишекъ и брюшины. Крайне рѣдко наблюдали первичное появленіе бугорчатки въ маткѣ. Послѣродовое состояніе и различныя инфекціи усиливаютъ въ значительной степени расположеніе къ бугорчаткѣ въ половыхъ органахъ женщины.

Анатомическія измѣненія. На трупахъ чахоточныхъ женщинъ находятъ бугорчатку во внутреннихъ половыхъ органахъ большею частью въ періодѣ распада. Эта болѣзнь начинается появленіемъ узелковъ, которые быстро сливаются между собою и причиняютъ распаденіе ткани или плотную инфильтрацію. Только при просовидной бугорчаткѣ отдѣльные узелки не сливаются. Наичаще и наиболѣе рѣзкія измѣненія наблюдаются въ трубахъ, которыя представляются значительно утолщенными, извилистыми, бугристыми и плотными. Серозные покровы мѣстами покрыты сыровидными массами, иногда на брюшинѣ находятся во множествѣ мелкіе узелки. Каналь трубы расширенъ, стѣнки утолщены, содержимое гнойное, мутное, въ другихъ случаяхъ густое; слизистая оболочка въ состояніи творожистаго распада. При болѣе хроническомъ теченіи болѣзни, зарастаетъ наружное отверстіе, образуется *pyosalpinx*, стѣнки трубы представляются чрезвычайно утолщенными. Плотная опухоль сильно срастается съ окружающими частями, достигаетъ величины кулака и даже дѣтской головки. Если бугорчатка переходитъ на матку, этотъ органъ припухаетъ, слизистая оболочка представляется изъязвленою или покрытою плотно приставшимъ слоемъ омертвѣлой ткани; полость матки наполнена творожистымъ гноемъ. Въ яичникѣ, который также нерѣдко поражается, находятъ небольшія творожистыя гнѣзда, которыя иногда сливаются до величины сливы или яблока, разрушая совершенно ткань яичника. Гнѣзда появляются обыкновенно въ стромѣ, очень рѣдко въ пузырькахъ. Бугорчатка почти всегда переходитъ на яичникъ изъ брюшины, въ которой при значительномъ пораженіи трубъ развивается туберкулезное воспаленіе. Въ длительныхъ случаяхъ въ каналь трубы и въ полости матки можно не найти туберкулезныхъ бациллъ; ихъ слѣдуетъ искать въ болѣе глубокихъ слояхъ среди мышечной ткани, гдѣ встрѣчаются еще уцѣлѣвшія гигантскія клѣтки въ узелкахъ.

На маточной шейкѣ бугорчатка встрѣчалась крайне рѣдко, обыкновенно въ видѣ распадающейся язвы съ плотнымъ неровнымъ желтоватаго цвѣта дномъ, въ соскобѣ котораго иногда можно найти бациллы.

Иногда у чахоточныхъ женщинъ находятъ на слизистой оболочкѣ влагалища туберкулезныя язвы съ неровными зазубренными краями. Въ рѣдкихъ случаяхъ, вслѣдствіе распространенія процесса отъ стѣнокъ рукава въ глубину, могутъ образоваться свищи въ сосѣдніе органы.

Симптомы и теченіе. Большею частью больныя, страдающіе бугорчаткою трубъ, теряютъ мѣсячныя очищенія, рѣже въ началѣ болѣзни наблюдается dysmenorrhoea, или появляются обильныя кровотечения. При пораженіи матки и влагалища, показываются въ большомъ количествѣ гнойныя отдѣленія, раздражающія наружныя половыя части, и появляются боли въ паховыхъ областяхъ. Когда образуется pyosalpinx, обнаруживается лихорадка; при дальнѣйшемъ теченіи происходитъ припуханіе и постепенное увеличеніе живота, вслѣдствіе развитія peritonitis tuberculosa и накопленія жидкости.

При внутреннемъ излѣдованіи, пока еще не развился peritonitis, находятъ наичаше увеличеніе матки, опухоли въ обѣихъ трубахъ, которыя иногда вслѣдствіе сращеній трудно выдѣляются изъ окружающихъ, измѣненныхъ воспаленіемъ тканей. Изнурительная лихорадка, слабость, сильная анемія и упадокъ силъ представляютъ обычныя явленія у такихъ больныхъ, большею частью уже давно одержимыхъ хроническимъ заболѣваніемъ легкихъ.

Распознаваніе болѣзни наичаше возможно при появленіи вышеизложенныхъ симптомовъ въ половой сферѣ женщины, имѣющей признаки легочной чахотки или хроническое воспаленіе брюшины съ накопленіемъ жидкости въ полости живота. Важное значеніе имѣетъ также нахожденіе бациллъ въ отдѣленіи матки или въ кусочкахъ слизистой оболочки, удаленныхъ выскабливаніемъ.

Крайне рѣдко наблюдается развитіе въ придаткахъ матки лучистаго грибка, aktinomycosis; эта болѣзнь протекаетъ при явленіяхъ чрезвычайно сходныхъ съ припадками, обыкновенно наблюдаемыми при первичной бугорчаткѣ трубъ и яичниковъ. Иногда гнойное отдѣленіе появлялось во влагалищѣ изъ образовавшихся свищей въ сводахъ. Только нахожденіе въ гноѣ колоній лучистаго грибка давало возможность установить правильное распознаваніе.

Предсказаніе при бугорчаткѣ матки и Фаллопиевыхъ трубъ неблагоприятно, тѣмъ болѣе что одновременно у такихъ больныхъ большею частью имѣется пораженіе легкихъ. Туберкулезныя язвы влагалища и маточной шейки иногда легко заживаютъ, по крайней мѣрѣ на время. Только въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда бугорчатка внутреннихъ половыхъ органовъ представляетъ первичное явленіе и пока только мѣстное заболѣваніе, можно надѣяться на излѣченіе.

Лѣченіе. Кромѣ назначенія общихъ средствъ, мѣстное лѣченіе состоитъ наичаше въ употребленіи влагалищныхъ впрыскиваній, а иногда въ выскабливаніи и промываніи матки. Joін совѣтуетъ мѣстное примѣненіе іодоформа, внутрь онъ назначаетъ креозотъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ, именно въ началѣ болѣзни, при первичной бугорчаткѣ трубъ

является показаніе къ удаленію матки и придатковъ, если болѣзнь сохранила еще мѣстный характеръ.

Глава 4.

Новообразованія Фаллопиевой трубы.

Доброкачественныя новообразованія, именно фибромы, серозныя кисты въ стѣнкахъ, липомы и ворсистыя опухоли встрѣчаются крайне рѣдко. Dogan описалъ ворсистую опухоль трубы, которую онъ считаетъ доброкачественнымъ новообразованіемъ. Fabricius образованіе небольшихъ кистъ въ стѣнкахъ трубы и матки объясняетъ врастаніемъ эндотелія брюшины, покрывающей эти органы. Другія производятъ такія опухоли отъ разрастанія раговаріи. Venoit собралъ 80 случаевъ эхинококковъ въ трубѣ. Изъ злокачественныхъ опухолей нерѣдко переходитъ на трубы ракъ шейки или тѣла матки въ позднѣйшемъ періодѣ своего теченія. Первично развитіе въ тѣлѣ трубы раковыхъ и саркоматозныхъ опухолей представляетъ крайне рѣдкое явленіе. При обычныхъ способахъ изслѣдованія больной нѣтъ возможности опредѣлить первоначальное мѣсто развитія новообразованія, но можно распознать часто присутствіе опухоли, имѣющей отношеніе къ половымъ органамъ. По своимъ особенностямъ явленія, обнаруживаемыя опухолями трубы, сходны съ симптомами, которые наблюдаются при сходныхъ новообразованіяхъ яичниковъ. Только при чревосѣченіи или вскрытіи трупа возможно точное распознаваніе.

Отдѣлъ VII.

Болѣзни яичниковъ.

Глава I.

Неправильности въ развитіи яичниковъ; особенности болѣзней этихъ органовъ. Воспаленіе яичниковъ, oophoritis.

Болѣзни яичниковъ встрѣчаются часто въ практикѣ; по даннымъ, приведеннымъ А. Martin'омъ въ его книгѣ, онѣ составляютъ 13,7% всѣхъ гинекологическихъ заболѣваній.

Неправильности въ развитіи яичниковъ никакого практическаго значенія не имѣютъ и встрѣчаются рѣдко. Напротивъ, воспаленіе этихъ органовъ, ихъ смѣщеніе и встрѣчающіяся въ нихъ новообразованія представляютъ болѣе или менѣе серьезныя и важныя заболѣванія. Слѣдуетъ отмѣтить также *особенности болѣзней яичниковъ*, которыя выражаются одновременнымъ заболѣваніемъ другихъ половыхъ органовъ женщины; какъ мы уже видѣли, эти особенности присущи также заболѣваніямъ Фаллопиевыхъ трубъ. Почти 33% женщинъ, у которыхъ были найдены различныя болѣзни яичниковъ, страдали одновременно различными формами катарра матки, 40% имѣли заболѣванія трубъ, около 26% мѣстное воспаленіе брюшины или тазовой клѣтки и наконецъ у 11% больныхъ наблюдали различныя смѣщенія матки.

Воспаленіе яичниковъ, oophoritis. Этіологія. Различныя формы воспаленія яичниковъ принадлежатъ къ числу наиболѣе обыкновенныхъ заболѣваній этихъ органовъ. Причины, вызывающія воспаленія яичниковъ, крайне разнообразны. Нерѣдко эти процессы вызываются общими заболѣваніями организма міазматическаго и заразнаго характера, а также нѣкоторыми отравленіями. Наичаще развивается воспаленіе яичниковъ при воспалительныхъ заболѣваніяхъ матки и трубъ, въ особенности при септическомъ или гонорройномъ зараженіи этихъ органовъ; при такихъ условіяхъ одновременно находятъ мѣстное воспаленіе брюшины въ области придатковъ или даже pelveoperitonitis. Гораздо рѣже воспаленіе переходитъ на яичникъ отъ тазовой клѣтчатки. Смѣще-

нія матки кзади, ея опущеніе, а также новообразованія этого органа, именно фиброміомы, нерѣдко сопровождаются воспаленіемъ яичниковъ, преимущественно хроническаго характера. Простуда, ненормальныя половыя сношенія, рукоблудіе, привычныя запоры и неправильное гинекологическое лѣченіе имѣютъ также немаловажное значеніе въ числѣ причинъ, вызывающихъ различныя формы этого заболѣванія.

Анатомическія измѣненія. Различаютъ острую и хроническую формы воспаленія яичника—*oophoritis acuta et oophoritis chronica*. При *остромъ* заболѣваніи, вызванномъ септическимъ зараженіемъ, яичникъ представляется нѣсколько увеличеннымъ, эластической консистенціи,

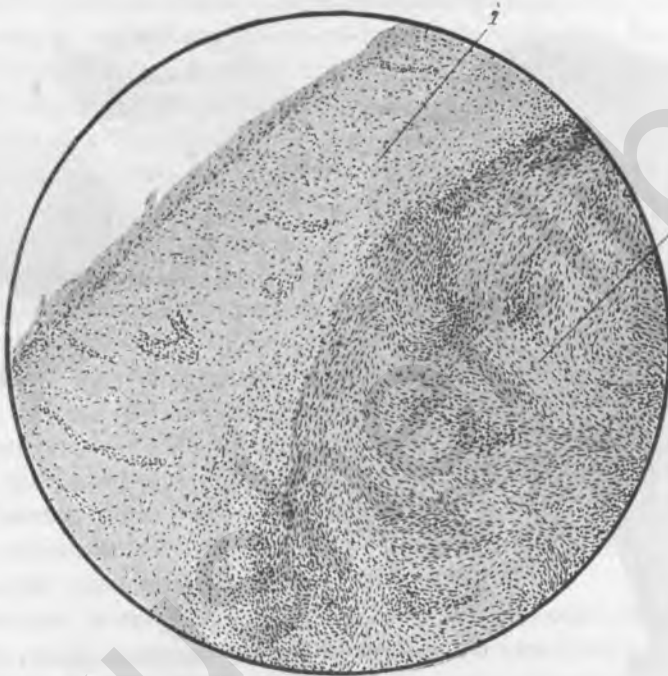


Рис. 204. *Oophoritis acuta gonorrh. interstitialis*. 1 — толстый слой воспалительныхъ отложеній съ сильнымъ развитіемъ сосудовъ и мелкоклѣткою инфильтраціей; 2 — мелкоклѣтчатая инфильтрація гнѣздами и полосками въ корковомъ слое. Пузырьковъ уже не видно.

съ переполненными кровью сосудами и мелкими кровоизліаніями въ его ткани. Когда болѣзнь нѣсколько затягивается, всегда на поверхности яичника находятъ отложенія фибрина и ложныя перепонки. При гонорройной формѣ всегда развиваются обширныя сращенія съ трубою и окружающими частями. Содержимое пузырьковъ становится мутнымъ, на разрѣзѣ ткань мягка, нѣсколько отечна, съ желтоватымъ оттѣнкомъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи, кромѣ гипереміи, находятъ мелкоклѣтчатковую инфильтрацію въ видѣ гнѣздъ или полосками въ стромѣ яичника; эта инфильтрація, при септическомъ зараженіи, распространяется отъ *hilus ovarii*, а при гонорройной формѣ отъ поверхности

яичника. Клетки въ пузырькахъ, и въ томъ числѣ яйцо, подвергаются зернистому распаденію, что влечетъ за собою, когда большая выздоровливаетъ, запусѣніе пузырьковъ; въ другихъ случаяхъ образуются мелкіе нарывы. Подобнымъ же измѣненіямъ подвергается желтое тѣло, corpus luteum. Большею частью при остромъ воспаленіи яичника находятъ небольшіе нарывы, но въ исключительныхъ случаяхъ образуется большой абсцессъ, величиною въ яблоко и болѣе, а при септической формѣ, даже ихорозное распаденіе, что сопровождается воспаленіемъ брюшины. Нарывы образуются въ стромѣ, въ другихъ случаяхъ въ пузырькахъ яичника и въ corpus luteum. Гной часто содержитъ пато-



Рис. 205. Oophoritis et pericophoritis chron.



Рис. 206. Salpingo-oophoritis gonorrh. съ нарывомъ въ яичникѣ. Сверху разрѣзъ черезъ яичникъ, въ срединѣ котораго находится нарывъ.

генные микробы, именно gonococcus, bact. coli, bacillus tuber., рѣже другіе виды. Гной въ застарѣлыхъ нарывахъ часто бываетъ стерильный. Абсцессъ яичника наичае вскрывается въ прямую кишку, рѣже чрезъ задній сводъ во влагалище или въ мочевоу пузырь. Не особенно рѣдко гной попадаетъ въ полость брюшины, что влечетъ за собою опасное, иногда смертельное воспаление.

Гораздо чаще въ практикѣ встрѣчается воспаление яичника въ *хронической* формѣ. Яичникъ представляется въ такихъ случаяхъ значительно увеличеннымъ, иногда вдвое и болѣе, плотной консистенціи, съ бугристоу рѣже съ гладкою поверхностью, которая обыкновенно бываетъ сращена съ сосѣдними частями. При обостреніи воспалительнаго процесса, на

поверхности яичника находят ложные перепонки и даже отложения фибрина. Наружная оболочка, *albuginea*, значительно утолщена, на разрывѣ находят значительное разрастаніе и уплотнѣніе стромы, утолщеніе стѣнокъ артерій и видимое простымъ глазомъ увеличеніе въ объемѣ пузырьковъ, число которыхъ значительно уменьшено. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ яичникъ представляетъ мелко-кистовидное перерожденіе. Найденные Ries'омъ камни въ яичникѣ, именно въ *corpus luteum*, представляютъ вѣроятно послѣдствіе воспалительнаго процесса.

Симптомы и теченія. При тяжелыхъ формахъ послѣродовыхъ заболѣваній симптомы остраго воспаленія яичниковъ неясны и обыкновенно затемняются явленіями *pelveoperitonitis* или *peritonitis diffusa*. Яснѣе они выступаютъ при гонорройной формѣ, причемъ нерѣдко можно прослѣдить переходъ зараженія на придатки. вмѣсто тупыхъ болей, свойственныхъ *metritis et salpingitis chr.*, появляются острые боли, вздутіе и чувствительность въ нижней части живота, а также повышеніе t° . Иногда заболѣваніе начинается сильнымъ ознобомъ. Острые боли появляются внезапно, распространяются на *p. ischiadicus*, сопровождаются позывами на низъ, частыми мочеиспусканіями и переходятъ въ нижнюю конечность, соответствующую заболѣвшему яичнику. Подобныя же явленія наблюдаются при остромъ воспаленіи яичниковъ, которое



Рис. 207. Oophoritis chr. Утолщеніе стромы, расширеніе пузырьковъ, мѣстами зарашеніе ихъ.

развивается послѣ тифа или въ рѣдкихъ случаяхъ при воспаленіи легкихъ и пр. Довольно частый симптомъ представляютъ маточное кровотеченіе, которое обыкновенно наступаютъ преждевременно. Легкія формы *oophoritis* проходятъ скоро и оканчиваются выздоровленіемъ. Гонорройное воспаленіе нерѣдко принимаетъ болѣе хроническое теченіе, при чемъ боли постепенно ослабѣвая, продолжаются цѣлыя недѣли. Образованіе нарыва часто происходитъ при общихъ тяжелыхъ явленіяхъ; въ другихъ случаяхъ, при наступившемъ улучшеніи въ состояніи больной, внезапно развиваются тяжелые симптомы общаго воспаленія брюшины, вслѣдствіе изліянія въ ея полость гноя. Встрѣчаются также случаи, въ которыхъ нарывъ въ яичникѣ развивается медленно; по временамъ повторяются приступы болей и лихорадка, больная худѣетъ и теряетъ силы.

Oophoritis chronica, которая имѣетъ такой характеръ съ самаго начала заболѣванія, или же развивается изъ остраго воспаленія, далеко не всегда сопровождается ясными симптомами. Наиболѣе постоянными симптомами являются бѣли и неправильность мѣсячныхъ. Боли наи-

чаще бывают тупые, появляются въ тазу или въ поясницѣ; онѣ сопровождаются ощущеніемъ надавливанія, напора и тяжести въ тазу. Эти ощущенія, подъ вліяніемъ травмы или прилива крови, при мѣсячныхъ, послѣ coitus, запоровъ и пр. переходятъ въ болѣе или мѣнѣе значительныя боли, приступы которыхъ съ теченіемъ времени дѣлаются чаще и сильнѣе, лишая больную возможности работать. Иногда въ промежуткѣ между мѣсячными довольно регулярно появляются боли внизу живота, которыя наичаще держатся не болѣе 1—2 дней. Такъ называемая ovariа представляетъ только одинъ изъ симптомовъ истеріи. Мѣсячныя часто бываютъ обильныя и сопровождаются болями; въ другихъ случаяхъ они становятся рѣже и слабѣе. При coitus больныя ощущаютъ боли, половое влеченіе часто уменьшено. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при oophoritis chron. по временамъ замѣчается повышеніе t° .

Какъ извѣстно, подъ именемъ ovariа Шарко описалъ рядъ симптомовъ, появляющихся при надавливаніи на паховую область. Больная становится безпокойною, жалуется на сильныя боли на мѣстѣ давленія, у нея появляется судорожное дыханіе, иногда singultus, а въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ даже клоническія и тоническія судорги въ конечностяхъ.

Распознаваніе точное возможно въ тѣхъ случаяхъ, когда ясно удаётся прощупать яичники; въ острыхъ случаяхъ препятствіемъ этому нерѣдко являются сильныя боли и явленія pelveoperitonitis, а въ случаяхъ хроническихъ иногда плотныя сращения съ сосѣдними органами и воспалительное припуханіе тканей въ широкой связкѣ. Въ подобныхъ случаяхъ распознаваніе на основаніи однихъ припадковъ болѣзни является невѣрнымъ. Въ тѣхъ случаяхъ, при хроническомъ воспаленіи, когда можно прощупать яичникъ, онъ оказывается увеличеннымъ до объема большой сливы или даже до куриного яйца. Одной боли въ паховой области еще недостаточно для установленія распознаванія; такъ какъ она можетъ зависѣть также отъ salpingitis и мѣстнаго воспаленія брюшины. Матка иногда нѣсколько отодвинута въ сторону, а при воспаленіи обоихъ яичниковъ смѣщена нѣсколько вперед. Отъ дермоидной кисты и небольшой фиброзной опухоли яичникъ, увеличенный при хроническомъ воспаленіи, часто можно отличить; такъ какъ эти новообразованія развиваются въ яичникѣ безъ всякихъ воспалительныхъ явленій. Нагноеніе въ яичникѣ сопровождается повышеніемъ t° и воспаленіемъ тазовой брюшины. Когда при ощупываніи воспалительной опухоли придатковъ, труба оказывается не измѣненною, то слѣдуетъ предположить, что воспаленіе яичника произошло не вслѣдствіе гонорройнаго зараженія.

Трудно смѣшать oophoritis съ воспаленіемъ тазовой клѣтчатки, parametritis, то же самое можно сказать относительно appendicitis, которое обыкновенно сопровождается сильными болями въ области слѣпой кишки, а также мѣстными симптомами, склонностью къ воспаленію

брюшины и пр. Только въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ при appendicitis гной можетъ поць брюшиною опускаться въ область придатковъ, а, съ другой стороны, при поражении послѣднихъ воспалительный процессъ можетъ перейти изъ таза кверху въ область слѣпой кишки.

Настоящая гипертрофія яичниковъ встрѣчается рѣдко; она не похожа на воспалительную опухоль, гипертрофированный яичникъ представляется удлиненнымъ, но плоскимъ. Дважды при чревосъченіи мы наблюдали такой удлиненный въ видѣ ленты яичникъ слѣва длиною до 8—9 см.

Предсказаніе. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ острое воспаление яичниковъ оканчивается выздоровленіемъ по крайней мѣрѣ у женщинъ, ненаходящихся въ родильномъ состояніи. При повторныхъ заболѣваніяхъ воспаление переходитъ въ хроническую форму; можетъ образоваться воспалительная опухоль или даже нарывъ. При хроническомъ воспаленіи яичниковъ, въ особенности при частыхъ обостреніяхъ, различные припадки болѣзни могутъ продолжаться до прекращенія мѣсячныхъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ вслѣдствіе исчезновенія пузырьковъ развивается преждевременная атрофія яичника, и наступаетъ раннее прекращеніе мѣсячныхъ.

Лѣченіе при острой формѣ воспаленія яичниковъ аналогично въ большинствѣ случаевъ съ терапіею при остромъ воспаленіи тазовой брюшины. Больная лежитъ въ постели, получаетъ narcotica и ледъ на животъ. Полезно втирать ртутную мазь или ung. argenti solub. Credé, а при sepsis кромѣ того многіе дѣлаютъ подкожныя впрыскиванія serum antistreptococcum. Нѣкоторые врачи прибѣгаютъ также къ приставленію 4—6 пиявокъ на паховую область. По прекращеніи острыхъ явленій назначаютъ согревающіе компрессы и разрѣшающія средства. Большею частью лѣченіе заканчивается назначеніемъ теплыхъ соленыхъ ваннъ. Когда въ яичникѣ образовался нарывъ, его слѣдуетъ вскрыть чрезъ влагалище. Въ другихъ случаяхъ, когда такой яичникъ лежитъ высоко, его слѣдуетъ удалить посредствомъ чревосъченія. Гной при нарывахъ яичника становится стерильнымъ только спустя $\frac{1}{2}$ —1 годъ; почему эта операція сопровождается значительною смертною, умираютъ около 12,7%.

При хронической формѣ громадное значеніе имѣетъ строгое соблюденіе гигиеническихъ и діететическихъ мѣръ. Когда болѣзнь обнаруживаетъ склонность къ обостренію, оказывается полезнымъ продолжительное лежаніе въ постели, иногда въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Если обыкновенныя медицинскія средства оказываются неэффективными для уменьшенія и излѣченія маточныхъ кровотеченій, слѣдуетъ примѣнить выскабливаніе и методическое впрыскиваніе tinct. jodi въ полость матки. Массажъ оказывается полезнымъ преимущественно при сращеніяхъ, оставшихся послѣ перенесеннаго perimetritis, а также при загибахъ матки кзади. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ особенности при воспалительныхъ опухоляхъ, показуется удаленіе придатковъ, однихъ или совмѣстно съ маткою, если тяжелые симптомы

иными способами нельзя устранить. Предложенная Шредеромъ резекція яичника большинствомъ гинекологовъ не примѣняется.

Глава 2.

Кровоизліянія въ ткань яичника, *haematoma ovarii*.

Этіологія и анатомическія измѣненія. Заболѣваніе часто находится въ тѣсномъ соотношеніи съ воспалительными процессами въ придаткахъ и большею частью сопровождается мѣстнымъ воспаленіемъ брюшины. Изъ 109 случаевъ кровоизліянія въ яичникъ, собранныхъ Martin's'омъ, только 8 разъ не было этого осложненія. Разлитое кровоизліяніе въ мелкіе Граафовы пузырьки производитъ при обширныхъ



Рис. 208. *Haematoma ovarii* sin. вслѣдствіе перекручиванія въ области *mesovarii*. 1 — orif. uterin. tubae sin; 2 — вторичное перекручиваніе трубы; 3 — бахромки; 4 — *haematoma ovarii*; 5 — свѣжія кровоизліянія подъ *albuginea*; 6 — *cystis parovarialis*.

ожогахъ, отравленіяхъ металлическими ядами, а также при тяжелыхъ заразныхъ заболѣваніяхъ—при оспѣ, тифѣ и проч. Какъ извѣстно, послѣ выходненія яйца, зрѣлый Граафовъ пузырекъ содержитъ кровяной свертокъ величиною въ вишню или лѣсной орѣхъ. Кровоизліяніе въ желтое тѣло происходитъ при варикозномъ расширеніи венъ яичника, а также при тяжеломъ физическомъ напряженіи во время мѣсячныхъ, при половыхъ излишествахъ, вслѣдствіе травмы, гинекологическихъ операцій и пр. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ яичникъ достигаетъ величины яйца или даже небольшого апельсина, рѣже дѣтской головки.

Gottschalk справедливо предостерегаетъ отъ выскабливанія матки незадолго до наступленія мѣсячныхъ, такъ какъ при подобныхъ условіяхъ возможно образованіе haematoma ovarii. Кровоизліяніе въ яичникѣ наблюдается иногда также при воспалительныхъ процессахъ въ области придатковъ, при смѣщеніяхъ матки и при новообразованіяхъ въ этомъ органѣ, который представляется припухшимъ, а при пассивной гипереміи—даже отечнымъ. Сравнительно рѣдко кровоизліяніе происходитъ въ строму яичника. Излившаяся кровь обыкновенно свертывается, подвергается жировому перерожденію и всасывается. Только въ исключительныхъ случаяхъ стѣнка гематомы надрывается, и въ брюшную полость происходитъ кровоизліяніе, haematocele.

Симптомы и теченіе. Сама по себѣ гиперемія яичниковъ особенныхъ явленій не вызываетъ. Разлитое кровоизліяніе въ многочисленные пузырьки, а также въ строму яичника не распознаются; такъ какъ оно не сопровождается особенными симптомами, напротивъ, большое отдѣльное кровоизліяніе, послѣдовавшее въ Граафовъ пузырекъ, иногда распознать возможно. Во время мѣсячныхъ или около этого времени появляются внезапно сильныя боли въ нижней части живота, сопровождающіяся напираніемъ на мочевой пузырь и прямую кишку. При значительномъ кровоизліяніи появляется слабость, анемія, иногда тошнота и рвота. Лихорадки не бываетъ, мѣсячныя обыкновенно затягиваются, истеченіе крови часто усиливается. Fogduse описываетъ случай, гдѣ молодая дѣвушка погибла отъ воспаленія брюшины, вызваннаго разрывомъ гематомы яичника. Czernin послѣ кровоизліянія въ ткань яичника наблюдалъ въ немъ образованіе нарыва. Впрочемъ, въ большинствѣ случаевъ болѣзнь оканчивается выздоровленіемъ, при чемъ всасываніе и уменьшеніе въ объемѣ опухоли происходитъ гораздо скорѣе, нежели при воспалительной опухоли яичника.

Распознаваніе. При внутреннемъ изслѣдованіи въ тѣхъ случаяхъ, когда образовалась въ яичникѣ кровяная опухоль, находятъ въ задней части таза съ боку матки округленную опухоль съ ясно ограниченными контурами, весьма чувствительную при дотрогиваніи, иногда даже заматочное кровоизліяніе.

Лѣченіе. Коль скоро обнаружались такіе признаки, больная должна оставаться въ постели, держать пузырь со льдомъ на нижней части живота или класть на него холодные компрессы. Внутри наичаще назначаютъ опій или другія наркотическія средства для прекращенія болей.

Глава 3.

Смѣщенія яичника, *dislocationes ovarii*.

1. Опущеніе яичника, *descensus ovarii*.

Этіологія и анатомическія измѣненія. Наичаще встрѣчаются въ практикѣ смѣщенія яичника кзади въ Дугласово пространство. Это наблюдается обыкновенно, какъ явленіе послѣдовательное при смѣщеніяхъ матки кзади. Рѣже оно бываетъ при нормальномъ положеніи матки, когда одинъ, рѣже оба яичника западаютъ въ Дугласово пространство, вслѣдствіе своего увеличенія въ объемъ, при началѣ развитія новообразованія или при хроническомъ воспаленіи. Къ такому смѣщенію располагаетъ также ослабленіе и удлиненіе связокъ яичника въ послѣродовомъ періодѣ. Опустившійся за матку яичникъ нерѣдко воспаляется и здѣсь прирастаетъ. Гораздо рѣже вслѣдствіе воспаленія, какъ первичной причины, яичники смѣщаются и прирастаютъ къ передней поверхности матки или къ широкой связки.

Симптомы и теченіе. Опущеніе яичника, въ особенности когда оно соединено съ приращеніемъ, обыкновенно сопровождается болями въ области таза и поясницѣ. Боли усиливаются при сношеніи, напряженіи брюшного пресса, послѣ продолжительной ходьбы и проч. По временамъ онѣ становятся острыми, когда мѣстное воспаленіе возобновляется. При внутреннемъ изслѣдованіи за маткою находятъ обыкновенно нѣсколько увеличенные одинъ или оба яичника, чувствительные на оцупь. Иногда ихъ можно концомъ пальца приподнять кверху, но часто это не удается, и такая попытка вызываетъ боли.

Лѣченіе. При обострившемся воспаленіи необходимо назначить спокойное положеніе въ постели, согрѣвающий компрессъ на животъ, слабительное изъ среднихъ солей и затѣмъ наркотическія средства для уменьшенія болей. Когда послѣ окончанія воспаленія яичникъ вправляется, нужно попытаться удержать его въ этомъ положеніи посредствомъ тампоновъ или кольца Hodge'a. При существованіи сращеній умѣстенъ мѣстный массажъ. Когда эти средства оказываются неэффективными, при тяжелыхъ явленіяхъ слѣдуетъ произвести *salpingo-oophorectomia*, что возможно въ большинствѣ случаевъ сдѣлать черезъ влагалище. Въ одномъ случаѣ Sängер, для устраненія смѣщенія яичника, пришилъ *lig. infundibulo-ovaricum* къ стѣнкѣ таза.

2. Грыжи яичника.

Этіологія и анатомическія измѣненія. Такія грыжи встрѣчаются крайне рѣдко. Яичникъ находили въ грыжевомъ мѣшкѣ *herniae inguinalis, ischiadicae et obturatoriae*. При правильномъ развитіи половыхъ органовъ онъ можетъ попадать въ грыжу только послѣ предварительнаго его сращенія съ сальникомъ или кишечною петлей. Въ исключи-

тельныхъ случаяхъ яичникъ можетъ находиться въ паховомъ кольцѣ отъ рожденія, влѣдствіе сильнаго врожденнаго укороченія lig. rotund., которая при такихъ условіяхъ притягиваетъ уголь матки къ наружной паховой ямкѣ, а яичникъ смѣщается въ паховой каналъ. По изслѣдованіямъ А. Martin'a, собравшаго 86 случаевъ яичниковыхъ грыжъ. 54 раза этотъ органъ находился въ мѣшкѣ паховой грыжи. Съ наступленіемъ половой зрѣлости, во время мѣсячныхъ очищеній въ такой врожденной паховой грыжѣ появляются сильныя боли, грыжа увеличивается въ объемѣ, въ ней могутъ развиваться даже явленія ущемленія при затрудненіи оттока крови. Обыкновенно врожденныя грыжи яичниковъ не вправляются, напротивъ это иногда удается при грыжахъ приобрѣтенныхъ.

Распознаваніе такихъ случаевъ иногда возможно. При внутреннемъ изслѣдованіи оказывается, что матка однимъ угломъ сильно притянута къ паховой области, и яичникъ съ этой стороны не прощупывается на своемъ обычномъ мѣстѣ.

Лѣченіе. При явленіяхъ ущемленія грыжи, показуется приставленіе пъявокъ въ паховой области, прикладываніе мѣшка со льдомъ и осторожное вправление грыжи, при положеніи женщины съ возвышеннымъ тазомъ. Когда вправление не удастся, слѣдуетъ произвести грыжесѣченіе.

Глава 4.

Кисты яичника, cystes et kystoma ovarii.

Изъ ткани яичника иногда развиваются разнообразныя новообразованія, которыя въ клиническомъ отношеніи раздѣляются на мѣшечатыя опухоли, или *кисты*, и *плотныя опухоли*; между ними нерѣдко встрѣчаются переходныя формы и комбинаціи. Pfannenstiel и нѣкоторые другіе гинекологи кладутъ въ основаніе раздѣленія этихъ опухолей ихъ происхожденіе, genesis. Гораздо рѣже мѣшечатыя опухоли развиваются изъ придатка яичника, parovarium.

Этіологія. Причина развитія въ яичникахъ кистъ, встрѣчающихся нерѣдко, намъ совершенно неизвѣстна. Зачатки нѣкоторыхъ кистъ находили уже у новорожденныхъ дѣвочекъ. Эти опухоли встрѣчаются въ различномъ возрастѣ, — начиная отъ ранняго дѣтства до поздней старости. Онѣ нѣсколько чаще бывають у незамужнихъ, нежели у женщинъ, имѣвшихъ дѣтей. Наслѣдственность, повидимому, имѣетъ мало значенія. Большею частью киста развивается въ одномъ яичникѣ; однако нерѣдко встрѣчаются случаи, приблизительно не менѣе 10%, когда это новообразованіе находится въ обоихъ яичникахъ. Въ дѣтскомъ возрастѣ кисты наблюдаются рѣдко. Aldibert нашелъ въ литературѣ 42 подобныхъ случая, изъ нихъ 5 разъ кисты встрѣчались въ первые

три года жизни, чаще онъ попадаются съ 7-лѣтняго возраста. Nowitz удалилъ кисту, содержавшую 1200 grm. жидкости, у ребенка 3¹/₂ лѣтъ.

Анатомическія измѣненія. Въ анатомическомъ отношеніи по своему строенію кисты яичника раздѣляются на *простыя*, *дермоидныя*, *многочлостныя кистомы* и *кисты придатка яичника*.

1. *Простыя кисты* происходятъ вслѣдствіе значительнаго увеличенія въ объемѣ одного или нѣсколькихъ Граафовыхъ пузырьковъ или полости corpora lutea. Этотъ процессъ развивается постепенно, сначала въ нѣсколькихъ пузырькахъ одновременно. Яйцо подвергается распаденію, и вскорѣ исчезаетъ пристѣночный эпителий. Такія кисты, hydrops follicularis, представляютъ простое растяженіе пузырьковъ на-



Рис. 209. Hydrops follicularis, cystis simplex, величиною въ кулакъ.

копившеюся жидкостью до величины сливы, рѣже до объема кулака. Простая киста, развившаяся изъ corpus luteum, представляетъ на своей внутренней поверхности ясно выраженный складки желтоватаго цвѣта, полость ея наполнена мутною буроватою жидкостью. Въ другихъ случаяхъ эпителий, выстилающій полость кисты, сохраняется и продолжаетъ размножаться, хотя нигдѣ не замѣчается образованія аденоматозныхъ выпячиваній въ стѣнкѣ кисты. Съ такими особенностями простая киста представляетъ несомнѣнно настоящее новообразование, kystoma serosum simplex. При ея дальнѣйшемъ разрастаніи постепенно яичникъ превращается въ опухоль, достигающую объема дѣтской головки, а въ рѣдкихъ случаяхъ величины головы взрослого человѣка, при этомъ паренхима яичника погибаетъ. Отдѣльныя простыя кисты съ теченіемъ времени сливаются въ большія полости, хотя это бываетъ рѣдко. Содер-

жимое такихъ кистъ представляетъ водянистую жидкость невысокаго удѣльнаго вѣса, бѣдную форменными элементами, съ небольшимъ содержаниемъ бѣлка. Въ рѣдкихъ случаяхъ на стѣнкахъ въ полости кисты встрѣчаются небольшія ворсистыя разрашенія.

Не болѣе какъ разновидности простыхъ кистъ представляютъ *яичнико-трубныя кисты*, въ которыхъ полость кисты сообщается съ наружнымъ отверстіемъ трубы, растянутой скопившеюся серозною жидкостью. Griffith собралъ 19 такихъ случаевъ, только 4 раза въ яичникахъ находились многополостныя кисты. Въ исключительныхъ случаяхъ маточное отверстіе такой кисты остается открытымъ, и содержимое по временамъ выходитъ изъ полости матки. Происхоженіе этого вида кистъ до сихъ поръ не вполне выяснено. Наболѣе вѣроятнымъ является совпаденіе двухъ процессовъ — образованія простой кисты и развитія водянки въ трубѣ, уже раныше сросшейся съ яичникомъ своимъ наружнымъ концомъ. Съ теченіемъ времени перегородка между обѣими полостями постепенно истончается и подвергается продыравленію. Трубно-яичниковыя кисты встрѣчаются крайне рѣдко.

2. *Дермоидныя кисты* представляютъ, по всей вѣроятности, врожденныя новообразованія. Pfannenstiel и другіе допускаютъ происхожденіе этихъ новообразованій изъ яйца, заключающагося въ первичномъ пузырькѣ. Опухоль имѣетъ шаровидную форму съ гладкою поверхностью, величина ея отъ сливы до объема, иногда превышающаго величину головы взрослога человѣка. Опухоль занимаетъ весь яичникъ или только часть его. Сравнительно съ другими видами мѣшеччатыхъ новообразованій яичника, онѣ встрѣчаются рѣдко, на долю ихъ можно отнести не болѣе 4% изъ числа всѣхъ кистъ яичника. Дермоидныя кисты имѣютъ толстую стѣнку. Внутренняя поверхность кисты выстлана кожицей, подъ которой расположены сосочки кожи съ сальными и потовыми железами, а также съ волосяными мѣшечками. Далѣе снаружи находится жирный слой и фиброзная оболочка. Полость кисты наполнена жидкимъ жировымъ веществомъ, твердѣющимъ при комнатной температурѣ,



Рис. 210 Cystis corporis lutei.

со множеством перепутанных волосъ, иногда сбитыхъ въ комокъ. Нерѣдко внутренняя поверхность кисты мѣстами усажена зубами, въ толщѣ стѣнки встрѣчаются даже костныя образованія, въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣющія сходство съ отдѣльными костями скелета. Иногда въ дермоидѣ находили даже части конечностей, спинного хребта, ногти, нервныя волокна и проч. Крайне рѣдко, встрѣчалось сѣрое вещество мозга, поперечно-полосатыя мышцы и железистыя образованія, имѣющія сходство съ слюнными, щитовидными и молочными железами. Подъ слоемъ, гдѣ расположена костная ткань, находили иногда полости выстланныя слизистымъ эпителиемъ, по строенію напоминающія кишечныя петли. Въ исключительныхъ случаяхъ встрѣчались даже зачатки органовъ чувствъ, въ особенности глаза.

