

Проф. В. Н. Орлов

ЖЕНСКИЕ БОЛЕЗНИ

РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ВРАЧЕЙ
И СТУДЕНТОВ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
УКРАИНЫ

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ.

Первое издание руководства по женским болезням, выпущенное в 1916 году, быстро разошлось.

В настоящем втором издании некоторые главы — о заболеваниях слизистой оболочки матки, о маточных кровотечениях, о лечении рентгеном и радием и др. — значительно пополнены. Увеличено также количество рисунков. Общий же характер руководства остался тот же.

Одесса,
18 сентября 1923 г.

Проф. В. Орлов.

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ.

Данное руководство есть экстракт моих лекций, читанных студентам IV-го курса Новороссийского университета. Исполняя просьбу, моих слушателей, я написал это руководство, стараясь быть, по возможности, кратким, но в то же время охватить все вопросы по гинекологии. Все руководство разбито на целую серию глав, при чем каждая из них заключает в себе известный отдел гинекологии. Я, по возможности, избегал литературы и имен различных авторов, так как это в значительной степени утомляет начинающих изучать какой-либо предмет. Кто желает ближе познакомиться с тем или другим отделом гинекологии с литературной стороны, может обратиться непосредственно к источникам, к специальным работам.

Гинекология за последние годы сделала крупные шаги, ее литература достигла колоссальной величины и поставила гинеколога на видное место среди других специалистов различных медицинских отделов. В настоящее время, благодаря трудам как прежних, так и современных гинекологов, нам стали ясны причины и картины заболеваний женских половых органов. Увеличение числа методов исследования помощью микроскопа, цистоскопа, лучей Röntgen'a дало нам возможность ставить почти безошибочно диагностику того или

другого заболевания. Большую роль в деле распознавания причин болезни сыграли бактериологический и химический методы исследования. Благодаря им, мы можем нередко с уверенностью сказать, отчего произошла болезнь, какой микроорганизм дал толчок к развитию ее. В еще более благоприятных условиях мы стоим теперь в деле лечения женских болезней. Мы обладаем целым рядом средств и оперативных методов для восстановления функций органов и излечения болезни.

Из терапевтических методов мы имеем: электризацию, водолечение, грязелечение, массаж, лучи Röntgen'a, лучи радия, мезотория и т. п., и все это применяется в известных случаях, при известных показаниях с большим успехом.

Об оперативном лечении нечего и говорить. Оно дошло до высшей точки своего развития! Оперативные методы тщательно разработаны и с громадным успехом применяются в различных случаях. В настоящее время у нас в гинекологии почти нет неоперативных случаев, как это было раньше. Громадные шеечные миомы, повреждения мочевых путей и даже запущенные раки матки оперируются с большим успехом. Благодаря выработанной оперативной технике, быстроте операции, соблюдению всех правил асептики и антисептики, значительно понизился процент смертности после операции. Из сказанного ясно видно, в каких благоприятных условиях стоит современный гинеколог, сколько у него в руках боевого материала, чтобы возвратить женщине здоровье, силы и возможность быть продолжательницей человеческого рода.

В виду такого прогресса в гинекологии, литература ее дошла до громадных размеров, и если бы привести даже только чем-либо выдающиеся работы, то это заняло бы массу страниц, и само руководство должно было бы быть многотомным, каким и является руководство Veit'a, в сотрудничестве с Bump'ом, Döderlein'ом, Fritsch'em и друг. Не мне судить о достоинствах руководства, но я должен повторить, что я старался в наивозможно сокращенном виде дать суть гинекологии. Количество рисунков в книге не так велико, как бы это хотелось. Сделано это для того, чтобы не удорожать ее, ибо и так, благодаря военному времени, цены по изданию книги, бумаги и набора были значительно выше, чем до войны. Громадное большинство рисунков, оригинальные, исполнены ординаторами клиники д-рами Г. Ф. Цомакионом и С. П. Тананаки со случаев, наблюдавшихся и оперированных мною в клинике, за что я приношу им мою глубокую благодарность.

Проф. В. Орлов.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Предисловие ко второму изданию	СТР. III
Предисловие к первому изданию	—
Глава I. Исследование гинекологической больной.....	1 — 15
Анамнез 1. Наружный осмотр всего тела 2. Выстукивание живота 2. Выслушивание живота 3. Ощупывание 3. Исследование пальцем per vaginam 4. Бимануальное исследование 4. Исследование мочевого пузыря 6. Исследование rectum 7. Маточные зеркала 7. Исследование маточным зондом 9. Расширение шейки 10. Пробное выскабливание 11. Микроскопическое исследование 12. Исследование по Hegar'у 12. Цистоскопическое исследование 14.	
Глава II. О наркотизации больных.....	15 — 24
Местный наркоз 15. Общий наркоз 17. Хлороформенный 17. Эфирный 19. Hedonal'овый 21. Спинномозговая анестезия 22.	
Глава III. Подготовка перевязочного материала, инструментов и больной к операции.	24 — 29
Приготовление марли, шелка, cat-gut'a 24. Приготовление резиновых перчаток 25. Приготовление инструментов 25. Подготовка больной к операции 25. Мытье рук 25. Разрез брюшной стенки 26. Поперечный разрез по Pfannenstiel'ю 27. Зашивание брюшной раны 28. Защита операционного поля при влагалищных операциях 28.	
Глава IV. Наружные половые части и влагалище.....	30 — 39
Половая щель 30. Labia pudenda majora 30. Labia pudenda minora 31. Клитор 31. Vulva 31. Бартолиновые железы 35. Промежность 35. Влагалище 36.	

Глава V. Болезни наружных половых частей	39 — 59
Vulvitis acuta 39. Pruritus vulvae 41. Bartolinitis 43. Сга- urosis vulvae 45. Острые кондиломы 47. Отеки наружных половых частей 48. Тромбоз 48. Туберкулез 48. Вол- чанка 50. Липомы, фибромы 50. Энхондромы, невромы, ангиомы 51. Слоновая проказа 51. Ulcus rodens 53. Рак и саркома 54. Atresia hymenis 55. Наematocolpos 55. Нуре- gaesthesia hymenaica 56. Vaginismus 57.	
Глава VI. Болезни влагалища	59 — 73
Colpitis catarrhalis 60. Colpitis chronica follicularis 60. Col- pitis adhaesiva 60. Язвенный кольпит 61. Colpolyperplasia cystica 62. Colpitis emphysematosa, mycotica, tuberculosa 62. Colpitis dyphteritica, necrotica 63. Paracolpitis 64. Paravaginitis phlegmonosa dissecans 64. Кисты влагалища 64. Фиброиды, фибромиомы, миомы 66. Рак 67. Саркомы 69. Стенозы и атрезии влагалища 69.	
Глава VII. Разрывы влагалища и промежности	73 — 79
Разрывы влагалища 73. Разрывы промежности 74. Централь- ный разрыв промежности 74.	
Глава VIII. Смещение и выпадение стенок влагалища (передней и задней)	79 — 85
Cystocele 79. Rectocele 79. Enterocoele vaginalis anterior, posterior 80. Colporrhaphia anterior 81. Colporrhaphia po- sterior 82.	
Глава IX. О мочеполовых и кишечно-влагалищных фистулах	85 — 101
Этиология 85. Симптомы 87. Диагностика 88. Лечение 88. Зашивание фистул 90. Восстановление уретры 92. Colpo- cleisis 93. Episioceleisis 93. Зашивание мочеточничко-влага- лищных фистул 95. Uretero-ureterostomie 98. Свищи прямой кишки 99. Влагалищно-кишечные свищи 101.	
Глава X. Развитие матки, влагалища и Фаллопиевых труб	102 — 113
Развитие матки 102. Строение матки 103. Uterus infan- tilis 105. Uterus virgineus 105. Endometrium 106. Влага- лищная часть матки 108. Ligamenta lata 108. Parovarium 108. Lig. rotunda 108. Крестцово-маточные связки 109. Anteversio-	

flexio uteri 110. Сосуды матки 110. Лимфатическая система ее 112. Нервная система 112.

Глава XI. Правильные и неправильные положения матки 113 — 138

Anteversio uteri 113. Диагностика 114. Лечение 114. Ante-flexio uteri 115. Диагностика 116. Лечение 116. Retroversio et retroflexio uteri 119. Симптомы 119. Диагностика 121. Лечение 121. Массаж 121. Коленно-локтевая гимнастика 122. Лечение пессариями 123. Оперативное лечение 125. Операция Alexander-Adams'a 125. Vaginofixatio 127. Vesicofixatio 129. Укорочение круглых маточных связок по Menge 129. Операция Doléris 129. Ventrofixatio 131. Ventrofixatio проф. Орлова 134. Пришивание матки за круглые маточные связки 134.

Глава XII. О полном и неполном выпадении матки 138 — 151

Неполное выпадение матки 138. Гипертрофия влагалищной части матки 138. Причины выпадения матки 138. Припадки 139. Диагностика 140. Лечение пессариями 143. Оперативное лечение 143. Способ Schroeder'a 143. Способ Schaut'ы, Freund'a, Wertheim'a 145. Выворот матки 150. Причины его 150. Симптомы 150. Распознавание 150. Лечение 151.

Глава XIII. Заболевания шейки матки 152 — 159

Эрозии: простая, железистая, папиллярная, фолликулярная 152. Ectropion 152. Припадки 153. Диагностика 153. Лечение 154. Гипертрофия portiois vaginalis 156. Язвы твердого и мягкого шанкра 156. Заболевания слизистой оболочки шейки матки 156. Патологическая анатомия 157. Симптомы 157. Лечение 157. Слизистые полипы 158. Фиброзные полипы 159. Лечение 159.

Глава XIV. Изменения слизистой оболочки матки. Заболевания слизистой оболочки и тела матки 159 — 175

Циклические изменения слизистой оболочки матки 159. Климактерий 161. Острый эндометрит 162. Припадки 162. Течение болезни и лечение 162. Хроническое заболевание слизистой оболочки матки 163. Endometritis glandularis 163. Endometritis interstitialis 164. Endometritis atrophicans, poliposa, fungosa 165. Endometritis exfoliativa sive membranacea 165. Припадки 166. Распознавание 166. Лечение 167. Метрит 172. Припадки 172. Распознавание 172. Лечение 173.

Глава XV. Опухоли матки	176 — 207
Фибромиомы матки 176. Развитие миомы 176. Интерстициальные, субсерозные, субмукозные миомы 178. Причины развития миом 180. Рост их 180. Возраст, в котором они встречаются 181. Влияние их на матку 183. Шеечные миомы 183. Состояние слизистой оболочки матки при фибромиомах 184. Симптомы 185. Течение болезни 186. Атрофия опухоли 186. Обызвествление 188. Жировое, амилоидное, слизистое перерождение 188. Омертвление опухоли 189. Раковое перерождение 190. Саркоматозное перерождение 190. Заболевания придатков матки при фибромиомах 190. Диагностика субсерозных фибромиом 190. Диагностика интерстициальных фибромиом 191. Диагностика субмукозных фибромиом 191. Диагностика шеечных фибромиом 192. Лечение 193. Операции 194. Enuclatio 195. Надвлагалищная ампутация тела матки 196. Extirpatio uteri per abdomen 198. Extirpatio uteri per vaginam 199. Удаление подслизистых фибромиом 190. Удаление через влагалище 200. Удаление через брюшную стенку 201. Удаление заднешеечных миом матки 201. Удаление межсвязочных фибромиом 202. Кастрация 202. Неоперативное лечение 203. Лечение электричеством по методу Apostoli 204. Лечение лучами радия и Röntgen'a 204. Осложнение фибромиом матки беременностью 205.	
Глава XVI. Злокачественные новообразования матки	207 — 231
Рак матки 207. Паразиты рака 208. Патологическая анатомия 211. Рак влагалищной части матки 211. Папиллярная или бородавчатая форма 212. Железистая карцинома 212. Рак цервикального канала 212. Рак полости матки 214. Adenoma malignum 214. Симптомы рака влагалищной части 214. Симптомы рака шейки 216. Симптомы рака полости матки 216. Продолжительность болезни 216. Диагностика 217. Хирургическое лечение 218. Extirpatio uteri per vaginam 219. Extirpatio по Doyen'у 220. Extirpatio по Schuchard'у 221. Extirpatio по Schauta 221. Extirpatio по Wertheim'у 221. Extirpatio по Zweifel'ю 222. Extirpatio по Hochenegg'у 222. Паллиативная терапия 224. Лечение радием, мезоторием и лучами Röntgen'a 225. Syncytioma malignum 227. Течение болезни 228. Диагностика 228. Лечение 228. Саркома матки 229. Симптомы 230. Диагностика 231. Лечение 231. Прогноз 231.	

- Глава XVII. Пороки развития матки 231 — 236
- Uterus duplex bicornis 232. Uterus duplex bicornis cum vagina duplici 232. Uterus septus duplex 232. Uterus duplex separatus cum vagina duplici separati 232. Uterus bicornis unicolis 232. Uterus biforis 232. Uterus unicornis 232. Диагностика 233. Hypoplasia uteri 234. Uterus foetalis 234. Uterus infantilis 234. Симптомы, диагностика, лечение 234. Атрофия матки 235. Симптомы, диагностика, лечение 235.
- Глава XVIII. Фаллопиевы трубы и их заболевания 237 — 275
- Анатомия Фаллопиевых труб 237. Hydatis Morgagni 237. Пороки развития труб 238. Полное отсутствие труб 238. Недоразвитие их 238. Добавочные отверстия 239. Добавочные трубы 239. Сальпингоофорит 240. Salpingitis isthmica nodosa 241. Salpingitis hypertrophica 241. Hydrosalpinx 243. Hydrosalpinx profluens 244. Pyosalpinx 245. Симптомы 245. Pyosalpinx profluens 246. Haematosalpinx 247. Диагностика 248. Патологическая анатомия 250. Туберкулезный сальпингит 251. Диагностика 251. Salpingitis syphilitica, actinomycotica 252. Трубно-яичниковые кисты 252. Лечение 254. Горячие души 255. Души Heitzmann'a, Мансвельта 255. Лечение давлением 257. Внутриматочные впрыскивания по Грамматикати 259. Лечение холодным электрическим светом 262. Лечение горячим воздухом, лиманной грязью, массажем 263. Лечение постоянным электрическим током 263. Лечение грязевыми ваннами 264. Хирургическое лечение 265. Брюшное удаление сальпингоофоритов 267. Полное удаление матки и ее придатков через влагалище 270. Удаление матки через брюшную стенку 270. Salpingostomatia 271. Кисты Фаллопиевых труб 271. Фибромиомы, дермоиды, остеомы 272. Сосочковые опухоли 272. Саркома 273. Рак 273. Лечение 273. Эхинококк 274.
- Глава XIX. Анатомия яичника 275 — 278
- Parovarium 277. Paroophoron 278.
- Глава XX. Пороки развития яичников и болезни их 278 — 291
- Полное отсутствие яичников 278. Ovaria succenturiata 279. Hypoplasia ovariorum 279. Лечение 279. Опущение яичников 280. Диагностика 281. Лечение 281. Oophorrhaphia 282. Pelvifixa ovariorum 282. Грыжи яичника 282.

Симптомы, диагностика, лечение 283. Воспаление яичников 283. Oophoritis parenchymatosa 283. Oophoritis interstitialis 284. Oophoritis serosa, suppurativa, haemorrhagica, necrotica 284. Абсцесс яичника 285. Фолликулярные нарывы 286. Первичные межуточные нарывы 286. Kleincystische Degeneration 287. Припадки оофоритов 288. Диагностика 289. Лечение 289. Oophorectomia 290.

Глава XXI. Ретенционные кисты и новообразования яичников 291 — 314

Водянка Граафова пузырька 291. Кисты желтого тела 292. Диагностика 294. Лечение 295. Кистомы 295. Cystoma serosum simplex 298. Cystoma proliferum glandulare 298. Строение ее стенки 298. Cystoadenoma pseudomucinosum 299. Псевдомуцин 299. Pseudомухота peritonei 301. Cystoma proliferum papillare 301. Поверхностные папилломы 303. Отложение извести в сосочках 304. Развитие сосочков 304. Течение болезни 305. Дермоидные кисты 306. Рост их 307. Тератомы 307. Фибромы яичников 309. Саркомы яичников 310. Симптомы, лечение 311. Эндотелиомы 312. Рак яичника 313. Cystocarcinoma papillare 313. Раковое перерождение кистом 314. Диагностика, предсказание, лечение 314.

Глава XXII. Этиология, припадки, течение, диагностика и лечение кистом яичника 314 — 335

Этиология кист 314. Припадки 315. Перекручивание ножки 316. Нагноение содержимого 319. Разрыв стенки кисты 321. Диагностика 322. Беременность при кисте яичника 322. Диагностика кисты яичника 323. Удаление кист через влагалище 327. Удаление кист через брюшную стенку 328. Осложнения при овариотомии 329. Зашивание брюшной раны 332. Послеоперационный период 332. Осложнения в послеоперационном периоде 333. Воспаление брюшины 333. Нагноение в брюшной ране 334. Образование экссудатов в области культи 334. Непроходимость кишек 334. Лечение 335. Эмболии, тромбозы 335.

Глава XXIII. О кистах широких связок 335 — 340

Развитие кист 335. Симптомы 337. Диагностика 338. Лечение 338.

Глава XXIV. Об эхинококках тазовой полости у женщин 340 — 352

Распространение эхинококков 340. Распознавание тазового эхинококка 347. Лечение эхинококка 350.

Глава XXV. О воспалениях тазовой брюшины и клетчатки и о внутрибрюшных кровотечениях	352 — 364
Причины воспаления тазовой брюшины 352. Течение болезни 353. Диагностика 355. Лечение 356. Воспаление околоматочной клетчатки 358. Диагностика 360. Лечение 361. Кровоизлияния 361. Наematocoele retrouterinum 361. Наematoma lig. lati 362. Симптомы 362. Диагностика 363. Лечение 364.	
Предметный указатель	365

ГЛАВА I

ИССЛЕДОВАНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНОЙ.

Анамнез больной при постановке диагноза играет в гинекологии такую же роль, как и при других болезнях. Прежде всего спрашивают больную: сколько ей лет. С годами у больной связаны различные важные периоды ее жизни: возмужалость и климактерический возраст. Затем узнают: больная замужняя или нет. Когда начала жить половой жизнью. Когда наступили регулы; каков их тип, т. е. через сколько недель приходят и по сколько дней продолжаются. Не бывают ли боли при них и какого характера.

Время наступления регул указывает в большинстве случаев на степень развития полового аппарата. Если регулы наступили очень поздно, идут неправильно, через большие промежутки времени, то это может указывать на недоразвитие яичников и матки. Раннее прекращение их говорит также об этом.

Боли во время регул часто свидетельствуют о неправильном положении матки, заболевании ее и яичников. Схваткообразный характер болей часто говорит о перегибе матки наперед (*anteflexio uteri*) у нерожавших особ. У рожавших женщин схваткообразные боли могут быть и от других причин. Боли в пояснице, крестце бывают при запрокидывании матки назад; ноющие боли в паховых областях указывают чаще всего на заболевание яичников.

Сколько раз рожала, в срок или не в срок — это имеет громадное значение, так как выкидыши или преждевременные роды зависят часто от заболевания слизистой оболочки матки или яйца. При сифилисе отца или матери, неизлеченном вполне, бывают повторные выкидыши и преждевременные роды, при чем время их наступления постепенно приближается к концу беременности. Кроме этого с родами и послеродовым периодом, связывается большинство гинекологических заболеваний.

Вопрос о том, замужняя больная или нет, также имеет свое значение. Замужние менее подвержены гинекологическим заболеваниям,

чем незамужние, но живущие половой жизнью. Последние чаще подвергаются заболеванию гонорреей и другим септическим заболеваниям, ведущим свое начало от родов, а главным образом от выкидыша, так как они нередко производят себе искусственный выкидыш.

Искусственный аборт делается нередко тайно с помощью нечистых инструментов при несоответствующей обстановке, поэтому и служит причиной заражения.

Прекращение регул, приходивших до того правильно, в связи с другими явлениями может указывать на возникшую маточную или внематочную беременность.

Расспросивши больную, мы приступаем к исследованию ее.

Для этой цели больная помещается чаще всего в положении спинно-крестцовом на гинекологическом кресле так, чтобы брюшная стенка не была напряжена.

Производится сначала **наружный осмотр** всего тела; обращается внимание на состояние кожи, подкожной клетчатки, видимых слизистых оболочек; увеличены ли груди, нет ли пигментации околососковых кружков и по *l. alba*; в каком виде представляется брюшная стенка: вялая или упругая. Нет ли рубцов на ней, могущих указывать на бывшую беременность (*striae gravidarum*). Увеличен ли живот или нет? Если увеличен, то симметрично или выдается какая-либо его сторона, т. е. наблюдается ассиметрия его. При неправильностях таза, при сужении, его осматривается весь костный скелет больной с особым обращением на позвоночник, на его искривление, что, как известно, отзывается на форме таза.

После этого осматриваются наружные половые части, нет ли на них каких-либо патологических изменений. Цела ли промежность; в каком состоянии девственная плева: цела ли она или разорвана, или уже образовались на месте ее сосочки, которые носят название *caruncula myrtiformis*, указывающие на бывшие роды. В каком состоянии наружное отверстие уретры: нет ли красноты вокруг него, не выделяются ли резко Скеновы железы, которые окружают отверстие уретры и заболевают при гоноррее. Заставив больную потужиться наблюдают: находится ли задняя и передняя стенка влагалища на месте или спускается в просвет его. При сильном выпадении влагалища выпадает вместе с передней стенкой мочевого пузыря, образуя *cystocele*, а с задней стенкой выпадает *rectum-rectocele*. Осмотр оканчивается обозрением заднего прохода.

Выстукивание живота производится помощью плессиметра и молоточка. Постукиванием определяют границы брюшных органов: печени, селезенки; при наличии опухоли в животе стараются определить присутствие или отсутствие асцита. Определение это делается сле-

дующим образом: простукиваются самые глубокие места брюшной полости справа и слева, затем перемещают больную с одного бока на другой, и если при этом перкуторный звук меняется довольно резко: из тимпанического превращается в тупой тон, то это говорит об асците.

Медленное перемещение звука может говорить лишь о передвижении опухоли, переваливании с одной стороны на другую при перемещении больной. Форма живота при асците, если больная лежит на ровной плоскости, бочковидная.

Обнаружение асцита, при существовании опухоли в животе, очень важно. Асцит может указывать на злокачественную натуру опухоли, хотя не следует забывать, что и доброкачественные опухоли при известных условиях могут вызывать асцит. Туберкулез половых органов и брюшины дает также водянку живота.

Выстукиванием определяются границы опухоли и отношения ее к брюшным органам: печени и селезенке. Если между верхней границей опухоли и вышеупомянутыми органами существует тимпанит, то это говорит уже за отсутствие связи опухоли с ними.

Выслушивание живота дает нам ценные данные при беременности; при ней выслушиваются сердечные тоны ребенка или шумы плацентарные и пуповины. Из опухолей живота, при эхинококках брюшной полости, может быть слышен шум гидатид. Больше всего дает данных для диагноза **ощупывание**. С помощью его определяется присутствие опухоли в животе, ее консистенция, чувствительность, подвижность и величина, а также состояние других органов. Консистенция опухоли дает часто возможность сказать об исходной точке ее. Так, эластическая консистенция больше говорит об опухоли придатков матки, а плотная консистенция об опухоли самой матки. Чувствительность опухоли при ощупывании говорит о воспалении окружающей опухоль брюшины, следовательно, дело может идти или о воспалительной опухоли Фаллопиевой трубы и яичника или реже о воспаленной кисте яичника под влиянием каких-нибудь причин, как например, перекручивания ножки ее. Перед ощупыванием должно всегда позаботиться выпустить мочу из пузыря, ибо растянутый мочевого пузырь может вести к постановке ошибочного диагноза особенно у начинающих молодых врачей. Ставят часто диагностику кисты яичника, которая пропадает после выпуска мочи. Подвижность опухоли при отсутствии чувствительности в ней наблюдается чаще всего при новообразованиях яичника или матки. Отсутствие подвижности может указывать на сращение опухоли с окружающими частями и главным образом с *peritoneum parietale*. Величина опухоли тоже дает кое-какие указания. Большие опухоли бывают, главным образом, новообразовательные,

ибо воспалительные опухоли, как-то сальпингиты, сальпингооофориты не достигают большой величины. Громадные опухоли живота, выполняющие всю полость его, симулируют собою брюшную водянку и могут повести поэтому к постановке ложного диагноза. На истинный путь выводит пункция или разрез живота.

Исследование пальцем *per vaginam* редко делается одно, как таковое, в большинстве случаев призывают на помощь другую руку и исследуют двуручно, что носит название бимануального исследования. Введение пальца во влагалище производится следующим образом: левой рукой раздвигают большие губы и делают доступным вход во влагалище. Во влагалище вводится указательный палец правой руки, при чем три остальных пальца прижимаются к ладони (рис. 1 и 2).

Рис. 1.



Расположение пальцев для гинекологического исследования.

Сначала осматриваются стенки влагалища: нет-ли на них рубцов сужений, язв или каких-либо новообразований. При узком тазе определяются неправильности на стенках таза. Затем обращается внимание на величину и направление влагалищной части матки. В каком состоянии находится наружное отверстие влагалищной части матки, какой оно формы; есть ли разрывы по краям, нет ли каких язв на губах ее, неровностей. После этого уже приступают к бимануальному исследованию и знакомятся с состоянием матки и ее придатков. Для этой цели указательный палец правой руки, введенный во влагалище, ставят в передний свод, поворачивая его ладонной поверхностью кверху, соответственно ему нажимают наружной рукой по середине

над лобком на брюшную стенку и стараются прощупать тело матки— между двумя руками. Если его не находят в переднем своде, отправляются пальцем в задний свод и ищут его там. В это время наружной рукой стараются углубиться в таз, не вызывая боли и прощупывают матку в заднем своде. При ощупывании матки определяется ее консистенция, чувствительность, подвижность, величина. Матка

благодаря воспалительным явлениям в клетчатке или брюшине притягивается сращениями или рубцовыми сморщиваниями клетчатки в правую или левую сторону и тогда матка прощупывается через правый или левый свод. Когда познакомились с маткой, ее положением и отношением к шейке и к сводам, стараются получить понятие о состоянии придатков матки, клетчатки и брюшины, окружающих эту последнюю. Нормальные Фаллопиевы трубы и яичники определяются лишь при известном навыке и умении исследовать; но, если придатки больны, их легко прощупать. Чтобы ознакомиться с состоянием Фаллопиевых труб, палец ставится в правый или левый

Рис. 2.



Введение пальца во влагалище для исследования.

свод, соответственно ему перемещается сюда и наружная рука. Отыскивается угол матки и от угла идут к стенке таза, стараясь наружную и внутреннюю руки сближать как можно больше; таким путем можно осмотреть трубу на всем ее протяжении. Здесь же под трубой прощупывается и яичник. Если дело идет о заболевании придатков, что носит название сальпингооофорита, то рядом с маткой прощупывается опухоль местами эластической, местами плотной консистенции, различной величины и очень часто чувствительная при давлении. Нередко заболевшие придатки не лежат рядом с маткой с правой и с левой стороны ее, а немного или совсем позади ее; тогда сзади матки прощупывается вышеописанная опухоль. При новообразованиях Фаллопиевых труб или яичников находят в сводах опухоли

различной формы и консистенции, но об этом будет сказано в соответствующей главе.

Если рядом с маткой или сзади ее и реже спереди открывают при бимануальном исследовании разлитую опухоль плотной консистенции, не имеющую определенных границ, то она представляет из себя экссудативную опухоль брюшины или клетчатки, окружающую матку, которая носит название „периметрита“, если экссудат находится в брюшине и „параметрита“, если экссудат развился в клетчатке. Та и другая имеет свои особенности: первая сопровождается сильными перитонитическими болями, вторая в большинстве случаев болей не дает и в хронической стадии нечувствительна при давлении. Слизистая оболочка влагалища при первой подвижна на опухоли, при второй сильно растянута на этой последней, так как экссудат непосредственно прилежит, к ней. Консистенция опухоли зависит от времени развития экссудата и качества, т. е. есть ли гной в данной экссудативной опухоли или нет.

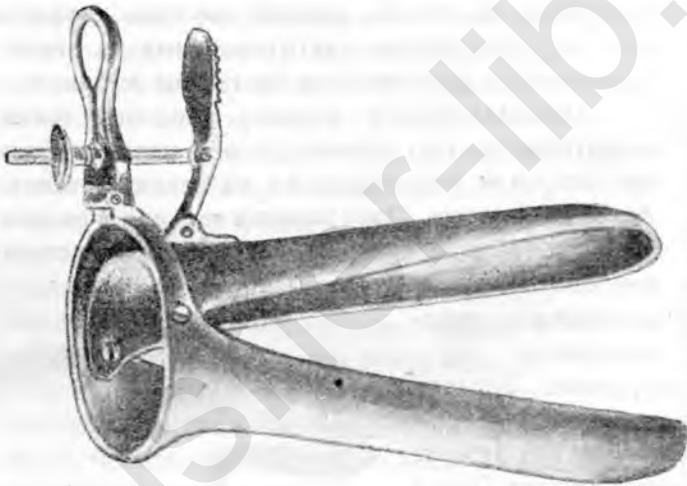
Осмотрев матку и ее придатки, переходят к осмотру мочевого пузыря и уретры ощупыванием, а затем цистоскопом, последний употребляют в случае подозрения заболеваний в мочевом пузыре или заболевания матки, особенно ракового поражения ее. В этом случае цистоскоп дает возможность определить степень участия мочевого пузыря в раковом заболевании матки, ибо при раке шейки матки очень быстро наступает инфильтрация предпузырной клетчатки и самой стенки мочевого пузыря. При поражении пузыря прогноз ухудшается и в далеко ушедших случаях операция бывает совершенно излишней в виду наступления быстро рецидива.

Ощупывание пузыря совершается так же, как и ощупывание матки; внутренний палец ставится тотчас же под лонной дугой между ней и маткой, и соответственно пальцу надавливают наружной рукой, и таким образом определяется чувствительность мочевого пузыря и присутствие опухоли или камня, если таковой в нем имеется. Присутствие камня можно узнать еще с помощью катетра. При введении его в мочевой пузырь ударяют по камню, и этот звук ясно слышен. Придавливая пальцем уретру к лонной дуге, узнают, не изменена ли она, т. е. не утолщена ли, не болезненна ли и не выдавливается ли из нее гной. И то и другое может указывать на хронический или острый уретрит. При гинекологическом исследовании следует по возможности вводить во влагалище один палец и употреблять в дело другой палец лишь в исключительных случаях, так как введение двух пальцев вызывает у больных боли и они в силу этого начинают относиться к врачу недоброжелательно. Учиться исследовать нужно одним пальцем и этого в громадном большинстве случаев достаточно.

При целости девственной плевы, при болезненном состоянии входа во влагалище, при опухолях, помещающихся в клетчатке позади матки между ней и прямой кишкой, приходится прибегать к исследованию *per rectum*. Исследование производится также двухручно, как и при влагалищном исследовании. Перед исследованием не следует забывать опорожнить прямую кишку с помощью клизмы. Исследование нужно также производить одним пальцем, так как введение пальца в прямую кишку вызывает еще большую боль, чем введение его во влагалище.

Одним из главных инструментов для исследования служат маточные зеркала. С изобретением их открылось большое поле деятельности

Рис. 3.



Зеркало Cusco.

для гинеколога и в смысле диагностики, и в смысле лечения женских болезней.

Зеркала делятся в настоящее время на зеркала створчатые (рис. 3), цилиндрические (рис. 4) и ложкаобразные (рис. 5), и каждое из них имеет свой район применения.

Для обычного гинекологического осмотра, какой производится на амбулаторном приеме, употребляется чаще всего створчатое зеркало Cusco (рис. 3). Оно состоит из двух створок, соединенных вместе в области замка. Замок претерпел всевозможные изменения, но тип зеркала в общем остался тот же, какой был предложен вначале. Вводится оно во влагалище таким образом: одной рукой захватывают зеркало у замка; створки зеркала должны быть сведены вместе; другой рукой обнажают вход во влагалище, раздвигая малые и большие губы указа-

тельным и большим пальцем. Зеркало поперечником его ставят по диагонали входа во влагалище и, напирая на заднюю стенку влагалища, вводят в него зеркало, после этого замок поворачивают кверху или книзу; мой совет лучше поворачивать его кверху, так как удобнее манипулировать у лобка чем у заднего прохода. После этого зеркало раскрывают и стараются обнажить влагалищную часть матки.

Рис. 4.



Влагалищное цилиндрическое зеркало.

Цилиндрическое зеркало (рис. 4) употребляется в настоящее время для исследования все реже и реже, прибегают к нему, главным образом, при лечении шейки матки, особенно при действии прижигающими веществами на шейку матки, при чем не желают прижигать напрасно влагалищную стенку. Они готовятся из различного материала: из стекла, дерева, каучука, стали, чаще всего идут в дело зеркала приготовленные из стали. Их легче приводить в асептическое состояние и они не так ломки.

Цилиндрическое зеркало вводится таким образом: захватывается оно полной рукой, малые и большие губы разводятся и, надавливая им на заднюю стенку, проводят его во влагалище. Поворачивая зеркало в разные стороны, устанавливают в просвете влагалищную часть матки. Зер-

кало перед введением смазывается стерилизованным вазелином или глицерином.

Ложкообразные зеркала (рис. 5) употребляются при осмотре больной на краю стола, а главное при операциях. Перед введением задней ложки двумя пальцами левой руки, дошедшими до заднего свода, вытягивают насколько возможно кнаружи заднюю стенку влагалища и на место пальцев помещают ложку зеркала.

Помощью зеркал можно видеть, что имеется на влагалищной части матки: т. е. нет ли язв, какого они характера; нет ли каких-либо разражений, разрывов и т. д. Выдвигая зеркало осматриваются стенки влагалища, нет ли каких-либо изменений в виде кольпита, язв, рубцов и так далее.

Рис. 5.



Зеркало Simon'a.

Ложкообразное зеркало Doyen'a.

После обнажения ложкообразными зеркалами влагалищной части матки можно применить еще один метод исследования, а именно, исследование помощью маточного зонда (рис. 6). Введение зонда может быть производимо и через зеркало Cusco, но гораздо удобнее и чище вводить его при употреблении ложкообразных зеркал. Перед введением зонда наружные половые части и рукав должны быть приведены в асептическое состояние с помощью мыла, спирта и 2% или 5% раствора карболовой кислоты. Матка перед введением зонда или мягкого бужа фиксируется за влагалищную часть пулевыми щипцами (рис. 7). После этого протирается цервикальный канал зондом Плейфера, вооруженным ватой, спиртом и t-rae jodi с целью дезинфекции, ибо цервикальный канал представляет из себя хранилище микробов. Зондирование должно быть производимо осторожно, дабы не ранить слизистую оболочку шейки или полости матки. В старые времена, когда при этих манипуляциях не придерживались асептики и антисептики, наблюдался иногда параметрит или периметрит, теперь к счастью такие осложнения почти не встречаются. Не надо производить никакого насилия при введении зонда, ибо можно легко пройти через стенку матки в свободную брюшную полость.

Особенно осторожно нужно вводить зонд в пуэрперальные матки, стенки которых прободаются очень легко. Такие случаи во множестве, описаны в литературе, между прочим и мной описаны три случая прободения матки ¹⁾.

С помощью зонда или бужа знакомятся с состоянием слизистой оболочки матки; утолщена ли она, нет ли каких выступов, опухолей в полости ее, не чувствительна ли она, а главное зонд дает нам возможность судить о величине и направлении полости. Величина полости матки имеет громадное значение для

Рис. 6.



Маточный зонд.

Рис. 7.



Пулевые щипцы.

¹⁾ Русский Врач. № 33. 1904 г.

дифференциальной диагностики между опухолью матки и яичников. При опухолях матки (фибромиомах) полость ее значительно увеличена,

Рис. 8. доходит до 15—25 сант. в длину, кроме того, опухоли матки, а иногда и опухоли придатков так закрывают ее, что при бимануальном исследовании трудно бывает сказать, где находится ее тело. Зонд в таких случаях, указывая направление полости, тем самым дает представление и о положении ее самой. При фибромиомах, когда узлы опухоли так обезображивают матку, что трудно сказать, что представляет из себя матку, а что фиброзный узел, зонд, показывая направление полости матки, дает возможность сказать, из какой части матки выросла данная опухоль. Иногда полость матки так сильно обезображивается и стесняется узлами опухоли, что зонд не проникает на всю глубину, тогда прибегают к исследованию помощью полумягких бужей. Ими можно более энергично работать, чем зондом без боязни нарушить стенку матки. Повороты зондом в полости матки должны быть избегаемы и особенно надо остерегаться это делать при запрокидываниях матки назад, а особенно перемещение матки помощью зонда из одного положения в другое, например, из положения *retroversio* в *anteversio*, как это рекомендуют некоторые авторы, должно быть запрещено.

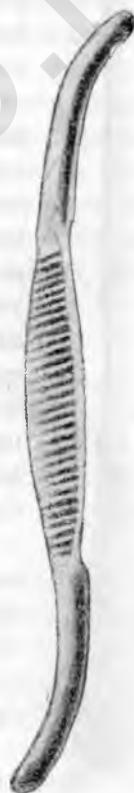
Для того чтобы еще ближе познакомиться с полостью матки, прибегают к ложке для выскабливания или даже к непосредственному ощупыванию пальцем всей внутренней поверхности матки. Такой прием возможен, конечно, в том случае, когда шейка матки свободно пропускает ложку (рис. 8) или палец, иначе приходится прибегать к предварительному расширению шейки матки, что делается их tempore различными бужами-расширителями, из которых наиболее употребительные бужи Landau (рис. 9) и Hegar'a (рис. 10) или расширяющими шейку матки веществами

(*tupello*, *laminarij*ями и прессованными губками) (рис. 11), но последнее производится медленно. Расширение бужами требует в громадном большинстве случаев наркоза, так как эта операция очень болезненна;



Ложка
для вы-
скабли-
вания.

Рис. 9.



Буж Landau.

оно должно быть производимо при асептической обстановке. Как те, так и другие бужи имеют номера, которые указывают на постепенное утолщение бужа. Бужи вводятся один за другим, пока не достигают желательного расширения шейки.

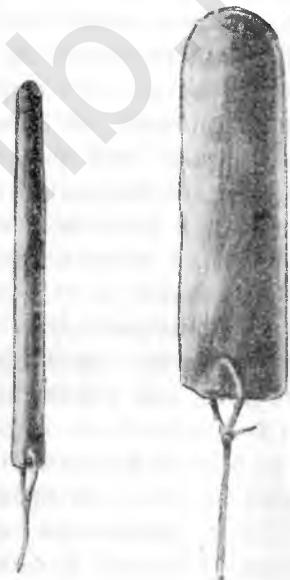
Расширение шейки помощью тупелло, ламинарий и прессованных губок производится, как сказано выше, медленно; вставляют на сутки сначала самую тонкую палочку, она под влиянием выделений из матки разбухает, увеличивается в толщину, тогда вынимают ее за привязанную к ней шелковинку, а на место ее вставляют другую толще и так далее. Одно скверно, что эти расширяющие матку средства не могут быть хорошо дезинфицированы, так как они не могут быть подвергнуты ни кипячению, ни влиянию сухого жара. В настоящее время они почти оставлены и прибегают в большинстве случаев к первому способу расширения; этот способ и чище, и быстрее.

После того как расширен шейный канал, делают обследование ложкой или пальцем. Последнее производится редко по преимуществу при пуэрперальных матках или при производстве искусственного законного выкидыша, когда хотят узнать где сидит яйцо, чтобы легче его удалить. Выскабливание помощью ложки дает нам многое для диагноза, и, главным образом, при подозрении злокачественного новообразования. Оно должно быть производимо тщательно, как это делается для лечения эндометритов, и микроскопическому исследованию подвергается не один кусок, а целая серия их. На этом последнем я особенно настаиваю. Пробное выскабливание может дать ложные результаты. Мишин¹⁾, ординатор заведываемой мной клиники, исследуя целую серию случаев

Рис. 10.

Твердый буж
Hegar'a

Рис. 11.

Палочки ламинария до
введения в шейку матки
и после.

¹⁾ Протокол заседания Общества Русских Врачей в Одессе в 1912

рака полости матки, показал, что слизистая оболочка рядом с пораженной раком может быть совершенно нормальна или давать картину железистого или интерстициального эндометрита. При пробном выскабливании может быть соскоблена не больная, а здоровая или мало измененная слизистая оболочка и, брошенная под микроскоп, даст ложное представление о процессе. В виду этого я и настаиваю делать не пробное выскабливание, а полное и исследовать не один кусок, а целый ряд их.

Микроскоп играет в настоящее время громадную роль при постановке диагноза злокачественного новообразования. Прежде полагались лишь на ощущение пальцем, затем после изобретения зеркала к этому присоединили зрение, а теперь главную роль играет микроскоп. Предположим, мы имеем на влажной части матки язву, которая на палец представляется подозрительной; вырезаем из нее кусок, рассматриваем срез под микроскопом и он дает нам точку опоры. Благодаря микроскопу не одна жизнь спасена! При злокачественных новообразованиях, при раке матки, успех операции зависит от времени производства операции, т. е. запущен ли процесс или нет. Мой совет при каждой мало-мальски подозрительной язве вырезать кусочек язвы, а при ненормальном кровотечении из полости матки делать выскабливание, и то и другое исследовать под микроскопом. Много мне приходилось видеть запущенных случаев рака, где больная долгое время лечилась прижиганиями, тампонами и даже ваннами и только после того, как появлялись бели с запахом или кровотечения, приходила с просьбой об оперативном воздействии. На рак матки я смотрю как на вполне излечимую, путем операции, болезнь, но только больная должна являться во время.

Надо удивляться, как сами больные по отношению к себе небрежны! Скажем, у больной наступил климактерий уже несколько лет, вдруг появляется кровь, она на это не обращает внимания; чем бы идти к врачу, она пропускает месяц, два и три и идет лишь тогда, когда развиваются сильные кровотечения или боли в ногах, а тогда бывает в большинстве случаев поздно. Из сказанного можно заключить, какую громадную роль играет раннее распознавание процесса.

Исследование по Hegar'у производится в тех случаях, когда при бимануальном исследовании трудно определить связь между опухолью и маткой или ее придатками. Для этой цели, обнаживши влажную часть матки ложкообразными зеркалами или зеркалом Cusco, захватывают ее пулевыми щипцами и низводят насколько возможно книзу. После этого со стороны брюшной стенки оттягивают насколько возможно опухоль кверху и если опухоль принадлежит половым органам, то пулевые щипцы немедленно следуют за опухолью кверху. Такой

способ исследования применяется тогда, когда опухоль, например, киста яичника, имеет длинную ножку, и поэтому при обычных условиях исследования движения опухоли не передаются на матку. Если при способе Негар'а движения опухоли не передаются на матку, то с большей вероятностью можно сказать, что опухоль не принадлежит к половой сфере. В течение своей врачебной деятельности я наблюдал два очень характерных случая. В одном из них опухоль симулировала собою фибромиому матки. Она находилась позади ее и так тесно прилегалась к ней, что как бы исходила из нее; исследование по Негар'у не дало положительных данных. При чревосечении найдена большая перерожденная селезенка, лежащая глубоко в тазу. Она в виду ее перерождения была удалена. Во втором случае опухоль симулировала кисту яичника, сидящую на длинной ножке, подвижную во все стороны и совершенно безболезненную. Исследование по Негар'у также ничего не дало; при операции найдена третья почка. Этот случай был доложен в медико-хирургическом обществе проф. А. И. Лебедевым в Петрограде.

При громадных опухолях живота, благодаря сильному растяжению брюшных стенок, способ Негар'а не применим, тогда для решения вопроса — постановки верного диагноза делают прокол или разрез брюшной стенки. Я придерживаюсь последнего, т. е. разреза, прокол же рекомендую делать как исключение, если почему-либо нельзя сделать первого.

Делая разрез при асептической обстановке можно немедленно приступить к радикальной операции. Так, например: у больной есть брюшная водянка на почве злокачественного новообразования придатков; при бимануальном исследовании нет никакой возможности установить точный диагноз болезни и возможность радикальной операции; сделав же разрез для выпуска жидкости, в то же самое время осматривают полость живота, знакомятся с характером новообразования и непосредственно устанавливают возможность оперативного воздействия. Если сделан прокол с целью диагностической, то производят тогда микроскопическое исследование выпущенной жидкости и в ней, при существовании злокачественного новообразования, туберкулеза брюшины или эхинококка, находят соответствующие элементы, указывающие на тот или другой болезненный процесс. Перед исследованием жидкость следует центрифугировать, чтобы получить осадок для исследования.

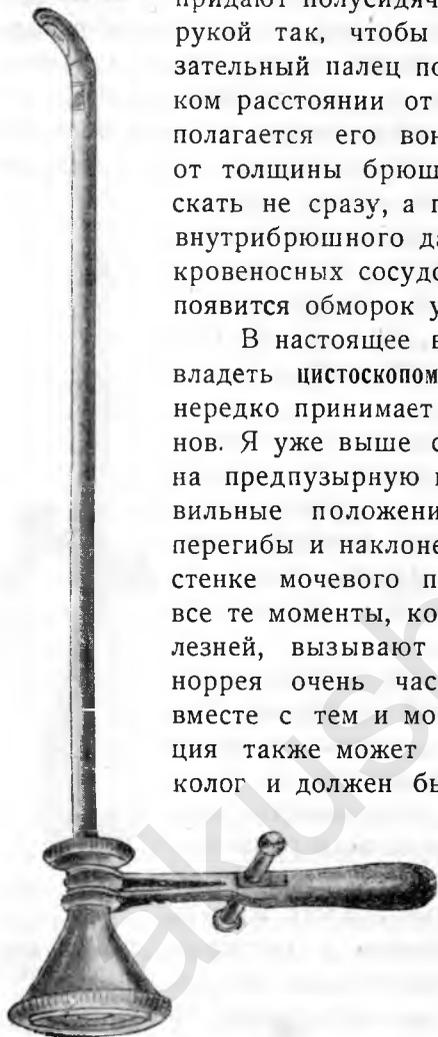
Рис. 12



Троакар для опорожнения кист.

Прокол делается помощью троакара (рис. 12) по белой линии живота ниже пупка дальше от лонного соединения, чтобы не поранить мочевого пузыря. Перед проколом его следует опорожнить. Делают прокол и в нижней боковой области живота на середине линии, соединяющей пупок с *sp. ilei anterior superior*. Больной придают полусидячее положение. Троакар захватывают рукой так, чтобы рукоятка упиралась в ладонь, а указательный палец помещают на канюлю троакара на таком расстоянии от его острия, на какую глубину предполагается его вонзить, что зависит главным образом от толщины брюшной стенки. Жидкость следует выпустить не сразу, а постепенно, иначе благодаря падению внутрибрюшного давления может произойти переполнение кровеносных сосудов брюшной полости и на этой почве появится обморок у больной.

Рис. 13.



Цистоскоп Nitze.

В настоящее время современный гинеколог должен владеть цистоскопом (рис. 13), так как мочевого пузыря нередко принимает участие в заболевании половых органов. Я уже выше сказал о распространении рака матки на предпузырную клетчатку и мочевого пузырь; неправильные положения матки, запрокидывания ее назад, перегибы и наклоны наперед также отражаются на стенке мочевого пузыря. Нечего говорить о том, что все те моменты, которые служат причиной женских болезней, вызывают нередко цистит. Так, например, гоноррея очень часто поражает уретру у женщины и вместе с тем и мочевого пузырь. Послеродовая инфекция также может причинять цистит. В силу этого гинеколог и должен быть знаком с исследованием мочевого пузыря и лечением болезней его.

Для этой же цели Kelly предложил зеркало (рис. 14). Зеркало вводится через расширенную уретру в мочевого пузырь, на лоб надевается так называемая лобная лампа в 16 свечей; поворачивая зеркало во все стороны, осматривают стенки мочевого пузыря.

В настоящее время более употребительный инструмент — цистоскоп Nitze. Его можно вводить без расширения уретры, но перед введением следует промыть стерилизованной водой мочевого пузырь и затем оставить в нем некоторое количество, около 200 — 250 кубич.

сантим., раствора борной кислоты 1:1000 или физиологического раствора поваренной соли. Осматривание пузыря цистоскопом совершается легко и сразу на большом пространстве, около $\frac{1}{3}$ всей внутренней поверхности пузыря. Источником света служит аккумулятор, который соединяется с цистоскопом и проводит свет в лампочку, находящуюся на конце цистоскопа. Можно пользоваться и уличным электричеством, но его следует для ослабления силы тока проводить через трансформатор. Пользование уличным светом гораздо удобнее, так как он всегда под рукой.

Употребление зеркала Kelly теперь почти совсем оставлено. Я видал его в ходу еще в 1894-ом году в клинике проф. Pawlik'a в Праге и он говорил мне, что после употребления этого зеркала развивается временное недержание мочи.

Стерилизация цистоскопа лучше всего совершается при помощи паров формалина. Цистоскоп опускается в стеклянный цилиндр плотно закрывающийся; на дне сосуда лежит формалиновая таблетка.

Рис. 14.



Зеркало для мочевого пузыря Kelly.

ГЛАВА II

О НАРКОТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ.

Местный наркоз достигается впрыскиванием в подлежащую ткань различных наркотических веществ или непосредственным действием на кожу распылением эфира или хлористого этила. Я лично очень редко употреблял и употребляю местное обезболивание и даже при мелких операциях, как-то зашивание разрывов промежности, операциях на влагалищных стенках, я прибегаю к общему наркозу. Вреда от этого я не наблюдал. Женщины очень легко поддаются общему наркозу и редко у них наблюдаются какие-либо побочные явления. Местное обезболивание я применял лишь в глубоком старческом возрасте, пороки же сердца не служили противопоказанием к общему наркозу.

Местное обезболивание разделяется на способ пропитывания ткани „Infiltrationsanästhesie“ и впрыскивания в ткань „Umspritzungsmethode“. Первый способ носит название способа Schleich'a, который

предложил его. Он берет для пропитывания тканей слабые растворы кокаина с примесью морфия и поваренной соли. Доклад о своем способе он сделал на съезде немецких хирургов в 1892 году и говорил, что его способ вытеснит общий наркоз, но этот доклад не вызвал сочувствия. Основной раствор Schleich'a для впрыскивания состоял из 0,1 кокаина, 0,2 поваренной соли на 100,0 обеспопленной воды; максимальная доза кокаина заключалась в 50 куб. сант. такого раствора.

Вгаиц предложил заменить кокаин эйкаином В, так как смертельная доза последнего в 4 раза больше таковой кокаина, при чем и стерилизация этого раствора происходит лучше, ибо кокаин при кипячении разлагается.

Приват-доцент Гейнац, который пропагандировал способ Schleich'a в России, брал следующий раствор для обезболивания: эйкаина В 0,1, поваренной соли 0,8 и воды 100,0. Этот раствор он разливал в пробирки по 10 куб. сант., закрывал резиновыми колпачками Schleich'a и стерилизовал в паровом стерилизаторе; в таком виде раствор сохранял силу даже спустя 2 — 3 месяца.

Для впрыскивания употребляется шприц вместимостью 10 куб. с. Для обезболивания первого укола делается поверхностная анестезия помощью распыления эфира (способ замораживания), хлористого этила или смазывания крепким раствором карболовой кислоты или 5% кокаином. Пропитывание требуемого участка ткани производится медленно от 2 до 15 минут, при чем иглу проводят под кожу по направлению к тому месту, где предполагается сделать разрез. Вся область, пропитанная раствором, вздувается. Болезненность отсутствует лишь в этой области, вокруг же нее чувствительность не теряется.

Вгаиц прибавляет к кокаиновой смеси адреналин, который понижает опасность от отравления кокаином; адреналина должно в общем содержаться в растворе 1:10000 и меньше. Для этого берется продажный адреналин Merck'a, стерилизованный в ампуллах, из него отсчитывается несколько капель в приготовленный раствор для впрыскивания. В ампуллах Merck'a содержится адреналина 1:1000. С помощью этого способа Schleich рекомендовал производить всевозможные операции до чревосечения включительно.

Для получения местной анестезии применяется, как я сказал выше, простое впрыскивание под кожу или слизистую оболочку 1% раствора кокаина.

Приват-доцент Куковеров, сделавший доклад в Обществе Русских Врачей в Одессе в 1913 году „О применении местного обезболивания“, в большом масштабе применял и применяет в Одесском Военном Госпитале местное обезболивание и для впрыскивания поль-

зуется $\frac{1}{2}\%$ раствором новокаина, стерилизуемого перед операцией кипячением в 150 граммовой стерильной колбочке, закрытой стерильной марлевой пробкой. К 100 куб. сант. стерильного раствора добавляется 30 капель адреналина Parka Dov. 1:100 в случае больших операций, для малых же достаточно 15—20 капель. Продолжительность аналгезии продолжалась от 45 м.—90 м. и более.

Вместо кокаина рекомендуют Stovain Alypin, Eukain и Novokain. Nаскенбуш берет для впрыскивания смесь кокаина с Eucain'ом. Он рекомендует для практики лепешки, содержащие Cocain'a и Eucain'a aa 0,05; лепешки растворяются в 20 куб. сант. 0,8 раст. ора соли; к раствору прибавляется 10 капель продажного 1:1000 раствора адреналина. Анестезия получается через 10—15 м. Кроме впрыскивания, обезболивание достигается помощью распыления эфира или хлористого этила. Такое обезболивание применяется при вскрытии нарывов, как например мастита, при проколе брюшной стенки троакарном, для выпуска водяночной жидкости, вскрытия Бартолиниевых и т. д.

Для общей наркотизации в настоящее время применяется хлороформ эфир, гедонал с различными изменениями. Хлороформ был предложен Simpson'ом в 1847-ом году, и доклад об этом средстве и о 80 хлороформированиях был сделан им же в Эдинбургском Медико-Хирургическом обществе. Эфир был введен в практику раньше хлороформа Long'ом в 1842-ом году, а главным образом зубным врачом Wells-ом и хирургом Warren'ом в 1845-ом году.

Хлороформ для вдыхания должен быть чистый, не содержать посторонних примесей. Под влиянием света он разлагается, а также разлагается, если стоит открытым. Хлороформ кипит при 60° С., не горит; лакмусовая бумажка не должна краснеть, при взбалтывании с водой не должна получаться муть.

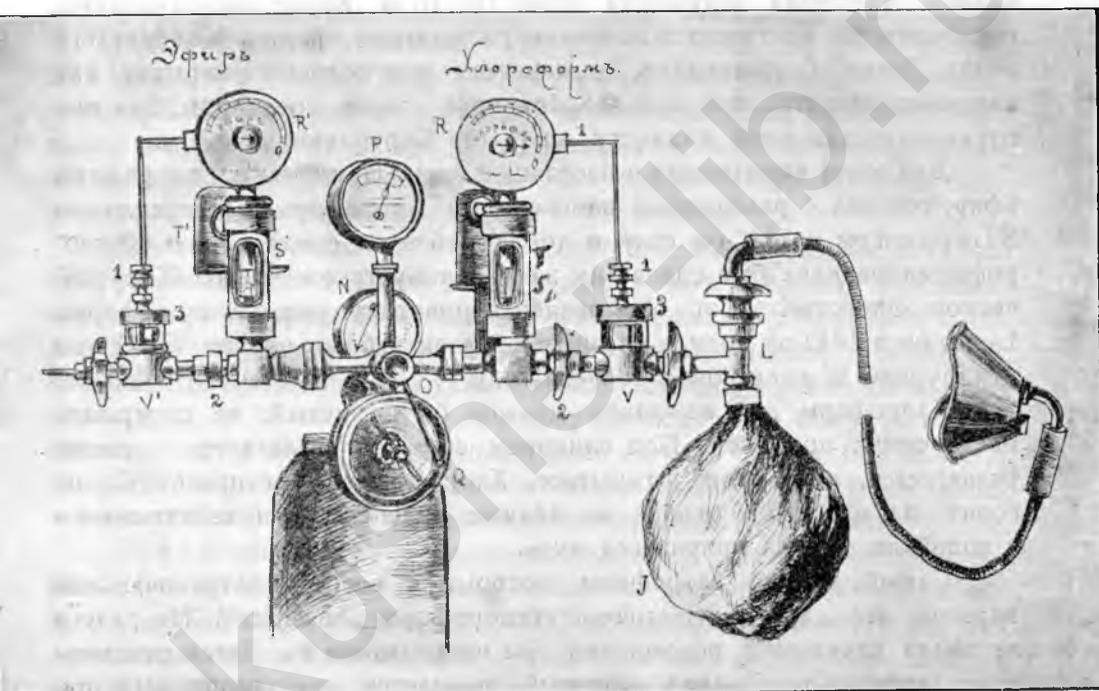
Самый чистый хлороформ, который я всегда употребляю для наркоза, это „Salicylidchloroform“ (хлороформ „Anschütz“). Ни разу я не видал каких-либо осложнений при пользовании им. Затем рекомендуют хлороформ Pictet, который очищается кристаллизацией при $t\text{-ре } 75^{\circ}\text{—}80^{\circ}$ (Губарев). Для наступления ровного спокойного наркоза многие хирурги за 20 минут до начала наркотизации впрыскивают под кожу полный шприц Pravatz'a 1% раствора morphini muriatici.

Хлороформирование производится при помощи маски Schimmelbusch'a из стеклянной капельницы, при чем наливают хлороформ по каплям, стараясь истратить поменьше хлороформа, а в то же самое время получить полный наркоз. Кроме упомянутой маски рекомендуется еще аппарат Junker'a, где через хлороформ ручным насосом продувается воздух. В последние годы в большом ходу аппарат

Roth Dräger'a. Он употребляется для смешанного наркоза, а именно хлороформа, эфира и кислорода.

Аппарат этот (рис. 15) состоит в следующем: в большой металлической бомбе находится кислород, в стаканы T^1 и T наливают — в первую эфир, во вторую хлороформ; в кружках R_1 и R (регуляторы капель) можно стрелкой установить, сколько капель в минуту желательно получить того и другого. P — манометр для регулирования тока кислорода; стрелка должна все время стоять на „4“, иначе дозы хлороформа и эфира будут недостаточны. Вся система сообщается с

Рис. 15.



Аппарат для смешанного наркоза Dr. Roth-Draeger'a.

резиновым мешком, где собираются пары хлороформа и эфира, смешанные с кислородом, а отсюда поступают по трубке в металлическую маску, которая имеет два отверстия: одно для вдыхания смесью газов, а другое устроено так, что при выдыхании легко раскрывается, а при вдыхании закрывается.

В резервуарах S и S' собираются капли хлороформа и эфира. Более детально можно познакомиться с аппаратом в оперативной гинекологии проф. Губарева или Döderlein-Krönig'a. Предпо-

читательные качества этого аппарата заключаются в том, что регуляция притока наркотического вещества к больной совершается автоматически, и врач только должен следить за тем, чтобы аппарат действовал правильно.

Для наркотизации с помощью этого аппарата можно брать смесь хлороформа с кислородом или, как только что сказал, смесь эфира, хлороформа и кислорода. Количество того и другого, потребное для получения полного наркоза по Döderlein'y-Krönig'y, для крепкой женщины равно в среднем возрасте 150 каплям эфира и 45 каплям хлороформа; через 15 минут получается полный наркоз. При дальнейшем течении операции можно уменьшать постепенно количество хлороформа и, наконец, к концу операции ток его совершенно прекратить.

До октября 1908-го года я при своих операциях употреблял лишь хлороформ и изредка чистый эфир, с начала же октября был введен в клинику, а затем и в частной практике скополамин-морфий-эфирный наркоз. Подробно он описан в работе ассистента клиники доктора Бранта¹⁾ „О скополамин-морфий-эфирном наркозе“. В начале данный наркоз применялся по способу, разработанному в гинекологической клинике проф. v. Franqué, а затем способ этот был несколько изменен. Способ Franqué заключается в следующем: за 1 час до операции больная переводится в отдельную комнату, где ей под кожу предплечья впрыскивали раствор 0,0003 скополамина и 0,01 морфия, смешанные вместе в одной запаянной ампулле. Через 1 час впрыскивание повторялось в другое предплечье, больная после второго впрыскивания начинает дремать; через 10—15 м. больной в кровати дают эфирный наркоз. Для эфирного наркоза применялась маска Wanschera (рис. 16). Перед малой операцией впрыскивание производилось за 1 час или $\frac{3}{4}$ часа, и впрыскивали лишь один раз. Для впрыскивания брали гидробромистый скополамин, соляно-кислый морфий, для наркоза эфир — „Aether pro narkosi“ Merck'a. Так как после впрыскивания произведенной смеси получились побочные явления: рвота, головные боли, — решено было впрыскивать отдельно скополамин, отдельно морфий, так как смесь при продолжительном хранении может разлагаться. За $1\frac{1}{2}$ часа до операции в 1-ый раз впрыскивается скопо-

Рис. 16.



Маска для эфирного наркоза Wanschera-Grossmann'a.

¹⁾ Русский Врач. № 13, 1911 г.

ламин и морфий отдельно в прежней дозе, во 2-ой за $\frac{1}{2}$ часа до операции только скополамин.

Перед впрыскиванием делается проба скополамина: чист ли он, при чем по Kessel'ю к 1-ой капле раствора скополамина прибавляют 1 каплю 1%-ного раствора марганцово-кислого калия. Если получается коричневая окраска, то раствор плох; если же — красный цвет, то разложение препарата не наступило.

Количество эфира, которое тратилось при операциях, колебалось от 50 до 150 grm., смотря по продолжительности и серьезности операции. Проф. Брантом в его работе приведено 117 случаев подобного наркоза, примененного при всевозможных малых и больших операциях. После его работы наркоз этот применялся и применяется теперь при различных операциях, главным образом больших. Этот наркоз вполне удовлетворяет меня. В громадном большинстве случаев больная во все время операции спит спокойно, дыхание ровное, пульс также; рвота бывает, как исключение. После операции рвота также наблюдается, как редкое явление, и больная чувствует себя хорошо, и мы не будим ее и даем ей проснуться самой. Такой способ можно похвалить, так как первые острые явления после большой операции проходят во сне и когда больная пробуждается, то все болевые ощущения не так уже сильны. Кровяное давление по проф. Бранту при скополамин-морфий-эфирном наркозе в начале немного понижается, но в большинстве случаев уже через короткое время оно приходит к норме. После наркоза больные нередко жалуются на жажду и сухость во рту. Послеоперационные осложнения со стороны легких, бронхиты встречаются в 4,2%, пневмонии меньше чем в 1%. Можно также применять один эфирный наркоз. Для этого следует брать ту же маску Wanschel'a. Прежние маски, рекомендованные для эфирного наркоза, в настоящее время мало употребляются.

Следует упомянуть еще о маске приват-доцента Томсона (рис. 17), которая состоит из верхней или наружной, покрытой клеенкою маски с воронкообразным отверстием наверху. Через него подливается эфир на нижнюю или внутреннюю, обыкновенную маску Schimmelbusch'a, покрытую толстым слоем марли. Маски соединены между собою шарниром. Применяемое каплями наркотическое вещество испаряется в пространстве между масками, и больная вдыхает равномерно насыщенный этим средством воздух.

При наркотизации должны быть приготовлены различные возбуждающие вещества: камфора, кофеин — для подкожного впрыскивания, кислород, шприц P r a w a t z ' a; затем расширитель для рта, языкодержатель. Некоторые авторы предлагают при западении языка захватывать его на лигатуру или пулевыми щипцами. Я лично против

такого варварского способа, ненужного поранения, а кроме того легко внести инфекцию в существо языка, лучше употреблять такие инструменты, которые не ранят языки. Самый лучший прием это подержка и выдвигание вперед нижней челюсти за углы ее.

Hedonal для наркоза был предложен проф. Кравковым и применил его в практике проф. Федоров. Сначала его давали внутрь и затем приступали к хлороформированию. За час до операции давали внутрь 2,5 – 3,0 gr. или per rectum в воде. Через 20–30–40 минут наступал глубокий сон. Крищевский¹⁾, Karlowitz²⁾ на основании экспериментов на животных и 300 клинических наблюдений рекомендует делать Hedonal Chloroform. наркоз следующим образом: за 2–2½ часа перед операцией больной принимает 1–2,5 gr. Hedonali; через 1–2 часа больной дремлет или глубоко спит, после этого дают хлороформ при чем количество хлороформа, потребное для наркоза, равно ½ обычного.



Рис. 17.

Маска для эфирного наркоза Томсона.

Проф. С. П. Федоров предложил наркоз производить при помощи одного Hedonal'a. Для этой цели берется 0,75 раствор Hedonal'a в физиологическом растворе поваренной соли, подогревается до 40–41°C и понемногу, до 100 куб. сант. в минуту, вводится в периферический конец плечевой вены. Обыкновенно нужно 600–800 куб. сант. раствора для получения полного наркоза. Если больная начинает реагировать во время операции, вливают еще раствор в количестве 100–200 куб. сант. Больная после операции спит спокойно несколько часов, количество Hedonal'a колеблется от 3,0 до 13,5.

Этим наркозом профессор Федоров остался очень доволен. Осложнений почти не наблюдалось.

¹⁾ Крищевский. Русский врач № 13, 1911 года.

²⁾ Karlowitz. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. Heft 1–2.

Альбинский¹⁾ из Томской акушерско-гинекологической клиники приводит такие же благоприятные результаты при употреблении внутривенного гедоналового наркоза.

Кроме приведенных наркотических веществ, рекомендовали и рекомендуют теперь целую серию других, как, например: хлористый этил с кислородом, Bromäthyl, смесь Chloräthyl'я, Bromäthyl'я и Chlor-methyl'я, веселящий газ и т. д., но я не буду их здесь разбирать; всякий, кто желает с ними познакомиться, может найти о них сведения в соответствующих работах и оперативной гинекологии проф. Губарева, Отта, Томсона и др.

Прежде чем покончить с наркотизацией, следует еще сказать о спинно-мозговой анестезии, которая некоторыми хирургами практикуется в больших размерах. Идея применения этого наркоза исходит из того, чтобы действовать местно на корешки и узлы (Vier), не отравляя всего организма. Впрыскивание в спинно-мозговой канал рекомендуется делать в области между 4 и 5-ым поясничными позвонками; выше делать не советуют, хотя некоторые авторы производят уколы между 3—4-ми поясничными позвонками и даже выше. Но нужно заметить, что чем впрыскивание выше, тем опаснее, так как проникновение впрыснутой жидкости в область грудных позвонков и выше дает опасные симптомы со стороны сердца и легких (Губарев)²⁾.

Впрыскивание следует производить в сидячем положении, немного согнутом. Найти промежуток между 4—5-ым позвонком можно, соединив сзади *cristae ilei* между собой (рис. 18). Введение иглы производится следующим образом: (привожу по проф. Губареву) берется длинная игла, а еще лучше игла со стилетом в форме троакара, длиной не менее 8 сант., захватывается полной рукой и вкалывается через кожу. В виду того, что это самый болевой момент, больную следует предупредить, иначе она может подвинуться и разогнуть спину. Пройдя кожу и подкожную клетчатку, прокалывают сухожильный апоневроз, длинные спинные мышцы, толстую, так называемую желтую связку (*lig. flavum*), лежащий глубже нее жировый слой, наконец, твердую мозговую оболочку и попадают в спинно-мозговую полость. Если просовывать троакар дальше, то он может попасть в *cauda equina* и даже выйти из спинно-мозгового канала и поранит вены, лежащие спереди от него на задней стенке тела позвонков. Тогда появится кровянистая или даже кровяная жидкость из канюли стилета при вынимании. Когда троакар проникает в полость твердой мозговой оболочки, то получается ощущение прекращения сопроти-

¹⁾ Альбинский. Русский Врач № 13, 1911.

²⁾ Губарев. Оперативная Гинекология, 1910.

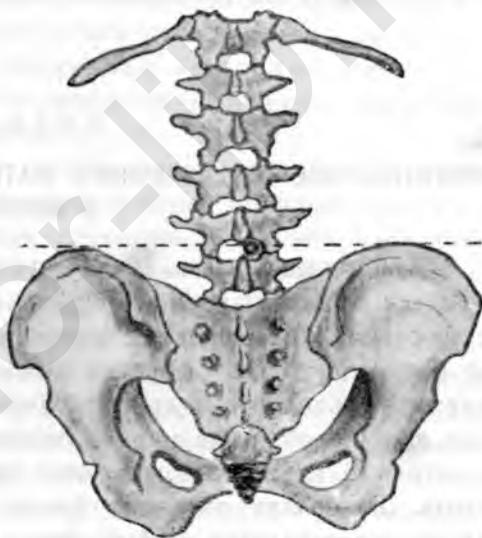
вления ткани; если теперь вынуть из него стилет, то из канюли начинает капать крупными каплями прозрачная, как кристалл, спинно-мозговая жидкость. Эту жидкость собирают в пробирку приблизительно в таком количестве, в каком хотят впрыснуть. Если истечение этой жидкости прекращается или ее вытекает немного, то нужно изменить положение канюли и стилетом ее прочистить, так как канюля может засориться кровяными свертками; если же жидкость все же не идет, можно попытаться отсосать ее шприцем. Затем набирается в шприц стерилизованный раствор, тщательно выпускается воздух, и вставивши конец шприца в канюлю, начинают очень медленно впрыскивать, около минуты и более.

Быстрое впрыскивание, так же как и впрыскивание, прежде чем будет выпущено достаточное количество цереброспинальной жидкости, может дать тяжелые мозговые симптомы вследствие внезапного повышения давления в полости спинно-мозговой оболочки. Отверстие заклеивается ватой с коллодием, и больная переводится медленно в горизонтальное положение. Через 10—15—20 минут наступает анестезия нижней половины туловища. Обезболивание продолжается около часа и более,—до 2-х часов. При впрыскивании должна быть соблюдена самая строгая антисептика.

Спинно-мозговую анестезию я считаю в нашем гинекологическом деле совершенно лишней. При операциях на влагалищной стенке наркоз можно совершенно не применять, так как они не чувствительны; при больших же операциях или при вскрытии брюшной полости, я думаю, надо считаться с психикой больных. Каждый должен себя поставить на место больной; она сознания не теряет, она знает, что ей вскрывают живот, что в нем работают; слышит все разговоры, иногда тревожные, например в случае кровотечения. Можно себе представить, что больная переживает в это время! Кроме того при этом наркозе получают нередко тяжелые явления: временные параличи, сильные головные боли.

Сравнивая между собою все способы общего и спинно-мозгового

Рис. 18.



Место введения иглы при спинно-мозговой анестезии.

наркоза между собой, я должен сказать, на основании своего опыта и литературных данных, что самый лучший наркоз — это скополамин-морфий-эфирный. Я его могу смело рекомендовать, как наиболее безопасный.

Пороки сердца, преклонный возраст не служат противопоказанием к общему наркозу; наркоз проходит хорошо без каких-либо осложнений.

Для впрыскивания в спинно-мозговой канал рекомендуют Cocain, Novocain, Eucain, Tropokokain, Stovokokain и Stovain.

Более подробные сведения о спинно-мозговой анестезии можно найти в диссертации д-ра Куковерова „О спинно-мозговой анальгезии“ 1909 г., где приведена подробная литература по этому вопросу, и в „Оперативной гинекологии“ проф. Губарева.

ГЛАВА III

ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРЬЯЛА, ИНСТРУМЕНТОВ И БОЛЬНОЙ К ОПЕРАЦИИ.

Приготовление марли. Марля, полученная из магазина в куске, разрезается на бинты равной ширины и длины и на квадратные салфетки с хвостами, закладываемые в брюшную полость для удержания кишек во время операции. Салфетки делаются двух величин: одни большие, другие меньшие; те и другие обшиваются с краев. Компрессы и ватные шарики, обшитые марлей вместе с бинтами помещаются в бикс и в автоклав, где обеспложиваются при t-ре 130° С в продолжении трех часов. До начала операции биксы не открываются; для каждой операции употребляется особый бикс. Из бикса как салфетки, так и шарики подаются оперирующим корнцангом. При операции вводится в брюшную полость салфеток возможно меньше. В большинстве случаев, чтобы удержать кишечник на месте, достаточно одной большой салфетки.

Приготовление шелка. Продажный шелк разматывается, моется в горячей воде с зеленым мылом, хорошо прополаскивается и кипятится в соде 5 минут; после этого его кладут на 2 суток в эфир, затем в 95° спирт, где он и хранится. Перед каждой операцией он еще раз кипятится несколько минут.

Cat-gut употребляется мной иодный или эфирный. Первый готовится так: полученный из магазина, он неплотно наматывается на широкие стеклянные катушки, ибо он при приготовлении сильно разбухает; катушки вместе с cat-gut'ом опускаются на 2 недели в 1% -ый водный раствор KJ + чистого иода поровну, а отсюда перекадываются в 95° спирт, где и хранятся. Эфирный cat-gut готовится таким

образом: катушки с cat-gut'ом опускаются на двое суток в эфир, на 1 сутки в 95° спирт, на сутки в безводный алкоголь, затем на 1 час в сухой жар при t ре 120° и опять в безводный алкоголь, откуда он и употребляется в дело.

Кроме шелка и cat gut'a употребляются простые пеньковые или бумажные нитки, оленьи и кенгуровые жилы, crin de Florence, silk worm gut, приготовляемый из шелковой железы червя, кумоловый кэтгут. Для приготовления кумолового кэтгута употребляется аппарат Clark'a, который имеет вид небольшого автоклава. Кумоловый кэтгут имеется в продаже и вполне удовлетворяет своему назначению.

Резиновые перчатки обеспложиваются вместе с перевязочным материалом 2 часа при t-ре 120°, при чем внутренность их наполняется марлей, обсыпанной тальком, чтобы резина не слипалась и легче было надевать перчатки на руки перед операцией; иногда и во время самой операции приходится переменять перчатки, напр., при гнойных формах сальпингитов, при разрыве стенки их.

Инструменты обеспложиваются сухим жаром при 180°. Режущие инструменты — ножи, ножницы помещаются перед операцией в чистый лизол, где они не тупятся. Во время операции инструменты не помещаются ни в какой раствор, а лежат на том же самом подносе, на котором они обеспложивались и подаются оператору в сухом виде.

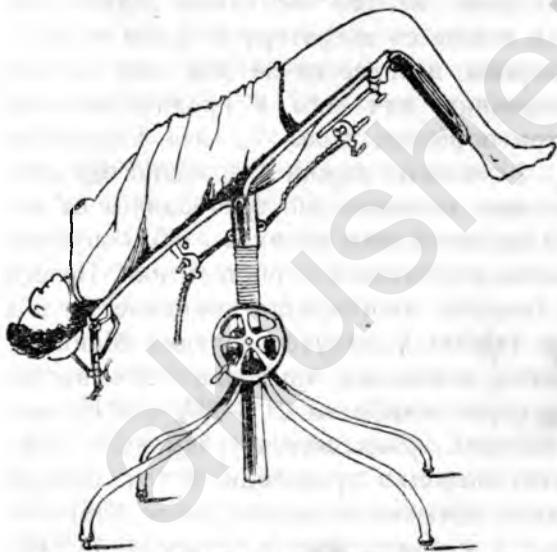
Приготовление больной к операции начинается за два дня до нее. Сначала больной очищают кишечник, для чего я предпочтительно употребляю Calomel по 0,2 три порошка, через 1/2 часа каждый, а через 3—4 часа после него 1 1/2—2 столовых ложки клещевиного масла; накануне операции, когда кишечник основательно освобожден от каловых масс, больной дается 0,3 азотнокислого висмута + 0,015 опийной вытяжки, 3 порошка, для уменьшения кишечной перистальтики. Нечего говорить, конечно, о том, что больная многократно принимает ванны и спринцуется раствором сулемы 1:2000. Накануне операции сбрасывают волосы на лобке и половых частях, влагалище тщательно обмывается мылом и обеззараживается раствором карболки 2%—5% или сулемы 1:2000. Весь живот больной на ночь покрывается сулемовыми компрессами. Мытье живота в момент операции производится так: прежде всего брюшная стенка старательно обмывается мылом, затем спиртом, после этого смазывается t-ra jodi и, наконец, моется сулемой 1:2000. В такое же асептическое состояние приводится и влагалище как для операции на нем, так и на случай проведения дренажа через задний свод.

Мытье рук должно быть производимо по локоть особенно тщательно, даже несмотря на то, что в настоящее время большинство хирургов и гинекологов производят операции в перчатках. Ноги должны быть

обрезаны и вся грязь из под ногтей удалена. В деле приведения рук в асептическое состояние я придаю главное значение мытью мылом со щеткой, а затем уже спирту и дезинфицирующим растворам, но от последних сильно портятся руки и может развиваться экзема. Мытье рук должно быть совершаемо по крайней мере 10—12 минут и в таком порядке: мылом со щеткой, спиртом со щеткой, раствором сулемы 1:2000 или субляминоном со щеткой, затем снова спирт и тогда уже перчатки. Некоторые рекомендуют смазывать пальцы *t-ra jodi* и разными другими веществами, убивающими микробов. После операции руки следует смазывать каким-нибудь жиром, глицерином, ланолином, иначе они быстро трескаются, и тогда можно себя легко инфицировать при гнойных операциях, как, например, при удалении гнойников Фаллопиевых труб, при удалении пальцем разложившегося яйца при аборте, или остатков детского места после родов. Всем известно, сколько погибло врачей и акушеров по недосмотру и небрежности к себе. Поэтому малейшие ссадины на пальцах должны быть тщательно заливаемы коллодием.

Наиболее распространенным разрезом брюшной стенки до настоя-

Рис. 19.



Положение больной с приподнятым тазом для операции.

щего времени остается разрез по белой линии от лобка вверх к пупку и выше. В последнее время с этим разрезом конкурирует поперечный разрез брюшных стенок по Pfannenstiell'ю

При гинекологических операциях мы имеем чаще всего дело с двумя разрезами, а именно разрезом по *l. alba* и поперечным разрезом по Pfannenstiell'ю. Первый разрез делается по пигментной линии сверху вниз послойно: разрезается кожа, подкожная клетчатка; затем разрезается апоневроз, раздвигаются прямые мыш-

цы, и между двумя пинцетами вскрывается брюшина. Перед вскрытием брюшины я обыкновенно перевожу больную из продольного, горизонтального положения, в положение с приподнятым тазом—положение Trendelenburg'a (рис. 19). При этом положении кишечник отхо-

дит к грудобрюшной преграде, и поэтому легче манипулировать в тазовой полости. Вскрытие брюшины нужно производить очень осторожно, так как в иных случаях кишечник и сальник так тесно прилипают к брюшине, что легко поранить их ножом. Вскрывши брюшину, я пришиваю ее к коже, чтобы она не отслаивалась от этой последней. Окончив операцию в брюшной полости, я зашиваю ее также послойно: брюшина с апоневрозом рядом узловатых шелковых или кэтутовых швов, затем, если много подкожного жирного слоя, накладываю несколько швов на жир и наконец кожу соединяю рядом металлических скобок — аграфов Michel'я (рис. 20). Здесь нужно заметить, что при завязывании кэтута не следует забывать делать два хирургических узла или один хирургический и два простых, иначе кэтут может развязаться, что, конечно, нежелательно при накладывании швов особенно на кровеносные сосуды.

Зашивание брюшной стенки, помимо описанного мной, бывает различное. Почти каждый хирург зашивает брюшную стенку по своему. Так, некоторые зашивают брюшную стенку в 4 этажа; 1-й этаж на брюшину, 2-й этаж на апоневроз, 3-й этаж на жир и 4-й этаж на кожу; иные хирурги помещают еще 5-й этаж швов на мышцы; иные проводят несколько глубоких швов через все слои брюшной стенки и затем ряд узловатых или непрерывных в виде обвивного шва на каждый слой отдельно. Для глубоких швов берется некоторыми серебряная проволока; для послойных швов один из вышеперечисленных материалов. Кроме различия в выборе материала, такое же разнообразие существует и в наложении шва: накладывают узловатый, непрерывный обвивной, матрацный, скорняжный, переходящий и т. д.

Поперечный разрез брюшной стенки над лобком по Pfannenstiel'ю делается на границе волосистой части лобка. Разрез ведется дугообразно. Сначала разрезается кожа с подкожной клетчаткой, затем также поперечным разрезом рассекается апоневроз и отсепаровывается

Рис. 20.



Аграф



Пинцет для его наложения.



Аграф наложен на кожную рану.

пальцем по бокам белой линии от мышц, в области же белой линии при помощи ножниц; брюшина вскрывается вдоль (рис. 21).

После операции рана зашивается послойно: 1) брюшина, 2) мышцы, 3) апоневроз, 4) жирный слой, 5) кожа. Я все зашиваю кэтутом, края кожной раны аграфами. Этот разрез следует считать наилучшим; при нем доступна вся полость малого таза, не вскрывается широко брюшная полость, и рубец после разреза не дает послеоперационных грыж, как это наблюдается при разрезе по белой линии. Противопоказанием к производству этого разреза служат большие опухоли матки, многополостные кистомы яичников и обилие перитонитических сращений.

Рис. 21.



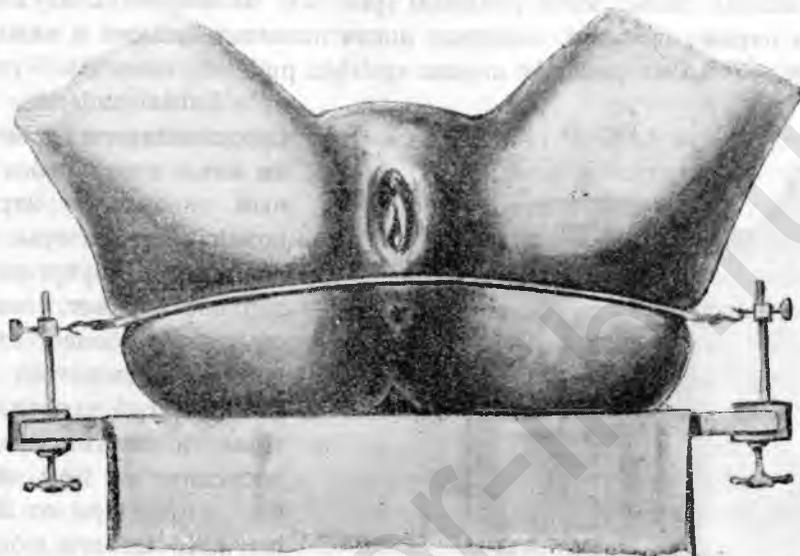
Надлобковый поперечный разрез. Фасция отделяется пальцем от мышц и ножницами по белой линии.

При операциях на наружных половых частях и во влагалище стремятся к невозможной очистке операционного поля, что достигается следующим образом: 1) мылом с мочалкой моют наружные половые части и лобок; 2) волосы сбриваются; 3) снова обмывания мылом с мочалкой; 4) затем мытье 5% раствором *acidi carbonici*; 5) 70° спиртом, *t-rae jodi*. Также моют и влагалище.

Приведя операционное поле в асептическое состояние стараются отгородить его от заднего прохода, так как во время операции может быть действие кишечника, а отсюда инфекция ран. Для защиты операционного поля пришивают к промежности салфетку выше заднего прохода тремя стяжками или захватывают пулевыми щипцами углы салфеток и кожу ягодиц. Мною для этой цели предложено следующее приспособление: к операционному столу при помощи винтов привинчиваются два столбика. Каждый столбик на нижнем конце снабжен зажимом, помощью которого захватывается верхняя доска операционного стола. Внизу зажима имеется винт, которым столбик плотно удерживается к столу. По этим столбикам ходит вниз и вверх муфточка с крючком, какой бывает на часовых цепочках. С помощью винта муфты можно установить на

любой высоте. На крючки надевается обеспложенный резиновый жгут (рис. 22) Когда операцион. поле готово, жгут натягивают через середину промежности и на него надевается обеспложенное полотенце (рис. 23).

Рис. 22.



Прибор для защиты операционного поля от заднего прохода.

Рис. 23.



Тот же прибор, но на резиновом жгуте повешено стерилизованное полотенце.

ГЛАВА IV

НАРУЖНЫЕ ПОЛОВЫЕ ЧАСТИ И ВЛАГАЛИЩЕ.

Половая щель (Rima pudenda) (рис. 24) окаймлена с двух сторон двумя парами складок, которые носят название **больших и малых детородных губ** (Labia pudenda majora et labia pudenda minora s. Nymphae).

Рис. 24.



Наружные половые части.

большие губы закрывают половую щель, от частых же родов, совокуплений и с возрастом они теряют свою эластичность, становятся дряблыми и половая щель зияет. Кпереди большие губы переходят одна в другую валикообразно и это носит название **передней спайки губ**—*commissura labiorum anterior*; сзади они образуют заднюю спайку—*commissura labiorum posterior*. Место, лежащее выше *commissurae anterioris*, носит название **Mons Veneris**.

При раздвигании больших губ обнаруживается другая пара складок, носящих название **малых детородных губ**. При сомкнутых больших губах их не видно. Они представляются более нежными, тонкими,

Labia pudenda majora представляют из себя складки кожи с подкожным жировым слоем, на наружной поверхности которых растут волосы, на внутренней поверхности их нет, и она представляется более гладкой, нежной, розоватого цвета. В толще губ заложены потовые и сальные железы, последних на 1 см квадратном сантиметре от 20 до 30 штук. Кроме того, в большой губе той и другой стороны находятся окончания круглых маточных связок, лежащих в соединительнотканном мешке, образованном из фасции (*fascia superficialis*), носящем название эластического мешка Вроск'а (Смольский)¹⁾. У девиц

¹⁾ Смольский. Учебник гинекологической анатомии. 1903 г.

чем большие губы, красноватого цвета, сходные по форме с гребнем петуха; они ограничивают собою преддверие влагалища (*vestibulum vaginae*), кзади они, соединяясь друг с другом, образуют уздечку (*frenulum labiorum pudendi*), тотчас же позади этой уздечки находится ладьеобразная ямка (*fossa navicularis*). Кпереди каждая малая губа разделяется на две ножки; одни, соединяясь друг с другом, образуют крайнюю плоть клитора — *praeputium clitoridis*, другие своим соединением образуют уздечку его — *frenulum clitoridis*.

Малые детородные губы состоят из соединительной и эластической ткани с заложенными в ней сосудами, нервами и сальными железами. Поверхность губ с той и другой стороны покрыта многослойным плоским эпителием. Сальных желез здесь больше, чем в больших срамных губах. В строме малых губ жировой ткани не наблюдается, зато много нервов, и на поверхности их находят много концевых нервных приборов, в особенности Meissner'овских осязательных телец. От отложения пигмента они становятся темноватыми, теряют свою влажность. С течением времени они значительно удлиняются, выстоят из наружных родовых путей, что особенно замечается у женщин, ведущих бурную половую жизнь, у занимавшихся онанизмом.

Похотник-клитор — (*Clitoris*) имеет кавернозное строение и помещается в верхнем углу половой щели, при чем нижний или передний конец его смотрит открыто вперед, верхний или задний глубоко лежит между фасциями, закрывающими лонную дугу, и начинается как бы ножками (*Crura clitoridis*) от восходящей ветви седалищной и нисходящей ветви лонной кости. Эти ножки цилиндрической формы, толщиной в 1 сант.; они лежат между промежностными фасциями, *fascia perinealis superficialis et fascia perinei propria*. Они сливаются между собой в одно цилиндрическое тело, оканчивающееся тупым закругленным концом, смотрящим книзу. Это тело и носит название клитора, а закругленный конец — головки клитора (*Glans clitoridis*). Над головкой клитора находится вышеописанная крайняя плоть клитора — *Praeputium clitoridis*, а снизу *Frenulum clitoridis*. От выпуклой части клитора к лобку идет в клетчатке волокнистый шнурок, который называется поддерживающей клитор связкой *ligamentum suspensorium clitoridis*.

Клитор богат нервами; на головке его встречаются нервные окончания всевозможных типов: Пачиниевы тельца, Мейснеровы тела, колбочки Краузе, кроме того своеобразные окончания нервов, носящие названия Генитальных телец. Сальные железы заложены позади головки на внутренней поверхности крайней плоти. Пещеристые тела клитора состоят из перекладин, в которых находится эластическая ткань и мышцы. Между этими перекладинами лежат полости различной формы и величины, эти полости срединной или центральной

перегородкой разделяются на две половины: правую и левую; через отверстия в центральной перегородке они соединяются между собой; в полостях находится кровь из ветвей *art. profunda clitoridis*; из пещер кровь вытекает по венам — *venae emissariae*, которые, соединяясь друг с другом, образуют *vena dorsalis clitoridis*.

Пространство между малыми губами и девственной плевой носит название *Vestibulum vaginae*, верхнюю границу его составляет клитор. На $2\frac{1}{2}$ сантиметра от него находится наружное отверстие мочеиспускательного канала — *Orificium externum urethrae*, окруженное плотным валиком. По бокам *orif. extern. urethrae* лежат слепые трубки, выстланные многослойным эпителием и носящие название, по имени открывшего их американца Скен'a, Скеновыми железами. Железы эти, как увидим ниже, часто заболевают при триппере. Слизистая оболочка *Vestibulum vaginae* покрыта также многослойным плоским эпителием; настоящих желез здесь нет, а есть особые углубления, из которых некоторые трубчатые, числом всех от 10 — 18; они называются *Lacunae* или *Cryptae* (Hugier). Они расположены главным образом ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала. Ближе к малым губам, по ту и другую сторону уретры лежат отверстия Гертнеровских ходов, которые суть ничто иное, как заросшие Вольфовы каналы.

Под слизистой оболочкой преддверья лежат два больших венных сплетения, называемых луковицами — *Bulbi vestibuli*; длина их равна $3\frac{1}{2}$ сант., толщина $1\frac{1}{2}$ сант., они цилиндрической формы, лежат по бокам входа во влагалище.

Вход во влагалище прикрыт у девственниц особой перепонкой, которая называется девственной плевой — *Hymen*. По современным данным, благодаря работам Budin'a, Winkel'я, Kölliker'a, Klein'a, Смольского и друг., девственная плева есть ничто иное, как нижний периферический отрезок влагалища. Девственная плева имеет вид более или менее толстой перепонки, покрытой с внутренней и наружной стороны слизистой оболочкой, между листками которой заложена соединительная ткань с эластическими волокнами, пучками гладких мышечных волокон и кровеносных сосудов и нервов; последние идут по поверхности. Слизистая оболочка, покрывающая внутреннюю поверхность *hymen'a*, есть продолжение слизистой оболочки влагалища; наружная же поверхность *hymen'a* покрыта слизистой оболочкой преддверья. От количества входящих в состав девственной плевы эластической, мышечной и соединительной ткани зависит плотность и растяжимость ее. При богатстве сосудами может быть при разрыве ее сильное кровотечение (Pozzi) ¹⁾. Форма девственной плевы бывает

¹⁾ Pozzi. Руководство клинической и оперативной гинекологии. 1897 г.

весьма различна и название ее зависит от формы, величины и числа отверстий в ней.

Смольский ¹⁾ делит различные виды девственной плевы на три группы:

1-ую группу составляют: 1) гимен кольцевидный — *hymen annularis* (рис. 25); 2) *hymen semilunaris* (рис. 26); 3) трубчатый или воронко-

Рис. 25.



H. annularis.

Рис. 26.



H. semilunaris.

Рис. 27.



H. tubuliformis.

образный (рис. 27) *hymen tubuliformis* s. *infundibuliformis*; 4) губчатый *hymen labialis*.

2-ая группа гименов, обладающих неровными краями: 1) бахромчатый гимен — *hymen fimbriatus* (рис. 28); 2) зубчатый — *h. denticularis* (рис. 29).

Рис. 28.



H. fimbriatus.

Рис. 29.



Угловатый гимен.

Рис. 30.



H. bifenestratus.

Рис. 31.



H. cribriformis.

3-я группа: 1) без отверстия — *hymen imperforatus*, 2) *hymen bifenestratus* (рис. 30) и 3) *hymen cribriformis* (рис. 31). Приведенные виды гимена не исчерпывают всех форм его; очень нередко встречаются те или другие отклонения от упомянутых типов. Основательное зна-

¹⁾ Смольский. Учебник гинекологической анатомии. 1903 г.

комство с различными формами девственной плевы особенно важно для судебного медика, так как часто приходится решать вопрос о целостности *hymen'a* при попытках к изнасилованию. При бахромчатом *hymen'e* иногда сразу трудно сказать: есть ли повреждения на краях его или нет, да и при других формах не всегда это можно решить с положительностью. Осмотр *hymen'a* делается помощью зонда, который вводят в отверстие его и расправляют на нем постепенно края девственной плевы; или для этой цели Мержеевский¹⁾ предложил особый аппарат, состоящий из двух резиновых шариков небольшой величины, соединенных друг с другом резиновой трубкой с краном по середине. Один шарик в сложенном виде вводится во влагалище через отверстие в девственной плеве; затем в него из другого шарика перегоняется воздух, кран закрывается, чтобы задержать выход воздуха из шарика, помещающегося во влагалище. После этого потягивают за резиновую трубку, как-бы желая извлечь шарик наружу, благодаря этому края *hymen'a* растягиваются на шарике и все нарушения *hymen'a*, даже самые незначительные, видны яснее.

Встречаются такие растяжимые девственные плевы, при которых не только может происходить *coitus* без нарушения ее целостности, но даже и роды. Такие случаи я видал в своей практике, и они все относились к так называемому полулунному гимену.

Иногда отверстие в девственной плеве бывает столь незначительное, что находят его с большим трудом, и оно пропускает лишь тонкий хирургический зонд. Такой случай описан мной²⁾, и встретился он мне уже во время родов. Толстая мясистая перепонка закрывала собой вход во влагалище, отверстие в ней найдено с правой стороны и в него введен глазной зонд. На высоте схватки, когда головка стала выпячивать девственную плеву, последняя была крест на крест разрезана. Роды окончились правильно.

Развитие девственной плевы начинается во время 19-й недели утробной жизни (Окинчиц)³⁾. После разрыва девственной плевы остаются лопасти с рубцовыми краями, которые носят название *Carunculae hymenales*. При первом совокуплении гимен чаще всего дает 2 заднебоковых разрыва, которые могут заходить и на слизистую оболочку влагалища (Смольский). После родов *Carunculae hymenales* съезживаются еще больше и переходят в так называемые *Carunculae myrtiformes* (рис. 32). По бокам девственной плевы, снаружи ее, приблизительно на середине открываются своими выводными протоками

¹⁾ Мержеевский И. Судебная гинекология, 1878 г.

²⁾ Орлов. „Случай беременности и родов при полной целостности гимена“. Медицина, 1892 г.

³⁾ Окинчиц. Возрастные изменения девственной плевы. Дисс., 1902 г.

две железы, которые носят название **Бартолиновых желез** — *Glandulae Bartolini*. Они помещаются в толще задней половины большой губы ¹⁾, представляют из себя продолговато-овальные тела от $1\frac{1}{2}$ до 2 сант. длиной, 1 сант. ширины и $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ сант. толщины. Строение желез дольчатое, и дольки заложены в довольно плотную соединительно-тканную строму. Железистая долька состоит из 4—7 конечных альвеол, величиной в булавочную головку. Секрет железы — бесцветная или желтоватая жидкость, содержит большое количество муцина; реакция его щелочная. Назначение секрета — увлажнять вход во влагалище и делать его скользким при совокуплениях; кроме того он, благодаря своей щелочной реакции, нейтрализует кислый секрет влагалища. Выводные протоки железы состоят из соединительной ткани, эластических волокон и гладких мышечных волокон, продольных и циркулярных; выстланы они однослойным кубическим эпителием, переходящим в наружном отверстии в многослойный плоский. Альвеолы выстланы цилиндрическим эпителием.

Рис. 32.



Carunculae myrtiformes.

Между входом во влагалище и заднепроходным отверстием находится площадь, которая носит название **промежности** — *Perineum* или, как определяет это место проф. Губарев ²⁾ „четыреугольное пространство, помещающееся между нисходящими ветвями лобковых костей, восходящими седалищных и внутренними краями *ligamentorum tuberososacrosum* — называется промежностью“.

Снаружи промежность покрыта кожей, а снутри задней стенкой влагалища. Кроме кожи и слизистой оболочки влагалища в состав ее входят мышцы и фасции. Длина промежности от *frenulum labiorum* до

¹⁾ Примечание. Снаружи кроме кожи они покрыты еще *fasci'ей superficialis perinei, constrictor cunni*, а также *fasci'ей perinealis propriae*; некоторые пучки *constrictor'a cunni* заходят и на заднюю поверхность железы.

²⁾ Губарев. „Маточные кровотечения“ проф. В. Ф. Снегирева, изд. 1907 г. стр. 592.

заднепроходного отверстия равняется приблизительно 3—4 сант. и более; ширина ее — справа на лево от одного седалищного бугра до другого равна 11 сант. (Смольский); толщина ее от 1½ до 4 сант., зависит, главным образом, от входящего в состав ее жира. Рассмотрение промежностных мышц и фасций нужно сделать в связи с мышцами и фасциями, закрывающими собой весь тазовой выход. Это пространство пронизывается тремя отверстиями: мочеиспускательного канала, влагалища и заднего прохода.

Кожа промежности обладает особенно развитым жирным слоем, главным образом, по середине, к спайке же губ и заднему проходу кожа истончается, и у заднего прохода она собирается в лучистые складки. Тотчас же за кожей и подкожным жирным слоем лежит fascia perinei superficialis, а со стороны полости таза fascia pelvis; между этими двумя фасциями находятся следующие мышцы и фасции: мышцы — *obturator internus, levator ani, coccygeus* и мышцы промежности: *constrictor cunni, transversus perinei, sphincteres ani externus et internus* и *fascia perinei media*. Fascia superficialis perinei состоит из 2-х листков: поверхностный сливается с подкожным жирным слоем, глубокий покрывает мышцы и дает влагалище к мышечным пучкам. Главную мышечную массу составляет *musculus levator ani*. Он делится на *portio iliaca* и *portio pubica*, а кзади присоединяется еще *musculus ischio-coccygeus*. Он начинается у боковой и передней стенки таза и направляется к копчику и к сухожильному растяжению к средней линии. *M. ischio-coccygeus* идет от *sp. ischii* веерообразно к копчику. Через щель, образованную мышцами, проходят две трубки: *rectum* и *vagina*. Эти мышцы вместе с фасциями образуют так называемую *diaphragma pelvis*, к ней принадлежит еще *diaphragma urogenitale*, которая состоит из следующих мускулов: *compressor urethrae, transversus perinei profund., m. constrictor cunni, m. ischio-cavernosus*, а затем *sphincter ani exter.*

Между листками средней фасции — *fascia perinealis propria* заложены: Бартолинова железа, луковицы преддверья, артерии и вены луковицы, глубокое промежностное венное сплетение и *m. transversus perinei profundus*. Между средней фасцией и тазовой помещаются *m. levator ani*, срамные сосуды и нервы. Артерии промежности: 2—3 *arteriae haemorrhoidales inferiores, arteria perinealis superficialis, arteria bulbo-urethralis* от *arteria pudenda, arteria pudenda communis*.

Вены промежности: *Vena pudenda communis* принимает в себя *plexus perinealis profundus*, прободающий *fasciam perinealem propriam, vena transversa perinei*, которая идет позади *m. transversus perinei in venam pudendam, vena dorsalis clitoridis, venae haemorrhoidales inferiores*, впадающие в *vena pudenda*.

Влагалище — *Vagina, Colpos* представляет из себя трубку, в верхнюю часть которой открывается, как увидим ниже, матка. Влагалище при-

крепляется к шейке матки, при чем выше этого места влагалище образует со всех сторон вогнутости, что называется сводами влагалища; они разделяются на передний, задний и два боковых: правый и левый. Задний свод глубже всех остальных. Направление влагалища изогнутое и соответствует изогнутости крестца или тазовой оси: при начале оно идет спереди назад, а затем вверх.

При нормальных условиях передняя стенка влагалища лежит на задней, и просвета влагалища, как такового, не существует (рис. 33).

При нарушении целости промежности передняя стенка влагалища очень скоро начинает выпадать в просвет, наружу; за ней нередко следует и мочевого пузыря, и образуется грыжа мочевого пузыря — *Cystocele*. То же самое может произойти с задней стенкой влагалища и прямой кишкой.

Длина влагалища равняется $3\frac{1}{2}$ —4 дюймам, но встречается нередко очень короткое влагалище, а также и очень длинное. При измерении длины влагалища следует лишь касаться верхушки заднего свода и не выпячивать его вверх, иначе размер влагалища можно значительно увеличить. Стенка влагалища состоит из мышечной и соединительной ткани. Снаружи находится мышечная оболочка *tunica muscularis*, в которой различают продольный наружный слой и круговой внутренний. Мышечная оболочка состоит сверху из гладких, в мочеполовом треугольнике из поперечно-исчерченных мышечных волокон. Внутреннюю поверхность влагалищной стенки составляет слизистая оболочка *tunica mucosa*, выстланная многослойным плоским эпителием, при чем под эпителием видны многочисленные сосочки, величиной от 0,1 до 0,3 мм. длиной. Эпителий не только покрывает верхушки сосочков, но густо заполняет пространство между сосочками. В верхних слоях эпителий представляет многоугольные пластинки с центрально-расположенным ядром, а в нижних он имеет кубическую форму с продолговатым ядром; истинных желез в слизистой оболочке влагалища нет. При выпадении стенок влагалища эпителиальный слой роговеет, и слизистая делается микроскопически похожей на кожу. В наружном слое *tunica muscularis vaginae* замечается множество вен, которые образуют особенно толстые сплетения вблизи входа во влагалище. Самую наружную оболочку влагалища составляет соединительная ткань, которая переходит в околовлагалищную клетчатку и связывает его с окружающими частями. В этой клетчатке проходят крупные сосуды.

Рис. 33.



Поперечный разрез влагалища.

Кроме этой связи, влагалище крепко соединено у входа не только соединительной тканью, но также и запирающей мышцею—*musculus constrictor cunni*, передняя стенка тесно соединена с мочеиспускательным каналом, с мочевым пузырем соединение довольно рыхлое; сзади на протяжении 35—38 миллим. оно связано с промежностью. Задняя стенка влагалища несколько более плотно соединена с прямой кишкой, чем передняя с мочевым пузырем. Перегородка между мочевым пузырем и влагалищем носит название *septum vesico-vaginale*, а между влагалищем и прямой кишкой—*septum rectovaginale*. Брюшина переднего Дугласова пространства не покрывает переднего свода, так как к нему прилегает мочевой пузырь; задний же свод влагалища покрыт брюшиной, и она спускается еще ниже, покрывая часть задней стенки влагалища, приблизительно на 2—2½ сант. Благодаря такому отношению задней стенки влагалища к брюшине, прямой кишке и промежности, задняя стенка делится на три части: перитонеальную, ректальную и промежностную. На слизистой оболочке влагалища находятся многочисленные, особенно резко выраженные у девиц, в нижнем отделе его поперечные складки влагалища—*rugae vaginales*; последние на середине передней и задней стенки влагалища собираются в продольные передний и задний складчатые валики—*columnae rugarum anterior et posterior*. Они лежат не вполне друг против друга, наоборот, передний помещается ниже; начинаясь иногда тотчас под отверстием уретры, он выстоит в *introitus vaginae* в виде бугорка и носит название *Carina vaginae*. У девиц *columnae rugarum* прощупываются твердыми, от родов же и от частых совокуплений эти складки постепенно сглаживаются. От продольных складок идут поперечные и косые складочки, но они не так резко выражены, как продольные.

Длина передней стенки равняется приблизительно 5—7 сант., задней 7—9 сант. Ширина влагалища справа налево равна в среднем 2½ сант., самое широкое место составляют своды, а самую узкую часть *introitus vaginae*, которая у нерожавших и у девиц представляет большое противодействие и носит название *влагалищного кольца*.

В старческом возрасте слизистая оболочка влагалища атрофируется, само влагалище суживается и часто в нем определяются рубцовые перетяжки, как результат старческого изменения влагалищной стенки, о чем будет сказано ниже.

Большую часть крови влагалище получает из *art. uterina* преимущественно в верхней своей части, нижняя же часть снабжается кровью от срамной артерии—*arteria pudenda communis*. От *arteria uterina* отходят 5—6 влагалищных ветвей *rami vaginales*, идущие попарно по бокам задней стенки влагалища, и одна непарная, идущая посередине задней стенки влагалища, носящая название *arteria azygos vaginae*. Нередко

rami vaginales начинаются от подчревной артерии (arteria hypogastrica), иногда от art. pudenda interna и от art. haemorrhoidalis media, иногда же от art. obturatoria. Кроме этих артерий, передний свод и передняя стенка влагалища получают кровь от arteria vesicalis inferior или art. vesicovaginalis, ветви art. hypogastricae. Вены в паравагинальной клетчатке образуют сплетение *plexus venosus vaginalis*, которое составляет нижнюю часть влагалищно-маточного сплетения — *plexus utero-vaginalis*, из него кровь по маточным венам отливает в *venae hypogastricae*. Спереди *plexus vaginalis* соединяется ветвями с *bulbus vestibuli* той и другой стороны.

Лимфатические сосуды слизистой оболочки влагалища, соединяясь с лимфатическими сосудами мышечной стенки, образуют 2—3 стволика, идущих в околовлагалищной клетчатке по задней стенке влагалища.

Нижняя треть влагалища вливает свою лимфу в паховые железы, средняя треть в нижнюю подвздошную железу (*Glandula iliaca inf.*); верхняя треть и своды в верхнюю подвздошную железу.

Нервы влагалища идут из *plexus pudendalis* (*haemorrhoidales medius et inferior*), симпатические из *plexus vesico-vaginalis*. Кроме того идут ветки и из *ganglion cervicale* (Frankenhauser'a).

ГЛАВА V

БОЛЕЗНИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ЧАСТЕЙ.

Vulvitis acuta. Этиология острого вульвита. На первом месте следует отметить гоноррею. На ряду с заболеванием мочеиспускательного канала воспаляется и слизистая оболочка входа во влагалище, а затем воспаление идет вверх по самому влагалищу. Кроме гонорреи причиной воспаления вульвы может служить и всякая другая инфекция и даже просто нечистое содержание наружных половых частей — редкое обмывание их. Кроме местной причины, действующей извне на половую щель, воспаление может развиваться под влиянием причин, действующих со стороны влагалища и матки, как-то: воспаление слизистой оболочки матки с гнойным раздражающим выделением, раковые язвы на влагалищной части матки, на шейке и полости ее, такие же язвы во влагалище, фистулы мочевого пузыря и прямой кишки; язвы во влагалище вследствие долгого ношения пессария и давления его на стенки влагалища. У жирных особ опрелости, особенно в жаркое время.

Симптомы. Главные жалобы больной на боль, чувство жжения, зуд в наружных половых частях, сильные отделения — слизистые с прибавлением гноя, а то и чисто гнойные. При образовании нарыва, рожи-

стого или флегмонозного воспаления может наблюдаться повышение t-ры до высоких цифр.

Распознавание. Поставить диагноз заболевания не представляется большим трудом. При простом осмотре прямо бросается в глаза резкая краснота, часто поверхностные язвы от расчесов, более глубокие гноящиеся язвы от флегмонозного воспаления; вся поверхность губ как больших, так и малых покрыта слизисто-гнойным налетом. Под влиянием хронически действующей причины слизистая оболочка утолщается, покрывается иногда сосковидными возвышениями, особенно на внутренней поверхности губ и преддверья. При вульвите вследствие онанизма наблюдается довольно значительное удлинение малых губ, клитора и крайней плоти; на внутренней поверхности малых губ происходит разрастание сальных железок в виде мелких ретенционных кист.

При хроническом течении болезни появляются различные сыпи, чаще всего экзема, затем herpes, acne и furunculosis.

Экзема нередко наблюдается при беременности, особенно у тучных особ. Вся поверхность больших и малых губ в этих случаях покрывается везикулезной сыпью, гнойничками. Больная жалуется на нестерпимый зуд, больше всего по ночам, теряет сон, расстраивается нервная система.

Бактериологическое исследование отделения может дать нам причину заболевания; так, при исследовании находили (Menge) при различных формах вульвита гонококки, стафилококки, стрептококки, кишечные палочки, туберкулезные палочки, leptotrix, oidium и др. Конечно, найденная форма микроорганизма не может во всех случаях с достоверностью говорить о причине заболевания, ибо найденный в данный момент микроб может уже поселиться на больной слизистой оболочке и дать пышную колонию.

Что касается продолжительности болезни, то чего-либо определенного нет, все зависит от устранения причины, вызвавшей заболевание. Если вульвит вызван заболеваниями матки, влагалища, мочевыми, каловыми фистулами, то прежде всего должны быть уничтожены эти заболевания и зашиты фистулы. Непосредственное заболевание наружных половых частей, без каких-либо осложнений, т. е. перехода на Бартолиновы железы и влагалище, при лечении продолжается приблизительно до 2-х недель. При одновременном гоноррейном заболевании мочевого канала, до перехода еще его на мочевой пузырь болезнь, понятно, продолжается еще более долгое время.

