

Prof. Heinrich Fritsch.

В. Зибольд

№ 96.

ЖЕНСКІЯ БОЛѢЗНИ.

Съ 278 рисунками въ текстъ.

Переводъ съ 10-го нѣмецкаго изданія

д-ра В. Ф. Зибольда.

(Heinrich Fritsch, Die Krankheiten der Frauen. 10 vielfach verbesserte Auflage. Mit 278 Abbildungen).

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Издание журнала „Практическая Медицина“ (В. С. Эттингеръ).

Улица Жуновскаго, 13.

1903.

Бородачев В. А.

акусерlib

Оглавление.

	Стр.
Глава I. Гинекологическая антисептика	1
A. Общий взгляд на наши приготовления	—
B. Происхождение инфекции ранъ	2
C. Последствия инфекции ранъ	3
D. Антипаразитарное приготовление врача	4
E. Антипаразитарное приготовление перевязочнаго материала и инструментовъ	6
F. Материаль для швовъ	13
G. Дезинфекціонныя средства	15
Глава II. Общая діагностика	18
A. Анамнезъ	—
B. Устройство приемной комнаты. Способы изслѣдованія	22
C. Изслѣдованіе со стороны прямой кишки	25
D. Наркозъ при комбинированномъ изслѣдованіи	26
E. Изслѣдованіе при помощи инструментовъ. Specula	27
F. Изслѣдованіе въ боковомъ положеніи	29
G. Зеркала <i>Simon'a</i>	34
Литература: руководства, атласы	36
Глава III. Бользми vulvae	37
A. Анатомія	—
Исторія развитія наружныхъ половыхъ частей	39
B. Уродливости	40
Hypospadiа и Epispadiа	42
Hermaproditismus и Pseudohermaproditismus	43
C. Гипертрофія	—
Hypertrophia vulvae lymphatica, Pseudo-Elephantiasis vulvae	45
D. Воспаденія vulvae (Vulvitis)	47
Этіологія и патологическая анатомія	—
Симптомы и теченіе. Діагнозъ	50
Леченіе	51
E. Pruritus	53
Леченіе	55
F. Новообразованія vulvae	56
Papilloma	—
Carcinoma	57
Другія новообразованія vulvae	60
G. Поврежденія vulvae (разрывы промежности)	62
H. Подготовительное леченіе	63
I. Ногодержатель	65
K. Способъ операціи: «Возстановленіе промежности»	68
L. Последующее леченіе	72

	Стр.
Глава IV. Болѣзни влагалища	74
A. Анатомія	—
B. Воспаленіе влагалища (Kolpitis, Vaginitis)	76
Этіологія	—
Анатомія	79
Симптомы и теченіе	80
Діагнозъ	81
Предсказаніе. Леченіе	82
Прокываніе влагалища	—
Тампонація	84
Сухое леченіе. Влагалищныя шаржи. Мази. Порошки	86
C. Кисты влагалища	89
D. Новообразованія влагалища	90
E. Гиперестевія влагалища и Vaginismus	93
F. Ректовагинальные свищи	95
G. Поврежденія влагалища	97
 Глава V. Болѣзни пузыря и уретры	 —
A. Образованія щелей и измѣненія положенія	—
B. Воспаленія пузыря	100
Этіологія	—
Анатомія	102
Симптомы	104
Діагнозъ и предсказаніе	106
Леченіе	107
C. Новообразованія пузыря. Cystoskopia	111
Леченіе	115
D. Поврежденія пузыря. Свищи	116
Діагнозъ	119
Предсказаніе	120
Леченіе	121
Послѣдующее леченіе	130
Пузырекишечныя свищи	131
E. Болѣзни уретры	132
F. Разстройства функціи и неврозы уретры	137
 Глава VI. Уродливости матки. Остановки развитія и гинатрезія	 140
A. Уродливости	—
B. Дефектъ матки и Uterus rudimentarius, foetalis и infantilis	147
C. Гинатрезія	149
Симптомы и исходы	153
Діагнозъ и предсказаніе	154
Леченіе	156
 Глава VII. Воспаленія матки	 159
A. Анатомія	—
B. Endometritis и Metritis acuta	162
Этіологія	—
Анатомія, симптомы, теченіе	163
Діагнозъ, предсказаніе, леченіе	164
C. Metritis chronica. Этіологія	167
Анатомія, симптомы, теченіе	168
Діагнозъ и предсказаніе	170
Общее леченіе	—
Мѣстное леченіе	172
D. Атрофія матки	174
E. Хроническія патологическія состоянія эндометрія	176
Хроническій эндометритъ	—
Симптомы, теченіе и діагнозъ	181
Предсказаніе, леченіе	182
Зондированіе	185
Расширеніе матки, разбухающія средства	187
Инструментальное расширеніе: маточныя расширители	188

	Стр.
Дѣйствіе на слизистую оболочку матки	191
Выскабливаніе. Маточныя палочки, ложки, кюретки	—
Впрыскиванія при помощи шприца <i>Wright's</i>	197
Электродытическое леченіе	199
<i>Atmosaipsis</i>	201
F. Патологическія состоянія шейки матки	204
Этиология. Анатомія	—
Симптомы и теченіе. Диагнозъ	208
Леченіе	209
Ампутація <i>portionis</i>	211
Операция <i>Emmet's</i>	212
Леченіе слизистыхъ полиповъ	214
Заключеніе	—
Глава VIII. Измѣненія положенія матки	215
A. Типичное положеніе матки	—
B. <i>Anteflexio</i>	218
Симптомы, теченіе, леченіе	220
C. <i>Anteversio</i>	221
Симптомы, теченіе, диагнозъ, предсказаніе, леченіе	222
D. <i>Anterpositio uteri</i>	223
E. <i>Retroversio</i> . Этиология и анатомія	224
Симптомы и теченіе	225
Диагнозъ, предсказаніе, леченіе	226
F. <i>Retroflexio</i> . Этиология и анатомія	227
Симптомы	229
Диагнозъ	231
Леченіе	234
Оперативное леченіе <i>retroflexionis</i>	241
<i>Vaginofixatio</i>	244
Операция <i>Alexander's</i>	246
Критика описанныхъ операций	247
G. Выпаденіе матки и влагалища	250
1) Изолированное опущеніе стѣнки влагалища	—
2) Опущеніе стѣнки влагалища съ опущеніемъ матки	252
3) Первичное опущеніе матки съ инверсіей влагалища	253
Анатомія	255
Симптомы и теченіе	258
Диагнозъ	259
Леченіе	—
Леченіе пессаріями	266
H. <i>Inversio</i> . Этиология	268
Анатомія	—
Симптомы, теченіе, диагнозъ, предсказаніе	269
Леченіе	271
I. Болѣе рѣдкія измѣненія положенія матки	273
Глава IX. Злокачественныя опухоли матки (<i>carcinoma, sarcoma, syncytioma</i>).	
Прибавленіе: аденома	274
A. <i>Carcinoma</i>	—
<i>Carcinoma portionis</i>	—
<i>Carcinoma cervicis</i>	276
<i>Carcinoma corporis</i>	277
Этиология, симптомы, теченіе	279
Диагнозъ	283
Леченіе. Оперативное удаленіе рака	288
Послѣдующее леченіе. Высокая ампутація <i>portionis</i>	292
Операция <i>Freund's</i>	294
Репидивы. Предсказаніе	295
Симптоматическое и палліативное леченіе	—
B. Саркома	298
Диагнозъ и леченіе	299
<i>Sarcoma deciduocellulare. Syncytioma</i>	300
C. Прибавленіе: аденома	301

	Стр.
Глава X. Миомы матки	303
Симптомы и течение	312
Диагноз	316
Лечение. Симптоматическое лечение. Эрготинъ	320
Мясное кровостанавливающее лечение	322
Оперативное лечение. Удаление полиповъ	324
Влагалищная полная экстирпация при миомахъ	331
Ларагошуетоміа	333
Приготовление къ лапаротоміи	334
Наркозъ, дезинфекція поля операціи, операционный столъ и высокое положение таза	335
Общая техника	337
Разрывъ живота	339
Типичная миотомія съ и безъ удаленія portiois vagin.	342
Вылущеніе миомъ изъ паренхимы матки	347
Кастрація	350
Глава XI. Болѣзни яичника и его придатка	352
A. Нормальная анатомія	—
Положеніе яичниковъ	355
B. Раановидности развитія и измѣненія положенія	356
C. Воспаленіе яичника. Oophoritis	357
D. Новообразования яичниковъ	361
Яичниковыя кисты	362
Kystadenoma	—
Kystadenoma serosum	367
Ракъ яичника	368
Овулогенныя опухоли. Эмбриомы (Дермоиды). Тератомы	371
Опухоли соединительнотканнаго ряда яичниковъ, фибромы, саркомы, эндотелиомы, ангиомы (десмоидныя новообразования)	374
Паровариальныя опухоли	376
Отношеніе яичниковыхъ опухолей къ соседнимъ частямъ, ножка, ростъ, сращенія, метаморфозы въ опухоли, разрывы кисты	378
Симптомы и течение	384
Диагнозъ	389
Лечение. Пункция. Овариотомія	400
Консервативная овариотомія. Способъ при осложненіяхъ	404
Вагинальная овариотомія	407
Неполная и повторная овариотомія	409
Глава XII. Болѣзни трубъ. Операціи на придаткахъ. Трубная беременность	410
A. Анатомія	—
B. Пороки развитія	412
C. Воспаленіе трубъ. Pyosalpinx	—
Hydrosalpinx. Haematosalpinx	416
Течение. Предсказаніе	417
Диагнозъ. Лечение. Операція на придаткахъ	—
Техника абдоминальныхъ операцій на придаткахъ	422
Техника вагинальныхъ операцій на придаткахъ	424
Новообразования трубы	426
D. Трубная беременность. Haematocele	426
Симптомы и течение	433
Диагнозъ	434
1) Профилактическое лечение	436
2) Лапаротомія при тяжелыхъ симптомахъ	438
3) Лечение haematocele	439
4) Операціи при болѣе развитой внематочной беременности	440
Глава XIII. Послѣдующее лечение. Послѣдующія болѣзни послѣ лапаротоміи	443
A. Шовъ брюшной раны	—
B. Повязка на животъ	447

C. Последующее лечение	447
D. Предсказание. Смерть после лапаротомии	450
E. Плевс	456
F. Брюшная грыжа. Пупочная грыжа. Грыжа рубцов живота. Образование спаек	459
G. Брюшные свищи. Каловые свищи. Пузыре-брюшные свищи. Лечение	461
H. Брюшно-везикальные свищи	465
I. Предметы, забытые в животѣ	—
Глава XIV. Parametritis и Perimetritis	466
A. Parametritis	—
Симптомы и течение	474
Диагноз и предсказание	476
Лечение	479
B. Опухоли связок и въ suberosium	482
C. Perimetritis	484
Анатомія и этиология	—
Симптомы и течение	491
Диагноз и предсказание	493
Лечение	495
D. Туберкулезъ брюшины	497
Глава XV. Менструация, овуляция, оплодотворение, бесплодие	500
A. Физиология менструации и овуляции	—
B. Диететика менструации	504
C. Патология менструации	505
Menstruatio praecox, vegetina. Вакарирующая менструация	—
Amenorrhoea	506
Лечение	507
Menorrhagia	509
Лечение	510
Dysmenorrhoea	512
Лечение	516
Внутриматочныя палочки	518
Кастрация, полная экстирпация	519
Техника кастрации	521
D. Оплодотворение	—
E. Бесплодие	522
Стерилизация	527
Глава XVI. Перелойныя заболѣванія женскихъ половыхъ частей	528
A. Этиология	—
B. Отдѣльныя формы женской гонорреи	531
1) Vulva и Vagina	—
2) Urethritis	533
3) Трипперъ матки	—
4) Salpingitis gonorrhoeica	535
C. Менструация, беременность, послѣродовой періодъ	536
1) Менструация	—
2) Беременность	537
3) Послѣродовой періодъ	—
D. Смѣшанная инфекция	538
E. Ослабленная вирулентность	539
F. Остатки гонорреи	540
G. Симптомы и теченіе	—
H. Диагнозъ	543
I. Лечение	544
1) Лечение острого триппера	—
2) Лечение хроническаго триппера	547

Глава XVII. Характерныя для женщинъ заболѣванія нишекъ	Стр. 549
А. Хроническій запоръ	—
Леченіе	553
В. Трещины задняго прохода, свищи, перипроктитическіе абсцессы	555
С. Почечуй	556
D. Proctarus ani	557
Прибавленіе: Phagmasorosa gynaecologica	559
Алфавитный указатель	565

akusher-lib.ru

ГЛАВА ПЕРВАЯ.

Гинекологическая антисептика.

А. Общія основанія нашихъ подготовленій.

При всѣхъ діагностическихъ и терапевтическихъ приѣмахъ необходима антипаразитарная подготовка—антисептика. Антисептика распространяется на врача и на больную. Маленькія поврежденія, вызванныя случайно при изслѣдованіи, большія раны, нанесенныя при операціяхъ, заживаютъ первично, т. е. асептически, лишь въ томъ случаѣ, если асептика была сохранена антисептикой.

При неправильной или недостаточной антисептикѣ на рукахъ, инструментахъ, перевязочномъ матеріалѣ, въ промывающей жидкости или на больной остаются жизнеспособные возбудители болѣзни; они развиваются въ отдѣленіяхъ или раневой жидкости, образуютъ при своемъ развитіи яды, разрушаютъ на мѣстѣ ткани и, попадая въ кругъ кровообращенія, отравляютъ организмъ.

Возбудителями инфекціи являются различныя виды стрептококковъ, далѣе стафилококки и *bacterium coli*. Самыми опасными представляются происходящія отъ больныхъ людей—такъ сказать—антропогенныя, патогенныя стрептококки.

Такъ какъ врачу приходится по обязанности имѣть дѣло съ больными людьми, то на его рукахъ, волосахъ, лицѣ, на его платьѣ, даже на всей поверхности его тѣла, всегда находятся кокки. Но и безъ прямого загрязненія находятся всюду, напр. въ полости рта каждаго человѣка, патогенныя кокки: стрептококки, бациллы дифтеріи, пневмококки и др.

Въ больницахъ, смотря по характеру болѣзни, разносителями инфекціи являются приходившіе въ соприкосновеніе съ больными предметы, если они не были тщательно дезинфицированы. Инфекціонныя зародыши разносятся воздухомъ вмѣстѣ съ пылью и грязью и скопляются на тѣхъ мѣстахъ, на которыхъ осѣдаетъ послѣдняя, напр. на столахъ, перевязкахъ, перевязочныхъ предметахъ, ранахъ и т. д. Хотя при высыханіи они и теряютъ отчасти энергію роста, но тѣмъ не менѣе имѣются „споры“, отчасти еще неизвѣстныя, обладающія продолжительной жизнеспособностью. Значитъ, гораздо опаснѣе производить операцію въ то время, когда имѣешь дѣло съ ранами, содержащими *острыя* патогенныя зародыши, напр. флегмоны, чѣмъ въ случаяхъ, въ которыхъ вовсе не дотрогиваются до гноящихся ранъ. Го-

раздо опаснѣе производить операціи въ помѣщеніи, въ которомъ находились больные съ инфекціонными ранами, чѣмъ въ помѣщеніи, въ которомъ принципиально не держатъ ни одного инфекціоннаго больного или больныхъ съ зараженными ранами.

Съ другой стороны врачъ, не приходившій въ соприкосновеніе съ инфекціонными болѣзнями, имѣеть больше надежды не инфицировать произведенныя имъ раны, чѣмъ тотъ врачъ, которому по необходимости приходится имѣть дѣло съ случаями тяжелой раневой инфекціи, съ скарлатиной, дифтеріей и т. д.

В. Происхожденіе инфекціи ранъ.

Способы инфекціи ранъ крайне разнообразны: кокки и бактеріи могутъ находиться въ крови и застрѣвать въ извѣстномъ мѣстѣ организма—мѣтастазы. Это—*самозараженіе*. Такъ, напр., вена, находящаяся вблизи ихорозной раковой опухоли кишекъ или вблизи микотически пораженнаго пузыря, можетъ подвергнуться эндофлебиту и закупориться. Съ этого мѣста можетъ отдѣлиться кокковая масса и застрѣть въ другомъ мѣстѣ сосудистой системы, вызывая здѣсь подобное же воспаленіе, какъ и на первомъ мѣстѣ. При язвенномъ эндокардитѣ, при піеміи, при криптогенетической піеміи метастазы происходятъ вслѣдствіе самопроизвольнаго зараженія или самозараженія.

Большое значеніе имѣеть при этомъ сопротивляемость тканей: ткани съ подорваннымъ питаніемъ или подвергшіяся травмѣ представляютъ собою *locus minoris resistentiae* и въ нихъ-то и гнѣздятся патогенные кокки, которые могутъ вызывать тутъ подкожное нагноеніе. Такъ обстоитъ дѣло, напр., при остеомиелитахъ, параметритахъ, гематомахъ и т. д.

Далѣе, *инфекція можетъ происходить черезъ воздухъ*. Зародыши выбрасываются изо рта врача при разговорѣ, кашлѣ, чиханьи, вслѣдствіе легкаго удѣльнаго вѣса не падаютъ тотчасъ же на полъ, а остаются въ теченіе нѣкотораго времени въ воздухѣ и, постепенно опускаясь, попадаютъ на раны или на предметы, приходящіе съ ними въ соприкосновеніе.

Зародыши могутъ приставать и къ пальцамъ врача и попадать во время операціи прямо въ рану, или же они находятся на инструментахъ, ножахъ, на шарикахъ и вносятся въ рану этимъ путемъ—это *инфекція вслѣдствіе прикосновенія*, происходящая при дотрогиваніи къ ранамъ грязными предметами.

Или поверхность кожи поля операціи бываетъ загрязнена. Хотя поверхность и обмыта, дезинфицирована, тѣмъ не менѣе въ глубокихъ слояхъ кожи, напр. въ выводныхъ протокахъ железъ, могутъ находиться кокки, проникающіе постепенно на поверхность. Продѣтая черезъ край раны шелковая нитка слущиваетъ загрязненный кокками эпидермисъ и втягиваетъ его въ глубину раны. Здѣсь, разростаясь въ жидкостяхъ раны, кокки оказываютъ губительное свое дѣйствіе.

Въ другихъ случаяхъ инфекція происходитъ вслѣдствіе того, что опе-

раторъ стираетъ съ размягченной кровью и жидкостями кожи поверхностныя частички и вноситъ ихъ въ рану.

С. Послѣдствія инфекціи ранъ.

Какъ весь организмъ человѣка, такъ и отдѣльныя части его относятся къ коккамъ совершенно различно. Имѣются люди съ индивидуальнo высокою сопротивляемостью: нами было неоднократно замѣчено, что одна родильница быстро погибала отъ тяжелой пуэрперальной инфекціи, между тѣмъ какъ другая въ концѣ концовъ выздоравливала. Существуетъ даже индивидуальный *иммунитетъ*! Кроме того, мы обладаемъ средствами и способами для подкрѣпленія организма въ борьбѣ его съ раневою инфекціей. Можетъ быть наступитъ даже время, что мы въ состояніи будемъ иммунизировать больныхъ противъ раневою инфекціи такимъ же образомъ, какъ и противъ другихъ инфекціонныхъ болѣзней, напр. оспы.

Дѣйствіе кокковъ различно, въ зависимости отъ мѣста, куда они попали.

Живая, богатая кислородомъ кровь является сильнымъ противникомъ кокковъ; точно также и здоровая брюшина, обладающая значительной физиологической всасывающей способностью, въ состояніи уничтожить часть кокковъ, обезвредить, всосать ихъ, ввести въ кровь, въ которой они и погибаютъ.

Въ плохо питаемыхъ тканяхъ, напр. пуэрперальной, жирноперерожденной, недостаточно снабжаемой артеріальной кровью маткѣ, въ печени съ ея медленно текущей венозной кровью, въ отечной ткани, въ мертвыхъ пространствахъ, въ которыхъ почти не происходитъ обмѣна веществъ, кокки быстро размножаются, они развиваютъ и усиливаютъ опасное, токсическое для организма дѣйствіе.

Важно и то обстоятельство, что кокки развиваютъ различную степень вреднаго дѣйствія, причемъ самыми опасными являются свѣжіе, выросшіе въ больномъ человѣкѣ кокки, такъ называемые патогенные зародыши. Родильница, подвергшаяся зараженію отъ свѣжаго случая послѣродовой горячки, почти неизбѣжно обречена на сепсисъ, т. е. смерть. Болѣе старые, высохшіе кокки, осѣвшіе съ пылью, если ихъ снова увлажнить, представляются болѣе слабыми и требуютъ для своего роста времени и особенно благоприятныхъ условій. Наконецъ, значеніе имѣетъ и количество кокковъ; какъ было уже упомянуто, часть кокковъ уничтожается брюшиной, но противъ большихъ массъ, заполняющихъ органы, организмъ скоро оказывается не въ силахъ бороться.

Такъ какъ эти взгляды мѣняются съ усовершенствованіемъ бактериологическихъ знаній, такъ какъ съ каждымъ годомъ открываются новыя условія для роста и уничтоженія кокковъ, то и въ практикѣ нельзя придерживаться одного, разъ облюбованнаго, способа.

Въ виду этого часто крайне необходимо мѣнять способы антисептики, съ цѣлью примѣненія на практикѣ достигнутаго теоретически. При этомъ,

однако, всегда необходимо помнить, что самый простой способ одновременно и самый лучший.

Съ практической точки зрѣнія лучше всего различать *объективное* и *субъективное антипаразитарное подготовленіе*.

Объективное, въ свою очередь, дѣлится на подготовленіе врача и подготовленіе предметовъ, необходимыхъ во время операціи.

Д. Антипаразитарное подготовленіе врача. Личная антисептика.

Самымъ главнымъ представляется подготовленіе *рукъ*. Новѣйшими, весьма тщательными изслѣдованіями многихъ авторовъ доказано, что полного обезпложиванія рукъ однимъ какимъ либо способомъ антисептики не удастся достигнуть, что, если мы и станемъ поверхность руки энергично обрабатывать антипаразитарно, механически и химически, то тѣмъ не менѣе въ болѣе глубокихъ слояхъ кожи кокки останутся дѣятельными. Несмотря на эти теоретическіе факты, намъ все-таки извѣстно, что нашихъ подготовленій вполне достаточно для гарантированія асептичнаго заживленія. Во всякомъ случаѣ болѣе выгоднымъ оказывается комбинированіе различныхъ способовъ; лучше сдѣлать больше, чѣмъ меньше.

Руки обнажаютъ до плеча. Волосы на рукахъ обжигаютъ на спиртовомъ пламени. Кисть, предплечье, локоть смачиваютъ водою, послѣ чего сильно втираютъ въ кожу *Schleich*'овское мраморное мыло, песочное или мыло съ пемзой; подногтевое пространство и ногтевое ложе также сильно протираются мыломъ. Мыло смываютъ затѣмъ съ помощью щетки горячей водою. Я полагаю, что при употребленіи именно песочнаго мыла и щетки достигается вполне успѣшная очистка рукъ. Если щетки хорошо выварены и сохраняются въ сулемовомъ растворѣ, то ими смѣло можно пользоваться. На систематическую очистку щеткою каждаго пальца, межпальцевыхъ пространствъ, кисти и предплечья потребно по меньшей мѣрѣ 5 минутъ. Послѣ этого тщательно очищаютъ ногтевое ложе ногтечисткою, удаляютъ грязь и клочья эпидермиса изъ-подъ ногтей и ровно обрѣзаютъ послѣдніе. Затѣмъ вторично моютъ руки мыломъ со щеткою; отслоившійся эпидермисъ удаляютъ. На очистку правой руки уйдетъ, конечно, нѣсколько больше времени, такъ какъ лѣвая рука обладаетъ меньшей силой и ловкостью, ею не такъ удобно производить обеззараживаніе правой руки, какъ правую лѣвой. *Эту двукратную очистку съ помощью горячей воды, щетки и песочнаго мыла я считаю главнымъ моментомъ обеззараживанія рукъ.*

Тщательно ополоснувъ руки въ струѣ горячей воды, основательно протираютъ ихъ помощью щетки растворомъ сулемы 1:1000; для этого берется другая щетка, сохранявшаяся также въ сулемовомъ растворѣ. Затѣмъ еще разъ осматриваютъ ногти и удаляютъ оставшіяся частички грязи.

Послѣ этого проводятъ другой, чистой щеткой, смоченной въ растворѣ сулемы, по головѣ и бородѣ — операторъ всегда долженъ носить короткую бороду. Носъ и носовыя отверстія обтираютъ тряпочкой, смоченной растворомъ сулемы. Если операторъ страдаетъ катарромъ, то ротъ споласкива-

ютъ антисептической жидкостью—эйкалиптоломъ, одоломъ и пр.—и водою и снова вытираютъ бороду растворомъ сулемы. Даже легкая ангина можетъ вести къ *sepsis*.

Послѣ этого погружаютъ руки снова въ растворъ сулемы, обрабатываютъ ихъ щеткой и надѣваютъ стерилизованный халатъ, покрывающій все тѣло и закрывающій шею выше воротника. Такимъ же образомъ надѣваютъ и передвикъ изъ *Billroth'*овскаго батиста; послѣдній сохраняется до этого времени въ растворѣ сулемы и надѣвается мокрымъ. Для предохраненія сапогъ отъ дѣйствія сулемы надѣваютъ высокія резиновыя галоши.

Послѣ этого обмываютъ руки *спиртомъ*, придерживаясь при этомъ изложеннаго порядка. Спиртъ смываютъ растворомъ сулемы, погружаютъ руки передъ взятіемъ ножа въ стерилизованную воду и проводятъ первый разрѣзъ.

На тщательное производство этихъ манипуляцій уходитъ 15—20 минутъ.

Если была произведена совершенно асептическая операція и приступаютъ ко второй, то вполне достаточно очищенія отъ крови, что достигается скорѣе всего съ помощью песочнаго мыла, обмыванія сулемой и дезинфекціи алкоголемъ. Замаранной кровью передникъ замѣняется чистымъ, взятымъ изъ раствора сулемы.

Понятно, при этомъ необходимо обращать вниманіе на то, чтобы не коснуться чистыми руками предметовъ, не сдѣланныхъ асептичными при помощи антисептики. Въ противномъ случаѣ руки необходимо немедленно очищать въ растворѣ сулемы и алкоголемъ.

Въ послѣднее время многіе хирурги, по примѣру *Mikulicz'*а, примѣняютъ способъ, который принятъ и нѣкоторыми гинекологами—оперируютъ въ перчаткахъ, такъ что рана вовсе не приходитъ въ соприкосновеніе съ открытой поверхностью пальцевъ. Употребляютъ какъ бумажныя, такъ и резиновыя перчатки.

Мы, гинекологи, которымъ зачастую въ теченіе мѣсяцевъ вовсе не приходится касаться зараженныхъ или гнойныхъ ранъ, вовсе не столь опасны относительно инфекціи, какъ хирурги, которымъ по специальности приходится такъ часто имѣть дѣло со свѣжими или старыми гнойящимися ранами.

Въ практикѣ намъ приходится бояться всякихъ новыхъ аппаратовъ, которыхъ нельзя контролировать лично: чѣмъ проще наши мѣры предохраненія, тѣмъ лучше. Я придерживаюсь того мнѣнія, что хорошо дезинфицированныя руки безопасны и безъ перчатокъ. Для операторовъ, работающихъ въ большихъ общихъ больницахъ, приходящихъ повторно въ соприкосновеніе съ загрязненными ранами, или старающихся достигнуть улучшеній въ виду получаемыхъ ими неудовлетворительныхъ результатовъ, можетъ быть и желательнымъ оперированіе въ перчаткахъ. Я примѣняю перчатки лишь въ томъ случаѣ, когда мнѣ приходилось случайно коснуться загрязненныхъ ранъ и необходимо немедленно оперировать.

Во всякомъ случаѣ совершенно правильно требованіе, чтобы гинекологи по возможности не касались септическихъ ранъ; если, однако, представлялась необходимость, то они должны предохранять руку отъ непосредственнаго соприкосновенія съ септическими веществами каучуковымъ пальцемъ или перчаткой. При весьма опасномъ матеріалѣ, напр. при соприкосновеніи съ септическимъ, пуэрпериальнымъ эндометритомъ, необходимо сдѣлать все—ванна, обмыванія содой, перемѣна одежды и бѣлья и т. д.—для уничтоженія опасности зараженія.

Такъ какъ необходимо допустить возможность попаданія изъ воздуха зародышей на руки оператора во время производства операціи, или прониканія на поверхность кожи находившихся въ глубинѣ зародышей, то крайне рационально очищать руки во время самой операціи.

Для этой цѣли я употребляю охотнѣе всего перчатку изъ люфы. Подобной перчаткой верхняя конечность вытирается растворомъ сулемы, который необходимо имѣть готовымъ въ большомъ ведрѣ. Вредный для раны растворъ сулемы удаляютъ погруженіемъ рукъ въ ведро съ стерилизованной водой.

Что въ глубинѣ кожи находятся кокки, это наблюдаемъ мы, напр., при фурункулахъ: невзирая на асептическія обмыванія рукъ, развиваются все новые и новые фурункулы, пока не будутъ примѣнены въ теченіе нѣсколькихъ дней компрессы изъ раствора сулемы.

Въ виду этого необходимо при продолжительныхъ операціяхъ повторно споласкивать руки растворомъ сулемы для обезвреживанія случайно попавшихъ изъ глубины на поверхность кокковъ. Значитъ, около оператора должны находиться 2 чашки, одна съ растворомъ сулемы, другая съ стерилизованной водою, которою смывается сулема, такъ какъ для брюшины вовсе не безразлично, если на кишечникъ попадаетъ стекающей съ пальцевъ растворъ сулемы.

Е. Антипаразитарное подготовленіе перевязочнаго матеріала и инструментовъ.

Для асептическаго приготовленія перевязочнаго матеріала, или, выражаясь технически, для стерилизаціи его, примѣняютъ аппараты, въ которыхъ черезъ матеріалъ проходитъ въ теченіе нѣкотораго времени текуцій паръ. Въ теченіе почти 20 лѣтъ я употребляю исключительно маленкій аппаратъ *Thursfield's* (рис. 1 и 2). При помощи этого аппарата я обезпечиваю мыло, халаты, полотенца, инструменты, даже губки и т. д., и всегда получаю удовлетворительные результаты. Къ сожалѣнію, аппаратъ мало проченъ: при ежедневномъ употребленіи онъ держится всего $\frac{1}{2}$ года. Для практикующихъ врачей онъ весьма пригоденъ, такъ какъ въ немъ возможна стерилизація одежды врача. Емкость его рассчитана на свободное вмѣщеніе суконной одежды взрослога. Въ больницахъ болѣе рационально употреблять аппаратъ *Lautenschläger's* или *Budenberg's*, которые, какъ и всѣ стерилизаціонные аппараты, построены на принципѣ испаренія воды и пропускавія паровъ черезъ содержимое. Мною слегка измѣ-

нень аппаратъ *Lautenschläger*'а (рис. 3). Во-первыхъ, онъ помѣшенъ на колесахъ; во-вторыхъ, сосудъ съ водою, въ который вводится парь, находится подъ аппаратомъ и соединенъ съ нимъ, такъ что весь аппаратъ занимаетъ мало мѣста и можетъ быть передвижаемъ изъ одной комнаты въ другую.

Въ этотъ аппаратъ предметы не вкладываются свободно, но помѣщаются въ никкелированные барабаны (рис. 4) или ящики, которые снабжены отверстиями, такъ что парь свободно проходитъ черезъ содержимое.

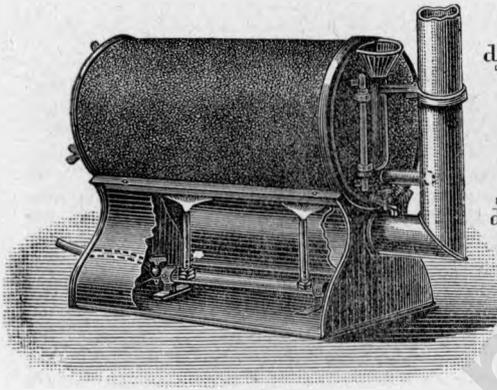


Рис. 1. Стерилизаціонный аппаратъ *Thursfield*'а для обезпложиванія бѣльнъ и перевязочныхъ предметовъ.

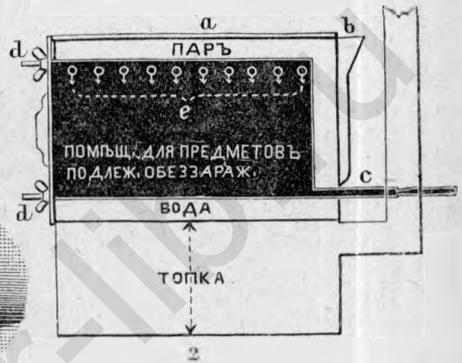


Рис. 2. Поперечный разръвъ аппарата: *a*—оболочка изъ асбестоваго картона или войлока, подъ нею пространство для пара. Надъ топкой вода, которая, испаряясь, попадаетъ въ вышеприведенное пространство и отсюда черезъ отверстие *b* въ стерилизаціонное пространство. У *e* стекаетъ конденсаціонная вода, *d*—винты, которыми крышка привинчивается герметически.

При передвиженіи двойной стѣнки отверстия закрываются. Значитъ, мы въ состояніи стерилизовать перевязочные предметы и, по окончаніи стерилизаціи, закрывая боковыя отверстия, ихъ сохранять. Вкладывая перегородки, можно получить отдѣленія, напр. для различныхъ сортовъ марлевыхъ компрессовъ, или для компрессовъ, халатовъ и полотенецъ.

Закрытые ящики ставятъ рядомъ съ операціоннымъ столомъ и открываютъ лишь передъ самымъ употребленіемъ. Имѣются также приспособленія, при помощи которыхъ ящики открываются механическимъ путемъ, напр. нажиманіемъ на педаль.