Дермоидныя кисты въ большинствѣ случаевъ сложныя опухоли, представляющія соединеніе дермоидныхъ новообразованій съ простыми кистами или кистамами, при чемъ послѣднія иногда составляютъ главную массу новообразованія. Собственно дермоиды растутъ медленно и представляютъ на ощупь довольно плотныя опухоли, которыя часто образуютъ сращенія съ сосѣдними органами и частями; но когда въ яичникѣ начинается одновременно развиваться простая киста, кистама или злокачественное новообразование, въ такихъ случаяхъ опухоль начинаетъ быстро увеличиваться.

Въ тѣсномъ соотношеніи съ дермоидами находится *тератома* яичника, которая представляетъ довольно плотную опухоль, раздѣленную перегородками изъ соединительной ткани на множество мелкихъ полостей; мѣстами можно различить хрящевую и костную ткань, но большая часть полостей выполнена слизистою густою жидкостью, или мягкой тканью, состоящею изъ эпителия, или изъ элементовъ соединительной ткани. Такое беспорядочное распредѣленіе разнообразныхъ тканей указываетъ на злокачественный характеръ тератомъ въ противоположность обыкновеннымъ дермоидамъ.

Сложность строенія дермоидныхъ кистъ и относительная правильность въ распредѣленіи различныхъ тканей, по мнѣнію Willms'a, не оставляетъ сомнѣній, что въ образованіи этихъ опухолей принимаютъ участіе всѣ 3 листка зародыша. Въ тератомахъ эти листки утратили правильное расположеніе и представляются какъ бы перемѣшанными и прорастающими одинъ въ другой.

Безъ особенной натяжки можно предположить, что дермоидныя кисты представляютъ развитіе неоплодотвореннаго яйца, *partenogenesis*.

Въ исключительныхъ случаяхъ дермоидныя опухоли развиваются въ тазовой кѣлѣчаткѣ. Schultze видѣлъ такую опухоль позади прямой кишки. Между тѣмъ, какъ въ Европѣ дермоидныя кисты встрѣчаются рѣдко,—по S. Wells'y, онѣ составляютъ всего 2,2% кистъ яичника,—въ Японіи, по наблюденіямъ O m o g i, онѣ встрѣчаются въ 24% овариотомій.

3. *Многopолостная кистама, adenokytoma, kystoma myxoides, kystoma*

proliferum glandulare et papillare, представляет самую частую мѣшчатую опухоль яичника, сравнительно съ которой другія являются какъ бы исключеніями. Кистомы обыкновенно растутъ довольно быстро и могутъ достигать значительной величины, вмѣщая въ себя до 20, даже 40 и болѣе литровъ жидкости. Поверхность ихъ представляетъ обыкновенно выступы или бугры различной величины, происходящіе отъ сліянія отдѣльныхъ полостей. Развитие кистомъ происходитъ, повидимому, отъ врастанія въ ткань яичника эпителія, покрывающаго свободную поверхность яичника. Наружная оболочка кисты наичаще толщиной отъ 2 до 5 мм., плотная, бѣловатаго цвѣта, иногда съ синеватымъ оттѣнкомъ, въ ней развѣтвляются венозные сосуды, но артерій сравнительно немного. Оболочка соотвѣтствуетъ оболочкѣ Граафова пузырька или яичника и состоитъ изъ наружнаго плотнаго слоя клѣтчатки и внутренняго, болѣе рыхлаго. Полость кисты выстлана однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, который въ особенности въ большихъ полостяхъ представляетъ обыкновенно регрессивныя измѣненія. Наичаще кистома состоитъ изъ одной или нѣсколькихъ большихъ полостей и множества малыхъ кистъ, которыя возникаютъ въ стѣнкахъ большихъ чрезъ врастаніе и отшнурованіе эпителія.

Малыя кисты часто сливаются съ большими чрезъ постепенное истонченіе и продыравленіе своей стѣнки, оставляя на внутренней поверхности большей кисты неровности и выступы. Этого вида кистомы носятъ названіе *железистыхъ*, *kystoma proliferum glandulare*. Наружная поверхность такихъ кистъ покрыта низкимъ однослойнымъ эпителиемъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ вся кистома состоитъ изъ мелкихъ полостей, напоминающихъ въ разрѣзѣ строеніе медовыхъ сотовъ. Еще рѣже общая плотная оболочка отсутствуетъ, а киста состоитъ изъ отдѣльныхъ тонкостѣнныхъ опухолей. Железистыя кистомы этого вида извѣстны подъ именемъ *гроздевидныхъ*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ они представляютъ миксоматозное перерожденіе выстоящихъ сесочковъ ворсистой кистомы. Такого рода гроздевидныя новообразованія часто даютъ возвраты послѣ операціи и вообще представляютъ опухоли позднѣйшаго свойства.



Рис. 211. *Cystoma serosum simpl.* а — эпителий; б — богатая сосудами стѣнка кисты.

Ворсистый видъ кистомы яичника встрѣчается рѣже. Иногда въ болѣе глубокихъ слояхъ железистыхъ кистъ развиваются на стѣнкахъ ворсистыя разращенія, выдающіяся въ полость кисты. Вообще пере-



Рис. 212. Разрѣзъ черезъ стѣнку и существо *kystoma polifer gland*. Видны железистыя образованія, мѣстами сосочки, выдающіяся въ полость. Эпителій вездѣ однослойный, цилиндрическій высокій.

ходныя формы встрѣчаются нерѣдко, хотя большею частію, ворсистыя кистомы являются, какъ самостоятельныя новообразованія. Ворси-



Рис. 213. *Cystoma prolif. papillare*: *a* — эпителий однослойный, высокій цилиндрическій; соединительная ткань богатая сосудами; *b* — сосуды кисты; *c* — сосуды ворнонокъ.

стыя разращенія имѣютъ древовидную форму, состоятъ изъ нѣжной соединительной ткани, въ избыткѣ снабжены сосудами, поверх-

ность ихъ выстлана однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Онѣ чрезвычайно легко разрываются и кровоточатъ. Вростая въ полость кисты, ворсинки постепенно ее выполняютъ, при чемъ онѣ сдавливаются, часть ихъ распадается въ бѣловатую, зернистую массу, кото-

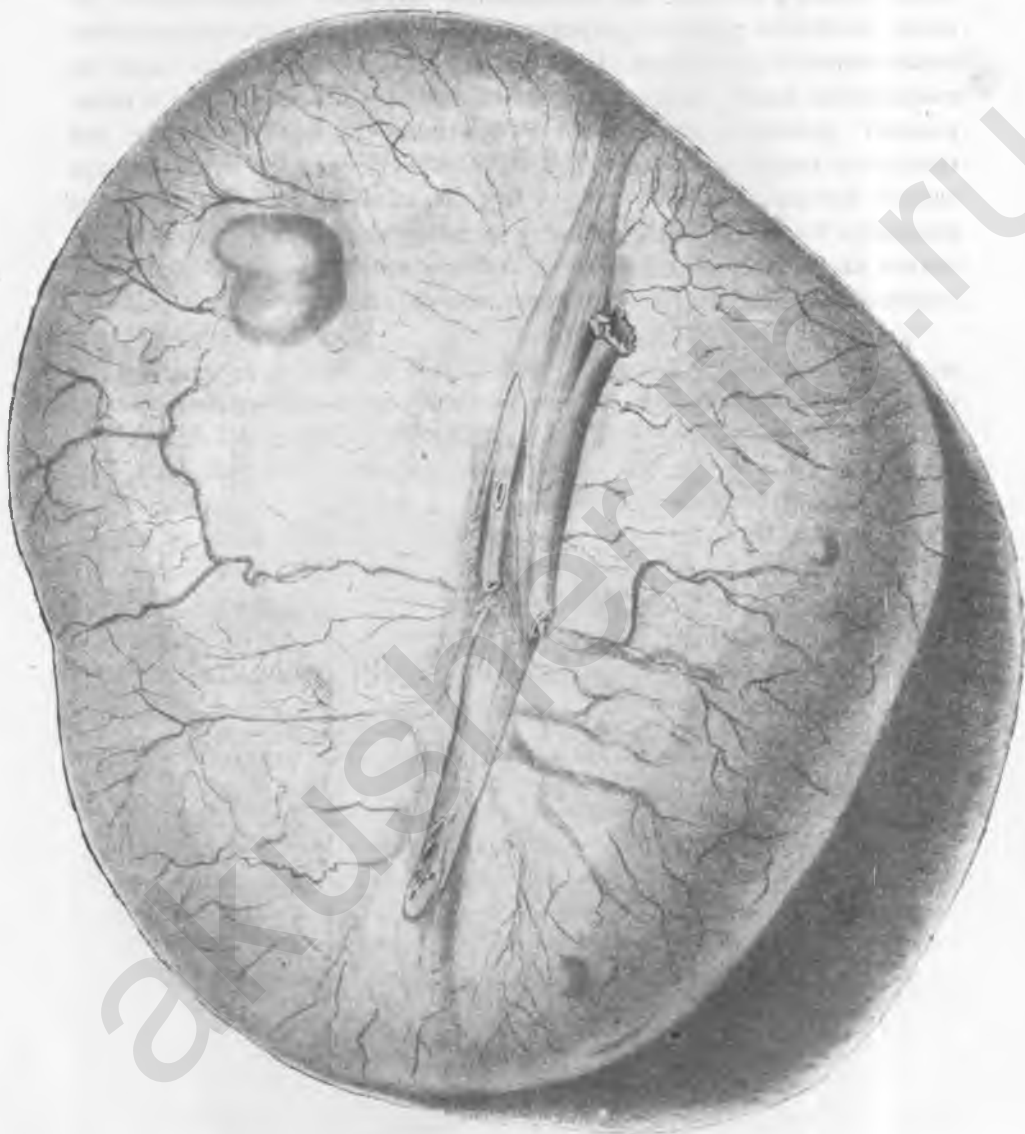


Рис. 214. Большая kystoma prolif. gland. съ длинною ножкою. Сверху направо разръвъ трубы, направо art. sperm. Внизу lig. ovarii uterina.

рая въ видѣ рисовыхъ зеренъ примѣшивается къ жидкому содержанию кисты. Иногда ворсинки продыравливаютъ стѣнку кисты и вырастаютъ свободно въ полость живота. Въ другихъ случаяхъ съ са-

маго начала онѣ развиваются на поверхности яичника и постепенно распространяются по брюшинѣ. Ворсистыя кистомы часто сопровождаются присутствіемъ значительнаго количества свободной жидкости въ полости живота. Pfannenstiel и другіе различаютъ еще *kysto-adenoma serosum*, которая въ большинствѣ случаевъ представляетъ *kystoma proliferum papillare*, ворсинки которой выстланы цилиндрическимъ мерцательнымъ эпителиемъ. Нерѣдко ворсинки разрастаются также на поверхности кисты; часто такія кисты бываютъ однополостныя и обыкновенно развиваются въ полости брюшины, но нерѣдко также онѣ сидятъ въ широкой связкѣ часто съ обѣихъ сторонъ. Нерѣдко при такихъ кистахъ находятъ посѣвы новообразованія, *implantationes*, на брюшинѣ. Послѣ удаленія такого новообразованія, возвраты сравнительно часты; почему эти кисты слѣдуетъ считать гораздо болѣе злокачественными нежели, другіе виды *adeno-kystoma*.

Иногда такія кисты представляютъ отчасти железистыя новообразованія. Мерцательный эпителий развивается вѣроятно отъ эпителия поверхности яичника. Образование мелкихъ узелковъ на поверхности брюшины при ворсистыхъ кистахъ еще не указываетъ на злокачественное образованіе.



Рис. 215. *Kystadenoma serosum (papillare)*.

Содержимое кистомы яичника представляетъ наичаще слизистую, нѣсколько тягучую, болѣе или менѣе густую жидкость различной консистенціи. Иногда она совершенно похожа на студень, въ другихъ

случаяхъ бываетъ жидкая и водянистая. Цвѣтъ ея также разнообразенъ; иногда она бѣловатая, прозрачная, но чаще мутная, желтого или темно-коричневаго цвѣта, что зависитъ отъ примѣси крови. Замѣчено, что чѣмъ старѣе киста, тѣмъ темнѣе дѣлается ея содержимое;

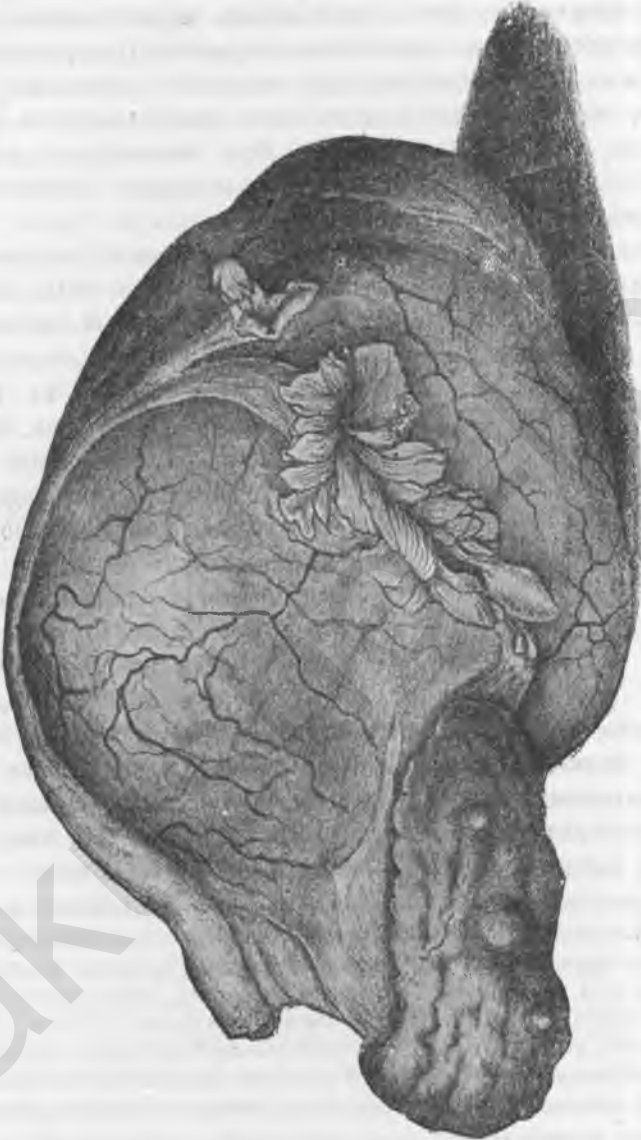


Рис. 216. Cystis parovarialis съ яичникомъ и трубкою.

чѣмъ больше полость кисты, тѣмъ жиже содержимое. Удѣльный вѣсъ жидкости отъ 1015 до 1035. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ жидкости находятъ цилиндрической эпителий, коллоидные шары, представляющіе круглыя блестящія образованія, жировыя зернышки и кристаллы холестерина; въ осадкѣ находятъ клѣтки и ихъ распадъ, крас-

ные и бѣлые кровяные шарики. При подогреваніи въ пробиркѣ содержимое кистомы почти совершенно свертывается. Химическое изслѣдованіе показываетъ содержаніе въ жидкости кистомы такъ называемаго метальбумина, иначе псевдомуцина, который представляетъ продуктъ дѣятельности эпителиальныхъ клѣтокъ, выстилающихъ полость кисты. Въ содержимомъ кисты, высланныхъ мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, этого вещества не содержится. Псевдомуцинъ легко растворяется въ водѣ, изъ которой выпадаетъ отъ прибавленія алкоголя въ избыткѣ; образовавшійся осадокъ вновь распускается въ водѣ, откуда онъ не осаждается кипяченіемъ. При кипяченіи съ разведенной *acid. muriaticum*, получается жидкость, обладающая свойствомъ возстановлять мѣдъ изъ щелочныхъ растворовъ.

4. *Кисты яичникова придатка, cystes parovarii*, встрѣчаются не часто. Сообразно мѣсторасположенію Вольфова тѣла, такія кисты начинаютъ развиваться между яичникомъ и расширенной частью трубы. Постепенно увеличиваясь въ объемъ, онѣ раздвигаютъ листки широкой

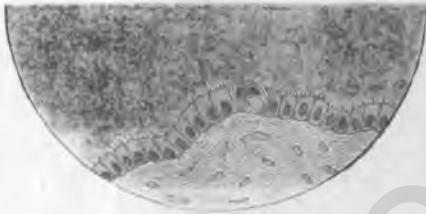


Рис. 218. Ворсистый эпителий кисты *parovarii*.

связки, направляясь къ боковому краю матки и дну таза, при чемъ яичникъ отодвигается къзади и книзу, а труба кверху и впереди. Большею частью величина такой кисты не превышаетъ дѣтской головки, однако иногда она достигаетъ объема головы взрослого человѣка. Поверхность ея покрыта брюшиною, которая обыкновенно отдѣляется

довольно легко. Эти кисты однополостныя; внутренняя поверхность ихъ совершенно гладкая, рѣдко на ней сидятъ отдѣльные сосочки, она выслана цилиндрическимъ мерцательнымъ эпителиемъ. Содержимое представляетъ прозрачную жидкость незначительнаго удѣльнаго вѣса, 1002—1007, содержащую въ небольшомъ количествѣ бѣлокъ.

Въ послѣднее время *Ampt* высказалъ сомнѣніе относительно происхожденія этихъ кистъ изъ *parovarium*. Онъ склоненъ думать, что онѣ развиваются изъ мелкихъ кистъ, которыя иногда встрѣчаются въ широкой связкѣ и составляютъ зачатки добавочной трубы. Возможно также допустить происхожденіе ихъ изъ остатковъ Вольфова канала. *Kranke* въ яичникѣ находилъ остатки первичной почки; кромѣ того, мѣстами на брюшинѣ, покрывающей *mesosalpinx*, онъ встрѣчалъ островки мерцательнаго и многослойнаго плоскаго эпителия. Изъ остатковъ зародышевой почки онъ допускаетъ возможность развитія *kysto-adenoma* яичника.

Отношеніе мѣшеччатыхъ опухолей яичника къ широкимъ связкамъ къ маткѣ и вообще къ тазовымъ органамъ различно. Большинство этихъ опухолей, въ особенности простыя и дермоидныя кисты, а также железистыя кистомы, соединяются съ широкою связкою посредствомъ стебля или *ножки*. Последняя появляется при ростѣ опухоли, вслѣдствіе оттягиванія брыжейки яичника, образуемой складкою задняго лист-

ка брюшины широкой связки. Въ началѣ развитія такая киста помѣщается позади матки въ Дугласовомъ пространствѣ, смѣщая этотъ органъ кпереди и въ противоположную сторону. Если вслѣдствіе воспаления киста не приростетъ, то при дальнѣйшемъ ея развитіи и увеличеніи въ объемѣ она поднимается изъ малаго таза и переваливается напередъ чрезъ широкую связку, прилегаетъ къ передней стѣнкѣ живота, при этомъ ея ножка нѣсколько скручивается. Матка и пузырь отодвигаются кзади и кнутри. При дальнѣйшемъ ростѣ кишечныя петли и сальникъ отодвигаются кзади и кверху, хотя въ этомъ отношеніи часто встрѣчаются отступленія. Нерѣдко матка располагается также нѣсколько впереди и сбоку кисты.

Чѣмъ больше опухоль, тѣмъ сильнѣе натяженіе, оказываемое на прикрѣпленіе яичника. Постепенно втягиваются въ ножку *lig. ovarii medium*, *lig. infundibulo-pelvicum* и труба. Въ однихъ случаяхъ ножка кисты представляется тонкой и длинной, иногда до 10, даже 20 см., въ другихъ случаяхъ она бываетъ коротка и растянута на 10—12 см. въ ширину. На поперечномъ разрѣзѣ ножки, кромѣ канала трубы, въ наружномъ углѣ замѣчаются *vas. spermatica int.*, а на внутреннемъ— крупные вѣтви маточныхъ сосудовъ; кромѣ того, находятся въ толщѣ ножки болѣе мелкіе сосуды. Фаллопиева труба находится наичаще на передней поверхности стебельчатой кистомы и плотно сидитъ на ней. Мѣсто, гдѣ отрѣзана ножка, на удаленной кистѣ имѣетъ форму треугольника.

Въ другихъ случаяхъ кисты вовсе не имѣютъ ножки и *разрастаются между листковъ широкой связки*; преимущественно это наблюдается при кистахъ яичниковаго придатка, при ворсистыхъ кистомахъ, рѣже при железистыхъ опухоляхъ. При кистомахъ яичника такое расположеніе новообразованія зависитъ отъ развитія кисты изъ болѣе глубокихъ слоевъ паренхимы этого органа; при кистахъ яичниковаго придатка оно является прямымъ послѣдствіемъ анатомическаго расположенія остатка Вольфова тѣла, какъ объ этомъ сказано выше. Такія опухоли, разрастаясь, постепенно раздвигаютъ серозныя листки широкой связки, доходятъ до матки и въ нѣкоторыхъ случаяхъ отслаиваютъ брюшину отчасти даже на ея передней или задней поверхности. Въ первомъ случаѣ, что бываетъ рѣдко, киста располагается отчасти между маткою и пузыремъ, сильно приподнимая послѣдній кверху. Во второмъ случаѣ матка смѣщается кпереди и бываетъ болѣе или менѣе приподнята; такъ какъ киста, помѣщаясь подъ брюшиною, выполняетъ Дугласово пространство. Междусвязочныя кисты иногда направляются книзу въ полость таза, опускаясь до *m. levat. ani* и смѣщая мочеточники книзу, а также кнаружи, рѣже къ маткѣ. Когда такія кисты растутъ по направленію къ тазовой стѣнкѣ, онѣ раздвигаютъ ея листки и широкой связки смѣщаютъ *vas. spermatic. int.*, которые иногда непосредственно переходятъ на кисту. Въ тѣхъ случаяхъ, когда междусвязочная опу-

холь сильно вырастаетъ кверху, она вступаетъ въ забрюшинную клетчатку, справа она вростаетъ въ складку слѣпой кишки, а слѣва подъ flex. sigm., приподнимая и смѣщая эти части кверху и кпереди. Иногда въ такихъ случаяхъ сильно придавливается мочеточникъ. Поверхность этихъ кистъ покрыта брюшиною, которая большею частью довольно легко отслаивается, чрезъ нее обыкновенно просвѣчиваютъ крупные венозные сосуды. Трубы въ этихъ случаяхъ располагаются на передней поверхности и сверху опухоли. Ткань яичника обыкновенно погибаетъ; только при кистахъ яичниковаго придатка удается иногда найти яичникъ на задней поверхности опухоли. Иногда развертываются не на всемъ протяженіи листки широкой связки, возлѣ матки часть связки остается неизмѣненною. Въ другихъ случаяхъ напротивъ только нижняя часть опухоли вырастаетъ между листками широкой связки, между тѣмъ, какъ верхняя часть свободно выстоитъ въ полость брюшины. Отъ такихъ подбрюшинныхъ опухолей слѣдуетъ отличать кисты, сидящія за маткой и сросшіяся своею поверхностью съ окружающими частями, покрытыми брюшиною.

Сращенія съ сосѣдними частями встрѣчаются часто, когда киста существуетъ долгое время и въ особенности когда въ ней разстроивается кровообращеніе, или когда ея содержимое подвергается патологическому измѣненію. Почему наичаще можно встрѣтить сращенія при большихъ кистахъ, а также при кистахъ дермоидныхъ и ворсистыхъ, рѣже при междусвязочныхъ. Наичаще сращенія происходятъ съ сальникомъ, передней стѣнкою живота, затѣмъ съ маткой, кишками, мочевымъ пузыремъ, очень рѣдко съ печенью и селезенкой. Ближайшею причиною сращеній является измѣненіе отъ различныхъ причинъ поверхности кисты и мѣстное воспаленіе брюшины, наичаще слипчиваго характера.

Въ числѣ причинъ, вызывающихъ наиболѣе значительныя сращенія, на первомъ мѣстѣ можно поставить *перекручиваніе ножки* кисты. Оно происходитъ нерѣдко; чѣмъ длиннѣе ножка и чѣмъ слѣдовательно подвижнѣе киста, тѣмъ легче можетъ послѣдовать перекручиваніе ножки. По наблюденіямъ Küstner'a, скручиваніе ножки совершается наичаще по направленію свнутри кнаружи. При благопріятныхъ условіяхъ, быстрое измѣненіе положенія больной, напряженіе брюшнаго пресса, въ особенности соединеннаго съ наклоненіемъ тѣла напередъ, можетъ легко причинить перекручиваніе ножки кисты, 2 даже 3 раза, рѣдко больше. Если перекручиваніе совершается быстро, то сдавливаются кровеносные сосуды, въ особенности вены. Киста набухаетъ, происходитъ кровоизліяніе въ ея полость, въ болѣе легкихъ случаяхъ—только въ ткань ея основанія. Рѣзкое разстройство кровообращенія вызываетъ воспаленіе въ стѣнкахъ кисты, которое переходитъ на окружающія части. Иногда притокъ крови къ кистѣ совершенно останавливается, и стѣнка кисты подвергается омертвѣнію.

Крайне рѣдко встрѣчаются случаи, гдѣ вслѣдствіе скручиванія постепенно развивается атрофія новообразованія. *Разрывъ стѣнки* кисты можетъ послѣдовать также вслѣдствіе сильныхъ движеній, ушиба, паденія и вообще вслѣдствіе травмы, крайне рѣдко также отъ перекручиванія ножки кисты. Проколъ кисты, къ которому въ прежнее время часто прибѣгали, сопровождается часто выступленіемъ части содержимаго въ полость живота. Въ настоящее время такая случайность возможна рѣдко. При *разрывѣ* кисты содержимое, конечно, попадаетъ въ полость живота. Только водянистая серозная жидкость всасывается, не вызывая воспаленія брюшины. Содержимое кистомъ, и въ особенности дермоидной кисты, вызываетъ сильную воспалительную реакцію, иногда сплошное воспаленіе брюшины съ летальнымъ исходомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при разрывѣ железистой кистомы, ея содержимое распределяется болѣе или менѣе толстымъ слоемъ по поверхности брюшины, кишекъ, брыжжейки и пр. въ видѣ студенистаго налета, который иногда съ трудомъ соскабливается ногтемъ. Такое измѣненіе, извѣстное подъ именемъ *pseudo-myxoma peritonei*, мы наблюдали 2 раза. Студенистое вещество не всегда имѣетъ пассивное значеніе инороднаго тѣла, которое можетъ исчезнуть вслѣдствіе регрессивныхъ измѣненій и всасыванія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ заключающіеся въ немъ эпителиальныя клѣтки кистомы продолжаютъ размножаться и продуцировать студенистое вещество. Описанъ случай, гдѣ послѣ чревосѣченія, предпринятаго для удаленія этой массы, наступали возвраты. *Воспалительныя измѣненія* на стѣнкахъ брюшной полости встрѣчаются очень часто; обыкновенно находятъ утолщеніе серозной оболочки, красноту, потерю гладкости, даже шероховатость и мелкіе сосочки на ея поверхности, вообще признаки хроническаго воспаленія, въ исключительныхъ случаяхъ—даже капсулированный экссудатъ, иногда гнойнаго характера. Обыкновенно патогенные микробы переходятъ въ содержимое кисты изъ кишечнаго канала при тѣсныхъ сращеніяхъ кишекъ съ поверхностью кисты и причиняетъ *разложене содержимаго* или даже *нагноеніе* въ стѣнкахъ и въ ткани мѣшечатой опухоли. *Разтѣваніе частицъ* опухоли, *implantationes*, по поверхности брюшины въ видѣ узелковъ или ворсистыхъ разращеній, болѣею частію мелкихъ, наблюдается при различныхъ видахъ *kysto-adenoma*, наичаще при ворсистыхъ опухоляхъ, въ особенности когда ворсинки находятся на поверхности яичника. Болѣею частію эти переносы сидятъ въ тазу, въ другихъ случаяхъ распространяются всюду по брюшинѣ. Далеко не всегда они обозначаютъ злокачественность образованія.

Однимъ изъ частыхъ осложненій слѣдуетъ считать *водянку живота*, *ascites*. Въ особенности часто она наблюдается и достигаетъ значительной степени при ворсистыхъ кистахъ. Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ также находятъ *кровоизліяніе* въ полости живота въ видѣ *haematocoele* или неограниченнаго кровоизліянія.

Неособенно рѣдко, при изслѣдованіи удаленныхъ кистъ, находятъ въ ткани ихъ *саркоматозное* или *раковое* перерожденіе, въ особенности это встрѣчается на кистахъ у старыхъ женщинъ, у которыхъ эти новообразованія сидѣли очень долго въ подости живота.

По Löhlein'у различные гинекологи наблюдали это въ 15 до 27 % всѣхъ случаевъ кистъ яичника.

Симптомы и теченіе. Иногда кисту случайно находятъ при гинекологическомъ изслѣдованіи больной; чаще замѣтно прибывающей объемъ живота составляетъ главную причину, заставляющую такихъ больныхъ обращаться къ врачебной помощи. Пока киста имѣетъ небольшой объемъ и располагается въ полости таза, благодаря своей эластичности и подвижности, большею частью ей присущей, она не вызываетъ никакихъ непріятныхъ симптомовъ даже въ тѣхъ случаяхъ, когда она причиняетъ до нѣкоторой степени смѣщеніе матки. Только кисты, врастающія между листковъ связки въ тазовую клетчатку, а также кисты, приросшія въ полости таза, могутъ вызывать тягостные припадки, вслѣдствіе давленія на мочевой пузырь, прямую кишку и нервныя сплетенія; именно, напираніе на низъ, боль въ поясницѣ и нижнихъ конечностяхъ, частые позывы, рѣже задержаніе мочи, запоры и пр.

Когда киста поднимается въ полость живота и продолжаетъ расти, животъ замѣтно увеличивается въ объемѣ. Постепенно верхній край кисты достигаетъ уровня пупка, затѣмъ поднимается выше, соприкасается съ печенью и мечевиднымъ отросткомъ. Если не происходитъ никакихъ осложнений, то ростъ опухоли не вызываетъ острыхъ болей. Тѣмъ не менѣе при значительномъ объемѣ опухоли, больная ощущаетъ тяжесть въ животѣ и затрудненіе при движеніи, вслѣдствіе сдавленія желудка. Она имѣетъ плохой аппетитъ и въ состояніи принять только небольшое количество пищи, жалуется на вздутіе живота, колики и запоры. Количество мочи постепенно уменьшается, вслѣдствіе сдавленія опухолью обѣихъ почекъ. Пульсъ становится слабѣе и чаще, появляются отеки на нижнихъ конечностяхъ, затѣмъ на наружныхъ покровахъ живота, происходящіе отъ прижатія въ тазу большихъ сосудовъ и ослабленіе дѣятельности сердца, вслѣдствіе атрофіи его мышцъ. Часто наступаетъ сердцебіеніе, одышка, наконецъ, появляются хрипы въ заднихъ доляхъ легкихъ, вслѣдствіе ихъ отечнаго состоянія. При чрезмѣрномъ растяженіи живота разросшеюся кистою, нижнія ребра бываютъ отворочены въ сторону, мечевидный отростокъ поднять впередъ, больная съ трудомъ передвигаетъ ноги, не въ состояніи лежать въ кровати, въ особенности на спинѣ, плохо спитъ, сохраняя полусидячее положеніе. Поперечный объемъ живота часто бываетъ больше, чѣмъ при концѣ беременности;— онъ можетъ доходить до 120, даже до 150 ст. Fockner описалъ случай, гдѣ онъ равнялся 163 ст. Одна изъ нашихъ больныхъ съ огромною кистою по временамъ становилась на колѣни и локти, чтобы облегчить мучившую ее задышку.

Затрудненное усвоение пищи, разстройство деятельности сердца, дыхательных органов и бессонница влекутъ за собою слабость и постепенное истощение организма. При этомъ лицо больной принимает страдальческое выражение;—черты рѣзко обозначаются, губы рта сжимаются и глаза западаютъ. Англійскіе гинекологи обозначали эти особенности лица названіемъ *facies ovarica*. Къ сожалѣнію, еще до сихъ поръ намъ иногда приходится встрѣчать больныхъ, дошедшихъ до такого состоянія, вслѣдствіе своего невѣжества и косности окружающей ихъ среды.

У истощенныхъ больныхъ обыкновенно мѣсячныя очищенія прекращаются, но у большинства больныхъ съ кистами яичника, сохранившихъ силы, эта функція протекаетъ правильно и прекращается только при совершенномъ перерожденіи обоихъ яичниковъ. Бесплодіе есть обычное явленіе при этой болѣзни, оно зависитъ наичаще отъ измѣненія отношенія между трубами и яичниками, а также вслѣдствіе крутыхъ сгибовъ трубы и измѣненія ея слизистой оболочки.

Нерѣдко обычное развитіе болѣзни осложняется припадками мѣстнаго *воспаленія брюшины*, преимущественно слипчиваго характера, что не всегда сопровождается повышеніемъ температуры. Въ такихъ случаяхъ появляются боли въ области кисты, усиливающіяся при надавливаніи, при чемъ иногда ощущается треніе, наступаетъ недомоганіе и замѣтное вздутіе живота. При значительномъ *перекручиваніи ножки*, развившемся быстро, появившіеся симптомы носятъ иногда тяжелый характеръ. Сильныя острые боли, вздутіе живота, рвота, задержаніе вѣтровъ, невозможность осязать контуры опухоли, прежде бывшіе вполне ясными, указываютъ на развившееся острое воспаленіе, захватившее значительную часть брюшины. При дальнѣйшемъ теченіи иногда замѣчается экссудатъ. Вообще перекручиваніе ножки представляетъ опасное осложненіе, при появленіи котораго надо оперировать по возможности скорѣе. Terillon собралъ 62 такихъ случая, изъ числа коихъ умерло 12 больныхъ. Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда послѣ перекручиванія ножки развивается въ полости кисты нагноеніе, появляются ознобы, лихорадка принимаетъ гектической характеръ, и силы больной быстро падаютъ.

Нагноеніе въ кистѣ вообще встрѣчается рѣдко. Mangold различаетъ нагноеніе отъ занесенія сапрофитовъ и грибковъ септическихъ, или вообще патогенныхъ, — *streptoc. pyog.*, *straphylloc.*, *gonococcus Neisseri*, *bacillus thyph.*, въ рѣдкихъ случаяхъ гонококками и *bacillus tuberculosis*. При зараженіи сапрофитами, повышеніе температуры невелико, пульсъ соотвѣтствуетъ ей вполне, часто нѣтъ припадковъ воспаленія брюшины и болей при дотрогиваніи, въ кистѣ развиваются воючіе газы. Во второмъ случаѣ, т.-е. при зараженіи септическими микробами, нагноеніе сопровождается бурными тяжелыми мѣстными и общими явленіями. Наичаще микробы попадаютъ въ кисту изъ кишекъ или

изъ экссудата въ полости брюшины, коль скоро стѣнки кисты подвергнутся патологическимъ измѣненіямъ. Патогенные микробы заносятся изъ крови. Werth видѣлъ нагноеніе дермоидной кисты послѣ тифа. Graese удалилъ кисту, содержащую около 15 л. гнойной жидкости. Въ рѣдкихъ случаяхъ, когда киста плотно срастается со стѣнками живота, можетъ образоваться свищъ, чрезъ который выдѣляется наружу содержимое кисты, наичаще вонючій гной. Почти исключительно это бываетъ при дермоидныхъ кистахъ. Мы оперировали 3 подобныхъ случая; кисты представляли сплошныя сращенія съ сальникомъ, кишечными петлями и съ переднею стѣнкою живота.

При *разрывѣ кисты*, когда ея содержимое изливается въ полость живота, обнаруживаются неодинаковыя послѣдствія; они главнымъ образомъ зависятъ отъ свойства содержаемаго кисты. Въ тѣхъ случаяхъ, когда попадаетъ въ полость брюшины гнойная жидкость, содержащая патогенные микробы, быстро развиваются всѣ симптомы, свойственные воспаленію брюшины отъ прободенія. Rosenstein описываетъ случай, гдѣ лопнула киста яичника, осложненная беременностью. Развилось крайне тяжелое состояніе, и больная была спасена только поспѣшною операциею. Воспалительная реакція обнаруживается, хотя не столь бурно, также при разрывѣ многокамерныхъ кистомъ. Не содержащая микробовъ жидкость кисты серознаго свойства, попадая въ брюшную полость, довольно быстро всасывается, что сопровождается обильнымъ отдѣленіемъ мочи. Когда разрывается большая киста, даже при отсутствіи воспалительной реакціи, контуры ея пропадаютъ, животъ становится плоскимъ и увеличивается въ ширину.

Къ числу другихъ осложненій слѣдуетъ отнести *беременность*, которая встрѣчается сравнительно рѣдко при кистахъ яичника и всегда сопровождается своими обычными симптомами; она часто ускоряетъ ростъ опухоли, иногда причиняетъ перекручиваніе ножки и разрывъ кисты, нерѣдко роды наступаютъ преждевременно. *Фиброміома матки* при кистѣ яичника также представляетъ рѣдкое осложненіе, она узнается при внутреннемъ изслѣдованіи.

Гораздо чаще встрѣчается *злокачественное перерожденіе* кисты саркоматознаго или канкрознаго свойства, въ большинствѣ случаевъ оно опредѣляется только во время операци. Впрочемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ его можно распознать раньше при изслѣдованіи больной. Быстро развивающееся накопленіе свободной жидкости въ животѣ, двухсторонняя опухоль, отекъ нижнихъ конечностей, значительное истощеніе больной наичаще представляютъ признаки, указывающіе на злокачественное перерожденіе такой кисты. Въ другихъ случаяхъ, при продолжительномъ существованіи въ животѣ больной опухоли, начинаетъ развиваться оплотненіе въ области маточныхъ придатковъ и въ тазовой клѣтчаткѣ, часто одновременно съ припуханіемъ паховыхъ железъ, съ отеками и сильными болями въ нижнихъ конечностяхъ. Въ нѣкоторыхъ

случаяхъ послѣ удаленія доброкачественной кистомы, чрезъ нѣкоторое время вырастаетъ на ея мѣстѣ злокачественное новообразование, что мы имѣли случай наблюдать нѣсколько разъ.

Возвраты болѣзни послѣ операціи, къ сожалѣнію, встрѣчаются нерѣдко, они наблюдаются наичаще при междуствязочныхъ опухоляхъ, если небольшія части ихъ остаются въ глубинѣ, незамѣченными при операціи.

Распознаваніе. Изслѣдованіе необходимо производить послѣ опорожненія мочевого пузыря и при пустой прямой кишкѣ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда изслѣдованіе представляетъ нѣкоторыя затрудненія, всегда слѣдуетъ его предпринимать до обѣда или даже до завтрака, при относительно пустомъ желудкѣ и кишкахъ. Мѣшечатая опухоли яичника въ началѣ развитія, когда объемъ ихъ невеликъ, возможно распознать только при *двойномъ изслѣдованіи*. За рѣдкими исключениями стебельчатую опухоль находятъ обыкновенно передъ маткою и сбоку. Такая опухоль подвижна, что даетъ возможность опредѣлить соединеніе ея съ маткою посредствомъ ножки. Когда опухоль помѣщается въ широкой связкѣ, обыкновенно она бываетъ почти или совершенно неподвижна и непосредственно прилегаетъ сбоку матки, которая бываетъ смѣщена въ противоположную сторону. Небольшія кисты, не оставившія еще полости таза, большею частью представляются эластичными, иногда даже плотными на ошупь. Въ сомнительныхъ случаяхъ онѣ отличаются отъ другихъ опухолей постепеннымъ ростомъ и отсутствіемъ воспалительныхъ явленій. При небольшихъ опухоляхъ яичника, также наиболѣе легко опредѣлить развитіе опухолей съ обѣихъ сторонъ матки; гораздо труднѣе сдѣлать это при опухоляхъ средней величины и совершенно невозможно, за рѣдкими исключениями, при очень большихъ кистахъ.