Лечение заключается в устранении причины, то есть, при заболеваниях влагалища и матки в устранении этих заболеваний, при существовании фистул в зашивании их.

Чисто местное лечение сводится, главным образом, к чистоте содержания наружных половых частей. Прежде всего волосы должны быть сбриты, затем рекомендуются частые обмывания теплой переваренной водой без всякой примеси или с примесью 2% борной кислоты; в остром периоде следует уложить больную в постель и к наружным частям прикладывать компрессы из *Aqua plumbi acetici* или 2% *Acidi borici*; при болях хорошо действует лед; при гоноррейном заболевании примочки из *Sublimat'a* из 0,2—0,5%. При образовании нарыва, которого уже избежать нельзя, следует прикладывать припарки.

Для дезинфекции кроме *Sublimat'a* можно употреблять еще 1—2% раствор *Acidi carbolici*, 1—2% раствор *Lysoli*, *Lysoformi*.

При хроническом заболевании рекомендуются различные мази с ланолином с *Zincum oxdatum et Amyl. pulver.* При долго продолжающемся воспалительном процессе смазывают наружные половые части 5% или 10% раствором *Argenti nitrici* или 5% *Solut. cupri sulf.*

Зуд успокаивается лучше всего от прикладывания наркотических растворов или мазей с прибавлением 5% *Cocaini nutrit.* При образовании нарыва в толще губ его следует немедленно вскрыть, ибо быстро может наступить омертвление подкожной клетчатки. При появлении чирьев на наружных половых частях приносят пользу общие ванны с прибавлением соды (Толочинов). При вульвите, от каких бы он причин не происходил, в некоторых случаях развивается сильный зуд на наружных половых частях. Этот зуд может быть чрезвычайно разнообразен: то он является в виде жжения, то в виде щеко-тания, во всяком случае является весьма тягостным симптомом для больной. Появляясь ночью, он лишает больную сна, а то может быть все время и представлять до того нестерпимым, что больная не стесняясь чьим-либо присутствием, начинает чесать. Такое постоянное чесанье может вести к онанизму у особ, даже никогда не думавших об этом. В результате постоянного чесанья обнаруживаются на коже различные изменения как на поверхности, так и в глубоких слоях ее, — развивается так называемый „*Parakeratosis*“.

Этот симптом, столь тягостный для больной и вызывающий изменения в коже, часто затемняет основную болезнь, дает как-бы самостоятельную картину заболевания, поэтому он описывается как отдельная болезнь под названием „*Pruritus vulvae*“.

Кроме чисто местных причин, т. е. различных заболеваний наружных половых частей, влагалища и матки, могут существовать причины общие, так например сахарная болезнь, *Diabetes mellitus*. При ней нередко без видимых местных явлений развивается зуд. Почему происходит зуд при сахарной болезни с положительностью ответить трудно: одни авторы появление его ставят в зависимость от раздражающих

свойств мочи вследствие примеси к ней сахара; другие объясняют это появлением в ней микроорганизмов, которые, однако, до сего времени не найдены; наконец, третьи появление зуда ставят в связь с изменением состава крови—гематогенная причина. Измененная кровь действует на нервные окончания в наружных половых частях и вызывает зуд.

Частое омовение мочей наружных половых частей при обильном выделении мочи при диабете и раздражающее влияние последней на кожу и есть также одна из причин зуда.

Те изменения, которые находят в коже при „Pruritus“, по всей вероятности суть изменения последовательные, воспалительные, благодаря постоянному механическому раздражению, чесанию.

На микроскопическом срезе виден воспалительный Parakeratosis с мелкоклеточковой инфильтрацией под эпителием. Образование кератина нарушено. Эпидермис в целом или местами утолщен. На поверхности слизистой оболочки видны ссадины от расчесов, часто экзематозная сыпь, а при нечистом содержании язвы, покрытые гноем.

Webster¹⁾ указывает, как на причину зуда, медленное, постепенно идущее вперед фиброзное перерождение, главным образом, нервов и их окончаний в клиторе и губах; поэтому для устранения зуда он рекомендует удалить заболевшие части, что, по его мнению, быстро ведет к выздоровлению.

Saenger²⁾ в общем соглашается с мнением Webster'a и делит причины Pruritus'a на эндогенные и экзогенные. К эндогенным причинам принадлежат те раздражающие вещества, которые находятся в крови при различных заболеваниях, и они действуют на нервы кожи, вызывая зуд. К этим заболеваниям принадлежит Icterus, Nephritis, Diabetes, застойные явления в области Venae pudendae, при Retroflexio uteri, опухолях, при гематогенных заболеваниях кожи Erythema, Urticaria, Herpes, Eczema и т. д., а также при употреблении морфия, алкоголя, иодоформа; к экзогенным причинам принадлежат местные заболевания наружных половых частей, влагилица и матки.

Vulvitis, осложненный зудом, Saenger называет Vulvitis pruriginosa.

Czempin³⁾ отделяет Vulvitis pruriens от Pruritus vulvae. Зуд не стоит в строгой зависимости от катарра половых путей; так, например, наблюдается исчезновение зуда в то время, когда катарр еще существует, и наоборот. То же самое я могу подтвердить из собственной практики: в иных случаях при сильно развитом катарре зуда нет и, наоборот, зуд налицо и сильно выражен, а каких либо болезненных

¹⁾ Webster. Ed. med. Journ. July 1891.

²⁾ Saenger. Centralblatt für Gyn. 1894, S. 154.

³⁾ Czempin. „Ueber pruritus Vulvae“. Dermatol. Zeitschrift. Bd. 1, Heft 4, S. 344.

изменений как на наружных половых частях, так в рукаве и в матке не обнаруживается. Нередко я наблюдал *Pruritus vulvae* в климактерическом возрасте, при чем при отсутствии изменений в половом канале и анализ мочи не давал каких-либо отклонений от нормы. В детском возрасте причиной зуда на наружных половых частях могут служить глисты—*Oxyuris vermicularis*.

Лечение *Pruritus'a vulvae* представляется часто очень трудным, особенно в тех случаях, где нет видимой причины заболевания. *Schroeder* и *Saenger* рекомендуют в упорных случаях даже эксцизию заболевших участков.

На первом месте, конечно, следует поставить лечение вызвавших *Pruritus* заболеваний, на ряду с этим—содержание наружных половых частей должно быть наивозможно чище. *P. Ruge* рекомендует прежде всего повторное мытье наружных половых частей мылом с водой. В иных случаях употребление при обмывании 2½—5% раствора карболовой кислоты или 1% раствора *Sublimat'a* понижают в значительной степени чувствительность больных частей; рекомендуются также смазывания 10—20% *Argent. nitrici*, примочки с *Aq. plumbi*, *Acid. borici* 20% с прибавлением *Morphii muriat.*, *Cocaini muriat.*, от 0,2—0,5 на 200 куб. с. жидкости: присыпка из *Zinci oxydati* 5,0, *Amyli tritici et talci venet.* aa 50,0; смазывание 10% раствором *Acidi carbolici* в *Ol. provinciale*, 10%—20% раствором *Ammonii sulfoichtyol*, *Thyoli puri* 20%. Кроме того внутрь даются противонервные средства, главным образом бромистые препараты, ванны, холодные обтирания, души. *Сатре* и *Холмогоров*¹⁾ применяли с успехом гальванический ток.

В общем, относительно лечения нужно сказать, что не редко приходится перепробовать всю терапию, пока не нападешь на такое средство, которое действительно принесет пользу. В виду этого следует всегда предупредить больных об этом, т. е. что лечение может быть очень продолжительным.

При воспалении наружных половых частей, особенно при гоноррее, оно переходит на открывающуюся своим выводным протоком во вход во влагалище Бартолинову железу, и получается заболевание, которое носит название Бартолинита.

Заболевание бывает по большей части двустороннее. Отверстие выводного протока железы краснеет, самый выводной проток опухает и за ним и железа. Весьма скоро она начинает прощупываться в толще губы, как небольшая опухоль. При проходимости выводного протока, при нажимании на железу выделяется слизисто-гнойная, а то и чисто

¹⁾ Сатре и Холмогоров. Цит. по Толочинovu. Учебник женских болезней. 1901.

гнойная жидкость. Если выводной проток под влиянием воспалительного процесса облитерировался, сама железа может превратиться в большей или меньшей величины нарыв. Тогда он вызывает у больной сильнейшие боли и повышение температуры до высоких цифр. Большая губа в области Бартолиновой железы значительно вздувается, краснеет и, наконец, появляется ясное зыбление.

При воспалении лишь одного выводного протока и зарощении его, образуется из Бартолиновой железы в конце концов киста (ретенционная). Она обыкновенно не достигает особенно большой величины, доходит до величины сливы или немного больше, но чаще бывает меньше. В громадном большинстве случаев кисты не причиняют больной особых страданий, иной раз мешают ей при ходьбе или половых сношениях.

Кроме гоноррейной инфекции, бартолинит может развиваться от пуэрперальной инфекции и от каких-либо других микробов. Так, бартолинит наблюдается даже у девиц с неповрежденным гименом (Veit)¹⁾; содержимое такой кисты совершенно жидкое, прозрачное.

Диагностика воспаления Бартолиновой железы не представляет большой трудности. На месте положения Бартолиновой железы определяется опухоль, при чем при остром процессе опухоль эта очень чувствительна, и около нее наблюдается на большем или меньшем пространстве отек тканей. При хроническом воспалении железы, а особенно при образовании кисты, прощупывается ясно эластическая опухоль; при гнойном процессе в железе из нее через выводной проток выжимается гной или слизисто-гнойная жидкость.

Лечение. Острый воспалительный процесс может пройти сам, следует лишь дать покой заболевшим частям. Для успокоения болей можно назначить прикладывание льда, наркотические суппозитории с. opio, morphii muriat. 0,02, codein., extr. belladon. 0,02 и так дальше. Нечего говорить о том, что на первом месте должно быть поставлено чистое содержание наружных половых частей.

При образовании нарыва, его следует вскрыть, а затем промывать и дренировать марлей, повторно смазывая полость его иодной настойкой.

При развитии кисты стараются вылущить всю кисту, а если это не удастся сделать, благодаря тому, что стенки кисты рвутся, разрезать ее и смазывать повторно иодной настойкой. После вылущения кисты, остановив кровотечение, можно оставшееся ложе зашить шелком или кэтгутом.

Breisky²⁾ впервые описал сравнительно редкое заболевание

1) Veit. Handbuch d. Gyn. Bd. III. Hf 1.

2) Breisky. Zeitschrift f. Heilk. Bd. VI, S. 69.

наружных половых частей под названием *Craurosis vulvae* сморщивание вульвы (рис. 34). Breisky описал впервые это заболевание и наблюдал он его у 12 больных. Картина этой болезни похожа на таковую, описанную Tait'ом под названием „Serpiginous vascular degeneration of the pudphoe“ в 1875 году.

После Breisky стали быстро появляться работа за работой, трактующие о клинической картине *Craurosis vulvae* и патолого-анатомических изменениях при нем. Так, работа Fleischmann'a¹⁾ из клиники Breisky, в 1888-ом году работа Janowsky²⁾, который наблюдал 6 случаев *craurosis*, Orthmann'a³⁾ из клиники Martin'a, где приводится несколько случаев этого заболевания, говорится об его лечении и изображается микроскопическая картина строения, в 1890-ом году работа Ohmann Dusmenil'я⁴⁾, где автор описывает 9 наблюдений, в 1894 Czempin⁵⁾ сообщил три случая *craurosis'a*, существовавших при канкроиде у 22-х летних девиц, в 1896 работа Peter'a⁶⁾, затем работы Martin'a⁷⁾, Trespe⁸⁾, Jung'a⁹⁾, Jayle¹⁰⁾ и других.

Этиология данного заболевания крайне темна, и чем обуславливается появление его до сего времени с точностью неизвестно. Иногда нет никакой видимой причины, иногда же появлению его предшествует долго продолжающийся Pruritus.

Breisky находил *Craurosis vulvae* у беременных, Martin и другие — у небеременных; Jayle, главным образом, — у старых при полной атрофии яичников; он говорит, что *craurosis* может развиваться после

Рис. 34.

*Craurosis vulvae.*

¹⁾ Fleischmann. Prager med. Wochenschr, 1896. № 36.

²⁾ Janowsky. Monatschrift; f. prakt. Dermatologie, 1888. Bd. VII.

³⁾ Orthmann. Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn., 1890. Bd. XIX.

⁴⁾ Ohmann Dusmenil Monatschr. f. prakt. Dermatologie. Bd. X.

⁵⁾ Czempin. Verhandl. d. Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. Berlin. 23 Feb. 1894.

⁶⁾ Peter. Monatschrif. für Geb. u. Gyn. Bd. III, S. 297.

⁷⁾ Martin. Centralblatt für Gyn., 1894. № 13.

⁸⁾ Trespe. Archiv f. Gyn., 1902. Bd. LXVI.

⁹⁾ Jung. Zeit. f. Geb. und Gyn., 1904. Bd. LII S. 13.

¹⁰⁾ Jayle. Revue de Gynécologie, 1906. 4 Bd. X.

кастрации. Некоторые связывают появление его с сифилисом, с гонореей, в иных случаях ссаurososis предшествовал развитию рака наружных половых частей.

Клинически ссаurososis представляет из себя постепенное сморщивание и как бы высыхание наружных половых частей. Слизистая оболочка принимает белый цвет, делается ломкой, легко ранимой; болезненный процесс захватывает больше всего малые губы и клитор. Они атрофируются до полного уничтожения их; вход во влагалище в значительной степени суживается, и если болезнь развилась еще в периоде полового расцвета женщины, то является препятствием как для половых сношений, так в особенности во время родов. Со стороны мочевого пузыря могут быть явления задержки мочи и затрудненного ее выведения.

Симптомы заболевания: сильнейший зуд, боли, жжение, боли при движении, при половых сношениях; появляющиеся после расчесов ссадины, язвы еще более увеличивают страдание вследствие сильной чувствительности.

Гистологическое описание болезненного процесса дали Fischel, Orthmann и Peter; оно заключается, главным образом, в рубцовом сморщивании и атрофии сосочков; соединительная ткань делается гомогенной, местами склерозируется.

Сосочки делаются низкими, сальные железы отсутствуют вполне, потовые — почти вполне.

Orthmann при микроскопическом исследовании пораженных участков нашел местами атрофию, местами гипертрофию ткани под весьма слабо развитым роговым слоем.

Rete Malpighii значительно уменьшена или даже совершенно исчезла, здесь papillae отсутствуют. Соответственно этим атрофическим участкам в пограничных здоровых он наблюдал гипертрофию ткани.

Peter представляет этот процесс как хроническую воспалительную гиперплазию соединительной ткани с склонностью к рубцовому сморщиванию рядом с воспалительным отеком верхних слоев кожи, эпидермиса и дегенерацией эластической ткани.

Распознавание в начале заболевания может быть очень затруднено, легко смешать с простым Pruritus, осложненным расчесами, ссадинами и последующим утолщением кожи. При дальнейшем течении болезни сморщивание ткани, рубцовое образование все больше и больше выступают на первый план. В виду того, что развитию ссаurososis очень часто предшествует pruritus, Veit усматривает между тем и другим заболеванием известную этиологическую связь.

Лечение Sсаurososis в настоящее время сводится к удалению ножом пораженных участков. Это лечение предложил Martin и он наблюдал

хорошие результаты. Обмывания различными веществами, смазывания лишь облегчают болезнь, уменьшая тягостные симптомы, прижигания и выжигания пораженных участков не представляют из себя более верного средства, чем вырезывание.

При развитии рака нечего говорить, что должно быть сделано радикальное вырезывание с удалением желез, при сифилисе — лечение последнего. Вырезывание было предложено впервые Martin'ом и описанно Orthmann'ом. Если удаленные куски кожи очень велики и получившийся дефект нельзя закрыть непосредственно, следует сделать пересадку слизистой оболочки или кожи. При гоноррее, особенно во время беременности, появляются на наружных половых частях, около заднего прохода и в нижней трети влагалища воспалительные разращения, носящие название острых кондилом — *condylomata acuminata* (рис. 35). Они бывают и без гонорреи и не во время беременности. Они представляют из себя большей или меньшей величины разращения (до куриного яйца), которые могут быть столь многочисленны, что выполняют собою весь вход во влагалище и нижнюю треть его. Анатомически они суть разращения сосочков кожи вместе с сосудами и Мальпигиевым слоем. Наощупь мягкие, сочные, легко ранятся и значительно кровоточат. При большом количестве их и большой величине они причиняют большой неприятные ощущения — боли, неловкость при ходьбе, препятствуют половым сношениям; будучи легко ранимы, даже от прикосновения платья, кровоточат, изъязвляются, при чем язвенные поверхности вследствие нечистого содержания их покрываются грязно серым налетом, издающим нередко зловоние.

Лечение — хирургическое. Срезывание кондилом и прижигание остатка аппаратом Пакэлена или хромовой кислотой 1:4. Если разращений немного, можно обойтись и без ножа, смазывая кондиломы тем же раствором хромовой кислоты 1:4. Хорошие результаты (по Küstner'y) дает присыпка порошком Сабина (pulvis frondum Sabinae), а также смесь этого порошка с квасцами аа или с *hydrargyrum praecipitatum tigrinum* аа. Нечего, конечно, говорить о том, что при

Рис. 35.



Острые кондиломы.

всяком лечении на первом месте должна быть поставлена чистота, обмывание наружных половых частей с мылом и дезинфицирующие спринцевания раза 2 в день.

Отеки наружных половых частей бывают при болезнях почек, сердца, затруднении кровообращения при объемистых опухолях брюшной полости, при беременности. Большие и малые губы принимают вид водяночных мешков. Они могут препятствовать родовому акту, при ходьбе; поэтому при большом отеке, особенно во время родового акта, рекомендуется делать наколы и нарезы отечных частей.

Под влиянием травмы: удара, ушиба, падения могут происходить в толще губ кровоизлияния, носящие названия **тромбов вульвы**. Кровоизлияния эти чаще наблюдаются во время беременности, когда наружные половые части представляются набухшими, увеличенными и богатыми кровью.

Кровоизлияния эти часто сами рассасываются без следа, но могут образоваться и нарывы. С операцией спешить нечего, особенно, если не наступило еще нагноение, так как кровь может, как я только что сказал, всосаться сама; при образовании нарыва нужно вскрыть его и дренировать.

Под влиянием травмы, особенно во время родов, может наступить флегмонозное воспаление наружных половых частей с переходом в гангрену. Кроме того, гангрена вульвы бывает в виде так называемой **номы**, встречающейся все же чаще у детей.

Туберкулез вульвы бывает очень редко и, главным образом, как проявление общего туберкулеза, он проявляется чаще всего в язвенной форме. По Bender¹⁾ это наиболее частая форма „Tuberculose ulcéreuse ou ulcère-hypertrophique de la vulve“. Он собрал 29 случаев, при чем в это число вошло и его собственное наблюдение. Местоположение язв весьма различное: на малых губах (Winkel²⁾), на больших губах, у anus'a, при чем задний проход вместе с влагалищем представляли клоаку [Cayla³⁾), Deschamps⁴⁾), Demmé⁵⁾), Chiari⁶⁾), на промежности (Emanuel⁷⁾) и т. д.

Под микроскопом язвенная форма представляет следующую картину: эпителий разрушен на большем или меньшем пространстве, дно язвы покрыто налетом, очень богато сосудами, здесь же находят

¹⁾ Bender. Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale, 1906.

²⁾ Winkel. Pathologie der weiblichen Sexualorgane. Leipzig, 1881.

³⁾ Cayla. Progrès médicaux, 1881.

⁴⁾ Deschamps. Archives de tocologie, 1885.

⁵⁾ Demmé. Wien. med. Blätter. 1887.

⁶⁾ Chiari. Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis. Wien, 1886.

⁷⁾ Emanuel. Zeitschrift für Geb. und Gyn., 1894.

туберкулезные bacиллы и гигантские клетки. Вторая форма, в какой встречается туберкулез наружных половых частей, это форма гипертрофическая, узловая, не язвенная. По Bender'у описано лишь три подобных случая. Случай Poeverlein¹⁾, Bender'a и Petit²⁾ и случай Bender'a³⁾. Как на малых, так и на больших губах при этой форме туберкулеза наблюдаются узлы различной величины, при чем поверхностный слой кожи или слизистой оболочки не поврежден, а под ним наблюдаются туберкулезные бугорки с гигантскими клетками.

Я лично наблюдал два случая туберкулеза наружных половых частей. Первый случай относился к 30-ти летней женщине, а второй к 4-х летнему ребенку. Первый случай, описанный проф. В. Д. Брантом, был оперирован мною, а второй не был оперирован, так как на ряду с поражением больших губ был туберкулез брюшины. Оба случая относятся к язвенным формам. В 1-м случае о своей болезни больная рассказала следующее: 2 года тому назад на 8-ом месяце беременности она стала замечать припухлость большой губы с правой стороны; опухоль росла постепенно, и год тому назад на опухшей большой губе стали появляться прыщи и трещины, а ниже на месте спайки образовалась фистула, проникающая в прямую кишку. За 6 мес. до поступления в клинику начал появляться зуд на месте опухоли. За 3 недели на т. н. передней поверхности опухоли образовалась язва; опухоль стала очень болезненной, и появилось обильное отделение гнойной жидкости с изъязвленной поверхности губы. Припухлость в последнее время перешла на левую губу. Опухоль губы плотна на ощупь, передняя поверхность ее, спайка и слизистая влагалища вокруг фистулы, а также кожа заднего прохода изъязвлены и покрыты желтовато-серым налетом, кровоточивы и очень чувствительны при дотрагивании. Операция заключалась в вырезывании всего пораженного. Во 2-м случае язва занимала правую большую губу, область клитора и переходила на верхнюю $\frac{1}{3}$ левой губы. Вместе с этим у больной был туберкулезный перитонит.

Об этиологии данного заболевания много говорить нечего. Оно, как я сказал выше, по большей части представляет вторичное заболевание при туберкулезе легких или внутренних половых органов, хотя нельзя исключить и первичное заболевание вследствие непосредственной инфекции. Многие авторы указывают на травму, как на причину туберкулеза или как на обстоятельство, способствующее появлению туберкулеза на наружных половых частях при существующем уже туберкулезе в каком-либо другом органе.

1) Poeverlein. Ein Fall von Tuberculose der Vulva. Diss. 1902.

2) Petit et Bender. Revue de gyn. et chirurg. abdominale. 1903.

3) Bender. Ibid.

Симптомы болезни: боли, кровотечения и гнойные отделения при язвенной форме.

Лечение может быть лишь симптоматическим, и только при первичном туберкулезе можно еще применить лечение хирургическое; при вторичном, при общем туберкулезе, хирургическое лечение, конечно, не имеет смысла.

Волчанка вульвы — *lupus vulvae* встречается чрезвычайно редко; картина ее развития та же самая, что и в других местах тела. Диагностику волчанки легка: характерные бугорки, изрытые места, рубцы, дают право поставить верный диагноз.

Лечение состоит в выскабливании, прижигании каленым железом, лечении светом по Финзену и тому подобных средствах, рекомендуемых при волчанках на лице. Изолированные узлы можно вырезать целиком.

Новообразования на наружных половых частях могут развиваться как доброкачественные, так и злокачественные. Из доброкачественных опухолей чаще всего встречаются липомы и фибромы. Липомы сидят в большинстве случаев на ножке, исходят из подкожного жирного слоя большой губы или *mons Veneris*, имеют свою капсулу, и поэтому легко отделяются при ощупывании от остальной жировой ткани. При известном растяжении наружных покровов в опухоли может определиться ложная флюктуация. Во время беременности опухоли увеличиваются, в послеродовом периоде уменьшаются.

Этиология их темна; общее ожирение не является непременным условием развития этих опухолей.

Лечение заключается в оперативном удалении опухоли, что не представляет большого труда. При развитии опухоли в большой губе следует помнить всегда о возможности развития в данной области грыжи. Липомы достигают величины куриного яйца и более.

Фибромы отличаются своей плотностью. Развиваются они из соединительной ткани.

Различают две исходные точки их: одна — это соединительная ткань больших губ, другая — тазовая фасция. Третьим источником может служить еще периферический конец круглой маточной связки, т. е. окончания ее в большой губе. В таких фиброидах на ряду с соединительной тканью находят и мышечные клетки. Опухоли являются или в виде полипов *Molluscum pendulum* или, что реже, они сидят в толще губ. Величина их достигает величины апельсина, редко бывает больше.

Диагностика не представляет большой трудности, смешать можно ее, главным образом, с фибросаркомой.

Симптомы болезни те же, что и при липомах.

Операция не представляет ничего особенного; только при развитии опухоли из круглой маточной связки нужно иметь в виду паховый канал, через который проходит круглая связка.

Из других доброкачественных опухолей встречаются на наружных половых частях, хотя очень редко: энхондромы, невромы, ангиомы. На счет развития энхондром Veit¹⁾ высказывает сомнение, так как точного описания их он не нашел. В своем учебнике он приводит старый случай Schneevogt, упоминает сообщение Bartholini об окостенении клитора, Bellamy и Virchow'a.

Под невромами описаны Kenedi²⁾ и Simpson'ом³⁾ маленькие, чрезвычайно болезненные узелки близ отверстия мочеиспускательного канала и на внутренней поверхности малых губ.

Ангиомы описаны Hennig'ом⁴⁾ и Sanger'ом⁵⁾ у детей: у 2-х летней и 10-месячной девочки.

К редким новообразованиям на наружных половых частях принадлежит также слоновая проказа—*elephantiasis*. Наичаще это заболевание встречается в тропических странах, даже в эпидемической форме; на севере же она встречается в спорадических случаях.

Этиология слоновой проказы до сего времени не выяснена; обвиняли в появлении ее сифилис, бленоррею, хроническое воспаление наружных половых частей, хроническую длительную гиперемию данной области, застой лимфы, рожу (Virchow)⁶⁾, наследственность и т. д.

Слоновая проказа развивается чаще всего в возрасте от 20—30 лет, хотя описаны случаи в литературе, где заболевание это встречалось в более раннем возрасте и даже было врожденным.

При развитии слоновой проказы большая или малая губа, смотря по тому, как из них послужила почвой для ее развития, изменяется по наружному виду, по форме и величине. Размеры таким образом увеличенных частей бывают весьма различны: чаще всего они не превосходят величины кулака взрослого человека, реже бывают больше, достигая величины головы взрослого человека и даже еще больше. Опухоль не отделяется резко от здоровых частей; вся поверхность пораженной области представляется бугристой, бородавчатой или покрытой сплошь морщинами. Virchow даже разделил опухоли по наружному виду на две категории: *elephantiasis papillomatosa* и *elephantiasis glabra*. В зависимости от состояния поверхности опухоли, она

1) Veit. Handbuch der Gynäkol. Bd. III. H. 1.

2) Kennedy и 3) Simpson. Там же. Veit.

4) Hennig. Цит. по Veit'у. Bd. III. H. 1, стр. 233.

5) Sanger. Цит. по Veit'у Bd. III. H. 1, стр. 233.

6) Virchow. Die Krankhaften Geschwülste. I B. 1863.

может иметь вид шарообразный, грушевидный (рис. 36), или является в форме лопастной, или в виде кондилом (рис. 37). На этом рисунке видны обе формы. Такое развитие вида опухоли зависит от того, где локализуется процесс: если он развивается в более поверхностных слоях, в сосочках,— опухоль принимает сосочковый характер; если же в более глубоких, поверхность опухоли принимает сравнительно гладкий вид.

Рост опухоли совершается постепенно, во время беременности быстро увеличивается, после родов снова уменьшается. Такое колебание

Рис. 36.



Elephantiasis vulvae.

Рис. 37.



Elephantiasis vulvae.

опухоли зависит от застойных явлений и серозного пропитывания тканей во время беременности.

На поверхности опухоли образуются иногда пузыри, наполненные прозрачной или полупрозрачной жидкостью, которые, лопаясь, выделяют большое количество жидкости; на их месте являются эктазии.

Сущность патологических изменений по д-ру Пригара¹⁾ при слоновьей проказе сводится на одновременное заболевание сосудистой и лимфатической системы, при чем в одних случаях страдают, глав-

¹⁾ Пригара. Слоновая проказа наружных половых органов женщины. Дисс. на степень д-ра мед. 1898.

ным образом, кровеносные сосуды, в других случаях—лимфатические. Adventitia, media и intima артерий утолщены, при чем intima не редко впячивается в просвет сосуда, вызывая его сужение. Вены в большинстве случаев расширены, и стенки их истончены. В артериях и венах наблюдаются явления организации тромба. Капилляры местами сужены, местами расширены, облитерированы и представляются в виде фибринозных шнурков. Лимфатические сосуды расширены и затромбированы лимфоцитами.

Слой rete Malphigii в одних случаях сильно утолщен и образует глубокие впячивания в подлежащую ткань, в других сильно истончен.

В эпителиальных клетках наблюдаются вакуоли и исчезновение в них ядра. Соединительная ткань стромы гиперплазирована и в отдельных случаях бывает отеочной. Вся строма усеяна инфильтратами (Пригара).

Симптомы, которые дает эта опухоль, сводятся главным образом к тем препятствиям, которые представляет опухоль для половых сношений; затем опухоль может быть очень чувствительна, и если достигает большой величины, делается для больной обременительной.

Лечение может быть лишь хирургическое—вырезывание пораженных частей.

На границе с злокачественными заболеваниями стоит особое заболевание, носящее название—*ulcus rodens*.

Излюбленным местом для *ulcus rodens*—это fossa navicularis и окружность отверстия мочеиспускательного канала. Как там, так и здесь, язва постепенно разрушает подлежащие части и ведет со стороны fossae navicularis к разрушению перегородки между влагалищем и прямой кишкой и развитию влагалищно-ректальных фистул; развиваясь же вблизи мочевого пузыря, она разрушает уретру и ведет к недержанию мочи. Развитие этого заболевания наблюдается чаще всего у проституток.

Края язвы представляются неровными; на границе со здоровой тканью прощупывается валикообразное возвышение хрящевой консистенции. Эти язвы долго смешивали с туберкулезом, волчанкой, даже с сифилисом, так как они не имеют определенной картины.

Под микроскопом находят гигантские клетки („Riesenzellen“), мелко-клеточную инфильтрацию основной ткани. Граница эпителия с подлежащей тканью неправильная, ткань под эпителием очень богата ядрами, местами ядра клеток (по Pinner'у) имеют эпителиоидный характер. Martin и Nicolle в одном случае нашли рядом с туберкулезными массами туберкулезные бациллы. Язва склонности к заживлению не имеет, хотя по краям ее иногда наблюдается как бы рубцевание; метастазов не дает.

Лечение ее может быть лишь хирургическое—полное вырезывание всего пораженного; при такой радикальной операции рецидив не бывает.

При *ulcus rodens* на лице, где излюбленными местами ее являются верхнее веко, крылья носа, губы и т. д., применялось с успехом лечение светом по *Finsen*'у.

Из злокачественных новообразований на наружных половых частях встречаются рак и саркома.

Исходной точкой рака может служить клитор, большая или малая губа и в редких случаях Бартолинова железа; при развитии новообразования из последней получается картина железистого рака; в остальных же кожный рак.

Возраст, в котором рак развивается на наружных половых частях, по статистике *Winckel*'я¹⁾, является более преклонный, от 50—60 лет.

Под микроскопом чаще всего обнаруживается картина плоскоклеточного рака. Некоторые формы его представляются более доброкачественными, а именно та форма, которая может быть названа *sarcoïd*'ом в отличие от мозговидной карциномы.

Могут встречаться на наружных половых частях также и пигментные раки.

Рост опухоли происходит очень разнообразно: то опухоль растет очень быстро, то, наоборот, очень медленно, при чем то же самое можно сказать и относительно желез: то они принимают активное участие и поражаются быстро, то, как показывают описанные наблюдения, при образовавшейся уже язве железы остаются еще невредимыми.

Лечение—только оперативное, при чем должно быть удалено на большом пространстве (по крайней мере на 1 сант. от края новообразования) не только все пораженное раком, но и по возможности все паховые железы. В начальных стадиях рака допустимо еще удаление лишь пораженного участка. Результаты операции довольно удовлетворительные.

При неоперируемом запущенном раке не следует предпринимать какой-либо операции, а ограничиться лишь симптоматическим лечением, которое будет состоять в проведении местной чистоты, частых обмываниях, при болях впрыскивании морфия в возрастающих дозах и так далее.

Саркома вульвы встречается еще реже, чем рак.

Местом развития опухоли (*Орлов*)²⁾ бывают чаще большие срамные губы, реже другие места: напр., около мочеиспускания

¹⁾ *Winckel*. Path. der weibl. Sexualorgane. 1881, S. 275.

²⁾ *Орлов*. К казуистике сарком наружных половых частей. „Врач.“ 1900, № 21.

тельного канала (Caruso и Ehrendorfer)¹⁾, из похотника (Hunter Robb)²⁾.

Чаще всего встречаются так называемые пигментные саркомы, реже не пигментные. Часто они являются сложными в виде фибросарком, миксосарком. Величина их бывает весьма различна: они небольшой величины, но могут достигнуть размеров головы взрослого человека.

В случае, оперированном мною, опухоль величиной в утиное яйцо весила 100 гр. Опухоль была белого цвета и состояла из 8 отдельных узлов, при чем все узлы были однородной плотности и чрезвычайно мягки. Под микроскопом обнаружена веретенообразноклеточная саркома без пигмента³⁾.

Опухоли эти или сидят на ножках, симулируя собою фиброму, липому и др. опухоли, или располагаются в толще ткани и, имея мягкую консистенцию, могут походить на кистовидные образования, как это и было в моем случае, где опухоль сидела в области Бартолиновой железы; первоначально был поставлен диагноз кисты Бартолиновой железы.

Лечение оперативное—удаление опухоли. После вылушения опухоли, сидящей в толще ткани, получается в иных случаях глубокая рана, кровоточащая по всей своей поверхности. В этих случаях следует, по моему мнению, остановить артериальное кровотечение, тампонировать ее; если рана неглубокая, можно наложить этажный катгутовый шов. Если опухоль сидит на ножке, удаление ее не представляет никакой трудности. Возвраты бывают, но сравнительно редко. В моем случае он наступил спустя 4 года на прежнем месте. Вторичная операция сделана мною же.

Atresia hymenis—заращение девственной плевы. Это заболевание по большей части врожденное, редко приобретенное.

Оно дает себя знать лишь в то время, когда появляются регулы, и за заращенным гименом начинает скопляться кровь. Постепенно влагалище растягивается кровью, которая все больше и больше выпячивает девственную плеву. Такое состояние влагалища называется *haematocolpos* (рис. 38). До менструального периода, т. е. до периода возмужалости, скопление слизи во влагалище редко выпячивает девственную плеву и служит поводом к врачебному вмешательству, но такие случаи бывают даже у новорожденных (проф. К. С л а в я н с к и й), Стенки влагалища под влиянием раздражения гипертрофируются. Нередко в процессе наполнения кровью влагалища принимает участие матка; тогда развивается *haematometra* и, наконец, фаллопиевы

1) Ehrendorfer. Там же.

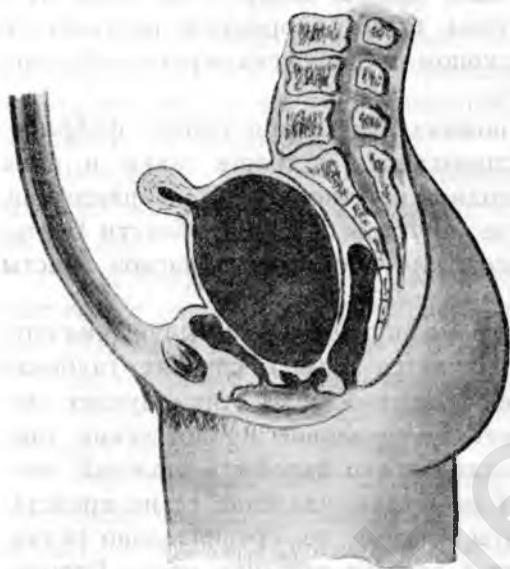
2) Hunter Robb. Там же.

3) Орлов. 1. с.

трубы—haematosalpinx. Опухоль, в состав которой входят влагалище, матка и фаллопиевы трубы, представляет из себя довольно объемистую опухоль, которая выполняет весь малый таз и поднимается над лонным соединением.

Несмотря на такое большое растяжение, девственная плева выдерживает всю тяжесть и не разрывается. Кровь является в виде кофейной гущи с большим количеством слизи. Известны случаи (проф. К. Славянский), где кровь скоплась весьма долго (7 лет) и извергалась в количестве 20—25 фунтов.

Рис. 38.



Haematocolpos.

Диагностика устанавливается на основании исследования и анамнеза. Из анамнеза узнаем, что у данной больной уже возраст, еще не было регул; затем она жалуется на сильные боли в пояснице и внизу живота, усиливающиеся во время регул. Живот увеличен, внизу его прощупывается опухоль, выдающаяся над лонным соединением и часто выпячивающаяся вперед девственную плеву и промежность. Если тело матки не растянуто, то тогда ее можно прощупать в виде маленького придатка на большой опухоли упруго-эластической консистенции. Исследование per rectum обнаруживает, что опухоль выполняет весь малый таз и имеет эластическую консистенцию.

Лечение—разрез девственной плевы и осторожное выпускание наружу содержимого влагалища. Во избежание сращения краев девственной плевы рекомендуют вырезать ее совсем, а затем узловатыми швами соединить края раны. После операции следует назначить дезинфицирующие спринцевания. Такое же вырезывание лупен'а приходится производить при его чрезмерной толщине и плотности, когда он не разрывается при coitus'e.

Hyperaesthesia hymenaica.—Чрезмерная чувствительность девственной плевы зависит от большого развития нервных волокон. При простом дотрагивании до девственной плевы вызывается очень сильная боль. Coitus невозможен. Иногда такая же сильная чувствитель-

ность, мешающая coitus'у, может развиваться в рубцах после разрыва hymen'a и даже после родов в *caupuncula myrtiformis*.

Лечение—вырезывание девственной плевы или остатков ее и тщательное соединение краев раны швом, чтобы получилось *prima intentio*. Вырезывание hymen'a производится ножницами по всей окружности у основания его. Операция делается под хлороформом.

Чтобы покончить с заболеваниями наружных половых частей, следует сказать еще об особенно болезненной форме, которая часто причиняет невыносимые страдания и делает невозможной супружескую жизнь. Эта болезненная форма называется *vaginismus*.

Сущность ее заключается в судорожном сокращении мышц тазового дна, а главным образом, *constrictor'a cunni*. Это судорожное сокращение зависит или от общего нервного заболевания (истерии) или от чисто местных причин, главным образом, боли или страха перед болью.

Часто на наружных половых частях не находят каких-либо изменений. Судорожное сокращение мышц является актом чисто нервным, который находят нередко у истеричек. Иногда этот спазм может быть локализован лишь на одной стороне вульвы.

При спазме мышц, зависящем от местных причин, изменения находят на девственной плеве или в области задней спайки. Часто встречаются как здесь, так и там, сильно болезненные покрасневшие места, остатки ранений от первого полового сношения, не заживающие ранения слизистой оболочки, надрывы ее, распространяющиеся к мочеиспускательному каналу. Различного рода вульвиты, особенно гонорейные, могут также служить причиной *vaginism'a*; заболевания Бартолиновой железы, развитие трещин у заднего прохода, заболевания матки и яичников, отличающиеся большой чувствительностью, способствуют появлению вагинизма.

Симптомы. Главным симптомом, с которым больные обращаются к врачу, является боль при попытках к половому сношению и невозможность его. При исследовании такой больной бросается в глаза ее нервозность, если страдание давно продолжается. Больные под влиянием его делаются нервно раздражительными, у них развивается истеричное состояние, а у женщин с психопатической наследственностью может развиться даже психоз.

При малейшем дотрагивании пальцем до половых частей больная уже в страхе дрожит и начинает жаловаться на сильную боль; половая щель при этом судорожно сокращается, и попытка врача ввести палец во влагалище остается безуспешной.

Вместе с мышцами тазового дна сокращаются также мышцы бедра, *m. m. adductores femoris*.

Если осмотр половых частей не удастся сделать, больную хлороформируют и тогда уже под наркозом можно решить вопрос: зависит ли вагинизм от какой-либо внешней причины, т. е. существует ли какое-либо поражение на наружных половых частях или причины вагинизма лежат в нервной системе женщины. Если под наркозом усмотрена какая-либо ссадина или язва на большой или малой губе, гимене, около заднего прохода и т. д., то без наркоза прикосновение пуговкой зонда к данному повреждению моментально вызывает спазм вышеупомянутых мышц, и картина вагинизма на лицо.

При первичном вагинизме, где нет никаких изменений на половых частях, самое легкое прикосновение к ним, даже просто струя воздуха, вызывает спазм.

Вагинизм может существовать и у девушек, но, так сказать, в скрытом виде и обнаруживается лишь при первом coitus'e; вообще, нужно заметить, что начало вагинизма чаще всего и лежит в первом половом сношении; в редких случаях он развивается во время супружеской жизни благодаря какому-либо заболеванию половых частей или вслед за родами при повреждении наружных половых частей.

Р а с п о з н а в а н и е по всем вышеуказанным признакам не представляется трудным, только для исследования больной требуется иногда, как указано выше, наркоз. Не следует забывать посмотреть матку и яичники, так как заболевания их могут служить одним из причинных моментов спазма. Кроме того должно быть произведено и общее исследование больной, а главным образом ее нервной системы.

Л е ч е н и е. При первичном вагинизме должно быть обращено серьезное внимание на общее лечение. Coitus безусловно запрещается, назначаются укрепляющие нервную систему средства внутрь, а также гидротатическое лечение, которое часто одно дает прекрасные результаты.

При вторичном вагинизме главное внимание обращается на лечение местного заболевания. При гиперестезии девственной плевы она циркулярно вся удаляется, производится так называемая *hymenectomy*. Оставшаяся циркулярная рана должна быть тщательно зашита шелком или кэтгутом, чтобы по возможности получилось первичное натяжение, так как при вторичном натяжении может образоваться большой рубец на всем своем протяжении или в известных лишь точках и вызывать снова спазм мышц.

Но очень нередко вырезывание одной только девственной плевы не дает ощутительных результатов, поэтому советуют (Veit) разрезать радиально *constrictor cunnii* и тщательно сшивать швами слизистую оболочку влагалища со слизистой оболочкой вульвы. Через 8—10 дней эти швы снимают под кокаином.

Кроме разреза мышц, производят разрыв мышц пальцами под хлороформным наркозом. Под полным наркозом вводят во влагалище два указательных пальца или по два пальца обеих рук и затем с силой растягивают вход во влагалище; при разрыве мышц ощущается при этом особый треск. Слизистая оболочка остается ненарушенной.

M. Sims предлагал вводить с целью расширения входа и уничтожения спазма мышц цилиндрические зеркала разных номеров, что производится после кокаинизации. Зеркала оставляются во влагалище в течении часа и более, при чем они придерживаются *in situ* помощью Т-образной повязки.

Беременность и роды очень часто ведут к излечению от вагинизма. В виду этого некоторые авторы даже предлагали совершение *coitus'a* под хлороформным наркозом с целью добиться беременности.

К паллиативным мерам принадлежит смазывание 5^o/_o—10^o/_o *cocaini muriatici*, мази с кокаином (*Cocaini muriat.* 2,5—5,0, *vaselini*, *lanolini aa* 50,0; суппозитории и *globuli vaginales* с морфием, с *extr. opii aquosi* 0,015, *extr. belladon.* 0,02).

Всякому предпринятому лечению должен быть предпослан осмотр мужчины и опрос его относительно половой способности. При половой слабости, *impotentia coeundi*, лечение будет безрезультатным.

ГЛАВА VI

БОЛЕЗНИ ВЛАГАЛИЩА.

Причиной воспаления влагалища чаще всего служат инфекционные начала. На первом месте следует поставить гонококков, затем идут стрептококки, стафилококки, туберкулезные, дифтеритные и другие бациллы. Кроме этих причин, действующих извне, воспаление влагалища может зависеть и от чисто механических причин, как например: ранение влагалища, пессарий, тампоны и введение различных тел с целью онанизма. Употребление разных прижигающих веществ, взятых в более крепком растворе, чем можно, производит язвенный процесс во влагалище. Другими причинами воспаления могут быть: выделение из матки при болезни ее, выделение мочи при пузырно-влагалищных фистулах, попадание кала во влагалище при кишечно-влагалищных фистулах, глисты (*oxyuris*), попадающие во влагалище, наконец, гной вскрывающихся иногда во влагалище около-маточных нарывов. Разрывы промежности могут служить благоприятным моментом для проникновения инфекции в полость влагалища благодаря зиянию наружной половой щели.

Но не всякое влагалище заболевает под влиянием выше перечисленных причин. Плоский многослойный эпителий, напоминающий собой по строению кожу, защищает влагалищную стенку от вторжения микробов, а кроме этого микробам противодействует и сам организм. Следовательно, чтобы получилось заражение и развился кольпит, должен быть нарушен эпителиальный слой и ослаблен до известной степени организм. При постоянном раздражении слизистой оболочки влагалища мочей или калом при фистулах или выделениями из матки, особенно при злокачественном поражении ее, эпителий слущивается, и развивается кольпит. Беременность и застойная гиперемия разрыхляют слизистую оболочку и облегчают проникновение инфекции.

Анатомическая картина кольпита различна и стоит в зависимости от действующего на слизистую оболочку раздражителя. При *colpitis catarrhalis* слизистая оболочка влагалища на всем протяжении или местами представляется утолщенной, сочной, гиперемированной. Складки слизистой оболочки набухшие, гребни их закруглены. Иногда слизистая оболочка как бы посыпана зернышками.

При введении пальца, зеркала или какого-либо инструмента из заболевших мест появляется кровь.

Под микроскопом каждому красному пятнышку на слизистой оболочке соответствует группа заболевших сосочков.

Многослойный плоский эпителий в заболевшей области истончается и тотчас же под ним в большом обилии появляется мелкоклеточная инфильтрация, которая пропитывает собою как самые сосочки, так и пространство между ними (рис. 39).

В некоторых случаях мелкие круглые клеточки собираются вместе и образуют в ткани как бы шары (рис. 40).

Фолликулярные узелки, наблюдаемые при катаррах влагалища, представляют продукты новообразования фолликулярной ткани. Матерьялом для фолликулярных узелков в слизистой влагалища служит рассеянная лимфоидная инфильтрация, бывающая по проф. Д. И. Ширшову¹⁾ в слизистой нормального влагалища.

При более резком воспалительном процессе могут образоваться язвы, и получается язвенный кольпит; в старческом возрасте наблюдаются сращения, перепонки, и эта болезнь носит название *colpitis adhaesiva*.

При исследовании пальцем такого старческого кольпита находим во влагалище большое количество перепонок, рубцевых перетяжек, которые расположены главным образом около влагалищной части и во влагалищных сводах. Под влиянием резко выраженного воспалительного процесса могут образоваться язвы на слизистой оболочке

¹⁾ Ширшов. Zeitschrift für Heilkunde, Bd. XXI.

влагалища. Тогда получается язвенный кольпит. Причиной язвы на слизистой оболочке влагалища могут служить инородные тела, из которых самое главное место занимают pessaries, если они по своей величине не соответствуют размерам влагалища. Такой pessary вызывает пролежни на влагалищной стенке. Кроме того, pessaries могут даже врастать в стенку влагалища так, что при исследовании пальцем не определяется сам pessary как таковой, а лишь валикообразное возвышение слизистой оболочки на месте положения pessaria. Различные химические вещества, употребленные для прижигания язв на влагалищной части матки или полости матки, при стекании обратно прижигают слизистую оболочку, результатом чего может получиться язва, которая при дурном содержании дает обильное отделение гноя. При выпадении матки и вывороте влагалища на выпавшей слизистой оболочке также появляются язвы от трения бельем, платьем.

Рис. 39.



Colpitis chronica.

Рис. 40.



Colpitis chronica follicularis.

язв мягкого шанкра встречаются, хотя и редко первично, канкротные язвы. Различить последние от первых иной раз чрезвычайно трудно, так что решает дело микроскоп. Для этого из края язвы вырезывается небольшой

Из специфических язв встречаются язвы мягкого шанкра, которые занимают большее или меньшее пространство на передней или задней влагалищной стенке; в запущенных случаях они охватывают иногда всю стенку влагалища кольцеобразно. Кроме

кусочек; после обычной подготовки, путем уплотнения в различных жидкостях или на замораживающем микротоме, делаются срезы и рассматриваются под микроскопом. Картина того и другого процесса очень характерна и не представляет трудности для диагностики.

Особенной формой заболевания слизистой оболочки влагалища является так называемая *colpohyperplasia cystica*, *colpitis emphysematosa*, которая описана впервые Winckel'em у беременных. Дальнейшие наблюдения показали, что эта форма встречается и в небеременном состоянии, хотя сравнительно реже. Состоит она в том, что под слизистой оболочкой начинают развиваться кисты небольшой величины, наполненные газом; по одним авторам этот газ—воздух, а по другим Trimethylamin. Поверхность слизистой оболочки имеет синевато-красную окраску с неровностями, возвышающимися над ней и просвечивающими. На первый взгляд кажется, что в этих опухолях содержится жидкость, но при проколе их можно быстро убедиться в противном.

Развитие таких кистовидных опухолей наблюдал и описал проф. А. И. Лебедев¹⁾ при большой *cystocarcinoma ovarii*.

Под микроскопом, по проф. К. Ф. Славянскому²⁾, прежде всего бросается в глаза гиперемия ткани, сосуды переполнены кровью, растянуты, некоторые затромбированы; в ткани много экстравазатов, помещающихся в сосочковом слое или непосредственно под эпителием. Полости кист пусты, они лежат в соединительной ткани на различной глубине и имеют различную форму и величину. Собственной стенки кисты не имеют, большие лежат под эпителием так, что половина их покрыта эпителием, а другая половина лежит в ткани. Некоторые авторы думают, что эти кисты представляют эктазированные лимфатические сосуды и ходы слизистой оболочки.

Развитие газа в ткани служит предметом спора. Предполагают, что газ образуется на месте экстравазатов, но под влиянием чего—до сего времени неизвестно; думают, что он образуется благодаря жизнедеятельности микробов. Проф. К. Ф. Славянский считает газовые кисты в разбираемой картине заболевания вторичным явлением, присоединяющимся к известного рода геморрагическому воспалению слизистой оболочки влагалища.

У беременных, очень редко и у небеременных, находят во влагалище *leptotrix vaginalis* и *oidium albicans*. Такой кольпит носит название *colpitis mycotica*. При общем туберкулезе или при туберкулезе матки, яичников и фаллопиевых труб встречаются туберкулезные язвы и во влагалище (*colpitis tuberculosa*). Под микроскопом находят картину

¹⁾ Archiv f. Gyn. Bd. XVIII. 1881.

²⁾ Славянский. Части. патология и терапия женских болезней. 1888 г.

бугорка с гигантскими клетками, а при бактериологическом исследовании туберкулезные бациллы. Первичный туберкулез влагалища чрезвычайно редко встречается.

При глубоком воспалительном процессе в ткани слизистой оболочки может произойти некроз самой ткани или в поверхностных или в глубоких частях с образованием пленок сероватого или бурого цвета. Этот процесс носит название дифтерита, при чем различаются две формы—*dyphteritis superficialis* и *dyphteritis profunda* (проф. К. Ф. Славянский); причиной этого процесса служит специфический микроорганизм—дифтеритная палочка.

Его можно наблюдать при дифтерите гортани, а также и самостоятельно в послеродовом периоде, или при острых инфекционных заболеваниях кожи, скарлатине, оспе, холере и др. В отличие от такого специфического процесса другие случаи образования пленок и налетов на слизистой оболочке влагалища под влиянием соприкосновения с различного рода едкими жидкостями, ихорозными выделениями из матки при раке ее, мочевых, каловых фистулах и т. д.,— проф. К. Ф. Славянский назвал *vaginitis necrotica*.

Пленки могут или легко сниматься с подлежащей ткани или после снятия их остается кровоточащая поверхность, как при дифтерите. В первом случае, т. е. при *colpitis dyphteritica* при исследовании пленок находят дифтеритические палочки

Лечение кольпитов. Прежде всего следует устранить причину болезни. Так, если существует заболевание влагалищной части матки, шейки или тела ее, или имеются мочевые или каловые фистулы, или инородные тела, пессарии, то все это должно быть уничтожено, т. е. болезненный процесс излечен, фистулы зашиты и инородные тела извлечены. При трипперном заражении должно быть принято лечение триппера.

Для непосредственного действия на слизистую оболочку влагалища назначают прежде всего спринцевания сначала дезинфицирующие, а затем вяжущие, т-ре 27°—28° R.

Из дезинфицирующих средств прописываются 1:2000 *sublimat.*, 2% *lisol*, *lisoform*, *crealin*, 2% *acid. carbolic*, *formalin* и т. д. Из вяжущих главное место занимает *acetum pyrolignosum purum* (столовая ложка на 3—4 стакана воды). Если хотят действовать более крепкими растворами, во влагалище вводят Фергюсоновское зеркало; затем в него вливается лекарственное вещество. Постепенно зеркало выдвигается из влагалища, лекарственное же вещество понемногу разливается по влагалищу, действуя на его стенки. Как скоро зеркало концом своим дошло до влагалищного выхода, жидкость выливают, и влагалище промывают более слабыми растворами. Для более сильного

действия на заболевшую слизистую оболочку употребляют 5%—10% раств. *acidi carbolici*, 2%—4% *argent. nitrici*, *acet. pyrolignos. pur.* в чистом виде; можно также вдуть и порошок. При язвенном кольпите хорошо действуют смазывания *t—rae jodi* и после них спринцевания вышеуказанными дезинфицирующими растворами. Для разъединения стенок влагалища вводится в него стерилизованная или иодоформированная полоска марли. Полоску марли можно пропитывать различными лекарственными веществами.

Из других вяжущих средств кроме *acetum pyrolignosum*, употребляется *plumbum aceticum* (чайную ложку на бутылку), *surgum sulfuricum* (8—10 gr. на бутылку воды), *ferrum sulfuricum*, *zincum sulfuricum*, квасцы (по половине или по чайной ложке на бутылку воды) и т. д.

Прописывание лекарственных средств в виде влагалищных шариков и палочек с *butyr sasaо* я избегаю, так как они приносят мало пользы больной и только загрязняют влагалище.

Самое лучшее—это устранение причины кольпита и употребление дезинфицирующих и вяжущих спринцеваний. Кроме местного лечения следует применять и общее укрепляющее лечение, ванны с морской солью по $\frac{1}{2}$ ф. морской соли на ведро *t-ре 28° R*, регулирование кишечника и хорошие климатические условия. В острых случаях кольпита—покой, пребывание в постели.

При дифтеритном кольпите производят впрыскивание антидифтеритной сыворотки; местно-смазывания *t—rae jodi*, *liquor. terri sesquichlor.* и дезинфицирующие спринцевания.

При резко выраженном воспалении слизистой оболочки влагалища процесс может перейти на окружающую клетчатку. Такой процесс носит название *paracolpitis*. Болезнь гнездится в лимфатических сосудах и лимфатических железах, при чем в железе может наступить нагноение, результатом чего получается нарыв в клетчатке.

Под *paravaginitis phlegmonosa dissecans* разумеется такой болезненный процесс, при котором мертвец не только слизистая оболочка, но и часть мышечной, после чего наружу выходит вся влагалищная трубка. Такие случаи встречаются редко, и я наблюдал лишь один подобный случай, происшедший как бы искусственно. При запущенном раке влагалищной части и шейки матки после выскабливания канкрозных масс ложкой был вложен в образовавшуюся полость тампон с 35% раствором *zinci chlorati*, который был вынут через 12 часов. Спустя некоторое время наступило омертвление всего влагалища, и оно в виде трубки вышло все наружу.

Новообразования влагалища: кисты, фибромиомы, саркомы, карциномы.

Кисты влагалища встречаются сравнительно редко, как вообще и другие доброкачественные и злокачественные новообразования. Глав-

ное место кист—вблизи мочеиспускательного (рис. 41) канала, но они также располагаются во влагалищных сводах и на задней стенке влагалища. Величина их весьма различна, но в большинстве случаев она не превосходит лесного или грецкого ореха. Все зависит от источника происхождения кист. Содержимое их или совершенно прозрачное, или коллоидное, густое.

Они не дают никаких симптомов, разве только когда достигают большой величины, стесняют собою просвет влагалища и мешают половым сношениям. Болевые припадки очень редки. При кистах, сидящих близко к вы-

ходу влагалища, они могут симулировать собою выпадение стенок влагалища. В одном случае в моей практике, у жены врача мною при первом осмотре был поставлен диагноз выпадения задней стенки влагалища, при ближайшем же повторном исследовании оказалось, что дело шло о целом ряде влагалищных кист, сидевших в задней стенке влагалища, которые и были удалены путем вылушения.

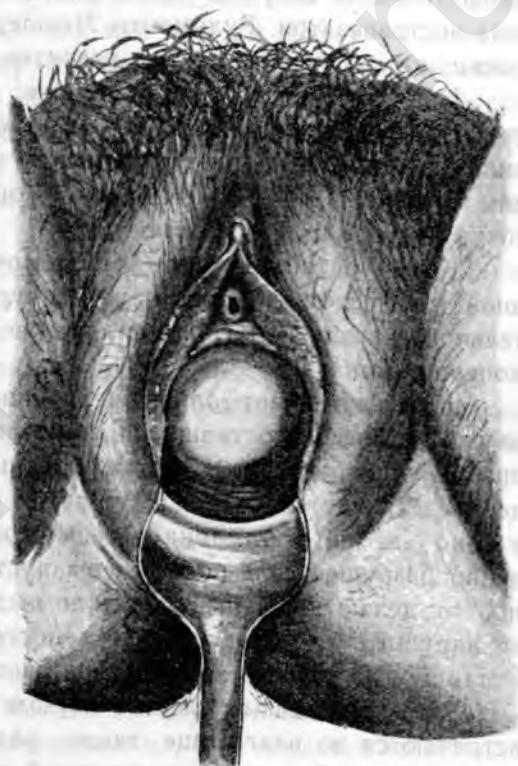
При кисте, сидящей близко к мочеиспускательному каналу, ее можно смешать с выворотом последнего; поэтому для точной диагностики рекомендуется катетеризировать канал и посмотреть, не проходит ли он в эту кистовидную полость. Встречаются кисты

чаще одиночными, но, как сказано выше, могут развиваться во влагалище сразу на нескольких местах.

Микроскопическое исследование стенок кисты обнаруживает, что внутренняя поверхность бывает выложена цилиндрическим или кубическим, уплощенным эпителием, или она вовсе не бывает покрыта эпителием. Цилиндрический эпителий имеет иногда на своей поверхности реснички. Иногда внутренняя поверхность кисты покрыта эндотелием.

В некоторых случаях стенка кисты выложена на своей поверх-

Рис. 41.



Киста влагалища.

ности многослойным плоским эпителием. Проф. А. И. Лебедев¹⁾ нашел в одном случае все три вида эпителия и переход одного вида в другой: коротко — цилиндрического в плоский. Стенка кист состоит из тонких волокон соединительной ткани. Киста имеет свою капсулу; в иных же случаях она своей стенки не имеет.

Происхождение кист представляется до настоящего времени вопросом спорным. Желез во влагалище не найдено и, если они встречаются, то лишь в исключительных случаях. Из этих желез могут развиваться кисты. Кисты с эндотелием развиваются, повидимому, из лимфатических сосудов. Затем кисты могут развиваться на месте бывших экстравазатов. Рудименты Мюллера хода или Вольфова протока также могут служить местом развития кисты.

Наконец, кисты широких связок, кисты паровариума иногда врастают в стенку влагалища и так ее выпячивают в просвет его, что вполне могут быть приняты за кисту влагалища; только при операции ставится верное распознавание, определяется настоящая исходная точка кистовидной опухоли.

Кисты, расположенные вблизи мочеиспускательного канала, имеют иной раз исходную точку в отшнуровавшейся части мочеиспускательного канала или гроздевидных железках Littré, лежащих вблизи мочевого канала.

Лечение кист только оперативное. Киста должна быть вылушена из своего ложа, а оставшаяся капсула зашита. Но часто бывает, что при вылушении кисты стенка ее лопается, и дальнейшее вылушение не представляется возможным; тогда полость кисты смазывается повторно t-ra jodi и тампонируется полоской марли. Стенка кисты постепенно разрушается, и полость ее запустевает. Техника вылушения кист проста: делают овальный разрез по выдающейся части кисты так, чтобы не нарушить ее целости, и затем постепенно вылушают тупым путем. Оставшуюся полость или тампонируют или зашивают этажным швом.

Доброкачественные плотные опухоли (фиброиды, фибромиомы и миомы) встречаются во влагалище также редко. Растут они из мышечной и соединительной ткани влагалищной стенки и располагаются как на передней, так и на задней стенке, очень редко на боковых. Чистые формы миом не часто встречаются во влагалище, чаще бывают смешанные формы, так называемые фибромиомы. Под микроскопом картина строения опухоли следующая: соединительно-тканые волокна собираются в пучки, которые переплетаются друг с другом во всевозможных направлениях; мышечные пучки также переплетаются, но их количество гораздо меньше. Какого-либо определенного расположения мышечных

¹⁾ Лебедев. Zeitschr. für Geb. und. Gyn. Bd. XII. S. 327.

и соединительно-тканых пучков усмотреть нельзя. Кровеносные и лимфатические сосуды в умеренном количестве.

По мере своего роста опухоли все больше и больше выпячивают над собой слизистую оболочку влагалища и принимают форму полипа. В иных случаях они сидят на широком основании или только чуть выпячивают слизистую оболочку. Встречаются они тоже сидящими, одиночно реже можно найти несколько штук за раз.

Рост опухоли очень медленный. Они развиваются преимущественно в возрасте от 30—50 лет; причины их развития с точностью до сих пор неизвестны. В некоторых случаях исходной точкой для развития фибромиомы служили Мюллеров ход или остатки Вольфова тела.

Симптомы болезни обнаруживаются лишь тогда, когда опухоль достигла большой величины и вызывает боли, придавливая мочевой пузырь и прямую кишку; она вызывает явления ущемления в обоих этих органах. Опухоли же небольшой величины открываются лишь случайно.

При родовом акте они могут препятствовать поступательному движению предлежащей части.

Распознавание не представляет трудности: плотная консистенция опухоли, медленный ее рост, известная подвижность опухоли говорит в пользу фибромиомы. В случае сомнения можно вырезать кусочек опухоли для микроскопического исследования. Кроме этого следует определить отношение ее к окружающим частям: к прямой кишке, к мочевому пузырю и, главным образом, к матке и ее шейке, так как опухоли, растущие из шейки матки по направлению к влагалищу, иногда так врастают в стенку его и так ее выпячивают, что вполне симулируют собою опухоль влагалищной стенки. Только тщательное исследование и отношение матки к этой опухоли выводит на истинный путь.

Лечение лишь оперативное. При полипозных опухолях, сидящих на тонких ножках, эти последние перевязываются в два пучка, и опухоли, находящиеся поверх них, срезаются. При опухолях, сидящих на широком основании, делается вылущение их, и оставшееся ложе зашивается этажным швом из кэтгута или шелка, артерии можно перевязать отдельно или захватить их в шов.

Рак влагалища редко бывает первично на влагалищной стенке, чаще он развивается вторично, при чем первичный рак находится в одном из соседних органов: в матке, мочевом пузыре и прямой кишке. Местом развития его чаще всего служит задняя стенка влагалища, и он является в виде бугристой язвы или папиллярных разражений на каком-либо определенном участке влагалищной стенки. Излюбленным местом развития рака, как только что сказано, служит задняя стенка влагалища тотчас же позади влагалищной части матки.

Язва представляется кратерообразной и кровоточивой при исследовании. Иногда она может охватить кольцом все влагалище.

Этиология темна, как и вообще рака, развивающегося в разных местах; встречается он между 30—50 годами, но бывает и в более молодом возрасте. Моментами, способствующими возникновению рака, могут служить постоянные прижигания одного и того же места. Так, я видел случай развития рака в заднем своде после долговременного вкладывания в него тампона с *t-ga jodi*; в другом случае рак образовался на месте давления пессарием на влагалищную стенку. По мере его роста он не только разрастается по поверхности, но весьма скоро идет в глубину и инфильтрует клетчатку как переднего, так и заднего свода. Затем он проникает и в соседние органы: прямую кишку и мочевой пузырь, конечным результатом чего получается фистула пузырно-влагалищная или кишечновлагалищная.

Диагностика не представляет большой трудности. Уже при осмотре и ощупывании пальцем получается характерная хрящевая консистенция, ломкость и кровоточивость при дотрагивании. Кроме того часто прощупывается и инфильтрация по окружности; если же на лицо ихорозные пахучие отделения — диагностика рака вне всякого сомнения. В случае же сомнения на помощь должен придти микроскоп, который даст верные данные.

Я с своей стороны советую всегда прибегать к микроскопу даже тогда, когда при исследовании вполне убеждены в злокачественности опухоли.

Под микроскопом рак влагалища может являться или в виде плоского канкроида или карциномы.

Лечение только оперативное, да и оно дает не особенно хорошие результаты. Оно заключается в удалении всего влагалища, хотя при небольших размерах новообразования можно попытаться ограничиться лишь удалением только его одного.

Полное удаление влагалища производится различным образом. Пути для экстирпации его следующие: со стороны влагалища, со стороны промежности и со стороны крестца. Теоретически можно стоять за сакральный метод, особенно при высоко сидящих карциномах. Практически лучший способ удаления влагалища — это промежностный. Два помощника равномерно растягивают промежность; оператор ведет по середине поперечный разрез ее, тупым путем проникает в пространство между прямой кишкой и влагалищем и отделяет одно от другого до брюшины; в это время ассистент вводит палец в прямую кишку, чтобы не поранить ее. Затем, если совместно удаляется и матка, вскрывается задний Дугласс, и матка через разрез извлекается наружу. Начиная от Фаллопиевых труб до шейки матки, накладывают

лигатуры, после чего переднюю стенку влагалища отделяют от мочевого пузыря; у верхушки сводов захватывают в лигатуры art. uterina, и матка удаляется. Если матка не удаляется вместе с влагалищем, отделение влагалища происходит у шейки матки. После удаления влагалища оставшаяся полость тампонируется. При удалении лишь одной опухоли, следует все же оперировать в здоровых частях и захватить как можно больше здоровой ткани.

Саркомы влагалища в противоположность раку развиваются чаще в молодом возрасте и бывают даже врожденными. Они сидят на передней стенке влагалища, редко в виде полипа, чаще в виде опухоли в самом существе стенки влагалища или выполняют собою сплошь все влагалище.

Они делятся на пигментные и непигментные; чаще встречаются веретенообразно-клеточные, иногда с миксоматозным перерождением соединительной ткани и обилием кровеносных сосудов.

Этиология сарком так же темна, как и рака.

Диагностика по большей части не представляет трудности. При затруднении же микроскоп может решить дело с точностью.

Лечение лишь оперативное, такое же, как и при раке; саркома дает часто рецидивы.

Стенозы и атрезии влагалища могут быть приобретенные и врожденные. Последние встречаются сравнительно редко и являются или результатом недоразвития всего полового аппарата или только части его или внутриутробных заболеваний. Приобретенные бывают вследствие различных воспалительных процессов во влагалище (язвенные кольпиты, абсцессы и т. д.) или травматических влияний, омертвения стенки рукава во время родов и образования мочево- и кишечновлагалищных фистул с рубцами во влагалище, от больших пессариев, изнашивания с большими повреждениями в рукаве, ожогов химическими веществами и т. д. Врожденные атрезии влагалища могут распространяться на все влагалище или только на нижний сегмент его. Влагалище может даже вполне отсутствовать. Все дело сводится на неправильное развитие Мюллеровых ходов. Может встречаться зарощение нижнего отдела влагалища, в то время как верхний отдел его и матка развиты правильно; может быть зарощение или дефект всего влагалища, в иных случаях при полном отсутствии матки. Но не может быть врожденным, как результат недоразвития, зарощение влагалища в верхней своей части при существовании нижнего отдела влагалища. Существующий нижний слепой мешок влагалища представляет искусственный продукт, как результат повторного coitus'a и, следовательно, лишь выпячивание вульвы (Nagel). Приобретенные стенозы влагалища представляются в виде перепонки, которая закрывает весь про-

свет влагалища, при чем в центре ее имеется отверстие, с трудом пропускающее палец или лишь маточный зонд. Такая перепонка, часто весьма тонкая, была принимаема и описываема, как вторая девственная плева. Это перепончатое сужение может иметь и полулунную форму. По толщине перепонка весьма различна. Все зависит от степени прежде бывшего воспаления во влагалище. При рубцовых сужениях, распространяющихся на все влагалище, оно все может быть сужено. При омертвлении стенок происходит иной раз сращение их между собою. При поверхностном заболевании лишь эпителиального покрова получают небольшие перетяжки, которые легко разрываются пальцем или при родах поступающей частью (головкой); при глубоком заболевании стенки сращения эти бывают очень плотные и требуют оперативного пособия.

Врожденные атрезии влагалища дают себя знать, главным образом, при появлении месячных. Менструальная кровь постепенно накапливается выше места заращения, растягивает верхний отдел влагалища, образуя так называемый *hematocolpas*. При растяжении матки образуется *hematometra*, при растяжении Фаллопиевых труб — *hematosalpinx*. Результатом этого у больной начинает прощупываться опухоль в нижней части живота, которая после каждого месячных все увеличивается и увеличивается; вместе с тем появляются схваткообразные боли внизу живота. При осмотре такой больной можно найти в иных случаях значительное выпячивание нижнего отдела влагалища. При существовании маленького отверстия, т. е. при неполной атрезии, особенно в приобретенных случаях, начинает, наконец, при сильных болях выделяться через это отверстие задержавшаяся кровь и слизь.

При стенозах обыкновенно не бывает никаких симптомов, и сужение обнаруживается при *coitus'e*, а особенно при родовом акте. При плотных рубцовых сужениях могут возникнуть большие затруднения; в некоторых случаях дело доходит даже до кесарева сечения.

Не могу не упомянуть здесь об одном подобном случае, наблюдавшемся мной. В родильное отделение клиники была привезена многорождавшая роженица. Из анамнеза стало известным, что при предшествующих родах образовалась фистула мочевого пузыря, которая была зашита. Роды — третьи и продолжаются уже 12 часов.

При осмотре роженицы найдено: беременность соответствует концу ее, родовая деятельность в полном ходу, предлежит головка; *per vaginam* прощупываются рубцы в средней трети влагалища, которые вполне закрывают его просвет. При осмотре зеркалами вправо от середины рубцового сужения определяется маленькое отверстие, пропускающее лишь маточный зонд.

Больная была доставлена врачами из частного родильного приюта для производства кесарева сечения. Так как сердцебиение плода было хорошее, ясное, температура и пульс роженицы нормальны, я решил выждать дальнейшего развития родового акта, расширив бужами Негат'a существующее отверстие. Спустя несколько часов (8 час.) т-ра роженицы начала повышаться; тогда я решил попробовать наложить щипцы на головку, сделав боковые глубокие разрезы рубцовой ткани. После разрезов при исследовании матки найдено, что зев ее открыт вполне, и головка стоит сагитальным швом в правом косом размере таза. Щипцы были наложены почти в поперечном размере таза, и после многократных тракций живой плод был извлечен наружу.

Этот случай наглядно показывает, как нужно быть осторожным с показаниями к кесареву сечению даже при таком сильном сужении влагалища.

Диагностика стеноза и атрезии не представляет большой трудности. Для этой цели раскрывают рукав ложкообразными зеркалами и обследуют помощью зонда перепонку, закрывающую просвет влагалища. Отличие приобретенных стенозов от врожденных представляется подчас делом трудным. При приобретенных стенозах часто бывают, как сказано выше, рубцы по всему протяжению влагалища; кроме того, много данных для правильного диагноза дает опрос больной. Больная может указать более или менее точно время появления стеноза.

При врожденных сужениях и атрезиях на ряду с ними находят какое-либо недоразвитие в половом аппарате.

Лечение разделяется на механическое и оперативное.

Механическое заключается в введении во влагалище гуттаперчевых шаров или цилиндров возрастающих номеров. Цилиндры эти или шары по суткам могут оставаться во влагалище.

Оперативное лечение заключается в разрезах рубцовых сужений как в ту и другую сторону, так и вверх и вниз, щадя, конечно, соседние органы. После разреза производится тампонация иодоформированной или стерилизованной марлей для остановки кровотечения и чтобы не дать возможности вновь образоваться сужению.

При кольцевидных рубцах, охватывающих все влагалище, можно попытаться вырезать это сужение и сшить образовавшуюся рану так, чтобы верхний край раны был соединен швами с нижним краем. Но при этом нужно обсудить, не получится ли после операции слишком большого укорочения влагалища. Для того, чтобы расширить влагалище, рекомендуют разрезать рубец в продольном направлении с одной стороны или с обеих и образовавшуюся рану зашить сверху

вниз; тогда в месте рубцового сужения получится расширение просвета влагалища.

При атрезиях влагалища восстановление его просвета является во многих случаях трудным делом. При атрезиях в верхней, средней или нижней трети влагалища делается разрез слизистой оболочки на месте атрезии. Затем пальцем или черенком ножа проникают между мочевым пузырем и rectum, а чтобы не поранить их, в rectum вводят палец, а в мочевой пузырь катетер и, руководствуясь тем и другим, проникают все дальше и дальше.

Расширенное влагалище имеет склонность суживаться.

Чтобы избежать этого, производят трансплантацию лоскутов из слизистой оболочки влагалища, малых губ и даже кожи больших губ. Делались также попытки переносить эпителиальные ткани других животных.

При полном недоразвитии влагалища (рис. 42) стараются сделать его искусственным образом. Опишу, как производит это проф. Снегирев. Операция делается по двухмоментному способу.

Рис. 42.



Врожденное отсутствие влагалища.

Первый момент. Наркоз. Больная лежит на правом боку с согнутыми и вытянутыми к животу бедрами. Разрез проводится через кожу и подлежащие слои по левому краю нижней части крестцовой и копчиковой костей вплоть до заднего края заднепроходного отверстия. Через этот разрез вылуцается копчик. Затем отделяют пальцем прямую кишку от крестца. Отделенная кишка, на высоте 3 дюймов от заднего прохода, отсепаровывается по всей своей окружности от прикреплений к соседним тканям, в том числе и от пузыря. Затем петля кишки пальцем вытягивается в рану и разрезается между

двумя лигатурами; верхняя часть нижнего отрезка по заворачивании слизистой внутрь зашивается непрерывным швом и вставляется на свое первоначальное место (этим сшиванием образуется свод вновь образованного влагалища).

Верхний отрезок прямой кишки после отсепаровки от соседних тканей спускается вниз. Этот отрезок вшивается на месте удаленного копчика (рис. 43) среди мышц, идущих к этой кости, так что волокна *m. levatoris ani*, окружая кишку, подкрепляют действие *m. sphincteris ani tertii*.

После операции положение на боку, опий, жидкая пища. К концу 8 суток удаляются швы и тампоны из отрезанного конца recti. На 9 день клизма и слабительное.

Спустя две недели приступают ко второму моменту операции. В положении для камнесечения в отрезанный конец recti вводится нож

Рис. 43.



Образование слепого мешка из нижнего отдела recti. Третий сфинктер образует новый anus на месте копчиковой кости.

Рис. 44.



Окончательный результат операции.

и рассекается вся толща кольца по средней линии вплоть до заднего края уретры. Слизистая оболочка recti при помощи непрерывного шва пришивается к окружающим частям; таким образом рукав принимает щелевидную продольную форму (рис. 44). Эта операция носит название colporoësis.

ГЛАВА VII

РАЗРЫВЫ ВЛАГАЛИЩА. НЕПОЛНЫЕ И ПОЛНЫЕ РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ И СПОСОБЫ ИХ ЗАШИВАНИЯ. ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РАЗРЫВ ПРОМЕЖНОСТИ.

Разрывы влагалища происходят, главным образом, во время родов и локализируются преимущественно на задней стенке его. Величина их различна. Иногда разрыв занимает всю заднюю стенку влагалища: от задней спайки до свода, по правую или левую сторону от средней линии или, начинаясь от задней спайки, идет по ту и другую сторону *columnae rugarum*.

На передней стенке влагалища разрывы бывают значительно реже и не достигают больших размеров. Они переходят часто с наружных половых частей, начинаясь около клитора.

Из других причин разрыва влагалища следует указать на внешние травмы: падение на острые предметы, изнасилование особенно малолетних, введение во влагалище различных предметов с целью произвести выкидыш или с целью онанизма. В некоторых случаях может произойти разрыв влагалища и заднего свода *sub coitu*. Описание подобных случаев можно часто найти в литературе. Этот разрыв гнездится, как я сказал, в заднем своде влагалища, но бывает и на других местах.

Так, из моей клиники описан случай разрыва влагалища *sub coitu* д-ром Виноградовой, где разрыв произошел тотчас же за задней спайкой. Больная поступила в клинику с кишечно-влагалищной фистулой и беременной в 1-ый раз. По ее рассказам фистула произошла уже во время беременности при повторном *coitus'e*.

Лечение острых разрывов влагалища может быть двоякое: или оперативное—зашивание разрыва *ex tempore* или консервативное—тампонация разрыва и последовательное дренажирование марлей.

Первое лечение применимо в чистых незагрязненных случаях, второе—когда можно предполагать, что рана загрязнена.

Разрывы промежности происходят от тех же самых причин, что и разрывы влагалища; они делятся на полные и неполные. Неполные, в свою очередь, делятся на три степени: 1-ая степень—если разорвана только задняя спайка, 2-ая степень—если разрыв доходит до середины тела промежности и 3-ья степень—если разрыв касается заднего прохода.

Полным разрывом промежности называется случай, когда разорвана и прямая кишка.

Если задняя спайка цела, а разрыв занимает лишь середину промежности в виде круглого или щелеобразного отверстия, проникающего снаружи во влагалище, то мы имеем дело с центральным разрывом промежности.

Как полный, так и неполный разрыв промежности очень часто сопровождаются разрывами влагалища, при чем разрыв по влагалищу идет справа или слева от *columnae rugatum* или с той и другой стороны вместе, как бы обходя ее.

Полные разрывы делятся также на три степени: 1-ая степень—если разорвана лишь часть сфинктера; 2-ая степень—когда разорван и сам сфинктер; 3-ья степень—когда разорван внутренний сфинктер и кишка на большем или меньшем протяжении.

Чаще всего встречаются неполные разрывы 1-ой степени у первородящих, и они редко служат предметом хирургического вмешательства.

ства. Реже всего встречаются полные и центральные разрывы промежности, особенно последние, которые для своего образования требуют некоторых условий при родовом акте.

Самые тягостные по своим симптомам— это полные разрывы промежности, особенно 3-ей степени; при таких разрывах больная жалуется на недержание кала и газов.

Кроме того, при разрывах промежности, полных или неполных, и при продолжительном их существовании начинает выпадать передняя стенка влагалища, потеряв опору в промежности. За опусканием передней стенки влагалища может последовать и задняя стенка, а за ними и матка.

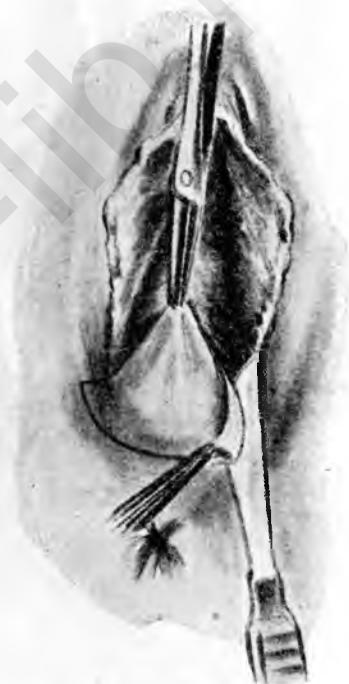
При разрыве промежности половая щель зияет; благодаря этому влагалище делается доступным для наружного воздуха; слизистая оболочка рукава раздражается, и вследствие попадания инфекции она подвергается воспалению. Воспаление может перейти из влагалища на матку, а отсюда на Фаллопиевы трубы и яичники. Половая жизнь благодаря болезненности рубцов также может быть расстроена.

Кроме того, при увеличенном входе во влагалище теряется в некоторых случаях половое ощущение как у мужа, так и у жены, затем излившееся во влагалище семя не удерживается в нем и быстро выливается наружу, что ведет к бесплодию.

Лечение. Свежие разрывы промежности зашиваются без особенного труда. Сначала рассматривают фигуру разрыва; если по краям видны места раздробления, омертвения тканей — их срезают, а затем соединяют окровавленные края раны друг с другом.

При старом, давно существующем разрыве промежности поступают несколько иначе. Рассмотрев разрыв и познакомившись с его границами по промежности и на влагалищной стенке, очерчивают ножом фигуру окровавления, при чем при неполных разрывах промежности будет одна фигура, при полных—несколько другая. При неполных разрывах надо создать влагалищную трубку и промежность; при полных—приходится еще восстанавливать целость прямой кишки, иногда на большом пространстве.

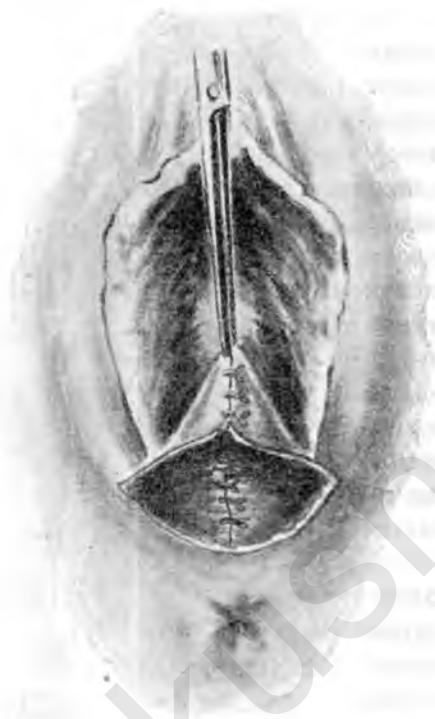
Рис. 45.

Способ Негар'а.
Снятие лоскута.

При неполных разрывах промежности, особенно если выпадает задняя стенка влагалища, я применяю способ Негар'а. Пулевыми щипцами или какими-либо другими захватывается выдающаяся точка на задней стенке влагалища, и последняя приподнимается кверху (рис. 45); благодаря этому приподниманию образуется треугольник, основание которого дугообразно покоится на промежности. Слизистая оболочка влагалища в области окровавления снимается ножом или

Рис. 46.

Рис. 47.



Способ Негар'а.
Образовано влагалище.



Способ Негар'а.
Промежность зашита аграфами.

ножницами, а затем края разреза соединяют узловатыми шелковыми или кэгутювыми швами (рис. 46). На промежность накладывают шелковые швы (рис. 47) или аграфы.

Если разрыв не сопровождается выпадением влагалищной стенки, можно применить еще лоскутный способ Lawson-Tait'a или Frisch'a, как он изображен на рис. 48, при чем линия разреза с углами — Lawson-Tait'a, полукруглая — Frisch'a. Этот способ я применяю тогда, когда разрыв небольшой и задняя стенка влагалища

не разорвана, в противном случае применяю способ Негар'а. На рис. 49 лоскут по окровавлению по Frisch'y приподнят кверху и проведены швы на влагалищной стенке и на промежности.

Так как в большинстве случаев разрыв влагалищной стенки идет не по средней линии, а уклоняется в сторону, то Freund предложил делать окровавление также треугольное, но верхушку разреза он направляет в сторону.

Если площадь окровавления большая, то лучше наложить на рану этажный шов: один глубокий на мышцы и подслизистый слой, а другой на слизистую оболочку. Матерьялом для швов служит шелк или кэтгут.

При полных разрывах промежности фигура окровавления бывает несколько иной, и существуют также различные способы зашивания их. Лоскутный способ (Lawson-Tait) состоит в том, что почти ни кусочка ткани не удаляется и если что срезывается, то лишь излишек влагалищной стенки.

Рис. 49.



Лоскутный способ.

Рис. 50.



Способ Frisch'a. Наложение швов.



Способ Lawson-Tait'a.

Как производится эта операция, ясно видно из прилагаемого рисунка (рис. 50). Верхний лоскут отсепааровывается кверху, нижний книзу. Из нижнего образуется ректальная трубка, а из верхнего влагалыщная. В верхнем лоскуте для удобства зашивания срезавают углы. Когда две трубки образованы, остается наложить швы на промежность.

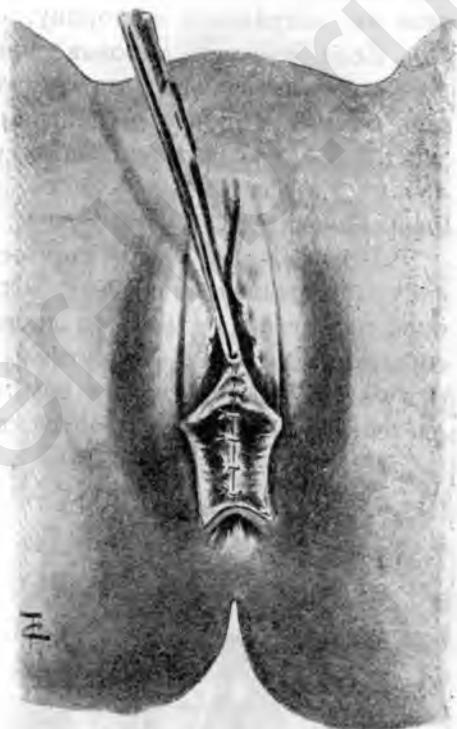
Я чаще всего оперирую по так называемому триангулярному способу проф. Лебедева. Прежде всего в области рубца делается по-

Рис. 51.



Триангулярный способ. Окровавление.

Рис. 52.



Триангулярный способ. Наложение швов.

перечный разрез, и этим разрезом и последовательной отсепааровкой отделяется влагалыще от прямой кишки. От концов первого разреза идут два разреза по бокам прямой кишки, чтобы отпрепаровать ее от соседней ткани. От конца последних разрезов идут еще с той и другой стороны разрезы вверх к основанию малых губ; образовавшиеся здесь наружные кожные треугольники *a* и *b* срезаются (рис. 51). Швы накладываются сначала на прямую кишку, при чем слизистая оболочка ее не прокалывается, а заворачивается внутрь (рис. 52), затем сшивается влагалыщная стенка, и восстанавливается таким образом

влагалищная трубка; наконец, швы накладываются на промежность. Послеоперационный уход должен быть особенно тщательный при зашивании полных разрывов промежности.

Спринцевания должны быть делаемы очень осторожно, чтобы не нарушить целость влагалищной стенки. Больная держится первые дни на строгой диете. Ежедневно ставятся маленькие клизмы с 1%—2% борным раствором не более чайного стакана. Слабительное дается больной лишь на 5—6 день после операции. На 7-ой день снимаются швы. Нечего говорить о том, что больная к этой операции должна готовиться тщательно, особенно ее желудочно-кишечный канал.

Кроме только что описанного способа, существует еще целая серия других. Так, например, проф. Отт делает окровавление в виде бабочки.

Зашивание центральных разрывов промежности производится по типу зашивания неполных разрывов промежности, при чем верхний мостик от отверстия в промежности к влагалищу разрезается, или по типу зашивания фистул, так как центральный разрыв промежности не что иное, как промежностно-влагалищная фистула.

ГЛАВА VIII

СМЕЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА (ПЕРЕДНЕЙ И ЗАДНЕЙ).

Предвестником полного выпадения стенок влагалища служит лишь смещение их в просвет его, особенно при натуживании больной. Если развести пальцами большие и малые губы и заставить больную натужиться, то сейчас же увидим переднюю стенку влагалища, выходящую из половой щели в виде большей или меньшей величины опухоли. Вместе с передней стенкой часто выходит наружу и задняя стенка. Как в том, так и в другом случае дело идет о смещении, главным образом, нижнего отрезка влагалища. При большом выпячивании той и другой стенки и продолжительном его существовании очень нередко выпадает вместе с передней стенкой мочевого пузыря и образуется так называемое *cystocele*; реже выпадает вместе с задней стенкой прямая кишка, т. е. образуется *rectocele*. То и другое легко узнается при исследовании: первое — катетром, а второе непосредственно введенным в rectum пальцем.

Причины выпадения стенок влагалища лежат, главным образом, в родовом и послеродовом периоде. Плохая инволюция полового аппарата в послеродовом периоде чаще всего обуславливает смещение стенок влагалища. Разрывы промежности при плохой инволюции

стенок влагалища облегчают это выпадение, так как передняя стенка влагалища теряет в разорванной промежности свою опору. Разрывы промежности служат также главным этиологическим моментом для опускания и выпадения задней стенки влагалища.

Наполненный мочевой пузырь в послеродовом периоде может в известной степени влиять на смещение передней стенки влагалища. Поэтому следует постоянно заботиться об опорожнении мочевого пузыря в послеродовом периоде.

В редких случаях выпадение стенок обуславливается развитием в них новообразований. Вслед за выпадением стенок влагалища нередко спускается и выпадает матка.

Так как выпавшая влагалищная стенка подвергается частому раздражению воздуха, платья, то слизистая оболочка её гипертрофируется, покрывается роговым слоем и делается вполне похожей на кожу. Иногда, благодаря постоянному раздражению, на поверхности слизистой оболочки появляются язвы, отделяющие гнойную жидкость.

П р и п а д к и. Больные жалуются прежде всего на опухоль, выходящую из половой щели, иногда к этому присоединяются боли в крестце и ощущение напора на низ. При развившемся *cystocele* больные жалуются на задержку мочи, затрудненное мочеиспускание, катар мочевого пузыря. При переполнении мочевого пузыря появляются частые позывы на мочу и даже недержание ее.

При *rectocele* каловые массы задерживаются в выпяченном мешке и тем самым еще более увеличивают выпавшую часть; кроме того при долгом лежании они могут быть причиной пролежней на слизистой оболочке прямой кишки и даже узурировать ее.

Д и а г н о з заболевания не представляется трудным; следует только определить гинекологическим исследованием, как относится к смещению влагалища матка, т. е. остается ли она на своем месте или следует за влагалищем; это легко узнать при натуживании больной. *Cystocele* и *rectocele* узнаются вышеупомянутым способом.

Смещения верхнего отдела влагалища принадлежат к большим редкостям; тогда в выпавшей верхней части влагалища, образующей также опухоль, которая помещается перед наружными или в наружных половых частях, находятся петли кишок. Смещение носит название *enterocele vaginalis anterior*, если выпадают петли кишок в переднюю стенку влагалища и *enterocele vaginalis posterior*, если выпадают в заднюю стенку ее. Узнать выпавшие кишки легко ощупыванием или перкуссией, при чем получается характерный кишечный тон. Выпадение верхнего отдела задней стенки влагалища наблюдается еще реже, чем передней.

В иных случаях выпадение верхнего отдела влагалища обусловливается растущей или помещающейся в переднем или заднем Дугласе опухолью; так, например, в выпавшей задней стенке влагалища находили простые, серозные и дермоидные кисты яичника.

При выпадении передней и задней стенки влагалища боковые стенки обыкновенно остаются на месте, но в некоторых случаях и они могут опускаться и выпадать; тогда получается первичный полный выворот влагалища. Отличается он от вторичного тем, что матка может остаться на месте, шейка же ее представляется вытянутой и в иных случаях гипертрофированной. При вторичном вывороте влагалища в вывороченном мешке помещается вся матка без изменения своей величины.

При лечении выпадения стенок влагалища на первом месте должна стоять профилактика, т. е. предупреждение выпадения. Так как выпадение развивается главным образом после родов, то прежде всего следует обращать внимание на сокращение матки и инволюцию всего полового аппарата. При разрывах промежности их нужно тщательно зашивать и стремиться к их полному заживлению, чтобы не нарушалось равновесие между стенками влагалища. При намеках на выпадение стенок влагалища следует продержать родильницу больше в постели, чем это полагается; затем ей назначают дезинфицирующие и вяжущие спринцевания *sublimat. 1:2000, acidi carb. 2%* раствор, *lisoform, lisol* в таком же разведении, *acetum pyrolignos. purum* с танином и глицерином по следующей формуле:

Rp. Aceti pyrolygnosi puri 150,0
Tanini 40,0
Glycerini 60,0

MDS. Столовую ложку на 4 стакана воды.

При дальнейшем течении болезни можно применять тампоны с глицерином в смеси с танином или другим лекарственным веществом.

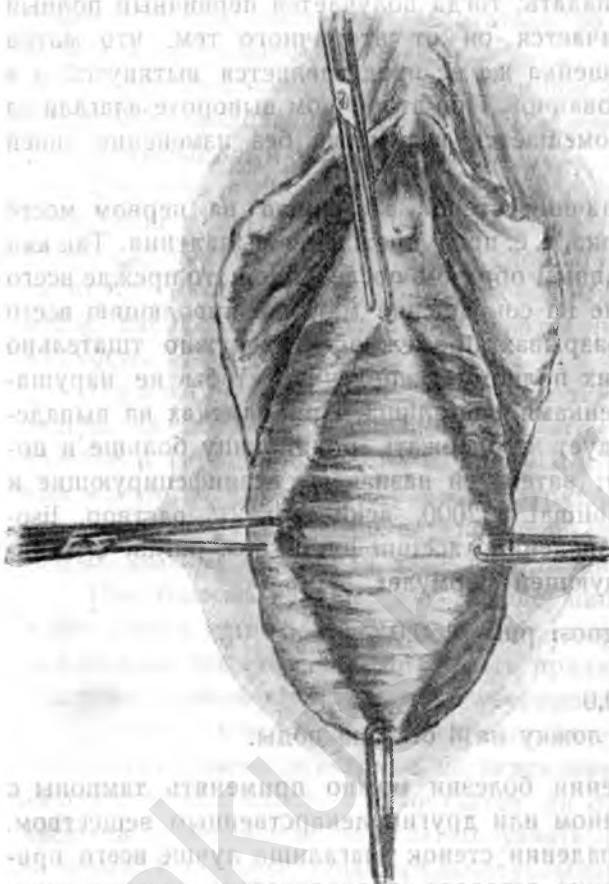
При хроническом выпадении стенок влагалища лучше всего применить хирургическое лечение, оставляя ортопедическое лечение лишь для тех случаев, где возраст больных препятствует операции или больная не соглашается на нее.

Операция заключается в уменьшении передней и задней стенки влагалища, что носит название *colporrhaphia ant. et colporrhaphia post.*, которая часто соединяется с *perineorrhaphi'e*, а посему и обозначается, как *colporperineorrhaphia*.

Colporrhaphia anterior делается таким образом: четырьмя пулевыми щипцами растягивают выпавшую переднюю стенку влагалища в виде ромба (рис. 53) и на ней наносят ножом фигуру окровавления тоже

в виде ромба или овала; всю очерченную ножом фигуру слизистой оболочки снимают ножом или ножницами, изогнутыми под углом (рис. 54) в правую или левую сторону, и края окровавленной поверхности соединяют одно- или двухэтажным швом, непрерывным или

Рис. 53.



Colporrhaphia ant. Фигура окровавления.

узловатым из кэгута или шелка (рис. 55). Благодаря такому приему передняя стенка влагалища уменьшается.

Рекомендуют еще накладывать на окровавленную поверхность так называемый кисетный шов. Я считаю узловатый шов, соединяющий края раны и дающий линейный рубец, наилучшим. При задней Colporrhaphia наиболее целесообразной фигурой окровавления является вышеописанная при разрывах промежности, а именно треугольная по Hegar'у, при чем верхушка треугольника должна лежать довольно далеко по задней стенке влагалища, чтобы урезать ее в достаточной степени и таким образом устранить выпадение.

Швы накладываются обыкновенно с верхушки треугольника и постепенно идут книзу; если площадь окровавления велика, то накладывают предварительно глубокие швы, а затем уже швы на края разреза слизистой оболочки влагалища. Если желают наложить непрерывный этажный шов, то для этого берут длинную кэгутовую нитку и начинают шить снизу, захватывая глубокие слои, и идут все выше и выше, пока не подойдут к верхушке треугольника; здесь переходят на слизистую оболочку влагалища и соединяют также непрерывным швом края слизистой

оболочки. Конец шва будет лежать у уздечки задней стенки влагалища; промежность зашивается шелком или накладывается ряд аграфов.

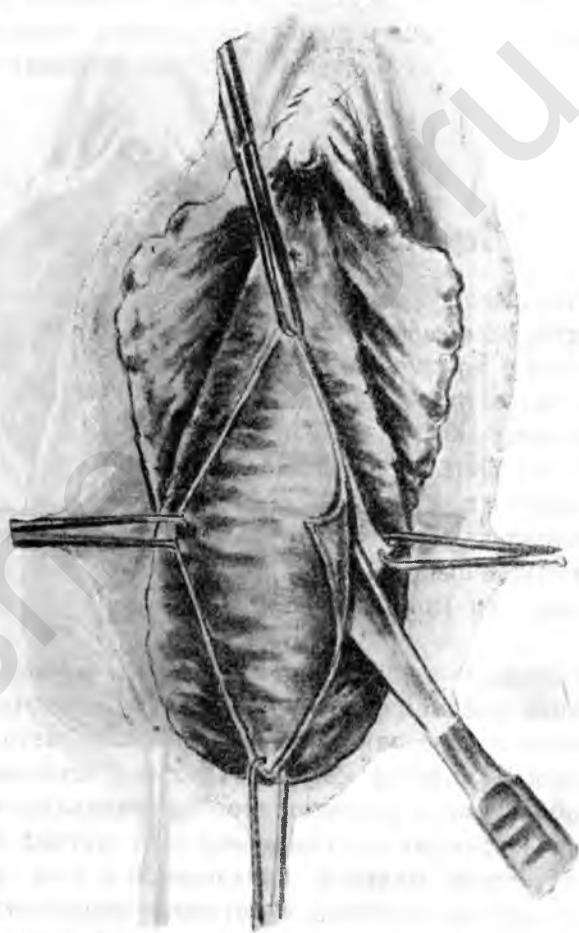
После такой операции больная лежит со связанными ногами; мочиться может сама, но после каждого мочеиспускания следует обмывать швы на промежности 2% раствором *acidi salic.*; стул вызывают на 5-ый день, давая внутрь слабительное и ставя спустя известное время встречную клизму. В случае вздутия живота приходится клизму ставить раньше, но по возможности следует этого избегать, дабы не заставлять больную тужиться и не напрягать швов. На 6-й—7-й день швы снимаются с промежности, а на 9-й день с влагалищной стенки, если был наложен шелк; через день после этого больной разрешается сидеть, а на другой день ходить.

Об операциях при вывороте влагалища, сопровождаемом часто выпадением матки, будет сказано в главе о выпадениях матки.

Ортопедическое лечение выпадения влагалища сводится, главным образом, на введение колец

Maueг'a и Hodge'a. Кольцо Maueг'a, сделанное из толстой круглой резины, сжимается с боков и в сжатом виде вводится во влагалище после того, как выпавшие стенки влагалища вправлены на место. Кольцо, введенное таким образом во влагалище, расправляется и держится в нем в силу своей упругости и тем самым придерживает влагалищные стенки на должной высоте. С течением времени

Рис. 54.

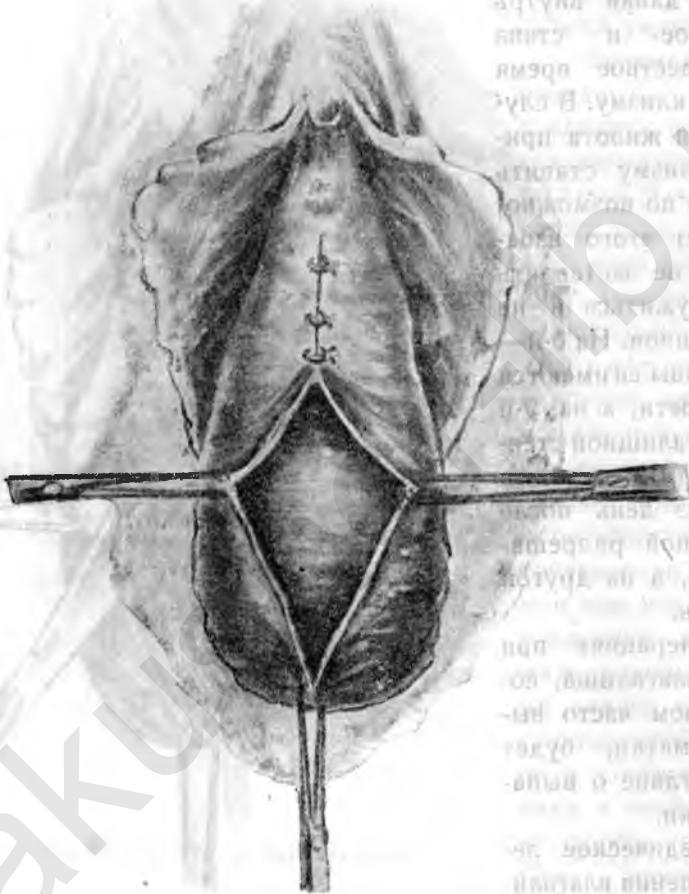


Colporrhaphia ant. Снятие лоскута.

приходится менять кольцо и брать большего размера, так как он делается малым, не исполняет своего назначения и не удерживается во влагалище.

Кроме кольца Mayer'a рекомендуется еще кольцо Hodge'a. Это кольцо готовят из медной проволоки, обтянутой резиной

Рис. 55.



Colporrhaphia ant. Наложение швов.

или из твердого каучука. Из этих колец делают соответствующие случаю пессарии, при чем кольцо, сделанное из твердого каучука, кладут для размягчения в горячую воду, а затем рукой легко сгибают его, придавая ему, как нужно, полулунную форму. После этого его вкладывают во влагалище так, чтобы оба конца его смотрели кверху. О пессариях я подробнее скажу в главе о неправильных положениях матки.

Если вышеописанные пессарии не удерживаются на месте и не выполняют своего назначения, то рекомендовалось вводить во влагалище шары или цилиндры различных номеров. Эти шары сделаны из твердого каучука и должны быть очень легки. При больших выпадениях стенок влагалища рекомендовался еще гистерофор *Roser-Seanzoni*, пессарий *Zwapsk'a*. Иногда сами больные отыскивают подходящие предметы, чтобы удержать выпавшие части на месте. Так, мной описан случай¹⁾, где больная вложила себе во влагалище крокетный шар и проносила его без всяких видимых явлений 30 лет.

ГЛАВА IX

/ О МОЧЕПОЛОВЫХ И КИШЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ ФИСТУЛАХ.

Фистулы разделяются по месту своего расположения. Если уретра соединяется с влагалищем, то такая фистула носит название уретро-влагалищной (*fistula uretro vaginalis*), при соединении пузыря с влагалищем фистула носит название пузырно-влагалищной (*fistula vesico-vaginalis*); при участии нижнего отдела шейки матки и влагалищной ее части в образовании фистулы, она носит название—*fistula vesico-utero-vaginalis*, при участии одной лишь шейки матки—*fistula vesico-cervicalis*. Если один или оба мочеточника открываются во влагалище, то фистула носит название мочеточнико-влагалищной—*fistula uretero-vaginalis*. Все фистулы, за исключением последней, видны на прилагаемом рисунке (рис. 56).

Этиология. Мочевые фистулы образуются, главным образом, во время родового акта, благодаря продолжительному придавливанию головкой мягких частей к стенкам таза в области лонного соединения. Благодаря давлению развивается гангрена, а затем фистула. В какой части таза происходит придавливание, соответственно этому и образуется одна из упомянутых фистул. При неполне сгладившейся шейке и при неполном открытии зева в образовании фистулы участвует и шейка матки. Благоприятствующим моментом к развитию фистул служит пространственное несоответствие между головкой плода и тазом. Это несоответствие наблюдается чаще всего при узком тазе, а со стороны головки плода при гидроцефалии. Для образования фистулы не требуется очень сильного давления; оно может быть и слабое, но продолжительное.

¹⁾ Редкий случай долголетнего пребывания во влагалище инородного тела. („Рус. Врач“, 1914 г.).

Наложение щипцов на головку, стоящую высоко, и извлечение ее может сильно разрушать стенки влагалища и вести к образованию фистул. При операции *perforatio capitis* и дальнейшем извлечении выступающие кости также могут разрывать стенку влагалища, а с ними вместе и мочевой пузырь. Наполненный мочевой пузырь во всех случаях облегчает образование фистул, поэтому во время родов следует заботиться об опорожнении его.

Рис. 56.



Различные виды мочевых фистул.

Из других причин нужно указать на злокачественные новообразования влагалища и шейки матки. Эти последние могут переходить на предпузырную клетчатку, а затем и на самый мочевой пузырь и узуррировать его.

Долго лежащие пессарии, несоответствующие по своей величине влагалищу и сильно растягивающие его, делают пролежни на влагалищной стенке и фистулу.

Мочеточниково-влагалищные фистулы в громадном числе

случаев бывают после гинекологических операций. В последнее время, когда влагалищные операции производились в большом масштабе, особенно для удаления больших опухолей (фибромиом матки) путем кускования, мочеточниковые фистулы стали встречаться все чаще и чаще.

Так как фистулы бывают больше всего результатом продолжительного давления головки на окружающие части и последующего омертвения большего или меньшего района ткани, то при исследовании такой больной спустя некоторое время после родов, когда уже пуэрперальный процесс закончился, находят фистулу, окруженную

неправильными рубцами, фиксирующими края ее куда-либо к костям таза. Иногда омертвление занимает всю периферию влагалища; тогда перед фистулой получается кольцеобразное рубцовое сужение, которое делает почти невозможным доступ к ней. Нередко и матка с придатками вовлекается в болезненный процесс и смещается в ту или другую сторону.

Величина фистул бывает от самой маленькой, едва пропускающей хирургический зонд, до большой, занимающей всю переднюю стенку влагалища. Через такое большое отверстие нередко выпадает слизистая оболочка мочевого пузыря.

В одном из моих случаев, при исследовании больной с громадной фистулой, было найдено в мочевом пузыре кольцо-пессарий, сделанное из березового прута, обмотанного ремешком. Все кольцо было покрыто кристаллами солей. Из анамнеза сделалось известным, что кольцо было введено деревенской повитухой для устранения выпадения матки. Очевидно, что за выпавшую матку повитуха приняла выпавшую слизистую оболочку мочевого пузыря и, вправивши ее в мочевой пузырь, ввела вышеупомянутый pessarium.

Форма фистул весьма различна и зависит, главным образом, от рубцов: в какую сторону, какой край фистулы оттягивается.

Фистулы, образовавшиеся после гинекологических операций, не имеют по своей окружности рубцов и представляют более правильную, в большинстве случаев круглую форму.

Время обнаружения фистулы зависит от того, каким способом она возникла: на почве ли травматического повреждения, операции или вследствие надавливания головкой на окружающие мягкие части. В первом случае фистула дает о себе знать тотчас же после операции, во втором случае на 3—4 день после родов, т. е. когда отпадет вся омертвевшая ткань.

Главным симптомом фистулы служит произвольное мочеиспускание, и чем больше фистула, тем, понятно, и симптом этот выражен резче. При небольших фистулах, да еще расположенных так, что их прикрывают складки слизистой оболочки, больная может задерживать некоторое количество мочи, особенно в лежачем положении, а затем мочится произвольно; при ходьбе же моча выделяется сама. При мочеточничко-влагалищных фистулах больная мочится сама, и в то же самое время моча выделяется произвольно. Благодаря постоянному выделению мочи и раздражающему ее действию на окружающие ткани, появляется экзема с массой гнойников и эксфолиацией.

Менструации при фистулах нередко отсутствуют, но могут повторяться совершенно правильно. Отсутствие менструации при существовании фистулы объясняется болезненными изменениями в матке,

яичниках, в брюшине и клетчатке около матки, а также и нервным влиянием, ибо психика больной при существовании фистулы сильно подавлена. Больные часто худеют, бледнеют, делаются раздражительными. Причиной этого может служить то, что больная ходит все время мокрой; от нее все сторонятся, так как пахнет забродившей мочей. Наружные половые части зудят, расчесаны, покрыты ссадинами и сыпью. Одного этого достаточно, чтобы расстроить нервную систему.

Беременность может наступить при существовании фистулы, и роды происходят естественным путем, но чаще беременность не наступает, пока не зашита фистула. Препятствием к беременности служит постоянное присутствие жидкости во влагалище и вытекание ее наружу вместе с семенем, а также воздержание от coitus'a вследствие болезненности его, благодаря рубцам и патологическим изменениям около матки.