Вещи помѣщаются въ ящики совершенно свободно, въ противномъ случаѣ парь не проникаетъ достаточно глубоко и въ подобномъ случаѣ обезпложиваніе бываетъ неполнымъ. Этотъ фактъ вполнѣ подтверждается экспериментальными изслѣдованіями.

Въ настоящее время въ продажѣ имѣется громадное число дешевыхъ и хорошихъ, маленькихъ и большихъ, отвѣчающихъ всѣмъ требованіямъ

врачебной практики аппаратов. Въ данное время ни одинъ врачъ не можетъ обойтись въ практикѣ безъ аппарата для стерилизаціи перевязочнаго матеріала и инструментовъ. Кто въ настоящее время не обладаетъ вполне техникой антисептики, тотъ не только получить неудовлетворительные результаты, но можетъ натолкнуться на величайшія неприятели и въ другомъ отношеніи.

Для осмотра глубины свѣжей раны необходимо удалить кровь. Пока представляется возможность удаленія крови пальцемъ, это оказывается лучшимъ средствомъ. Если этого недостаточно, то рану слѣдуетъ промыть или вытереть.

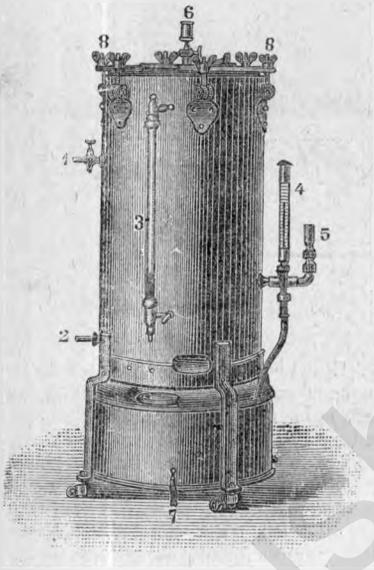


Рис. 3.

Рис. 3. Паровой стерилизаторъ по *Fritsch'y*.

- 1) Трубка для наполненія аппарата водою.
 - 2) Трубка для соединенія съ газовой трубкой.
 - 3) Стеклянная трубка, показывающая уровень воды.
 - 4) Термометръ, показывающій t° въ аппаратъ.
 - 5) 6) Трубка для выведенія воздуха.
- По окончаніи дезинфекціи открываютъ краны съ цѣлью выпуска пара; безъ этого промакали бы дезинфицируемые предметы, такъ какъ при охлажденіи паръ превращается въ конденс. воду.— 7) Сосудъ для воды, въ который проводится паровая трубка.— (Въ аппаратъ *Lautenschläger'a* этотъ сосудъ находится въ сторонѣ).— 8) Винты для укрѣпленія крышки.



Рис. 4. Барабанъ для помѣщенія халатовъ, полотенецъ, шариковъ и пр.

Для подобнаго промыванія примѣняли въ прежнее время растворъ карболовой кислоты или иного дезинфицирующаго средства. Всѣмъ извѣстно, что всѣ медикаменты, даже перегнанная вода, измѣняютъ или даже убиваютъ живыя клѣтки тканей. Если желаютъ сохранить физиологическія качества раневыхъ поверхностей и этимъ благоприятныя условія для заживленія, то слѣдуетъ примѣнять исключительно физиологическій растворъ поваренной соли (6 : 1000) температуры тѣла, который пригоденъ въ особенности при пластическихъ операціяхъ или при операціяхъ въ глубинѣ влагалища.

При поверхностныхъ ранахъ поле операціи освобождаютъ и дѣлаютъ доступнымъ зрѣнію лучше всего вытираніемъ. Само собою понятно, что этотъ способъ является единственнымъ вѣрнымъ при операціяхъ въ брюш-

ной полости. Въ прежнее время употребляли для этого губку. Дѣйствительно, губка являлась бы для этой цѣли лучшимъ средствомъ, если можно было бы достигнуть полного обезпложиванія ея. Большая всасывающая способность, эластичность, удобство прижиманія ея къ кровоточащимъ поверхностямъ, мягкость, чѣмъ избѣгается слущиваніе эндотелія и эпителія— все это качества, которыми обладаетъ губка, и вслѣдствіе которыхъ она считалась лучшимъ матеріаломъ для вытиранія. Но вѣрные способы обезпложиванія—кипяченіе и сохраненіе въ растворѣ сулемы—сильно портятъ губки: онѣ легко разрываются, становятся дряблыми и неэластичными. Частая же замѣна старыхъ губокъ новыми ведетъ къ большимъ расходамъ.

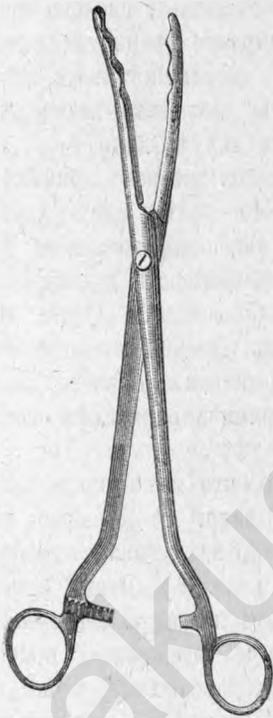


Рис. 5. Губко- или шарико-держатель.

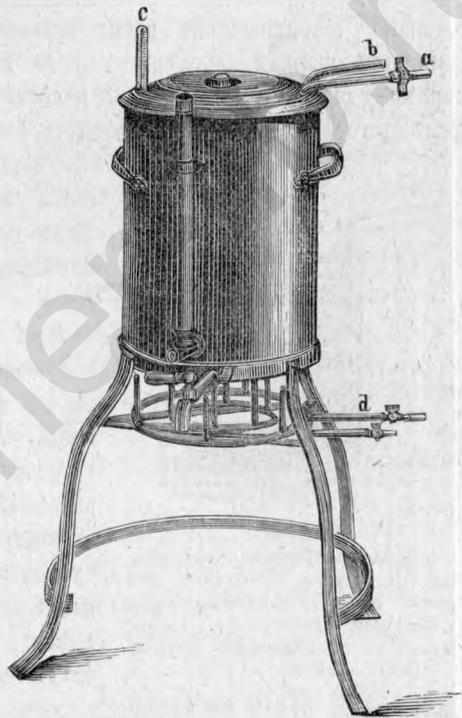


Рис. 6. Стерилизаціонный аппаратъ для воды. Обозначенія какъ на рис. 7.

Въ виду этого уже давно употребляютъ *шарики изъ марли*. ими вытѣснены губки до того, что въ настоящее время уже болѣе никто не употребляетъ губокъ при большихъ операціяхъ. Марлю легко стерилизовать, она недорога, такъ что послѣ однократнаго употребленія можетъ быть свободно выброшена.

При операціяхъ въ брюшной полости мы употребляемъ двухъ видовъ марлевые шарики; во-первыхъ, шарики, состоящіе изъ куска марли длиною въ 40 и шириною въ 33 см. Ихъ можно захватить щипцами для вытиранія глубокихъ полостей, напр. *Douglas'ова* пространства.

Кромѣ того, употребляютъ «салфетки», длиною въ 66 см., шириною въ 40 см., сложенные въ одинъ разъ. Въ брюшную полость входятъ исключительно этими салфетками. На одномъ концѣ имѣется толстая черная нитка, всегда торчащая изъ полости раны, и всегда легко отличающаяся по цвѣту отъ длинныхъ лигатурныхъ нитокъ. Если салфетки нужно удалить, то намъ прямо извѣстно, вслѣдствіе цвѣта нитки, гдѣ тянуть.

Весьма часто случалось, что марлевый шарикъ оставался въ брюшной полости. Для безусловно вѣрнаго избѣжанія подобной случайности я предложилъ слѣдующій способъ. Сложенные другъ на друга шарики нумеруютъ синимъ карандашомъ. Самый верхній изъ нихъ помѣченъ № 1. Однимъ взглядомъ въ ящикъ мы прямо убѣждаемся, сколько израсходовано шариковъ. Во время подготовленія закрытія раны ассистентъ вынимаетъ шарики, провѣряетъ №№ и всегда въ состояніи сказать, всѣ ли шарики удалены изъ брюшной полости. Брюшную рану закрываютъ лишь послѣ того, какъ вполне убѣдились, что шарики всѣ на-лицо.

Большая часть операторовъ примѣняетъ сухіе шарики. Это болѣе всего удобно. Если прижимать ими осторожно и не производить тренія, то опасность сдиранія эпителия и эндотелия невелика. Другіе операторы смачиваютъ шарики стерилизованной водой или растворомъ *Tavel'*, но въ такомъ случаѣ шарики утрачиваютъ способность всасывать.

Предположимъ, что намъ нужно вытирать въ глубинѣ, напр. *Douglas'*ово пространство; для этого захватываютъ шарикъ губкодержателемъ (рис. 5). Этотъ инструментъ долженъ быть легкимъ, легко захватывать, но крѣпко удерживать, причѣмъ нигдѣ не должно быть остраго конца или

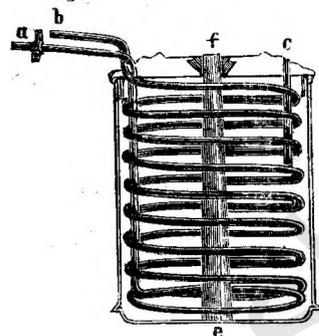


Рис. 7.

а. Трубка, приводящая холодную воду.—b. Трубка, отводящая холодную воду.—c. Термометръ. d. Газовыя трубки—e-f. Центральная отопляющая трубка котла.

края, чтобы нигдѣ не поранить, даже при болѣе сильномъ вытираніи и смѣшеніи марли. Изображенный на рис. 5 держатель употребляется мною уже много лѣтъ. Этимъ инструментомъ легко проникнуть въ глубину брюшной полости или во влагалище.

Необходимую при операціяхъ *воду* слѣдуетъ обезпложивать, т. е. кипятить въ теченіе продолжительнаго времени. Конечно, можно брать кипяченую воду и сохранять ее къ операціи въ сосудахъ, но во избѣжаніе всякихъ недоразумѣній я обезпложиваю воду въ операціонной комнатѣ и употребляю для этого стерилизаціонный котель (рис. 6).

Этотъ котель устроенъ слѣдующимъ образомъ: мѣдный котель вмѣщаетъ 30—60 литровъ. Кому приходится много оперировать, тому лучше запасти двумя котлами, маленькимъ для короткихъ операцій, большимъ—

для сложных или нѣсколькихъ операций. Кроме того, можно устроить такимъ образомъ, чтобы былъ одинъ котелъ съ холодной, другой съ горячей водой, такъ что во всякое время можно имѣть воду любой температуры. Котелъ съ центральнымъ отверстіемъ, рис. 7 e f, чѣмъ легко достигается болѣе быстрое нагрѣваніе. Сбоку имѣется толстая, стеклянная трубка, показывающая уровень воды въ котлѣ, которую можно чистить во всякое время. Внизу имѣется кранъ. Крышка, рис. 6, вставляется въ желобъ, наполненный растворомъ карболовой кислоты. Въ крышкѣ имѣется 3 отверстія. У с впущенъ термометръ. Изъ другихъ отверстій торчатъ концы (a и b) спиральной охлаждающей трубки.

Котелъ стоитъ на желѣзномъ, легко подвижномъ треножникѣ, къ которому придѣлана система Бунзеновскихъ горѣлокъ. Значитъ, котелъ можетъ быть примененъ въ каждомъ помѣщеніи, въ которомъ имѣется водопроводъ и газъ.

Такъ какъ котелъ закрытъ и въ него не можетъ ничего попасть, то этимъ дана возможность приготовленія обезпложенной воды въ запасъ. Я замѣчалъ, что если воду кипятить съ вечера въ теченіе 20 минутъ, то на слѣдующее утро, при обыкновенной комнатной температурѣ, она еще имѣетъ 40° С.

Если необходимо быстро имѣть обезпложенную воду, то поступаютъ слѣдующимъ образомъ:

Приблизительно за $\frac{3}{4}$ часа до операции наполняютъ котелъ горячей водой, съ цѣлью экономіи газа или спирта. Послѣ этого накрываютъ крышку и зажигаютъ газъ. Къ концамъ a и b спиральной трубки прикрѣпляются двѣ каучуковыя трубки, изъ которыхъ одна соединяется съ краномъ для холодной воды, между тѣмъ какъ другая опускается въ какую-нибудь чашку.

Вода въ котлѣ должна кипятиться въ теченіе 20 минутъ. Этого времени вполне достаточно для убіенія опасныхъ для ранъ кокковъ. Если термометръ котла показываетъ въ теченіе 10 минутъ 100° С., то всякій фарфоровый сосудъ, употребляемый при операции, споласкивается въ большой чашкѣ съ растворомъ сулемы (1:1000). Вся посуда вытирается уже стерилизованными руками и смоченнымъ въ растворѣ сулемы полотенцемъ. Вытирается и кранъ котла; во время операции кранъ остается завернутымъ въ сырую сулемовую марлю.

Къ 30 литрамъ воды я прибавляю 180 грм. поваренной соли, такъ что получается „физиологическій растворъ поваренной соли“.

Инструменты вывариваются въ 1% растворѣ соды. Въ прежнее время проволочная корзина съ инструментами вынималась изъ котла и инструменты кладлись на стерилизованный столъ.

Еще болѣе вѣрнымъ представляется мой столъ (рис. 8), въ которомъ стерилизуются инструменты. Крышку поднимаютъ лишь передъ производствомъ перваго разрѣза, вслѣдствіе чего инструменты не загрязняются между стерилизаціей и употребленіемъ при перенесеніи или зародышами

изъ воздуха. Кромѣ того, весьма выгодно имѣть въ операционной комнатѣ однимъ предметомъ меньше.

Котель, длиною въ 63 см., шириною въ 44 см., вышиною (внутри) въ 11 см. отапливается спиралью, соединенной съ газовымъ краномъ каучуковой трубкой. Конечно, возможно нагрѣваніе спиртомъ. Кромѣ того, кипяченіе возможно, какъ въ передней, такъ и въ операционной комнатѣ. Послѣ этого вносить закрытый столъ въ комнату.

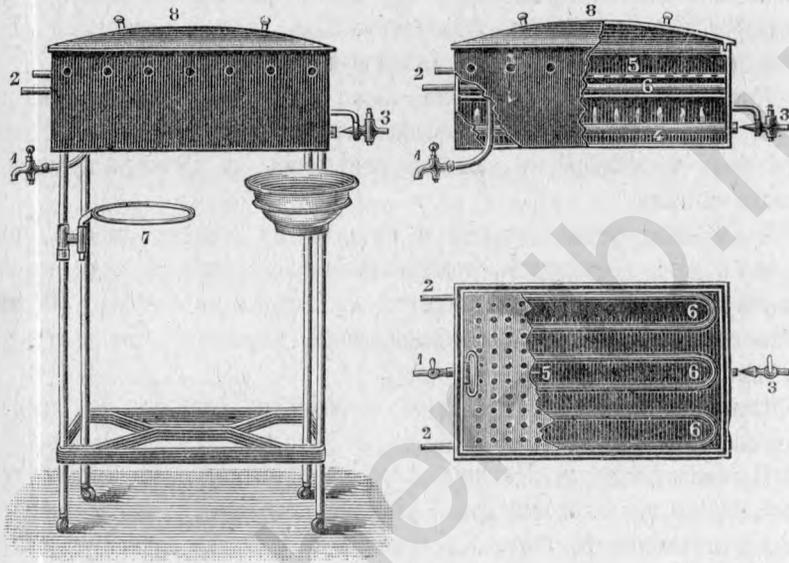


Рис. 8. Комбинированный стерилизаторъ и столъ для инструментовъ, по *Fritsch'y*.— 1) Кранъ для выпускавія раствора оды, въ которомъ находятся инструменты.— 2) Охлаждающая спираль, къ одному ея концу прикрѣпляется каучуковая трубка для холодной воды.— 3) Газовый кранъ для отапливающей спирали (горѣлка *Bunsen'a*).— 4) Отапливающая спираль.— 5) Дырчатая жестяная пластинка, на которой лежать инструменты.— 6) Охлаждающая спираль.— 7) Кольца для умывательныхъ чашекъ.— 8) Крышка съ двумя ручками.

На днѣ котла имѣется охлаждающая спираль, надъ нею находится дырчатая жестяная пластинка, съ двумя ручками. Операторъ самъ долженъ брать каждый инструментъ, и не заставлять ихъ себѣ подавать. Крышка легко снимается силѣлкой, за двѣ ручки. Снизу крышки имѣется выступъ, вышиною въ 1 см., который приходится въ желобъ, по верхнему краю котла. Этотъ желобъ наполняется стерилизованной водой, и въ него вставляють закраину крышки, такъ что получится герметическое закрытіе.

Аппаратъ стоитъ на 4 ножкахъ на колесахъ, такъ что его весьма легко передвигать съ мѣста на мѣсто.

На ножкахъ имѣется два, подвижныхъ во всѣ стороны кольца, въ которыя вставляются чашки съ растворомъ сулемы и стерилизованной водой.

Воду изъ котла можно выпустить черезъ кранъ (рис. 8).

Инструменты можно кипятить въ аппаратѣ за нѣсколько часовъ до операціи и оставлять ихъ стерилизованными въ котлѣ.

Если инструменты приходится употреблять нѣсколько разъ подъ-рядъ, то ихъ очищаютъ тщательно въ проточной водѣ, помѣщаютъ въ котель и снова вывариваютъ. Охлаждающая спираль соединяется съ краномъ для холодной воды, такъ что по прошествіи 5 минутъ вода становится холодной; послѣ этого выпускаютъ ее черезъ кранъ.

Этимъ временемъ подготовлена новая больная и операторъ успѣлъ себя дезинфицировать. Сидѣлка подымаетъ крышку лишь передъ самымъ производствомъ разрѣза. Кромѣ того, можно оставлять негронутыми и защищенными отъ доступа воздуха въ жестяной коробкѣ на одной сторонѣ жестяного ящика нѣсколько инструментовъ, которые и послужатъ для второй операціи.

Г. Матеріаль для швовъ.

Для шиванія ранъ и перевязки сосудовъ мы имѣемъ четыре матеріала: шелкъ, кэгуттъ, металлическую проволоку и silkwool.

И здѣсь приходится дѣлать различіе между требованіями госпитальной и частной практики.

Шелкъ представляетъ то преимущество, что легко и просто можетъ быть стерилизованъ. Вываренный и сохраняемый въ спиртѣ, онъ не теряетъ своей плотности и остается обезпложеннымъ. Я сохранялъ въ спиртѣ шелкъ въ теченіе 7 лѣтъ, причемъ оказалось, что шелкъ нисколько не утерять своей плотности. Шелковая нитка не растягивается при завязываніи узла. Если необходимо шить въ глубинѣ, если необходимо шивать болѣе толстыя ткани, то нельзя обойтись безъ шелка. Кромѣ того, шелкъ представляется самымъ надежнымъ матеріаломъ для перевязки артерій. Неудобства состоятъ въ слѣдующемъ: шелкъ не всасывается, онъ остается въ глубинѣ неизмѣненнымъ въ теченіе многихъ лѣтъ. Если вблизи имѣются бактеріи, то онѣ проникаютъ въ шелкъ. Перетянутыя ткани атрофируются и исчезаютъ. Узелъ шелковой нитки, однако, остается, измѣняетъ свое положеніе, можетъ напр. прикоснуться къ кишечнику и производить давленіе. Въ другихъ случаяхъ нитка давить на пузырь, ведетъ къ атрофіи стѣнки и попадаетъ въ пузырь, такъ что вокругъ нея образуется камень, ведущій къ циститу. Въ виду этого принципиально неправильно дѣлать „погружные швы“ изъ шелка. Описанныя опасности, однако, обыкновенно не наступаютъ въ случаяхъ, въ которыхъ шелкъ инкапсулируется въ асептическихъ здоровыхъ тканяхъ, далеко отъ кишечника и пузыря.

При кожномъ швѣ шелкомъ слушивается съ поверхности эпидермисъ и съ нимъ грязь. Шероховатая нитка образуетъ воронку, причемъ захваченный ниткой матеріаль проникаетъ чрезъ нее въ глубину. Такимъ образомъ понадеваетъ въ глубину инфекціонный матеріаль; невзирая на

поверхностное заживленіе, образуется нагноеніе въ мертвыхъ пространствахъ глубокой раны. Это наблюдалось въ прежнее время особенно часто послѣ сшиванія промежности *post partum*, когда не сшивали еще рану изнутри кнаружи. Шелкъ обладаетъ способностью всасывать, такъ что происходитъ всасываніе отдѣленія ранъ внутрь, а не выведеніе его наружу, какъ при дренажныхъ трубкахъ.

Кэтгутъ рассасывается, постепенно исчезаетъ, такъ что, разъ онъ разсосался, въслѣдствіи нельзя ожидать образованія абсцессовъ и нагноеній въ глубинѣ. Въ виду этого, если нитка должна оставаться въ полостяхъ тѣла или подкожно, то кэтгутъ представляется лучшимъ матеріаломъ для сшиванія. Неудобства состоятъ въ слѣдующемъ: легкая разрываемость, растяжимость и неувѣренность въ обезпложиваніи. Такъ какъ кэтгутъ скручивается изъ кишекъ, то становится понятнымъ, что мѣстами должны имѣться легко разрываемыя нитки. Столь вѣрнаго и плотнаго перетягиванія какъ съ шелкомъ, нельзя, къ сожалѣнію, достигнуть кэтгутомъ. Толстые слои нельзя шить надежно кэтгутомъ. Кромѣ того, размячкаясь въ тканяхъ, кэтгутъ быстро подвергается растяженію. Если къ концу операціи пересмотрѣть кэтгутовые лигатуры, то нерѣдко удается констатировать ясное ослабленіе ихъ. Въ особенности размячается, разбухаетъ и растягивается въслѣдствіе водянистаго отдѣленія ранъ кэтгутъ, уплотненный и сохраненный въ алкогольѣ.

Но главная бѣда состоитъ въ томъ, что мы не обладаемъ ни однимъ безусловно вѣрнымъ способомъ обезпложиванія кэтгута. Оказывается, что даже послѣ уничтоженія всѣхъ кокковъ и бактерій въ кэтгутѣ могутъ, невзирая на обезпложиваніе, остаться дѣйствительными ядовитыя вещества.

Сказанное относится главнымъ образомъ къ толстымъ №№ кэтгута и потому я, основываясь на большомъ личномъ опытѣ, настоятельно совѣтую употреблять только *тонкій* кэтгутъ, беря его, если нужно, въ 2—3 нитки.

Менѣе опаснымъ представляется кэтгутъ въ брюшинѣ, громадная всасывающая сила которой удаляетъ какъ органическія, такъ и неорганическія инфекціонныя вещества. Если, однако, приходится накладывать много кэтгута, въ особенности толстыя нитки, и оставлять ихъ на мѣстѣ, то нерѣдко случается наблюдать весьма высокую лихорадку, которую можно поставить въ зависимость исключительно отъ всасыванія кэтгута.

Нечистыя, однако, нитки, находящіяся въ жировой ткани брюшныхъ покрововъ, быстро ведутъ къ нагноенію, которое можетъ быть весьма незначительнымъ и оказаться лишь по прошествіи 1—2 недѣль.

При большомъ расходѣ покупаютъ сырой кэтгутъ, наматываютъ его на стеклянныя пластинки, кладутъ на 48 часовъ въ эфиръ—для удаленія жира—и сохраняютъ въ спиртномъ растворѣ сулемы (5 : 1000). Чѣмъ дольше пролежитъ кэтгутъ въ такомъ растворѣ, тѣмъ лучше; во всякомъ случаѣ онъ долженъ пребыть въ немъ не менѣе 4 недѣль. Въмѣсто толстыхъ №№ лучше брать, какъ сказано, вдвойнѣ тонкій кэтгутъ.

Огличнымъ оказывается продажный кумоловый кэтгутъ, приготовленный

по указаніямъ *Krönig'a*. Кэтгутъ д-ра *Voemel'a* я употреблялъ годами, приче́мъ ни разу не испытывалъ неудачи. Единственнымъ его неудобствомъ является наклонность закручиваться вслѣдствіе того, что онъ продается намотаннымъ на катушку и трудность вдѣванія въ иголку.

Проволока представляетъ то преимущество, что можетъ быть безусловно обезпложена. Но желѣзная проволока ржавѣетъ въ ранѣ и становится шероховатой. Вытаскиваніе шероховатой проволоки причиняетъ боль. Серебряная проволока легко рвется, если не будетъ взята болѣе толстый номеръ. Алюминіевобронзовая проволока легко рвется, если она тонка. Преимущество проволоки состоитъ въ томъ, что она вовсе не всасывается и не растягивается. Въ виду этого она примѣняется охотно для кожныхъ швовъ, въ особенности на промежности.

Подобными же качествами, а къ тому же и неизмѣняющейся гладкостью отличается *silkworm*. Эти нитки достаточно обезпложиваются вытираніемъ ватой, смоченной спиртомъ; онѣ легко завязываются узломъ и до того гладки, что при вытаскиваніи не причиняютъ никакой боли.

Непріятно то, что нитки эти совершенно прозрачны, вслѣдствіе чего слабо различаются, такъ что во влагалищѣ ихъ нерѣдко можно найти скорѣе пальцемъ, чѣмъ глазомъ. Въ виду этого ихъ не слѣдуетъ отрѣзать коротко. Впрочемъ, онѣ легко окрашиваются метиленовой синькой, приче́мъ дѣлаются легко различимыми, но зато теряютъ гладкую поверхность.

Такъ какъ *silkworm* обладаетъ всѣми качествами проволоки и, кромѣ того, можетъ быть завязанъ узломъ, то во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ онъ можетъ замѣнять проволоку.

Льняныя нитки имѣютъ преимущество дешевизны, тонкія нитки болѣе крѣпки, чѣмъ шелкъ. Вслѣдствіе прибавленія целлюлоида по *Ragenstecher'u* нитка дѣлается гладкой и не обладаетъ способностью всасыванія. Но по прошествіи нѣкотораго времени нитка теряетъ это качество, находясь въ тканяхъ. Я особенно охотно примѣняю нитки въ случаяхъ, въ которыхъ приходится соединять ткани въ глубинѣ, напр. при шиваніи *sphincteris ani*, во влагалищѣ — или при вентрофиксаціи. Въ данномъ случаѣ онѣ имѣютъ преимущество передъ кэтгутомъ въ томъ отношеніи, что не всасываются. Количество нитки до того незначительно, нитка до того тонка, что нельзя опасаться послѣдующаго нагноенія. Нитка раздражаетъ очень мало. Я оставлялъ съ намѣреніемъ нитку во влагалищѣ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, приче́мъ въ каналѣ нитки не находилось гноя, какъ при шелкѣ.

Г. Средства для дезинфекціи.

Идеальное дезинфицирующее средство должно обладать слѣдующими качествами: оно не должно вызывать прижиганія или жженія, не должно обладать противнымъ запахомъ, не должно портить ни бѣлья, ни инструментовъ, не должно быть ядовитымъ, растворъ долженъ быть прозрачнымъ, приготовленіе его должно быть легкимъ и дешевымъ, должно быть

прочнымъ и проникать въ глубину, не должно обладать вяжущимъ дѣйствіемъ. Хотя и нельзя отвергать, что современемъ и будетъ найдено подобное идеальное средство, но въ настоящее время мы пока не обладаемъ подобными средствами.

При сужденіи о пригодности извѣстнаго дезинфецирующаго средства не слѣдуетъ слишкомъ полагаться на заявленія самого фабриканта, а приходится довѣрять больше личному опыту. При этомъ оказывается, что для различныхъ цѣлей необходимо примѣнять различныя средства.

Для рукъ лучшимъ средствомъ оказывается сулема (1 : 1000). Этотъ растворъ не слѣдуетъ примѣнять на мѣстахъ, легко всасывающихся, напр. брюшина или кишечникъ. Кромѣ того, растворъ сулемы не долженъ попадать въ полости, въ которыхъ онъ можетъ застоиться. Но зато я не наблюдалъ ни одного случая отравленія сулемой при промываніи влагалища этимъ растворомъ.

При большомъ расходѣ рекомендуется болѣе дешевый лизоль (10 : 1000), который, однако, имѣетъ то неудобство, что вызываетъ сильное жженіе ранъ, а растворъ непрозраченъ и непріятнаго запаха. Болѣе всего подходитъ растворъ борной кислоты (40 : 1000), который не ядовитъ, не прижигаетъ, не портитъ инструментовъ и совершенно прозраченъ; для широкаго, однако, примѣненія стоимость его слишкомъ велика. Далѣе слѣдуетъ Liquor Alsoli (10 : 1000). Карболовая кислота почти вовсе не употребляется въ настоящее время, но зато употреблется еще салициловая кислота (3 : 1000). Въ общемъ совершенно достаточно сулемы, лизола, борной кислоты и Alsoli.

Н. Антисептика въ часы приѣма.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что требованіе подготовленія къ каждому гинекологическому изслѣдованію, какъ къ большой операціи, представляется преувеличеннымъ. Съ другой стороны, въ виду интересовъ рукъ оператора и половыхъ органовъ больныхъ, крайне умѣстны извѣстныя мѣры предосторожности: извѣстны случаи, гдѣ перелой, даже сифились, были перенесены грязными руками и инструментами, напр. зондами и пессаріями. Во время приѣма происходитъ нерѣдко инфекция пальца врача, причѣмъ вовсе не были изслѣдованы больныя съ ранами или съ отдѣленіями. Въ виду этого во время приѣма больныхъ всегда необходимо имѣть два умывальныхъ таза—одинъ тазъ для обыкновеннаго обмыванія, другой—для дезинфекціи рукъ.

Для личнаго обеззараживанія, т. е. для очищенія рукъ, лучшимъ средствомъ является сулема. Въ чашку съ водой (1½ — 2 литра) опускаютъ лепешку сулемы въ 1,0. Между двумя изслѣдованіями моютъ и дезинфецируютъ руки. Полная бессмыслица, если врачъ тщательно очищаетъ свои инструменты и не дезинфецируетъ своего пальца—инструментъ, употребляемый чаще всего—и входитъ имъ во влагалище. Дезинфекціей мы предохраняемъ отъ зараженія не только влагалище, но и палецъ

врача. Кто принципиально употребляет во время приема раствор сулемы, тот редко страдает панарициями, фурункулами, онихиями. Лучшим предохранительным против заражения сифилисомъ средствомъ является тоже раствор сулемы, такъ какъ маленькія раны пальца служатъ весьма удобнымъ мѣстомъ для вторженія сифилитическаго яда.

Далѣе необходимо имѣть сосудъ, въ который кладутъ инструменты послѣ употребленія. Необходимо имѣть достаточное количество зеркаль, зондовъ, маточныхъ палочекъ, чтобы во время приема не употреблять одинъ и тотъ же инструментъ два раза. Я кладу каждый бывшій въ употребленіи инструментъ въ чашку съ водою, въ которой растворено нѣсколько кусочковъ соды. Если въ распоряженіи имѣется проточная вода, то ей даютъ стекать все время на выпіе въ употребленіи инструменты.

Такъ какъ вывариваніе служитъ самымъ надежнымъ средствомъ, то по окончаніи приема инструменты слѣдуетъ выварить. Подобный маленькій, портативный, нагреваемый газомъ или спиртомъ котель для вывариванія инструментовъ изображенъ на рис. 9; этотъ котель употребляется мною болѣе 20 лѣтъ. Послѣ очистки инструментовъ водою ихъ помѣщаютъ въ цилиндръ *a* и наливаютъ воду. Зажигается спиртовая лампа *b*, пламя обхватываетъ цилиндръ у *c*, уходитъ у *d* и въ весьма короткое время инструменты безусловно очищены отъ всякой грязи. Ручки инструментовъ торчатъ на $2\frac{1}{2}$ стм.

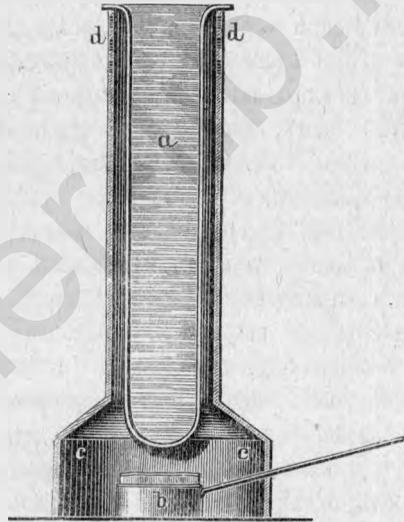


Рис. 9.

изъ воды, но и эта часть дезинфицируется поднимающимися горячими парами.

До зондированія или укола зондъ или стилетъ погружается въ цилиндрической стеклянній сосудъ съ растворомъ лизола или карболовой кислоты, и вводится во влагалище мокрымъ.

Такимъ же образомъ поступаютъ и съ пессаріемъ; если при изгибаніи онъ не былъ дезинфицированъ, то до употребленія его обмываютъ дезинфицирующимъ растворомъ и смазываютъ жиромъ.

Для смазыванія пальцевъ, инструментовъ и пессаріевъ лучшимъ средствомъ является 4 % борный вазеливъ или биролинъ, который лучше всего сохранять въ трубкахъ.

Въ особенности при изслѣдованіи нечистыхъ случаевъ, напр. раковыхъ опухолей или прямой кишки, необходимо весьма тщательно смазать мазью ногти, пространство вокругъ и подъ ногтями, чтобы содержащія бактеріи жидкости не могли проникать въ складки кожи. При сифилисѣ

необходимо смазывать жиромъ половину руки, въ особенности мѣста выступанія костей, такъ какъ на этихъ мѣстахъ часто имѣются ссадины. Слой жира не пропускаетъ до кожи инфекціонныя вещества. Если желаютъ быть еще болѣе осторожнымъ, то на палецъ или руку надѣваютъ перчатку изъ тонкой резины. Въ подобной перчаткѣ осязаніе столь же тонко, какъ и безъ перчатки. Мнѣ извѣстно нѣсколько случаевъ инфекціи сифилисомъ рукъ врачей, причѣмъ послѣдніе никомъ образомъ не могли указать на причину. Происходитъ же инфекція полового члена сифилисомъ безъ существованія ясной раны.