Наружное изслѣдованіе даетъ положительные результаты при опухоляхъ болѣе значительной величины. Во всѣхъ случаяхъ, когда киста достигаетъ величины головы взрослого человѣка и болѣе, животъ представляется увеличеннымъ въ объемѣ, средняя часть его нѣсколько приподнята, по формѣ онъ напоминаетъ беременность, часто одна сторона его выдается больше другой. Напротивъ, когда при небольшой опухоли начинается накопляться въ животѣ свободная жидкость, животъ становится болѣе плоскимъ, при положеніи больной на спинѣ, и раздается въ ширину.

При значительномъ растяженіи брюшныхъ стѣнокъ, на поверхности ихъ часто находятъ многочисленныя рубцовыя полосы и потемнѣніе бѣлой линіи. При отсутствіи свободной жидкости и умѣренной величины мѣшкообразной опухоли, контуры ея ощущаются вполне ясно, поверхность наичаще представляетъ округленные плоскіе выступы, иногда бугры. Произведя изслѣдованіе живота руками, обыкновенно находимъ болѣе или менѣе ясное зыбленіе, которое въ однѣхъ частяхъ опухоли выступаетъ яснѣе, нежели въ другихъ, болѣе плотныхъ.

Во всѣхъ случаяхъ слѣдуетъ испытывать подвижность кисты;

съ этою цѣлью, захвативъ пальцами опухоль съ боковъ, ее перемываютъ въ поперечномъ направленіи, затѣмъ снизу вверхъ. Обхватывая нижнюю часть кисты обѣими руками, ее приподнимаютъ безъ насилія кверху; при этомъ часто удается прощупать чрезъ брюшные покровы ножку кисты въ видѣ тяжа, идущаго отъ кисты въ глубину таза. Примѣнять этотъ приемъ надо съ осторожностью, чтобы не произвести нарушенія цѣлости кисты. Выслушиваніе живота при кистахъ яичника обыкновенно не даетъ никакихъ положительныхъ данныхъ. Чтобы судить о величинѣ опухоли и ея постепенномъ ростѣ, нужно производить нѣсколько измѣреній въ различныхъ направленіяхъ черезъ опредѣленные промежутки времени, при лежаніи женщины на спинѣ. Часто только *при внутреннемъ изслѣдованіи* черезъ влагалище, рѣже черезъ прямую кишку, мы можемъ уяснить себѣ вполне отношеніе кисты къ маткѣ и другимъ органамъ таза. При обыкновенныхъ условіяхъ роста стебельчатой кисты она наичаще лежитъ сверху и спереди матки. Влагалищная часть нерѣдко оказывается смѣщенной книзу, кзади или въ сторону, рѣже кпереди. Часто при двойномъ изслѣдованіи удается прощупать всю матку отдѣльно отъ кисты. Въ другихъ случаяхъ необходимо, чтобы помощникъ отодвинулъ руками кисту кверху, или же нужно захватить влагалищную часть пулевыми щипцами и оттянуть матку книзу. Иногда приходится одновременно примѣнять эти оба приема, которые значительно облегчаются при положеніи женщины съ возвышеннымъ тазомъ.

При значительной подвижности кисты умѣренной величины, даже нижняя часть ея иногда не прощупывается при внутреннемъ изслѣдованіи. Но чаще при кистахъ, уже поднявшихся въ полость живота, прощупывается возлѣ матки сегментъ новообразованія, болѣе или менѣе вдающійся въ малый тазъ. Въ особенности низко спускается сегментъ кисты, которая развивается въ широкихъ связкахъ или же врастаетъ въ тазовую клѣтчатку.

Изслѣдованіе зеркаломъ дополняетъ наши свѣдѣнія о состояніи матки. Къ введенію зонда въ полость этого органа прибѣгаютъ въ рѣдкихъ случаяхъ, когда иначе нельзя получить точныхъ данныхъ относительно положенія и величины матки.

Находимыя столь часто во время операціи сращенія кисты яичника точно распознать при изслѣдованіи больной часто невозможно. Такъ какъ сращенія съ кишками и сальникомъ не уменьшаютъ подвижности кисты, то о присутствіи ихъ можно только догадываться на основаніи перенесеннаго больною воспаленія брюшины, или же при часто появляющейся боли въ животѣ, особенно послѣ изслѣдованія, или послѣ напряженія брюшного пресса. Напротивъ, нерѣдко можно распознать сращеніе кисты со стѣнками живота; съ этою цѣлью нужно испытать подвижность брюшной стѣнки по поверхности кисты. Когда приращеній нѣтъ, иногда можно наблюдать, какъ при глубокомъ вдыханіи и выдыханіи

движется верхняя часть кисты, независимо отъ брюшныхъ покрововъ.

При кистахъ значительной величины, превосходящихъ объемомъ матку въ концѣ беременности, малая подвижность опухоли зависитъ иногда отъ неподатливости брюшныхъ стѣнокъ. Сращенія при между-связочныхъ кистахъ встрѣчаются рѣдко, въ особенности если при этомъ накапливается большое количество свободной жидкости въ животѣ. Очень большія кисты обыкновенно выполняютъ весь животъ, который представляется бочкообразнымъ. При постукиваніи тимпаничный тонъ находятъ, при положеніи больной на спинѣ, только въ области желудка и съ боковъ, сзади отъ подкрыльцевой линіи. При двойномъ изслѣдованіи, въ тазу ощущается нижній сегментъ опухоли; но отношеніе къ маткѣ часто опредѣлить не удается, вслѣдствіе неподвижности опухоли. Края нижнихъ реберъ нѣсколько разворочены, мечевидный отростокъ выдается впередъ; въ рѣдкихъ случаяхъ при ощупываніи кисты слышится особый трескъ, иногда при выслушиваніи передается шумъ аорты и даже ея пульсація.

Старинные гинекологи опредѣляли 5 годами продолжительность жизни при кистомахъ яичника; во многихъ случаяхъ, въ особенности при кистахъ ворсистыхъ, летальный исходъ могъ бы послѣдовать скорѣе, если бы не прибѣгали къ операциі. Случаи болѣе продолжительнаго существованія аденокистомы безъ всякихъ опасныхъ осложнений и безъ злокачественнаго перерожденія встрѣчаются не часто. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ мы оперировали случай огромной двухсторонней папиллярной кисты, развившейся въ широкихъ связкахъ. У этой больной начало развитія новообразованія было замѣчено 10 лѣтъ тому назадъ. Проколь живота и выпусканіе жидкости были произведены за это время не менѣе 12 разъ. Удаленныя кисты, съ громаднымъ количествомъ свободной жидкости, не представляли злокачественнаго происхожденія. Подобный случай является рѣдкимъ исключеніемъ. Нерѣдко встрѣчающіяся осложненія оказываютъ болѣе или менѣе значительное вліяніе на теченіе болѣзни, усиливаютъ вызываемые ею тягостныя припадки и причиняютъ истощеніе организма больной.

Что касается вида мѣшеччатыхъ опухолей, то далеко не всегда удается опредѣлить его при изслѣдованіи больной. Железистыя кистомы представляютъ опухоли, растущія быстро, представляющія выступы на своей поверхности и зыбленіе. Небольшія шаровидныя опухоли, не причиняющія особенныхъ разстройствъ и растущія медленно, наичаще называются простыми кистами. Кисты раковаго не бываютъ большой величины, имѣютъ тонкія стѣнки и обнаруживаютъ ясное зыбленіе. Дермоидныя кисты отличаются плотностью, медленнымъ ростомъ, на ощупь въ нихъ различаются иногда твердые и мягкіе отдѣлы; часто онѣ утрачиваютъ подвижность, вслѣдствіе приращеній. По наблюденіямъ Küstner'a и Ahlfeld'a, онѣ даже при маломъ объемѣ обыкновенно лежатъ

спереди матки. Ворсистыя кистомы, а также *kysto-adenoma serosum*, распознаются как опухоли наичаще дольчатая, иногда съ неровностями на своей поверхности въ видѣ гребешковъ, сидящія нерѣдко съ обѣихъ сторонъ матки и сопровождающіяся скопленіемъ большого количества свободной жидкости въ животѣ. Онѣ часто врастаютъ въ широкія связки. Свободная жидкость въ животѣ, образовавшаяся при ворсистыхъ кистахъ, содержитъ гораздо больше бѣлка, чѣмъ обыкновенный трансудатъ.

При злокачественномъ перерожденіи кисты или при комбинаціи аденокистомы съ злокачественными новообразованиями появляются симптомы, уже выше описанные.

Отличительное распознаваніе. А. Кисту яичника, достигшую значительныхъ размѣровъ можно смѣшать съ водянкой живота, фиброміомою

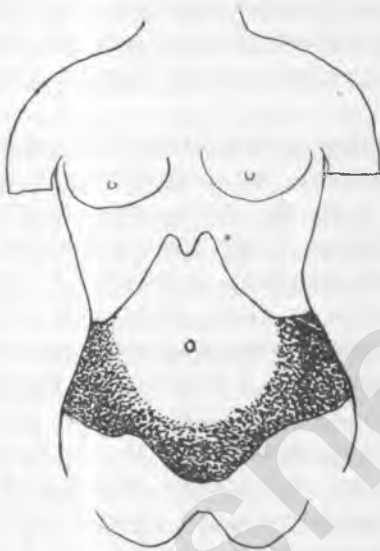


Рис. 219. Расположеніе притупленія при ascites, когда больная лежитъ на спинѣ.

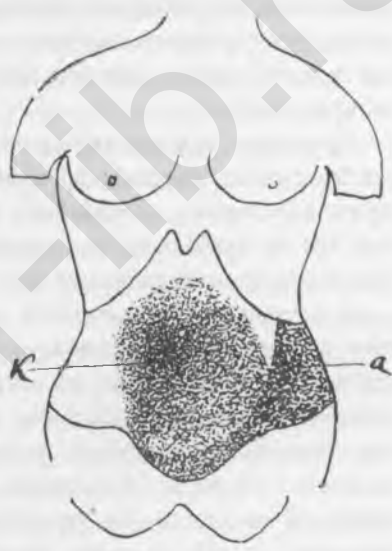


Рис. 220. Расположеніе притупленія при кистѣ, осложненной ascites, когда больная лежитъ на лѣвомъ боку.

матки, съ беременностью и капсулированнымъ экссудатомъ въ брюшной полости; труднѣе съ переполненнымъ мочевымъ пузыремъ, ожирѣніемъ брюшныхъ стѣнокъ, водянкою почекъ и съ эхинококкомъ.

1. При накопленіи свободной жидкости животъ имѣетъ шаровидную форму, особенно онъ растянутъ въ ширину, форма его измѣняется замѣтно при боковомъ положеніи. Когда больная лежитъ на спинѣ, ясный тонъ при постукиваніи слышится въ верхней части живота, по бокамъ, а внизу онъ переходитъ въ тупой; при боковомъ положеніи больной ясный тонъ перемѣщается на противоположную сторону. Такое же перемѣщеніе тупого тона при положеніи больной на бокъ замѣчается въ тѣхъ случаяхъ, когда киста осложняется присутствіемъ свободной

жидкости въ полости живота. Зыбленіе, чрезвычайно ясное при водянкѣ живота, вызывается легко и переходитъ область яснаго тона.

2. Фиброміома обыкновенно представляетъ плотную, наичаще бугристую опухоль, переходящую непосредственно въ существо матки. Движенія опухоли обыкновенно передаются маткѣ. Однако, бываютъ случаи, когда фиброзная опухоль имѣетъ полости и мѣстами обнаруживаетъ зыбленіе, или же, будучи соединена съ маткою посредствомъ ножки, что встрѣчается иногда при подсерозныхъ фиброміомахъ, опухоль обладаетъ подвижностью, которая не передается маткѣ. Въ послѣднемъ случаѣ иногда только при операциіи вполнѣ уясняется настоящее положеніе дѣла, хотя при внимательномъ изслѣдованіи въ большинствѣ случаевъ можно раньше установить правильное распознаваніе. При кистахъ яичника маточный зондъ указываетъ наичаще нормальную или слегка увеличенную длину матки. При фиброміомахъ каналъ матки нерѣдко достигаетъ 10 см. и болѣе длины, и кромѣ того, нерѣдко удается прощупать яичники.

Въ исключительныхъ случаяхъ фиброзныя опухоли развиваются въ стѣнкахъ брюшной полости, болшею частью изъ глубокихъ апоневрозовъ, при чемъ новообразованія часто прирастаютъ къ брюшинѣ. Lange напелъ въ литературѣ 9 такихъ случаевъ. Эти опухоли не имѣютъ никакой связи съ маткой и ея придатками, почему ихъ отличить не трудно. Westermarck въ одномъ случаѣ чрезосѣченія удалилъ фиброзную опухоль, выросшую изъ стѣнки прямой кишки и принятую за опухоль матки. Dorgan видѣлъ опухоль, развившуюся изъ lig. ovaricum; при подобныхъ опухоляхъ правильное распознаваніе, конечно, можно сдѣлать только послѣ разрѣза живота.

3. Беременность, перешедшая на вторую половину, въ большинствѣ случаевъ представляетъ одинъ или нѣсколько вѣрныхъ симптомовъ. Сомнѣніе можетъ встрѣчаться развѣ только при чрезмѣрномъ накопленіи околоплодной жидкости. Однако и въ такихъ случаяхъ присутствіе маточнаго шума, измѣненіе влагалищной части, грудей, баллотированіе головки, представляютъ характерные признаки, указывающіе на беременность. Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда совмѣстно съ кистой развивается беременность, обыкновенно удается разграничить матку отъ новообразованія.

4. Капсулированный серозный экссудатъ обыкновенно встрѣчается послѣ тяжелаго воспаленія брюшины или же при peritonitis tuberculosa. Въ послѣднемъ случаѣ часто совмѣстно находятъ бугорчатый процессъ въ легкихъ и въ половыхъ органахъ.

5. Если оперируя поставить себѣ за правило во всѣхъ случаяхъ, прежде чѣмъ приступать къ чрезосѣченію, вводить катереръ въ мочевой пузырь, то всегда можно избѣжать ошибки—принять переполненный мочевой пузырь за кисту яичника.

6. Ожиреніе брюшныхъ стѣнокъ совмѣстно съ вздутіемъ кишечныхъ петель можетъ симулировать присутствіе опухоли въ животѣ

у нервныхъ больныхъ. Отличительное распознаваніе въ этихъ случаяхъ иногда можно произвести только подъ наркозомъ.

7. При водянкѣ почки, hydronephrosis, петли подвздошной кишки обыкновенно находятся спереди опухоли, именно: при перерожденіи правой почки colon ascendens спереди и преимущественно на ея внутреннемъ краѣ, а при опухоли въ лѣвой почкѣ colon descendens находится на ея передней поверхности. При этомъ въ мочѣ часто находятъ кровь, гнойные шарики, бѣлокъ и пр. Опухоли почекъ обыкновенно растутъ по направленію сверху внизъ.

8. Эхинококкъ въ брюшной полости подобно эхинококку печени можетъ достигать значительныхъ размѣровъ. Онъ образуетъ опухоль обыкновенно исходящую отъ печени, состоящую наичаще изъ отдѣльныхъ бугровъ или выступовъ, впереди ихъ иногда находятся кишечныя петли, дающія при постукиваніи ясный тонъ.

Б. Мѣшкообразныя опухоли яичника небольшого размѣра, находящіяся еще отчасти въ полости таза, наичаще возможно смѣшаты съ перегибомъ беременной матки, съ трубной беременностью и внутрибрюшнымъ экссудатомъ или кровоизліяніемъ.

1. При загибѣ беременной матки, маточная шейка непосредственно переходитъ въ опухоль, образуемую тѣломъ матки, при этомъ одновременно существуютъ признаки беременности, а въ тѣхъ случаяхъ, когда матка не вправляется, обыкновенно находятъ задержаніе мочи и переполненіе мочевого пузыря.

2. Трубная беременность вначалѣ обыкновенно сопровождается періодическими острыми болями въ животѣ; далѣе при изслѣдованіи находятъ, что эластическая чувствительная опухоль часто непосредственно переходитъ въ матку, которая представляется увеличенною въ объемѣ. Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ выждать двѣ-три недѣли, въ теченіе которыхъ опухоль внѣматочной беременности замѣтно увеличится и появятся болѣе характерныя признаки беременности. Когда жизнь яйца прекращается, сбоку и сзади матки, вслѣдствіе кровоизліянія образуется плотная опухоль, ограниченная или разлитая.

3. Воспалительныя опухоли въ полости брюшины и тазовыя нарывы обыкновенно помѣщаются сбоку и сзади матки, образованію ихъ предшествуетъ сильное и продолжительное воспаленіе тазовой брюшины. Нижніе контуры опухоли представляются разлитыми и обыкновенно не выдаются въ полость таза; верхнія границы крайне неясны, тимпаническій тонъ кишекъ опускается на опухоль низко.

4. Haematocoele retrouterina развивается быстро при явленіяхъ анеміи. Плотная опухоль, сидящая за маткою, сильно выпячиваетъ задній сводъ и отодвигаетъ матку кпереди и кверху. Опухоль неподвижна, имѣетъ разлитыя нижніе контуры.

5. Встрѣчается еще не мало другихъ гораздо болѣе рѣдкихъ патологическихъ состояній, съ которыми можно смѣшать опухоль яичника. Нѣкоторые изъ нихъ можно отличить при внимательномъ изслѣдованіи, прибѣгая, гдѣ это необходимо, къ полному наркозу. Въ другихъ исключительныхъ случаяхъ вѣрное распознаваніе возможно только при чревосѣченіи. Къ числу такихъ патологическихъ образованій слѣдуетъ отнести кисту брыжейки кишекъ. Delmer нашелъ въ литературѣ только 26 подобныхъ опухолей. Филипповъ различаетъ серозныя, млечныя, кровянистыя, дермоидныя кисты и эхинококки; наичаще встрѣчаются млечныя, хилозныя кисты. Въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчаются также опухоли сальника, кисты поджелудочной железы и пр. Всѣ эти опухоли никакого отношенія къ органамъ таза не имѣютъ. Онѣ развиваются въ средней части живота возлѣ пупка, чаще съ правой стороны, и растутъ медленно.

Проколъ, какъ средство для распознаванія, въ настоящее время примѣняется рѣдко, наичаще мы дѣлаемъ его чрезъ задній или боковой сводъ влагалища, рѣже чрезъ брюшныя покровы. Проколъ чрезъ стѣнки живота мы считаемъ не безопаснымъ; такъ какъ содержимое кисты можетъ попасть въ полость живота и, въ тѣхъ случаяхъ, когда оно обладаетъ раздражающимъ свойствомъ, вызвать воспаленіе брюшины. Возможность причинить сильное внутреннее кровотеченіе вслѣдствіе пораненія большого кровеноснаго сосуда въ стѣнкѣ кисты представляетъ малую вѣроятность. Обыкновенно чрезъ брюшныя стѣнки проколъ дѣлается по бѣлой линіи между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, если здѣсь ощущается полное притупленіе, рѣже сбоку живота, кнаружи отъ *art. epigast. int.* на мѣстѣ, соответствующемъ наружной трети линіи, соединяющей верхній край лоннаго соединенія съ *spin. ant. sup. os. ilei*. Это мѣсто избираютъ въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль располагается въ правой или лѣвой половинѣ живота, въ сторонѣ отъ бѣлой линіи. Наболѣе подходящимъ инструментомъ для прокола опухоли съ цѣлью распознаванія, мы считаемъ тонкій троакаръ *Dieulefoys*. Обыкновенный хирургическій троакаръ мы примѣняемъ преимущественно съ терапевтическими цѣлями.

Показаніе къ производству прокола съ цѣлью распознаванія представляютъ такіе случаи опухолей живота, гдѣ установленіе правильнаго распознаванія обыкновеннымъ способомъ представляется невозможнымъ, и гдѣ мы желаемъ получить небольшое количество содержимаго мѣшкообразной опухоли черезъ трубку троакара, чтобы по свойству жидкости опредѣлить характеръ опухоли. Даже отрицательный результатъ прокола, указывающій на отсутствіе жидкаго содержимаго внутри опухоли, имѣетъ для распознаванія не менѣе важное значеніе. Иногда этимъ способомъ удается точно установить отличительное распознаваніе между кистою и тазовымъ нарывомъ, фибридомъ, а также найти отличительный признакъ злокачественной опухоли, водянки

живота, нарыва въ клѣтчаткѣ, водянки почки и проч., принимая во вниманіе характерныя особенности содержащейся въ полостяхъ жидкости.

При водянкѣ живота жидкость имѣетъ удѣльный вѣсъ менѣе 1015, свѣтлая; вскорѣ по выхожденіи наружу въ ней образуются свертки. Форменныхъ элементовъ мало, наичаще находятъ бѣлые кровяные шарики. Клѣтки цилиндрическаго эпителия указываютъ на кистому или на раковое перерожденіе брюшины. При кистомѣ жидкость бываетъ мутная, желтаго или бурато цвѣта, слизистая и липкая. Подъ микроскопомъ въ этой жидкости находятъ клѣтки цилиндрическаго эпителия, колоидные шары, крупинки жира, бѣлые и красные кровяные шарики, кристаллы холестерина и пр. Удѣльный вѣсъ содержимаго кистомы колеблется между 1012 и 1035. При кипяченіи жидкость створаживается. Содержащійся въ ней метальбуминъ, иначе псевдомуцинъ представляетъ, по изслѣдованіямъ Pfaannenstiel'я, наиболѣе важную составную часть и даетъ характерную реакцію. Наиболѣе псевдомуцина находится въ содержимомъ kyst. prolif. glandulare, гораздо меньше его въ kyst. prolif. papillare. Содержимое простой кисты, а также кисты раговатіи, представляетъ прозрачную, иногда желтоватую, жидкость удѣльнаго вѣса отъ 1003 до 1009 съ небольшимъ содержаніемъ бѣлка.

При водянкѣ почки, hydronephrosis, жидкость, полученная чрезъ проколъ, обыкновенно мутная, желтоватаго цвѣта, содержитъ бѣлокъ и мочевину, дающую мурекидну реакцію. Подъ микроскопомъ въ ней находятъ эпителий лоханокъ и почечныхъ канальцевъ, а также много лейкоцитовъ. Пузыри эхиноккока содержатъ прозрачную безцвѣтную жидкость слабого удѣльнаго вѣса, подъ микроскопомъ въ ней можно видѣть крючки пузырьчатой глисты. Извлеченный въ небольшомъ количествѣ гной изъ нарыва и плотныя частицы опухоли, которыя нерѣдко остаются въ трубкѣ троакара, при микроскопическомъ и изслѣдованіи обнаруживаютъ свои характерныя признаки, въ особенности важно это изслѣдованіе для опредѣленія свойства плотной опухоли.

Въ исключительныхъ случаяхъ вѣрное распознаваніе возможно только при посредствѣ чрезовѣченія. Такого рода операціи носятъ названіе *пробнаго чрезовѣченія*. Большою частію закончить операцію при такихъ условіяхъ не удастся, почему вѣрнѣе назвать ихъ неоконченными лапаротоміями; такъ какъ въ большинствѣ случаевъ къ операціи приступаютъ съ цѣлію удалить опухоль и только послѣ вскрытія брюшной полости, операторъ убѣждается, послѣ осмотра новообразованія и брюшной полости, въ невозможности и безцѣльности операціи.

Предсказаніе. Различнаго рода кисты яичника почти всегда представляютъ хроническое заболѣваніе, о продолжительности котораго мы въ настоящее время рѣдко можемъ получить вѣрное понятіе, вообще запущенные случаи принадлежать къ исключеніямъ. Предсказаніе въ настоящее время довольно благопріятно, если больная своевременно подвергается операціи. Даже послѣ трудныхъ операцій, когда придется раздѣлять много сращеній или дѣлать вылушеніе кисты изъ тазовой клѣтчатки, въ огромномъ большинствѣ случаевъ наступаетъ выздоровленіе, хотя не всегда дѣло обходится безъ осложнений. Дурное предсказаніе представляютъ случаи, въ которыхъ въ ткани кисты

произошло раковое или саркоматозное перерождение. Патологоанатомическое исследование показывает, что такіа измѣненія встрѣчаются въ 15—20% всѣхъ мѣшеччатыхъ опухолей яичника, удаляемыхъ посредствомъ операціи. Въ послѣднее время смертность послѣ чревосѣченій съ удаленіемъ кисты (овариотоміи) не превышаетъ 8%.

Льчненіе. Въ настоящее время единственнымъ радикальнымъ средствомъ для устраненія мѣшеччатой опухоли яичника слѣдуетъ признавать чревосѣченіе. слѣдуетъ признать правиломъ, что оперативнымъ путемъ необходимо удалять всякую опухоль яичника, представляющую новообразование. Операція является неотложною, коль скоро опухоль начинаетъ быстро расти, или когда появляются опасныя осложненія. Противопоказаніемъ для оvariотоміи операціи слѣдуетъ считать: тяжелую болѣзнь сердца съ разстройствомъ компенсаціи, затяжное воспаление почекъ въ рѣзко выраженной формѣ; далѣе, нѣкоторыя хроническія болѣзни, при которыхъ жизнь больной не можетъ продолжаться долѣе нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ; наконецъ, злокачественное перерождение опухоли съ отложеніемъ вторичныхъ узловъ въ органахъ и на стѣнкахъ брюшной полости. Въ крайне запущенныхъ случаяхъ, при громадной величинѣ опухоли, истощеніе и слабость больной иногда достигаютъ столь значительной степени, что операція становится крайне опасной. Беременность не служитъ противопоказаніемъ для оvariотоміи. Всѣ случаи, которые мы оперировали въ различные періоды беременности, выздоровѣли, выкидышъ мы наблюдали рѣдко; но въ послѣдніе мѣсяцы беременности нужно приступать къ операціи только при опасныхъ для жизни явленіяхъ, вызываемыхъ присутствіемъ кисты яичника. Не дурные результаты даетъ также эта операція въ послѣродовомъ періодѣ, если во время родовъ не слѣдуетъ зараженія.

Проколъ кисты, о значеніи котораго для цѣлей распознаванія мы уже говорили, крайне рѣдко примѣняется, какъ самостоятельное терапевтическое средство. Наичаще служитъ показаніемъ къ нему скопленіе большого количества свободной жидкости въ животѣ, при мѣшеччатой опухоли или кистомы громадной величины. Въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ до примѣненія наркоза дѣлать проколъ, чтобы уменьшить объемъ живота, послѣ чего больная получаетъ возможность лежать на спинѣ и безопасно вдыхать хлороформъ. Гораздо рѣже при такихъ условіяхъ производится проколъ опухоли съ цѣлью спасти жизнь больной, какъ *indicatio vitalis*, а также при кистахъ во время родовъ, или у глубокихъ старухъ, у которыхъ значительныя измѣненія и болѣзни важнѣйшихъ органовъ противопоказуютъ временно чревосѣченіе.

Всегда для этой цѣли мы пользуемся обыкновеннымъ хирургическимъ троакаромъ, толщиною 6—7 mm. Больная находится въ сидячемъ положеніи или лежитъ на лѣвомъ боку. Проколъ при такихъ условіяхъ всегда мы дѣлаемъ по бѣлой линіи между пупкомъ и лоннымъ соеди-

неніемъ. При сильно отечныхъ покровахъ умѣстно предварительно сдѣлать на мѣстѣ, гдѣ будетъ проколъ, небольшой разрѣзь въ продольномъ направленіи до фасціи и затѣмъ быстро дѣлать проколъ, захвативъ въ правую руку троакаръ и упирая указательный палецъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ острія. По мѣрѣ истеченія жидкости, которая принимается въ банку, животъ постепенно стягиваютъ положеннымъ вокругъ него полотенцемъ или простыней. Трубка троакара остается въ полости живота, пока жидкость продолжаетъ течь, затѣмъ она удаляется, при чемъ окружающія ее брюшныя стѣнки захватываютъ въ продольную складку. Въ тѣхъ случаяхъ, когда чревосѣченіе не примѣняется, чрезъ колотую рану проводятъ шовъ, зашиваютъ также разрѣзь брюшной стѣнки. На рану послѣ простого прокола можно даже не накладывать шва, достаточно закрыть ее липкимъ пластыремъ.

Радикальное мѣненіе кистъ заключается въ удаленіи ихъ, что почти всегда производится при помощи *чревосѣченія*. Только небольшія подвижныя кисты, не представляющія значительныхъ приращеній, можно удалять посредствомъ *передней* или *задней кольготоміи*.

1. **Чревосѣченіе.** Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ эта операція не является въ данный моментъ неотложною, больную необходимо хорошо подготовить къ ней, на что нужно не менѣе двухъ дней. Тщательное опорожненіе кишечнаго канала, устраненіе вздутія живота и перистальтики кишекъ имѣетъ чрезвычайно важное значеніе при операціи чревосѣченія, почему больной слѣдуетъ дать хорошую дозу кастороваго масла или *natr. sulfur. pur.*, чтобы вызвать повторныя жидкія испражненія. Послѣ очищенія кишекъ слабительными, въ теченіе сутокъ предъ операціей больной позволяется принимать въ небольшомъ количествѣ только жидкую пищу—немного бульона или молока, кофе и чай. Въ то же время ей назначаютъ нѣсколько приемовъ *bismuth. salicylicі cum opio*. Наканунѣ операціи ей дѣлаютъ теплую ванну съ мыломъ, въ которой она тщательно моется, а также впрыскиваніе во влагалище изъ теплой воды съ прибавленіемъ небольшого количества карболовой кислоты или лизола. Больная должна надѣть чистое бѣлье, нужно также перемѣнить постельное бѣлье и одѣяло, и до самой операціи оставаться въ постели. На ночь на весь животъ кладутъ согрѣвающій компрессъ изъ 0,5%₀₀ раствора сулемы.

Операцію по возможности всегда слѣдуетъ производить рано утромъ. Больная утромъ предъ операціей не должна принимать никакой пищи и питья. Операція производится при полномъ наркозѣ; только въ исключительныхъ случаяхъ, наприм. при тяжелыхъ формахъ болѣзней сердца, можно попытаться произвести чревосѣченіе при помощи мѣстной анестезіи кокаиномъ, главнымъ образомъ, при разрѣзѣ брюшныхъ крововъ. Инструменты, перевязочный матеріалъ и бѣлье должны быть къ этому времени тщательно подготовлены и обеззаражены.

Наичаще необходимы слѣдующіе инструменты: брюшистый и остроконечный ножъ, два корнцанга и нѣсколько пулевыхъ щипцовъ, изогнутыя и крѣпкія прямыя ножницы, 3 зубчатыхъ пинцета, 2 анатомическихъ, 10 кровоостанавливающихъ пинцетовъ Реанна разной величины, троакаръ Томсона, 2 щипцовъ Нелятона, 1 щипцы Доуена, иглодержатель, брюшное зеркало, кривыя иглы разной величины не менѣ одной дюжины, игла Deschamps'a и плетеный шелкъ разныхъ номеровъ. Инструменты, кромѣ рѣжущихъ, лежатъ вмѣстѣ въ плоскомъ тазѣ въ 3% растворѣ *acidі carbonici*. Нитки держать въ 0,1% растворѣ сулемы, иголки и рѣжущіе инструменты отдѣльно въ тазикѣ, въ который налить спиртъ.

На другомъ столѣ должны находиться обеззараженные раньше инструменты, которые могутъ понадобиться при нѣкоторыхъ осложненіяхъ,—расширители для брюшной раны, 4—6 кровоостанавливающихъ пинцетовъ Richelot и Doyen'a, острые щипцы для проведенія дренажа и различной толщины дренажныя трубки.

Для операціи заблаговременно приготавливаются въ достаточномъ количествѣ обезпложенные марлевые компрессы, изъ коихъ не менѣ 10 штукъ съ продѣтыми тесемками. Компрессы, которые вводятся въ полость живота и которые употребляются для обсушиванія и отдѣленія на мѣстахъ операціи, въ количествѣ 30—40 штукъ, должны во время операціи находится въ аппаратѣ Sängera, гдѣ они остаются все время влажными и нагрѣтыми.

Больную, которая остается только въ чистой рубашкѣ, кофть и бѣлыхъ бумажныхъ чулкахъ, кладутъ на операціонный столъ въ продольномъ направленіи на спинѣ. Послѣ снятія согрѣвающего компресса съ живота, на лобѣ сбриваются волосы; кожу живота моютъ мыломъ съ теплою водою и щеткою, далѣе обливаютъ *ol. terebinth.*, затѣмъ она вытирается спиртомъ съ эфиромъ и орошается сулемнымъ растворомъ. Вполнѣ цѣлесообразно смазывать *tinct. jodi* мѣсто на животѣ, гдѣ нужно дѣлать разрѣзъ. Осушивъ больную, животъ покрываютъ теплымъ марлевымъ компрессомъ и приступаютъ къ наркозу. Операціонный столъ нужно приблизить нѣсколько къ окну, операторъ становится съ одной стороны больной, съ другой стороны противъ него стоитъ одинъ изъ помощниковъ, который принимаетъ ближайшее участіе въ операціи. Другой помощникъ становится позади оператора, онъ подаетъ инструменты и лигатуры, третій занятъ исключительно наркозомъ. Компрессы подаетъ на корнцангѣ привычная къ такимъ операціямъ акушерка или фельдшерица. При операціи, когда необходимо давать больнымъ положеніе съ сильно приподнятымъ тазомъ, нуженъ еще одинъ помощникъ, чтобы удерживать ноги, если операціонный столъ не имѣетъ особыхъ приспособленій для этой цѣли. Въ ходѣ операціи различаютъ три акта.

1-й актъ состоитъ въ разрѣзѣ стѣнки живота, включая серозный покровъ. Разрѣзъ ведется по средней линіи брюшнымъ ножомъ, наичаще отступя на два пальца ниже пупка до складки, отдѣляющей *mons veneris* отъ стѣнки живота. Послойно разсѣкаются кожные покровы, клѣтчатка и фасція; затѣмъ разрѣзъ идетъ чрезъ плотную ткань апоневроза между обоими *m. recti abdom.* Промежутокъ между ними даже у нерожавшихъ выраженъ наиболѣе рѣзко возлѣ пупка, почему, если

сразу не удастся попасть въ это мѣсто, слѣдуетъ податься нѣсколько кверху. Послѣ разрѣза листка глубокой фасціи, fascia transversa, открывается жировая клѣтчатка, лежащая непосредственно передъ брюшиною. Для болѣе удобнаго разсѣченія этихъ слоевъ слѣдуетъ жирную клѣтчатку и затѣмъ листокъ брюшины приподнять двумя зубчатыми пинцетами кверху и между ними провести осторожно небольшой разрѣзъ, которымъ вскрывается брюшная полость. Большею частію при разрѣзѣ брюшныхъ стѣнокъ кровотеченіе бываетъ незначительное; перевязка сосудовъ обыкновенно является лишнею манипуляціей, достаточно захватывать временно ихъ пинцетами Р е а н'а. Во всякомъ случаѣ прежде чѣмъ вскрыть брюшину широкимъ разрѣзомъ, нужно остановить кровотеченіе изъ раны. Вводя указательный палецъ кверху и книзу, мы, подъ руководствомъ его, разсѣкаемъ тупоконечными крѣпкими ножницами брюшину съ неразрѣзаннымъ слоемъ тканей, лежащихъ поверхъ ея, до самыхъ угловъ раны. Если предстоящая операція представляется не легкою, то по бокамъ раны накладывается по одному временному шву, который захватываетъ брюшину и наружные покровы во избѣжаніе отслойки брюшины.

2-й актъ состоитъ въ удаленіи кисты. Послѣ разрѣза брюшины, операторъ вводитъ руку въ брюшную полость и старается ощупать по-



Рис. 220. Троакаръ Томпсона.

верхность кисты, насколько это возможно. При этомъ одновременно онъ разъединяетъ приращенія между поверхностью кисты и переднюю стѣнкою живота, буде таковыя окажутся. Приросшіи сальникъ часто содержитъ крупныя сосуды, почему если приращеніе крѣпкія, сальникъ слѣдуетъ перевязать по частямъ или въ одномъ пучкѣ, потомъ отрѣзать, наложивши предварительно пинцеты П е а н а возлѣ стѣнки кисты на приросшую часть сальника. Освободивъ такимъ образомъ поверхность кисты, дѣлаютъ проколъ троакаромъ чрезъ ея стѣнки. Для этой цѣли наиболѣе годенъ троакаръ Томпсона, въ которомъ стилетъ играетъ роль поршня; на трубку, расположенную сбоку троакара, насаживается гуттаперчевая кишка для отведенія истекающей жидкости. По мѣрѣ опорожненія кисты, ея стѣнка высовывается изъ брюшной раны; чтобы помочь этому, кисту захватываютъ окончатными пинцетами или щипцами Н е л я т о н а. При кистахъ значительной величины, состоящихъ изъ нѣсколькихъ большихъ полостей, иногда необходимо послѣ опорожненія одного мѣшка проколотъ слѣдующій, коль скоро онъ покажется въ ранѣ. Небольшія опухоли, а также опухоли плотныя съ студенистымъ содержимымъ не слѣдуетъ прокалывать или разрѣзывать,

чтобы избѣжать выступленія содержимаго въ полость живота. Нерѣдко при извлеченіи захваченной щипцами кисты изъ полости живота, на верхней и задней стѣнкѣ ея оказывается сращеніе съ салъникомъ, рѣже съ кишками. Первое слѣдуетъ раньше отдѣленія перевязать, что же касается кишекъ, то большею частію соединеніе ихъ съ поверхностію кисты, если приращенія свѣжія, недавняго происхожденія, настолько рыхлы, что сросшіяся поверхности легко разъединить, слегка нажимая влажнымъ компрессомъ. Когда всѣ приращенія отдѣлены, сидящая на ножкѣ киста легко выскальзываетъ изъ брюшной полости, послѣ чего въ полость живота нужно положить одинъ или нѣсколько компрессовъ на тесемкѣ и верхнюю часть раны прикрыть марли. Верхняя часть ножки захватывается въ поперечномъ направленіи пинцетомъ *Do uen'a*, который плотно замыкается, и выше его отсѣкается опухоль. Посредствомъ иглы *Deschamps'a* сквозь ножку кисты, ниже пинцета, проводятъ двѣ или болѣе лигатуры изъ толстаго плетенаго шелка, смотря по толщинѣ ножки. Лигатуры скрещиваются между собою, чтобы образовать послѣ затягиванія непрерывную цѣпь. Сперва затягиваются боковыя лигатуры. При завязываніи лигатуръ пинцетъ *Do uen'a* необходимо снять, иначе петли не будутъ лежать плотно. Когда въ разрѣзѣ ножки оказываются большіе зіяющіе кровеносные сосуды, ихъ слѣдуетъ перевязать отдѣльно. Въ другихъ случаяхъ, взамѣнъ этого можно наложить еще общую лигатуру. Выше лигатуры на 2 см отрѣзывается часть культи, и ея поверхность прижигается раскаленнымъ платиновымъ наконечникомъ, стараясь не прикасаться къ лигатурамъ на сосудахъ; лигатуры *en masse* коротко обрѣзываютъ, и остатокъ ножки опускаютъ въ полость таза.

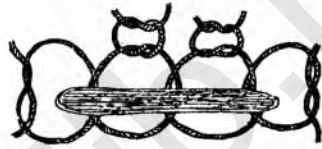


Рис. 221.

Послѣ этого нужно осмотрѣть еще другой яичникъ и трубу, и въ случаѣ, если эти органы представляютъ значительныя измѣненія, ихъ слѣдуетъ удалить. Въ заключеніе слѣдуетъ вложить въ полость живота нѣсколько свѣжихъ кусковъ марли, чтобы очистить брюшную полость отъ крови и содержимаго кисты, которое нерѣдко сюда попадаетъ.