Диагностика мочевого фистул в одних случаях не представляет затруднений, а в других, благодаря незначительной величине их, трудна.

В первом случае она легко констатируется непосредственно пальцем, во втором же случае приходится прибегать к вспомогательным средствам. Самый лучший и наиболее употребляемый прием следующий: больную помещают на край стола, влагалище обнажают ложкообразными зеркалами и вливают в пузырь окрашенную жидкость, чаще всего борный 1% раствор с молоком, и смотрят, где покажется жидкость—там и фистула. При существовании мочеточниково-влагалищных фистул моча выделяется из влагалища не окрашенная.

Для дифференциальной диагностики пузырно-влагалищных от мочеточниково-влагалищных фистул можно пользоваться еще совместным исследованием зондом и металлическим катетром. Если зонд, введенный в фистулу, встречается с катетром, то это уже говорит за пузырно-влагалищную фистулу.

Если при введении в мочевой пузырь окрашенной жидкости она выходит из шейки матки, это указывает на то, что дело идет о пузырно-маточной фистуле.

Радикальным лечением фистул можно назвать лишь оперативное, ибо механическое лечение является симптоматическим, с которым можно только мириться.

Самопроизвольное излечение фистул бывает чрезвычайно редко: при особом положении фистулы, когда она мало раздражается мочей, при легком и самостоятельном сближении краев ее. Вкладывание тампона во влагалище, рекомендуемое для сближения краев фистулы и фиксации их, не достигает цели, так как тампон задерживает выделение и растягивает влагалище.

Для операции больную следует тщательно приготовить. У большинства больных существует цистит, который нужно вылечить, иначе швы могут инфицироваться. Для этой цели промывается мочевого пузыря 1% борным раствором или раствором *kalii permanganici*: кроме того влагалище проспринцовывается тем же раствором или раствором лизола, лизоформа.

Если существует экзема на наружных половых частях, ее лечат мазями—нафталиновой, цинковой; лучшая мазь—это:

Naphtalani 20.0

Zinci oxidati

Amyli aa 10.0

Для чистоты назначаются сидячие ванны и мытье наружных половых частей с мылом. К операции можно приступать, когда нет нагноений, и все пришло в порядок, т. е. нет экземы. Тотчас после родов не советуют делать операцию, так как слизистая оболочка влагалища и краев фистулы сочная, и легко рвется даже при захватывании пинцетом и крючками.

К операции приступают тогда, когда пуэрперальный процесс вполне закончился, и границы фистулы хорошо обозначились—для этого требуется 2½—3 месяца; да больная и сама редко раньше приходит, так как все еще надеется, что фистула заживет.

Оперативная техника зашивания фистул, пузырьно и маточно-влагалищных, резко различается от техники зашивания мочеточничко-влагалищных. В то время как операционным полем в первом случае служит влагалище, во втором—чаще всего брюшная полость.

Главным условием прочного заживления фистулы—полная ее доступность при операции и наилучшее окровавление ее краев.

Доступ к фистуле может быть затруднен благодаря окружающим ее рубцам; иногда эти рубцы кольцеобразно располагаются на стенках влагалища впереди фистулы и до того могут суживать его, что лишь верхушка пальца проникает через сужение.

Иногда влагалище сплошь закрыто рубцом, при чем в рубцовый процесс втягивается и матка; тогда при бимануальном гинекологическом исследовании мы не находим матки и определяем ее присутствие лишь при исследовании *per rectum*.

Рубцы во влагалище уничтожаются механическим или хирургическим путем. Для механического расширения существуют особые Боземановские расширители в форме шаров или цилиндров разных величин по номерам. Они сделаны из твердого каучука. Расширение с помощью их производится постепенно, начиная с небольшого номера; затем берут все высшие и высшие номера, насколько это требуется, чтобы сделать

фистулу доступной. Каждый расширитель вводится во влагалище на несколько часов. Предпочтительнее, конечно, делать кровавое расширение, т. е. разрезы рубцов. Зашивать фистулу можно и спереди назад и справа налево; все зависит от того, в каком направлении легче всего без особого натяжения тканей сблизятся ее края. Если фистула не велика и нет больших рубцовых изменений по краям, можно ограничиться лишь прижиганием краев ее. После прижигания образуются рубцы по краям, и она может закрыться.

Перед зашиванием пузырно-влагалищной фистулы нужно обратить внимание на уретру. Нередко уретра вовлекается в поле раны, и разможжается; на почве разможжения срастаются стенки ее, и она делается непроходимой. Перед операцией стараются сделать ее проходимой. Если заращение незначительное, то достаточно небольшого усилия со стороны катетра, чтобы уничтожить препятствие и сделать уретру проходимой. Если же заращение более значительное, то прибегают к помощи троакара и им протыкают уретру.

При полном разрушении уретры ее создают искусственно. Как скоро уретру сделали проходимой, ее нужно некоторое время бужировать различной величины бужами до тех пор, пока проходимость сделается вполне устойчивой.

Положение больной при операции может быть различное: спинно-крестцовое, боковое и коленно-локтевое.

Последнее положение особенно пригодно для фистул, лежащих глубоко и с трудом достижимых при обычном спинно-крестцовом положении. При положении *à la vache* вход в рукав зияет, передняя стенка влагалища отходит книзу, влагалище само по себе расширяется, и фистула делается более доступной. Для того, чтобы больная легко стояла в этой позе, ее заставляют поучиться стоять некоторое время до операции.

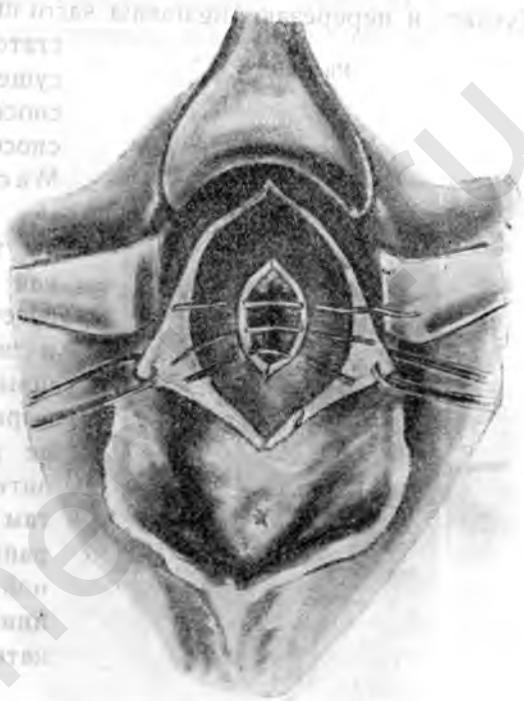
Инструменты, потребные для операции зашивания фистул, следующие: обычные ложкообразные зеркала или зеркало Негебауэра, применяемое с успехом при коленно-локтевом положении. Оно требует наименьшего числа помощников и хорошо обнажает операционное поле. Для операции требуется 4 пулевых шипцов, крючки, фистулезные ножи для правой и левой половины, ножницы, изогнутые под углом, иглы небольшой величины, хирургические пинцеты, прямые и изогнутые под углом с тонкими ветвями, два корнцанга, иглодержатель (лучше всего иглодержатель Негега'а).

При пузырно-влагалищных фистулах прежде всего вводят катетр в уретру и мочевой пузырь и смотрят, проходима ли она для катетра. Затем окровавливают края фистулы и накладывают одно- или двухэтажный шов таким образом, что первый этаж соединяет подслизистый

слой, а второй этаж—слизистую оболочку влагалища. На рис. 57 фистула зашита справа налево, а на рис. 58—сверху вниз.

Оболочка пузыря не должна быть прокальваема, иначе швы инфицируются или импрегнируются солями, или, наконец, из разбухшей слизистой оболочки мочевого пузыря, раненной проколом, может произойти кровотечение. Если нельзя наложить двухэтажного шва, довольствуются одноэтажным.

Рис. 57.



Зашивание фистулы справа налево.

При пузырно-шеечных фистулах, т. е. когда существует соединение между мочевым пузырем и шейкой матки, операция производится таким образом: шейка матки разрезается на две части, на переднюю и заднюю, и обнажается фистула; окровавление делается так же, как и в предыдущем случае, а после окровавления накладываются швы, которыми фистула закрывается.

Можно операцию производить еще иначе: поперечным разрезом отделяют передний влагалищный свод от места прикрепления его к влагалищной части матки, и пальцем отсепаровывают пузырь кверху до фистулы; отделив последнюю от шейки, зашивают сначала отверстие в пузыре, а затем в шейке матки; после этого влагалищный свод пришивают на старое место.

При громадных пузырно-влагалищных фистулах с большим дефектом ткани, когда нельзя непосредственно стянуть и зашить края фистулы, рекомендуют делать пластическую операцию, при чем берется кусок из задней стенки влагалища, или закрывают (Freund) дефект маткой, извлеченной из брюшной полости через вскрытый задний свод влагалища. Оперируют также с успехом по способу Küstner'a и Волковича: 1-й момент операции проведение разреза полулунной формы, как при extirpatio uteri vaginalis у места прикрепления переднего влагалищного свода к шейке матки; 2-й—отсепаровывание мочевого пузыря; 3-й—освежение нижнего края

фистулы, начиная от поверхности раны, и 4 й момент—закрытие фистулы посредством притягивания краев раны влагалища к передней стенке шейки низведенной матки.

При высокосидящих фистулах проводят циркулярный разрез шейки в месте прикрепления сводов, вскрывают также задний свод и задний Дугласс и перерезают *ligamenta sacro-uterina*, чтобы сделать матку достаточно подвижной. Кроме этого

Рис. 58.

существуют еще много других способов зашивания фистул, как способы Roux, Trendelenburg'a, Mackenroths'a и других.

Рекомендуют зашивать фистулы также через брюшную стенку, как это делается при высоком камнесечении. Фистула окровавливается и зашивается сверху. Кэтгутовые швы завязываются со стороны пузыря; если же берется для швов не рассасывающийся материал, то нитки выводятся во влагалище и там потом завязываются. Сверху рану в мочевом пузыре и в брюшной стенке зашивают. После операции зашивания фистул вставляется катетр *à demeure*.

При полном разрушении уретры нужно попытаться восстановить ее, так как больная после зашива-

ния фистулы все же не держит мочи и от этого страдает по прежнему.

Проф. Д. О. Отт¹⁾ для восстановления уретры предложил свой способ, который состоит в следующем: „С обеих сторон от уцелевшей передней стенки мочеиспускательного канала (части, прилегающей к симфизу) производится освежение в виде двух параллельных лоскутов,—каждый шириной $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ —1 см.—между которыми располагается уцелевший отдел мочеиспускательного канала. В наиболее удаленном от входа отделе обе эти полосы дугообразно соединяются, представляя из себя форму подковы с длинными ветвями и узким пространством между ними шириной в 1— $1\frac{3}{4}$ см., отвечающим будущему каналу (рис. 59). Верхними концами фигуру освежения приходится начинать немного ниже места похотника, дугообразное же соединение прихо-

¹⁾ Д. О. Отт. Оперативная гинекология. 1914.

дится непосредственно за входом в пузырь и таким образом при сшивании одной половины освежения с другой образуется трубка—вновь созданный мочеиспускательный канал, внутренняя поверхность которого состоит из многослойного плоского эпителия. Техника зашивания, как обычно это делается при восстановлении органов: первый—погружной ярус (не проникающий в просвет канала); второй—более поверхностный ярус швов, завязываемый со стороны влагалища (рис. 60)“.

При значительных потерях ткани и при распространенных рубцах во влагалище, если не представляется возможным зашить фистулу, зашивают самое влагалище ниже фистулы. Эта операция носит название *colpocleisis*. Первым условием для производства этой операции служит проходимость уретры.

Техника операции состоит в следующем: сближают крючками переднюю и заднюю стенку влагалища тотчас под фистулой и затем на соответствующих местах делают кольцеобразное окровавление скальпелем или ножницами. Шелковые швы накладываются в поперечном направлении. На рис. 61 видно зашитое влагалище в верхней трети. Эту операцию следует производить лишь в исключительных случаях; благодаря ней является всегда *impotentia concipiendi*, а если влагалище зашито очень низко—может быть и *impotentia coeundi*. После операции больные чувствуют себя хорошо; лишь иногда во влагалище образуются камни. Кроме того нужно заметить, что заживление иной раз получается не сразу, а где-либо останется фистула, через которую сочится моча; тогда окровавливают края этой фистулы и зашивают.

При полном разрушении уретры зашивают наружную половую щель (*episiocleisis*), но перед зашиванием мочу отводят в прямую

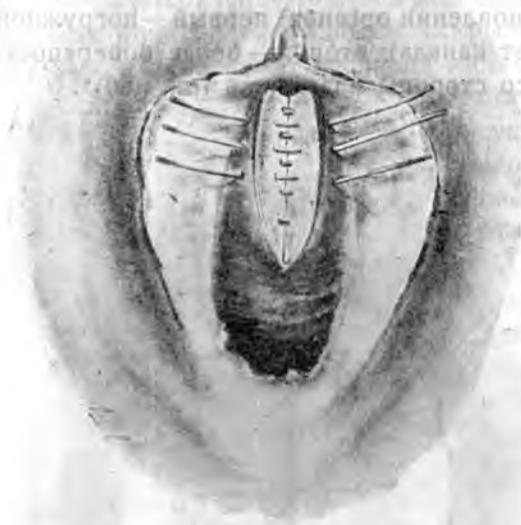
Рис. 59.



Образование уретры.

Окровавление и наложение швов.

Рис. 60.



Образование уретры. Глубокие швы наложены.

окровавленные поверхности сшиваются справа налево, следовательно, наружная половая щель зашивается наглухо. Сфинктер прямой кишки исполняет обязанности сфинктера мочеиспускательного канала. Больные могут задерживать мочу по 2 часа и более; слизистая оболочка прямой кишки не раздражается и опасаться поносов, как следовало бы ожидать, нечего; в иных случаях наблюдаются даже запоры.

Бывают иногда тягостные явления со стороны влагалища от того, что в него

кишку. Для этого накладывается recto-vaginal'ная фистула. Прорезывают заднюю стенку влагалища и переднюю стенку прямой кишки и сшивают слизистую оболочку прямой кишки со слизистой оболочкой влагалища. Как только края фистулы зарубцевались и соединение между прямой кишкой и влагалищем прочно установилось, вырезают из боковой поверхности больших губ полоски ткани в 1 сантиметровой шириной (проф. К. Ф. Славянский¹⁾); книзу окровавление захватывает кожу промежности, а сверху заходит за клитор. Иногда его совершенно срезают, и

Рис. 61.



¹⁾ Славянский, I. с.

попадает кал со стороны прямой кишки и газы, и развивается воспаление слизистой оболочки его. Тогда приходится вскрывать рубец.

При нежелании больных подвергаться вышеописанным операциям *colpo. et episioleisis* и невозможности зашить фистулу, приспособляют различного рода мочеприемники в виде резиновых мешков.

Недержание мочи наблюдается иной раз в послеродовом периоде или в возрасте, близком к климактерическому. Это зависит или от опущения передней стенки влагалища или в старческом возрасте вследствие сморщивания. Моча выходит при смехе, кашле, легком натуживании, напряжении брюшного пресса. Хороший прогноз дают свежие случаи, развившиеся в послеродовом периоде: они под влиянием спринцеваний, вкладывания глицериновых тампонов и, главным образом, обратного развития рукава приходят в норму, и недержание (*incontinentia urinae*) исчезает. В хронических случаях, при старом выпадении передней стенки влагалища делают *colporrhaphia anterior* или по *Rawlik*'у производят овальные окровавления по бокам уретры и накладывают швы. В результате недержание мочи устраняется.

Gersuny предлагает для устранения *incontinentia* следующую операцию: вокруг наружного отверстия уретры проводится кругообразный разрез, затем уретра отпрепаровывается на протяжении 2 сант. вверх, при чем нужно стараться оставить около уретры побольше ткани, чтобы ее питание не нарушилось; после этого поворачивают уретру по оси на 180° и в таком положении прочно пришивают к коже.

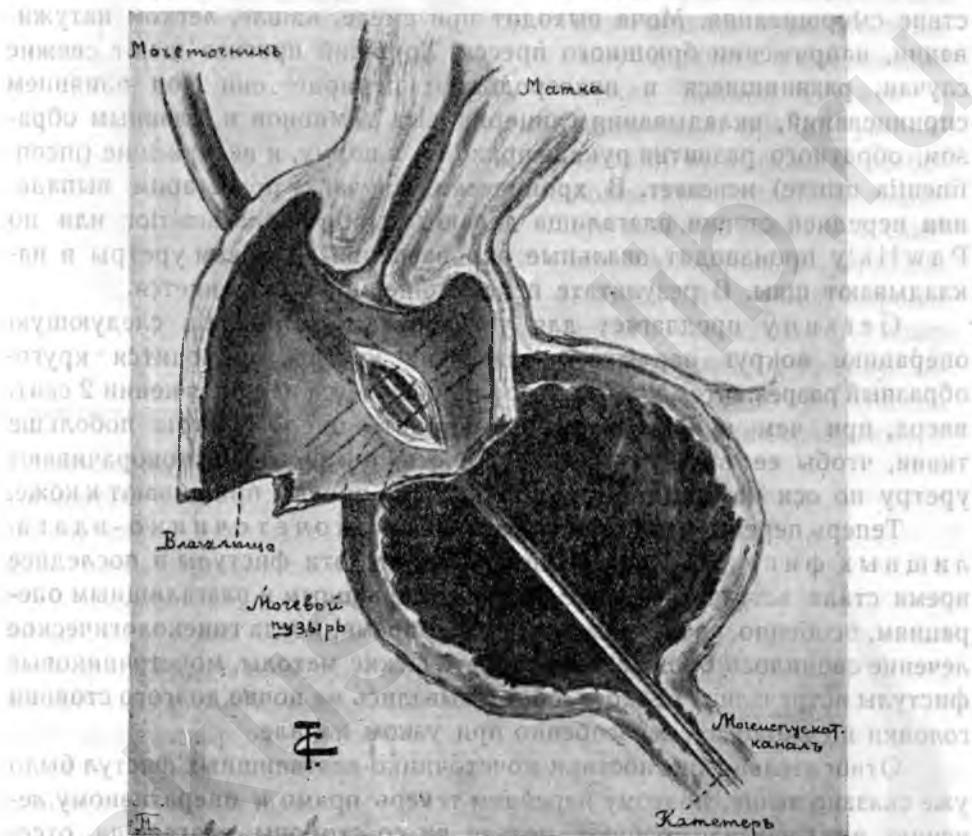
Теперь перейдем к способам зашивания мочеочнико-влагалищных фистул. Я уже выше сказал, что эти фистулы в последнее время стали встречаться чаще благодаря брюшным и влагалищным операциям, особенно последним. В прежнее время, когда гинекологическое лечение сводилось больше на терапевтические методы, мочеочниковые фистулы встречались редко и образовывались на почве долгого стояния головки во входе в таз, особенно при узком канале.

Относительно диагностики мочеочнико-влагалищных фистул было уже сказано выше, поэтому перейдем теперь прямо к оперативному лечению их. Сначала пробуют, нельзя ли со стороны влагалища, отсепарировав конец мочеочника, вшить его в мочевой пузырь. К сожалению, нужно сказать, что в большинстве случаев конец мочеочника так замурован в рубцах, что отпрепаровать его и вшить представляется делом невозможным. В виду этого в 1876 г. *Landau* предложил операцию, а *Bandi* в том же году ее выполнил и добился излечения фистулы.

Этот способ *Landau-Bandi*'я состоит в следующем: рядом с мочеочниковой фистулой накладывают пузырьно-влагалищную фистулу; после этого вводят тонкий катетр через мочеиспускательный канал,

наложенную фистулу вкладывают в мочеточник (рис. 62), очерчивают овальную фигуру окровавления ножом и, как показано на рисунке, зашивают ее. Катетр не удаляется в течение нескольких дней после операции. Чтобы избежать рубцового сужения в области фистулы, Schede советует делать операцию в два приема: сначала накладывают пузырно-влагалищную фистулу, при чем края слизистой оболочки пузыря

Рис. 62.



Зашивание мочеточниково-влагалищной фистулы через влагалище.
(Операция Landau-Bandl'я).

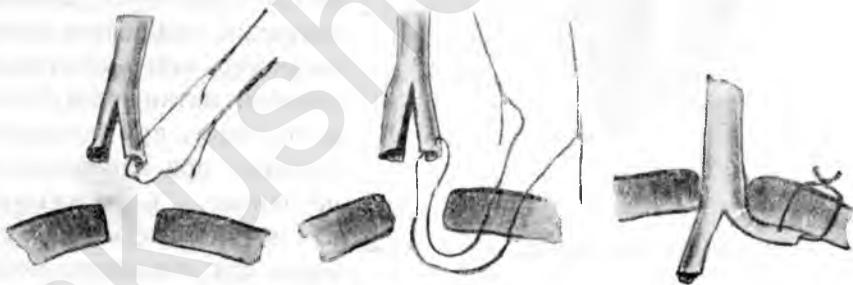
сшиваются со слизистой оболочкой влагалища; как скоро получится первое натяжение, зашивают вышеописанным способом мочеточниковую фистулу.

Кроме этого способа, рекомендуется вшивание мочеточника в мочевой пузырь внутри или внебрюшинно. Первое производится так: вскрывают брюшную полость по средней линии от пупка вниз до лобка

или сбоку той прямой мышцы живота, где лежит фистула при положении больной с приподнятым тазом. Кишечник весь отодвигается кверху, отыскивается соответствующий мочеточник, над ним разрезом вскрывается брюшина, и таким образом обнажается мочеточник, при чем не следует его слишком много отпрепаровывать от окружающей ткани, иначе он может омертветь. После этого мочеточник ближе к фистуле перерезают, нижний конец мочеточника завязывают, а верхний отрезок вшивают в мочевой пузырь по возможности симметрично с другим мочеточником. Если вшить в таковое место невозможно, то вшивают его в верхушку мочевого пузыря. Отыскивать мочеточник нужно дальше от пузыря, так как брюшина тесно соединена с пузырем, и ее трудно отделить. Вшивание производится таким образом: вводят в мочевой пузырь тонкий корнцанг и выпячивают им соответствующее место мочевого пузыря, после этого вскрывают его и введенный в него мочеточник пришивают к стенкам мочевого пузыря трехэтажным швом: 1-й этаж — на слизистую оболочку, 2-й этаж — на мышечную часть и 3-й этаж — на серозный покров. Вскрытая брюшина над мочеточником зашивается рядом швов.

Рекомендуется еще вшивать мочеточник в мочевой пузырь так, как это представлено на рисунке 63; из рисунка весь способ операции ясен. При внебрюшинном способе мочеточник по Маскена-

Рис. 63.



Вшивание мочеточника в пузырь. 3 момента: а, б, с.

гоату отыскивается таким образом, что проводится разрез как для перевязки *art. iliaca*, который начинается возле *spina ant. sup.* и продолжается до средней трети пупартовой связки; затем послойно доходят до брюшины и, отсепаровывая ее, обнажают мочеточник, который лежит в глубине раны. Вшивание в мочевой пузырь совершается также, как и при внутрибрюшинном способе.

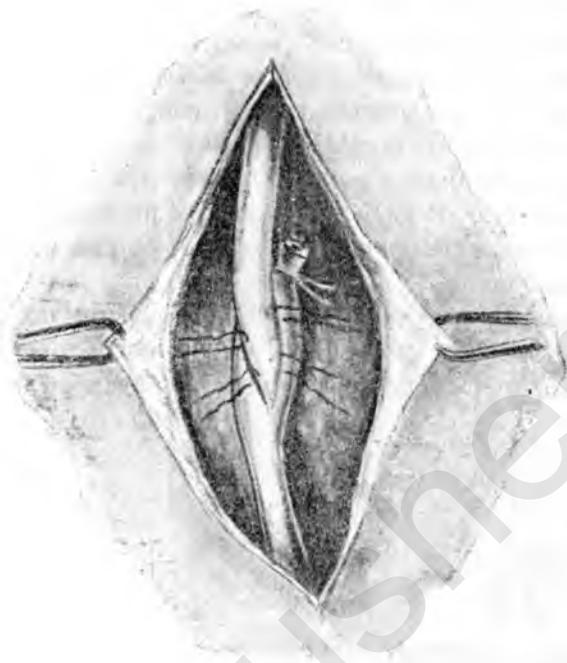
Если сравнить эти два способа, то, по моему мнению, следует отдать предпочтение первому—внутрибрюшинному, при котором легче и доступнее оперировать.

Пересадки мочеточников в кишечник должны быть ограничены, так как легко заболевает восходящим путем лоханка и сама почка.

Вшивание в кишку допускается лишь тогда, когда при экстирпации раковой матки приходится удалить и мочевой пузырь, тоже пораженный раком.

Если почему-либо нельзя зашить тем или другим образом мочеточниково-влагалищную фистулу, то можно удалить соответствующую почку.

Рис. 64.



Сшивание мочеточника.

Но прежде, чем решиться на это, следует помощью цистоскопа и исследования мочи из другой почки убедиться, что она здорова.

При перерезке мочеточника во время брюшной операции пытаются соединить концы перерезанного мочеточника так, как это представлено на рисунке 64.

Эта операция называется *uretero-ureterostomie*.

Если состояние больной не позволяет удлинить операцию удалением почки, например, при экстирпации раковой матки через брюшную стенку, при истощении больной, при перерезке мочеточника, окруженного раковыми массами и невозможности соединить концы

мочеточников, — рекомендуют (проф. Фенотенов, Landau и другие) перевязку мочеточника; *hydronephros* или совсем не образуется или лишь в незначительной степени.

Образование брюшно-стеночной фистулы с вшиванием мочеточника в брюшную стенку должно быть производимо лишь в крайних случаях, когда неизвестна функция другой почки или она, как показало исследование перед операцией, не состоятельна.

Послеоперационный уход за больными, перенесшими операцию зашивания мочевого фистулы, не представляет особенных трудностей. Нужно заботиться больше всего об освобождении мочевого пузыря, чтобы в нем не накапливалось много мочи. Для этой цели вставляется

в мочевой пузырь резиновый самодержащийся катетр или обыкновенный катетр, тоже мягкий, и он пришивается к теобразной марлевой повязке. Если катетр раздражает мочевой пузырь, то можно разрешить больной самой мочиться, если она это в состоянии сделать, или через определенные промежутки времени вводить катетр и выпускать мочу. Чтобы не накоплялось особенно много мочи в пузыре, рекомендую больной пить как можно меньше, и больная очень охотно это исполняет, ибо ее страстное желание — излечиться от фистулы. Если состояние больной удовлетворительное, можно разрешить ей вставать после операции на 2—3-й день. Спринцевания назначаются 2 раза в день из легких дезинфицирующих растворов. Для того, чтобы швы по возможности находились в покое, советуют больной лежать на противоположной фистуле стороне. Снятие швов происходит на 6—7—8—10-й день после операции. Снятие швов должно быть производимо очень осторожно, ибо всякое форсированное движение может нарушить свежий рубец.

Если, как это нередко бывает, рана срослась не на всем протяжении, а где-либо образовалась маленькая фистула, то прижигают ее аппаратом Raquelin'a или *arg. nitrico*; часто после прижигания фистула зарастает, в противном случае требуется повторная операция.

Из осложнений в послеоперационном периоде следует указать на катарр мочевого пузыря, сопровождаемый сильными болезненными натугами. Он чаще всего является результатом катетеризации или дренажа мочевого пузыря. Для устранения этого назначается покой, наркотические средства и промывание мочевого пузыря.

Затем после операции может произойти кровотечение из краев слизистой оболочки в мочевой пузырь. Оно бывает иногда до того сильно, что значительно растягивает мочевой пузырь, и больная мочится кровью. В таких случаях приходится распороть зашитую рану, найти источник кровотечения и обколоть его.

Наконец, после зашивания фистулы могут образовываться камни, которые также в дальнейшем требуют оперативного воздействия.

Свищи прямой кишки—*fistulae rectovaginales*. Эти фистулы встречаются реже, чем пузырно-влагалищные. Причины их образования могут также лежать в родовом акте, при долгом стоянии головки в выходе таза и давлении его на крестец; после зашивания полных разрывов промежности, когда не везде получилось полное зарощение, т. е. когда промежность снаружи срослась, а во влагалище нет, и получается сообщение между прямой кишкой и влагалищем; при образовании нарыва в клетчатке между прямой кишкой и влагалищем и вскрытии его в обе стороны; при развитии злокачественных новообразований во влагалище или в прямой кишке и проростании таковых в первом случае

в прямую кишку, во втором — во влагалище; разрывы стенки влагалища инструментами (щипцами), костями черепа при перфорации головки, при введении инородных тел во влагалище с преступными целями (при аборте) или для лечения (пессарии); при дренировании через задний свод гнойников.

Фистулы располагаются в нижних $\frac{2}{3}$ -х влагалища, но встречаются и в верхнем отрезке. Так, я наблюдал каловую фистулу в заднем своде влагалища, тотчас позади матки. Она образовалась после дренажирования заднего свода, после вскрытия через свод *ruosalpinx'a*. Эта фистула занимала столь высокое положение и была так сильно фиксирована к тазовым костям, что пришлось зашивать ее через брюшную стенку. Форма фистул или круглая или щелеобразная; при абсцессах, лежащих между прямой кишкой и влагалищем и вскрывшихся в оба эти органа, образуется свищевой ход в виде воронки, при чем широкий конец ее обращен к влагалищу или прямой кишке.

Если фистула лежит близко к задней спайке, то лучше превратить ее в полный разрыв промежности, очистить края и зашить, как зашиваются полные разрывы промежности. Если фистула лежит высоко, то ее зашивают или по типу зашивания пузырно-влагалищных фистул или по типу *colporrhaphiae posterioris* и накладывают двухэтажный шов: один этаж на окровавленные края фистулы (кэтгут), второй — на слизистую оболочку влагалища (шелк).

При наложении швов на края фистулы не следует прокалывать слизистую оболочку *recti*, а лучше всего выводить иглу в подслизистом слое. Такое широкое окровавление, какое делается при *colporrhaphia post.*, дает более прочное заживление.

Окровавление краев фистулы производится под контролем пальца, чтобы не сделать еще отверстия в прямой кишке.

Если нельзя зашить кишечную фистулу со стороны влагалища, благодаря обильным рубцам, ее зашивают со стороны прямой кишки. Для этой цели растягивают задний проход, как влагалище, зеркалами и подъемниками, захватывают фистулу пулевыми щипцами и низводят насколько возможно книзу; после этого ее окровавливают и соединяют края фистулы швами, при чем в данном случае слизистая оболочка *recti* прокалывается иглой.

После операционного ухода. Чтобы избежать растяжения прямой кишки газами, вводят в *rectum* дренажную резиновую трубку; слабительное *ol. ricini* дают на 4-й — 5-й день, так как желудочно-кишечный канал должен быть основательно очищен до операции. Навстречу слабительному ставят клизму из прованского масла, чтобы разбить кал. Пища должна быть все время жидкая. В последующие дни тоже нужно

давать легкие послабляющие. Швы снимаются как можно позже, если не был наложен кэтгут.

Влагалищно-кишечные свищи—*fistulae intestinales* наблюдаются еще реже, чем предыдущие. При этом свищевой ход открывается в какой-либо отдел тонких кишек. Для операции они представляются более неблагоприятными, чем ректо-вагинальные фистулы. Для развития их нужны особенные причины, как, например, разрыв заднего свода и брюшины. Такой разрыв может произойти во время родов. Разрывается при этом шейка матки, дальше влагалищный свод и брюшина; разрыв может произойти при изнасиловании, при неумелом акушерском пособии. Так, у проф. Славянского в учебнике гинекологии приводится случай, где один родоразрешитель с целью удаления последа ввел руку во влагалище, прорвал задний свод, вошел в брюшную полость и вместо последа вывел наружу целый конгломерат кишек. Они могут явиться еще как следствие гнойных процессов в брюшной полости (при *ruosalpinx* и других гнойных заболеваниях тазовой полости).

Петля кишек, пройдя через разрыв, омертвевает, срастается с зарастающим разрывом, гангренозные части отпадают, и конечным результатом остается фистула тонкой кишки. Отличается она от прямокишечной фистулы по составу своего содержимого: в последнем случае выделяется сформированный кал, а в первом случае содержимое тонких кишек. При этом нужно заметить, что в некоторых случаях только часть содержимого кишек выходит во влагалище, а часть через заднепроходное отверстие, в других же случаях все содержимое кишек выходит через влагалище, и нижний отдел кишек спадается. В первом случае мы имеем — *fistul'y ileovaginalis*, во втором — *anus praeternaturalis*.

Больные обыкновенно очень худеют, истощаются; наружные половые части и влагалище под влиянием постоянного раздражения воспаляются.

Операции при *fistula ileovaginalis* те же, что при зашивании пузырно-влагалищных фистул.

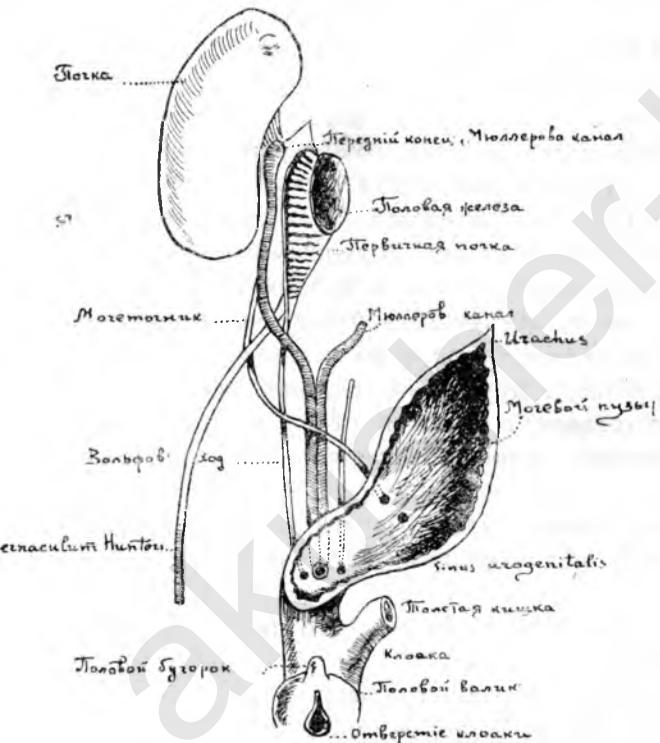
При *anus praeternaturalis* — его превращают в простую фистулу уничтожением перегородки между отверстиями и зашивают эту последнюю; или вскрывают брюшную полость, освобождают кишечные петли и сшивают, их как это делается при резекции кишек.

ГЛАВА X

РАЗВИТИЕ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА И ФАЛЛОПИЕВЫХ ТРУБ. ФОРМА МАТКИ, ЕЕ ВЕЛИЧИНА, СТРОЕНИЕ, ПОЛОЖЕНИЕ ЕЕ, ОТНОШЕНИЕ К БРЮШИНЕ И ОКРУЖАЮЩИМ ЧАСТЯМ. КРОВЕНОСНАЯ, ЛИМФАТИЧЕСКАЯ И НЕРВНАЯ СИСТЕМА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

Матка, влагалище и Фаллопиевы трубы развиваются из так называемых Мюллеровых ходов, которые появляются в конце первого месяца внутриутробной жизни зародыша в виде парного органа; они отходят от первичных почек (Wolff'овы или Окен'овы тела) (рис. 65). Эти каналы сначала представляются сплошными и состоят

Рис. 65.



Развитие Фаллопиевых труб, матки и влагалища.
(По Hertwig'у).

что влагалище представляет один просвет ранее, чем матка; полное слитие Мюллеровых ходов и образование матки заканчивается к 5-му месяцу зародышевой жизни. Верхние трети Мюллеровых ходов к этому же времени образуют Фаллопиевы трубы и принимают их форму

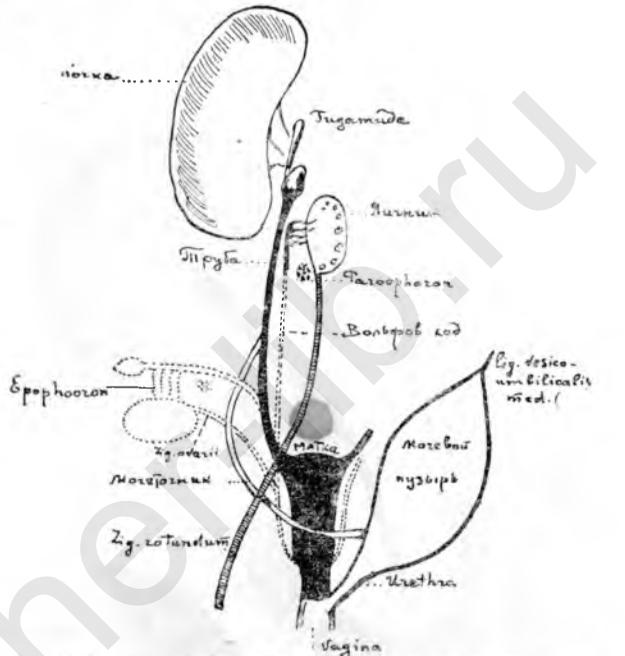
из клеточных элементов. При нормальном развитии половых органов каналы сливаются друг с другом в нижней половине; в верхней части их весьма скоро появляется просвет, выстланный однослойным цилиндрическим эпителием (Фаллопиевы трубы и матка), нижняя же часть их, идущая на построение влагалища остается более долгое время сплошной, но затем клетки, расположенные в середине сросшегося жгута, распадаются и образуют полость. Слитие Мюллеровых ходов начинается на третьем месяце внутриутробной жизни и идет снизу вверх, так

и положение (рис. 66). Около 5-го месяца утробной жизни начинают появляться в матке мышечные волокна (Nagel), а на 4-м месяце матка обособляется от влагалища, благодаря образованию влагалищной части матки. По Werth'у и Груздеву циркулярные мышечные волокна впервые появляются в матке около половины 5-го месяца зародышевой жизни.

Матка делится по стадиям своего развития на зародышевую матку (*uterus foetalis*), на детскую матку (*uterus infantilis*) и девичью матку (*uterus virgineus*). Вполне сформированная матка делится на дно — *fundus*, лежащее выше отхождения Фаллопиевых труб, тело матки — *corpus uteri* и шейку матки. Самая объемистая часть — тело матки. Форма матки грушевидная, сдавленная спереди назад. Задняя поверхность ее — *facies intestinalis* — образует выпуклость, обращенную кверху; передняя поверхность — *facies vesicalis* — почти плоская, прилежит к мочевому пузырю. Шейка от тела отделяется легким перехватом.

Шейка матки делится собственно на две части: на влагалищную часть (*portio vaginalis*), обращенную во влагалище и имеющую верхней своей границей прикрепления к матке влагалищных сводов, и на часть надвлагалищную (*portio supravaginalis*), начинающуюся выше линии прикрепления сводов. С клинической точки зрения отличается еще средний отдел шейки, расположенный между прикреплением заднего и переднего свода, так как оба свода прикрепляются не на одном уровне, а различно: задний свод прикрепляется выше к влагалищной

Рис. 66.



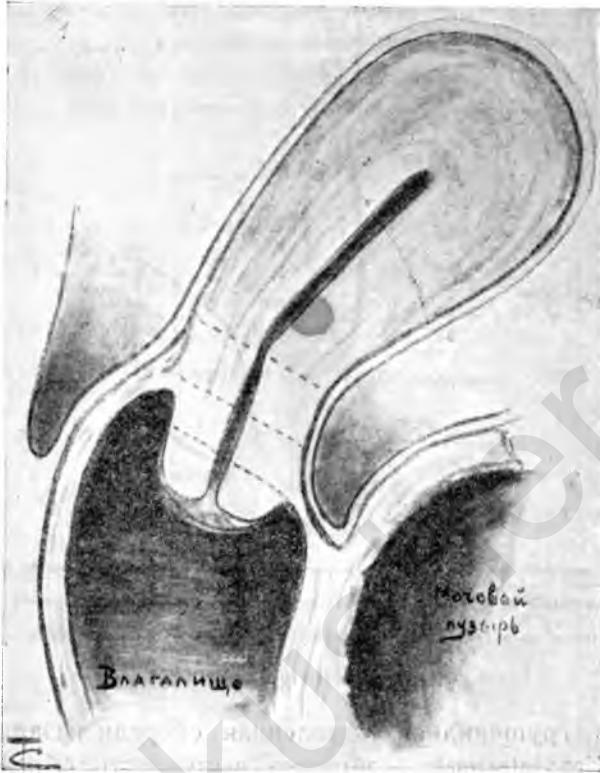
Сохраняющаяся часть нервной системы изображена черными, а подвергнувшаяся обратному развитию — точками; пунктиром обозначены места половых органов после их отщепления.

(По О. Hertwig'y).

части матки, передний ниже (рис. 67). Это деление важно помнить при объяснении увеличения шейки при выпадении матки.

Влагалищная часть матки в виде соска смотрит во влагалище, причем у девиц и нерожавших она имеет коническую форму, а у рожавших цилиндрическую. Вся наружная поверхность, смотрящая во влагалище, покрыта влагалищной слизистой оболочкой с многослой-

Рис. 67.



Деление шейки матки на отделы.

и существуют, как таковые, при неразорванной же влагалищной части матки они различаются лишь анатомически. Многослойный плоский эпителий влагалищной части матки иногда заходит в цервикальный канал и, наоборот, цилиндрический эпителий слизистой оболочки шейки матки переходит на влагалищную часть—*portio vaginalis*. И то и другое может иметь патологическое значение.

Размеры матки: длина матки у нерожавшей равняется 7—8 сант., у рожавшей 9 с.; ширина у дна—от 3½ сант. до 5 сант. У рожавшей доходит до 6 сант. Толщина матки спереди назад равняется 2—3 сант., у рожавшей—3½ сант.

ным плоским эпителием. На верхушке влагалищной части находится отверстие, ведущее в цервикальный канал, которое носит название *orificium externum uteri*, в отличие от внутреннего отверстия *orificium internum uteri*, соединяющего шейку матки с полостью ее. У нерожавших *orificium externum uteri* имеет круглую форму, а у рожавших—щелевидную и очень часто с надрывами по краям (рис. 68). Передняя и задняя часть *portionis vaginalis*, т. е. лежащая выше и ниже наружного отверстия, носит название губ—передней и задней. При разрыве шейки матки эти губы резко выражены

Шейка имеет длину 3—3 $\frac{1}{2}$ с., ширину 2 $\frac{1}{2}$ с., толщину 1 $\frac{1}{2}$ —2 с. Вес нерожавшей матки — 40 gr., рожавшей — 120 gr. Длина влагалищной части матки от $\frac{3}{4}$ до 1 $\frac{1}{4}$ сантиметра, при чем передняя ее часть имеет $\frac{1}{2}$ —1 сант., задняя же от 1 $\frac{1}{2}$ до 2 $\frac{1}{2}$ с. и даже до 3 сант. (Смольский). В зародышевой жизни тело матки имеет несколько иное отношение к шейке матки, чем в последующей жизни; так, шейка по своей длине равняется $\frac{2}{3}$ всей длины матки; тело матки, составляя всего $\frac{1}{3}$ всей матки, имеет стенки более тонкие, чем стенки шейки.

Рис. 68.



Portio vaginalis у нерожавшей.

Portio vaginalis у рожавшей.

Uterus infantilis имеет шейку такой же длины, но тело матки делается толще, дно более округленным, влагалищная часть увеличивается.

При *Uterus virgineus* шейка матки равняется $\frac{1}{2}$ всей длины матки.

Матка состоит главным образом из мышечной ткани и слизистой оболочки. Как в той, так и в другой находятся кровеносные и лимфатические сосуды и нервы.

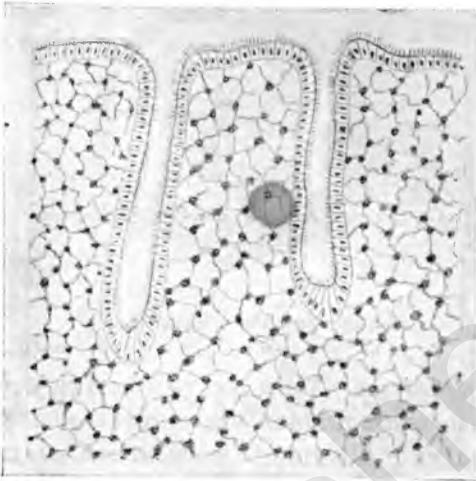
Матка в некоторых своих частях покрыта брюшиной: так, брюшина покрывает всю заднюю стенку ее тела, надвлагалищную часть шейки, дно матки, часть пузырьной ее поверхности, переходя дальше на мочевой пузырь на границе между телом и шейкой матки, на уровне *orificium internum uteri*.

Брюшина, покрывающая матку, носит название *tunica serosa* (*perimetrium*); она тесно сращена с маткой в области тела и дна ее, рыхлее по сторонам и в области шейки; с боков она переходит в широкие связки — *ligamenta lata*.

Полость матки имеет треугольную форму, в ней различаются: передняя и задняя поверхности, верхний край и два боковых. Передняя поверхность лежит на задней. У девственниц все края, обращенные в полость матки, выпуклее, чем у рожавших; у последних они могут быть совершенно сглажены или даже изогнуты в противоположном

направлении. В полости матки имеются три отверстия: одно—*orificium internum* сообщается с цервикальным каналом и через него с полостью влагалища; два другие, помещающиеся в углах матки, ведут в Фаллопиевы трубы. Вся полость матки выстлана слизистой оболочкой—*endometrium*. Слизистая оболочка весьма тесно соединена с подлежащим под нею мышечным слоем и трудно от него отделяется. Толщина ее в среднем равна 2—3 миллиметр., при чем она толще всего в области тела матки и истончается близь отверстия в шейку матки и в Фаллопиевы трубы. Она состоит из стромы,⁶ желез и сосудов (рис. 69). Под

Рис. 69.



Нормальная слизистая оболочка.

микроскопом строма слизистой оболочки представляется сетью тончайших волоконцев, переплетающихся между собой; на соединении их друг с другом и между ними лежат клетки кругловатой формы с большим резко окрашивающимся ядром и небольшим количеством протоплазмы вокруг него; местами, особенно вблизи мышечной ткани, встречаются веретенообразные клетки соединительнотканного типа. При воспалении слизистой оболочки, как увидим ниже, число веретенообразных клеток увеличивается. По Leopold'y, промежутки между волокнами выстланы эндотелием, следовательно, строма представляется как бы лимфоидной тканью. Среди стромы лежат трубчатые железы (*glandulae uterinae*), которые дном своим доходят до мышечной оболочки, а местами погружаются в самую мышцу. Длина их не менее $1\frac{1}{2}$ мм., они лежат близко друг от друга и имеют в поперечнике 0,03—0,04 мм. Железы одним концом, слепым мешком, погружаются в мышечную оболочку, как я сказал выше, иногда вилкообразно разделяясь, другим же концом открываются свободно на поверхности слизистой оболочки отверстием. Железы состоят из тонкой соединительнотканной оболочки, *membrana propria*, внутренняя поверхность которой выстлана однослойным мерцательным эпителием, при чем волоски колеблются по направлению к полости матки. Железистые трубки не представляются все одинаковой толщины, диаметр их весьма различен, и форма их то круглая, то сплюснутая.

Поверхность слизистой оболочки матки — *mucosae uteri* — покрыта низким цилиндрическим мерцательным эпителием.

Слизистая оболочка шейки матки не гладкая, покрыта складками; она толще и плотнее слизистой оболочки матки. С мышечной частью шейки матки она соединяется помощью плотной соединительной ткани. На передней и на задней стенке ее имеется по ветвящейся складке — *plicae palmatae*, из которых каждая состоит из одного продольного более толстого выступа, идущего по середине шейки матки, и нескольких более тонких складок, отходящих от срединной в стороны в косом направлении. Эта складчатость в мукозе шейки носит название — *arbor vitae*. Эпителий слизистой оболочки шейки матки также однослойный, цилиндрический, мерцательный, только клетки эпителия значительно уже и выше, чем в полости ее. Железы часто глубоко врастают в ткань.

Мышечная основа матки находится в тесном общении с мышечной частью Фаллопиевых труб; мышечные волокна с матки переходят на Фаллопиевы трубы. Изучение строения мышечной основы матки представляется крайне трудным благодаря запутанности мышечных слоев. В матке встречаются продольное, круговое и косое расположение мышечных волокон. Для изучения расположения волокон самый верный путь был принят Werth'ом и проф. В. С. Груздевым¹⁾, а именно путь эмбриологический, т. е. изучение матки с самого начала ее развития до полной зрелости. Начало признаков расположения мышц наблюдается со второй половины пятого месяца. На шестом и седьмом месяце получается разница между мышечной системой тела и шейки матки. Мышца шейки матки развивается из мышц влагалища и состоит главным образом из кругового слоя между двумя продольными. Более подробно с этим вопросом можно познакомиться в выше описанной весьма ценной работе.

По Kreitzer'у²⁾ в матке различается 4 слоя: 1-й очень тонкий, состоит из ряда продольных волокон, — подсерозный слой; 2-й надсосудистый слой, слой поперечно-идущих волокон, переходящих в продольный наружный слой труб, в круглую и яичниковую связки, при чем некоторые волокна переходят в мускулатуру широких связок; 3-й слой — средний; он представляется наиболее массивным и состоит из косо-идущих и перекрещивающихся пучков. Этот слой образует мышечное кольцо вокруг внутреннего зева. В этом слое заложено много сосудов, особенно вен.

4-й подслизистый слой разделяется на два слоя: слой продольных мышечных волокон и слой круговых. Слой продольных волокон

¹⁾ Werth — Груздев. *Archiv für Gyn.* Bd. 55, H. 2.

²⁾ Kreitzer. *Petersb. med. Z.* 1871.

переходит в такой же Фаллопиевых труб, а круговой образует кольца вокруг трех отверстий, а именно, маточных отверстий Фаллопиевых труб и внутреннего зева тела матки. Отсюда видно, что мышцы матки делятся, главным образом, на продольные и круговые, из которых каждые несут свою определенную функцию.

Мускулатура шейки матки составляется из круговых волокон среднего и продольных пучков внутреннего слоя матки, мышечных волокон из крестцово-маточных связок *ligamenta utero-sacralia*, круговых связок (*lig. rotunda*), из пузырно-маточных *lig. utero-vesicalia*.

Влагалищная часть матки—*portio vaginalis uteri*—состоит из слизистой оболочки и мышц. Поверхность, обращенная во влагалище, покрыта слизистой оболочкой влагалища, т. е. многослойным плоским эпителием, за которым следует сосочковый и эластический слой с мышцами. Эластические волокна образуют по Dührsen'у 2 сетки: поверхностную и глубокую; вторая более развита, чем первая, в ней заложены сосуды; под ней лежит толстый мышечный слой и, наконец, слизистая оболочка цервикального канала. Мышечный слой, лежащий под слизистой оболочкой и покрывающий наружную поверхность *portionis vaginalis*, представляет продолжение мышечного слоя матки.

Связочный аппарат (рис. 70) матки состоит из вышеупомянутых широких маточных связок *ligamenta lata*, которые представляют из себя не что иное, как складки брюшины, переходящие с матки на боковые стенки таза. В ней заложены Фаллопиевы трубы (*a*), яичники (*з*) и придатки матки: *parovarium* (*д*), остатки эмбриональных образований, и кроме того сосуды и связочный аппарат, состоящий из фасций и мышечных волокон; при этом самый толстый пучок мышечных волокон представляет как бы отдельную связку—круглую маточную связку—*ligamentum rotundum*.

Связочный аппарат широкой связки состоит из двух пластинок. Они начинаются от боковой поверхности матки и влагалища и срастаются на уровне круглой связки (Губарев). Там, где широкая связка переходит на боковую стенку таза, обе пластинки ее срастаются и образуют утолщенный край, который носит название **вороночно-тазовой связки**—*lig. infundibulo-pelvicum*; в этой связке проходит внутренняя семенная артерия—*arteria spermatica interna*.

В заднем листке широкой связки заложен яичник, от которого к углу матки отходит связка, называемая яичниковой связкой—*ligamentum ovarii* (*ж*). В толще широкой связки около шейки матки проходят мочеточники.

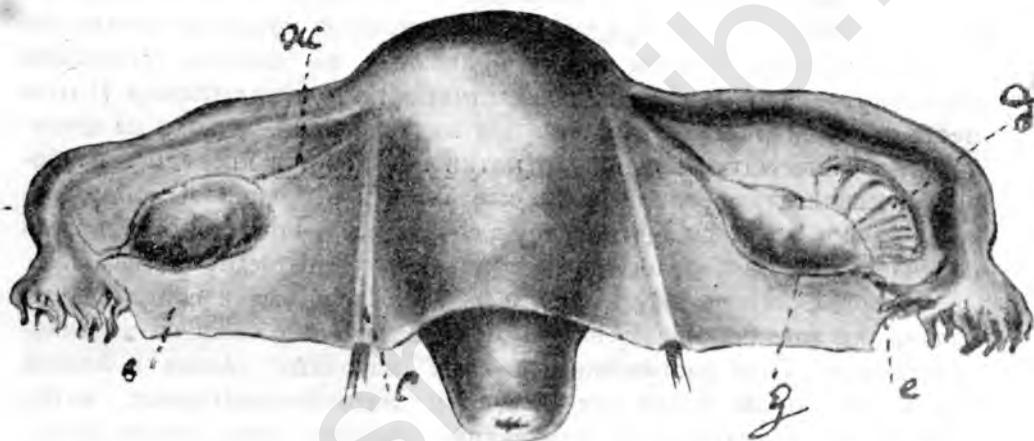
Круглая маточная связка—*ligamentum uteri rotundum* (*с*) состоит из гладких мышечных волокон с сосудами и нервами; она начинается от угла матки с передней поверхности ее, идет по передней поверхности

широкой связки, ложится в особую складку брюшины, направляется кнаружи и, дойдя до боковой стенки таза, поднимается по ней вверх и кпереди; она доходит до внутреннего отверстия пахового канала, входит в него, идет на всем протяжении, выходит из наружного отверстия канала и оканчивается веерообразно в коже больших срамных губ.

Артерии круглых маточных связок происходят из маточной артерии—*arteria uterina*.

Ligamentum ovarii представляет шнурок в $1\frac{1}{2}$ сант. длиной, состоящий из гладких мышечных волокон и лежащий в задней пластинке широкой связки. В ней, кроме мышечных волокон, находится артериальная веточка, идущая к яичнику.

Рис. 70.



Матка и ее связочный аппарат.

Крестцово-маточные связки—*ligamenta sacro-uterina* идут от задней поверхности нижнего сегмента матки приблизительно на уровне внутреннего зева и прикрепляются к крестцовой части тазовой фасции и к боковой поверхности прямой кишки. Они идут в полулунной складке брюшины; в них различается основание и свободный край, у основания их проходит мочеточник. Свободные края их содержат гладкие мышечные волокна. Эти мускульные пучки, сокращаясь, оттягивают матку в область внутреннего зева кзади.

Все только что перечисленные связки поддерживают матку в ее правильном положении среди тазовых органов. Но благодаря тому, что матка помещается между двумя органами, которые изменяют свой объем: мочевым пузырем и прямой кишкой, она не находится постоянно в определенном положении. Нормальным положением матки считают наклонение ее дном наперед, при чем между телом и шейкой матки

существует небольшой (тупой) угол, открытый кпереди. Такое положение матки называется: *anteversio-flexio uteri*. Дном своим матка немного не доходит до плоскости входа в таз, а нижняя точка влагалищной части касается линии, соединяющей верхушки остей седалищных костей.

Больше всего на положение оказывает влияние мочевого пузыря: при наполнении его матка отклоняется кзади и приподнимается кверху, при опорожненном мочевом пузыре матка ложится на заднюю поверхность мочевого пузыря, и дно ее прощупывается тотчас же за лонной дугой.

Наполнение прямой кишки меньше влияет на положение матки. При небольшом наполнении прямой кишки шейка матки отодвигается кпереди и вправо. При все большем и большем наполнении прямой кишки матка все больше и больше поднимается вверх и отодвигается в сторону. Матка, будучи как бы привешена на связках, укреплена ниже внутреннего зева помощью клетчатки и сводов влагалища. В этом месте матка очень подвижна: так, при надавливании пальцем на влагалищную часть матки кзади, тело матки наклоняется кпереди, и наоборот. Воспалительные процессы в клетчатке и в брюшине с образованием рубцов могут смещать матку в соответствующую сторону, и тогда получается боковое положение матки — *lateropositio dextra et sinistra*.

Наибольшую службу в смысле поддержания матки в правильном положении *anteversio-flexio* несут круглые маточные связки и маточно-крестцовые. При растяжении круглых маточных связок и плохой инволюции после родов как их, так и маточно-крестцовых, матка переходит в неправильное положение, а именно дном своим отклоняется кзади (*retroversio uteri*).

Под влиянием расслабления всего связочного аппарата матка может опуститься книзу и даже при благоприятствующих условиях выпасть наружу. Об этих неправильных положениях матки будет сказано ниже в соответствующей главе.

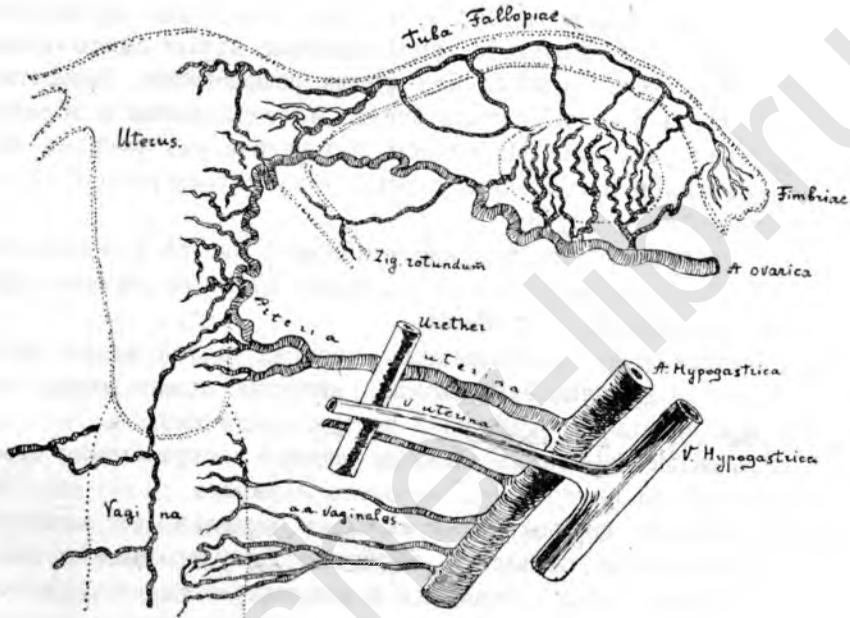
Искусственно матку можно опустить на несколько сантиметров книзу, у рожавших до самого входа во влагалище, при чем напрягаются пузырно-маточные связки, *ligamenta vesic. uterina*, затем *ligamenta utero-sacralia*, *ligamenta lata* и, наконец, своды влагалища. Вверх матка может быть сдвинута на 4—5 сант.

Внутренние половые органы женщины снабжаются кровью помощью следующих артерий: *arteriae uterinae*, *arteriae ovaricae* (*art. spermaticae internae*) и *arteriae ligamenti rotundi*; все эти сосуды сообщаются как с сосудами противоположной стороны, так и между собой широкими анастомозами. *Arteria ovarica* или *arteria spermatica interna* отходит от *aorta abdominalis* на уровне почечных артерий или

из них; *arteria uterina* от *arteria hypogastrica*, от которой отходят также *arteriae vaginales*; *arteria lig. rotundi* отходит от *arteria epigastrica inferior* (рис. 71).

Верхнюю часть матки питает *arteria spermatica interna*, отдавая на своем пути ветви для питания яичника, Фаллопиевой трубы и

Рис. 71.



Артерии и вены матки.

придатка (parovarium'a). На боковой стенке матки она анастомозирует с *arteria uterina* и как бы переходит в нее, а также анастомозирует с *arteria lig. rotundi*; как та, так и другая артерия, т. е. *arteria spermatica interna* и *arteria uterina* представляются извитыми. Во время беременности калибр их значительно увеличивается, а извитость уменьшается. *Arteria ovarica*, отойдя от *aorta abdominalis*, располагается в подбрюшинной клетчатке, пересекает мочеточник, ложась на переднюю поверхность этого протока, и спускается вместе с ним по передней поверхности *musculi psoatis majoris*.

Arteria uterina помещается между листками широкой связки и образует несколько петель, из которых одна заходит за мочеточник; сама *arteria* пересекает мочеточник, проходя спереди от него (проф. Губарев).

Arteriae vaginales числом две или три, начинаясь от *arteria iliaca interna* или из *arteria uterina*, разветвляются и, анастомозируя между

собой, распределяются по наружной и внутренней поверхности влагалища.

Вены матки идут по направлению артерий, при чем две вены располагаются рядом с маточной артерией, а две с яичниковой; затем те и другие образуют два ствола, из которых один ствол—*vena uterina* вливается в *vena iliaca interna*. *Vena ovarica dextra* вливается в *vena cava inferior*, *vena ovarica sinistra* в *vena renalis sinistra*. Вены, анастомозируя друг с другом, образуют сплетения; одно из них помещается сбоку матки и называется **plexus uterinus**, другое около яичника и носит название **plexus ovaricus** или **plexus pampiniformis**. Лимфатические сосуды матки и ее придатков очень многочисленны и образуют как бы отдельные системы. Изучением лимфатических сосудов женских половых органов мы обязаны главным образом *Sarrey, Poigier, Peiser, Kroeber* и другим.

Лимфатические сосуды наружных половых частей и заднего прохода вливаются в поверхностные и глубокие паховые железы—***glandulae inguinales superficiales et profundae***.

Лимфатические сосуды влагалища, верхних частей его и шейки матки впадают в ***glandulae hypogastricae***, которые лежат между *vasa iliaca externa* и *arteria hypogastrica* и частью сзади них.

Glandulae sacrales laterales и ***Glandulae lumbales*** воспринимают лимфу от остальных частей внутреннего полового аппарата.

Лимфатические сосуды матки выходят отдельно из мышечной части ее и отдельно из слизистой оболочки. Сосуды, выходящие из слизистой оболочки матки, вливаются в маленькую железку, находящуюся сбоку матки в том месте, где матка прикрепляется к сводам.

Нервная система матки. Нервы матки состоят главным образом из симпатических нервов, к ним присоединяются спинно-мозговые нервы. Все нервы, направляющиеся к половым органам на уровне деления аорты, образуют **plexus uterinus magnus**; он имеет вид плоского нервного ствола. Немного ниже, на уровне тазового мыса он делится на два ствола: правый и левый (**plexus hypogastricus dextr. et sinistr.**). Они охватывают прямую кишку и, получая ветви иногда от второго и постоянно от 3-го и 4-го крестцовых нервов и от крестцовых узлов *n. simpatici*, образуют узлы по бокам и сзади влагалища (**ganglion cervicale dextr. et sinistr.**); от этих узлов идут ветви к телу матки и к ее шейке, к мочевому пузырю и влагалищу. Проф. Г. Ф. Писемский¹⁾ отвергает существование **ganglion cervicale**, как его описывали *J. Walter, R. Lee* и *Frankenhäuser*; он находил по обе стороны шейки матки, где находили этот узел, густое нервное сплетение с многочис-

1) Г. Ф. Писемский. К вопросу об иннервации матки. Дисс. 1904.

ленными нервными узлами большей или меньшей величины. Сплетение это составляется боковым и подчревным сплетением, а также ветвями, выходящими из нервных пучков от II, III и IV пар крестцовых нервов и из симпатического пограничного ствола.

Эти узлы вместе с перечисленными нервными пучками образуют большое симпатическое сплетение таза. По месту расположения узлов и по отхождению от них нервных ветвей в сплетении можно различить следующие части: маточную (pl. uterinus), мочепузырную (pl. vesicalis), влагалищную (pl. vaginalis) и прямокишечную (pl. rectalis).

ГЛАВА XI

ПРАВИЛЬНЫЕ И НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ.

Правильным положением матки среди других органов тазовой полости — мочевым пузырем и прямой кишкой — при опорожнении этих органов, называется такое положение, когда дно матки направлено кпереди, а шейка матки немного кзади, и между телом и шейкой матки находится небольшой изгиб, открытый кпереди — *anteversio uteri*. При наполненном мочевом пузыре матка отклоняется от своего нормального положения кзади; наполнение прямой кишки оказывает меньшее влияние на положение матки. В виду этого перед исследованием больной следует позаботиться об опорожнении того и другого органа; только тогда можно судить о положении матки у данной больной.

Отклонение матки от своего нормального места без влияния на это дело соседних органов считается патологическим и может вести к болезненным припадкам.

К патологическим положениям матки относится: 1) перегиб матки наперед (*anteflexio uteri*), 2) наклонение матки наперед (*anteversio uteri*), 3) перегиб матки назад (*retroflexio uteri*), 4) наклонение матки назад (*retroversio uteri*), 5) перемещение матки в правую или левую сторону (*lateropositio uteri dextra et sinistra*), 6) перемещение всей матки наперед или назад независимо от искривлений (*antepositio, retropositio uteri*).

Положение *anteflexio* чаще всего бывает врожденное и редко приобретенное. *Retroflexio* и *retroversio uteri*, наоборот, в громадном большинстве случаев бывает приобретенное.

Anteversio uteri это такое состояние матки, когда она чрезвычайно сильно наклонена дном своим наперед, а влагалищная часть смотрит прямо назад, при чем дно матки может лежать значительно ниже, чем влагалищная часть (рис. 72). Причиной такого неправильного поло-

жения матки служат заболевания матки и заболевания связочного аппарата. Развитие опухолей в передней стенке матки, метрит ее, делает матку тяжелой, и она благодаря этому наклоняется сильно вперед.

В нормальном положении матку придерживают круглые маточные связки (*lig. rotunda*) и маточно-крестцовые (*lig. sacrouterina*).

Рис. 72.



Anteversio uteri.

При заболевании тех и других и укорочении их на почве болезненного процесса матка сильно притягивается кпереди. Круглые маточные связки при укорочении их непосредственно тянут матку кпереди, а маточнокрестцовые оттягивают шейку кзади и фиксируют ее. При отсутствии гибкости матки на почве метрита она не перегибается вперед, а наклоняется; таким образом, получается вышеупомянутое положение.

Припадки наблюдаются главным образом со стороны мочевого пузыря; появляется давление в области его и частые позывы на мочу. После приподнятия матки эти припадки исчезают. Второй симптом — кровотечения во время месячных

(*menorrhagia*). Это зависит от хронического заболевания матки — метрита и плохой сократительности ее.

Диагностика ставится на основании бимануального гинекологического исследования; этим же способом определяются те воспалительные явления, которые имеются как в самой матке, так и в связках.

Лечение направляется на устранение метрита, воспаления связок, а также часто сопутствующих параметрита (воспаление околоматочной клетчатки) и периметрита (воспаление окружающей матку брюшины). Чтобы освободить мочевой пузырь от давления, вводится во влагалище пессарий — кольцо Мауег'а (рис. 73), сделанное из толстой резины. Оно приподнимает все влагалище кверху, а вместе с ним и матку. Оно вводится пальцами во влагалище в сдавленном виде; там

оно расправляется и держится само. Для чистоты назначаются легкие дезинфицирующие спринцевания или из простой воды т-ры 28° R.

Anteflexio uteri (рис. 74) дает больше болезненных симптомов. Оно часто связано с узкой конической шейкой— (*collum conicum*) и сужением наружного и внутреннего зева. Одним из главных симптомов являются сильные схваткообразные боли до и в первые дни регул (*dysmenorrhoea*). Это происходит оттого, что кровь с трудом проходит через суженную шейку матки, задерживается в ней, свертывается и делается для матки как бы инородным телом, которое матка старается выгнать сокращением. Эти сокращения и дают болевые ощущения подобно родовым схваткам. При продолжительности существования данного заболевания, боли делаются постоянными, так как матку начинает раздражать даже накапливающаяся в ней слизь.

Боли во время регул бывают у иных особ до того сильными, что

Рис. 74.



Anteflexio uteri.

бывает чаще всего врожденным, приобретенным же оно может быть на почве воспаления маточнокрестцовых связок и укорочения их.

Рис. 73.



Кольцо Mayer'a.

приходится прибегать к наркотическим веществам для успокоения их, не говоря уже о том, что больная делается в это время совершенно неспособной к труду и должна лежать в постели. Больные становятся на этой почве сильно нервными, жалуются на всевозможные нервные припадки до истеро-эпилепсии включительно. Они делаются малокровными. Благодаря сужению шейки матки женщины, страдающие этой болезнью, жалуются на бесплодие (*sterilitas*). Кроме симптома схваткообразных болей, больные могут жаловаться, как и при *anteversio uteri*, на давление на мочевой пузырь и частые позывы на мочу. Такое положение матки, как я сказал выше,

При вялости матки и оттягивании шейки ее кзади и кверху, тело перегибается наперед и образует *anteflexio*. Опухоли, развиваясь в теле матки, также могут служить причиной перегиба ее наперед, особенно опухоли (фибромиомы), развивающиеся в задней стенке ее тела.

Перегибы матки бывают различных степеней, смотря по величине угла между телом матки и шейкой: чем острее угол, тем явления сужения в области внутреннего зева сильнее. Бывают случаи, когда тело матки чуть не лежит на шейке, и тогда при набухании просвет может быть временно закрыт. Чем перегиб больше, тем и болевые симптомы выражены резче. Загиб может локализоваться и выше внутреннего зева.

Загибы делятся на три степени: 1-ая степень загиба, когда угол приближается к тупому; 2-ая степень, когда угол приближается к прямому и 3-ья степень, когда угол приближается к острому. При врожденных перегибах, как сказано выше, тело матки может лежать на ее шейке.

Диагностика перегиба ставится на основании гинекологического двуручного исследования и трудности не представляет. Следует определить степень подвижности всей матки, а также в области перегиба. Кроме того, очень важно знать, насколько выражено сужение во внутреннем и наружном зеве, который можно видеть через зеркало. Это отверстие бывает иногда величиной в булавочную головку, определить же сужение всего цервикального канала можно лишь с помощью зонда: проходит ли он свободно или не свободно и где встречает препятствие. При потягивании матки книзу пулевыми щипцами, захватывающими влагалищную часть матки, угол между телом матки и шейкой часто выпрямляется.

При лечении перегиба матки нужно наперед стремиться к тому, чтобы устранить его и тем самым уничтожить непроходимость цервикального канала.

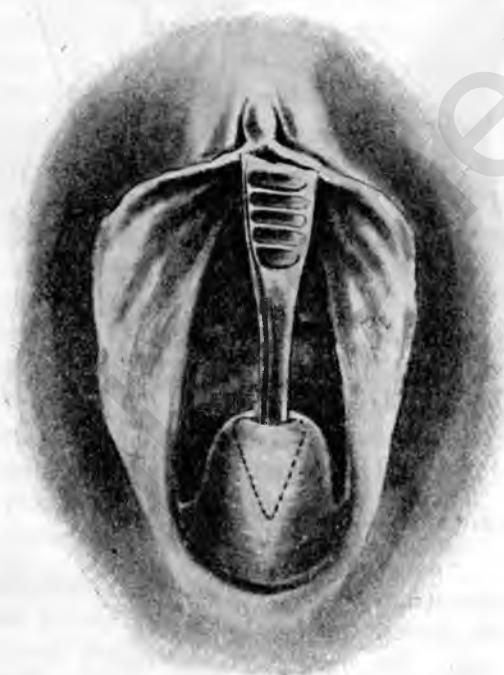
Наступившая беременность и роды уничтожают перегиб матки и таким образом излечивают болезнь.

Выпрямление и расширение шейки можно сделать помощью разбухающих веществ—палочек *tupello*, *laminarii digitat.*, прессованной губки и *ex tempore* бужами *Неgar'a* и *Landau*. Кровавое расширение внутреннего зева ничего не может дать, так как часто дело идет не о сужении в строгом смысле этого слова, а лишь о перегибе матки.

Для устранения перегиба рекомендуют вставлять в полость матки внутриматочные штифты—пессарии. Эти штифты сделаны из стекла или каучука и оканчиваются чечевицеобразным расширением. Они бывают внутри полые или сплошные (рис. 75); длина их должна

быть меньше длины полости матки, чтобы конец штифта не упирался в дно ее. Вставляется штифт после предварительного повторного введения маточного зонда. Влагалище раскрывается ложкообразными зеркалами, матка низводится насколько возможно книзу и после этого в полость ее вводится штифт; чечевицеобразное расширение должно упираться в заднюю стенку влагалища. Некоторые больные не переносят этих пессариев; у них появляются боли внизу живота благодаря тому, что матка реагирует на инородное тело и старается его выгнать. При воспалении придатков может

Рис. 76.



В цервикальный канал введен буж Landau и обозначена фигура окровавления на задней губе р. v.

ный канал за внутренний зев. После расширения бужами производят, если нужно, выскабливание полости матки.

Рис. 75.



Внутриматочные штифты.

быть с их стороны резкое обострение; лечение это должно быть поэтому применяемо с большой осторожностью и осмотрительностью.

Влагалищные пессарии приносят мало пользы.

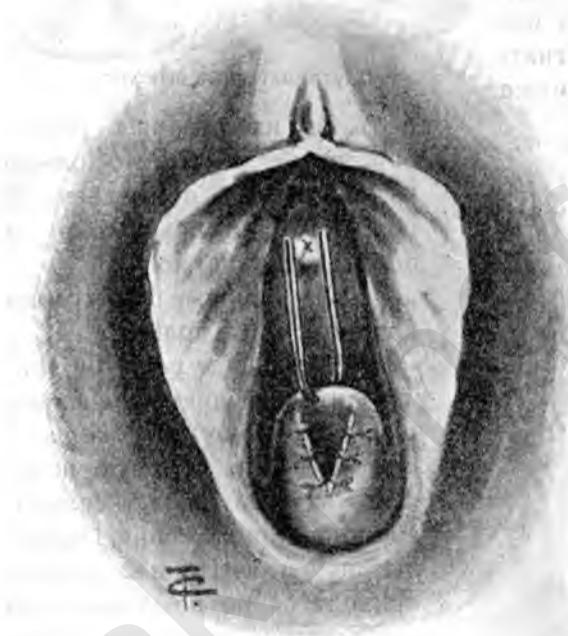
С большим успехом производится лечение расширением с помощью бужей Hegar'a или Landau. Больную помещают на край стола в спиннокрестцовом положении. Наружные половые части и влагалище приводятся по возможности в асептическое состояние и раскрываются ложкообразными зеркалами. После этого влагалищную часть матки захватывают пулевыми щипцами за переднюю или заднюю губу и низводят матку как можно больше книзу, а бужи номер за номером вводят в цервикальный канал.

Часто с перегибом матки вперед сочетается резкая коническая удлиненная шейка с сильным сужением наружного отверстия. Для увеличения наружного отверстия его расщепляют в стороны или вырезают клин из задней губы (рис. 76) и накладывают швы на края разреза (рис. 77). При рассечении шейки вправо и влево узловатые швы накладываются на разрезы передней и задней губы. Эти швы накладываются с целью остановить кровотечение и воспрепятствовать сращению краев раны.

Точно так же с той же целью накладываются швы на края разреза и при вырезывании клина из задней губы влагалищной части матки.

Рис. 77.

Рис. 78.



Клин вырезан и наложены швы на его края.



Excisio p. v. cuneiformis partialis.

Кроме этих операций производится еще частичная клиновидная эксцизия (*excisio portiois vaginalis cuneiformis partialis*). Делается она так, как показано на рисунке (рис. 78). После вырезывания клина, как показано на рисунке, края двух окровавленных поверхностей сшиваются; благодаря этому *orificium externum* увеличивается. При удлинении шейки клиновидная эксцизия делается выше на том уровне, на каком желательно отрезать часть шейки. Сшивание происходит таким же способом.

Наклонение матки назад (*retroversio uteri*) или перегиб ее (*retroflexio uteri*) бывает в громадном большинстве случаев приобретенным. Главной причиной запрокидывания матки назад служит расслабление поддерживающего ее связочного аппарата матки: круглых маточно-крестцовых связок (*lig. rotunda et lig. sacro-uterina*). Однако, нельзя всецело в запрокидывании матки назад обвинять лишь связочный аппарат, так как во многих случаях при полном расслаблении связочного аппарата матка все же остается в нормальном положении. С другой стороны, у нерожавших и у девиц находим иногда матку в положении *retroversio*, когда о вялости связочного аппарата и речи быть не может. Следовательно, в развитии *retroversio uteri* играет роль еще кое-что другое, и это кое-что другое является давлением кишек на переднюю стенку матки, когда тонкие кишки попадают между мочевым пузырем и маткой. *Retroversio uteri* может образоваться при врожденной короткости влагалища, что наблюдается обыкновенно у нерожавших. Тело матки здесь смещается кзади вследствие того обстоятельства, что укороченная передняя влагалищная стенка оттягивает кпереди ее шейку. Матка может отклоняться кзади опухолями придатков, располагающихся впереди матки. Редкой причиной указанной аномалии в положении матки могут служить сильные травматические повреждения, идущие извне, как то: удар, падение на спину прыжок, чрезмерное физическое усилие, значительное напряжение брюшного пресса.

Наклоением матки назад называется такое состояние ее, когда дно ее наклонено назад, а влагалищная часть смотрит кпереди (рис. 79).

Если же тело матки и шейка ее смотрят кзади, то это называется перегибом матки назад — *retroflexio uteri* (рис. 80). Такое состояние матки развивается на почве плохой инволюции матки и всего связочного аппарата после родов или после выкидыша.

Инфекционные заболевания в брюшине, происходящие на почве гоноррейной или септической инфекции, могут также вести к данному неправильному положению матки. Заболевания брюшины дают в результате перитонитические сращения, окружающие матку и ее придатки. При развитии этих сращений сзади матки, последняя может притягиваться кзади к позвоночнику.

Врожденные перегибы матки встречаются очень редко. Болезнь эта является одним из тяжелых заболеваний половой сферы, и с ней врачу приходится бороться очень упорно и долго, так как она причиняет большие страдания.

Симптомы бывают как местные, так и общие. Из местных симптомов на первый план выдвигаются боли в крестце, запоры, являющиеся как результат давления тела матки на прямую кишку. Благо-

даря тому, что в перегнутой матке кровообращение совершается не так, как при нормальных условиях, в ней происходят застои крови; результатом этого является увеличение матки и развитие эндометрита, часто фунгозного. На этой почве больная начинает жаловаться на чувство тяжести внизу живота и ощущение, как-будто что то хочет выйти наружу.

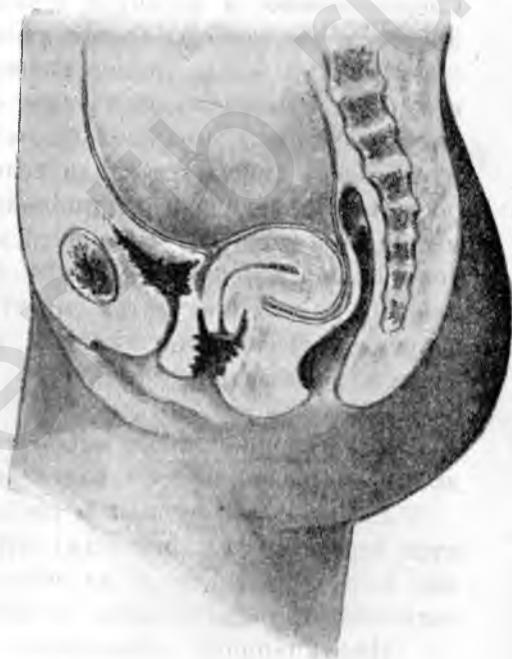
Увеличению матки и развитию болезни ее — так называемого метрита и эндометрита способствует также вышеупомянутая инфекция. Если гоноррейное или септическое заболевание распространилось на

Рис. 79.

Рис. 80.



Retroversio uteri.



Retroflexio uteri.

яичники и Фаллопиевы трубы, то присоединяются симптомы со стороны этих последних в виде болей справа и слева внизу живота, распространяющихся в нижние конечности. При образовании сращений тазовых органов с париетальной брюшиной, боли могут быть в различных отделах таза. При сильном перегибе матки назад наблюдаются такие же схваткообразные боли во время регул, какие бывают при *anteflexio uteri*, зависящие от непроходимости канала шейки матки (*Dysmenorrhoea*).

При развитии эндометрита нередко бывают менструальные кровотечения (*menorrhagia*) и после них кровянистые или слизисто-гнойные бели.

При заболевании, так же как и при *anteflexio uteri* наблюдается бесплодие, а при возникновении беременности в такой матке нередко наступает выкидыш, особенно при *retroflexio uteri*.

Из общих симптомов на первое место следует поставить сильные головные боли, появляющиеся без всякой видимой причины и во всякое время; далее, тошнота, кашель, нервное расстройство, тоскливое состояние и т. д.

Диагностика. Распознавание делается на основании двуручного гинекологического исследования, при чем прощупывается матка и определяется отношение ее и шейки к окружающим частям.

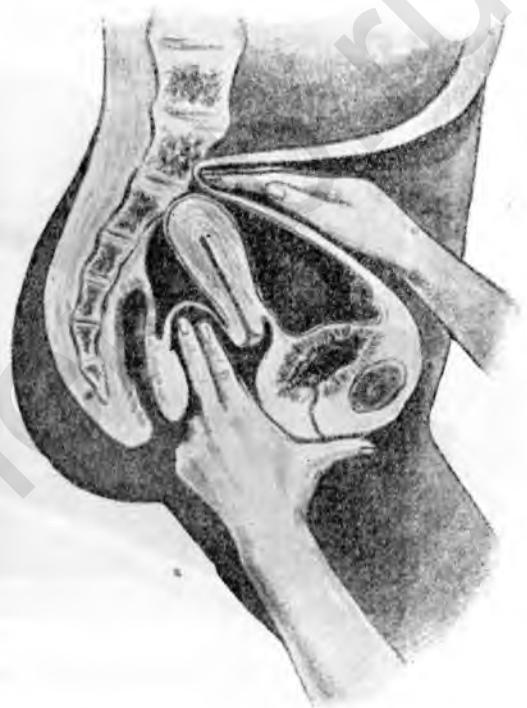
Если больная почему-либо мешает исследовать, напрягается ли брюшной пресс или оказывается чувствительность в нижней части живота, на помощь можно взять маточный зонд. Он всегда укажет направление полости матки. При этом должны быть приняты все антисептические и асептические предосторожности.

Для зондирования имеются, конечно, свои противопоказания. Так, при воспалении придатков, особенно гнойном, зондирования следует по возможности избегать.

В общем нужно сказать, что при загибе или запрокидывании матки назад для постановки диагноза достаточно в большинстве случаев одного бимануального гинекологического исследования. При этом важно решить вопрос: имеется ли у нас фиксированная *retroversio-flexio uteri* или подвижная, т. е. *retroversio-flexio fixata* или *mobilis*. От решения этого вопроса зависит способ лечебного воздействия.

Лечение разделяется на неоперативное и оперативное. Неоперативное лечение заключается, главным образом, в массаже матки и приведении ее в нормальное положение. Этот прием носит название „редрессация“. Делается она следующим образом: во влагалище в

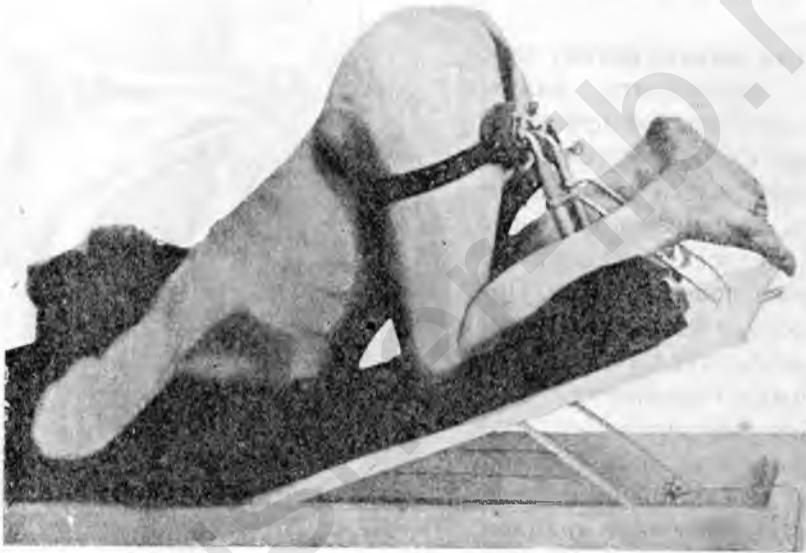
Рис. 81.



Redressatio uteri.

два пальца и распределяют их так, чтоб один палец, указательный, отдавливал влагалищную часть матки кзади, а средний палец старается приподнять тело матки кверху. Можно поступать и так: двумя пальцами приподнимают матку через задний свод, другой же рукой, постепенно углубляясь в таз, захватывают тело матки и переводят его наперед (рис. 81). Делается это, конечно, не сразу, а в несколько сеансов массажа, и все время надо помнить, что нельзя причинять боли больной. Иногда удается поставить матку на место лишь при помощи отдавливания указательным пальцем кзади влагалищной ее

Рис. 82.



Коленолоктевая гимнастика.

части. В помощь массажу рекомендуется коленолоктевая гимнастика, которую больная может производить у себя на постели, становясь в положение *à la vache* раза два в день по 15—20 минут. Для этой цели д-ром Лавриновичем была предложена особая кушетка, на которой больная становится в должную позу (рис. 82). Благодаря такой гимнастике матка, в силу собственной тяжести, мало-по-малу перекидывается телом своим наперед и облегчает редрессацию ее.

Массаж приносит пользу главным образом при *retroversio mobilis*, при фиксированной же *retroversio* он очень часто не дает особых результатов, и больная, если и получает облегчение, то очень не надолго. Перед массажем больная должна по возможности опорочить

желудочно-кишечный канал и мочевой пузырь. Наполнение того и другого в значительной степени затрудняет массаж. Производству его мешают также толстая брюшная стенка и нервозность больной, особенно при чувствительности в нижней части живота.

После того, как матка приведена в нормальное положение при *anteversio uteri*, ее нужно удержать в нем; для этой цели рекомендуют пессарии различной формы и величины.

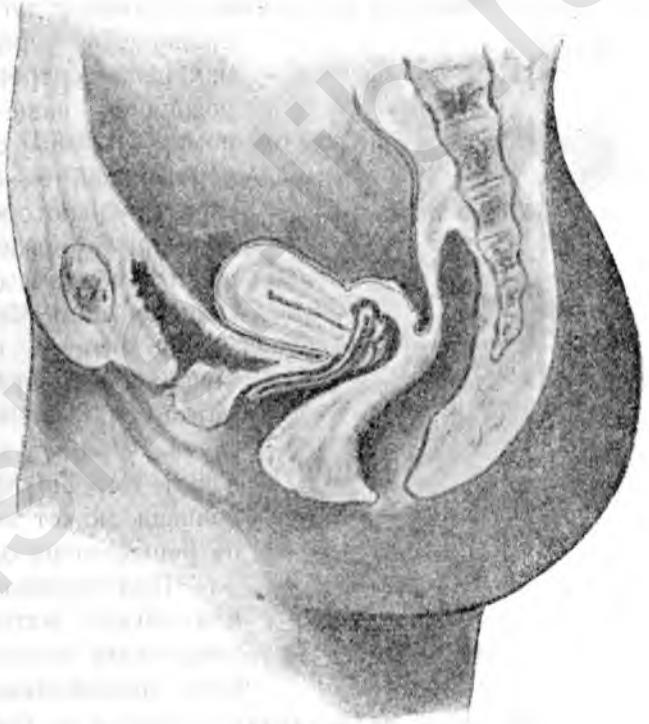
Самый употребительный из них пессарий Hodge (рис 83). Он готовится из различного материала: медной проволоки, твердого каучука, стекла, алюминия, целлулоида. Самый лучший материал — это твердый каучук, который, если нужно сделать его мягким, кладут в го-

Рис. 83.



Пессарий Hodge'a.

Рис. 84.



Положение введенного кольца Hodge'a.

рячую воду и придают ему должную форму. Пессарий, согнутый как должно, имеет в профиль вид французской буквы S. Задний конец — широкий, загнут кверху, а передний — узкий, загнут книзу. Величина их определяется различными номерами, при чем выбор кольца зависит от ширины и длины влагалища. Кольцо-пессарий должно лежать так, чтобы оно не слишком сильно растягивало влагалище и не давило на влагалищную часть матки, в противном случае будут

образовываться пролежни и развиваться язвы. Наблюдались случаи, когда большое кольцо вросло в слизистую оболочку влагалища и закрывалось ею со всех сторон.

Кольцо должно лежать так (рис. 84), чтобы оно лишь слегка приподнимало задний свод; влагалищная часть матки должна находиться в нем свободно, а передний конец не должен давить на лонную дугу и на мочеиспускательный канал.

Номер кольца определяют приблизительно, вводя два пальца во влагалище и касаясь верхушкой среднего заднего свода; затем локтевой край указательного пальца придавливают к лонной дуге, отмечают на пальце это место, а затем непосредственно измеряют сантиметровой, чему равняется расстояние от лонной дуги до верхушки заднего

Рис. 85.



Пессарий Thomas'a.

свода. Для опытного человека этого измерения не требуется; обыкновенно для рожавшей чаще всего прописывается номер $7\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$ сант. в диаметре, а для нерожавшей 6—8 сан. Вставив кольцо, следует некоторое время наблюдать, хорошо ли лежит кольцо, не давит ли на что-нибудь и держит ли матку на нормальном месте. Через 2—3 месяца нужно кольцо вынуть, оставить больную без кольца и посмотреть: будет ли оставаться матка в anteversio или нет. В последнем случае, промыв кольцо, его снова вставляют. Хорошо приспособленное кольцо больная может носить всю жизнь, если не решается на операцию.

При осложнении запрокидывания или загиба матки назад воспалением придатков, лечение пессариями должно быть производимо с большой осторожностью; малейшее надавливание кольцом на больной придаток, вызывает резкое обострение хронического заболевания. У нервных особ пессарий иногда также не приносит пользы, а раздражает их, и тогда волей-неволей приходится удалить его.

Кроме пессария Hodge'a рекомендуется еще при retroversio пессарий Thomas'a (рис. 85) с сильно загнутым вверх и утолщенным задним концом, который значительно растягивает заднюю стенку влагалища и может производить пролежни. Предлагается еще восьмиобразный пессарий Schultze (рис. 86); в маленькое отверстие вставляется влагалищная часть матки, а овальный передний конец покоится

на лонной дуге. Введение pessaria делается так: левой рукой раскрывают наружную половую щель, кольцо берется правой рукой и ставится ребром по диагонали входа во влагалище, и, напирая им на промежность, проводят в рукав. Здесь его ставят поперек и, надавливая указательным пальцем на широкую дужку кольца, стараются провести его в задний свод; тогда передний конец сам станет под лонной дугой.

При фиксированной матке массаж дает, по моему мнению, сравнительно редко благоприятный результат. Насильственный разрыв сращений под наркозом бимануальным приемом едва ли может быть очень рекомендуем, так как разрыв этот делается в темную и может сопровождаться осложнениями, главным образом кровотечением. Redressatio uteri помощью зонда делать не советую, так как легко поранить или даже разорвать стенку матки.

Это пособие делается таким образом: вводится дугообразно изогнутый зонд до внутреннего зева, затем поворачивают его пуговкой кзади и идут до дна, потом поворачивают его кпереди и рукоятку зонда опускают книзу. Это следует производить без всякого насилия, в противном случае попытка поднятия матки зондом должна быть оставлена.

Методическая тампонация заднего свода и горячие влагалищные спринцевания тоже могут в некоторых случаях дать хорошие результаты, даже при сращении матки с задней стенкой таза и прямой кишкой.

Присутствие pessaria во влагалище больная не должна ощущать; он не мешает coitus'у и возможности беременности. Если больная забеременела с кольцом, его держат во влагалище до полных трех месяцев беременности, когда уже нечего бояться, что матка снова опрокинется назад.

Оперативное лечение запрокидывания матки назад связано со вскрытием полости живота или без него. Последнее возможно лишь при retroversio mobilis, т. е. когда нет сращений с окружающими частями. Для этой цели было предложено и теперь производится в большом масштабе укорочение круглых маточных связок в паховых каналах — операция Alexander-Adams'a. Эта операция делается следующим образом: матка приводится двуручным способом в нормальное положение и удерживается в таковом с помощью pessaria; затем параллельно пупартовой связке проводится разрез на уровне

Рис. 86.

Восьмиобразный
пессарий Schultze.

наружного пахового кольца и вскрывается паховой канал (рис. 87). Здесь находят круглую маточную связку, отсепааровывают ее и, оттягивая ее за маточный конец, с одной стороны приводят матку в нормальное состояние, а с другой вытягивают наружу излишек растянутой связки и срезают ножом (рис. 88), перевязав лигатурой ее периферический конец. Затем центральный конец снова вшивают в паховой канал на старое место (рис. 89) и зашивают апоневроз, а на каждую рану накладывают аграфы. То же самое делается и на другой

Рис. 87.



Операция Alexander-Adams'a.

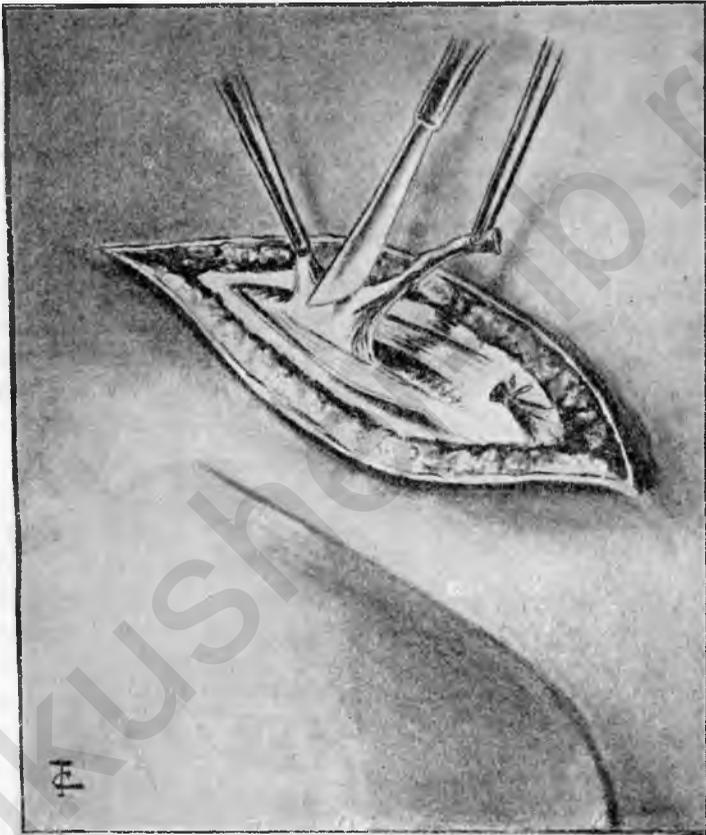
Сделан разрез над пупартовой связкой. Просвечивается *lig. rotundum*.

стороне, при чем контролируют, находится ли матка в нормальном положении. При фиксированной *retroversio* способы операций связаны со вскрытием брюшной полости. Эти способы разделяются на влагалищные и брюшные (т. е. через брюшную стенку). Влагалищные носят название *vaginofixatio*, *vesicofixatio* и *vaginofixura* посредством круглых маточных связок.

Для влагалищных способов требуется также полная подвижность матки, поэтому они рекомендуются главным образом, при *retroversio-flexio uteri mobilis*; в тех же случаях, где существуют сращения — сначала вскрывается задний свод (заднее Дугласово пространство), отделяются сращения и тогда только приступают к *vaginofixatio*.

Schücking¹⁾ был одним из первых, предложивших пришивать

Рис. 88.



Операция Alexander-Adams'a.
Срезывается излишек круглой маточной связки.

матку к переднему влагалищному своду одним швом. Он проводил его с помощью особой иглы, спрятанной в гильзе, которая имеет две кривизны: одну маточную, а другую для промежности. Он проводил иглу без вскрытия влагалищного свода в полость матки и выводил ее

¹⁾ Centralblatt für Gyn. 88, № 12.

между мочевым пузырем и маткой; одна нить проходила при этом в указанном месте, а другая выходила из цервикального канала и связывалась узлом. При этом способе выведения иглы часто ранился мочевой пузырь (на что указывала кровавая моча), несмотря на старания отвести его в сторону с помощью катетра. Перед операцией матка должна быть приведена в нормальное положение. Чтобы устранить

Рис. 89.



Операция Alexander-Adams'a.

Вшивание центрального конца круглой маточной связки.

это осложнение со стороны мочевого пузыря, Dittsen'ом и друг. предложено вскрывать продольным поперечным разрезом передний свод и отсепаровывать вверх мочевой пузырь, чтобы не поранить его при проведении швов.

Vaginofixatio делается следующим образом: влагалищная часть матки захватывается щипцами Museaux или пулевыми и низводится

насколько возможно книзу; затем проводят поперечный (по Dürssen'у) или продольный (Maskenrodt, Martin, Лебедев и друг.) разрез, начиная его на 1 сантиметр ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала и оканчивая на влагалищной части матки. К продольному разрезу присоединяют иногда и небольшой поперечный.

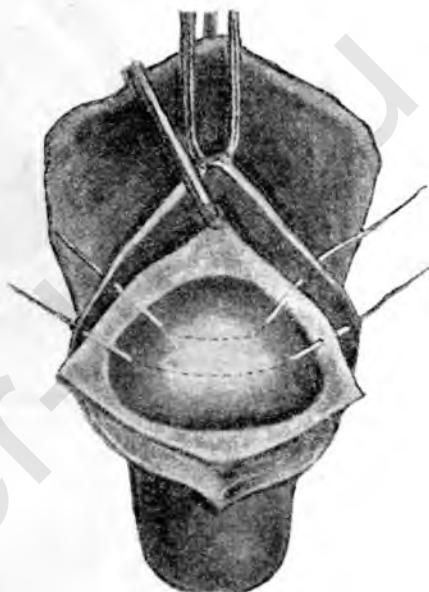
Мочевой пузырь отсепа-
ровывают кверху, вскрывают
брюшину и обнажают переднюю
стенку приведенной в нормальное
положение матки. После этого че-
рез стенку матки проводят 3 шва
(рис. 90) и пришивают ее к пе-
редней влагалищной стенке; наложе-
нием швов на брюшину и влага-
лищную стенку оканчивают опе-
рацию.

Чтобы не получалось слиш-
ком крепкого и неподвижного сра-
щения с влагалищной стенкой, Ма-
schenrodt предложил фиксировать
матку к брюшине, покрывающей
мочевой пузырь, т. е. делать так
называемую *vesicofixatio uteri*. Пред-
лагалось также укорочение круглых
маточных связок через влагалище
путем *colpotomii ant.* и вшивание
их в вагинальную рану. Больные после *vaginofixatio* остаются в
постели от 10 до 12 дней; фиксирующие швы матки снимаются
через 3 недели.

Укорочение круглых маточных связок через брюшную стенку про-
изводится по Menge так, как это представлено на рисунках 91, 92, или
по способу Baldy-Dartigues, при котором круглые маточные связки
проводят на заднюю стенку матки через отверстия, сделанные в ши-
рокой связке, делают петли и пришивают их к задней стенке матки.

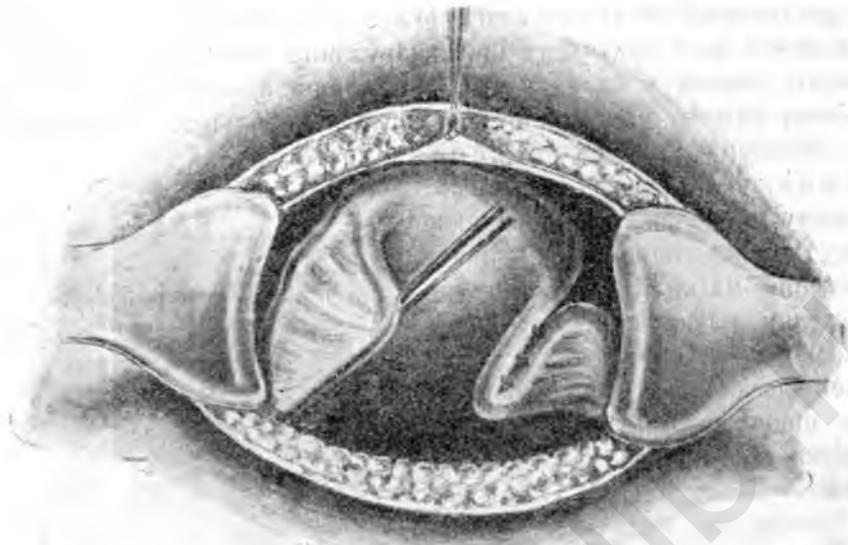
Doléris предложил свой способ восстановления нормального
положения матки. Он делает это так: по белой линии проводится не-
большой разрез кожи между пупком и лонным соединением, фасция
также вскрывается продольно, и мышечные волокна той и другой пря-
мой мышцы раздвигаются тупым путем на небольшом пространстве;
в брюшине и фасции делается соответственно этому месту разрез и
через него протаскивается с помощью пинцета круглая маточная
связка (рис. 93) на той и на другой стороне, затем петли круглых

Рис. 90.



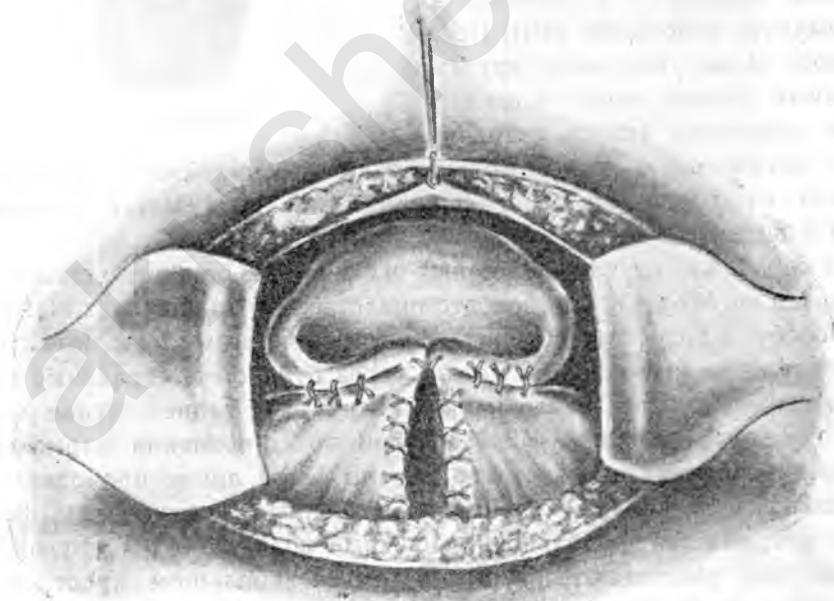
Vaginofixatio.

Рис. 91.



Операция укорочения круглых связок по Menge
1-й момент.

Рис. 92.

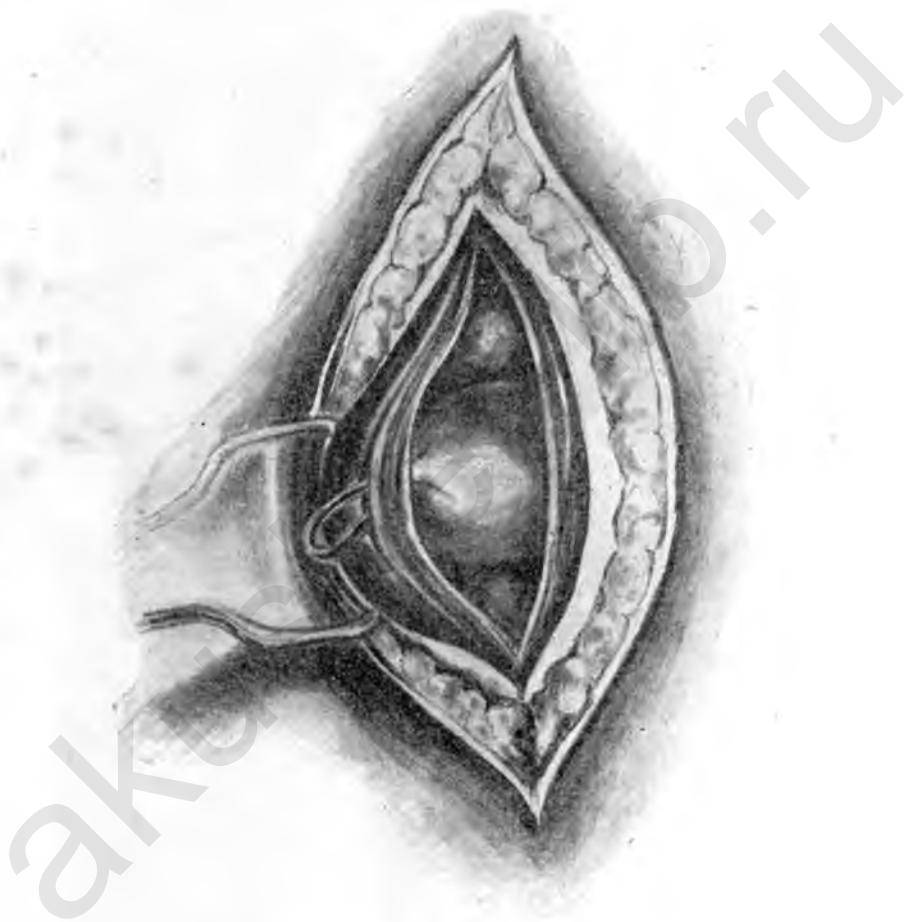


Операция укорочения круглых связок по Menge.
2-й момент.

связок сшиваются (рис. 94). Этот способ с успехом может быть применен вместо операции Alexander'a в тех случаях, где имеется *retroversio-flexio uteri fixata*.

Кроме вышеприведенных операций рекомендуется еще операция *ventrofixatio uteri*, т. е. прикрепление матки к передней брюшной

Рис. 93.



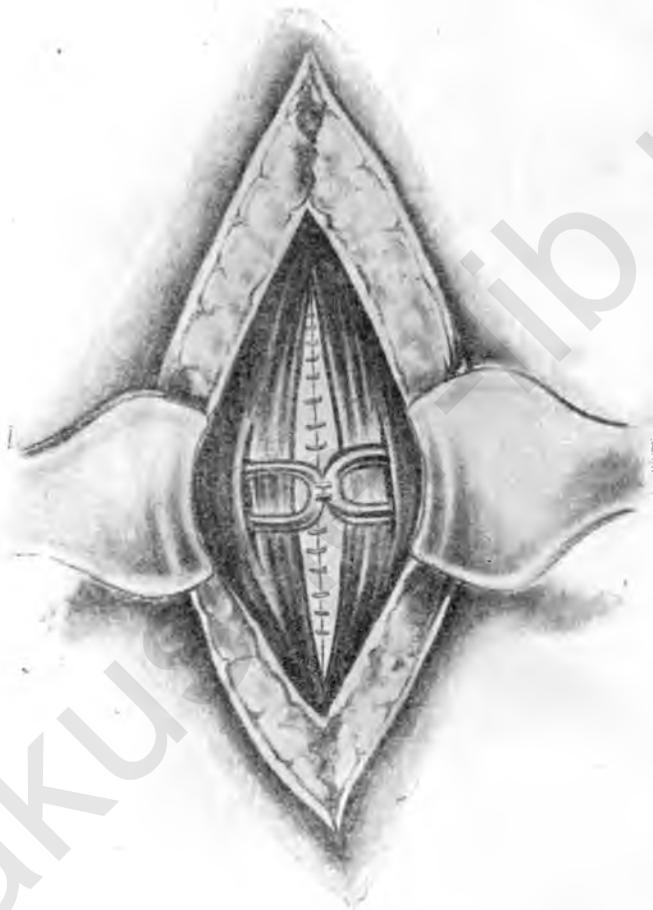
Операция Doléris. 1-й момент.

стенке, при чем она пришивается к ней 2 — 3 швами, и швы проводятся через переднюю стенку, или она пришивается за круглые маточные связки. Классический способ *ventrofixatio* — это способ Leopold'a - Czerny. Брюшная полость вскрывается по белой линии настолько, чтобы провести в нее руку. Помощью руки матку отделяют от сращений, если таковые имеются. После этого приводят ее

в положение anteversio и пришивают к апоневрозу, избегая при этом проникать в ее полость.

Швы располагаются на матке следующим образом: 1-я пара захватывает ее стенку на уровне отхождения Фаллопиевых труб или немного выше, 2-я пара немного ниже; если имеется третья пара,

Рис. 94.