Если приходится изслѣдовать попеременно *per anum* и *per vaginam* для контролированія данныхъ повторнымъ изслѣдованіемъ, то безусловно необходимо мыть и дезинфицировать руки между двумя изслѣдованіями. Въ противномъ случаѣ легко можно инфицировать слизистую оболочку прямой кишки трипперомъ, влагалище—*bacterium coli* или гнококками.

Если приходится зондировать, то въ чистыхъ случаяхъ вполне достаточно субъективной дезинфекціи пальцевъ или зондовъ, причѣмъ маточный конецъ, для большей вѣрности, можно еще смазать биролиномъ.

При гнойномъ отдѣленіи, влѣдствіе-ли ссадинъ, или если имѣется подозрѣніе на существованіе перелоа, безусловно необходимо вводить предварительно цилиндрическое зеркало, вливать въ зеркало дезинфицирующую жидкость и ею же обмыть *portio*; въ другихъ случаяхъ можно сдѣлать спринцеваніе изъ ирригатора. Каналь шейки обмывается и вытирается маленькими шариками. Нагибаніемъ зеркала удаляютъ мутную жидкость, вливаютъ еще, пока жидкость не будетъ совершенно прозрачной и свѣтлой, послѣ чего лишь приступаютъ къ зондированію. Точно такимъ же образомъ готовятъ *portio* для уколовъ и прижиганій.

Для вытиранія употребляется исключительно чистая вата, которую послѣ окончанія пріема сжигаютъ въ печкѣ или въ особаго устройства аппаратѣ.

Для тампонаціи употребляютъ іодоформовую или сулемовую марлю, которую имѣютъ наготовѣ, наръзанную полосками.

ГЛАВА ВТОРАЯ.

Общая діагностика.

А. Анамнезъ.

Диагнозъ ставится на основаніи изслѣдованія. Первую часть изслѣдованія составляетъ *анамнезъ*.

Такъ какъ мы имѣемъ дѣло не съ общей болѣзнью, а съ пораженіемъ извѣстной части организма, то при собираніи анамнеза намъ необходимо обращать вниманіе на все, что имѣетъ отношеніе къ этимъ частямъ тѣла.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, напр. при ракъ, діагнозъ удается поста-

вить съ перваго же момента. Но тѣмъ не менѣ практикъ никогда не долженъ пренебрегать субъективными наблюденіями больныхъ. Даже если анамнезъ собирается лишь для того, чтобы внимательнымъ, сочувственнымъ отношеніемъ къ жалобамъ больной достигнуть довѣрія врача у послѣдней, то уже и этимъ достигается не мало. Каждая больная убѣждена въ томъ, что описаніе ея хода болѣзни и болѣзненныхъ ощущеній безусловно необходимо для распознаванія болѣзни. Больная считаетъ врача, который ее перебиваетъ, невнимательнымъ, во всякомъ случаѣ, относящимся къ ней безъ сочувствія. Она сочтетъ за грубость, если врачъ начнетъ прямо съ изслѣдованія половыхъ частей. Возбужденныхъ женщинъ легко удается успокоить спокойной постановкой вопросовъ и уговорить на всѣ послѣдующія мѣры.

Уже болѣе или менѣ боязливое, смѣлое или возбужденное поведеніе больной, естественность или жеманность, быстрота пониманія вопросовъ врача, способность коротко и мѣтко объяснять извѣстныя ощущенія, указываютъ врачу, съ кѣмъ онъ имѣетъ дѣло или какое приходится придавать значеніе наблюденіямъ больной.

Систематическій клиническій способъ собиранія анамнеза представляется образованнымъ женщинамъ нерѣдко обиднымъ. Такъ, напр., не слѣдуетъ спрашивать года больной. Важный для насъ вопросъ, способна-ли женщина еще къ половой дѣятельности или находится уже въ климактерическомъ возрастѣ, мы въ состояніи рѣшить на первый взглядъ, безъ всякаго разспрашиванія. Съ другой стороны, смѣшно спрашивать старуху о менструаціяхъ или больную съ ракомъ про дѣтство, корь и коклюшъ. Точно такимъ же образомъ не приходится у малокровной старухи искать симптомовъ выкидыша, или у молодой цвѣтущей женщины — симптомовъ карциноматоза.

Лучше всего начать изслѣдованіе съ того, что больной ставятъ вопросъ, какія жалобы и расстройства заставили ее обратиться къ врачу. Но и при этомъ, весьма естественномъ вопросѣ необходимо быть крайне осторожнымъ. Такимъ образомъ удастся многихъ женщинъ разспросить довольно точно, но врачъ въ полномъ отчаяніи, такъ какъ не находитъ намековъ на что-нибудь патологическое. Простого желанія имѣть дѣтей больная не рѣшилась высказать! Больная лучше уйдетъ отъ врача, разсерженная, что онъ не догадался, о чемъ идетъ дѣло!

Весьма осторожнымъ необходимо быть при разспросахъ о супружескихъ сношеніяхъ. Громадное діагностическое значеніе имѣетъ знать, представляется-ли coitus болѣзненнымъ, часто-ли онъ совершается, существуетъ-ли половое наслажденіе, бываетъ-ли жена удовлетворена, не страдаетъ-ли мужъ impotentia. Неумѣлые въ этомъ отношеніи вопросы могутъ навсегда запугать больную.

Если больная, что, къ сожалѣнію, бываетъ весьма часто, крайне болтлива, то ей даютъ волю, обращая при этомъ вниманіе на то, что нужно знать. При этомъ наводятъ разговоръ на важныя вещи, все время имѣя

въ виду, чтобы больная изъ разговора прониклась сознаниемъ необходимости произвести мѣстное изслѣдованіе. О заявленіяхъ больной и данныхъ изслѣдованія дѣлають себѣ отмѣтки. Ни одинъ человекъ не обладаетъ такой памятью, что въ состояніи все это помнить въ теченіе многихъ лѣтъ. При дальнѣйшихъ консультаціяхъ, при судебно-медицинскихъ запросахъ или относительно страхованія жизни и т. д. приходится представлять совершенно точныя выписки.

Спрашиваютъ, замужемъ-ли больная, рожала-ли дѣтей, легко или трудно, безъ или съ искусственной помощью, сколько разъ, какъ быстро слѣдовали одни роды за другими, когда послѣдній разъ. Были-ли выкидыши, имѣлась-ли послѣ родовъ или выкидышей лихорадка, другія болѣзни, продолжительное хвораніе, существовать-ли между послѣдними родами и нынѣшней болѣзью промежутокъ полного благосостоянія, или не является-ли настоящее страданіе продолженіемъ прежнихъ болѣзней.

Послѣ этого разспрашиваютъ о *менструаціяхъ*. Когда онѣ наступили въ первый разъ, все-ли время въ одинаковой формѣ и степени, или наступило качественное или количественное измѣненіе менструацій, послѣ замужества, извѣстныхъ болѣзней, родовъ, выкидышей или безъ всякой причины? Существуютъ-ли боли до, во время или послѣ менструацій, появляются-ли боли на извѣстномъ мѣстѣ или нѣтъ, имѣютъ-ли онѣ извѣстный характеръ? Имѣются-ли подобныя же боли или кровотечения и въ періодѣ между менструаціями, представляютъ ли онѣ коликообразный или постоянный характеръ? Представляются-ли онѣ потугообразными (что, конечно, извѣстно лишь рожавшимъ женщинамъ)? Существуютъ-ли боли съ самаго начала менструаціи или при каждой менструаціи? Извѣстны-ли вредныя моменты, вслѣдствіе которыхъ менструація становится особенно болѣзненной, напр. утомленіе, запоры и пр.? Отходить-ли жидкая кровь или сгустки? Существуетъ-ли кровотеченіе одинаковой силы въ теченіе всего времени, или оно прекращается на время и снова появляется, какого цвѣта кровь, имѣютъ-ли на кровотеченіе и боли извѣстное вліяніе нѣкоторые моменты, напр. лежаніе въ постели или хожденіе? Обильно-ли кровотеченіе или нѣтъ, ведетъ-ли оно къ чувству слабости или нѣтъ? Какъ часто приходится мѣнять бинты, бѣлье? Какова продолжительность менструаціи, повторяется-ли она правильно и даетъ-ли всегда одинаковый комплексъ симптомовъ? При всѣхъ этихъ вопросахъ необходимо употреблять выраженія, отвѣчающія степени образованія больной.

Окончивъ вопросъ о менструаціяхъ, освѣдомляются о *другихъ отдѣленіяхъ и отдѣленіяхъ*. Какой имѣютъ они характеръ, стекловидный, гнойный, кровянистый, съ хлопьями? Какія остаются послѣ нихъ пятна на бѣльѣ, зеленоватыя, желтоватыя, кровянистыя, или вовсе не бываетъ пятенъ? Имѣетъ-ли отдѣленіе зловонный запахъ, разбѣдаются-ли имъ наружныя половыя части? Имѣется-ли постоянное отдѣленіе, не усиливается-ли оно по временамъ, и когда именно? Отдѣленіе необходимо подвергать микроскопическому и бактериологическому изслѣдованію.

Послѣ этого переходятъ на *другія боли*. Имѣются-ли дѣйствительныя боли, можно-ли указать мѣсто и характеръ болей? Не имѣется-ли скорѣе чувства давленія или опущенія, или существуетъ настоящая колющая, буравящая, тянущая, пульсирующая, жгучая, судорожная или потугообразная боль? Имѣется-ли постоянная боль или не появляется-ли она при извѣстныхъ обстоятельствахъ: при запорахъ (во время испражненія), при моченспусканіи, при сидѣніи на твердыхъ стульяхъ, при ходьбѣ по плохой мостовой, при быстрой ходьбѣ, при поднятаніи по лѣстницѣ, при подыманіи и ношеніи тяжелыхъ предметовъ, при нагибаніи, ѣздѣ, во время танцевъ, coitus; далѣе, возможно-ли ношеніе тугої одежды? Критеріемъ о силѣ и продолжительности болей служатъ вопросы, должна-ли больная лежать при боляхъ, не затрудняютъ-ли боли работу, не вызываютъ-ли бессонницу, разстраиваютъ общее состояніе?

Послѣ этого переходятъ къ разбору вопроса о боляхъ въ другихъ органахъ, въ особенности въ грудяхъ, въ головѣ, въ спинѣ, въ конечностяхъ и желудкѣ. Громадную важность представляетъ аппетитъ, пищевареніе, характеръ стула, ощущенія до, во время и послѣ испражненія, мочеиспусканія и т. д.

Если больная указываетъ на извѣстное страданіе, напр. на *опухоль*, то стараются выяснитъ, какъ и кѣмъ она была впервые констатирована, какой величины она была въ то время? Увеличилась-ли съ того времени опухоль, напр. не пришлось-ли расширить платья, какія разстройства вызываетъ опухоль, какое она оказываетъ вліяніе на общее состояніе?

Съ истеричной больной слѣдуетъ быть болѣе осторожнымъ и не ставить всѣ вышеприведенныя вопросы. Если истеричку спросить про извѣстные симптомы, то она нерѣдко съ удовольствіемъ заявляетъ, что у нея дѣйствительно имѣются эти своеобразныя, интересныя ощущенія. У нѣкоторыхъ больныхъ можно разспросами дойти до любой болѣзни.

Въ заключеніе спрашиваютъ еще о предшествовавшемъ леченіи: о курортахъ, которые были посѣщены больными, о пользовавшихся врачахъ, о различныхъ способахъ леченія. При этомъ врачъ безусловно долженъ остерегаться критики предшествовавшаго леченія, въ особенности фразы, что больной слѣдовало придти къ врачу уже гораздо раньше и т. д. Врачу никогда не слѣдуетъ забывать, что подобнымъ замѣчаніемъ дискредитируется не только товарищъ, но и все сословіе.

Къ сожалѣнію, многія больныя полагаютъ, что доставятъ врачу удовольствіе, отзываясь неодобрительно о лечившемъ раньше врачѣ. При этомъ необходимо помнить, что больныя мѣняютъ врача, какъ платье, и ругаютъ тѣмъ сильнѣе, чѣмъ любезнѣе были до того.

Необходимо обращать вниманіе и на общее состояніе, напр. не имѣется-ли малокровія, хлороза, или полнокровія, или ожирѣнія. Увеличился или уменьшился вѣсъ тѣла внезапно или постепенно. Были-ли произведены взвѣшиванія, и какой дали они результатъ. Перенесла-ли больная тяжелыя болѣзни, страдала-ли она тяжелыми состояніями нервного угнетенія.

При этомъ весьма важно знать, не имѣется ли наследственнаго предрасположенія къ туберкулезу, истеріи или къ развитію опухолей. Что существуютъ семьи, въ которыхъ наблюдается наследственное развитіе извѣстныхъ опухолей, знакомо многимъ гинекологамъ.

Гинекологъ всегда долженъ дѣйствовать съ большимъ тактомъ, напр. не спрашивать сначала о дѣтяхъ, а потомъ уже о замужествѣ, не начинать съ вопроса о боляхъ при coitus. Насмѣшками надъ подчасъ весьма странными жалобами, рассказами и описаніями ненормальныхъ ощущений мы не приобретаемъ довѣрія больныхъ. Необходимо всегда сохранять достоинство врача, не слѣдуетъ впадать въ крайности, въ чрезмѣрную уступчивость и любезность или въ грубость „ислѣдователя“, которому интересны лишь научныя данныя; мы должны руководствоваться исключительно человѣколюбіемъ.

Часто приходится разочаровываться и, невзирая на характерные симптомы, не находить предполагаемаго пораженія, даже вообще ничего патологическаго.

Съ другой стороны, существуютъ иногда до того ясные симптомы, напр. кровотеченія въ климактерическомъ періодѣ, что уже сразу удается поставить правильный діагнозъ, вполне подтверждаемый данными изслѣдованія.

Въ другихъ случаяхъ діагнозъ вообще не удается поставить безъ анамнеза. Существуютъ, напр., старые параметритическіе эксудаты, которые безусловно такой же формы, какъ и міома или инфилтрирующая оваріальная карцинома.

При каждомъ изслѣдованіи необходимо помнить указанія больной, стараясь изъ анамнеза и данныхъ изслѣдованія составить себѣ картину болѣзни, или объяснить и доказать одно другимъ.

В. Устройство пріемной комнаты. Способы изслѣдованія.

Гинекологъ долженъ имѣть свѣтлую комнату, чтобы можно было изслѣдовать зеркаломъ при дневномъ свѣтѣ. Если это невозможно въ узкихъ улицахъ большихъ городовъ, то примѣняютъ электрическую лампочку или керосиновую съ рефлекторомъ. Если лампу поставить такимъ образомъ, что свѣтовой конусъ падаетъ на vulvamъ почти горизонтально, то газовое или другое искусственное освѣщеніе болѣе убого, чѣмъ дневное, въ особенности для лицъ близорукихъ и съ ослабленнымъ зрѣніемъ. Инструменты должны находиться въ шкафчикѣ или ящикѣ совершенно вблизи стула для изслѣдованія, чтобы вслѣдующій врачъ могъ быстро и безъ всякаго шума достать любой инструментъ, зеркала, зонды, шипцы, вату и т. д.

Устроена масса дешевыхъ и дорогихъ, простыхъ и сложныхъ, столовъ и кушетокъ для изслѣдованія. При этомъ необходимо помнить, что всѣ столы или стулья, на которые больныя должны подыматься какъ на эшафотъ, пугаютъ и волнуютъ многихъ больныхъ. Признаная совершенно, что каждый врачъ вправѣ устроить себѣ обстановку по вкусу и что, кромѣ

того, многое зависит и от привычки, могу заявить с своей стороны, что для всѣхъ цѣлей гинекологическаго изслѣдованія вполне достаточно доступной съ двухъ сторонъ кушетки безъ спинки съ жесткой подушкой. Я употребляю подобную кушетку уже болѣе 30 лѣтъ. Обивка состоитъ изъ клеенки, такъ что можетъ быть обмыта. Врачъ садится на кушетку или сбоку ея на низкій стулъ. Больная ложится прямо, на спину, ноги слегка притягиваетъ и раздвигаетъ, голова должна лежать совершенно плотно. Изслѣдующей рукой проводить сначала отъ верхняго края симфиза къ обѣимъ *spinae iliei ant. superior.* Эти три точки безусловно нечувствительны. Послѣ этого отыскиваютъ пупокъ, такъ что при этомъ легко ориентироваться и безъ обнаженія живота. Если находятъ большой животъ или больная приходитъ къ вамъ съ опухолью живота или съ намекомъ на подобную опухоль, то, снявъ корсетъ, необходимо юбки развязать настолько, чтобы онѣ могли быть свободно оттянуты до *mons Veneris* — значитъ, мы обнажаемъ животъ отъ края реберъ до симфиза.

При этомъ, какъ при всѣхъ врачебныхъ осмотрахъ, слѣдуетъ придерживаться известнаго порядка. Специальныя указанія мною будутъ сдѣланы при постановкѣ діагноза опухолей живота, здѣсь же упомянемъ, однако, уже о томъ, что лучшимъ представляется слѣдующій порядокъ: осмотръ, ощупываніе обѣими руками, изслѣдованіе на флюктуацію, перкусія, измѣреніе и, если нужно, пробная пункция.

При этомъ смотрятъ больной въ лицо, такъ какъ боль при давленіи сказывается подергиваніемъ мышцъ лица. До изслѣдованія говорятъ больной, чтобы она заявляла, появится-ли боль и гдѣ именно. Это мѣсто подвергаютъ весьма тщательному изслѣдованію. Если удалось констатировать чувствительную точку, то по прошествіи нѣкотораго времени снова надавливаютъ на нее, съ цѣлью убѣдиться, дѣйствительно-ли она болѣзненна. Глубокимъ надавливаніемъ убѣждаются, не имѣется-ли на мѣстѣ болѣе опухоль, напрямѣръ въ области слѣпой кишки.

Выяснивъ снаружи всѣ условія, переходятъ къ изслѣдованію черезъ влагалище. Одна рука лежитъ при этомъ плашмя, сначала не производя никакого давленія, надъ лобкомъ, такъ какъ каждое изслѣдованіе должно быть принципиально комбинированнымъ.

Ощупываніе производятъ такимъ образомъ, что смазанный борнымъ вазелиномъ палецъ вводитъ по промежности во влагалище; при этомъ слѣдуетъ по возможности меньше нажимать на переднюю чувствительную половину влагалища, на область мочеиспускательнаго канала.

Теперь также слѣдуетъ обращать вниманіе на лицо больной, такъ какъ уже легкое подергиваніе быстрѣе всего указываетъ намъ, что изслѣдованіе болѣзненно. Немедленно извлекаютъ слегка палецъ и вводятъ его снова медленно, имѣя такимъ образомъ возможность точно опредѣлить болѣзненное мѣсто.

Необходимо обращать вниманіе на слѣдующее: Цѣла-ли уздечка? Широка-ли *vulva*, нѣтъ-ли разрыва промежности? Какъ велико разстояніе отъ

anus до introitus vaginae? Не имѣется-ли на vulva, напримѣръ на промежности, въ одной изъ большихъ срамныхъ губъ шероховатости или опухоли? Представляется-ли введеніе пальца болѣзненнымъ или нѣтъ? Натывается-ли палецъ на переднюю или заднюю стѣнку влагалища или даже на матку (prolarsus или descensus)? Причиняетъ-ли боль надавливаніе на извѣстное мѣсто влагалища, напримѣръ по ходу мочеиспускательнаго канала? Занимаетъ-ли шейка правильное положеніе, portio мягкая или твердая, гладкая или неровная, открыта или закрыта? Не торчитъ-ли изъ portio какой-нибудь предметъ, напримѣръ полипъ, выкидышъ? Подвижна-ли матка, значитъ, portio можно легко и безболѣзненно отклонить къзади, кле-



Рис. 10. Положеніе рукъ при комбинированномъ изслѣдованіи.

реди, вправо и влѣво? Какое положеніе занимаетъ матка? Имѣется ли сбоку матки резистентность, опухоль? Какова подвижность, консистенція и чувствительность этой опухоли, каковы границы опухоли, можно-ли описать ея форму? Какое отношеніе опухоли къ маткѣ, не смѣщена-ли матка, открыта-ли она, отдѣляется-ли опухоль отъ матки, представляетъ-ли изолированныя движенія, или оба образованія тѣсно соединены? Прилегаетъ-ли опухоль къ тазовымъ

костямъ, не ограничена-ли она отъ нихъ желобомъ, подвижна-ли она по костямъ или плотно съ ними соединена?

Для точнаго гинекологическаго изслѣдованія, при ощупываніи таза и яичниковъ необходимо вводить во влагалище два пальца. Второй палецъ (средній) вводятъ всегда послѣ перваго, причѣмъ даже у нерожавшихъ опытный изслѣдователь не причиваетъ никакой боли; вѣдь penis толще двухъ пальцевъ. Внутри раздвигаютъ концы пальцевъ и ощупываютъ маточныя стѣнки. Такимъ образомъ фиксируютъ однимъ пальцемъ одинъ край матки, другимъ—проводятъ по другому краю. Для ощупыванія яичниковъ, маленькихъ параметритическихъ опухолей, резистентности или неподатливости маточныхъ стѣнокъ, въ особенности же фиксаціи матки, необходимо при комбинированномъ изслѣдованіи вводить два пальца. Искусственныя измѣненія положенія матки, напримѣръ оттягиваніе portionis

впереді при *anteversio*, вправленіе дна матки при *retroflexio*, возможны лишь двумя пальцами. Кроме того, двумя пальцами можно проникнуть гораздо выше и ощупать большее пространство, чѣмъ однимъ пальцемъ.

Въ теченіе всего этого изслѣдованія другая рука находится на животѣ. Наружная рука должна идти навстрѣчу внутренней рукѣ.

Одна рука приближаетъ къ другой предметъ изслѣдованія, такъ что захватывая его между руками, можно его ощупать сверху и снизу. Стараются сблизить пальцы обѣихъ рукъ и опредѣлить при этомъ форму, величину и положеніе находящихся между пальцами предметовъ. Комбинированнымъ изслѣдованіемъ мы выясняемъ: положеніе, величину, форму, подвижность матки и яичниковъ и, если возможно, еще трубъ; имѣется-ли въ тазу опухоль и какой ея характеръ; соединена-ли эта опухоль съ маткой или ея придатками, не представляетъ-ли найденная при наружномъ изслѣдованіи опухоль одновременную подвижность съ констатируемой во влагалищѣ опухолью, или не представляютъ-ли обѣ опухоли изолированное движеніе, или имѣется-ли вообще подвижность. Передается-ли флюктуациі изъ одной части опухоли въ другую? Изъ какого органа исходить по своему положенію опухоль? Комбинированнымъ же изслѣдованіемъ констатируется отсутствіе опухоли, отсутствіе одного или обѣихъ яичниковъ, матки или всѣхъ внутреннихъ половыхъ органовъ.

Кромѣ какъ черезъ стѣнку живота и влагалище опухоли можно изслѣдовать еще со стороны прямой кишки и влагалища, именно опухоли, лежащія между прямой кишкой и влагалищемъ или въ *Douglas'*овомъ пространствѣ. При этомъ большой палецъ помѣщается во влагалищѣ, указательный палецъ — въ прямой кишкѣ. До ощупыванія задней стѣнки влагалища вводятъ одинъ указательный палецъ въ прямую кишку, другой — во влагалище. При отсутствіи влагалища или цѣлости дѣвственной плевы можно произвести комбинированное изслѣдованіе со стороны прямой кишки и брюшной стѣнки. Комбинированное изслѣдованіе черезъ прямую кишку и пузырь, послѣ искусственнаго расширенія мочеиспускательнаго канала, необходимо лишь при трудно распознаваемыхъ порокахъ развитія.

С. Изслѣдованіе черезъ прямую кишку.

Изслѣдованіе черезъ прямую кишку безусловно необходимо при опухоляхъ около или внутри матки. Черезъ прямую кишку можно ощупать какъ положеніе, такъ и форму матки. У дѣвственницъ принципиально необходимо изслѣдовать черезъ прямую кишку и шадить дѣвственную плеву. При отсутствіи влагалища и внутреннихъ половыхъ органовъ, надавливая пальцемъ со стороны прямой кишки къ симфизу, можно выяснитъ, имѣется-ли на мѣстѣ влагалища или матки тяжъ, опухоль, или нѣтъ. Далѣе, изслѣдованіе *per rectum* необходимо при всѣхъ опухоляхъ *Douglas'*ова пространства, съ цѣлью контролированія изслѣдованія *per vaginam*. Кроме того *per rectum* удается опредѣлить, исходить-ли твердая опухоль изъ кости или она лежитъ спереди прямой кишки въ *Douglas'*овомъ простран-

ствѣ. Раковыя опухоли прямой кишки представляются нерѣдко при изслѣдованіи per vaginam опухолями *Douglas'*ова пространства. Въ виду большого объема *ampullae recti* нѣтъ необходимости проникать за *sphincter internus*, который удается прощупать иногда лишь послѣ продолжительныхъ поисковъ.

Важное значеніе имѣетъ изслѣдованіе per rectum въ случаяхъ, въ которыхъ во влагалищѣ имѣется пессарій, удерживающій ретрофлексированную матку. Если влагалище весьма узко, то необходимо ощупывать еще черезъ прямую кишку отношеніе *portionis* къ пессарию и не имѣется ли надъ пессаріемъ снова наклонившагося къзади тѣла матки. Изслѣдованіе per rectum производится въ боковой или спинномъ положеніи. Введенный палецъ натывается сначала на переднюю, нижнюю поверхность матки, такъ что для ощупыванія крестцовой вогнутости палецъ необходимо сначала согнуть крючкообразно.

Если недостаточно одного пальца, то для болѣе высокаго прониканія весьма рѣзко вводитъ въ rectum два пальца. Въ настоящее время совершенно оставлено изслѣдованіе per rectum всей рукой (способъ *Simon'a*); этотъ способъ даетъ неточные результаты и притомъ опасенъ.

D. Примѣненіе наркоза при комбинированномъ изслѣдованіи.

При толстыхъ и твердыхъ брюшныхъ покровахъ, при узкой чувствительной vulva и vagina, при чувствительности къ давленію брюшины таза и рефлекторномъ напряженіи мышцъ живота комбинированное изслѣдованіе часто представляется невозможнымъ. Въ особенности у истеричныхъ прямыя мышцы живота реагируютъ до того сильно, что уже при малѣйшемъ дотрогиваніи къ животу прощупываются въ видѣ валика или опухоли. Тетанически сокращенную мышцу принимали нерѣдко за блуждающую почку.

Въ подобныхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ наркозу. Каждый врачебнымъ изслѣдованіемъ необходимо достигнуть преслѣдуемаго результата. Если уговорами, осторожнымъ массажемъ и постепенно усиливающимся давленіемъ не удастся достигнуть расслабленія мышцъ живота (что, однако, часто удается болѣе опытному), то приступаютъ къ варкозу. Въ темныхъ случаяхъ и при незначительныхъ опухоляхъ часто совершенно невозможно получить вѣрныхъ результатовъ безъ наркоза.

Наркозъ необходимъ и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ безусловно необходимо изслѣдовать virgo. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что умственное возбужденіе, психическое расстройство гораздо слабѣе при наркозѣ, чѣмъ при причиненіи сильной боли, при насильственной преодолѣннн сопротивленіи, при оскорбленіи стыдливости. Тщательное изслѣдованіе невозможно при сопротивленіи больной.

При всѣхъ наркозахъ съ цѣлью постановки діагноза необходимо примѣнять капельный способъ, такъ какъ психика успокаивается при этомъ совершенно постепенно. Этотъ способъ менѣе опасенъ и требуетъ меньше

хлороформа. Для частной практики я могу рекомендовать хлороформъ *Anschütz'a*; этотъ хлороформъ отпускается въ стклянкахъ по 30 и 50 грм., хорошо залитыхъ гипсомъ и упакованныхъ въ картонную обложку, что служить громаднымъ удобствомъ при употребленіи вѣ дома.

Е. Изслѣдованіе при помощи инструментовъ.

Зеркала.

Цилиндрическія зеркала изготовляются изъ молочнаго либо простаго стекла, металла, каучука, дерева или целлулоида. У наружнаго конца они расширены воронкообразно, такъ что ихъ можно захватить, не закрывая просвѣта. У внутренняго конца они скошены. Они не портятся отъ химическихъ веществъ и очищаются вывариваніемъ. По формѣ они одинаковы съ такъ называемыми *Fergusson'*овскими зеркалами, которыя приготавливаются изъ стекла, обкладываются зеркальной массой и покрыты снаружи каучуковой массой. При помощи зеркала *Fergusson'a portio* и ея ненормальности отлично видны даже при плохомъ освѣщеніи. Единственнымъ

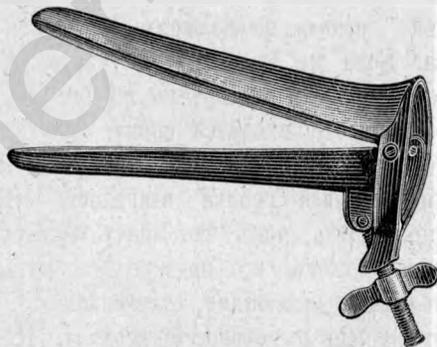
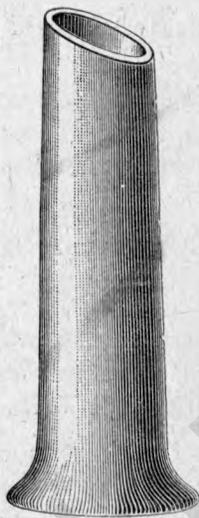


Рис. 11. Зеркало изъ молочнаго стекла.

Рис. 12. Зеркало *Cusco*.

неудобствомъ является дороговизна, малая прочность и невозможность тщательной очистки. Эти зеркала можно подвергнуть лишь механической дезинфекціи, обмыванію и вытиранію. Тѣмъ не менѣе при плохомъ освѣщеніи нельзя обойтись безъ этихъ зеркалъ. Зеркала изъ каучука и целлулоида имѣютъ то преимущество, что не ломаются, неудобство ихъ состоитъ въ томъ, что они могутъ быть примѣнены лишь при очень хорошемъ освѣщеніи. Деревянные зеркала примѣняются при прижиганіяхъ *portiois* каленымъ желѣзомъ, такъ какъ отъ жара ломается молочное стекло, плавится каучукъ, загорается целлулоидъ и сильно нагрѣвается металлъ. Во всѣхъ инфекціонныхъ случаяхъ слѣдуетъ употреблять исключительно зеркала изъ простаго или молочнаго стекла, такъ какъ подобныя зеркала можно немедленно вываривать послѣ употребленія.

При желаніи ввести зеркало опредѣляютъ пальцевымъ изслѣдованіемъ длину и ширину влагалища, выбираютъ соотвѣтственно этому величину зеркала.

Изслѣдованіемъ пальцемъ опредѣляютъ, кромѣ того, положеніе *portionis*, продвигая при введеніи зеркала конецъ послѣдняго въ извѣстномъ направленіи, вставляя такимъ образомъ *portio* въ просвѣтъ зеркала. Двумя пальцами раздвигаютъ *vulvam* такимъ образомъ, что оттягиваются одновременно и маля губы и открывается *introitus*. При зияющей *vulva* у многорожавшихъ введеніе зеркала удается и безъ раздвиганія срамныхъ губъ пальцами.

Зеркало держать вертикально, направляя влагалищный конецъ книзу, и покрываютъ концомъ зеркала чувствительный валикъ мочеиспускательнаго канала. Указательнымъ пальцемъ другой руки захватываютъ заднюю стѣнку влагалища и оттягиваютъ книзу опустившуюся нерѣдко *columnam rugarum posteriorem*. Послѣ этого описываютъ наружнымъ концомъ зеркала большую дугу, сверху внизъ, причемъ верхушка зеркала проскальзываетъ вверхъ вокругъ лобковаго угла. Одновременно проталкиваютъ зеркало впередъ.

Если положеніе больной, напр. при сильно приподнятомъ копчикѣ на стулѣ для изслѣдованія, допускаетъ опущеніе зеркала, то конецъ послѣдняго можно ввести снизу и сзади, нажимая промежность книзу. Верхній конецъ зеркала не долженъ застрѣвать у валика мочеиспускательнаго канала. Если же это тѣмъ не менѣе происходитъ, то больная ощущаетъ сильную боль и реагируетъ на нее вепроизвольнымъ натуживаніемъ, такъ что зеркало приходится снова вынуть.

Проталкивая зеркало впередъ, осматриваютъ черезъ просвѣтъ его раздвигающіяся стѣнки влагалища. Краемъ зеркала соскабливаютъ со стѣночекъ слизь, такъ что врачъ можетъ опредѣлить характеръ отдѣленія, причемъ можетъ его подвергнуть бактериологическому изслѣдованію. Вращательными движеніями, оттягиваніемъ и проведеніемъ снова впередъ вставляютъ *portio* въ отверстіе зеркала. Необходимо ясно видѣть зѣвъ матки. У тучныхъ больныхъ приходится прибѣгать къ весьма длиннымъ зеркаламъ. При фиксированной *anteversio* часто не удается вставить нижнюю поверхность *portionis* въ цилиндрическое зеркало. Въ такомъ случаѣ захватываютъ переднюю губу острыми крючками и оттягиваютъ *portionem* слегка вверхъ.

Если необходимо имѣть свободными обѣ руки, то верхній край зеркала даютъ больной удерживать пальцемъ.

Другой формой зеркала является состоящее изъ двухъ или нѣсколькихъ лопастей. Лучшимъ подобнымъ зеркаломъ представляется предложенное *Cusco*.

Коническое спереди, сложное зеркало *Cusco* можно ввести и въ узкое влагалище. Будучи раздвинуто, оно удерживается безъ посторонней помощи, такъ что мы имѣемъ свободными обѣ руки. Значитъ, при этомъ мы въ состояніи совершенно спокойно выбрать необходимые медикаменты,

инструменты для извѣстныхъ терапевтическихъ вмѣшательствъ, въ состояніи ихъ привести и свободно употреблять.