Промываніе полости живота, которое прежде примѣнялось нѣкоторыми хирургами, въ настоящее время почти всеми оставлено, такъ какъ оно можетъ вызвать опасныя явленія—ослабленіе сердечной дѣятельности и остановку дыханія. какъ это наблюдали *Polailon* и другіе. *Delbet*, изучая этотъ вопросъ на животныхъ и на трупахъ, нашелъ, что жидкость, влитая въ полость живота чрезъ широкую рану, въ количествѣ 4—5 *litr.*, проникаетъ всюду, и по выливаніи жидкости обратно ее все-таки остается 100—200 *grm.* Всасываніе жидкости идетъ сперва энергично, но скоро останавливается совершенно. *Musatello* при своихъ опытахъ надъ животными нашелъ, что наиболѣе всасываетъ брюшина, покрывающая діафрагму, гдѣ находятся небольшія отверстія между клѣтокъ эндотелія, въ остальной части брюшины не замѣчается промежутковъ между серозныхъ ячеекъ.

3-й актъ операціи заключается въ закрытіи брюшной раны. Очи- стивъ окружность раны, снимають временные швы и помѣщаютъ салъ- никъ спереди кишечныхъ петель. Въ послѣднее время мы употребляемъ исключительно шелкъ для шиванія брюшной раны. Одновременно накладываютъ попеременно, чрезъ одинъ, глубокіе швы чрезъ всю толщю края раны, при этомъ захватывается также брюшина, и швы изъ тонкаго шелка погружные, захватывающіе только брюшину и фас- ціи. По мѣрѣ наложенія швы затягиваются, при этомъ изъ полости живота удаляются марлевые компрессы. Когда такимъ образомъ вся рана будетъ сшита, ее вытирають марлевыми компрессами, и затѣмъ въ



Рис. 222. Шипцы Nelaton'a для захватыванія кисти.

промежуткахъ между глубокими швами накладываются поверхностные, стараясь, чтобы края раны всюду хорошо прилегали одинъ къ другому. Глубокіе швы, смотря по толщинѣ краевъ раны, накладываются на разстояніи 2—3 см. одинъ отъ другого.

По изслѣдованіямъ Аbel'я и Рачинскаго, послонный шовъ наиболее предохраняетъ отъ образованія грыжи на мѣстѣ разрѣза, которая въ прежнее время встрѣчалась въ 23—30% всѣхъ чревосѣченій.

Рана омывается сулемнымъ растворомъ и покрывается марлевымъ компрессомъ, напитаннымъ въ 0,05% растворѣ сулемы, поверхъ на- кладывается слой ваты и новязка. У насъ въ клиникѣ употребляется введенная еще проф. Лазаревичемъ, вполне цѣлесообразная обхваты- вающая весь животъ, повязка изъ холста, сработанная по образцу ан- глійскаго бандажа, S a l m o n's belt. Эта простая повязка готовится въ клиникѣ, она легко моется и обеззараживается.

Наиболье частыя затрудненія и осложненія при операціи. Уже при разрѣзѣ живота могутъ встрѣтиться затрудненія, которыя заключа- ются въ значительной *кровоточивости* брюшныхъ стѣнокъ. Это замѣ- чается въ особенности при значительныхъ приращеніяхъ кисти къ пе- редней стѣнкѣ живота, а также къ соседнимъ частямъ въ брюшной полости. Наложивъ нѣсколько пинцетовъ на кровоточащіе сосуды, слѣ- дуетъ вести разрѣзъ до самой брюшины; кровотеченіе замѣтно умень- шается и останавливается отъ прижатія раны, а также послѣ отдѣле

нія сращеній между кистой и стѣнкою живота. Малоопытнѣй врачъ можетъ принять жировую ткань, лежащую предъ брюшиною, за сальникъ и обратно. Ошибка можетъ сопровождаться дурными послѣдствіями, такъ какъ легко можно ранить стѣнку кишки, разрѣзывая сальникъ, покрывающій непосредственно кишечныя петли. Ошибки легко избѣжать, стоитъ только захватить края раны и приподнять ихъ нѣсколько кверху; коль скоро вскрыта брюшина, тотчасъ обнаружится отверстие, ведущее въ полость живота. Наичаще возникаетъ сомнѣніе, когда поверхность кисты оказывается плотно сращенною съ брюшными стѣнками. Въ этихъ случаяхъ даже опытный операторъ можетъ находиться въ сомнѣніи, прошелъ ли онъ брюшину или находится еще въ слое ткани, расположенной поверхъ ея. Часто достаточно провести разрѣзъ нѣсколько выше, чтобы встрѣтить свободную стѣнку кисты, или, по крайней мѣрѣ, гдѣ пристѣночная брюшина мало измѣнена. Слѣдуетъ также руководствоваться *lig. vesici*, которыя лежатъ поверхъ брюшины въ видѣ бѣловатыхъ тонкихъ снурковъ. Въ исключительныхъ случаяхъ *lig. medium*, остатокъ *utachus* остается проходимымъ на нѣкоторомъ протяженіи, почему лучше разрѣзывать брюшину всегда возлѣ и сбоку связки. Иногда чтобы разобраться въ анатомическомъ отношеніи частей, приходится разрѣзать стѣнку кисты и по ней уже распознавать положеніе брюшины.

При кистахъ, развивающихся въ широкой связкѣ и врастающихъ между маткою и мочевымъ пузыремъ, послѣдній значительно оттягивается кверху по передней стѣнкѣ живота. Упустивъ это обстоятельство изъ виду, *мочевой пузырь* легко поранить въ этихъ случаяхъ, если проводить разрѣзъ въ глубинѣ ткани до линіи *genito-abdominalis*, какъ это дѣлаютъ обыкновенно. Впрочемъ этого легко избѣжать, если чрезъ небольшой разрѣзъ брюшины опредѣлить отношеніе мочевого пузыря къ передней стѣнкѣ живота; для этой цѣли одновременно можно ввести въ пузырь мужской катетеръ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда произойдетъ пораненіе мочевого пузыря, рану слѣдуетъ тщательно зашить двухслойнымъ швомъ. Jackson собралъ въ литературѣ 67 случаевъ раненія мочевого пузыря при чревосѣченіи. Смертность равнялась 30%.

Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ *сращенія* съ поверхностью кисты кишечныхъ петель и брыжейки бываютъ чрезвычайно плотныя, отдѣленіе ихъ можетъ сопровождаться сильнымъ кровотеченіемъ и обнаженіемъ мышечнаго слоя кишекъ, что можетъ легко повлечь за собою омертвѣніе кишечной стѣнки и прободеніе. Кровотеченіе изъ сосудовъ брыжейки легко остановить посредствомъ обкалыванія; что же касается кишекъ, то при крѣпкихъ сращеніяхъ лучше оставить на кишкѣ часть стѣнки кисты, чѣмъ производить обнаженіе ея поверхности отъ серознаго покрова. При значительныхъ сплошныхъ приращеніяхъ кишекъ, что имѣетъ мѣсто наичаще при злокачественныхъ измѣненіяхъ въ стѣнкахъ кисты, приходится, удаливъ часть кисты, остатокъ ея шить

въ брюшную рану и дренировать полость новообразования. Къ счастью это бываетъ крайне рѣдко. Если отверстіе кисты широко сравнительно съ брюшною раною, то стѣнку кисты можно сложить въ складки. При небольшихъ пораненіяхъ матки, кровотеченіе останавливается наложеніемъ швовъ или обкалываніемъ.



Рис. 223. Инструментъ для проведенія дренажа чрезъ задній сводъ при чревосѣченіяхъ.

Кисты, развившіяся въ широкихъ связкахъ, слѣдуетъ удалять во всѣхъ случаяхъ, гдѣ это возможно, производя вылушеніе ихъ. Большую кисту нужно предварительно опорожнить посредствомъ троакара и закрыть ея отверстіе пинцетомъ. Возлѣ матки и на lig. infundibulopelv. накладываютъ пинцеты Рѣан'а, стѣнку кисты захватываютъ окончатнымъ пинцетомъ и ножомъ въ поперечномъ направленіи разсѣкаютъ брюшину позади и кнаружи отъ круглой связки. На кровоточащія сосуды кладутъ временно пинцеты и приступаютъ къ вылушенію кисты пальцами изъ листовъ широкой связки и тазовой клѣтчатки. При этомъ въ глубинѣ надо дѣйствовать осторожно, безъ насилія, чтобы не повредить мочеточника, который въ этихъ случаяхъ часто лежитъ непосредственно подъ кистою. Кровотеченіе останавливаютъ въ глубинѣ таза прижатіемъ компрессами и обкалываніемъ, всегда руководствуясь зрѣніемъ. Таулогъ въ одномъ изъ такихъ случаевъ наблюдалъ раненіе vena iliaca comm. Положеніе больной съ возвышеннымъ тазомъ и большой разрѣзъ живота въ этихъ случаяхъ является существенной необходимостью, облегчая удаленіе опухоли и остановку кровотеченія. Послѣ удаленія такой кисты излишняя часть широкой связки срѣзываются ножницами и края раны соединяются близко ея дна наложеніемъ узловатыхъ швовъ параллельно краямъ раны.

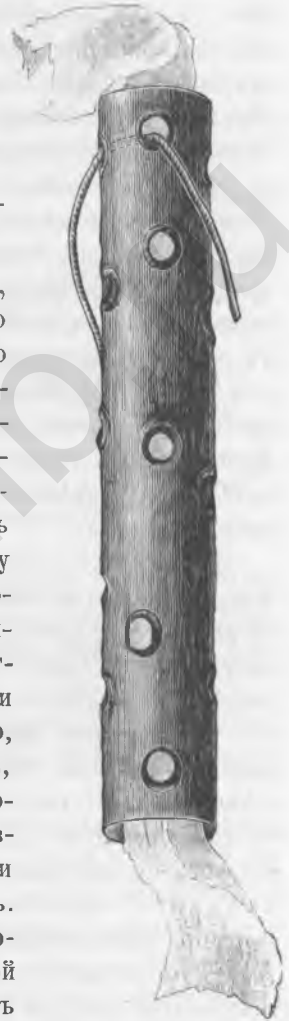


Рис. 224. Дренажная трубка съ ленточкою марли внутри.

Такой же способъ операціи слѣдуетъ примѣнять при простыхъ однополостныхъ кистахъ, развившихся въ широкихъ связкахъ. Одного прокола для излѣченія подобныхъ кистъ недостаточно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при вылушеніи между-

связочныхъ кистъ изъ глубины таза возможно раненіе мочеточника, тѣмъ болѣе, что иногда онъ крѣпко срастается со стѣнкою кисты или же проходитъ между частями кисты. Наименѣе опасенъ продольный разрѣзъ мочеточника; въ этихъ случаяхъ его надо, по совѣту von Н о о k'a, шить его тонкой иглой какъ кишку и слегка тампонировать полость таза іодоформенной марли, копецъ которой выводится въ нижній уголь раны. При поперечномъ разрѣзѣ мочеточника наложеніе швовъ ведетъ къ стриктурѣ, если разрѣзъ захватываетъ болѣе $\frac{1}{3}$ его окружности. Когда мочеточникъ перерѣзанъ совершенно, нужно косвенно обрѣзать его верхній копецъ, вложить его въ расщепленный нижній копецъ и соединить ихъ швами. Въ случаѣ, если мочеточникъ перерѣзанъ недалеко отъ пузыря, лучше всего нѣсколько расщепить его и, сдѣлавъ отверстіе въ стѣнкѣ пузыря, шить въ него двумя рядами швовъ. Такая операція съ успѣхомъ была произведена Westerman'омъ и Krause.

Другіе совѣтуютъ въ случаѣ перерѣзки мочеточника вшить его верхній копецъ въ брюшную рану по возможности ниже, чтобы въ послѣдствіи было возможно, притянувъ пузырь кверху впереди брюшины, вшить въ него мочеточникъ. Rudiger совѣтуетъ вывести въ брюшную рану, гдѣ возможно, даже оба конца, чтобы при посредствѣ кожного лоскута сдѣлать въ послѣдствіи пластическую операцію. Schede при перерѣзкѣ мочеточника вшиваетъ внутренній копецъ его въ брюшную рану и затѣмъ на другой день производитъ вылученіе соответствующей почки. При значительныхъ приращеніяхъ, а также при вылученіи между-связочныхъ кистъ иногда происходитъ пораненіе стѣнки кишки, въ особенности при злокачественныхъ опухоляхъ яичника. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ это возможно, слѣдуетъ зашивать кишечную рану или производить пластическую операцію.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ вылученія кисты остается большая полость или гдѣ часть стѣнки кисты не отслаиваются, наиболѣе рациональнымъ является *проведеніе дренажа* чрезъ задній сводъ влагалища. Наиболѣе удобнымъ инструментомъ для этой цѣли является заостренный длинный корнпангъ съ замкомъ, нѣсколько изогнутый. Операторъ подъ руководствомъ пальцевъ проводитъ инструментъ во влагалище, пальцемъ другой руки онъ прощупываетъ его отверстіе чрезъ рану въ глубинѣ таза. Закрывъ это мѣсто кускомъ іодоформенной марли, быстрымъ движеніемъ прокалываетъ задній сводъ. Концомъ щипцовъ захватываютъ шелковинку, привязанную къ концу J-образной дренажной трубки, протягивая эту нитку, простой копецъ трубки проводятъ чрезъ влагалище наружу, послѣ чего края полости, образовавшейся между складками широкой связки, тщательно сшиваются. При положеніи больной съ возвышеннымъ тазомъ, этотъ инструментъ приходится проводить со стороны брюшной полости. Въ такихъ случаяхъ опытный помощникъ прощупываетъ чрезъ задній сводъ острый копецъ щипцовъ. Нѣкоторые гинекологи избѣгаютъ примѣнять дренажъ чрезъ влагалище, чтобы не причинить инфекціи брюшины. Однако такое возрѣніе не имѣетъ достаточныхъ основаній. Въ исключительныхъ случаяхъ, въ особенности при двухстороннихъ кистахъ въ широкихъ связкахъ, почти вся поверхность матки оказывается обнаженной отъ серознаго покрова послѣ удаленія опухоли, почему при такихъ условіяхъ приходится также удалять тѣло этого органа, amputatio supravaginalis.

При оваріотоміи въ тѣхъ случаяхъ, когда *кистома очень велика*, не слѣдуетъ давать много хлороформа, опухоль нужно опорожнить постепенно. При удаленіи ея изъ полости живота, по совѣту Waldo, можно прижать на время брюшную аорту, чтобъ не причинить острой анеміи мозга. Въ такихъ случаяхъ послѣ операціи мы впрыскивали подъ кожу отъ 1000 — 2000 grm. фізіологическаго раствора соли. Collingworth хвалитъ подкожныя впрыскиванія стрихина по 0,003 pro dosi для поддержанія дѣятельности сердца. При упадкѣ силъ, collapsus, послѣ операціи слѣдуетъ примѣнять возбуждающія средства и согрѣвать тѣло горячими бутылками.

Въ большинствѣ случаевъ *остановка кровотеченія* при операціи не представляетъ затрудненій. При широкихъ сплошныхъ приращеніяхъ къ передней стѣнкѣ живота, которыя наблюдаются при огромныхъ кистахъ, большею частью достаточно придавливанія горячими компрессами; гдѣ кровоточащія поверхности легко доступны, можно наложить нѣсколько обвивныхъ швовъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ придется прибѣгать къ образованію складокъ въ продольномъ направленіи, проводя швы черезъ всю толщю ткани или также черезъ глубокіе слои. Наиболѣе упорныя кровотеченія наблюдаются при разъединеніи приращеній отъ печени, что, впрочемъ, встрѣчается крайне рѣдко. Здѣсь не всегда помогаетъ наложеніе швовъ или прижиганіе раскаленнымъ платиновымъ наконечникомъ. Съ употребленіемъ liq. ferri sesquichlorat. слѣдуетъ быть крайне осмотрительнымъ, даже лучше совершенно отказаться отъ употребленія этого средства въ полости живота. Въ послѣднее время проф. Снегиревъ съ успѣхомъ примѣнялъ въ такихъ случаяхъ текучій перегрѣтый паръ посредствомъ довольно простаго прибора.

При упорныхъ кровотеченіяхъ, наступающихъ послѣ разъединенія приращеній въ полости таза, гдѣ не помогаютъ обыкновенныя средства, слѣдуетъ прибѣгать къ тампонаціи кровоточащихъ мѣстъ посредствомъ 10% іодоформенной марли. Съ этою цѣлью въ полость живота до глубины таза вводятъ марлевый компрессъ, концы котораго остаются наружу; затѣмъ постепенно вкладываются въ него полоски такой же марли, при чемъ марлевый компрессъ играетъ роль мѣшка. Конецъ марлевой полоски выводятъ наружу у нижняго угла раны, остальная часть которой соединяется по общепринятому способу швами. Mikulicz первый началъ примѣнять этотъ способъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда полость живота подверглась значительному загрязненію во время операціи, или когда произошло пораненіе сосѣдняго органа, а также когда оказался нарывъ въ тазу или капсулированный гнойный экссудатъ, а равнымъ образомъ при значительной отслойкѣ брюшины и при удаленіи части послѣдней, вполне рациональнымъ средствомъ является примѣненіе вышеописанной тампонаціи изъ іодоформенной марли. Менѣе рационально проведеніе дренажа черезъ задній сводъ влагалища или черезъ нижній уголь раны. S ä n g e r иногда примѣняетъ

дренажную трубку вмѣстѣ съ полосками марли. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ весьма важно, чтобы отдѣленія не оставались въ полости брюшины, а имѣли бы свободный истокъ наружу, съ цѣлью избѣгать риска септического зараженія.

Смотря по надобности, брюшной дренажъ удаляется уже чрезъ нѣсколько дней, или же оставляютъ его въ ранѣ до прекращенія отдѣленія, постепенно укорачивая. Марли удаляется чрезъ 3—5 дней, не позже. Дренажную трубку, проведенную чрезъ задній сводъ, въ случаѣ надобности, оставляютъ подольше, при чемъ очень удобно чрезъ нее дѣлать промываніе растворомъ борной или салициловой кислоты.

При злокачественномъ перерожденіи кисты, она не содержитъ большихъ полостей и представляетъ рыхлую ткань, которая легко разрывается. Для выведенія такой опухоли наружу часто необходимо дѣлать большой разрѣзъ брюшной стѣнки.

Уходъ послѣ операціи. Послѣ наложенія повязки на животъ, перемѣняютъ бѣлье, если оно было замочено или загрязнено во время операціи. Больную кладутъ въ согрѣтую постель и обкладываютъ бутылками съ горячею водою, въ особенности если операція была трудна и сопровождалась потерей крови. При больной первые дни должна находиться безотлучно сидѣлка. Въ теченіе перваго дня, чтобы не усиливать тошноты и рвоты, не слѣдуетъ давать никакого питья, а тѣмъ болѣе пищи. У слабыхъ больныхъ для поддержанія дѣятельности сердца можно дѣлать подкожныя впрыскиванія *coffeini natrobenzoici*, или раствора камфоры въ эфирѣ; рѣже приходится вводить подъ кожу одинъ литръ или больше фізіологическаго раствора хлористаго натра. Боли въ животѣ уменьшаются введеніемъ въ задній проходъ *suppositoria* съ опиумъ. При сильной и частой рвотѣ кладутъ горчичникъ подъ ложечку, а въ крайнемъ случаѣ дѣлаютъ подкожное впрыскиваніе 1% раствора *morphii muriat.* въ количествѣ 0,5—1,0 жидкости. Спустя сутки послѣ операціи, больной даютъ пить сперва въ небольшомъ количествѣ горячій чай или искусственную зельтерскую воду, затѣмъ куриный бульонъ. При хорошемъ самочувствіи на слѣдующій день можно позволить кофе, чай съ молокомъ и даже чистое молоко. Спустя 4 дня послѣ операціи, дѣлаютъ небольшой клистиръ изъ ромашки, а на 7-й день очищаютъ кишечный каналъ посредствомъ *ol. ricini* или *natr. sulf. pur.* Только послѣ удовлетворительнаго дѣйствія слабительныхъ можно перейти къ болѣе плотной пищѣ — рисовому пюре, котлетѣ, бѣлому соусу изъ курицы, дозволить сухари изъ бѣлаго хлѣба и проч.

На 7-й день перемѣняютъ сулемной компрессъ изъ марли, положенный на рану послѣ операціи, на 10—12 день снимаютъ швы. При этомъ предварительно надо хорошо обмыть поверхность раны мыломъ и теплымъ сулемнымъ растворомъ, чтобы при вытягиваніи перерѣзан-

ных нитей не занести инфекции въ глубину сшитой раны. Послѣ снятія швовъ, слѣдуетъ снова положить сулемный компрессъ на нѣсколько дней. Если все идетъ нормально, то чрезъ день или два больной позволяютъ сидѣть, и въ концу третьей недѣли она можетъ оставить постель. Больная должна носить въ теченіе нѣсколькихъ дѣтъ послѣ операціи хорошо приноровленный бандажъ на животѣ; во избѣжаніе расхожденія сшитой раны живота, бандажъ слѣдуетъ снимать только на ночь.

При благопріятномъ теченіи температура остается нормальной и пульсъ не превышаетъ 80 ударовъ въ минуту. Учащеніе пульса до 100 у больныхъ, не страдающихъ острою анеміей, обыкновенно указываетъ на осложненіе. Иногда къ вечеру въ первый день послѣ тяжелой операціи поднимается температура до 38° С., подобно тому, какъ это бываетъ послѣ трудныхъ родовъ. Такое временное повышеніе вѣроятнѣе всего зависитъ отъ попаденія микробовъ въ полость живота во время операціи, что происходитъ въ большинствѣ случаевъ. При отсутствіи дальнѣйшихъ осложненій температура возвращается къ нормѣ уже на другой день.

Осложненія послѣ операціи. Сильное *нервное возбужденіе*, бредъ и даже маниакальныя явленія наблюдаются рѣдко послѣ чревосѣченія, преимущественно они бываютъ у истерическихъ женщинъ или же у субъектовъ, имѣющихъ наслѣдственное расположеніе къ психическимъ заболѣваніямъ. Почти всегда эти явленія чрезъ нѣсколько дней прекращаются, коль скоро въ основѣ ихъ не лежитъ септическое зараженіе. Наиболѣе часто наблюдаютъ послѣ чревосѣченія осложненія *воспалительнаго характера*. Нерѣдко спустя нѣсколько дней послѣ операціи замѣчается повышеніе температуры до 38—39° С. при пульсѣ около 90—100 ударовъ въ минуту. Если при этомъ больная ощущаетъ боли въ нижней части живота, усиливающіяся при дотрогиваніи, то это указываетъ на мѣстный peritonitis, наичаще въ области культи. Образовавшійся экссудатъ постепенно всасывается, или же, при скопленіи гноя, послѣдній прокладываетъ себѣ путь наружу, наичаще чрезъ прямую кишку, что сопровождается быстрымъ паденіемъ температуры. При отсутствіи воспалительныхъ явленій въ полости таза, появившаяся лихорадка указываетъ наичаще на образованіе нарыва въ области брюшной раны, рѣже на заболѣваніе почечныхъ лоханокъ, которое легко возникаетъ послѣ повторнаго введенія катетера въ мочевою пузырь. Иногда появляющееся воспаление слюнныхъ железъ, parotitis, сопровождается также повышеніемъ температуры, оно представляетъ заразное заболѣваніе съ полости рта, другіе считаютъ его переноснымъ.

В и т т объясняетъ въ этихъ случаяхъ parotitis сочувственнымъ отношеніемъ между яичниками и слюнными железами. Вызванное операціей раздраженіе въ яичникѣ вызываетъ такое состояніе въ gl. parotis, вслѣдствіе котораго микробы изо рта получаютъ возможность проникать въ слюнный протокъ. Другіе считаютъ

это заболѣваніе септическимъ; вѣроятно, это бываетъ рѣдко. Вполнѣ умѣстно послѣ операціи заставлять больныхъ часто полоскать ротъ растворомъ саюла или другимъ обеззараживающимъ безвреднымъ средствомъ. Переносы въ легкія и закупорка вѣтвей art. pulmonalis послѣ чревосѣченія были наблюдаемы крайне рѣдко, преимущественно послѣ удаленія междуствозочныхъ кистъ. Это крайне опасное осложненіе наичаще оканчивается смертью.

Сплошное воспаленіе брюшины, обыкновенно септического или сапрофитнаго характера, представляетъ чрезвычайно опасное осложненіе, которое почти всегда оканчивается смертью. Въ настоящее время, къ счастью, оно встрѣчается гораздо рѣже, нежели въ прежнее время. Обыкновенно оно начинается уже въ первые дни послѣ операціи. Больная становится безпокойной, не спитъ, температура повышается, пульсъ учащается и въ скоромъ времени достигаетъ 120 и болѣе ударовъ въ минуту. Въ животѣ появляются боли, иногда достигающія значительной степени, задерживаются испраженія на низъ и вѣтры, появляется тошнота и частая мучительная рвота. Постепенно развивается упадокъ силъ, пульсъ учащается еще болѣе и слабѣетъ. Появляется бредъ, больная теряетъ сознание, пульсъ пропадаетъ, дыханіе становится частымъ и поверхностнымъ, и больная умираетъ послѣ непродолжительной агоніи. Въ исключительныхъ случаяхъ септическое воспаленіе брюшины можетъ причинить смерть оперированной въ теченіе первыхъ двухъ дней послѣ чревосѣченія, даже прежде чѣмъ обнаружатся рѣзко свойственные этому заболѣванію симптомы, именно, прежде чѣмъ послѣдуетъ значительное вздутіе живота. При сапрофитной формѣ, наичаще вслѣдствіе развитія въ полости брюшины *bast. coli*, воспалительныя явленія выражены менѣе рѣзко, болѣзнь иногда протекаетъ безъ повышения Т. Только при легкихъ формахъ септического воспаленія брюшины можно надѣяться на выздоровленіе; больныя обыкновенно умираютъ. Втиранье *ung. argent. solub. Credé*, введеніе физиологическаго раствора подъ кожу, впрыскиваніе *serum antistreptococum* въ тяжелыхъ случаяхъ особенной пользы не приносятъ.

Состояніе, нѣсколько сходное съ разлитымъ воспаленіемъ брюшины, представляетъ *непроходимость кишечнаго канала*, которое въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ обнаруживается спустя недѣлю или болѣе послѣ чревосѣченія.

Одною изъ причинъ этого осложненія *Olshausen* считаетъ выведеніе кишекъ изъ живота и продолжительное ихъ оставленіе внѣ брюшины. Эта манипуляція вызываетъ въ кишкѣ застой крови, кровоизліянія и параличное состояніе ихъ стѣнокъ. Неблагопріятное вліяніе выведенія кишекъ наружу въ значительной степени уменьшается, если ихъ прикрывать тщательнo теплыми марлевыми компрессами, намоченными въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли. Дембовскій причиною непроходимости кишекъ послѣ чревосѣченія считаетъ загибъ кишки при операціи, мѣстное воспаленіе брюшины, а также бывшія равнѣе перемычки и приращенія.

Въ тѣхъ случаяхъ когда развивается это осложненіе у больной, которая чувствовала себя хорошо, появляются боли въ животѣ, часто при нормальной температурѣ или при незначительномъ повышеніи. Несмотря на назначеніе слабительныхъ и клистировъ, не удается вызвать испраженіе на низъ, вѣтры также не отходить. Вскорѣ появляется упорная рвота, пульсъ учащается и слабѣетъ, животъ сильно вздувается, и если проходимость кишекъ не устанавливается, обыкновенно наступаетъ смерть.

Въ исключительныхъ случаяхъ наблюдается образованіе *кишечнаго свища* послѣ чревосѣченія. Обыкновенно спустя недѣлю и больше послѣ операціи изъ брюшной раны показывается содержимое кишекъ, количество его постепенно увеличивается, иногда въ подобныхъ случаяхъ испраженіе на низъ совершенно прекращается на нѣкоторое время. Въ большинствѣ случаевъ такія кишечныя фистулы, зависящія отъ пораненія кишки во время чревосѣченія, заживаютъ самопроизвольно. Однако Dugand въ одномъ подобномъ случаѣ былъ вынужденъ произвести разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, отслоеніе приросшей кишки и пластическую операцію въ ея стѣнкахъ, чтобы достигнуть излѣченія. Въ исключительныхъ случаяхъ у истощенныхъ больныхъ, а также послѣ тяжелыхъ операцій наблюдается закупорка венъ на одной нижней конечности; для предупрежденія этого Lennander совѣтуетъ между прочимъ, уже скорѣ послѣ операцій, производить пассивныя движенія нижнихъ конечностей, а также введеніе подъ кожу или въ прямую кишку физиологическаго раствора поваренной соли.

Рѣдко также наблюдается *послѣдовательное кровотеченіе* при явленіяхъ острой анеміи, которое сопровождается сильнымъ упадкомъ силъ, обморочныхъ состояніемъ и исчезаніемъ пульса. Скопленіе крови въ животѣ часто удается опредѣлить посредствомъ постукиванія. Обыкновенно это осложненіе возникаетъ уже въ первые часы послѣ операціи и только въ исключительныхъ случаяхъ спустя нѣсколько дней. Причиной его бываетъ соскальзываніе лигатуры съ культи или неполная остановка кровотеченія изъ разъединенныхъ приращеній, содержащихъ иногда крупныя сосуды. Единственнымъ средствомъ для спасенія больной въ такихъ случаяхъ является удаленіе швовъ и вторичное вскрытіе живота, гдѣ послѣ удаленія излившейся крови, большею частью нетрудно отыскать и перевязать кровоточащее мѣсто. Кромѣ обычныхъ оживляющихъ средствъ, необходимо ввести подъ кожу одинъ или нѣсколько литровъ теплаго солянаго раствора. *Вторичное вскрытіе живота* показывается также при непроходимости кишекъ, хотя въ этихъ случаяхъ оно приноситъ пользу только въ исключительныхъ случаяхъ. Совершенно бесполезнымъ является это пособіе при септическомъ или сапрофитномъ разлитомъ воспаленіи брюшины.

Въ настоящее время, при достаточно выработанной техникѣ чревосѣченія, почти никогда не бываетъ *расхожденія брюшной раны* съ

выпадениемъ кишечныхъ петель, вслѣдствіе усиленнаго напряженія брюшного пресса, при сильномъ кашлѣ, рвотѣ и пр. Если бы встрѣтилось подобное осложненіе, нужно немедленно вправить кишки и вторично наложить болѣе тщательно швы.

Въ рѣдкихъ случаяхъ послѣ тяжелыхъ чревосѣченій замѣчаются явленія, указывающія на *отравленіе іодоформомъ*, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда много этого средства введено въ полость живота въ видѣ присыпки или на тампонахъ — боль подъ ложечкой, тошнота, рвота, головокруженіе, головные боли, бредъ, безсознательное состояніе, ускоренный пульсъ, лихорадочное состояніе, уменьшеніе количества мочи и пр. наблюдали даже смертельный исходъ. При появленіи вышеописанныхъ симптомовъ, которые обнаруживаются преимущественно у женщинъ, имѣющихъ идиосинкразію къ іодоформу, необходимо во всѣхъ случаяхъ, гдѣ возможно, удалять избытокъ іодоформенной марли.

Крайне рѣдко наблюдается tetanus, который обыкновенно оканчивается летально.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ выздоровленія больная жалуется на *острыя боли въ животѣ*, въ особенности послѣ напряженія брюшного пресса, на частое вздутіе живота, запоры и пр. Эти симптомы зависятъ отъ образовавшихся приращеній сальника и кишечныхъ петель; въ исключительныхъ случаяхъ они иногда достигаютъ столь значительной степени, что самое существованіе больной становится крайне тягостнымъ и можетъ возникнуть даже показаніе къ вторичному чревосѣченію, чтобы разъединить эти приращенія и устранить мучительные припадки.

Часто развивающіяся съ теченіемъ времени послѣ чревосѣченія *грыжи по бѣлой линіи* зависятъ отчасти отъ неправильнаго сшиванія раны и образованія въ ней нарывовъ и затековъ. Въ другихъ случаяхъ всецѣло они обуславливаются небрежностью самихъ больныхъ. Вызываемыя ими явленія иногда становятся настолько тягостными, что необходимо прибѣгать къ хирургическому лѣченію. Послѣ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ по средней линіи нужно удалить цѣликомъ грыжевой мѣшокъ, вправить кишечныя петли и затѣмъ по вышеизложеннымъ правиламъ сшить брюшную рану.

Нѣкоторые специалисты имѣли смертность, нѣсколько меньше вышеприведенной: Tait потерялъ всего 3,30%, Rein—5,4, Thornton—7%. Въ Америкѣ также у большинства врачей смертность послѣ этой операціи не превышаетъ 7%. Конечно отчасти столь благоприятные результаты зависятъ отъ выбора случаевъ для операціи.

Овариотомія въ дѣтскомъ возрастѣ сопровождалась по изслѣдованіямъ Aldiberg'ta, смертностью 12%. Въ первые три года жизни она представляетъ крайне опасную операцію, дающую 80% летальныхъ исходовъ. У старыхъ женщинъ смертность доходитъ до 13%, по наблюденіямъ Sherwood'a, собравшаго 38 наблюдений, гдѣ овариотомія была произведена у старухъ между 72 и 80 годами жизни. Kraft оперировалъ съ успѣхомъ старуху 84½ лѣтъ, Owens даже 87-лѣтнюю.

Повторное чревосѣченіе, по изслѣдованіямъ Jentzer'a и Martin'a, даетъ смертность 10,6%, по Негатю— даже 19%; наичаще вторичная операція производится чрезъ 2 до 5 лѣтъ послѣ первой. Число такихъ операцій вообще не превышаетъ 1,6% всѣхъ чревосѣченій. Напротивъ, осложненіе беременностью даетъ весьма благоприятные результаты. Dsigne на 135 случаевъ насчиталъ 8 случаевъ смерти, что составляетъ 6%. Въ 75% всѣхъ случаевъ послѣ операціи удержалась беременность. Выкидышъ чаще наступаетъ послѣ удаленія двухсторонней кисты. Послѣ такой операціи прекращаются навсегда мѣсячныя очищенія въ 90% случаевъ.

В. *Овариотомія чрезъ влагалище*, colpotomia, производится гораздо рѣже, наичаще чрезъ передній сводъ, хотя при положеніи опухоли въ Дугласовомъ пространствѣ слѣдуетъ предпочитать разрѣзъ задняго свода влагалища. Colpotomia возможна при небольшихъ опухоляхъ, помѣщающихся въ тазу, а также при опухоляхъ неприсосшихъ, подвижныхъ, которыя легко можно смѣстить въ полость таза. Наиболѣе легко производить эту операцію у рожавшихъ женщинъ, еще не потерявшихъ мѣсячныхъ. Опухоль посредствомъ прокола надо по возможности уменьшить въ объемѣ, чтобы провести ее черезъ сравнительно небольшую рану. При colpotomia ant. въ послѣднее время нѣкоторые гинекологи получили очень хорошіе результаты и ничтожную смертность. У дѣтей и старухъ во всѣхъ случаяхъ должно производить чревосѣченіе.

Глава 5.

Плотныя опухоли яичника.

Къ числу этихъ опухолей слѣдуетъ отнести ракъ, фиброму, саркому и эндотеміому яичника; изъ нихъ наичаще встрѣчаются раковыя новообразованія. Гораздо рѣже попадаютъ саркомы и фибромы, въ особенности послѣднія; эндотелиома представляетъ одно изъ наиболѣе рѣдкихъ новообразованій въ яичникѣ. Вообще же плотныя опухоли яичника составляютъ не болѣе 5% новообразованій яичника. По изслѣдованіямъ Seeger'a, плотныя опухоли были наблюдаемы разными гинекологами въ количествѣ отъ 1,2 до 18% всѣхъ новообразованій яичника. Злокачественныя опухоли происходятъ изъ ткани яичника. До сихъ поръ не вполне ясно, какое участіе въ образованіи ихъ принимаютъ остатки зародышевой ткани, отщепленныя части изъ первичныхъ почекъ или надпочечныхъ железъ, найденныя въ послѣднее время въ ткани яичника.

1. Ракъ яичника, carcinoma ovarii.

Патологическая анатомія. Ракъ встрѣчается или въ видѣ сплошной опухоли, образуя округленное бугристое новообразование, наичаще съ обѣихъ сторонъ, нѣкоторое время сохраняющее форму яичника. Съ этихъ случаяхъ, смотря по состоянію стромы, развивается скирь,

мозговикъ или студенистый ракъ яичника. Такія опухоли обыкновенно сидятъ на толстой и короткой ножкѣ. Въ скоромъ времени новообразование переходитъ на сосѣднія части, на широкія связки, тазовую клетчатку, лимфатическія железы, брюшину и пр., образуя вторичные узлы и отложенія. Эта форма раковаго новообразования развивается изъ эпителия пузырька и, вѣроятно, изъ corpus luteum. Въ другихъ случаяхъ ракъ является въ видѣ ворсистой опухоли, по наружному виду сходной съ разращеніями, свойственными adeno-kystoma serosum. Черезъ отпаденіе частичекъ опухоли заражаются сосѣдніе органы, кишечныя петли и брюшина; на нихъ появляются вторичныя отложенія. Ворсистый ракъ яичниковъ обыкновенно образуетъ опухоль, сидящую на широкомъ основаніи.

Симптомы и теченіе. Обыкновенно новообразования одновременно появляются въ области обоихъ яичниковъ въ видѣ плотныхъ бугристыхъ опухолей, иногда подвижныхъ и ограниченныхъ, но чаще въ видѣ разлитыхъ и плотно сидящихъ опухолей. Въ полости живота накапливается свободная жидкость, опухоль довольно быстро разрастается. Мѣсячныя очищенія прекращаются, и въ скоромъ времени у больной обнаруживаются явленія кахексіи — общая слабость, исхуданіе, чрезвычайная блѣдность наружныхъ покрововъ, отсутствіе аппетита. Количество мочи уменьшается, часто въ ней находятъ бѣлокъ, на нижнихъ конечностяхъ появляется отечное состояніе. При внутреннемъ изслѣдованіи часто удается прощупать расположенныя въ полости таза части новообразования, нерѣдко также находятъ плотныя и неподвижныя раковыя отложенія въ Дугласовомъ пространствѣ и въ широкихъ связкахъ.

Распознаваніе болѣзни, на основаніи вышеизложенныхъ симптомовъ, большею частью затрудненій не представляетъ.

Лѣченіе въ большинствѣ случаевъ имѣетъ палліативный характеръ, такъ какъ при широкомъ распространеніи новообразования о полномъ удаленіи его не можетъ быть и рѣчи. Когда накапливающаяся въ животѣ жидкость черезъ поднятіе грудобрюшной преграды кверху при-

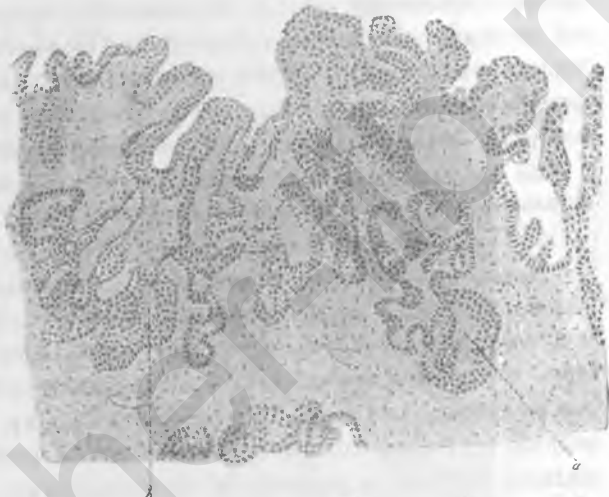


Рис. 225. Adenocarcinoma ovarii. Вростаніе эпителия съ поверхности въ толщу стѣнки отчасти въ видѣ железистыхъ образований, въ которыхъ мѣстами находится по нѣскольку слоевъ эпителия, иныя совсѣмъ выполнены эпителиемъ.