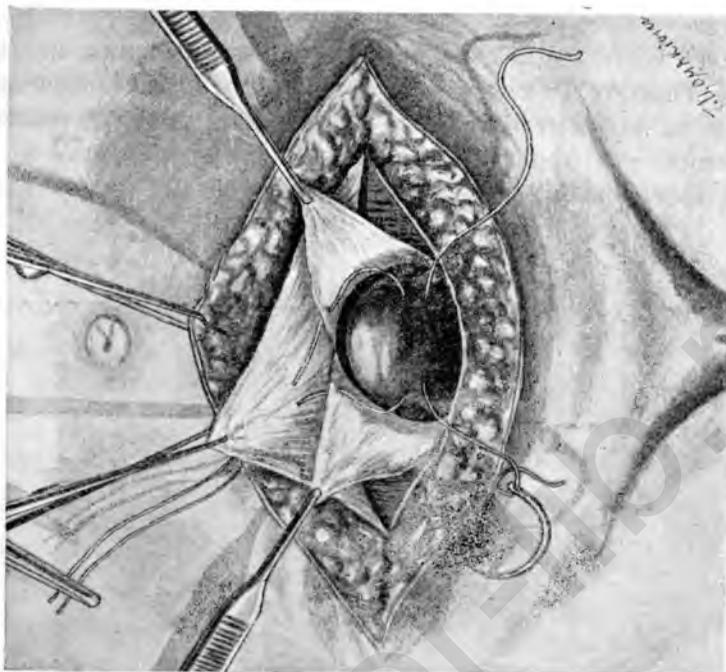
Операция Doléris. 2-й момент.

то она проводится между ними. Швы можно выводить и на кожу брюшной стенки.

По Olshausen'y матка пришивается к брюшной стенке за круглые связки в местах их отхождения от матки.

Ventrofixatio по Kocher'y производится путем пришивания брюшины ко дну матки. Для избежания беременности из Фаллопиевых

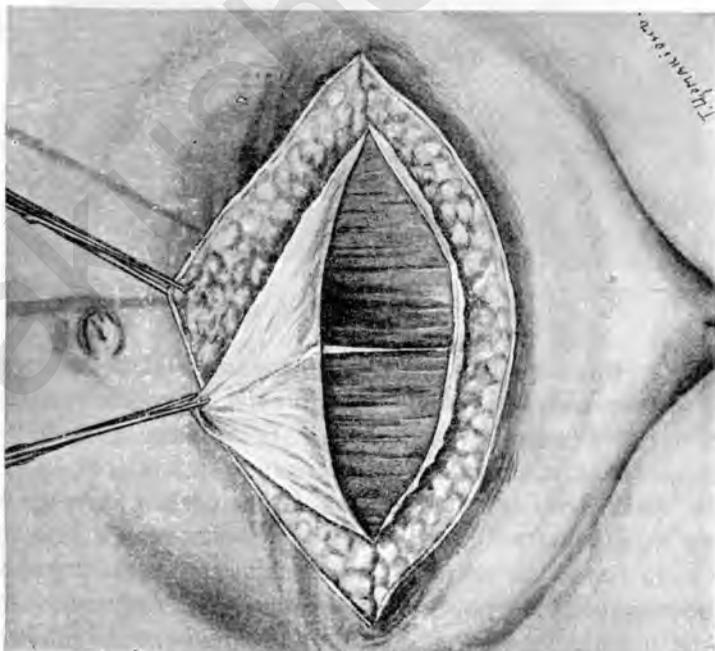
Рис. 96.



Ventrofixatio.

Швы проведены через стенку матки, и одна пара швов уже выведена на апоневроз.

Рис. 95.



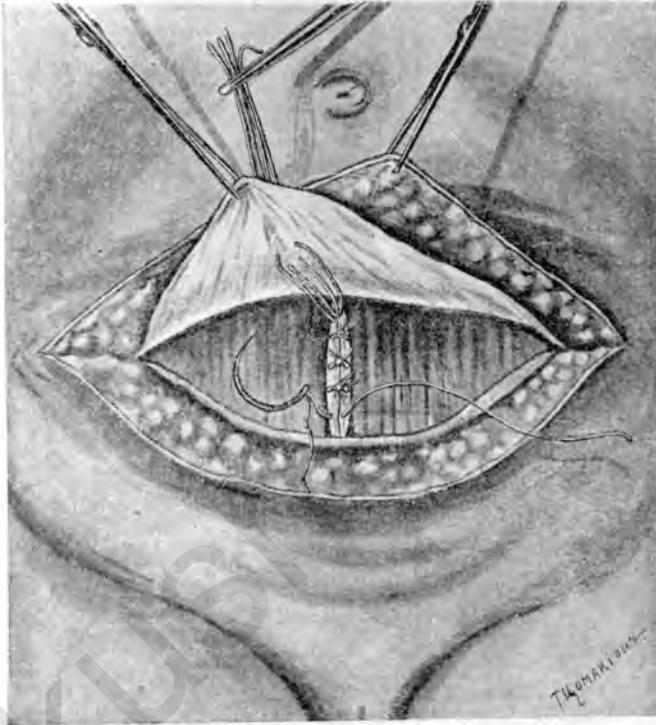
Поперечный разрез над лобком.

Разрезана поперек кожа и апоневроз.

труб вырезаются после двойной перевязки куски, т. е. делается стерилизация.

Я делаю *ventrofixatio* с разрезом по средней линии или с поперечным по способу Pfannenstiela, при чем матка пришивается за тело или за круглые маточные связки у места их отхождения от нее. Операция эта производится следующим образом: 1-й момент (рис. 95) — поперечный разрез кожи, подкожной клетчатки и фасции;

Рис. 97.



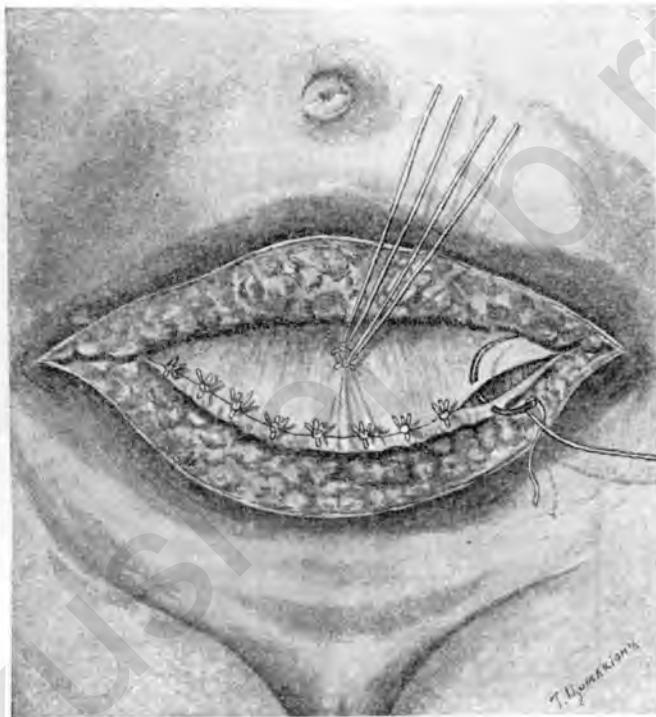
Ventrofixatio. Зашивание брюшины.

2-й — вскрытие брюшины вдоль, извлечение матки и проведение швов через переднюю ее стенку, брюшину и верхний отрезок апоневроза (рис. 96); 3-й момент — зашивание брюшины (рис. 97); 4-й — зашивание апоневроза и завязывание маточных швов (рис. 98). На рис. 99-м матка фиксирована к брюшной стенке за круглые маточные связки, швы выведены на апоневроз и завязываются на нем (рис. 100). Брюшная рана в том и другом случае соединяется аграфами. Вся операция протекает быстро, попутно удаляются опухоли придатков, разрушаются сращения. Послеоперационное течение гладкое.

На основании своего опыта могу сказать, что с помощью этой операции достигаются хорошие результаты. Я произвожу ее предпочтительно перед другими оперативными способами при фиксированной *retroflexio-versio*.

Из всех перечисленных способов самой лучшей операцией следует считать, по моему мнению, операцию Alexander-Adams'a; при ней матке придается нормальное положение, в то же самое время

Рис. 98.



Ventrofixatio. Маточные швы завязаны на апоневрозе.
Зашивается апоневроз.

не нарушается подвижность ее и отношение к окружающим частям. Но одним из главных условий для производства этой операции является отсутствие сращений матки с окружающими частями, что, к сожалению, не так часто встречается.

Из двух способов операций: *vaginofixatio* и *ventrofixatio* я отдаю предпочтение последней, так как при ней создается более нормальное положение матки, чем при первой операции. При *vaginofixatio* мы получаем при операции резкую *anteversio* или *anteflexio*, что с своей стороны может повести к соответствующим припадкам, а во время

родов представить даже довольно серьезные осложнения, каковые уже описаны в литературе. Шейка матки во время родов отходит все выше и выше и смотрит сильно кзади. Такие случаи служили показанием к оперативному вмешательству до кесарева сечения включительно. Описаны случаи смертных исходов во время родов после *vaginofixatio*. Благодаря этому, многие авторы не рекомендуют эту операцию в возрасте половой зрелости.

Рис. 99.



Пришивание матки за круглые маточные связки.
Лигатуры захватывают круглые маточные связки,
и концы их выведены на апоневроз.

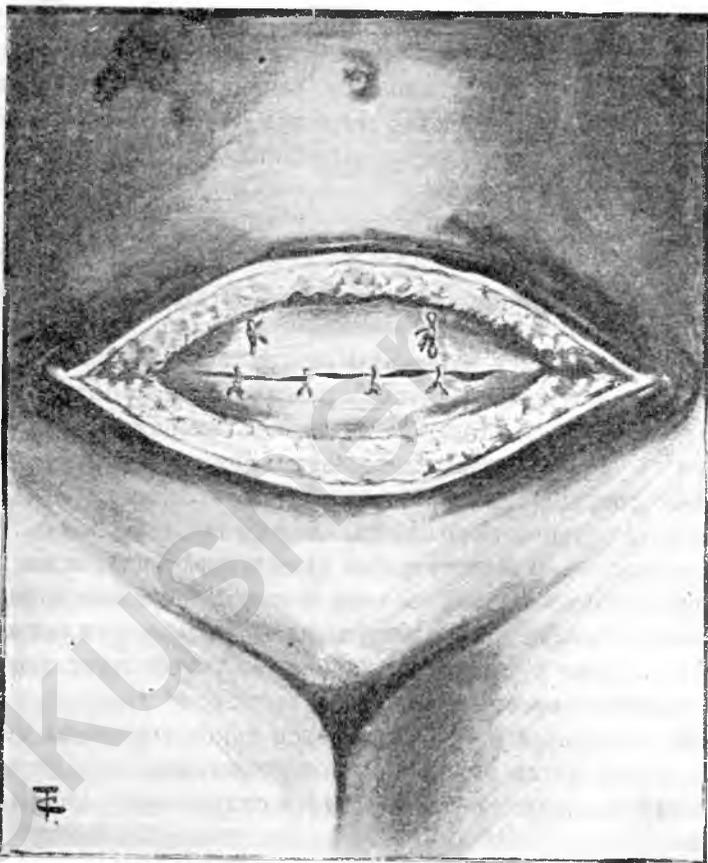
При *ventrofixatio*, особенно, если матка не пришита высоко, я ни разу не наблюдал каких-либо осложнений во время беременности и родов. В 12 случаях беременности из оперированных мною по способу *ventrofixatio* ни в одном я не наблюдал каких-либо отклонений от нормы; ни во время беременности, ни во время родов не было даже задержки родового акта.

Судя по литературе, иногда наблюдаются и выкидыши и трудные роды, даже оканчивавшиеся кесаревым сечением, но это бывает при

высоком пришивании матки, когда шейка ее не достигается во время родов.

Что наблюдается при этой операции, так это болезненность в области пришитой матки и давление на мочевой пузырь; появляются частые позывы на мочу. Матка в первое время после операции увеличивается иногда в своем объеме, дает как бы явления метрита, но потом уменьшается, и вскоре все приходит в норму.

Рис. 100.



Пришивание матки за круглые связки.

Швы, фиксирующие матку, завязаны на апоневрозе.

Рецидивы после *ventrofixatio* наблюдаются очень редко, даже после родов. Я по крайней мере ни разу их не видал после родов во всех своих случаях. Вне родов я наблюдал возврат болезни у двух больных, что можно объяснить только плохим сращением в силу каких-то обстоятельств, о которых с положительностью сказать нельзя.

Говоря об этой операции, как о чрезвычайно легкой, отнимающей очень мало времени, следует все же помнить, что она связана со вскрытием брюшной полости, а следовательно, при производстве ее должны быть приняты все асептические и антисептические мероприятия, какие предписываются вообще при чревосечениях в случае удаления опухолей матки и ее придатков. Пришивая матку в последнее время за круглые маточные связки, я остаюсь еще более доволен результатами операции. Нет тех болевых ощущений в матке, какие бывают при пришивании ее за тело, она не увеличивается в своих размерах и сохраняет полную подвижность.

С более подробным разбором задних смещений матки можно познакомиться по дисс. В. А. Мишина, вышедшей из моей клиники под заглавием „О задних смещениях матки (Retroversio flexio uteri) и их лечении в 1918 г.“.

Г Л А В А XII

О ПОЛНОМ И НЕПОЛНОМ ВЫПАДЕНИИ И ВЫВОРОТЕ МАТКИ.

Неполным выпадением матки называется такое состояние, когда влагалищная часть матки находится перед наружными половыми частями, а тело матки на своем обычном месте или немного ниже. При этом чаще всего выпадает и влагалище, передняя и задняя стенка его. Если влагалищные своды на месте, и не наблюдается выпадения ни передней, ни задней стенки влагалища, а влагалищная часть выступает наружу, то дело идет о гипертрофии влагалищной части матки.

Причины такой изолированной гипертрофии влагалищной части матки неизвестны. Она может наблюдаться как у рожавших, так и у нерожавших, даже у девиц, имеющих во всех других отношениях здоровые половые органы.

Полным выпадением матки называется такое состояние ее, когда она вся целиком находится перед половыми частями.

Полному выпадению матки часто сопутствует полный выворот влагалища.

При неполном выпадении матки, которое бывает в громадном большинстве случаев вторичное, т. е. следует за выпадением влагалища, наблюдается гипертрофия шейки, при чем она не только вся увеличивается в длину, но и довольно сильно утолщается. В других случаях она лишь вытягивается в длину, стенки же ее утончаются, и толщина их достигает иногда чуть не толщины писчей бумаги.

Причины выпадения как влагалища, так и матки, лежат главным образом в потере тонуса всего полового аппарата, в расслаблении

связок, поддерживающих матку, и нарушении связи между слизистой оболочкой влагалища и подслизистым слоем.

Неправильные положения матки в виде *retroversio-flexio uteri* служат одним из моментов, облегчающих ее выпадение. Выпадение матки может происходить также под влиянием опухолей полости таза и живота. Разрывы промежности благоприятствуют выпадению влагалища. Если сначала выпадает передняя стенка влагалища, она тянет за собой то место, в котором она прикрепляется к шейке матки. Спустя некоторое время, в наружных половых частях показывается *p. vaginalis*. Передний свод отсутствует, а задний может быть на месте или почти на месте, тело матки также. Во втором случае оба свода уже отсутствуют, а тело матки стоит еще высоко. В первом случае будет удлинение средней части шейки матки, а во втором — ее надвлагалищного отдела. Деление шейки матки на отделы показано на рисунке 67. На этой схеме видно, что при выпадении матки может гипертрофироваться ее влагалищная часть, при чем влагалище не принимает участия; при гипертрофии среднего отдела шейки принимает участие передняя стенка влагалища; она выпадает первой, а за ней уже и задняя; наконец, при гипертрофии надвлагалищного отдела принимает участие в выпадении все влагалище.

Указанное деление шейки матки принадлежит *Schröder's*. Он различает *pars infravaginalis*, т. е. часть, лежащую ниже прикрепления переднего влагалищного свода, *pars supravaginalis*, т. е. часть, лежащую выше прикрепления заднего влагалищного свода, и *pars media*. По *J. Halban's* нельзя согласиться с мнением *Schröder's*, что при выпадении одной только передней стенки влагалища получается удлинение среднего отдела шейки, а при выпадении обеих влагалищных стенок удлинение надвлагалищного отдела шейки; он считает, что выпадение и удлинение относятся к тому отделу матки, который лежит в грыжевых воротах, и если здесь помещается часть тела матки, то и она удлиняется.

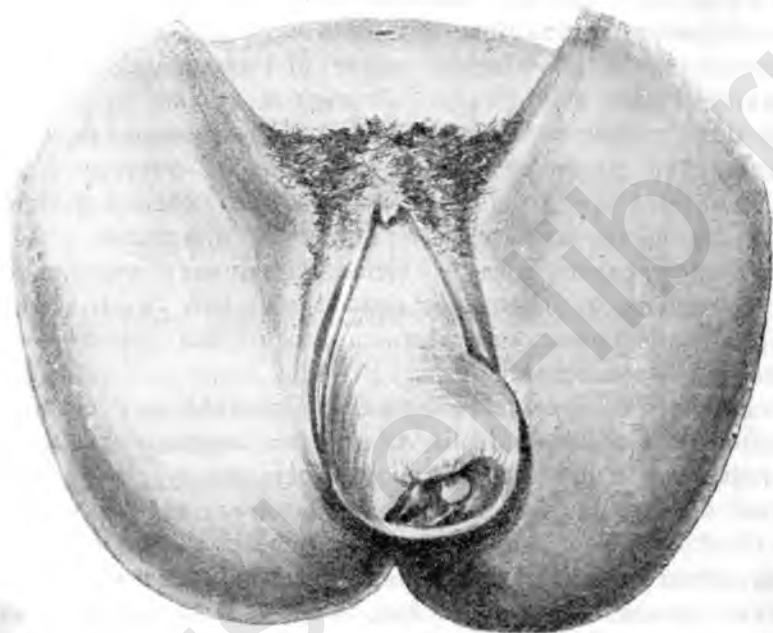
При полном выпадении матки не наблюдается гипертрофии шейки матки, и отношения между телом матки и шейкой остаются такие же, как и в нормальном состоянии (см. рис. 104).

При падки при неполном выпадении следующие: тяжесть внизу живота и как бы выход какого-то тела из половых частей во время ходьбы, натуги, тяжелой работы. Появляются частые позывы к мочеиспусканию, дизурия и боли в крестце, иногда у таких больных развивается неврастения. Месячные нормальны. Беременность возможна. Как скоро больная ложится в постель, болезненные припадки быстро исчезают, и она себя чувствует здоровой; при возобновлении работы они снова появляются. С течением времени, все с большим и большим

выходом матки из половых частей симптомы усиливаются, и, наконец, при полном выпадении матки они остаются и при лежании больной.

Если выпадение матки осложняется заболеванием придатков, то к упомянутым припадкам присоединяются еще боли в паховых областях, пояснице. При выпадении мочевого пузыря и прямой кишки, т. е. при развитии *cystocele* и *rectocele*, появляются припадки со стороны этих органов; об этом было упомянуто при выпадении влагалища.

Рис. 101.



Неполное выпадение матки.

Диагностика устанавливается на основании осмотра, ощупывания и исследования зондом. Непосредственный осмотр дает следующее (рис. 101): перед наружными частями видна опухоль, которая увеличивается при натуживании больной. Опухоль покрыта огрубевшей слизистой оболочкой, по цвету сходной с окружающей кожей. На верхушке этой опухоли замечается отверстие круглой или щелевидной формы, часто с большими язвами по краям; такие же язвы, образующиеся от трения платьем, находятся и на других местах опухоли. Приподнимая эту опухоль кверху, мы часто обнаруживаем разрыв промежности. Содержание опухоли определяется ощупыванием.

При неполном выпадении матки в этой опухоли прощупывается ее шейка; влагалищные своды почти или совсем отсутствуют; чаще отсутствует передний свод, задний же еще имеется на лицо, но нередко

укорочен; боковые своды также укорочены. Слизистая оболочка влагалища гипертрофирована, морщиниста и образует складки. Под передней стенкой влагалища наблюдается припухлость, которая при введении катетра в мочевой пузырь оказывается не чем иным, как частью мочевого пузыря, выпавшего позади передней стенки и образовавшего так называемое *cystocele*. На рис. 102 и 103 представлено

Рис. 102.



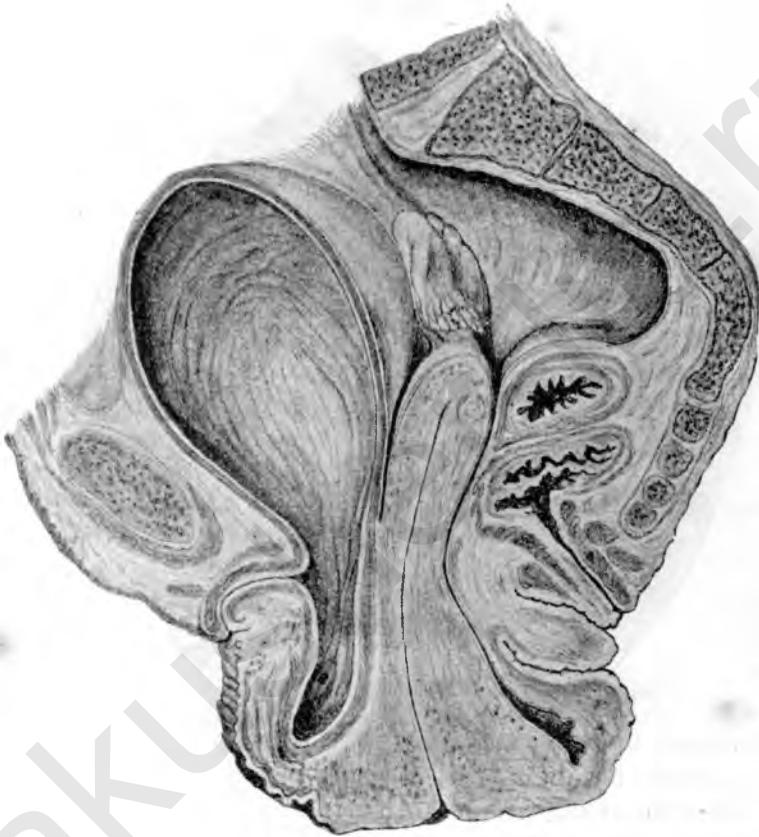
Колпоcystocele и частичное выпадение матки.
Удлинение cervicis и части матки.

неполное выпадение матки на сагитальном разрезе по J. Halban'у. Рис. 102 изображает частичное выпадение матки и *colpocystocele*. На рис. 103 тоже представлено частичное выпадение матки с *colpocystocele*, но благодаря ущемлению в вульварном кольце вся влагалищная часть отекает.

При введении пальца в *rectum* можно в некоторых случаях найти выпадение прямой кишки, т. е. *rectocele*.

После этого приступают к исследованию бужем и зондом. Помощью его нужно определить — какое участие в выпадении принимает тело матки и какое участие шейка. Очистив влагалищную часть матки мылом, 5% карболкой, спиртом, вводят в цервикальный канал буж и ведут его до первого препятствия. Это препятствие не что иное, как *orificium internum*. Делают небольшое насилие, буж проходит дальше

Рис. 103.



Колпocыcтоцеле и частичное выпадение матки. *Elongatio cervicis* и части тела матки.
Гипертрофия (отек) *portio vaginalis*.

и встречает другое препятствие и дальше уже пройти не может; это второе препятствие — дно матки. Вычитая из второго размера первое число, получим длину полости матки. После этого вся выпавшая наружу часть вправляется внутрь, и помощью бимануального исследования определяется, в каком положении находится матка. Очень часто она находится в положении *retroversio*. При первичной гипертрофии влагалищной части матки и выхождении ее из наружных

половых частей, влагалищные своды находятся на своем нормальном месте, тело матки также. Если при выпадении влагалища матка лишь опущена и *p. vaginalis* не выходит из наружной половой щели, то тогда говорят о спускании матки — *descensus uteri*.

Лечение выпадения матки разделяется на оперативное и неоперативное.

Неоперативное лечение можно назвать палиативным, так как при нем оказывается лишь временная помощь; оперативное же лечение можно считать радикальным.

Неоперативное лечение заключается в вправлении выпавших частей на место и придерживании их помощью пессариев и других аппаратов. Первое место занимает пессарий Meueg'a — круглое кольцо, сделанное из резины. Оно бывает разных номеров и выписывается, смотря по ширине влагалища. При неправильном положении матки употребляются пессарии Hodge, Prochownik'a и Schatz'a в виде чашки с отверстиями. Кроме того в ходу так называемые стебельчатые пессарии. На рис. 105 такой стебельчатый пессарий приделан к поясу.

Очень часто, особенно в деревне, сами больные устраивают себе пессарии. Они делают их из березового, легко гнущегося прута и обтягивают кожей, или вкладывают во влагалище различные посторонние предметы. О крокетном шаре, вложенном больной во влагалище, я уже говорил. Я видел случаи, где таким поддерживающим пессарием был комок сена, различные тряпки. В одном случае вложенные во влагалище для поддержания матки в различное время тряпки вызвали свою грязью реактивное воспаление; эти тряпки окутались ложными перепонками и вывалились наружу вместе с маткой, симулируя опухоль — омертвевшую миому, родившуюся наружу.

При ближайшем же осмотре оказалось, что эта опухоль не что иное, как целая куча разноцветных тряпок, покрытых ложными перепонками, и выпавшая матка.

Рекомендовалось еще лечение массажем по Thure-Brant'y но оно плохо помогает. Если оно и дает улучшение, то лишь временное.

Оперативное лечение выпадения матки. При неполном выпадении матки одним из наиболее старых методов хирургического лечения можно считать метод, предложенный Schroeder'ом. Он состоит из трех моментов: *amputatio colli uteri supravaginal*. (надвлагалищная ампутация шейки матки), *colporrhaphia ant. et colpo-perineorrhaphia*. Путем ампутации шейки матки достигается не только укорочение всего органа, но и пересадка сводов на другое место, выше, чем это было раньше.

Двумя другими операциями стремятся уменьшить размеры влагалища; восстанавливается и поднимается выше промежность, и

таким образом создается хорошая поддержка для передней стенки влагалища.

Эта операция производится следующим образом. Больная помещается на краю операционного стола. Волосы на наружных половых частях сбриваются, и как наружные половые части, так и влагалище приводятся по возможности в асептическое состояние. После этого

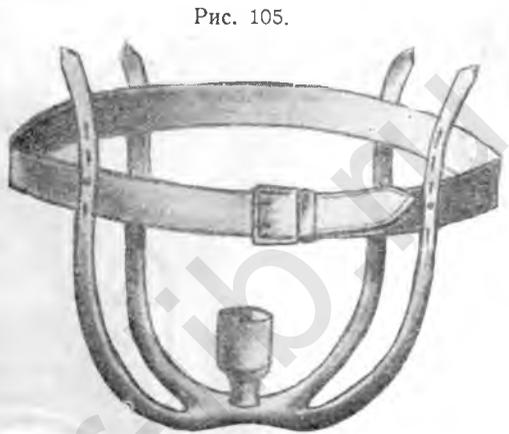
Рис. 104.



Колпocystocele и полное выпадение ретрофлектированной матки.
Значительное опущение пузыря.

захватывают влагалищную часть пулевыми щипцами и низводят ее насколько возможно книзу, что, благодаря выпадению матки, совершается чрезвычайно легко; затем накладывают жгут у основания выпавших частей, т. е. охватывают резиновым жгутом все вывороченное влагалище и шейку матки (рис. 106). На месте прикрепления сводов к влагалищной части матки делается кругообразный разрез, и своды передний, задний и боковые отпрепаровываются кверху (рис. 107). Эта отпрепаровка определяется той точкой, до которой нужно отрезать шейку; это делается раньше, до операции, с помощью бука или зонда.

Отпрепарованную шейку перерезают пополам спереди назад ножницами (рис. 108) и отделяют сначала одну верхнюю часть; при этом срезают ее косо ножом так, чтобы влагалищный свод своей окровавленной поверхностью прилегал к окровавленной поверхности шейки матки; следовательно, нужно отрезать шейку косо сверху вниз и сзади наперед. Узловатыми швами из шелка или кэтуга пришивают передний влагалищный свод к образованной культе, при чем все швы проводятся через цервикальный канал. Заднюю часть шейки срезают также косо спереди назад и после этого пришивают задний свод к образованной культе. Когда это сделано, приступают к операции *colpo et colporoperineorrhaphia*. Об этих операциях уже сказано в главе о выпадении стенок влагалища.



Пессарий для придерживания матки на месте.

Schauta и Vertheim предложили свой способ для устранения выпадения матки, который состоит в следующем: делается продольный разрез по передней стенке влагалища, немного отступя от отверстия уретры книзу к месту прикрепления влагалищного свода к влагалищной части матки. Обнажающийся мочевой пузырь отсепаровывается кверху; таким образом доходят до складки брюшины, которую вскрывают. Тело матки извлекается из брюшной полости через сделанное отверстие наружу (рис. 109), а брюшина пришивается к нижней части задней стенки матки (рис. 110). Тело матки помещается впереди мочевого пузыря (рис. 111), и края разреза влагалищной стенки сшиваются над ней. Часто передняя влагалищная стенка оказывается недостаточной, чтобы закрыть собою всю матку (рис. 112), но это не имеет большого значения, так как скоро весь обнаженный участок матки покрывается эпителием. Если больная, которая подвергается операции, еще молода и способна беременеть, то приходится делать искусственное бесплодие, т. е. в двух местах перевязываются и перерезываются Фаллопиевы трубы. Если шейка матки гипертрофирована, то она ампутируется, а для устранения выпадения стенок влагалища и разрыва промежности делается *colporrhopia et colporoperineorrhaphia*.

Freund при полном выпадении матки предложил следующий способ: на передней и задней влагалищной стенке производится оваль-

ное окровавление, затем через разрез в заднем своде матка вывертывается во влагалище, и ее передняя и задняя стенки пришиваются к передней и задней стенкам влагалища в местах окровавления. Окровавливают стенки матки острой ложкой, соскабливая ею брюшинный

Рис. 106.



Amputatio colli uteri supravaginalis.

Наложен жгут.

покров. В дне матки производится отверстие для стока жидкости (крови и слизи) из полости матки.

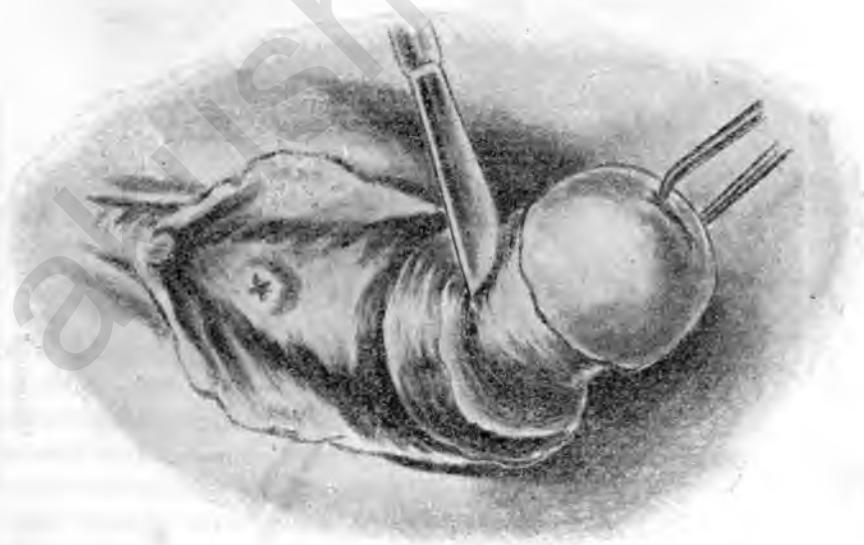
Модификация операции Freund'a Wertheim'ом состоит в том, что вскрывается передний влагалищный свод, через сделанное в

Рис. 108.



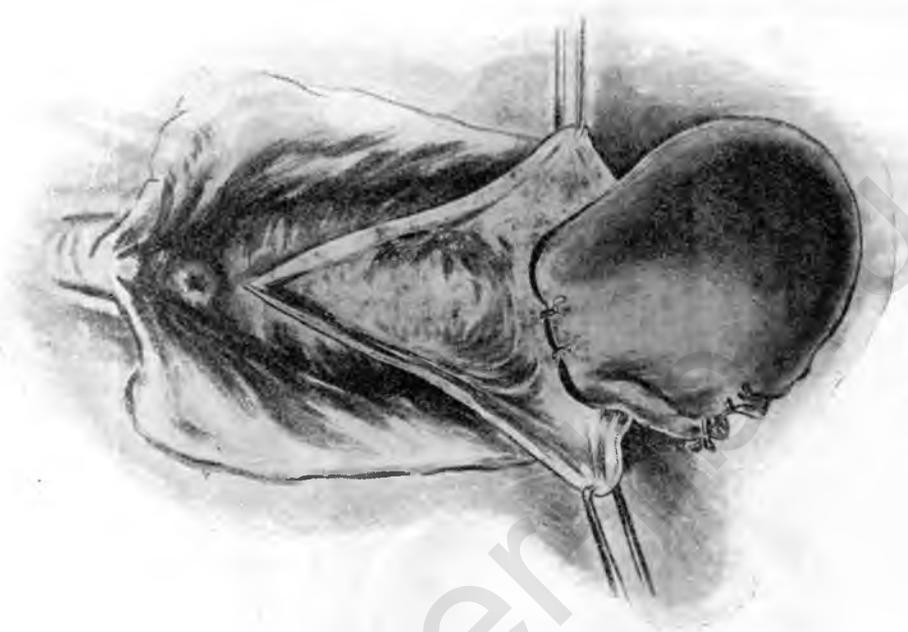
Amputatio colli uteri supravaginalis.
Шейка разрезана на две части вдоль.

Рис. 107.



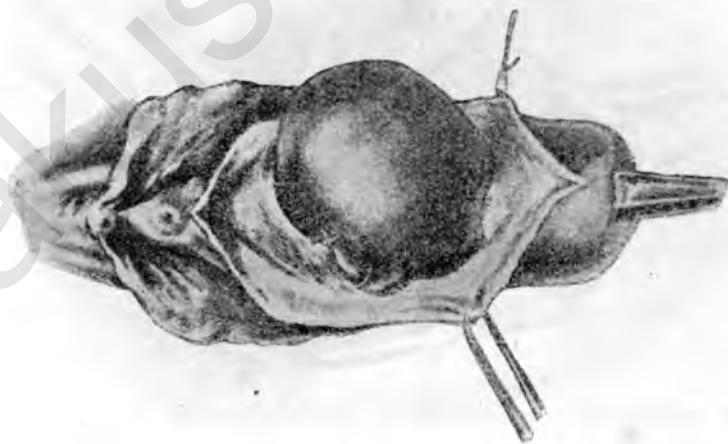
Amputatio colli uteri supravaginalis.
Отделение сводов.

Рис. 110.



Операция Schaut'ы.
Брюшина пришита к задней стенке матки.
Трубы между лигатурами перерезаны.

Рис. 109.



Операция Schaut'ы.
Матка извлечена через вскрытый передний
влажалищный свод. Обе трубы перевязаны.

нем отверстие матки извлекается во влагалище, брюшина пришивается к матке и задняя стенка последней, после окровавления ложкой, пришивается к окровавленной передней стенке влагалища; сток из матки происходит через свободную влагалищную часть матки, обращенную кзади.

Рис. 111.



Операция Schaut'ы. Матка помещена впереди мочевого пузыря.

При полном выпадении матки я предпочитаю делать *ventrofixatio*, при чем матка пришивается к брюшной стенке как можно выше; после этой операции производится *colporrhaphia et colporrhineorrhaphia*.

При полном выпадении матки рекомендуется еще ее удаление т. е. *extirpatio uteri totalis per vaginam*. Но эта операция может не дать хороших результатов, ибо спустя некоторое время влагалище может снова выпасть.

Рис. 112.



Операция Schaut'ы. Влагалищная стенка пришита к матке. Она оказалась недостаточной, чтобы закрыть всю матку. Через отверстие видна матка.

После оперативного устранения выпадения стенок влагалища и матки больных следует подольше держать в постели, пока не образуется хороший рубец.

Выворот матки делится на три степени: 1-ая степень—неполный выворот, когда вывернувшаяся часть матки не выходит за наружный зев ее; 2-ая степень—полный выворот, когда дно матки прошло через наружный зев, и вся вывернутая матка лежит во влагалище, и, наконец,

3-ья степень, когда полный выворот матки сопряжен вместе с выпадением влагалища. Тогда вся вывернутая матка находится перед наружными половыми частями в вывороченном влагалище.

Причины выворота матки: неумелое обращение с выделением детского места, несвоевременное применение способа Стédé, извлечение детского места потягиванием за пуповину, плохая и неравномерная инволюция матки после родов, растущие из дна матки опухоли, как, например, подслизистые фибромиомы матки. Эти опухоли по мере своего роста могут все больше и больше втягивать внутрь матки ее дно и в конце концов совершенно вывернуть ее наружу.

При неполных выворотах матки может не быть никаких симптомов, при полном же вывороте больная страдает силь-

ными кровотечениями, особенно в начале болезни.

При переходе в хроническую форму кровотечения также легко наступают под влиянием травмы, coitus'a.

Во время месячных больная теряет гораздо больше крови, чем это было раньше, и они затягиваются на более долгое время. Кроме обильных потерь крови больная страдает сильными белями слизистого характера.

Распознавание при неполном вывороте делается с помощью зонда. Введенный через наружный зев, он не идет далеко, а повсюду натывается на препятствие. При полном вывороте матки при обнажении

Рис. 113.



Полный выворот матки.

влагалища ложкообразными зеркалами можно видеть одно или оба отверстия Фаллопиевых труб. При распознавании всегда следует иметь в виду опухоль — подслизистую миому, родившуюся во влагалище. Внимательный осмотр опухоли, нахождение отверстий Фаллопиевых труб и воронки со стороны брюшной полости вместо матки, говорят за ее выворот (рис. 113).

Лечение распадается на оперативное и неоперативное.

Неоперативное лечение заключается в вправлении матки. В острых случаях это может удасться сразу, а в хронических приходится возиться долго и нередко без всякого результата. Вправление производится помощью руки или инструментов—кольпейринтера. Рукой вправление удасться сделать в острых случаях. Для этой цели охватывают дно матки рукой или пальцами и стараются вправить; в то же время лигатурами, проведенными через переднюю и заднюю губы влагалищной части матки, фиксируют нижнюю часть матки, иначе при известном насилии ее можно оторвать от сводов.

В хронических случаях это вправление может не увенчаться успехом; тогда делают вправление матки при помощи кольпейринтера—резинового баллона, имеющего вид груши. Его вводят во влагалище и наполняют стерилизованной водой. Вложенный во влагалище кольпейринтер оставляется лежать долго, сутки и больше, при чем через известные промежутки времени (2—3 часа) увеличивают давление, прибавляя в него воды, но это повышенное давление не должно продолжаться, иначе получаютя пролежни и омертвение.

Из оперативных методов лечения заслуживает внимание способ Küstner'a. Он состоит в следующем; поперечным разрезом вскрывается задний свод влагалища; затем в воронку вводится палец со стороны брюшной полости, и задняя стенка матки рассекается частично или на всем своем протяжении, смотря по тому, как удасться сделать вправление матки. Матка опрокидывается через задний свод во влагалище, рана на матке зашивается, и она обратно вправляется в брюшную полость. Рана в заднем своде также зашивается. Некоторые предлагали рассекать переднюю стенку матки для той же цели, но это гораздо сложнее.

Если при разрезе задней стенки матки вправление не удасться, можно рассечь и переднюю стенку.

Экстирпация матки, т. е. полное ее удаление, производится лишь в тех случаях, когда в матке существуют опухоли, и одна из них послужила причинным моментом для ее выворота.

ГЛАВА XIII

ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ.

Матка состоит, как сказано выше, из трех частей: влагалищной части (р. vaginalis), собственно шейки и тела матки. Каждая из них может заболеть в отдельности и дать свою картину заболевания. Влагалищная часть матки, будучи покрыта плоским эпителием, принимает участие в заболевании слизистой оболочки влагалища при кольпитах.

Из самостоятельных заболеваний р. v. следует прежде всего сказать об **эрозиях**. Они делятся на простую (erosio simplex), железисто-простую (erosio glandularis simplex), папиллярную (erosio papillaris) и, наконец, фолликулярную—(erosio follicularis).

Простая эрозия представляет из себя язвенную поверхность, лишенную плоского эпителия. Она может развиваться на почве заболевания слизистой оболочки влагалища от раздражающих выделений из полости матки. Простые эрозии гнездятся, главным образом, кругом orificii externi.

Чаще встречаются **железистые эрозии**. Развитие их стоит в связи с заболеванием шейки матки при метро-эндометрите ее. Такая эрозия, находясь на передней или задней стенке влагалищной части матки, покрыта высоким цилиндрическим эпителием. В зеркале она красного цвета, так как сосуды под эрозией сильно развиты и просвечивают через цилиндрический эпителий. При разрастании в большом обилии желез и вращении их вглубь, поверхность эрозии является шероховатой, как бы покрытой сосочками; такая эрозия носит название **папиллярной эрозии**. При отшнуровке расширенных желез и образовании кистовидных полостей образуется **фолликулярная эрозия**. При разрыве шейки матки и воспалении ее слизистой оболочки образуются на той и другой губе большие эрозии, и сама влагалищная часть увеличивается в размере. Такое болезненное состояние носит название **выворота—ectropion**. Разрывы шейки матки могут распространяться до сводов с той и другой стороны, тогда вся слизистая оболочка шейки матки будет обнажена. Благодаря тому, что слизистая оболочка шейки матки смотрит во влагалище, она подвергается воспалению, выделяет большое количество слизи и сама покрывается слизисто-гнойным налетом. Если вросшие во влагалищную часть железы закупориваются, то образуются кисты, наполненные густым слизистым содержимым. Они выступают на влагалищной части матки, часто эрозированной; величина бывает в горошину или немного более; они носят название **ovulae Nabothii**. По мере их роста стенка кисты все больше и больше истончается и, наконец, лопается. Кисты могут нагнаиваться, и тогда в

содержимом их находится большее или меньшее количество гнойных клеток, и они имеют желтый цвет.

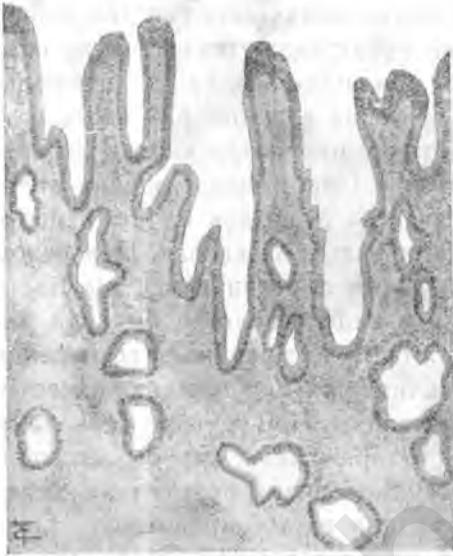
При падки болезни — слизисто-гнойные бели, иногда с примесью крови, кровь показывающаяся после coitus'a, особенно при папиллярных эрозиях, чувство напряжения и тяжести внизу живота, боли, покалывания. При разрывах шейки, особенно при распространении рубца в клетчатку или брюшину, ощущаются в соответствующей стороне боли.

Диагностика заболевания ставится на основании ощупывания пальцем, осмотра зеркалом, а иногда и микроскопического исследования. При исследовании эрозий пальцем они представляются на ощупь бархатистыми, не имеющими хрящевой консистенции, как то наблюдается при злокачественных (раковых) язвах на влагалищной части матки; папиллярные эрозии слегка кровоточат при дотрагивании до них, и бархатистость при них резче выражена. При разрыве шейки пальцем ясно определяются рубцовые края этих разрывов и поверхность вывороченной слизистой оболочки цервикального канала. При целом ряде разрывов на влагалищной части матки с развитием *ovula Nabothii* в существе ее, она прощупывается в виде бугристой опухоли, напоминающей злокачественную опухоль. Часто под влиянием воспаления шейки матки влагалищная часть увеличивается до больших размеров, заполняя почти весь верхний отдел влагалища. При осмотре зеркалом она имеет синий цвет, представляется напряженной, как бы отечной. Эрозии, исследуемые зеркалом, кажутся красными, покрытыми беловато-желтоватым налетом, при дотрагивании ваткой кровоточат. *Ovulae Nabothii* видны как возвышение на влагалищной части матки. *Ectropion* имеет в зеркале очень характерную форму и не менее характерную поверхность. Влагалищная часть в этом случае выполняет почти все зеркало, а поверхность резко выделяется своим красным цветом с большими или меньшими разращениями. *Ovulae Nabothii* имеют вид желтоватых шариков, выпячивающих слизистую оболочку влагалищной части матки. Если они лежат глубоко, то дают в этом месте лишь неровную поверхность, в виде отдельных выпячиваний.

Эрозированная поверхность как на ощупь пальцем, так и при осмотре зеркалом, может давать впечатление злокачественной раковой язвы или опухоли; тогда прибегают к помощи микроскопа. Вырезают кусочек язвы вместе с подлежащей тканью и делают микроскопические препараты. Микроскоп всегда выведет на истинный путь. Начинаящим гинекологам советую почаще прибегать при сомнительных эрозиях к помощи микроскопа, а не полагаться лишь на глаз и на палец, ибо во время распознанный рак матки дает прекрасные результаты при оперативном воздействии. Микроскопическая картина *erosionis glandularis simplex* следующая: наружная поверхность покрыта

цилиндрическим эпителием, который распространяется преимущественно по поверхности. При *erosio papillaris* цилиндрический эпителий в виде сосочков разрастается на поверхности и дает ростки в глубину (рис. 114). При *erosio follicularis*, кроме разрастания цилиндрического эпителия по поверхности, имеются в самой ткани отшнурованные железы, которые образуют маленькие кисты (рис. 115).

Рис. 114.



Папиллярная эрозия.

Рис. 115.



Фолликулярная эрозия.

Лечение. При поверхностных эрозиях прежде всего следует устранить причину вызвавшую их, т. е. лечить шейку или тело матки. Непосредственное лечение эрозии заключается в действии на них прижигающих, вяжущих лекарственных веществ, в выскабливании острой ложечкой и вырезывании ножом.

Лекарственное лечение. Обнажают эрозию с помощью цилиндрического зеркала или зеркала С u s o, удаляют с язвы и по возможности из цервикального канала слизь при помощи ватки, пропитанной насыщенным раствором соды. Вата наматывается на зонд Плейфера. После этого цервикальный канал протирают *t-rae jodi per se* или пополам с глицерином; часто употребляется для лечения эрозий и катарра шейки матки древесный уксус (*acetum pyrolignosum purum*). Столовую ложку древесного уксуса наливают в цилиндрическое зеркало и проводят несколько раз через эту жидкость зонд Плейфера, вооруженный ваткой, в цервикальный канал. Под влиянием древесного уксуса

цвет эрозии из красного переходит в серо-желтый. Хорошо действует на эрозии *arg. nitricum* в крепких растворах и *in substantia*. Прижигания делаются два, три раза в неделю. Кроме этого рекомендуют для смазывания эрозий 10% раствор хлористого цинка, азотную кислоту, *liquor Bellostii* (*hydrarg. nitrici oxydulati*), *acid. carb.* 5%—10%. На ряду с этим назначаются спринцевания с *acetum pyrolignosum purum*— 1 столовую ложку на 4 стакана воды, а также дезинфицирующие спринцевания, как то: 1:2000 *sublimat.*, 2% раствор *lisol*, *lisoformi*, *acidi carbolici* и т. д.

Если эрозия не поддается лечению, ее выскабливают острой ложкой и прижигают помощью аппарата Ракуелин'а.

При существовании *ovulae Nabothii*, их прокалывают и выпускают содержимое. При увеличении одной из губ влагалищной части матки и одновременном присутствии эрозии можно ампутировать эту губу ножом или отжечь ее с помощью аппарата Ракуелин'а. Если увеличена вся влагалищная часть матки и имеет глубокие разрывы, ее тоже рекомендуют ампутировать.

При разрыве шейки матки практикуется ее зашивание. Эту операцию предложил Emmet, и потому она названа Emmet'овской операцией или *trachelorrhaphia* или *hysterotrachelorrhaphia*. Эта операция очень проста. Больная помещается в спиннокрестцовом положении на краю стола; после надлежащей дезинфекции наружных половых частей и рукава влагалищная часть обнажается ложкообразными зеркалами. Она захватывается пулевыми щипцами за переднюю и заднюю губу, низводится книзу, а затем на ней, как показано на рисунке 116, наносятся окровавления, при двухстороннем разрыве с той и другой стороны, при одностороннем, конечно, только с одной стороны. При окровавлении следует позаботиться о том, чтобы цервикальный канал остался нетронутым. После окровавления накладывают швы (2—3); перед завязыванием верхние и нижние пулевые щипцы сближают и складывают влагалищную часть матки; после этого завязывают швы (рис. 117). Матерьялом для швов может служить шелк, проволока, кэтгут. При распространении рубцов в тот или другой свод следует при окровавлении отделить и этот рубец, и тогда матка освобождается.

Рис. 116.



Операция Emmet'а.

Окровавление и накладывание швов.

К болезненным состояниям влагалищной части матки относится ее **гипертрофия** — всей или одной из губ, без одновременного выпадения влагалища. Причины этой гипертрофии неясны, если нет никаких воспалительных явлений. На рис. 118 изображена такая гипертрофия передней губы р. v., наблюдавшаяся мной в клинике у совершенно во всем остальном здоровой особы. Про злокачественные поражения влагалищной части матки будет сказано в главе о злокачественном поражении всей матки. Кроме этих поражений на влагалищной части матки, хотя редко, встречаются язвы твердого и мягкого шанкра. Я наблюдал два случая язв твердого шанкра, которые симулировали ра-

Рис. 118

Гипертрофия передней губы
влагалищной части матки.

Рис. 117.

Операция Emmet'a.
Швы завязаны.

ковую язву. Случаи эти описаны доктором Цомакионом, ординатором клиники; также редко наблюдаются туберкулезные язвы.

При заболевании слизистой оболочки шейки матки больная страдает обильными белями слизистого характера, что сильно тревожить ее. На этой почве развиваются различные нервные страдания до истерии включительно. При долго длящемся катарре шейки матки начинает страдать и сама паренхима ее. Благодаря этому шейка увеличивается и может достигнуть таких размеров, что тело матки кажется как бы придатком к ней. В зеркале она представляется отечной, часто синего цвета с эрозиями около наружного зева, с большим количеством слизисто-гнойных выделений.

Одним из важных этиологических моментов заболевания шейки

матки служит гоноррея. Гонококки, встречая целую серию складок в шейке матки, остаются в ней надолго и вызывают воспаление ее. Затем заболевание шейки может произойти после родов, и возбудителями воспаления являются стрептококки, стафилококки, а также *bacterium coli communis*. Кроме этих причин могут быть чисто местные механические причины как-то: разрывы шейки матки во время родов, рубцевания и выворачивания их во влагалище. В результате соприкосновения нежной слизистой шейки матки с более грубой слизистой влагалища выделения из шейки изменяют свой характер под влиянием бактерий, находящихся во влагалище. Разрывы промежности и влагалища способствуют попаданию во влагалище и к шейке матки пыли, а также других вредных механических и химических раздражителей. Раздражение оказывает свое влияние на влагалищную стенку, а отсюда на шейку.

У девиц заболевания шейки могут происходить на почве золотухи, хлороза и общего расстройства питания. Острые лихорадочные процессы: корь, скарлатина иногда осложняются заболеваниями слизистой оболочки тела и шейки матки. Простуда, усиленные телодвижения, онанизм, половые излишества, недоконченный coitus также могут быть причиной описанного заболевания.

Патологическая анатомия. Под микроскопом находим часто массу желез, глубоко вросших в существо шейки матки, иногда образующих кистовидные полости. Если на поверхности они дают возвышения, то такое состояние носит название фолликулярной гипертрофии шейки.

Симптомы заболевания: бели слизисто-гнойного характера, оставляющие на белье зеленовато желтые пятна; тяжесть внизу живота, покалывание над лобком; при существовании полипов кровянистые выделения, обильные регулы. При сужении наружного зева кровь, задерживаясь выше слизистой пробки, может вызывать сильные схваткообразные боли. Эти боли появляются не только за несколько часов, но даже и дней до выделения крови. Как-только появится кровь, боли моментально прекращаются. Такое состояние (припадки болей) носит название дисменорреи. Нервная система также сильно страдает.

Лечение. Общее лечение при наличии расстройства питания, при малокровии, хлорозе — препараты железа, мышьяка (внутрь или под кожу), питание, воздух. Регулирование отправления желудочно-кишечного канала производится помощью слабительных, вод и диеты. Местное лечение — прижигание эрозий и цервикального канала, о чем было сказано выше; при застойной большой шейке — скарификация. Эта последняя делается следующим образом: влагалищная часть обнажается ложкообразными зеркалами, цилиндрическим зеркалом или зеркалом Cusco; после этого ее дезинфицируют 5% раствором

карболки, спиртом и t-гае jodi и, наконец, приступают к скарификации, при чем наколы делаются на передней- или задней губе помощью особого скарификатора в виде копыя или ножа, извлекая при этом около 2 столовых ложек крови. После извлечения требуемого количества крови, должно тщательно остановить ее и не отпускать больную домой, пока не убедишься в этой остановке, так как описаны в литературе случаи смертельного кровотечения после скарификации. Скарификации следует производить 2—3 раза в неделю. Под влиянием скарификаций шейка уменьшается, и исчезают чувство давления и тяжести внизу живота. При существовании полипов их удаляют прежде всего.

При глубоком поражении шейки матки ее приходится ампутировать. Ампутация происходит по тому же способу, как описано при выпадении матки, но только перед ампутацией не накладывается жгут, так как он не будет держаться на влажной части матки.

При гонорейных заболеваниях шейку смазывают 20% arg. nitrici, аргентамином, протарголом, аргонином. При этом назначаются спринцевания и лучше всего sublimat'ом 1 : 2000, kali permanganici, хлористым цинком (zinci chlor., aq. destillat aa) 1 столовую ложку на 4 стакана горячей воды для спринцевания 2—3 раза в день.

Смазывание цервикального канала совершается при помощи палочки с намотанной на конце ее ватой или марлей. Погружают конец палочки в лекарственное вещество и смазывают цервикальный канал. У нерожавших с сужением наружного зева катарральное отделение шейки матки задерживается в шеечном канале и может вызывать боли. Перед лечением такую шейку расширяют путем разреза наружного зева, т. е. производится дисцизия. Благодаря такому расширению шейки матки отделения ее слизистой оболочки имеют свободный сток, и катарр шейки скоро проходит.

При воспалении шейки матки образуются очень часто слизистые полипы, которые выглядывают из цервикального канала через его наружное отверстие. Они имеют короткую или длинную ножку. В последнем случае они висят во влагалище. Величина их бывает очень небольшая: от просяного зерна и до горошины, редко больше. Форма круглая, чаще продолговатая. Они легко разминаются под пальцами и дают большое количество слизистых отделений, иногда окрашенных кровью. Они редко бывают одиночные, по большей части целая серия их окружает наружное отверстие цервикального канала.

Под микроскопом они состоят из массы желез и железистых полостей в виде кист различной величины, небольшого количества межжелезистой ткани и большого количества расширенных кровеносных

сосудов, наполненных кровью; местами видны кровоизлияния. В таком виде опухоль похожа на ангиому.

Кроме слизистых полипов шейки, бывают фиброзные полипы. Они состоят из соединительной ткани с примесью мышечных волокон.

Они имеют также ножку и растут из существа шейки матки на всем ее протяжении. При рождении через наружный зев они вызывают сильные боли. На ощупь они плотной консистенции, круглой формы, имеют строение фиброидов, о которых я скажу ниже, и растут они так же, как эти последние, медленно, вызывая слизистые бели и крови.

Лечение их оперативное; оно состоит в откручивании полипов. Верхушка полипов захватывается пулевыми щипцами, ножка опухоли закручивается, капсула ее лопается, и, наконец, вся опухоль отделяется от места своего прикрепления. Кровотечения не бывает, так как за время откручивания в сосудах успевает образоваться тромб.

Небольшие слизистые полипы можно удалять острой ложкой, после чего шейка матки смазывается *t-ra jodi*.

Слизистые полипы нередко рецидивируют, так как их образование связано с заболеванием шейки матки, и пока она больна, до тех пор возможно появление новых слизистых полипов. Иной раз лишь ампутация шейки избавляет от них больную.

Фиброзные полипы бывают чаще одиночные и после операции возвращаются не так часто, как слизистые, ибо они возникают не на воспалительной почве и могут развиваться в совершенно здоровой шейке.

На ряду с фиброзными полипами шейки очень часто бывают фиброзные узлы опухоли в самом теле матки, поэтому при операции удаления полипа следует обращать внимание и на тело матки.

ГЛАВА XIV

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МАТКИ ПЕРЕД РЕГУЛАМИ, ВО ВРЕМЯ НИХ, ВО ВРЕМЯ КЛИМАКТЕРИЯ. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И ТЕЛА МАТКИ.

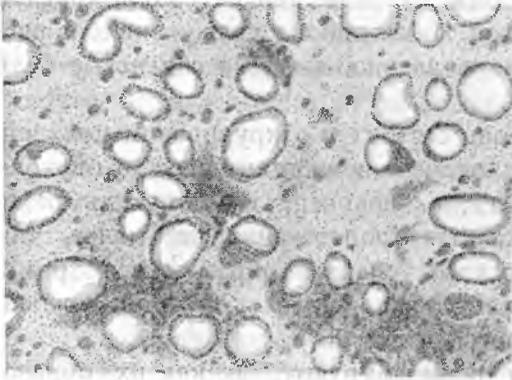
На рис. 69 стр. 106 представлена нормальная слизистая матки. На этом рисунке видны трубчатые железы без отростков, окруженные нежной ретикулярной тканью.

Циклические изменения в слизистой перед менструацией и во время нее впервые описаны *Hitschmann*'ом и *Adler*'ом ¹⁾. Слизистая матки за 10 дней до наступления менструации начинает набухать

¹⁾ *Hitschmann u. Adler. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 1907.*

не только вследствие гипертрофии и гиперплазии входящих в состав ее элементов, но и вследствие отека ткани, транссудата и экссудата в строму слизистой, которая благодаря этому увеличивается в 2—3 раза в толщину. Поверхность ее покрывается бороздками, в которые

Рис. 119.



Предменструальная гиперемия слизистой матки. Капилляры сильно наполнены кровью, местами имеются уже кровоизлияния. Увел. в 75 раз.

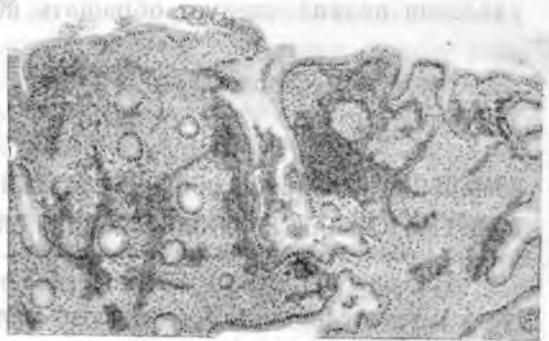
просвет их расширяется, часто в 10—20 раз больше, чем после менструации. Они приближаются друг к другу, так что в глубоких слоях слизистой железа лежит близко к другой железе, в то время как в поверхностных слоях наблюдается скудость желез. Поверхностный эпителий начинает при этом отделяться, и соединительная ткань поверхности делается децидуоподобной.

На рис. 121 и 122 изображена слизистая оболочка матки во время менструации. С наступлением менструации отечность исчезает, и увеличенные соединительно-тканые децидуоподобные клетки снова принимают старый вид обычных клеток стромы. Железы спадаются и тоже приобретают старый вид.

открываются расширенные железы. Расширенные капилляры переполнены кровью (рис. 119). С течением времени кровяные шарики частью *per diaporesin*, частью *per rhexin* выходят в щелевидные пространства слизистой и, постепенно оттесняясь к ее поверхности, образуют подэпителиальные гематомы (рис. 120), которые вскрываются в полость матки. Этому вскрытию способствуют сокращения матки, которые вызывают у больной схваткообразные боли. Эпителий частью отторгается и погибает.

Железы дают отростки,

Рис. 120.



Слизистая матки во время месячных. Подэпителиальные гематомы. Увелич. в 75 раз.

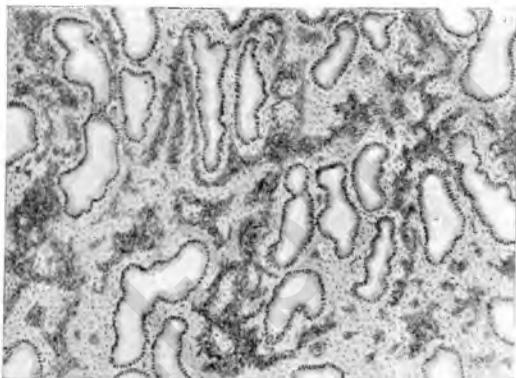
Прекращение менструаций в известном возрасте называется климактерием. Он может продолжаться от одного до 3-х лет. Менструации редко останавливаются сразу, чаще они прекращаются постепенно, с большими промежутками, а иной раз дают сильные, затяжные кровотечения. Иногда вместо месячных наблюдаются периодически повторяющиеся серозно-слизистые выделения с примесью большего или меньшего количества крови. Матка уменьшается в своем размере, и вес ее падает до 20—30 граммов. На ряду с этим наступают изменения по всему влагалищу и вульве. Вульва уменьшается, делается дряблой, жировая клетчатка исчезает, малые срамные губы атрофируются, волосы на лобке седеют. Во влагалище складки сглаживаются, слизистая оболочка делается сухой, мышечная оболочка уменьшается. Развивается также незначительное хроническое воспаление, которое ведет к сращению стенок влагалища друг с другом.

Слизистая оболочка матки оказывается покрытой простым однослойным цилиндрическим эпителием без мерцательного покрова. Железы исчезают, иногда превращаются местами в эпителиальные кисты. Поверхностный эпителий частью заменяется тканью, похожей на грануляционную, вследствие чего появляются водянистые, сильно раздражающие и часто гнойные выделения.

Заболевание слизистой оболочки матки носит название эндометрита (endometritis). Оно возникает от тех же причин, как и катарры шейки матки, т. е. те же микробы принимают участие в заболевании. Нередко катарр шейки матки *per continuitatem* переходит на ее полость, хотя внутренний зев матки все же долго служит как бы крепостным валом против микробов, населяющих ее шейку. И действительно, в то время, как при бактериологическом исследовании в шейке матки открываются разнообразные микроорганизмы, полость ее представляется стерильной.

Другим моментом, способствующим заболеванию слизистой оболочки матки, служат неправильные положения ее, особенно *retroversio-flexio uteri*, неоконченный *coitus*, нечистоплотное содержание половых

Рис. 121.



Слизистая матки во время месячных. Кровоизлияния между железами в виде лакун. Увел. в 75 раз.

частей, остатки отпадающей оболочки после родов, хлороз и малокровие у девиц.

Очень нередко при заболевании слизистой принимают участие и мышцы матки, и развивается так называемый метро-эндометрит.

Рис. 122.



1-ый день месячных. Поверхностный эпителий приподнят сывороткой и кровью в виде пузырьков. Компактный слой слизистой пронизан кровью и круглоклеточными элементами. В самом нижнем слое железы не изменены, ядра хорошо окрашены. В среднем слое попадаются еще типичные предменструальные железы. В верхнем отделе железы находятся уже на пути к обратному развитию.

(По Hirschmann'у и Adler'у).

Острый эндометрит (*endometritis acuta*) возникает чаще всего на почве инфекции, как, например, при введении зонда в полость матки без соблюдения асептики и антисептики; при заражении гонореей; при послеродовых заражениях (стрептококковых, стафилококковых, от кишечной палочки); при остро заразных болезнях: холера, тиф, оспа, скарлатина, корь, дифтерит.

Припадки болезни: повышение т-ры до 38° — 39° С. при пульсе 80—90 уд. в 1 мин., гнойные выделения из матки, иногда с примесью крови, сильные боли внизу живота.

При бимануальном исследовании матка немного увеличена и чувствительна при надавливании.

Больные ощущают сильные боли внизу живота, исходящие из глубины таза. При заболевании брюшины около матки боли резко усиливаются. Принимает участие и мочевого пузырь: ощущаются частые позывы на мочу. Иногда к существующим постоянным тупым болям присоединяются схваткообразные боли вследствие сокращения матки.

Регулы, если заболевание произошло во время них или незадолго до их появления, значительно усиливаются.

Течение болезни и лечение. Острый эндометрит постепенно проходит при соблюдении полного покоя больной и чистоты, при чем

назначаются дезинфицирующие теплые влагалишные спринцевания, промывание полости матки, особенно при послеродовых эндометритах, тоже слабыми растворами дезинфицирующих веществ (лизола, лизоформа, карболки 2%).

При переполнении кровью матки производятся скарификации. Внутрь назначаются наркотические вещества в виде капель или суппозиторий. На низ живота кладется пузырь со льдом.

Если же болезненный процесс идет вперед, не смотря на врачебные мероприятия, то заболевает и мышечная часть матки—развивается метрит. Затем в стенке матки могут появляться абсцессы, затрагивается брюшина, появляется периметрит, который также может быть гнойным. Больная, благодаря этим осложнениям, надолго приковывается к постели и может в конце концов погибнуть. Такие осложнения чаще встречаются после родов или выкидыша, при занесении инфекции в родовые пути.

Хроническое заболевание слизистой оболочки матки (*endometritis corporis uteri chronica*) встречается очень часто. Причины его те же, что и острого эндометрита, при чем он может развиваться подостро самостоятельно или иметь предшествующую стадию в остром процессе. Воспалению могут подвергаться все составные части слизистой оболочки или отдельно или все вместе. Ruge дал нижеприведенные названия различным формам эндометрита.

Если поражаются железы, эндометрит носит название железистого эндометрита (*endometritis glandularis*); если при этом железы увеличиваются в числе без изменения своего объема, тогда такой эндометрит называется *endometritis glandularis hyperplastica* (рис. 123); если же число желез не увеличивается, а сами железы расширяются, делаются извитыми, то получается—*endometritis glandularis hypertrophica* (рис. 124). Наконец, и количество желез может быть увеличено и сами они расширены, при чем промежуточная ткань почти исчезает; такое образование носит название *adenoma benignum*. Она отличается от *adenoma malignum* тем, что эпителий расположен в один слой, и нет прорыва его в окружающую промежуточную ткань. Об *adenoma malignum*, другими словами *adenocarcinoma*, я скажу в главе о злокачественных новообразованиях матки.

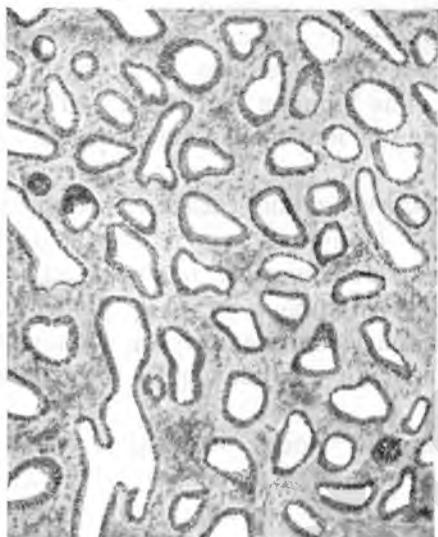
Hitschmann и Adler в своей работе „Die Lehre von der Endometritis“ в заключение говорят следующее: *endometritis glandularis hypertrophica* и *endometritis glandularis hyperplastica* — не воспалительные заболевания.

Endometritis glandularis hypertrophica вообще не болезненное изменение слизистой оболочки матки, а соответствует предменструальному состоянию нормальной слизистой матки.

Endometritis glandularis hyperplastica представляет из себя частью предменструальные изменения, частью увеличение желез в пределах физиологической границы, и от воспаления совершенно независима.

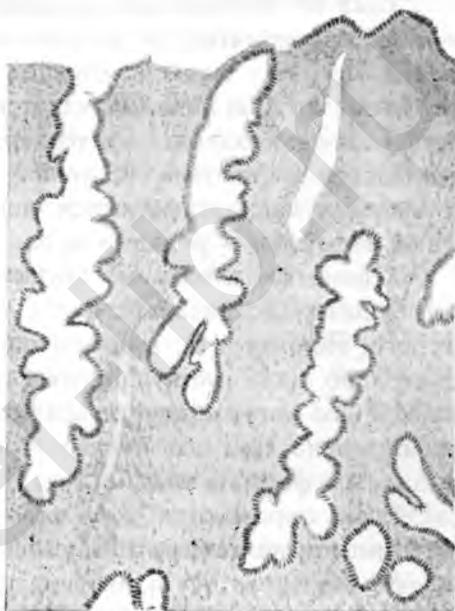
Существует, согласно авторам, одна лишь форма воспаления слизистой оболочки матки, это *endometritis interstitialis*, аналогичная таковому же воспалению в других органах. Диагноз эндометрита устанавлива-

Рис. 123.



Endometritis glandularis hyperplastica.

Рис. 124.



Endometritis glandularis hypertrophica.

ется тогда, когда под микроскопом находят в препарате инфильтрационные клетки и особенно характерные „plasmazellen“.

Приводя мнение Hitschmann'a и Adler'a и взгляд их на различные формы железистого эндометрита, я оставляю все таки старое деление их по микроскопической картине, ибо она сходится с клиническими симптомами заболевания в различных случаях эндометрита. Дальнейшие работы прольют больший свет на сущность этих заболеваний и дадут, быть может, большую опору для постановки дифференциального диагноза заболеваний.

Если воспаление захватывает промежуточную ткань, тогда развивается так называемый интерстициальный эндометрит — *endometritis interstitialis*.

Под микроскопом наблюдается небольшое количество желез и масса молодой промежуточной ткани мелкоклеточной инфильтрации—

это свежая стадия интерстициального эндометрита. Последующая стадия—обильное разрастание волокнистой соединительной ткани, при чем желез делается все меньше и меньше (рис. 125) и, наконец, они могут совершенно исчезнуть (рис. 126). Развивается так называемый *endometritis interst. chr. s. atrophicans*.

Чаще бывают смешанные эндометриты, т. е. на ряду с железистой развивается интерстициальная форма. Кроме того, при железистой форме эндометрита может развиваться много кровеносных сосудов.

Рис. 125.

Рис. 126.



Endometritis interstitialis chr.



Endometritis atrophicans.

Иногда кровеносные сосуды значительно растягиваются, и ткань тогда имеет кавернозный вид. Наблюдаются еще формы эндометритов, в состав которых входят железы, промежуточная ткань и сосуды—и все это в разросшемся против нормы виде.

Разрастания могут местами выдаваться над поверхностью слизистой оболочки в виде полипов; тогда такой эндометрит называется *endometritis poliposa uteri*, если он бывает в виде фунгозных разрастаний—*endometritis fungosa*.

Затем эндометриты можно разделить с бактериологической точки зрения, как-то: *endometritis gonorrh.*, *endometritis tuberculosa*, *endometritis septica* и т. д.

Встречается еще одна форма эндометрита, которая носит название: *endometritis exfoliativa sive membranacea*. При этом изменения слизистой оболочки бывают те же, которые наблюдаются при смешанной форме эндометрита, но на границе с мышечной частью железы так расширены, что в этом месте слизистая оболочка имеет совершенно губчатый вид. В этом слое происходят кровоизлияния во время мен-

струации, и вся слизистая оболочка целиком или часть ее при схваткообразных болях выходит из полости матки.

Здесь я должен заметить, что я наблюдал выхождение слизистой оболочки целиком у совершенно здоровой женщины. Этот случай описан ассистентом моей клиники ныне проф. Брантом¹⁾.

Припадки при эндометритах бывают разнообразны.

Болевые припадки. Схваткообразные боли во время месячных—*dismenorrhoea* и прекращающиеся после них. Постоянные боли в нижней части живота, в малом тазу и пояснице. Иногда боли распространяются по всему животу, отдают в грудь и в спину.

При исследовании полости матки зондом, в различных частях ее находят болевые точки, а главным образом у дна и отверстий Фаллопиевых труб, где больше всего и бывает выражен болезненный процесс.

Второй припадок—кровотечения во время менструации—*menorrhagia*, а с течением болезни развиваются и *metrorrhagia*, т. е. появляются кровотечения и между менструациями.

Третий припадок—выделения, бели, из полости матки, при чем они бывают редко чисто-слизистыми, чаще с примесью гноя, клеток эпителия, а иногда и крови—сукровичные бели. Выделения эти в некоторых случаях вытекают в громадном количестве. При бактериологическом исследовании в них находят часто гонококки и другие микроорганизмы.

В каждом отдельном случае может выступать на сцену один из вышеупомянутых симптомов, и эндометрит носит определенное название; так, при кровянистых выделениях, меноррагиях и метроррагиях эндометрит носит название *endometritis haemorrhagica (fungosa)*, при обильном выделении белей—*endometritis blenorragica (atrophicans)*; при резко выраженном болевом припадке—*endometritis dysmenorrhoeica*.

На почве упомянутых припадков у больной постепенно развивается нервное расстройство, расстройство желудочно-кишечного канала, что ведет в свою очередь к исхуданию больной, а при кровотечениях—к малокровию.

Женщины, страдающие эндометритом, очень часто бесплодны или, если беременность наступает, она нередко оканчивается выкидышем.

Распознавание эндометрита не представляется трудным. При гинекологическом бимануальном исследовании находят часто увеличение матки, так как эндометрит нередко связан с метритом; при сдавлении матки руками больная жалуется на боль.

При исследовании зеркалом около наружного отверстия видны

¹⁾ Журнал акушерства и женских болезней. 1906 г.

эрозии, а из цервикального канала выделяется слизисто-гнойная жидкость.

Введение маточного зонда дает понятие о полости матки, о ее ширине, длине, о качестве слизистой оболочки (мягкая, разрыхленная или разращенная), а также указывает на разные чувствительные точки в ней. Введение зонда должно быть предпринимаемо с большими антисептическими предосторожностями, т. е. влагалище следует промыть антисептическими растворами (сулемой 1 : 2000, карболовой кислотой 2^o/_o и 5^o/_o раствором). Влагалищная часть обнажается ложкообразными зеркалами или зеркалом Cusco, промывается вышеупомянутыми растворами, затем спиртом, цервикальный канал протирается ваткой на палочке, при чем ватка пропитывается t-га jodi, и только после этого вводится зонд. В старое время, когда про антисептику не знали, зонд часто служил причиной различных воспалительных заболеваний матки, ее придатков, окружающей брюшины или клетчатки. Для того, чтобы получить выделения из полости матки, на ночь вкладывают тампон, по R. Schultze—пропитанный 25^o/_o раствором танина в глицерине. Тампон, благодаря танину, плотно прилегает к влагалищным стенкам и к самой влагалищной части матки. Утром тампон вынимают: в центре его находят комок слизи, вышедшей из полости матки, который и служит предметом исследования.

Лечение. Самое распространенное лечение различных форм эндометрита это—выскабливание полости матки ложкой—*abrasio mucosae uteri*. Операция эта производится следующим образом. Больная готовится, как ко всякой операции: накануне очищается желудочно-кишечный канал, дается ванна, и за несколько дней назначаются дезинфецирующие спринцевания влагалища. Утром перед операцией больной ставится клизма. Операция должна быть производима под общим наркозом. Я не сочувствую тем, которые производят ее без наркоза, так как расширение шейки матки, которое предпосылается выскабливанию, чрезвычайно болезненно. Еще более я не сочувствую тем, которые рекомендуют делать эту операцию амбулаторно, отпуская больную тотчас же после операции домой. Как бы ни казалась эта операция простой, но она может повести к тяжелым последствиям: могут быть последующие потери крови и различные воспалительные заболевания матки и ее придатков.

Расширение шейки матки во время операции лучше производить бужами Hegar'a или Landau, чем помощью расширяющих средств: *tupello*, *laminaria dig.*, прессованными губками, имеющими вид конуса различной толщины. Палочки *tupello* из древесины *nyssa aquatica* и *laminar.* также бывают различных номеров. Они вставляются на ночь в цервикальный канал за внутренний зев, пропитываются выделениями

из полости матки и ее шейки и разбухают *ad maximum*; разбухая, они растягивают шейку матки. Если нужно растянуть шейку матки еще больше, чем получилось от вставленной палочки, вводят другой номер и т. д. Расширение происходит медленно и не вызывает особенно сильной боли. Прежде такое расширение практиковалось с большим успехом, и оно имеет свои преимущества; главное то, что после него выскабливание можно производить без наркоза, так как само выскабливание почти безболезненно. Недостаток этого способа заключается в том, что все расширяющие средства невозможно хорошо стерилизовать ни кипячением, ни сухим жаром. Палочки сохраняются в эфирном растворе иодформа или спиртовом растворе карболовой кислоты. Непосредственно перед употреблением палочки с целью обеззараживания погружают в горячий раствор карболовой кислоты (R u n g e) на весьма короткое время, чтобы они не успели разбухнуть. В виду плохой дезинфекции их, они могут служить источником инфекции, что и наблюдалось в прежнее время.

Рис. 127.



Женский катетр автора.

Ход операции выскабливания таков: больная помещается на краю операционного стола в спинно-крестцовом положении. Если мало помощников, надевается ногодержатель проф. Д. О. Отта. Волоса на лобке и наружных половых частях сбриваются, моча выпускается женским катетром (рис. 127), половые части моются мылом, спиртом, 5% раствором карболовой кислоты и смазываются *t-rae jodi*. Влагалище промывается теми-же самыми жидкостями, что и наружные половые части, и обнажается ложкообразными зеркалами. Влагалищная часть смазывается *t-rae jodi* и захватывается 2-мя пулевыми щипцами. Цервикальный канал протирается, как это делается перед исследованием зондом; после этого его расширяют, при чем нужно заметить, что бужи *L a p d a u* применяются, главным образом, при загибах матки назад или вперед. Введение бужей должно происходить чрезвычайно легко, без

всякого насилия. Оператор одной (левой) рукой фиксирует за пулевые щипцы влагалищную часть матки, помещая руку на лобок больной, а другой рукой осторожно вводит буж; при этом должно быть известно направление полости матки, что показывает зонд, всегда вводимый перед операцией. Как только расширение шейки матки произошло, берут ложку; она обыкновенно полуострая, ибо острой можно глубоко поранить матку, а тупой можно работать безопасно. Ложку вводят осторожно до дна матки, и начинают поочередно скоблить все стенки матки до появления ясно слышимого хруста. Ложка каждый раз должна быть проводима до дна матки. Полученный соскоб кладется в спирт; его обязательно нужно подвергнуть микроскопическому исследованию.

Такое исследование должно быть введено в гинекологическую практику, как закон.

Иногда слизистая оболочка при макроскопическом исследовании ничего не обнаруживает, а под микроскопом находят весьма серьезные изменения. В нашей практике мы много раз находили рак полости матки под микроскопом, клинически же о нем ничего нельзя было сказать; три раза при микроскопическом исследовании был открыт туберкулез слизистой оболочки матки, о чем до микроскопического исследования также ничего нельзя было сказать. Я не говорю здесь о случаях диагностического выскабливания, где оно делается со специальной целью исследовать слизистую оболочку матки, так как клиническая картина болезни обнаруживает признаки злокачественного образования.

После выскабливания полость матки протирают *t-rae jodi*; перед этим ее можно промыть спиртом или раствором *t-rae jodi* в спирте помощью катетра *Frisch-Bosemann'a* (рис. 128) или катетром с двойным током (рис. 129); затем впрыскивают шприцом *Braun'a* (рис. 130) *t-rae jodi* + 5% раствор *acid. carbolic* и, наконец, рыхло вводят в полость матки полоску стерилизованной марли, пропитанной тем же раствором *t-rae jodi*, который был введен в полость матки при помощи шприца *Braun'a*.

Тампон вынимается на другой день, и после этого ежедневно два раза в день делаются спринцевания 2% раствором *acidi carbolic*.

Для полного излечения эндометрита следует рекомендовать сделать после выскабливания ряд впрыскиваний *t-rae jodi* + 90° спирт или 5% *acid. carb.*

При кровоточивых эндометритах, особенно в старческом возрасте, хорошо впрыскивать в полость матки хлористый цинк 10%—20%—40% и даже 50% раствор. Последний раствор можно употреблять лишь в случаях климактерического возраста или близкого к нему,

так как в более раннем возрасте такой крепости раствор хлористого цинка может вести к сращению стенок матки и прекращению менструации, в климактерическом же возрасте такая атрезия матки особенно патологического значения не имеет.

Рис. 128.



Катетр Frisch-Bosemann'a.

Выскабливание противопоказуется при воспалении в клетчатке или брюшине около матки или в ее придатках. Если ощущается даже только чувствительность около матки без каких-либо резких воспалительных явлений, и то вы-

Рис. 129.



Катетр с двойным током.

скабливание должно быть производимо с большой осторожностью, так как заглушенный процесс может снова перейти в острую стадию и вызвать не только местное, но и общее воспаление брюшины. То же самое относится и ко всем лечебным манипуляциям в полости матки, как то: зондирование, введение лекарственных веществ, впрыскивание и т. д.

При упорных кровоточивых эндометритах, при климактерических кровотечениях, при *endometritis post abortum*, при старческом катарре, *dysmenorrhea*, при миомах проф. В. Ф. Снегиревым было предложено введение пара в полость матки. Для этой цели им употребляется особый наконечник, который соединен с паровиком, при чем пар, выходящий из него, имеет $t^{\circ} 100^{\circ}$. Достаточно пар пустить, говорит проф. В. Ф. Снегирев, на $\frac{1}{2}$ —1 минуту, как тотчас же проявится его прижигающее и кровоостанавливающее действие. Больная не испытывает боли.

В Германии этот способ разработал Pincus и написал целую монографию о паре. Pincus прилагает пар в двух видах: или действуют непосредственно паром на слизистую оболочку матки—*atmokaussis*, или только нагретым паром наконечником—*zestokaussis*. Первый наконечник с отверстиями на конце, а второй без них.

Рис. 130.



Шприц Braun'a.

В клинике проф. А. И. Лебедева, по его мысли, д-ром Хоменко для лечения кровотечений применялся внутриматочный резиновый балон с двумя трубками, при чем через одну трубку входит горячая вода в балон, лежащий в полости матки, а через другую трубку выходит наружу.

При эндометритах рекомендуют промывание полости при помощи Bosenapn'овского катетра различными растворами: 2% раствором *acidi carbolici*, 4% раствором *acidi borici*. Впрыскивание шприцем Браун'а *t-rae jodi per se* или пополам со спиртом, глицерином или 5% *acidi carbolici*, 5%—10% раствора танина в глицерине, 2,5% раствора *alumnol'a per se* или 10% раствора этого средства + пополам с *t-rae jodi*, 10%—20% раствора *zinci chlorati*; при гонорройных заболеваниях—2% раствора *protargol'a* (Орлов), 25% раствора формалина (Menge), 25%—50% раствора *arg nitrici*.

Введение лекарственных веществ в твердом виде в полость матки должно быть оставлено, так как при этом способе особенно сильно прижигается та часть стенки матки, где прилежит лекарственная палочка, а противоположная сторона слабо.

Чаще всего на амбулаторных приемах применяется вставление тампонов с лекарственным веществом и влагалищные спринцевания. Цель спринцевания—очищать влагалищную часть, *orificium externum*, от слизи, давать все время хороший сток из полости матки; вставление же тампонов имеет целью при помощи обмена содержимого матки и тампона подействовать лекарственным веществом на слизистую оболочку полости матки. Для тампонов берется глицерин с танином 10%—20%, 5%—10% раствор *ammonii sulfoichthyolici*, *thygenol*, *thyoI* в 5%—10% растворе.

На ряду с местным лечением при эндометритах, следует назначать и общее лечение расстроенной нервной системы и поднятие питания.

В случаях резкой повышенной нервозности назначается водолечение в различных его формах; все зависит от случая, от жалоб больной. Нередко назначают больным прохладные ванны t° 26°—24° с прибавлением соснового экстракта, морской соли. Рекомендуются также общий массаж, отправка больной на климатические станции: Кавказ, Крым, южное побережье его и заграничные места, при этом следует избегать больших курортов; при привычных запорах—Эссентуки, Боржом и другие воды. При упадке питания назначается мышьяк внутрь или под кожу, затем питание желтками, толокном в молоке, санатоген, соматоза и другие питательные препараты, которых в последнее время появилось очень много. Я лично предпочитаю естественное питание без примеси фабричных препаратов. Молоко, кефир,

кумыс, желтки и другие питательные вещества домашнего производства должны быть поставлены на первом месте.

Нередко при хроническом заболевании слизистой оболочки матки воспаление с нее переходит на тело матки; тогда происходит воспаление мышечной части и возникает так называемый метрит.

Матка в начале заболевания мягкая, большая; с переходом в хроническую стадию она делается плотнее, но в то же время немного меньше; все-же она поражает своими размерами и толщиной своих стенок. Толщина стенок достигает до 3—4 сантиметров. Полость матки увеличена и в длину, и в ширину. В начальной стадии метрита в стенке матки находится много сосудов, но затем число сосудов уменьшается, и увеличивается количество соединительной ткани. Матка съезживается и делается чрезвычайно плотной. Иногда наблюдается резкий склероз сосудов.

Из моей клиники приват-доцент Букоемский¹⁾ описал несколько подобных случаев склероза матки и подробно разобрал их. В последнее время об этом сообщил д-р Жеватов²⁾.

Припадки метрита следующие: ощущение тяжести внизу живота, так что больная заявляет, что у нее как-будто что то хочет выйти; при *retroflexio uteri* этот симптом выражен резче, в виде сильных болей при акте дефекации. При *anteflexio uteri* увеличенная и малоподвижная вследствие своей неподатливости матка давит на стенку мочевого пузыря и вызывает частые и болезненные позывы к мочеиспусканию.

Во время менструации, которая в некоторых случаях бывает очень обильная, наблюдаются схваткообразные боли. Эти боли появляются иной раз и в середине межменструального периода. Женщины с хроническим метритом довольно часто бесплодны, а если и наступает беременность, то она нередко оканчивается выкидышем, благодаря заболеванию слизистой оболочки матки. На этой почве развивается *endometritis decidualis et placentaris*.

Из общих болезненных явлений следует отметить сильные головные боли, нервное расстройство до истерии включительно.

Распознавание метрита делается на основании гинекологического исследования в связи с жалобами больной. При исследовании находим увеличенную, часто очень плотную матку с гладкой поверхностью. Увеличенную матку можно смешать с беременностью. В таких случаях надо быть очень осторожным. Если имеется хоть небольшое подозрение на беременность, следует удержаться от зондирования; время

¹⁾ Букоемский. *Archiv für Gyn.* Bd. 99, Heft. 3.

²⁾ Жеватов. „Протоколы заседания акушерско-гинекологического общества в г. Одессе 1923 г.“.

покажет—имеем ли мы дело с беременностью или просто с метритом: при беременности матка начнет быстро увеличиваться. Метрит можно смешать с подслизистой фибромиомой матки. Опухоль, выполняя полость матки, растягивает ее. Матка увеличивается симметрично и походит, благодаря этому, на метритическую матку. Для дифференциальной диагностики служит исследование полости матки зондом и пальцем, а кроме того при подслизистых миомах бывают сильные болевые припадки в виде схваток и кровотечения; и то, и другое особенно резко выражено во время менструации, при чем шейка матки укорачивается, и подслизистая опухоль начинает показываться через наружный зев.

Лечение метрита. Прежде всего надо устранить причины, вызвавшие метрит. Так, если мы имеем заболевание слизистой оболочки матки, то должны лечить это заболевание или выскабливанием полости ее или какими-либо другими способами, предписываемыми в данном случае. Если метрит появился на почве неправильного положения матки, как, например, при загибе и запрокидывании ее назад— и то, и другое положение должно быть исправлено.

Лечение, направленное на излечение самого метрита, заключается в следующем. Рекомендуют делать повторные кровоизвлечения из шейки матки. Раньше они производились при помощи пиявок, представленных к влагалищной части матки, при чем к циявке привязывалась шелковинка, чтобы пиявка не заползла в полость матки, и затем уже через зеркало пускалась к влагалищной части матки. В настоящее время эти кровоизвлечения производятся копьевидным ножом, который носит название скарификатора.

Скарификации производятся так: больная помещается в положении, как это требуется для обыкновенного гинекологического исследования; после этого вводится во влагалище зеркало Cusco или лучше—цилиндрическое и обнажается влагалищная часть матки; она обмывается 5% раствором *acidi carbolici*, спиртом и смазывается *t-rae jodi*, и тогда только делают уколы копьевидным ножом на передней или задней губе ее, при чем извлекается 1—2 столовых ложки крови. Когда добыто достаточно крови, тогда останавливается кровотечение тампоном.

После первой-же скарификации больная чувствует значительное облегчение: нет той тяжести внизу живота, ощущения постороннего тела. Сама матка несколько уменьшается в своих размерах. При новом появлении припадков скарификация повторяется. При больших потерях крови во время менструации рекомендуется также делать кровоизвлечения 1—2 раза перед менструацией; благодаря таким скарификациям регулы бывают не столь обильными и не так болезненными

Если существуют *ovula Nabotii*, их следует проколоть и выпустить содержимое.

Скарификации обыкновенно не болезненны, но если кто из больных жалуется на боль, следует перед скарификацией смазать шейку матки кокаином 1:20.

Для сокращения матки дается внутрь препарат спорыньи в виде *pulv. secale cornut.* по 0,3—0,5, *ergotin*, *secacornin* и т. д.

В настоящее время с большим успехом при метритах назначается *tammin Phœl'я* 0,3—0,5 внутрь или в виде впрыскивания под кожу.

Опыты производились и в моей клинике приват-доцентом Букоемским¹⁾ и дали хорошие результаты.

Рекомендуются впрыскивания эрготина под кожу ($2\frac{1}{10}$ — $5\frac{0}{10}$ раствора). Впрыскивания производятся довольно продолжительное время и в некоторых случаях достигают удовлетворительных результатов.

Как кровеостанавливающее при метрите употребляется еще *extr. fluid. hydrast. canadensis* по 15—25 капель в рюмку воды, *stypticin* в виде таблеток по 0,05 gr. и производные *hydrast. canadensis*.

При хроническом метрите с успехом прописываются горячие души с прибавлением какого-либо антисептического вещества, как, например, лизола, лизоформа по 1 чайной ложке на 5 стаканов воды. Производятся они так: больная ложится на постель, под зад больной подкладывается судно, если возможно с отводной трубкой, чтобы больная не подмачивалась жидкостью. Эсмарховская кружка, в которой налита жидкость нужной т-ры, вешается над кроватью на небольшой высоте 1—1¹/₂ аршина, чтобы струя воды не била сильно в своды; кран открывается не вполне, чтобы струя воды вытекала из кружки медленно и более долгое время омывала нижний сегмент матки. Это омывание должно продолжаться от 10 до 20 и более минут. Температура жидкости в первое время 32° R., а затем ее в течение нескольких дней постепенно повышают и доводят до 40° R., при чем, если больная жалуется, что ей горячо, смазывают наружные половые части вазелином или другим каким-либо жирным веществом.

Души производятся 2 раза в день. Продолжительность лечения 1—2—3 месяца. Под влиянием горячих душей больные чувствуют себя лучше, тяжесть внизу живота уменьшается, нервная система больной успокаивается. В иных случаях это лечение не приносит пользы.

Лечение на курортах как водами, так и ваннами, также дает больной известное облегчение и даже выздоровление. Воды Эссентуки, Боржом, Виши и т. д. регулируют желудочно-кишечные отправления и тем самым не допускают застоя крови в кишечнике, в тазовой по-

¹⁾ Букоемский. Журнал акушерства и женских болезней. 1912 г.

лости и в самой матке. Рекомендуются рапные и грязевые ванны высоких температур на Одесских лиманах, в Саках, Тинаках, на Кавказе, во Франценсбаде и т. д. На Одесских лиманах, Хаджибейском и Андреевском, t° ванн (грязь) дается в 32° — 34° — 36° R., при чем на низ живота накладывается грязевая припарка t° 38° — 40° . Такое лечение практикуется, главным образом, при воспалении клетчатки, брюшины и придатков, поэтому более подробно я скажу о нем в главе о заболевании придатков.

При метрите шейки матки, который часто сопровождает метрит тела матки, производится ампутация влагалищной части матки или даже всей шейки матки, при чем ее отсекают выше влагалищных сводов. Ампутация влагалищной части производится пакэном или ножом; последним лучше, хотя крови теряется больше.

Операция ножом делается следующим образом. Рассекают влагалищную часть на две части боковыми разрезами, а затем вырезают из той и другой губы ткань клином вглубь влагалищной части, и обе поверхности соединяют узловатыми швами на передней и задней губе, при чем каждый шов проходит через цервикальный канал.

О надвлагалищной ампутации шейки сказано выше.

Чтобы закончить главу о заболеваниях слизистой матки и самой матки нужно сказать несколько слов о так называемой „метропатии“, каковым именем многие из современных авторов (E. Opitz, Pannow-Aschoff) называют изменения менструации и секреты матки.

Первые зависят от деятельности яичников, от поступления в круг кровообращения особых химических веществ, вырабатываемых в яичнике и носящих название гормонов яичника. Увеличение менструаций (меноррагии), маточные кровотечения—метроррагии, а также уменьшенные менструации—олигоменоррея или полное отсутствие ее—аме-норрея и, наконец, болезненная менструация—дисменоррея, всецело зависят от деятельности гормонов, в связи с внутренними и внешними причинами.

Все эти отклонения от нормального хода менструации могут произойти и без всякого заболевания матки или развития в ней новообразования, только от ненормальной деятельности яичников и нервной системы. По утверждению Adler'a, раздражение автономных нервных центров вызывает кровотечение, раздражение симпатических нервов—уменьшение менструации.

Изменения состава крови: хлороз, анемия у девиц, могут прекращать или уменьшать менструации, а в иных случаях, наоборот, вызывают неправильные и профузные кровотечения. Так же влияют на месячные кровотечения венозные застои крови в тазу.

ГЛАВА XV

ОПУХОЛИ МАТКИ.

Опухоли матки разделяются на доброкачественные и злокачественные. К первым принадлежат фиброиды, миомы и фибромиомы; ко вторым—саркома, рак и хориоэпителиома.

Из всех новообразований матки чаще всего развиваются мышечно-соединительнотканые опухоли — **фибромиомы**, реже бывают чистые **миомы**, несколько чаще них — **фиброиды**, т. е. опухоли, состоящие из одной соединительной ткани.

Впервые эти опухоли были описаны Раки танским под именем круглого маточного фиброида. Virchow указал на мышечное происхождение этих опухолей, говоря, что маленькие опухоли состоят сплошь из мышечной ткани, а соединительная ткань разрастается уже позже. По его мнению, под влиянием раздражения из любого мышечного пучка матки может развиться миома.

Kleinwächter¹⁾, Rösger²⁾ и Gottschalk³⁾ в образовании миомы приписывали главную роль кровеносным сосудам: Kleinwächter — капиллярам, Rösger — маленьким артериям, а Gottschalk — большим артериям.

По Kleinwächter'у миома образуется из круглых клеток, которые выходят из капиллярных сосудов; сосуды пустеют, а из круглых клеток — путем их перехода в мышечные — образуется миома.

Rösger видит развитие миомы из media — из маленьких артерий.

Gottschalk предполагает, что миома развивается из крупных артерий, которые он называет ядерными артериями. Кроме того Gottschalk находил в миомах особые протоплазматические образования, которые он назвал „kernlosen cytodën“ — животными паразитами. Эти цитоды внедряются в большие клетки „mastzellen“, и из них начинается выделение спор, которые в свою очередь внедряются в мышечные клетки и возбуждают их к развитию опухоли.

Vedeler⁴⁾ находил в миомах особые клетки с ядрами, которые он называет патогенными амебами, и им приписывает главную роль в образовании миом.

Я работал также над этим вопросом в Праге в патолого-анатомическом институте проф. Chiari⁵⁾. Я исследовал 55 маточных миом в начальной стадии развития (опухоли имели от 0,1 до 0,8 сантиметра

¹⁾ Kleinwächter. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XX.

²⁾ Rösger. Ibid. Bd. XVIII.

³⁾ Gottschalk. Archiv f. Gyn. Bd. 43.

⁴⁾ Vedeler. Centralblatt f. Bacteriologie und Parasitenkunde. Bd. 17.

⁵⁾ Prager Zeitschrift f. Heilkunde. Bd. 16.

поперечнике). Для знакомства со стенками сосудов я наполнял сосуды крясющей жидкостью. В некоторых из исследованных мною опухолей найдены железистые ходы и около них молодая мышечная ткань (рис. 131 и 132). На основании своих наблюдений я пришел к следующим выводам: 1) миомы матки в начале своего развития состоят почти исключительно из мышечной ткани; 2) почти все миомы имеют соединительнотканную капсулу; 3) кровеносные сосуды в миомах лежат как между ядрами опухоли, так и внутри их; 4) кровеносные сосуды в миомах имеют хорошо образованные три стенки; 5) развиваются миомы, весьма вероятно, около эпителиальных образований, которые еще во время внутриутробной жизни плода остаются лежать среди мышечной ткани матки; по мере развития около миом сами они исчезают.

Рис. 131.



Субсерозная фибромиома с железистыми ходами.
(Слабое увеличение).

По теории Сohnheim'a—зачатки миомы уже заложены в эмбриональной жизни.

Рис. 132.



Те же железы при сильном увеличении.

Вот какие существуют гипотезы, старающиеся объяснить развитие миом матки. Которая из них верна, в настоящее время еще трудно сказать, а поэтому и вопрос о генезисе миом матки остается открытым.

Строение миомы чрезвычайно разнообразно: то она состоит вся из отдельных ядер, то мышечные и соединительнотканые пучки на разрезе образуют как бы завитки, то, наконец, пучки переплетаются между собой во всевозможных направлениях, и в таких случаях найти какой-либо план строения опухоли невозможно.

Строение миомы чрезвычайно разнообразно: то она состоит вся из отдельных ядер, то мышечные и соединительнотканые пучки на разрезе образуют как бы завитки, то, наконец, пучки переплетаются между собой во всевозможных направлениях, и в таких случаях найти какой-либо план строения опухоли невозможно.

В маленьких миомах я находил более правильное расположение пучков: они выходили как бы из ножки опухоли и распространялись в ней веерообразно. Каждая миома имеет соединительнотканную капсулу, отделяющую ее от основной мышечной ткани матки. Из этой капсулы опухоль очень легко вылуцается. Из капсулы направляются в опухоль сосуды, питающие ее.

Кроме этих опухолей, имеющих капсулу, встречаются, хотя очень редко, разлитые миомы; в существе их находятся железистые ходы. Они образуются из Вольфовых тел, как это доказал Reclinghausen, и названы им *adenomiom*'ами.

Если в опухоли имеется много расширенных кровеносных или лимфатических сосудов, образующих как бы полости и пронизывающих опухоль во всех направлениях, то такие опухоли носят название: *fibromioma uteri telangiectodes* или *limphangiectodes*. Они отличаются своей чрезвычайной мягкостью и при частом существовании в них кистовидных полостей могут вести к ошибочному диагнозу: предполагается киста яичника, а при операции оказывается опухоль матки.

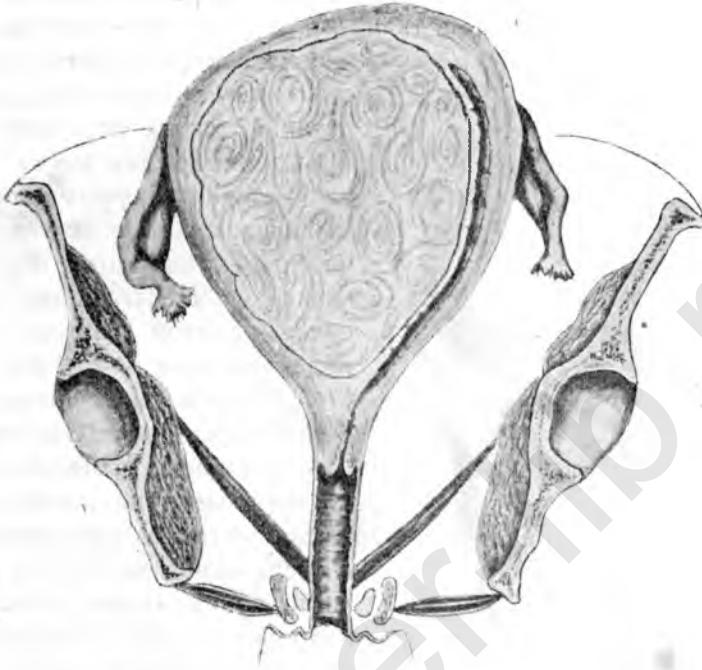
Телангиэктатические фибромиомы обыкновенно перед регулами сильно увеличиваются, а после них снова уменьшаются и доходят до своего первоначального объема.

Существование нервов в миомах доказано, но в небольшом количестве.

Фибромиомы матки разделяются на межуточные (*fibromyoma uteri interstitiale*), подбрюшинные (*fibromyoma uteri subserosum*) и подслизистые (*fibromyoma uteri submucosum*), а также на фибромиомы тела и шейки матки.

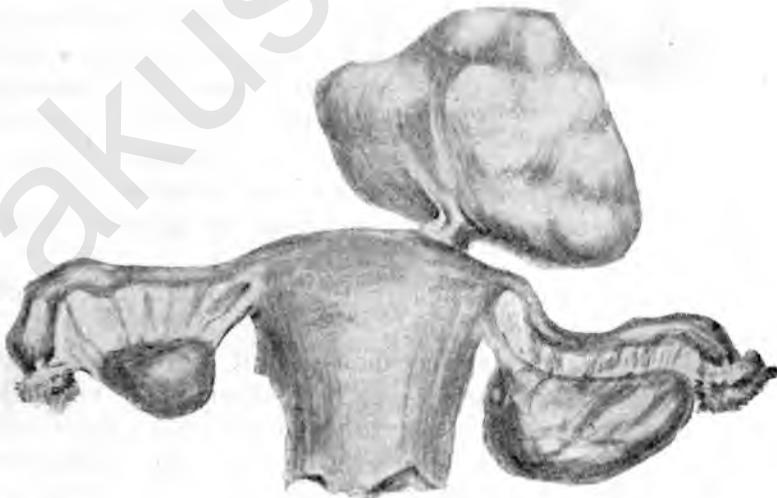
Межуточной или интерстициальной называется такая опухоль, которая сидит в стенке матки и отделяется от брюшного покрова и от слизистой оболочки ее толстым слоем неизменной мышечной стенки матки (рис. 133). Субсерозные фибромиомы, чаще фиброиды, сидят на теле матки тотчас под брюшиной в виде шаровидного возвышения или соединяются с ней тонкой или широкой ножкой, через которую входят и выходят сосуды из опухоли (рис. 134 и 135). Субмукозные сидят под слизистой оболочкой матки (рис. 136). Они могут также иметь ножку и тогда они являются в форме фиброзных полипов. Очень часто в одной и той же матке встречаются все три рода опухолей, т. е. межуточная, подсерозная и подслизистая (рис. 137). Число узлов в матке бывает чрезвычайно различное — от 1—2-х и до 50, при чем величина их колеблется от просяного зерна до размеров матки на сносях и более. Так, мной удалена миомиксаркома весом 1 пуд 20 фунтов. На рис. 138 и 139 изображена большая, у которой была удалена эта опухоль,—до операции и после нее. Проф. Рейн удалил

Рис. 133.



Fibromyoma uteri interstitiale.

Рис. 134.



Fibromyoma uteri subserosum.

опухоль в 2 п. 8 фунт., проф. Груздев—58 фунт., Кузнецкий—108 фунт.; много случаев описано и в иностранной литературе. Чем больше в опухоли мышечной ткани и сосудов, тем опухоль сильнее

Рис. 135.



*Fibromyoma fundi uteri subserosum
et cancer portionis vaginalis.*

увеличивается во время беременности и регул. Шеечные фибромиомы развиваются из передней или задней стенки шейки матки. Они разрастаются в клетчатке спереди или сзади ее и более или менее значительно выпячивают передний или задний свод влагалища. Тело матки сидит на этой опухоли как бы в виде придатка (рис. 140).

Причины развития фибромиомы в матке до сих пор неизвестны. Пробовали искать микроорганизмов, но ни к чему не пришли. Нельзя также поставить развитие их в связь с воспалением матки, так как очень часто фибромиомы появляются в здоровых матках. Наследственность, как будто, играет какую то роль. Описаны случаи, и я лично наблюдал и оперировал миомы у матери и дочерей.

Так как большинство миоматозных больных или мало рожали или совсем не рожали, то некоторые авторы делают предположение, что развитие опухоли—недостаток правильной функции матки, которую она выполняет у производящих на свет женщин. Но это предположение тоже неверно, так как встречается много случаев миом у повторно рожавших.

Рост фибромиомы очень медленный. Нужно много лет, чтобы опухоль достигла большой величины.

У меня был случай заднешеечной миомы, которую я удалил *per abdomen*, величиной в голову взрослого человека, и которая росла более 20 лет. Больная за 20 лет до производства мной операции обращалась к проф. *Olshausen'y*, и он тогда уже нашел опухоль величиной в апельсин и предлагал операцию. Чем богаче опухоль мышечной тканью и сосудами и чем интимнее связь ее с маткой, тем

и рост ее бывает быстрее; и наоборот, чем больше в ней фиброзной ткани, тем рост ее идет медленнее. Иногда наблюдается

Рис. 136.



Fibromyoma uteri submucosum.

быстрое увеличение опухоли, растущей вначале медленно. Это зависит от доброкачественного или злокачественного перерождения опухоли, часто от первого с образованием кист. Об этом будет сказано ниже.

Возраст, в котором чаще всего больные являются с миоматозной опухолью, 30—40 лет; реже находим ощутимые миомы в более молодом возрасте. Самая молодая женщина, у которой мне пришлось оперировать миому, была 23-х лет. У нее существовала шейчная миома.

С окончанием менструаций, то есть с наступлением климакса, замечено, что рост фибромиом прекращается и они могут даже атрофироваться вместе с маткой. Но этим не следует особенно увлекаться;

Рис. 137.



Fibromyoma subserosum, interstitiale et submucosum et cancer portionis vaginalis.

Рис. 138.



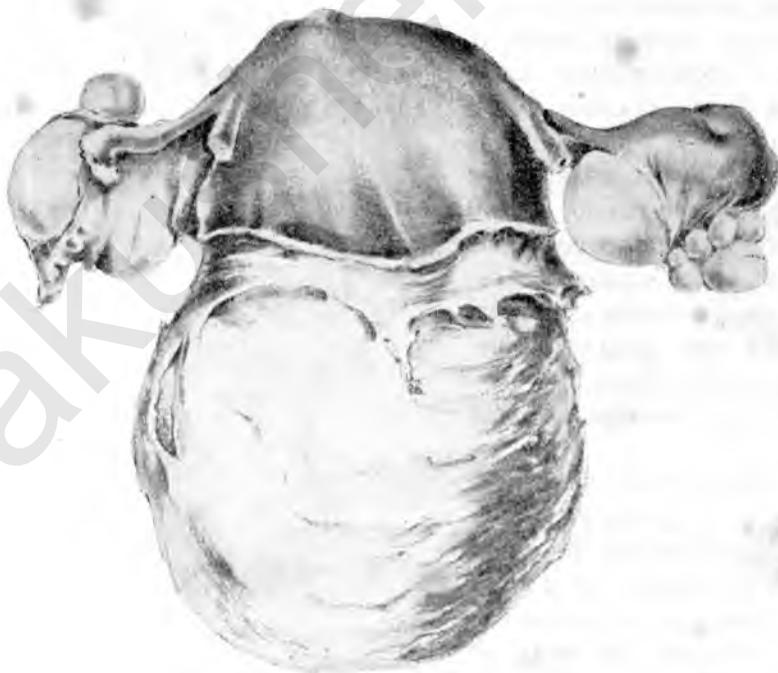
До операции.

Рис. 139.



После операции.

Рис. 140.



Fibromyoma uteri antecervicalc.