Это зеркало вводится сначала такимъ образомъ, что широкая часть верхняго конца стоитъ вертикально, послѣ чего зеркало переворачиваютъ и проводятъ по направленію *portio*. При развинчиваніи нажимаютъ слегка на верхній край, избѣгая такимъ образомъ давленія верхней лопасти на валикъ мочеиспускательнаго канала. Рычагообразными движеніями вставляютъ *portio* въ просвѣтъ; если это не удается, то *portio* вставляютъ при помощи крючка зонда. Необходимо яркое освѣщеніе. До удаленія зеркала *portio* необходимо вывести изъ просвѣта зеркала; при несоблюденіи этой предосторожности *portio* или матка оттягиваются внизъ, что причиняетъ часто весьма сильную боль. Такъ какъ зеркало изготовлено изъ металла, то оно портится отъ ѣдкихъ веществъ, становится тусклымъ, влѣдствіе чего требуетъ повторнаго никкелированія.

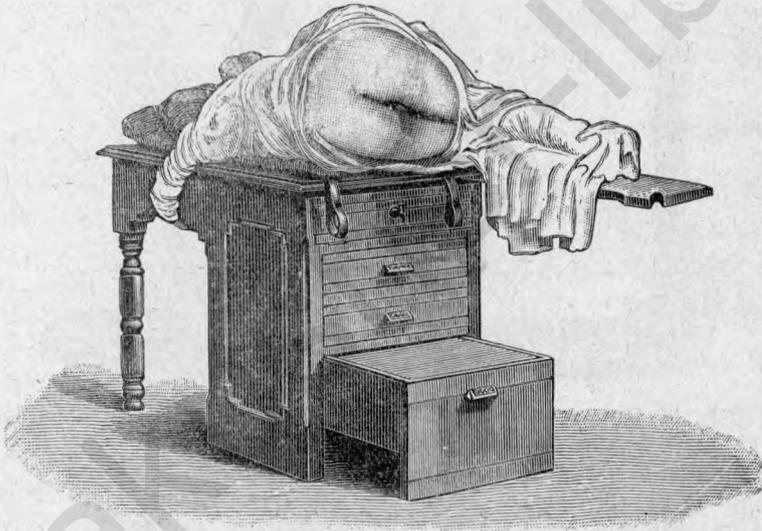


Рис. 13. Больная въ боковомъ положеніи *Sims*'а на столѣ д-ра *Chadwick*'а.

Г. Изслѣдованіе въ боковомъ положеніи.

Понятно, что цилиндрическимъ зеркаломъ, въ виду того, что оно прямое, измѣняются топографическія отношенія, что имъ обнажается кромѣ того лишь нижняя поверхность *portionis vaginalis* и что, влѣдствіе сдвиганія губъ, *portio* осмотрѣть весьма трудно. При разорванной, зіяющей, загнутой *portio* представляется нашимъ глазамъ не *portio*, а внутренняя поверхность цервикальнаго канала. Кромѣ того, даже при весьма широкомъ цилиндрическомъ зеркалѣ весьма трудно производить операціи на *portio*. *Marion Sims*'омъ сдѣлано наблюденіе, что въ колѣнно-локтевомъ положеніи брюшныя покровы и всѣ внутренности опускаются книзу. Этому

движенію слѣдуютъ также матка и влагалище. Если же заднюю стѣнку влагалища удержать пальцами или желобомъ въ вогнутости крестца, то опускается лишь матка и передняя стѣнка влагалища; при этомъ срамная щель раскрывается, стѣнки влагалища отходятъ другъ отъ друга и *portio* удается осмотрѣть въ нормальномъ анатомическомъ отношеніи къ стѣнкѣ влагалища. Въмѣсто колѣбно-локтевого положенія *Sims* примѣнилъ вскорѣ менѣе неудобное для больныхъ положеніе, названное по его имени боковымъ положеніемъ *Sims'a*.

При этомъ больная лежитъ на краю кровати, дивана или стола, на боку,—совершенно безразлично, на правомъ или лѣвомъ. Если туловище уложить такимъ образомъ, что тазъ приходится на самый край ложа, верхняя часть туловища слегка перегнута кпереди, оба колѣна касаются

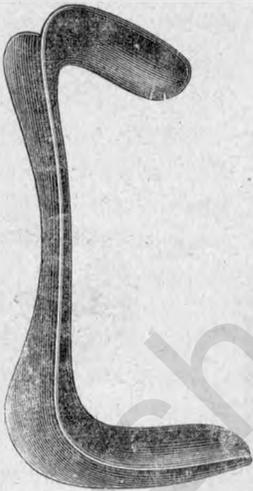


Рис. 14. Зеркало *Sims'a*.



Рис. 15. Дырчатое ложкообразное зеркало *Sims'a*.

дивана, нижняя конечность вытянута, лежащая сверху—согнута подъ прямымъ угломъ въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ, то *vulva* становится видимой совершенно свободно. Послѣ этого верхняя ягодица оттягивается сидѣлкой, стоящей позади больной лицомъ къ ея ногамъ. Вставляютъ ложкообразное зеркало *Sims'a* (рис. 14 до 17), которое также подвергалось неоднократно видоизмѣненіямъ: существуютъ складныя зеркала изъ двухъ половинъ, большія и малыя, узкія и широкія. Я велѣлъ слѣлать отверстія, чтобы во время промыванія при вращательныхъ движеніяхъ зеркала дезинфицирующая жидкость попадала и на стѣнку влагалища.

Весьма удобной для практическаго врача модификаціей зеркала *Sims'a* представляется инструментъ, изображенный на рис. 16 и 17, весьма портативный. Желобъ *Sims'a* нельзя примѣнить при спинномъ положеніи въ обыкновенной постели, такъ какъ тогда одной половиной желоба упи-

раются въ постель. Зеркало, однако, изображенное на рис. 17, можно употреблять въ видѣ зеркала *Sims'a* въ спинномъ положеніи, а также подъ наркозомъ и въ боковомъ положеніи. Въ виду этого этотъ инструментъ представляется весьма пригоднымъ для поликлиники и городской практики.

Послѣ введенія *rogiu* должна лежать спереди и подѣ верхушкой желоба. Послѣ этого сильно оттягиваютъ заднюю стѣнку влагалища въ крестцовую вогнутость и передаютъ инструментъ ассистенту для держанія. Если больная лежитъ на столѣ, то врачъ стоитъ, если же больная лежитъ на кровати или на диванѣ, то врачъ сидитъ или стоитъ на колыньяхъ.

Послѣ этого захватываютъ переднюю маточную губу щипцами (рис. 19) и осторожно и медленно оттягиваютъ матку книзу. Изслѣдованіе въ боковомъ положеніи возможно въ любой комнатѣ безъ естественнаго освѣщенія. При отсутствіи дневнаго свѣта ставятъ на стулѣ керосиновую лампу,

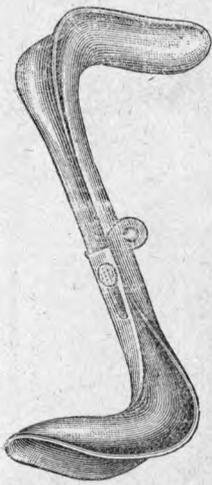


Рис. 16.



Рис. 17.

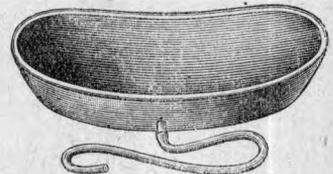


Рис. 18.

Складное ложкообразное зеркало *Sims'a*.

вблизи или противъ *vulva*. Въ клиникахъ или частныхъ лечебницахъ весьма рационально производить всѣ манипуляціи безъ того, чтобы трогать больную съ постели. Малыя гинекологическія операціи я произвожу при нахожденіи больныхъ въ постели. Если желаютъ лечить въ постели при всѣхъ условіяхъ, то нельзя обойтись безъ искусственнаго освѣщенія. Я употребляю для этого лампу, изображенную на рис. 20. Тяжелая трубка удерживается въ равновѣсіи гирей у зеркала (не изображенной на рисункѣ), такъ что давленіемъ локтя трубка одновременно передвигается и фиксируется. Способъ примѣненія ясенъ изъ рис. 21. Свѣтъ падаетъ прямо въ *vulva* черезъ опущенное плечо врача, какъ это видно на рис. 21.

Если въ боковомъ положеніи желаютъ промыть матку, то вводятъ въ послѣднюю катетеръ, прижимаютъ чашку (рис. 18) подѣ *vulva* и наблюдаютъ истеченіе жидкости изъ зѣва матки. Изъ чашки жидкость течетъ по трубкѣ въ ведро. Весьма удобно также какъ при спинномъ, такъ и боковомъ положеніи примѣненіе трехугольнаго тазака.

Эту лампу можно употреблять и при боковомъ положеніи больной, напр., для удаленія швовъ изъ влагалища, при которомъ необходимо сильное освѣщеніе. Въ подобныхъ случаяхъ лампа находится позади врача, ставится весьма высоко и свѣтъ падаетъ черезъ плечо въ vulva.

Если внимательство, напр., выскабливаніе, окончено, то больная переворачивается въ постели, ложится на спину и остается въ такомъ положеніи. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что подобный образъ дѣйствія для больныхъ гораздо пріятнѣе, чѣмъ вставать съ постели, укладываться на операционный столъ и снова возвращаться въ постель. При боляхъ шейку матки не слѣдуетъ оттягивать внизъ. Извѣстны случаи, что послѣ низведенія матки развивался тяжелый перитонитъ, наступала даже смерть.

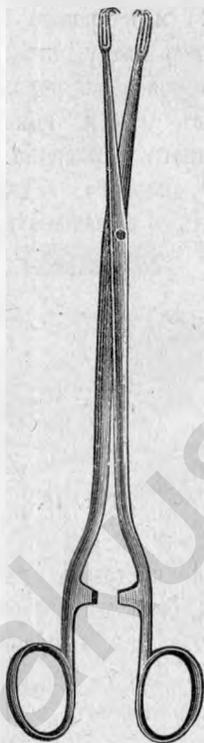


Рис. 19. *Museux'*евскіе щипцы по *Simon*'у.



Рис. 20. Лампа для освѣщенія внутреннихъ половыхъ органовъ въ боковомъ положеніи.—Лампа передвигается по штативу и можетъ быть фиксирована въ любомъ положеніи.

При трубной беременности или *pyosalpinx* труба можетъ лопнуть, причемъ содержимое попадаетъ въ полость живота; въ другихъ случаяхъ лопаются фиксировавшія трубу спайки, причемъ гной вытекаетъ изъ ея наружнаго конца. Кроме того мнѣ приходилось наблюдать, даже при относительно незначительномъ низведеніи, довольно сильныя обостренія старыхъ воспаленій въ окружности матки. Каждому практикующему гинекологу приходилось иногда наталкиваться на непріятности при низведеніи матки.

Этотъ, столь часто примѣняемый способъ нельзя назвать безусловно безопаснымъ. Если низведеніе матки болѣзненно, то отъ него слѣдуетъ отказаться и ограничиться, съ цѣлью осмотра portionis, оттѣсненіемъ передней стѣнки влагалища. При весьма длинномъ влагалищѣ, при которомъ нельзя видѣть portio, берутъ двое щипцовъ, захватываютъ по-очереди все болѣе высокіе участки передней стѣнки влагалища, проникая такимъ образомъ постепенно до portio.



Рис. 21. Проведеніе малыхъ гинекологическихъ операцій при боковомъ положеніи больной.—Лампа освѣщаетъ влагалище и portio. Если сидѣлка держитъ лѣвой рукой зеркало, правой рукой *Muzenl'*евскіе щипцы, которыми захвачена portio, то у врача свободны обѣ руки.

Слишкомъ сильнымъ и продолжительнымъ низведеніемъ матки растягиваются *Douglas'*овы складки, такъ что развивается *retroversio*. Миѣ неоднократно приходилось наблюдать, что оттянутая книзу матка оставалась въ подобномъ ретровертированномъ положеніи. Въ виду этого, окончивъ операцію, необходимо portio снова оттѣснить кверху; еще лучше удерживается матка въ нормальномъ положеніи вкладываніемъ тампона спереди и подъ переднюю маточную губу.

Принципіально не слѣдуетъ прибѣгать къ виѣшательствамъ, напр., къ выскабливаніямъ, къ внутриматочнымъ прижиганіямъ, въпрыскиваніямъ въ

полость матки, не прибѣнивъ наркоза. Боль, появляющаяся при низведении матки, служитъ именно хорошимъ мѣриломъ, насколько можно идти впередъ.

Вмѣсто *Museix*'евскихъ щипцовъ въ некоторые гинекологи употребляютъ американскіе пулевые щипцы, крючки или другіе инструменты.

При *Sims*'овскомъ положеніи необходимъ помощникъ для удержанія зеркала. Помимо того, что хорошій осмотръ *portionis* и многія „мелкія“ гинекологическія операціи возможны только въ боковомъ положеніи больной, присутствіе помощника, или, еще лучше, помощницы важно еще въ томъ отношеніи, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ понадобиться свидѣтель, могущій засвидѣтельствовать всѣ принятія манипуляціи.

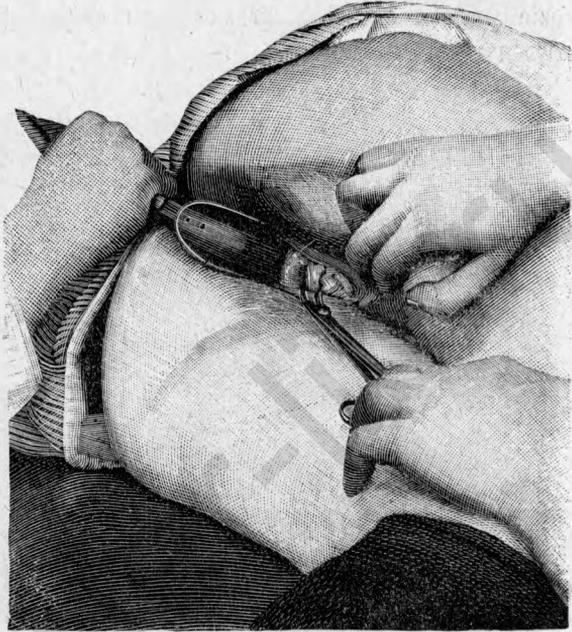


Рис. 22. *Portio* оттянута книзу съ цѣлю прониканія въ полость матки.

Г. Зеркала *Simon*'а.

Для операцій *Simon*'омъ предложены различныя зеркала (рис. 23). Положеніе, въ которомъ оперировалъ *Simon*, названо имъ спинно-копчиковымъ. Ложки снабжены съемными рукоятками, такъ что соотвѣтственно величинѣ половыхъ органовъ можно брать ложки нужной величины. Такъ какъ въ спинномъ положеніи передняя стѣнка влагалища смотритъ внизъ, то *Simon*'омъ устроенъ для стѣнки особый держатель (рис. 23 в и е). Раздвиганіемъ обѣихъ рукоятокъ мы раздвигаемъ и стѣнки влагалища и шейка матки „вставляется“. Для раздвиганія боковыхъ мягкихъ частей во время операцій были предложены еще боковые держатели. При умѣломъ держаніи зеркало *Simon*'а не затемняетъ поле операціи. Косымъ держаніемъ или оттягиваніемъ или болѣе сильнымъ введеніемъ одной половины мы дѣлаемъ доступными извѣстныя части для оперативнаго вмѣшательства. Если при *Simon*'овскомъ зеркалѣ оттягивать *portio* впередъ (въ спинно-копчиковомъ положеніи вверху), то мы попадаемъ въ полость матки одинаково хорошо, какъ и съ зеркаломъ *Sims*'а. Этими зеркалами предохра-

няются также стѣнки влагалища при прижиганіяхъ, разрѣзахъ и при наложеніи швовъ.

Различными авторами были сдѣланы извѣстныя модификаціи; такимъ образомъ я сдѣлалъ верхнее зеркало полымъ (рис. 24). Черезъ вогну-

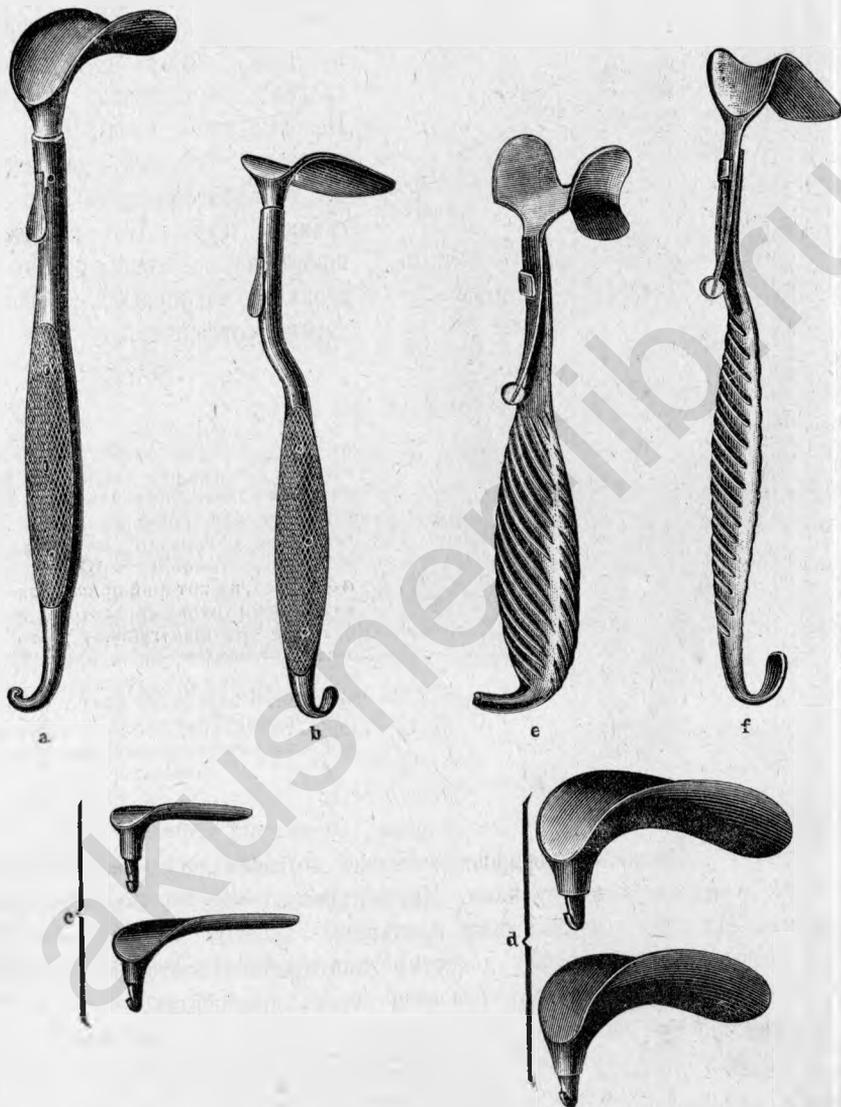


Рис. 23. Зеркала Simon'a.

a—нижняя часть, *b*—верхняя часть, *c*—малый и большой наконечникъ, верхній и нижній, *e* и *f*—формы, употребляемыя мною при операціяхъ въ глубинѣ.

тость течетъ дезинфицирующая жидкость, которою орошается рана въ глубинѣ—способъ, которымъ вполне устраняется необходимость въ ассистентѣ. Нижнее зеркало (рис. 23 *e*) я сдѣлалъ болѣе короткимъ и болѣе

изогнутымъ. Это сдѣлано мною главнымъ образомъ для пластическихъ операцій на portio и для полной экстирпаціи матки. При этомъ сильно оттягиваютъ внизу матку. Такому оттягиванію у зеркала *Simon*'а препятствуетъ большая длина желоба (рис. 23 а и d), вслѣдствіе чего мною

устроенъ изображенный на рис. 23 е и рис. 24 наконечникъ, который имѣетъ назначеніе сильно растягивать vulvam. Боковые части (рис. 24 е) замѣняютъ боковые держатели, т. е. задерживаютъ большія срамныя губы. При наложеніи швовъ на и въблизи portio эти зеркала защищаютъ боковыя стѣнки влагалища.

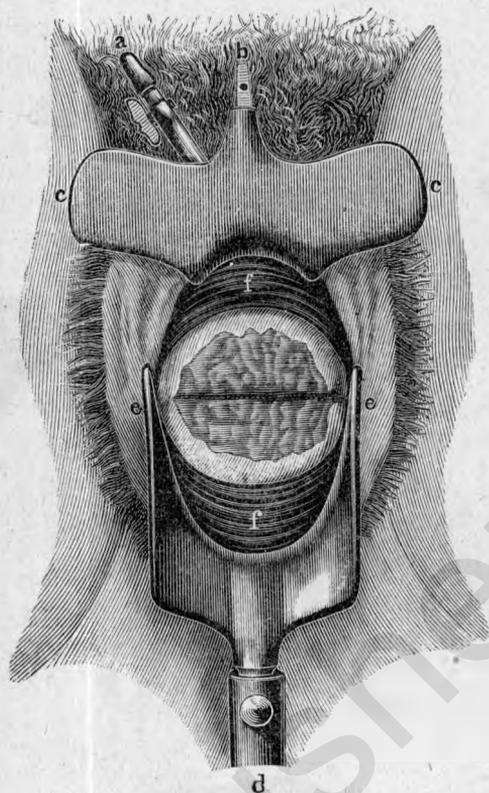


Рис. 24.

Рис. 24.

а, б, с — зеркала для промываній, крылья с с имѣютъ назначеніе удалить по возможности изъ поля зрѣнія волоса и срамныя губы. У в вставляется зеркало въ верхнюю рукоятку *Simon*'овскаго зеркала. а — трубка, къ которой прикрѣпляется каучуковая трубка ирригатора; е е — большія срамныя губы, f f — влагалище, d — нижнее зеркало, прирѣвленное къ нижней рукояткѣ d. Между обоими зеркалами portio vaginalis, губы которой покрыты разрыхленнымъ, папилломатовымъ разрошениемъ.

Въ виду обезпложиванія инструментовъ вывариваніемъ, всѣ зеркала снабжены металлическими ручками. Винты, которые чистить весьма трудно, устранены. Многими гинекологами придуманы простые затворы, которые удобно чистятся щеткой и всюду доступны тщательной дезинфекціи. Изображенный на рис. 23 е затворъ оказался весьма пригоднымъ.

Литература. Учебники. *Abel*, Die microskop. Technik u. Diagnostik in der gynaekol. Praxis. 1895. — *Amann*, Kurzgefasstes Lehrbuch d. mikroskopisch-gynaekol. Diagnostik. 1897. — *Award*, Prakt. Handbuch d. Gynaekologie. 1897. — *Beigel*, Die Krankheiten d. weibl. Geschlechtes. 2 Bd. 1874—1875. — *Chrobak* u. *Rosthorn*, Die Erkrankungen d. weibl. Geschlechtsorgane. Wien 1896—1900. — *Duncan*, Clinical lectures on the diseases of women 1883. — *Fehling*, Lehrbuch d. Frauenkrankheiten. — *Gebhard*, Pathologische Anatomie d. weibl. Sexualorgane. 1899. — *Handbuch d. Frauenkrankheiten*. Hrsg. von *Billroth* u. *Lücke*. 2 Aufl. 3 Bd. 1865. 1886. — *Enke*, Handbuch der Gynaekologie. In 3 Bänden. Hrsg. von *J. Veit*. 1897—1899. — *Hart and Freeland*, Manual of gynecology. 1890. — *Hegar* u. *Kaltenbach*, Operative Gynaekologie. 1892. — *Heitzmann*, Compendium der Gynaekologie. 1891. — *Hofmeier*, Schroeder's Handbuch d. Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane 1898. — *Kaufmann*, Lehrbuch der speciellen patholog. Anatomie. 1896. — *Kelly*, Operative gynecology. 2 V. 1898. — *Glob*, Patholog. Anatomie der weibl. Sexualorgane. 1864. — *Martin*, Pathologie und Therapie der

Frauenkrankheiten 1893.—*Mundé*, A practical treatise on the diseases of women. 1891.—*Pozzi*, Lehrbuch d. klinischen und operativen Gynaekologie. Измѣненное изд. 1872, французск. 1897.—*Schauta*, Lehrbuch d. gesam. Gynaekologie. 2 Th. 1888.—*Sims*, Klinik d. Gebärmutter-Chirurgie. 1873.—*Stratz*, Allgem. gynaekolog. Diagnostik. 1887.—*Tait*, Diseases of women and abdominal surgery. 1889.—*G. Veit*, Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane. 1867.—*J. Veit*, Gynaekologische Diagnostik. 1899.—*Waldeyer*, Das Becken. 1899.—*Winckel*, Lehrbuch d. Frauenkrankheiten. 1890.—*Win-ter*, Lehrbuch d. gynaekologischen Diagnostik. 1897.

Атласы. *Award*, Gynaekologische Wandtafeln. 1895.—*Boivin et Dugès*, Traité pratique des maladies des femmes. 1883.—*Fritsch*, Tabulae gynaecologicae mit erläuterndem Text. 1884.—*Hart*, Atlas of female pelvic. anatomy. 1884.—*Martin*, Handatlas der Gynaekologie u. Geburtshilfe. 1878.—*Neisser*, Stereoskopischer medicinischer Atlas. 1896—1899.—*Savage*, Illustrations of the surgery of the femal pelvic organs. 1880.—*Schaeffer*, Atlas u. Grundriss der Gynaekologie. 1896.—*Winckel*, Die Pathologie der weibl. Sexualorgane in Lichtdruckabbildungen. 1880.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

Бо л ѣ з н и v u l v a e.

А. Анатомія.

Передній нижній конецъ живота образуетъ лобокъ, *Mons Veneris* (рис. 25 п), лежащій надъ костнымъ симфизомъ таза. Это характерное для женскаго пола скопленіе жира подъ кожей. При половой зрѣлости лобокъ покрывается волосами.

Книзу, совершенно сагиттально, находится *vulva*, рис. 25, входъ въ которую закрывается расходящимися большими срамными губами (рис. 25 а). У многорожавшихъ и при разрывахъ промежности *vulva* зияетъ, такъ что становятся видимыми опущенная задняя и передняя стѣнки влагалища. Кзади срамныя большія губы слегка сходятся и переходятъ незаметно въ окружающія части, причемъ онѣ соединены кожной складкой, *frenulum labiorum*, которая становится совершенно ясною при раздвиганіи губъ: *commissura labiorum posterior*. Подъ нею находится углубленіе: *fossa navicularis*, рис. 25, к.

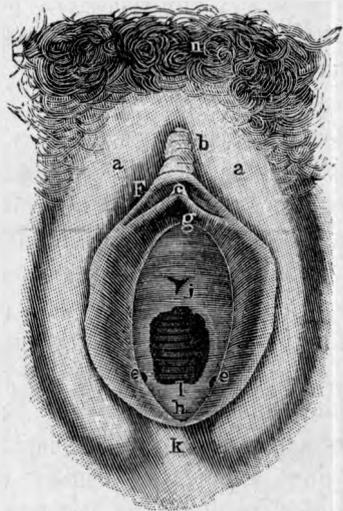


Рис. 25.

Рис. 25. Наружныя половыя части.
aa—большія срамныя губы, *b*—*praeputium clitoridis*, *c*—*clitoris*, подъ нимъ съ обѣихъ сторонъ малыя срамныя губы, *ee*—отверстія выводныхъ протоковъ Бартолиніевыхъ железъ. *f*—верхніе концы малыхъ губъ, соединяющіеся въ *praeputium clitoridis*, *g*—отходящія отъ малыхъ губъ *scra clitoridis*, *h*—задняя спайка, *i*—отверстіе мочеиспускательнаго канала, *k*—*fossa navicularis*, *l*—*hymen*, *m*—*introitus vaginae*, *n*—*Mons Veneris*.

Смотря по величинѣ жирового слоя, большія срамныя губы имѣютъ различную величину и форму; наблюдаются иногда настолько толстыя, т. е.

жирныя губы, что онѣ выступаютъ на-подобіе полушарій, плотно прилегаютъ другъ къ другу и вполне закрываютъ входъ. Съ другой стороны, наблюдаются и бѣдныя жиромъ губы, такъ что между ними видны малыя губы, мочеиспускательный каналъ, hymen и даже introitus. Жировая масса находится въ связи съ жиромъ пахового канала. Въ заднюю часть направляются гладкія мышечныя волокна. Волосистость лобка и большихъ срамныхъ губъ крайне различна; у брюнетокъ волосъ обыкновенно больше, чѣмъ у блондинокъ. Даже при полномъ развитіи внутреннихъ половыхъ органовъ и нормальной способности дѣторожденія волоса могутъ отсутствовать совершенно, такъ что это явленіе не можетъ служить выраженіемъ инфантилизма. При экстирпаціи большихъ губъ наступаетъ кровотеченіе вверху изъ вѣтви art. obturatoria, внизу—изъ art. perineales.

Кнутри отъ большихъ срамныхъ губъ, прилегая къ нимъ наружной поверхностью, находятся не покрытыя волосами *малыя срамныя губы* (рис. 25, d-e). Это тонкія кожныя складки, состоящія въ глубинѣ изъ соединительной ткани и большого количества эластическихъ волоконъ и венъ. При половомъ возбужденіи онѣ слегка гиперэмируются и набухаютъ. По краю ихъ имѣется довольно значительное число маленькихъ сальныхъ железъ, замѣтныхъ глазомъ и ошущью. Онѣ появляются лишь во время полового созрѣванія и снова исчезаютъ къ старости. При воспалительномъ раздраженіи онѣ опухаютъ и даютъ впечатлѣніе comedones. У дѣвицъ малыя губы видны лишь при раздвиганіи большихъ срамныхъ губъ. Сзади малыя губы переходятъ въ внутреннюю поверхность большихъ срамныхъ губъ. Спереди малыя губы дѣлятся на двѣ пары колѣнъ, изъ которыхъ верхняя образуетъ praeruptium clitoridis (рис. 25 F), крышку для clitoris (рис. 25 b), а нижняя или внутренняя пара переходитъ въ видъ cingula clitoridis на clitoris. Малыя губы бываютъ иногда врожденно до того громадныхъ размѣровъ, что торчатъ между большими. Это наблюдается главнымъ образомъ у готтентоттокъ. Вслѣдствіе мастурбаціи, т. е. вытягиванія, малыя губы достигаютъ иногда 10 см. въ ширину и длину. Въ подобныхъ случаяхъ губы крайне тонки и обыкновенно буро пигментированы, драблы, морщинисты, безъ жира.

Clitoris вполне отвѣчаетъ penis'у (рис. 25 c). Онъ образуется двумя, переходящими изъ срамной дуги, сходящимися другъ съ другомъ кавернозными тѣлами. Онъ напрягается, снабженъ богато сосудами и нервами, и прикрѣпленъ къ срамной дугѣ при помощи Ligamentum suspensorium. Glans clitoridis различной величины, иногда совершенно незамѣтна, въ другихъ случаяхъ выступаетъ непокрытой. Съ каждой стороны introitus vaginae имѣется по одному кавернозному тѣлу: Bulbus или Corpora cavernosa vestibuli, въ которыя входятъ art. bulbi vestibuli. При половомъ возбужденіи bulbi опухаютъ и суживаютъ introitus.

Въ трехугольникѣ, образуемомъ клиторомъ, его ножками, входомъ во влагалище и малыя срамными губами, открывается, на слегка выдающемся мочеиспускательномъ валикѣ, уретра (рис. 25 i). Отверстіе бы-

ваетъ различной формы, оно представляется обыкновенно въ видѣ сагиттальной щели, но бываетъ нерѣдко круглымъ, трехугольнымъ, полулуннымъ, звѣздообразнымъ или поперечнымъ. Если дѣвственная плева представляется въ видѣ *Hymen annularis*, то подъ самымъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала, или сбоку его, находятся остатки *hymenis*, придающіе отверстію неправильную форму и ведущіе нерѣдко къ смѣшенію съ полипами.

У задняго края отверстія мочеиспускательнаго канала, иногда сбоку или въ самомъ каналѣ, имѣется два канала, длиною отъ 0,5—3,0 см. и шириною въ 1 мм. Эти уретральные ходы или *ductus paraurethrales* представляютъ, по *Waldeyer*'у, выводные протоки довольно крупныхъ, трубчатыхъ железистыхъ скопищъ. Они имѣютъ значеніе въ виду того, что въ нихъ можетъ локализоваться перелойная инфекция.

Входъ во влагалище суживается у дѣвственницъ вогнутой клереди кожной складкой, дѣвственной плевой—*hymen* (рис. 25 1). Толщина этой перепонки и форма ея крайне различны, причѣмъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ плева совершенно закрываетъ входъ во влагалище (рис. 25 m. *Hymen imperforatus*), въ другихъ она представляется кольцевидной или имѣетъ два, лежащихъ другъ около друга, отверстія (*H. cribriformis*). При совокупленіи происходятъ многочисленные надрывы *hymenis*, но форма въ общемъ сохраняется. Родами *hymen* разрушается совершенно, такъ что остаются лишь кусочки—*saugunculae purtiformes*—въ видѣ кожныхъ бородавокъ. Хотя это считается правиломъ, но тѣмъ не менѣе, при существованіи большихъ остатковъ *hymenis* или даже пѣлой, можетъ быть индивидуально узкой, дѣвственной плевой, нельзя отрицать съ полною увѣренностью возможность бывшихъ родовъ.

Пространство, лежащее ниже отверстія мочеиспускательнаго канала и *hymen*, называется преддверіемъ влагалища, *vestibulum*. Въ задней половинѣ стѣнки *vestibuli*, спереди или подъ *hymen*, открываются отверстія выводныхъ протоковъ двухъ, дольчатыхъ, лежащихъ позади *vulva*, вблизи задней спайки, железъ, такъ называемыхъ Бартолиниевыхъ или вульвовагинальныхъ (рис. 25 e). Форма ихъ неправильная, длина равняется 10—15, ширина 7—10 мм. Доступный зондированію тонкимъ зондомъ выводной протокъ длиною въ 10—20 мм.

Исторія развитія наружныхъ половыхъ органовъ.