чиняеть затрудненіе дыханія, необходимо прибѣгнуть къ проколу живота, чтобы удаленіемъ жидкости облегчить состояніе больной. Въ другихъ случаяхъ, гдѣ при изслѣдованіи нельзя убѣдиться въ существованіи вторичныхъ осложненій, приходится послѣ разрѣза брюшной стѣнки довольствоваться только разъединеніемъ приращеній, не трогая самой онуколи. Только при стебельчатой формѣ рака или при ограниченномъ его развитіи, можно прибѣгнуть къ удаленію опухоли, предварительно наложивъ на ея основаніе нѣсколько лигатуръ въ видѣ цѣпочки. Культю необходимо сильно прижечь раскаленнымъ платиновымъ наконечникомъ и въ нижній уголъ раны ввести толстый дренажъ, чтобы пренятствовать въ полости живота накопленію жидкости, которую нѣкоторое время продолжаетъ еще выдѣлять находящаяся въ состояніи раздраженія брюшина. Послѣ такихъ операцій, при которыхъ смертность довольно значительна, больныя въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, рѣже цѣлые годы, остаются здоровыми. Тѣмъ не менѣе возвратъ болѣзни представляетъ обычное явленіе.

По изслѣдованіямъ Kratzenstein'a изъ 100 оперированныхъ умерло 28, изъ остальныхъ 72 женщинъ возвраты обнаруживалсь у 32 больныхъ.

2. Саркома яичника, sarcoma ovarii.

Патологическая анатомія. Это новообразование встрѣчается не только у взрослыхъ женщинъ, но также у дѣтей. Саркома развивается изъ соединительной ткани яичника, которая сильно разрастается, при чемъ образуется опухоль, состоящая изъ веретенообразныхъ или круглыхъ ячеекъ; она долго удерживаетъ форму яичника и достигаетъ величины дѣтской головки, рѣже головы взрослога человѣка. Крайне рѣдко встрѣчается саркома съ эпителиальными гнѣздами, такъ называемая эндотелиома, endothelioma, которая развивается изъ эндотелия сосудовъ. Такія опухоли трудно отличить иногда отъ раковыхъ новообразованій. Обыкновенно одновременно поражаются оба яичника.

Симптомы и теченіе. Саркома яичника развивается у женщинъ различнаго возраста, однако, наичаще—между 20 и 30 годами. Явленія, замѣчаемая у больной, сходны съ симптомами, сопровождающими ракъ яичниковъ, исключая накопленія свободной жидкости въ животѣ, что при настоящихъ саркомахъ яичниковъ замѣчается сравнительно не часто; мѣсячныя очищенія вначалѣ бываютъ обильныя, а потомъ прекращаются. Довольно скоро новообразование переходитъ на широкія связки и тазовую клѣтчатку, образуя плотныя отложенія. Нижнія конечности припухаютъ; вслѣдствіе сдавленія vena iliaca въ полости таза, припухаютъ также паховыя железы, иногда развивается отекъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ. Всѣ эти явленія сопровождаются сильными болями, исхуданіемъ и упадкомъ силъ больной. При такихъ тягостныхъ явленіяхъ довольно скоро наступаетъ летальный исходъ.

Лѣченіе. Крайне рѣдко является возможность произвести черезъ чревосѣченіе полное удаленіе опухоли съ надеждою на полное или вре-

менное исцѣленіе больной. Leopold въ одноѣ случаѣ при широкой ножкѣ наложилъ на нее эластическую лигатуру и, удаливши опухоль, вшилъ эту ножку въ нижній край брюшной раны.

3. Фиброма яичника представляетъ новообразование, наиболѣе рѣдко встрѣчающееся въ яичникѣ, если исключить небольшіе фиброзные узелки, которые иногда находятся въ ткани этого органа.



Рис. 226. Fibroma ovarii.

Патологическая анатомія. Фиброма развивается изъ стромы яичника, вслѣдствіе ея разрастанія, при чемъ Граафовы пузырьки постепенно погибаютъ. Новообразование состоитъ главнымъ образомъ изъ волокнистой соединительной ткани, иногда съ примѣсью гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ ткани новообразования находятъ кистовидныя полости, представляющія иногда железистыя

образованія, иногда расширенныя лимфатическіе и кровеносныя сосуды. Опухоль удерживаетъ форму яичника, часто сидитъ на короткой ножкѣ, состоящей преимущественно изъ широкой связки, труба находится большею частью впереди и въ нижней части опухоли и только прилегаетъ къ ней. Въ рѣдкихъ случаяхъ фиброма развивается между листками широкой связки. При такихъ условіяхъ даже на препаратѣ не легко отличить ее отъ маточной междувязочной фибромы. Фиброма развивается наичаще въ одномъ яичникѣ, растетъ медленно, рѣдко бываетъ больше дѣтской головки, хотя описаны исключительные случаи, гдѣ опухоль вѣсила 20—30 kgr., слѣдовательно достигала колоссальной величины.

Симптомы и теченіе. При изслѣдованіи находятъ въ яичникѣ плотную опухоль съ гладкой поверхностью, наичаще подвижную; опухоль вся или ея нижняя часть находится въ полости таза. Рѣдко она бываетъ приращена; въ такихъ случаяхъ больная жалуется на боли и являются симптомы прижатія или надавливанія со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. При значительной величинѣ форма живота напоминаетъ беременность. Мѣсячныя очищенія большею частью протекаютъ правильно, только при перерожденіи обоихъ яичниковъ они становятся малыми и даже совершенно прекращаются. Въ рѣдкихъ случаяхъ замѣчается накопленіе свободной жидкости въ животѣ. Опухоль растетъ медленно. Больныя не худѣютъ и сохраняютъ свои силы, исклеченіе составляютъ случаи громаднхъ опухолей.

Распознаваніе. Медленный ростъ опухоли, большею частью занимающей одинъ яичникъ, при вполнѣ удовлетворительномъ состояніи здоровья, отличаетъ это новообразование отъ злокачественныхъ плотныхъ опухолей яичника. Въ тѣхъ случаяхъ, когда удастся при изслѣдованіи ощупать ясно выраженный промежутокъ между опухолью и маткою, при отсутствіи яичника на соотвѣтствующей сторонѣ, слѣдуетъ предполагать происхожденіе новообразования изъ ткани яичника.

Предсказаніе. Не подлежитъ сомнѣнію склонность этихъ опухолей съ теченіемъ времени переходить въ злокачественныя новообразования, именно въ саркомы, почему не слѣдуетъ надолго откладывать ихъ удаленіе.

Лѣченіе заключается въ удаленіи опухоли нутемъ чревосѣченія съ примѣненіемъ всѣхъ правилъ, изложенныхъ при операціи кистъ яичника. Конечно опухоль извлекается изъ полости пѣвликомъ, почему при значительныхъ размѣрахъ новообразования приходится дѣлать длинный разрѣзъ на передней брюшной стѣнкѣ.

Новѣйшая литература.

1. Воспалительныя болѣзни придатковъ матки.

Alterthum. Tuberkulose der Tuben und des Beckenbauchfelles. Beitr. z. Geb. 1. Bulius. Die Kleinkystische Degeneration des Eierstocks. 1889. Braun. Ueber Abschnurung der Ovarien. 1896. Buschbeck. Wegen schwerer chronischen Adnexerkrankungen ausgeführten Totalexirtationen des Uterus und Adnexe. Arch. f. Gyn. 56. Bandl. Krankheiten der Tuben, der Ligamente u. des Beckenperitoneums. 1886. Cornil et Terillon. Anatomie et physiologie pathologique de la salpingite et de l'ovarite. 1837. Cherny. Ueber die chirurgische Behandlung intraperitonealer Tuberkulose. Beitr. z. kl. Ch. 6. Decker. Ueber Kastration bei rudimentären Genitalien. 1895. Delbet. De l'ablation abdominale des annexes sans ligature préalable. Ann. de toc. 46. Dührssen. Ueber die Technik und die Indicationen der vaginalen Hysterectomie. Arch. f. Gyn. 49. Doleris. Thérapeutique intrautérine dans les affections inflammatoires des annexes. N. arch. d'obst. 1895. Emanuel. Beitrag zur Lehre von der Uterustuberkulose. Zeit. f. Gyn. 39. Fabricius. Ueber Cysten an der Tube, am Uterus und deren Umgebung. Arch. f. Gyn. 50. Franqué. Zur Tuberculose der weiblichen Genitalien. Zeit. f. Geb. 37. Fritsch. Totalexirtation statt Kastration. D. med. W. 1895. Funke. Ueber die Behandlung chronischer Affectionen der weiblichen Beckenorgane. Beitr. z. Geb. 1. Gottschalk. Ueber intercurrente acute Schwellungszustände an den Eierstöcken. D. med. W. Грамматикаги. Внутриматочныя впрыскиванія какъ средство для лѣченія воспаленія матки, ея придатковъ и тазовой кляѣчатки. 1896. Hegar. Die Genitaltuberkulose des Weibes. 1886. Hofbauer. Ueber primäre Uterustuberkulose. Arch. f. Gyn. 56. Жаборовскій. Къ лѣченію водянки фаллопиевыхъ трубъ. Ж. ак. и ж. бол. 1890. Küstner. Die leitenden Gesichtspunkte für die operative Behandlung der chronisch entzündeten Adnexa uteri. D. med. W. 1895. Kleinhaus und Veit. Die Erkrankungen der Tube. 1899. Labadie-Lagrange. Diagnostic et traitement médical des salpingites. Arch. de toc. 22. Leopold. Zur vaginalen Totalexirtation des Uterus und der Adnexa. Arch. f. Gyn. 52. Langer. Ueber Corpusluteum-Abscesse. Arch. f. Gyn. 49. Martin. Die Krankheiten der Eierstöcke. 1897. Martin. Die Krankheiten der Eileiter. 1895. Menge. Ueber die gonorrhöischen Erkrankungen der Tuben und des Bauchfells. Zeit. f. Geb. 21. Meyer. Ueber die Haematosalpinx bei Verschlüssen doppelter Genitalien. Zeit. f. Geb. 36. Martin. Die Kolpotomia ant. Mon. f. Geb. 2. Масловскій. О значеніи гоноксина. Ж. ак. и ж. бол. 1897. Orthmann. Beitrag zur Kenntniss der primären Eileitertuberkulose. Mon. f. Geb. 1895. Pazzi. Laparotomie et Phystérectomie dans le traitement des suppurations pelviennes. Ann. de gyn. 1893. Priester. Die Wirkung der Kastration auf den weiblichen Organismus. Arch. f. Gyn. 56. Rollin. Des hemorrhagies de l'ovaire. 1889. Славянскій. Болѣзни придатковъ матки. 1897. Schauta. Ueber die Diagnose der Frühstadien chronischen Salpingitis. Arch. f. Gyn. 33. Schauta. Ueber die Einschränkung der abdominalen Adnexoperationen. Arch. f. Gyn. 59. Schottländer. Ueber Genitaltuberkulose. Mon. f. Geb. 1897. Тепловъ. Отъ удаленія маточныхъ придатковъ и ихъ новообразованій чрезъ задній сводъ влагалища. Врачъ. 1895. Vassmer. 6. Fälle von Uterustuberkulose. Arch. f. Gyn. 57. Wolff. Ueber die Tuberkulose des Eierstockes. Arch. f. Gyn. 52.

2. Новообразованія въ яичникахъ.

Abel. Ueber Bauchnaht und Bauchnarbenbruche. Arch. f. Gyn. 56. Alibert. De l'ovariotomie chez l'enfant. Ann. de Gyn. 1893. Amann. Ueber Ovarialsarkome. Arch. f. Gyn. 46. Benoit. Kyste hydatique des trompes. Ann. de Gyn. 45. Bouilly. De la supuration des kystes de l'ovaire. 1896. Dzirne. Die Ovariectomie in der

Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. 42. Fränkel. Ueber Corpustuteum-Kysten. Ann. f. Gyn. 52. Филипповъ. О первичныхъ опухоляхъ брыжейки тонкихъ кишекъ. 1897. Franqué. Ueber Urnierenreste in Ovarien. Zeit. f. Geb. 39. Fleischlen. Zur Komplikation der Schwangerschaft und der Geburt durch Ovarialtumoren. Zeit. f. Geb. 29. Gottschalk. Ueber den Einfluss des Wochenbetts auf cystische Eierstockgeschwülste. 1898. Küstner. Der suprasymphisäre Kreuzschnitt. Mon. f. Geb. 4. Krukenberg. Beitrag zur Kenntniss des Perithelioma ovarii. Zeit. f. Geb. 41. Kratzenstein. Die Dauererfolge der Ovariectomie bei malignen Ovarialtumoren. Zeit. f. Geb. 36. Krämer. Ueber die Histogenese der Dermoidkystome und Teratome des Eierstocks. Arch. f. Gyn. 57. Mangold. Ueber Infection des Ovarialkystome. 1895. Mikulicz. Ueber die Ausschaltung todtener Räume aus Peritonealhöhle. Arch. f. kl. Ch. 34. Olshausen. Die Krankheiten der Ovarien. 1886. Pick. Die von Endothelien ausgehende Geschwülste des Eierstocks. B. kl. W. 1894. Peters. Pseudomyxoma peritonei. Mon. f. Geb. 10. Pichevin et Petit. De l'infection péritonéale chirurgicale. N. arch. d'obst. 10. Pfannenstiel. Die Erkrankungen des Eierstocks und des Nebeneierstocks. 1898. Pean. Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen 3. 1895. Ries. Steinbildung in Ovarien. Zeit. f. Geb. 40. Rudolph. Beitrag zu den Fibromyomen der Tube. Arch. f. Gyn. 56. Rossa. Ueber accessorisches Nebennierengewebe im Lig. latum. Arch. f. Gyn. 56. Schauta. Ueber die Beckenhochlagerung bei gynäkologischen Operationen. W. med. W. 1892. Stratz. Gynäkologische Anatomie. Die Geschwülste des Eierstocks. 1894. Stratz. Circulationsstörungen und Entzündungen der Ovarien. 1892. Uhlmann. Ueber das Auftreten peritonealer Adhaesionen nach Laparotomien. Arch. f. Gyn. 54. Werth. Ueber posttyphöse Eiterung in Ovarien-cysten. D. med. W. 1893. Wendler. Ueber die Colpotomia ant. und ihre Erfolge. B. Kl. W. 1896. Wormser. Zur Pathologie und Therapie des postoperativen Ileus M. f. Geb. 10. Wilms. Ueber die Dermoidcysten und Teratome. D. Arch. f. Kl. Ch. 55.

Отдѣлъ VIII.

Воспалительныя заболѣванія брюшины и болѣзни тазовой клѣтчатки. Кровоизліянія.

Глава I.

Воспаленіе тазовой брюшины и общій перитонитъ, *pelveoperitonitis et peritonitis diffusa*.

Этіологія. Въ настоящее время въ женской практикѣ общее воспаленіе брюшины встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ въ прежнее время. Гораздо чаще намъ приходится лѣчить *воспаленіе тазовой брюшины*, которое почти всегда представляетъ послѣдовательное заболѣваніе, развившееся вслѣдствіе остраго заболѣванія матки или ея слизистой оболочки, а главнымъ образомъ вслѣдствіе воспаленія трубъ и яичниковъ. Сравнительно рѣдко изъ области таза воспаленіе распространяется кверху и становится общимъ. Ближайшею причиною воспаленія брюшины являются патогенные или гнилостные микробы — *streptococcus pyog.*, *bact. coli*, *staphylococcus pyog.*, *bacillus tuberc. et gonococcus*; но встрѣчаются, хотя довольно рѣдко, случаи, гдѣ воспаленіе брюшины развилось несомнѣнно отъ причинъ механическихъ или же вслѣдствіе дѣйствія ѣдкаго вещества, попавшаго въ полость брюшины. Почему слѣдуетъ различать со стороны этиологіи инфекціонное воспаленіе брюшины, которое вызывается различными микробами, и незаразный *peritonitis*.

По наблюденіямъ Fehling'a, Delbet и др., заболѣваніе придатковъ составляетъ наиболѣе частую причину воспаленія брюшины. По изслѣдованіямъ Fгаenke'я, *bacter. coli* иногда является ближайшею причиною. Regnier и Wölfler наблюдали хроническое воспаленіе брюшины съ образованіемъ опухоли вслѣдствіе втѣдренія и разрастанія лучистаго грибка, *actinomycosis*, который проникаетъ въ брюшину и окружающую клѣтчатку наичаще изъ слѣпой кишки.

Гонкокки заносятся наичаще при сношеніи, между тѣмъ какъ другіе микробы часто попадаютъ на тазовую брюшину при раненіяхъ, а также при дѣйствіи на нее травмы или грубаго нарушенія

правиль гигиѣны. Патогенные микробы обыкновенно попадаютъ въ полость брюшины изъ Фаллопѣевой трубы чрезъ ея наружное отверстіе, или проходятъ при посредствѣ лимфатическихъ сосудовъ чрезъ стѣнки трубъ и матки. По изслѣдованіямъ Tavel'я и Lanz'a, иногда вызывается воспаленіе брюшины переходомъ бактерій изъ сосѣднихъ органовъ. Въ прежнее время, когда обеззараживаніе не примѣнялось, механическіе способы лѣченія часто сопровождались неблагоприятными послѣдствіями; даже введеніе въ матку зонда иногда влекло за собою острое воспаленіе брюшины. Крайне рѣдко воспаленіе брюшины вызывается попаданіемъ въ полость матки посторонняго тѣла. Большинство такихъ случаевъ было наблюдаемо во время беременности. Чаше наблюдали воспаленіе вслѣдствіе перехода впрыснутой жидкости изъ полости матки чрезъ расширенную трубу въ брюшину и сильное воспалительное раздраженіе послѣдней. Въ исключительныхъ случаяхъ воспаленіе развивается послѣ прободенія матки зондомъ или ложечкою.

Иногда такое заболѣваніе вызывается нарушеніемъ цѣлости мѣшкообразныхъ опухолей придатковъ, въ содержимомъ которыхъ находятся патогенные микробы. Въ исключительныхъ случаяхъ оно происходитъ вслѣдствіе вскрытія нарыва яичника или абсцесса тазовой клѣтчатки въ брюшину и проч. Иногда рѣзкія измѣненія въ кровообращеніи и питаніи опухоли яичника влекутъ за собою мѣстное воспаленіе брюшины, примѣромъ чего можетъ служить перекручиваніе ножки кисты. Часто достаточно застойной гипереміи и смѣщенія органа или опухоли, чтобы вызвать, иногда безъ всякой реакціи со стороны организма, сращенія поверхности матки, яичниковъ или новообразованія съ окружающими частями, покрытыми брюшиной. Это бываетъ при retroflexio uteri, при смѣщеніи яичниковъ, при коллоидныхъ кистахъ и пр. Безъ сомнѣнія, въ этихъ случаяхъ немаловажную роль играетъ усиленное треніе двухъ непосредственно соприкасающихся и покрытыхъ брюшиной поверхностей.

Общее воспаленіе брюшины, какъ заболѣваніе самостоятельное, чаще развивается послѣ большихъ гинекологическихъ операцій—чревосеченія и вырѣзыванія матки чрезъ влагалище, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда брюшныя или кишечныя петли долгое время оставались открытыми и ихъ поверхность нѣсколько засыхала, а также когда при поврежденіи брюшины во время операціи послѣдовало видреніе въ нее септическихъ микробовъ, все равно, была ли брюшина ушиблена, разорвана или срѣзана. Въ особенности легко развивается peritonitis diffusa послѣ поврежденія кишечныхъ петель и мочевыхъ органовъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ общее хроническое воспаленіе брюшины имѣетъ туберкулезный характеръ. Часто туберкулезные микробы попадаютъ въ полость брюшины изъ Фаллопѣевыхъ трубъ; при ruosalpinx въ гноѣ трубы Menge въ 10% находилъ bacilli tuber. Въ другихъ случаяхъ туберкулезное воспаленіе брюшины развивается при пораженіи

грудныхъ органовъ, лимфатическихъ железъ, кишечнаго канала, костей и пр., но крайне рѣдко первично.

Анатомическія измѣненія. Часто при мѣстномъ или общемъ воспаленіи брюшины мы находимъ значительныя воспалительныя измѣненія и припухлость, рѣже настоящія новообразованія въ маткѣ и ея придаткахъ, а также въ кишечномъ каналѣ, его железахъ, сальникѣ или брыжейкѣ. Въ началѣ заболѣванія брюшина представляется покраснѣвшею вслѣдствіе гипереміи, затѣмъ ея поверхность утрачиваетъ свой блескъ и гладкость, становится неровною, и серозный листокъ утолщается; въ легкихъ случаяхъ выпота не бываетъ. Когда воспаление распространяется изъ таза кверху, кишечныя петли вздуваются газами, и появляется выпотъ серозно-фибринозный или съ примѣсью гноя, иногда кровянистый, въ количествѣ отъ столовой ложки до нѣсколькихъ фунтовъ. Въ выпотѣ находятъ различныя формы патогенныхъ микробовъ; видомъ бактеріи обуславливается главнымъ образомъ свойство выпота, даже особенности въ теченіи процесса. При гонорройной формѣ экссудатъ имѣетъ фибринозно-гнойный характеръ. Гнойный выпотъ находятъ при септическомъ, а иногда при гнилостномъ зараженіи; въ тѣхъ случаяхъ, когда воспаление брюшины послѣдовало вслѣдствіе одной *bact. coli* или въ смѣси съ другими гнилостными микробами выдѣляется жидкій зловонный кровянистый экссудатъ.

Joyle при бактериологическомъ изслѣдованіи 30 случаевъ нагноенія въ тазу нашель 10 разъ *strept. ruog.*, 1 *staphyll. ruog.*, 2 *bact. coli* и 4 раза *gonococcus*; въ 12 случаяхъ гной былъ стерильный.

При интенсивномъ зараженіи воспаление быстро распространяется на всю брюшину, обыкновенно же воспаление ограничивается и остается мѣстнымъ. На мѣстахъ, гдѣ нѣтъ экссудата, воспаленныя серозныя поверхности срастаются, выпотъ осумковывается, жидкія части быстро всасываются, гнойныя клѣтки претерпѣваютъ жировое перерожденіе и вмѣстѣ съ микробами поглощаются блуждающими клѣтками. При этомъ происходятъ разнообразныя сращенія между маткою, ея придатками, сальникомъ, кишками и передней стѣнкою живота, а также съ мочевымъ пузыремъ и широкою связкой. Такой исходъ наступаетъ въ особенности при воспаленіяхъ, вызванныхъ гонококками, хотя это возможно въ нѣкоторыхъ случаяхъ при зараженіи брюшины другими микробами; однако наичаще при септическомъ мѣстномъ воспаленіи, *pelveoperitonitis*, въ выпотѣ количество гнойныхъ шариковъ увеличивается, образуется тазовой нарывъ, который капсулируется плотнымъ сращеніемъ частей околележащихъ, ткани которыхъ значительно измѣняются. Большею частью сросшіеся органы утолщаются и становятся плотнѣе, образуя, совмѣстно съ экссудатомъ, опухоли величиною отъ гусинаго яйца до дѣтской головки, рѣдко большаго размѣра. Такія опухоли располагаются обыкновенно съ боку и позади матки, смѣщая этотъ органъ въ противоположную сторону. При близкомъ сосѣдствѣ кишекъ, тазовые нарывы нерѣдко переходятъ въ

ихорозное распаденіе, вслѣдствіе перехода въ полость ихъ кишечной палочки. Такіе нарывы, иногда спустя долгое время послѣ своего возникновенія, вскрываются чрезъ прямую кишку, чрезъ задній сводъ, и въ исключительныхъ случаяхъ даже въ мочевоу пузырь, при этомъ изливается въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ густой зловонный гной. При туберкулезной формѣ воспаленія у женщинъ брюшина бываетъ усѣяна различной величины бугорками, въ особенности густо они сидятъ на сальникѣ, который въ этихъ случаяхъ превращается въ плотную опухоль. Выпотъ находили при этой формѣ воспаленія брюшины только въ половинѣ случаевъ, и при томъ въ различномъ количествѣ, въ видѣ мутной жидкости, въ которой плаваютъ хлопья и частицы сгустившагося гноя и творожистыхъ массъ. Наичаще онъ является капсулированнымъ, занимая различныя части живота. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ выпотъ находится впереди кишекъ, между ними и переднею стѣною живота. При отсутствіи выпота кишечныя петли срастаются между собою и превращаются въ плотный комокъ; въ другихъ случаяхъ кишечныя петли остаются свободными, но происходитъ сильное утолщеніе брюшины или творожистая инфильтрація сальника, иногда брыжейки, и значительныя сращения. Почти всегда при вскрытіи находятъ бугорчатку въ различныхъ органахъ и очень часто туберкулезное пораженіе внутреннихъ половыхъ органовъ, въ особенности трубъ.

Lofté, согласно съ большинствомъ гинекологовъ, различаетъ 2 формы туберкулезнаго воспаленія брюшины: экссудативную и сухую. Wunderlich первую раздѣляетъ на водяночную и гнойную.

При воспаленіи брюшины, происходящемъ отъ причинъ механическихъ, выпотъ имѣетъ фибринозный характеръ, а при воспаленіи въ зависимости отъ дѣйствія ѣдкихъ веществъ онъ бываетъ серознокровянистый.

Гораздо чаще, нежели воспаленіе брюшины, находятъ на секціонномъ столѣ послѣдствія этого процесса въ видѣ сращеній и ложныхъ перепонокъ въ полости таза. По наблюденіямъ различныхъ авторовъ, такія измѣненія встрѣчаются въ 60, даже 80% всѣхъ труповъ взрослыхъ женщинъ.

Симптомы и теченіе. Острая форма воспаленія тазовой брюшины, *pelveoperitonitis acuta*, начинается сильными болями въ нижней части живота, который въ этомъ мѣстѣ при дотрагиваніи оказывается чрезвычайно чувствительнымъ и напряженнымъ. Одновременно съ этимъ, иногда послѣ значительнаго озноба, поднимается температура до 39, даже 40° С., пульсъ достигаетъ 120 ударовъ въ минуту, появляется общее недомоганіе, тошнота и нерѣдко рвота. Всякая попытка къ движенію усиливаетъ острую боль въ животѣ. Въ скоромъ времени въ нижней части живота появляется припухлость, вслѣдствіе скопленія выпота около пораженнаго органа, отъ котораго началось воспаленіе, и сра-

шенія окололежащихъ частей. Животъ нѣсколько вздутъ, испражнения обыкновенно задержаны; при переходѣ воспаления на брюшину мочевого пузыря появляются частые и болѣзненные позывы на мочеиспусканіе.

Изслѣдованіе черезъ влагалище чрезвычайно болѣзненно; въ первое время болѣзни мы находимъ чувствительность и пастозную припухлость въ сводахъ, въ особенности въ заднемъ. Черезъ нѣсколько дней здѣсь появляется плотная, болѣе или менѣе широкая полоса экссудата, простирающаяся до боковыхъ стѣнокъ таза. Часто съ одной стороны воспалительная припухлость больше, чѣмъ съ другой. По наблюденіямъ Terillon'a, эта припухлость отчасти образуется воспалительными маточными придатками, въ особенности въ затяжныхъ случаяхъ. Въ большинствѣ случаевъ воспаленіе тазовой брюшины оканчивается разрѣшеніемъ. Наичаще, спустя 7—21 день отъ начала болѣзни, постоянная лихорадка съ вечерними повышеніями прекращается, ослабѣваютъ и проходятъ боли, пропадаетъ чувствительность и напряженіе въ нижней части живота. Нерѣдко воспаленіе брюшины въ окружности матки сопровождается продолжительнымъ кровотеченіемъ изъ матки, которое рѣдко бываетъ значительно. Спустя нѣсколько недѣль, объемъ опухоли уменьшается; при надлежащемъ лѣченіи, исчезаетъ экссудатъ, и внутренніе половые органы снова ощущаются при изслѣдованіи черезъ влагалище, хотя подвижность надолго или навсегда остается ограниченою, и надавливаніе на нижнюю часть живота долгое время причиняетъ значительную боль. Гораздо рѣже лихорадка тянется долго, цѣлые мѣсяцы, и хотя острые явленія уменьшаются, но остается большею частью припухлость, чувствительная при дотрогиваніи, наичаще съ боку и сзади матки. Такія опухоли бываютъ совершенно неподвижны, верхніе контуры ихъ неясны; обыкновенно въ такихъ опухоляхъ, кромѣ выпота, находятся воспаленные придатки, часто *pyosalpinx*. Опухоль замѣтно выпячиваетъ соотвѣтствующій сводъ влагалища. При двойномъ изслѣдованіи въ глубинѣ припухлости иногда ощущается неясная флюктуация, указывающая на скопленіе гноя, на образованіе тазоваго нарыва. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при возобновленіи болей на мѣстѣ воспаленія и значительномъ повышеніи температуры, размягченіе въ опухоли увеличивается, и гной прокладываетъ себѣ путь наружу черезъ прямую кишку или черезъ задній сводъ влагалища; рѣже нарывъ вскрывается въ мочевой пузырь, послѣ чего лихорадка, за рѣдкими исключеніями, уменьшается или даже прекращается, но часто долгое время продолжаетъ выдѣляться гной и извилистый ходъ не заживаетъ. Въ исключительныхъ случаяхъ гной прокладываетъ себѣ путь въ полость брюшины, послѣдствіемъ чего является *peritonitis acutissima* съ летальнымъ исходомъ. Иногда воспалительная опухоль въ тазу остается твердою въ теченіе многихъ мѣсяцевъ, даже цѣлые годы; больная по временамъ лихорадитъ, остается блѣдною и малокровоною, питаніе и силы не поправляются. Вслѣдствіе

сдавленія мочеточника иногда развивается воспаленіе лоханки въ почкѣ той стороны, гдѣ помѣщается такая воспалительная опухоль. Сравнительно рѣдко наблюдается, какъ послѣдствіе остраго воспаленія брюшины, капсулированное скопленіе серозной жидкости, большую часть между кишечныхъ петель.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда воспаленіе изъ полости таза распространяется кверху на всю брюшину, мѣстныя явленія становятся болѣе тяжелыми—животъ сильно вздувается, дыханіе становится частымъ, отхожденіе газовъ черезъ задній проходъ тоже прекращается, мочи отдѣляется мало. Тошнота и упорная рвота представляютъ обычныя явленія. Больная лежитъ неподвижно на спинѣ съ согнутыми бедрами. Пульсъ становится частымъ и малымъ, температура обыкновенно повышена. Черты лица западаютъ, языкъ дѣлается сухимъ, иногда появляется бредъ. Часто при дурномъ исходѣ болѣзни теряется сознание. Такое теченіе наблюдается при септической формѣ *peritonitis diffusa*. При ихорозныхъ и кровянистыхъ экссудатахъ, какъ это наблюдается иногда послѣ чревосѣченія, при зараженіи гнилостными микробами, несмотря на рѣзко выраженные признаки общаго воспаленія брюшины, температура иногда остается неповышенною или невысокой, хотя слабый и легко сжимаемый пульсъ вскорѣ достигаетъ 130—140 ударовъ въ минуту. Обыкновенно такіе случаи безнадежны. Гонорройное воспаленіе брюшины обыкновенно начинается бурными явленіями, которыя однако спустя нѣсколько дней успокаиваются, и постепенно наступаетъ выздоровленіе. При воспаленіи брюшины, вслѣдствіе перекручиванія ножки кисты и отъ другихъ механическихъ причинъ, теченіе болѣзни въ первое время ничѣмъ не отличается отъ септической формы. При переходѣ ѣдкой жидкости изъ матки черезъ трубу въ полость брюшины быстро обнаруживаются явленія *peritonitis*; при впрыскиваніи въ матку 50% раствора *zinci chlorati* летальный исходъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдали уже черезъ 12—24 часа.

Нерѣдко при изслѣдованіи гинекологическихъ больныхъ мы находимъ уменьшенную подвижность матки и сращенія внутреннихъ половыхъ органовъ, развившіяся, повидимому, безъ всякихъ воспалительныхъ симптомовъ, какъ заболѣваніе хроническаго характера. Иногда въ такихъ случаяхъ мы находимъ *salpingoophoritis* или *hydro-salpinx* съ одной или съ обѣихъ сторонъ, повидимому, гонорройнаго происхожденія, въ другихъ случаяхъ упорный катарръ или припухлость матки. Такія сращенія нерѣдко сопровождаются разстройствомъ важнѣйшихъ функцій матки; появляются боли при мѣсячныхъ, обильныя мѣсячныя, упорныя боли, *dyspareunia*, замѣчается безплодіе, внематочная беременность и проч. Нерѣдко также нарушаются отпавленія кишечнаго канала; въ особенности часто являются упорныя запоры и по временамъ сильныя колики. При существованіи сращеній сальника и кишекъ съ тазовыми органами, надавливаніе на нижнюю

часть живота обыкновенно вызывает сильную острую скоропроходящую боль.

Въ случаяхъ общаго бугорчатаго воспаленія брюшины блѣдныя, исхудавшія больныя обыкновенно не испытываютъ болей, но жалуются на припуханіе живота, которое развилось у нихъ постепенно въ теченіе нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ. Часто онѣ лихорадятъ, хотя большею частью не лежатъ въ постели, и страдаютъ упорными поносами. При изслѣдованіи мы находимъ наичаще ограниченную опухоль, занимающую значительную часть живота, съ контурами, обозначенными недостаточно рѣзко. При постукиваніи кишечные тоны распространяются отчасти на опухоль, которая большею частью оказывается неподвижною. При внутреннемъ изслѣдованіи мы находимъ воспалительныя припухлости въ трубахъ и яичникахъ; иногда удается установить переходъ этихъ припухлостей въ опухоль, находящуюся выше лоннаго соединенія. Въ другихъ случаяхъ въ полости живота замѣчается скопленіе болѣе или менѣе значительнаго количества жидкости, но никакихъ плотныхъ опухолей при наружномъ изслѣдованіи не замѣчается. Почти всегда при бугорчатомъ воспаленіи брюшины селезенка бываетъ замѣтно увеличена.

Распознаваніе. Острая форма тазоваго и общаго воспаленія брюшины обыкновенно сопровождается такими рѣзкими и характерными симптомами, что даже для мало опытнаго врача трудно смѣшать это заболѣваніе съ какими-либо другими болѣзнями. Часто встрѣчающіяся сращенія въ полости таза и нижней части живота въ затяжныхъ случаяхъ большею частью удается распознать при внимательномъ изслѣдованіи, рѣдко является надобность прибѣгать къ наркозу для этой цѣли. Наибольшее затрудненіе представляетъ распознаваніе опухолей воспалительнаго происхожденія и хроническихъ тазовыхъ нарывовъ. Наичаще врачи ихъ смѣшиваютъ съ эксудатами въ тазовой клѣтчаткѣ. Слѣдуетъ принять во вниманіе свойства выпота въ брюшинѣ, помѣщающагося сзади матки въ Дугласовомъ пространствѣ; онъ представляетъ опухоль, лежащую посрединѣ, отодвигающую кпереди матку, съ которою онъ соприкасается на всемъ протяженіи, при этомъ верхніе контуры опухоли неясны, такъ какъ здѣсь находятся сросшіяся кишечныя петли. Прямая кишка отодвинута кзади и въ сторону. Когда выпоть всасывается, остается приращеніе задней поверхности матки къ прямой кишкѣ. Рѣже можетъ подать поводъ къ ошибкѣ киста, развившаяся въ широкой связкѣ.

Не слѣдуетъ слишкомъ надавливать при изслѣдованіи, чтобы не причинить иногда разрыва содержащаго гной мѣшка, стѣнки котораго не всегда бываютъ плотны. Капсулированное скопленіе серозной жидкости можно отличить отъ нарыва наичаще только при посредствѣ прокола. Бугорчатую форму воспаленія брюшины можно смѣшать съ приросшею кистою яичника или съ злокачественнымъ новообразова-

ніемъ въ сальникѣ. При распознаваніи слѣдуетъ принять во вниманіе возрастъ, наслѣдственность, продолжительную лихорадку, исхуданіе и состояніе важнѣйшихъ органовъ, а также внутренняго полового аппарата; въ отдѣленіи матки иногда можно найти палочки бугорчатки. Обыкновенно мѣсячныя у такихъ больныхъ бываютъ задержаны. Бугорчатая опухоль сальника представляется довольно чувствительною при ошупываніи черезъ брюшные покровы. Встрѣчаются также случаи, когда туберкулезный характеръ воспаленія брюшины можно опредѣлить только при чревосѣченіи.

Предсказаніе при остромъ воспаленіи тазовой брюшины у небеременной женщины гораздо благоприятѣе, нежели въ послѣродовомъ періодѣ, такъ какъ воспаленіе рѣже поднимается кверху и становится общимъ. Образовавшійся тазовый нарывъ представляетъ опасность перехода въ ихорозное распаденіе или возможность изліянія гноя въ полость брюшины; гораздо чаще, однако, гной удаляется чрезъ прямую кишку или влагалище, если врачъ не вскрываетъ тазовой нарывъ своевременно. Развившіяся вслѣдствіе воспаленія въ тазу приращенія часто трудно устранимы, хотя очень рѣдко представляются опасными для жизни. Тѣмъ не менѣе полное выздоровленіе возможно. Гаіронъ приводитъ 12 случаевъ изъ своей практики, гдѣ женщины, перенесшія воспаленіе тазовой брюшины, впослѣдствіи имѣли дѣтей. Подобные случаи встрѣчаются не особенно рѣдко.

Общее воспаленіе брюшины септического и сапрофитического характера у беременныхъ женщинъ представляетъ почти такое же опасное заболѣваніе, какъ въ послѣродовомъ періодѣ. Гораздо болѣе благоприятные исходы даетъ гонорройная форма. Бугорчатое воспаленіе брюшины, съ накопленіемъ жидкости въ животѣ, не сопровождающееся лихорадкой, представляетъ болѣе благоприятное предсказаніе, чѣмъ при сухой формѣ или въ тѣхъ случаяхъ, когда лихорадочное состояніе держится упорно.

Винъ объясняетъ выздоровленіе въ этихъ случаяхъ появленіемъ безчисленныхъ лейкоцитовъ въ узелкахъ, которыми бываетъ усыяна въ такихъ случаяхъ брюшина, и рубцеваніемъ, развивающимся вслѣдъ за исчезновеніемъ бугорчатыхъ палочекъ. Routier на 358 случаевъ peritonitis tuberculosa, гдѣ было произведено чревосѣченіе, насчитываетъ 253 случая выздоровленія. Врядъ ли можно признать такую статистику вполне достоверной.

Лѣченіе. Тщательнымъ соблюденіемъ правилъ антисептики, при гинекологическомъ изслѣдованіи и производствѣ операций въ области полового аппарата женщины, можно избѣгать появленія мѣстнаго и общаго воспаленія брюшины. Когда уже обнаружались симптомы этой болѣзни, необходимо назначить опій внутрь или чрезъ прямую кишку въ видѣ t-rae opii simpl. или extr. opii aquos., снаружы кладутъ на животъ ледяной компрессъ или пузырь со льдомъ. При сильной рвотѣ даютъ кусочки льда, приемы t-rae belladonn. съ tinct. opii или съ кодеи-

номъ, или дѣлають подкожное впрыскиваніе морфія въ область желудка. При задержаніи газовъ въ кишкахъ назначается клистиръ изъ настоя ромашки съ прибавленіемъ 5—10 gtt. ol. terebinth.

Когда образовался нарывъ въ полости живота, въ большинствѣ случаевъ онъ настолько доступенъ черезъ влагалище, что возможно сдѣлать пробный проколъ тонкимъ троакаромъ Dieulafoys, по которому легко удаётся провести заостренные щипцы Landau, при чемъ обыкновенно вытекаетъ масса гноя. Этимъ инструментомъ удаётся также настолько расширить рану, что въ нее можно ввести указательный палецъ. Можно также вскрыть тазовой нарывъ по слойнымъ разрѣзамъ черезъ задній сводъ. Полость нарыва промывается растворомъ борной кислоты и затѣмъ въ нее вводится толстый дренажъ съ перекладиною на концѣ. Menge въ гноѣ, вытекавшемъ черезъ троакаръ, 7 разъ нашелъ streptococcus purg. и однажды bact. coli comm. Рѣже приходится прибѣгать къ вскрытію тазоваго нарыва черезъ наружныя брюшныя стѣнки. Предварительно въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ произвести приращеніе краевъ брюшной раны къ стѣнкѣ нарыва, что достигается наложеніемъ швовъ, или же брюшная рана закладывается йодоформенною марли, по крайней мѣрѣ, на семь дней и, только спустя это время, производится вскрытіе тазоваго нарыва. Такимъ образомъ намъ приходилось вскрывать нѣсколько разъ большіе нарывы таза. Terillon также придерживается этого способа. Американскій врачъ Martin предлагаетъ дѣлать чревосѣченіе съ цѣлью провести въ надлежащемъ направленіи дренажъ черезъ влагалище. Врядъ ли можно одобрить этотъ хирургическій



Рис. 227. Щипцы Landau для вскрытія тазоваго нарыва черезъ влагалище. *жс* — желобки для проведенія щипцовъ по троакару.