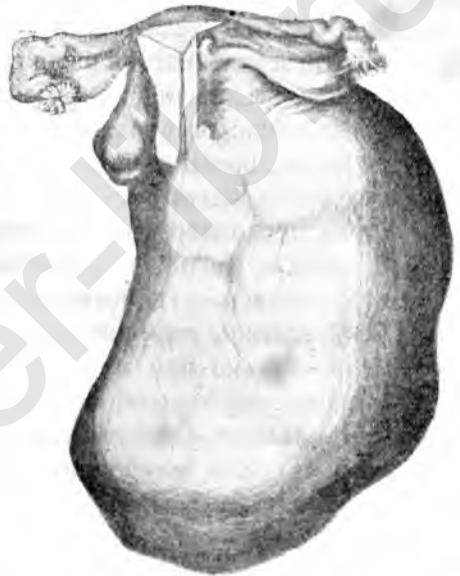
это не закон, что опухоли непременно уменьшаются в климактерическом возрасте, в иных случаях бывает наоборот—опухоли в силу различных перерождений в них начинают быстро расти, а иногда неудержимо растут и без всяких перерождений. Таких случаев было много среди оперированных мною, и они большей частью очень тяжелые, иной раз оканчивающиеся смертью, благодаря, главным образом, изменениям в сердце. Смерть наступает на 3-й—5-й день после операции при явлениях упадка сердечной деятельности, без каких-либо явлений в области операции.

Фибромиомы при своем росте оказывают большое влияние на матку, особенно интерстициальные и субмукозные. Они изменяют полость матки, часто совершенно ее деформируют. Они влияют и на положение матки, отклоняя ее вправо, влево, вперед или назад, в зависимости от того, из какой стенки опухоль развивается. При шейных миомах матка высоко приподнимается кверху, и влагалищная часть достигается тогда лишь с большим трудом под лонной дугой (рис. 141).

При интерстициальных миомах полость матки увеличивается в длину и может достигать до 18—23 см. и более. По мере роста внутривенной опухоли матка все время вытягивается кверху, почему и полость матки увеличивается в длину.

При одновременном существовании узлов опухоли, вдающихся под слизистую оболочку, полость матки обезображивается благодаря выступам опухоли; тогда в полости матки образуются такие закоулки, куда невозможно проникнуть зондом или бужом. Иногда такие выступы настолько закрывают канал в матке, что выше них может задерживаться менструальная кровь и слизь и вызвать схваткообразные боли не только во время регул, но и между ними просто от накопления слизи. При субмукозных опухолях полость матки не только увеличивается в длину, но, главным образом, в ширину, и чем больше субмукозная опухоль, тем полость матки больше и шире. Это относится особенно к большим подслизистым миомам, соединяющимся с телом матки более или менее широкой ножкой.

Рис. 141.



Fibromyoma uteri retrocervicale.

Менее всего изменяют длину и ширину полости матки субсерозные миомы, ибо они, начиная расти из тела матки тотчас под серозным покровом, быстро отделяются от матки и остаются в соединении с ней лишь при помощи ножки. Они растут свободно в брюшную полость и не тянут за собою матку.

Опухоли, развивающиеся из стенки матки под широкую связку с правой или с левой стороны, оттесняют матку не только кверху, но и в сторону, и часто придавливают ее к противоположной стенке таза. Они называются *fibromyoma uteri lig. lati*. Встречаются фибромиомы, растущие из широких связок и неимеющие связи с маткой, но очень редко; чаще они растут из матки.

Если опухоль тела матки разрастается в малом тазу, то она, как скоро достигает известной величины, может давить на прямую кишку, вызывая запоры, на нервы — вызывая боли в крестце, в нижних конечностях, пояснице; развиваясь впереди матки, опухоль давит на мочевой пузырь, вызывая частые позывы на мочу, а иногда задержку мочеиспускания, боли в лобке.

Кроме чисто местных явлений, миома оказывает большое влияние на весь организм. Больная часто жалуется на сильные головные боли, головокружение, расстройство пищеварения, тошноты, рвоты, отрыжку, запоры. Особенное влияние миома оказывает на сердце. Сердце изменяется не только при миомах, вызывающих кровотечения, но даже и при маленьких миомах, не вызывающих каких-либо местных болезненных припадков. Сердце весьма чутко относится ко всему, что происходит в матке, и изменения сердца, а особенно его деятельности при воспалительных заболеваниях матки, при возникновении в ней беременности, всем хорошо известны.

Миома постепенно подтачивает здоровье, больная не замечает этого, и уже тогда обращается к врачу, когда все болезненные явления резко увеличатся. Сначала больная обращается к невропатологам, а потом уже является к гинекологу.

Слизистая оболочка матки под влиянием растущей фибромиомы изменяется меньше всего при субсерозных миомах (даже может остаться совершенно нормальной) и больше всего при субмукозных.

При интерстициальных опухолях, близко подходящих к слизистой оболочке матки, в ней наблюдаются резкие воспалительные явления в виде *endometritis glandularis* или *interstitialis*. Если опухоль отделена от полости матки лишь тонким слоем мышечной ткани, то на слизистой, покрывающей опухоль, развивается интерстициальный эндометрит; при этом железы почти совсем отсутствуют, а на местах рядом с опухолью или между вдающимися в полость матки узлами опухоли существует резкий железистый эндометрит, иногда с развитием кисто-

видных образований и опухолей в форме железистых моллюсков (*adenoma cysticum polyposum*) (Славянский).

При подслизистых миомах, имеющих капсулу, слизистая оболочка матки сильно утолщена и представляет те же явления, какие описаны выше. При опухолях, не имеющих капсулы, слизистая оболочка атрофируется, и цилиндрический эпителий, покрывающий ее поверхность, непосредственно прилегает к разросшейся мышечной ткани опухоли (Славянский).

Из симптомов, которые вызывает опухоль, наиболее часто встречающийся и наиболее важный—кровотечение. Оно является или в форме усиленных регул, которые начинают приходиться раньше срока и продолжаться значительно большее число дней, или кровотечения появляются между регулами. Кровь идет кусками и может сопровождаться сильными болями вследствие вышеописанной деформации полости матки. Следовательно, при миомах матки наблюдаются меноррагии, метроррагии, при чем они сопровождаются в иных случаях дисменореей. Кровотечения бывают довольно сильные, часто плохо поддающиеся нашим врачебным мероприятиям. Надо удивляться только, как больные в продолжение многих лет справляются с такими кровотечениями и остаются живы.

Кровотечения обыкновенно развиваются постепенно; сначала все увеличивается потери крови во время регул, а затем уже наступают обильные маточные кровотечения. Но как бы ни были обильны кровотечения, они, к счастью, редко служат причиной смерти больной; однако, с каждым разом состояние больных все ухудшается и ухудшается, они делаются малокровными, жалуются на сердцебиение, головные боли, головокружение и т. д.

После кровотечения некоторые больные жалуются на жидкие слизисто-кровянистые выделения, которые тоже долго продолжаются, иногда идут почти все время между регулами. Этот симптом сильно действует на нервную систему больной. Ей неприятно, что она все время ходит мокрая, а кроме того боится, что из нее много выходит крови.

Местом кровотечения служит по большей части слизистая оболочка, но не та, которая покрывает опухоль, а та, которая находится между узлами опухоли. Здесь наблюдается, как об этом было сказано выше, изменение в виде железистого, полипозного эндометрита с большим развитием сосудов. Резче всего симптом—кровотечение—выражен при подслизистых миомах. Размеры потерь крови не зависят от величины опухоли. В иных случаях большие опухоли, как это было в моих наблюдениях, никаких кровотечений не давали, а самые маленькие вызывали обильные кровотечения. Все зависит от того, как близко

опухоль подходит к слизистой оболочке матки: чем ближе, тем воспалительные явления в ней резче.

Второй симптом—боль. Боли при миомах появляются тогда, когда они достигают большой величины и, помещаясь в малом тазу, давят на нервы; появляются иногда боли и при развитии миомы в стенке матки. Опухоль по мере своего роста растягивает стенку матки и этим самым вызывает боль. Эта боль обостряется во время менструации, так как в это время опухоль увеличивается. Особенно сильная боль наблюдается при подслизистых стебельчатых миомах. Они, как инородное тело, раздражают нижний сегмент матки и вызывают схваткообразные боли. Боли совершенно похожи на родовые схватки, ибо с течением времени подслизистая миома, сидящая на ножке, начинает рождаться наружу. При этом происходит тот же самый процесс раскрытия маточного зева и сглаживания шейки, как это наблюдается во время родов.

При заднешеечных и межсвязочных миомах боли начинаются довольно рано, особенно, если опухоль растет больше в клетчатку, вниз, в область малого таза. Здесь она начинает давить на прямую кишку, на крестцовые нервы, вызывая боли в крестце, в копчике, пояснице. Заднешеечная опухоль может разрастаться как вверх в брюшную полость, так и вниз, в клетчатку. Разрастание вниз достигает такой степени, что, как я наблюдал на своих случаях, введенный во влагалище палец тотчас же наталкивается на нижний сегмент опухоли. Давление опухоли на прямую кишку вызывает запоры, развитие геморроидальных шишек, а вместе с тем развитие геморроидальных явлений: кровотечений, выделений слизи из прямой кишки и болей.

Опухоль, растущая из передней или задней стенки матки, может вести к искривлению ее: к *anteflexio* или к *retroflexio*, а это положение само вызывает указанные выше явления со стороны мочевого пузыря и задержку мочи, как это наблюдается особенно при *retroflexio uteri gravidi*. При больших опухолях, растущих асимметрично, этими опухолями могут быть сдавливаемы мочеточники, результатом чего развивается гидронефроз. При таких больших опухолях наблюдалась Брайтова болезнь, камни в почках. Кроме болевых ощущений при больших опухолях больные чувствуют тяжесть в животе; при сильном растяжении брюшных стенок развивается отвислый живот.

Течение болезни. Развитие опухоли и припадков идет медленно, постепенно. Особенно это относится к интерстициальным и субсерозным опухолям. При субмукозных, полипозных миомах картина болезни разворачивается гораздо быстрее, и уже очень рано начинаются сильные кровотечения и боли схваткообразного характера.

Во время существования опухоли с ней могут произойти различные изменения, которые сразу изменяют картину болезни и заставляют обратить внимание на нее как самой больной, так и лечащего ее врача.

Прежде всего при субсерозных миомах, сидящих на ножке, может произойти, как это случается при кистах яичника, **перекручивание ножки**. Оно ведет тотчас же к прекращению питания опухоли, а это в свою очередь к воспалению опухоли, брюшинного покрова ее, к местному воспалению брюшины; результатом этого воспаления являются сращения сальника и кишек с опухолью, и от сальника направляются сосуды в опухоль. После этого опухоль начинает быстро расти. В некоторых случаях такого сращения восстановления питания не получается; тогда опухоль мертвеет, что с своей стороны может вести к губительным последствиям для больной. В других случаях опухоль может совершенно открутиться от матки и, будучи сращена с сальником и кишками, лежит, окутанная ими, свободно в брюшной полости. Подслизистая миома, как сказано выше, с течением времени начинает рождаться из матки; по мере раскрытия маточного зева опухоль все больше и больше выпячивается во влагалище, а по мере выпячивания она может ущемиться в зеве, в результате чего появляется омертвление и изъязвление той части, которая смотрит во влагалище. Затем вся опухоль, родившись во влагалище, может отделиться от своего места прикрепления и омертветь. У больной появляются сильно вонючие гнойные выделения, перемешанные с клочьями омертвевшей ткани. Такой случай я наблюдал у девицы 19 лет, где при целом гимене фиброзная опухоль величиной в головку новорожденного родилась из матки и осталась лежать во влагалище за девственной плевой. Больная обратилась за врачебной помощью лишь тогда, когда хлынули из влагалища вонючие выделения.

При изъязвлении опухоли иногда открываются сильные кровотечения, особенно при дотрагивании, как, например, при гинекологическом исследовании. Такое омертвление опухоли может служить причиной общего септического заражения и вести к летальному исходу. Кроме описанных осложнений в опухолях наблюдаются еще другие изменения как доброкачественного, так и злокачественного характера.

Изменения доброкачественного характера:

1) **Атрофия** опухоли. Она присуща климактерическому возрасту вместе с физиологической атрофией матки и всего полового аппарата. Она может наступить после кастрации и предлагалась раньше при заднешеечных миомах, как оперативный метод, когда способы удаления шеечных миом еще не были хорошо разработаны. В настоящее время при помощи лучей Röntgen'a вызывают атрофию яичников, преждевременный климакс, ведущий к уменьшению опухоли. При атрофии мы-

щечные клетки делаются меньше величиной и числом, они жирно перерождаются и погибают, а на их месте разрастается соединительная ткань и сморщивает опухоль. Соединительная ткань бывает очень плотная.

2) **Обизвествление**—пропитывание фиброзной опухоли солями извести (фосфорнокислой, углекислой и сернокислой). Они отлагаются в соединительной ткани опухоли, при чем это отложение происходит островками в различных частях: то в центре, то на периферии; то отложение извести происходит лишь в капсуле опухоли, то, наконец, вся опухоль представляется пропитанной известью; тогда она имеет вид камня и может быть распилена, а поверхность распила отшлифована. Такая импрегнация солями наблюдается как в маленьких, так и в больших миомах, как в межучточных, так и субсерозных и преимущественно в старческом возрасте.

Опухоли, превращенные в камни, носят название **маточных камней**. Они были известны еще Hippocraty, Salinus'y и Paracelsus'y. Затем описание маточных камней встречается в позднейшей литературе; так, у Gebhard'a¹⁾ приведены случаи S. Upshur'a, Briggs'a, Lehnerdt'a, Hofmeier'a. Особенно интересен случай Jamagiv'a. Он нашел маточный камень в золе после сожжения трупа 70-ти летней женщины. Обизвествление опухоли представляет один из благоприятных исходов.

3) **Жировое перерождение**. Оно появляется в мышечных клетках гнездами, в иных случаях может захватывать и большие отделы опухоли как в центре, так и в периферических частях. Опухоль при этом размягчается и имеет в разрезе желтый цвет.

4) **Амилоидное перерождение** фибромиомы наблюдается довольно редко при общем амилоидном перерождении органов.

5) **Слизистое перерождение**—наиболее частое. Оно встречается как в интерстициальных, так и в субмукозных миомах, а также, хотя и реже, в субсерозных. Ткань опухоли начинает размягчаться, мышечные клетки и пучки как бы раздвигаются и между ними появляется студенистая, слизистая масса, в которой под микроскопом видна в некоторых случаях как бы сеть. Результатом размягчения ткани опухоли появляются кистовидные полости, наполненные жидким слизистым содержимым; эти полости могут достигать большой величины, замещать собою почти все существо опухоли, и тогда фибромиома, особенно если она субсерозная, может симулировать кисту яичника. Слой неизменной ткани остается столь незначительный, что получается при исследовании опухоли ясная флюктуация, т. е. опухоль имеет ясную эластическую консистенцию.

¹⁾ Gebhard. Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. 1899.

На рис. 142 изображен случай, при исследовании которого до операции была сделана ошибка при постановке диагноза. Опухоль, расположенная впереди матки, величиной в голову взрослого человека имела ясную эластическую консистенцию. Был поставлен диагноз кисты яичника, но оказалась субсерозная фибромиома матки с большой полостью внутри нее, наполненной слизистой жидкостью.

Рис. 142.



Большая субсерозная фибромиома со слизистым перерождением в ее центре.

б) **Омертвление опухоли.** Оно бывает от различных причин: от перекручивания ножки субсерозного фиброида; после нечисто проведенных родов или выкидыша нагноение тромба в стенке матки может также дать нагноение в тромбе опухоли, а отсюда и в самой ткани опухоли; после выскабливания при ранении капсулы опухоли и самого ее существа; при рождении субмукозных фиброидов и ущемлении их в зеве или откручивании ножки; после заразных болезней: инфлюэнцы, тифа, родильной горячки и т. д. Я наблюдал чрезвычайно интересный случай в этом отношении. Больная долго страдала фибромиомой тела матки, сопровождавшейся обильными кровотечениями. Наступил климактерический возраст: кровотечения прекратились, и все болезненные симптомы исчезли. Вдруг после инфлюэнцы, протекавшей при высокой т-ре, опухоль быстро увеличилась и стала очень чувствительной; т-ра не приходила к норме. Приглашенный к больной, я предположил нагноение в опухоли и предложил немедленную операцию, на которую больная согласилась. При операции оказалось, что действительно вся фибромиома омертвела. Такое осложнение представляется для больной очень опасным, и, если не будет во время произведена операция, больная может погибнуть.

Злокачественное перерождение фибромиомы может быть раковое и саркоматозное.

Оба эти перерождения для больной представляют громадную опасность, и опухоли должны быть во время удалены.

Раковое перерождение едва ли можно назвать перерождением, так как ни мышечная, ни соединительная ткань не переходят в раковую ткань, следовательно, в миоме должны быть эпителиальные клетки, которые и служат источником развития рака. Откуда же является в миоме эпителий? В начале главы было сказано, что в миоме встречаются железистые ходы, которые представляют из себя или эмбриональные каналы или застрявшие в эмбриональной стадии развития маточные железы. Из моих случаев, описанных бывшим ассистентом клиники, ныне проф. В. Д. Брантом, видно, что рак может распространяться в фибромиому из полости матки, т. е. прорасти при существующем раке полости матки в опухоль и там уже разрастаться как бы в самостоятельную раковую опухоль. Во время сделанная операция дает хорошие результаты, т. е. рецидива не наступает. Из всех моих оперированных случаев при раковом поражении миомы я наблюдаю один в течение уже 7 лет, и рецидива нет, при чем в этом случае была сделана только надвлагалищная ампутация тела матки.

Саркоматозное перерождение может быть как таковое. Чаще всего встречаются веретенообразноклеточные саркомы и реже—круглоклеточные. Клинический симптом саркоматозного перерождения это—быстрый рост опухоли, которая до этого времени росла очень медленно. Водянки живота долго может не быть; болезненности никакой. Результат операции также удовлетворительный.

Из других осложнений следует упомянуть еще о довольно нередком одновременном заболевании придатков в виде гипертрофического сальпингита, hydrosalpinx'a, haematosalpinx'a и различного рода оофорит'ов; кроме того встречаются и кисты яичников и широких связок. Осложнение миомы воспалением придатков прибавляет к другим припадкам, которые вызывает опухоль, более или менее сильную болезненность при ощупывании опухоли и окружающего ее района. При фибромиомах придатки очень часто не находятся на своем нормальном месте, а оттесняются опухолью в стороны, вниз вглубь таза или вверх в брюшную полость. Иногда они так сильно бывают окутаны сращениями, что их трудно сразу найти даже при операции. Случаи фибромиом матки, осложненные воспалением придатков, бывшие в моей клинике, описаны ассистентом клиники д-ром Гогоберидзе (Журнал акуш. и женск. бол. за 1910 г.).

Диагностика фибромиом матки. Субсерозные фибромиомы распознаются по консистенции (они очень плотны), по отношению к матке и по указанию больной на медленный рост опухоли. Их можно смешать с опухолями яичников, но эти опухоли чаще бывают эластической консистенции, чем плотной, и они более разобщены с маткой. Субсерозные фиброиды соединены с маткой более интимно, так как

ножка фиброзной опухоли в большинстве случаев не длинна, как это бывает при опухолях яичника, сидящих на ножке. Все эти признаки, конечно, не абсолютно точны, а поэтому и ошибки в диагнозе возможны.

При существовании межзачаточной миомы, да еще при существовании нескольких узлов ее, диагноз поставить нетрудно. При бимануальном исследовании матка, как таковая, не определяется, а вместо нее прощупывается бугристая опухоль, в которую переходит влагалищная часть и шейка матки. При исследовании зондом узнается направление полости матки и ее длина. Длина полости матки, которая при интерстициальных миомах часто значительно увеличивается, тоже служит вспомогательным признаком для постановки диагноза интерстициальной фибромиомы матки, так как ни при какой другой опухоли полость матки так сильно не удлиняется. Направление полости матки дает представление о том, откуда опухоль развивается, т. е. из какой стенки матки. Матка с межзачаточной миомой, которая сидит в ней по средней линии, не обезображивает ее и не прощупывается на ней в виде отдельного узла,—при прекращении регул может быть смешана с беременной маткой. На истинный путь выводит анамнез больной, отсутствие других признаков беременности и, в крайнем случае, выжидание, особенно, если угрожающих явлений для состояния здоровья больной нет. Интерстициальную миому, растущую из боковой стенки матки, вправо или влево, в сторону придатков матки, можно смешать с воспаленными придатками, особенно со старым рyoosalpinx'ом. Он имеет толстые мышечные стенки, очень густое содержимое, безболезнен, не вызывает повышенной т-ры. В то же время, благодаря прежде бывшим воспалениям, в брюшине образовалась целая масса ложных перепонок, которые так тесно спаивают матку с рyoosalpinx'ом, что трудно найти границу между тем и другим органом даже после вскрытия брюшной полости. И вот ставится диагностика фибромиомы матки, а при операции оказывается рyoosalpinx. Из заблуждения может вывести на истинный путь измерение полости матки. Удлинение ее говорит за фибромиому. Тщательно собранный анамнез больной, где должны быть указания на то, что больная страдала повторными обострениями болезни, т. е. частыми тазовыми перитонитами, свидетельствует о рyoosalpinx'e.

Фибромиому можно также смешать с плотными опухолями яичника, дермоидами, тератомами, фиброидами, если они лежат в тазу и связаны с маткой сращениями от бывших воспалений опухоли и окружающей брюшины.

Диагностика субмукозной фибромиомы устанавливается по тем симптомам, какие она вызывает, т. е. кровотечениям и схваткообразным

болям. Исследование зондом, помощью которого можно ощупать опухоль, а затем определить ширину и длину полости матки, дает также много данных для постановки диагноза. Если опухоль выходит из дна, то при измерении зондом длины полости матки, можно получить различные цифры. Если зонд попадает на опухоль, получается одна цифра; по ту или другую сторону опухоли получается другая цифра и гораздо большая. Это должно навести на некоторые соображения: не имеется ли какой-либо опухоли в полости матки. Исследование во время менструации иногда дает верные данные. Во время менструации раскрывается зев матки, и тогда можно пальцем прощупать опухоль в полости матки. Полипы матки, сидящие на длинной ножке, в некоторых случаях во время менструации почти совсем рождаются во влагалище, а после менструации они снова прячутся. В таких случаях врач, исследующий больную, находит рождающийся полип, а другой, исследуя больную в промежутке между менструациями, этого полипа не находит. Для точной диагностики можно расширить шейку матки бужами Негат'a и непосредственно пальцем исследовать полость матки.

Диагностика шеечных миом ставится на основании положения опухоли, матки и их взаимных отношений. Заднешеечная миома растет вниз и располагается между прямой кишкой и задней стенкой влагалища, а с другой стороны растет вверх и выпячивает над собой брюшину в брюшную полость. Вместе с брюшиной она смещает вверх и матку. При росте ее вниз в клетчатку начинает выпячиваться задняя стенка влагалища, и, как уже сказано выше, нижний конец опухоли может доходить почти до входа во влагалище. При бимануальном исследовании оказывается, что слизистая оболочка влагалища растянута на опухоли, так как последняя непосредственно к ней прилежит; матка приподнята высоко кверху, влагалищная часть прощупывается высоко под лонной дугой. Измерения зондом полости матки во многих случаях произвести невозможно; если и удастся провести зонд или буж в полость матки, то лишь по пальцу, при чем полость матки может быть не очень увеличена или даже остаться без изменения. При опорожненном мочевом пузыре можно ощупать тело матки, свободно прилегающее к опухоли; при более благоприятных условиях определяется исходная точка опухоли. При интерстициальных интралигаментарных миомах, а также и при шеечных, мочевой пузырь вытягивается часто вверх и в сторону. Это надо иметь в виду; поэтому при гинекологическом исследовании нужно обращать внимание на положение мочевого пузыря, чтобы не попасть в него при разрезе брюшной стенки. Заднешеечные миомы можно смешать с дермоидными кистами, лежащими в заднем Дуглассовом пространстве; но здесь бу-

дут другие отношения матки к опухоли и влагалищной стенки к ней. Последняя не будет на ней натянута, а матка лежит на своем нормальном месте. Эксудаты в клетчатке также могут симулировать опухоль матки. Разница между опухолью шейки матки и эксудативной опухолью будет та, что первая имеет ясные границы, вторая же их не имеет, и границы ее представляются расплывчатыми. Кроме того и анамнез больной будет различный в том и другом случае.

Лечение применяется при миомах оперативное и консервативное, из них первое занимает главное место. Фибромиома—новообразование, следовательно, она все время растет, и мы, к сожалению, не имеем консервативных средств, могущих остановить рост опухоли. Показанием к хирургическому вмешательству служат те симптомы, которые вызывают новообразование: кровотечения и боли, а также злокачественное перерождение опухоли, омертвление ее. Фибромиома, по существу, доброкачественное новообразование, растущее очень медленно, поэтому до сих пор нет твердой точки зрения для оперативного вмешательства.

Взгляды авторов расходятся. Если все симптомы выражены слабо, многие не предлагают большой операции, считая ее излишней. Взгляд на миому, как на доброкачественное образование, по моему мнению, должен быть оставлен. Фибромиома, будучи, как сказано, доброкачественным новообразованием, медленно подтачивает здоровье ее носительницы, как бы мала опухоль ни была, даже если она не вызывает никаких симптомов. Это относится к интерстициальной миоме, о субмукозной нечего и говорить: она рано вызывает симптомы и требует операции.

Опухоль влияет на весь организм: у больной являются головные боли, сердцебиение, нервное расстройство, тоскливое состояние. После удаления опухоли все только что описанные припадки исчезают. Влияние ее на сердце и на его мышцу—факт доказанный. Мне думается, чем моложе больная, тем показаний к операции больше, как бы ни была мала опухоль. В начале развития опухоли можно сделать консервативную операцию и сохранить большой матку и, следовательно, сохранить менструацию, а, может быть, вместе с тем и способность деторождения. У больных, близких к климактерическому возрасту, можно не спешить с операцией, так как с наступлением климакса опухоль в иных случаях перестает расти и даже совершенно исчезает. При субсерозных опухолях, в виду возможности перекручивания ножки и омертвления опухоли, операцию производить следует. При шеечных миомах операция должна быть производима, в каком бы возрасте она ни была найдена, так как опухоль все время, хотя и медленно, растет, и климактерический возраст на нее влияет мало. Нередко бывает, что и

интерстициальные опухоли с наступлением климактерического возраста продолжают расти, следовательно, особой надежды возлагать на прекращение роста опухоли не следует.

Прогноз при оперативном вмешательстве довольно хороший; процент смертности после операции в настоящее время сравнительно с прежним временем, например, 10—15 лет тому назад, значительно понизился и приближается к проценту смертности после удаления кист яичника, 2^o/_o—4^o/_o. Процент смертности тем ниже, чем больная моложе. Более плохой прогноз дают пожилые больные, от 45—48 лет и больше, благодаря ослабленной сердечной деятельности. Тучные женщины также ухудшают предсказание по той же самой причине. Операции в молодом возрасте дают прекрасные результаты, и никаких осложнений с сердцем не наблюдается; у пожилых и у тучных больных приходится часто уже в первые дни после операции возиться с сердцем, метеоризмом, так как у них бывает вялость кишечника и стоит много труда освободить кишки от газов после операции.

Операции при фибромиомах разделяются на консервативные и радикальные. К консервативным принадлежит вылушение опухоли или целого ряда их с оставлением матки, к радикальным—надвлагалищная ампутация матки или полное удаление ее. Та и другая операция, т. е. первая и обе вторые, имеют свои показания. Так, вылушение (enucleatio) можно произвести в тех случаях, где узлов опухоли немного и где они не пронизывают матку со всех сторон. Обе вторые операции производятся тогда, когда при осмотре матки вместе с опухолями видно, что при вылушении узлов произойдут такие дефекты, что матка не может быть восстановлена для ее функции. Кроме того enucleatio опухоли должно быть рекомендовано в молодом возрасте, где больная может еще иметь детей. Если же больная близка к климактерическому возрасту, можно предпочтительно сделать одну из вторых операций, особенно если в матке находится не один, а несколько узлов.

Все эти операции производятся или через разрез брюшной стенки или через влагалище. С введением в практику разреза Ph an en stiel'я—поперечного сечения брюшной стенки над лобком, влагалищные операции отходят все больше и больше на задний план. Этот разрез позволяет оперировать глубоко в тазовой полости, т. е. там, где оперируют при разрезе через влагалище, между тем все операционное поле на виду, и для оператора больше простора. Кроме того, при разрезе по Ph an en stiel'ю избегаются послеоперационные грыжи; если они встречаются, то очень редко: по крайней мере, я на свои 220 случаев разреза по Ph an en stiel'ю не видал ни одной грыжи. Было время, когда путем кускования удаляли большие опухоли через влагалище. В настоящее время имеются еще сторонники этой операции.

По моему мнению, удалению через влагалище подлежат лишь маленькие опухоли, как при вылушении их, так и при удалении вместе с маткой. Я исключаю здесь субмукозные опухоли, при которых влагалищный способ следует предпочитать брюшному, по некоторым причинам, о которых я скажу в своем месте.

Из русских гинекологов главным поборником влагалищного метода удаления опухолей является проф. Д. О. Отт. Ему принадлежит большая заслуга в разработке и усовершенствовании этого метода.

Операция *enucleatio* опухоли производится следующим образом: вскрывается брюшная полость по белой линии вдоль или поперек над лобком послойно, что зависит от величины опухоли. Затем матка вместе с опухолями извлекается наружу помощью штопора или крепких щипцов и осматривается. После этого через вершину опухоли делается продольный разрез спереди назад; этим разрезом вскрывается капсула опухоли, состоящая из мышечной ткани матки, затем захватывается вышеуказанными инструментами опухоль и пальцем вылущается из ее ложа

(рис. 143). Совершается это очень легко; затем, если опухоль была велика, а, следовательно, остающееся ложе глубокое, его зашивают в 2 этажа узловатыми кэтгутowymi швами (рис. 144). При вылушении опухоли может быть вскрыта полость матки, если опухоль сидела глубоко; тогда нужно продезинфицировать полость матки 10% раствором *acidi carbol.* и *t-ra jodi*, что делается при помощи зонда Плейфера, вооруженного ватой; им протирают полость матки и зашивают

Рис. 143.



Enucleatio.

Капсула опухоли разрезана, и опухоль вылущается пальцем.

ее. Чаще при вылушении полость матки не вскрывается. Можно вылушить целый ряд миом, если при этом не страдает матка. Эту операцию следует считать идеальной, но, к сожалению, она не всегда возможна. Кроме того, одно обстоятельство говорит против нее: это—возможность оставления зачатков опухоли, которые в дальнейшем снова могут разрастись в большую опухоль.

Рис. 144.



Enucleatio.

Ложе опухоли зашивается в два этажа.

Рис. 145.

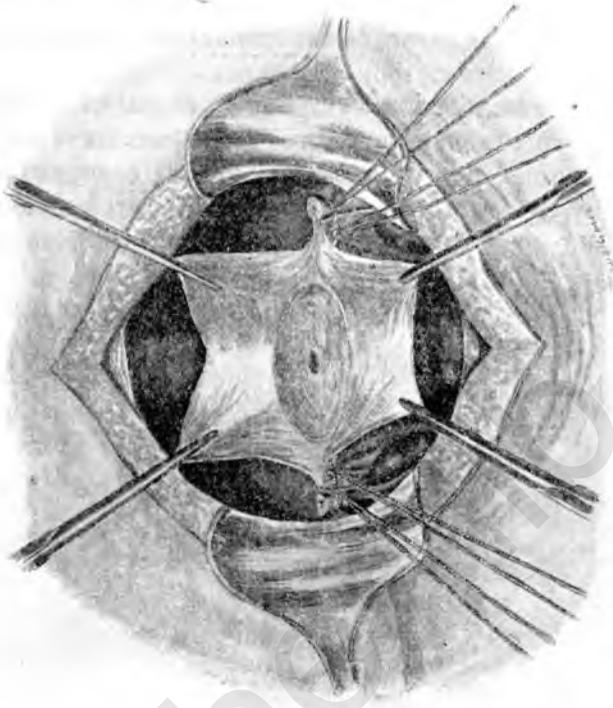


Amputatio uteri supravaginalis.

Наложение лигатур на широкие связки.

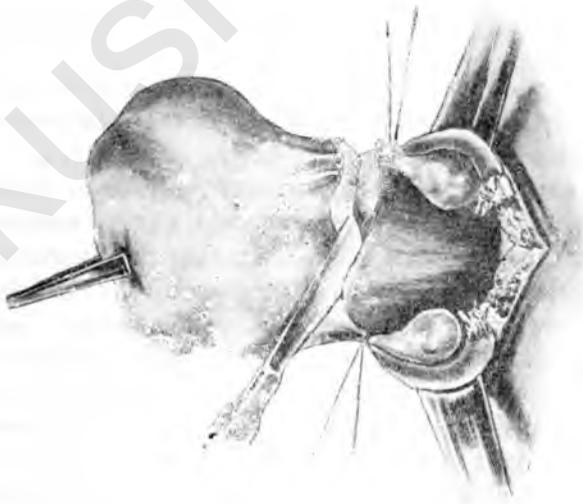
Надвлагалищная операция тела матки (amputatio uteri supravaginalis) производится при множественном развитии опухолей следующим образом. После вскрытия брюшной полости матка вместе с опухолями, так же, как и в первом случае, извлекается наружу. На широкие связки под яичники и Фаллопиевы трубы накладываются катгутовые или шелковые лигатуры или зажимы. Если яичники желательнее оставить, то лигатуры или зажимы накладываются выше яичников (рис. 145). Кроме того лигатуры или зажимы накладываются у места отхождения Фаллопиевых труб от матки; наконец, ножом ампутируют матку (рис. 146), и кровоточащие сосуды перевязываются лигатурами. Оставшийся канал в культе (рис. 147) так же, как в предыдущем случае, протирается ватой с 10% *acidi carb.* и *t-rae jodi*. Затем близ канала культы выре-

Рис. 147.



Amputatio uteri supravaginalis.
Культа с растянутой Брюшиной.
Виден канал шейки.

Рис. 146.



Amputatio uteri supravaginalis.
Матка вместе с опухолями срезывается выше
лигатур.

зывают в глубину клиновидные куски, и канал закрывают узловатыми кэтгутовыми швами, а сверху края раны вместе с брюшиной соединяют тоже узловатыми кэтгутовыми швами. При этом нужно стараться, чтобы культя была покрыта брюшиной и чтобы к ней не прирос сальник и кишки (рис. 148).

При надвлагалищной ампутации я стараюсь оставить часть полости матки. Это я делаю для того, чтобы женщина не теряла менструальную функцию, ибо присутствие ее благотворно действует на нервную систему. Больная, при существовании этой функции, считает себя женщиной; при отсутствии ее она очень печальна, особенно

Рис. 148.



Amputatio uteri supravaginalis.

Зашивание культи и покрытие ее брюшиной.

если операция произведена еще в молодом возрасте. Во всех своих случаях я держался этого принципа и всегда оставался очень доволен результатами операции.

Удаление матки через брюшную стенку (*extirpatio uteri per abdomen*) производится так: извлеченную наружу матку вместе с опухолями отклоняют, насколько возможно, кпереди; помощник вводит во влагалище корнцанг и выпячивает им задний свод и брюшину заднего Дугласова пространства. В месте выпячивания делается разрез (рис. 149); через него извлекается захваченная щипцами влагалищная часть матки; вскрывается передний влагалищный свод и отсепааровывается мочевой пузырь кверху (рис. 150), кровоточащие сосуды перевязываются, широкие связки той или другой стороны перерезаются, и матка вместе с опухолями удаляется. Оставшаяся рана зашивается: сначала соединяются влагалищные своды, а затем сшиваются края брюшины.

Если боятся инфекции брюшной полости, то вводят во влагалище из брюшной полости дренаж на несколько дней.

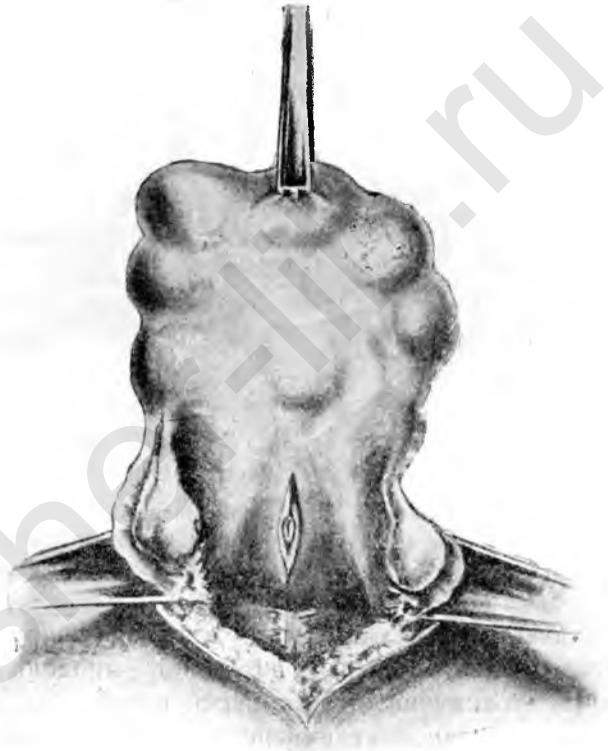
Брюшная полость во всех вышеописанных случаях зашивается послойно: брюшина соединяется непрерывным или узловатым кэтутовым швом, мышцы—узловатыми кэтутовыми швами, апоневроз также, затем несколько швов накладывается на жир, а на кожу аграфы.

Энуклеация опу-

холи через влагалище производится так: вскрывается передний или задний свод, — смотря по тому, где легче всего достигается опухоль—разрезом у места прикрепления свода к влагалищной части матки. Затем отпаровывается спереди мочевого пузыря и вскрывается брюшина; сзади до брюшины добраться легче, поэтому предпочтительнее делают *colpotomy posterior*, чем *anterior*. После вскрытия брюшной полости захватывают тело матки и подводят опухоль к ране, и здесь, удерживая матку *in situ*, вылушают опухоль, как при брюшном вылущении. Если опухоль велика, ее удаляют по кускам. После вылущения опухоли и закрытия маточной раны матку вправляют в брюшную полость и восстанавливают нарушенную целостность свода. Небольшие заднешеечные миомы также могут быть с успехом вылущаемы через влагалище целиком, большие же—кускованием.

Удаление подслизистых фибромиом производится различным образом: они могут быть оперированы через влагалище и через брюшную стенку.

Рис. 149.

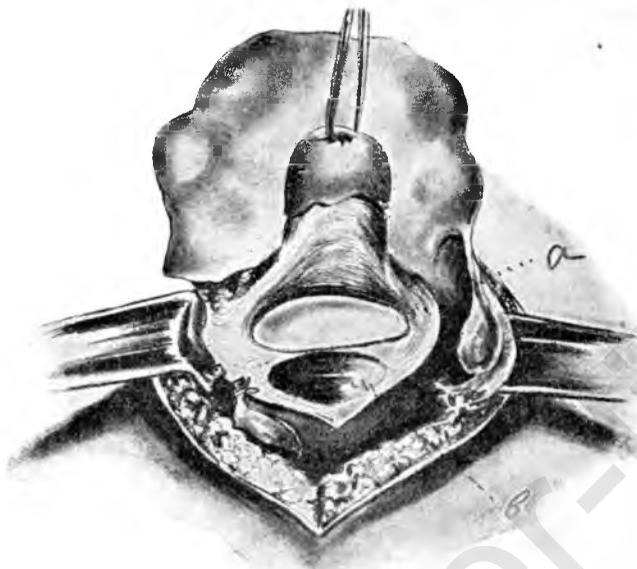


Extirpatio uteri per abdomen.

Через разрезанный задний Дугласс виден корнцанг.

Операция через влагалище рекомендуется предпочтительно перед брюшной, так как очень часто подслизистая миома подвержена различным воспалительным явлениям до омертвения включительно, и поэтому в полости матки бывают патогенные микробы, которые могут послужить причиной септического заражения брюшины.

Рис. 150.



Exlirpatio uteri per abdomen.

Через отверстие, сделанное в брюшине, извлечена шейка матки. Вскрыт передний влагалищный свод, и мочевого пузыря отпрепарован.

Если опухоль небольшой величины и торчит в маточном зеве, пользуются самым простым приемом — откручиванием. Захватывают верхушку опухоли крепкими щипцами и начинают ее поворачивать по оси, закручивая; в это время надо следить, не закручивается ли сама матка; если она закручивается, то этот прием должен быть брошен; если же нет — продолжают крутить, и, наконец, опухоль откручивается от своей ножки и может быть извлечена наружу. При закручивании ножки лопается капсула опухоли у ее основания, а затем отделение опухоли происходит очень легко.

Кровотечения обыкновенно не бывает, так как сосуды, питающие опухоль, успевают во время закручивания затромбироваться.

В полость матки я впрыскиваю $t\text{-gae jodi} + 5\% \text{ acid. carb.}$ и тампонирую ее до следующего дня.

Если субмукозная опухоль велика, то ее можно удалить двояким путем: через влагалище по типу влагалищного кесарского сечения и через брюшную стенку по типу классического кесарского сечения.

Удаление опухоли через влагалище. Больная помещается на краю операционного стола; после тщательной дезинфекции наружных половых частей и рукава, влагалищная часть обнажается ложкообразными зеркалами, захватывается пулевыми щипцами за переднюю губу и

послужить причиной септического заражения брюшины. Кроме того нередко опухоль уже частью сама выходит во влагалище, постепенно рождаясь через маточный зев.

Если опухоль небольшой величины и торчит в маточном зеве, пользуются самым простым приемом — откручиванием. Захватывают верхушку опухоли крепкими щипцами и начинают ее поворачивать по оси, закручивая; в это время надо следить, не закручивается ли сама матка; если она закручивается, то этот прием должен быть брошен; если же нет — продолжают крутить, и, наконец, опухоль откручивается от своей ножки и может быть извлечена наружу. При закручивании ножки лопается капсула опухоли у ее основания, а затем отделение опухоли происходит очень легко.

Кровотечения обыкновенно не бывает, так как сосуды, питающие опухоль, успевают во время закручивания затромбироваться.

В полость матки я впрыскиваю $t\text{-gae jodi} + 5\% \text{ acid. carb.}$ и тампонирую ее до следующего дня.

Если субмукозная опухоль велика, то ее можно удалить двояким путем: через влагалище по типу влагалищного кесарского сечения и через брюшную стенку по типу классического кесарского сечения.

Удаление опухоли через влагалище. Больная помещается на краю операционного стола; после тщательной дезинфекции наружных половых частей и рукава, влагалищная часть обнажается ложкообразными зеркалами, захватывается пулевыми щипцами за переднюю губу и

низводится, насколько возможно, книзу. Затем проводится полукруглый разрез на месте прикрепления влагалищного свода к влагалищной части матки, отсепаровывается пальцем кверху мочевого пузыря, и шейка матки разрезается ножницами по средней линии. На края разреза накладываются небольшие зубчатые щипцы, матка опять низводится книзу и обнажается ее нижний сегмент, разрез ножницами продолжается кверху, и щипцы перекалываются выше. Таким образом обнажается подслизистая опухоль; капсулу ее разрезают и опухоль вылушают, а если капсулы нет, то ее прямо отделяют от ножки. Если опухоль велика и матка не спускается книзу, то можно опухоль уменьшить кускованием. Полость матки тампонируют и рану зашивают кэтгутом. Тампон проводят через шейку матки. Влагалищный свод пришивают на прежнее место.

Удаление опухоли через брюшную стенку. Матка выкатывается наружу; она имеет вид беременной матки, конечно, если нет субсерозных и интерстициальных фиброзных узлов, которые изменили бы ее форму. Разрез делается по средней линии, и полость матки вскрывается; перед глазами подслизистая миома. Осмотрев ее отношение к матке, ее удаляют, вылушая ее из ложа. Оставшееся ложе зашивается этажным швом из кэтгута, а затем разрезанные стенки матки сшиваются тоже узловатыми кэтгутовыми швами.

Удаление заднешеечных миом матки является операцией более сложной, чем предшествующие.

Опухоли небольшой величины можно удалять через влагалище, о чем я сказал выше; большие же опухоли следует удалять через брюшную стенку. При удалении больших опухолей через влагалище прибегают к кускованию.

По вскрытии брюшной полости отыскивается матка; она оказывается часто сильно приподнята опухолью, заднее Дугласово пространство также приподнято кверху. Потом отодвигают кишечник, большая в это время находится в положении с приподнятым тазом по Тренделенбургу. Брюшину над опухолью разрезают продольным разрезом, или же вскрывают капсулу опухоли, которая, в большинстве случаев, состоит лишь из одной брюшины; после этого рукой быстро вылушают опухоль из ее ложа. Матка остается на месте или экстирпируется совсем или ампутируется над влагалищем после перевязки широких связок.

Если оставшееся после удаления опухоли ложе велико и существует хотя бы небольшое паренхиматозное кровотечение, его тампонируют полоской марли со стороны брюшной полости; брюшину сшивают над марлей, а конец марли после зашивания брюшной стенки извлекают через влагалище, вскрывши задний свод. Делается это

чрезвычайно легко и быстро, потому что тампон непосредственно прилежит к влагалищному своду. Я во всех случаях предпочитаю дренаж через влагалище, а не через брюшную стенку, так как при выведении дренажа через брюшную стенку, то место, где проходила полоска марли, будет самым чувствительным для образования грыж. Затем я не провожу дренажа ex tempore, когда еще не зашита брюшная полость, как это рекомендуют некоторые авторы, так как отверстие, получаемое во влагалище при этом способе, чрезвычайно мало. Самый способ заключается в том, что помощник выпячивает через влагалище свод и брюшину заднего Дугласса корнцангом. Оператор на месте выпячивания делает разрез; корнцанг показывается в разрезе, раскрывается и в раскрытые концы его вкладывается конец марлевого бинта, который и вытягивается во влагалище.

Межсвязочные фибромиомы удаляются путем вылущения их из широкой связки, при чем перед вылущением накладываются лигатуры на маточный конец Фаллопиевой трубы, *lig. ovarii proprium*, часть широкой связки и на *lig. infundibulo-pelvicum* для того, чтобы оградить себя от кровотечения при вылущении опухоли. Оставшаяся полость также тампонируется, и дренаж выводится через задний свод, но не боковой, чтобы не поранить мочеточник. Вообще нужно всегда иметь в виду мочеточники, когда приходится оперировать в боковых сводах.

Остается еще одна операция—кастрация, которая раньше практиковалась в тех случаях, когда удаление миомы было связано с опасностью для жизни больной; она производилась особенно при шеечных миомах, так как техника удаления их не была хорошо разработана. Производится она очень просто: по вскрытии брюшной полости отыскивают яичники, которые очень часто не находятся на своем обычном месте; перевязывают их связку вместе с Фаллопиевой трубой в два пучка катгутовой лигатурой и срезают поверх лигатуры; образовавшуюся культю стараются покрыть брюшиной. Операция эта производится с той целью, чтобы получить *climax*, исходя из того, что фибромиомы в климактерическом возрасте атрофируются. В настоящее время эта операция почти совсем оставлена, ибо мы обладаем теперь хорошо выработанной оперативной техникой. Подсерозные фибромиомы, сидящие на ножках, удаляются легко: опухоль срезывается у самого основания на матке, и оставшаяся рана зашивается узловатыми швами.

Удаление миоматозной матки через влагалище (*extirpatio uteri per vaginam*) производится так же, как удаление раковой матки; только при удалении миоматозной матки приходится, по мере низведения ее, удалять узлы опухоли целиком или кускованием, если они велики.

Описание экстирпации матки через влагалище я приведу в главе о раке матки.

Лечение не оперативное направлено, главным образом, против тех симптомов, которые вызывает опухоль, хотя все время стремятся подействовать и на самую опухоль, получить ее сморщивание.

Главный симптом, ослабляющий больную, это кровотечение. Для остановки его дают различные кровоостанавливающие средства, как-то: препараты спорыньи, особенно эрготин внутрь в каплях, в суппозиториях, в клизмах, а, главным образом, под кожу 5% раствор; далее *extr. fluidum hydrast. canadensis* по 25—30 капель три раза в день в рюмке воды, гидрастинин, секакорнин ежедневно 1—2 раза по 5—10 капель (принимать долгое время); *extr. secal. cornut* в пилюлях 0,1 ежедневно 1—2 штуки, принимать долго, стиптицин в таблетках по 0,005 ежедневно 2—3 раза. При наступившем кровотечении применяются горячие спринцевания 48°—50° С., тампонация влагалища, лед на живот; выскабливание полости матки и повторное впрыскивание *t-tae jodi* + 5% *acid. carbolicі* или со спиртом аа дает прекрасные результаты не только в смысле уменьшения кровопотерь, но даже и уменьшения опухоли. Об этом мной был сделан доклад на V-м съезде общ. русских врачей в память Н. И. Пирогова. Рекомендуются делать выскабливание в тех случаях, когда больная не соглашается на операцию, а между тем она страдает обильными кровотечениями, а также когда больная близка к климактерическому возрасту. Прекращая помощью выскабливания на время кровотечение, мы можем довести больную до климактерического возраста. В некоторых случаях выскабливание может дать обратный эффект, т. е. кровотечения после выскабливания еще более усиливаются; тогда, конечно, следует немедленно приступить к чревосечению. Выскабливание противопоказано при подслизистых фибромиомах, так как при этой операции может быть поранена капсула опухоли и развиться ее нагноение.

Второй симптом—боли. Их успокаивают назначением наркотических веществ: *extr. opii aquosi* 0,02, *extr. belladonnae* 0,02, *codeini* 0,015—0,02, *morphii muriat.* 0,02, *pantoponi* 0,03 в суппозиториях или глобулях с *butyr. cacaо* 2,0—1,5. Ванны t° 26—28° с морской солью, 8—10 фунтов соли на ванну; рапные ванны такой же т-ры. Сидеть в ванне нужно 15—20 м. Более горячих ванн назначать не следует, так как при ваннах высоких температур могут появиться при миомах кровотечения. Способы лечения, стремящиеся к сморщиванию опухоли, рекомендуются следующие: ежедневные впрыскивания под кожу стерилизованного эрготина 2%—5% в течение 1—2 месяцев. Это лечение было предложено в 1872 г. Hildebrandt'ом. Впрыскивания производят в брюшную стенку ближе к опухоли.

Под влиянием этого лечения кровотечения прекращаются, особенно при мягких миомах, богатых сосудами, и замечается временное

уменьшение опухоли, но радикального излечения не наблюдается. Mamin в таблетках, по 0,3 — 0,5, или в виде подкожных впрыскиваний тоже приносит некоторую пользу при фибромиомах: наблюдается уменьшение опухоли и прекращение кровотечений.

Одно время увлекались электрическим лечением миом, именно, лечением постоянным током по методу Apostoli. Больную помещают на кресло для исследования; наружные половые части и рукав тщательно дезинфицируются, влажная часть обнажается зеркалами и в полость матки вводится положительный полюс в виде алюминиевого или платинового зонда. Отрицательный полюс в виде широкого электрода накладывается на живот. Замкнув ток, начинают электризовать с 10—20 М. А. несколько минут; силу тока, измеряемую гальванометром, доводят до 100 и даже до 200 М. А., а продолжительность сеанса доходит до 10 минут. Положительный полюс действует прижигающим образом. Электризация производится через каждые 3—4 дня в продолжение 1½—2 мес. Это лечение должно быть повторяемо. У нервных особ оно вызывает боли и неприятные ощущения. На уменьшение опухоли оно действует слабо, но ограничивает или даже прекращает на время кровотечения.

Я в былое время усиленно занимался этим способом лечения, но мало видел хороших результатов от его применения. Улучшение бывало, иногда и надолго, но всегда лишь временное

Лечение больных на курортах тоже приносит относительную пользу. Питье вод, диета, регулирование кишечника предупреждают застои крови в кишечнике и в тазовых органах, и в силу этого болезненные симптомы—кровотечения и боли—уменьшаются, и больная чувствует значительно меньшую тяжесть в животе, но опухоль остается без изменения.

В новейшее время при межюточных миомах применяется лечение лучами радия и Röntgen'a. Действие их сказывается, главным образом, на яичниках—они разрушаются, наступает, следовательно, ранний климакс и на почве его сморщивание опухоли. Опыты Окинчица и Зарецкого показали, что х-лучи разрушают в яичнике фолликулярный аппарат, и клеточная строма заменяется волокнистой соединительной тканью. Некоторые авторы указывают на влияние лучей и на самую опухоль, так как видели в некоторых случаях сморщивание опухоли под влиянием подобного лечения. Одно из неприятных осложнений при лечении Röntgen'ом—это ожоги на коже, большие омертвления ее, долго не поддающиеся лечению, хотя теперь предложены новые фильтры, как, например, алюминиевые, которые уменьшают влияние лучей на кожу, задерживая те лучи, которые особенно вредно на нее действуют. Этому лечению предстоит большая будущность, и с улучшением метода результаты будут лучшие.

Лучи Röntgen'a действительно оказывают благотворное влияние на болезненный процесс. Наблюдения, сделанные в моей клинике, говорят в его пользу. Неудобство этого способа, кроме влияния лучей на кожу, — продолжительность лечения и дороговизна его. По заявлению Krönig'a, Гамбарова и друг., правильная рентгенизация дает 100% излечений. Особенно поддаются этому лечению мягкие фибромиомы матки с преобладанием мышечной ткани (Александров).

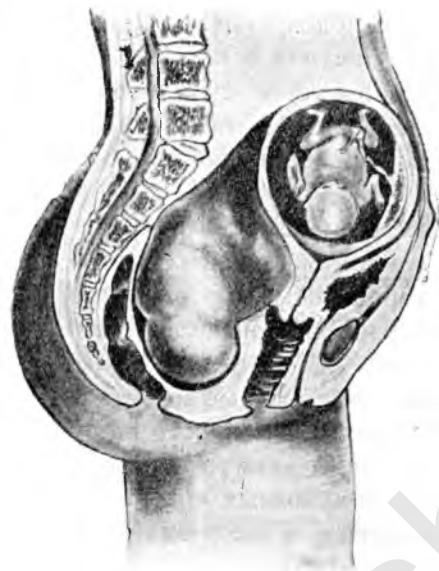
Противопоказателем для этого лечения служат случаи миом у молодых женщин моложе 35 — 40 лет, случаи с подозрением на злокачественное перерождение, быстро растущие опухоли в климактерическом возрасте и полипозные миомы. Субсерозные и субмукозные опухоли служат противопоказанием для лечения x-лучами, как и саркоматозные и осложненные беременностью, ибо беременность прерывается (Зарецкий).

Осложнение фибромиом матки беременностью. Беременность при фибромиомах наступает не так часто. Больные с миомами, в большинстве случаев, бесплодны. Это зависит, по всей вероятности, от того эндометрита, который развивается под влиянием растущей опухоли. Изменения слизистой оболочки тем резче выражены, чем опухоль ближе подходит к слизистой оболочке. Отсюда ясно: субсерозные миомы не служат препятствием для беременности. При них беременность наступает так же часто, как и при здоровой матке; при межучочных опухолях беременность бывает уже реже, а при субмукозных она почти совсем исключается. Раз беременность наступает в фиброматозной матке, она нередко оканчивается выкидышем, но может дойти и до своего конца. При беременности почти никаких осложнений не наблюдается; раз беременность пошла хорошо, осложнения могут быть только во время родов. Осложнения при беременности могут быть, если опухоль усиленно растет и если она вместе с растущей маткой надавливает на соседние органы и вызывает их расстройство. Она может придавливать мочеточник, вызывать гидронефроз, давить на мочевой пузырь, вызывать задержку мочи. Фиброматозные опухоли во время беременности быстро растут, а затем уменьшаются снова после беременности. Опухоль может расти так низко, особенно, если дело идет о заднешеечной миоме, что она заполняет малый таз (рис. 151) и может служить непреодолимым препятствием для прохождения ребенка через родовой канал, как это бывает при абсолютном сужении таза. Что-либо сделать *per vaginam*, чтобы освободить проход от заднешеечной миомы, нельзя; можно помочь только в тех случаях, где имеется субсерозная опухоль, запавшая в задний Дугласс. Приподнимая ее или, лучше сказать, вправляя ее в большой таз, осво-

бождают проход. При кистах яичника можно сделать пункцию и уменьшить опухоль; при миомах, само собою разумеется, пункция ничего не дает. В этих случаях один исход—кесарское сечение и удаление опухоли отдельно или вместе с маткой. После родов, в тех случаях, где матка пронизана целой серией фиброзных узлов (рис. 152), может развиваться атоническое кровотечение, благодаря плохому сокра-

Рис. 151.

Рис. 152.



Graviditas et fibromyoma uteri
retrocervicale.



Graviditas et fibromyoma uteri interst. et subseros.
multiplex.

щению матки на почве миом. В литературе описано много случаев, где больные погибали после родов при миоматозных матках от кровотечения, и никакие средства не приносили пользы. Кроме того, в послеродовом периоде может нагнаиваться какой-либо узел опухоли и в результате дать нарыв, который, в свою очередь, может вести к печальным последствиям.

Все эти осложнения заставляют призадуматься: как поступать с подобными случаями, если встретимся с ними во время беременности? Если появятся нежелательные осложнения, следует ли оперировать немедленно или во время родов? По моему мнению, следует оперировать немедленно, если беременность находится в ранней стадии развития; если же в поздней, то подождать конца беременности или начала родов и тогда оперировать, чтобы получить живого ребенка.

Конечно, вопрос об операции во время беременности предоставляется усмотрению самой беременной. В случае, если она не захочет операции, нужно сказать ей, насколько могут быть опасны роды и что поэтому она должна рожать под наблюдением врача и в таком месте, где немедленно можно будет сделать операцию, если потребуется. При операции следует, по возможности, щадить матку, вылуцая лишь узлы опухоли. Мои случаи и случаи из литературы показывают, что из матки можно вылуцать во время беременности 1—2 и несколько узлов опухоли без нарушения беременности. В одном из моих случаев было вылуцено во время беременности 5 фиброзных узлов, и больная прекрасно родила в срок. Операция во время беременности не представляет каких-либо трудностей¹⁾.

ГЛАВА XVI

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ МАТКИ.

Из всех злокачественных опухолей матки наичаще всего встречается рак матки. По некоторым авторам, он развивается в матке чаще даже, чем в других органах человеческого тела.

Причины появления его неизвестны, и все предположения, которые делались до настоящего времени, не подтверждаются. Заразителен ли рак и переходит ли он по наследству, вопрос открытый. Существуют в литературе наблюдения, указывающие и на то и на другое, но с положительностью высказаться за что-либо нельзя, так как эти наблюдения не многочисленны, и появление заболеваний у родственников или у людей, ухаживающих за больными раком, может быть случайным совпадением. Эпидемий рака ни разу не наблюдалось. Замечено, что рак матки развивается чаще у рожавших, чем у нерожавших или девиц. Его возникновению предшествуют заболевания слизистой оболочки, а, главным образом, ранения и язвы. Так, развитие рака часто наблюдается на почве разрыва шейки матки и последующего *estropion'a*, на эрозиях влагалищной части матки, после продолжительных прижиганий их различными химическими веществами, особенно у пожилых особ; частые выскабливания полости матки тоже могут вести к развитию рака полости матки. Рак матки поражает как будто чаще малоимущий класс (Schroeder). Kleinwachter нашел,

¹⁾ Для более детального знакомства с литературой о хирургическом лечении фибриомом матки можно указать на диссертацию проф. А. А. Редлиха: „О способах удаления фибриомом матки посредством чревосечения“, 1901 г., и диссертацию проф. Н. М. Какушкина: „О хирургических способах лечения фибриомом матки“, 1902 г.

что рак у евреев встречается реже, чем у других национальностей. Цветные расы вдвое реже поражаются раковым новообразованием, чем белая.

Причину рака старались одно время найти в растительных паразитах, грибах (Busse, Sanfelice), бактериях (Doyen, Scheuerlen), protozoa (Leyden, Schüller).

Pfeifer¹⁾ в 1888 году нашел в железах умершей от общего карциноматоза 15-тилетней девушки споровиков паразитов. Русскими авторами Коротневым²⁾, Курловым³⁾, Савченко⁴⁾, Подвысоцким⁵⁾ также описаны различные паразиты. По Коротневу, они похожи то на амёбу, то на грегариину; он назвал найденного им паразита *tharolosephalus carcinomatosus*. Подобного же паразита и под тем же названием описал Курлов. Его паразит имеет амёбоидные движения и образует длинные отростки. Если он мал, то лежит весь в клетке; если же велик, то концом своим выходит из нее, пробуравливает другие клетки и помещается или в них или между клетками.

Если питательного материала недостаточно, то паразит принимает круглую форму и окружается двухконтурной сумкой.

Проф. Савченко, изучая в лаборатории проф. Подвысоцкого развитие *coccidii oviformis*, отнесся критически ко всем формам, описанным до него, и сам описал споровиков в раковых опухолях. Он находил в вакуолях больших эпителиальных раковых клеток образования различной величины и формы: то веретенообразные, то рыбообразные, то круглые. Нечто подобное нашел в 1890 г. Sjabring⁶⁾, проф. Судакевич⁷⁾ в одно время с Савченко, а затем в 1893 г. Ruffer и Walker⁸⁾.

Francesco Sanfelice⁹⁾ приписывает большую роль бластомицетам.

Мах Кahanе нашел в крови раковых больных, взятой из узлов опухоли, блестящие зернышки, самостоятельно и очень быстро двигавшиеся. Он предполагает, что эти образования представляют различные ступени *saccharomyces cerevisiae*; последние он выделил в чистом виде из раковых опухолей.

1) Pfeifer. Berliner klinisch. Wochenschrift. 1880.

2) Коротнев. Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde. 1893.

3) Курлов. Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde. 1894.

4) Савченко. Труды V съезда русских врачей.

5) Подвысоцкий. Там же.

6) Sjabring. Fortschritte der Medicin. 1890.

7) Судакевич. Annales de l'institut Pasteur. 1892. № 3.

8) Русский Архив. 1896.

9) Sanfelice. Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde. 1895

Боровский¹⁾ описал два случая: один забрюшинной лимфосаркомы, а другой рака глаза, в которых он нашел белые, большею частью, шарообразные тела, расположенные преимущественно вне клеточек. Мелкие образования представляли бесформенные комочки без оболочки, более же крупные были окружены двухконтурным кольцом. В этих и других образованиях он наблюдал изменения формы.

В клинике Leopold'a в Дрездене я тоже занимался вопросом о раковых паразитах; свои исследования я производил на соскобах из раковых опухолей, рассматривая их в бульоне или физиологическом растворе соли, сыворотке человеческой или бычачьей крови; кроме того, из тех же мест делались микроскопические срезы после уплотнения и окраски их в большинстве случаев по Biondi-Heidenhain'у. Я наблюдал все формы паразитов, описанные до меня, и все они, по моему мнению, не что иное, как различные перерождения раковых клеток. Я также нашел в клетках разные образования²⁾, которые имеют особую величину и вид и похожи на ядра клеток, но весьма резко отличаются от них, особенно на окрашенных препаратах. На рис. от 153 до 165, снятых частью со свежих неокрашенных препаратов, а частью с окрашенных по Biondi-Heidenhain'у, видны клеточки с одним или, чаще, многими ядрами (под буквой *a*), при чем ядра эти то продолговаты (рис. 153, 157, 161), то круглы (рис. 154, 155, 159), то полукруглы (рис. 156). По величине своей эти ядра весьма различны, но никаких видимых изменений, как в них самих, так и в окружающей их протоплазме, незаметно. Кроме ядер, в клеточках видны всюду еще особые образования (под буквой *b*), которые, как и ядра, тоже имеют различную величину и вид, но весьма резко отличаются от них, особенно на окрашенных препаратах. Как на неокрашенных, так и на окрашенных препаратах они состоят из центрального пятна и окружающего его резко очерченного пояса. Большинство из них имеет одноконтурный пояс, меньшая же часть их (рис. 153) имеет двойные очертания. На неокрашенных препаратах центральная часть описываемых образований кажется темной, гораздо темнее, чем соответствующее по положению ядрышко (nucleolus); иногда она не однородна: в ней заметны как бы черточки или точки. Окружающий центральную часть пояс представляется совершенно белым, прозрачным, гораздо светлее, чем ядро клеточки.

Разница между ядром клеточек и этими образованиями всего резче на окрашенных препаратах. В то время, как ядро клеточки сплошь окрашено по Biondi-Heidenhain'у в фиолетовый цвет, в

¹⁾ Боровский И. Врач. 1897. № 22.

²⁾ Орлов. Врач. 1897 г., № 48.

данных образованиях или, лучше сказать, клеточных включениях, резко окрашены только центральное пятно и очертания; окружающий же пояс или пояса, если их два, вовсе не окрашены. Ни движений, ни вообще каких-либо изменений в этих образованиях, даже и при весьма продолжительном наблюдении за свежими препаратами, я не мог отметить. Но на одном из окрашенных препаратов я наблюдал выход образования из клеточки (рис. 157). Чаще всего эти образования занимают протоплазму, но они попадают, хотя и реже, и в промежуточной ткани.

Рис. 153.

Рис. 154.

Рис. 155.

Рис. 156.



Рис. 157.

Рис. 158.

Рис. 159.

Рис. 160.

Рис. 161.

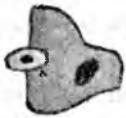


Рис. 162.

Рис. 163.

Рис. 164.

Рис. 165.



клеточка, в конце концов, оказывалась уже безъядерной. На рисунке 164 изображена клеточка, ядро которой лежит уже наполовину вне клеточки. Клеточки, содержавшие в себе эти образования, были сильно увеличены; протоплазма их плохо красилась или даже совсем не красилась, чем они чрезвычайно резко отличались от соседних клеточек.

Каково отношение этих маленьких включений к описанным мною ранее, утвердительно сказать пока трудно. Вернее всего—это молодая ступень первых. Рис. 165 представляет яйцевидное тело, сплошь набитое такими маленькими включениями. Это яйцевидное тело, по всей вероятности,—обыкновенная эпителиальная клеточка, из которой ядро уже вышло. Клеточки, набитые такими включениями, очень походят

Кроме только что описанных образований, я в двух случаях рака (аденокарцинома яичника и переносный рак лимфатической железы) наблюдал подобные же образования, но значительно меньшей величины, так что их приходилось рассматривать уже с погружной масляной системой. По большей части они занимали всю клеточку, постепенно отодвигая ядро ее к окружности, а иной раз и за нее, так что

на описанные Neisser'ом¹⁾ и проф. Виноградовым²⁾ при *molluscum contagiosum*.

Само собою возникает вопрос: к какому отделу или ряду чужеродных следует отнести эти включения? По своим отношениям к кислотам и щелочам они походят на бластомицеты *Sanfelice* и *Roncòli*. Служат ли они возбудителями рака или нет — вопрос открытый.

Несмотря на открытие целой серии всевозможных паразитов, все же ничего определенного ни о причинах рака, ни о его возбудителях неизвестно; мы не знаем также до сего времени — заразителен ли он или нет; если да, то в какой мере и какие нужны условия для наступления заражения.

Рак шейки матки развивается чаще всего в возрасте от 30—45 лет. Рак полости матки в более позднем возрасте, когда уже наступил климактерический период. В возрасте от 20—30 лет рак матки встречается реже, и еще реже в возрасте до 20 лет. Он развивается и в более позднем возрасте 70—80 лет, но также сравнительно редко.

Патологическая анатомия. Матка состоит из 3 частей: тела, шейки и влагалищной части; в то время, как первые две имеют слизистую оболочку, покрытую цилиндрическим эпителием, влагалищная часть покрыта, как кожа, многослойным плоским эпителием. В виду этого и рак, как там, так и здесь, будет иметь различное строение: в теле и шейке матки он будет цилиндроклеточный, а на влагалищной части — плоскоклеточный.

Рак влагалищной части матки, будучи, как правило, плоскоклеточным, может быть и цилиндроклеточный, железистый, если только, благодаря предшествующему воспалению шейки матки, железы проросли во влагалищную часть, или если он развивается на почве железистых эрозий, или, наконец, если граница между цилиндрическим эпителием цервикального канала и плоским эпителием влагалищной части матки переходит на самую влагалищную часть.

Чаще всего рак влагалищной части матки появляется в глубоких слоях эпителиальных клеток. Эти клетки начинают в виде пальцев вращать в подлежащую ткань; поверхностные слои остаются сначала еще неповрежденными; наконец, и они разрушаются, и тогда сразу получается язва с очень характерными подрытыми краями, на ощупь хрящеватыми. Среди раковых клеток наблюдаются жемчужины

Раковые тяжи могут быстро распространяться в шейке матки, наполняя все лимфатические сосуды и щели.

¹⁾ Neisser. Verhandlungen des IV Deutschen Dermatologisches Congresses. 1895.

²⁾ Виноградов. Журнал общества охранения народного здравия. 1895.

Затем рак на влагалищной части может развиваться на уже существующей язве. Тогда при исследовании пальцем обнаруживается на влагалищной части язва с плотным дном и краями хрящеватой консистенции; но они не поднимаются над общим уровнем язвы. В такой форме рак, в виде как бы „*ulcus rodens*“, развивается в более пожилом возрасте. В этом же возрасте бывает, так называемая, плотная форма, мало склонная к распаду. Под микроскопом видны узкие и тонкие тяжи раковых клеток, выполняющих лимфатические щели. В промежутках видна сильно разросшаяся соединительная ткань.

Кроме описанных форм рака влагалищной части матки, встречается еще папиллярная или бородавчатая форма рака. Папиллярный рак имеет вид цветной капусты, растет во влагалище и, в конце концов, выполняет весь просвет его, особенно верхний отдел. Папиллярные разращения чрезвычайно ломки и кровоточат при малейшем прикосновении; они легко распадаются с поверхности и дают сероватые, гнилостные выделения.

При железистой карциноме влагалищной части матки, развивающейся из желез цервикального канала, получается мягкая мозговидная опухоль, которая дает глубокую кратерообразную язву с подрытыми краями. Она очень злокачественна, так как быстро заражает параметрий, дает метастазы в лимфатических железах и соседних органах.

Рак цервикального канала развивается либо из поверхностного цилиндрического эпителия, либо из желез. При первой форме получается большая язвенная поверхность на внутренней стенке шейки матки (рис. 166), которая занимает все больший и больший район. Если она сидит низко, то может выйти за пределы *orificiі externі p. vaginalis* и захватить и эту последнюю; тогда на месте влагалищной части матки получится большая кратерообразная язва.

Под микроскопом рак, растущий из поверхностного эпителия, дает картину разрастания раковых клеток в ткани, при чем железы представляются нормальными. На рис. 167 видно, как раковые клетки подошли вплотную к железам, но не нарушили их оболочки, и внутренняя поверхность на всей периферии выложена хорошо сохранившимся цилиндрическим эпителием.

При начале развития рака из желез наружные слои мышечной ткани, как видно под микроскопом, остаются часто неповрежденными, эпителий слизистой хорошо сохраняется, и только железистый эпителий разрастается в несколько слоев, выполняет всю полость железы, а местами прорывается в промежуточную мышечную ткань и дает в ней пышные разращения.

Макроскопически в существе шейки различается раковый узел, который может на известной стадии быть еще отделен от околома-

Рис. 166.

Рис. 167.

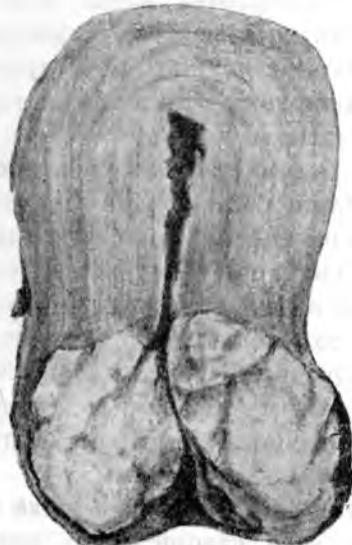


Рак шейки матки. Внутренняя поверхность шейки представляет из себя сплошную язву.

Рак шейки матки. Раковые клетки массами наполняют межзубочную ткань. Железы не нарушены.

Рис. 168.

Рис. 169.



Железистый рак шейки матки. Раковое гнездо лежит в существе шейки.

Железистый рак шейки матки. Раковое гнездо подошло к слизистой оболочке.

точной клетчатки и цервикального канала слоем неповрежденной ткани (рис. 168—169).

Это, по моему мнению, самая злокачественная форма рака шейки матки, ибо рак может достичь больших размеров, не давая никаких явлений, которые заставили бы больную пойти к врачу. Как скоро прорывается раковый очаг в цервикальный канал или в клетчатку, то сразу получается или большая язва в шейке матки или резкая инфильтрационная опухоль в том или другом параметрии. До прорыва рака шейка, благодаря раковому узлу, принимает веретенообразную форму или бывает асимметрично увеличена.

Рак полости матки так же, как и рак шейки, может развиваться из покровного эпителия и желез и является в виде большой язвы с изъеденными краями, с омертвевшими клочьями, с громадным количеством гнойных выделений, или в виде полипозных разражений (рис. 170), растущих из разных мест полости матки.

При железистой карциноме тела матки бывает столь обильное разрастание желез, что почти совсем уничтожается строма. Такое новообразование называется *adenoma malignum*. В других случаях железы все наполняются канкрозными клетками, которые наблюдаются массами и по окружности желез.

При полипозных разражениях находят при макроскопическом исследовании атипическое разрастание эпителия желез; самое количество желез тоже резко увеличено. Раковое поражение полости матки может локализоваться на каком-либо определенном месте или в нескольких местах, но в промежутках между пораженными местами слизистая оболочка матки может быть совершенно здорова или в состоянии хронического воспаления.

Раковые полипозные разражения очень мягки и ломки, с поверхности омертвевают, распадаются, и тогда на них образуются гноящиеся язвы.

В редких случаях в полости матки наблюдается роговой рак с образованием жемчужин. Предполагают, что в этих случаях цилиндрический эпителий полости матки превращается в плоский.

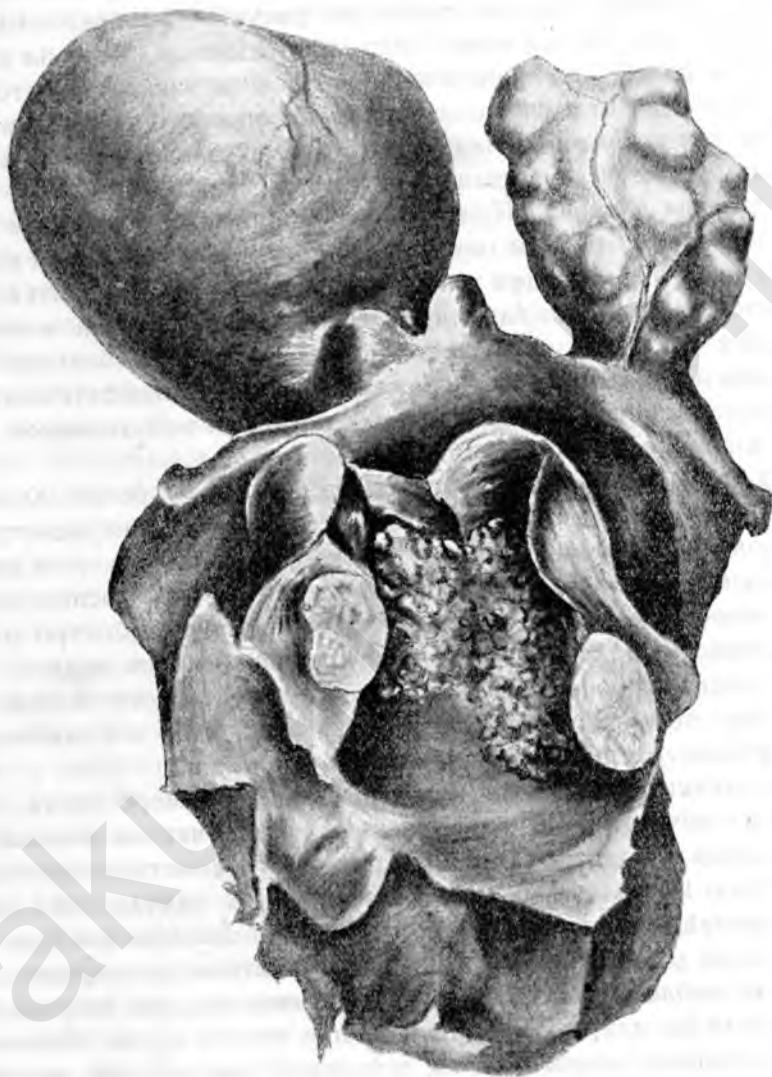
Симптомы, которые вызывает рак матки: кровотечения, боли, гнойные выделения очень часто с зловонным запахом.

К сожалению, надо сказать, что все эти симптомы в большинстве случаев поздно появляются, особенно болевые припадки, которые, главным образом, и заставляют больную идти к врачу. Когда они появляются при раке матки, то очень часто случай представляется уже запущенным.

Рак влагалищной части матки раньше всех дает себя знать, так как раковая язва находится на поверхности, обращенной в просвет вла-

галища; появляется кровь при coitus'e, после исследования больной, при спринцевании, если наконечник глубоко вводится во влагалище. С увеличением язвы больная, помимо крови, замечает у себя гнойные

Рис. 170.



Полипозная форма рака полости матки.

Кроме рака, в матке видны еще фиброзные узлы (субсерозные и интерстициальные).

выделения, сначала без запаха, а затем с большим запахом. Боли при раке влагалищной части матки долго отсутствуют, так как рак вна-

чале распространяется по стенке влагалища, а уже затем идет в глубину.

Рак шейки матки сначала не дает себя знать, особенно тогда, когда рак развивается из желез, заложенных в существе шейки матки. Эта форма самая злокачественная, так как она долго бывает в скрытом состоянии, как это видно на рисунках, приведенных выше (рис. 168 и 169). Шейка может быть разрушена на большом протяжении, но ни болей, ни кровотечений нет. Это зависит от того, что новообразование отделено еще слоем неповрежденной ткани шейки матки от слизистой оболочки и от параметральной клетчатки. Как скоро разрушается слизистая оболочка, появляются гнойные и хронические отделения и кровь. При проникновении новообразования в клетчатку появляются боли и опухоль в клетчатке. Здесь следует заметить, что при раке шейки матки раковая инфильтрация в клетчатке вообще появляется очень рано, даже при небольшом поражении шейки; поэтому этот рак очень злокачественный, дающий наибольшее число рецидивов. При этом могут поражаться глубокие лимфатические железы, расположенные около больших сосудов и мочеточников брюшной и тазовой полости.

Рак полости матки начинается также без всяких болей. Кровотечения являются во время менструаций, а затем и вне менструаций, к ним присоединяются выделения; матка увеличивается, иногда очень значительно. Рак долго сидит в полости матки, не распространяясь по окружности ее, наконец, переходит на брюшину и быстро занимает как пристеночную, так и висцеральную брюшину, или ведет к септическому воспалению ее. Если рак полости матки растет в виде полипов, то они вызывают схваткообразные боли, как это наблюдается при подслизистых фибромиомах.

Рак шейки матки с течением времени, по мере роста, может перейти на мочевой пузырь; тогда появляются частые позывы к мочеиспусканию и боли при нем, и в результате может получиться мочевикулярная фистула. Процесс переходит в некоторых случаях на прямую кишку, развиваются запоры, а затем поносы и каловая фистула.

Больные раком имеют характерную желтоватую окраску кожи, которая не наблюдается при других заболеваниях, как, например, при миомах, хотя бы при них и были большие потери крови. Раковая кахексия постепенно увеличивается, и больные умирают от истощения. Они могут умереть также от хронической уремии, от перитонита, от гнилостного заражения и от кровотечения. Переносы рака в печень, в легкие, почки и в другие органы встречаются редко.

Продолжительность болезни чрезвычайно различна: все зависит от свойств самого рака. В одних случаях рак матки протекает быстро,

1—1½ года, в других медленно, 2—2½; этим отличается особенно рак полости матки. Рак шейки протекает гораздо быстрее. В общем трудно с точностью определить продолжительность рака, ибо мы не знаем его начала. В большинстве случаев больная приходит к врачу уже тогда, когда процесс зашел далеко.

Диагностика заболевания подчас является делом трудным, особенно в начальной стадии. Если раковый процесс зашел далеко, то распознавание его не представляет трудности. Уже симптомы, особенно запах выделений, говорят часто о злокачественном характере болезни. Доступнее всего для исследования является влагиалищная часть; она доступна осязанию и осмотру зеркалом. Для опытного гинеколога достаточно одного осязания, чтобы определить натуру язвы. Никакая другая язва на влагиалищной части матки не имеет такой характерной консистенции, как раковая. Она бывает хрящеватой консистенции с подрытыми краями и кровоточит при дотрагивании. Осмотр зеркалом обнаруживает язву на передней или задней губе влагиалищной части матки, при чем эта язва покрыта гнойным налетом с неровным дном и краями. В помощь этим способам исследования берется микроскоп, особенно в сомнительных случаях. Он один может вывести на истинный путь. К микроскопической диагностике следует, по возможности, прибегать чаще. Это исследование не представляет трудностей, а между тем оно может установить диагноз очень рано, что весьма полезно для результатов оперативного лечения. Чем раньше оперировать рак матки, где бы он ни находился, тем лучше.

Диагностика рака шейки матки, не вышедшего из за наружного зева, и рака полости может быть установлена лишь после расширения шейки матки и непосредственного ощупывания пальцем новообразования или выскабливания ложкой и микроскопического исследования.

При ненормальных кровотечениях из полости, особенно когда они являются после того, как уже несколько лет не было регул, т. е. наступил климакс, следует горячо рекомендовать выскабливание полости матки и микроскопическое исследование. При этом нужно заметить, что выскабливание должно быть произведено так, как это делается для лечения катарров слизистой матки, а именно шейка матки должна быть достаточно расширена, и для выскабливания взята ложка средней величины, а не маленькая кюретка, какую рекомендуют для пробного выскабливания. Я советую поступать так потому, что рак полости матки может занимать на слизистой оболочке ограниченное место, а следовательно, если производить пробное выскабливание маленькой кюреткой, ограничиваясь получением только маленького кусочка ткани для микроскопического исследования, можно впасть в ошибку; можно соскоблить кусочек здорового места слизистой обо-

лочки и не обнаружить, таким образом, рака. Для точного диагноза нужно исследовать целую серию кусочков, а не ограничиваться одним.

Исследования в моей клинике д-ра Мишина показали, что слизистая оболочка полости матки, даже в близком соседстве с новообразованием, может быть совершенно нормальной или представлять лишь небольшие изменения, в виде различных форм эндометрита.

Лечение рака матки распадается на радикальное и паллиативное. Радикальным лечением до настоящего времени остается лечение только хирургическое, так как другие средства: сыворотка, лучи Röntgen'a, радия, мезотория еще не имеют за собой большого опыта и наблюдения, но об этом я скажу ниже.

Хирургическое лечение рака матки покоится, главным образом, на полной экстирпации матки через влагалище или через брюшную стенку. Все остальные оперативные приемы, как-то: ампутация влагалищной части матки ножом или пакэленом, ампутация шейки матки над влагалищем, выскабливание—совершенно оставлены, как не имеющие за собой прочной основы. После работы в лаборатории Reclinghausen'a д-ра Seelig'a, доказавшего, что рак шейки матки, влагалищной части ее, даже при незначительном развитии, может распространяться вверх по матке, до дна ее,—все последние перечисленные операции потеряли свою ценность. Теперь конкурируют между собою два оперативных метода: экстирпация матки через влагалище и через брюшную стенку. Как та, так и другая операция имеет и своих защитников и своих противников.

Прежде чем решить дело с радикальным оперативным вмешательством, т. е. экстирпацией матки, нужно выяснить себе случай в том отношении, возможно ли сделать радикальную операцию или придется ограничиться паллиативным вмешательством. Данный вопрос решается помощью двуручного исследования, при чем определяют, в каком состоянии находится клетчатка около матки и влагалищные своды: свободны ли они или в них уже прощупывается инфильтрация? Подвижна ли матка и как далеко распространяется рак ее шейки? При большом распространении рака влагалищные своды могут быть заняты раковым новообразованием, оно может перейти на мочевой пузырь, на прямую кишку. Такие случаи считаются неоперативными в смысле радикального воздействия. Переход рака на мочевой пузырь в настоящее время может быть распознан помощью цистоскопического исследования. При переходе рака в клетчатку и своды матка делается малоподвижной. Но не следует здесь забывать, что неподвижность матки может также зависеть от прежде бывших воспалительных явлений в брюшине, периметрита; инфильтрация в клетчатке тоже может

быть остатком от бывшего параметрита. Все это надо исключить, и делается это, главным образом, на основании анамнеза больной. Она укажет, что у нее было когда-либо воспаление внизу живота, сопровождавшееся повышением т-ры и сильными болями.

Перед экстирпацией матки особенно тщательно приводят ее шейку в возможно асептическое состояние. Для этой цели все раковые массы соскабливаются ложкой, получившаяся рана прижигается аппаратом Пакелена; при раке полости матки тоже можно произвести выскабливание и зашить маточный зев; в последнем случае выскабливание надо делать с большой осторожностью, чтобы не проскоблить стенку матки.

Extirpatio uteri per vaginam производится следующим образом: больную помещают на край операционного стола в спинно-крестцовом положении. Влагалищную часть обнажают ложкообразными зеркалами и, захватив шейку матки пулевыми щипцами, низводят ее, насколько возможно, книзу. Затем проводится круговой разрез на влагалищной части матки у места прикрепления к ней сводов, мочевого пузыря отсепааруется кверху, на передний свод накладываются лигатуры, и он оттягивается кверху, передняя складка брюшины вскрывается ножницами, и брюшина пришивается к переднему влагалищному своду (рис. 171). Так же поступают сзади, где брюшина пришивается к заднему влагалищному своду. Боковые связки матки (параметрии) перевязываются постепенно шелковыми лигатурами и перерезываются; идя, таким образом, кверху и низводя матку книзу, можно совершенно освободить и удалить ее. Можно сделать еще и так: после перевязки и перерезки параметрий выталкивают матку через передний или задний своды (рис. 172) и продолжают тогда накладывать лигатуры на

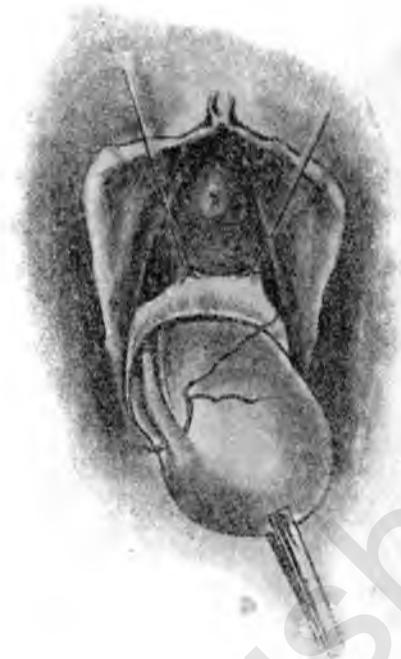
Рис. 171.



Extirpatio uteri per vaginam. Своды отделены и параметрии перевязываются.

Фаллопиевы трубы, *lig. ovarii proprium*, и, наконец, удаляют матку; яичники также удаляют или оставляют на месте. Получившиеся после перевязки и перерезки культи я вшиваю во влагалищную рану с правой и левой стороны, при чем все лигатуры вывожу во влагалище, не оставляя ни одной из них в брюшной полости. Остальную часть раны я соединяю узловатыми шелковыми швами, оставляя по середине свободное отверстие для проведения

Рис. 172.



Extirpatio uteri per vaginam. Матка извлечена через передний свод, на Фаллопиевы трубы и связки накладываются лигатуры.

жимы снимаются через 2—3 суток; тампон меняется несколько раз в продолжение недели.

Этот способ имеет некоторые неприятные стороны: 1) после снятия жома может быть последующее кровотечение, с которым, вследствие размножения тканей, трудно справиться; 2) благодаря долгому лежанию во влагалище зажимов, на стенках его образуются большие пролежни.

Лигатурный способ вернее, и его следует рекомендовать предпочтительно перед только что описанным, хотя он и затягивает несколько операцию.

бодное отверстие для проведения марлевого дренажа в брюшную полость. Он лежит 1—2 суток, в случае нужды меняется, но уже на 3—4-й день убирается совсем. Дренаж вводится, как предохранитель или указатель возможного кровотечения или как проводник, если в брюшную полость попала инфекция с канкротной язвы.

Швы снимают на 12—14-й день, к этому же времени отпадают вшитые в рану культи. Влагалищная экстирпация матки может быть произведена без помощи лигатур, лишь с наложением крепких зажимов по Доуен'у. Зажимы накладываются, после вскрытия переднего и заднего свода и Дугласса, на параметрии, широкие связки, Фаллопиевы трубы по 2—3 зажима с каждой стороны. После этого матка отделяется ножницами от параметрий и связок, при чем зажимы остаются кнаружи, и она удаляется. Между зажимами вводится в брюшную полость полоска стерилизованной марли. За-

При сужении влагалища, особенно в старческом возрасте, чтобы сделать доступнее болезненное гнездо, Schuchard¹⁾ рекомендует делать влагалищно-промежностный разрез, при чем по промежности он идет вправо или влево от заднепроходного отверстия; по влагалищу разрез идет до свода. Благодаря этому разрезу, матка делается доступнее, так что можно удалить клетчатку на большом протяжении около матки. Проф. Д. О. Отт делает срединный разрез промежности.

Schauta²⁾ предложил свой способ: расширенную влагалищную операцию для удаления матки, влагалища и клетчатки с железами. После выскабливания раковых масс и тщательной дезинфекции он делает разрез по Schuchard'y; к этому разрезу он присоединяет кольцеобразный разрез влагалища, захватывая различные отрезки его, смотря по распространению процесса. В иных случаях вместе с маткой удаляется и все влагалище. Отсепаровав влагалище, он заворачивает его в виде манжетки на раковую поверхность шейки матки и края манжетки сшивает; после этого отыскивается мочеточник, чтобы его не поранить; art. uterina перевязывается отдельно; тщательно отсепа-ровывается мочевой пузырь; удаляются параметрии той и другой стороны; наконец, перевязываются и перерезываются широкие связки и Фаллопиевы трубы, и матка извлекается. Накладывание лигатур на широкие связки может производиться без перевертывания матки или с перевертыванием, как это делается при обычной экстирпации матки. Брюшная рана закрывается наглухо или вставляется дренаж. Во влагалище вводится тампон, а промежностно-влагалищный разрез зашивается.

Способ Schaut'y может быть рекомендован при раковой инфильтрации клетчатки. Если желают удалить железы, следует прибегнуть к брюшному иссечению матки. Одним из главных поборников этой операции является Wertheim.

В настоящее время имеется много защитников, а также и противников этой операции, но об этом я скажу ниже. Производится она таким образом: 1) дезинфекция влагалища, выскабливание раковых масс и прижигание их Пакэленом; 2) вскрытие брюшной полости по средней линии или поперечным надлобковым разрезом; 3) матку захватывают крепкими щипцами и подтягивают кверху и кпереди, кишечник же компрессами отодвигают к диафрагме; 4) перевязываются lig. ovario-pelvica с семенными сосудами; 5) вскрывается разрезом широкая связка, перевязывается и перерезывается круглая маточная связка; 6) в клетчатке, под широкой связкой, при ее разрезе обнажают большие сосуды и мочеточник и здесь находят железы, которые удаляют; при этом нужно видеть всегда мочеточник, чтобы его не поранить и

1) Schuchard. Archiv für Klinisch. Chirurgie. Bd. 64.

2) Schauta. Monatschrift für Geb. und Gyn. Bd. 19.

не перерезать; захватывать его инструментами или отпрепаровывать на значительном пространстве не допускается, иначе он может омертветь и дать фистулу; маточные сосуды (артерия и вена) захватываются кнаружи от перекрещивания с мочеточниками, перевязываются и перерезываются; то же делается и с другой стороны матки; 7) поперечным разрезом брюшины на нижнем сегменте матки обнажают мочевой пузырь, который тупым путем и ножницами отсепааровывают от шейки матки; 8) матку приподнимают кверху, благодаря этому сильно выделяются маточно-крестцовые связки, которые перевязывают и тоже перерезывают; 9) поперечным разрезом вскрывается задний Дугласс, и прямая кишка отделяется от влагалища до его середины; 10) под влагалищную часть на влагалище накладывается жом, и матка с верхней частью влагалища срезывается; 11) через влагалище проводится дренаж, и брюшина поверх дренажа зашивается. Влагалище рыхло тампонируется марлей. Для лучшего обнаружения мочеточников в них вводят катетры.

Zweifel, во избежание заражения брюшины, оканчивает удаление матки через влагалище после отделения ее от связок и брюшины и удаления желез. Разрезанная брюшина над маткой сшивается, а сама матка проталкивается во влагалище и удаляется после отсепааровки сводов.

Носченегг предложил удалять матку сзади, после резекции копчика и нижней части крестца. Смертность после этой операции—28%. Так как в настоящее время имеется много других способов удаления матки, как влагалищным, так и брюшностеночным путем, то операция Носченегг'а не применяется; также мало применяется и способ Zweifel'я. Что делать с яичниками при влагалищной или брюшной экстирпации матки? Если они не поражены, то лучше всего их оставить на месте, так как яичник очень важный орган для нервной жизни женщины. Работа его поддерживает жизненный тонус женщины, с удалением их наблюдается полнейший разлад в отправлениях почти всех органов, а, главным образом, в нервной системе.

По ознакомлении с различными способами полного удаления матки, влагалищным и брюшностеночным, возникает вопрос: какому способу следует отдать предпочтение, первому или второму? Всякому ясно, что следует отдать предпочтение тому способу, который радикально излечивает болезнь, а таковым можно считать брюшностеночный. В настоящее время он имеет широкое распространение среди хирургов-гинекологов. Одним из наиболее рьяных поборников этого способа является Wertheim, который много поработал над его усовершенствованием, стараясь достигнуть наилучших результатов. Насколько идеальна эта операция по своему стремлению удалить все больное и

предупредить возврат болезни, настолько она еще опасна для жизни больной, ибо дает 18⁰/₀—20⁰/₀ смертности. В последнее время в руках некоторых операторов смертность понизилась, но все же дает довольно солидный процент. Влагалищная экстирпация матки дает незначительный процент смертности, по проф. Д. О. Отту¹⁾ (на его собственном материале) 1,7⁰/₀. Радикальное излечение, если считать 5-тилетний срок без рецидива,—при брюшной экстирпации больше, чем при вагинальной, на 1,5; в то же время риск умереть при брюшной операции в 15 раз больше. „Если это преимущество при брюшно-стеночном методе,—говорит проф. Отт,—покупается ценою многих жертв в интересах переживающих пятилетний срок, то невольно возникает вопрос: настолько ли блестящ актив операции, чтобы покрыть его, не говоря уже о ценности каждой жизни в отдельности“.

В виду такой сравнительно большой смертности при брюшной экстирпации, сравнительно с влагалищной, действительно трудно сказать, стоит ли особенно настоятельно рекомендовать первую, тем более, что всех желез удалить невозможно.

Теперь процент смертности при брюшной операции понизился; будем надеяться, что в дальнейшем он понизится еще больше, и тогда мы с большей охотой будем производить эту операцию.

Нельзя не согласиться со следующими словами проф. Д. О. Отта: „Думается, что, предпринимая тот или иной рискованный ультрарасширенный прием, мы, во всяком случае, где только возможно, должны получить вполне сознательное согласие больных, дающее нам право применять операцию, до крайности опасную и рискованную. Если подобного сознательного отношения со стороны больной получить не представляется возможным, то на врача всецело ложится тяжелая ответственность в выборе метода операции. Когда мы взвесим все данные каждого отдельного случая, чувство гуманности подскажет нам, что выгоднее: паллиативным ли вмешательством дать возможность больной просуществовать более или менее сносно еще известный срок времени, или же ради ничтожного шанса на коренное исцеление подвергать ее риску смертельной операции“.

Из всех форм рака матки по месту своего возникновения наиболее благоприятная—это рак полости матки. Полная влагалищная операция дает при нем почти 100⁰/₀ выздоровлений. Это объясняется тем, что рак, развиваясь в полости матки, долго не выходит за ее пределы и не поражает окружающей брюшины. При этой форме рака можно всецело ограничиться влагалищной экстирпацией; в редких случаях приходится прибегать к брюшной операции, именно, когда

¹⁾ Отт. Оперативная гинекология. 1914.

матка очень велика или она до того перерождена, что все время рвется при ее захватывании. Так и было в одном из моих случаев, где вся матка была так перерождена, что рвалась кусками и была так велика, что целиком не проходила через влагалище.

За раком полости матки, по своим результатам, следует рак влагалищной части; самый плохой прогноз дает рак шейки матки. При нем требуется чаще всего брюшное иссечение матки, при раке же влагалищной части и простая ампутация ее по Шредеру давала в свое время хорошие результаты; теперь она оставлена, так как полная влагалищная экстирпация матки сопровождается небольшим процентом смертности.

Паллиативная терапия предпринимается в тех случаях, где о радикальном лечении не может быть и речи. Тогда приходится бороться с теми симптомами, какие дает рак матки, т. е. с болями, кровотечениями и отделениями с запахом. Для уменьшения болей прописываются наркотические суппозитории *sim opio*, *morphio*, *pantopon* и друг. Для уничтожения запаха в выделениях—спринцевания с *kali permanganici*. При кровотечениях рекомендуется для спринцевания *ferrum sesquichlor*. Предпринимается также оперативное паллиативное лечение—выскабливание ложкой раковых масс, прижигание Пакэленом для остановки кровотечения и вкладывание в получившуюся полость тампона с бромом 20% в спирте, излишек которого убирается ватными шариками, пропитанными насыщенным раствором соды. Для тампона, вкладываемого в раневую полость, берется вата, которая имеет вид валика, перевязанного шелковинкой. Этот тампон придерживается *in situ* салфеткой марли, которая, как мешок, наполняется ватными шариками, пропитанными раствором соды и выжатыми. Излишек брома, стекающего с ватного тампона, встречает нейтрализующую среду в растворе соды и не действует поэтому прижигающим образом на стенки влагалища (Орлов)¹⁾. Тампон с бромом оставляется лежать от 12 до 24 часов.

Ehlers²⁾ рекомендовал прижигать раковые язвы крепким раствором хлористого цинка.

Chrobak³⁾ в запущенных формах рака делал выскабливание, а затем прижигание дымящейся азотной кислотой.

Betrin⁴⁾ советовал выполнить влагалище ватными шариками, пропитанными скипидарным маслом, повторяя это через 2—3 дня.

1) Орлов. Врач. 1899, № 32.

2) Ehlers. Centralblatt f. Gyn. 1888, № 30.

3) Chrobak. Wiener med. Wochenschrift. 1887.

4) Betrin. Centralblatt für Gynäcologie. 1888, № 1.

Jahn Clay дает внутрь до 15 чайных ложек скипидарного масла, а местно дотрагивается до язвы хромовой кислотой.

Lewit и проф. В. С. Груздев рекомендуют для лечения углекислый кальций или карбид кальция. Один или несколько кусочков его, величиной в орех, помещают в углубления раковой опухоли или плашмя на ее поверхности. Лишь только карбид кальция коснется влажной поверхности новообразования, он начинает разлагаться на ацетилен и едкую известь. Тампоном эти кусочки удерживаются целые сутки. После прижигания получается язва с чистым ровным дном, не кровоточащая и не издающая дурного запаха.

Boldt¹⁾ в 4-х запущенных случаях рака пробовал лечить по способу Mosetig-Moorghof'a впрыскиванием 1% раствора пиоктанина.

Денисенко²⁾ применял с успехом для лечения рака сок и вытяжку бородавника (*chelidonium majus*). Он не только смазывал смесью 1—2 частей вытяжки бородавника и 1 части глицерина, но и впрыскивал ее в опухоль. Кроме того, он давал больной внутрь через 2 часа по столовой ложке раствор вытяжки бородавника в перегнанной или перечномятной воде.

Pruog и Krönig советуют по вскрытии брюшной полости перевязывать *art. hypogastricae* и *ovaricae* на обеих сторонах.

Предлагали и предлагают различные сыворотки для лечения рака, но все они не приносят никакой пользы.

В последнее время проводится в большом масштабе лечение радием, мезоторием и лучами Roentgen'a. Радий и мезоторий употребляются для лечения рака наружных половых частей, влагалища и шейки матки. Хорошее действие радия и мезотория отмечает целый ряд лиц; среди них видное место занимает Krönig, который отказался от оперативного лечения рака маточной шейки в пользу радиотерапии. К тому же начинает склоняться и проф. В. Груздев³⁾.

Относительно техники радиотерапии нужно сказать,—привожу по Груздеву⁴⁾,—что в настоящее время большинством гинекологов принят, так называемый, метод ультрапенетрирующего освещения Dominici, при котором мы пользуемся лишь γ - (гамма) и жесткими β - (бета) лучами, лучи же α и мягкие лучи β тщательно отфильтровываются, в виду их поверхностного действия и при том распространяющегося не только на больные, но и на здоровые ткани. Отфильтровывать α -лучи очень просто: наблюдения показывают, что уже слой воздуха в 7,1 сант. поглощает их; пластинка же, напр., алюминия за-

1) Boldt. Centralblatt für Gyn. 1892, № 34.

2) Денисенко. Врач. 1896, № 30.

3) Груздев. Гинекология. 1922 г.

4) Груздев. Там же.

держивает их при толщине всего в 0,0024 сант. Труднее отфильтровать β лучи: для этого берут более толстые металлические фильтры. Алюминиевый фильтр должен иметь 3—4 милл. толщины., латунный — от 1 до 1,5 милл., серебряный — то же, свинцовый — от 0,8 до 1 милл., золотой — от 0,6 до 0,8 милл., платиновый — от 0,5 до 0,6 милл. Надо помнить, что 1 милл. латуни поглощает 3% γ -лучей радия, 1 милл. серебра — 7%, 1 милл. свинца — 12%, 1 милл. золота — 14% и 1 милл. платины — 17%. Проф. В. Груздев пользуется двойными фильтрами; имеющийся у него радий (бромистая соль) заключен в герметически закрытые гильзы из платины в 0,4 милл. толщиной. Эти гильзы перед употреблением вставляются в цилиндрики из серебра со стенками от 0,53 до 0,56 милл. толщиной, крышки которых плотно завинчиваются. Металлические фильтры или капсулы, заключающие радий, окружаются снаружи тонкой резиной или марлей, чтобы устранить вторичные лучи, вредно действующие на здоровье ткани.

Количество радия, употребляемого для лечения, равняется 50—100 милл. Такое количество берет и проф. В. Груздев. „Взяв то или другое количество, — говорит Груздев, — в нескольких (от 3—6) платиновых гильзах, я помещаю их в серебряные (или латунные) фильтры, которые кладу в резиновый чехол („палец“ от старых резиновых перчаток толщиной в 0,46 милл.), который прочно завязывается ниткой, чтобы отделяемое раковой язвы не портило фильтров, или обертываю их куском резинового полотна в 0,51 милл. толщиной и потом обматываю ниткой“.

После обнажения влагища ложкообразными зеркалами сверток с радием вкладывается в язву или прикладывается к ней и фиксируется несколькими шариками из скомканной марли. Радий оставляется обыкновенно на сутки. Дозировка определяется миллиграмм-часами, которые получаются от помножения 50 на число часов лежания. Полный курс лечения радием требует 18000 милл.-часов, при чем его делят на 2 или 3 серии, разделяемые промежутками в 2 недели.

Для более сильного разрушающего действия опухоль прокалывают в нескольких местах так, чтобы вставленные фильтры давали перекрещивающиеся лучи в центре опухоли.

В заведываемой мною клинике в последнее время применялся радий в запущенных случаях и в случаях рецидива после экстирпации матки. В некоторых случаях получались довольно хорошие и продолжительные результаты. В случаях оперативных я все же придерживаюсь до сего времени оперативного лечения — влагищной экстирпации матки.

На хорошие результаты лечения радием и лучами Рентгена указывают проф. В. Ф. Снегирев, Krönig, Döderlein, Витт, Яновский, Нейменов и другие.

К злокачественным новообразованиям матки принадлежит *syncytioma malignum sive chorio-epithelioma*, весьма злокачественное новообразование. По течению оно походит на рак. Развивается оно после родов, а, главным образом, после выкидыша; этому особенно благоприятствует перерождение яйца в виде пузырного заноса.

Основу опухоли составляют: эпителий, покрывающий ворсинки chorion'a, т. е. syncytium, и Langhans'овский слой. Эти клетки врастают в отпадающую оболочку, а затем и в мышечную ткань матки, разрушают сосуды и дают метастазы в различных органах и во влагалище. На рис. 173 видна хориоэпителиома и врастание хориальных элементов в подлежащую ткань. Опухоль, разрушая стенки сосудов, дает сильные кровотечения, на которые больные и жалуются чаще всего.

При хориоэпителиоме матки во влагалище встречаются узелки, имеющие такое же строение, как и основная опухоль. В полости матки она сидит на какой-нибудь из ее стенок в виде одного или нескольких узлов синевато-красноватого цвета, мягкой консистенции, очень хрупких; они сидят или на широком основании или на более или менее тонкой ножке. Они легко раздавливаются между пальцами и пропитаны массой кровоизлияний.

Возраст, в котором *chorioepithelioma* развивается, весьма различен; он совпадает с тем периодом жизни женщины, когда она еще способна производить потомство. По проф. В. Ф. Снегиреву¹⁾ возраст, в котором эта опухоль наблюдается, колеблется от 17 до 48 лет.

Sänger²⁾ описал эту опухоль под названием *deciduoma malignum*. Ее называли еще *sarcoma deciduocellulare* и предполагали, что она происходит из клеток *decidua vera*.

Marchand³⁾ же доказал, что существенной частью этой опухоли служит ворсистая оболочка с ее клеточными элементами.

Рис. 173.



Chorioepithelioma.

¹⁾ Снегирев. Маточные кровотечения. 1907.

²⁾ Säng. Archiv f. Gyn. Bd. 44.

³⁾ Marchand. Monatschrift f. Geb. und Gyn. Bd. I.

Первичным местом развития опухоли могут быть, кроме матки— влагалище, большая срамная губа и Фаллопиева труба (Снегирев¹⁾).

Busse²⁾ нашел хориоэпителиому в сердце, при чем матка была совершенно здорова³⁾.

Течение болезни чрезвычайно злокачественное. Больная страдает кровотечениями, начавшимися после родов или заноса. К кровотечениям присоединяются коликообразные боли, затем гнойные выделения с сильным запахом и лихорадка. Больная истощается, худеет, бледнеет. Появляются метастазы во влагалище, кишках и в других отдаленных органах. Больная погибает от истощения.

Диагностика. Матка в большинстве случаев увеличена, мягка, наружное отверстие открыто и пропускает кончик пальца. Для диагностики расширяют бужами шейку матки и осматривают ее полость пальцем; затем делается соскоб и исследуется под микроскопом; полученная при этом микроскопическая картина дает опору для диагноза. Выскабливание следует производить очень осторожно, так как новообразование может глубоко поразить стенку матки, и благодаря этому стенка легко прорывается ложкой при форсировании.

Лечение. Полное удаление матки.

Без операции прогноз очень плохой, да и после операции больные часто погибают от такой же опухоли в другом органе.

¹⁾ Снегирев, I. c.

²⁾ Busse. Virchow Archiv. Bd. 174.

³⁾ Позволю себе привести интересный случай chorioepitheliom'ы, который наблюдал и оперировал мой бывший ассистент д-р К. И. Стрезов и который не был нигде описан. Случай этот следующий:

Больная. 40 лет, поступила в отделение больницы 30-го ноября 1912 г. с жалобой на кровотечение из половых органов. Месяц тому назад у больной, после задержки менструаций на 2½ мес., произошел выкидыш, при чем все яйцо вышло целиком. Выскабливания не было сделано. Больная среднего роста, правильного телосложения, плохого питания, крайне анемична.

При исследовании половых органов найдено: матка в retroflexio mobilis, слегка увеличена, плотноватой консистенции, наружный зев пропускает кончик пальца. придатки с правой стороны слегка увеличены и чувствительны, выделения из половых органов кровянистые. На передней стенке влагалища на 2—3 сант. кзади от наружного отверстия мочеиспускательного канала имеется опухоль, величиной в голубиное яйцо, синебагрового цвета, мягковатой консистенции, с распавшейся легко кровоточащей поверхностью.

Взяты кусочки из опухоли и из полости матки. Микроскопическое исследование слизистой оболочки полости матки ничего не обнаружило; в опухоли же из влагалища найдена chorioepithelioma malignum. Матка и опухоль были удалены, вместе с ними был удален правый кистовидно-перерожденный яичник. В полости матки ничего не было обнаружено.

При микроскопическом исследовании опухоли найдено: опухоль состоит из множества различной величины кровяных полостей и клеточных элементов, в которых

Саркомы матки встречаются реже, чем рак. По Gessner'y¹⁾ одна саркома наблюдается на 40 случаев рака матки. Они могут развиваться во всех возрастах, но чаще всего в возрасте от 40—50 лет, в более поздних годах жизни они бывают уже гораздо реже.