Приблизительно на 14-й недѣль утробной жизни отверстіе клоаки раздѣляется на брюшное отверстіе, *sinus urogenitalis*, и дорзальное отверстіе, задній проходъ. Въ *sinus urogenitalis*, *vestibulum*, открываются *vagina* и *urethra*. Мочеполовое и заднепроходное отверстія лежатъ въ неглубокой ямкѣ—въ половомъ желобѣ.

Половой бугорокъ, *clitoris*, представляется уже на 10-й недѣль длиною въ 1,5 мм.; на заднепроходной сторонѣ клиторъ расщепленъ и остается такимъ (уретральный желобъ). Края уретрального желоба, которые у муж-

чинъ соединяются для образованія penis, образуютъ у женщинъ малыя срамныя губы. Уже съ 3-го мѣсяца можно различить полъ. Уретральный желобъ переходитъ на клиторъ, такъ что его praeritium представляется расщепленнымъ въ сторону задняго прохода.

Большія срамныя губы развиваются изъ лежащихъ по обѣ стороны полового бугорка половыхъ валиковъ, малыя срамныя губы—изъ половыхъ складокъ.

Во время образованія полового бугорка, но лишь по окончаніи развитія промежности, заднепроходная перепонка становится болѣе тонкой и постепенно исчезаетъ, такъ что открываются задній проходъ и sinus urogenitalis. Промежность развивается вслѣдствіе сращенія двухъ, идущихъ съ боковъ тканевыхъ массъ, губъ промежности.

В. Уродливости.

Уродливости развиваются вслѣдствіе того, что не происходитъ ни образованія промежности, ни вскрытія кверху полового желоба (рис. 26): *atresia ani et vulvae completa*. Или не происходитъ вскрытія кверху полового желоба, но пузырь отдѣляется отъ прямой кишки промежностью. Въ подобныхъ случаяхъ отдѣленія могутъ скопиться въ пузырь и прямой кишкѣ. Подобныя уродливости были до сихъ поръ наблюдаемы лишь у нежизнеспособныхъ уродовъ, причемъ имѣлись одновременно еще и другія уродливости.



Рис. 26. Первичное состояніе. Пузырь—*b* и прямая кишка—*r* еще сообщаются. Müller'овскіе ходы—*v* открываются въ Allantois—*b*. *У*—*c* образуется половой бугорокъ (clitoris), позади половой желобъ—*h* и задній проходъ—*a*.

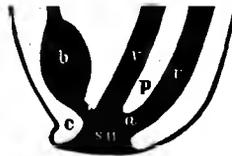


Рис. 27. Пузырь *b*—и прямая кишка—*r* раздѣлены, между ними выросла промежность—*p*, спереди sinus urogenitalis—*s u*, въ который вверху входитъ уретра и Müller'овскіе ходы—*v* (влагалище).

Но зато относительно часто наблюдается отсутствіе промежности, вслѣдствіе чего кишечникъ открывается въ sinus urogenitalis (рис. 27). Задней границей vulvae является задняя стѣнка recti, а не перфорированная заднимъ проходомъ промежность. Эти случаи называютъ *Atresia ani vaginalis*. Но уже при поверхностномъ изслѣдованіи бросается въ глаза отсутствіе hymenis, значитъ, нижняя часть образуется не влагалищемъ, а sinus urogenitalis. Въ виду этого болѣе правильнымъ представляется мое названіе: *Atresia ani vestibularis* или *Anus praeternaturalis vestibularis*.

При *Atresia ani* мы имѣемъ дѣло не только съ отсутствіемъ уничтоженія заднепроходной складки, но и съ отсутствіемъ различной величины части прямой кишки и сфинктера.

Такъ какъ подобные плоды жизнеспособны, то они и поступаютъ въ руки врача. Въ подобныхъ случаяхъ необходимо первымъ долгомъ доставить свободный выходъ фекальнымъ массамъ. При *Atresia ani vestibularis* наблюдается иногда у болѣе взрослыхъ дѣтей (на 1—2-мъ году) довольно значительное скопленіе каловыхъ массъ. Сгущенныя каловыя массы

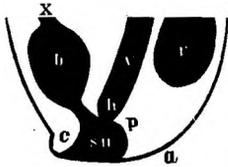


Рис. 28. Вполнѣ развитые половые органы; *b*—пузырь; *v*—вагиналище, отделенное отъ *sinus urogenitalis su* двустепенной плевой—*h*; *p*—промежность; *a*—задній проходъ; *r*—прямая кишка; *c*—clitoris; *x*—trachus.

Рис. 29. Такъ называемая *Atresia ani vaginalis*; *su*—длинный *sinus urogenitalis*, подъ нимъ *v*—вагиналище, *p*—рудиментарная промежность; *r*—прямая кишка, открывающаяся въ *sinus urogenitalis*.

не могутъ пройти черезъ отверстіе въ стѣнкѣ, кишка сильно растягивается, содержимое выжимается съ трудомъ черезъ узкое отверстіе въ видѣ червей. Тканевую массу необходимо разрѣзать сагиттально, доставляя такимъ образомъ калу свободный и прямой выходъ. Этого достаточно на время для дальнѣйшаго развитія ребенка. Отъ пластической операціи пока отказываются, такъ какъ швы все-таки прорѣзываются и части слишкомъ

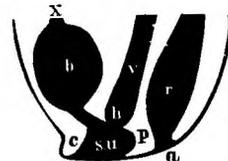
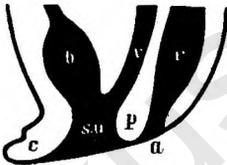


Рис. 30. *Atresia ani*; всѣ отношенія нормальны, только прямая кишка—*r* оканчивается слѣпо на далекомъ разстояніи отъ неперфорированнаго задняго прохода—*a*. Остальные указанія какъ и на рис. 26.

Рис. 31. Женская гипоспадія: пузырь—*b* оканчивается прямо, безъ уретры, въ *sinus urogenitalis—su*. Вагиналище—*v* узкое, *p*—промежность и *r*—прямая кишка нормальны. *c*—гипертрофированный клиторъ.

малы для рациональной пластики. Впослѣдствіи испражненіе совершается нормально и безъ сфинктера, такъ какъ верхній сфинктеръ беретъ на себя функцію *sphincteris ani*. Если этого не наступаетъ, то приходится впослѣдствіи предпринимать пластическія операціи, на которыя, однако, больныя соглашаются крайне рѣдко, такъ какъ чувствуютъ себя относительно сносно.

Операція простой *Atresiae ani* даетъ плохое предсказаніе. Выжидаютъ 4—5 дней, такъ какъ въ теченіе этого времени вздувается нижній конецъ прямой кишки, вслѣдствіе чего легче констатируется. Послѣ этого препарируютъ въ глубину и отыскиваютъ кишку. Если отсутствуетъ боль-

шой кусокъ, то очень трудно отыскивать въ глубинѣ. Если кишка найдена, что узнается первымъ долгомъ по отхожденію песочіи, то нижнюю разрыхленную часть оттягиваютъ внизъ и стараются ея окаймить искусственное заднепроходное отверстие. Рану не удается провести асептически, швы прорѣзаются. Послѣ этого поддерживаютъ открытымъ заднепроходное отверстие вставленіемъ ламинарій. Но и этимъ удается продлить жизнь лишь на нѣсколько недѣль, такъ какъ искусственная фистула снова служивается. Въ одномъ случаѣ ребенокъ прожилъ 3 мѣсяца; свищъ, длиною въ 6 см., доходилъ до кисты, которая образовала нижній конецъ кишки, растянутой каловыми массами.

Hypospadiа и Epispadiа.

Если симметричныя на обѣихъ сторонахъ части не срастаются внизу по серединѣ, то развивается *гипоспадія*. Если сращенія не происходятъ вверху, то развивается *эписпадія*. Въ первомъ случаѣ пузырь вскрывается прямо во влагалище, или мочеиспускательный каналъ представляется весьма широкимъ внизу. Клиторъ большой и эректильный. Мнѣ пришлось ампутировать клиторъ, длиною въ 8 см. Довольно часто промежность отсутствуетъ, такъ что имѣется *vagina*, даже достаточной для *coitus* ширины, но задняя ея стѣнка тонка какъ перепонка. Впрочемъ. тутъ наблюдается до того сильное разнообразіе, что едва-ли можно найти два одинаковыхъ случая. Весьма трудно бываетъ рѣшить вопросъ, вправѣ ли подобная дѣвушка выходить замужъ, въ особенности вслѣдствіе того, что насъ спрашиваютъ объ этомъ слишкомъ поздно и, что вслѣдствіе совершенно нормальнаго развитія внутреннихъ половыхъ органовъ, женскія чувства совершенно нормальны.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, невзирая на отсутствіе мочеиспускательнаго канала, при гипоспадіи моча тѣмъ не менѣе удерживается, такъ какъ происходитъ достаточное сокращеніе шейки пузыря. Кроме того, представляется иногда довольно длиннымъ *sinus urogenitalis*. У верхняго конца имѣется рудиментарный мочеиспускательный каналъ и сзади входитъ эксцентрично узкая вагина. Въ другихъ случаяхъ *sinus* оканчивается слѣпо. Наружныя половыя части отсутствуютъ или слабо развиты.

Эписпадія наблюдается рѣдко, причеиъ даже въ сильно развитыхъ случаяхъ, съ расщепленіемъ таза, эктопией пузыря, имѣются внутренніе половые органы, способные нормально функционировать. Неоднократно наблюдались роды. Послѣ нихъ наступаетъ весьма легко *prolapsus uteri*. Клиторъ представляется расщепленнымъ, надъ нимъ имѣется входъ въ пузырь. Значитъ, уродство развивается уже довольно рано. Отверстіе можетъ быть очень маленькимъ, такъ что заиѣняетъ уретру, но можетъ быть и большимъ, такъ что отсутствуетъ даже передняя стѣнка мочевого пузыря. Если эписпадія болѣе сильной степени, то самымъ характернымъ симптомомъ представляется эктопія пузыря съ расщепленіемъ таза. Попытки оперативнаго устраненія дали весьма плачевные результаты.

Hermaphroditismus и Pseudohermaphroditismus.

Настоящаго гермафродитизма въ миеологическомъ смыслѣ, т. е. чтобы одинъ индивидуумъ былъ въ состояннн исполнять половыя функціи обоихъ половъ, не существуетъ. Случаи анатомическаго гермафродитизма могутъ считаться несомнѣнными лишь при микроскопическомъ констатированнн частичекъ яичка и яичника у одного и того же индивидуума.

Въ прежнее время различали Hermaphroditismus transversus (наружныя половыя части мужскія, внутреннн—женскія или наоборотъ); Hermaphroditismus lateralis (4 полов. железы, 2 яичника и 2 яичка); Hermaphroditismus unilateralis (справа яичко и слѣва яичникъ или наоборотъ).

Въ большинствѣ, однако, случаевъ мы имѣемъ дѣло съ Pseudohermaphroditismus, причеиъ главнымъ образомъ съ индивидуумами мужского пола съ недоразвитымъ гипоспадическимъ членомъ. Katharina Hohnann (рис. 33) представляла безусловно женскій типъ грудныхъ железъ; вполсѣдствн „она“ вышла замужъ и родила ребенка. Въ другихъ случаяхъ дѣло идетъ объ индивидуумахъ женскаго пола съ дефектомъ внутреннхъ половыхъ органовъ, съ короткимъ узкимъ влагалищемъ и съ сильно гипертрофированнымъ penis'образнымъ клиторомъ.

Pseudohermaphroditismus получаетъ практическое значенн въ виду того, что вслѣдствн ошибочнаго опредѣленн пола некомпетентными лицами индивидуумъ неправильно записывается въ метрическую книгу. Neugebauer (Centralbl. f. Geburtsh. 1889, № 19) собралъ 40 паръ, въ которыхъ вполсѣдствн оказалось, что полъ мужа и жены былъ одинаковый.

Въ виду этого врачу должны быть извѣстны эти отношенн, такъ какъ ему приходится опредѣлять полъ какъ у новорожденныхъ, такъ и вполсѣдствн, послѣ бракосочетанн.

Эти случаи до того часты, что мнѣ приходится ежегодно наблюдать по нѣсколько. Въ большинствѣ случаевъ діагнозъ удается выяснитъ подъ наркозомъ, изслѣдованнемъ рег апиш и т. д.

Мнѣ извѣстна личность, которая безусловно женскаго пола, но живетъ мужчиной. „Онъ“ занимается уходомъ за больными. Когда я ей заявилъ, что она женщина, то она мнѣ отвѣтила, что она желала бы остаться мужчиной, такъ какъ гораздо легче заработать себѣ кусокъ хлѣба.

У уродовъ, извѣстныхъ подъ названнемъ „сирень“, имѣется лишь одна, толстая вверху, суживающаяся книзу конечность; наружныхъ половыхъ частей обыкновенно вовсе не имѣется. Тази развитъ рудиментарно, заднн проходъ закрытъ, не имѣется почекъ, ребенокъ нежизнеспособенъ, рождается обыкновенно мертвымъ.

С. Гипертрофія.

Общая или частичная гипертрофія vulvae происходитъ вслѣдствн она-низма. Послѣднн производится лишь въ самыхъ исключительныхъ слу-

чаяхъ такимъ образомъ, что палецъ или другой предметъ вводится глубоко во влагалище. Въ большинствѣ же случаевъ чувство сладострастія достигается шекотаніемъ или потягиваніемъ за наружныя половыя части. Для этого употребляютъ не только палецъ, но нерѣдко и маленькіе предметы, напр. головныя шпильки, вставки для пера и пр. На высотѣ возбужденія сознание нарушается, движенія инструментомъ становятся болѣе быстрыми, причемъ подобные предметы могутъ попадать въ мочеиспускательный каналъ, въ мочевой пузырь и впоследствии удаляются съ трудомъ въ видѣ инородныхъ тѣлъ. Во многихъ случаяхъ больная не знаетъ или не сознается, какимъ образомъ попало сюда инородное тѣло.



Рис. 32. Мужской Hypospadias, состоялъ въ замужествѣ, но имѣлъ половое сношеніе съ женщинами.

Если онанисткой употребляется только палецъ, то она щекочетъ у нупен или потягиваетъ за малыя срамныя губы, которыя при этомъ, собственно говоря, не гипертрофируются и утолщаются, а утончаются и удлиняются. Онѣ висятъ въ видѣ морщинистыхъ, буроватыхъ, безжирныхъ, длинныхъ, дряблыхъ кожныхъ складокъ. Нерѣдко удается ихъ вытянуть до 6 — 8 см., на-подобіе двухъ крыльевъ летучей мыши. Въ нихъ находятся нерѣдко многочисленныя, величиною до чечевицы, твердыя, безболѣзненныя, желтоватыя, расширенныя сальныя железы съ закупореннымъ выводнымъ протокомъ. Раздраженіе и онанизмъ вызываются, можетъ быть, врожденнымъ увеличеніемъ малыхъ срамныхъ губъ. Болѣе рѣдко раздражаютъ клиторъ. Раздраженія разлагающимся отдѣляемымъ и опанистическыя манипуляціи ведутъ къ воспаленію малыхъ и большихъ срамныхъ губъ.

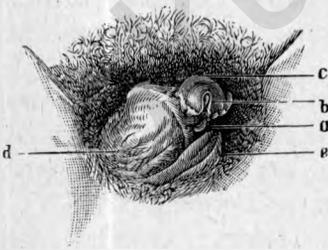


Рис. 33. Наружныя половыя части Екатерины Гоманъ. *a*—входъ во влагалище и пузырь, *b*—желобъ, ведущій отъ рудиментарнаго penis или гипертрофированнаго клитора къ входу во влагалище (гипоспадическій желобъ), *c*—praeruptum penis или clitoridis, *e*—дѣвая малая срамная губа или мошонка съ Kryptorchismus, *d*—правая большая срамная губа или мошонка, содержащая правое яичко.

Рис. 33.

Если онѣ воспалены хронически и утолщены, вызываютъ разстройства, то лучшимъ средствомъ представляется удаленіе ихъ подъ наркозомъ при помощи аппарата *Raquelin'a*. Подобнымъ способомъ мнѣ удалось вылечить нѣсколькихъ онанистокъ. Всѣмъ извѣстно, что многія продолжаютъ онанировать и послѣ замужества, невзирая на достаточное нормальное удовлетвореніе полового влеченія.

Легко возможно, что женщины, остающіяся безусловно безучастными во время coitus, потеряли естественное влеченіе вслѣдствіе онанистическаго сильнаго раздраженія.

Отекъ vulvae является нерѣдко при болѣзняхъ почекъ первымъ симптомъ развитія общей водянки. Большія губы могутъ распухать до того сильно, напр. при эклампси, что бедра приходится сильно раздвигать. При глубокомъ проколѣ опухшія губы можно выдавить рукою, безъ потери крови, какъ губку.

При воспаленіяхъ уретры, при образованіи абсцессовъ въ промежности вслѣдствіе травмъ или перипроктита, при Bartolinitis отекъ большихъ губъ развивается иногда какъ мѣстное реактивное и демаркаціонное явленіе.

Hypertrophia vulvae lymphatica. Pseudo-Elephantiasis vulvae ¹⁾.

Элефантіазической гипертрофіи можетъ подвергаться одна срамная губа или клиторъ—самое частое мѣсто пораженія, а также одновременно всѣ половыя части. Клиторъ оказывается превращеннымъ въ круглое или колбасовидное, валикообразное, гладкое или бугристое тѣло. Затвердѣнія простираются иногда до задняго прохода, такъ что послѣдній оказывается окруженнымъ толстымъ вѣнкомъ утолщеній, покрытыхъ ссадинами и трещинами. Форма весьма разнообразна, часто удается еще распознать сильно увеличенный клиторъ стига clitoridis и малыя срамныя губы, въ другихъ случаяхъ опухоль представляется совершенно атипичной, такъ что толстые колбасовидныя выступы, длиною до 20 см., доходятъ до внутренней поверхности бедеръ.

Кожныя сосочки принимаютъ различное участіе. Иногда наблюдается, что вся опухоль имѣетъ сходство съ папилломатозными, на-подобіе цвѣтной капусты, комками, или съ острыми кондиломами; болѣе рѣдко имѣютъ бородавчатый, бугристый видъ лишь отдѣльныя части опухоли. Въ другихъ случаяхъ происходила гипертрофія лишь глубокихъ частей, такъ что поверхность опухоли представлялась гладкой. Въ глубинѣ происходятъ треніе одной части опухоли о другую, тяжестью опухоли кожа сильно растягивается, появляются трещины, изъ которыхъ вытекаетъ жидкость. Довольно часто наблюдается сильное отторженіе ороговьшаго эпителия. Послѣдній образуетъ съ жидкостью маркую массу, которою покрывается опухоль въ видѣ Vernix caseosa. Въ другихъ случаяхъ вслѣдствіе потери вещества подъ вліяніемъ травмы образуются поверхностныя некрозы и язвы.

На разрѣзахъ опухоль имѣетъ студенистый, отечный видъ. Микроскопически мы получаемъ, при участіи сосочковъ кожи, картину значительнаго сосочковаго разрошенія и утолщенія кожи, между тѣмъ какъ при гладкой поверхности опухоли сильно гипертрофируется и пронизывается

¹⁾ *Virchow*, Vorlesungen über Geschwülste. I. 1868. Berlin.—*L. Mayer*, Berliner Beiträge zur Geb. I.—*Martin*, Berl. Beiträge z. Geb., 1874, I.—*Kogelmann*, Z. f. G. II.—*Schröder*, Z. f. G. III.—*Fritsch*, C. f. G. 1880, стр. 198.—*Veit*, C. f. G., 1881, стр. 173.—*Rokitansky*, Allg. Wiener med. Zig. 1881, стр. 48.—*Rennert*, C. f. G. 1882, стр. 669.—*Kelly*. Ibid. 1891, стр. 479.—*Lesser*, Ibid. 1891, стр. 706.

многочисленными лимфатическими тѣльцами вся подкожная соединительная ткань.

Этіологически громадное значеніе имѣеть онанизмъ. Подобные случаи, въ особенности при ограниченіи процесса большими срамными губами, мнѣ приходилось оперировать довольно часто. Эти случаи не достигаютъ значительной степени развитія. При большихъ опухоляхъ имѣется установленная Virchow'омъ связь этого Pseudoelephantiasis съ отсутствіемъ паховыхъ железъ. Неоднократно приходилось мнѣ наблюдать при большихъ опухоляхъ звѣздчатые рубцы въ паховой области — слѣды бывшаго бубона. Далѣе этіологическое значеніе имѣеть сифилисъ; въ подобныхъ случаяхъ дѣло состоитъ въ томъ, что лимфа не въ состояніи оттекатъ изъ наружныхъ половыхъ частей и застаивается. Такимъ образомъ развивается постепенно гипертрофія. Elephantiasis присоединяется и къ рожистому воспаленію; при этомъ погибають, можетъ быть, лимфатическія железы.



Рис. 34. Большая элефантіазическая опухоль лѣвой половины vulvae. Сильный хроническій отекъ лѣвой ноги

Эти опухоли, имѣющія съ настоящей Elephantiasis мало сходства даже по наружной формѣ, лучше называть *лимфатической гипертрофіей vulvae*.

Симптомы: боль, которая появляется вслѣдствіе трещинъ на основаніи опухоли, а также вслѣдствіе тяжести большой опухоли. Кроме того, торчаніе опухоли между ногами причиняетъ громадные неудобства. При добромъ желаніи coitus можно совершать more bestiarum, причѣмъ перѣдко наступаетъ беременность. Беременность и менструація не оказываютъ особаго вліянія на увеличеніе опухоли. Общее состояніе не страдаетъ.

Теченіе крайне различно: *опухоли величиною съ дытскую яловку могутъ развиваться въ теченіе одного года, величиною въ куриное яйцо — постепенно въ теченіе десятковъ лѣтъ.*

Удаленіе извѣстной части опухоли, напр. малыхъ срамныхъ губъ, при общемъ Elephantiasis vulvae, вызываетъ ограниченіе роста.

Диагнозъ не представляетъ затрудненій. Гипертрофія vulvae узнается по первому взгляду, причѣмъ ясно прощупывается твердость. При изъязвившемся Elephantiasis возможно смѣшеніе съ ракомъ. При Elephantiasis, однако, имѣется больше корокъ и струпьевъ, при ракъ — мокнушія и легко кровоточащія язвы.

Леченіе состоитъ въ удаленіи опухоли. Вырѣзають клиновидный кусокъ и немедленно накладываютъ шовъ, такъ что опухоль удаляется постепенно

и получаемая рана зашивается послѣдовательно до полного удаленія. Кровоточащіе сосуды необходимо перевязать, чтобы не наступило послѣдующаго кровотечения, въ особенности если не происходит заживленія per primam. Въ большинствѣ случаевъ не удается захватить сосудовъ и ихъ вытащить; сосуды приходится обкалывать. Въ частной практикѣ можно наложить эластическую лигатуру. Если опухоль находится лишь въ большой губѣ, то можно наложить матрацный шовъ въ здоровыхъ частяхъ и отрѣзать опухоль, не теряя при этомъ крови. Заживленіе наступаетъ безъ особыхъ послѣдствій. Удаленіе при помощи аппарата *Raquelin'a*, безъ предварительной лигатуры, не рационально въ виду того, что можетъ наступить артеріальное кровотеченіе.

Не слѣдуетъ рѣзать на далекомъ разстояніи отъ опухоли, такъ какъ кожа сильно оттягивается опухолью. Если разрѣзъ слѣланъ слишкомъ высоко у основанія, то кожа отходитъ назадъ, вслѣдствіе чего получается громадная потеря вещества.

D. Воспаленіе vulvae (Vulvitis).

Этіологія и патологическая анатомія.— Воспаленіе vulvae является нерѣдко послѣдствіемъ травмы. Такимъ образомъ получаютъ, напр., надрывы при defloratio. При неопрятности окружность надрывовъ инфильтрируется и воспаляется вся vulva. Въ особенности въ случаяхъ изнасилованія дѣтей, врачъ находитъ нерѣдко *Vulvitis acuta*, въ особенности если произошла инфекція триппернымъ ядомъ. Но воспаленіе vulvae можетъ произойти и вслѣдствіе другихъ травмъ, вслѣдствіе случайныхъ поврежденій.

Далѣе воспаленіе vulvae обуславливается дѣйствіемъ стекающихъ жидкостей. Хотя эти жидкости и могутъ быть совершенно безвредными, напр. менструальная кровь, но онѣ приходятъ въ соприкосновеніе съ пылью и воздухомъ, загниваются, получаютъ зловонный запахъ и раздражаютъ, въ особенности лѣтомъ и у тучныхъ женщинъ. Вслѣдствіе раздраженія сальныя железы выдѣляютъ жиръ, развиваются жирныя кислоты, которыя еще болѣе способствуютъ раздраженію и вызываютъ на кожѣ эритематозные процессы. Это происходитъ въ особенности въ случаяхъ, когда больная неопрытна и не обмываетъ vulvam. При обильномъ отдѣленіи, напр., при перелойномъ воспаленіи влагалища, при сильномъ отдѣленіи гноя вслѣдствіе плохихъ пессаріевъ, при раковомъ ихорозномъ отдѣленіи воспаленіе наступаетъ крайне легко. Изъ ссадинъ развиваются также язвы, или вѣрнѣе кратеровидные дефекты кожи. При мочевыхъ свищахъ находятъ vulvam до самаго задняго прохода нерѣдко воспаленной, опухшей и отечной. Волоса покрываются мочекислыми солями и кожа можетъ гипертрофироваться до того сильно, что въ складкахъ развиваются разрошенія на-подобіе пѣтушинаго гребня.

У беременныхъ предрасполагающимъ къ воспаленію моментомъ служитъ гиперемія. Такъ какъ при этихъ условіяхъ происходитъ отдѣленіе

влаги уже физиологически и такъ какъ, при недостаточномъ прикрытіи, легко осѣдаетъ на половыхъ частяхъ пыль и грязь, то у болѣе бѣднаго класса vulva представляется нерѣдко сильно опухшей и интенсивно-краснаго цвѣта. Vulva зияетъ даже у первородящихъ, такъ какъ опухшее влагалице, смѣщенное книзу низко стоящей головкой, не имѣетъ мѣста въ тазу и выпячивается такимъ образомъ vulvam какъ при выпаденіи. Маленькіе или большіе, много- или малочисленные фурункулы на срамныхъ губахъ и на внутренней поверхности бедеръ могутъ являться послѣдствіемъ раздраженія кожи или инфекціи сальныхъ железъ. Это наблюдается преимущественно при диабетѣ. Если женщины страдаютъ вульвитомъ долгое время, то появляется бурая пигментация vulvae и ея окружности, причѣмъ въ послѣдствіи исчезаетъ ея гибкость и мягкость. Въ концѣ концовъ можетъ развиться даже полная атрофія (Kraugosis).

Сифилитическія пораженія vulvae являются самыми частыми сифилитическими мѣстными пораженіями у дѣтей. Первичныя язвы сидятъ спереди, сбоку, чаще сзади надъ frenulum. Первичная язва узнается крайне легко по твердымъ утолщеннымъ краямъ. Вторичныя высыпанія, напр., во время беременности, или при рецидивахъ, или при нахожденіи первичной язвы на portio, vulva или въ gina ani, состоятъ въ извѣстныхъ широкихъ кондиломахъ. На мѣстахъ, на которыхъ сильно давленіе, кондиломы широкія, низкія и представляютъ, въ особенности у дѣтей, характеръ plaques muqueuses. Характерно, что этимъ кондиломамъ отвѣчаютъ образованія vis-a-vis. Если случай останется въ теченіе продолжительнаго времени безъ леченія, то вся внутренняя поверхность большихъ срамныхъ губъ, до самаго задняго прохода и вокругъ послѣдняго, превращается въ отдѣляющую, бугристую, неровную, язвенную массу. По краю раздѣленной поверхности имѣется бѣловатая, твердая, неправильная кайма. Пустулы эктимы могутъ сливаться съ этими кондиломатозными язвами до того, что раневая поверхность распространяется даже на животъ. Посреди этихъ массъ имѣется иногда обширное, бѣловатое разрощеніе острыхъ кондиломъ. Болѣе крупныя выдающіяся опухоли рѣдко образуются широкими кондиломами, болѣе часто острыми. Была описана также «Elephantiasis luetica,» то есть громадное опуханіе vulvae. Стойкій отекъ vulvae довольно частое явленіе послѣ сифилиса.

Были наблюдаемы и рубцовыя суженія, служившія непреодолимымъ подчасъ препятствіемъ во время родовъ.

Въ болѣе позднемъ стадіи сифилиса наблюдаются иногда затвердѣнія между прямой кишкой и влагалицемъ. Ткань становится мозолистой, анэмичной, упруго-отечной, легко изъязвляется, не представляетъ склонности къ заживленію. Развиваются свищевыя, не прямолинейныя соединенія между vestibulum и rectum. Эти свищи не заживаютъ вслѣдствіе прониканія въ нихъ кала. Подобныя свищи я никогда не наблюдалъ у крѣпкихъ больныхъ, въ большинствѣ случаевъ это были истощенныя, малокровныя puellae publicae. Оперативнаго излеченія, даже послѣ энергичнаго противосифили-

тическаго леченія, нельзя ожидать въ виду трудно устранимаго отека; но подобные свищи вызываютъ иногда до того слабыя симптомы, что больные вовсе не добиваются заживленія.

На vulva наблюдаются кромѣ того еще своеобразно дряблыя язвы, покрытыя грануляціями, не представляющія ничего характернаго ни макро- ни микроскопически. Края весьма острыя, неправильная язва лежитъ ниже поверхности кожи. Въ подобныхъ случаяхъ необходимо всегда имѣть въ виду бугорчатку и третичный сифилисъ. Подобные же, а быть можетъ и тѣ же самые случаи были описаны также подъ именемъ *ulcus rodens vulvae*.

Мнѣ приходилось наблюдать этиологически темныя, кратеровидныя язвы vulvae и vaginae, которыя вели къ повторнымъ, весьма сильнымъ кровоточеніямъ. Выздоровленіе было достигнуто исключительно экстарпаціей.

Vulvitis gonorrhoeica наблюдается исключительно у дѣтей; у взрослыхъ отдѣляющійся и стекающій сверху ѣдкій гной вызываетъ эритемы, а также весьма сильный фолликулярный или язвенный вульвитъ. При этомъ воспаляется какъ выводной протокъ, такъ и окружность Бартолиниевой железы, а равно и сама железа.

Обширныя фagedеническія разрушенія цѣлой срамной губы, мягкій шанкръ съ нагноеніемъ паховыхъ железъ на одной или обѣихъ сторонахъ наблюдаются, какъ запущенные случаи, исключительно у проституткокъ.

Настоящія флегмоны, въ большинствѣ случаевъ какъ послѣдствіе нагноенія Бартолиниевой железы, были наблюдаемы на большихъ срамныхъ губахъ. Гангрена vulvae наблюдается при тифѣ, скарлатинѣ и кори, въ дѣтскомъ возрастѣ, причеъ нерѣдко безъ всякихъ симптомовъ, такъ что у взрослыхъ наблюдали совершенно случайно атрезіи и стенозы vulvae и vaginae, которые можно объяснить исключительно вышеприведенными процессами.

Далѣе наблюдается дифтеритъ vulvae, какъ прямой переносъ при дифтеріи зѣва. Въ виду этого у маленькихъ дѣвочекъ, при сильной дифтеріи, необходимо изслѣдовать vulvam.

Экземы наблюдаются у беременныхъ, а равно и у небеременныхъ. Въ особенности въ климактерическомъ періодѣ наблюдаются весьма упорныя экземы vulvae. Многие случаи происходятъ можетъ быть вслѣдствіе инфекціи со стороны задняго прохода, въ другихъ случаяхъ экземы обуславливаются стекающими отдѣленіями: имѣется обыкновенно весьма жидкое отдѣленіе изъ влагалища, по количеству крайне незначительное, этиологически, однако, являющееся главной причиной. Herpes и аспе (*Vulvitis follicularis*) наблюдаются относительно часто, а также множественныя фурункулы, которые, развиваясь въ рыхлой клетчаткѣ, даютъ нерѣдко весьма неясныя симптомы. Какъ развитіе, такъ и вскрытіе мало болѣзненны. Въ послѣродовомъ періодѣ часто наблюдается рожистое воспаленіе, въ другое время это воспаленіе крайне рѣдко. Съ другой стороны, vulva служитъ иногда исходной

точкой *Erysipelas migrans neonatorum*, которая оканчивается въ концѣ концовъ смертью.

Къ болѣзнямъ vulvae относится и такъ называемый *Thrombus vulvae* ¹⁾, т. е. кровоизліяніе въ паренхиму большихъ срамныхъ губъ. Подобная опухоль можетъ быть обусловлена травмой, напр. ударомъ или ушибомъ vulvae. Въ подобныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ гематомой въ подкожной рыхлой кѣтчаткѣ. Въ виду сильной податливости кожи гематома здѣсь достигаетъ большей величины, чѣмъ на другихъ мѣстахъ.

Травматически же, вслѣдствіе подкожнаго ушиба, развиваются во время родовъ такъ назыв. „тромбы vulvae“, которые въ первые дни послѣ родовъ растутъ довольно медленно. При этомъ имѣется нерѣдко во влагалищѣ, вверху, рана, изъ которой ведетъ отверстіе въ тромбъ. Красящее вещество крови проникаетъ въ кожу, которая можетъ окрашиваться почти въ черный цвѣтъ. Иногда эти тромбы подвергаются ихорозному разложенію, но, невзирая на значительную величину и черноватое окрашивание кожи, всасываются тѣмъ не менѣе, хотя и медленно.