Рис. 228. Тонкій троакаръ Dieulafoys

пріемъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда нарывъ вскрывается самостоятельно въ кишку или мочевой пузырь, нерѣдко все-таки приходится вскрывать его широкимъ отверстіемъ черезъ сводъ влагалища или черезъ брюшныя стѣнки, чтобы прекратить продолжительное отдѣленіе гноя и заживить полость нарыва.

Французскіе врачи Pēan, Ségond, Richelot, Doyen и другіе первые стали производить вырѣзываніе матки черезъ влагалище при

тазовыхъ нарывахъ, заживленія которыхъ не удается достигнуть обыкновенными средствами. Удаленіе матки открываетъ широкій и удобный путь для истеченія гноя. Однако у одной изъ нашихъ больныхъ при давно образовавшемся гнойномъ свищѣ и *fist. rectovaginalis* въ заднемъ сводѣ и въ случаѣ, описанномъ *Regnier*'омъ, эта операція не способствовала опоражненію гноя. Въ подобныхъ случаяхъ, какъ совѣтуетъ *Freund*, слѣдуетъ дѣлать чревосѣченіе, удалить воспалительную опухоль придатковъ, отсепаровать прямую кишку и зашить ея свищъ двойнымъ швомъ.

Для устраненія приращеній матки и ея придатковъ наичаще примѣняется массажъ по способу *T. Brandt*'а, при чемъ стараются привести матку въ нормальное положеніе обычными приемами. Когда желаютъ примѣнить способъ *Schultze* для быстрого разъединенія приращеній, необходимо прибѣгать для этой цѣли къ наркозу. При хронической формѣ воспаления тазовой брюшины съ образованіемъ экссудата назначаютъ теплыя соляныя ванны, согрѣвающие компрессы и внутрь препараты іода. Когда распознана бугорчатая форма воспаления брюшины, внутрь даютъ *ol. jecoris aselli*, *kreosot. fag.* или *creosotal*; иные предпочитаютъ *kali jodat.* въ большихъ дозахъ. Въ животъ втираютъ іодистую мазь или *sapo viridis*. Въ послѣднее время многими врачами, въ особенности въ клиникахъ, примѣнялся способъ *Auvard*'а. Больная ежедневно по нѣсколько часовъ лежитъ на наклонной плоскости, которая образуется приподнятіемъ нижняго края вставленнаго въ деревянную или желѣзную раму матраца на 15—20°, съ цѣлью облегчить оттокъ крови изъ таза больной, у которой находится выпоть или воспалительная опухоль. На нижнюю часть живота одновременно кладутъ пузырь со льдомъ или согрѣвающий компрессъ и бинтъ, а во влагалище вводится гуттаперчевый пузырь, который наполняется мелкою дробью или ртутью въ количествѣ 500,0 до 1500,0.

Что касается чревосѣченія, то при остромъ воспаленіи брюшины оно умѣстно въ началѣ болѣзни въ тѣхъ случаяхъ, когда можно удалить опухоль, отъ перекручиванія ножки которой или отъ прорывленія стѣнки послѣдовало воспаленіе.

При такихъ условияхъ мы нѣсколько разъ съ успѣхомъ производили эту операцію. *Gait* при остромъ воспаленіи брюшины оперировалъ 8 разъ, выздоровѣло 6 больныхъ. *Kieske* собралъ изъ литературы 119 случаевъ чревосѣченія при гнойномъ воспаленіи брюшины, 51 разъ операція сопровождалась благополучнымъ исходомъ.

При полномъ развитіи воспаления септического и сапримического характера операція противопоказуется. Когда воспаленіе имѣетъ септический характеръ, слѣдуетъ испытать *serum antistreptococcum Martogesk*'а.

При сращеніяхъ въ полости брюшины также рѣдко приходится прибѣгать къ чревосѣченію съ цѣлью ихъ устраненія помощью отдѣленія

рукою, иногда ножомъ или раскаленнымъ платиновымъ наконечникомъ. Такую операцію слѣдуетъ предпринять только въ тѣхъ случаяхъ, когда вызываемые сращениями припадки являются опасными для жизни или подрываютъ здоровье женщины.

Въ подобныхъ же случаяхъ Treub и другіе видѣли благоприятные результаты отъ удаленія матки чрезъ влагалище. При actinomycosis Wölfelg хвалятъ внутреннее и мѣстное употребленіе kali jodati продолжительное время.

Напротивъ, при туберкулезной формѣ воспаленія брюшины къ операціи чрево-сѣченія прибѣгаютъ охотно, въ надеждѣ достигнуть облегченія или даже излѣченія болѣзни. Послѣ разрѣза брюшной стѣнки, по возможности основательно выбираютъ жидкость марлевыми компрессами и распыляютъ въ полость брюшины небольшое количество іодоформа. Рана сшивается. Вскорѣ



Рис. 229. Примѣненіе массажа при лѣченіи perimetritis chr., оставившаго adhaesiones.

послѣ операціи и въ теченіе перваго года погибаетъ при серозной формѣ около 43% больныхъ. Еще гораздо хуже результаты при peritonitis tuberculosa sicca, при которомъ погибаетъ въ теченіе того же времени 72%. Къ результатамъ еще болѣе печальнымъ пришелъ Wunderlich.

Глава 2.

Острое и хроническое воспаленіе тазовой клѣтчатки, parametritis acuta et chronica.

Этіологія. Подобно воспаленію тазовой брюшины въ настоящее время воспаленіе тазовой клѣтчатки встрѣчается въ практикѣ рѣже, чѣмъ в прежнее время. Острая форма развивается наичаще вслѣдствіе пораненія или травмы, сопровождающейся септическимъ зараженіемъ. Вве-

деніе зонда въ полость матки, расширеніе канала шейки, надрѣзы влагаліщной части, пластическія операціи на стѣнкѣ влагаліща, ношеніе кольца, даже простое изслѣдованіе чрезъ влагаліще могутъ явиться причиною этой болѣзни, если, при различныхъ манипуляціяхъ и способахъ лѣченія, не соблюдаются достаточно строго правила обеззараживанія. Септические микробы проникаютъ чрезъ пораненную слизистую оболочку и при посредствѣ лимфатическихъ сосудовъ проходятъ въ тазовую клѣтчатку, окружающую стѣнки заболѣвшихъ органовъ. Наичаще воспаленіе переходитъ отъ матки, гораздо рѣже оно развивается при воспаленіи пузыря, влагаліща или прямой кишки. Въ исключительныхъ случаяхъ воспаленіе тазовой клѣтчатки начинается отъ стѣнки слѣпой кишки, при заболѣваніи послѣдней, или отъ пораженныхъ каріознымъ процессомъ костей. Не подлежитъ также сомнѣнію возможность появленія воспаленія тазовой клѣтчатки въ нѣкоторыхъ случаяхъ вслѣдствіе простуды во время мѣсячныхъ, половыхъ излишествъ, рукоблудія и примѣненія различныхъ способовъ въ теченіе продолжительнаго времени для избѣжанія зачатія. Перѣдко острое воспаленіе тазовой клѣтчатки переходитъ въ хроническую форму; въ другихъ случаяхъ послѣдняя появляется самостоятельно, вслѣдствіе продолжительнаго раздраженія со стороны заболѣвшихъ внутреннихъ половыхъ органовъ.

Анатомическія измѣненія. Въ небеременномъ состояніи крайне рѣдко встрѣчаются тяжелыя острыя заболѣванія, составляющія нерѣдко исходный пунктъ для септицеміи и піэміи въ послѣродовомъ періодѣ, когда патогенные микробы, переходя изъ полости матки въ расширенныя лимфатическіе и кровеносныя сосуды, вызываютъ въ нихъ скопленіе гноя. Зараза переходитъ въ кровь и разносится по всему организму; мѣстное воспаленіе тазовой клѣтчатки, которое передается стѣнками сосудовъ, представляетъ явленіе второстепенное, а иногда даже незначительное. При септицеміи преобладающее значеніе имѣетъ быстро развивающійся *peritonitis diffusa*, а при піэміи—метастазы. Въ небеременномъ состояніи обыкновенно острое воспаленіе клѣтчатки представляетъ преимущественно мѣстный процессъ, остающійся таковымъ почти всегда при своемъ дальнѣйшемъ теченіи. Наичаще поражается воспаленіемъ клѣтчатка, окружающая маточную шейку; воспалительная инфильтрація въ широкой связкѣ начинается широкою каймою возлѣ шейки и постепенно суживается кнаружи по направленію къ стѣнкѣ таза; чаще инфильтрація обнимаетъ заднюю, нежели переднюю поверхность шейки. Рѣдко воспаленіе начинается въ клѣтчаткѣ, окружающей влагаліще. Въ началѣ заболѣванія ткань представляется пастоною, какъ бы студенистой, переполненною кровью и инфильтрованою мелкими клѣтками. При дальнѣйшемъ теченіи она дѣлается болѣе плотною, мѣстами въ ней находятъ гнойныя фокусы, которые, если процессъ не переходитъ въ разрѣшеніе, соединяются въ одну гнойную полость. Короче сказать, происходятъ измѣненія,

свойственныя обыкновенному флегмонозному воспаленію. При воспалительныхъ экссудатахъ въ тазу Kolischer находилъ отечное состояніе слизистой оболочки пузыря. Значительное распространеніе воспаленія тазовой клѣтчатки въ небеременномъ состояніи встрѣчается сравнительно рѣдко. Отъ первоначальнаго мѣста воспалительный процессъ, при интенсивномъ заболѣваніи, иногда распространяется въ различныхъ направленіяхъ въ зависимости отъ анатомическихъ условій. Какъ извѣстно, подбрюшинная клѣтчатка въ тазу представляеть 3 отдѣла, обособленные одинъ отъ другого фиброзными перегородками, переходящими въ глубину таза отъ *lig. rotundum* и *lig. infundibulo — pelv.*; почему при особенной злокачественности зараженія воспаленіе можетъ распространиться по клѣтчаткѣ пузыря, въ *sacrum Retzii*, на переднюю стѣнку живота; а съ боковъ оно поднимается въ подвздошную впадину и въ паховую область, отслаивая брюшину выше *lig. Pouparti*. При появленіи воспаленія въ заднемъ отдѣлѣ тазовой клѣтчатки, оно можетъ распространяться книзу и сзади кишки, рѣже кпереди возлѣ задней стѣнки влагалища. Только въ исключительныхъ случаяхъ воспаленіе тазовой клѣтчатки поднимается по сосудамъ и мышцамъ кверху до клѣтчатки почекъ или переходитъ возлѣ боковыхъ стѣнокъ таза въ *sacrum subcutaneum pelvis*. Въ тѣхъ случаяхъ, когда образовался нарывъ, гной прокладываетъ себѣ путь наружу или въ сосѣдніе органы.



Рис. 230. Parametritis puerperalis septica. Лимфатическіе сосуды расширены и наполнены гноемъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда образовался нарывъ, гной прокладываетъ себѣ путь наружу или въ сосѣдніе органы.

При хронической формѣ воспаленія тазовой клѣтчатки, находятъ въ основаніи широкой связки или возлѣ матки мозолистыя затвердѣнія или плотныя перемычки въ ткани, указывающія на мѣстную атрофію клѣтчатки. Наичаще образованіе плотной рубцовой ткани находятъ въ заднихъ маточныхъ связкахъ, а также съ боку матки, возлѣ значительныхъ надрывовъ послѣдней. Вслѣдствіе такихъ измѣненій происходитъ смѣщеніе и оттягиваніе въ сторону, а также уменьшеніе подвижности органовъ таза, преимущественно матки, и явле-

нія зтяжної гипереміи. Въ рѣдкихъ случаяхъ такому состоянію подвергается у молодыхъ женщинъ вся тазовая клѣтчатка. Обыкновенно процессъ начинается отъ Дугласовыхъ складокъ и переходитъ постепенно на боковыя части тазовой клѣтчатки; постепенно исчезаетъ жиръ, мѣстами, въ особенности въ широкихъ связкахъ, появляются плотныя рубцы. При такихъ условіяхъ въ началѣ болѣзни замѣчается воспалительная припухлость матки, а затѣмъ развиваются измѣненія, указывающія на преждевременное увяданіе половыхъ органовъ женщины,

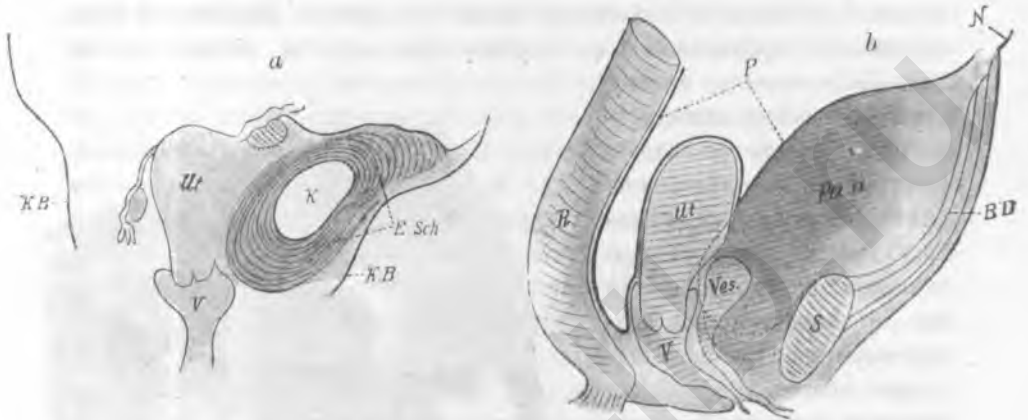


Рис. 231. Шематическое изображеніе parametritis exudativa purp.: *a* — лѣвосторонній экссудатъ, переходящій на fossa iliaca и опускающійся до свода влагалища; *b* — экссудатъ, находящійся впереди матки и поднимающійся изъ cavum Retzii по передней поверхности живота до пупка (*pa. a*); *ut* — uterus; *v* — vagina; *ves* — vesica urinaria; *R* — rectum; *P* — peritoneum; *S* — Symphysis pubis; *KB* — костная стѣнка таза; *B.D* — покровы живота; *N* — пупокъ; *E.Sch* — наружный плотный слой экссудата; *K* — скопленіе гноя.

что зависитъ отъ сдавливанія ихъ сосудовъ и нервовъ, проходящихъ въ тазовой клѣтчаткѣ, въ которой послѣдовало атрофическое оплотнѣніе.

Симптомы и теченіе. Какъ уже сказано, острая форма воспаленія тазовой клѣтчатки, phlegmone pelvis, септического или пиѣмического характера, встрѣчается почти исключительно послѣ родовъ или выкидыша. При тѣхъ острыхъ формахъ, которыя наблюдаются въ небеременномъ состояніи, заболѣваніе часто начинается значительнымъ ознобомъ и сопровождается обыкновенно лихорадкой, при чемъ температура поднимается до 39—40° С. и соответственно этому пульсъ достигаетъ 100—120 ударовъ въ минуту. Боль рѣдко достигаетъ значительной степени, въ особенности если больная лежитъ покойно. Наичаще ощущается тупая боль въ глубинѣ таза, которая усиливается при давленіи. Обыкновенно вздутія живота не замѣчается. Исхуданіе, потеря аппетита и общая слабость представляютъ обычные симптомы. Лихорадочное состояніе въ легкихъ случаяхъ продолжается не болѣе 7—14 дней, въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ оно тянется 5—6 недѣль и болѣе. Когда процессъ оканчивается разрѣшеніемъ, что бываетъ наи-

чаще, температура обнаруживаетъ значительное пониженіе въ утренніе часы, когда она спускается до нормы. При переходѣ въ нагноеніе лихорадочное состояніе усиливается, принимаетъ гектической характеръ, ожесточаются также боли въ тазовой области, которыя отражаются на поясницу и часто на правую или лѣвую нижнюю конечность. При поражении клѣтчатки, окружающей *pl. ischiadicus*, соответствующее бедро пригибается къ животу и замѣтно припухаетъ. При распространенномъ воспалительномъ процессѣ и при значительномъ скопленіи гноя въ тазу, сдавливаются кровеносные и лимфатическіе сосуды, вслѣдствіе чего на наружныхъ половыхъ частяхъ появляется отекъ. При изслѣдованіи чрезъ влагалище мы находимъ опухоль, начинающуюся отъ маточной шейки, иногда также отъ тѣла матки. Опухоль наичаще представляется плотною, она довольно низко расположена въ полости таза, доходить съ боку до стѣнки таза и часто отодвигаетъ матку въ противоположную сторону. Сверху контуры опухоли при двойномъ изслѣдованіи опредѣляются довольно ясно. Наичаще эксудатъ находится въ широкой связкѣ и въ заматочной клѣтчаткѣ, въ другихъ случаяхъ онъ ощущается выше *lig. Pouparti*, или же поднимается *in fossa iliaca*. Если воспаление начинается въ заматочной клѣтчаткѣ, то эксудатъ распространяется по *lig. utero-sacralia* на клѣтчатку между прямою кишкою и заднею стѣнкой влагалища. При воспаленіи въ клѣтчаткѣ, находящейся сзади пузыря, эксудатъ находится спереди матки, а также съ боковъ мочевого пузыря. Когда воспаляется клѣтчатка позади лоннаго соединенія, эксудатъ поднимается кверху надъ брюшиною по передней стѣнкѣ живота.

Эксудатъ, образовавшійся въ широкой связкѣ, иногда имѣетъ округленные контуры, но чаще его форма бываетъ продолговатая, плоская или неправильная. Когда эксудатъ начинаетъ всасываться, онъ уменьшается, становится тоньше, или же въ немъ различаются отдѣльные бугры.

Вначалѣ воспалительная опухоль въ клѣтчаткѣ имѣетъ тѣстоватую мягкую консистенцію, но постепенно опухоль становится плотнѣе и достигаетъ плотности дерева. При образованіи нарыва опухоль становится чувствительною при дотрагиваніи, и въ ней обнаруживается размягченіе. Въ такихъ случаяхъ лихорадка усиливается и чувствительность въ опухоли увеличивается. Зыбленіе наичаще ощущается въ тазовой области, рѣже въ заднемъ сводѣ или выше лоннаго соединенія на передней стѣнкѣ живота. Почему наичаще самостоятельно нарывъ вскрывается въ тазовой области выше *lig. Pouparti*; при воспаленіи въ задней части таза, образовавшійся въ тазовой клѣтчаткѣ нарывъ прокладываетъ себѣ путь въ прямую кишку, въ верхнюю часть *ampulla recti* или въ задній сводъ влагалища. При воспаленіи въ клѣтчаткѣ, окружающей влагалище, варывъ вскрывается въ каналъ рукава. Абсцессъ въ клѣтчаткѣ между пузыремъ и маткою прокладываетъ себѣ путь иногда въ пузырь. Въ рѣдкихъ случаяхъ большой нарывъ въ тазовой клѣтчаткѣ

вскрывается на передней стѣнкѣ бедра, въ ягодичной области, куда онъ направляется по ходу сосудовъ и нервовъ, или же *in cavo ischio-rectale*. Наиболѣе неблагопріятнымъ исходомъ болѣзни является вскрытіе нарыва въ полость брюшины; въ исключительныхъ случаяхъ это возможно чрезъ нѣсколько лѣтъ послѣ начала болѣзни. Микробы въ нарывахъ клѣтчатки сохраняютъ свою вредоносность въ теченіе 6—8 мѣсяцевъ. Количество вытекающаго гноя при самопроизвольномъ вскрытіи нарыва иногда бываетъ очень значительно, часто онъ бываетъ зловонный и даже иногда имѣетъ запахъ кала, если кишечныя петли прилегали къ стѣнкамъ нарыва.

Обыкновенно эксудатъ въ тазовой клѣтчаткѣ представляетъ неподвижную опухоль, въ особенности если она доходитъ до стѣнки таза; только небольшіе эксудаты, расположенные возлѣ маточной шейки, имѣютъ совмѣстно съ маткою нѣкоторую подвижность. Въ тѣхъ случаяхъ, когда эксудатъ прилегаетъ непосредственно къ заднему или переднему своду влагалища, слизистая оболочка этой части рукава теряетъ подвижность.

Хроническая форма воспаленія тазовой клѣтчатки сопровождается болевыми ощущеніями въ области таза и разнообразными расстройствами ихъ функцій—запорами, ненормальностью мочеиспусканія, болями при мѣсячныхъ, истеченіемъ бѣлей, сильными болями при сношеніи, бесплодіемъ и пр. Къ числу этихъ симптомовъ присоединяются часто явленія неврастеніи и гистеріи, въ особенности когда наступаютъ преждевременная атрофія половыхъ органовъ. При внутреннемъ изслѣдованіи чрезъ влагалище находятъ часто смѣщеніе матки относительно тазовой оси и уменьшенную подвижность. Въ особенности часто встрѣчается затвердѣніе и укороченіе заднихъ маточныхъ связокъ, *parametritis post.* При значительномъ развитіи уплотненія тазовой клѣтчатки своды влагалища исчезаютъ, стѣнки рукава утрачиваютъ свою эластичность, становятся гладкими, матка представляется плотною и малою.

Распознаваніе на основаніи вышеизложенныхъ симптомовъ не представляетъ особыхъ затрудненій. Тѣмъ не менѣе въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ возникнуть сомнѣвіе о мѣстѣ нахожденія эксудата, въ особенности при воспаленіи въ задней части таза. Въ противоположность выпоту, образовавшемуся при воспаленіи брюшины и выполняющему Дугласово пространство, эксудатъ въ заматочной клѣтчаткѣ представляетъ плоскую плотную припухлость, обхватывающую матку сзади; онъ не поднимается высоко по задней стѣнкѣ матки и не отодвигаетъ замѣтно впередъ матку; распространяясь сзади по *lig. utero-sacralia*, онъ плотно обхватываетъ прямую кишку. Послѣ прекращенія воспаленія остается укороченіе заднихъ связокъ, но не бываетъ сплошныхъ приращеній между маткою и прямою кишкою, что обыкновенно происходитъ послѣ воспаленія брюшины въ этой области.

Эксудатъ, развившійся въ широкой связкѣ, наичаще можно смѣшать

съ pyosalpinx. Въ отличіе отъ послѣдняго эксудатъ имѣетъ наичаще разлитую плоскую форму, ощупываніе его мало болѣзненно, онъ доходитъ до стѣнокъ таза, неподвиженъ, обыкновенно находится съ одной стороны и начинается отъ шейки матки. Сводъ влагалища уплощенъ, и слизистая оболочка утратила подвижность. Въ рѣдкихъ случаяхъ можно смѣшать parametritis lateralis dextra и appendicitis. Послѣднее заболѣваніе начинается приступами сильныхъ болей въ области слѣпой кишки, запорами, даже явленіями остраго или хроническаго воспаленія брюшины, которыя часто являются повторно и обыкновенно предшествуютъ образованію выпота, расположеннаго выше lig. Pouparti и не опускающагося въ малый тазъ. При пораженіи позвонковъ образовавшійся нарывъ иногда опускается по m. psoas въ тазъ и образуетъ опухоль выше lig. Pouparti и даже ниже ея. Отличительными признаками является пораженіе костей позвоночника, отсутствіе воспалительныхъ заболѣваній въ половой сферѣ и часто безлихорадочное теченіе.

Rosthorn приводитъ случай actinomycosis въ тазовой клѣтчаткѣ. Воспалительная опухоль находилась сзади матки и съ боковъ въ тазовой клѣтчаткѣ, на покровахъ живота открывались нѣсколько свищей, изъ которыхъ выдѣлялся гной. Лихорадка, боли, рвота; постепенно истощеніе увеличивалось. Черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ начала болѣзни летальный исходъ. Распознаваніе было сдѣлано только послѣ изслѣдованія гнойнаго отдѣленія подъ микроскопомъ.

Трудно смѣшать образовавшійся въ тазовой клѣтчаткѣ нарывъ съ кистой широкой связки или съ дермоидными опухолями, которыя въ рѣдкихъ случаяхъ развиваются въ тазовой клѣтчаткѣ. Sän ger насчитываетъ 9 подобныхъ случаевъ. Эти тазовыя кисты бывають наиболѣе доступны со стороны промежности или fossa ischiorectalis.

Предсказаніе при острой формѣ въ большинствѣ случаевъ благоприятно. Сравнительно рѣдко воспаленіе тазовой клѣтчатки у гинекологическихъ больныхъ переходитъ въ нагноеніе. Даже образованіе нарыва при надлежащемъ лѣченіи и своевременномъ пособіи рѣдко влечетъ за собою опасныя послѣдствія. Однако при вскрытіи нарыва въ мочевоі пузырь слѣдуетъ опасаться перехода зараженія на лоханки и почки. Опорожненіе нарыва въ брюшную полость влечетъ за собою peritonitis diffusa и летальный исходъ. Напротивъ, при хронической формѣ часто невозможно достигнуть возстановленія нормальнаго отношенія и правильныхъ отправленій тазовыхъ органовъ. Оставшіяся измѣненія въ клѣтчаткѣ въ видѣ плотныхъ перемычекъ и утолщеніе связокъ, причиняющее уменьшеніе подвижности матки, оказываютъ иногда неблагоприятное вліяніе на теченіе беременности, именно предрасполагають къ выкидышамъ. Часто также послѣдствіемъ parametritis chr. является хроническая воспалительная опухоль матки.

Лѣченіе. Врачъ, который рачіонально примѣняетъ правила дезинфекціи, рѣдко будетъ имѣть дѣло съ воспаленіемъ тазовой клѣтчатки, развившимся послѣ гинекологическаго изслѣдованія и хирургическихъ

операций въ половомъ аппаратѣ женщины. Необходимо также, чтобы женщина соблюдала необходимыя предосторожности во время мѣсячныхъ очищеній, а равно при гинекологическомъ лѣченіи и при употребленіи различнаго рода пессаріевъ.

Коль скоро обнаружилась явленія, указывающія на воспаленіе тазовой клѣтчатки, больная должна покойно лежать въ постели. На нижнюю часть живота кладутъ пузырь со льдомъ, внутрь назначаютъ легкое слабительное или, при значительныхъ боляхъ, растворъ кодеина. Рѣдко приходится назначать внутреннія жаропонижающія средства, но слѣдуетъ при остромъ заболѣваніи испытать втираніе *ung. hydrargyri* въ животъ или втираніе въ конечности *ung. argenti solub.* *Credé*, 3,0 *pro dosi* въ теченіе 3 — 4 дней по одному разу. Когда лихорадка прошла, переходятъ къ наружному употребленію разрѣшающихъ средствъ, преимущественно препаратовъ іода; на животъ въ этомъ періодѣ болѣзни наиболѣе цѣлесообразно назначать согрѣвающіе компрессы. Такое лѣченіе заканчиваютъ назначеніемъ теплыхъ общихъ ваннъ съ прибавленіемъ поваренной соли или углекислой соды, разрѣшающихъ тампоновъ и горячихъ душей. Въ послѣднее время нѣкоторые врачи съ успѣхомъ примѣняли положеніе больной на наклонной плоскости, нижній конецъ которой приподнятъ на 15 — 20°, съ надавливаніемъ на выпоть чрезъ влагалище. Поѣздка въ лѣтніе мѣсяцы на воды, гдѣ между прочимъ можно пользоваться грязными или минеральными ваннами, можетъ принести большую пользу. При образованіи нарыва, слѣдуетъ вскрыть его. Желательно во всѣхъ случаяхъ производить вскрытіе нарыва послѣ появленія зыбленія, хотя выжидать его возможно далеко не во всѣхъ случаяхъ, въ виду продолжительности заболѣванія и значительнаго истощенія больной. Смотри по мѣсту образованія нарыва проникнуть до него нельзя одинаковымъ способомъ. При экссудатахъ, распространившихся на *fossa iliaca* или *in reg. inguinale*, разрѣзъ слѣдуетъ дѣлать выше середины Пупартовой связки къ *spin. ant. sup.* и послойно доходить до клѣтчатки, лежащей впереди брюшины. Въ рѣдкихъ случаяхъ нужно бываетъ еще сдѣлать контр-апертуру въ сводѣ влагалища и провести дренажъ. При выпотѣ, расположенномъ въ тазу съ боку матки, нарывъ вскрывается разрѣзомъ чрезъ задній и отчасти боковой сводъ влагалища. Негар совѣтуетъ при такихъ абсцессахъ доходить до нарыва чрезъ *fossa ischio-rectalis*, производя вертикальный разрѣзъ съ боку промежности. При экссудатахъ, расположенныхъ въ клѣтчаткѣ спереди или сзади маточной шейки, слѣдуетъ вскрывать нарывы послойнымъ разрѣзомъ чрезъ соотвѣтственный сводъ. Осторожно промывши полость нарыва, въ него вводятъ полоску марли или вставляютъ дренажную трубу съ поперечною перекладиною на концѣ. Рѣдко приходится прибѣгать къ проведенію сквозного дренажа.

При хронической формѣ, только при частичномъ оплотненіи клѣтчатки можно съ нѣкоторымъ успѣхомъ примѣнить обычныя разрѣшаю-

щія средства, а также массажъ, а при смѣщеніи матки ношеніе правильно подобранаго пессарія. G é g a r d съ пѣлью ускоренія всасыванія экссудата назначалъ горячіе души въ теченіе пѣлаго часа, при чемъ употреблялось отъ 30—40 litr. воды. Купидоновъ примѣнялъ

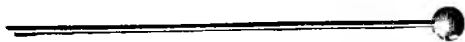


Рис 232. Шаровидный электродъ для влагалища.

лѣченіе электричествомъ по способу A p o s t o l i. Когда явленія неврастеніи и гистеріи выступаютъ на первомъ планѣ, необходимо назначить соотвѣтствующее общее лѣченіе.

Глава 3.

Кровоизліянія, находящіяся въ зависимости отъ полового аппарата—брюшное кровоизліяніе, haemorrhagia abdominalis, околоматочное, haematocеле, и подбрюшинное, haematoma pelvis.

Такія кровоизліянія встрѣчаются въ практикѣ довольно рѣдко,—не болѣе 2—3% гинекологическихъ больныхъ представляютъ это заболѣваніе. Слѣдуетъ различать брюшное кровоизліяніе, околоматочное кровотеченіе въ полости брюшины, haematocеле, и кровоизліяніе подбрюшину въ тазовую клѣтчатку, haematoma pelvis.

Этіологія. Внѣматочная беременность, преимущественно въ первые мѣсяцы своего развитія, представляетъ наиболѣе частую причину различныхъ видовъ брюшныхъ и тазовыхъ кровоизліяній. Въ тѣхъ случаяхъ, когда происходитъ разрывъ растянутой стѣнки трубы, образующей околоплодный мѣшокъ, происходитъ сильное кровотеченіе, при чемъ кровь скопляется въ полости живота, haemorrhagia abdominalis. Когда стѣнка трубы остается цѣлою, а поверхность яйца только отдѣляется отъ нея на незначительномъ пространствѣ, изъ наружнаго конца трубы вытекаетъ кровь, которая скопляется преимущественно въ полости тазовой брюшины, въ особенности въ Дугласовомъ пространствѣ, образуя тамъ ограниченную кровяную опухоль, haematocеле. Какъ часто внѣматочная беременность служитъ причиною внутренняго кровоизліянія въ полость таза въ точности неизвѣстно. Большинство современныхъ гинекологовъ не сомнѣваются, что grav. extrauterina представляетъ наиболѣе частую причину этой болѣзни. По мнѣнію Fehling'a это бываетъ въ 90—95% всѣхъ случаевъ. Не всегда можно судить о причинѣ на основаніи однихъ данныхъ анамнеза. Mendes наблюдалъ случай haematocеле, происшедшей, несомнѣнно, отъ внѣматочной бе-

ременности, хотя мѣсячныя не задерживались и не выходила изъ матки отпадающая оболочка.

Нерѣдко внутреннее кровоизліяніе совпадаетъ съ появленіемъ мѣсячныхъ кровей. Въ этихъ случаяхъ вслѣдствіе траумы, сильного возбужденія, совокупленія и проч., кровоизліяніе можетъ послѣдовать изъ полости лопнувшаго Граафова пузырька и послужитъ причиной образованія околوماتочной кровяной опухоли. При тѣхъ же условіяхъ, а также вслѣдствіе попытокъ насильственного выпрямленія матки, можетъ послѣдовать такого же рода кровоизліяніе при существующихъ приращеніяхъ этого органа, представляющихъ послѣдствіе мѣстнаго воспаленія брюшины. Эти приращенія часто содержатъ сосуды такой величины, что разрывъ ихъ можетъ причинить значительное внутреннее кровотеченіе. Сравнительно рѣдко наблюдали образованіе haematocoele при злокачественныхъ опухоляхъ матки, при haematosalpinx, при острыхъ заразныхъ заболѣваніяхъ, при нѣкоторыхъ отравленіяхъ, при болѣзняхъ сердца и проч. Въ этихъ случаяхъ кровоизліяніе происходитъ изъ слизистой оболочки трубъ подъ вліяніемъ сильной гипереміи.

Кровоизліяніе въ тазовой клѣтчаткѣ встрѣчается въ неродильномъ состояніи крайне рѣдко. Къ появленію ихъ располагаетъ гиперемія въ полости таза и патологическое состояніе стѣнокъ кровеносныхъ сосудовъ. Непосредственными причинами является сильное напряженіе брюшного пресса, ѣзда по дурной дорогѣ, простуда, излишества въ половыхъ отношеніяхъ въ особенности во время мѣсячныхъ и различнаго рода траумы внутреннихъ половыхъ органовъ. Иногда въ первые недѣли или мѣсяцы при внѣматочной беремености кровь изливается при разрывѣ трубы между складокъ широкой связки или же въ забрюшинную клѣтчатку въ области coecum или flex. sigmoidea. Мы наблюдали въ практикѣ, вслѣдствіе раненія артеріальныхъ сосудовъ, въ одномъ случаѣ кровоизліяніе влѣвъшую широкую связку, а въ другомъ въ клѣтчатку впереди мочевого пузыря.

Анатомическія измѣненія. При значительномъ количествѣ излившейся крови въ полость живота, отъ 2000 до 3000 grm. и болѣе, кровь не можетъ помѣститься въ полости таза, она поднимается кверху, оттѣсняя кишечныя петли и отчасти проникая между ними. Въ этихъ случаяхъ кровоизліяніе, если больная остается въ живыхъ, долгое время при изслѣдованіи не представляетъ рѣзкихъ границъ, и задній сводъ влагалища не бываетъ выпяченъ. Напротивъ, при болѣе умѣренныхъ внутрибрюшинныхъ кровоизліяніяхъ кровь собирается въ наиболѣе низкой части полости брюшины, именно за маткою въ Дугласовомъ пространствѣ, гдѣ она створаживается. Кровяная опухоль рано ограничивается сросшимися кишками и сращеніемъ сальника съ передней стѣнкой живота и маткою. При кровоизліяніяхъ въ тазовую клѣтчатку кровь изливается выше diaphragma pelvis или ниже ея; въ пер-

вомъ случаѣ ограниченная опухоль находится съ одной или съ обѣихъ сторонъ возлѣ матки, съ которою она сливается. Когда опухоль находится съ обѣихъ сторонъ, обѣ части кровяной опухоли соединяются между собою въ такихъ случаяхъ болѣе узкимъ перешейкомъ, расположеннымъ сзади, *haematoma retrouterinum*, рѣже—спереди шейки матки, *haematoma anteuterinum*. Въ другихъ случаяхъ кровь изли-

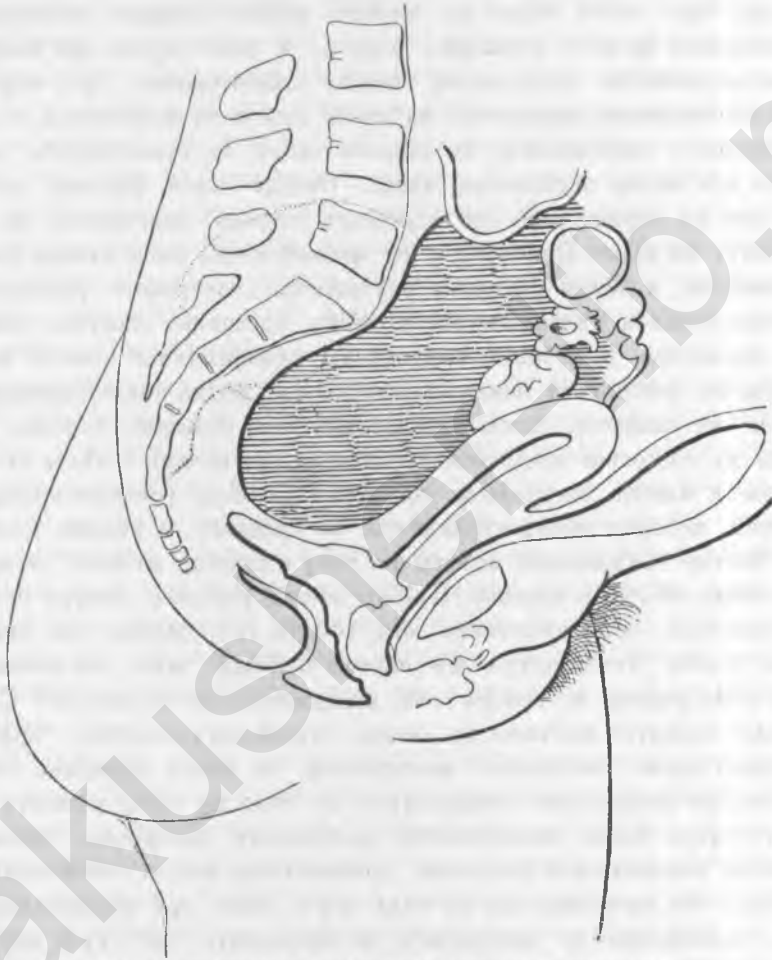


Рис. 234. Шематическое изображение *haematocoele retrouterina*.

вается въ широкую связку съ одной стороны, *haematoma ligamentosum*, или между задней стѣнкою влагалища и передней прямой кишки, *haematoma retrovaginale*. Въ практикѣ встрѣчаются часто комбинаціи этихъ видовъ гематомы. При появленіи кровоизліянія въ тазовую клетчатку ниже діафрагмы таза развивается *haematoma valvae et vaginae* и гораздо рѣже *haematoma fossae ischio-rectalis*.

Непосредственное соприкосновение внутрибрюшной кровяной опу-

холи съ стѣнками кишекъ способствуетъ переходу въ нее изъ кишечнаго канала микроорганизмовъ; вслѣдствіе чего можетъ послѣдовать ихорозное распаденіе излившейся крови, рѣже образованіе нарыва.