Исходной точкой служит слизистая оболочка матки, ее строма или ткань самой стенки матки. На слизистой саркомы развиваются в виде полипов (рис. 173), которые могут, как это я сам наблюдал, выполнять всю полость матки. Последняя при этом сильно растягивается.

Мышцы матки в иных случаях гипертрофируются; саркома слизистой оболочки постепенно врастает в существо матки и может проникнуть на серозный покров ее, вызвав воспаление брюшины. Саркоматозные узлы на поверхности своей, обращенной в полость матки, довольно быстро изъязвляются, ткань распадается и выходит через цервикальный канал наружу. По микроскопическому строению они бывают различны, — круглоклеточные и веретенообразноклеточные (*sarcoma globo- et fusocellulare*).

На шейке матки саркома встречается гораздо реже, чем в теле ее. Она растет тоже в виде грибов, полипов. Проф. Г. Е. Рейном²⁾ описана интересная форма гроздевидной саркомы шейки; она выполняла почти все влагалище. Саркома маточной стенки развивается в ней самой или в уже существовавшей раньше миоме. Она является здесь также в двух формах: в виде кругло- или веретенообразноклеточной саркомы.

Саркоматозное перерождение в миоме начинается чаще всего близ центра ее, и это место резко изменяется по своему наружному виду: оно делается мягким, однообразным по своему строению, и

заметна резко выраженная вакуолизированность, масса синтиция, состоящего из множества протоплазматических тяжей. В петлях этих тяжей обнаруживаются клетки *Lanphan's'a*, имеющие ясно выраженную хроматиновую сеть, легко заметную в тех ядрах, которые не так интенсивно окрашены. В клетках *Lanphan's'a* встречаются в большом количестве фигуры деления, кариокинеза, указывающие на быстрое размножение клеток и злокачественность опухоли. Попадаются клетки с двумя ядрами.

В протоплазме *syncytium'a* наблюдается продольная исчерченность и резко выраженная волокнистость, от которой отходят волоконцы между отдельными группами клеток *Lanphan's'a*. Опухоль ограничена от слизистой оболочки влагалища синтицием. Близлежащая ткань влагалища инфильтрирована красными и белыми кровяными шариками.

Больная скончалась 5-го марта при явлениях кахексии, ослабления сердечной деятельности. При вскрытии найдено: хориоэпителиома в клетчатке позади прямой кишки и на крестце, затем в обоих легких и общая анемия.

¹⁾ Gessner. Цит. по Hofmeier'y „Handbuch der Frauenkrankheiten“. 1908 г.

²⁾ Рейн. Archiv für Gyn. Bd. 15.

исчезает та характерная волокнистость, какую отличаются фибромиомы. Наиболее мягкими бывают такие места при круглоклеточной саркоме, при веретенообразной же они гораздо плотнее и подчас не

Рис. 174.



Полипозная форма саркомы матки.

уступают по плотности фибромиомам. Форма стеновой саркомы также бывает полипозной.

Симптомы. Больные жалуются на кровотечение и выделения. Последние часто не обладают таким гнилостным запахом, как это наблюдается при раках матки; они бывают жидкие, похожие на мясные помои, иногда в громадном количестве.

В одном из моих случаев, присаркоме полипозной формы, выделения слизистой оболочки были столь жидки и в таком колоссальном количестве, что это одно заставило больную искать врачебной помощи, так как она все время ходила мокрая; при этом нужно заметить, что кровотечений у нее не было. Матка дном своим доходила до пупка, цервикальный канал был раскрыт, и через него прощупывались полумягкие шары, выполнявшие всю

полость матки. Больной, в силу ее общего плохого состояния, порока сердца с расстройством компенсации и болезни почек, была сделана лишь паллиативная операция—выскабливание полости матки, при чем была удалена громадная масса отдельных саркоматозных полипов. Больная поправилась, матка значительно сократилась. Больная умерла через 1 год от болезни почек.

Вследствие закупорки цервикального канала распадающимися кусочками опухоли, может образоваться гематометра и пиометра.

Боли часто сопровождают полипозные формы сарком; они отличаются схваткообразным характером, но часто отсутствуют, особенно в начальных стадиях болезни. Саркома может тянуться долго, несколько лет, смерть наступает от кахексии, заболевания почек, от

метастазов в брюшине и в других органах. При метастазах в брюшине появляется брюшная водянка.

Диагностика ставится на основании ручного и, если возможно, микроскопического исследования. Обильные выделения вышеописанного характера с большой вероятностью говорят о саркоме. При микроскопическом исследовании могут представиться большие трудности для решения вопроса о злокачественности опухоли, особенно при веретенообразноклеточной саркоме с большим количеством соединительной ткани. Микроскопическая картина весьма похожа на доброкачественную фиброзную опухоль. Тогда нужно тщательно обсудить весь случай, принять во внимание анамнез, течение болезни, симптомы и данные гинекологического исследования. Саркомы слизистой оболочки можно смешать с резко выраженным интерстициальным эндометритом. Если клетки одинаковой величины и хорошо окрашиваются, то это говорит за доброкачественный процесс; если же клетки не одинаковы по форме или величине и видны явления кариокинеза и отсутствие окраски на некоторых участках, то больше оснований предполагать саркому (Runge)¹⁾.

Лечение. Как скоро поставлена диагностика заболевания, должна быть немедленно произведена экстирпация матки. Только она, произведенная как можно раньше, может спасти больную. Все другие методы лечения лишь паллиативные, стремящиеся ограничить неприятные симптомы, беспокоящие больную. Выскабливание должно быть производимо очень осторожно, чтобы не прорвать матку, так как саркома может ее всю прорасти, и поэтому легко ложкой пройти в свободную брюшную полость.

Прогноз не вполне удовлетворительный. Рецидивы наблюдаются довольно часто. Прогноз лучше после удаления фибросарком, так как часто случается, что опухоль перерождена лишь на небольшом участке, а вся остальная масса ее здорова. Рецидивы бывают не только местные, но и в отдаленных органах, как то: в мозгу, печени, легких.

ГЛАВА XVII

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МАТКИ.

Матка развивается из двух Мюллеровых ходов, путет слития их одного с другим и исчезновения перегородки между ними. Мюллеровы ходы появляются в виде парного органа в конце первого месяца внутриутробной жизни; они сначала не имеют просвета, а затем он

¹⁾ Runge. Учебник гинекологии (русский перевод). 1913.

постепенно появляется сверху вниз. Матка вполне сформировывается в конце 5-го месяца, влагалище же, которое развивается из тех же ходов, образуется, как таковое, много раньше. На почве неслития Мюллеровых ходов, или нерассасывания между ними перегородки на всем протяжении или частично, или, наконец, аномалии развития их, возникают различные уродства матки.

Двурогоя матка. Мюллеровы ходы слились, образовали влагалище; почти на всем протяжении матки они также слились, но перегородка между ними не исчезла. Такая аномалия называется—*uterus duplex bicornis*. Если перегородка осталась и во влагалище (рис. 175), то это носит название *uterus duplex bicornis cum vagina duplici*.

Если матка снаружи уже вполне сформировалась, а внутри перегородка не исчезла, то она называется (рис. 176) *uterus septus duplex*.

Когда Мюллеровы ходы на всем протяжении не слились, то образуется (рис. 177) *uterus duplex separatus cum vagina duplici separati*, или только матка двойная, а влагалище одно—*uterus bicornis unicollis*. Иногда перегородка существует лишь в одной шейке (рис. 178)—*uterus biforis*.

При развитии лишь одного Мюллерова хода, при чем другой ход атрофируется, у больной возникает однорогая матка—*uterus unicornis* (рис. 179), которая имеет конусовидную форму, суживающуюся кверху. Особенное клиническое значение имеет тот случай, где один рог развит хорошо, а другой как бы сидит на нем и часто с ним не сообщается. В то же время через соответствующую Фаллопиеву трубу он соединяется с брюшной полостью. Беременность может наступить в этом роге, и яйцо может прекрасно развиваться до своего конца. Отношение беременного рога к матке будет такое, какое бывает при трубной внематочной беременности. Иногда добавочный рог матки наполняется менструальной кровью и симулирует опухоль придатка матки. Диагностика добавочного рога матки при жизни чрезвычайно трудна; поэтому он редко диагностируется. Я наблюдал 3 случая добавочного рога матки, при чем в одном была 7-месячная беременность; в другом случае добавочный рог матки был принят за субсерозный фиброид, а в третьем в добавочном роге развилась большая межзачаточная миома.

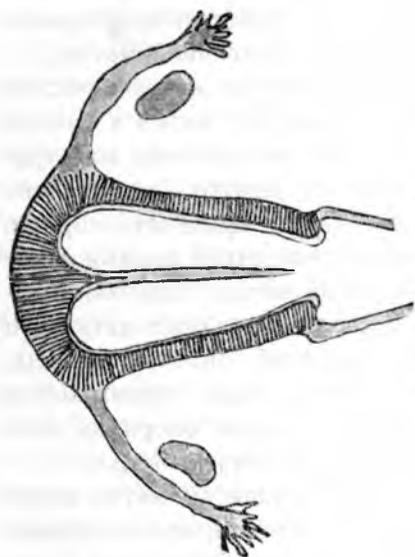
Диагностика двойной матки и двойного влагалища не представляет трудности, ибо пальцем прощупывается перегородка во влагалище и в каждом отделе влагалищная часть матки. При одной влагалищной части матки, с разделением ее на две полости, можно определить эту аномалию путем исследования маточным зондом. Он даст нам понятие о двух полостях, часто разной величины.

Рис. 175.



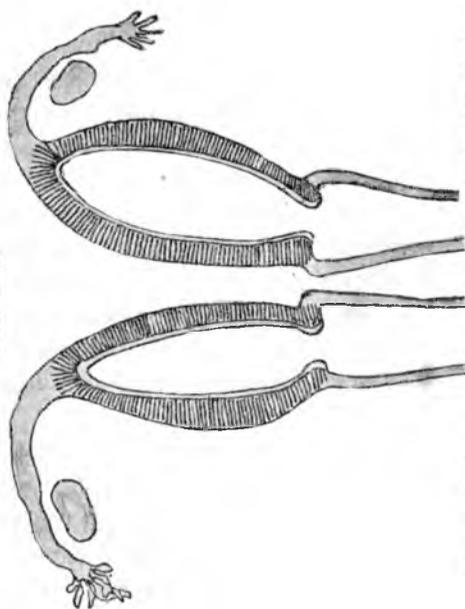
Uterus duplex bicornis cum vagina duplici.

Рис. 176.



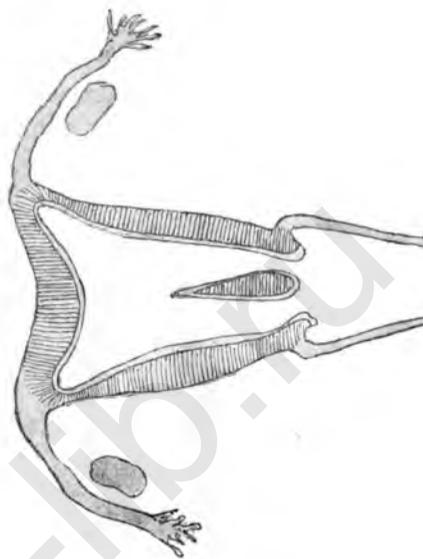
Uterus septus duplex.

Рис. 177.



Uterus duplex separatus cum vagina duplici separati.

Рис. 178.

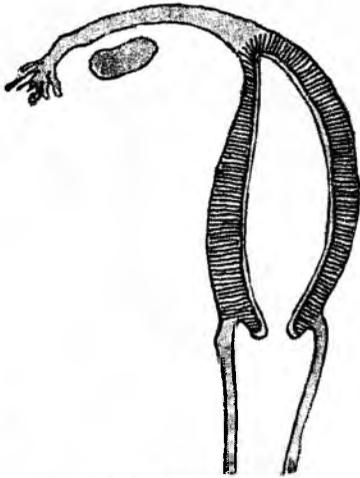


Uterus biforis.

При наступлении беременности в одной половине матки, в другой происходят в слизистой оболочке такие же изменения, как и в первой, т. е. образуется *decidua vera*, и эта половина сочувственно увеличивается, доходя почти до величины беременной 3-месячной матки.

Из всех только что описанных аномалий матки патологическое значение, как мы видели выше, имеет добавочный рог матки в смысле

Рис. 179.



Uterus unicornis.

беременности или накопления менструальной крови. В других же случаях беременность может протекать хорошо и окончиться нормальными родами, даже и при однорогой матке. При накоплении крови в добавочном роге матки его можно вскрыть через свод влагалища, так как он нередко тесно примыкает к нему; в противном случае операция производится через брюшную стенку.

Остановка в развитии матки на последних месяцах утробной или начальных месяцах внеутробной жизни дает в результате маленькую матку. Это состояние матки проф. Славянский назвал *hypoplasia uteri*. Матка уменьшена как в длину, так и в ширину, при чем стенки

ее утончены. Смотря по тому, в каком периоде жизни, внутриутробной или внеутробной, развитие матки остановилось, она называется *uterus foetalis* или *uterus infantilis*. Обе формы мало различаются друг от друга. Они состоят из маленького тела и длинной шейки. Стенка матки тонка, она очень нередко бывает в *anteflexio*, с длинной шейкой, с маленьким, едва пропускающим зонд *orificium externum*. Недоразвитию матки часто сопутствует недоразвитие яичников с отсутствием фолликулов.

Остановку матки в развитии приписывают различным болезням: золотухе, рахиту, туберкулезу и хлорозу.

Главный симптом болезни — отсутствие регул; если же яичники развиты, то вместо месячных наблюдается выделение слизи, иногда бывает *dismenorrhaea*.

Диагноз ставится на основании бимануального исследования и измерения полости матки и ее шейки зондом. Измерение полости дает очень незначительную ее длину в 2—3 сантиметра.

Лечение возможно лишь при существовании яичников; оно состоит во внутриматочной электризации, впрыскивании под кожу *pituglandol'*я, горячих влагалищных душах (38—40° R), грязевых ваннах и общем лечении.

К болезненным состояниям матки принадлежит ее атрофия.

Физиологическая атрофия матки бывает в старческом возрасте после прекращения регул, затем при кормлении грудью наблюдается атрофия, которая проходит, как только женщина прекращает кормление, и, наконец, она наступает при тяжелых септических заболеваниях всего внутреннего полового аппарата женщины, при хлорозе, анэмии, сифилисе, диабете, нефрите и других тяжелых общих заболеваниях. На границе с патологической атрофией стоит атрофия матки при ожирении. Нередко при быстро наступающем ожирении регулы прекращаются, и матка значительно уменьшается в своих размерах.

При одном только общем лечении регулы иной раз снова появляются, и матка снова приходит к норме.

Временное прекращение регул, а также связанная с ним временная атрофия матки может наступать после различных сильных нервных потрясений, изменений условий жизни, рода занятий, под влиянием тяжелой работы на фабриках и заводах. Ранний климакс и атрофия матки может развиваться у молодой женщины после громадного послеродового кровотечения.

Различается концентрическая и эксцентрическая атрофии матки. Концентрической она называется тогда, когда матка равномерно уменьшена во всех своих размерах и полость ее укорочена. Величина ее доходит до 4—5 сант. При эксцентрической атрофии стенки матки чрезвычайно истончаются, а полость ее может остаться совершенно нормальной.

Симптомы болезни бывают местные, но—главным образом—общие. Местно больная чувствует иногда покалывание в половых частях, приливы крови во время регул. Общие симптомы сводятся к чисто нервным явлениям до развития истерии или даже истеро-эпилепсии включительно. Больная также жалуется на сильные головные боли, сердцебиение, бессонницу, и все это может совпадать со сроками менструаций.

Диагностика устанавливается путем непосредственного ощупывания матки, помощью двуручного гинекологического исследования и измерения полости матки зондом, при чем обнаруживается ее небольшая величина.

Лечение. Насколько успешно можно бороться с временной атрофией матки, настолько трудно—с патологической, особенно развившейся после тяжелых септических заболеваний. Здесь в большинстве случаев терапия бессильна. Это объясняется глубоким поражением как самой матки, так и часто сопутствующим поражением яичников и всей окружающей их брюшины. При атрофии, развивающейся при кормлении грудью, рекомендуется бросить кормление, и, если

атрофический процесс не захватил еще шейки матки, возврат к здоровому состоянию вполне возможен; если же и шейка атрофировалась, то тогда лечение будет уже бесплодным. Поэтому при атрофии при кормлении грудью надо внимательно относиться к данному случаю и обращать внимание на соответствие между маткой и ее шейкой и изменениями этой последней.

Лучший успех при лечении дает атрофия матки при общем ожирении. В иных случаях достаточно лишь, как я сказал выше, назначить известный режим, чтобы она похудела, как менструальный процесс восстанавливается.

Местное лечение при атрофии матки заключается в горячих влажных душах до 40° С., частом зондировании матки с целью раздражения ее мышц и вызывания их сокращения, массаже половых органов и, наконец, во внутриматочной электризации. Этому последнему способу лечения я придаю большое значение, так как видел очень хорошие результаты.

В гинекологическую терапию для лечения аменорреи электрический ток был введен впервые de Haen'ом¹⁾ в 1755 году, а затем его применял Alberti²⁾ в 1764 году. По моему предложению, в моей клинике производил лечение электрическим током д-р Мишин³⁾; он применял фарадический ток, при чем один электрод вводился в полость матки, а другой помещался на животе. Сеанс продолжался 10—15 минут; ток применялся настолько сильный, насколько больные могли его выносить. К лечению электричеством присоединилось лечение впрыскиванием pituglandol'я, представляющего из себя обеспложенный раствор, действующий составной частью, содержащейся в инфундибулярной части мозгового придатка (glandula pituitaria). Впрыскивание этого препарата наиболее показано у больных с большим отложением жира.

При хлорозе, анэмии и истощении назначается усиленное питание, препараты железа и мышьяка, водолечение.

Можно осторожно применять марганцевокислый калий в пилюлях (4 раза в день по 0,05—0,1); из новых препаратов—jochimbin с препаратами железа (Opitz)⁴⁾; рекомендуется пребывание в деревне, в сосновом лесу. На некоторых хорошо действует морской воздух, солнечные ванны.

¹⁾ De Haen. Цит. по Массену „Способ Apostoli“. Дисс. 1890 г., стр. 2.

²⁾ Alberti. Цит. по Массену „Способ Apostoli“. Дисс. 1890 г., стр. 2.

³⁾ Мишин. Труды акушерско-гинекологической клиники Новороссийского Университета. 1913—1914.

⁴⁾ Opitz. Handbuch der Gyn. 1915.

ГЛАВА XVIII

ФАЛЛОПИЕВЫ ТРУБЫ И ИХ ЗАБОЛЕВАНИЯ. АНАТОМИЯ ФАЛЛОПИЕВЫХ ТРУБ.

В ту и другую сторону от матки, имея исходной точкой углы ее, лежат трубчатые органы, носящие название Фаллопиевых труб (*tubae Fallopii*). Длина их от 8 до 10 сант. и более. Они проходят в широкой связке и окутаны ею, но так, что образуют как бы брыжейку — *mesosalpinx*. Они направляются к боковым стенкам таза, слегка отклоняясь кзади.

В эмбриональной стадии развития они представляются сильно извитыми, у новорожденных извилины значительно сглаживаются, а у взрослых женщин имеются незначительные извилины — и то лишь в наружной половине труб. Каждая труба имеет два конца, наружный и внутренний, и два отверстия. Одно открывается в матку — *ostium uterinum*; оно так узко, что едва пропускает щетинку (Губарев); второе отверстие, открывающееся в полость брюшины — *ostium abdominale*, свободно пропускает маточный зонд. Она делится по всей длине на три части: на часть, проходящую в стенке матки, которая носит название межуточной части — *pars interstitialis*; на среднюю часть — *isthmus tubae Fallopii*, — эта часть идет почти без извилин, прямолинейно и равна в среднем $\frac{1}{3}$ сант. в диаметре; наконец, на наружную широкую часть с диаметром в $1-1\frac{1}{2}$ сант., называемую *ampulla tubae Fallopii*. Вслед за *ampull*'ой находится сужение, а за ним расширенный воронкообразный свободный конец трубы — *infundibulum tubae*. Край *infundibulum tubae* все покрыты зубчиками, бахромками — *fimbriae tubae*. *Fimbriae* по форме своей представляются закругленными, широкими или узкими и острыми; на краях их имеются вырезки, поэтому все брюшное отверстие трубы является как бы искусанным; поэтому древние анатомы называли его укушением дьявола (см. рис. 70) — *morsus diaboli*. Одна из фимбрий, самая большая и самая длинная, переходит на наружный край яичника и поэтому называется яичниковой фимбрией — *fimbria ovarica* или *ligamentum infundibulo-ovaricum* или *tubo ovaricum*.

Часть задней пластинки широкой связки, находящейся между Фаллопиевой трубой сверху, трубнояичниковой связкой снизу и *ligamentum infundibulo-pelvicum* снаружи, похожая на крыло летучей мыши, носит название *ala vesperilionis*; в этом пространстве заложен *parovarium* и *paroophoron*.

Около бахромчатого края Фаллопиевых труб можно иногда видеть маленький пузырек, наполненный серозной жидкостью. Этот пузырек представляет из себя остаток Мюллера протока, из которого построена Фаллопиева труба. Он носит название *hydatis Morgagni*.

По своему строению Фаллопиева труба напоминает матку и, подобно ей, состоит из трех слоев: серозного, мышечного и слизистого. Слизистая оболочка трубы представляет продолжение слизистой оболочки матки, но в трубе она имеет несколько иной характер и иное строение. Прежде всего слизистая оболочка в Фаллопиевой трубе на всем своем протяжении собирается в продольные складки, которые делаются все выше и выше, подвигаясь от маточного конца к абдоминальному; при этом они не только удлиняются, но увеличиваются и в числе. Если сделать поперечные срезы через вышеназванные части Фаллопиевой трубы, то легко замечается разница между ними. Маточный конец представляется почти гладким, т. е. просвет трубы окружен лишь небольшим количеством невысоких складок, в *isthmus tubae* складок уже больше и они выше, но наибольшего своего развития они достигают в абдоминальном конце Фаллопиевой трубы. На микроскопическом срезе складка трубы представляется как бы большим соском, при чем основа этого соска состоит из соединительной ткани, сосудов и нервов, а поверхность покрыта красивым цилиндрическим эпителием; на внутреннем крае его, обращенном в просвет трубы, находятся реснички — волоски, которые колеблются все время по направлению к матке. Цилиндрический ресничный эпителий лежит не только на верхушках складок, но и между ними. Желез в слизистой оболочке трубы нет. Наружная поверхность фимбрий покрыта эндотелием, внутренняя, обращенная в просвет трубы, цилиндрическим мерцательным эпителием, о чем уже сказано выше. Мышечная часть трубы состоит из продольных и круговых мышечных пучков, при чем продольные мышечные пучки вплетены снаружи и изнутри в круговые. В наружном продольном слое, а главным образом под брюшиной расположена большая часть сосудов трубы. Брюшина покрывает всю поверхность трубы, за исключением той части ее, которая проходит в стенке матки.

Артерии трубы выходят, главным образом, из *arteria spermatica interna*. Вены изливают кровь в трубно-яичниковое сплетение—*plexus tubo-ovarialis*. Нервы трубы идут из *plexus spermaticus*.

К порокам развития Фаллопиевых труб относится полное отсутствие их, которое может наблюдаться при отсутствии матки и объясняется недоразвитием Мюллеровых ходов. При недоразвитии одного хода может отсутствовать одна Фаллопиева труба. Кроме полного отсутствия Фаллопиевых труб, бывает недоразвитие их (*hypoplasia*); при этом и матка часто также недоразвита, однако описаны в литературе случаи, где при недоразвитии труб матка хорошо сохранила свою форму и величину. Затем наблюдаются случаи, в которых труба зарастает на всем пространстве или частично. Может зарастаться наружный конец трубы, а внутренний остается проходимым, или наоборот

На почве зарастания наружного отверстия трубы описано развитие hydrosalpinx'a у детей.

Эмбриональная извитость трубы может остаться и во внеутробной жизни и быть до того сильно выраженной, что служит преградой для прохождения яйца, результатом чего может возникнуть внематочная беременность. Кроме того, воспалительные явления в извитой трубе больше держатся, чем в нормальной, так как инфекционное начало задерживается в перегибах трубы и более пышно развивается.

К уродствам трубы относятся еще добавочные отверстия (*ostia abdominalia accessoria*). Они встречаются чаще всего на наружном конце трубы и окружены хорошо развитыми бахромками, но наблюдаются также и на других местах. В одном из моих случаев добавочное отверстие находилось посередине Фаллопиевой трубы (рис. 180).

К таким же врожденным аномалиям Фаллопиевой трубы относятся добавочные Фаллопиевы трубы (*tuba accessoria*). Они сидят или на самой трубе или на широкой связке в виде полипозных образований и снабжены на свободном конце фимбриями, покрытыми цилиндрическим мерцательным эпителием. В

центре этих образований находят в некоторых из них просвет, который выложен слизистой оболочкой, покрытой также цилиндрическим мерцательным эпителием; в других просвета нет, и они являются солидным образованием, в виде соединительнотканного отростка. На конце его имеются фимбриии, или он оканчивается булавовидным утолщением. Канал добавочных труб не сообщается с главной трубой. Это образование может служить источником развития кист, а также быть местом развития внематочной беременности.

Добавочные трубы встречаются довольно часто. Кубэ¹⁾, исследуя 78 трупов, нашел их у 13 (16,6%), при чем они встречаются по несколько на одной трубе.

Болезни Фаллопиевых труб. Заболевания Фаллопиевых труб встречаются довольно часто, благодаря отношению их к матке, непосредственным продолжением которой они как бы служат.

Рис. 180.



Ostium abdominale accessorium.

¹⁾ Кубэ. Журнал акуш. и женск. болезн. 1895.

В громадном большинстве случаев инфекция распространяется на Фаллопиевы трубы *per continuitatem* со слизистой оболочки матки через внутреннее отверстие трубы. Иногда же идет по более редким путям: через лимфатическую систему, кровеносные сосуды и из свободной брюшной полости через брюшное отверстие трубы, через кишечник, при сращении кишки с Фаллопиевой трубой при заболевании кишки. Так, при воспалении слепой кишки заболевают правые придатки.

Возбудителями воспаления чаще всего бывают гонококки, затем стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, туберкулезные палочки, *actinomyces*, тифозные палочки, *diplococcus pneumoniae*, *pneumobacillus Friedländer'a*. Гонококки поступают в полость матки и дальше часто после выкидыша или родов, а до этого они долгое время могут гнездиться в шейке матки, в складках ее слизистой оболочки.

Микробы попадают в трубы из матки, благодаря повышению давления в ней, при одновременном затруднении оттока жидкости через шейку матки, что может быть при перегибах ее вперед и назад, при отеке ее слизистой оболочки.

Воспаление Фаллопиевой трубы носит название *salpingitis*. Оно делится на острое и хроническое. Как то, так и другое бывает катарральное и гнойное — *salpingitis catarrhalis et salpingitis suppurativa (purulenta)*. Нам на амбулаторных приемах чаще всего приходится иметь дело с хроническими сальпингитами. Нередко вместе с трубой заболевает яичник, и тогда это комбинированное заболевание носит название сальпингооофорит (*salpingoophoritis*). При катарральном воспалении труба увеличивается в своих размерах как в длину, так и в толщину, слизистая оболочка ее сильно набухает, складки выполняют весь просвет трубы. Они отечны и инфильтрированы грануляционными элементами; ресничный эпителий местами совершенно исчез. В просвете трубы находится большее или меньшее количество мутноватой жидкости, в иных случаях эта жидкость прозрачна. При гнойных процессах инфильтрация складок выражена значительно резче, местами наблюдаются гнойники и не только в складках слизистой оболочки, но и в самой стенке трубы. Содержимое трубы гнойное. При остром процессе в том и другом случае бывает повышение т-ры, в некоторых случаях до высоких градусов, при гнойным формам — с ремиссиями по утрам; вместе с повышением температуры появляются боли в области придатков матки. Эти боли могут быть трубного и перитонитического происхождения. Первые боли происходят от растяжения трубы, от ее сокращений, так как она старается освободиться от своего содержимого; действительно, при проходимости маточного отверстия трубы, жидкость под влиянием работы трубы, ее сокраще-

При мешчатых формах сальпингита жидкость может по временам выходить через маточное отверстие в полость матки и наружу. Абдоминальный конец трубы при этом должен быть заращен. Выходению жидкости предшествует значительное напряжение опухоли, а затем сильные схваткообразные боли.

Salpingitis isthmica nodosa впервые, как сказано выше, описал Chiagi. Он на 760 вскрытий нашел его 7 раз. Утолщение трубы находится у угла матки; величина его равняется бобу или немножко больше. Микроскопическая картина: гиперплазия мышечных, особенно циркулярных, волокон. Отверстие трубы ясно видно, но очень сужено.

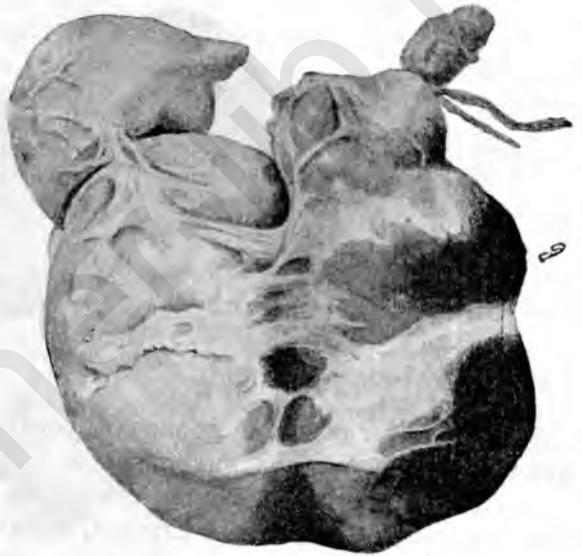
Среди мышечных пучков находят иной раз железы, кистовидные полости, которые образуются на счет слизистой оболочки Фаллопиевой трубы (*salpingitis pseudofollicularis*) (Martin), или из рядом лежащей добавочной трубы или, по Reclinghausen¹⁾, из остатков Вольфовых ходов. Такой сальпингит называется *salpingitis isthmica nodosa cystica*; при отсутствии желез он называется *salpingitis isthmica, nodosa fibrosa*.

Из саккатных сальпингитов наиболее часто встречаются сальпингиты, наполненные серозным содержимым—*hydrosalpinx*.

Такой сальпингит имеет вид кистовидной опухоли (рис. 182) с тонкими стенками, через которые просвечивается серозное содержимое; иногда он имеет вид трубочки (рис. 183). Если он осложнялся воспалением брюшины, то на опухоли видны обрывки ложных перепонки, но обыкновенно эти перепонки очень тонки и легко разъединяются рукой. Иногда стенка гидросальпинкса до того тонка, что может быть разорвана при гинекологическом исследовании.

Hydrosalpinx развивается на почве зарастания абдоминального конца Фаллопиевой трубы; при зарастании маточного конца, как пока-

Рис. 182.



Hydrosalpinx.

На поверхности опухоли видны ложные перепонки.

¹⁾ Reclinghausen. Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus und Tubenwandung. 1896.

зали опыты Воскресенского из клиники проф. Славянского, его не бывает. Hydrosalpinx образуется не только, как результат предшествующего воспаления трубы, но он может появиться и при нормальном состоянии трубы при перегибе ее, закрытии просвета на протяжении. В эмбриональной стадии труба извита. Такая извитость может остаться и в зрелом возрасте, и это дает повод к развитию hydrosalpinx'a, так как просвет трубы нарушается. Ложные перепонки, образовавшиеся после острого самостоятельного периметрита, могут где-либо перехватить трубу и тоже закрыть ее просвет, вслед за чем труба растягивается жидкостью.

Рис. 183.



Hydrosalpinx.

Складки слизистой оболочки совершенно сглаживаются, и их даже трудно найти под микроскопом.

При открытом маточном отверстии трубы содержимое ее, как уже сказано выше, в иных случаях, когда напряжение в трубной опухоли дошло ad maximum, выливается через матку наружу. Опухоль, до того времени ясно прощупываемая, пропадает, и больная перестает жаловаться на какие-либо болезненные симптомы, но, спустя некоторое время, припадки снова появляются, боли все больше и больше увеличиваются, принимают интенсивный схваткообразный характер, масса жидкости вновь вытекает наружу и т. д.

Какой-либо правильности в выделении жидкости не наблюдается. Такой сальпингит носит название *hydrosalpinx profluens*.

Величина *hydrosalpinx'a* весьма различна, но особенно крупных размеров он не достигает. Наибольшая величина—голова новорожденного ребенка, но в большинстве случаев он достигает лишь величины куриного яйца, гусиного яйца, кулака взрослого человека и пр. Температура тела бывает повышена только в острой стадии и не долгое время, в хронической—она нормальна. Обострения бывают редко, по-

этому hydrosalpinx встречается иной раз совершенно подвижный, без срастаний с окружающими частями.

Возраст, в котором он возникает, относится ко времени полового расцвета.

Часто он бывает двусторонний, как вообще все формы сальпингитов, так как инфекция из полости матки распространяется одинаково и в ту и в другую сторону. Иной раз болеет сначала одна сторона, а затем, спустя некоторое время, другая.

Вообще нужно сказать, что болезнь для самой больной является очень тягостной, плохо поддающейся нашим лечебным мероприятиям, о которых я скажу ниже.

При гнойном скоплении в трубе болезнь носит название pyosalpinx. Он бывает острый и хронический. Острый наблюдается, главным образом, после выкидыша или родов, грязно проведенных. Септические микроорганизмы, проникая в половые пути, вызывают септический эндометрит, а затем сальпингит.

Инфекция может проникнуть и другим путем, о чем сказано выше. При гонорее острый pyosalpinx редко наблюдается; я видел его всего 2 раза.

Симптомы его—сильные болевые припадки, вечерние повышения температуры, с понижением ее почти до нормы по утрам, и местное воспаление тазовой брюшины.

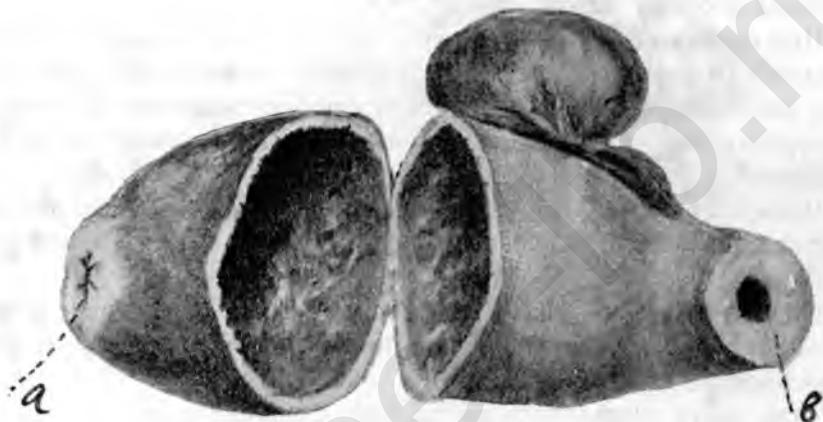
Чаще всего приходится иметь дело с хроническим pyosalpinx'ом, при котором повышение т-ры отсутствует в обыкновенное время, но больная указывает в анамнезе на обострения процесса по временам, при чем бывают сильные боли, повышение температуры, и она должна лежать в постели. Эти обострения болезненного процесса продолжаются в некоторых случаях довольно долго и могут окончиться для больной очень печально, даже развитием общего перитонита.

Менструальный процесс при гнойных воспалениях труб расстраивается в большей степени, чем при hydrosalpinx'ах. Зависит это от более частого участия в заболевании яичников и самой матки. Нередко регулы отсутствуют по несколько месяцев, и это может вести к постановке ложного диагноза. При двустороннем страдании Фаллопиевых труб и яичников регулы могут совсем прекратиться. В других случаях, особенно в начале заболевания, регулы бывают очень обильные и сменяются маточными кровотечениями, метроррагиями, плохо поддающимися лечению.

Pyosalpinx имеет, как и hydrosalpinx, чаще колбасовидную форму стенки его чрезвычайно толсты (рис. 184) и совершенно непрозрачны. Толщина стенок зависит от гипертрофии стенки трубы и наслоения ложных перепонок. В старых pyosalpinx'ах гнойное содержимое сгу-

щается, делается творожистым, кашицеобразным, микробов не содержит, так как бактериологические методы исследования их не открывают. Благодаря обильным сращениям с окружающими частями, опухоль неподвижна, очень часто тесно прилежит к матке; в иных случаях трудно найти границу между опухолью и маткой, так как консистенция опухоли вполне может соответствовать консистенции матки. Величина опухоли различна; но особенно больших размеров не достигает. Гнойное содержимое в некоторых случаях издает зловоние, благодаря сращению опухоли с кишками и прониканию в нее микро-

Рис. 184.



Pyosalpinx.

а) Зарешенное абдоминальное отверстие. б) Ostium uterinum.
Опухоль разрезана поперек, чтобы показать толщину ее стенок.

бов из них. Pyosalpinx, как и всякий гнойник, имеет тенденцию куда-либо прорваться; поэтому, при операции, мы нередко находим интимное сращение его с кишкой, чаще всего с толстой. При частых обострениях болезненного процесса больные постепенно худеют, делаютя анемичными, бледными, появляются признаки расстройства питания, нарушаются отправления желудочно-кишечного канала.

Но бывают случаи, где болезненный процесс совершенно не отражается на общем виде больной. При гинекологическом исследовании находишь двустороннюю гнойную большую опухоль, а, между тем, общее состояние больной настолько прекрасно, что никто не скажет, смотря на больную, что у нее такая серьезная болезнь. Это бывает в тех случаях, когда не происходит всасывания в кровь вредных продуктов из гнойной опухоли, и больная не страдает обострениями процесса.

Так же, как при hydrosalpinx'e, гной может выходить через матку, наружу,—что называется pyosalpinx profluens. Наблюдается он реже,

чем *hydrosalpinx profluens*, так как гнойный процесс глубже поражает стенку трубы, и зарастает не только абдоминальный конец, но весьма рано и ее маточное отверстие.

Какие микробы причиняют *hydrosalpinx* и какие *pyosalpinx*—сказать трудно, так как все вышеупомянутые микроорганизмы могут вызвать и то и другое заболевание.

Я наблюдал такие случаи, где на одной стороне был *pyosalpinx*, а на другой—*hydrosalpinx*; очевидно, подействовала одна и та же причина, один и тот же микроб. а результат получился не одинаковый. При спаивании *hydrosalpinx*'а с кишкой, как, например, со слепой, при заболевании ее, содержимое *hydrosalpinx*'а может сделаться гнойным.

Трубная опухоль, наполненная кровью, носит название *haematosalpinx*. Возникает она в громадном большинстве случаев на почве внематочной трубной беременности: яйцо, развивающееся в трубе, погибает в ранней стадии и, оставаясь лежать в ней, пропитывается кровью. С течением

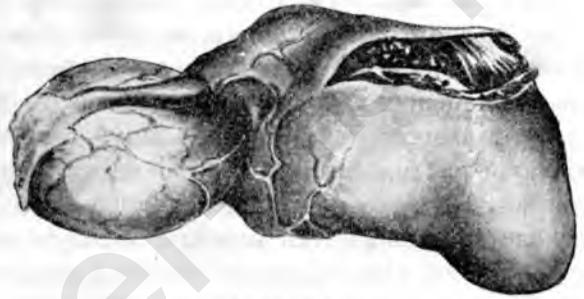
времени яйцо рассасывается, и только по присутствию ворсинок *chorion*'а в кровяном свертке под микроскопом можно сказать, что здесь дело идет о внематочной беременности, о внутритрубарном аборте. Кроме того, *haematosalpinx* встречается при пороках развития матки, влагалища и девственной плевы, при атрезиях их.

Иногда кровь примешивается к серозному или гнойному содержимому трубы—*hydrops tubae sanguinolentus*. Форма опухоли (рис. 185) такая же колбасовидная, как и другие *sactosalpinx*'ы.

Haematosalpinx может переходить в *pyosalpinx*, если он под влиянием каких-либо причин воспаляется, срастается с кишкой, и микроорганизмы нагноения проникают внутрь трубы. Консистенция *haematosalpinx*'а, благодаря кровяным сверткам, очень плотная, величина небольшая, сращения нередко отсутствуют и чувствительности никакой нет. Старый *haematosalpinx* не оказывает влияния на менструации: они бывают правильные, того же типа, что и раньше.

Какое вообще положение занимает сальпингит по отношению к матке? Нормальные Фаллопиевы трубы не лежат правильно направо и налево от матки, а своими абдоминальными концами от-

Рис. 185.



Haematosalpinx.

Через разрез опухоли видна кровяная масса.

клоняются назад, и эти последние чуть не соприкасаются в иных случаях друг с другом. При заболевании Фаллопиевы трубы делаются тяжелее, поэтому они опускаются ниже, и при гинекологическом исследовании мы находим трубные опухоли сбоку и сзади матки. Матка обыкновенно отодвинута в сторону, противоположную опухоли; при двустороннем же сальпингите она лежит замурованная в сращениях окутанная со всех сторон ложными перепонками, чаще—прижатая к лонной дуге. Не только при гинекологическом бимануальном исследовании ее трудно найти, но даже после вскрытия брюшной полости. Вскрываешь брюшную полость и видишь перед собой в тазу, где должна лежать матка, сплошную перепонку и, только разорвав ее, находишь матку. При хронических сальпингоофоритах, без особенного растяжения просвета трубы, прощупывается около матки опухоль разнообразной консистенции, местами плотной, местами эластической. Такое разнообразие консистенции зависит от перетяжек на трубе, от ложных перепонок. При гипертрофическом сальпингите на месте трубы прощупывается очень плотный шнур, величиной в указательный или большой палец, идущий от угла матки, неподвижный благодаря сращениям. Нередко он не идет правильно в сторону к стенке таза, а загибается около матки или сам образует изгибы, спаянные ложными перепонками. При *salpingitis isthmica nodosa* у маточного угла Фаллопиевой трубы ясно определяется очень плотная опухоль: она тесно прилежит к матке и симулирует фибромиому матки или Фаллопиевой трубы, за какую раньше и принималась. Перед менструациями сальпингиты увеличиваются довольно значительно, благодаря приливу крови, а после регул спадают и доходят до своей прежней величины. Это колебание размеров опухоли до и после регул считается хорошим признаком для дифференциальной диагностики между опухолью трубы и кистой яичника: последняя своих размеров перед регулами не изменяет.

Саккатные формы сальпингитов, в виде больших опухолей, помещаются рядом и сзади матки и очень редко спереди. При исследовании находим с той или другой стороны матки, или с обеих сторон, опухоли эластической или плотноватой консистенции, тесно прилежащие к матке, при чем между ними и маткой находится борозда. При *hydrosalpinx*'е консистенция опухоли ясно эластическая, и поэтому сама опухоль представляется тонкостенной; при *pyosalpinx*'е редко наблюдается эластичность в опухоли: наоборот, ее консистенция больше приближается к плотной, к консистенции матки. *Haematosalpinx* с тоже плотной консистенцией имеет такое же отношение к матке, как и вышеприведенные опухоли.

Диагностика сальпингитов устанавливается на основании анамнеза больной, непосредственного гинекологического исследования

и, наконец, более или менее продолжительного наблюдения с повторным исследованием.

Из анамнеза мы узнаем, что больная когда то перенесла острое заболевание придатков или брюшины, лежала долгое время в постели, оправилась, но лишь относительно. Затем было несколько обострений болезни, когда она опять на некоторое время ложилась в постель с болями и повышением температуры, а кроме того, в промежутке между обострениями, она не чувствовала себя совершенно здоровой. Все время ноет то та, то другая сторона нижней части живота, и боль отдает в ногу до колена, а то распространяется и на всю ногу. Болит также поясница, крестец. Заболевание свое она связывает или с замужеством, или с родами, или с выкидышем,—следовательно, указывает на происшедшее заражение гонококками, стрепто- и стафилококками или кишечной палочкой. В случаях *hydro-pyosalpinx profluens* больная заявляет, что по временам из влагалища выходит жидкость в большом количестве серозного или гнойного характера,—все зависит от свойств *sactosalpinx'a*. Выхождению жидкости предшествуют схваткообразные боли в соответствующей стороне. Со времени заболевания больная бесплодна или, если были беременности, то оканчивались выкидышами. В иных случаях больная говорит, что у нее без всякой причины были поносы, и из прямой кишки шел гной.

Познакомившись с анамнезом и усмотрев из него, что у больной существует какое то воспалительное заболевание половой сферы, приступают к исследованию. Наружное исследование может обнаружить чувствительность внизу живота и опухоль, стоящую на несколько поперечных пальцев выше лонного соединения. Опухоль неподвижна, чувствительна при ощупывании и лежит асимметрично.

Одно асимметричное положение опухоли может уже говорить о принадлежности этой опухоли к придаткам матки. При бимануальном исследовании определяется очень часто ограниченная в движении матка, иногда зятая ложными перепонками; рядом с маткой прощупывается эластическая, плотноватая или разнообразной консистенции и формы опухоль, тоже мало или совсем неподвижная, но имеющая свои границы и форму, чувствительная при ощупывании. При осмотре зеркалом нередко на влагалищной части наблюдаются эрозии около самого маточного зева, а из зева выделяются гнойные бели.

Все эти данные, вместе взятые, говорят с положительностью о воспалительной натуре наблюдаемого процесса. Местоположение опухоли, ее форма и отношение к матке дают право сделать предположение о том, что болеет Фаллопиева труба, и опухоль принадлежит ей. При гипертрофических, катаральных, гнойных сальпингитах без обра-

зования *sactosalpinx*'а трудно сказать о роли яичника в заболевании. Гинекологическим исследованием этого тоже с положительностью решить нельзя, так как больная Фаллопиева труба нередко спаивается с яичником в одну общую массу ложными перепонками, даже если яичник не принимает никакого участия в заболевании. В виду этого при постановке диагноза мы в большинстве случаев называем болезнь не *salpingitis*, а *salpingoophoritis*.

Hydrosalpinx отличается от *pyosalpinx*'а тонкими стенками, ясно эластической консистенцией и отсутствием указаний в анамнезе на такое бурное течение болезни, как при *pyosalpinx*'е. От кисты яичника он отличается своим течением болезни, началом заболевания, формой (колбасовидная), присутствием большего или меньшего количества сращений и болезненностью при ощупывании. Кроме того, как выше сказано, сальпингиты перед регулами увеличиваются, а после регул спадаются, чего не бывает с кистами яичника. Указания на это имеются в диссертации проф. С. Д. Михнова¹⁾.

Pyosalpinx можно смешать с фибромиомой матки, на которую старый *pyosalpinx* походит по своей консистенции. Сливаясь с маткой помощью ложных перепонок, *pyosalpinx* совершенно симулирует фиброматозную опухоль, исходящую из стенки матки. К тому же температура тела при старых гнойных процессах нормальна. На истинную дорогу выводит анамнез больной, свидетельствующий о воспалительной натуре заболевания, и измерение полости матки; если полость матки увеличена и при том довольно значительно сравнительно с нормой, то опухоль, без сомнения, принадлежит матке. Несмотря на это, ошибки возможны как в ту, так и в другую сторону. Бывают воспалительные явления в миомах, сопровождающиеся повышением т-ры тела и болями, которые могут затемнять истинную болезнь, и, наоборот, *pyosalpinx* иногда так незаметно развивается у больной без особенных воспалительных явлений, что может быть принят за фибромиому.

Патологическая анатомия. При катарральном сальпингите находят набухание слизистой оболочки и резкое ее покраснение от прилива крови и расширения сосудов. Процесс гнездится, главным образом, в складчатой части трубы, но понемногу захватывает и всю трубу. С развитием процесса в ворсинках появляется мелкоклеточная инфильтрация; они еще более увеличиваются, отекают, принимают булавовидную форму и могут выполнить весь просвет трубы.

При длительном процессе цилиндрический эпителий слущивается, складки срастаются между собой, и тогда образуются ложные кисты, наполненные серозным содержимым.

¹⁾ Михнов в. К вопросу о заболевании Фаллопиевых труб и яичников в патолого-анатомическом и клиническом отношениях. Дисс. 1889 г.

При гнойном процессе инфильтрация слизистой оболочки выражена еще резче, в слизистой оболочке появляются абсцессы, распадения и изъязвления, которые могут распространиться и на мышечный слой. Ворсинки сплошь набиты гнойными клетками и на большом пространстве лишены эпителия.

Так как очень часто уже при начале заболевания абдоминальное отверстие склеивается, а затем зарастает ложными перепонками, то труба начинает растягиваться серозным или гнойным содержимым. В первом случае стенки трубы сильно растягиваются; под микроскопом не различаются уже складки трубы, и эпителий местами отсутствует, местами превращается в уплощенный кубический. Мышечный слой трубы также резко атрофируется, и стенка трубы просвечивает.

Во втором случае (при гнойном содержимом) стенка трубы утолщена, мышечная оболочка ее гипертрофирована, слизистая же оболочка может быть почти на всем протяжении разрушена и заменена грануляционной тканью. Утолщение трубы происходит не только на счет гипертрофии мышц, но и на счет воспалительного разрастания соединительной ткани.

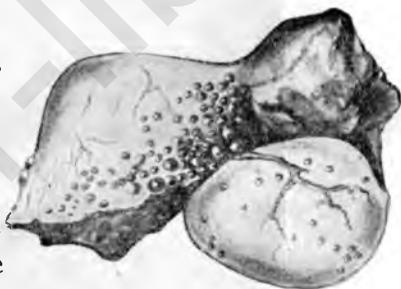
Туберкулезный сальпингит (*salpingitis tuberculosa*) наблюдается чаще всего при общей бугорчатке, при бугорчатке легких, брюшины и других органов; реже бугорчатка трубы бывает первичной. Слизистая оболочка трубы представляется покрытой язвами, в толще ее под микроскопом видна масса бугорков с

гигантскими клетками и туберкулезными палочками. В мышечной части трубы наблюдается инфильтрация круглыми клетками межмышечных пространств; мышечный слой утолщен, здесь также находятся бугорки. Полость трубы наполнена творожистыми массами, которые могут выходить в брюшную полость через абдоминальный конец Фаллопиевой трубы и заражать тазовую брюшину, а выходя через маточный конец, заражать полость матки (рис. 186).

Диагностика туберкулезного сальпингита чрезвычайно трудна при отсутствии туберкулеза в других органах. В случае же туберкулеза в легких или в других органах, диагноз можно поставить, но и то предположительно.

Никаких особенностей при гинекологическом исследовании туберкулезного сальпингита нет, т. е. ничего особенно характерного туберкулезный сальпингит при своем течении не дает. Можно заподозрить

Рис. 186.



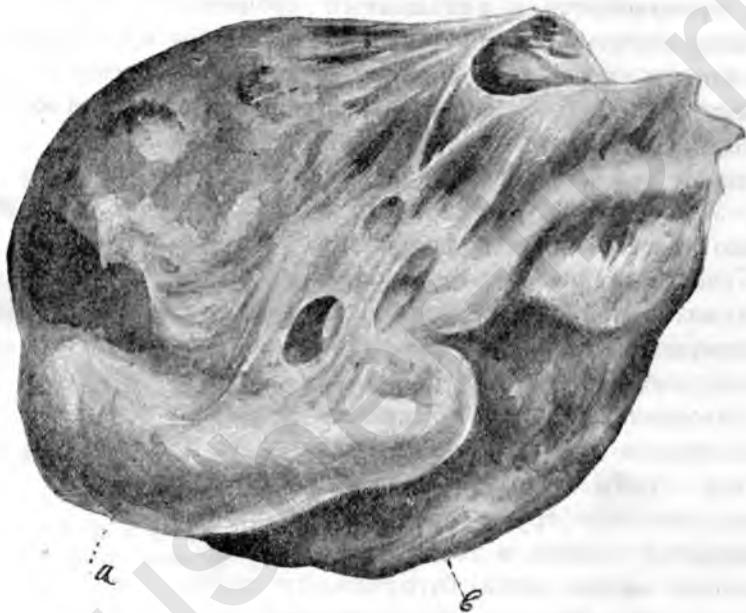
Salpingitis tuberculosa.
На серозном покрове трубы и яичника видны бугорки.

туберкулез трубы, если в выделениях из полости матки находятся туберкулезные палочки, при одновременном прощупывании плотной, утолщенной трубы.

Кроме вышеописанных сальпингитов, встречаются еще *salpingitis syphilitica*, не имеющий чего-либо характерного, и *salpingitis actinomycotica*— с характерными зернами *actinomyces*.

Трубно-яичниковые кисты, *cystes tubo-ovariales* (рис. 187)—тоже воспалительные образования, а не новообразования. Они могут быть на-

Рис. 187.



Cystes tubo-ovariales.

а) Растянутая серозным содержимым Фаллопиева труба. б) Киста яичника.

полнены серозным содержимым, а также и гнойным. Они развиваются путем соединения существующего hydro- или pyosalpinx'a с яичником, в котором в этом месте находилась киста. Под влиянием давления жидкости перегородка между этими двумя органами истончается и атрофируется, и тогда образуется общая полость.

Фимбрии трубы могут при сращении с яичниковой кистой и при атрофии стенки свободно плавать в жидкости кисты или прирастать к ее внутренней стенке или, наконец, охватывать ее снаружи. В первом случае попадание фимбрии в полость кисты объясняется так (Virnig): брюшное отверстие Фаллопиевой трубы, благодаря воспалению, зарастает, и образуется *hydrops tubae Fallopii*. Фимбрии заво-

рачиваются внутрь трубы. Воспаленная труба прирастает к яичнику в том месте, где развивается однополостная киста; стенка кисты атрофируется; в новообразованной ткани получается в трубе отверстие; фимбрии делаются свободными и попадают в полость кисты. При долго существующем *hydrosalpinx*'е ворсинки нередко исчезают без следа и, при соединении такого *hydrosalpinx*'а с кистой яичника, фимбрий в ней найти нельзя. При открытом маточном отверстии Фаллопиевой трубы жидкость из кисты может выливаться наружу, и киста делается мягкой и дряблой. При макроскопическом осмотре препарата почти всегда виден перехват в том месте, где труба переходит в кисту (рис. 188). Кругом тубоовариальной кисты наблюдаются обильные ложные перепонки, из которых при операции надо выделять опухоль. Эти сращения указывают на воспалительное происхождение ее.

При гнойном содержимом в трубе или кисте развивается гнойная тубоовариальная киста.

При гинекологическом исследовании находим то же, что при *hydro-* или *pyosalpinx*'е, те же данные, разве только консистенция опухоли будет резко эластическая и форма более круглая. Если опухоль не имеет сращений, что бывает редко, она может тогда симулировать кисту яичника, сидящую на ножке.

Наблюдали (проф. Д. О. Отт) тубопаровариальную кисту, т. е. такую, где труба соединилась с паровариальной кистой.

В редких случаях, при отсутствии сращений и воспалительных явлений, можно предположить врожденное уродство, т. е., когда труба непосредственно переходит в яичник.

Рис. 188.



Cystes tubo-ovariales.
 а) Фаллопиева труба. б) Киста яичника.
 В месте соединения трубы с яичником
 виден перехват.

Лечение различных форм сальпингитов распадается на терапевтическое (консервативное) и оперативное. И то и другое имеет свой круг применения. Вообще существует стремление лечить сальпингиты консервативно и прибегать к операции только в исключительных случаях. Такой взгляд существует в настоящее время, и он утвердился благодаря тому, что с удалением труб женщина делается бесплодной; кроме того иной раз радикальная операция не дает желаемого успеха, и боли продолжают, как и до операции. Объясняется это тем, что воспалительный процесс не ограничивается лишь Фаллопиевыми трубами и небольшим районом, а проникает гораздо глубже и затрагивает нервы. После радикального лечения в таких случаях требуется еще продолжительное лечение ваннами, грязями и другими терапевтическими мероприятиями.

Кроме того, консервативное лечение требует много времени, и об этом надо предупредить больную.

Прежде, чем приступить к местному лечению сальпингооофоритов, нужно обратить внимание на общее состояние больной и, главным образом, на желудочно-кишечный канал. Больные часто страдают упорными запорами; под влиянием этих запоров происходят застои крови в тазовых органах, в том числе и в области придатков матки. Застои крови ухудшают местный процесс и поддерживают воспалительное состояние, а следовательно, все те симптомы, которые его сопровождают. Поэтому должно стремиться к урегулированию стула путем питья минеральных вод, диеты или особого состава пищи, легких слабительных, клизм. Об этом надо всегда помнить. Затем следует озаботиться покоем, как физическим, так и нравственным. Половую жизнь следует, по возможности, на время лечения, исключить; при этом, если у мужа гоноррея, предложить ему полечиться, иначе все хорошие результаты, полученные при лечении жены, пойдут на смарку.

При остром процессе предписывается безусловный покой; при хроническом—все дело будет зависеть от того, насколько придатки чувствительны при исследовании. При резкой болезненности лучше не позволять больным много ходить и заниматься физическим трудом.

При остром процессе больную следует уложить в постель, на живот поместить на соответствующую сторону лед, per rectum ставятся наркотические свечи, давать внутрь успокаивающие противонервные средства; при большой чувствительности никаких спринцеваний не назначать.

При высокой температуре рекомендуется обтирание всего тела одеколоном пополам с водой комнатной температуры и жаропонижающие. Так держат больную до тех пор, пока не ослабеет болезненный процесс,

не пропадет чувствительность и не понизится т-ра. Спринцевание должно делать лишь тогда, когда из половых частей выделяются обильные гнойные бели, как это наблюдается при острой гоноррее или при послеродовом септическом процессе.

Хронические заболевания Фаллопиевых труб лечатся в громадном большинстве случаев теплом в различных видах, но кроме этого имеется еще целый ассортимент средств, направленных также к лечению данного заболевания.

Наиболее частое лечение—это назначение больной горячих влагалищных душей с прибавлением антисептических жидкостей в слабом разведении, как-то: лизоформ, лизол, steolin 2% и т. д. Вода для горячих душей берется переваренная. Влагалищные души производятся так же, как и спринцевания, только они продолжаются более долгое время. Для горячих душей готовится целый большой кувшин раствора той т-ры, какая нужна в данный момент, и он все время подливается в кружку Эсмарха. Температура душа начинается с 30°—40°, если только больная выдерживает высокую т-ру.

Так как наиболее чувствительные места—это кожа наружных половых частей, то они смазываются вазелином; тогда больная легко переносит высокую т-ру.

Души лучше всего делать в лежачем положении, кружка не должна висеть высоко, а струя воды должна вытекать медленно. Чем больше продолжается сеанс, тем лучше. Из подкладного судна идет отводная трубка в ведро, для того, чтобы во все время производства душа не тревожить больную.

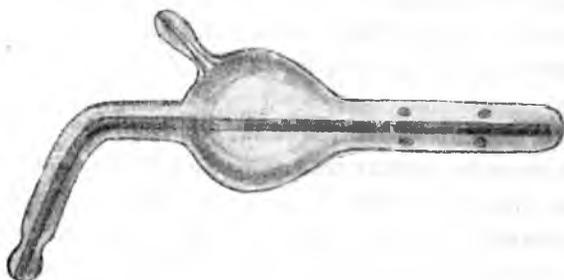
Души делаются обыкновенно 2 раза в день: утром и вечером. После них больная несколько времени остается лежать в постели.

Чтобы больная оставалась сухой во время применения душа, Кайпетанн предложил свой прибор (рис. 189), который вводится во влагалище и снабжен проводящей и отводящей трубкой и целой серией отверстий во внутривлагалищной половине.

Так как лечение душами сопряжено с некоторыми неприятностями для больной, то появились предложения применить одно тепло без соприкосновения с жидкостью. Для этой цели Heitzmann предложил особые металлические цилиндры с двумя горлами, вооруженными резиновыми трубками. Через одну трубку вода входит в цилиндр, а через другую выходит наружу. Такие цилиндры бывают различных величин. Они вкладываются во влагалище в соответствующий свод, а затем пропускается вода желаемой т-ры. Металлический плотный цилиндр при долгом лежании производил пролежни на влагалищной стенке, поэтому д-р Мансветов, по мысли проф. А. И. Лебедева, устроил резиновые грушевидные баллоны (рис. 190), тоже с

двумя трубками, через которые входит и выходит вода. Эти баллоны д-р Мансветов вкладывал во влагалище, пропускал воду до 50—60° С.; лежали они довольно долго (1 — 1½ часа).

Рис. 189.



Прибор Кахнеманна для влагалищных душей.

от дна приделан к резервуару,—служа в то же время продолжением его,—медный барабан (а), куда вставлен термометр (b) и терморегулятор Рейхерта (с); спереди вделаны краны. Через краны по резиновым трубкам вода проходит в баллон; т-ра выходящей струи воды всегда известна. Количество воды в резервуаре измеряется водомерной трубкой (d). Лампочка под аппаратом держит т-ру на должной высоте.

Лечение сухим горячим душем производится ежедневно, при чем сеанс продолжается 1—2 часа.

Болезнь лучше проходит, если брать температуру воды в 40°—45° С. и долго вести сеанс, чем применять более высокую т-ру при коротком сеансе.

Противопоказанием к употреблению сухого, горячего душа могут служить гнойные заболевания Фаллопиевых труб, пороки сердца.

Кроме влагалищных душей проф. Снегирев рекомендует горячие клизмы с физиологическим раствором поваренной соли.

Вместе с горячими душами практикуются: согревающие компрессы на живот, грязевые припарки. Последние замечательно хорошо действуют. Их делают ежедневно по 40—60 минут. Приготавливаются они следующим образом. Лиманная грязь нагревается в кастрюльке почти до кипения и вливается в мешки, сделанные из старой ветоши. Мешки делаются сантиметров в двести шириной, длиной же должны закрывать весь низ

Для сухого, горячего душа устраивается особый аппарат (рис. 191), который состоит из резервуара, вместимостью в 30—35 фунт.; вешается он на стенку, над кроватью, на высоте ½ аршина или ставится на высокий стол. Снизу он подогревается небольшим пламенем газовой или газолитной лампочки. На вершок

Рис. 190.



Резиновый баллон д-ра Мансветова.

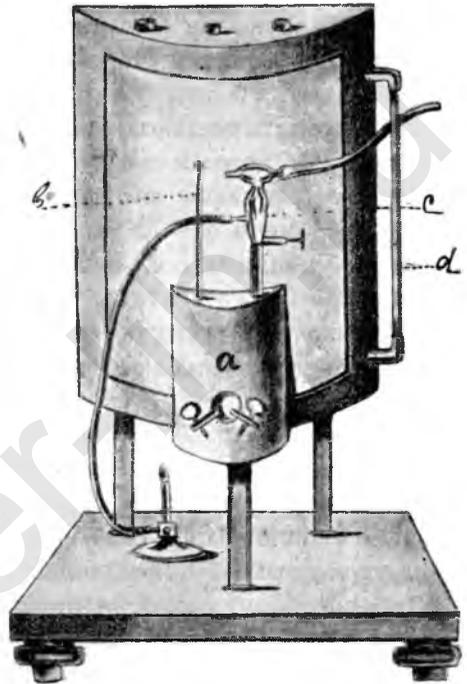
живота. Мешок, наполненный грязью, помещается прямо на голое тело на низ живота; т-ра его должна быть такая, какую только можно выносить; сверху мешок покрывается клеенкой, на которую накладывается обыкновенная подушка, чтобы грязь не так скоро остывала. Припарки лучше всего производить на ночь. Можно делать и сухие припарки, но грязевые действуют лучше.

К домашнему лечению относится также лечение тампонами, лечение давлением посредством дробы, ртути, марлевых полосок.

Тампон делается из ваты в виде подушечки, перевязанной крест-накрест крепкой ниткой, или в виде марлевой полоски. То и другое до введения во влагалище смачивается лекарственным веществом, 5—10% раствором в глицерине *ichthol'a*, *thyl'a*, *tygenol'a*. Эти средства успокаивают боли и способствуют рассасыванию опухоли. Тампон обыкновенно оставляется на ночь, утром больная его вынимает и делает спринцевание дезинфицирующим раствором.

Лечение давлением было в первый раз применено *Auvar d'om Holstein'om*¹⁾ в 1892 г. Во влагалище в соответствующий свод вводился кольпейринтер, а снаружи, соответственно заболевшему месту, помещался мешок с дробью; вес его постепенно изменялся, начиная от 750 гр. и кончая 1500 гр. Лечение назначалось два раза в день по 2—3 часа. В 1897 году *Freund*²⁾ в заседании Брауншвейгского общества естествоиспытателей сделал доклад о результатах 4 месячного лечения давлением дробью по своему способу, а затем через 1 год его ассистент, *A. Funke*³⁾, написал об этом работу. Способ *Freund'a*, описанный у *Funke*, заключается в том, что на обыкновенное круглое маточное зеркало надевается кондом и вводится во влагалище; зеркало наполняется дробью, а вместе с ним и кондом,

Рис. 191.



Аппарат для сухого горячего душа.

1) *Auvar Holstein. La semaine médicale. 1892. № 46.*

2) *Freund u. Funke.*

3) *Funke. Beiträge zur Geburt. und Gynäk. 1899.*

после чего зеркало постепенно вынимается. Дробь оставляют на месте в течение 2—10—16 часов.

Зеркало берется $3\frac{1}{2}$ сант. в поперечнике, длиной в 10 сант.; мешок для наполнения дробью должен быть сделан из самой прочной кондомной резины. Перед употреблением его дезинфицируют раствором сулемы. Дробь для наполнения берется № 3; лучше всего брать ее вполне новую, так как при долгом употреблении она с поверхности окисляется и делается шероховатой. По весу помещается дробь: у нерожавших до 500 гр., у повторно рожавших от 750 до 1000 гр. Больные при этом помещаются или на совершенно ровной кушетке или с немного приподнятым тазом. Снаружи применяется давление около 1—2 кгр. При таком наружно-внутреннем давлении, по истечении некоторого времени (6—12 час.) и по удалении тяжестей, опухоли значительно уменьшаются, особенно экссудативные. Противопоказанием для лечения служит острый процесс и гнойные формы.

Halbon¹⁾ вместо кондома рекомендовал кольпейринтер и наполнял его ртутью; сначала он брал 500 гр., а затем постепенно увеличивал вес. Снаружи, соответственно кольпейринтеру, помещается мешок с дробью в 1000—2000 гр.

Кроме такого давления тяжестями с внутренней и наружной стороны, рекомендуется еще сплошная тампонация влагалища, носящая название „columnisatio“ (Fraikin)²⁾; для образования колонны вводят во влагалище 15—20 тампонов, величиной в грецкий орех, смоченных в глицерине. Тампонация начинается с того, что сначала обкладывается 4-мя тампонами влагалищная часть, а затем наполняется ими все влагалище, но избегается придавливание уретры и прямой кишки. Тампоны оставляются на 3—4 дня, а затем заменяются новыми.

Auvar d³⁾ считает, что он первый ввел способ „columnisatio“ в гинекологическую практику, но не успел раньше других обнародовать его.

Способ его состоит в следующем: после дезинфекции влагалища он вводит в него зеркало, вливает глицерин и кофейную ложку иодоформа или какого-либо другого антисептического вещества и после этого тампонирует влагалище полосками стерилизованной марли или гигроскопической ваты. Полоска марли берется шириной в 15 сант., длиной в 5 метров. Зеркало осторожно вынимается, при чем тампон удерживается на месте пинцетом. Тампонада меняется через 2—3 дня. Больная лечится амбулаторно, не прерывая своих занятий. Продолжительность лечения от 1—3 мес. Показанием для тампонады служат, по автору, salpingoophoritis без кистовидного перерождения.

¹⁾ Halbon. Monatschrift für Geb. und Gyn. 1899.

²⁾ Fraikin. Archiv. clin. de Bord. 1898.

³⁾ Auvar d. Centralblatt für Gyn. 1898, № 12.

Из русских авторов, предлагавших этот способ лечения, можно указать на д-ра Карницкого¹⁾, который в 1900 г. опубликовал свои наблюдения в форме диссертации. Перед тампонацией опорожняются мочевого пузырь и прямая кишка, влагалище моется мылом и дезинфицируется раствором сулемы 1:4000 или 2% раствором борной кислоты. После введения зеркала, в него вливается 30,0 глицерина с 10% раствором иодоформа, ксероформа и 5%-м борной кислоты. Тампонация производилась лентами. Ширина ленты 11—15 сайт., длина от 3—8 аршин к концу лечения. Перемена тампона происходила через 2—3 дня.

Тампонация производится с помощью корнцанга; она всегда начинается с заболевшего свода, отсюда по задней поверхности матки переходит в противоположный свод, а оттуда снова обратно и т. д., пока не будет выполнено все влагалище, при чем нижний отдел его тампонируется более рыхло.

Все авторы с одобрением отзываются об этом способе лечения. Опухоли уменьшаются в своих размерах и болевая чувствительность исчезает. Лечение основано на попеременной анемии и гиперемии заболевших органов.

Внутриматочные впрыскивания лекарственных веществ, как метод лечения, были предложены уже давно в гинекологической практике. Этим мы обязаны, главным образом, Walton'у²⁾, Mackenrodt'у³⁾ и Witte⁴⁾.

По Chrobak'у⁵⁾, первым, применявшим вообще внутриматочные впрыскивания, нужно считать Видаль де Касси, по проф. И. Н. Грамматикати⁶⁾—Steinberger'a, который в 20-х годах прошлого столетия применял внутриматочные впрыскивания t-ra jodi при хроническом метрите. В России первый применил этот способ лечения при заболевании придатков матки проф. И. Н. Грамматикати, а затем ассистент его д-р Лебедев⁷⁾.

При производстве внутриматочных впрыскиваний должна быть соблюдаема самая тщательная дезинфекция наружных половых частей и рукава, инструментов и рук оператора. При соблюдении этого внутриматочные впрыскивания можно считать совершенно безопасными;

1) Карницкий. Материалы к вопросу о лечении тампонацией влагалища хронических воспалений придатков матки. Дисс. 1900.

2) Walton. Académie royale de médecine de Belgique. Juillet. 1887.

3) Mackenrodt. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge. Leipzig. 1890—1894. № 45.

4) Witte. Centralblatt für Gyn. 1893, № 4.

5) Chrobak. Цит. по Грамматикати.

6) Грамматикати. Внутриматочные впрыскивания. СПб. 1894.

7) Лебедев. О лечении воспалений придатков матки методическими внутриматочными впрыскиваниями. Дисс. 1898.

они не вызывают никаких явлений ни в клетчатке, ни в окружающей матку брюшине. За три-четыре дня до начала впрыскиваний назначаются дезинфицирующие спринцования с сулемой 1:2000 или 2—3% раствором карболовой кислоты 2 раза в день. В момент впрыскивания больная помещается на операционный стол в спинно-крестцовом положении, как для влагалищной операции. Наружные половые части и влагалище моются мылом и 2—5% раствором карболовой кислоты; затем *portio vaginalis* захватывается пулевыми щипцами, цервикальный канал протирается ваткой, намотанной на пинцете или зонде Плейфера. Если цервикальный канал достаточно широк и свободно пропускает наконечник шприца Брауна, впрыскивания производят медленными и легкими надавливаниями на поршень. Если же канал непроходим для наконечника шприца, то его предварительно расширяют бужами Гегара до 4—5 номера.

Свободная проходимость канала требуется для того, чтобы излишек впрыснутой жидкости не оставался в матке, а стекал обратно.

Удалению жидкости из полости матки способствуют еще обратными движениями поршня шприца, чем втягивают жидкость в резервуар шприца. Излишняя жидкость в полости матки может действовать на ее стенки, как постороннее тело, и вызывать болезненные схватки. В первый сеанс следует вводить как можно меньше жидкости, а затем количество ее постепенно увеличивать с последующими сеансами.

После впрыскивания больной советуют полежать $\frac{1}{2}$ —1 час в постели, а в случае схваткообразных болей назначают наркотические суппозитории.

Количество жидкости, вводимой в полость матки, по Грамматикати, должно быть в зависимости от величины полости.

Обыкновенно вводится 1—2 гр., при чем у многорожавших—до 2 гр., у нерожавших—до 1 гр. Жидкость должна быть перед введением подогрета до т-ры тела, так как низкая т-ра ее может вызвать болезненные схватки и сокращения мускулатуры на уровне внутреннего зева и стриктуру его. Для впрыскивания с лечебной целью проф. И. Н. Грамматикати предложил следующую смесь:

Rp. Alumnoli 2,5
 T-rae jodi
 Spiriti vini rectificatissimi aa 25,0.

Эту смесь он рекомендует очень горячо; по его наблюдениям, она прекрасно переносится больными, не сопровождается никакими случайностями и вполне обеспечивает терапевтический эффект. На основании своих наблюдений я не могу приписать каких-либо особых

свойств алюмолу, ибо получал прекрасные результаты от впрыскивания только *t-rae jodi* со спиртом *aa*.

Для того, чтобы получить желательный успех при этом лечении, нужно впрыскивания производить, как советуют проф. Грамматикати и Лебедев, ежедневно и, по их наблюдениям, не меньше 40—50 впрыскиваний, особенно при лечении хронических заболеваний яичников и Фаллопиевых труб. Под влиянием постоянных впрыскиваний регулы прекращаются на несколько месяцев (2—4); такое состояние проф. Грамматикати называет „временным климактерием“. Нередко уже после 15—20 впрыскиваний ближайшая менструация, по этим авторам, не является.

При 10—20 впрыскиваниях обнаруживается задерживающее влияние на менструацию в 25%; при 20—30 впрыскиваниях влияние это проявляется в 57%, а при 30—40 впрыскиваниях наблюдается задержка во всех случаях. Не смотря на отсутствие менструаций, не наблюдаются *polimina menstrualia*; проф. Грамматикати объясняет это одновременной задержкой овуляторной деятельности яичников. Такое временное прекращение менструаций из-за овуляторной деятельности яичников благотворно действует на заболевшие придатки. Это может быть объяснено тем, что с прекращением менструаций временно уничтожаются приливы крови к половым органам и их набухание. Болезненные явления постепенно ослабевают, воспалительные опухоли уменьшаются и в некоторых случаях уничтожаются бесследно. По мнению некоторых авторов, иод также непосредственно действует на слизистую оболочку Фаллопиевых труб, проникая в них из полости матки, убивает в них микроорганизмы и способствует всасыванию экссудатов. Слизистая оболочка матки под влиянием иода претерпевает целый ряд изменений; чем больше было сделано впрыскиваний, тем глубже и резче происходящие в ней изменения. Железистые трубки более не различаются; местами они наблюдаются в виде продольных пустот, идущих с поверхности в глубину ткани. Железистый эпителий представляет из себя мелкозернистый распад; межжелезистая ткань претерпевает те же изменения: между сохранившимися соединительно-тканными перекладинами различимы только остатки клеточных элементов, в виде пустот с заключенными в них обломками ядерной субстанции и следами протоплазматической массы. По мере приближения к глубоким слоям слизистой оболочки матки в клетках замечается все меньше и меньше изменений, и явственно выступает строение слизистой оболочки: различается межжелезистая ткань с ее клеточными элементами и просветы железистых трубочек; в самых глубоких слоях железистый эпителий представляет местами явления кариикинеза. По прекращении внутриматочных впрыскиваний перерожденная сли-

зистая оболочка отторгается и выходит наружу в виде грязных, бурых отделений. Восстановление слизистой оболочки идет на счет глубоких слоев ее, где железы проявляют жизнедеятельность; это восстановление происходит в продолжение 2—3—8 недель (проф. Грамматика и, Лебедев).

В большинстве случаев этот способ лечения дает прекрасные результаты, только гнойные формы сальпингитов должны быть исключены.

В некоторых случаях *salpingoophoritis duplex*, при отсутствии объективных изменений в заболевших органах, этот способ лечения ведет к тому, что субъективное состояние больных значительно улучшается, исчезают боли, регулы делаются правильными и нервная система успокаивается.

Лечение холодным электрическим светом. Одним из первых, предложившим этот способ лечения и построившим для этой цели аппарат, был д-р Маккавеев¹⁾. Он состоит из двух стеклянных цилиндров, входящих один в другой. Верхушка цилиндров глухая, имеет вид купола. Между этими цилиндрами постоянно циркулирует вода, которая по одной трубке входит, а по другой выходит наружу. Во второй внутренний цилиндр вводится электрическая лампочка, силою 5—10—16 свечей. Размеры этого аппарата соответствуют размерам среднего цилиндрического зеркала. Он легко вводится во влагалище. Сеанс продолжается 10—15 минут. Д-р А. И. Орлов²⁾ упростил этот аппарат, выкинув средний стеклянный цилиндр. Этим самым он уменьшил размеры всего аппарата и сделал употребление его возможным для влагалищ различной емкости. Лечение экссудатов тазовой клетчатки сухим горячим воздухом было предложено в 1901 году Oscar'ом Polano³⁾. Он устроил для этой цели особый аппарат, нагреваемый сбоку газовой горелкой. В этом ящике-аппарате помещается ягодичная и нижняя поясничная часть туловища, при чем нижние конечности и верхняя часть туловища находятся на воздухе. В виду неудобства этого аппарата, связанного с употреблением газа для нагревания, Kehrер⁴⁾ предложил свой аппарат, который нагревается электрическими лампочками.

Такой аппарат с синими и белыми электрическими лампочками я употребляю в клинике для лечения *salpingoophorit'ов* с выпотами вокруг них. Сеанс продолжается 20—30—40 мин. и более, при чем температура доводится в аппарате до 50° С. Регулирование температуры происходит помощью включения и выключения ламп. Синий свет благотворно

¹⁾ Маккавеев. Врач, 1903.

²⁾ Орлов. Дисс. 1914.

³⁾ Polano. Centralblatt für Gyn. 1901, № 30.

⁴⁾ Kehrер. Centralblatt für Gyn. 1901, № 52.

действует на болевые припадки. Непосредственным действием сухого горячего воздуха бывает покраснение кожи, затем появление обильного пота на всем теле.

В 1896 году д-р Томсон¹⁾ предложил лечение горячим воздухом при гинекологических заболеваниях, при чем т-ра нагретого воздуха доходила до 50°—60° С. Аппарат его очень прост, легко применим не только в лечебном заведении, но и в частном доме. Нагревание воздуха происходит помощью спиртовой или керосиновой лампы, поставленной около ножного конца больной. Горячий воздух проводится под одеяло, которым покрыта больная, посредством особой трубки и цилиндра, лежащего между нижними конечностями больной.

Так как Томсон опубликовал свой способ лечения горячим воздухом в 1896 году, а Polano в 1901, то, конечно, первенство принадлежит д-ру Томсону. Лечение сухими и влажными припарками может заменить лечение горячим воздухом. Для припарок на дому я часто рекомендую лиманную грязь. В этом направлении у меня лично имеется большой опыт, и я часто получал хорошие результаты. Делаются припарки таким образом: грязь нагревается в каком-нибудь сосуде до кипения, затем она выливается в мешок из тонкой материи (полотна) в таком количестве, чтобы получилась лепешка в 2 пальца толщиной; т-ра грязи 40°—50° R. Лепешка кладется непосредственно на голое тело, сверху покрывается резиновой клеенкой, на которую помещается еще теплая подушка, чтобы грязь не так скоро остывала. Сеанс продолжается 40 м. Лечение проводится 1½ мес. ежедневно, за исключением менструального периода. Больные легко переносят этот способ лечения и очень охотно исполняют все даваемые им предписания. К грязевым припаркам я присоединяю еще ванны с морской солью, три раза в неделю. Припарки делаются обыкновенно на ночь.

При хронических сальпингоофоритах рекомендуется массаж. Техника его заключается в следующем: во влагалище вводятся обыкновенно два пальца: указательный и средний, большой палец располагается на лонной дуге сбоку клитора, не раздражая его. Вводя пальцы внутрь, поворачивают их ладонной поверхностью кверху и стараются ими, не делая боли, приподнять опухоли к наружной руке и растирать ее кругообразными движениями; внутренняя же рука должна, по возможности, оставаться неподвижной. Массаж приносит пользу при эксудатах, при сальпингоофоритах же он мало действителен.

Гнойные сальпингиты служат противопоказанием к массажу.

Постоянный электрический ток дает очень благоприятные результаты при заболеваниях Фаллопиевых труб и яичников:

¹⁾ Томсон. Petersburg. med. Wochenschrift. 1896, № 23.

воспалительные явления уменьшаются, боли успокаиваются и как яичник, так и Фаллопиева труба начинают дифференцироваться. Для лечения берутся в этих случаях обыкновенные влагалищные электроды; положительный вводится во влагалище в боковой или чаще в задний свод, так как патологически увеличенные трубы помещаются в большинстве случаев сзади матки, отрицательный же электрод накладывается на живот. Наряду со всеми упомянутыми способами лечения, больным назначают ванны с морской солью или без нее т-ры 28° — 30° — 32° R. Большую пользу приносят грязевые курорты (Одесса, Саки, Тинаки, Гапсаль и друг.). Практикуя на одесских лиманах и пропустив через свои руки много больных с различными заболеваниями женских половых органов, я должен сказать, что грязевое лечение приносит существенную пользу при различных формах (не гнойных) сальпингита. Больная перед назначением ванн подвергается тщательному исследованию всех органов, при чем особенное внимание обращается на сердце, на его деятельность. Ванны назначаются полные или сидячие, при чем т-ра их поднимается постепенно. Начинают с 28° R и, как подготовительные к грязевым, назначают рапные или даже разводные 2—4 ванны, по 28° — 29° — 30° R, и затем уже грязевые 30° — 31° — 32° и т. д., постепенно повышая, пока больная их хорошо переносит. Форма назначения: 2—3 грязевые ванны под ряд 2—3 дня, после чего дается 1 день отдыха совершенно без ванн или рапная меньшей т-ры, на 1—2—3 градуса. В промежутках между ваннами выслушивается сердце и обращается внимание на состояние нервной системы. В тех случаях, когда больная жалуется на какое-либо отклонение в ней: бессонницу, тоскливое состояние, я назначаю бромистые препараты, валерианат или другие противонервные средства. Число грязевых ванн равняется 20—25—30; все зависит от того, как больная переносит их. Как постепенно поднимают т-ру ванн, так же постепенно и опускают ее. Грязевое лечение заканчивается рядом рапных и морских ванн т-ры 28° — 27° — 26° R; недурно назначить больной еще несколько углекислых ванн т-ры 27° R. Эти последние ванны хорошо подбодряют больную и поднимают сердечную деятельность.

В грязевых ваннах для большего эффекта действия на воспалительные экссудаты и сальпингиты больным кладут на живот грязевые припарки т-ры 38° — 40° R. Можно делать полуванны, сидячие ванны, если больная полных ванн не переносит. Менструации не исключают приема ванн даже высокой температуры: по моим наблюдениям, количество теряемой крови не только не увеличивается, но даже в некоторых случаях уменьшается, если оно до того было очень обильным. Иногда после первых ванн боли увеличиваются, болезненный процесс как бы обостряется, но затем боли утихают, и все постепенно прихо-

дит к норме. Для успокоения болей назначаются наркотические суппозитории, а иной раз приходится на время прерывать ванны или понижать их т-ру; при более сильных обострениях помещают на соответствующей стороне живота лед и держат его, пока не уменьшится обострение.

Д-р Амброжевич¹⁾, много практиковавший на Куяльницком лимане близ Одессы, рекомендует при свежих, недавних воспалительных гинекологических процессах, а также и при давнишних, но сохранивших склонность давать обострения, охлаждающее грязелечение, а именно грязевые ванны температурой 26° и даже 25° R по 20 минут, с одновременным соблюдением строгого покоя и применением в течение дня, а в некоторых случаях и ночи, пузыря со льдом. При этом способе лечения боли успокаиваются, т-ра тела понижается, и течение болезни принимает благоприятный оборот. „Одно применение льда и покоя без понижения температуры ванн,— говорит д-р Амброжевич,— в таких случаях было недостаточно, и только одновременное понижение температуры грязевых ванн достигало цели. Больные очень хорошо относятся к грязевым ваннам т-ры 26° R; большинству из них они нравятся, ибо после них больные чувствуют себя бодрее, аппетит резко улучшается, нервы успокаиваются и получается хороший сон“.

Вместе с лечением грязевыми ваннами рекомендуются одновременно другие методы лечения, как то: тампонация, *columnisatio*, массаж, электризация. При таком совместном способе болезненный процесс в гинекологической сфере приходит к норме гораздо скорее. Кроме того во время ванного лечения прописываются еще для питья различные минеральные воды с целью улучшить обмен веществ и урегулировать кишечник, на задержанные отправления которого больные жалуются довольно часто. Устранение запоров и восстановление нормального отправления кишечника уменьшает застой крови в тазовых органах и тем самым благотворно влияет на болезненный процесс.

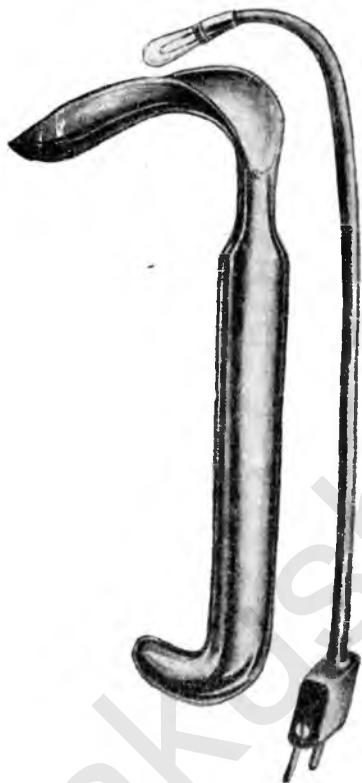
Хирургическое лечение сальпингитов заключается в брюшном или влагалищном удалении их.

Удаление придатков через влагалище называется *salpingotomia per colpotomiam anterior* или *posterior*, смотря по тому, куда болезненная опухоль ближе прилежит, т. е. к заднему или переднему своду. Чаще она лежит позади матки, а потому и производится удаление ее через задний свод. Операция делается следующим образом: 1) влагалищная часть матки захватывается пулевыми щипцами и, насколько возможно, опускается книзу; 2) проводится полулунный разрез на границе при-

¹⁾ Амброжевич. Об охлаждающем грязелечении при некоторых женских болезнях. Врач. 1912, № 23.

крепления свода к влагалищной части матки; 3) при разрезе свод и клетчатка сзади, свод и мочевого пузыря спереди отсепааровываются кверху; 4) обнажается брюшина, которая вскрывается ножницами, будучи захвачена пинцетом; 5) пальцем, введенным в брюшную полость, опухоль осторожно отделяется от сращений и постепенно выводится наружу; 6) после наложения лигатур на маточный конец Фаллопиевой трубы и *lig. ovarii prorgium* опухоль срезывается, культя вводится в брюшную полость, рана зашивается. При гнойных сальпингитах, осо-

Рис. 192.



Зеркало с освещением
проф. Д. О. Отта.

бенно при разрыве их во время удаления, не следует зашивать наглухо рану в своде: лучше вместо этого вводить марлевый дренаж. Введенная в брюшную полость полоска марли служит не только проводником в случае инфекции, но и указателем возможного кровотечения и разорванных сращений; тогда скорее можно заметить кровотечение, чем если вагинальная рана зашита наглухо. Особенно горячим сторонником введения дренажа является проф. Д. О. Отт (Труды пятого съезда Общ. российск. гинекол. 1915). Зеркала с освещением проф. Д. О. Отта, приспособленные для освещения брюшной полости через разрезы заднего или переднего свода (рис. 192), облегчают остановку кровотечения из высоко лежащих сосудов. При гнойных сальпингитах, сопровождаемых часто целой массой сращений, если при них наблюдается еще повышенная т-ра, нечего думать о радикальной операции через влагалище, а приходится ограничиться лишь вскрытием свода и гнойной опухоли и последовательным дренированием ее. Это показано особенно при острой

форме *pyosalpinx'a*, когда при радикальной операции можно инфицировать брюшину и в результате получить ее воспаление.

Марлевый дренаж можно заменить резиновым, но нельзя его долго держать, иначе могут образоваться пролежни на прямой кишке и кишечно-влагалищная фистула, с которой борьба, в виду ее высокого положения, очень трудна. Чтобы не получилась фистула, следует время от времени менять дренаж на марлевый. Для запустения труб-

ного мешка впрыскивают в его полость различные прижигающие растворы, из которых наиболее часто употребляется хлористый цинк (10%—20%—30%). Несмотря на такое энергичное прижигание, процесс запуснения и атрезии трубы продолжается очень долго, и как врачу, так и больной приходится запастись большим терпением.

Вскрытие *ruosalpinx*'а производится по вскрытии влагалищного свода пальцем или корнцангом.

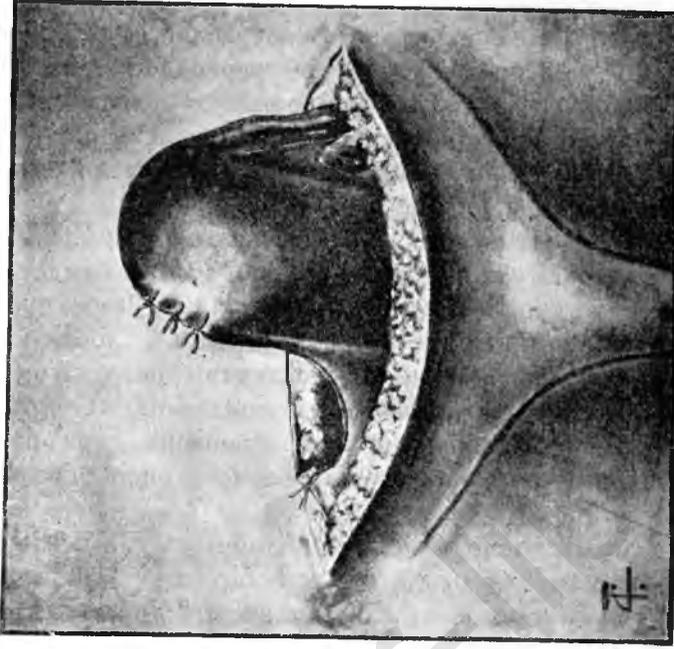
Брюшное удаление сальпингооофоритов представляется наиболее радикальным и безопасным, если дело идет о хроническом процессе, даже гнойном, но в холодной стадии. Разрез производится или вдоль по белой линии или поперечный над лобком по *Pfannenstiell*'ю. Я предпочитаю этот последний разрез; он наиболее подходящий для удаления воспаленных придатков, ибо трубные опухоли обыкновенно небольшие, и хотя сращения иной раз бывают довольно обширные, но он позволяет свободно оперировать в тазовой полости.

Операция производится следующим образом: по вскрытии брюшной полости нащупывают рукой матку и опухоль. Найдя их, стараются пройти между ними и отделить одну от другой; здесь почти всегда бывает масса сращений. После разъединения матки от опухоли подвигаются дальше рукой под опухоль, отделяют ее от брюшины Дугласова пространства, от стенки таза и постепенно выводят наружу. После этого накладывают лигатуры на маточный конец трубы и на *lig. infundibulo-pelvicum* и отделяют с помощью ножниц опухоль от ее связи; затем маточный конец трубы сшивается со связкой, как показано на рис. 193, а широкая связка соединяется рядом узловатых кэтгутовых швов.

В виду того, что оставшийся маточный конец трубы служит иногда источником инфекции и образования большей или меньшей величины экссудатов в области культи, я стал удалять всю трубу из угла матки, вырезывая клин, края которого затем соединяются швами (рис. 194). На *lig. infundibulo-pelvicum* и широкую связку накладывается ряд лигатур. Образование экссудата около культи трубы наблюдается даже при *hydrosalpinx*'е, а о *ruosalpinx*'е нечего и говорить.

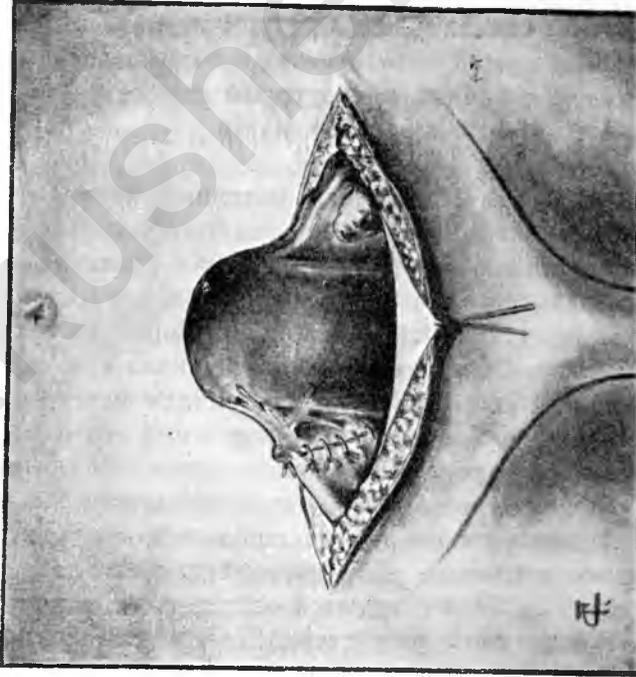
При удалении *ruosalpinx*'а, при выделении его из ложных перепонок он очень нередко где-либо рвется; стенка его обычно утолщена, но в местах сращения его с прямой кишкой, маткой бывает истончена, так как в этом месте он имел тенденцию вскрыться и опорожнить свое содержимое в один из упомянутых органов. Гной выливается в брюшную полость, и хотя стараются оперировать в холодной стадии болезни, т. е. когда гной уже стерилен, все же предпочитают, что делаю и я лично, дренировать брюшную полость. Никакими раство-

Рис. 194.



Из угла матки вырезан остаток трубы и на края разреза наложены швы.

Рис. 193.



Маточный конец Фаллопиевой трубы шит с lig. infundibulo-pelvicum.

рами я ее не промываю, так как это я считаю неуместным и опасным для жизни больной: струей жидкости, введенной в брюшную полость, можно только разогнать гной повсюду и инфицировать брюшину. Я ограничиваюсь обтиранием брюшной полости, преимущественно тазовой, сухой стерилизованной марлей и затем провожу дренаж, стараясь его вывести через заднее Дуглассово пространство и через задний влагалищный свод. Если заднее Дуглассово пространство заращено и закрыто приращенными к нему кишками, приходится проводить дренаж через брюшную стенку, через нижний угол раны. Последний способ дренирования тем нехорош, что в области дренажа брюшная рана заживает вторым натяжением, и результатом этого может образоваться грыжа по белой линии. Дренаж через влагалище может быть проведен двояко. Один способ состоит в том, что помощник входит корнцангом во влагалище и выпячивает задний свод влагалища в брюшную полость, которая еще не зашита. Корнцанг выпячивает также и брюшину заднего Дуглассова пространства; на месте выпячивания делается разрез ножницами, и в нем показывается конец корнцанга. Корнцанг раскрывается, в него вкладывают конец стерилизованного бинта и, захватив им бинт, выводят во влагалище. Дуглассово пространство тампонируется остальным бинтом, и брюшная полость зашивается наглухо. Тампон через 1—2 дня меняют, смотря по т-ре тела больной, и, наконец, когда убеждаются, что заражения брюшины нет, его совсем убирают и больше не вставляют. Другой способ, который я сейчас опишу, по моему мнению, лучший. Тампонируют через открытую брюшную полость заднее Дуглассово пространство, затем, зашив брюшную полость, берут больную на край стола, приводят в асептическое состояние влагалище, которое, конечно, и до операции должно быть хорошо вымыто, вскрывают задний свод и извлекают конец марлевого бинта во влагалище. Этот способ я предпочитаю первому потому, что не лишне еще раз хорошо промыть влагалище, и, кроме того, отверстие в своде может быть сделано какой угодно величины; при введении же корнцанга получается очень маленькое отверстие, затрудняющее дальнейшие перевязки. При большом отверстии легко менять тампон и не причинять боли пациентке.

При заращении заднего Дугласса приходится проводить дренаж через брюшную стенку. Для этой цели также берется бинт, им тампонируют тазовую полость, а конец его выводят через нижний угол раны. Меняют бинт так же, как и влагалищный дренаж, смотря по т-ре тела больной. Чтобы легче было вынимать, а главное вторично вводить его, брюшину пришивают в области нижнего угла раны, к апоневрозу и к коже. Можно, конечно, обходиться и без этого, но тогда очень трудно вторично вводить марлевый дренаж. Если после опе-

рации замечаются вдруг угрожающие признаки воспаления брюшины, следует тотчас же вскрыть на небольшом участке брюшную полость и через образовавшееся отверстие или через старое, где был вводим дренаж, промыть ее несколько раз теплым физиологическим раствором поваренной соли. Такое промывание действует чрезвычайно благотворно, и улучшение состояния больной наступает быстро. Несколько раз мне приходилось это делать при гнойных сальпингитах, и я всегда оставался доволен результатами. При влагалищном дренаже, в случае появления перитонита, тоже советую делать отверстие в нижнем углу брюшной раны и промывать через него.

Некоторые операторы при хроническом заболевании придатков матки, особенно при гнойном, применяют еще более радикальную операцию—полное удаление матки и ее придатков. Эта операция предлагается в виду того, что матка является постоянным гнездом инфекции, которая из нее попадает в Фаллопиевы трубы; после же удаления матки получается более легкий и свободный отток из тазовой полости, что важно при гнойниках. Однако, на такую радикальную операцию можно решаться лишь тогда, когда больная находится в более пожилом возрасте и когда путем долгого наблюдения убеждаются, что действительно поражены оба придатка той и другой стороны и о возврате назад и полном выздоровлении не может быть и речи.

Полное удаление матки и ее придатков производится через влагалище или через брюшную стенку.

Удаление матки и ее придатков через влагалище можно делать так, как это описано выше в главе о раке матки. Сначала удаляется матка, а затем, по наложении лигатур на образованную ножку—тот и другой придаток. Лигатуры выводятся во влагалище.

При обильных сращениях матки с окружающими частями Doyen предлагает для облегчения низведения и выдвигания матки во влагалище, после вскрытия переднего влагалищного свода и отсепаровки пузыря, разрез матки по передней ее стенке и выталкивание ее после этого через сделанное в своде отверстие. Döderlein предлагает полное рассечение матки на две половины и удаление каждой в отдельности вместе с придатками или отдельно от них. Матка, по Döderlein'у, выводится дном своим через задний свод, а пузырь отделяется тупым путем.

Удаление матки через брюшную стенку производится по способу, описанному выше, или вместе с придатками или отдельно от них. Все зависит от степени сращений матки и ее придатков с окружающими частями. Дренаж проводится в том и другом случае через влагалище. Влагалищные своды обкалываются, и кровотечение из них останавливается.

При операциях у молодых женщин следует, по возможности, щадить яичники и Фаллопиевы трубы. Если при вскрытии брюшной полости и осмотре трубы ее находят не особенно пораженной, если содержимое ее не гнойное, а брюшной конец зарощен, то делают искусственное отверстие в трубе или в заросшем абдоминальном конце,

Рис. 195.



Salpingostomatomia рис. по проф. Д. О. Отту).

или его срезают и слизистую оболочку Фаллопиевой трубы пришивают к покрывающей ее брюшине несколькими узловатыми швами. Эта операция называется *salpingostomatomia* (рис. 195). Перед образованием искусственного отверстия следует убедиться зондом, проходима ли труба на всем своем протяжении. При заболевании яичников вырезают больные части и, оставив, по возможности, здоровые, накладывают швы.

Киста Фаллопиевой трубы, *hydatis Morgagni* — кистовидное образование, висящее на ножке на одной из фимбрий трубы, так часто встречается, что не считается патологическим явлением.

На наружной поверхности Фаллопиевой трубы, над брюшиной, наблюдаются небольшие кистовидные образования, наполненные серозным содержимым. Стенка их выложена цилиндрическим мерцательным эпителием. Иногда содержимое этих кист бывает коллоидное. Такие кисты встречаются и под брюшиной. Они развиваются, повидимому, из почечной части Вольфова тела, названного *Waldenstrom's paragon*. Они не достигают больших размеров и по величине не превышают конопляного зерна. При воспалении брюшины ложные кисты видны на поверхности трубы; стенка их состоит из ложных перепонок, а содержимое из асцитической жидкости.

Как те, так и другие кисты особого значения не имеют.

Из плотных доброкачественных опухолей встречаются фибромиомы, фибромиксомы, липомы, эмбриомы, дермоиды, остеомы, но чрезвычайно редко.

Фибромиомы развиваются из мышечной части трубы и располагаются иногда межсвязочно, иногда же в виде субсерозной опухоли, сидящей на ножке. Растут они, главным образом, из маточного конца трубы. Величина их небольшая, редко она превышает величину лесного ореха (С л а в я н с к и й). Располагаясь между листками широкой связки, они могут симулировать межсвязочную фибромиому.

Остальные опухоли наблюдаются еще реже и описаны в литературе в ограниченном числе.

Дермоид описан Ritchie в 1865 г., при чем опухоль была величиной в сливу с 4-мя полостями; кроме сливообразной жидкости, она содержала костную пластинку длиной от 3,5 до 4 сант., а шириной около 2 сант. В 1890 г. Schouwtaan сообщил 2-й случай дермоида величиной с куриное яйцо, затем Pozzi и еще несколькими авторами были описаны случаи дермоидов.

В заведываемой мною клинике я наблюдал случай костного образования в трубе; этот случай описан д-ром Емельяновым¹⁾. Труба представляла из себя толстостенный мешок, величиной в среднее куриное яйцо, наполненный слизисто-гнойной жидкостью; внутренняя поверхность полости была выстлана складками, напоминавшими гноеподобную оболочку. В одном месте, на внутренней поверхности, в маточном конце, было найдено возвышение в виде плотного бугорка, выступавшего, как горошина, над внутренней поверхностью трубы. При микроскопическом исследовании после декальцинации найдено, что данный бугорок был костным образованием.

Сосочковая опухоль стоит на границе с злокачественными новообразованиями. Она является в виде кочня цветной капусты, выполняя собой и растягивая трубу до величины куриного яйца и больше. Сосочки покрыты цилиндрическим мерцательным эпителием. Основа их состоит из соединительной ткани, богатой клетками и кровеносными сосудами. Иногда сосочки выходят из абдоминального конца Фаллопиевой трубы в свободную брюшную полость. При долгом существовании папиллярной опухоли трубы, сосочки могут появляться на окружающей трубу брюшине, на яичнике; в брюшной полости появляется свободная жидкость.

Папиллома развивается в трубе на почве длительного воспаления ее слизистой оболочки гонорройного или какого-либо другого микробного происхождения. До операции невозможно распознать папиллому

¹⁾ Емельянов. Русский врач. 1911, № 13.

трубы, особенно если абдоминальный ее конец зарощен, и сосочки нигде не выходят на брюшную поверхность трубы. Из русской литературы я могу указать на работу проф. Д. И. Шишова¹⁾, где он говорит, что образованию папилломы предшествуют воспалительные процессы в придатках матки.

Лечение только оперативное — полное вырезывание Фаллопиевой трубы.

Саркома трубы развивается из соединительной ткани слизистой оболочки ее или соединительной ткани мышечной стенки трубы. Она

Рис. 196.



Рак Фаллопиевой трубы.

а) Киста яичника. б) Вскрытая брюшная часть Фаллопиевой трубы, наполненная раковыми разрастаниями.

имеет злокачественное течение и сопровождается брюшной водянкой. Величина ее небольшая (грецкий орех, куриное яйцо), форма различная. Описаны случаи опухоли, имеющей вид цветной капусты.

Рак Фаллопиевой трубы наблюдается также чрезвычайно редко. Он является в форме *sarcoma papillare* (рис. 196) или *sarcoma cylindro-*

¹⁾ Больничная газета Боткина. 1848.

cellulare (проф. Славянский). Первая состоит из целой массы ветвящихся сосочков, в иных случаях очень длинных, сильно кровотоочивых. Сосочки покрыты коротким цилиндрическим эпителием. При второй форме цилиндрический эпителий высокий, красивый, он врастает в ткань, но дает также и сосочки на поверхности слизистой оболочки.

Проф. С. Д. Михнов¹⁾ описал очень интересный случай двустороннего поражения трубы. В одной трубе была сосочковая опухоль, в другой тоже папиллома, но подвергшаяся раковому перерождению. В стенке этой трубы он нашел прослойку хрящевой ткани.

Величина саркомы бывает в кулак и более. Консистенция мягкая, мозговидная. Она дает также брюшную водянку, и с течением времени развивается кахексия. На брюшине, окружающей трубу, быстро образуются диссеминационные узлы. Они появляются и на яичнике. Припадки болезни такие же, как и при хроническом воспалении Фаллопиевых труб. Больные жалуются на боли в паховых областях, иногда схваткообразного характера; из матки при этом часто появляются усиленные выделения. Часто бывает повторный месячный перитонит, в виде перисальпингита или периоофорита, с небольшим повышением т-ры до 37,8°—38° С.

Лечение—удаление пораженной трубы. Нередко после операции наступают рецидивы, но в литературе описаны случаи и полного выздоровления. Операция делается по общему шаблону, как и при удалении хронических воспалительных опухолей Фаллопиевых труб. Из паразитов в Фаллопиевых трубах находили эхинококков. По литературным данным, эхинококки поражают женские половые органы в 3—5% всех случаев (Frey²⁾). Эхинококк Фаллопиевой трубы встречается чрезвычайно редко; описание его в литературе находится в ограниченном количестве. В русской литературе описан случай эхинококка Фаллопиевой трубы д-ром Клисичем³⁾. Этот случай он наблюдал в Евангелической больнице в Одессе, в женском отделении д-ра Томсона.

Больная 35 лет, рожала 2 раза. Месячные крови приходят правильно. Жалуется на опухоль в нижней части живота, боли в пояснице и ногах. При гинекологическом исследовании в переднем своде найдена упругая малоподвижная опухоль в головку новорожденного, расположенная в средней части живота, на 2 пальца не доходя до пупка, и непосредственно переходившая в другую упругую опухоль неправильной формы, величиной в кулак, которая находилась в левой половине

¹⁾ Михнов. Медицина. 1891.

²⁾ Frey. Цит. по Клисичу.

³⁾ Клисич. К казуистике заболевания Fallopi'евых труб эхинококками. Русский Врач. 1905, № 16.

таза над лонным соединением. Через правый свод прощупывалась утолщенная (в палец) правая труба.

Диагноз—дермоидная киста левого яичника и правосторонний сальпингооофорит.

При операции найдены обильные сращения опухоли с окружающими частями. После отделения сращений опухоль удалена.

Удаленная опухоль оказалась эхинококком Фаллопиевой трубы.

ГЛАВА XIX

АНАТОМИЯ ЯИЧНИКА.

Waldeyer¹⁾, на основании исследования 20 трупов в возрасте от 1—30 лет, говорит о положении яичников следующее: яичники лежат у боковых стенок таза под *linea innominata*, приблизительно на середине ее, в ясно выраженном углублении.

Яичник имеет вид приплюснутого яйца до 4 сант. длиной, $2\frac{1}{2}$ с. вышиной и $1\frac{1}{3}$ с. толщиной. Поверхность яичника в детстве гладкая, а затем она с течением времени принимает все больше и больше бугристый вид, что связано с процессом овуляции.

В старческом возрасте яичник значительно сморщивается и постепенно атрофируется.

Поверхность яичника, непокрытая брюшиной, имеет низкоцилиндрический эпителий, который представляет из себя не что иное, как зародышевый эпителий брюшины, превратившийся на остальных местах брюшины в эндотелий. Задне-верхняя поверхность яичника выпукла, а передне-нижняя плоска; верхний край дугообразен, нижний же край, где входят сосуды, носит название ворот яичника—*hilus ovarii*; через *hilus ovarii* входят в яичник кровеносные, лимфатические сосуды и нервы.

На разрезе яичника можно различить два слоя: 1) сосудистый и 2) кортикальный или периферический. Сосудистый слой лежит в середине яичника, идет от *hilus ovarii* и состоит из сосудов, нервов и соединительнотканной стромы; 2-й слой, кортикальный, окружает сосудистый слой; он содержит в себе соединительнотканную строму и особые, присущие яичнику, образования. Периферический слой тотчас же под эпителием образует более утолщенную ткань и как бы представляет оболочку беловатого цвета, носящую название—*tunica albuginea*; она лучше видна на яичниках пожилых женщин, чем молодых. В периферическом слое группами разбросаны клеточные элементы,

¹⁾ Waldeyer. Die Lage der inneren weiblichen Beckenorgane bei Nulliparen. Anat. Anz. 1886.