Подъ именемъ *Kraurosis vulvae* ²⁾ описывается прогрессивная атрофія кожи vulvae, наблюдаемая обыкновенно у женщинъ за 40 лѣтъ. Этіологія совершенно темна. Во всякомъ случаѣ мы не имѣемъ дѣла съ простой предшествующей старческому возрасту атрофіей, такъ какъ зачастую въ теченіе многихъ лѣтъ ей предшествовали воспаленія. Было наблюдаемо осложненіе рака краурозисомъ. Съ сифилисомъ, бугорчаткою и перелоемъ краурозисъ не находится въ связи, но зато ему предшествовалъ во многихъ случаяхъ *pruritus*, причемъ, однако, трудно рѣшить, существовалъ ли *pruritus*, какъ причина или послѣдствіе. Сосудистыя стѣнки утолщены, нервы представляютъ фиброзную дегенерацію. Анатомически процессъ выражается хронически воспалительной гиперплазіей соединительной ткани, которая заканчивается рубцовой атрофіей. Исчезаютъ жиръ, потовыя и слюнные железы, волосы, сосуды, нервы. Vulva суживается, становится твердой, напряженной, звѣздчатой, бѣловатой, рубцевидной, бѣдной пигментомъ, авемичной, сморщенной, пахидермической, покрывается трещинами, малыя срамныя губы исчезаютъ, большія губы становятся плоскими, introitus сильно суженъ, твердъ, неподатливъ, чувствителенъ. Въ большинствѣ случаевъ существуетъ или существовалъ сильный зудъ или чувство постоянного напряженія, въ особенности при мочеиспусканіи или испраженіи. Другіе случаи протекаютъ безъ всякихъ симптомовъ ³⁾.

Симптомы и теченіе.—Симптомы вульвита состоятъ въ отдѣленіи, краснотѣ, опуханіи, зудѣ, боляхъ, которыми затрудняется нерѣдко ходьба и сдвиганіе ногъ въ постели. Присоединеніе бартолиинита съ флегмоноз-

¹⁾ *Ferber*, Schmidt's Jahrb., 1866, стр. 130.—*Franque*, Memorab. 1876, I.—*Weckbecker*, Diss.—*Soeker*, Corrb. f. Schweizer Aerzte 188, 13.

²⁾ *Breisky*, Z. f. Hkd. VI. 69.—*Tanowsky*, Z. f. prakt.-D. 1888. VII. 951.—*Ohmann-Dusmenil*, ibid. 1890. X. 233.—*Ohrtmann*, Z. f. G. XIX, 2.—*Fleischmann*, Prager m. W., 1886, 341.—*Fartels*, Diss.—*Martin*, Volkmanns' Samml., 1895.

³⁾ *Mars*, Monatschr. f. Gynäk. 1898. VII. 6.

нымъ воспаленіемъ окружающихъ тканей вызываетъ сильныя боли и сопровождается значительной лихорадкой. Больныя вынуждены спокойно лежать съ широко раздвинутыми ногами. При ракъ бываетъ иногда сильная болѣзненность. Если vulvitis является послѣдствіемъ зуда и расчесовъ, то главное мученіе для больныхъ состоитъ въ сильнѣйшемъ зудѣ и бессонницѣ.

Мочепусканіе сильно болѣзненно, что обусловливается омываніемъ вульвы мочою и воспалительнымъ опуханіемъ уретры. Если имѣется самопроизвольный Tenesmus vesicae, появляются боли при прижатіи мочеиспускательнаго канала къ симфизу и если при нажиманіи на утолщенную уретру вытекаетъ изъ orificium гной, то это говоритъ за перелойное воспаленіе.

Теченіе ускоряется примѣненіемъ правильнаго леченія, которое, въ виду мучительныхъ симптомовъ, удается предпринять довольно рано. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ особенности при экземахъ, вульвитъ переходитъ въ хроническое состояніе, если не удается устранить этиологическаго момента, напр. Endometritis senilis atrophicans. Vulva и ея окружность пигментируются въ подобныхъ случаяхъ, становятся блестящими, шероховатыми, наступаетъ слущиваніе, незначительныя геморрагіи служатъ результатомъ расчесовъ. Это состояніе остается даже при исчезаніи симптомовъ.

Однимъ изъ симптомовъ вульвита является такъ называемый Vaginitismus, съ которымъ мы познакомимся болѣе подробно при болѣзняхъ влагалища.

Диагнозъ.—Диагнозъ обезпечивается анамнезомъ, симптомами и данными осмотра. Единственнымъ затрудненіемъ можетъ служить дифференціальный диагнозъ опухоли въ срамныхъ губахъ. Имѣемъ-ли мы дѣло съ Bartholinitis, съ кистой этой железы, съ грыжей или съ смѣшаннымъ яичникомъ—это выясняется положеніемъ, формой, величиной опуханія.

Леченіе.—Непремѣннымъ условіемъ леченія vulvitis является безусловное устраниеніе происходящаго сверху отдѣленія. Леченіе vulvitis состоитъ первымъ долгомъ въ чистоплотности. Острое состояніе быстро устраняется обмываніями мыльной водою, обмываніями и компрессами съ дезинфицирующими растворами. Употребляютъ сулему 1 : 2000, борную кислоту 40 : 1000, уксуснокислый глиноземъ (Aluminium aceticum) 2 : 100. Для растворенія отдѣленія прибавляютъ къ водѣ соду: 3% растворъ соды дѣйствуетъ одинаково дезинфицирующимъ образомъ, какъ и вышеприведенныя вещества. Леченіе лучше всего начинать съ примѣненія компрессовъ изъ разведеннаго Liquor Aluminii acetici, охлажденнаго льдомъ. На ночь вкладываютъ въ vulvam и rimam pudendi кусокъ сухой ваты. Въ болѣе легкихъ случаяхъ, въ особенности при эритемахъ льдомъ, достаточно для излеченія вкладыванія подобнымъ образомъ гигроскопической ваты. Днемъ замѣняютъ мѣшающую ходить вату присыпками, какъ и при Erythema neonatorum. Хорошей присыпкой является, напр., слѣдующій порошокъ: Magnesii carbonici, Talcii, Lycopodii ana 30,0. M. f. pulv. S. Присыпка. Хорошія услуги оказываетъ и дерматолъ. Главное—содержаніе сухо всей vulvae и ея окружности.

Мази, какъ-то: *Unguentum Zinci, Ungt. Hydrargyri pp. albi., Ungt. ac. borici 10 : 100*, охотно примѣняются больными, но мало пригодны, такъ какъ ими сильно разрыхляется кожа.

Безусловно необходимы повторныя обмыванія, утромъ и вечеромъ надъ бидѣ. При сидѣннн на такомъ тазу *rima ani* и *rudendi* раздвигается, такъ что части отлично можно обмывать. Женщины, страдающія весьма часто вульвитами, могутъ себя предохранить отъ рецидивовъ повторными обмываніями и вкладываніемъ на ночь ваты. Примѣненіе подобныхъ мѣстныхъ ваннъ показуется и во время менструаціи. Температура воды равняется 20—30°R., какъ пріятно.

Въ тяжелыхъ случаяхъ больную кладутъ на недѣлю въ постель, примѣняя въ теченіе всего времени компрессы. Зудъ облегчается и ледяными обмываніями, но лишь на время. При мокнущихъ экземахъ, часто долго не уступающихъ леченію, я считаю, на основаніи личнаго опыта, неправильнымъ леченіе компрессами и мазями. При *Vaginitis adhaesiva vetulagum* отдѣляется изъ влагалища и матки обыкновенно лишь незначительное количество совершенно жидкаго гноя, но, невзирая на небольшое количество гноя, упорство подобнаго страданія зависитъ именно отъ него. Въ виду этого устраняютъ флюгъ предварительно обмываніями растворомъ сулемы. Во многихъ случаяхъ я видѣлъ хорошій результатъ отъ вкладыванія во влагалище сухихъ марлевыхъ тампоновъ, которыми быстро и хорошо всасывается отдѣляемое; хорошо дѣйствуетъ и введеніе чайной ложки айрола къ *portio*. Въ случаяхъ примѣненія айрола не прибѣгаютъ къ промываніямъ.

Послѣ этого обильно присыпаютъ порошокъ изъ *Zincum oxydatum (Zinci oxydati crud. 10, Amyli 50)*. Порошокъ постоянно возобновляютъ, и лишь вначалѣ, при обильномъ отдѣленіи и образованіи комковъ или существованіи зловоннаго запаха, примѣняютъ еще обмыванія. Впослѣдствіи, когда *vulva* сухая, насыпаютъ новый порошокъ на старій. Главное—достигнуть полной сухости.

При широкихъ кондиломахъ хорошія услуги оказываетъ примѣненіе соленой воды и каломеля. Послѣ очистки смачиваютъ кондиломы сначала растворомъ поваренной соли; послѣ этого присыпаютъ каломель и смѣшиваютъ его на *vulva* въ кашу при помощи кисточки. Если поверхность не слишкомъ велика, или мы имѣемъ лишь одну изолированную кондилому, то разрошенія исчезаютъ послѣ 2—3 подобныхъ присыпокъ. Вся процедура производится одинъ разъ въ день. Жженіе, появляющееся послѣ присыпки, обыкновенно незначительно. Я продолжалъ это леченіе и во время менструаціи. Мѣстному леченію помогаютъ общимъ специфическимъ леченіемъ.

Во время беременности, при гипереміи, опуханіи и сильной краснотѣ *vulvae*, назначаютъ ежедневно прохладныя ванны и влажные дезинфицирующіе компрессы. Къ концу беременности появляются нерѣдко большіе, мало болѣзненные фурункулы; ихъ вскрываютъ и покрываютъ дезинфицирующими компрессами.

При такъ наз. Bartholinitis, представляющемъ собою, большею частью, флегмонозный Para- и Peribartholinitis, необходимо вскрыть абсцессъ широкиимъ разрѣзомъ. Разрѣзають, безъ наркоза, сильнѣе всего выступающее мѣсто. Разрѣзъ дѣлають по возможности большой, въ противномъ случаѣ рана можетъ заклестыся и наступить скопленіе гноя при появленіи лихорадки. Послѣ опорожненія и промыванія полость наполняютъ іодоформовой марлей. Повторныя, продолжительныя дезинфицирующія сидячія ванны, при сильномъ опуханіи даже постоянныя сидячія ванны, быстро устраняють боли и ведутъ къ уменьшенію опуханія. Для послѣдующаго леченія пригодна мазь съ *Argentum nitricum* 1 : 50 и впослѣдствіи компрессы съ *Vinum samphor*.

При вышеописанныхъ, дряблыхъ, хроническихъ язвахъ vulvae необходимо энергичное леченіе. Никакой пользы не приносятъ мази, раздражающіе и вяжущіе компрессы. Я вырѣзаю, подъ наркозомъ, всю язву и сшиваю края дефекта, что крайне легко удается въ виду большой подвижности кожи. При Kraurosis vulvae нѣжное леченіе мазями оказывается обыкновенно безуспѣшнымъ. Въ виду этого производятъ полную ампутацію vulvae, т. е. вырѣзають сморщенные рубцовыя, твердыя части. Этимъ устраняется непріятное чувство напряженія. Существуютъ, однако, случаи, въ которыхъ пораженіе распространилось до того сильно на сосѣднія части, что приходится отказываться отъ операціи въ виду того, что дефектъ нельзя покрыть.

Е. Pruritus ¹⁾.

Pruritus vulvae, зудъ vulvae, является нерѣдко симптомомъ воспаленія, но существуютъ также случаи, въ которыхъ не имѣется и намекъ на воспаленіе.

При диабетѣ существуетъ нерѣдко Pruritus безъ всякихъ явленій воспаления. Если мѣстное леченіе остается безъ успѣха, то выздоровленіе наступаетъ нерѣдко послѣ леченія въ Карлсбадѣ.

Какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ pruritus ani выздоровленіе достигается простымъ обмываніемъ задняго прохода послѣ каждой дефекаціи, точно также и здѣсь этиологическое значеніе неопытности доказывается успѣхомъ отъ соблюденія чистоплотности.

При pruritus находятъ весьма часто незначительныя гипертрофіи кожи въ vestibulum. У задней спайки, а также сбоку hymenis на малыхъ срамныхъ губахъ и около officium urethrae находятъ небольшія кожныя бородавки, которыя весьма болѣзненны даже при самомъ слабомъ дотрогиваніи зондомъ. Въ большинствѣ случаевъ онѣ слегка влажны. Даже при распространеніи на $\frac{1}{2}$ —1 кв. стм. появляется всегда pruritus. Эти

¹⁾ *L. Mayer*, M. f. G. 1862, 7.—*Hausmann*, Parasiten d. weibl. Geschlechtsorgane. 1870.—*Schröder*, C. f. G. 1884, стр. 805.—*Küstner*, C. f. G., 1885, p. 16.—*Olshausen*, Z. f. G. XXII, 438.—*Sänger*, C. f. G. 1894, 153.—*Schultze*, ibid. 273.

бородавки отличаются от острыхъ кондиломъ тѣмъ, что онѣ болѣе мелкія и менѣе острыя. Цвѣтъ ихъ блѣдный, рѣже красноватый.

Во многихъ случаяхъ причиной является мастурбація. Она ведетъ къ гипереміи и отдѣленію. Что при половомъ возбужденіи безусловно отдѣляется жидкость изъ Бартолиновыхъ железъ, доказывается влажностью *vulvae*. Въ одномъ случаѣ слѣпо заканчивающагося влагалища и дефекта матки, больная опровергала заявленіе, что у нея не имѣется матки, тѣмъ, что при половомъ возбужденіи она безусловно чувствовала, что влагалище становится влажнымъ. Влажность, наступающая при мастурбаціи, вмѣстѣ съ гипереміей, разрыхляетъ *vulvam*, такъ что даже нѣжныя раздраженія могутъ вести къ гипертрофіямъ кожи.

У болѣе пожилыхъ больныхъ наблюдаются нерѣдко расширенія сосудовъ: темнокрасныя—бурая окрашиванія кожи въ *vestibulum*, на-подобіе субплевральныхъ экхимозовъ на легкомъ, но менѣе рѣзко ограниченныя. Величина ихъ различная, иногда они сливаются въ болѣе обширныя бляшки. Они находятся вокругъ отверстія мочеиспускательнаго канала, но и на другихъ мѣстахъ области *humeris*. Подобныя эктазиі я наблюдалъ тоже у мастурбирующихъ. У болѣе пожилыхъ женщинъ, у которыхъ сморщивающіеся, не эластичныя болѣе, слегка старчески инволютированные половые органы представляютъ затрудненія при введеніи *penis'a*, тоже развиваются эти эктазиі. Значитъ, ихъ можно считать и вторичными. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ подобная этиологія представлялась весьма вѣроятной и прямо указывалась больной.

Кромѣ того, безусловно существуетъ чисто нервный *pruritus*; напримѣръ до, во время и послѣ менструаціи, во время второй половины беременности, исчезая внезапно съ окончаніемъ родовъ, а также въ климактерическомъ періодѣ.

Зудъ немедленно вызывается душевнымъ возбужденіемъ, согрѣваніемъ въ постели, употребленіемъ спиртныхъ напитковъ, прикосновеніемъ одежды. Въ другихъ случаяхъ существуетъ скорѣе интенсивная боль характера невралгіи. Мнѣ пришлось наблюдать массу случаевъ, въ которыхъ больная указывала на сильно зудящуюся или болѣзненную точку, которая ничѣмъ не отличалась отъ окружающихъ частей. Эту точку можно было ограничить даже дотрогиваніемъ зондомъ и констатировать, что зудъ вызывался лишь самымъ ограниченнымъ участкомъ. Иногда наблюдается одновременно и „*irritable bladder*“, т. е. постоянный позывъ къ мочеиспусканію или боль въ мочеиспускательномъ каналѣ. При подробномъ разспросѣ оказывается, что *pruritus* не имѣетъ ничего общаго съ чувствомъ сладострастія. Впрочемъ, наблюдаются и „женскія поллюціи“. Больныя, не имѣя никакого желанія *cohabitationis*, просыпаются ночью съ болѣзненнымъ чувствомъ сладострастія или имѣютъ это чувство и нѣсколько разъ днемъ безъ всякой внѣшней причины. Это наблюдается преимущественно при прекращеніи менструаціи. На это жалуются также многія душевно-больныя. Одна изъ подобныхъ заявляла, что дьяволъ насилуетъ ее каждую ночь

болѣе 100 разъ. Противовоспалительное леченіе совершенно устранило этотъ симптомъ.

Понятнымъ послѣдствіемъ является *circulus vitiosus: pruritis* вызываетъ зудъ, зудъ—ведетъ къ воспаленію, послѣднее снова къ *pruritus*. Въ виду этого при всѣхъ формахъ въ концѣ концовъ развиваются воспаления *vulvae*. Врачу лишь рѣдко приходится наблюдать „свѣжій“ случай—напротивъ, ему приходится видѣть случаи съ измѣненной уже поверхностью кожи. Въ старыхъ случаяхъ кожа пигментирована, суха, морщиниста, покрыта чешуйками какъ при *Psoriasis* и расчесами, или на ней замѣчаются разсѣянные, маленькіе кровяные струпики. Легко можетъ быть, что многіе случаи *Kraugosis* обусловливаются существующимъ годами *pruritus* и старческой атрофіей.

Леченіе.—Съ цѣлью рациональнаго леченія необходимо первымъ деломъ отыскать этиологическую причину, напр. бѣли и т. п., устранить ихъ промываніями растворомъ сулемы и содержать *vulvam* въ чистотѣ. При констатированіи сахара въ мочѣ прибѣгаютъ къ соответствующему леченію.

При существованіи кожныхъ бородавокъ и расширеній сосудовъ прибѣгаютъ къ ихъ удаленію подъ наркозомъ, причемъ при незначительной ихъ величинѣ примѣняютъ аппаратъ *Paquetin'a*. Если ими заняты обширныя пространства, то приходится удалять ихъ пластическимъ путемъ, соединяя дефектъ швомъ. При этомъ смѣло можно отрѣзать нижнюю часть мочеиспускательнаго канала, такъ какъ именно отсюда и исходитъ раздраженіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится удалить цѣлое кольцо, охватывающее весь *introitus vaginae*. Больныя, у которыхъ достигнуто излеченіе подобнымъ образомъ, принадлежатъ къ самымъ благодарнымъ.

При другихъ формахъ пользу приноситъ леченіе холодомъ, продолжительныя прохладныя сидячія ванны, компрессы и обмыванія. Значительное облегченіе приноситъ вкладываніе маленькаго ватнаго тампона, смоченнаго 10% растворомъ кокаина или кокаиновой мазью 1 : 10.

Самые плохіе результаты даютъ формы болѣзненнаго *pruritus* съ *irritable bladder*. Мнѣ пришлось многихъ старыхъ женщинъ лечить безъ всякаго успѣха въ теченіе многихъ лѣтъ (см. ниже). Не будь жалобъ съ ихъ стороны, то при изслѣдованіи ихъ половыхъ частей слѣдовало бы признать ихъ совершенно здоровыми.

При бессонницѣ вслѣдствіе *pruritus* я получалъ отличные результаты отъ примѣненія слѣдующаго раствора, причемъ не наступало расстройствъ аппетита: *Ammonii, Kalii, Natrii bromati, Chlorali hydrati ana 5,0, Morph. mur. 0,05, Atropini 0,005, Aqu. dest. 200. S.* Вечеромъ 1—2 стол. ложки.

Удовлетворительные результаты получались и при примѣненіи электричества, ихтіола, а также смазываній формалиномъ или растворомъ ляписа; предварительно обмываютъ *vulvam* растворомъ соды.

F. Новообразованія vulvae.

Папиллома.

Папилломы, острия кондиломы, *Condylomata acuminata*, встрѣчаются весьма часто въ *vestibulum*, на малыхъ и большихъ губахъ, вплоть до области задняго прохода. Въ прежнее время полагали, что онѣ являются послѣдствіемъ триппера, между тѣмъ какъ въ данное время онѣ считаются лишь весьма частымъ сопутствующимъ явленіемъ. Острыя кондиломы развиваются и у дѣтей до одного года вокругъ задняго прохода, причемъ нѣтъ и намековъ на трипперную инфекцію. Группу острыхъ кондиломъ я видѣлъ на затылкѣ у ребенка, который вслѣдствіе *Staphylococcus aureus* теръ головою о подушку. Къ концу беременности находятъ довольно часто отдѣльныя острия кондиломы, причемъ не существуетъ и намековъ на трипперъ.

Острыя кондиломы образуютъ иногда бѣловатую, бородавчато-ворсинчатую, круглую опухоль величиною въ яблоко, которая располагается на малыхъ или большихъ срамныхъ губахъ; она грибовидной формы, иногда имѣетъ ножку, но во всякомъ случаѣ явственно отграничена отъ сосѣднихъ частей.

Опухоль эта выдѣляетъ жидкій, иногда зловонный, засыхающій въ корки секретъ. Въ другихъ, болѣе частыхъ случаяхъ вырастаютъ на кожѣ болѣе или менѣе многочисленныя ворсинки, длиною въ сантиметръ, толщиной 2—3 мм. Разрошенія находятъ въ *gima ani*, на ягодицахъ и даже на бедрахъ. Иногда наблюдаются отдѣльныя кондиломы прямо надъ *frenculum*, въ *fossa navicularis* или спереди у отверстия мочеиспускательнаго канала. Выводной протокъ Бартолиниевой железы можетъ быть закупоренъ у своего конца кондиломами, а отдѣльныя разрошенія наблюдаются иногда и въ просвѣтѣ его. Кондиломы наблюдаются даже во влагалищѣ и на самой *portio*. Мнѣ приходилось у беременныхъ вырѣзать подобныя, величиною въ яблоко, опухоли съ *portio* черезъ влагалище. При этомъ наступаетъ сильнѣйшее кровотеченіе, такъ что отверстія въ слизистой оболочкѣ влагалища приходится закрывать швомъ. Въ то время какъ кондиломы наружныхъ покрововъ имѣютъ болѣе бѣловатый сухой видъ, кондиломы *vulvae* и влагалища у беременныхъ представляются темнокрасными, слегка опухшими, отечными, стекловидными, и обуславливаютъ довольно сильное гнойное отдѣленіе. Онѣ могутъ имѣть совершенно видъ цвѣтной капусты, хотя клинически не можетъ быть никакого смѣшенія: гроздевидная саркома *portionis* болѣе мягкой консистенціи, кровоточитъ значительно легче и болѣе хрупка.

При изслѣдованіи публичныхъ женщинъ я находилъ почти у $\frac{3}{4}$ всѣхъ изслѣдованныхъ острия кондиломы, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ лишь въ незначительномъ числѣ. Небольшое число кондиломъ не даетъ никакихъ симптомовъ.

Диагноз обеспечивается осмотромъ; лишь болѣе крупныя опухоли можно смѣшать съ новообразованіями.

Леченіе состоитъ въ оперативномъ удаленіи.

До операціи назначаютъ большой сидячую ванну и тщательно дезинфицируютъ все поле операціи. Больную хлороформируютъ. Послѣ этого захватываютъ отдѣльно каждую кондилому, даже самую маленькую, плоскую, слегка выступающую надъ поверхностью, и удаляютъ ножницами *Cooper'a* такимъ образомъ, что на основаніи кондиломы остается кусочекъ кожи.

При многочисленныхъ разроженіяхъ эта процедура весьма утомительна, но зато предохраняетъ отъ рецидивовъ и сразу удаляетъ разроженія. Если нѣтъ возможности оперировать, то каждую кондилому можно прижечь каплей азотной кислоты или смазать болѣе обширную сливающуюся поверхность *Ungt. Sabinae*. При острыхъ кондиломахъ эта мазь дѣйствуетъ почти специфически.

Болѣе крупныя опухоли удаётся нерѣдко удалить лишь вмѣстѣ съ частью срамныхъ губъ. Но такъ какъ опухоли почти всегда на ножкѣ, то рану удаётся закрыть пластически. Я удалялъ опухоли ножевиднымъ *Raquelin'омъ*, но и при этомъ бывало довольно сильное кровотеченіе изъ маленькихъ артерій.

Меня всегда удивляло, что больныя отлично переносятъ отжиганіе: по прекращеніи наркоза больная жалуется гораздо меньше на боль, чѣмъ послѣ удаленія ножемъ.

Ракъ.

Carcinoma vulvae наблюдается рѣже, чѣмъ *carcinoma uteri*, но во всякомъ случаѣ чаще, чѣмъ *carcinoma vaginae*. Ракъ образуетъ какъ поверхностныя язвы, такъ и узлы въ глубинѣ, которые, утолщая срамную губу, быстро вскрываются, легко кровоточатъ, чувствительны при дотро-

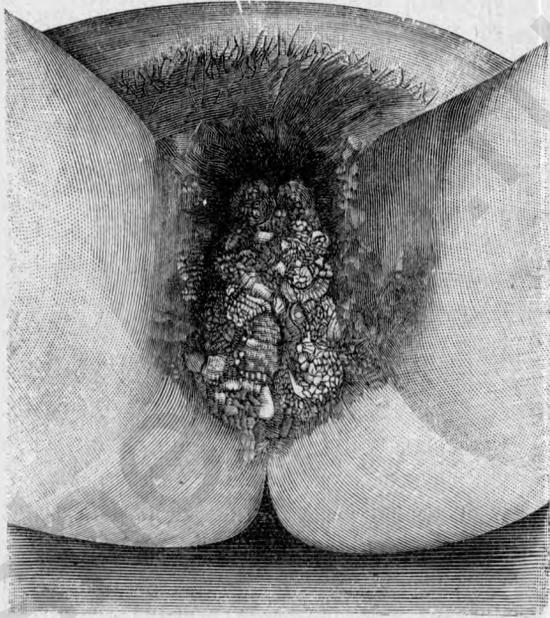


Рис. 35. Острыя кондиломы обѣихъ большихъ срамныхъ губъ; маленькія кондиломы всюду между волосами. Всѣ кондиломы были удалены ножемъ подъ наркозомъ.

гиваніи и отдѣляютъ въ концѣ конповъ гной и ихорозныя массы. Если больная остается долгое время безъ леченія, то vulva дѣлается до того бугристой, твердой, суженной, что становится невозможнымъ введеніе во влагалище даже наконечника. Но ракъ распространяется и по поверхности, разрастается вокругъ уретры, которая обладаетъ, повидимому, своеобразной резистентностью противъ раковаго перерожденія: часто оказывается раково-перерожденной вся окружность, а между тѣмъ уретра функционируетъ совершенно нормально. Но carcinoma vulvae разрастается и кверху, такъ что просвѣтъ влагалища можетъ оказаться совершенно закупореннымъ раковыми узлами. При операціяхъ мнѣ часто приходилось вылущать раковые узлы вокругъ уретры или шейки пузыря, такъ что здоровая уретра представлялась совершенно изолированной; тѣмъ не менѣе при наступленіи выздоровленія функція ея вполне сохранялась. Съ теченіемъ времени опухоль вростаетъ въ ягодицы и даже кости таза, и сбоку влагалища до самаго ragamentum. Вскорѣ происходитъ инфильтрація паховыхъ железъ. Эти карциноматозныя опухоли тверды на-ощупь и спускаются книзу по внутренней поверхности таза. Мнѣ пришлось наблюдать раковые узлы даже у самаго tuber ischii. Послѣ операціи появляются скорѣ рецидивы, въ формѣ метастазовъ въ сосѣдней кожѣ montis Veneris. Въ концѣ концовъ принимаетъ участіе пузырь, циститъ восходитъ кверху, смерть наступаетъ вслѣдствіе Pyelonephritis и Nephritis.

Carcinoma vulvae наблюдается преимущественно въ пожиломъ возрастѣ; но мнѣ пришлось оперировать одинъ разъ у 18-лѣтней дѣвушки, у которой ошибочно была диагностирована волчанка.

Симптомы состоятъ въ зудѣ, боляхъ, ихорозномъ разложеніи и кровотеченіяхъ. Если ракъ занимаетъ или исходитъ изъ клитора, то главнымъ симптомомъ является pruritus.

Предсказаніе крайне неблагоприятно. Лишь въ одномъ случаѣ я не видѣлъ рецидива; это была акушерка, у которой операція была произведена очень рано.

Леченіе состоитъ въ удаленіи, къ которому слѣдуетъ прибѣгать лишь при *подвижности* опухоли, когда ее можно ощупать со всѣхъ сторонъ и изолировать. При опухоляхъ, сросшихся съ костями, ограничиваются дезинфекціей и симптоматическимъ леченіемъ, напр., присыпкой порошкомъ изъ равныхъ частей борной кислоты и танина.

При операціи я удаляю сначала паховыя железы — иногда весьма трудная работа. Вблизи железъ слѣдуетъ рѣзать весьма осторожно, до перерѣзки слѣдуетъ предварительно перевязывать каждый просвѣчивающій сосудъ. На двухъ мѣстахъ слѣдуетъ перевязать и каждый „пучокъ“, такъ какъ вены снабжены весьма часто толстыми стѣнками и просвѣчиваются бѣловатыми вслѣдствіе удаленія изъ нихъ крови. Вообще, не слѣдуетъ допускать кровотеченія, такъ какъ, во-первыхъ, необходимо беречь кровь у истощенныхъ больныхъ, во-вторыхъ, при кровотеченіи операція продолжается гораздо дольше и въ-третьихъ, не получается prima intentio

раны вслѣдствіе повторнаго вытиранія и продолжительности операціи. Полость раны уменьшается погружными швами, кожа сшивается весьма тщательно.

При сильномъ натяженіи краевъ раны кожные швы подкрѣпляютъ серфинами. Если полость очень велика, ее уменьшаютъ швами и тампонируютъ іодоформовой марлей.

Послѣ этого, перевязывая каждый кровотокащій сосудъ, отдѣляютъ осторожно раковую опухоль отъ vulva. Начинаютъ снизу, такъ какъ въ противномъ случаѣ мѣшаетъ кровотеченіе. Изсѣченіе ведутъ клинообразно, сильно оттягивая опухоль *Migueli* вѣскими щипцами, вслѣдствіе чего края удаются сблизить безъ натяженія. Отдѣливъ на нѣсколько сантиметровъ, немедленно сшиваютъ дефектъ, и лишь послѣ этого отдѣляютъ дальше. Подобнымъ образомъ мнѣ удавалось отдѣлить всю vulvam, продвигаясь кверху лишь постепенно, всегда послѣ сшиванія дефекта. Послѣ послѣдняго разрѣза накладывается послѣдній шовъ. При подобномъ образѣ дѣйствія сохраняютъ много крови. Такъ какъ отверстіе уретры лежитъ глубоко въ опухоли и катетеризація затруднительна и болѣзненна и сопровождается раздраженіемъ краевъ раны, вставляютъ катетеръ à demeure. Но, невзирая на самыя сложныя повязки, лишь рѣдко удаются достигнуть асептики раны и prima intentio: въ большинствѣ случаевъ часть раны расходится. Хорошія услуги оказываетъ при этихъ операціяхъ дерматоль. Онъ до того высушиваетъ рану, что вовсе не наступаетъ послѣ операціи первичнаго опуханія. Вслѣдствіе этого раневые края остаются въ такомъ положеніи, какое имъ было дано во время операціи, въ виду чего наступаетъ гораздо легче prima intentio.

Если во время операціи удалось перевязать отдѣльные кровотокащие сосуды, что безусловно рекомендуется, то никогда не наступаетъ послѣдующаго кровотеченія. Въ противномъ случаѣ могутъ наступить весьма трудно останавливаемыя кровотеченія, даже опасныя для жизни у истощенныхъ больныхъ. Послѣдующія кровотеченія наступаютъ какъ послѣ пробужденія изъ наркоза вслѣдствіе повышенія кровяного давленія, такъ и впоследствии, указывая такимъ образомъ на отсутствіе prima intentio въ глубинѣ. Кровотеченіе приходится останавливать глубокими и весьма болѣзненными обкалываніями.

Продолжительныя нагноенія затягиваютъ заживленіе.

Если задача врача сводится къ тому, чтобы сохранить жизнь больныхъ возможно дольше, то у пожилыхъ больныхъ лучше не трогать ракъ vulvae. У меня умерло нѣсколько оперированныхъ безъ сильнаго кровотеченія и безъ всякой лихорадки, исключительно отъ истощенія вслѣдствіе долгаго лежанія въ постели. Не оперированныя же жили часто въ теченіе продолжительнаго времени: мнѣ пришлось наблюдать подобный случай въ теченіе 8 лѣтъ. Послѣ операцій наблюдаются, къ сожалѣнію, весьма часто рецидивы.

Другія новообразованія vulvae.

На vulva наблюдаются различной величины опухоли, описанныя подъ названіемъ *Molluscum simplex*. Это одиночныя или множественныя, продолговатыя или круглыя, мягкія, не пигментированныя, исходящія изъ большой срамной губы опухоли, величиною до яблока. Онѣ не даютъ симптомовъ, но внушаютъ страхъ своимъ присутствіемъ. Я удалялъ подобныя опухоли безъ всякихъ неприятныхъ послѣдствій даже во время беременности. Если ножка тонкая, то перерѣзаютъ ее безъ наркоза надъ туго завязанной вокругъ ножки ниткой. Если же ножка толстая, то прибѣгаютъ къ хлороформированію, отрѣзаютъ опухоль ножомъ и достигаютъ *grima intentio* раны тщательнымъ наложеніемъ шва.

Описаны также *миомы и фиброміомы* ¹⁾ vulvae. Онѣ лежатъ или скрыто, или висятъ на vulva въ видѣ *myoma pendulum*. *Липомы* ²⁾ могутъ достигать громадной величины. Мнѣ пришлось удалить липому величиною въ голову взрослога, висѣвшую до колѣнъ. Кромѣ того, извѣстны случаи *энхондромы* ³⁾, *невромы* ⁴⁾, *ангиомы* ⁵⁾. *Саркома* vulvae наблюдается какъ *sarcoma vaginae* и vulvae, но и изолированно на vulva, исходя изъ клитора. Особенно часто наблюдаются меланотическія саркомы. Эти опухоли представляютъ ту особенность, что остаются годами незначительной величины и сразу начинаютъ расти и становятся злокачественными, образуя весьма быстро метастазы въ железахъ и на другихъ участкахъ кожи. Въ подобныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ прогностически весьма серьезнымъ общимъ саркоматозомъ.