Симптомы и теченіе. Сильное неограниченное кровоизліяніе въ полость живота наступаетъ наичаще внезапно, при чемъ у больной быстро развиваются явленія острой анеміи. Появляется дурнота, головокруженіе, обморочное состояніе, слабость и даже исчезновеніе пульса, при этомъ боли въ животѣ рѣдко бывають значительны. Обыкновенно животъ нѣсколько вздутъ, и ниже пупка при постукиваніи оказывается притупленіе, неясно ограниченное. При внутреннемъ изслѣдованіи окружность маточной шейки чувствительна, но ясно выраженнаго выпячиванія въ заднемъ сводѣ не существуетъ, почти всегда изъ матки отдѣляется кровь. Иногда такія больныя погибають уже въ первые дни при явленіяхъ остраго малокровія, въ особенности, когда не прибѣгають къ чревосѣченію; чаще однако пульсъ поднимается, и общее состояніе улучшается, наступаетъ реакція, сопровождающаяся мѣстнымъ воспаленіемъ брюшины, наичаще слипчиваго характера. При болѣе умѣренномъ кровоизліянн явленія анеміи никогда не достигаютъ значительной степени, рѣдко такія больныя жалуются на слабость, хотя обыкновенно онѣ бывають блѣдны и не всегда въ состояніи подняться съ постели. Въ началѣ болѣзни въ нижней части живота ощущаются значительныя боли, усиливающіяся при давленіи, которыя распространяются на поясницу и нижнія конечности. Частые болѣзненные позывы на мочу и давленіе на низъ составляютъ также обычныя явленія. Пульсъ всегда учащенъ; смотря по силѣ кровоизліянн, онъ достигаетъ отъ 100 до 120 ударовъ въ минуту, рѣдко болѣе. Температура въ началѣ болѣзни часто не повышена, даже ниже нормы, но вскорѣ она поднимается до 38 или 39° С. Повышеніе держится наичаще въ теченіе одной-двухъ недѣль. Если излившаяся кровь постепенно всасывается, то этотъ процессъ совершается при нормальной температурѣ. Въ тѣхъ же болѣе рѣдкихъ случаяхъ, когда кровь подвергается ихорозному распаденію, снова появляется лихорадочное состояніе, принимающее иногда гектической характеръ, что продолжается до тѣхъ поръ, пока при образованн нарыва разложившееся содержимое не проложитъ себѣ путь наружу, обыкновенно чрезъ прямую кишку, или же пока такая полость не будетъ опорожнена посредствомъ разрѣза. Однимъ изъ наиболѣе частыхъ симптомовъ при этой болѣзни является продолжительное отдѣленіе крови изъ полости матки, что объясняется катарральнымъ состояніемъ ея слизистой оболочки, развившимся вслѣдствіе ненормальнаго кровообращенія, которое является неизбѣжнымъ послѣдствіемъ внутренняго кровоизліянн и вызываемой имъ реакціи. При внѣматочной беременности, вскорѣ послѣ развитія внутренняго кровотеченія, изъ полости матки отдѣляются куски отпадающей оболочки,

что обыкновенно, хотя не всегда, указываетъ на прекращеніе дальнѣйшаго развитія яйца.

При умѣренныхъ ограниченныхъ кровоизліяніяхъ въ началѣ болѣзни, при изслѣдованіи пальцемъ чрезъ влагалище, мы находимъ обыкновенно опухоль мягкой консистенціи въ заднемъ сводѣ—*haematocoele retrouterina*, рѣдко въ переднемъ—*haematocoele anteuterina*. Спустя одинъ или два дня, эта опухоль становится твердою, она сильно выпячивается во влагалище, значительно суживаетъ его просвѣтъ и отодвигаетъ матку кверху и впереди, если опухоль располагается въ Дугласовомъ пространствѣ. При наружномъ изслѣдованіи также ощущается въ нижней части живота плотная опухоль, верхняя граница которой проходитъ ниже пупка. На мѣстѣ этой опухоли постукиваніе даетъ болѣе тупой тонъ. При благопріятномъ теченіи опухоль постепенно уменьшается, но долгое время послѣ выздоровленія остается плотный комокъ, какъ остатокъ кровяной опухоли, позади и сбоку матки. Нерѣдко, спустя нѣсколько лѣтъ, можно найти при внутреннемъ изслѣдованіи сращенія въ полости таза, ограничивающія подвижность матки или причиняющія ея смѣщеніе.

Кровоизліяніе въ тазовую клѣтчатку наичаще появляется послѣ какой-либо травмы или усиленнаго движенія. Внезапно появляется въ нижней части живота сильныя острые боли, которыя сопровождаются давленіемъ на пузырь и прямую кишку, а также частыми позывами на мочу. Одновременно обнаруживаются явленія острой анеміи,—упадокъ силъ, обморочное состояніе и частый малый пульсъ. При изслѣдованіи находятъ въ полости живота, наичаще сзади и сбоку матки, неподвижную опухоль величиною отъ куриного яйца до объема головы взрослого человѣка. При значительномъ кровоизліяніи подъ брюшину, верхніе контуры опухоли ощущаются даже при наружномъ изслѣдованіи чрезъ брюшные покровы.

Распознаваніе. При существованіи рѣзко выраженныхъ симптомовъ, нами изложенныхъ, распознаваніе внутривнутрибрюшного кровоизліянія не представляетъ затрудненій. Отъ хроническаго экссудативнаго воспаленія тазовой брюшины или тазовой клѣтчатки кровяная опухоль отличается своимъ внезапнымъ появленіемъ и своимъ теченіемъ, которое только вначалѣ сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ. Опухоль при *haematocoele* въ началѣ заболѣванія бываетъ мягкой, затѣмъ становится плотною, и уже въ первые дни своего появленія сильно выпячиваетъ матку впереди и кверху. Въ большинствѣ случаевъ нетрудно также отличать *haematoma* отъ *haematocoele*. Кровоизліяніе въ клѣтчатку образуетъ опухоль, сидящую съ одной или съ обѣихъ сторонъ матки, Дугласово пространство остается свободнымъ, за маткою опухоль проходитъ въ видѣ узкаго мостика въ области шейки. Верхніе контуры опухоли прощупываются вполнѣ ясно и отчетливо. Лихорадки обыкновенно не бываетъ, но при образованіи опухоли внезапно по-

являются сильныя острыя потугообразныя боли. Излившаяся кровь всасывается медленно, во время мѣсячныхъ возобновляются боли, а иногда опухоль даже увеличивается. Нелегко также смѣшать эту болѣзнь съ опухолью яичника и трубы, лежащей за маткою въ Дугласовомъ пространствѣ. Легче всего можно haematocele retrouterina принять за искривленіе кзади беременной матки. Однако, въ послѣднемъ случаѣ существуютъ нѣкоторые признаки беременности и невозможность найти тѣло матки за лоннымъ соединеніемъ, спереди опухоли. Далѣе, мочевой пузырь при этомъ обыкновенно бываетъ сильно растянутъ задержанною мочою.

Предсказаніе при умѣренныхъ кровоизліяніяхъ вообще благопріятно. При своевременномъ пособіи излѣчиваются даже тѣ случаи, въ которыхъ излившаяся кровь подвергается гнилостному распаденію. Обширныя кровоизліянія, происшедшія отъ разрыва околоплоднаго мѣшка трубной беременности, могутъ въ теченіе нѣсколькихъ дней, иногда даже немногихъ часовъ причинить смерть вслѣдствіе острой анеміи, чаще однако больныя поправляются. Вообще, принимая во вниманіе различныя формы внутренняго кровоизліянія, смертность не превышаетъ 6—7%. Нерѣдко оставшіяся сращенія въ полости таза и живота иногда служатъ источникомъ разнообразныхъ послѣдовательныхъ разстройствъ въ половой сферѣ и въ кишечномъ каналѣ.

Лѣченіе. Въ началѣ болѣзни, когда послѣдовало внутреннее кровоизліяніе, прежде всего необходимо принять мѣры, чтобы по возможности остановить кровотеченіе и препятствовать его повторенію. Кромѣ покойнаго положенія на спинѣ, которое принимаетъ обыкновенно сама больная, слѣдуетъ положить пузырь со льдомъ на животъ или ледяные компрессы. Внутрь наичаще назначаютъ t-гае оріі simpl., которую можно вводить также въ формѣ небольшого клистира; это средство въ значительной степени облегчаетъ боли и противопоказуется развѣ только при сильной слабости. Тамъ, гдѣ пульсъ слабъ и частъ и вообще явленія острой анеміи рѣзко выражены, слѣдуетъ назначать возбуждающія средства—гофманскія капли, вино, коньякъ, кофе и проч. Въ тяжелыхъ случаяхъ, когда пульсъ иногда пропадаетъ, вполне умѣстно подкожное впрыскиваніе эоира, камфары или кофеина, а также введеніе подъ кожу теплаго физиологическаго раствора поваренной соли въ количествѣ не менѣе 1000 грм. Когда больная нѣсколько оправится отъ шока и слабости, слѣдуетъ предложить чревосѣченіе, которое вѣрнѣе и скорѣе обезпечиваетъ выздоровленіе. Cesta n собралъ 249 случаевъ значительнаго кровоизліянія въ полости живота, haemorrhagia abdom. Изъ 76 больныхъ, у которыхъ при лѣченіи придерживались выжидательнаго метода, погибло 87%. 176 разъ было произведено чревосѣченіе, при чемъ умерло всего 21% больныхъ.

При haematocele, пока продолжается острый періодъ болѣзни, больная должна соблюдать строгую діету, ей слѣдуетъ давать исключи-

тельно жидкую пищу. Испражнения нужно вызывать не ранѣе, какъ черезъ 8, даже черезъ 10 дней отъ начала болѣзни, преимущественно посредствомъ клистира. Когда уменьшатся боли, упадетъ температура, излившаяся кровь обратится въ плотную опухоль, слѣдуетъ перейти къ разрѣшающимъ средствамъ—къ назначенію іодистыхъ препаратовъ внутрь и чрезъ прямую кишку; на животъ кладутъ согрѣвающие компрессы. Спустя нѣсколько недѣль для ускоренія начавшагося всасыванія можно перейти къ назначенію теплыхъ ваннъ. Большинство врачей еще придерживается выжидательнаго метода лѣченія. Еще недавно Winckel совѣтовалъ его примѣнять по преимуществу. До окончанія рассасыванія опухоли проходитъ среднимъ числомъ не менѣе 2-хъ мѣсяцевъ, но иногда оно не заканчивается и въ теченіе 4—5 мѣсяцевъ. Часто даже по истеченіи этого времени женщина остается больною, такъ какъ вслѣдствіе продолжительнаго пребыванія излившейся крови въ полости таза образуются плотныя сращения матки и придатковъ съ сосѣдними органами, а на сросшихся кишкахъ отлагаются толстые слои фибрина. Почему наиболѣе раціональнымъ способомъ лѣченія haematocoele слѣдуетъ признать хирургическое вмѣшательство.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ данныхъ допускать внѣматочную беременность, какъ причину haematocoele, или гдѣ прошло уже нѣсколько недѣль послѣ образованія опухоли и появились симптомы, указывающіе на разложеніе излившейся крови, слѣдуетъ опорожнить опухоль поперечнымъ разрѣзомъ чрезъ задній сводъ влагалища, *colpotomia post.*

Операция. Влагалище и наружныя части тщательно обеззараживаются. Полный наркозъ. Матка и своды открываются при помощи зеркала Fritsch'a и подъемниковъ, заднюю губу матки захватываютъ пулевыми щипцами. Передавъ эти инструменты помощникамъ, оператор согнутыми по плоскости ножницами разсѣкаетъ задній сводъ полойно возлѣ шейки; захвативъ края раны пинцетами вскрываютъ брюшину, и пальцемъ проникаютъ чрезъ наслоеніе фибрина въ полость кровяной опухоли. Когда показывается дегтевидная масса старой крови, по пальцу ножницами расширяютъ рану въ поперечномъ направленіи, пока она свободно пропускаетъ 2 пальца. Иногда для остановки кровотеченія необходимо произвести обкалываніе мѣстами краевъ раны. Нѣкоторые совѣтуютъ пришивать листокъ брюшины къ стѣнкѣ влагалища, что не всегда возможно. Рана и полость опухоли слегка выполняются іодоформенною марли, которая удаляется только чрезъ 3 или 4 дня; затѣмъ слѣдуетъ промыть рану и ввести въ нее толстую дренажную трубку съ перекладною на верхнемъ концѣ и лѣчить по правиламъ хирургіи.

Во всѣхъ же случаяхъ, гдѣ кровяная опухоль образовалась вслѣдствіе внѣматочной беременности и гдѣ несомнѣнно существуютъ измѣненія въ придаткахъ, слѣдуетъ прибѣгать къ чревосѣченію. Описаны случаи, гдѣ къ этой операциіи пришлось прибѣгнуть даже послѣ вскры-

тія задняго свода, когда обнаружилось послѣ удаленія кровяныхъ свертковъ плотная значительная опухоль въ придаткахъ, или когда изъ опухоли появлялось сильное крототеченіе, которое не остановилось отъ тампонаціи ея полости.

При haematoma умѣстно опорожненіе полости наичаще чрезъ разрѣзъ задняго, отчасти бокового свода. Только при большихъ кровезливіяніяхъ въ широкую связку, распространившихся на fossa iliaca, слѣдуетъ дѣлать разрѣзъ выше lig. Pouparti. Кровяныя опухоли, образовавшіяся въ клѣтчаткѣ ниже diaphragma pelvis, лѣчатся разрѣзомъ на внутренней поверхности большой губы.

Глава 4.

Новообразованія и опухоли въ клѣтчаткѣ таза.

Анатомическія измѣненія. Въ клѣтчаткѣ таза крайне рѣдко нѣкоторыя опухоли развиваются первично, чаще онѣ вырастаютъ изъ сосѣднихъ органовъ, или появляются какъ метастазы. Къ числу такихъ опухолей относятся кисты яичника, фиброиды матки, раки матки, яичника, прямой кишки и пузыря. Изъ первичныхъ новообразованій одни развиваются изъ соединительной ткани—фибромы, фиброміомы, саркомы и липомы, другія изъ остатковъ зародышевой ткани—дермоиды, кисты, выросшія изъ придатковъ яичника или изъ Гартнерова канала. Крайне рѣдко въ тазовой клѣтчаткѣ встрѣчаются пузырчатыя опухоли эхинококковъ, которые развиваются здѣсь иногда первично, въ другихъ случаяхъ вырастаютъ въ клѣтчатку изъ сосѣднихъ органовъ.

Симптомы и теченіе. Опухоли въ тазовой клѣтчаткѣ разрастаются въ направленіи сообразномъ съ анатомическимъ положеніемъ этой ткани. Поднимаясь сильно кверху, такія опухоли растутъ, раздвигая листки брыжейки flex. sigmoid или coecum, и направляются кверху къ области почекъ, приподнимая брюшину. Когда опухоль разрастается преимущественно кпереди, она прилегаетъ къ передней стѣнкѣ таза и живота и отодвигаетъ брюшину кзади. При опухоляхъ растающихъ въ широкую связку, листки послѣдней раздвигаются, сильно растянутая въ длину труба лежитъ сверху опухоли. Опухоли вмѣщаютъ сосѣдніе органы—матку, пузырь и прямую кишку, сдавливаютъ иногда мочеточникъ, причиняя задержаніе мочи и hydronephrosis, и даже надвливаютъ иногда на нервныя сплетенія. Въ другихъ случаяхъ опухоль вырастаетъ глубоко въ тазъ до diaphragma pelvis, сильно выпячивая послѣднюю въ правую или лѣвую fossa ischio—rectalis, при чемъ значительно смѣщается прямая кишка. Наичаще такимъ образомъ помѣщаются дермоидныя кисты.

Опухоли, развивающіяся въ тазовой клѣтчаткѣ, часто причиняютъ

боли и могутъ нарушатьъ обычныя функціи половыхъ и сосѣднихъ съ ними органовъ таза, а также представлять болѣе или менѣе значительныя затрудненія при родахъ.

Распознаваніе вида опухоли не всегда возможно даже при самомъ тщательномъ изслѣдованіи.

Лѣченіе. Наичаще возможно удалить новообразование изъ тазовой клѣтчатки, гдѣ это показывается, посредствомъ чревосѣченія, рѣже чрезъ разрѣзъ задняго свода или стѣнки влагалища, а также вертикальнымъ разрѣзомъ возлѣ промежности чрезъ fossa ischio-rectalis.

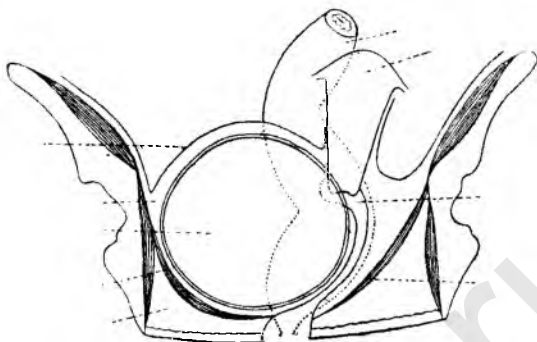


Рис. 234. Дермоидная киста, расположенная глубоко въ клѣтчаткѣ таза, смѣщающая сильно матку и прямую кишку. Книзу сильно выпячена diaphragma pelvis.

Новѣйшая литература.

Воспаленіе брюшины и болѣзни тазовой клѣтчатки. Кровоизліяніе.

Bröse. Ueber die diffuse gonorrhoeische Peritonitis. B. kl. W. 1896. Bouilly. Le traitement des suppurations pelviennes. 1896. Benoit. Des kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme. 1897. Buschbeck und Ettinger. Die operative Behandlung der para-et perimetritischen Exudate. Arch. f. Gyn. 50. Cestan. Des hémorrhagies intrapéritonéales. 1894. Condamin. Du traitement par la voie vaginale des hématoécèles. Arch. de toc. 21. Döderlein. Allgemeine Peritonitis. 1899. Doyen. Traitement des suppurations pelviennes. 1896. Delbet. Les suppurations pelviennes. 1891. Fehling. Zur Laparotomie bei Peritonealtuberkulose. Arch. f. Gyn. 31. Fehling. Physiologie und Pathologie des Wochenbettes. 1897. Gerard. Des injections vaginales chaudes prolongées dans le traitement des périmétrites chroniques. 1888. Howitz. Verwachsungen des Netzes mit der Symphyse als Indikation zur Laparotomie. 1889. Jacobs. De l'hystérectomie par morcellement dans les suppurations pelviennes. Arch. de toc. 18. Jaffe. Ueber den Werth der Laparotomie als Heilmittel gegen Bauchfelltuberkulosen. S. kl. V. 1898. Küstner. Zur Pathologie und Therapie der Beckenabcesse des Weibes. Arch. f. Gyn. 46. Landau. Zur Pathologie und Therapie der Beckenabcesse des Weibes. Arch. f. Gyn. 46. Martin. Zur Pathologie der lig. rot. Zeit. f. Geb. 1891. Müllenheim. Cysten in lig. rot. Zeit. f. Geb. 38. Pincus. Eine neue Methode der Behandlung entzündlicher namentlich exudativer Beckenaffectionen. Zeit. f. Geb. 39. Regnier. De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes. Ann. de Gyn. 1893. Reynier. Traitement de l'hématoécèle retroutérine. 1895. Pean. Traitement des suppurations pelviennes. 1892. Rosthorn. Die Krankheiten des Beckenbindegewebes. 1899. Sänger. Ueber Dermoidcysten des Beckenbindegewebes. Arch. f. Gyn. 37. Skutsch. Ueber die Dermoidcysten des Beckenbindegewebes. Zeit. f. Geb. 40. Sänger. Ueber primäre dermoide Geschwülste des lig. rot. Arch. f. Gyn. 16 и 21. Tavel und Lanz. Ueber die Aetiologie der Peritonitis 1893. Thorn. Ueber Beckenhaematome. C. Bl. f. Gyn. 1894. Wunderlich. Ueber die Misserfolge der operativen Behandlung der Bauchfelltuberkulose. Arch. f. Gyn. 59. Winternitz. Die Haematocèle. 1899.

О т д ѣ л ъ IX.

Функціональныя разстройства.

Глава I.

Кровотеченіе во время мѣсячныхъ, меноррагіа.

Этіологія. Кровотеченіе во время мѣсячныхъ встрѣчается часто. Въ большинствѣ случаевъ оно зависитъ отъ заболѣванія матки и ея придатковъ — катаррального воспаленія матки, развитія новообразованій въ ней, воспаленія маточныхъ придатковъ и образованія въ нихъ опухолей воспалительнаго характера. Встрѣчаются случаи упорныхъ и сильныхъ кровотеченій, гдѣ въ маткѣ, яичникахъ и въ другихъ органахъ тѣла при изслѣдованіи не удастся найти объясненія этому явленію. Подобныя больныя, къ счастью, встрѣчаются очень рѣдко. Рѣже встрѣчается меноррагіа отраженнаго характера — вслѣдствіе кормленія грудью, а также при наступленіи половой зрѣлости, въ климактерическомъ возрастѣ и пр.; болѣзни крови также иногда сопровождается сильными маточными кровотеченіями. Измѣненіе крови въ этихъ случаяхъ зависитъ отъ развитія дискразіи — chlorosis, purpura, haemophilia, скорбута и проч., отъ заболѣванія важныхъ органовъ, въ особенности почекъ, печени, сердца, или оно развивается вслѣдствіе отравленія фосфоромъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ—при острыхъ заразныхъ и міазматическихъ болѣзняхъ, въ особенности при холерѣ, оспѣ, influenza, тифѣ и пр. Въ рѣдкихъ случаяхъ мѣсячныя усиливаются при перемежающейся лихорадкѣ.

Слѣдуетъ отличать меноррагіа отъ метроррагіа, которая обозначаетъ неправильное маточное кровотеченіе, не имѣющее непосредственнаго отношенія къ мѣсячнымъ очищеніямъ.

Симптомы и теченіе. При кровотеченіи во время мѣсячныхъ иногда женщина теряетъ большое количество крови до 500,0, даже до 1000,0, въ теченіе 7 — 15 дней. Повторяющіяся мѣсячныя кровотеченія причиняютъ сильное малокровіе и упадокъ силъ, зависящій отъ ослабленія важнѣйшихъ функцій организма.

Распознаваніе должно быть направлено на уясненіе причины, обусловливающей менорrhagia въ каждомъ данномъ случаѣ.

Предсказаніе благопріятно, коль скоро возможно устранить причину, вызывающую сильную потерю крови во время мѣсячныхъ.

Лѣченіе. Часто при кровотеченіи во время мѣсячныхъ необходимо симптоматическое лѣченіе, которое заключается въ назначеніи внутреннихъ и мѣстныхъ средствъ. Обыкновенно назначаютъ покойное положеніе больной въ кровати, тампонацію влагалища іодоформенной марли, пузырь со льдомъ на нижнюю часть живота, или, при продолжительномъ кровотеченіи, горячіе души во влагалище. Внутрь даютъ наичаще *extr. secalis cornut.* въ растворѣ вмѣстѣ съ *extr. cort. chinae*. Хорошее дѣйствіе оказываетъ также назначеніе *acid. gallicum* 0,5 *pro dosi* 4 раза въ день. При кровотеченіи, сопровождающемся воспаленіемъ придатковъ, болѣе полезнымъ мы нашли *inf. fol. digitalis*. По наблюденіямъ Каллморген'а, *extr. fluid. hydrastis canadensis* также хорошо дѣйствуетъ при воспалительныхъ формахъ маточнаго кровотеченія, — онъ суживаетъ кровеносные сосуды. Orthmann хвалитъ *salipurinum* по 1,0, 3 раза въ день. Въ послѣднее время многіе врачи съ успѣхомъ примѣняли *stypticinum* по 0, 05 въ день 4—5 разъ. Nassauer получилъ хорошіе результаты при назначеніи этого средства при воспалительныхъ кровотеченияхъ, а также у молодыхъ дѣвушекъ. Jaile совѣтуетъ впрыскивать въ матку стерилизованный 10% растворъ *gelatinae* въ соляномъ физиологическомъ растворѣ. Въ упорныхъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ подкожнымъ впрыскиваніямъ *hydrastinini muriatici* или *stypticini* 0,1 *pro dosi*, 1 разъ въ день. При отсутствіи воспалительныхъ явленій въ маткѣ и ея придаткахъ можно примѣнять болѣе дѣйствительныя мѣстныя средства: промываніе полости матки горячимъ растворомъ борной кислоты, впрыскиваніе въ матку *tinct. jodi*. Употребленіе *liq. ferri sesquichl. neutr.* для этой цѣли по возможности слѣдуетъ избѣгать. Въ рѣдкихъ случаяхъ, въ особенности при кровотеченияхъ послѣ выкидыша или удаленія фиброзной опухоли, приходится прибѣгать даже къ тампонаціи матки іодоформенною марли. При застарѣломъ выпотѣ въ полости таза и воспалительной опухоли придатковъ, часто большую пользу приносятъ методическое впрыскиваніе въ полость матки *tinct. jodi* или введеніе на зондѣ смѣси 2 частей послѣдней съ 1 частью *acid. carbolicі conc.* въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. При упорныхъ кровотеченияхъ, зависящихъ отъ *metritis chronica* и измѣненія стѣнокъ маточныхъ сосудовъ, съ успѣхомъ примѣняется ошпариваніе полости матки. Это средство въ такихъ случаяхъ часто навсегда устраняетъ маточное кровотеченіе. Schaeffer въ послѣднее время употреблялъ для этой цѣли 16 — 18% растворъ *ferripyridini*, а также онъ давалъ это средство внутрь по 0,5 *pro dosi*. Labodie съ успѣхомъ примѣнялъ для остановленія кровотеченія введеніе въ полость матки смѣси салола и антипирина.

Если эти средства не оказываютъ пользы, кровотеченіе повторяется или же обусловливающія кровотеченіе болѣзни матки и яичниковъ прогрессируютъ, слѣдуетъ въ такихъ крайнихъ случаяхъ прибѣгать къ удаленію яичниковъ или матки; послѣднее представляетъ повидимому наиболѣе цѣлесообразное средство.

Brandt для излѣченія menorrhagia совѣтуетъ производить регулярно въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ извѣстныхъ гимнастическія движенія, которыми, какъ онъ полагаетъ, производится отвлеченіе крови изъ таза къ верхней части тѣла, рѣже къ нижнемъ конечностямъ. Въ первомъ случаѣ эти движенія совершаются въ сидячемъ положеніи больной, при чемъ врачъ или массажистка, находясь спереди или сзади больной, производитъ вращательныя движенія верхнихъ конечностей, вращеніе верхней части туловища, а также наклоненіе его впередъ или назадъ, удерживая неподвижно крестцовую область, при нѣкоторомъ сопротивленіи со стороны больной. Во второмъ случаѣ при положеніи больной на спинѣ съ приподнятымъ значительно крестцомъ и согнутыми въ колѣняхъ ногами производится сведеніе и разведеніе колѣнъ, при сопротивленіи со стороны больной. Въ заключеніе производится врачомъ массажъ матки. Сеансъ продолжается не болѣе 15—20'.

Глава 2.

Болѣзненные мѣсячныя очищенія, dysmenorrhoea.

Этіологія. Сильныя боли во время мѣсячныхъ зависятъ отъ аномалій и болѣзней матки или ея придатковъ; рѣже онѣ представляютъ одно изъ проявленій гистеріи, когда при самомъ внимательномъ изслѣдованіи нельзя найти никакихъ измѣненій въ половомъ аппаратѣ больной, наичаще такая dysmenorrhoea встрѣчается у молодыхъ дѣвушекъ. Dysmenorrhoea наблюдается при суженіи наружнаго отверстія, перегибѣ матки напередъ, при хронической воспалительной опухоли матки и при развитіи фиброміомы въ стѣнкахъ этого органа. Endometritis chron. представляетъ наиболѣе частую причину болѣзненныхъ мѣсячныхъ. Въ однихъ случаяхъ катарральное воспаленіе матки проявляется еще иными симптомами, въ другихъ ихъ не бываетъ, и только введеніе зонда, въ отсутствіи мѣсячныхъ, и прикосновеніе его конца къ стѣнкѣ полости матки причиняетъ сильную боль, endometritis dolorosa. Рѣже сильныя боли обусловливаются недостаточнымъ развитіемъ матки при существованіи яичниковъ, способныхъ производить зрѣлыя яйца. Часто также dysmenorrhoea наблюдается у женщинъ, страдающихъ болѣзнями яичниковъ и трубъ, преимущественно воспалительнаго характера—oophoritis и salpingitis, которыя сопровождаются срощеніями съ сосѣдними органами и образованіемъ воспалительныхъ опухолей, а также perimetritis et parametritis chron. Carrier наблюдалъ сильныя боли при мѣсячныхъ у больныхъ, которыя имѣли кистовидное перерожденіе яичниковъ. Нѣкоторые врачи подмѣтили вліяніе наслед-

ственности. Kliess ставитъ появленіе dysmenorrhoea въ зависимость отъ припуханія слизистой оболочки носа.

Симптомы и теченіе. Иногда боли въ нижней части живота, и притомъ наичаще въ паховыхъ областяхъ, начинаются уже за сутки, иногда даже за нѣсколько дней до появленія мѣсячныхъ кровей. Въ другихъ случаяхъ боли появляются одновременно съ наступленіемъ мѣсячныхъ. Боли въ маткѣ имѣютъ большею частію спазматическій характеръ, ощущаются въ глубинѣ таза и отражаются въ поясищѣ или въ крестцовой области и въ бедрахъ. Боли, возникающія въ яичникахъ, имѣютъ болѣе постоянный характеръ, усиливаются отъ прижатія паховой области или при ощупываніи яичниковъ, иногда смѣщенныхъ въ Дугласово пространство. Нерѣдко боли во время мѣсячныхъ достигаютъ высокой степени, вызывая крики у больвой, иногда тошноту, рвоту и сильныя головныя боли, которыя представляютъ нерѣдко одинъ изъ наиболѣе мучительныхъ симптомовъ. Съ такою интенсивностью боли рѣдко продолжаются болѣе 1—2 дней. Во многихъ случаяхъ онѣ уменьшаются, коль скоро начинается болѣе обильное истеченіе крови. Наичаще это бываетъ при metritis et endometritis chr. Иногда обнаруживаются явленія гистеріи, нервное возбужденіе, судороги, рѣже параличныя явленія. У психическихъ больныхъ часто во время мѣсячныхъ наблюдается усиленіе болѣзни. Довольно рѣдко встрѣчаются больныя, которыя жалуются на боли въ нижней части живота, появляющіяся у нихъ довольно правильно въ промежутки между мѣсячныхъ и сопровождающіяся иногда истеченіемъ бѣлыхъ или кровянистой жидкости. Большею частію это замѣчается при oohoritis et metritis chron., въ исключительныхъ случаяхъ— при hydrops tubae profluens, или же это явленіе представляетъ рѣзко выраженный признакъ физиологической функціи яичника. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ при dysmenorrhoea на второй или третій день отдѣляется поверхностный слой слизистой оболочки, membrana dysmenorrhoeica, большею частію въ видѣ отдѣльныхъ лоскутовъ, рѣдко въ видѣ мѣшка, что всякій разъ сопровождается усиленіемъ спазматическихъ болей въ маткѣ. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ такой перепонкѣ замѣчаются измѣненія, свойственныя endometritis interstitialis. Железъ мало, и онѣ лежатъ далеко одна отъ другой, мѣстами мелкозернистая инфильтрація, а также встрѣчаются большія клѣтки, похожія на децидуальныя, однако онѣ никогда не представляютъ сплошного слоя и даже не встрѣчаются большими группами, что обычно во время беременности; кромѣ того, онѣ почти вдвое меньше клѣтокъ настоящей отпадающей оболочки. Тканевыя клѣтки плохо воспринимаютъ окраску.

Распознаваніе должно быть направлено, главнымъ образомъ, на уясненіе причины, вызывающей dysmenorrhoea.

Предсказаніе благоприятно. Въ большинствѣ случаевъ это тягостное явленіе можно устранить. Однако, этого нельзя сказать относительно

dysmenorrhoea membranacea, которая обыкновенно представляет крайне упорное заболѣваніе. Нерѣдко dysmenorrhoea проходитъ по выходѣ дѣвушки замужъ съ наступленіемъ беременности.

Лѣченіе. При сильныхъ боляхъ во время мѣсячныхъ часто приходится назначать для облегченія страданій наркотическія средства. Внутрь дается tinct. opii cum tinct. valerianae aeth. et tinct. cannabis indic., а также растворъ codeini pur. или morphii muriat. Можно также примѣнить клистиры съ прибавленіемъ tinct. opii или supposit. cum extr. opii, мазь на животъ изъ 20% раствора chloroformii въ ol. olivar. Помогаетъ также назначеніе внутрь antipyrini. по 0,5—1,0 pro dosi 3 раза въ день. Другіе находили полезнымъ phenacetinum. Extr. fluid. viburni prunif. назначается по чайной ложкѣ 3 раза въ день. Binz совѣтуетъ давать acid. salicylicum.

Что касается радикальнаго лѣченія, послѣднее заключается въ устраненіи болѣзни, вызывающей dysmenorrhoea. Иногда, въ особенности при незначительныхъ заболѣваніяхъ матки, оказываетъ пользу примѣненіе постоянного тока. У дѣвушекъ одинъ электродъ ставится на нижнюю часть живота, другой на поясницу, у женщинъ $+$ Е вводится въ каналъ шейки матки, а $-$ Е въ видѣ широкой подушки прикладывается на животъ. Другіе совѣтуютъ вводить $-$ Е въ полость матки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ видѣли пользу отъ примѣненія массажа и гимнастики по методу Th. Grand'ta, именно отъ примѣненія такихъ движеній, которыя имѣютъ цѣлью оживить кровообращеніе въ полости таза.

Часто приходится примѣнять при механическихъ формахъ дисменорреи расширеніе канала матки и разсѣченіе шейки матки, что большею частью приноситъ пользу. При dysmenorrhoea вслѣдствіе anteflexio можно примѣнять съ пользою стеклянный маточный штифтъ толщиной отъ 4 до 6 mm. Нѣкоторые врачи послѣ расширения матки бужами вводятъ въ ея полость полоску марли, которую оставляютъ на 2—3 дня. Grunpberg успѣшно лѣчилъ dysmenorrhoea внушеніями, что доказываетъ частую зависимость этой болѣзни отъ гистеріи. При различныхъ видахъ катарра матки, вызывающаго боли при мѣсячныхъ, особенно полезнымъ средствомъ оказалось abrasio mucosae съ послѣдовательнымъ впрыскиваніемъ tinct. jodi въ количествѣ отъ нѣсколькихъ капель до 1,0; другіе предполагаютъ прижиганіе полости матки zinc. chlor. Этотъ же самый способъ лѣченія даетъ хорошіе результаты при dysmenorrhoea membranacea. Въ послѣднее время Gunning примѣнялъ съ пользою постоянный токъ силою отъ 5—10 МА. посредствомъ двухъполюснаго электрода, который онъ вводилъ въ матку, именно $+$ Е въ полость матки, а $-$ Е въ каналъ шейки. Fliess успокаивалъ боли при dysmenorrhoea, смазывая пропущую слизистую оболочку на нижней раковинѣ и на бугоркѣ носовой перегородки 20% воднымъ растворомъ cocani muriatici. Прижиганіемъ этихъ мѣстъ въ носу платиновымъ нако-

нечникомъ, ему удавалось даже внолнѣ излѣчить dysmenorrhoea, когда она находилась въ связи съ припуханіемъ слизистой оболочки носа. Въ тяжелыхъ случаяхъ, гдѣ обычное лѣченіе не оказываетъ дѣйствія, слѣдуетъ прибѣгать къ удаленію яичниковъ или даже матки.

Глава 3.

Отсутствіе и прекращеніе мѣсячныхъ, *emansio mensium et amenorrhoea*.

Подъ именемъ отсутствія мѣсячныхъ, *emansio mensium*, разумѣются тѣ случаи, когда эта функція у взрослой женщины никогда не обнаруживались. Прекращеніе же мѣсячныхъ *amenorrhoea* обозначаетъ пріостановку регулъ временно или навсегда у женщинъ, у которыхъ бывали мѣсячныя крови.

Этіологія. *Отсутствіе* мѣсячныхъ зависитъ отъ недостаточнаго развитія матки; мѣсячныхъ не имѣютъ женщины, у которыхъ находятъ *uterus rudimentarius*, *uterus foetalis s. infantilis*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при достаточномъ развитіи яичниковъ обнаруживаются въ этихъ случаяхъ *molimina menstr.*, но кровь никогда не появляется и не накапливается въ половыхъ органахъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ у молодыхъ дѣвушекъ не появляются крови, вслѣдствіе перерожденія обоихъ яичниковъ. Гораздо чаще это бываетъ вслѣдствіе хлороза, золотухи и недостаточнаго питанія въ связи съ отсутствіемъ физическихъ упражненій. Блѣдная немочь, которая такъ часто бываетъ у молодыхъ дѣвушекъ, въ 38% случаевъ сопровождается задержаніемъ мѣсячныхъ. При хлорозѣ мѣсячныя почти всегда бываютъ малы и неправильны, при этомъ нерѣдко замѣчается недостаточное развитіе наружныхъ и внутреннихъ половыхъ органовъ.

Прекращеніе мѣсячныхъ наступаетъ, какъ послѣдствіе перерожденія обоихъ яичниковъ или послѣ полного удаленія этихъ органовъ совместно съ трубами, хотя иногда мѣсячныя крови послѣ этой операціи появляются еще въ теченіе нѣкотораго времени и бываютъ обильны, а въ исключительныхъ даже продолжаютъ попрежнему. Это зависитъ отъ продолжительной привычки организма, иногда отъ катаральной припухлости слизистой оболочки матки или отъ присутствія воспалительныхъ гнѣздъ въ окружности оставленныхъ лигатуръ на культѣ. При соотвѣтствующемъ лѣченіи, такія больныя иногда также утрачиваютъ мѣсячныя безвозвратно. При такъ называемой малой маткѣ, *uterus parvus*, мѣсячныя обыкновенно появляются чрезъ продолжительные промежутки времени и рано прекращаются. Атрофія матки также неизбѣжно ведетъ къ прекращенію мѣсячныхъ. Многія общія хроническія болѣзни — анемія, чахотка, болотная лихорадка,

сахарная болѣзнь, иногда сифились и пр. также сопровождаются пріостановленіемъ мѣсячныхъ. Часто мѣсячныя прекращаются на нѣсколько мѣсяцевъ, иногда даже пропадаютъ совершенно у тучныхъ женщинъ, ведущихъ сидячій образъ жизни. У такихъ женщинъ иногда развиваются явленія воображаемой беременности. Подобное же вліяніе оказываетъ хроническое воспаленіе почекъ и хроническое отравленіе морфіемъ; далѣе, привычное пьянство, тяжелыя острыя болѣзни, анемія, трудныя хирургическія операціи и пр. Въ послѣднее время Оррenheimег наблюдалъ зависимость прекращенія мѣсячныхъ отъ хроническаго насморка, rhinitis hypertrophica, у молодыхъ дѣвушекъ. Простуда представляетъ одну изъ частыхъ причинъ прекращенія мѣсячныхъ. Общее ожирѣніе у молодыхъ женщинъ и рѣзкая перемѣна въ образъ жизни ведутъ къ тѣмъ же послѣдствіямъ. Психическія разстройства, въ особенности острыя формы, гистерія, душевныя волненія, сильный испугъ, продолжительное угнетенное состояніе духа, morbus Basedowii и прогрессивный параличъ часто сопровождаются прекращеніемъ мѣсячныхъ. Никогда не слѣдуетъ упускать изъ виду возможности фізіологическаго прекращенія мѣсячныхъ вслѣдствіе беременности или климактерическаго возраста.

Симптомы и теченіе. При отсутствіи или временномъ прекращеніи мѣсячныхъ, нерѣдко у больныхъ наблюдается анемичное состояніе, рѣже полнокроеіе, явленія неврастенія или гистеріи въ разныхъ формахъ. Часто появляются различнаго рода сыпи, въ особенности аспе, herpes, urticaria и есзаема. Рѣже наблюдаются такъ называемыя викарныя отдѣленія въ родѣ сильнаго пота, обильнаго истеченія молока изъ груди, набуханія шиловидной железы или сильныя приливы крови къ головѣ. Въ другихъ случаяхъ появляются викарныя кровотеченія наичаще изъ носа, а также въ видѣ кровохарканія и геморoidalнаго кровотеченія, или отдѣленія крови изъ поверхности незарубцевавшейся вполнѣ раны; въ исключительныхъ случаяхъ встрѣчается рвота кровью и кровотеченіе изъ грудныхъ сосковъ, ушей и глазъ. Иногда, послѣ раннаго прекращенія мѣсячныхъ, начинается усиленное выростаніе волосъ, въ особенности на лицѣ.