носящие различные названия. Каждая группа клеток состоит из одной центральной, самой большой, называемой яйцевой клеткой; кругом нее расположены, в виде пояса, другие, более мелкие, клетки. Эта группа клеток с яйцевой клеткой в середине носит название **примордиального фолликула**. Фолликулов в яичнике громадное количество. Рост фолликула происходит на счет увеличения яйцевой клетки, переходящей в яйцо — *ovulum*, размножения окружающего эпителия, соединительнотканной стромы и накопления жидкости в середине. В конце концов, образуется большой пузырек, который несколько выдается над поверхностью яичника; он носит название по имени открывшего его — **Граафовым пузырьком**. Строение его следующее: наружная оболочка — соединительнотканная — *theca folliculi*, которая разделяется на два слоя: 1) наружный — плотный — *tunica externa thecae folliculi*, 2) внутренний — молодая круглоклеточная соединительная ткань — *tunica interna thecae folliculi* или *stratum granulosum* (Славянский). За *theca folliculi* следует бесструктурная блестящая оболочка ***membrana propria***, затем зернистая оболочка — ***membrana granulosa***. В одном месте клетки *membranae granulosae* скопляются, образуя возвышение, носящее название ***cumulus proligerus***. Среди клеток этого возвышения лежит яйцо, окруженное правильными рядами их, в виде лучей; это называется ***corona radiata***.

Полость Граафова пузырька наполняется мутноватой жидкостью — ***liquor folliculi***. Благодаря этому пузырек увеличивается в своих размерах, доходит до величины вишни и, наконец, лопается. Из разорванных оболочек изливается в оставшуюся полость кровь; разорвавшееся отверстие быстро зарастает, излившаяся кровь свертывается и образует в яичнике тело, которое носит название **желтого тела** — ***corpus luteum***. Если вышедшее яйцо оплодотворилось, то процессы обратного развития в желтом теле идут медленно, и само по себе тело бывает большей величины, чем то, из которого вышедшее яйцо не оплодотворилось.

Первое желтое тело носит название ***corpus luteum verum***, а второе — ***corpus luteum spurium***. Клетки *membranae granulosae* как бы переходят в особые клетки, содержащие в протоплазме зернышки желтого пигмента, называемого **лютеином**; поэтому эти клетки называются **лютеиновыми клетками**. Вопрос о происхождении лютеиновых клеток из слоя клеток *membranae granulosae* представляется еще вопросом спорным; некоторые авторы высказывают сомнение против такого объяснения их происхождения.

Если взять все желтое тело, то оно под микроскопом состоит из следующих частей: 1) соединительнотканная оболочка, содержащая сосуды; 2) слой больших желтых лютеиновых клеток; 3) центральная часть, состоящая из распавшихся клеток, кровяных телец, пигмента.

Сначала пояс желтых клеток все больше и больше увеличивается, и клетки сплошь заполняют его, затем наступает прорастание его сосудистой соединительной тканью, идущей от tunica fibrosa. Клетки желтого тела подвергаются регрессивному метаморфозу, жировому перерождению, всасываются, и, наконец, вместо желтого тела остается одна лишь соединительная ткань белого цвета. В отличие от желтого тела она называется белым телом—*corpus albicans*.

Кровеносные сосуды, питающие яичник, отходят от *arteria spermatica interna*; они проходят через *hylus ovarii* и распространяются во всех его слоях, отдавая веточки, которые разветвляются в фолликулах. Вены идут по ходу артерий, выходят из *hylus ovarii* и образуют около яичника венное сплетение—*bulbus ovarii*, переходящее снаружи в *plexus ramipiniformis*, а внутри—в *plexus uterinus*.

Лимфатические сосуды получают свое начало в щелях, в строме яичника; они собираются в несколько стволиков, выходят из яичника вместе с сосудами и впадают в верхние поясничные железы—*glandulae lumbales superiores*.

Нервов в яичнике очень много; они, главным образом, безмякотны. Граафов пузырек опутан кругом сетью нервных волокон, концы которых проникают внутрь и оканчиваются в клетках *membranae granulosaе*. По выходе из яичника они образуют целое нервное сплетение—*plexus ovaricus*.

Между листками широких связок, между яичником и Фаллопиевой трубой, видна целая серия трубок, носящих в общем название—*parovarium*.

Это образование было впервые описано *Joh. Rosenmüller*ом в 1802 году. Он его нашел на трупах новорожденных девочек и дал ему название, в виду конической формы, „*corpus conicum*“. Оно состоит из ряда канальцев, до 20 штук, которые у основания конического тела сливаются в один общий канал.

В 1847 году хорошее описание этому телу дал *Kobelt*¹⁾, который и назвал его придатком яичника—*parovarium*, считая канальцы *parovari*'я остатками канальцев *Wolfow*'а тела. Из русских работ следует указать на работу д-ра Гиглера²⁾, который на большом материале, на 82 придатках, взятых в различном возрасте, изучил строение, положение и отношение *parovarium*'а к яичнику и Фаллопиевой трубе.

Parovarium имеет большое патологическое значение, так как из трубок его могут развиваться опухоли, кисты—*cystoma parovarii*, которые, благодаря своему положению в тазовой полости и отношению их к окружающим частям, выделяются в особую группу кистовидных опухолей.

¹⁾ *Kobelt*. Die Neben-Eierstock des Weibes. Heidelberg. 1847.

²⁾ Гиглер. К нормальной анатомии придатков яичника. Дисс. 1895 г.

По исследованиям проф. Славянского¹⁾, трубки *ragovarium*'а могут вращать в яичник, в *hulus ovarii*, и здесь также служить почвой для развития кисты. Строение трубок *ragovarium*'а следующее: с внутренней стороны они покрыты цилиндрическим эпителием, при чем у более молодых женщин он бывает высоким, а затем уплощается (Гиглер²⁾, проф. Д. Д. Попов³⁾); в некоторых случаях находили мерцательный эпителий. Содержимое трубок желтоватого или буроватого цвета; при подогревании с уксусной кислотой оно свертывается в мелкозернистую массу; в некоторых случаях в полости канальцев никакого содержимого не находят.

Наружная стенка трубок состоит из соединительной ткани и мышечных клеток, при чем наблюдается разделение на два слоя: на внутренний—продольноволокнистый—и наружный—циркулярный, при чем наружный циркулярный слой бывает значительно толще внутреннего (Kobelt, Попов). У маточного конца трубы, в углу, вблизи матки, заложены еще маленькие трубки, которые вместе составляют трубчатое тело. По исследованиям авторов, они представляют из себя остаток мочевой части Вольфова тела, и им, как сказано выше, дано Waldeyer'ом название *ragoophoron*. Это образование тоже может иметь большое патологическое значение, ибо из него также могут развиваться новообразования и, главным образом, кистовидные опухоли.

ГЛАВА XX

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЯИЧНИКОВ И ИХ БОЛЕЗНИ.

Полное отсутствие яичников бывает чаще всего при отсутствии всего полового аппарата, главным образом, матки, по Olshausen'у и Nagel'ю, только у нежизнеспособных плодов. При однорогой матке почти всегда отсутствует один яичник.

При гнойном заболевании яичника во внеутробной жизни, он может исчезнуть без следа. При развитии кист в яичнике и при перекручивании их ножки, яичник вместе с ножкой откручивается совершенно от угла матки. В таких случаях на первый взгляд кажется, что яичник совершенно отсутствует, но при более внимательном осмотре его находят где-либо приращенным к стенке таза.

1) Славянский. Журнал акушерства и женских болезней. 1893 г. № 11.

2) Гиглер. Дисс. 1895.

3) Попов, 1. с.

При кистах яичник может совершенно атрофироваться; тогда его открывают лишь с помощью микроскопа, в виде остатков на стенке кисты без характерных особенностей (фолликулов и Граафовых пузырьков).

В противоположность полному отсутствию яичников описаны случаи *ovaria succenturiata* (добавочные яичники). Их находили в виде отдельных маленьких телец, висящих на ножках на яичнике. Величина их бывает в конопляное зерно.

Winckel¹⁾ описал случай добавочного яичника, имевшего свою отдельную связку *lig. ovarii* и сидевшего впереди матки, на задней стенке мочевого пузыря. Микроскопическое исследование добавочных яичников обнаруживает в их ткани до полного созревания их фолликулярные образования в различных стадиях развития. В них находили хорошо развитые яйца.

Добавочные яичники могут кистовидно перерождаться и служить исходной точкой кистовидных опухолей.

Яичники могут быть ненормально большие и рудиментарные (*hypoplasia ovariorum*). Последние имеют незначительную величину, сохраняя зародышевую форму. Они часто бывают при малоразвитой матке, при недостаточном развитии всего тела, при кретинизме, при хлорозе.

При микроскопическом исследовании обнаруживается очень небольшое развитие паренхиматозного слоя и богатство соединительной тканью, в которой встречаются местами железистые образования, но без яйцевых клеток. „Случаи полного отсутствия всяких следов железистой паренхимы яичников, при чем весь орган состоит только из старой соединительной ткани, относятся уже скорее, — говорит проф. Славянский, — не к порокам развития, а к результатам хронических воспалительных процессов, имевших место во время утробной жизни еще до появления более зрелых фолликулов в ткани яичника. При рудиментарном развитии обоих яичников больные страдают отсутствием регул; если же один яичник хорошо развит, то в менструальном процессе отклонений от нормы не наблюдается, и беременность может наступить.

Лечения нет никакого, а больные, между тем, все стараются лечиться, чтобы сделаться нормальными женщинами.

Лечатся горячими спринцеваниями, ваннами, внутриматочной электризацией и т. д., но безрезультатно.

Нормально яичник помещается сбоку матки, при чем он прикреплен к ней посредством *lig. ovarii proprium*, а к стенке таза, кнаружи

1) Winckel. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig. 1890.

и кверху, посредством *lig. infundibulo-pelvicum* и *lig. infundibulo-ovaricum* (*lig. suspensorium ovarii*). Он лежит несколько ниже входа в таз, очень подвижен и легко меняет свое место при всяких отклонениях матки. Подвижность яичника становится ограниченной при воспалительных явлениях кругом его и Фаллопиевой трубы и при последовательном образовании ложных перепонок, которыми он фиксируется к стенке таза; она нарушается также при заболевании и сморщивании всего связочного аппарата. При удлинении связок яичник может спускаться книзу и лежать глубоко в Дуглассовом пространстве. Такое растяжение связок может быть у девушек врожденным, но чаще всего бывает приобретенным, главным образом у многорожавших, вследствие плохой инволюции после родов всего полового тракта, в том числе и яичнико-маточных связок. Нередко такое сильное опускание кзади, в Дуглассово пространство, связано с изменением положения матки, а именно: при загибе или запрокидывании матки назад. Кроме того, опусканию яичника способствует его воспалительное состояние, благодаря которому он делается тяжелее и, в силу увеличенного веса, оттягивает связку книзу.

Временное опускание яичника может быть при переполнении кровью яичников в период менструации. При воспалении Фаллопиевых труб яичник также опускается книзу и лежит вместе с трубой позади матки. С опусканием яичников нередко связано перекручивание их связок. Результатом такого перекручивания является застой крови в органе и увеличение его размеров. Внутри происходят кровоизлияния как в соединительную ткань, находящуюся между фолликулами и Граафовыми пузырьками, так и в вещество этих последних. Кругом такого яичника развивается реактивное воспаление, которое переходит на брюшину и Фаллопиеву трубу, и, в конце концов, яичник, не чувствительный до этого времени и вполне подвижный, делается крайне болезненным и неподвижным. Эти явления особенно резко выражены, когда яичник был воспален уже до опускания и изменил свое положение в силу собственной тяжести. Помещаясь сзади матки, он вызывает болезненные симптомы. Прохождение кала по прямой кишке связано с сильными болевыми ощущениями в яичнике. Эти ощущения бывают до того резкими, что больная при одной только мысли об акте дефекации содрогается и со страхом ждет этого момента. Боясь дефекации, больная задерживает стул и тем самым вызывает искусственные запоры; кал, скопляясь в прямой кишке, давит на яичник, и тогда появляется сильная боль и вне акта дефекации.

Если к опусканию яичника присоединяется его воспаление, то бывают еще зависящие от него отдельные болевые симптомы; то же самое наблюдается и при неправильном положении матки.

Гинекологическое исследование и coitus почти невозможны, благодаря положению яичника позади матки. Все это резко отражается на общем состоянии больной: она делается нервной, развивается истерия, особенно если к тому было наследственное предрасположение, и различные отраженные явления со стороны желудка, кишек; со стороны сердца появляются сердцебиения, перебои, одышка, головные боли, головокружения, тоскливое состояние и т. д. Больные худеют, истощаются и делаются тяжелыми неврастениками и неспособными к труду.

Диагностика устанавливается помощью двуручного гинекологического исследования. Сзади матки прощупывается овальное тело с характерными особенностями яичника: неровностями на его поверхности. Тело увеличено и очень болезненно. При отсутствии сращений яичник очень легко дифференцируется от остальных тканей; в случае же эксудата или многочисленных сращений, связывающих яичник с окружающими частями, сделать это чрезвычайно трудно. Иногда бывает до того сильная чувствительность яичника, что даже прикосновение верхушкой пальца не переносится больной. Тогда, волей-неволей, для установки диагноза приходится давать больной наркоз до полной потери чувствительности и исследовать ее в таком состоянии. Если опускается один яичник, то большею частью это бывает левый, благодаря большой длине его связок и большой глубине Дуглассова пространства с левой стороны.

Лечение должно быть только оперативное, так как другие способы, не хирургические, а ортопедические и терапевтические, не дают хороших результатов. Если опускание яичников связано с запрокидыванием матки назад, то матку следует выправить и затем пришить ее к брюшной стенке или за круглые маточные связки или укоротить их, т. е. произвести одну из тех операций, какие рекомендуется для устранения загиба или запрокидывания матки назад. Вместе с исправлением положения матки и приведением ее в нормальное состояние и яичники могут водвориться на свое старое место. Вставление колец для удержания матки на нормальном месте должно быть производимо с большой осторожностью, ибо даже незначительное давление дужкой кольца на яичник может жестоко обострить болезненный процесс и снова вызвать сильные боли. В виду этого, если удалось вставить кольцо, и оно, повидимому, лежит хорошо и не причиняет в первый момент боли, все же следует почаще исследовать больную и сказать ей, что, как только появятся хоть небольшие боли, она должна немедленно явиться к врачу, чтобы тотчас же вынуть кольцо. Противовоспалительное лечение не приносит никакой пользы; оно может временно успокоить болевые симптомы и ослабить болезненный процесс,

но спустя некоторое время он снова разгорается. На ряду с местным лечением следует предпринять и общее лечение и больше всего позаботиться о правильном освобождении желудочно-кишечного канала. Для этой цели дают слабительные воды, делают массаж живота, не причиняющий боли, клизмы. Кроме этого, внутрь даются противонервные средства.

Из оперативных методов лечения удаление обоих яичников или одного должно быть оставлено, если дело идет о неповрежденном органе; оно может быть производимо лишь тогда, когда на лицо старый сальпингооофорит, не поддающийся лечению. Кастрация допустима лишь в климактерическом возрасте или близком к нему, в молодом же—эта операция приносит только вред, влияя на психику больных.

Imlach¹⁾ первый предложил в 1884 г. операцию, чтобы не до-

Рис. 197.



1) Oophorrhaphia Imlach'a. 2) Pelvifixura ovariorum Sängera.

пустить спускания яичников. Операция называется *oophorrhaphia* и состоит в следующем: брюшная стенка вскрывается над лобком продольным или поперечным разрезом, яичник вместе с трубой приподнимается кверху и иглу с катгутовой ниткой проводят через *lig. infundibulo-pelvicum*, как можно ближе к наружному концу через *hulus ovarii*. После этого осторожно завязывается узел, и яичник остается приподнятым. Так поступают и на другой стороне.

Sänger²⁾ в 1896 г. описал свою операцию под названием *pelvifixura ovariorum*. Он пришивает яичник двумя лигатурами—*ligamentum infundibulo-pelvicum*—к боковой стенке таза (рис. 197).

Грыжи яичника чаще всего бывают паховые, врожденные, двусторонние. Реже бывают грыжи бедренные, брюшные или седалищные.

¹⁾ Imlach. The british Gynäcologicae Journal. I. 1884. Цит. по проф. Славянскому.

²⁾ Sängera. Centralblatt für Gyn. 1896, № 9.

Яичник смещается в грыжевой мешок один или с Фаллопиевой трубой. Иногда в мешок попадают даже матка, сальник и кишки.

Врожденная яичниковая паховая грыжа происходит от того, что *processus vaginalis peritonei* остался открытым; яичники опускаются книзу и появляются в паховой области и в больших срамных губах.

Симптомом паховой яичниковой грыжи служат, главным образом, боли, усиливающиеся во время регул; эти боли, конечно, являются лишь в периоде возмужалости, до этого же времени смещенный в грыжевой мешок яичник может ничем себя не обнаруживать. При воспалении яичников боли бывают еще сильнее.

Диагностика устанавливается на основании ощупывания характерного тела в грыжевом мешке и отсутствия яичника на соответствующем месте. Кроме того при бимануальном гинекологическом исследовании, при движениях пальцем матки, последние передаются отчетливо на то тело, которое лежит в грыжевом мешке. Во время менструации вся яичниковая грыжа значительно припухает.

Из яичника, лежащего в грыжевом мешке, могут развиваться кисты яичников, саркомы и рак.

Лечение состоит во вправлении грыжи. Яичник стараются вправить на место, и после этого надевается бандаж.

Pfannenstiel предложил операцию — вскрытие грыжевого мешка, вправление яичника и зашивание грыжевого отверстия, а в случаях, где яичник перерожден, его удаление. Перед вправлением яичника приходится расширить грыжевое отверстие.

Воспаление яичников. Причиной воспаления яичников служат те же заразные начала, о каких было сказано в главе о сальпингитах. На первом месте должны быть поставлены гонококки, затем стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, туберкулезная палочка и другие более редко встречающиеся микробы.

Инфекция может распространяться *per continuitatem*, но также и по лимфатическим путям, минуя матку и Фаллопиеву трубу. Общие заразные болезни, тиф, оспа, дифтерит, холера, даже в детском возрасте, могут осложняться воспалением яичников. Простуду, купанье в холодной воде во время регул, также считают возможными причинными моментами воспаления яичников. Отравления фосфором, мышьяком, ртутью, синильной кислотой и морфием вызывают резкие дегенеративные изменения в яичниках.

Воспаление яичников (*oophoritis*) разделяется на паренхиматозное и интерстициальное.

Паренхиматозное воспаление яичника (*oophoritis parenchymatosa*) заключается в поражении фолликулярного слоя его. Сам яичник может быть лишь слегка увеличен, гиперемирован, при чем наполнение сосу-

дов кровью наблюдается особенно в окружности Граафовых пузырьков. Liquor folliculi делается мутной, похожей на гной. Воспаление сначала локализуется в примордиальных фолликулах, а затем переходит и на более крупные образования — Граафовы пузырьки. Эпителиальные элементы этих образований перерождаются и распадаются, примешиваясь к содержимому фолликула или Граафова пузырька. Дольше всего остается в целости яйцевая клетка. Результатом паренхиматозного воспаления является запустевание фолликул, от которых не остается ни следа; после поражения Граафовых пузырьков различается рубец. При более резком, сильном паренхиматозном воспалении болезненный процесс переходит и на соединительную ткань, окружающую фолликулу, на, так называемый, перифолликулярный слой.

Интерстициальное воспаление (*oophoritis interstitialis*). В процесс воспаления может вовлекаться вся межуточная ткань яичника, иногда же оно локализуется гнездами поблизости или вокруг фолликулов.

При остром интерстициальном оофорите вся межуточная ткань пропитывается жидкостью, при чем она может быть чисто серозная или гнойная или смешанная с кровью. Отсюда названия оофорита: *oophoritis acuta serosa* при серозном пропитывании ткани; *oophoritis suppurativa* — если на поверхности разреза заболевшего яичника замечается скопление гноя, местами в виде отдельных маленьких нарывов или больших полос, и, наконец, *oophoritis haemorrhagica*, когда к серозной жидкости примешивается кровь или в ткани яичника существуют кровоизлияния, экстравазаты.

Степень процесса зависит от силы инфекции. При тяжелых септических заболеваниях яичник может поражаться в гораздо более сильной степени. Его ткань, местами или на всем протяжении, омертвевает, делается рыхлой, легко раздавливается; при этом отделяется большое количество ихорозной жидкости. Такое поражение яичника носит название *oophoritis necrotica, putrescentia ovarii*.

Гнойный процесс может захватить и весь яичник, т. е. перейти и на его паренхиматозный слой; в этих случаях гной наблюдается уже в фолликулах и Граафовых пузырьках. При разрезе такого яичника на его поверхности видна целая серия гнойничков от едва заметного до лесного ореха величиной.

В иных случаях гнойник занимает желтое тело и достигает довольно большой величины. По Sānger'y, большинство больших гнойников яичника возникает в желтых телах и реже в других частях яичника.

Инфекция проникает в желтое тело или по лимфатическим путям или со стороны Фаллопиевой трубы, при развитии в ней *pyosalpinx'a*, когда яичник вместе с трубой образует одну общую опухоль (придаточную).

Абсцесс яичника характеризуется своей формой, напоминающей яичник в увеличенном масштабе. На рис. 198 виден большой нарыв яичника и сверху *ruosalpinx*. Нарыв желтого тела имеет толстые стенки; на внутренней поверхности их можно нередко открыть лютеиновые клетки, характеризующиеся желтыми зернышками лютеина.

Рис. 198.

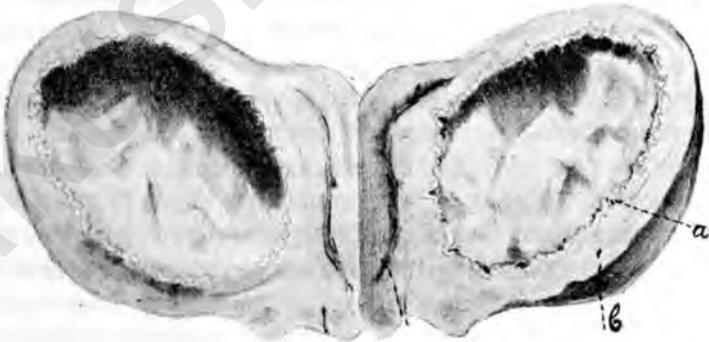


Абсцесс яичника.

На рис. 199 изображен другой случай нарыва желтого тела, разрезанного пополам. Под буквой *a* значит лютеиновый слой; под *b* — стенка нарыва. В середине, между половинками, видна Фаллопиева труба с утолщенными стенками и с очень небольшим просветом, где было найдено буквально 3 капли гноя.

Martin¹⁾ разделяет абсцессы яичника на интерстициальные, фолликулярные и абсцессы желтого тела. Каждый из этих видов имеет свое более или менее характерное строение: так, в нарывах желтого тела, на внутренней поверхности, находятся сосочковые разрастания и

Рис. 199.



Абсцесс желтого тела.

а) Лютеиновый слой. б) Стенка нарыва.

бугорки, состоящие из грануляционной ткани, величиной от чечевицы до булавочной головки. Под микроскопом в больших и малых нарывах

¹⁾ Martin. Die Krankheiten der Eileiter.

вах на внутренней поверхности различается богатым сосудами грануляционный слой, который весь состоит из больших и малых сосочковых возвышений. Эпителия по большей части не оказывается. В более поверхностных слоях наблюдаются многочисленные петли сосудов, наполненные кровяными шариками, а в окружности их можно часто встретить кровоизлияния и скопления малых круглых клеточек. Между многоядерными белыми тельцами видны большие клетки с большим, бледно-окрашенным ядром, которые принадлежат слою лютеина.

Фолликулярные нарывы имеют гладкую внутреннюю поверхность; эпителий очень рано погибает; имеется равномерно распределенный грануляционный слой, пронизанный большим или меньшим количеством кровеносных сосудов и кровоизлияний. Затем следует соединительная ткань, в которой местами попадаются кучи круглых клеток. В начальной стадии нарыва ясно видны слои фолликула, в дальнейшем они исчезают.

Первичные межуточные нарывы лежат обыкновенно вблизи поверхности яичника или около *hylus'a*. Они или круглы или в виде полосок. При увеличении нарыва постепенно захватываются фолликулы и желтые тела. Внутренняя поверхность нарывов не ровная, но ничего типического не представляет.

Нарывы яичников, без одновременного заболевания Фаллопиевых труб, чрезвычайно редки. По *Martin'u*, из 110 случаев абсцессов яичника, только в 17-ти были исключительно абсцессы яичников без одновременного заболевания Фаллопиевой трубы.

Из русских работ об абсцессах яичника я могу указать на дисс. 1903 г. проф. В. Д. Бранта, который занимался вопросом о развитии первичных изолированных нарывов яичника экспериментальным путем. На основании своих опытов и клинических наблюдений он пришел к следующим выводам: инфекция распространяется на яичники, во первых, *per continuitatem* с матки через трубу, во вторых—по лимфатическим и кровеносным сосудам с соседних и отдаленных органов метастатическим путем. Особенно благоприятную почву для образования абсцессов представляют фолликулы в периоде их превращения в *corpus luteum*. Экспериментальные исследования позволяют считать корковый слой яичника более восприимчивым к инфицирующим началам, чем медулярный, что согласно с анатомическими данными строения яичника.

*Pitha*¹⁾ описал 6 случаев абсцессов желтого тела.

При сильной гиперемии перифолликулярного слоя фолликулы начинают усиленно расти (проф. *Славянский*); количество жидкости, наполняющей их, также быстро увеличивается, благодаря усиленной

¹⁾ *Pitha*. Zur diagnose und Aetyologie der Ovarialabscesse. Monatschrift für Geb. und Gyn. 1889.

работе клеток *membranae granulosaе*; примордиальные фолликулы в большом масштабе превращаются в более или менее зрелые. Благодаря этому поверхность яичника является как бы пронизанной целой серией кистовидных полостей. Такое состояние яичника немецкие авторы называли „*kleincystische Degeneration*“.

Иногда кистовидные полости достигают больших размеров, и тогда можно видеть, как это изображено на рис. 200, наряду с большой полостью целую серию мелких полостей. Большая полость возникает, повидимому, из Граафова пузырька, в котором эпителий совершенно исчезает.

По Frankué¹⁾, мелкокистовидное перерождение яичников может наблюдаться и в здоровых яичниках, даже у новорожденных.

Острое воспаление яичника часто связано с каким-либо другим заболеванием матки, Фаллопиевых труб и брюшины, развившимся на почве гонорройной, септической или другой инфекции.

Оно может начаться очень бурно, сопровождаясь высокой температурой, сильными болями в брюшине, благодаря нередкому воспалению ее около яичников и Фаллопиевых труб. Большая ложится в постель, так как сильные боли не позволяют ей двигаться, а если она, в силу необходимости, должна работать, то, в конце концов, ей все равно придется слечь в постель.

Какого-либо определенного течения оофориты не имеют; картина болезни часто затемняется сопутствующими или предшествующими заболеваниями Фаллопиевых труб. Очень нередко заболевание переходит с трубы на яичник; болезнь при этом осложняется воспалением окружающей брюшины вокруг трубы, и появляется экссудат. В виду этого, никогда нельзя сказать наперед, когда кончится болезнь.

В иных случаях процесс в яичнике начинается подостро и так продолжается, лишь незаметно переходя в хроническую стадию.

Гнойные заболевания яичников, нарывы, также могут иметь или

Рис. 200.



Кистовидное перерождение яичника.
а) Большая киста. б) Маленькие кисты.

¹⁾ Frankué. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 39.

острое течение со вскрытием их в кишку, в матку, в мочево́й пузырь и даже в свободную брюшную полость (хотя в последнюю очень редко), или текут подостро; т-ра постепенно приходит к норме, болезненность в опухоли уменьшается, и она, как и старые *ruosalpinx*'ы, остается на долгое время *in statu quo ante* до какого-либо момента, благоприятствующего обострению процесса. Гной в старых абсцессах яичника, как и в старых *ruosalpinx*'ах, делается стерильным. При обострении процесса в нем снова появляются микробы и чаще всего кишечная палочка.

При долго существующем оофорите наступает атрезия пораженных фолликулов, разрастание соединительной ткани, которая, сжимая фолликулы, тоже уничтожает их. В результате разрастания соединительной ткани и запустения фолликулов прекращается овуляция, а с ней и менструация—больная начинает страдать аменореей.

В начале заболевания яичники бывают увеличены в своих размерах, а затем они уменьшаются и сморщиваются.

Благодаря тому, что воспалительный процесс из яичника переходит на его поверхность, он покрывается воспалительными фибринозными пленками, а затем кругом образуются ложные перенонки, фиксирующие его к стенке таза, к трубе, к матке; благодаря этому он делается неподвижным и плохо контурируется.

Припадк и при хроническом воспалении яичников бывают весьма разнообразные; они локализируются не только в их области, но распространяются и на другие органы. Из местных припадков на первый план следует поставить болевое ощущение, особенно усиливающееся во время регул при приливе крови к половым органам. Боли во время регул при заболевании яичников носят название *dysmenorrhoea ovarialis*. Болезненность при *coitus*'е называется *dyspareunia*. У некоторых больных бывает настолько болезненный *coitus*, и с каждым разом боли до того усиливаются, что больная получает отвращение к *coitus*'у и совершенно отказывается от него. Боли в яичнике распространяются по ноге до колена. При одновременных других заболеваниях матки и Фаллопиевых труб симптомы являются смешанными. В таких случаях бывают боли в других местах таза, а при заболевании слизистой оболочки матки (*endometritis fungosa*)—обильные менструации. Здесь нужно заметить, что обильные менструации могут быть и без изменения в слизистой оболочке матки, при резком воспалении паренхиматозного слоя яичника. Нужно отметить еще, что у некоторых больных боли бывают между двумя менструациями схваткообразного характера, продолжающиеся 1—2—3 часа.

Постоянные боли в яичниках делают больных чрезвычайно нервными. Они начинают страдать сердцебиениями, мигренями, неврал-

гическими болями в различных частях тела; развивается упорный кашель, желудочные диспепсии, не поддающиеся никакому лечению, тошнота, икота, рвота. Больные сильно худеют, истощаются, принимают вид туберкулезных.

Диагностика оофорита устанавливается на основании гинекологического исследования, анамнеза и симптомов болезни. К сожалению, чистые формы оофоритов бывают редко,—чаще, как сказано выше, вместе с яичником заболевают Фаллопиева труба и брюшина; поэтому рядом с маткой прощупывается опухоль, болезненная при надавливании, но что-либо дифференцировать в ней абсолютно невозможно. В таких случаях ставится диагноз *salpingoophoritis*. Исследование под хлороформом дает больше данных, так как из-за большой чувствительности в опухоли больная не дает хорошенько ощупать тазовые органы.

При одном только воспалении яичника рядом с маткой прощупывается продолговатое или округленное тело, плотной или местами эластической консистенции. Величина его чаще бывает вдвое больше нормального яичника, но может доходить и до куриного яйца, как я наблюдал это при, так называемом, кистовидном перерождении яичника. В иных случаях поверхность яичника резко бугристая, при чем консистенция бугров чрезвычайно плотная.

При разрастании соединительной ткани, при развитии, так называемого, цирроза, яичники так сильно уменьшаются, что их трудно прощупать бимануально. При воспалении тазовой брюшины яичники могут не лежать на своем обычном месте, и иногда их находят даже впереди матки.

При абсцессах яичника трудно поставить точный диагноз, так как *ruosalpinx* и нагноившаяся трубно-яичниковая киста дадут одинаковую картину при исследовании. Можно поставить диагноз опухоли придатка вообще, но не яичника в частности.

Лечение воспаления яичников будет такое же, какое рекомендуется при воспалении Фаллопиевых труб.

При остром воспалении яичников назначается абсолютный покой, опорожнение кишечника, лед на живот, наркотические свечи, шарики во влагалище. При хроническом воспалении, когда чувствительность в придатках сильно понижена, рекомендуются горячие души до 40° R, тампоны с ихтиолом (5%—10%), ванны, препараты иода внутрь, в суппозиториях, шариках. Курортное лечение: питье вод, грязевые, рапные и другие ванны,—обо всем этом уже подробно сказано в главе о сальпингитах.

Если консервативное лечение не приносит пользы, прибегают к удалению яичников. В виду той роли, какую яичники играют в эко-

номии организма и в поддержании его равновесия, эту операцию следует производить с большой осторожностью, обращая внимание на возраст больной. Если больная близка к климактерию, то показания к удалению яичников могут быть расширены; если же она находится в полном расцвете половой жизни, показания к операции должны быть строго обдуманы и взвешены. Операция называется *oophorectomia*. Ее можно производить через брюшную стенку или через влагалище, через передний или задний свод его (*per colpotomiam anterior* или *posterior*). При удалении яичников приходится в громадном большинстве случаев делать заднюю кольпотомию, благодаря частому положению придатков позади матки. Заднюю кольпотомию вообще предпочитают передней, так как операционное поле более обширно.

После вскрытия заднего свода и заднего Дуглассова пространства, пальцем, введенным в брюшную полость, разделяют все сращения, освобождают яичник вместе с Фаллопиевой трубой и извлекают их через разрез наружу. Осматривают то и другое, и, если находят трубу заболевшей, то и ее удаляют вместе с яичником; если же труба здорова, то удаляют лишь один яичник, накладывая лигатуры лишь на *mesovarium* и оставляя трубу на месте. Перевязки *mesovarium* производят в два пучка катгутом или шелком, а затем срезают поверх лигатур яичник; при этом обращается внимание на то, чтобы в оставшейся культе было достаточно ткани, иначе лигатура может соскочить. Кроме лигатуры, наложенной на ножку, приходится часто накладывать еще несколько тонких лигатур на зияющую раневую поверхность культи, чтобы закрыть ее, по возможности, брюшиной. Об этом будет подробнее сказано ниже, в отделе об удалении кист яичника, сидящих на ножках.

То же самое производится и на другой стороне, если и второй яичник изменен.

При одновременном заболевании Фаллопиевых труб удаляют и их вместе с яичником, при чем с культей поступают так, как это было описано в главе о сальпингитах. После удаления яичников разрез в брюшине или на влагалищной стенке, смотря по способу операции, зашивается наглухо.

Некоторые авторы советуют вставлять на время марлевый дренаж, который будет служить показателем могущего быть кровотечения или, на случай инфекции, проводником отделений из тазовой полости.

При больших сращениях яичников с окружающими частями нужно рекомендовать операцию через брюшную стенку, так как при этом разрезе легче разобраться в сращениях и не поранить соседних органов. Предпочтительно делают поперечный разрез над лобком

(по Pfannenstiel'ю), которого вполне достаточно для удаления придатков. Некоторые авторы считают этот разрез нерациональным и даже нехирургическим и рекомендуют разрез по белой линии. Я лично сторонник поперечного разреза над лобком и считаю его большим приобретением брюшной гинекологической хирургии. Осложнений при заживлении раны я наблюдал очень мало. Если бывают гематомы под отпрепарованными от мышц лоскутами апоневроза, то они быстро залечиваются. Материалом для швов мне служит всегда кэтгут, и после операции, для избежания кровоизлияния под лоскутами, я кладу на низ живота мешок с дробью.

После удаления яичников, особенно в молодом возрасте, назначается овгаин 0,3 в таблетках, 2—3 раза в день, и различные противонервные средства, пока организм больной справится с потерей яичников, ибо они, несмотря на то, что бывают в иных случаях довольно сильно поражены, все же исправно работают, т. е. происходит овуляция и менструация. Если при осмотре яичника будет найдено, что не весь яичник поражен, а лишь часть его, то рекомендуют делать частичную резекцию яичника и на оставшуюся часть накладывают тонкие кэтгутовые лигатуры. В дополнение к наружному осмотру яичника, если данных, чтобы судить о поражении, недостаточно, его разрезают на две половины, начиная от свободного края вплоть до hilus'a, и непосредственно осматривают, где поражена ткань его и где она здорова, и тогда резецизируют больную часть, оставляя здоровую.

Операция oophorectomia не представляет больших технических трудностей и, при соблюдении асептических и антисептических предосторожностей, дает минимальный % смертности и послеоперационных заболеваний.

ГЛАВА XXI

РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ И НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ.

К ретенционным кистам относятся водянка фолликула (hydrops folliculi) и киста желтого тела (cystes corporis lutei).

Водянка Граафова пузырька дает в результате кистовидную опухоль, величиной в лесной орех. Она редко достигает большой величины. Я наблюдал несомненную кисту Граафова пузырька, величиной в головку 7-месячного плода.

Содержимое кисты серозное, прозрачное, желтоватого цвета. На внутренней поверхности ее эпителий или отсутствует или бывает уплощенный. Стенки ее очень тонки. Если в кисты превращаются

сразу несколько фолликулов, то в результате получается многополостная киста.

Так как фолликулярные кисты бывают, иной раз, на воспалительной почве, то, благодаря этому, киста имеет много сращений.

Образование кисты объясняется таким образом: фолликул гипертрофируется, *albuginea* утолщается, лопанья не происходит. Яйцо погибает, *membrana granulosa* жирно перерождается; трансудация жидкости идет усиленным темпом, благодаря сильной гиперемии внутренней оболочки (*theca interna*). Вследствие давления жидкости вся остальная яичниковая ткань атрофируется, а вместе с тем, благодаря растяжению стенок фолликула *ad maximum*, сосуды запустевают и рост кисты прекращается. Такая киста относится к матке, как опухоль, сидящая на ножке, которая представляет из себя Фаллопиеву трубу, *lig. ovarii proprium* и сосуды.

Кисты желтого тела возникают в желтом теле на воспалительной почве и чаще всего на гонорройной.

Первый, обративший внимание на существование кист желтого тела, был *Rokitansky*. Он описал кисту величиной в волошский орех.

Стенки кисты желтого тела состоят из двух слоев: одного слоя тонкого, волнистого, собранного в складки и содержащего лютеиновые клетки, и другого—плотноволкнистого.

*Fränkel*¹⁾ описывает стенки кисты желтого тела; они состоят из 3-х слоев: 1-го (наружного)—рыхлая соединительная ткань, с большим содержанием толстостенных артериальных и венозных сосудов; 2-го (среднего)—плотная волокнистая соединительная ткань, и, наконец, 3-го слоя, состоящего, главным образом, из больших шаровидных клеток с хорошо окрашенным ядром; в некоторых клетках, рядом с ядром, находятся зеленоватые, блестящие глыбки, в виде плиток или розеток. Вся ткань пронизана широкими кровеносными капиллярами.

Проф. В. С. Груздев²⁾ описал несколько случаев кист желтых тел и, между прочим, один случай у 60-летней старухи.

Проф. В. С. Груздев микроскопически различает 4 слоя: 1-й слой — наружный — уплощенный эпителий (зародышевый эпителий яичника), 2-й — внутри — соединительнотканый, богатый клетками и сосудами; 3-й слой состоит из склерозированной соединительной ткани, бедной клеточными элементами и сосудами; и, наконец, 4-й—внутренний—образован из крупных полигональных клеток, с окрашенной в различные оттенки желтого цвета протоплазмой. Этот слой представляется складчатым.

¹⁾ *Fränkel*. Archiv für Gyn. Bd. VLVIII.

²⁾ Груздев. Русский архив патологии. 1901 г. Журнал акушерства и женск. болезней. 1905.

В случае у 60-летней старухи автор складчатости лютеинового слоя не нашел, а посему он сделал предположение, что эти кисты возникли из *corpora albicantia* или из мелко-кистовидно-перерожденных фолликулов.

Случаи кист желтого тела, оперированные мною в клинике, описаны проф. В. Д. Брантом¹⁾. Всех случаев, послуживших проф. В. Д. Бранту материалом для работы, было 9, оперированных мною в клинике, и 1 случай из патолого-анатомического института проф. Д. П. Кишенского. На основании клинического, микроскопического исследования этих случаев и литературы, автор пришел к следующим выводам: „1) Кисты желтых тел—заболевание довольно редкое; оно сопровождается различными болезненными явлениями, часто приводящими к операции. 2) Этиологическим моментом их развития часто бывает длительный воспалительный процесс, зависящий нередко от гонорреи. 3) Образование кисты желтого тела губительно для функции яичника. 4) Строение стенки кисты желтого тела различно даже в одной и той же кисте; по большей части она состоит или из одного соединительнотканного и одного лютеинового или из двух соединительнотканых и одного лютеинового. Лютеиновый слой состоит из соединительнотканной и капиллярной сети, в которой заложены большие полигональные лютеиновые клетки с протоплазмой, пронизанной капельками жира и большим пузырькообразным ядром. Жир окрашен в желтый цвет лютеином, который можно видеть только на свежих препаратах; пигмент же, видимый на препаратах, обработанных формалином, спиртом или эфиром, не лютеин, а гематоидин или гемосидерин“.

Отсюда видно, что характерной особенностью кист желтого тела является складчатость на их внутренней поверхности и присутствие в клетках слоя лютеина.

Seitz находил лютеин на препаратах, уплотненных в формалине, проф. В. С. Груздев находил его на препаратах, обработанных целлуидином. Проф. В. Д. Брант на формалиновых и целлуидиновых препаратах лютеина не находил, а только на препаратах, уплотненных кипячением в физиологическом растворе поваренной соли или на свежих, приготовленных на замораживающем микротоме. Он мог видеть лютеин в клетках лютеинового слоя в виде бледно-желтых капель жира, пронизывающего эти клетки, при чем желтая окраска жира зависит от лютеина, растворенного в жире.

Величина кист бывает разнообразная—от величины куриного яйца до детской головки; большей величины они достигают очень редко.

¹⁾ Брант. Журнал акуш. и женск. бол. 1907.

Они бывают очень часто малоподвижны; это объясняется тем, что они окутаны со всех сторон сращениями, так как возникают на воспалительной почве, т. е. развитию кисты предшествует воспаление яичника. Нередко с кистой бывает спаяна Фаллопиева труба, тоже заболевшая, в виде hydrosalpinx'a или pyosalpinx'a.

Содержимое кист иной раз бывает серозное, прозрачное, иной

Рис. 201.



Киста желтого тела.

раз—густое, буро-красного или желтого цвета, что зависит от примеси крови.

На рис. 201*) изображена киста желтого тела, на рис. 202—стенка кисты, где видны под буквой *a* лютеиновый слой и под буквой *b*

Рис. 202.



Стенка кисты желтого тела.

а) Лютеиновый слой. б) Соединительнотканый слой.

соединительнотканый слой. На рис. 203 виден лютеиновый слой кисты, состоящий из больших полигональных клеток; протоплазма их пронизана черными зернышками, некоторые клетки свободны от этих зерен.

Диагностика этих опухолей трудна, так как нет определенных данных, по которым можно было бы с уверенностью сказать, что мы имеем дело

*) Рисунки взяты из работы проф. Бранга.

именно с кистой желтого тела и ни чем другим. Так как они возникают на воспалительной почве, то и симулируют воспалительную опухоль придатка. Ставится диагностика сальпингоофорита, кистовидного перерождения яичника, а относительно кисты желтого тела устанавливается диагноз лишь предположительный.

На рис. 204 изображена киста желтого тела, осложненная *hydrosalpinx*'ом. С левой стороны видна сохранившаяся часть яичника. Такой случай ясно показывает, как трудно до операции поставить верный диагноз.

Лечение оперативное. Консервативное лечение будет временное, симптоматическое.

Новообразования яичников разделяются на кистовидные и солидные, на доброкачественные и злокачественные.

Они могут развиваться из эпителия паренхиматозной части яичника: зародышевого эпителия, эпителия Графовых пузырьков. Они носят название паренхиматозных новообразований. Опухоли, развивающиеся из яйца, называются овулогенными, овигенными новообразованиями, — это будут дермоиды и тератомы. Опухоли, имеющие своей исходной точкой строму яичника, называются строматогенными (саркома, фиброма и др.).

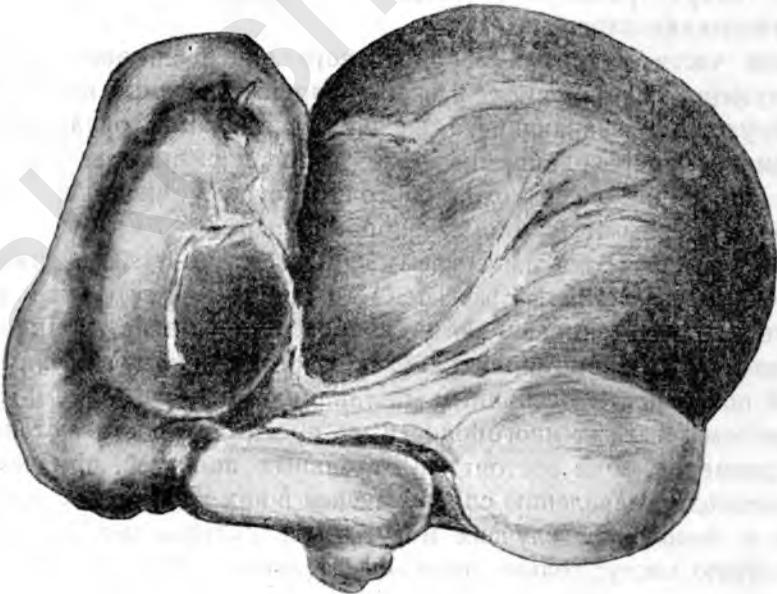
Кистомы разделяются на: *cystoma serosum simplex*, *cystoma proliferum glandulare* и *cystoma proliferum papillare*. Из яичника могут расти и однополостные кисты, возникающие из трубки *parovarium*'а, проникшего через *hilus ovarii* в ткань яичника. Такая киста покрыта на внутренней своей поверхности ресничным цилиндрическим эпителием. Железистые кистомы бывают многополостные (рис. 205) и достигают колоссальных размеров. Они состоят из отдельных полостей, при чем эти полости, благодаря давлению содержащейся в них жидкости, сливаются вместе и в некоторых случаях могут быть совершенно похожи на однополостную кисту; только при внимательном осмотре внутренней

Рис. 203.



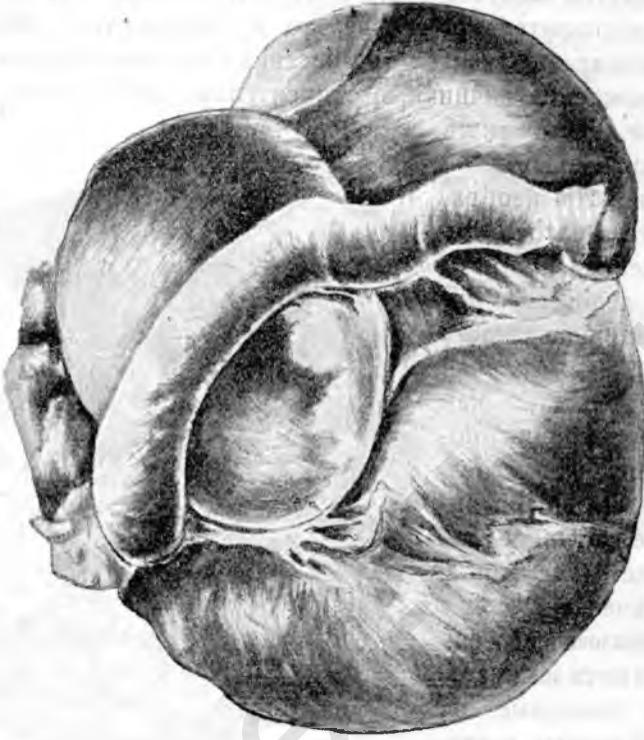
Лютеиновый слой, состоящий из полигональных клеток.

Рис. 204.



Киста желтого тела и гидросальпинх.

Рис. 205.



Многополостная киста яичника и на ней гипертрофический гнойный салпингит.

поверхности кисты удается заметить остатки перегородок между полостями. Полости бывают большой величины, и тогда киста является двух-трехполостной; иногда они на разрезе представляют как бы соты меда, до того мелки отдельные полости кисты. На рис. 206 изображена на фотографии больная с громаднейшей многополостной кистой, состоящей из 4-х больших полостей, наполненных коллоидным содержимым. Больная была 63-х лет. Операцию перенесла хорошо и быстро поправилась. Количество жидкости, наполняющее эти кисты, доходит иногда до 3-х и более пудов.

Рис. 206.



Больная, 63-х лет, с громадной многополостной кистой.

Кисты, состоящие из мелких полостей, доходят иногда до 3-х и более пудов.

Кисты, состоящие из мел-

Рис. 207.



Железистая киста, состоящая из мелких полостей.

ких полостей в виде сотов меда, имеют иногда одну большую полость и в стенке ее целую серию мелких полостей. Эти кисты не достигают громадных размеров (рис. 207).

Cystoma serosum simplex, имеющая своей исходной точкой фолликулярный эпителий, эмбриональные каналы, является в виде круглой опухоли с гладкими стенками как на внутренней, так и на наружной поверхности. Внутренняя поверхность покрыта кубическим уплощенным эпителием, остальная часть стенки состоит из соединительной ткани и богата сосудами; иногда и внутренняя поверхность кисты является бородавчатой. Но эти бородавки не имеют разветвлений, какие имеют папиллярные разращения в папиллярных кистах. Они уплощены и покрыты тем же уплощенным цилиндрическим эпителием; их основная ткань бедна сосудами. Эти кисты бывают в громадном большинстве случаев однополостными; в их стенках не усматривается железистых разращений, но иной раз находят еще другие полости, которые, по всей вероятности, происходят от разращения внутреннего эпителия.

Содержимое кист серозное, иногда мутное от примешивания к жидкости перерожденного эпителия. Под влиянием осложнений, о которых будет сказано ниже, жидкость делается кровянистой или даже гнойной. Отношение ее к матке такое, какое имеют и другие опухоли яичников, т. е. она сидит на ножке, состоящей из Фаллопиевой трубы, lig. infundibulo-pelvicum, lig. ovarii proprium и сосудов.

Cystoma proliferum glandulare, cystadenoma (железистая киста), как сказано выше, бывает многополостная. Стенка ее очень толстая, но в ней встречаются отделы, имеющие такую тонкую стенку, что она легко прорывается под напором своего содержимого, и последнее выливается в брюшную полость. Наружная поверхность представляется гладкой, блестящей; на ней видны перетяжки, указывающие на существование отдельных полостей. Форма кистом по большей части круглая, но бывают опухоли продолговатые, яйцевидные, вытянутые в каком-либо одном направлении, благодаря неравномерному росту кисты или неравномерному растяжению отдельных ее полостей.

Строение стенки кисты. Наружная поверхность кисты покрыта зародышевым, яичниковым, коротким цилиндрическим эпителием. Во время роста кисты, под влиянием различных осложнений, воспаления, цилиндрический эпителий исчезает, а на его месте появляется эндотелий. За эпителием или эндотелием следует соединительнотканная часть, состоящая из двух слоев плотной соединительной ткани, соединенных между собой рыхлой клетчаткой, содержащей кровеносные и лимфатические сосуды. При растяжении полости эта стенка истончается, все слои сглаживаются и сливаются в один. Поверхность кисты, обращенная внутрь, покрыта цилиндрическим или мерцательным эпителием, между клетками которого видны бокальчатые клетки, выделяющие слизь. Если подвергнуть микроскопическому исследованию

стенку целого ряда полостей кисты, то легко заметить разницу в эпителии, выстилающем внутреннюю ее поверхность. Местами это будет высокий, покрытый ресничками эпителий, местами реснички пропадают, и сам эпителий делается гораздо ниже, переходит в кубический и даже в плоский. Это объясняется давлением жидкости, содержащейся в полостях. В более молодых полостях, где давление жидкости еще не так велико, эпителий будет цилиндрический, в более старых он постепенно уплощается.

Очень часто внутренний эпителий врастает в стенку кисты и дает в ней железистые ходы, трубки. Ткань, окружающая их, также претерпевает изменения. Она обогащается молодыми клетками соединительнотканного типа. Железистые трубки могут в некоторых местах образовать большие скопления; окруженные молодой соединительной тканью, они возвышаются над поверхностью кисты в виде мягкой железистой опухоли, вдающейся внутрь кисты, а иной раз возвышаются на наружной ее поверхности. Из трубок, врастающих в стенку кисты, развиваются отдельные кисты, которые весьма быстро начинают выпячиваться в ее полость и образовывать новые и новые отделы большой кисты.

Содержимое железистых кистом бывает чрезвычайно разнообразное: от серозного до густого, слизистого, трудно удаляемого даже рукой, ватой. Иногда оно бывает до того густое, что вынимается из полостей кусками, в виде жидкого студня.

Кисты с подобным содержимым в большинстве случаев много- и мелкополостные. Они по большей части односторонние, сидят на хорошо образованной ножке, носят название *cystoadenoma pseudomucinosum*, так как содержимое имеет свойства, различающиеся от свойств муцина: Hammarsten назвал это содержание „*pseudomucin*“. Муцин с уксусной кислотой дает осадок, псевдомуцин остается без изменений. На рис. 207 представлена такого рода киста, разрезанная вдоль. На разрезе видна целая масса различной величины полостей.

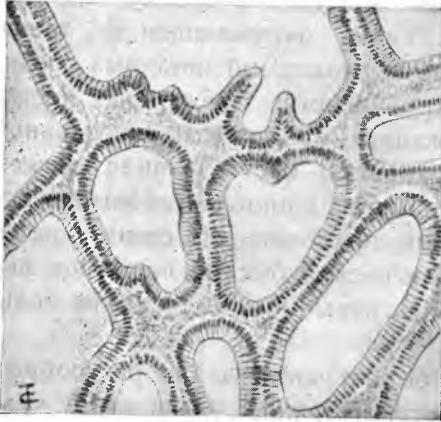
Pfannenstiel объясняет происхождение псевдомуцина деятельностью цилиндрического эпителия мелких полостей кисты; в крупных же полостях, где находится уплощенный эпителий, имеется серозная жидкость. Он не находил псевдомуцина ни в Граафовых пузырьках, ни в фолликулярных кистах.

Псевдомуцин, по своим химическим свойствам, относится к гликопротеидам; при кипячении с минеральными кислотами он разлагается на белковые вещества и углеводы. Удельный вес его колеблется от 1010 до 1030. Цвет его весьма различный, что зависит от примеси жирноперерожденных эпителиальных клеток, крови, кристаллов холестерина. Без всякой примеси псевдомуцин стекловидно прозрачный.

О более подробном исследовании псевдомуцина можно найти в работе Pfannenstiel'я¹⁾.

Стенка псевдомуцинозной кисты покрыта высоким цилиндрическим эпителием (рис. 208), который и вырабатывает псевдомуцин. Псевдомуцинозная киста представляет доброкачественное новообразование, но течение болезни может вести к печальным последствиям, если она не будет во время удалена.

Рис. 208.



Эпителий псевдомуцинозной кисты.

из кисты, и, в конце концов, жидкость всасывается. Не то бывает при выхождении псевдомуцинозной жидкости: брюшина резко реагирует на нее, и мало-по-малу развивается хронический перитонит. В результате больная после операции, несмотря на удаление опухоли и излившейся жидкости, погибает через несколько месяцев, а то через 1—1½ года от хронического перитонита, сопровождающегося асцитом, который приходится повторно выпускать. Это один исход. Другой исход бывает в том случае, когда студенистая, тягучая масса псевдомуцина, попав в брюшную полость, окутывает все брюшные внутренности, пристаёт к печени, сальнику, брыжейке, париетальной брюшине, начинает организоваться и прорастает сосудами и молодой соединительной тканью.

Железистые клетки, попадая в брюшину вместе с содержимым кисты, приживляются на брюшине и попрежнему вырабатывают студенистую жидкость. Больная, благодаря этому, продолжает хворать, живот увеличивается, приходится повторно опорожнять его. Опорожнение же представляется чрезвычайно трудным делом и при первичной

Если опухоль, предоставленная самой себе, растёт, то стенки некоторых полостей, как было выше сказано, сильно истончаются. В конце концов, под влиянием ушиба брюшной стенки, падения больной, гинекологического исследования, а то и самостоятельно, под напором собственного содержимого, полости лопаются, содержимое выходит в брюшную полость и распространяется среди кишек.

При кистах с серозным содержимым, оно является для брюшины безразличным; брюшина ничем не реагирует на выхождение жидкости

¹⁾ Pfannenstiel. Archiv für Gyn. Bd. XXXVIII.

операции, так как тягучая слизистая жидкость до такой степени пристает к брюшине, что вытащить ее совершенно невозможно. Больная погибает, как будто от злокачественного новообразования, как бы от коллоидного рака.

Эта болезнь носит название *pseudomuxoma peritonei*. Это название дал Werth¹⁾. После него появилась целая серия работ, трактующих вопрос с этой точки зрения. В русской литературе можно указать на диссертацию д-ра Эйгера (из клиники проф. А. И. Лебедева), работы Рачинского, Успенского и др.

Из описания псевдомуцинозной кисты видно, что она, представляя вполне доброкачественное новообразование, может иметь, и это нередко бывает, злокачественное течение и вести к медленному летальному исходу.

Эти опухоли развиваются чаще в пожилом возрасте—50—60 лет; они вызывают воспаление брюшины и потому бывают сращены с окружающими частями. С маткой они соединяются посредством ножки и не представляют технических трудностей для удаления.

Cystoma proliferum papillare (сосочковая киста). Эти опухоли могут развиваться из различных зародышевых трубок и эпителиальных ростков: остатков Вольфова тела, *parovarium'a*, *paroorphoron'a* и эпителиальных образований яичника, возникающих из зародышевого эпителия.

По проф. К. Ф. Славянскому, папиллярные кисты чаще развиваются из железисто-трубчатых образований *parovarium'a*, заходящих далеко в строму яичника через его *hulus*. Доказательством этого, говорит проф. Славянский, между прочим, служит весьма часто наблюдающееся вращение их между листками широкой связки и наклонность даже самых маленьких опухолей этого типа расти в этом направлении. На это же указывает проф. Д. И. Ширшов²⁾ в своей диссертации, Pfannenstiel, Pozzi и другие.

Д-р Гогоберидзе³⁾, описавший случаи папиллярных кист, оперированные мною в клинике, нашел в 42% межсвязочное их положение.

Эти опухоли не достигают больших размеров и характеризуются разрастанием сосочков как внутри кисты, так и на ее поверхности (рис. 209). На этом рисунке видны сосочки, разросшиеся на поверхности кисты. При разрезе ее оказалось, что внутри она вся почти заполнена папиллярными разращениями.

¹⁾ Werth. Archiv für Gyn. Bd. XXVI.

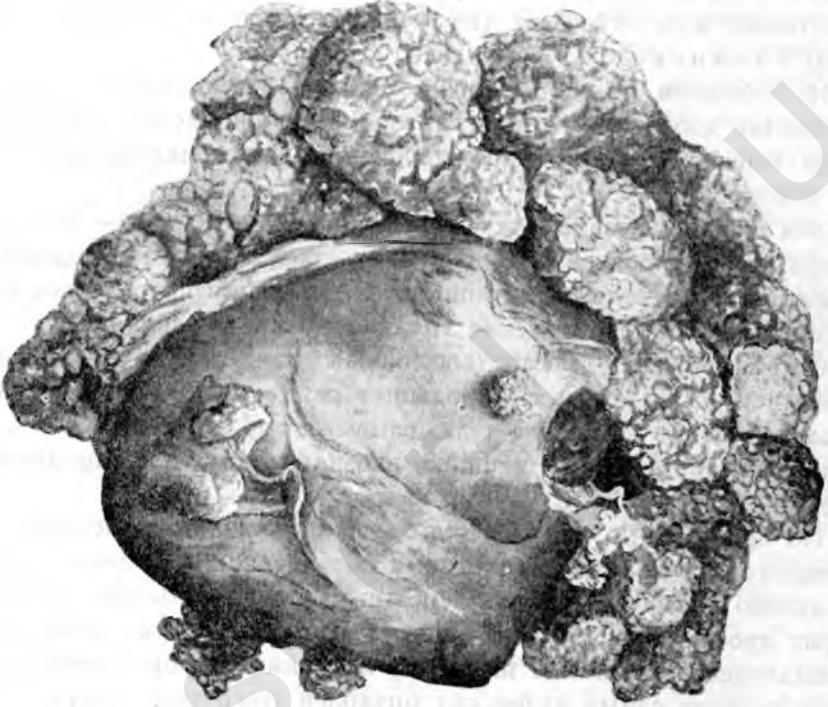
²⁾ Ширшов. Сосочковые кисты в клиническом и патологическом отношении. 1898.

³⁾ Гогоберидзе. К вопросу о патологии сосочковых опухолей яичника. Сборник трудов, посвященных проф. Д. П. Кишенскому. 1910.

На внутренней поверхности кисты сосочки располагаются большей частью у основания полостей и отсюда уже распространяются дальше по поверхности.

Встречаются случаи, где небольшая многополостная киста, имея совершенно гладкую наружную поверхность, внутри сплошь напол-

Рис. 209.

*Cystoma proliferum papillare.*

нена папиллярными разрастаниями, в виде цветной капусты. В других больших кистах, с большими полостями, папиллярные разрастания наблюдаются небольшими островками. Это замечается больше в пожилом возрасте.

Сосочки, растущие на внутренней поверхности, в одних случаях могут долго оставаться в полости, не прорастая на наружную поверхность, в других же случаях они быстро прорастают на наружную поверхность и пышно на ней разрастаются (рис. 210). Тогда при операции на месте яичника находят целый конгломерат папиллярных разрастаний, в виде цветной капусты, располагающихся на поверхности небольшой, величиной в кулак, кистовидной опухоли, при разрезе которой в полости ее усматриваются такие же сосочки. В некоторых случаях ясно видно, что сосочки, находящиеся на наружной поверх-

ности, проросли изнутри. Но бывают случаи, где никаким исследованием нет возможности доказать переход сосочков из полости на наружную поверхность кисты.

Pfannenstiel описал поверхностные папилломы и доказал возможность разрастания зародышевого эпителия на поверхности яичника в виде сосочков. Он назвал такую опухоль „oberflächenpapilloms“.

Рис. 210.



Cystoma proliferum papillare.

а) Видно прорастание сосочков через стенку кисты.

Подобные опухоли и я наблюдаю, и можно было с положительностью сказать, что сосочки разрослись из зародышевого эпителия, так как в самом яичнике, или, лучше сказать, в мелких кистах его, нигде ни одного сосочка не было найдено, даже под микроскопом.

Сосочки бывают различного вида и строения. В основе сосочка находится соединительная ткань, поверхность же его покрыта эпителием: то высоким цилиндрическим, то ресничным, то кубическим, то совсем уплощенным. Количество той и другой ткани, т. е. соединительной и эпителиальной, бывает различное; в одних случаях преобладает соединительная ткань, в других—эпителиальная. Сами сосочки бывают разнообразной величины: то короткие, невысокие, очень широкие, то, наоборот, высокие, разветвляющиеся, богатые кровеносными сосудами, ломкие, кровоточивые.

Pfannenstiel, на основании микроскопического строения, делит сосочки на fibroma papillare и adenoma papillare. Сосочки fibroma papillare (рис. 211) невысокие; они богаты соединительной тканью и покрыты низким цилиндрическим или уплощенным кубическим эпителием. Сосочки adenoma papillare (рис. 212) высокие, ветвящиеся; они покрыты высоким, иногда ресничным эпителием.

Эпителий обыкновенно покрывает сосочки в один ряд и сходен с эпителием, выстилающим внутреннюю стенку кисты. Эпителий отделяется резко от соединительнотканной основы особой полоской, которую проф. Д. И. Ши́ршов назвал *membrana limitans*.

В доброкачественных *cystopapillom*'ах эпителий располагается на поверхности сосочка в один ряд и нигде не прорастает в су-

Рис. 211.



Fibroma papillare.

Рис. 212.



Adenoma papillare.

щество его, не разрушает пограничную полоску. В противном случае, такая опухоль будет злокачественная и носит название *cystopapilloma carcinomatodes*.

В сосочках иногда наблю-

дается отложение извести. Оно происходит либо в виде небольших кристаллов, лежащих отдельно или собирающихся в друзы, либо в виде зерен, так называемых, псаммоматозных (рис. 213). Эти отложения извести имеют ясную слоистость. Первый вид отложений наблюдают чаще в *fibroma papillare*, а второй в *adenoma papillare*; в последнем случае нахождение в сосочках псаммоматозных зерен связано в большинстве случаев с злокачественностью опухоли.

Рис. 213.



Отложение извести в сосочках (а).

Очень редко бывает саркоматозное перерождение стромы сосочка. Его наблюдали Pfannenstiel¹⁾ и Coblenz²⁾, но оба говорят о том, что саркоматозное перерождение сосочков встречается редко.

Развитие сосочков начинается с разрастания эпителия где-либо на внутренней поверхности, но от какой причины — неизвестно. Эпителиальные клетки начинают

размножаться, вытягиваются в длину.

Соединительная ткань сначала не принимает участия в развитии сосочка, а затем постепенно и она вовлекается в процесс и, наконец,

¹⁾ Pfannenstiel. Archiv für Gyn. Bd. XVIII.

²⁾ Coblenz. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. VII.

образуется сосочек. На поверхности сосочка в дальнейшем тоже может образоваться новый сосочек, а на этом еще отпрыск, и, в конце концов, получается та масса, которая имеет вид цветной капусты. Вместе с соединительной тканью в сосок врастают со стенки кисты кровеносные и лимфатические сосуды.

Течение болезни. Сосочки кисты, прорастая на ее поверхность, не остаются только на ней, а переходят и на окружающую брюшину. При операции нередко находят при *cystopapillom*'ах яичника такие же сосочки на *peritoneum parietale* и *viscerale*, т. е. вся тазовая полость, близлежащий кишечник, сальник и, в конце концов, вся брюшина покрыта ими. Появление сосочков на брюшине объясняется их непосредственной прививкой; так как сосочки очень ломки, то кусочки их могут отламываться и попадать в свободную брюшную полость.

Прежде всего они попадают в самое глубокое место брюшной полости—в заднее Дугласово пространство; здесь они приживляются на брюшине и начинают разрастаться; таким же путем они появляются и на других местах, но рост их не будет такой пышный, как на основной опухоли,—в них нет такой же жизнедеятельности. Это появление сосочков опухоли на других местах называется „самопроизвольными прививками“. *Virchow* назвал его „*disseminatio*“, *Coblentz*—„*transplantation*“, *Freund*—„*implantatio*“. Такие прививки опухоли происходят не только при злокачественных опухолях, но и при доброкачественных *cystopapillom*'ах, но только в них они не так многочисленны, как при злокачественных папилломах, и пропадают, атрофируются, как скоро основная опухоль удалена. Злокачественные же сосочки остаются, разрастаются дальше, и больная погибает от злокачественного истощения.

Другой путь распространения новообразования по лимфатическим сосудам—метастатический. Новообразование, распространяясь таким способом, может появляться, кроме полости брюшины, в различных отдаленных органах: печени, селезенке, легких и пр. Кроме того основные опухоли могут, по мере своего роста, хотя и редко, прорастать в соседние органы, как-то: в мочевой пузырь, матку. Такое распространение новообразования называется ростом опухоли *per continuitatem*. Непосредственным спутником *cystopapillom*, особенно при долгом их существовании, является брюшная водянка. Она может быть не только при разрастании сосочков по висцеральной и пристеночной брюшине, но нередко встречается при существовании лишь основной опухоли. Кроме того, нужно заметить, что асцит может быть как при злокачественной, так и при доброкачественной опухоли. Я видел и оперировал случаи совершенно доброкачественных *cystopapillom*, при которых уже был большой асцит, не давших после операции рецидива. Однако появление водянки при *cystopapillom*'ах следует считать

плохим прогностическим признаком, и к такому случаю нужно относиться очень осторожно.

Появление и увеличение количества водяночной жидкости в животе объясняется трансудативной и секреторной деятельностью сосочков, а также сопутствующим папилломы хроническим перитонитом. Трансудативная деятельность сосочков подтверждается их микроскопическим исследованием: сосочки наблюдаются отечными, переполненными кровеносными сосудами. Секреторную деятельность приписывают цилиндрическому эпителию, покрывающему сосочки опухоли. Отсутствие асцита в иных случаях *cystopapillom* объясняется чрезвычайно большой всасывательной способностью самой брюшины. (Орлов)¹⁾.

Из других симптомов, появляющихся при этих опухолях, следует указать на боль внизу живота и в пояснице, тяжесть и чувство давления на низ. При межсвязочном положении опухоли в нижней конечности соответствующей стороны появляются также боли и нередко отек. Кроме того развиваются различные симптомы со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, расстройство нервной системы, головные боли. При развитии подострого перитонита больная начинает лихорадить, но температура не достигает высоких цифр, а колеблется между 37,8°—38° С. Кроме того при *cystopapillom*'ах часто наблюдаются разрывы опухоли, как самопроизвольные, благодаря прорастанию сосочков, так и от внешних инсультов. О перекручивании ножки кисты и других осложнениях будет сказано ниже.

Дермоидные кисты (*cystes dermoides*) принадлежат к овулогенным образованиям. Они представляют из себя кистовидные опухоли яичников, но только вместо серозного, коллоидного или слизистого содержимого в них находят сало, волосы и зубы. Иногда дермоидные кисты разделяются на два отдела, из которых один наполнен салом, а другой серозной жидкостью. Этот второй отдел может позже присоединиться к дермоидному отделу. Дермоид развивается по Pfannenstiel'ю из яйцевой клетки, из наружной кожной и средней пластинки, поэтому и содержимое кисты состоит из веществ, вырабатываемых кожными железами. Внутренняя поверхность кисты выложена многослойным плоским эпителием, при чем верхние слои клеток имеют сходство с *epidermis*'ом кожи; под эпителием Мальпигиев слой, сосочки, развиты слабо; дальше находится жирный слой, который как бы соответствует подкожному жирному слою. Кроме того в стенке кисты открываются сальные и потовые железы, волосяные луковицы. Иногда волосы находятся в кисте, перемешанные с салом; иногда же в каком-либо месте кисты они растут прямо со стенки ее из волосяных луковиц. Иной

¹⁾ Орлов. Archiv für die ges. Physiologie. Bd. 59.

раз они свернуты в клубок. Длина волос различна, особенно большими они не бывают, но описаны случаи, где длина волос равнялась 1 футу и более. Цвет их разнообразный и часто не соответствует цвету волос самой больной. Зубы находятся также отдельно в сале, или же они сидят в соединительнотканых пластинках, а чаще всего в костных, напоминающих верхнюю или нижнюю челюсть. Эти костные образования заложены в самой стенке кисты. Зубы бывают разнообразной формы и величины; в некоторых случаях в костных пластинках находят, наряду с молочными зубами, постоянные зубы, которые, по мере своего роста, выталкивают молочные зубы, как это бывает при нормальных условиях смены зубов. Количество зубов в одной кисте доходит до 100, и даже до 300 штук (проф. Славянский). Я ни разу не видал такого громадного количества зубов.—во всех моих случаях (23) число зубов доходило до 10, не более. Кроме волос и зубов, в кистах находили пучки гладких и поперечно-полосатых мышц, нервные элементы, нервные волокна. В редких случаях открывали серое вещество мозга, зачатки глаз, верхних конечностей и т. д.

Жирное содержимое или сплошь выполняет полость кисты в виде однообразной массы, или жир скатывается в отдельные шарики чрезвычайно красивой и правильной формы. Химическое исследование жира показывает, что в нем находится лейцин, тирозин и мочевины; иной раз в жире встречается большое количество холестерина.

Дермоиды растут чрезвычайно медленно и не достигают особенно больших размеров. Они долго лежат у больной в брюшной полости, не причиняя каких-либо страданий, если не давят на нервы, и открываются совершенно случайно.

Так, в одном из моих случаев был найден дермоид в заднем своде во время беременности, при чем больная явилась ко мне не по поводу опухоли, а чтобы узнать, правильно ли идет беременность, когда ей рожать и как себя вести. Дермоид, величиной в кулак, лежал в заднем своде и не вызывал никаких припадков. Если в дермоиде вдруг начинает замечаться усиленный рост, то это объясняется появлением другой полости кисты, наполненной серозной жидкостью. Как осложнение дермоида, усиленный рост его может также объясняться нагноением его содержимого.

Дермоиды бывают в большинстве случаев однополостные и односторонние, но иногда их бывает в одном яичнике по несколько штук. Дермоиды, развиваясь из коркового слоя яичника, не вырастают между листками широких связок, а относятся к матке, как киста, сидящая на ножке.

Гератомы также овулогенные образования. Они бывают плотные, как камень, но иногда в существе их находятся кистовидные полости.

Величина колеблется от величины горошины до головы взрослого человека. Они содержат в себе производные всех трех зародышевых листков. Из них наиболее часто и в большом количестве находятся зародышевые ткани: слизистая, хрящ, железы, затем мозг, зубы, щитовидная железа. Wilms производит тератомы от зрелой яйцевой клетки под влиянием каких то патологических условий. В описываемых опухолях, в противоположность дермоиду, клетки сильно размножаются, и опухоль имеет явно злокачественное течение: больные быстро худеют, истощаются и, в конце концов, погибают от кахексии. Pfannenstiel считает их исключительно злокачественными опухолями, дающими рецидивы после операции.

Тератомы встречаются чрезвычайно редко. В своей практике я наблюдал лишь один случай тератомы, который описан приват-доцентом Ф. В. Букоемским¹⁾. Этот случай вкратце таков: больной 55 лет, регулы отсутствуют уже 12 лет, беременной была два раза: первый раз на 1-м году половой жизни, родила преждевременно, на 8 месяце, а год спустя имела аборт от неизвестной причины на 3-м месяце; с этого времени считает себя больной. Больная жалуется на боли внизу живота и плотную опухоль, которую сама прощупывает также внизу живота, слева. Общий вид больной плохой. При исследовании в тазу определяется плотная опухоль, величиной в детскую головку, при чем верхний край опухоли заходит и в большой таз. Матка спаяна с опухолью и отдельно не прощупывается. Длина полости 11 сант. При чревосечении найдено: слева и несколько спереди матки определялась опухоль, упруго эластической консистенции, величиной в головку доношенного плода. Опухоль окружена воспалительной капсулой и сращена с кишками. После вскрытия воспалительной капсулы опухоль была сравнительно легко вылучена из своего ложа. Яичник на этой стороне не был найден; Фаллопиева труба лежала на опухоли; на поверхности матки найдены два субсерозных фиброида, величиной в куриное яйцо, которые были удалены. Ложе опухоли частью резецировано и зашито. Вылученная опухоль представляла кистовидную полость, содержащую серозную жидкость. Стенка кисты в 3 миллиметра толщиной была снаружи шероховата, вследствие вышеуказанных воспалительных отложений. Внутренняя поверхность гладкая, и на ней найдена плотно сращенная с ней опухоль, величиною в куриное яйцо, и две маленькие, величиной в горошину (рис. 214), сидящие тоже на стенке кисты, по бокам большой опухоли. Большая опухоль неправильно круглой формы, слегка бугристая, на разрезе состояла из нескольких секторовидных участков различного цвета: желтоватого с некоторым блеском, кровя-

¹⁾ Букоемский. Журнал акуш. и женских болезней. 1908.

нисто-красного, бурого и беловато-перламутрового. В центре опухоли была костеобразная масса, которая не резалась ножом.

При микроскопическом исследовании костевидная часть после декальцинации оказалась действительно состоящей из костной ткани и большого количества гиалинового хряща. В остальной массе опухоли найдены были самые разнообразные ткани: эмбриональная соединительная ткань, масса железистых ходов, мышечная ткань обоих видов (поперечнополосатые, окруженные циркулярно гладкими мышцами). Как в большой, так и в малых опухолях строение было одинаковое, при чем там и здесь найдены участки ткани, напоминающие при микроскопическом исследовании круглоклеточную саркому. В стенке кисты, где прикреплялась опухоль, найдено corpus albicans.

У больной через 10 месяцев наблюдался рецидив, от которого она погибла.

Ф. В. Букоемский так объясняет развитие тератомы в данном случае: киста яичника развилась из Граафова пузырька, в котором застряло оплодотворенное яйцо. Воспалительная плотная оболочка, которой киста была окружена, указывает, что в известное время, быть может, приблизительно в то время, когда в фолликуле осталось оплодотворенное яйцо, были внешние условия, вызвавшие периоофорит и образовавшие вышеупомянутую оболочку вокруг яичника. Оплодотворенное яйцо могло служить, с одной стороны, раздражающим моментом для появления экссудата в полости закрывшегося воспалительной перепонкой Граафова пузырька, от чего образовалась киста яичника. С другой стороны, яйцо, будучи пространственно стеснено в росте, а также вследствие других причин, дало спутанную картину роста отдельных тканей; таким образом, возникла эмбриома. Нахождение опухоли у больной в течение, по крайней мере, более 12 лет, так как регулы у больной уже давно прекратились, не противоречит литературным данным.

Фибромы яичников встречаются чрезвычайно редко. Они развиваются из стромы яичника и могут занять его целиком. Сначала форма яич-

Рис. 214.



Тератома. На внутренней поверхности кисты видна тератома.

ника хорошо сохраняется, а затем, по мере роста опухоли, она может сделаться шарообразной, бугристой. Консистенция опухоли в большинстве случаев твердая, реже бывает мягкая. Своей капсулы она не имеет, а поэтому не может быть вылучена из яичника, ибо ткань опухоли тесно сливается с межуточной тканью яичника. Опухоль весьма подвижна, так как сидит на ножке; она встречается чаще на

Рис. 215.



Фиброид яичника.

одной стороне, но описаны и двусторонние опухоли. На рис. 215 представлена такая фиброма, величиной в куриное яйцо, которую я оперировал в заведываемой мною клинике.

Большой величины они не достигают. В одном яичнике их может быть несколько штук. Нередко вместе с фиброидами бывают в яичнике кисты Граафова пузырька; в самом существе фиброида также могут быть кисто-

видные полости, наполненные лимфатической жидкостью.

Фиброиды яичников иногда пропитываются известью и превращаются как бы в яичниковые камни. В фиброме яичника в некоторых случаях встречаются слизисто-перерожденные участки ткани; в иных опухолях наблюдается большое количество кровеносных сосудов, превращенных в большие кавернозные полости. При фиброидах яичника часто наблюдается асцит. Отчего это происходит, сказать трудно. Нагноение в фиброидах наблюдается редко.

Саркомы яичников бывают плотные и мягкие. Чаще встречаются плотные, в виде фибросарком, при чем последние принадлежат к типу веретенообразноклеточных сарком. Более мягкие саркомы яичников принадлежат к типу круглоклеточных сарком (*sarcoma globocellulare s. medullare*).

В то время, как первые встречаются у взрослых, вторые — чаще у детей до 15-летнего возраста.

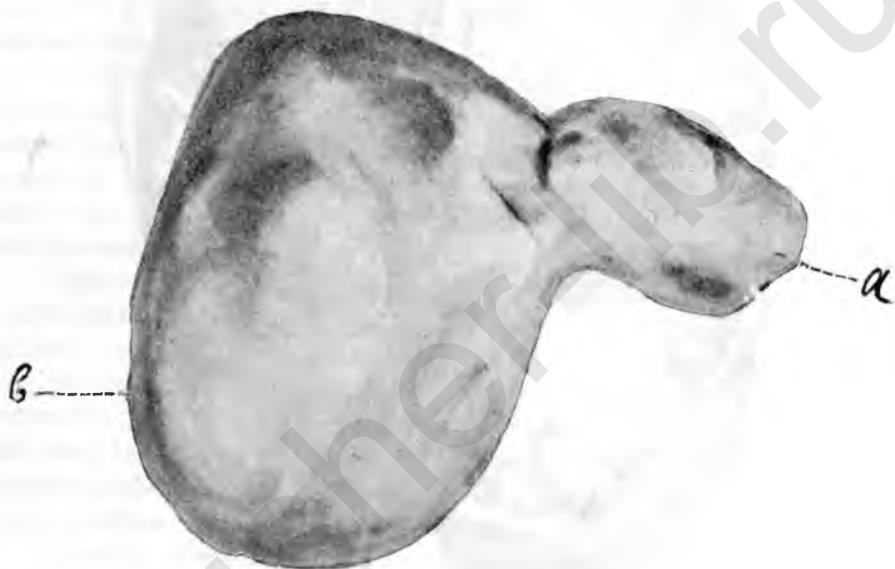
Фибросаркомы, с большим количеством соединительной ткани, на разрезе очень похожи на фиброиды яичника, и их часто с ними смешивают. На истинный путь выводит микроскопическое исследование.

Саркомы имеют круглую форму, гладкую поверхность; они иногда поразительно долго сохраняют форму яичников; они также

могут не иметь сращений, которые появляются довольно поздно. Саркомы сидят на ножках, как и кисты яичников, и часто бывают двусторонними. Ткань яичника не сразу захватывается новообразованием, а постепенно вытесняется им, а поэтому функции его могут еще сохраняться, и больная продолжает менструировать даже при двусторонней опухоли. Больная может также забеременеть.

На рис. 216 изображена саркома, которая заняла часть яичника *b*, а часть яичника *a* еще здорова. На рис. 217 изображена саркома

Рис. 216.



Sarcoma ovarii.

a) Яичник. *b*) Саркома.

того же случая на другой стороне, занявшая весь яичник. От ткани яичника ничего не осталось. Опухоль разрезана, она оказалась круглоклеточной саркомой.

Симптомы — болевые ощущения, асцит, кахексия и аменоррея.

Лечение состоит в удалении опухолей. При ранней операции, без появления заметной кахексии, успех оперативного воздействия хороший. Мелкоклеточные саркомы дают худший прогноз, фибросаркомы — лучший.

Более подробно с течением сарком яичника можно познакомиться в дисс. проф. В. С. Груздева¹⁾, вышедшей в свет в 1894 г.

¹⁾ Груздев. Саркомы яичников. 1894.

Эндотелиомы яичника—плотные новообразования и похожи, по течению, на саркомы. Они часто бывают двусторонними. Их легко смешать с опухолями эпителиального происхождения, так что нужно доказать непосредственный переход нормального эндотелия сосудов в клетки опухоли. Они бывают плотные, а также кистовидные и с папиллярными разрастаниями.

Рис. 217.



Саркома яичника.

Белым цветом обозначена саркоматозная ткань.

При кистовидных опухолях содержимое их серозное или в виде маркой, мозговидной кашицы отживших элементов опухоли. Псевдо-муцина в жидкости не бывает.

Эндотелиомы образуются из эндотелия яичниковых кровеносных и лимфатических сосудов. Клетки эндотелия разрастаются в количестве и по величине и делаются чрезвычайно похожими на эпителиальные клетки. Ядро их резко выделяется. Они врастают в поверхностно-расширенные кровеносные и лимфатические сосуды, а затем и в самую ткань.

Течение, симптомы и лечение то же, что и при раках и саркомах яичников.

Рак яичника развивается из эпителиальных элементов, заложенных в яичнике и, главным образом, из зародышевого эпителия, врастающего в ткань яичника, и из паровариальных трубок, оставшихся в яичнике.

Рак яичников встречается в двух видах: или в виде железистой карциномы (adenocarcinoma), или в виде твердой плотной опухоли, скirrosной, с большим разрастанием соединительной ткани.

Первая опухоль на микроскопическом срезе имеет железистое строение. Она вся пронизана железистыми ходами, выложенными цилиндрическим эпителием, прорастающим в ткань яичника. Эти опухоли имеют в иных случаях папиллярные разрастания и носят название *cystocarcinoma papillare*.

Плотные карциномы состоят из соединительной ткани, в виде перекладин, с заложенными между ними гнездами эпителиальных клеток. Как в случае железистых, так и плотных карцином, в хорошо развитых, далеко ушедших опухолях эпителий уже не имеет ничего характерного: клетки его представляются неправильной, иногда очень причудливой формы.

Работая над паразитами рака, я в карциномах яичника находил наибольшее число различных, чрезвычайно оригинальной формы, клеток.

Раковые опухоли яичников бывают двусторонние, редко односторонние, первичные и вторичные, развивающиеся в яичнике при раке желудка, кишек. Последние бывают часто, поэтому до операции удаления раковых опухолей яичников следует внимательно исследовать другие органы.

Перенос совершается по лимфатическим путям или непосредственно через сращение с сальником.

Раки яичников очень быстро срastаются с окружающими частями и дают диссеминационные узлы на брюшине кругом опухоли. Прежде всего появляются раковые узелки в заднем Дуглассовом пространстве, куда они попадают с опухоли, опускаясь в более глубокое место; затем отсюда узелки распространяются по брюшине как париетальной, так и висцеральной; асцит очень рано присоединяется к заболеванию.

Опухоли вначале сохраняют форму яичников, а затем *albuginea* разрушается, а они изъязвляются.

Иной раз, при долгом существовании опухоли, она, срastаясь с органами, прорывается в них; она также может распространиться на Фаллопиевы трубы, матку и в околоматочную клетчатку.

Возраст, в котором наблюдается рак яичника, — от 30 до 50 лет.

Следует упомянуть еще о раковом перерождении кистом. При существовании доброкачественной кистомы, вдруг, под влиянием каких-то

причин, начинает где-либо на ее стенке пролиферировать эпителий; он врастает в ткань и дает, в конце концов, начало раковому узлу, который быстро разрастается. Тогда вся кистама начинает быстро расти, появляются перитонитические боли, сращения и брюшная водянка. При операции находят, рядом с кистовидными полостями, большие участки раковой ткани. Это называется **раковым перерождением кистом**.

Этому перерождению подвержены особенно *cystopapillom*'ы, и из них образуется, так называемая, *adenocarcinoma papillare*.

Реже подвергаются перерождению ложно-слизистые кистомы.

Распознавание делается на основании анамнеза и непосредственного исследования. Непосредственным гинекологическим исследованием устанавливается присутствие опухоли рядом с маткой бугристой консистенции, неподвижной. В заднем своде определяются бугорки, утолщения; при папиллярных разращениях их прощупывают также через задний свод, при чем на ощупь они представляются ломкими, легко раздавливаются под пальцем, при чем может получиться характерный хруст.

При запущенной форме рака яичника в животе определяется ясный асцит. Температура тела бывает повышенной до $37,8^{\circ}$ — 38° С. Я не раз это наблюдал и объясняю это развивающимся перитонитом.

Предсказание очень неблагоприятное, особенно после папиллярных форм, даже если операция была произведена как будто бы и во время.

Рецидив наблюдается или в виде опухоли в области культи или в виде общего карциноматоза брюшины: также нередко встречаются переносы в другие органы.

Лечение—полное удаление обоих яичников, даже если окажется пораженным только один из них.

ГЛАВА XXII

ЭТИОЛОГИЯ, ПРИПАДКИ, ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТОМ ЯИЧНИКА.

Этиология кистом яичника представляется темной. В то время, как появление ретенционных кист фолликулов, желтых тел, можно объяснить предшествующим воспалением яичника, кистомы развиваются в совершенно здоровом яичнике. Они встречаются как в самом раннем возрасте, так и в самом позднем. Мне приходилось оперировать больных с кистамами яичников в возрасте 66—70 лет. Чаще всего они встречаются в самые лучшие годы жизни женщины, а именно в

половом расцвете, от 30—40 лет. Дермоидные кисты, тератомы, бывают врожденными, их находили у недоношенных и новорожденных девочек (проф. Славянский). Существует какое то предрасположение яичников к развитию кист. Мне не раз приходилось оперировать дважды у одной и той же больной кисту яичника. Один случай особенно характерен. Ко мне привезли девушку 16 лет с кистой правого яичника. Путем чревосечения я ее удалил. Киста оказалась папиллярной, на внутренней поверхности ее найдена целая серия сосочковых разражений. Через 4 года она снова приехала ко мне, при чем найдена была кистовидная опухоль на другом яичнике. Опухоль была удалена также через брюшную стенку; киста оказалась такого же характера, как и первая. Нередко кистомы поражают оба яичника. Относительно наследственности трудно сказать что-либо определенное. Встречаются случаи кистом яичника, где имеются указания на то, что и у матери была киста яичника. Встречаются ли кистомы яичников чаще у нерожавших или наоборот—вопрос открытый.

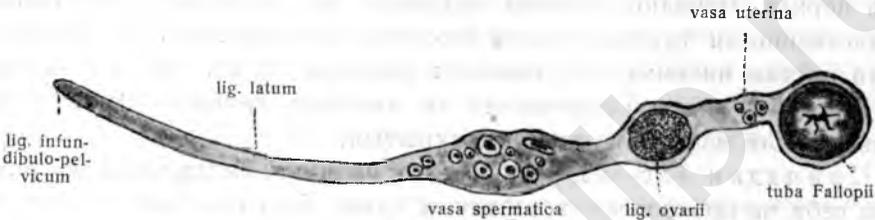
Припадки. Кистома, развиваясь в яичнике, иногда долгое время ничем себя не проявляет: отсутствуют какие бы то ни было припадки, месячные идут правильно, болей нигде нет и общее состояние хорошее. Аменорhoeа наступает тогда, когда вся яичниковая ткань израсходована; иногда бывает наоборот—menorrhagia и dysmenorrhoea. При злокачественных опухолях яичников (раках, саркомах, папилломах), нередко уже в самом начале появляется чувствительность внизу живота и другие явления. При кистомах бывают случаи, когда больная является к врачу с жалобами на увеличение живота; при этом она заявляет, что никаких болей нет, и регулы приходят совершенно правильно, только ее удивляет, что живот стал больше, как будто она беременна. При исследовании врач находит кисту яичника. По мере роста кисты и выполнения ею полости живота, появляются симптомы со стороны сердца—учащение пульса, со стороны легких—одышка; на нижних конечностях развиваются отеки, которые от лодыжек постепенно поднимаются все выше и выше. Живот сильно растягивается, на поверхности кожи появляются striae, брюшные покровы истончаются, начинают лосниться, на них видны расширенные вены. Общее состояние больной довольно долго остается ненарушенным, а затем больная начинает сильно худеть. Вследствие сильной одышки она не может передвигаться, затем не может лежать, и ей приходится все время сидеть; в этом положении она должна и спать. Пульс слабеет, в моче определяется белок и форменные элементы, и больная, в конце концов, погибает от истощения и паралича сердца.

При злокачественных новообразованиях и папиллярных кистомах, даже при доброкачественных, сравнительно рано начинают наблюдаться

асцит и явления перитонита. При больших кистах в свободной брюшной полости бывает также скопление асцитической жидкости.

Болевые симптомы при кистах начинают давать себя знать лишь при различных осложнениях, из которых наиболее частое — **перекручивание их ножки (torsio pedunculi)**. Кистомы, как было сказано выше, сидят на ножках, толщина которых очень часто не более двух пальцев. Различаются анатомическая и хирургическая ножка кисты. Анатомическая не что иное, как *mesovarium*, а хирургическая (рис. 218) состоит из Фаллопиевой трубы, из *lig. ovarii proprium*, *vasa uterina*, *vasa spermatica*, *lig. latum* и *lig. infundibulo-pelvicum*. Эта ножка вытя-

Рис. 218.

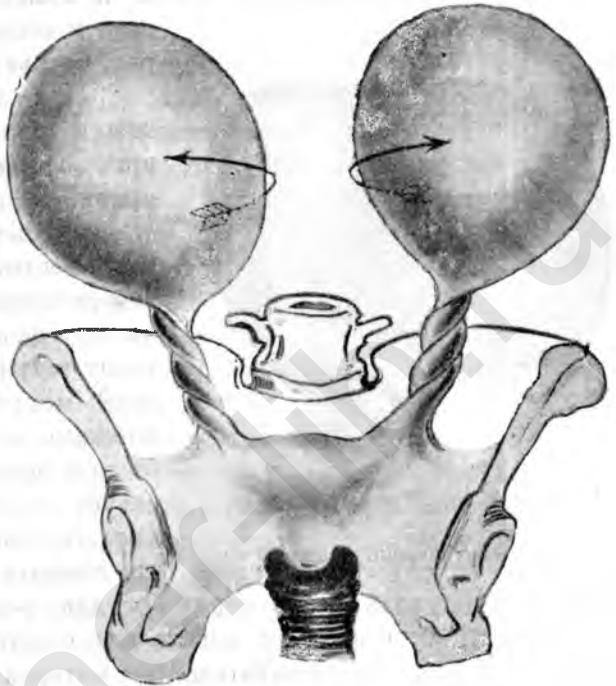


Разрез хирургической ножки кисты (Koblenz).

гивается, в большинстве случаев, по мере роста кисты, довольно значительно, и тогда киста, благодаря этому, свободно двигается по всему животу. С перемещением больной из одного положения в другое и она меняет свое место. Если больная перекалывается с боку на бок, киста переваливается на соответствующую сторону. Только при больших кистах таких передвижений быть не может, при кистах же средней величины они постоянно наблюдаются. Форма кисты в большинстве случаев круглая, но она может быть и с большими выступами на какой-либо одной из сторон. Эта асимметрия кисты помогает ей поворачиваться около оси при передвижениях с места на место. Поворот кисты по оси и ведет к перекручиванию ее ножки со всеми его последствиями. Скопление твердого кала в прямой кишке может поворачивать опухоль около ножки сначала на небольшом протяжении, но затем закручивание постепенно делается все больше и больше. Такое же влияние может оказывать и растущая беременная матка. Опорожнение брюшной полости после родов облегчает повороты кисты около ее ножки, так как сразу увеличиваются пространственные отношения в брюшной полости; при усиленной перистальтике кишек, под влиянием слабительного, киста, будучи свободна от давления, легко передвигается даже от кишечных толчков. При гинекологическом исследовании можно повернуть кисту около ее ножки; поэтому производить его следует очень осторожно.

Перекручивание ножки кисты, по Küstner'y, совершается так: правые опухоли закручиваются слева направо, левые—справа налево (рис. 219). Проверять это положение на своих случаях, я не раз убеждался в его правильности.

Рис. 219.



Перекручивание ножки кист (по Küstner'y).

Необходимыми условиями механизма пере-
кручивания, по Н. W. Fgeund'y, служит полная подвижность матки и опухоли и легкая уступчивость брюшной стенки.

Киста, поворачиваясь около ножки, может дать несколько завертываний (рис. 220). Ножка при этом постепенно истончается и, наконец, перерывается; таким образом киста откручивается от своего ложа. Конечно, это совершается лишь при бурных явлениях, о которых я сейчас скажу.

Как только ножка перекрутилась, хотя бы лишь один раз, сразу наступает уменьшенный приток артериальной крови к опухоли и затрудненный отток венозной крови. Благодаря этому стенка кисты отекает и опухоль сразу увеличивается. Вследствие застоя крови в венах и расширения сосудов, происходят кровоизлияния в содержимое опухоли; оно окрашивается кровью и из прозрачного серозного делается мутным, буроватого или даже шоколадного оттенка. Больная начинает жаловаться на боли в животе, которых до этого времени не было. Чем сильнее и острее перекручивание, тем резче болевые при-

падки. Живот делается болезненным при ощупывании, особенно на той стороне, где лежала опухоль; он вздувается, и больная не дает дотронуться до живота, да и нет никакой возможности в нем что-либо прощупать; появляется рвота и сильная слабость; температура тела,

Рис. 220.



Резкое перекручивание ножки кисты

если и поднимается на первых порах, то очень незначительно.

При полном перекручивании ножки совершенно прекращается приток питательного материала, т. е. крови, к кисте; благодаря этому стенка кисты местами, а то и вся начинает омертвевать. Окружающая ее брюшина тотчас же реагирует на это: развивается местный перитонит, результатом которого появляются многочисленные сращения с кишками, с сальником и с пристеночной брюшиной. Чаще всего участвует в сращениях сальник; он является как бы спасителем кисты.

По ложным перепонкам от него спускается на опухоль целая серия сосудов, и жизнь кисты вновь восстанавливается, если она не успела вся омертветь. Так как сальник приносит ей сразу массу питательного материала, то опухоль начинает быстро расти. Увеличение размеров опухоли после перекручивания ножки может зависеть еще, кроме усиленного питания и отека стенки о котором я сказал выше, от количества излившейся внутрь кисты крови. Описаны случаи развития сильной анемии на почве кровоизлияния в кисту.

При полном и остром перекручивании ножки и прекращении подвоза питательного материала не успевают образоваться сращения, как киста уже вся омертвевает, гангренизируется, и содержимое ее превращается в гной, образуя как бы громаднейший нарыв. Больная начинает сильно лихорадить при потрясающих ознобах и, наконец, может погибнуть, если во время не подана оперативная помощь. Если киста постепенно откручивается от своей ножки, то таких бурных явлений не бывает; сращения с окружающими частями развиваются тоже понемногу, и киста может совершенно открутиться от своего ложа и лежать среди кишек, сращенная с ними и с сальником, не ведя к таким губительным последствиям. Я видел случай, где у больной такая, совершенно отделившаяся от своего ложа, киста лежала среди кишек и вызывала накопление асцитической жидкости. По сло-

вам больной, когда я увидел ее в первый раз, за короткое время жидкость из живота была выпущена 40 раз. Особенных болей она не чувствовала: вид ее был вполне удовлетворительный. При чревосечении был найден хронический перитонит и круглая кистовидная опухоль, величиной в головку 8-летнего ребенка, тесно сращенная с тонкими кишками, которые в некоторых местах как бы вросли в ее стенку. Больших трудов стоило отделить кишки от опухоли. Стенка кисты оказалась ломкой, омертвевшей. Как скоро киста была удалена, накопление водяночной жидкости тотчас же прекратилось, и больная быстро поправилась. При осмотре матки и ее придатков во время операции придатки на левой стороне не были найдены. В иных случаях в стенке подобных кист находят обильные отложения извести. В редких случаях под влиянием перекручивания ножки киста постепенно атрофируется, и получается полное самопроизвольное излечение.

Если врач приглашается к больной во время перекручивания ножки, и он не видал ее раньше, то поставить верный диагноз является делом очень трудным. Сама больная не может помочь ему в этом деле, так как она не знала раньше о существовании опухоли, которая ничем не давала себя знать. Благодаря сильному вздутию живота, не удастся ничего прощупать; через своды сегменты опухоли также могут не определяться, а между тем на лицо перитонит. Тогда ставится диагноз заворота кишек, аппендицита, холелитиазиса и т. д. На верное предположение может навести анамнез больной, на основании которого можно исключить все вышеприведенные заболевания; принимая же во внимание быстроту наступления описываемых явлений и остроту их, без особенного повышения т-ры и значительного ухудшения общего состояния, делается допустимым поставить предположительно диагноз кисты яичника и перекручивания ножки. Как скоро проходят острые явления, метеоризм уменьшается, и в полости живота начинает прощупываться с большей или меньшей ясностью кистовидная опухоль, чувствительная при давлении и мало болезненная.

Результатом перекручивания ножки кисты может быть, как я сказал выше, нагноение содержимого кисты. Это второе осложнение кисты, дающее себя знать, может произойти не только от перекручивания, но и от других причин. Так, нагноение кисты случается после родов или выкидыша, нечисто прошедших, вследствие проникновения в нее септических микроорганизмов, при воспалении окружающей кисту брюшины или при септическом эндометрите, параметрите.

Развивающееся нагноение сопровождается резким повышением т-ры, до 39°—40°, по вечерам и падением ее по утрам. Нагноение кисты может возникнуть при заболевании различными инфекционными

болезнями: брюшном, сыпном тифе, воспалении легких, инфлюэнце. Я имел несколько подобных случаев в своей практике. При проколе кисты с целью диагностики или выпуска жидкости может быть занесена инфекция в полость кисты и вызвать нагноение содержимого.

Нагноившаяся киста срастается обыкновенно с кишкой и может вылить в нее свое содержимое.

Из своих случаев нагноения кист в послеродовом периоде я считаю интересным и поучительным привести два:

1) Больная 48 л., крестьянка, замужняя, поступила в заведующую мною клинику 18/ш 1906 г. Первые месячные были на 17-м году; затем они установились сразу и приняли тип—через 4 недели по 4 дня, без боли, в умеренном количестве; последний раз были 2 года назад. Беременной была 12 раз; роды были срочные; последние были 2 года назад. Больной считает себя 5 лет. Во время предпоследней беременности живот сильно увеличился; родила благополучно, но после родов долго хворала и лихорадила. Спустя некоторое время после родов непосредственно под пупком вскрылся нарыв, при чем выделилось, по словам больной, очень много гноя; сколько времени продолжалось это гноетечение, больная не может сказать. Затем снова наступила беременность (последняя), окончившаяся рождением в срок живого ребенка. После этих родов живот стал снова быстро увеличиваться. Больная сильно истощена, подкожный жирный слой развит слабо. Живот увеличен в $1\frac{1}{2}$ раза больше, чем при доношенной беременности. В нем определяются жидкость и опухоль, в голову взрослого человека, приращенная к брюшной стенке в области пупка, где имеется пупочная грыжа. По средней линии, ниже пупка, звездообразный рубец, откуда, по словам больной, долгое время шел гной. Опухоль умеренно-плотная, бугристая, ограниченно подвижная. Чрез своды она не прощупывается. При операции найдена псевдомуцинозная киста яичника, сращенная с передней брюшной стенкой и с кишками. При отделении сращений от кишек был поранен серозный покров тонкой кишки; наложено 2 шелковых шва.

Опухоль, весом в 3000 гр., представляла многополостную кисту, состоящую из множества мелких полостей, наполненных слизистым содержимым. В том месте, где она прилегала к брюшной стенке, заметен рубец, а под ним бывшая гнойная полость.

Послеоперационный период протек без осложнений при нормальной температуре и пульсе.

В этом случае нагноение в одном из отделов опухоли возникло после предпоследней беременности. Травма опухоли, равно как содержимое ее, послужили благоприятными условиями для нагноения.

2) И. П., 27 л., крестьянка, замужняя. Первые месячные были на 13-м году; тип установился сразу—через 3 недели по 4 дня, без боли. Рожала в срок 3 раза. После последних родов, бывших в феврале 1909 г., лежала в

постели 3 недели, при чем температура была значительно повышена. Через месяц после родов нащупала у себя в животе опухоль, стала худеть и чувствовать большую слабость. Жалуется на боли в животе, особенно справа, жар и отсутствие месячных с мая 1909 г.

Матка небольшая, перегнута вперед. Через правый и передний своды прощупывается упругая, болезненная, неподвижная опухоль, в 6-месячную беременную матку величиной. При операции оказалось, что дело идет о нагноившейся кисте яичника, тесно сросшейся с кишечником и на большом протяжении с брюшной стенкой. Из боязни заразить брюшину при отделении кишек, ибо гной, в виду повышения температуры, несомненно, содержал в себе заразное начало, киста была вшита в брюшную рану.

Пред вшиванием опухоли в рану гной был из нее выпущен, и полость ее промыта солевым раствором. Перекручивания ножки не найдено, а потому и нагноение содержимого зависело здесь, повидимому, всецело от послеродового заражения. Больная поправилась.

Разрыв стенки кисты встречается самостоятельно, как сказано выше, при псевдомуцинозных кистах. Стенка сильно истончается и, наконец, под напором своего содержимого разрывается; содержимое выходит в брюшную полость. Разрывы могут произойти и при других кистах, как однополостных, так и многополостных, под влиянием механических причин извне: толчков в брюшную стенку, ударов, падений не только на живот, но и вообще на что-либо другое, форсированного гинекологического исследования. При папиллярных кистах нарушения их стенок могут производить папиллярные разражения. Сосочки прорастают стенку кисты и выходят в свободную брюшную полость. Содержимое кист, попадающее в брюшную полость, вызывает различные последствия. Серозное содержимое однополостных кист остается по отношению к брюшине совершенно безразличным; перитонитических явлений не бывает, и излившаяся жидкость может всосаться очень быстро без остатка, так как брюшина обладает особенной способностью всасывания. Это не простая фильтрационная перепонка, так как ее клетки обладают особой всасывательной способностью (Орлов)¹⁾. Если киста была однополостная, то она спадается, лежит в виде маленького комочка рядом с маткой и может совершенно атрофироваться. В других случаях отверстие в кисте зарастает, и она снова наполняется жидкостью.

При лопании псевдомуцинозных кист или обыкновенных железистых кистом брюшина сильно реагирует на это. Развиваются перитонитические явления: боли в животе, его вздутие, рвота и иногда повышение т-ры. Острый перитонит постепенно переходит в хронический

1) Орлов. Archiv für die ges. Physiologie. Bd. 59.

и может, в конце концов, даже в случае удаления опухоли, убить больную. Иногда образуется, так называемая, *pseudomixoma peritonei*, имеющая злокачественное течение. При папиллярных кистах также развивается перитонит, и на всей брюшине появляются папиллярные разрастания, имеющие нередко злокачественный характер. Выход в брюшную полость содержимого дермоидных кист ведет в иных случаях к быстрому смертельному исходу, так как оно, состоя из сала, волос и зубов, не всасывается и вызывает жестокий перитонит, который может окончиться образованием нарыва с излитием содержимого его в какой-либо орган: кишки, мочевого пузыря, матку.

Диагностика разрыва кисты устанавливается на основании данных исследования и анамнеза. В анамнезе больная указывает на быстрое развитие болезненных явлений, при чем до этого она почти ничего не чувствовала. При исследовании констатируется присутствие свободной жидкости в животе и уменьшение, а то и полное исчезновение опухоли. Последнее можно легко определить, особенно в тех случаях, когда врач видал раньше опухоль и знаком с ее размерами.

Осложнением кист служит еще беременность; это осложнение может быть весьма серьезным, ведущим не так редко к летальному исходу для матери и ребенка.

На усиленный рост кист беременность не оказывает такого большого влияния, какое наблюдается при опухолях матки. Там рост опухоли очень заметен.

Кисты яичника, помещаясь в полости малого таза, придавливают матку во время беременности и могут вызывать выкидыш; во время же родов, уменьшая полость малого таза, они делают родовой канал непроходимым для ребенка. Для устранения этого стараются выдвинуть опухоль из полости малого таза в большой или пунктируют ее через задний свод и выпускают жидкость, освобождая таким образом родовой канал от препятствия. Описаны случаи, где киста родилась впереди головки через задний свод, или тотчас после родов, или, наконец, через rectum (Kluisken's'a, Алексеевко, Гельштром¹⁾). Большие опухоли, помещающиеся свободно в брюшной полости, не оказывают такого влияния на родовой акт, и роды во многих случаях проходят хорошо, но они могут также и вредно отражаться на родовых схватках, потугах или, смещая матку в сторону, не позволяют правильно устанавливаться предлежащей части и замедляют тем самым родовой акт. После родов наблюдаются различные осложнения, о которых уже сказано выше, — перекручивание ножки, омертвление стенки кисты и нагноение ее содержимого.

¹⁾ Цит. по проф. Славянскому. Частная патология и терапия женских болезней. 1897.

Диагноз кисты яичника в одних случаях установить легко, в других же является делом весьма трудным.

Если киста прощупывается в виде опухоли эластической консистенции, подвижной, нечувствительной, шарообразной формы, лежащей справа или слева от матки, и если еще удастся определить тяж, соединяющий матку с этой опухолью, то диагноз может быть поставлен с положительностью. При гладкости стенок опухоли и их ясной, эластической консистенции можно думать, что дело идет об однополостной кисте яичника, при бугристости же опухоли, при чем бугры могут быть крупные и мелкие — о многополостной железистой кистоме. Если ножка не определяется и если вообще не удастся установить точно связь опухоли с маткой, благодаря длине ножки, то прибегают к исследованию по Негару (стр. 12).

При громадных кистовидных опухолях, выполняющих всю брюшную полость, трудно установить диагноз кисты яичника. Очень редко опухоль не прощупывается через влагалищные своды, так как она помещается выше входа в малый таз. Тогда кисту яичника можно принять за асцит. На истинный путь выводят анамнез больной, клиническое исследование ее и, наконец, прокол или разрез живота. В анамнезе можно иной раз найти указание на то, что больная раньше нащупывала в животе опухоль небольшой величины, в виде шара, перекатывающегося во все стороны. Если же больная не указывает на существование опухоли раньше, то часто нет и указаний на заболевание со стороны других органов, вызывающих асцит. Осмотр больной приносит существенную пользу делу; если при выслушивании и ощупывании органов, а также исследовании мочи устанавливается нормальное состояние сердца, печени, почек и желудочно-кишечного канала, то еще более утверждаются в диагнозе опухоли яичников. При этом возможно, что менструальный процесс уже значительно расстроен; регулы приходят неправильно или, по словам больной, даже совершенно прекратились уже несколько месяцев назад. Пункция или разрез брюшной стенки завершают диагностическую работу. Исследование полученной при проколе жидкости дает верные данные; так, например: при эхинококке в жидкости находят крючья эхинококка, при раках — раковые клетки, и жидкость будет отличаться цветом (окрашена кровью) и консистенцией.

Я предпочитаю делать разрез брюшной стенки, а не прокол, как об этом уже сказано на стр. 13. При разрезе можно не только распознать опухоль, но можно тотчас же решить вопрос об ее удалении; поэтому у меня принято за правило, чтобы больная, инструменты и обстановка операционной были готовы на большую операцию, и можно было от диагностического разреза немедленно перейти к операции

удаления самой опухоли. Вопрос о диагностике громадных кист яичника подробно разобран в работе ординатора заведываемой мною клиники д-ра В. А. Мишина¹⁾ „К диагностике, клиническому течению и патологической анатомии громадных опухолей женских половых органов“. В этой статье, кроме иностранной литературы, он приводит целый ряд работ русских авторов: Ульяновского, проф. В. С. Груздева, проф. Г. Е. Рейна, проф. А. А. Редлиха, Кузнецкого, Платонова и др. В своей работе он описывает 4 случая громадных опухолей женских половых органов, оперированных мною в клинике.