Подъ названіемъ *Esthymène* и *Lupus vulvae* ⁶⁾ подразумѣвается цѣлый рядъ новообразованій, мало сходныхъ между собою. Такъ, напр., кожный ракъ vulvae, зернисто-бородавчатого вида, наблюдается уже у молодыхъ больныхъ. Далѣе наблюдаются случаи, которые весьма трудно отличить отъ *Hypertrophia lymphatica* или *Elephantiasis lueticæ*, при которыхъ общая кахексія сказывается сильной анеміей и незначительной склонностью къ заживленію. Далѣе наблюдается настоящая прободающая волчанка. Начиная отъ *anus* до *mons Veneris* всѣ мягкія части могутъ оказаться превращенными въ безформенную, влажную, отечную, хрупкую, отчасти изъязвленную, гноящуюся, изъѣденную, фистулезную опухолевую массу, причемъ можетъ и не быть жалобъ на боль и другія разстройства.

¹⁾ *Duncan*, Med. Times a. Gaz. 1880, стр. 25.—*Hoogeweg*, Verhandl. d. Ges. f. Geb., Berlin 1857.

²⁾ *Quenu*, Bull. soc. chir. XVI, 1.—*Bruntzel*, C. f. G., 1882, стр. 626.

³⁾ *Bellamy*, Transact. of path. son. London XXI, 352.—*Schneevoigt*, Verh. d. G. noot. v. Genees. 1855, II, стр. 67.

⁴⁾ *Simpson*, Med. Times a. Gaz. 1859, X. — *Kennedy*, Med. Press. a. Circ. 1874, 7 июня.

⁵⁾ *Saenger*, C. f. G., 1882, стр. 125.

⁶⁾ *Huguiet*, Mém. de l'acad. de méd. 1849, 14.—*Aubenas*, Diss. 1860.—*Martin*, M. f. Geb. XVIII.—*Siredey*, L'union méd. 1876, стр. 503.—*Haerberlin*, A. f. G. XXXVII, стр. 16.—*Viatte*, Diss. Basel 1891.

Мнѣ пришлось наблюдать одну такую большую, которая годами исполняла безъ всякаго труда работу. Увидавъ громадную, покрытую каломъ и отдѣленіемъ фистулезную опухоль, не поддававшуюся никакому леченію, всѣ присутствовавшіе прямо ужаснулись.

Другими авторами совершенно отвергается *lupus vulvae*; но существуютъ опухоли, которыя нельзя признать за что-нибудь другое.

Леченіе обыкновенно безнадежно. Если процессъ констатируется вовремя, то лучшимъ средствомъ является возможно раннее и полное удаленіе опухоли или язвы. При подозрѣніи третичнаго сифилиса приступаютъ къ энергичному леченію іодистымъ калиемъ.

Туберкулезъ vulvae наблюдался въ различныхъ формахъ, въ видѣ гипертрофіи изъязвившагося клитора или изъязвленія на срамныхъ губахъ. Отличіемъ первичной бугорчатки *vulvae* отъ *ulcus rodens* является нахождение при первой туберкулезныхъ палочекъ и гигантскихъ клѣтокъ.

Кромѣ наблюдаемыхъ у многорожавшихъ варикозныхъ расширеній губъ, не дающихъ симптомовъ, наблюдаются еще врожденныя *телеангиэктазіи*. Если послѣднія значительно увеличиваются, въ особенности въ періодъ полового созрѣванія, то весьма рачительно ихъ удалить. При констатированіи ихъ у новорожденныхъ, ихъ необходимо по возможности удалить, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ отличаются весьма быстрымъ ростомъ. Въ одномъ случаѣ я достигъ излеченія повторнымъ вкалываніемъ накаленныхъ иглъ. Это безусловно подходящіе случаи для леченія электролизомъ.

Маленькія, достигающія величины вишни *кисты* *hymenis*, происходящія, по всѣмъ вѣроятіямъ, изъ занесенныхъ железъ, наблюдались неоднократно у новорожденныхъ ¹⁾. *Кисты vulvae* могутъ быть (очень рѣдко) исключительно дермоидными кистами или, довольно часто, ретенціонными кистами (атеромы). Послѣднія, 1—8 см., въ діаметрѣ, мнѣ приходилось удалять довольно часто. Кромѣ того наблюдаются такъ называемыя гидроцеле: кисты отшнурованной части *Canalis Nuckii*. Кисты *Бартолиневыхъ* железъ почти всегда суть остатки старыхъ воспаленій съ закрытіемъ выводного протока. Въ нихъ находятъ жидкую или густую, свѣтлую или кровянистую, почти черную жидкость. Если эти кисты вызываютъ разстройство, то необходимо вылушить ихъ *in toto*, что, однако, удается весьма рѣдко, ибо въ большинствѣ случаевъ онѣ лопаются. Въ подобныхъ случаяхъ вырываютъ стѣнку кисты, выравниваютъ раневую поверхность и края и накладываютъ шовъ.

Бартолиниева ²⁾ железа можетъ превратиться въ ракъ или злокачественную аденому. Подобные случаи наблюдаются крайне рѣдко; мнѣ пришлось оперировать всего одинъ разъ. Экстирпація не сопряжена съ затрудненіями.

Нонаи (Берлинская дисс. 1897) собралъ 6 старыхъ случаевъ и описалъ одно собственное наблюденіе.

¹⁾ Görl, A. f. G. XLII, 381.

²⁾ Mackenrodt, C. f. G. 1893, 4.—*Kleinwächter*. Z. f. G. XXXII, стр. 191.

При кругловатыхъ, плотныхъ, подвижныхъ опухоляхъ необходимо имѣть въ виду и смѣщенный яичникъ, который приходится удалить, если онъ вызываетъ разстройства. Во время менструаціи яичникъ набухаетъ и представляется чувствительнымъ къ давленію.

Въ заключеніе я упомяну еще, что перипроктитическіе абсцессы могутъ направляться въ сторону vulvae. Они легко узнаются по сильной болѣзненности и по инфильтрированной, покраснѣвшей, гладкой поверхности. Раннимъ разрывомъ предупреждается развитіе свища прямой кишки. Съ другой стороны изъ Бартолиновыхъ железъ могутъ происходить и натечные абсцессы, проникающіе нерѣдко до самой прямой кишки.

Г. Поврежденія vulvae (разрывы промежности) ¹⁾.

Мы различаемъ полные разрывы промежности, при которыхъ sphincter ani и ректально-вагалищная стѣнка разорваны на одинъ или нѣсколько сантиметровъ, и неполные, при которыхъ вагалище отдѣляется отъ прямой кишки нерѣдко лишь очень тонкой пластинкой. Почти всегда наблюдается заживленіе части первичнаго разрыва сверху внизъ, такъ что отъ верхняго конца разрыва замѣчается лишь бѣлая полоса, — рубецъ, — идущая кверху. Разрывомъ раздѣляется стѣнка вагалища обыкновенно сбоку отъ columna vaginalis, такъ что при желаніи возстановить операціей прежнія условія всѣ схематическіе *срединные* способы оживленія и сшиванія оказываются неправильными.

Если оставить въ сторонѣ случаи разрыва во время родовъ, полный разрывъ промежности можетъ произойти вслѣдствіе прямой травмы (паденіе съ раздвинутыми ногами на спинку стула) или раздробленія таза (напр. повозкою, вагономъ).

Симптомы состоятъ при разрушеніи sphinct. ani въ недержаніи кала; газы и жидкія фекальныя массы отходятъ непроизвольно. Иногда приходится съ изумленіемъ видѣть, что при разрывѣ ректально-вагалищной стѣнки на протяженіи 3—4 стм. способность удерживать калъ черезъ нѣкоторое время возстановляется. Это обуславливается какъ विकарирующей гипертрофіей и функціей вышележащаго сфинктера—внутренняго, — такъ и тѣмъ, что нижній сфинктеръ прикрѣпляется своими двумя концами къ рубцу и, сокращаясь въ сторону рубца, достаточно запираетъ задній проходъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ происходитъ сильное раздраженіе прямой кишки, такъ что постоянно отходятъ жидкія фекальныя массы. Разрывъ промежности является иногда причиною безплодія, такъ какъ coitus проис-

¹⁾ G. Simon, M. f. G. XIII, 271. — G. Simon, Mittheil. aus der Klinik Rostock 1865, 241. — Kuchler, Die Doppelnacht. 1863. — Freund, A. f. G. VI, 371. — L. Tait, Transact. obststr. Soc. London. 1879, 1292. — Lauenstein, C. f. G. 1886. — Max Sanger, Samml. klin. Vorträge. 301. — C. f. G. 1888, стр. 775, ibid. 1889, № 30. — Veit, Deutsche med. Woch., 1887, № 38. — Zweifel, C. f. G. 1888, стр. 418. — Meinert, C. f. G. 1888, стр. 649. — Rokitansky, Wiener klin. Woch., 1888, № 11. — Lihotsky, Sitzungsber. d. Geb.—Gyn. Ges. Wien. 1889, 8. — Martin, Berliner klin. Woch., 1889, 108. — Sonntag, Beiträge zur Geb. u. Gyn., Stuttgart. 1889. — C. f. G. 1889, № 29. — Walcher, C. f. G. 1888, № 1. — Winkel, Münchener med. Woch. 1891, № 43.

ходить неправильно и сѣмя не задерживается во влагалищѣ. Съ другой стороны, у многихъ женщинъ беременность наступаетъ весьма легко, и роды происходятъ безъ всякаго труда. Если стѣнка влагалища весьма тонка, рубцевидна, тверда, нерастяжима, то нерѣдко развиваются трещины, которыми обуславливается сильная болѣзненность при испражненіи и coitus. Неполный разрывъ промежности способствуетъ, при существованіи запора, образованію *rectocele*: во время дефекаціи нижній конецъ colunnae rectalis выходитъ на переднюю поверхность vulvae. Больная имѣетъ при дефекаціи неприятное ощущеніе выпиранія изъ vulva и должна для опорожненія кишки вправить или задержать *rectocele* пальцемъ.

Такъ какъ нормально наклоненная впередъ матка не опирается на самую нижнюю часть промежности, то разрывъ послѣдней не находится въ *прямой* связи съ выпаденіемъ матки. Весьма часто приходится наблюдать, что при полныхъ разрывахъ промежности, существующихъ годами, матка занимаетъ совершенно нормальное положеніе; это даже правило. Рубцы задней стѣнки обуславливаютъ, повидимому, высокое стояніе задняго свода влагалища. Болѣе часто происходятъ опущенія влагалища (см. соотвѣтствующую главу) и матки при неполныхъ разрывахъ промежности вслѣдствіе образованія *rectocele*. Въ подобныхъ случаяхъ наблюдаются на portio нерѣдко ссадины, катарръ шейки, вслѣдствіе или осложняющихъ поврежденій, или измѣненнаго, т. е. уменьшеннаго противодавленія стѣнки влагалища.

При полномъ разрывѣ промежности вдается нерѣдко во влагалище или въ разрывъ воспаленная слизистая оболочка прямой кишки. Эти выпячиванія, интенсивно-краснаго цвѣта, рѣзко отличаются отъ болѣе блѣдной слизистой оболочки влагалища, и даютъ впечатлнвіе свѣжихъ гранулирующихъ поверхностей, причеиъ кровоточать крайне легко.

Каждый, болѣе сильный разрывъ промежности требуетъ оперативнаго вмѣшательства. Какъ только была первая менструація, у не кормящихъ женщинъ, еще не менструирующихъ, 6 недѣль послѣ родовъ, приступаютъ къ производству операціи. До этого кожа слишкомъ мягка, лоскуты разрываются при захватываніи, швы прорѣзаются. Впослѣдствіи слишкомъ велико рубцовое сокращеніе.

Н. Подготовительное леченіе.

Условія для достиженія асептики во влагалищѣ, съ одной стороны, болѣе неудовлетворительны, съ другой—напротивъ—болѣе удовлетворительны, чѣмъ на наружныхъ покровахъ. Менѣе удовлетворительны они въ виду того, что механическую и химическую дезинфекцію влагалища и vulvae нельзя произвести съ такой силой и столь сильными средствами, какъ на наружныхъ покровахъ; болѣе удовлетворительны условія въ виду того, что существуетъ самоочищеніе vaginae, что влагалище обладаетъ способностью уничтожать попавшіе въ него зародыши. Это относится къ совершенно нормальному влагалищу. У входа, однако, находятся, какъ и

всюду на наружныхъ покровахъ, въ особенности вблизи задняго прохода, многочисленные инфицирующіе зародыши. При зіяніи входа во влагалище граница отсутствія зародышей отодвигается болѣе вверху, въ виду чего очистка промежности, *introitus* и всего влагалища представляется крайне необходимою.

Но это не достигается однократнымъ обмываніемъ. Необходимо „подготовительное леченіе“. Больной назначаютъ повторныя продолжительныя сидячія ванны съ содой (1 ф. на ванну). До ванны обмываютъ мыломъ ягодицы, *mons Veneris* и т. д. Влагалище прополаскиваютъ 4 раза въ день до операціи у лежащихъ больныхъ, причемъ слегка протираютъ влагалище пальцемъ. Въ послѣднюю ванну вливаютъ столько лизола, чтобы получить $\frac{1}{2}$ % растворъ. Ядовитыя дезинфицирующія вещества непригодны при зіяніи прямой кишки. Если на выпятившуюся слизистую оболочку прямой кишки попадаетъ хотя бы самое небольшое количество раствора сулемы, то наступаютъ весьма сильныя явленія отравленія. Въ виду этого слѣдуетъ употреблять борную кислоту (40 : 1000), лизоль (5 : 1000), *Kali permanganicum* или другія безвредныя, не ядовитыя, не прижигающія и не вяжущія средства. Если до операціи вытереть размягченную прополаскиваніемъ стѣнку влагалища пальцемъ и калийнымъ мыломъ и снова дезинфицировать, то мы достигаемъ достаточнаго въ практическомъ отношеніи обезпложиванія влагалища. Эпителіальныя клѣтки отдѣляются и придаютъ водѣ молочный видъ. Одинаковымъ образомъ обращаются съ наружными половыми частями. Передъ самой операціей, уже во время наркоза, намыливаютъ и обрабатываютъ щеткой наружныя половыя части. Волоса сбываютъ, половыя части обмываютъ мыльнымъ спиртомъ, который споласкиваютъ водою.

Къ „подготовительному леченію“ относится и основательное опорожненіе кишечника. Никогда не слѣдуетъ довѣрять больнымъ, что былъ достаточный стулъ; необходимо самому провѣрить дѣйствіе слабительнаго. Если больной придется лежать въ постели около 12 дней, то безусловно рачіонально предварительно очистить кишечникъ отъ скопленій кала. Кромѣ того, первый стулъ послѣ операціи не долженъ быть слишкомъ твердымъ или обильнымъ. Отхожденіе кала во время операціи можетъ служить препятствіемъ къ ея продолженію. Въ виду этого весьма рачіонально назначать за 24 часа до операціи нѣсколько стакановъ горькой воды и, послѣ удовлетворительнаго опорожненія кишечника, нѣсколько порошковъ *Mag. Bismuthi* (0,5) съ морфіемъ (0,015), вечеромъ до операціи. Передъ самой операціей вливаютъ въ прямую кишку нѣсколько разъ стерильную тепловатую воду, причемъ во время вытеканія воды выдавливаютъ остатки каловыхъ массъ пальцемъ, надавливая имъ заднюю стѣнку влагалища къ крестцовой кости. Послѣ этого тщательная наружная очистка лизоломъ 1 : 1000. Если во время операціи приходится входить въ прямую кишку, то всегда необходимо надѣвать каучуковый палецъ, хранившійся въ растворѣ сулемы. Каучуковый палецъ уничтожаютъ послѣ однократнаго употребленія.



I. Ногодержатель.

При всѣхъ пластическихъ операціяхъ на и внутри женскихъ половыхъ органовъ примѣняютъ ногодержатель для фиксированія ногъ.

Первый ногодержатель былъ демонстрированъ мною въ 1876 году въ Мюнхенѣ; онъ былъ испытанъ и принятъ многими гинекологами, и подвергался неоднократно различнымъ модификаціямъ.

Употребляемые мною въ настоящее время ногодержатели изображены на рис. 36 и 37.

Эти ногодержатели имѣютъ то преимущество, что вслѣдствіе сильнаго сгибанія бедеръ совершенно устранено наклоненіе таза и получается кифотическое искривленіе позвоночнаго столба. Вслѣдствіе этого *view* совершенно доступна глазу оператора. Для голени имѣется полужелобъ, которымъ онъ подвѣшивается. Въ полужелобъ ассистентъ упирается грудью (см. рис. 37). Это служитъ для него весьма хорошей точкой опоры, вслѣдствіе чего остаются свободными обѣ руки. Наклоненное положеніе, въ виду опоры, нисколько не утомительно. Кромѣ того, больная нигдѣ не подвергается давленію. Бедра, отведенныя слегка въ сторону, не производятъ давленія на животъ. Дыханіе вовсе не затрудняется. Грудная клетка во всякое время доступна наблюденію оператора. Ногодержатель можно прикрѣпить къ любому столу при помощи желѣзныхъ скобокъ.

Я испыталъ массу новѣйшихъ ногодержателей, но считаю мой ногодержатель лучшимъ въ виду того, что имъ вполне фиксируется тазъ. При аппаратахъ, которыми раздвигаются только колѣни, тазъ можетъ двигаться во всѣ стороны. Бедра могутъ откидываться въ сторону, вслѣдствіе чего тазъ можетъ занять косоое положеніе.

Общія замѣчанія касательно пластическихъ операцій.

Несомнѣнный фактъ, что каждымъ операторомъ получаются при пластическихъ операціяхъ постепенно все лучшіе и лучшіе результаты: успѣхъ зависитъ не только отъ способа, антисептики, матеріала для швовъ, но и отъ различныхъ мелочей, о которыхъ я упомяну здѣсь отдѣльно.

Хотя кожу необходимо тщательно дезинфицировать, но послѣ этого не слѣдуетъ дѣйствовать на рану, на кровоточащую поверхность, химическими веществами. Лучше всего сростается *здоровая* ткань. Ткани, подвергавшіяся дѣйствію карболовой кислоты, сулемы или даже лишь холодной воды, не представляются болѣе „здоровыми“, нормальными, физиологическими. Если жадеютъ достигнуть хорошаго первичнаго заживленія, то раневыя поверхности необходимо возможно меньше раздражать механически, химически или термически. Обсушиваніе раны шариками слѣдуетъ по возможности ограничить; если не удастся ориентироваться безъ обтиранія, то это слѣдуетъ дѣлать крайне нѣжно, мягкой стерильной ватой или марлей. При обыкновенныхъ условіяхъ кровь стираютъ книзу пальцемъ. Если окажется необходимымъ промываніе, то слѣдуетъ употребить 0,6 % растворъ поваренной соли, температуры въ 38°.

Оперировать слѣдуетъ по возможности быстро, но, конечно, не въ ущербъ тщательности. Чѣмъ короче было дѣйствіе воздуха на рану, тѣмъ лучше она заживаетъ. Не слѣдуетъ вытирать рану насухо, такъ какъ именно свѣжекровоточація раны заживаютъ лучше всего. При асептикѣ кровь не приноситъ вреда, напротивъ — пользу. Это послѣдствіе „навыка“, что болѣе опытный оперируетъ быстрѣе и вслѣдствіе этого получаетъ болѣе удовлетворительные результаты.

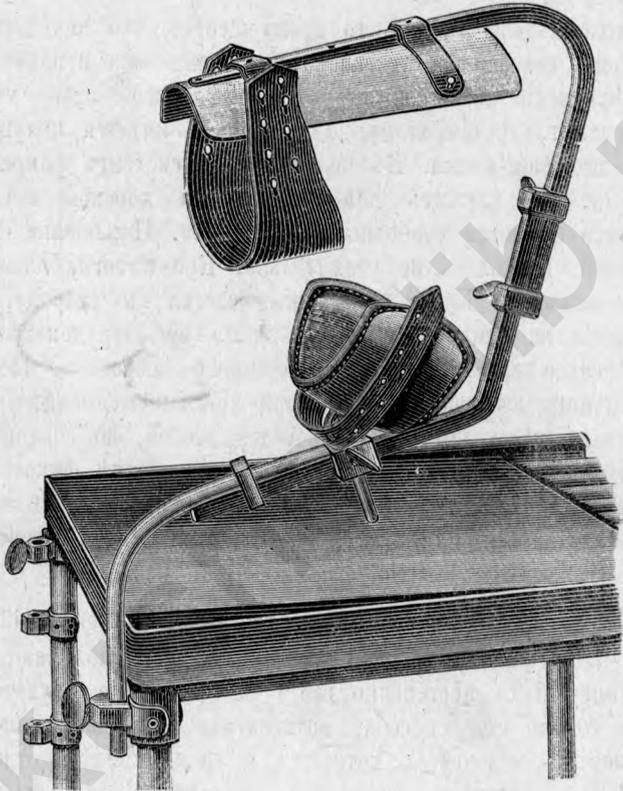


Рис. 36. Мой ногодержатель. Изъ рисунка ясно вытекаетъ, что шины свободно удаётся передвигать въ горизонтальномъ и вертикальномъ положеніи, а также и фиксировать.

При наложеніи швовъ необходимо слѣдить, чтобы раневыя поверхности прикасались въ глубинѣ возможно плотно. Многіе операторы тщательно прилаживаютъ края раны, но это не такъ важно, какъ возможно болѣе плотное прилеганіе поверхностей въ глубинѣ. Если все хорошо заживаетъ въ глубинѣ, то совершенно безразлично, если края раны слегка зіяютъ или не прилегаютъ другъ къ другу совершенно линейно.

Лучшимъ матеріаломъ для шиванія въ глубинѣ (для погружныхъ швовъ) является тонкій кѣгутъ. Тонкій кѣгутъ легко стерилизуется,

толстыя же нити никогда нельзя считать съ увѣренностью свободными отъ бактерий и птоманновъ. Если желательно шить ткани, напр., концы сфинк-

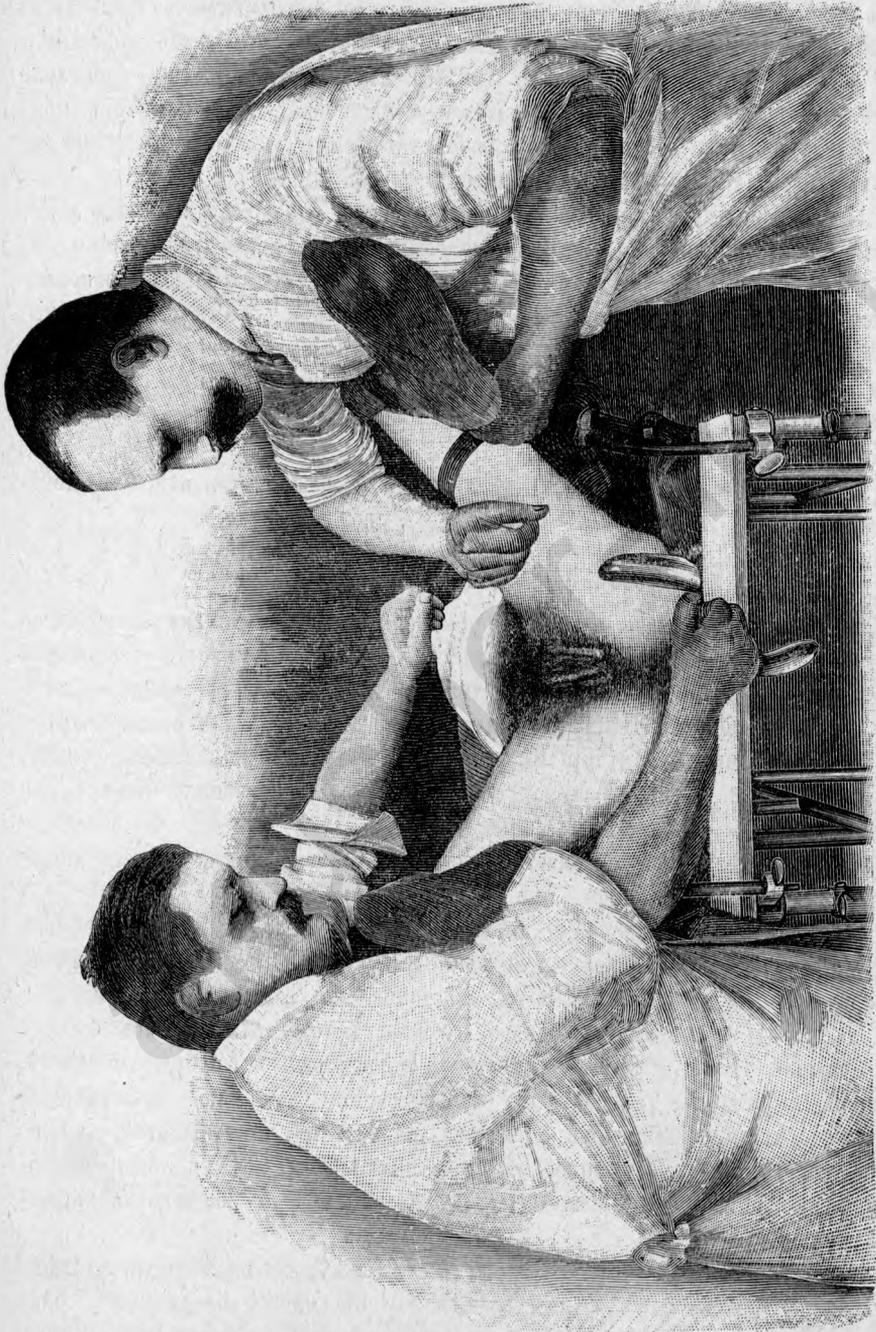


Рис. 37. Положеніе ассистента при операціи. Грудь упирается въ пилу голени. Нигдѣ не производится давленія на больную. Обѣ руки ассистента совершенно свободны.

тера или *m. levator ani*, нагрѣпо, то берутъ тонкія льняныя нитки, ибо при натуживаніи во время испражненія кѣгутыя швы растягиваются и прочнаго успѣха не достигается.

Для кожныхъ швовъ берутъ silkworm, ибо этотъ гладкій матеріалъ не сдираетъ частицъ эпидермиса и не увлекаетъ ихъ за собою въ каналъ шва, какъ это бываетъ при употребленіи шероховатыхъ шелковыхъ нитей. Послѣднія невыгодны еще тѣмъ, что могутъ всасывать инфекціонный матеріалъ въ глубину раны, тогда какъ ни silkworm, ни проволока не вызываютъ воспаленія и не загрязняютъ канала шва. Такъ какъ при пришиваніи проволоки нелегко вѣрно рассчитать силу, съ которою нужно затянуть шовъ, то silkworm заслуживаетъ предпочтенія.

Послѣдній имѣетъ еще и то преимущество, что швы удаляются легко и безъ боли, проволока же, при вытаскиваніи ея, легко разрываетъ каналъ шва. Наложеніе на кожу непрерывнаго катгутоваго шва не рекомендуется, во 1-хъ, по трудности прилаживанія при этомъ краевъ раны; во 2-хъ, потому, что многократное проведеніе нити сквозь кожу нарушаетъ ея (нити) асептичность и въ 3-хъ, потому, что нить при этомъ размягчается въ раневыхъ жидкостяхъ, загниваетъ и можетъ вызывать вторичныя воспаленія.

Иглы должны быть тонкія, чѣмъ избѣгается значительное нарушеніе цѣлости тканей и сосудовъ.

К. Способъ «возстановленія промежности».

При болѣе старыхъ способахъ оперированія не обращали вниманія на анатомію частей: въ то время освѣжали больнія поверхности и сшивали ихъ такимъ образомъ, что при соединеніи не достигалось возстановленія прежнихъ отношеній. Напряженіе служило препятствіемъ для prima intentio; если и получалась prima intentio, то vulva становилась слишкомъ узкой, такъ что она не только разрывалась снова при слѣдующихъ родахъ, но препятствовала coitus механическимъ путемъ.

Функция сфинктера не всегда возстановлялась, такъ какъ не обращали вниманія на сшивание концовъ сфинктера.

Принципально совершенно неправильно достигать заживленія дефекта тѣмъ, что производятъ новую потерю вещества. Пластика промежности должна состоять исключительно въ возстановленіи старыхъ отношеній.

Не слѣдуетъ дѣлать ни одного разрѣза, которымъ удалялись бы физиологическія ткани; разрѣзать слѣдуетъ исключительно рубцы и части, смѣщенные рубцомъ, привести на старое мѣсто. Такъ какъ при разрывѣ промежности послѣдняя лишь „разрывается“, а не уничтожается, то не подлежитъ никакому сомнѣнію, что при правильномъ и умѣломъ разрѣзаніи рубцовъ и новомъ соединеніи безусловно можно достигнуть прежнихъ отношеній.

Возстановленіе промежности можетъ натолкнуться на затрудненіе лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ уже было сдѣлано нѣсколько неудачныхъ операцій. Если же операція еще не дѣлалась, то, какъ бы ни былъ великъ разрывъ промежности, легко возстановить физиологическую форму послѣдней.

Такъ какъ для контролированія разрывовъ приходится нерѣдко проникать въ прямую кишку, то наготовѣ необходимо имѣть дощину рези-

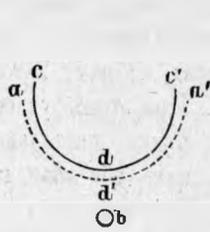


Рис. 38.



Рис. 39.



Рис. 40.



Рис. 41.

Рис. 38. Операція неполнаго разрыва промежности. *cc'* задняя спайка, *aa'* полукруглый кожный разрывъ, черезъ который проникають въ глубину, *b* задній проходъ.

Рис. 39. Операція неполнаго разрыва промежности. Вслѣдствіе оттягиванія точки *d* къверху и *d'* кънизу получилась изъ поперечной раны вертикальная, точки *aa'*, конечныя точки поперечнаго разрыва, лежатъ по срединѣ вертикальной раны у *a* и *a'*.

Рис. 40. Операція полнаго разрыва промежности. *aa* концы разорваннаго sphinct. ani, *c* щель прямой кишки. *b* верхній конецъ разрыва прямой кишки. *ab* и *a'b* рубцевые края, мѣсто соприкосновенія влагалища и слизистой оболочки прямой кишки, а также мѣсто разрыванія обѣихъ частей ножомъ.

Рис. 41. Операція полнаго разрыва промежности. Оттягиваніе влагалища къверху, *caa'* трещина прямой кишки, *caa'* рана влагалища.

новыхъ пальцевъ, сохраняемыхъ въ растворѣ сулемы. При каждомъ введеніи пальца въ прямую кишку берутъ новый резиновый палецъ; вынутый палецъ освобождаютъ отъ резиновой перчатки и тщательно дезинфицируютъ.

При полныхъ разрывахъ промежности отдѣляютъ влагалище отъ прямой кишки на высотѣ ихъ соприкосновенія. Это отдѣленіе начинаютъ ножомъ и заканчиваютъ въ глубинѣ ножницами. Влагалище необходимо совершенно отдѣлить отъ прямой кишки такъ, чтобы обѣ части можно было передвигать отдѣльно и перемѣщать. Послѣ этого проводятъ черезъ верхній уголъ раны влагалища нитку, а также внизу черезъ оба конца sphinct. ani. Теперь сильно оттягиваютъ задній проходъ книзу, влагалище къверху. Уже этимъ укорачивается разрывъ прямой кишки и хорошо прилегаеть. Всегда необходимо отыскать концы sphincteris и соединить

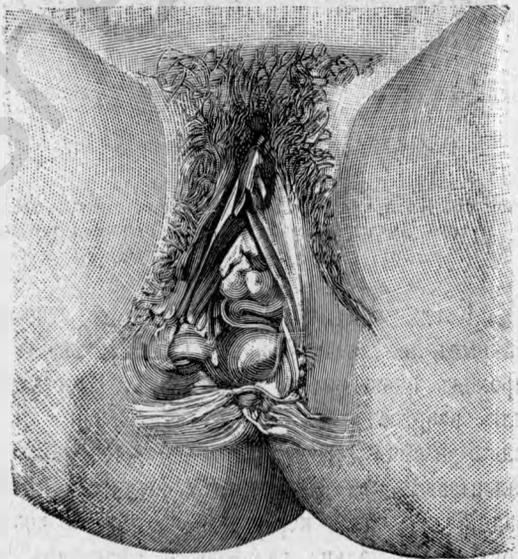


Рис. 42. Полный разрывъ промежности.

ихъ швомъ изъ льняной нитки. Дальнѣйшіе погружные швы, для которыхъ, если натяженіе не очень велико, берутъ тонкій кэгутъ, не захватываютъ слизистой оболочки прямой кишки, а лишь соединяютъ наружные слои стѣнки recti. На первый рядъ швовъ надвигаютъ, помощью 2—3 погружныхъ льняныхъ швовъ, боковыя части, въ видѣ 2-го этажа.

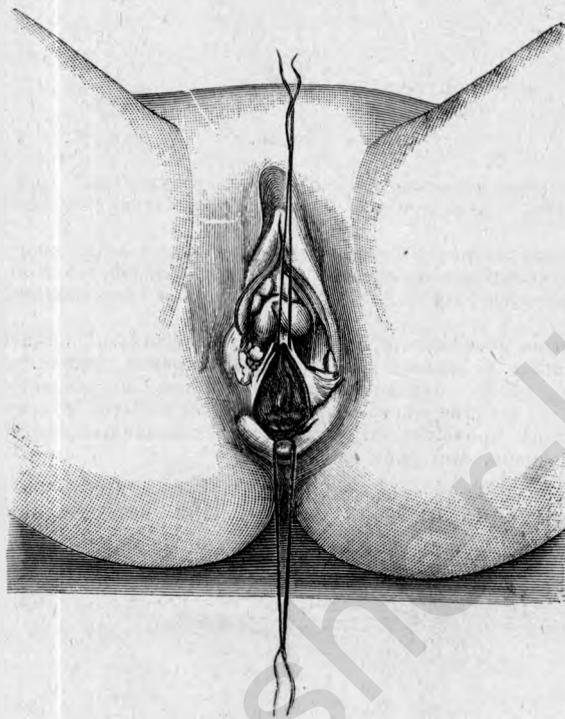


Рис. 43. Превращеніе поперечной раны въ продольную путемъ оттягиванія верхняго и нижняго конца.