Предсказаніе. Совершенное прекращеніе мѣсячныхъ у молодыхъ женщинъ рѣдко сопровождается опасными явленіями; въ большинствѣ случаевъ въ организмѣ съ теченіемъ времени устанавливается равновѣсіе. Возвращеніе мѣсячныхъ достигается только въ тѣхъ случаяхъ, когда возможно устранить вызвавшію это разстройство причину и произведенныя ею измѣненія въ организмѣ женщины.

Леченіе въ большинствѣ случаевъ слѣдуетъ направить на устраненіе болѣзни, послѣдствіемъ которой является прекращеніе мѣсячныхъ. При анеміи на первомъ планѣ должно стоять поправленіе общаго питанія, назначеніе препаратовъ желѣза или желѣзныхъ водъ; надо совѣтовать жить лѣтомъ въ деревнѣ или на дачѣ. На золотушныхъ

больныхъ благотѣльное вліяніе оказываетъ горный воздухъ или пребываніе на берегу моря, купанье и движеніе на воздухѣ. При общемъ ожирѣніи слѣдуетъ совѣтовать усиленное движеніе, употребленіе щелочныхъ водъ или Карлсбадской соли, воздержаніе отъ питья и проч. Когда мѣсячныя приостанавливаются отъ простуды или нервныхъ вліяній, наиболѣе полезны теплыя ванны и *kali iodatum* внутрь. Тамъ, гдѣ это не помогаетъ, слѣдуетъ назначать средства, вызывающія и поддерживающія приливъ крови къ половымъ органамъ: горячія сидячія полуванны, ножныя ванны, къ послѣднимъ обыкновенно прибавляютъ 1—2 столовыхъ ложки горчицы, горячіе души во влагалище, горчичники на бедра, частое введеніе зонда въ полость матки, скарификаціи *portio vaginalis* массажъ, врачебную гимнастику по Брандту, приставленіе пиявокъ къ прометности, примѣненіе прерывистаго тока или небольшой силы постоянныхъ токовъ, причѣмъ—Е вводится въ полость матки. Рапескі съ успѣхомъ примѣнялъ прерывистый токъ посредствомъ внутри-маточнаго двухполоснаго электрода; нѣкоторые врачи хвалятъ дѣйствіе статическаго электричества. Одновременно можно назначить нѣкоторыя эмпирическія еменагога: *apiol*, по одной капсулѣ 3 раза въ день, *kali hypermanganicum* въ пилюляхъ 3 раза въ день по 0,1. Whitehead назначалъ *santoninum*, Johns давалъ индигу съ *magist. bismuthi*. Къ числу полезныхъ эмпирическихъ средства слѣдуетъ отнести также пилюли изъ смѣси *aloës, pulv. rutae, sabinae et croci* по 0,05 каждаго средства, тоже 3 въ день. Употребленіе такихъ пилюль часто сопровождается появленіемъ задержанныхъ мѣсячныхъ. *Acid. salicylicum* и *natrum salicylicum* представляютъ также хорошее средство для вызванія мѣсячныхъ. Нерѣдко послѣ удаленія яичниковъ больныя жалуются на приливы крови къ головѣ и нервное безпокойство, сопровождающееся иногда безсонницей и возбужденіемъ. Въ такихъ случаяхъ наибольшую пользу приноситъ назначеніе соляныхъ слабительныхъ и *natr. bromat.*, а также правильный образъ жизни, умѣренная діета, продолжительное пребываніе и движеніе на воздухѣ. Chrobak давалъ такимъ больнымъ съ успѣхомъ небольшія дозы высушеннаго яичника коровы, въ настоящее время иногда назначаютъ *ovariinum*.

Гимнастическія упражненія, примѣняемыя Брандтомъ при *amenorrhoea*, а также при *dysmenorrhoea* истерическаго характера, при скудномъ истеченіи крови, довольно разнообразны. Они направлены главнымъ образомъ на привлеченіе крови къ тазовымъ органамъ. Наичаще эти движенія совершаются стоя. Они состоятъ въ такъ называемомъ рубленіи или поколачиваніи спины и поясицы, въ присяданіи больной попеременно на правую или лѣвую ногу, въ вытягиваніи кпереди или къзади одной ноги, при сопротивленіи больной, которая въ это время удерживается руками за невысокую перекладину; далѣе производится при такомъ же положеніи вращеніе попеременно правой и лѣвой нижней конечности, сгибаніе и разгибаніе стопы и ноги въ колѣнномъ суставѣ. При вращеніи туловища, что производится врачомъ за плечи, и при наклоненіи его кпереди и къзади, больная должна стоять на колѣнахъ или сидѣть верхомъ на скамейкѣ и оказывать нѣкоторое сопротивленіе этимъ движеніямъ.

Глава 4.

Слишкомъ раннее и запоздалое появленіе мѣсячныхъ, *menstruatio praecox et menstruatio tarda.*

Въ южной Россіи довольно рѣдко встрѣчается позднее появленіе мѣсячныхъ, именно на 19 или даже 20 году жизни. Наичаще это зависитъ отъ хлороза, золотухи или недостатка питанія; рѣже это явленіе обусловливается недостаточнымъ развитіемъ половыхъ органовъ. Въ исключительныхъ случаяхъ наблюдается чрезчуръ раннее появленіе мѣсячныхъ, иногда уже вскорѣ послѣ рожденія, въ другихъ случаяхъ на 3 или 4 году жизни или съ наступленіемъ отроческаго возраста между 8 и 10 годами. Подобные случаи неоднократно встрѣчались въ нашей практикѣ. Послѣ 10 лѣтъ наступленіе мѣсячныхъ бываетъ гораздо чаще. У дѣвочекъ, у которыхъ мѣсячныя появляются слишкомъ рано, обыкновенно бываютъ преждевременно развиты внутренніе и наружныя половыя органы, а также груди.

Глава 5.

Болѣзненные половыя сношенія, *dyspareunia.*

Этіологія. Это расстройство, на которое нерѣдко жалуются замужнія женщины, зависитъ наичаще отъ врожденныхъ или пріобрѣтенныхъ ненормальностей въ половыхъ органахъ, а также наблюдается при расстройствахъ нервной системы. Къ числу врожденныхъ недостатковъ слѣдуетъ отнести: отсутствіе или несовершенное развитіе влагалища, слишкомъ плотную или заросшую дѣвственную плеву, слишкомъ длинную влагалищную часть матки; въ исключительныхъ случаяхъ неправильное наклоненіе таза, при чемъ наружныя половыя части расположены болѣе кзади.

Въ числѣ пріобрѣтенныхъ причинъ оказываютъ наичаще неблагоприятное вліяніе на половую функцію суженіе и зарощеніе влагалища, воспалительныя болѣзни матки и ея придатковъ, хроническое воспаленіе или его послѣдствія въ тазовой брюшинѣ и клѣтчаткѣ; рѣже новообразования въ различныхъ отдѣлахъ полового аппарата. Одною изъ наиболѣе частыхъ причинъ расстройства половыхъ отправленій слѣдуетъ признать катарральное воспаленіе влагалища и спазматическое состояніе входа рукава, *vaginismus*. Иногда это зависитъ отъ ненормальныхъ половыхъ отношеній. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ боли при сношеніи и чувство отвращенія, испытываемое женщиной *sub coitu*, представляютъ одно изъ проявленій гистеріи. Въ рѣдкихъ случаяхъ боли при сношеніи обусловливаются заболѣваніемъ крестцово-копчиковаго

соединенія, *soscygodynia*, что зависит наичаще отъ травмы или простуды.

Симптомы и теченіе. При вышеизложенныхъ условіяхъ, половыя отношенія сопровождаются болѣе или менѣе сильною болью, которая продолжается иногда даже нѣкоторое время послѣ совершенія полового акта, или же сношенія оказываются совершенно невозможными. Лишеніе дѣвственности всегда сопровождается болѣе или менѣе чувствительною болью во входѣ влагалища вслѣдствіе надрыва плевы. При слишкомъ стремительномъ первомъ сношеніи иногда разрывается даже промежность, что сопровождается значительнымъ кровотеченіемъ. Описаны случаи разрыва задняго свода влагалища, рѣже образованіе мочевого свища при сношеніи у женщинъ съ короткими или атрофированными стѣнками влагалища. Въ исключительныхъ случаяхъ такія тяжелыя пораненія были наблюдаемы при нормальномъ влагалищѣ и зависѣли отъ чрезмѣрной величины полового члена. При *soscygodynia* женщина не можетъ сидѣть прямо на жесткомъ сидѣннѣ, старается сѣсть бокомъ, испытываетъ боли при испражненіи на низъ твердымъ каломъ, давленіе на копчикъ обыкновенно вызываетъ сильную боль.

Распознаваніе. Должно имѣть въ виду главнымъ образомъ уясненіе ближайшей причины, которая причиняетъ боли при *coitus*, или же дѣлаетъ половыя сношенія невозможными. Когда эти явленія замѣчаются при нормально развитыхъ половыхъ органахъ женщины, слѣдуетъ обратить вниманіе на состояніе половыхъ органовъ мужа.

Предсказаніе. Въ тѣхъ случаяхъ, когда половыя отношенія вызываютъ воспаленіе или пораненіе въ половыхъ органахъ женщины, *coitus* иногда представляетъ опасность для здоровья и даже для жизни женщины; предсказаніе зависитъ всецѣло отъ возможности устранить причины болей при сношеніяхъ и отъ вѣроятности достигнуть нормальнаго отправления этой функціи у больной.

Лѣченіе заключается главнымъ образомъ въ устраненіи на сколько это возможно врожденныхъ и пріобрѣтенныхъ недостатковъ и заболѣваній, которыя дѣлаютъ половыя отношенія невозможными или сильно болѣзненными. Если причина зависитъ отъ мужа, слѣдуетъ совѣтовать совершать этотъ актъ осторожно, пока влагалище не растянется современнымъ въ достаточной степени, что возможно, конечно, только у молодыхъ женщинъ. Къ числу палліативныхъ средствъ нужно отнести мягчительные теплыя влагалищныя души, теплыя сидячія ванны, введеніе въ рукавъ предѣ сношеніемъ *suppositoria* изъ *ol. sassa cum cacao nigiat.* или смазываніе входа влагалища мазью, содержащей 5 — 10% этого обезболивающего средства. Для излѣченія *soscygodynia* слѣдуетъ примѣнить мѣстный массажъ. Указательный палецъ вводится во влагалище или въ прямую кишку, а большой палецъ кладутъ на верхушку крестца и производятъ имъ поглаживаніе, растираніе и движеніе въ крещовокончиковомъ сочлененіи.

Глава 6.

Бесплодіе, sterilitas.

Около 10—12% всѣхъ супружествъ остаются бесплодными; въ этихъ случаяхъ женщины или никогда не дѣлаются беременными, или же имѣютъ одинъ или нѣсколько выкидышей, но ни разу не рожаютъ жизнеспособнаго плода. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ молодые замужнія женщины послѣ 1—2 родовъ не становятся болѣе беременными, чего иногда онѣ достигаютъ, при помощи различныхъ средствъ, причиняя сознательно sterilitas facultativa. Такъ какъ среднее число дѣтороженій на каждое супружество приходится отъ 3,5—4, то въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ признать также бесплодіе, хотя относительное.

Этіологія крайне разнообразна. Большинство заболѣваній половыхъ органовъ въ болѣе или менѣе значительной степени ограничиваютъ зачатіе или не допускаютъ его.

Сюда относятся заболѣванія наружныхъ половыхъ частей, при которыхъ сношеніе бываетъ невозможно—*заросшая или чрезмерно плотная двѣственная плева, большія опухоли въ окружности входа во влагалище, vaginitis и проч.* Далѣе, *врожденные и приобретенныя зараженія и суженія влагалища, значительный катарръ влагалища*, при которомъ скопляется отдѣленіе, имѣющее кислую реакцію, крайне вредно дѣйствующую на сѣменные нити, уничтожая ихъ движеніе. Иногда излишняя вялость влагалищныхъ стѣнокъ и въ особенности *глубокой разрывъ промежности*, могутъ причинить бесплодіе; такъ какъ въ этихъ случаяхъ излившееся сѣмя не удерживается возлѣ матки, а вскорѣ вытекаетъ наружу. *Суженіе наружнаго отверстия матки* является довольно частою причиною бесплодія. Наблюденія показываютъ, что замужнія женщины, у которыхъ это отверстіе имѣетъ менѣе 2 мм., рѣдко дѣлаются беременными. Различнаго рода *смѣщенія матки*, препятствуютъ зачатію главнымъ образомъ вслѣдствіе часто сопровождающаго ихъ катарра и хронической воспалительной опухоли матки. По наблюденіямъ Kleinwächter'a, хроническая опухоль матки и смѣщенія этого органа являются наиболѣе обыкновеннымъ препятствіемъ для дальнѣйшаго дѣтороженія у молодыхъ женщинъ, болѣвшихъ въ послѣродовомъ періодѣ. При *фиброидахъ* матки и *ракѣ* маточной шейки очень рѣдко наступаетъ беременность. Нечасто также она наблюдается при *кистахъ* яичниковъ. *Гонорройное зараженіе* составляетъ, вѣроятно, самую частую причину бесплодія у женщинъ. Оно не всегда проявляется въ видѣ остраго катарральнаго воспаленія влагалища и мочевого канала, чаще гоноррея имѣетъ болѣе длительное теченіе, послѣдовательно поражая влагалище, шейку, полость матки, трубы и яичники, причиняя воспалительныя заболѣванія брюшины, придатковъ и воспалительныя опухоли въ нихъ, которыя не поддаются медицинскому лѣченію. Къ

сожалѣнію, съ каждымъ годомъ возрастаетъ частота этихъ болѣзней, вслѣдствіе которыхъ молодыя женщины осуждены на безплодіе. Весьма вѣроятно, что гоноррея является также главною причиною сравнительно нерѣдкихъ въ послѣднее время случаевъ gravid. extrauterina. Иногда уже скопленіе густой слизи въ каналѣ шейки при упорномъ катаррѣ гонорройнаго происхожденія составляетъ единственную причину безплодія, лишая возможности сѣменные нити проникнуть въ полость матки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ безплодіе зависитъ всецѣло отъ *общаго упадка питанія, анеміи, obesitas, общихъ хроническихъ болѣзней и мѣстныхъ заболѣваній важнѣйшихъ органовъ*. Какъ извѣстно, часто въ подобныхъ случаяхъ происходитъ даже прекращеніе мѣсячныхъ очищеній, слѣдовательно, не выдѣляются зрѣлыя яйца, какъ показываютъ наблюденія, и только въ исключительныхъ случаяхъ возможно зачатіе при продолжительномъ отсутствіи мѣсячныхъ у женщинъ, не кормящихъ грудью. По изслѣдованіямъ Kisch'a, изъ 250 безплодныхъ женщинъ sterilitas у 134 была врожденною, а у 107 большихъ она представляла приобретенное состояніе. Наблюденія убѣждаютъ, что по крайней мѣрѣ въ 40% случаевъ безплодіе женщины зависитъ отъ мужа. И здѣсь причиною являются послѣдствія гонорройнаго воспаленія, преимущественно придатка яичка, orchitis gonorrhoeica. При изслѣдованіи сѣмени такихъ субъектовъ, въ немъ или совершенно не находятъ сѣменныхъ нитей, azoospermia, или послѣднія оказываются безъ движенія и въ ничтожномъ количествѣ, oligospermia. Въ рѣдкихъ случаяхъ при сношеніи вовсе не выдѣляется сѣменной жидкости, aspermatus. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, вслѣдствіе гонорройнаго воспаленія яичка, запусьтѣли всѣ или большая часть сѣменныхъ каналовъ. Рѣдко причипа безплодія лежитъ въ уродливомъ строеніи полового члена. Часто безплодіе вызывается также искусственно со стороны мужа.

Симптомы и теченіе. Безплодные женщины часто представляютъ явленія неврастенія или гистеріи и нерѣдко находятся въ угнетенномъ состояніи, теряя надежду имѣть потомство. Въ особенности въ этомъ отношеніи выдѣляются еврейки, которыя считаютъ безплодіе величайшимъ несчастіемъ для женщины. Другіе мѣстные и общіе симптомы обусловливаются свойствомъ заболѣванія, отъ котораго зависитъ безплодіе. Sterilitas facultativa со стороны мужа вызывается употребленіемъ кондомовъ или изліяніемъ сѣмени наружу (coitus interruptus); въ другихъ случаяхъ женщины вкладываютъ во влагалище предъ сношеніемъ закрытое кольцо, тампоны изъ ваты, или влажную губку и дѣлають сейчасъ post coitum души влагалища изъ различныхъ растворовъ вяжущихъ или ѣдкихъ средствъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, немедленно послѣ сношенія, женщины, нажимаясь, стараются удалить сѣмя изъ влагалища. Наиболѣе вредное вліяніе оказываетъ coitus interruptus, менѣе вредно употребленіе кондомовъ и колець, хотя всѣ средства, при-мѣняемыя для избѣжанія беременности, съ теченіемъ времени вызыва-

ють у женщинъ, испытывавшихъ при нормальныхъ сношеніяхъ ощущенія сладострастія, явленія тяжелой гистеріи и развитіе хронической воспалительной опухоли матки со всѣми ея послѣдствіями.

Распознаваніе. Въ большинствѣ случаевъ, въ особенности при отсутствіи значительныхъ заболѣваній въ половыхъ органахъ женщины, необходимо осмотрѣть половые органы мужа и въ особенности изслѣдовать его сѣмя. Для этой цѣли слѣдуетъ совѣтовать мужу совершить совокупленіе съ кондомомъ, въ которомъ остается сѣмя, для изслѣдованія.

Что касается самой женщины, одержимой безплодіемъ, то необходимо произвести основательное общее и мѣстное изслѣдованіе, чтобы вполне уяснить себѣ состояніе ея организма и въ особенности состояніе ея половыхъ органововъ. Не слѣдуетъ упускать изъ виду, между прочимъ, реакцію влагалищнаго секрета въ сводахъ, что опредѣляется посредствомъ реактивной бумажки, при изслѣдованіи зеркаломъ Симса.

Предсказаніе зависитъ отъ возможности устранить причины, вызывающія безплодіе. Довольно благоприятное предсказаніе можно поставить, если единственною причиною заболѣванія является суженіе наружнаго устья матки. Не менѣе 20% молодыхъ безплодныхъ женщинъ послѣ разрывъ шейки въ такихъ случаяхъ становятся беременными. Levy считаетъ менѣе благоприятнымъ предсказаніе въ тѣхъ случаяхъ, когда безплодіе обуславливается катарромъ матки. Наиболѣе худшее предсказаніе относительно устранения безплодія допускаютъ хроническіе воспалительные процессы и воспалительныя опухоли, развившіяся въ обоихъ придаткахъ.

Лѣченіе главнымъ образомъ должно быть направлено на излѣченіе болѣзней, отъ которыхъ зависитъ у женщины въ данномъ случаѣ безплодіе. При недостаточномъ развитіи матки совѣтуютъ вводить палочки ламинариі на нѣсколько часовъ въ день, чрезъ 3 — 5 дней въ теченіе 2 — 4 недѣль. Само собою, это средство слѣдуетъ примѣнять съ соблюденіемъ надлежащихъ предосторожностей. При смѣщеніяхъ матки часто наблюдали наступленіе беременности при ношеніи пессаріевъ. Другіе видѣли наиболѣе пользы отъ расширенія канала матки. При рѣзко выраженной кислой реакціи влагалища, въ рукавъ слѣдуетъ назначить впрыскиваніе изъ 2% раствора смѣси соды, поваренной соли и фосфорнокислаго натра, такъ какъ въ такой жидкости сѣменные нити долгое время сохраняютъ свою подвижность. При значительномъ разрывѣ промежности нужно совѣтовать совершать сношенія въ боковомъ положеніи, или при нѣсколько приподнятомъ тазѣ женщины. Когда обыкновенное общее или мѣстное лѣченіе остается безъ результата, а между тѣмъ сѣмя мужа обладаетъ нормальными свойствами, можно прибѣгнуть къ искусственному оплодотворенію, вводя сѣмянную жидкость мужа въ полость матки посредствомъ небольшого шприца съ утолщеною на концѣ трубкою, для чего иногда нужно пред-

варительное расширение матки бужами Негар'а. Сѣмянную жидкость слѣдуетъ взять изъ влагалища, вскорѣ послѣ сношенія, въ согрѣтый шприцъ и немедленно произвести инъекцію сѣмени въ матку. Къ сожалѣнью, эта операція только въ рѣдкихъ случаяхъ сопровождается благопріятными результатами.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда *слѣдуетъ избѣгать беременности*, нужно совѣтовать для этой цѣли наиболѣе безвредныя средства, изъ которыхъ, впрочемъ, ни одного нельзя считать вполне надежнымъ и вѣрнымъ. Наиболѣе предохраняетъ отъ беременности уотребленіе кондомовъ. Въ числѣ больныхъ нерѣдко встрѣчаются женщины, на здоровье которыхъ беременность можетъ оказать чрезвычайно пагубное вліяніе. Болѣзни сердца съ нарушеніемъ компенсаціи, начало легочной чахотки, хроническія формы воспаленія почекъ, сахарная болѣзнь и нѣкоторыя другія заболѣванія принимаютъ съ наступленіемъ беременности чрезвычайно неблагоприятное теченіе. Было бы безчеловѣчно со стороны врача, руководствуясь исключительно абсолютными основаніями этики, лишать такихъ женщинъ возможности продлить свою жизнь и не подвергать опасности свое разстроенное здоровье. Къ сожалѣнью, въ настоящее время мы не имѣемъ еще вѣрнаго способа легко и безопасно лишать такихъ женщинъ возможности забеременѣть, безъ вреда для ихъ здоровья и безъ ущерба для половыхъ отравленій. Пока удаленіе придатковъ съ обѣихъ сторонъ остается единственною операціею, причиняющею неизлѣчимое безплодіе.

Въ послѣднее время гинекологи занимались довольно усердно вопросомъ о производствѣ искусственнаго безплодія у женщины. Оказалось, что не только перевязка трубы, но даже перерѣзка ея и вырѣзываніе части трубы на протяжении не уничтожаетъ иногда проходимости канала послѣдней. Кегеръ полагаетъ, что этого можно достигнуть, производя послѣ перерѣзки трубы зашиваніе ея отверстія кетгутомъ. Fraenkel, Neumann, Rose и др. совѣтуютъ не только перерѣзать трубу возлѣ матки, но изъ угловъ матки вырѣзать клинья и наложить швы. Kuhl сдѣлалъ не вполне рациональное предложеніе вшить отрѣзанныя трубы въ передній сводъ влагалища. Всѣ предложенныя операціи слѣдуетъ производить чрезъ colpotomia ant.

Новѣйшая литература.

Функціональныя разстройства женскихъ половыхъ органовъ.

Binz. Ueber die Wirkung der Salicylsäure auf die Gebärmutter B. kl. W. 1893. Brunberg. Menstruations-Störungen und ihre Behandlung mittels hypnotischen Suggestion. 1896. Cohn. Zur Kasuistik der Amenorrhoe bei Diabetus mellitus et insipidus. Zeit. f. Gyn. 14. Delmis. Traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée. 1891. Doebelin. Die Amenorrhoe und ihre Behandlung mit Elektrizität. 1894. Finger und Sänger. Die Pathologie und Therapie der Sterilität beider Geschlechter. 1898. Fränkel. Experimente zur Herbeiführung der Unwegsamkeit der Eileiter. Arch. f. Gyn. 58. Heffter. Die intern wirkenden Haemostatica in der Gynaekologie. Mon. f. Geb. 1. Hegar. Der Geschlechtstrieb. 1894. Kisch. Die Sterilität des Weibes. 1895.

Kollmorgen. Ueber Dauererfolge der Hidrastininbehandlung bei Gebärmutterblutungen. Zeit. f. Geb. 29. Loevinstein. Die Morphiumsucht. Meyer. Zur pathologischen Anatomie der Dysmenorrhoea membran. Arch. f. Gyn. 31. Müller. Die Sterilität der Ehe. Entwicklungsfehler des Uterus. 1885. Möricke. Ueber Menstruation und Dysmenorrhoe. 1898. Neugebauer. Ueber die männliche Behaarung bei Frauen. 1896. Oppenheimer. Ueber Rhinitis hypertrophica und Amenorrhoe. B. kl. W. 1892. Orthmann. Salipyrin bei Gebärmutterblutungen. B. kl. W. 1895. Stieda. Chlorose und Entwicklungsstörungen. Zeit. f. Geb. 32. Schwarz. Ueber den Einfluss des Bromnatriums auf Menstruationsanomalien. W. med. W. 1888. Schönheimer. Zur path. Anat. und Symptom. der menstruellen Uterus-Ausscheidungen. Arch. f. Gun. 44. Снегиревъ маточное кровотечение. 1900. Vendeler. Dysmenorrhoea hysterica. Arch. f. Gyn. 54.

akusher-lib.ru

Алфавитный указатель.

А.

Аденомиома 295.
Ампутация влагалищной части 251.
Ампутация надвлагалищной части шейки 262.
Ампутация вышевлагалищная для удаления тела матки 318.
Ангиотрофия 356.
Анатомия топографическая передней стѣнки живота 97, — таза 100, — брюшины 101, — клѣтчатки и тазовой фасции 105, — промежности 107.
Атрофия матки 217.

Б.

Безплодіе 484.
Болѣзни круглой связки 366.
Болѣзненные мѣсячныя 476.
Болѣзненные половыя сношенія 482.
Болѣзни Фаллопиевыхъ трубъ 370.
Большія и малыя губы 117.
Бородавчатые разраженія на наружныхъ половыхъ органахъ 168.
Брюшное кровоизліаніе 465.
Бугорчатка внутреннихъ половыхъ органовъ 388.
Бугорчатое воспаленіе брюшины 388.

В.

Ванны при женскихъ болѣзняхъ 62.
Влагалище 119.
Влагалище чрезмѣрно узкое 181.
Вліяніе женскихъ болѣзней на организмъ 56.
Вліяніе общихъ и мѣстныхъ болѣзней на функціи женскихъ половыхъ органовъ 54.
Внутриматочные пессаріи 271.
Волчечь на наружныхъ половыхъ частяхъ 173.
Воспалительныя болѣзни матки 229.
Воспаленіе влагалища 184.
Воспаленіе матки острое 231.
Воспаленіе матки хроническое 248.
Воспаленіе и воспалительныя опухоли трубъ: этиологія 370, анатомическія измѣненія 371, симптомы и теченіе 375, распознаваніе 378, предсказаніе 379, леченіе 380.
Воспаленіе брюшины мѣстное и общее: этиологія 447, анатомическія измѣненія 449, симптомы и теченіе 450, распознаваніе 453, предсказаніе и леченіе 454.

Воспаленіе наружныхъ половыхъ органовъ 153.

Воспаленіе тазовой клѣтчатки: этиологія 457, анатомическія измѣненія 458, симптомы и теченіе 460, распознаваніе 462, предсказаніе и леченіе 463.

Воспаленіе яичниковъ: этиологія 392, анатомическія измѣненія 393, симптомы и теченіе 395, распознаваніе 396, предсказаніе и леченіе 397.

Вправленіе матки при загибѣ къзади 279.
Вправленіе приросшей матки 289.

Врожденныя неправильности трубъ 370.

Выворотъ матки хронической 261.

Выпаденіе и опущеніе матки 256.

Выскабливаніе полости матки 245.

Г.

Гидротерапія при женскихъ болѣзняхъ 64.

Гоноррея: наружныхъ половыхъ частей 156, влагалища 185, матки 229 и 239, придатковъ 375 и 395.

Графовы пузырьки 131.

Графическое изображеніе патологическихъ измѣненій 52.

Грыжи: матки 292, наружныхъ половыхъ частей 167, яичниковъ 400.

Д.

Двойное влагалище 181.

Двунастіе 151.

Дѣвственная плева 119.

Дезинфекція и асептика 80.

Deciduoma malignum 331.

Ж.

Желѣзы Бартолиновы 118, 156.

Желѣзные источники 66.

Жировыя опухоли: наружныхъ половыхъ частей 174, влагалища 214, тазовой клѣтчатки 472.

З.

Залоздалыя мѣсячныя 482.

Зарощеніе и суженіе влагалища 176.

Суженіе шейки матки 224.

Зачатіе 143.

Зудъ наружныхъ половыхъ частей 159.

И.

Издѣлованіе: предварительное 11, гинекологическое 13, наружное 19, вну-

треннее 23, руками 23, посредством инструментовъ 28, расширение 41.
Исслѣдованіе эндоскопомъ пузыря 48.
Исслѣдованіе посредствомъ разрыва брюшныхъ стѣнокъ 50.
Исслѣдованіе микроскопическое 51.
Извѣзленія на влагалищной части шейки 234.
Историческое развитіе гинекологіи 1.

К.

Катарръ матки острый 229.
Катарръ матки хроническій 238.
Катарръ шейки 233.
Кисты влагалища 207.
Кисты наружныхъ половыхъ частей 168.
Кисты въ тазовой клѣтчаткѣ 472.
Кисты трубно-яичниковыя 375.
Кисты яичниковъ: этиологія 401, простыя кисты 402, личничко-трубныя 403, дермоидныя 403, многополостныя кистомы желѣзистыя и капиллярныя 404, содержащее кистъ 408, стебельчатыя и междусвязочныя кисты 410, различныя измѣненія въ кистахъ 412, симптомы и теченіе 414, распознаваніе 415, отличительное распознаваніе 420, предсказаніе 424, леченіе 425.
Климатическое леченіе 67.
Климактерическій возрастъ 141.
Клиторъ 118.
Кровоизліяніе въ полость живота и таза: этиологія 465, анатомическія измѣненія 466, симптомы и теченіе 468, распознаваніе 469, леченіе 470.
Кровоизліянія въ ткань яичника 398.
Кровопусканіе мѣстное изъ влагалищной части 77.
Кровотеченія во время мѣсячныхъ 474.
Куанья 67.
Кусокъ маточныхъ опухолей 355.

Л.

Леченіе женскихъ болѣзней, общія основанія 59.
Лонное возвышеніе 117.
Литература новѣйшая 144, 175, 214, 367, 445, 473, 487.
Лучистый грибокъ въ маточныхъ придаткахъ 390, въ тазовой клѣтчаткѣ 463.

М.

Массажъ при хроническомъ воспаленіи въ полости таза 457.
Массажъ въ гинекологіи 78.
Матка 124.
Маточныя цессаріи 282.
Микробы въ половыхъ органахъ при нормальныхъ условіяхъ 82.
Минеральныя воды 66.
Мочевой пузырь 123.
Мочеточники 123 и 358.
Мѣсячная очищенія: появленіе 134, типъ и теченіе мѣсячныхъ 135, анатомиче-

скія измѣненія 136, причины появленія 139, мѣры предосторожности при мѣсячныхъ 140.
Мѣстная анестезія 96.

Н.

Наклоненіе и загибъ матки кпереди 269.
Наклоненіе и загибъ матки къзади 273.
Наложеніе пинцетовъ вмѣсто лигатуръ при удаленіи матки 353.
Наркозъ 93.
Нарывы въ тазовой клѣтчаткѣ 461.
Нарывъ тазовой 374.
Недостатки развитія влагалища 176.
Неправильности въ развитіи личниковъ 392.
Нервы таза 111.
Новообразованія: наружныхъ половыхъ частей 168, влагалища 207, матки 293, трубъ 391, яичниковъ 401 и 440.
Новообразованія въ тазовой клѣтчаткѣ 472.

О.

Обеззараживаніе: больной 82, инструментовъ 84, перевязочнаго матеріала 85, рукъ врача 81.
Овариотомія: 3 акта операціи 426, наиболѣ частыя осложненія и затрудненія при операціи 430, уходъ послѣ операціи 435, осложненія послѣ операціи 436, исходы 439.
Овариотомія чрезъ влагалище 440.
Овуляціи 137.
Околوماتочное кровоизліяніе 465.
Опредѣленіе гинекологіи 1.
Опущеніе яичниковъ 400.
Опухоли наружныхъ половыхъ органовъ 167.
Операціи при разрывахъ промежности 163, при мочевыхъ и кишечныхъ фистулахъ 197, при суженіи шейки матки 227; операціи при загибѣ матки къзади 284, 286 и 291, при выпаденіи матки 262, при хроническомъ выворотѣ 268; операціи при фибродахъ матки 313, 314, 317, 318, 323 и 324; операціи при ракѣ матки 345, 357 359; операціи при воспалительныхъ опухоляхъ придатковъ 382, 383, 386 и 387; операціи при опухоляхъ яичниковъ 423, 426, 440; операція при тазовыхъ нарывахъ 455, при нагноеніи въ тазовой клѣтчаткѣ 364, при кровяныхъ опухоляхъ 471.
Особенности болѣзней личниковъ 392.
Орошеніе постоянное внутреннихъ половыхъ органовъ 71.
Отсутствіе и недоразвитіе матки 216.
Отсутствіе мѣсячныхъ 479.
Ошариваніе полости матки 245.

П.

Палліативное леченіе при ракѣ матки 341.
Палліативное леченіе при фибродахъ 309.

Патологія общаа женскихъ болѣзней 53.
Перевязка маточныхъ артерій черезъ влагалище 313.
Переходъ яйца въ трубу и матку 139.
Плотныя опухоли яичниковъ 440.
Поврежденія влагалища 191.
Поврежденія наружныхъ половыхъ частей 161.
Подбрюшинныя кровоизліянія 465.
Положеніе нормальное матки 126.
Пороки развитія наружныхъ половыхъ частей 149.
Пороки развитія матки 216.
Предверье 118.
Прекращеніе мѣсячныхъ 479.
Примѣненіе лекарствъ мѣстное 74.
Пришиваніе матки къ влагалищу 286, къ передней стѣнкѣ живота 291.
Проколъ и разрѣзъ воспалительной опухоли 382.
Промываніе влагалища 67, матки 70.

Р.

Радикальныя хирургическія пособія при ракѣ матки 344.
Развитіе женскихъ половыхъ органовъ 112.
Развитіе одной Мюлеровой нити 222.
Разращенія въ наружномъ отверстіи мочевого канала 169.
Разрывы промежности 162.
Разрывы шейки 236.
Разрѣзъ задняго свода и брюшины 471.
Разсѣченіе маточной шейки 227.
Ракъ влагалища 212.
Ракъ матки: этиологія 325, анатомическія измѣненія 327, ракъ влагалищной части 328, шейки 329, тѣла матки 330, вторичный 331, симптомы и леченіе 332, распознаваніе 338, предсказаніе и леченіе 341.
Ракъ наружныхъ половыхъ органовъ 174.
Ракъ яичника 440.
Раннія мѣсячныя 482.
Расознаваніе женскихъ болѣзней 11.
Руководства по гинекологіи 3.

С.

Саркома влагалища 211, наружныхъ половыхъ органовъ 175, матки 361, шейки 362, яичника 442.
Свищи мочевые 191, прямой кишки 205, кишечные 207.
Слоновая опухоль 172.
Смѣщенія матки 253.
Сосуды кровеносныя и лимфатическія въ женскомъ тазу 109.
Спазма входа во влагалище 183.
Сшиваніе влагалища 262, мочевыхъ и кишечныхъ свищей 197, промежности 163, разрывовъ шейки 236.

Т.

Тазовой нарывъ 455.
Тампонація влагалища и шейки 74.

У.

Удлиненіе влагалищной части 259.
Удаленіе всей матки черезъ влагалище при фиброидахъ 317, при ракахъ 345, при воспалительныхъ опухоляхъ и нарывахъ въ тазу 387 и 455.
Удаленіе всей матки посредствомъ чревосѣченія при фиброидахъ 323, при ракахъ 357, при воспаленіи придатковъ 387.
Удаленіе воспалительныхъ опухолей черезъ влагалище 386.
Удаленіе всей матки черезъ крестцовый разрѣзъ 359.
Удаленіе фиброидныхъ опухолей черезъ влагалище 314.
Удаленіе фиброидовъ посредствомъ чревосѣченія 317.
Удаленіе яичниковъ и воспалительныхъ опухолей посредствомъ чревосѣченія 383.
Удвоеніе матки 220.
Укороченіе круглыхъ связокъ 284.

Ф.

Фаллопиевы трубы 129.
Фиброміомы матки: этиологія 293, анатомическія измѣненія 294, различныя формы фиброміомъ 295, фиброаденома 295, измѣненія въ ткани фиброидовъ 300, симптомы и теченіе 301, распознаваніе 305, предсказаніе 308, леченіе 309.
Фиброзныя опухоли влагалища 210, тазовой клѣтчатки 472.
Фибромы наружныхъ половыхъ частей 174.
Фиброміома яичника 443.
Функциональныя расстройства женскихъ половыхъ органовъ 474.

Э.

Электричество въ гинекологіи 89, при леченіи фиброидовъ 311, при восваленіи матки 251, при болѣзненныхъ мѣсячныхъ 478, при задержаніи мѣсячныхъ 481.
Эндоскопія мочевого пузыря и канала 48.
Эндотелиома матки 362, яичника 442.
Этиологія женскихъ болѣзней 5.

Я.

Яичники 130, 392.
Яйцо 131.

Важнѣйшія замѣченныя опечатки.

<i>Стр.</i>	<i>Строка.</i>	<i>Напечатано:</i>	<i>Надо читать:</i>
2	26 сверху	12	20
9	1 снизу	нервный	нервной
15	въ рис. 1	крестомъ	крестомъ
24	15 снизу	ладоннымъ	лоннымъ
47	въ рис. 23	членица	чеченица
50	28 сверху	пораженія	пораженія
50	15 снизу	ог. ilei	os. ilei
51	9 "	basinus tubercul.	bacillus tubercul.
71	7 сверху	отстрыя	острыя
105	23 снизу	стѣной	стѣнкой
106	въ рис. 48	utero-vericalia	utero-vesicalia
118	20 снизу	вогнутослью	вогнутостью
149	5 сверху	artesia	atresia
152	20 снизу	maculinus	masculinus
180	16 сверху	дѣйственной	дѣвственной
198	8 "	ея краевъ	его краевъ
204	8 снизу	стальная	остальная
208	13 сверху	кинекологи	гинекологи
209	20 "	на первой стѣнкѣ	на передней стѣнкѣ
212	3 "	болѣзненно	болѣзненно
216	въ рис. 101	d—трубки	d—трубы
220	въ рис. 102	didephys	didelphys
249	14 снизу	тенѣ	менѣ
253	9 сверху	крества	крестца
262	18 "	случахъ	случаяхъ
262	20 снизу	нулевыми	пулевыми
268	10 "	свода	свода
286	13 "	подъениками	подъемниками
287	7 сверху	стѣну	стѣнку
323	20 снизу	брюшной стѣны	брюшной стѣнки
328	4 "	въ водѣ	въ видѣ
338	11 "	половыхъ железъ	паховыхъ железъ
346	въ рис. 183	нулевые щипцы	пулевые щипцы
359	6 снизу	кончика	копчика
366	3 сверху	съ каждой	съ каждой стороны
366	13 "	половой каналъ	паховой каналъ
398	10 "	производить	происходить
402	въ рис. 209	samplex	simplex
404	1 снизу	adenokytoma	adenokystoma
408	въ рис. 215	kystodenuma	kysto-adenoma
415	4 снизу	равивается	развивается
424	22 сверху	эпителий	эпителий
428	15 снизу	приращеніе	приращенія
454	13 "	umm	Bumm
455	2 сверху	задержаніи	При задержаніи
460	въ рис. 231	uterus	uterus
467	3 снизу	valvae	vulvae
478	3 "	пропухшую	припухшую
479	4 "	uterus paravus	uterus parvus