При небольших кистовидных опухолях, не превышающих размера головки доношенного плода и осложненных воспалительными явлениями в окружности их, с появлением сращений, а вместе с тем с ограничением их подвижности, бывает трудно поставить верный диагноз. Можно легко смешать с трубной опухолью — hydrosalpinx, а при нагноении кисты — с pyosalpinx. Киста, захваченная воспалительным процессом, благодаря ли перекручиванию ее ножки или по другим причинам, может относиться к матке совершенно, как трубная опухоль; как последняя, она может лежать рядом с маткой, быть очень чувствительной и совершенно неподвижной. Чтобы подойти к истине, следует тщательно расспросить больную и узнать, сколько времени она считает себя больной, как протекает болезнь, не было ли частых обострений болезни, при которых ей приходилось ложиться в постель, или, может быть, она раньше ничего не чувствовала, и болевые припадки, развившиеся вдруг, заставили ее слечь в постель, но больше не повторяться. Первые анамнестические данные говорят скорее за трубную опухоль, вторые — за кисту яичника, осложненную воспалением. Матка при кистах, сидящих на ножке, остается на своей нормальной высоте, так как киста не оказывает влияния на матку в этом отношении, но она может смещать матку во все другие стороны: вперед, назад, направо и налево. Величина матки не изменяется. Влагалище иногда при больших кистах или при кистах, осложненных асцитом, смещается, и тогда начинает обращать на себя внимание выпадение передней или задней стенки или обеих вместе. При застойных явлениях, от сдавливания опухолью больших сосудов брюшной полости развивается сильный отек и застойные явления на влагалищных стенках, и они еще больше выпадают.

При папиллярных кистах яичников, которые бывают очень нередко двусторонними, удается прощупать через задний свод узелки, сосочки опухоли, легко раздавливающиеся под пальцем и дающие иногда характерный треск, как бы хруст снега под ногой. При рако-

¹⁾ Мишин. Журнал акуш. и женск. болезней. 1912, стр. 1631.

вых опухолях яичника в некоторых случаях в заднем Дуглассовом пространстве прощупываются более плотные разращения, быстро является брюшная водянка и общее исхудание.

Бывают случаи, когда кисту яичника легко смешать с инкапсулированным перитонитом. Так, в одном из моих случаев был поставлен диагноз кисты яичника, при операции же найден инкапсулированный туберкулезный перитонит.

Больная была прислана из деревни. Общий вид ее был вполне удовлетворительный; подкожный жировой слой развит хорошо. При ощупывании живота найдена опухоль, величиной в голову взрослого человека, эластической консистенции, подвижная; при постукивании ее определялся тупой тон. При вагинальном исследовании опухоль через своды не прощупывалась, и об отношениях к матке ничего определенного сказать было нельзя. Сделано было предположение о кисте яичника. При вскрытии брюшной полости глазам представилась большая опухоль, которая состояла из петель кишек, покрытых ложными перепонками; под ними и между кишками найдено большое количество жидкости, на серозном же покрове кишек и на пристеночной брюшине целая серия туберкулезных узелков. Чтобы избежать ошибки в диагнозе, надо было выждать, и тогда могли бы явиться другие данные, как, например, развитие общего туберкулезного перитонита с водянкой живота.

Воспалительные местные перитониты не имеют таких правильных границ и формы, как киста яичника, и это может служить дифференциальным признаком, а затем анамнез больной с указанием на воспалительный процесс.

Иной раз затруднения для дифференциальной диагностики представляют мягкие, перерожденные, субсерозные фибромиомы, сидящие на ножке. При слизистом коллоидном перерождении в них могут образоваться большей или меньшей величины кисты, наполненные слизистым содержимым. Благодаря этому консистенция их напоминает консистенцию кисты яичника, и если опухоль отходит от угла матки и имеет длинную ножку, то легко ошибиться и поставить диагноз кисты яичника. Ощупывание неизмененных яичников на их нормальных местах и определение других фиброзных узлов в теле матки, что часто бывает при субсерозных опухолях, дает в руки возможность поставить верный диагноз.

Загнутая назад беременная матка не раз служила, судя по литературе, ошибкой в диагностике; ошибка происходила от того, что надвлагалищный отдел матки принимался за тело матки, а сама матка, лежащая в заднем своде, за опухоль яичника. Более внимательное отношение к случаю, знакомство с анамнезом и выжидание дают в

результате верное распознавание. Иногда беременность в зачаточном роге матки может дать картину кисты яичника. При больших гидронефрозах также может произойти ошибка в постановке верного диагноза. Как руководство для распознавания, проф. К. Ф. Славянский в своем учебнике проводит следующие признаки, отличающие кисту от гидронефроза:

Hydronephrosis.

Анамнез указывает на бывшие болезни почек; в моче находят белок, гной, кровь; бывали приступы почечных колик и т. п.

Менструальные кровотечения не представляют отклонения от нормы.

Рано появляются отеки ног.

Появление опухоли замечено уже давно, часто еще в детстве, в верхней боковой части живота. Увеличиваясь в объеме, она опускалась вниз и вперед.

Опухоль мало подвижная в начале.

Расположение опухоли в животе никогда не симметрично.

Опухоль отодвигает перед собой кишечные петли, так что между нею и передней стенкой помещается часть толстых кишек.

Опухоль, если и опускается в полость таза, то представляется вполне независимой от половых органов; весьма часто даже прощупывается исследующим пальцем *per vaginam*.

Матка обладает значительной подвижностью.

Кисты яичника.

В анамнезе указания на болезни половых органов.

Часто весьма малое количество крови *sub menstruatione* или явления дисменореи.

Отеки ног только в редких случаях.

Начало развития опухоли внизу живота; увеличиваясь, поднималась кверху и к середине.

Отличается своей резко выраженной подвижностью в начале заболевания.

При большой величине может лежать совершенно симметрично.

Лежит перед кишечными петлями, отодвигая их кверху и в стороны.

Почти всегда нижний отрезок опухоли может быть прощупан через своды влагалища и связь ее с половыми органами может быть доказана, особенно при исследовании *per rectum* при низведенной матке.

Жидкость, полученная при пункции, содержит мочевины, мочекислые соли и хлориды.

Исследование мочи нередко указывает на присутствие гноя, крови или белка.

Мочевина только в исключительных случаях.

Моча нормальна, количество ее нередко уменьшено.

К сожалению, далеко не всегда можно руководствоваться прилагаемыми признаками; нередко многие отсутствуют, и тогда ошибка в диагнозе очень легка.

Лечение при кистах яичника должно быть радикальное, т. е. удаление опухоли. Оно производится или через влагалище или через брюшную стенку с поперечным или продольным разрезом. Удаление кист через влагалище желательнее делать *per colpotomiam posterior*, или, вернее, *per colpo-coeliotomiam post.*, но приходится делать и *per colpotomiam anterior (colpo-coeliotomiam ant.)*. Эта операция совершается весьма легко, когда киста однополостная и не имеет сращений с окружающими частями. Она производится следующим образом: влагалище обнажается ложкообразными зеркалами, *p. vaginalis* захватывается пулевыми щипцами и низводится книзу. В месте прикрепления сводов к влагалищной части матки проводится полулунный разрез. Этим разрезом вскрывается влагалищный свод, затем тупым путем отсепааровывается спереди мочевого пузырь, сзади клетчатка, и вскрывается тот или другой Дугласс. Пальцем, введенным через разрез в брюшную полость, обследуют состояние внутренних половых органов. Если пальца недостаточно, то вводят в сделанное отверстие зеркала с освещением проф. Д. О. Отта. Эти же зеркала употребляются и после операции—для осмотра раневого поля в брюшной полости.

При кровотечении из сводов их обкалывают швами. После этого зеркалами расширяют рану, и ассистент в это время придавливает опухоль к разрезу. Стенку опухоли захватывают пулевыми щипцами и извлекают; если опухоль велика, ее пунктируют ножом или троакаром, выпускают жидкость, и мешок также постепенно извлекают наружу. При многополостной кисте с большими отделами, их опорожняют один за другим. После того, как опухоль извлечена наружу, ее ножку перевязывают в 2, 3 или несколько пучков, смотря по ширине ножки, и срезают мешок кисты поверх лигатур. Культю, если возможно, закрывают брюшиной и вводят обратно в брюшную полость. Рану в своде закрывают целым рядом швов. В чистых случаях я закрываю наглухо, при гнойных же или злокачественных новообразованиях оставляю отверстие и на некоторое время вставляю дренаж из марлевой полоски. Другие авторы не советуют закрывать рану наглухо и в

чистых случаях. К ним принадлежит и проф. Д. О. Отт. Он говорит, что дренаж дает возможность: 1) определить послеоперационное кровотечение в первое же время по его возникновению, не дожидаясь резкого падения пульса, бледности покровов и т. д., признаков, указывающих на внутреннее кровотечение; 2) благодаря этому врачебное вмешательство для остановки кровотечения может быть оказано значительно раньше, чем в случаях после брюшностеночных coeliotom'ий; 3) последовательное вскрытие брюшной полости, в свою очередь, вносит неизмеримо большую опасность, чем остановка крови через отверстие в сводах влагалища.

При передней кольпотомии к полулунному разрезу присоединяется продольный от мочеиспускательного канала по средней линии к месту прикрепления свода к portio vaginalis.

При сращениях кисты с пристеночной брюшиной, с маткой, они отделяются пальцем еще до пункции опухоли, если она не велика и ее всю можно обойти пальцем. При большей же опухоли сращения разделяются понемногу, по мере извлечения опухоли наружу. Сращения с кишками, с сальником нарушаются также снаружи по извлечении кисты. Дермоидные и многополостные кисты с мелкими полостями лучше удалять через брюшную стенку, а не через влагалище; первые потому, что сальное содержимое их с волосами и зубами может загрязнить брюшную полость и рану, вторые потому, что их удалять неудобно, да и содержимое их тоже часто бывает не безразличным по отношению к брюшине.

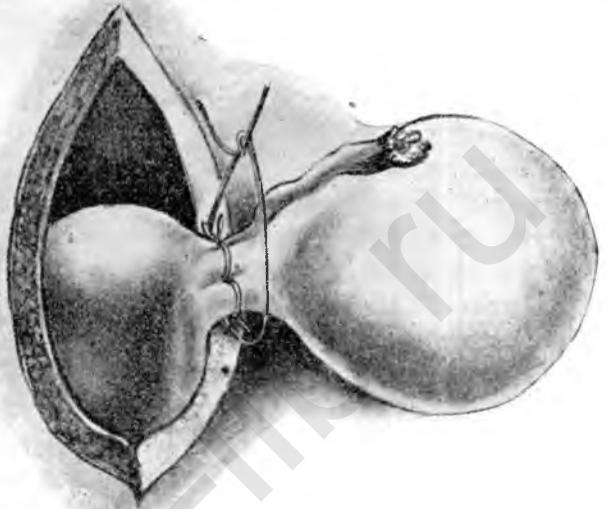
Удаление кист через брюшную стенку производится через продольный разрез по белой линии или через поперечный разрез по Pfannenstiel'ю; все зависит от того, как велика опухоль, можно ли ее уменьшить в объеме путем выпуска жидкости и нет ли обширных сращений с внутренними органами.

Операция производится так: по вскрытии брюшной полости, обследовании рукой опухоли и выяснении ее отношений к матке и другим внутренним органам, ее, если возможно, опорожняют от содержимого путем пункции и извлекают наружу. Ножку опухоли перевязывают в два пучка, обводя еще раз всю ножку лигатурой (рис. 221) или рядом цепочных лигатур (рис. 222); то и другое делается так же, как и при влагалищном удалении кисты. Ножку обшивают брюшиной; я покрываю ее круглой маточной связкой, ущемляя культю между круглой связкой и брюшиной задней или боковой стенки матки (рис. 223 и 224). Г. И. Томсон¹⁾ покрывает культю тоже круглой связкой, пришивая ее к задней стенке матки. Ножку можно перевязывать не пучками, а отдельно наложить лигатуры на сосуды и затем обшить брюшиной.

¹⁾ Томсон. Оперативная гинекология. 1913, стр. 273.

Опухоль отрезают ножом, отжигают Расquelin'ом, а Tuffier и Doyen предлагали отжимать ножку особым инструментом, ангиотрибом, без предварительного наложения лигатур. Но этот последний способ не нашел большого распространения, так как возможно последовательное кровотечение из отдаленной культи. При овариотомии во время беременности следует накладывать лигатуру на ножку так, чтобы не захватить Фаллопиеву трубу, т. е. нужно стараться не перевязать крупных сосудов: иначе иногда образуются тромбы, переходящие в стенку матки, могущие быть причиной выкидыша.

Рис. 221.



Перевязка ножки кисты в два пучка.

При удалении кисты во время беременности никогда не следует говорить больной, что все обойдется благополучно и выкидыша не произойдет, ибо он возможен и наблюдается в некоторых случаях во всех стадиях беременности. При беременности для удаления кисты можно выбирать любой путь — через влагалище или через брюшную стенку на тех же самых основаниях, как без одновременной беременности.

Рис. 222.



Накладывание на ножку кисты почечной лигатуры.

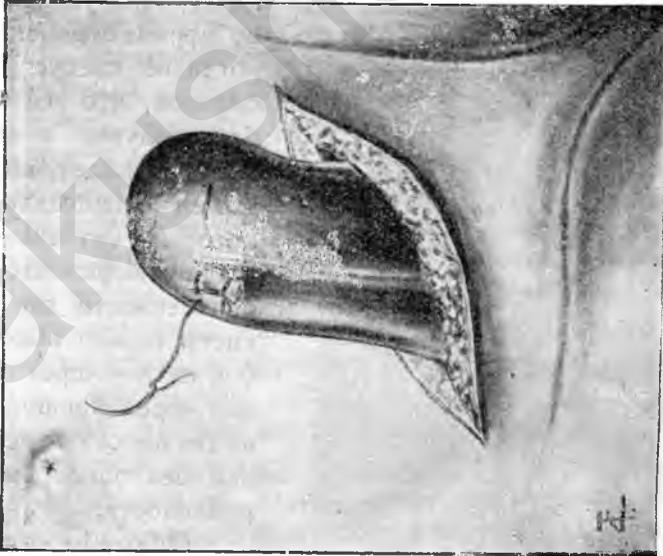
Осложнения при овариотомии. Из осложнений при удалении кист яичника надо прежде всего указать на сращение

Рис. 224.



Круглая маточная связка сшита с брюшиной,
покрывающей матку.

Рис. 223.



Ножка кисты закрывается круглой маточной связкой.

опухоли с окружающими частями. Сращения могут быть рыхлые и плотные; срастание происходит с пристеночной брюшиной и внутренними органами. Первые разъединяются очень легко рукой, вторые, наоборот, чрезвычайно трудно, и для их нарушения могут даже потребоваться режущие инструменты. При разъединении сращений следует обращать главное внимание на могущее быть кровотечение при их разрыве. Иногда весьма незначительное на вид сращение дает после операции смертельное кровотечение; поэтому на сращения следует накладывать тонкие лигатуры из шелка или кэтгута, если кровь, хотя очень немного, сочится из разорванных сращений. Особенно кровоточивы бывают сращения с сальником. Они всегда очень богаты кровеносными сосудами. Это и должно так быть, ибо нередко при перекручивании ножки кисты она получает питание лишь через сосуды сальника. В этом случае на сращения приходится накладывать по две лигатуры и перерезывать их между лигатурами, или удалять куски сальника. При сращении с кишками нужно тщательно, осторожно отделять их от кисты. Серозный покров кишек очень нежен и легко рвется. Если при попытках отделения стенки кисты кишки все больше и больше рвутся, то рекомендуют лучше оставлять кусочек стенки кисты на кишке, чем насильно разъединять их, разрывая кишки. Этот оставленный кусочек стенки, если, конечно, на нем нет злокачественных разражений, скоро атрофируется. Нечего говорить о том, что разорванная кишка должна быть моментально зашита по всем правилам кишечного шва. Я обыкновенно в таких случаях зашиваю ее кэтгутом в два этажа. При операции должен быть всегда приготовлен тонкий кэтгут и кишечные иглы. Хотя и редко, но бывают сращения с печенью. Тогда рекомендуется также оставлять кусочки кисты на печени, ибо, при отделении сращений от печени, из сосудов ее может открыться такое кровотечение, что остановить его представится делом трудным. Проф. В. Ф. Снегирев в подобных случаях рекомендует пар.

Вторым осложнением служит попадание содержимого кисты в брюшную полость. Как бы ни казалось невинным содержимое кистовидного мешка, все же надо стараться всеми силами, чтобы оно не попало в брюшную полость. Для этой цели при пункции кисты все операционное поле закрывается стерилизованными марлевыми компрессами, чтобы жидкость, в случае ее выхождения из кисты, помимо троакара, попадала на марлю, а не в свободную брюшную полость. Особенно надо заботиться об этом при гнойном содержимом и при псевдомуцинозных кистах. При первом может развиваться острый гнойный перитонит со смертельным исходом, а во втором случае хронический перитонит или псевдомиксома брюшины; и то и другое также, в конце концов, ведет к смерти. При гнойном содер-

жимом кисты очень часто бывают плотные сращения с окружающими частями; кроме того стенка кисты нередко бывает омертвелой и легко рвется; в крайнем случае следует вшить кисту в брюшную рану. Чаше это приходится делать при межсвязочных кистах, о которых будет сказано ниже. Тогда киста опорожняется от своего содержимого и вшивается в нижний угол раны, при чем стенка ее пришивается к брюшной стенке шелковыми швами, которые проходят через все слои ее, т. е. через кожу, подкожную клетчатку, апоневроз и брюшину. После этого полость кисты промывается слабыми дезинфицирующими растворами или физиологическим раствором поваренной соли и раствором *t-ra jodi*; постепенно мешок кисты запустевает, и, наконец, брюшное отверстие зарастает. Заживление идет, конечно, очень медленно: 2—3—4 месяца, а то и более проходит, пока больная совсем поправится; но, по моему мнению, это лучше, чем стараться во что бы то ни стало вырывать кисту и в результате погубить больную. Одно только неприятно, что место, где была вшита киста, является самым чувствительным пунктом для развития послеоперационных грыж, так как ткани после заживления вторым натяжением легко растягиваются. В тех случаях, где гнойная киста удалена целиком, но ее содержимое попало в брюшную полость, советуют вставлять марлевый дренаж в брюшную полость и конец его выводить на брюшную стенку или через влагалище. Лучше, по моему мнению, второе, т. е. выведение дренажа через влагалище, так как удастся избежать в дальнейшем послеоперационных грыж, но в крайнем случае приходится делать и первое, когда задний Дугласс совершенно зарощен. Некоторые авторы рекомендовали промывание брюшной полости различными легкими дезинфицирующими растворами (борной кислотой, перекисью водорода и т. д.), но в настоящее время оно почти оставлено, как нецелесообразное; промывной водой мы только разгоняем микробов, бывших до того лишь в тазовой полости, по всей брюшной полости. Лучше ограничиться вытиранием насухо марлей тазовой брюшины.

Зашивание брюшной раны производится после овариотомии так же, как и при других чревосечениях; это уже было описано раньше. Повязка на рану накладывается вязаная, при чем непосредственно на рану кладется несколько полосок стерилизованной марли и слои ваты; иногда полоска марли с ватой, закрывая рану, приклеивается к коже коллодием.

Послеоперационный период после овариотомии, если нет никаких осложнений, проходит гладко. На 7-й день снимаются аграфы, на 9-й шелковые швы, на 10-й день больной позволено сидеть, на следующий день она встает и начинает ходить. В последнее время в литературе раздавались голоса, пропагандирующие раннее вставание

после чревосечения, на том основании, что долгое лежание в постели ослабляет больную. Конечно, нужно согласиться с тем, что долгое лежание в постели ослабляет и здорового человека, но после операции чревосечения, как бы случай ни был легок, по моему мнению, не следует торопиться со вставанием, так как после чревосечений бывают различные осложнения в первые дни после операции. Они проходят легко, если больная лежит в постели, и могут давать бурную картину болезни, если она на ногах. Кроме того и заживление идет в покойном положении лучше, чем при обратных условиях. Я обыкновенно разрешаю больной при помощи лиц, ухаживающих за ней, поворачиваться на бок на 2-й и 3-й день после операции, а иногда даже и на первый день к вечеру, если случай легкий.

В первый день больной обыкновенно ничего не дается пить, так как ее мучит тошнота, а иногда бывает и рвота; боли под ложечкой успокаиваются горчичником. При сильной рвоте прибегают к промыванию желудка. На 5—6 день после операции больной дается слабительное, а в первые два дня ставятся клизмы и в прямую кишку вводится резиновая трубка.

Если простые клизмы не действуют, ставят откачивающие, которые делаются подобно промыванию желудка. Нередко приходится подолгу возиться с кишечником больной, чтобы вызвать газы и стул. При падении пульса, зависящего от шока, дают сердечные средства и различные возбуждающие внутрь и под кожу. При учащении пульса назначают больной т-ра *strophanti* по 2—3 раза в день.

Из других, более серьезных осложнений послеоперационного периода следует отметить септическое заражение, воспаление брюшины, нагноение в брюшной стенке, образование экссудатов в области операционной культи, непроходимость кишек, тромбоз и эмболия. Септическое заражение, в виде воспаления брюшины, чаще всего обнаруживается на 3-й день после операции, но бывают случаи, где перитонит развивается чуть ли не в первый день к вечеру и характеризуется, главным образом, частым пульсом плохого наполнения, при небольшом поднятии т-ры. При этом наблюдается сильное вздутие живота, ничем не устранимое; особенной болезненности не замечается. При дальнейшем течении к этому присоединяется рвота, и больная обыкновенно очень быстро погибает от отека легких и сердечной слабости. Общей борьбы с септическими заболеваниями мы, к сожалению, до сих пор вести не можем, ибо все те средства, как то: антистрептококковая, антистафилококковая сыворотки, *argent. colloidalе* и т. д., рекомендуемые при септических заболеваниях, в большинстве случаев бессильны. Только местным лечением мы можем еще спасти больную, при условии, конечно, если микробы не попали в кровь, т. е. если их еще не находят в крови при микро-

скопическом исследовании; в противном случае наши усилия будут тщетны. Местное лечение заключается во вскрытии местного гнезда и промывании. Если констатирован перитонит, то вскрывают брюшную полость и промывают ее. Лучше всего для промывания брать теплый физиологический раствор поваренной соли. Больные удивительно хорошо относятся к этому акту; все те боли, которые они ощущали в брюшной полости, успокаиваются, даже рвота и тошнота временно проходят. Повторяя это несколько раз в день, можно достичь блестящих результатов. Я говорю это по собственному опыту, где, только благодаря промыванию брюшной полости, удалось спасти больную.

Наряду с этим больной даются сердечные средства, возбуждающие вино, главным образом крепкое, производится вливание физиологического раствора NaCl прямо в кровь или под кожу.

Нагноение в брюшной ране является осложнением чаще всего у жирных женщин. Если нагноение где-либо замечено по шву, то его рекомендуют вскрыть и тампонировать рану иодоформенной или асептической марлей. Нагноение происходит, к счастью, почти всегда выше апоневроза—в жировом слое подкожной клетчатки.

Иногда толчком для нагноения служат небольшие кровоизлияния в жировом слое; гной выходит тогда окрашенный кровью, бурого цвета. При нагноении на небольшом протяжении процесс заживления обыкновенно идет быстро, но если в процесс нагноения вовлекается вся рана, то приходится очень долго (1 мес. и более) возиться с больной, прежде чем рана зарастет. При хороших, здоровых грануляциях, как скоро прекратилось нагноение, следует попытаться ускорить процесс заживления. Для этой цели грануляции соскабливают и накладывают на рану ряд швов или сближают края раны липким пластырем.

При образовании экссудатов в области культи, если нет нагноительной т-ры, можно еще надеяться, что экссудат рассосется; если же т-ра указывает на образование гноя в культе, то показаны горячие спринцевания, согревающий компресс. Абсцесс может прорваться в прямую кишку или в матку, а чаще всего прорывается в шов. Получается фистулезное отверстие в брюшной стенке, которое заживает лишь тогда, когда лигатуры выйдут наружу. При зашивании кэтгутом заживление фистулы идет быстрее, так как кэтгут рано рассасывается; при шелке, если это и произойдет, то очень нескоро.

Непроходимость кишек может возникнуть на почве перегиба кишек при прирастании их к раневым поверхностям, если они недостаточно покрыты брюшиной; может образоваться также настоящий узел, или, наконец, кишка может завернуться около какой-либо ложной перепонки.

Непроходимость кишек бывает полная и неполная. Первая характеризуется тем же, чем и вторая: вздутием живота, тошнотой, рвотой

но при неполной непроходимости не наблюдается рвоты калом, да и вообще рвота не бывает так сильна, как при полной непроходимости.

Лечение основывается на старании опорожнить кишечник. Для этой цели даются внутрь слабительные, которые, к сожалению, очень часто выбрасываются обратно, и высокие клизмы; рекомендуемый под кожу перистальтин был испробован мною много раз, но особенного действия его я ни разу не видал. Рекомендуются еще промывания желудка с целью рефлекторно подействовать на желудочно-кишечный канал. При применении этого средства получается временное облегчение больной. Если ни одно из перечисленных средств и способов вызывания стула не приносит никакой пользы, приходится прибегнуть к чревосечению с тем, чтобы найти ущемленное место кишки.

Эмболии наблюдаются, к счастью, после чревосечения редко, но предупредить их нельзя.

Тромбозы бедренных вен чаще бывают после лапаромиотомий и реже после овариотомий.

При тромбозе нужно соблюдать абсолютный покой, чтобы избежать эмболии. Конечности при этом сильно опухают, становятся болезненными, температура слегка повышается.

Тромбоз развивается обыкновенно на второй неделе после операции, но бывают случаи, где тромбоз развивается раньше.

В некоторых случаях тромбоз может распространяться и на тазовые вены.

Лечение — покойное положение. Конечности приподымают, чтобы был хороший отток крови.

ГЛАВА XXIII

О КИСТАХ ШИРОКИХ СВЯЗОК.

Кисты широких связок называются иначе межсвязочными кистами. Они развиваются, главным образом, из придатка яичника (parovarium), хотя могут развиваться и из яичника путем врастания в широкую связку. Они помещаются рядом с маткой, в большинстве случаев собственной ножки не имеют, а растут в клетчатке, направляясь, по мере своего роста, в две стороны: к соответствующему влагалищному своду, выпячивая его во влагалище, и в свободную брюшную полость, выпячивая над собой брюшину.

Рост их в означенных направлениях может быть неодинаков. Они то растут более сильно во влагалище, суживая его до последней степени: иногда сегмент опухоли доходит почти до *introitus vaginae*;

то в некоторых случаях киста до того обособляется, что симулирует большую кисту влагалища.

При наибольшем росте опухоли в свободную брюшную полость, она все больше и больше выпячивает над собой листок широкой связки, в то же время приподымая матку кверху и втягивая ее в длину. Полость матки увеличивается, но не так значительно, как при миомах.

Положение матки изменяется не только так, что дно и влагалищная часть помещаются выше нормального, но она, кроме того, смещается в сторону, противоположную той, на которой лежит киста. Кишечник весь помещается впереди опухоли или оттесняется по мере роста ее в сторону и вверх. Мне представился случай для операции, где червеобразный отросток вместе со слепой кишкой был найден влево от средней линии пальца на два ниже пупка.

Благодаря тому, что опухоль помещается в клетчатке и растет в обе стороны, она при исследовании определяется неподвижной, но границы ее ясно прощупываются, так как она имеет свою капсулу. Встречаются случаи, где киста широкой связки растет только в одном направлении, а именно в брюшную полость. В этом случае она вытягивает за собою все больше и больше широкую связку и, наконец, образует ножку, хотя, конечно, не такую узкую, какую имеют кисты яичника, сидящие на ножках. Все-таки ножка эта бывает так хорошо сформирована, что опухоль может быть свободно удалена по типу удаления кист яичника, т. е. после перевязки ножки лигатурами.

При вращении опухоли между мочевым пузырем и маткой, пузырь может сильно растягиваться во все стороны. Обыкновенно его находят вытянутым вверх и в сторону на довольно значительную величину. При растяжении опухоли во все стороны, он как бы распластан на ней, и стенка его истончается *ad maximum*. В таких случаях при отделении пузыря стенка его может легко рваться, так как она истончается почти до толщины листа писчей бумаги. В одном из своих случаев при осторожном отделении пузыря пальцами я получил разрывы его в нескольких местах. Произведенные разрывы были тотчас же зашиты, предпузырное пространство дренировано, и все обошлось благополучно, без образования фистулы и даже без какого-либо осложнения со стороны мочеиспускания. Первые дни была кровавая моча, а затем она постепенно сделалась вполне прозрачной. В иных случаях киста сильно растягивает над собою брыжжейку кишек, и тогда вылушение кисты может вести к разрыву кишек.

Кисты бывают чаще однополостные, но встречаются и многокамерные; это объясняется не развитием отдельных полостей в общей кисте, а образованием новых кист из рядом лежащих паровари-

альных трубок. Внутренняя поверхность их выложена то низким кубическим, то высоким цилиндрическим эпителием, снабженным ресничками. Стенка их тонкая и состоит из соединительной ткани. В некоторых случаях находили внутри кист папиллярные разрастания. Яичник расплывается на опухоли, часто сильно истончается и, в конце концов, может совершенно атрофироваться; иногда на поверхности кисты находят его остатки с довольно хорошо сохранившейся и даже функционирующей тканью. Фаллопиева труба прилегает к опухоли, вместе с опухолью вытягивается значительно кверху, но сохраняет хорошо свою структуру и абдоминальный конец с фимбриями. Она обыкновенно подвижна на кисте вместе с брюшиной.

Величина межсвязочных кист весьма различна: от самой малой и до самой большой, выполняющей всю брюшную полость.

Hofmeier¹⁾ оперировал кисту в 42 кгр. весом. Мне приходилось видеть в своей практике случаи, где количество выпущенной жидкости равнялось 1½ ведрам.

В большинстве случаев они не достигают особенно большой величины.

Содержимое кист бывает чаще серозное с удельным весом 1,004—1,005.

Симптомы зависят от места, занимаемого опухолью. Развиваясь с боку матки, кисты могут давить на нервные стволы и рано вызывать боли в соответствующей стороне и нижней конечности. При положении сзади матки они давят на прямую кишку и вызывают боли в крестце и запоры, а придавливая матку кпереди, расстраивают мочеподделение, и больная жалуется то на частое мочеиспускание, то на задержку мочи. Еще более резкие симптомы со стороны мочевого пузыря появляются, когда опухоль врастает между мочевым пузырем и маткой. Менструальный процесс не нарушается, ибо яичниковая ткань в большинстве случаев сохраняется. Даже при громадных кистах, равняющихся по своей величине беременной матке на сносях, не нарушается ни овуляция, ни менструация, и может даже возникнуть беременность.

На ряду с местными, наблюдаются и общие симптомы, в виде расстройств пищеварения, различных нервных припадков, головных болей и т. д. Но бывают случаи, где больная, как и при кисте яичника, обращает внимание на опухоль лишь потому, что живот растет, но болей при этом никаких не чувствует. Опухоль растет быстро.

Из осложнений перекручивание ножки бывает очень редко, так как, если киста и вытягивает широкую связку в виде ножки, то по-

¹⁾ Hofmeier. Handbuch der Frauenkrankheiten. 1908.

следняя все же бывает достаточно широкой. Нагноение может быть на почве инфекционных болезней или пуэрперального процесса. Я видел у 30-летней женщины нагноение кисты широкой связки после брюшного тифа и у 36-летней после произведенного аборта. В этих кистах, хотя и редко, наблюдается также злокачественное перерождение в виде папиллярного рака.

Диагностика устанавливается на основании анамнеза и данных, полученных при исследовании.

Если киста велика и высоко поднимается над Пупартовой связкой, то она определяется снаружи в виде эластической опухоли, лежащей асимметрично; она безболезненна, мало или совсем неподвижна.

При бимануальном исследовании матка прощупывается справа или слева от средней линии; она вытянута и приподнята кверху. Через противоположный свод определяется эластический сегмент опухоли, при чем в одних случаях свод сильно выпячен вперед, в других случаях он сохраняет свою нормальную высоту. Слизистая оболочка влагалища тесно прилегает к опухоли.

Анамнез больной исключает какое-либо воспаление придатков. Больная заявляет, что она не знает, когда появилась опухоль, и обратила свое внимание лишь тогда, когда живот заметно увеличился. Все вместе взятое позволяет сделать заключение о кисте широкой связки, а не о чем либо другом. При маленьких межсвязочных кистах может быть допущена ошибка в распознавании. При отсутствии регул и при возникновении беременности в матке, можно поставить диагноз внематочной беременности, принимая межсвязочную кисту за беременную трубу. В таких случаях не следует торопиться с хирургическим вмешательством, а выждать, что произойдет с опухолью. Если она будет сильно расти, то мы несомненно имеем перед собой внематочную беременность, если же опухоль заметно не растет, а выросла, наоборот, матка, то можно сказать с положительностью, что мы имеем дело с кистой и маточной беременностью.

Относительно дифференциальной диагностики между кистой и другими новообразованиями сказано выше в главе о кистах яичника.

Лечение состоит в полном удалении опухоли, в вылушении кисты из клетчатки. Оно производится через брюшную стенку следующим образом: разрез продольный или поперечный над лобком, по Pfannenstiel'ю, проводится по белой линии. Брюшная полость исследуется рукой, и устанавливается отношение опухоли к окружающим частям.

После этого перевязывается Фаллопиева труба у места ее отхождения от матки вместе с сосудами, питающими опухоль; другая лигатура накладывается на *lig infundibulo-pelvicum*. Сделав это и огра-

див себя, по возможности, от кровотечения, приступают к вылущению опухоли. Для этой цели по выдающемуся куполу опухоли делают разрез брюшины справа налево и тотчас же попадают на капсулу опухоли. Если опухоль не велика, ее можно целиком вылущить, не выпуская жидкости; если же опухоль больших размеров, то с ней манипулировать в целом виде неудобно; тогда выпускают троакаром жидкость, и стенку кисты постепенно отделяют от брюшины, стараясь, по возможности, ее не нарушить. Избыток брюшины можно срезать, а оставшуюся капсулу, если нет в ней кровотечения, зашить; брюшная полость зашивается обычным способом. В тех случаях, когда не удастся остановить паренхиматозное кровотечение со стенок капсулы, полость тампонируют, и тампон выводят или через влагалище или через брюшную стенку. Предпочитают производить первое: оно удобнее и безопаснее для больной. Если кисту нельзя вылущить целиком, благодаря ли нагноению ее содержимого, или благодаря ее глубокому положению, или, наконец, интимному отношению к кишкам и большим сосудам брюшной полости,—ее вшивают в нижний угол раны, что называется *marsupialisatio*. Это, конечно, допустимо лишь при однополостных кистах. Вшитая киста дренируется марлей; к брюшному дренажу можно еще присоединить влагалищный дренаж, тогда получится сквозной дренаж, и киста скорее заустеет.

Из осложнений после вылущений кист следует отметить, главным образом, развитие экссудатов в полости капсулы и возможность образования на этой почве нарывов. При этом надо заметить, что экссудаты на правой стороне скорее дают нагноение, чем на левой. Это объясняется близостью слепой кишки и червообразного отростка, быстро срастающегося с культей и нередко инфицированного.

При неостановленном вполне кровотечении из стенок кистовидной полости, в зашитой полости образуется гематома, которая может достигнуть большой величины. Судьба ее различна: или кровь всасывается без остатка или остается на месте ее плотная опухоль, которая требует дальнейшего лечения ваннами, горячими душами и т. д. или, наконец, она превращается в гнойник, который прорывается чаще всего в брюшной шов, и тем кончается заболевание. Чтобы ускорить выздоровление, можно вскрыть экссудат через влагалище и дренировать полость гнойника. Образовавшаяся после экссудата плотная опухоль нередко вызывает на соответствующей стороне живота боли, отдающие в ногу; больная остается недовольной результатами операции, ибо снова жалуется на те же припадки, какие были у нее до удаления опухоли. Предпринятое последующее лечение для рассасывания экссудативной опухоли постепенно прекращает болевые припадки.

Если киста широкой связки вытянула широкую связку кверху

и образовала ножку, то она удаляется по типу кист, сидящих на ножке, т. е. широкая связка прошивается под опухолью шепочными швами, и опухоль поверх лигатур срезывается; культя, по возможности, обшивается брюшиной.

При соблюдении всех антисептических предосторожностей при операции и полной остановке кровотечения, при вылущении кисты или при разъединении сращений, послеоперационный период проходит без всяких осложнений, и больная встает с постели на 11—12 день здоровой.

ГЛАВА XXIV

ОБ ЭХИНОКОККАХ ТАЗОВОЙ ПОЛОСТИ У ЖЕНЩИН.

Эхинококки по своему строению разделяются на: 1) однополостные и 2) многополостные или альвеолярные (проф. Н. Ф. Мельников-Разведенков¹⁾). Первая форма эхинококка—однополостная, кистовидная—встречается гораздо чаще второй. Так, по обширной статистике д-ра Лукина²⁾, на 7485 вскрытий приходится лишь 3 случая альвеолярного эхинококка и 14 случаев однополостного. О такой редкости альвеолярного эхинококка говорят и другие авторы: так, напр., д-р Przewoski³⁾ в течение 30 лет на 15000 вскрытий не видел ни одного случая альвеолярного эхинококка; В. И. Князьков³⁾ на 2566 вскрытий встретил альвеолярный эхинококк 1 раз; Ф. И. Романов³⁾ (Томск) на 750 вскрытий нашел его 4 раза, однополостный же эхинококк, по его заявлению, встречался гораздо чаще. В. А. Колли³⁾ (Москва) на 3151 вскрытие встретил альвеолярный эхинококк тоже 4 раза. Однополостный эхинококк, по его мнению, встречается чаще, но он редко попадает на секционный стол, так как его с успехом оперируют в клиниках. На основании вышеприведенного можно с положительностью сказать, что однополостные эхинококки наиболее часто служат предметом лечения. Главным местом их появления служит печень, и уже отсюда они распространяются на другие органы: в кишечник, почки, селезенку, матку, яичники и т. д., которые,—особенно матка и ее придатки,—в свою очередь, гораздо реже являются первичным местом развития этого паразита.

¹⁾ Мельников-Разведенков. Studien über den Echinococcus alveolaris sive multilocularis (Beiträge für pathologische Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. 1901).

²⁾ Лукин. Врач. 1884, № 27.

³⁾ Прив. по Мельникову-Разведенкову, стр. 229, 1. с.

Из знакомства с довольно обширной гинекологической литературой по этому вопросу можно видеть, что тазовые эхинококки, развивающиеся в широких связках или в том или другом Дуглассовом пространстве или, наконец, в матке и ее придатках, как первичные, встречаются сравнительно редко; чаще при вскрытии брюшной полости находят начальное гнездо где-либо в другом органе, например, в печени.

В виду сравнительной редкости случаев эхинококков в женской половой сфере и трудности их дифференциальной диагностики от новообразований матки, ее придатков и окружающей брюшины и клетчатки, я приведу случаи, описанные мною в работе, напечатанной в газете „Русский врач“ за 1905, № 3.

1. Б. Г., 36 лет, поступила в академическую гинекологическую клинику Мед. академии проф. А. И. Лебедева 24/IX 1885 года с жалобами на опухоль, тяжесть и сильные боли внизу живота. Чувствует себя больной около 9 лет. 7 лет тому назад стала замечать увеличение правой половины живота. На 18-м году были первые роды. Всех родов было трое, а 2 раза выкинула на 4-м месяце беременности. После последнего выкидыша, 9 лет назад, месячные стали появляться неправильно: то приходили раньше, то опаздывали иногда на 2—3 недели. С этого времени и начала чувствовать себя больной.

Больная крайне малокровная, истощенная. Живот заметно увеличен, особенно правая его половина, где прощупываются отдельные опухоли, величиной от куриного яйца до головки новорожденного. В нижней опухоли зыбление. Тупость печени с 5-го ребра; она почти непосредственно переходит в тупость нижележащей опухоли, и только в области слепой кишки получается барабанный звук. В подчревной области опухоль, повидимому, обособлена и происходит либо из матки, либо из яичника. На левой стороне повсюду барабанный звук. Влагалищная часть матки обращена прямо вперед; влагалище очень укорочено; передний и задний своды заняты плотной, неподвижной, выпятившейся в виде клина опухолью. Положение матки неопределимо. Мочевой пузырь не вытянут.

На основании анамнестических данных и данных, полученных при исследовании, равно как и путем исключения других заболеваний брюшной полости, было предположено, что опухоль в нижней части живота совершенно обособлена от опухолей верхней части и что, по всей вероятности, у больной эхинококки, развившиеся сначала в печени, а затем распространившиеся по брюшине.

Первые 3 дня по поступлении в клинику больная чувствовала себя сносно, но затем появились слабость и сильный пот по ночам. Постепенно состояние ее все ухудшалось, появилась гнойная моча (предположено вскрытие нагноившегося эхинококкового пузыря в мочевой пузырь), кашель с кровавой мокротой, полный упадок сил, и 6/XII больная скончалась. На вскрытии в печени

найден много кистовидных полостей, величиной от грецкого ореха до головы взрослого человека. Полости эти наполнены были множеством пузырей эхинококка различной величины. Самая крупная из кист занимала правую долю печени и имела плотные, пигментированные стенки; полость ее была наполнена множеством спавшихся эхинококковых пузырей. В брюшной полости, между ложными сращениями, также найдено было множество пузырей. Матка была искривлена вправо, покрыта старыми ложными перепонками и плотно сращена с соседними органами. В области левого яичника—кистовидная полость, в куриное яйцо, с эхинококками. Другие органы тоже представляли целый ряд патологических изменений.

2. С. Б., 35 л., замужняя, учительница, приезжая из Забайкальской области, со ст. Сретенская, поступила в клинику 3/IX 1902 г. с жалобами на опухоль в животе и на боль в правой паховой области.

Месячные с 15 лет; до замужества (в 19 л.) приходили всегда правильно через 4 недели и длились по 3—4 дня. Родила 1 раз на 21 году нормально. После родов тип месячных изменился: они стали менее правильны и временами появлялись задержки месяца на 2—3. На второй год после родов больная стала чувствовать боли внизу живота, сопровождавшиеся рвотой желчью. В то же время, приблизительно лет 12 назад, начала замечать в левом подреберье зыблившуюся опухоль. Спустя 1½ месяца опухоль эта исчезла, и года три больная ощущала только боли в области печени, где к концу 3-го года заметила опухоль в гусиное яйцо. Года 2 эта опухоль оставалась без изменений, а затем после лихорадки с потрясающим ознобом тоже перестала прощупываться, и вскоре появились отдельные узлы по всему животу с одним большим в правой стороне его.

Больная среднего роста, удовлетворительного питания. Живот увеличен неравномерно; размеры его: на уровне пупка 98, выше 97, ниже 95 см. При ощупывании в брюшной полости определяются несколько опухолей: одна—в правой стороне живота, дающая при постукивании тупой тон, пальца на три не доходящая до нижних ребер и распространяющаяся влево до срединной линии; две других, каждая в гусиное яйцо лежат свободно в левой половине живота в надчревной области; ниже их и влево—ясный барабанный звук. Влагалищная часть матки увеличена; вокруг наружного зева—ссадины. Тело матки увеличено (полость = 9 см.), направлено кпереди и влево, определяется с трудом. Подвижность матки ограничена. Оба свода выполнены гроздевидными, упругими опухолями, плотно сидящими в тазу, каждая величиной в гусиное яйцо. При исследовании по Негар'у матка не следует за движением опухолей. Чувствительность при исследовании наблюдается, главным образом, в области слепой кишки. Температура нормальная. В моче нет ни белка, ни сахара. Распознан множественный эхинококк брюшины.

3/IX появились месячные, которые продолжались 4 дня. Чувствовала себя хорошо.

25/IX чревосечение под хлороформным наркозом. По вскрытии живота в ране показались эхинококковые пузыри, сидевшие на пристеночной брюшине. Таких пузырей найдено множество как в сальнике, так и в брыжжейке. В тазу около матки, с той и другой стороны ее, лежали большие эхинококковые опухоли. Кроме этого, в правой стороне живота, в области почки, прощупывалась отдельная большая (в детскую головку) эхинококковая опухоль. Все опухоли были удалены, при чем сидевшие на ножках удалены целиком; те же, что сидели на широком основании и имели свою сумку, как, напр., развившиеся в широких связках, были вылущены. Оставшиеся после опухолей полости протерты шариками ваты, смоченными пополам в 10%-м растворе карболовой кислоты + иодная настойка, и зашиты узловатым или непрерывным шелковым швом. Опухоль, находившаяся в правой половине живота в области почки, сидела под брюшиной, и к ней легче было подойти со стороны спины, а потому решено было и удалить ее отсюда. Брюшная полость промыта была 2% борным стерилизованным раствором и зашита 2-этажным швом: 1-й этаж — непрерывный кэтгутовый шов на брюшину и апоневроз, 2-й — ряд аграфов на кожу.

Послеоперационный период протекал при повышенной температуре, в иные дни доходившей до 39°. Причиной лихорадки были нагноение кэтгута и образование нарыва в нижнем углу раны. Нарыв этот 15/X прорвался, и после того образовался свищ, через который выделялся гной и остатки кэтгута. По всей ране была инфильтрация. Прописаны были ежедневные перевязки и согревающий компресс. Нагноение постепенно прекратилось: инфильтрация также уменьшилась. Температура через 2 недели пришла к норме; появился позыв на еду, и больной разрешено было сидеть.

22/X произведена 2-я операция — удаление опухоли справа. Произведен разрез, в 18 ст., через брюшные стенки параллельно гребню правой подвздошной кости. Разрезаны кожа, подкожная клетчатка, все 3 слоя мышц, и под внутренней косой мышцей обнаружен эхинококковый пузырь. Сумка его была вскрыта, выпущена прозрачная жидкость, вылущена хитиновая оболочка эхинококка, и сумка зашита шелковым непрерывным швом, а рана — 2-этажным узловатым: 1-й, глубокий, этаж в 15 швов и 2-й — в 13. Сверху положена сухая ватная повязка.

Швы были сняты на 8-й день. Первое натяжение. Через 2 дня по снятии швов при 38,2° и 36,5° замечено, что рубец стал краснеть и напрягаться. Через 3 дня после этого в этом месте вскрылся нарыв, и выделилось довольно много гноя и 2 небольших эхинококковых пузыря. Температура сразу упала и до выписки больной держалась в пределах нормы. Полость мешка ежедневно промывалась обеззараживающими растворами, и в нее повторно впрыскивалась иодная настойка пополам с 5%-м раствором карболовой кислоты. Под влиянием такого лечения она стала быстро спадаться, шелк непрерывный и узловатый выделился, и больная 9/1 1903 г. выписалась из клиники, по семейным

обстоятельствам, с незначительным свищем, из которого гноя больше не показывалось. При исследовании ее новых эхинококковых пузырей не обнаружено. При гинекологическом исследовании в области придатков прощупывались безболезненные небольшие выпоты.

3. М. С., 23 л., крестьянка Новгородской губ., поступила в клинику 1/XI 1902 г. Первые месячные на 15-м году, стали приходить правильно через 4 недели и длились по 6—7 дней. Замужем 6-й год. Рожала 2 раза, правильно; последние роды были год назад. Месячных затем не было целый год. С 15/VIII 1902 г. крови идут все время, с промежутками в 2—3 дня, по 2—3 дня. После первых родов, окол 4 лет, стала замечать с правой стороны живота опухоль, которая после вторых родов сделалась еще заметней.

Больная крепкого сложения, хорошего питания. Живот в нижней части справа резко увеличен. При ощупывании здесь определяется упругая, подвижная безболезненная опухоль, в головку новорожденного. Матка наклонена вперед; полость ее 6,5 см. Позади и справа от матки прощупывается упругая опухоль, прилежащая к правому краю ее. С левой стороны матки—неизменные труба и яичник. Другие органы отклонений от нормы не представляют. В моче нет ни белка, ни сахара. Распознана киста правого яичника.

6/XI чревосечение. При разрезе брюшных стенок найдено, что опухоль лежит межсвязочно и с левой стороны плотно сращена с петлей тонкой кишки. Сращение перерезано ножницами. Трояком выпущена прозрачная жидкость, слегка опалесцировавшая, затем в кисте сделан большой разрез; в нем показалась хитиновая оболочка эхинококка, которая и вылушена вся целиком. Оставшаяся полость в широкой связке прижжена 10% м раствором карболовой кислоты и зашита узловатыми шелковыми швами. Других пузырей как в этой полости, так и во всей брюшной не найдено. Матка и яичники оказались нормальными. Брюшная полость зашита 2-этажным швом: 1-й—на апоневроз и брюшину, непрерывный, шелковый, 2-й—ряд аграфов на кожу. Обычная повязка с вязанным бинтом проф. А. И. Лебедева.

На 7-й день сняты аграфы; первое натяжение кожной раны. При ощупывании в нижней части живота снова определяется упругая опухоль, величиной и плотностью напоминающая бывшую до операции. Температура нормальная. Общее состояние хорошее. Жалуется лишь на небольшие боли внизу живота и в боках. В 1 й день после операции несколько раз была рвота. Назначены согревающий компресс и горячие души в 34°—36°—37° R, 2 раза в день.

Несмотря на применение компрессов, ванн и горячих душей, опухоль оставалась без изменения. Некоторое время температура была повышена, при чем лихорадка имела нагноительный тип, и наблюдалось выделение гноя через прямую кишку, но и после выделения гноя вышеупомянутая опухоль не уменьшилась. Больная ходила, чувствовала себя хорошо; температура была нормальная, но гной продолжал выделяться через прямую кишку то в большем,

то в меньшем количестве. В виду того, что в течение долгого времени опухоль оставалась без изменений и продолжалось выделение гноя, решено было сделать вторичную операцию. Двуручное исследование показало, что матка направлена влево; с правой стороны, спереди и сзади, прощупывалась вышеописанная опухоль, но лежала она очень высоко. Имея в виду такое высокое положение опухоли и предполагая возможные трудности при операции через влагалище, 26/III 1903 г. снова сделано чревосечение. Разрез по старому рубцу от лобка до пупка. В разрез выпятилась упругая опухоль; она была вскрыта, и из нее вытекла прозрачная, желтоватая жидкость вместе с маленькими эхинококками. Стенки этой полости были тонкие. За этой опухолью лежала другая, сращенная с ней и выпячивавшаяся в ее просвет. В ее полости найден был гной. Оба мешка соединены вместе, промыты борным раствором, затампонированы стерилизованной марлей и зашиты. Брюшная полость зашита так же, как и в первый раз. После этого больная взята была на край стола; влагалище раскрыто ложкообразными зеркалами; разрезан задний свод, и с большим трудом полоска марли извлечена была во влагалище. В один из следующих дней, вместо марли, вставлен был резиновый дренаж, и через него полость мешка промывалась и прижигалась иодной настойкой + 5% -й раствор карболовой кислоты или 20%—30% -м раствором хлористого цинка. 27/IV больная, по собственному желанию, выписалась из клиники с дренажем, через который выделялось очень немного гноя. Она чувствовала себя хорошо; позыв на еду был прекрасный, температура нормальная. Дальнейшая судьба ее мне неизвестна.

Из только что описанных трех случаев в двух первых эхинококк в тазовой полости развился уже вторично при существовании такового в других органах — в первом случае в печени, во втором в области почки (предположительно), в 3-м же случае эхинококк развился в тазу первично, так как в другом месте нигде определить присутствие его не удалось. Первичное развитие эхинококков в тазу представляет большую редкость и многими авторами даже оспаривается; но, несмотря на это, в литературе можно найти несомненные случаи первичного развития этого чужеродного, именно в тазу, в широкой связке, в матке, в Фаллопиевых трубах и в яичниках.

Случай Gräurper¹⁾). Больная, 30 л., кухарка, явилась к автору 27/I с жалобами на увеличение живота и ощущение полноты и тяжести в нем. Рожала 2 раза правильно. В 1891 г. у нее был удален сидевший в левой широкой связке эхинококк величиной в голову взрослого человека. В 1893 г. больная снова стала чувствовать в животе судорожные боли. Месячные без болей. Половые органы не представляют ничего ненормального. Опухоль, в кулак, помещается в левом, уплощенном ею, своде и заходит несколько вперед перегнутой кзади матки. Связи опухоли с маткой установить не удается,

¹⁾ Gräurper. Centralblatt für Gyn. 1900, № 16.

как не удается определить и ее ножки. Через задний свод прибором Raquelin'a сделано было отверстие, и через него выпущена прозрачная жидкость, в которой при микроскопическом исследовании найдены были крючья эхинококка. На 2-й день разрез был увеличен, содержимое мешка освобождено, а стенки его пришиты к стенкам влагалища. Тампонада иодоформенной марлей. В послеоперационном периоде повышение температуры до $38,2^{\circ}$ — $38,3^{\circ}$, при хорошем самочувствии. Под влиянием лечения полость быстро спалась, и влагалищная рана заросла.

Случай Tóth'a¹⁾. У 23-летней больной по поводу какой то заматочной опухоли сделана была задняя кольпотомия. При разрезе вышли маленькие и большие эхинококковые пузыри. Выздоровление.

Случай Kpaueг'a²⁾. Больная, 24 л., последние 14 дней до поступления в клинику жаловалась на задержку мочи. При исследовании найдена упругая опухоль, с гладкой поверхностью, исходившая из малого таза и не доходившая до пупка на 2 пальца. Справа и слева от этой опухоли определялись другие небольшие опухоли, находившиеся в соединении с первой. От большой опухоли шли, направляясь в паховый канал, 2 шнура (круглые связки?). Зондирование дало: полость матки—14 см. Своды были выполнены опухолью; влагалищная часть матки укорочена. Распознава позадиеечная миома. Задняя кольпотомия. Найден эхинококк. Мешок вылушен; полость дренирована. В стенке мешка было найдено много крючьев. Выздоровление.

Случай Dützmanna³⁾. Автор в гинекологическом обществе в Штетине 10/VIII 1902 г. показал удаленные им эхинококковые пузыри, лежавшие в переднем Дуглассовом пространстве между мочевым пузырем и маткой и производившие впечатление подсерозных миом, сидящих на длинных ножках. Распознавание эхинококка можно было поставить под наркозом лишь приблизительно: связи с маткой установить не удалось. На мысль об эхинококках навело то, что больная постоянно возилась с собаками и спала с ними. Лечение оперативное. Выздоровление.

Вопorden⁴⁾ описал случай эхинококка тазовой клетчатки, вскрывшегося через матку наружу. Больная поправилась, но спустя долгое время.

Doctor⁵⁾ наблюдал эхинококка, в голову взрослого человека, в заднем Дуглассовом пространстве. Задняя кольпотомия, тампонада; повторные промывания; полость быстро сморщилась. Выздоровление.

Doléris⁶⁾ удалил у 36-летней больной, страдавшей болями в животе 11 лет, эхинококки обеих Фаллопиевых труб. Распознавание до операции было:

1) Tóth. Реф., там же. 1902, № 11.

2) Kpaueг. Реф., там же. 1902.

3) Dützmanna. Реф. Monatschrift für Geb. und Gyn. 1902.

4) Bonorden. Ibid.

5) Doctor. Centralblatt für Gyn. 1897.

6) Doléris. Indépendance médicale. 1896. № 22.

миома матки. При чревосечении было найдено, что опухоль состоит из двух колоссально увеличенных труб, сращенных в различных местах друг с другом. Вес опухоли был 2 кгр. Содержимое труб состояло из многочисленных эхинококковых пузырей. На сальнике находились желтоватые узелки, представлявшие старые или перерожденные эхинококковые пузыри.

Schultze¹⁾ путем чревосечения удалил обособленный эхинококк правого яичника, величиной в голову взрослого. Кроме него, других пузырей в брюшной полости нигде найдено не было.

Vries²⁾ описал случай эхинококка матки. Автор нашел в литературе лишь 7 достоверных случаев эхинококка этого органа (Laennec'a, Wilton'a, Graily, Hewit'a, Beigel'я, B. Scanzler'a и Schatz'a). Случай автора следующий. Больная, 20 л., незамужняя, поступила в клинику с жалобой на задержку мочи и боли в животе. При поступлении мочевого пузыря найден растянутым до пупка; моча текла произвольно. Причина этого заподозрена в опухоли матки. Распознана внутривенечная миома матки, и предположено было сделать вылущение опухоли. При чревосечении оказалась эхинококковая киста, исходившая из задней стенки матки. Матка была удалена. Выздоровление.

Распознавание тазового эхинококка представляет большие трудности и в громадном большинстве ставится неверно. Из вышеописанных мною случаев с положительностью оно было поставлено во 2-м. При постановке распознавания в этом случае сыграл главную роль анамнез. По рассказам больной, у нее сначала появилась одиночная опухоль, затем опухоль эта исчезла, и спустя некоторое время в животе стала определяться целая серия опухолей. Такой рассказ указывает на то, что первоначальная опухоль лопнула, освободила свое содержимое в брюшную полость, вместе с ним в нее попали и зародыши чужеядного, из которых впоследствии образовались отдельные опухоли. Путем исключения можно было дойти до верного распознавания—эхинококк брюшины.

В 3-м случае опухоль давала все признаки кисты яичника, и об эхинококке не было и мысли. Распознана была киста правого яичника, а при операции оказался эхинококк правой широкой связки. Такая ошибка в распознавании при обособленном в малом тазу первичном эхинококке вполне возможна. Эхинококк, если он бывает окружен большими ложными перепонками и выпотом и образует сам по себе упругую или плотную опухоль и если он тесно прилегает к матке, дает при гинекологическом исследовании ощущение кистовидной опухоли яичника или широкой связки, или мягкой миомы матки. Случаев такого ошибочного распознавания характера новообразования в литературе приводится довольно много; так, напр., Doléris большую эхинококковую опухоль, исходившую из малого таза, принял за миому;

¹⁾ Schultze. Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1897.

²⁾ Vries. Ref. Centralblatt für Gyn. 1904.

Pooth¹⁾ эхинококк в 2 кулака распознал, как кисту яичника; Savariand²⁾ принял эхинококк широкой связки за фибромиому; Sternberg³⁾ за дермоидные кисты обоих яичников; Chrobak⁴⁾ за позадишеечную миому, развившуюся подсерозно и сращенную вследствие воспаления с окружающими частями; Mayer⁵⁾ также за мягкую позадишеечную миому; проф. Г. Е. Рейном⁶⁾ эхинококк либо опухоль брыжжейки. Приведенных примеров, думаю, вполне достаточно, чтобы убедиться в верности вышесказанного о распознавании.

Одним из верных пособий для установки правильного распознавания может служить прободение опухоли помощью шприца или троакара и исследование жидкости под микроскопом. Если в жидкости будут найдены крючья эхинококка, то вопрос этим самым решается. Кроме данных прокола, как на один из признаков эхинококка, указывают еще на шум гидатид, который выслушивается в опухоли; но едва ли это вполне характерный признак: мне, по крайней мере, ни разу не удалось услышать этот шум. Дрожание гидатид, считающееся тоже распознавательным признаком эхинококка, наблюдается и при многополостных кистах широких связок. Убедительным примером в этом отношении может служить случай проф. Д. О. Отта, описанный Г. П. Сережниковым⁷⁾.

При ощупывании упругой опухоли, помешавшейся в левой половине живота и спускавшейся глубоко в малый таз позади и слева от матки, было замечено, что в некоторых местах, при быстрых толкательных движениях, получились ясные дрожательные явления, напоминавшие как бы баллотирование свободных небольших тел, взвешенных в жидкости, — ощущение, тождественное с дрожанием гидатид. Химическое исследование жидкости обнаружило свойства, похожие на присущие жидкости эхинококкового пузыря: отсутствие белка, низкий уд. вес и следы янтарной кислоты. Дрожательные явления были объяснены проф. Д. О. Оттом наличием отдельных или множественных выпячиваний в многополостных кистах, которые, по его мнению, могут дать подобное же ощущение. При постановке распознавания кисты не была исключена и возможность эхинококка. При чревосечении найдена была киста широкой связки, развившаяся из остатков порочно-развитых Мюллеровых ходов.

¹⁾ Pooth. *Independance medicale*. 1896, № 14.

²⁾ Savariand. *Revue de Gyn.* т. VII.

³⁾ Sternberg. *Geb. Gyn. Gesellschaft in Wien*. Заседание 8/V, 1900.

⁴⁾ Chrobak. *Centralblatt für Gyn.* 1899 № 24.

⁵⁾ Mayer. *Giessens'кая диссертация*. 1900.

⁶⁾ Рейн. *Журнал акуш. и женск. бол.* 1887, № 2.

⁷⁾ Сережников. Там же, 1894.

Прокола я также не делаю, считая его опасным для больной. При проколе зародыши эхинококка легко могут попасть в свободную брюшную полость, если делать прокол опухоли через брюшную стенку, или в околоматочную, тазовую клетчатку—при проколах опухоли через влагалище, и дать там начало новому развитию эхинококка. Это вполне возможно при эхинококковых пузырях, лежащих высоко и помещающихся не в клетчатке таза, а в том или другом Дуглассовом пространстве, в брюшинном мешке. В виду этого в 3-ем из выше-описанных случаев при операции во 2-й раз сделано было снова чревосечение, а не вскрытие опухоли через влагалище. Опухоль лежала высоко и была мало доступна со стороны влагалища. Поэтому она была вскрыта со стороны брюшной полости и затем до полного за-пустения мешка дренирована через влагалище.

Случаев обсеменения брюшины после прокола эхинококковой опухоли в литературе приводится довольно много. Так, Краусе¹⁾ сообщил случай, где после прокола эхинококка печени через $\frac{3}{4}$ года появилось множество эхинококков в брюшной полости. 2-й мой случай указывает на такое же обсеменение брюшной полости после разрыва большой эхинококковой опухоли. Рэан²⁾ указывал на продолжение жизни в брюшной полости дочерних пузырей, вышедших из эхинококкового мешка вместе с жидкостью. Об этом же говорит в своем руководстве к частной хирургии и проф. Кёниг³⁾: после прокола эхинококковой кисты троакаром он видел развитие большого числа эхинококковых пузырей на брыжжейке. Путем опытов вопрос этот впервые был решен проф. А. И. Лебедевым и д-ром Н. Ю. Андреевым.

Опыты их⁴⁾ состояли в следующем. Они взяли из большого эхинококкового пузыря, полученного при вскрытии одной умершей (1-й из описываемых мною случаев) и пролежавшего в спирту 3 суток, 14 дочерних пузырей, от чечевицы до горошины величиной, и ввели их в брюшную полость кролику № 1; кролику же № 2 было введено в брюшную полость тотчас же после вскрытия умершей 2 дочерних пузыря, один в горошину, другой в небольшой лесной орех. В 1-м случае кролик был убит через 3 мес., и при вскрытии у него найдено в животе 4 спавшихся эхинококковых пузыря; кроме того, на толстой кишке найдена была осумкованная опухоль, заключавшая в себе эхинококковый пузырь, в лесной орех, и в нем 2 вторичных, свободно плававших эхинококковых пузыря. Во 2-м случае кролик был убит через 5 мес., и при вскрытии у него найден был в брюшной полости на уровне входа в малый

1) Krause. Volkmann's Sammlung klinisch. Vorträge. 1886.

2) Réan. Diagnostique et traitement de tumeurs de l'abdomen, т. I.

3) Kōnig. Руководство к частной хирургии, т. VI.

4) Проф. А. И. Лебедев и д-р Н. Ю. Андреев. Врач. 1889.

таз, между мочевым пузырем и прямой кишкой, вполне развившийся эхинококк, содержащий в себе еще дочерние пузыри.

На эту же тему д-ром Стадницким¹⁾ (из клиники проф. А. И. Лебедева) была написана диссертация „К вопросу о пересадке эхинококковых пузырей кроликам в брюшную полость“. Он сделал 16 опытов, и из 16 животных остались в живых 12. После пересадки 4 кролика были убиты по истечении 6 мес., 5 через 5 и 3 через 7 мес. Всем этим кроликам были внесены пузыри эхинококков от быка. Кроме того, автор перенес 3 кроликам дочерние пузыри из печени человека, добытые при операции. Из последних 3-х 2 кролика погибли, а 1 остался жить, и у него прижились в брюшной полости из 9 пузырей 3. Эхинококки, взятые от быка, убедительных результатов автору не дали.

Д-р Алексинский²⁾, производя опыты в этом же направлении, убедился, что множественный эхинококк брюшины возникает не только от попадания в брюшную полость дочерних пузырей, но и от попадания в нее эхинококковой жидкости. Это последнее обстоятельство еще более должно говорить против пробного прокола.

Остается, следовательно, в помощь распознаванию анамнез и постепенное исключение других заболеваний. Из анамнеза иногда узнают, что больная часто приходит или приходила в соприкосновение с собаками, которые и служат главными источниками распространения эхинококковых зародышей. Так, в Исландии, по Thortstensen'у³⁾, на каждые 7 чел. 1 страдает эхинококком, и это объясняется тем, что там на каждого крестьянина приходится по 6 собак, живущих вместе с ним в одном помещении. Д-р Карпенко⁴⁾ в заседании Кавказского медицинского общества 16/XII 1893 г. сообщил о случае множественного эхинококка брюшной полости, при чем подчеркнул частоту эхинококковой болезни на Кавказе. Приписал он это тому, что на Кавказе любят есть ароматные травы в сыром виде, не обмывая их. Травы эти легко могут быть загрязняемы собачьим калом, содержащим эхинококковые зародыши.

В общем, нужно сказать, что точное распознавание тазового эхинококка очень трудно, а при обособленных эхинококковых опухолях, при отсутствии узлов в других органах, возможно лишь в редких случаях.

Лечение эхинококка должно быть исключительно оперативное, так как лекарственных средств, которые уничтожили бы болезнь, пока нет никаких. Предлагали применять иодистый калий, скипидар, кало-

¹⁾ Стадницкий. Дисс. 1890.

²⁾ Алексинский. Archiv für Chirurgie, т. LVI.

³⁾ Thortstensen. Цит. по Стадницкому.

⁴⁾ Карпенко. Врач, 1894.

мель, камалу и т. д., но все — без результата. Из оперативных способов лечения прежде всего следует упомянуть о проколе пузыря эхинококка и выпускании из него жидкости. По Murchison'y¹⁾ вполне достаточно удалить из эхинококковой кисты жидкость, чтобы заставить умереть матерние и дочерние пузырьки. Прокол и выпускание жидкости можно производить или с помощью тонкого троакара или с помощью высасывающего шприца. Отверстие в стенке кисты после прокола ее спадает. Но в виду того, что прокол может вести к дурным последствиям, о чем уже было сказано выше, он оставлен почти всеми.

Для запустения мешка предлагали впрыскивать различные раздражающие жидкости, как-то: иод, алкоголь, желчь, карболовую кислоту, сулему (1:100). Эти жидкости, с одной стороны, действуют, как обеззараживающие средства, с другой — вызывают воспаление стенки эхинококкового пузыря и тем самым обуславливают смерть дочерних эхинококков. Затем в качестве более верного способа лечения от эхинококков был предложен разрез эхинококкового пузыря после предварительного сращения его с брюшной стенкой. Это делалось или с помощью различных прижигающих средств (едкого теста), или с помощью резиновой лигатуры, которая, будучи проведена с помощью изогнутого в виде иглы троакара через брюшную стенку и стенку пузыря в 2-х местах, крепко притягивала его к брюшной стенке. На месте шва развивалось слипчивое воспаление, стенка эхинококкового пузыря срасталась с брюшной стенкой, а после того, как получилось крепкое сращение, брюшная стенка и сращенная с ней стенка пузыря вскрывались ножом; в дальнейшем стремились различными способами вызвать запустение мешка.

С введением в хирургию асептики и антисептики стали прямо делать разрез брюшной стенки и, вшив эхинококковый пузырь в рану, вскрывать его в ране; затем впрыскивать в него раздражающие вещества и тампонировать иодоформенной марлей.

Все вышесказанное относится больше всего к одиночным эхинококкам; при множественных эхинококках пользоваться этими способами лечения затруднительно. При существовании множественного эхинококка можно применить способ, предложенный покойным проф. А. А. Бобровым²⁾ и Garré³⁾. Они советуют, вылуцив оболочку эхинококка и удалив дочерние пузыри, зашить сумку и опустить пузырь в брюшную полость. Такая операция ими обоими была произведена с успехом несколько раз.

1) Murchison. Прив. по Реальной энциклопедии мед. наук. т. XXI.

2) Бобров. Archiv für klin. Chirurgie, т. XXII.

3) Garré. Beiträge zur klin. Chirurgie, т. XXII.

Во 2-м описанном мною случае множественного эхинококка был применен способ проф. А. А. Боброва: эхинококки выщипались и сумки их зашивались. Все сумки зажили, видимо, без реакции, исключая одной, принадлежавшей большому пузырю, сидевшему с правой стороны и удаленному со стороны спины. В этом месте стал выходить шелк, а вместе с ним вышло и несколько оставшихся дочерних пузырей. Дальнейшее заживление полости происходило уже постепенно при промывании полости мешка различными обеззараживающими и прижигающими веществами.

При тазовом эхинококке большинство авторов советуют вскрывать пузырь через своды влагалища: при этом предварительно нужно стараться вшить эхинококковый пузырь в разрез переднего или заднего свода и только после этого вскрыть самый пузырь. Предварительное вшивание делается с целью не внести зародышей эхинококка в околоматочную клетчатку.

В моих случаях в том и другом сделано чревосечение: в 1-м потому, что имелось дело с эхинококком множественным, кроме тазового, во 2-м, потому, что опухоль до операции была принята за кисту яичника. В этом случае и во 2-й раз было сделано чревосечение, а затем полость дренирована через влагалище. Мне думается, что при пузырях, лежащих в брюшине, лучше делать чревосечение: в этом случае можно с большой верностью ручаться за успех удаления эхинококка, т. е., в виду его лучшей доступности, можно легче и чище удалить содержимое эхинококкового пузыря, не внося его ни в брюшину, ни в клетчатку. Кроме того, помимо распознанного пузыря эхинококка, могут оказаться в брюшной полости и другие пузыри, которые и можно удалить при чревосечении; при операции же через влагалище это сделать очень трудно, если не совсем невозможно.

ГЛАВА XXV

О ВОСПАЛЕНИЯХ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ И КЛЕТЧАТКИ И О ВНУТРИ-БРЮШНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.

Воспаление тазовой брюшины (*pelveoperitonitis*) наблюдается в острой и хронической форме.

Причиной воспаления тазовой брюшины служат те же микробы, которые обуславливают заболевания полового аппарата женщины, т. е., стрептококки, стафилококки, гонококки, кишечная палочка, туберкулезные бактерии. Очень часто воспалению брюшины предшествуют заболевания матки, Фаллопиевых труб и яичников. Зараза проникает

в брюшину *per continuitatem* из Фаллопиевой трубы через абдоминальный конец или через лимфатическую систему.

При распространении инфекции *per continuitatem* через Фаллопиеву трубу воспаление брюшины начинается около Фаллопиевой трубы и отсюда распространяется дальше в области малого таза. Весьма редко оно распространяется на всю брюшину. Это наблюдается преимущественно при септических процессах после родов или выкидыша при сильной вирулентности микроорганизмов. Из заболеваний Фаллопиевых труб, чаще всего при *ruosalpinx*'ах, возникают тазовые перитониты. Тазовый перитонит может появиться и без всяких микробов, например, на почве чисто механического или химического раздражения. При впрыскивании какого-либо вещества в полость матки оно может попасть через расширенную Фаллопиеву трубу в полость брюшины и вызвать ее воспаление. При чревосечении, при нарушении целостности брюшины или незакрытии культи брюшиной, развивается также слипчивый перитонит. Воспаление брюшины может выразиться или в развитии фибринозных наслоений, пленок, или в виде эксудата: серозного, серозно-кровянистого или гнойного. При гонорройной форме эксудат имеет фибринозно-гнойный характер; при септической—гнойный. При заражении кишечной палочкой выделяется зловонный кровянистый эксудат (Толочинов)¹⁾. Величина эксудата бывает весьма различная, она доходит до головы взрослого человека, выполняя собою всю нижнюю часть живота. Сила развития процесса зависит от степени вирулентности микроорганизмов. Воспалительный процесс может не ограничиться лишь тазовой брюшиной, а переходить и на всю остальную брюшину, т. е. у больной развивается общий перитонит. К счастью, это наблюдается не так часто и бывает преимущественно при послеродовом септическом заболевании. При ограничении процесса лишь тазовой полостью эксудат, какой бы он ни был, ограничивается от остальной брюшины ложными перепонками—инкапсулируется. Результатом этого получается опухоль эластической или плотноватой консистенции, смотря по времени эксудата, лежащая обыкновенно позади или сбоку матки, редко спереди ее; иногда она окружает матку со всех сторон.

Течение болезни. Заболевание начинается сильными болями внизу живота в соответствующей стороне, повышением t -ры до $39-40^{\circ}$ С и учащением пульса до $120-130$ ударов в минуту. Поднятию температуры предшествует озноб. Наиболее резко выражены эти симптомы при септическом послеродовом заболевании.

Малейшие движения больной причиняют ей сильные боли; она

¹⁾ Толочинов. Учебник женских болезней. 1901.

не дает дотронуться до живота. Самое легкое прикосновение вызывает боли, даже белье раздражает больную. Через некоторое время в том месте, где обнаружена сильная болезненность, появляется припухлость, которая постепенно увеличивается. Живот вздут, испражнения задержаны. Если экссудат надавливает на мочевой пузырь или на матку, а эта последняя на мочевой пузырь, то больная начинает жаловаться на задержку мочи или частые позывы.

При наружном исследовании находят припухлость внизу живота справа или слева от средней линии, сильную болезненность при ощупывании, а при перкуссии тупой тон. При исследовании через влагалище, которое тоже оказывается чрезвычайно болезненным, определяют в первое время заболевания пастозность в сводах, чаще всего позади матки. В более поздней стадии болезни на месте пастозности появляется уплотнение, которое, не имея определенных границ, подходит к стенкам таза и как бы теряется там. Чем старше процесс, тем прощупываемая опухоль плотнее. Если в основе заболевания тазовой брюшины лежал сальпингит или сальпингооофорит, то с течением времени при рассасывании экссудата начинает определяться эластическая, или местами эластическая, местами плотная, трубная опухоль.

Под влиянием лечения, а главным образом покойного положения больной, воспалительный процесс утихает и болезненность делается все меньше и меньше. Наряду с этим опухоль постепенно уменьшается и делается плотнее. Больная освобождается от болей и повышенной температуры, остается лишь на долгое время чувствительность при ощупывании. Если затронут яичник и трубы, то больная еще продолжает жаловаться при ходьбе на боли в соответствующей стороне, отдающие в ногу. На месте экссудата образуются ложные перепонки, сращения, которые фиксируют тазовые органы друг к другу и к стенкам таза: нередко в этом принимает участие и сальник. Тогда при вскрытии брюшной полости находим или всю тазовую полость наполненной ложными перепонками, при чем в этом участвует и сальник, или сращения окружают лишь заболевшие придатки и образуют одну сплошную опухоль. Придатки бывают при этом так тесно приращены к матке, что трудно отыскать границу между ними и маткой, даже при чревосечении. Сращения эти при старом процессе бывают иной раз до того плотны, что не поддаются разъединению их рукой, и приходится прибегать для этой цели к ножницам. При развитии гнойного экссудата процесс течет несколько иначе. Вся картина болезни выражена гораздо сильнее. Высокая т-ра держится долго. Часто бывают повторные знобы и повышения т-ры до 40—40,5°С с резкими падениями по утрам. Инкапсуляция гнойного экссудата происходит так же, как и в предыдущем случае, но исход болезни может быть

неодинаков. Гнойный экссудат может, в конце концов, куда-либо прорваться. Чаще всего он срывается с кишкой и туда опорожняет свое содержимое; реже он прорывается в матку, в мочевой пузырь или брюшную стенку. После прорыва опухоль быстро спадается, и на месте ее остается небольшая плотная опухоль, состоящая из ложных перепонок: в некоторых случаях среди этих перепонок находится гнойная труба и яичник. Наблюдаются случаи, когда гной не выходит наружу, а остается в опухоли на всю жизнь больной, при этом т-ра постепенно приходит к норме, гной сгущается, опухоль значительно уменьшается и остается лежать или позади матки или сбоку ее. Опухоль страданий больной не причиняет, но все время угрожает ей, ибо под влиянием различных моментов она может снова воспалиться и привести к печальной развязке.

При прорыве гнойника в кишку содержимое его может подвергнуться ихорозному разложению; тогда больная продолжает лихорадить, сильно истощается и погибает от пиэмии. Бывают случаи,—хотя, к счастью, очень редкие,—когда гной из экссудата выходит не в органы и в брюшную стенку, как сказано выше, а в свободную брюшную полость. В результате развивается общий диффузный перитонит, от которого больная погибает. При переходе воспаления из полости таза на остальную брюшину живот еще больше вздувается, делается сильно болезненным, тошнота и рвота увеличиваются, газы не отходят, пульс учащается и доходит до 140—160 ударов в минуту. *Habitus* резко изменяется, язык делается сухим и обложенным, растрескивается. Сознание, большей частью полное, теряется, и больная погибает от отека легких и паралича сердца. При образовании экссудата около матки последняя часто реагирует на это кровотечениями, а при появлении в дальнейшем ложных перепонок, сращений она смещается в сторону или кзади, что, в свою очередь, дает целый ряд болезненных симптомов: боли во время месячных, боли в пояснице, обильные менструации, бесплодие и целый ряд отраженных явлений, какие наблюдаются при *retroversio-flexio uteri*.

При сдавливании яичников и Фаллопиевых труб развиваются в их области боли, отдающие в ногу, а также бесплодие.

Диагноз заболевания не представляет особенной трудности. В острой стадии в нижней части живота находят эластическую болезненную припухлость, не имеющую определенных границ. Опухоль бывает различной величины и, как сказано выше, может своей верхушкой доходить до пупка. Она чрезвычайно болезненна. При исследовании *per vaginam* прощупывается ее сегмент или через боковые своды или через задний свод, и в последнем случае она имеет форму заднего Дугласса, т. е. треугольную. Опухоль выпячивает влагалищный

свод в просвет влагалища, но слизистая оболочка его все же будет на ней подвижна. Через влагалище границы опухоли также неясны, и этим брюшинный экссудат можно отличить от новообразования ячника или Фаллопиевых труб, где при благоприятных условиях можно всю опухоль как бы взять в руку. Даже при воспалении опухолей придатков без осложнений со стороны тазовой брюшины, границы их можно определить более или менее ясно.

В позднейшей стадии при уплотнении экссудата прощупывается преимущественно позади матки плотная опухоль, тоже часто неопределенной формы, чувствительная при давлении. После всасывания выпота определяются лишь смещение и неподвижность тазовых органов: матки и яичников, благодаря ложным перепонкам. Попытки перемещать эти органы вызывают жалобы больной на резкую чувствительность в них; даже простое исследование делается невозможным, ибо больная сокращает брюшную пресс и невольно мешает производству его. При бимануальном исследовании гнойных экссудатов нужно остерегаться сильного надавливания на них, ибо наблюдались случаи нарушения целости ложных перепонок, окружающих гнойный экссудат, и попадания гноя в свободную брюшную полость с его последствиями.

Лечение. В начальных стадиях болезни, когда только у больной появились чувствительность внизу живота и повышение температуры, стараются оборвать болезнь. Назначается покойное положение, лед на соответствующую сторону живота. Внутрь или в суппозиториях прописывают наркотические вещества, из которых главное место занимает опиум.

Если процесс переходит в гнойную форму и нарыв уже образовался, его разрезают и выпускают гной. Вскрытие нарыва делается через задний свод, даже если нарыв выпячивает один из боковых сводов, так как в боковых сводах близко лежит мочеточник и потому его легко перерезать. Вскрытие нарыва производится следующим образом: больную помещают на край операционного стола в спиннокрестцовом положении; после обычной дезинфекции наружных половых частей и рукава его раскрывают ложкообразными зеркалами. *Portio vaginalis* за заднюю губу приподнимается кверху; благодаря этому обнажается задний свод. После этого берется большой шприц, и иглу его втыкают в наиболее размягченное место нарыва; обратными движениями поршня вбирают в полость шприца его содержимое. Если содержимое окажется гнойным, в этом месте делают разрез ножом и выпускают весь гной. В сделанное в своде отверстие вводят палец и осматривают им гнойную полость. Тотчас после вскрытия гнойную полость не следует промывать, чтобы не нарушить целости ложных

перепонки; вместо этого рыхло вставляют марлевый дренаж, на второй день его меняют, и только на 3—4-й день осторожно промывают полость гнойника раствором *t-ra jodi* или слабыми дезинфицирующими растворами и вставляют резиновый дренаж. Обыкновенно гнойная полость быстро спадается, и больная поправляется.

Проколы нарывов можно делать и помощью тонких троакаров и уже по ходу их вкалывать ножик и разрезать нарыв.

При нарывах, лежащих высоко или сбоку от матки, к ним подходят постепенно, вскрывая задний свод. Ножом делают разрез в месте прикрепления влагалищного свода к влагалищной части матки, разрезают слизистую оболочку влагалища, попадают в клетчатку, затем пальцем определяют место нахождения нарыва и пальцем же его вскрывают; дальше с ним поступают так же, как и в предыдущем случае.

При вскрытии нарывов через боковые своды я видел ранения мочеточников и образование мочеточниково-влагалищных фистул. В некоторых случаях нарыв помещается так высоко, что его никоим образом не достигнуть через влагалище; тогда его вскрывают через брюшную стенку. В тех случаях, когда нарыв сросся с брюшной стенкой, тотчас за разрезом ее попадают на самый нарыв, вскрывают его и дренируют; если же нарыв не сросся, приходится сначала пришить стенку его к краям сделанного в брюшной стенке отверстия и вскрыть только после срастания стенки нарыва с краями раны. Если нарыв вскрылся самостоятельно в мочевого пузыря или в кишку, все же следует сделать отверстие в заднем своде и попытаться вскрыть нарыв со стороны его и дренировать. Этим приемом можно достигнуть закрытия свищей в упомянутых органах.

При старом хроническом процессе с образованием ложных перепонки и изменением положения матки и яичников стараются путем гинекологического массажа растянуть сращения. Для этой цели во влагалище вводятся два пальца и направляются к соответствующему органу; пальцами приподнимают его навстречу наружной руке и массажными движениями наружной руки стремятся сдвинуть его с нового места на старое, нормальное; этим самым растягивают или даже разрывают ложные перепонки. Это рекомендуется особенно при *retroversione flexio uteri fixata*. Приступая к массажу, нужно убедиться, что процесс затих и что среди ложных перепонки нет уже гноя. В первом случае мы своими приемами обострим процесс, а во втором можем вызвать общий гнойный перитонит при разрезе ложных перепонки и освобождении гнойного содержимого.

При долго существующих уплотнениях назначают ванны, грязевое лечение, грязевые припарки, горячие души,—одним словом, такое

лечение, какое рекомендуется при хроническом заболевании придатков матки.

В тех случаях, когда массаж и противовоспалительное лечение не помогают, некоторые авторы (Nadga, проф. Д. О. Отт) особенно горячо рекомендуют разъединение сращений путем операции через брюшную стенку или через влагалище. После вскрытия брюшной полости сращения разделяют тупым путем, ножницами или, при богатстве их кровеносными сосудами, Раquelin'ом. Если после разделения сращений образуются дефекты на брюшине, их нужно закрывают тонкими швами, чтобы избежать новых спаек; при больших дефектах в брюшине их закрывают сальником. При retroversio-flexio uteri fixata матку отделяют от сращений и пришивают ее к брюшной стенке за тело или за круглые маточные связки.

При разъединении сращений нужно обратить особенное внимание на остановку кровотечения, ибо оно способствует развитию новых спаек, особенно в области кровоизлияния. В силу этого следует накладывать лигатуры на кровоточащие места или прижигать их аппаратом Раquelin'a.

При операции отделения сращений нужно осмотреть кишечник, так как между петлями кишек часто бывают спайки, больная страдает сильными болями в животе, и может развиться сужение кишек. Эти спайки также следует разъединить.

Проф. Д. О. Отт рекомендует при кишечных сращениях „не ограничиваться разделением сращений на одном каком-либо месте, но также просмотреть и все смежные участки кишечного тракта, производя для этого, в случае необходимости, эвентрацию кишечника, чтобы иметь полную уверенность, что не осталась неустраненной та или иная перетяжка, которая может впоследствии иметь для больной роковое значение“.

Воспаление околоматочной клетчатки (parametritis) бывает также острое и хроническое и обуславливается теми же причинами, что и воспаленные тазовой брюшины.

Околоматочная клетчатка рыхлая и богата лимфатическими сосудами; она представляет из себя хорошую почву для развития воспалительного экссудата. В настоящее время, благодаря асептике и антисептике, соблюдаемым при операциях и родах, число параметритов значительно понизилось. Главными воротами для проникновения инфекции в клетчатку служит шейка матки. Все операции на влагалищной части матки, разрывы шейки ее во время родов, разрезы ее, зашивание шейки по Emmet'у, ее ампутация и даже простое поранение слизистой оболочки шейного канала при зондировании могут осложняться параметритом, если допущены какие-либо погрешности в асеп-

тике и антисептике. Параметрит может возникать также при септическом или гонорройном заболевании влагалища, матки и мочевого пузыря.

При злокачественном поражении шейки матки, при раке ее параметриты также развиваются, и они часто предшествуют раковой инфильтрации.

Воспалительный процесс в клетчатке локализуется преимущественно около шейки матки и, главным образом, около задней ее стенки. Реже он распространяется позади влагалища, но в резко выраженных септических процессах воспаление клетчатки может распространяться вверх под брюшиной до клетчатки почек. Распространяясь по клетчатке мочевого пузыря, он проникает в *cavum Retzii*, на переднюю стенку живота.

Воспаление клетчатки начинается ознобом и повышением t -ры до 39° — 40° C, с учащением пульса до 120 ударов в минуту. При этом тех сильных болей, какие сопровождают появление перитонита, здесь не наблюдается; боли бывают, но не сильные. Тошноты, рвоты и вздутия живота также нет. Больная жалуется на тупые боли и чувство какой то тяжести в глубине таза.

Если процесс не переходит в нагноение, t -ра начинает постепенно падать и в течение 7—14 дней приходит к норме. При нагноении же она еще больше поднимается и принимает гектический характер; вместе с этим увеличиваются и боли, особенно если в параметральном процессе принимает участие уже и брюшина.

Больные сильно истощаются, теряют сон и аппетит. Процесс может затягиваться на 2—2½ месяца и более.

Так как процесс гнездится в клетчатке, то эксудативная опухоль непосредственно прилегает к влагалищному своду и выпячивает его; если воспаление распространяется на всю паравагинальную клетчатку, то слизистая оболочка влагалища начинает отслаиваться и выпячиваться на все большем и большем протяжении. Сначала опухоль бывает эластической консистенции, но затем она делается плотнее и уменьшается в своих размерах. Так как инфекция поступает в клетчатку чаще всего из шейки матки при ее разрывах, то уплотнение идет от места разрыва шейки матки по клетчатке между листками *lig. lat.*, широкой полосой направляясь к стенке таза. В некоторых случаях уплотнение прощупывается в широкой связке в виде ограниченного припухания. В том и другом случае при исследовании не наблюдается большой чувствительности.

На рисунке 225 в клетчатке виден с левой стороны матки параметритический разлитой эксудат в виде опухоли неправильной формы.

При гнойном параметрите эксудат быстро увеличивается и в

каком либо определенном месте размягчается; это бывает в самой нижней части опухоли, позади или сбоку матки. Гнойный процесс в клетчатке может быть вначале гнездный, а затем отдельные гнезда сливаются в один большой нарыв. Этот нарыв может разрешаться

Рис. 225.



Параметрит с левой стороны матки.

самостоятельно, прорываясь в прямую кишку или реже в задний свод влагалища. При абсцессах в паравагинальной клетчатке они прокладывают себе путь во влагалище, при возникновении их в паравагинальной клетчатке они вскрываются в мочевого пузырь. Затем нарыв может подняться кверху и вскрываться выше *lig. Poupartii*.

В редких случаях

гнояник тазовой клетчатки вскрывается на передней стенке бедра, в ягодичной области, *in cavo ischio-rectale*.

Параметральная опухоль неподвижна, выполняет всю широкую связку на правой или левой стороне и отодвигает матку в противоположную сторону.

Маленькие эксудативные опухоли, лежащие около матки, могут быть подвижны вместе с ней, но отдельной подвижности не имеют. После окончания воспаления наблюдается укорочение и сморщивание связок. Широкая связка, сморщиваясь, притягивает матку к тазовой стенке; при сморщивании *lig. utero-sacralia* матка может наклоняться вперед.

Отсюда видно, что результатом рассасывания параметритического эксудата бывает притягивание матки в различные стороны, а также изменение положения яичников и Фаллопиевых труб.

Диагностика. Бимануальное исследование в связи с анамнезом позволяет сразу поставить диагноз параметрита. Ощупывание опухоли дает возможность сказать, имеется ли хроническая стадия эксудата или нет. Непосредственное прилегание опухоли к своду и относительно небольшая чувствительность говорят за параметрит, а не периметрит. Против новообразования в клетчатке свидетельствует анамнез больной и не вполне ясные границы эксудативной опухоли. О гнойном эксудате, кроме присутствия опухоли, говорит т-ра с вечерними поднятиями и с утренними опусканиями ее почти до нормы.

Лечение. В острой стадии прописывается покойное положение на спине, лед на живот, наркотические суппозитории, масляные клизмы и легкая пища. Когда острый период болезни проходит, назначаются согревающие компрессы, горячие спринцевания, ванны с морской солью, грязевые ванны, грязевые припарки, лечение давлением, тампонация и т. д.

В гнойных случаях рекомендуется вскрытие нарыва через влагалище или через брюшную стенку, если экссудат распространился на fossa iliaca или паховую область. Разрез делают послойно выше средины Пупартовой связки к spina iliaca ant. sup. и постепенно доходят до клетчатки. После вскрытия нарыва его полость осторожно промывают и тампонируют полоской иодоформенной или стерилизованной марли, а затем вставляется дренажная трубка с поперечной перекладкой, чтобы держался дренаж. При плотных рубцах в клетчатке, причиняющих большой страдания, проф. Д. О. Отт¹⁾ советует их рассекать в одном направлении, наложение же швов производить так, чтобы линия их была расположена в перпендикулярном направлении к линии рассечения. „Самостоятельное показание для перерезки рубцов встречается нечасто,—говорит проф. Д. О. Отт,—и эту операцию приходится производить лишь попутно при ампутациях маточной шейки и т. п., хотя несомненно попадают и такие случаи, где наиболее разумно прибегнуть к описанному приему, и получаемые при этом результаты не оставляют желать лучшего“.

Чтобы закончить главу о периметритах и параметритах, следует еще сказать о кровоизлияниях в свободную брюшную полость и в клетчатку под широкую связку (haematoma lig. lati). Кровоизлияния в брюшную полость чаще всего происходят на почве лопания беременной трубы и трубного аборта. При разрыве Фаллопиевой трубы кровь из разрыва попадает в свободную брюшную полость и стекает в наиболее глубокое место ее, а именно наичаще в заднее Дуглассово пространство и реже в переднее. Скопление крови в заднем Дуглассовом пространстве называется haematocoele retrouterinum (заматочная кровяная опухоль). Она имеет форму заднего Дугласса, т. е. треугольную, причем нижний угол ее глубоко вдается во влагалище. В свежем случае она имеет мягкую консистенцию, а с течением времени, когда жидкие части крови всасываются, она делается все плотнее и плотнее. Наконец, под влиянием лечения может совершенно исчезнуть или, благодаря близости прямой кишки, нагноиться и прорваться в кишку, реже в матку или во влагалище, и потребовать хирургического вмешательства. В стадии уплотнения или нагноения эта опухоль похожа на задний

1) Д. О. Отт. Оперативная гинекология. 1914, стр. 491.

периметрит. При возникновении нагноения в кровяной опухоли она вдруг значительно увеличивается, размягчается и сопровождается значительным повышением т-ры, которая в дальнейшем принимает нагноительный тип. При трубном аборте, т. е. выхождении яйца при схваткообразных болях через абдоминальный конец в свободную брюшную полость, также может возникнуть haematocoele retro- или ante-uterinum или haematoma lig. lati. В последнем случае на соответствующей стороне рядом с маткой начинает прощупываться опухоль, которая отделяется от матки бороздой, а с другой стороны подходит к стенке таза; она ясно прощупывается через влагалищный свод. Опухоль мало или совсем неподвижна. Судьба ее такая же, как и заматочной опухоли, т. е. она может рассосаться или перейти в нагноение. Кровоизлияние в брюшную полость может происходить также во время месячных из Граафова пузырька под влиянием травмы, сильного возбуждения, совокупления и проч., при насильственном отделении срощений при retroversio-flexio uteri fixata. Кровотечение бывает, хотя и редко, при злокачественных новообразованиях матки и ее придатков, при атрезиях полового аппарата и развитии haematosalpinx'a, при некоторых отравлениях, при болезнях сердца.

Симптомами внутрибрюшного кровотечения являются головокружения, даже потеря сознания, учащение пульса, бледность покровов, тошнота, рвота, учащенное дыхание. Если кровотечение не останавливается, то больная весьма быстро погибает при нарастающих описанных явлениях; сознание бывает сохранено, но у больной наблюдается обморочное состояние, из которого, под влиянием возбуждающих средств, она приходит в себя, но не надолго, и снова впадает в него.

Если кровотечение останавливается, то все постепенно приходит в норму. При образовании „haematocoele“ кровь, собравшаяся в заднем Дугласе, весьма быстро ограничивается от остальной брюшной полости ложными перепонками, приросшим сальником и кишками. При образовании „haematom'ы lig. lati“ кровяная опухоль в иных случаях доходит до больших размеров, как это может наблюдаться при неполных разрывах матки после родов, но как скоро кровотечение в клетчатку остановилось, опухоль быстро начинает уменьшаться благодаря всасыванию жидкой части крови.

При трубных абортах, при внематочной брюшной беременности— кровяная опухоль около абдоминального конца Фаллопиевой трубы образуется не сразу, а постепенно в продолжение весьма долгого времени, 1—2 недель.

Если больную наблюдать в течение этого времени и исследовать ее бимануально, то легко заметить, как опухоль постепенно увеличивается около соответствующей трубы после каждого припадка схватко-

образных болей. Постепенное образование haematom'ы объясняется так: под влиянием сокращений трубы при незаросшем абдоминальном отверстии ее, из последнего, как и при маточных выкидышах, показывается кровь (рис. 226), которая, попадая на фимбрии, свертывается.

Сокращения трубы, выражающиеся схваткообразными болями, могут успокоиться на некоторое время, но потом снова начинаются, и опять часть крови выходит в брюшную полость и т. д. Свернувшаяся кровь раздражает брюшину и вызывает образование ложных перепонок и приращение сальника и кишек. В результате получается рядом с маткой большей или меньшей величины опухоль.

В начале т-ра не только не бывает повышена, но даже значительно понижается; затем она повышается и может достигнуть высоких цифр, особенно при нагноении кровоизлияния.

Следует сказать еще об одном симптоме, а именно о продолжительном выделении крови из полости матки; при внематочной беременности, кроме крови, кусками выходит отпадающая оболочка. Выделение крови из матки объясняется раздражением со стороны брюшины.

Диагностика кровотечения устанавливается на основании исследования больной. Кроме тех общих явлений, какие сопутствуют кровотечениям вообще: бледности покровов, обморочного состояния, понижения т-ры, учащения пульса, определяется тупость в глубоких частях полости живота; с течением времени начинает прощупываться опухоль сначала эластической, а затем плотной консистенции. Опухоль при haematocеле имеет форму Дуглассова пространства и мысом вдается во влагалище; при haematom'e, кровоизлиянии в клетчатку, заднее Дуглассово пространство остается свободным и только в области шейки может определяться в виде небольшого мостика, если кровоизлияние захватывает клетчатку с той и другой стороны шейки. От воспалительных экссудатов и новообразований в этой области кровоизлияние легко отличить не только при исследовании по полученным данным, но и по анамнезу.

Рис. 226.



a—яичник, *b*—кровяной сверток, выглядывающий из трубы, *c* и *d*—кровяной сверток около трубы.

Кроме того при воспалительных экссудатах повышение т-ры бывает с самого начала заболевания.

Лечение. При остром кровотечении, когда убеждаются, что оно продолжается и не имеет склонности к остановке, следует немедленно приступить к операции — чревосечению, чтобы найти источник кровотечения и перевязать его. Так как внутрибрюшные кровотечения бывают чаще всего на почве внематочной беременности, то при операции удаляется разорванная труба. Кровяные свертки и кровь извлекаются из брюшной полости с помощью марлевых компрессов. Больной вводится под кожу или в свободную брюшную полость физиологический раствор поваренной соли от 500—1000 гр. Для поднятия пульса назначаются возбуждающие средства: вино, коньяк, кофе, под кожу камфора, кофеин, эфир. При ограничении кровотечения и образовании обособленной опухоли рекомендуется выжидательный метод лечения, т. е. покой, лед на живот, наркотические свечи, диета. Слабительное следует давать не раньше, как через 8—10 дней от начала болезни, чтобы снова не вызвать кровотечения. Гинекологического исследования не следует производить. Как скоро кровяная опухоль приобрела плотную консистенцию, тотчас приступают к рассасывающей терапии, какая рекомендуется при воспалительных экссудатах в холодной стадии. При нагноении гематом производится вскрытие гнойников, что делается предпочтительно через влагалище, при чем разрезается задний свод и после этого вставляется дренаж.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

	стр.		стр.
А			
Абсцессы яичника	285	Беременность при фибромиомах	
" фолликулярные	286	матки	205
" межуточные	286	Бугорчатка вульвы	48
Аграфы	27	" трубы и яичника	251
Аденомиомы	178	Бужи (Hegar'a и Landau)	10
Амилоидное перерождение фибро-		В	
миом	188	Вагинизм	57
Ампутация тела матки	196	Vaginitis necrotica	63
Ампутация (надвлагалищная) шейки		Vaginofixatio uteri	128
матки	143	Ventrofixatio "	131
Ампутация (надвлагалищная) матки		Vesicofixatio "	129
при фибромиомах	196	Vestibulum vaginae	32
Анамнез	1	Влагалище	36
Anteversio uteri	113	смещение его	80
Anteflexio "	115	стенозы "	69
Atresia hymenis	55	строение "	37
" vaginae	69	Водянка фолликула	291
Apostoli (метод электрического ле-		Воздух горячий (лечение)	262
чения миом)	204	Волчанка вульвы	50
Атрофия матки	235	Впрыскивания внутриматочные	259
Б			
Бартолиновые железы	35	Вульвит	39
Бартолинит	43	Выворот матки	150
Беременность в добавочном роге	234	Вылушение опухоли матки	195
" при двойной матке	234	Вылушение фибромиом	195
" при кистах яичника	322	Выпадение влагалищных стенок	79
		" матки полное	138
		" " неполное	139
		" " неоперативное лечение	143

Выпадение матки, оперативное			
лечение	143	Е	
операция Schaut'ы	146	Ectropion (выворот)	152
операция Freund'a	135	операция Emmet'a	155
Выскабливание полости матки	10, 167	Episiocleisis	93
Выслушивание живота	4	Extirpatio uteri per vaginam	219
Выстукивание "	3	" по Doyen'у	220
Г		" Schuchard'у	221
Haematoma lig. lati	362	" Schauta	211
Haematometra	55	" Wetheim'у per abdomen	221
Haematocele retrouterinum	361	" Hochenegg'у	222
Haematocolpos	55	" Zweifel'ю	222
Haematosalpinx	247	Ж	
Гидатиды Morgagni	237	Желтое тело	276
Гидронефроз, отличие от опухолей		кисты его	292
яичника	326	нарывы его	284
Hydrosalpinx	243	Жировое перерождение фибромиом	188
Hylus ovarii	275	З	
Гиперестезия девственной плевы	56	Зашивание брюшной стенки	27
Гипертрофия шейки матки	166	Защита операционного поля	28
Нуропласия uteri	234	Зеркала створчатые (Cusco)	7
Грязевые курорты	264	" цилиндрические	8
Грязь лиманная (лечение сальпинго-		" ложкообразные	8
оофоритов)	263	Зонд маточный	9
Губы половые большие	30	Зондирование матки	11
" " малые	31	И	
Д		Инструменты (приготовление их)	25
Давление (лечение им)	257	Интерстициальное воспаление яич-	
Девственная плева	32	ников	284
различные формы ее	33	Introitus vaginae	38
Дермоиды Фаллопиевой трубы	272	Искусственное образование влага-	
" яичника	306	лица	72
Descensus vaginae	79	Исследование per vaginam	4
" uteri	143	" " rectum	7
" ovarii		" по Hegar'у	12
Дифтерит влагалища	63	К	
Дренаж	269	Камни маточные	188
Души влагалищные	255	Carunculae hymenales (myrtiformes)	34
" Heitzmann'a	255		
" Мансветова	255		

Кастрация	202	Кондиломы острые	47
Киста Бартолиновой железы	44	Craurosis vulvae	45
„ влагалища	64	Кэтгут (приготовление его)	24
„ желтого тела	292		
„ Фаллопиевой трубы	271	Л	
Кистовидное перерождение яичников	287	Ламинарии	10
Кистомы	295	Ligamenta lata	108
„ серозные простые	298	„ rotunda	108
„ пролиферирующие	298	„ ovarii	109
„ псевдомуцинозные	299	„ sacro-uterina	109
„ папиллярные	301	Лимфатические сосуды влагалища	39
„ дермоидные	306	„ „ матки	112
раковое перерождение	313	„ „ яичников	277
этиология	314	Liquor folliculi	276
припадки	315	Липомы вульвы	50
перекручивание ножки	316	Ложечка для выскабливания	10
нагноение содержимого	319	Лютеин	276
разрывы стенки кисты	321	Лютеиновые клетки	276
беременность при кисте	322		
диагностика кист	322	М	
лечение	327	Mammin (лечение)	204
Кисты трубно-яичниковые	252	Марля (приготовление ее)	24
Кисты широких связок	335	Marsupialisatio	339
диагностика, лечение	338	Массаж при заболевании придатков	263
осложнения после операции	339	Массаж при загибах матки	121
Kleincystische Degeneration	287	Матка, развитие ее	102
Климактерий	161	„ шейка	103
Клитор	31	„ влагалищная часть	108
Кольпит язвенный	61	„ размеры	104
Colpitis emphysematosa	62	„ нормальное положение	109
„ tuberculosa	62	„ сосуды	110
Colpocleisis	93	„ нервная система	112
Colporoësis	73	„ двурогая	232
Colporrhaphia anterior	81	„ двойная	232
„ posterior	82	„ однорогая	232
Columnae rugarum	38	Мезоторий (лечение)	225
Кровоизлияния в свободную брюшную полость и клетчатку	361	Меноррагия	166
симптомы	362	Метрит	172
диагностика	363	лечение его	173
лечение	364	Метропатия	175
		Metrorrhagia	166
		Микроскоп (исследование)	12

- Мытье рук 25
 Мюллеровы ходы 102
- Н**
- Нагноение яичниковых кист 319
 Наркоз местный 15
 " общий 17
 Наружные половые части 30
 приготовление их к операции 28
 Наружный осмотр больной 2
 Невромы вульвы 51
 Нервы влагалища 39
 " матки 112
 " труб 238
 " яичника 277
- О**
- Овариотомия 327
 " через влагалище 327
 " " брюшную стенку 328
 осложнения при овариотомии 329
 послеоперационный период .. 332
 осложнения в послеопераци-
 онном периоде 333
 Ovulush 276
 Оофорит 283
 " паренхиматозный 283
 " интерстициальный 284
 " suppurativa 284
 " haemorrhagica 284
 " necrotica 284
 лечение 289
 Осмотр всего тела 2
 Осмотр пузыря и уретры 6
 Отеки вульвы 48
 Откручивание опухоли матки 200
 Ощупывание живота 3
 " пузыря 6
- П**
- Паразиты рака 253
 Параметрит 358
- Параметрит, течение 359
 диагностика 360
 лечение 361
 Paracolpitis 64
 Paravaginitis dissecans 64
 Parovarium 108, 277
 Paroophoron 278
 Папиллома Фаллопиевой трубы 272
 Папиллома яичника 303
 Pelvifixura ovariorum 282
 Перекручивание ножки кисты 316
 " " фиброила 187
 Периметрит (pelveoperitonitis) 352
 причины 352
 течение 353
 диагностика 355
 лечение 356
 Прокол (диагностический) 13
 Перчатки резиновые 25
 Пессарии 123
 Полипы шейки матки слизистые .. 158
 " " " фиброзные . 159
 Половая щель 30
 Пороки развития матки и влага-
 лица 231
 Приготовление больной к операции 25
 Примордиальный фолликул 276
 Прокол брюшной стенки 13
 " нарыва 357
 Промежность 35
 Pruritus vulvae 41
 Pseudomixoma peritonei 301
 Псевдомуцин 299
- Р**
- Радий (лечение) 225
 Разрез брюшной стенки 26
 Разрез диагностический 13
 Разрез нарыва 356
 Разрывы влагалища 73
 " промежности 74
 лечение их 75

- Удаление заднешеечных миом матки 201
 „ межсвязочных фибромиом 202
 „ сальпингооофоритов 267
 „ матки и ее придатков че-
 рез влагалище. 202, 219, 270
 „ матки через брюшную
 стенку 198, 270
- Углекислый кальций при лечении
 рака матки 225
- Ulcus rodens 53
- Уретра (операция образования ее). 93
- Uterus duplex bicornis 232
 „ septus duplex 232
 „ duplex separatus cum vagina
 duplici separati 232
 „ bicornis unicollis 232
 „ biforis 232
 „ unicornis 232
 „ foetalis 234
- Уход за культей после удаления
 кисты яичника 328
- Уход за культей после удаления
 Фаллопиевой трубы 267
- Ф**
- Фаллопиевы трубы, анатомия их. 237
 полное отсутствие их 238
 добавочные 239
 воспаление их 240
- Фибромиомы Фаллопиевых труб . 272
- Фибромы вульвы 50
 „ влагалища 66
 „ матки 176
 развитие их 176
 „ интерстициальные 178
 „ субсерозные 178
 „ субмукозные 178
 причины развития их. 180
 рост их 180
 влияние их на матку. 183
 „ шеечные 183
 „ широких связок 184
- Фибромы, симптомы 185
 осложнения 187
 атрофия их 187
 обызвествление их 188
 жировое перерождение 188
 слизистое „ 188
 амилоидное „ 188
 омертвление 189
 раковое перерождение 190
 саркоматозное „ 190
 диагностика 191
 вылушение их 194
 extirpatio матки при фи-
 бромиомах 198
- Фибромы яичников 309
- Х**
- Chorio-epithelioma 227
- Ц**
- Циклические изменения слизистой
 оболочки матки 159
- Cystocarcinoma papillare 313
- Cystopapilloma carcinomatodes 304
- Цистоскоп (исследование) 14
- Cystocele 101
- Ш**
- Шелк (приготовление его) 24
- Шейка матки (заболевания ее) . . . 156
 фолликулярная гипертро-
 фия ее 157
- Широкие связки 108
- Шов брюшной стенки 28
- Шприц маточный Брауна 169
- Щ**
- Щипцы пулевые 9
- Э**
- Электрический постоянный ток при
 лечении придатков матки 263

Электрический постоянный ток при лечении фибромиом	204	Эрготин	203
Электрический свет (лечение)	262	Эхинококки тазовой полости	340
Эндометрит острый	162	распознавание	347
" хронический	163	прививка их на брюшине	349
" железистый	163	лечение	350
" интерстициальный	164		
" фунгозный	165	Я	
" мембранозный	165	Яичники, анатомия их	275
" геморрагический	166	полное отсутствие их	278
" бленорройный	166	добавочные	279
" дисменорройный	166	ненормально большие	279
Эндотелиомы яичников	312	рудиментарные	279
Энхондромы вульвы	65	опущение их	280
Эрозии шейки матки	152	воспаление их	283
" простые	152	паренхиматозное	283
" железистые	152	интерстициальное	284
" папиллярные	154	серозное	284
" фолликулярные	154	гнойное	284
		Яичниковые грыжи	282