При этомъ удается нерѣдко настолько сблизить оба края ш. levatoris ani, что соединеніе кожныхъ краевъ уже не представляетъ затрудненія. Ряду въ глубинѣ закрываютъ 4—5 швами, такъ что въ концъ-концовъ удается соединить края раны. Для поверхностнаго соединенія влагалища лучше всего употреблять silkworm. Промежность соединяютъ со стороны кишки. Новое задне-проходное отверстіе вдается слегка вначалѣ. Старыя отношенія возвращаются совершенно самостоятельно, такъ какъ нами ничего не удалено, а лишь разрѣзаны и снова соединены рубцы.

Когда операція закончена, то тщательно ощупываютъ пальцемъ, закрытъ-ли хорошо сфинктеръ. При этомъ часто замѣчаютъ, что задній проходъ очень узокъ и ригиденъ. При подобныхъ условіяхъ необходимо или разрѣзать сфинктеръ сагиттально къ верхушкѣ копчиковой кости, или разсѣчь его подкожно тенотомомъ вправо и влѣво. Тенотомъ вкалываютъ по касательной снаружи сфинктера и, введя палецъ въ задній проходъ, переворачиваютъ его концомъ къ промежности. Подъ контролемъ пальца разрѣзаютъ сфинктеръ такимъ образомъ, что задній проходъ становится достаточно широкимъ. Подкожный разрѣзъ дѣлаютъ лучше всего справа и слѣва сзади на разстояніи $1\frac{1}{2}$ см. При обоихъ способахъ кровотеченіе незначительно. Въ задній проходъ вводятъ на 1 см. каучуковую трубку, толщиною въ палецъ, обернутую іодоформовой марлей. Черезъ трубку выходятъ газы, такъ что ampulla recti, а также

и рана не растягиваются. Йодоформовая марля служитъ въ первые дни защащающей повязкой для раны прямой кишки, а каучуковая трубка сдавливаетъ раны сфинктера, такъ что кровоточеніе прекращается довольно быстро.

При операціи неполнаго разрыва я произвожу вогнутый кверху или поперечный разръзъ, параллельно задней спайки. Черезъ этотъ разръзъ я проникаю ножницами и пальцами на 5 см. въ глубину между прямой кишкой и влагалищемъ. Обѣ части необходимо совершенно отдѣлить другъ отъ друга. Такъ какъ прямая кишка и влагалище плотно соединены рубцами, то необходимо дѣйствовать крайне осторожно, чтобы

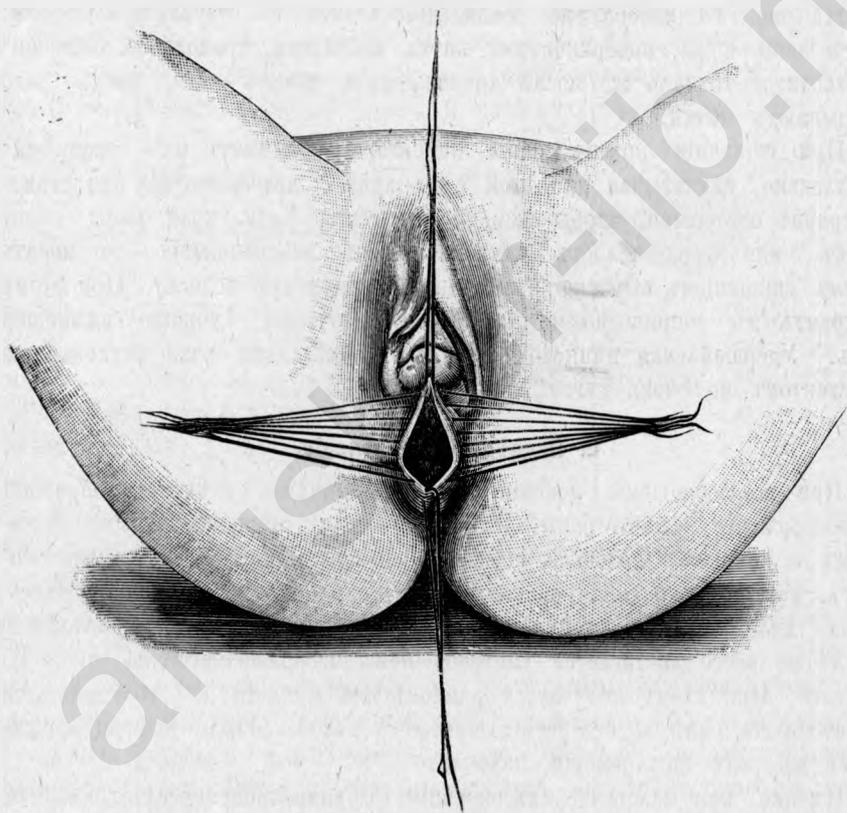


Рис. 44. Операція разрыва промежности передъ самымъ соединеніемъ краевъ раны.

не разорвать прямой кишки; уже введеніе пальца и выпячиваніе имъ стѣнки прямой кишки можетъ вести къ разрыву послѣдней. Послѣ этого сильно оттягиваютъ книзу середину нижняго края раны. Конечныя точки поперечнаго кожного разръза лежатъ прямо по серединѣ соединенной промежности вслѣдствіе превращенія поперечной раны въ сагитальную.

Такимъ образомъ мы получаемъ промежность, длиною въ 6—8 см., и плотный выступъ на задней стѣнкѣ влагалища.

На рис. 42 изображенъ разрывъ промежности; видно заднепроходное отверстие и тонкій мостикъ впереди заднаго прохода и надъ нимъ, въ особенности справа отъ ямки, которая отвѣчаетъ сократившемуся сфинктеру, образующему полужелобъ. Сократившійся сфинктеръ выступаетъ на кожѣ радиарными, конвергирующими къ заднему проходу, звѣздообразными складками, которыя отлично видны на рис. 42. Задняя стѣнка влагалища представляется выпяченной (gectocoele). На рис. 43 изображенъ разрывъ, отдѣляющій прямую кишку отъ влагалища. Одной ниткой оттягивается верхній край раны кверху, другой—нижній край раны книзу. Значить, поперечная рана превращена въ продольную. Концы поперечной раны замѣтны въ углахъ продольной раны, имѣющей теперь видъ ромба.

На рис. 44 изображено соединеніе тканей въ глубинѣ катгутомъ, зяетъ лишь кожа, поверхностныя нитки проведены, продольное соединеніе производится тотчасъ же послѣ прилаживанія краевъ раны, послѣ чего завязываютъ нитки.

При шиваніи краевъ раны операторъ сближаетъ ихъ совершенно параллельно, захватывая для этой цѣли края 2 крючковатыми пинцетамъ, но крайне осторожно, чтобы ихъ не разорвать. Если край раны очень тонокъ, или представляетъ наклонность къ заворачиванію, то передъ самымъ шиваніемъ вырѣзаютъ ножницами продольную полоску. При этомъ приходится въ соприкосновеніе свѣже-кровоточащая, хорошо зажившая ткань. Удерживаемая пинцетомъ, хорошо обрѣзанная рана затягивается ассистентомъ не очень туго.

Л. Послѣдующее лечение.

При послѣдующемъ леченіи главное вниманіе слѣдуетъ обращать на поддержаніе сухости раны. Я присыпаю рану стерилизованнымъ дерматоломъ и покрываю полоской іодоформовой марли. Марлю немедленно смѣняютъ, какъ только она смокнетъ, значить, приблиз. 3 раза въ день. Передъ наложеніемъ свѣжей марли рану снова присыпаютъ дерматоломъ, что лучше всего достигается употребленіемъ изображеннаго на рис. 45 аппарата. При этомъ получается равномерный тонкій или толстый слой дерматолола на ранѣ и отверстіяхъ уколовъ иглой. Марля плотно прижимается къ ранѣ при помощи палочки.

Именно, при пластическихъ операціяхъ дерматолъ приноситъ громадную пользу: нанесенный на рану и мѣста уколовъ иглой тотчасъ послѣ операціи онъ отлично пристаётъ и предупреждаетъ опуханіе краевъ раны.

При инфекціонномъ отдѣленіи изъ матки можно іодоформовую марлю вкладывать и во влагалище, смѣняя ее, какъ только она смокнетъ; особенно нужно избѣгать смачиванія ея мочей.

Въ теченіе первыхъ 3 дней я подвергаю больную катетеризаціи, съ тою цѣлью, чтобы моча не попадала на рану, которая остается вслѣдствіе этого сухой. Я употребляю всегда тонкій стеклянный катетеръ, избѣгая такимъ образомъ трещинъ мочеиспускательнаго канала. Не-

взирая на всю осторожность, при слишком продолжительном употреблении катетера тѣмъ не менѣе получаютъ трещины. Кромѣ того, больной связываютъ колѣни, чѣмъ лучше всего фиксируется дерматоль и марлевый тампонъ, введенный въ *githa ani*, что въ свою очередь предохраняетъ рану отъ инфекции. У беспокойныхъ больныхъ марлю можно удержатъ и Т-образной повязкой.

Въ настоящее время не прибѣгаютъ болѣе къ искусственной задержкѣ кала опіемъ; но, если въ теченіе первыхъ 24 часовъ газы сильно беспокоятъ, то я назначаю все-таки опій. Газами прямая кишка вздувается надъ самымъ сфинктеромъ, причѣмъ расширяется нижняя часть гесті и раздвигаются внутренніе края раны, вслѣдствіе чего между ними можетъ попадать содержащая бактеріи жидкость. Въ подобныхъ случаяхъ я ввожу въ задній проходъ, при боковомъ положеніи больной, нѣсколько разъ въ день хорошо смазанный масломъ катетеръ, причѣмъ газы отходятъ довольно легко; кромѣ того, назначаю черезъ 2 часа по 8 капель *Tinct. Opii*.

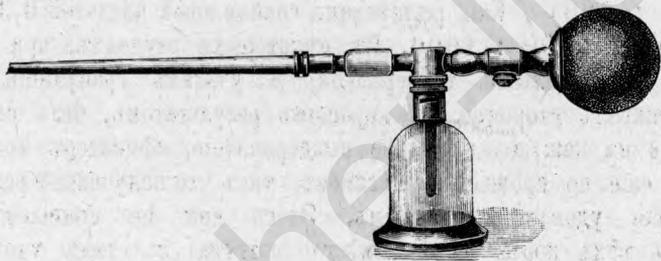


Рис. 45. Пульверизаторъ.

Крайне нераціонально назначать слабительныя вскорѣ послѣ операціи. По моимъ наблюденіямъ этотъ способъ мало пригодный.

Если, невзирая на опій, больная продолжаетъ жаловаться на газы, то причиной является въ большинствѣ случаевъ загрязненіе шва сфинктера. Инфекція въ этомъ нитевомъ каналѣ раздражаетъ сфинктеръ, вслѣдствіе чего появляется чувство натуживанія. Въ подобныхъ случаяхъ озживленіе наступаетъ не всюду. Обыкновенно повышается и температура на нѣсколько десятыхъ или цѣлый градусъ. Вообще, предсказаніе мало благоприятно въ случаяхъ, въ которыхъ рана болѣзненна еще по прошествіи 24 часовъ и существуютъ жалобы на тенезмы.

Назначаютъ голодную діету и выжидаютъ самопроизвольнаго стула на 7—8-й день. Предварительно я вливаю въ прямую кишку 50 грм. прованскаго масла. Если по прошествіи 8 дней не наступаетъ испражненія, то назначаютъ нѣжныя слабительныя и вмѣсто *Ol. olivatum* берутъ для клизмы *Ol. Ricini*. Хорошо дѣйствуетъ также клистирь изъ $\frac{1}{2}$ литра воды съ прибавленіемъ 2 столовыхъ ложекъ глицерина. Если промежность срослась, но при клистирѣ вода вытекаетъ черезъ влагалище—это значитъ, что наступило неполное заживленіе, имѣется *fistula ani vaginalis*. Послѣ

перваго стула можно удалить швы промежности. Если швы имѣются и высоко во влагалищѣ, то удаляютъ ихъ болѣе поздно.

Но даже и при неполномъ заживленіи раны не слѣдуетъ отчаиваться въ конечномъ благоприятномъ результатѣ. Если заживленіе наступило хотя бы настолько, что гранулирующія поверхности соприкасаются между собою и не зіяютъ, то зачастую можно рассчитывать на полное заживленіе, въ особенности маленькихъ свищей. Въ подобныхъ случаяхъ выпускаютъ въ воронку свища довольно большое количество мази съ яписомъ 1 : 50, чѣмъ достигаются хорошія грануляціи, дезинфекція раны и быстрое рубцеваніе. Для послѣдующаго леченія гранулирующихъ поверхностей весьма пригоднымъ оказывается итроль. Его наносятъ весьма толстымъ слоемъ, на-подобіе того какъ хлѣбъ посыпаютъ солью. Ни одно средство не ведетъ столь быстро къ покрытію раненой поверхности эпидермисомъ.

Если послѣ операціи наступаетъ менструація, то назначаютъ 3—4 раза въ день промыванія нѣжкими дезинфецирующими, напр. борной кислотой (4 : 100), *Kali permangan.*, салициловой кислотой 0,3 : 100, *Liq. Alumini acet.* 50 : 1000. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при полномъ зіявіи раны и нормальной температурѣ, я удалялъ грануляціи острой ложкой и сшивалъ вторично, съ хорошимъ результатомъ, безъ наркоза.

Невзирая на кажущееся полное выздоровленіе, сфинктеръ можетъ не дѣйствовать еще по прошествіи мѣсацевъ, такъ что полученный результатъ является мало удовлетворительнымъ. Этого мнѣ не пришлось болѣе наблюдать съ тѣхъ поръ, какъ вмѣсто катгута я сталъ употреблять льняныя нитки.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

Болѣзни влагалища.

А. Анатомія.

Отъ дѣвственной плевы до матки, между мочеиспускательнымъ каналомъ гезр. пузыря и прямой кишкой, идетъ богатая мышцами, сплюснутая спереди назадъ, растяжимая трубка — влагалище. Внизу узкая вслѣдствіе прилеганія *m. levatoris ani* она расширяется кверху и, даже у дѣвственницъ, широко окружаетъ со всѣхъ сторонъ въ видѣ свода влагалищную часть матки. Мы различаемъ передній и задній сводъ влагалища — сзади и спереди *portionis vaginalis uteri* — и боковые своды, правый и лѣвый. Тотчасъ надъ боковыми сводами влагалища идутъ косо сзади книзу и впереди мочеточники, которые могутъ подвергаться поврежденіямъ какъ во время родовъ, такъ и при гинекологическихъ операціяхъ. Передняя стѣнка влагалища короче задней; послѣдняя отдѣлена отъ прямой кишки рыхлой соединительной тканью. Сзади сверху она покрыта брюшиной

*Douglas'*овой складки, так что при операцияхъ и сшиваніяхъ въ этой области легко можно повредить брюшину. Если произвести поперечный разръзъ влагалища въ средней трети, то удается констатировать, что получается прилб. рисунокъ Н. Если *vulva* разорвана, такъ что передняя и задняя стѣнки влагалища не имѣютъ точки опоры въ промежности, то поперечныя складки передней и задней стѣнки выступаютъ между параллельно лежащими боковыми стѣнками, такъ что фигура Н стинвится ясной при первомъ взглядѣ на половыя части.

Въ верхней части влагалище гладко и стѣнки его тоньше, чѣмъ въ нижней. Но зато стѣнки утолщаются на мѣстѣ образованія ими *portio vaginalis*. Въ нижнемъ отдѣлѣ находятся спереди и сзади такъ называемыя *colpnae gigantis*, выступы поперечныхъ складокъ, вдающіеся въ просвѣтъ и, какъ было упомянуто, отвисающіе при зіяющей *vulva*. Часть влагалища, лежащая сверху краевъ прощупываемаго нерѣдко *m. levatoris ani*, снабжена болѣе тонкими стѣнками, не представляетъ трубки, но имѣетъ приблизительно форму и положеніе пустого пузыря. Стѣнка состоитъ изъ слизистой оболочки безъ *submucosae* и изъ *muscularis*, причемъ послѣдняя содержитъ многочисленныя эластическія и мышечныя волокна; мышечныя волокна имѣютъ у входа кольцеобразное расположеніе, образуя *m. sphincter cunni*—мышцу, которую нельзя доказать анатомически, но можно предположить физиологически. По наружному слою проходятъ гладкія правильныя мышечныя волокна, по внутреннему—кольцеобразныя волокна. Между слизистой оболочкой и мышечнымъ слоемъ имѣется богатая сосудистая стѣть. При половомъ возбужденіи, а также при изслѣдованіи пальцемъ, эта мышца сокращается и прижимаетъ палецъ къ выступу мочеиспускательнаго канала. Поверхностная кожа влагалища не слизистая оболочка, а прямо *cutis*, такъ какъ не содержитъ ни железъ, ни цилиндрическаго эпителия. Влажность влагалища зависитъ отъ отдѣленія матки и Бартолиновыхъ железъ. При выпячиваніяхъ и выпаденіяхъ влагалища, гдѣ увлажненіе его невозможно, влагалище становится сухимъ, кожеобразнымъ, и совершенно принимаетъ характеръ наружной кожи, причемъ можетъ даже подвергаться пигментаци. Хотя это совершенно правильный взглядъ, но этотъ эпителиальный слой пропускаетъ, повиднмому, жидкость, такъ какъ слизистая оболочка влагалища представляется влажной, гладкой и мягкой, даже послѣ полной экстирпаци матки. У дѣтей и дѣвицъ совершенно ясно выступаетъ характеръ слизистой оболочки и влажность. Въ подобныхъ случаяхъ выступаетъ характеръ слизистой оболочки до того ясно, что на ней и внутри нея могутъ развиваться гонококки.

Эпителий влагалища плоскій, причемъ въ глубинѣ представляетъ форму цилиндрическаго эпителия.

У зародыша сосочки бываютъ нерѣдко очень тонкими и острыми, болѣе широкіе имѣютъ тонкіе отрпыски. Физиологическое утолщеніе и удлиненіе влагалища происходитъ во время беременности, причемъ приливъ крови предрасполагаетъ къ усиленной секреціи и вѣдревію

микроорганизмовъ. Нормальное влагалище, за исключеніемъ узкой нижней трети, обладаетъ очень большою растяжимостью. Встрѣчаются и случаи, гдѣ влагалище не образуетъ сводовъ вокругъ portio, а представляется узкимъ, такъ что «*oesertium seminis*» отсутствуетъ; при этомъ часто бываетъ незначительная ретроверсія матки; послѣдняя имѣетъ дѣтскую форму и стоитъ высоко: все это ведетъ къ безплодію. Въ болѣе пожиломъ возрастѣ сосочки становятся болѣе плоскими; у старухъ они исчезаютъ даже совершенно и узнаются лишь по слегка волнистой границѣ эпителиальнаго слоя. Эпителиальный слой, въ молодости довольно толстый, становится постепенно все уже, атрофируется. Это относится и къ эластическимъ волокнамъ, которыя исчезаютъ въ пожиломъ возрастѣ и замѣняются плотной соединительной тканью. Въ подобныхъ случаяхъ влагалище становится болѣе узкимъ, съ тонкими стѣнками, вслѣдствіе чего оно утрачиваетъ свою эластичность и легко разрывается. Мышечный и сосудистый слой сильно утолщаются во время беременности, такъ что даже незначительныя поврежденія могутъ вести къ опаснымъ для жизни кровотечениямъ.

Здоровое влагалище обыкновенно не содержитъ бактерій. Но такъ какъ при извѣстныхъ обстоятельствахъ, напр. при coitus, безусловно вводятъ во влагалище бактеріи, то остается предположить, что влагалище обладаетъ способностью уничтожать бактеріи. Это априористически весьма вѣроятное предположеніе—самоочищеніе влагалища—вполнѣ подтверждено *Menge* научнымъ путемъ.

Arteria uterina даетъ одну или двѣ вѣтви, *rami cervicovaginales*, къ *fornix vaginae*. Въ нижней части артеріальная кровь происходитъ изъ *art. haemorrhoidalis media* и изъ *a. pudenda interna*. Нервы верхней части влагалища происходятъ отъ нервовъ матки, нижней части—отъ *periv. pudendus*.

В. Воспаленіе влагалища. *Kolpitis. Vaginitis* ¹⁾).

Этиологія.—Воспаленіе влагалища является послѣдствіемъ инфекціи; оно часто вызывается нечистыми инородными тѣлами: разлагающійся тампонъ или плохой, трущій, давящій пессарій ведетъ къ слущиванію эпителия, кровотеченію и разложенію отдѣленій, а также къ развитію бактерій.

Въ виду этого громадную опасность представляютъ старыя, бывшія уже въ употребленіи пессаріи. Мнѣ пришлось наблюдать случай, доказанный микроскопически и клинически, въ которомъ акушерка привила триперъ старымъ пессаріемъ. Воспаленіе влагалища и пролежни въ немъ

¹⁾ *Kölliker* и *Scanzoni*, *Scanzoni's Beiträge*, 1855, II, 128.—*Ruge*, *Z. f. G.* II и III.—*Eppinger*, *Prager Zeitschr. f. Hlk.* I и II.—*Hildebrandt*, *M. f. G.* XXXII, 128 (*V. adhaes.*) и *Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, 32.—*Winckel*, *A. f. G.* II (*V. emphysem.*).—*Zweifel*, *A. f. G.* XII.—*Marconnet*, *Virchow's A.* XXXIV (*Periv. dissecans.*).—*Чернышевъ*, *C. f. G.* 1891, 141.—*Миткевичъ*, *Virch. Arch.* XLI, 437.—*Hausmann*, *Parasiten d. weibl. Geschlechtsorg.* 1870.—*Neumann*, *Verh. d. deutsch. dermatolog. Ges.* 1889, 127.—*Ostermair*, *Diss.* 1889.—*Menge* и *Krönig*, *Bacteriologie d. weibl. Geschlechtscanals*, 1897.

вызываются и деревянными, покрытыми кожей и лаком пессариями, каучуковыми пессариями, содержащими в своей массе много сѣры (сѣрые каучуковые кольца), шероховатыми и слишкомъ большими пессариями. Вагинитъ можетъ быть крайне сильнымъ, причѣмъ выдѣляется кровянисто-ихорозный гной и пессаріи врастаютъ въ грануляціи и рубцы. При осмотрѣ зеркаломъ влагалище представляется темнокраснымъ, какъ-бы покрытымъ мясистыми бородавками, которыя легко кровоточать.

Подобно пессаріямъ воспаленіе вызывается еще и другими инородными тѣлами, вводимыми, можетъ быть, съ цѣлью онанизма. Но и случайно оставшаяся во влагалищѣ губка можетъ вести къ ихорозному отдѣленію, къ образованію грануляцій и къ стенозирующему воспаленію, такъ что въ одномъ подобномъ случаѣ былъ сначала діагностицированъ ракъ. Сильно ѣдкія вещества также ведутъ къ вагиниту путемъ разрушенія слизистой оболочки: мнѣ пришлось наблюдать случаи, въ которомъ врачъ ввелъ во влагалище по ошибкѣ порошокъ сулемы вмѣсто каломеля; развилось обильное отдѣленіе кровянистаго гноя и получились большія язвы, по заживленіи которыхъ остались стенозирующіе рубцы. Трудно уступавшія леченію язвы я наблюдалъ и послѣ тампонаціи спиртнымъ растворомъ брома, а также послѣ промыванія взятой по ошибкѣ чистой карболовой кислотой. При употребленіи іодовой настойки, крѣпкихъ растворовъ салициловой кислоты или ляписа верхній слой кожи отдѣляется хлопьями.

При пузыревлагалищныхъ свищахъ и одновременно Cystitis появляются воспаленіе vulvae и vaginae. Подъ вліяніемъ гипереміи во время беременности покровъ влагалища гипертрофируется, сильно гиперэмируется, отдѣльные группы сосочковъ значительно опухаютъ, становятся твердыми, болѣзненными (гранулированное влагалище), многочисленныя эпителиальныя клѣтки отторгаются и остаются во влагалищѣ въ видѣ сливкообразной массы, верѣдко въ видѣ глыбъ или комковъ. При этомъ вытекаетъ, безъ существованія перелоа, густой, трипперовидный гной.

Своеобразной формой представляется *Vaginitis adhaesiva, vetularum* или *senilis haemorrhagica*, воспаленіе влагалища, наблюдаемое у старыхъ женщинъ. Эта форма ограничивается обыкновенно сводомъ влагалища. Въ fornix vaginae наблюдаются иногда маленькія кровянистокрасныя точки и жидкій гной. Въ другихъ случаяхъ эпителий мѣстами исчезаетъ, въ сводѣ влагалища получаютъ покрытыя плоскими грануляціями поверхности, которыя сростаются между собою. Такимъ образомъ можетъ наступить *частичное* сращеніе *portionis* съ fornix, такъ что мѣстами прощупываются отдѣльные тонкіе, съ рѣзкими границами пучки; въ другихъ случаяхъ происходитъ *полное* сращеніе, такъ что portio не прощупывается, какъ и при старческомъ обратномъ развитіи. Отдѣляется жидкій, серозный гной и незначительное количество крови, въ особенности при изслѣдованіи пальцемъ или при введеніи зеркала.

Vaginitis vetularum или adhaesiva находится въ связи съ эндометриотомъ. Я убѣдился, что въ подобныхъ случаяхъ всегда удается конста-

тировать форму, названную мною *Endometritis atrophicans*. Если и удается излечить вагинитъ, рецидивъ почти неизбеженъ, именно въ виду того, что влагалище мацерируется стекающимъ постоянно сверху отдѣленіемъ матки, а такъ какъ тонкій атрофическій эпителиальный слой сморщивающагося, плохо питаемаго влагалища старыхъ женщинъ не обладаетъ регенеративной силой, то послѣ мацерации эпителия остаются маленькія эрозіи и язвочки. Эти, лишенные эпителия мѣста обладаютъ склонностью срастаться и сморщиваться, что сказывается въ особенности на мѣстахъ, куда прежде всего попадаетъ отдѣленіе и гдѣ эпителиальный слой тоньше всего — въ сводѣ влагалища.

Кромѣ того, со стороны *vulvae* воспалительно-деструктивный процессъ можетъ распространиться и на влагалище, такъ что при тяжелыхъ формахъ гангрены или дифтеріи *vulvae* у дѣтей, напр. при скарлатинозной дифтеріи, можетъ участвовать и влагалище. *Oxyuris vermicularis*, попавшій изъ задняго прохода въ *vulva*, можетъ вести къ воспаленію какъ *vulvae*, такъ и *vaginae*.

Vulvovaginitis у маленькихъ дѣвочекъ, считавшійся въ былое время симптомомъ золотухи, представляется триппернымъ пораженіемъ. У взрослыхъ стекающій изъ шеечнаго канала трипперный гной тоже вызываетъ вагинитъ. Въ гной развиваются и другія бактеріи.

Абсцессы во влагалищѣ наблюдаются сзади и сбоку въ видѣ перипроктитическихъ абсцессовъ, которые вдаются во влагалище. Диагнозъ легко поставить на основаніи болѣзненности, лихорадки, остраго возникновенія, на основаніи упругой, гладкой и красной поверхности, отекаго опуханія окружности. Такъ какъ стѣнка прямой кишки тоньше, чѣмъ влагалища, то эти абсцессы легко вскрываются сзади надъ сфинктеромъ. Въ виду этого крайне рационально вскрывать подобные абсцессы со стороны влагалища. Подобные же абсцессы мнѣ приходилось вскрывать и спереди, позади мочеиспускательнаго канала. Можетъ быть они являются, какъ и у мужчинъ, послѣдствіемъ перелома послѣдняго.

Нѣсколько разъ я находилъ у женщинъ, жаловавшихся на тазовыя боли, совершенно гладкія стѣнки влагалища. Всѣ гугае были совершенно сглажены. Стѣнка влагалища представлялась опухшей, слегка упругой, отекающей. Влагалище вслѣдствіе этого было сужено. Это, повидимому, послѣдствіе онанизма у старыхъ женщинъ (вдовъ).

Анатомія.—Само влагалище, такъ называемая «слизистая оболочка» котораго не есть слизистая оболочка, а эпидермисъ, не содержитъ органовъ, отдѣляющихъ слизь. Если во влагалищѣ и найдены железы, то онѣ не придаютъ покрову влагалища характеръ слизистой оболочки. Въ виду этого не мыслимъ и „катарръ влагалища“. Катарральное отдѣленіе представляетъ собою массу, которая состоитъ изъ количественно увеличеннаго нормальнаго отдѣленія слизистой оболочки и изъ гнойныхъ тѣлецъ. Но такъ какъ влагалище влажно, а во влажной средѣ бактеріи могутъ размножаться, то возможно и образованіе гноя во влагалищѣ. Бѣлы, *flor albus*, являются большею частью слѣдствіемъ не *kolpitis*, а эндометрита.

При сколько-нибудь значительномъ нагноеніи во влагалищѣ обнажаются болѣе глубокіе слои его, которые также мокнутъ, на-подобіе пузыря отъ ожога на кожѣ. Этотъ процессъ имѣетъ характеръ острой болѣзни.

При *kolpitis acuta*, при осмотрѣ влагалища зеркаломъ, если только введеніе зеркала вообще возможно въ виду сильной болѣзненности и опуханія, влагалище представляется интенсивно краснаго цвѣта, мѣстами имѣется даже „дифтеритическій“ налетъ. При продвиганіи зеркала наступаютъ мѣстами кровотечения, зеркаломъ соскабливается желтоватый или буровато-красный гной и слущенные хлопья. Удастся констатировать громадныя количества желтовато-зеленаго зловоннаго гноя. Наружныя половыя части омываются гноемъ, которымъ онѣ разъѣдаются.

При долго лежащихъ пессаріяхъ наблюдается и чисто десквамативный вагинитъ. Мы находимъ, безъ того чтобы существовали какіе нибудь симптомы, весь пессарій окруженнымъ густой массой, весьма сходной съ *verruis caseosa*. Но это наблюдается лишь въ томъ случаѣ, если не произошло *coitus* и менструація отсутствуетъ или мало обильна.

При дифтеріи вслѣдствіе инфекціонныхъ болѣзней у дѣтей, разрыхленіе и набуханіе стѣнокъ влагалища такъ же сильны, какъ и конъюнктивы при бленнорреѣ. При этомъ можетъ произойти некрозъ всего влагалища и даже сосѣдней соединительной ткани. Въ подобныхъ случаяхъ развивается паравагинитъ и влагалище, омертвѣвая цѣликомъ, отдѣляется отъ остальныхъ частей (*Paravaginitis dissecans*). Подобные процессы ведутъ къ частичной или полной потерѣ влагалища, къ атрезіямъ и въслѣдствіи къ „ретенціоннымъ кистамъ“, *Haematokolpos* и *Haematometra* при уничтоженіи стока менструальной крови.

Подъ именемъ *Vaginitis exfoliativa* описаны рѣдкіе случаи, въ которыхъ во время менструаціи выходили изъ влагалища кожные хлопья. Я не встрѣчалъ подобныхъ случаевъ.

Сифилитическое пораженіе влагалища, *Kolpitis gummosa*, было наблюдаемо *Winckel*'емъ. У сифилитички все влагалище было наполнено хрупкими сифиломами.

Почти исключительно во время беременности, или тотчасъ послѣ беременности, наблюдается весьма своеобразное пораженіе влагалища, *Kolpohyperplasia cystica* (*Winckel*). Въ данномъ случаѣ мы имѣемъ воздушныя кисты въ соединительной ткани, какъ въ сосочкахъ, такъ и болѣе глубоко; объясняется ихъ появленіе тѣмъ, что при извѣстномъ положеніи тѣла можетъ быть попалъ воздухъ во влагалище и отсюда проникъ механически въ ткани. Такъ какъ это пораженіе не даетъ симптомовъ, не ведетъ къ опаснымъ осложненіямъ и исчезаетъ самопроизвольно *post partum*, то оно не является предметомъ терапіи.

Симптомы и теченіе.—Симптомы воспаленія влагалища состоятъ въ жгучихъ боляхъ и чувствѣ тяжести и жара въ тазу и течи изъ влагалища. При переломѣ къ этому присоединяется еще боль при моче-

испускани вслѣдствіе гонорройнаго уретрита. Перелойный гной имѣеть обыкновенно видъ pus boum, т. е. густой и зеленовато-желтаго цвѣта.

Ислѣдованіе пальцемъ или введеніе зеркала можетъ оказаться невозможнымъ вслѣдствіе боли и опуханія стѣнки влагалища. Даже ирригации влагалища вначалѣ до того болѣзненны, что приходится прибѣгать къ тонкимъ наконечникамъ и къ нѣжнымъ средствамъ. Coitus невозможенъ вслѣдствіе сильной болѣзненности.

При развѣданіи vaginae и vulvae ихорозными отдѣленіями, напр. при sarcinoma uteri, чувствительность vaginae также иногда до того значительна, что малѣйшее прикосновеніе сопровождается сильнѣйшими болями.

При острыхъ воспаленіяхъ влагалища наблюдается иногда незначительная лихорадка. Весь животъ, въ особенности область матки, могутъ оказаться чувствительными при комбинированномъ ислѣдованіи — симптомъ, указывающій на участіе брюшины и матки. Къ вагиниту присоединяется иногда выкидышъ, ихорозное разложеніе содержимаго матки и тяжелый периметритъ.

При дифтеріи и самопроизвольной гангренѣ влагалища имѣется высокая лихорадка и отдѣленіе съ примѣсью ихорозныхъ и гангренозныхъ хлопьевъ. Въ подобныхъ случаяхъ удается иногда удалить черезъ отверстіе самопроизвольно вскрывшагося абсцесса большіе куски омертвѣвшей, зловонной ткани. Такимъ образомъ удалось мнѣ вытащить черезъ отверстіе въ переднемъ сводѣ кусокъ laminae subperitonealis, величиною въ 10 кв. см. Мѣстные симптомы часто крайне незначительны, такъ что при послѣдующихъ атрезіяхъ анамнезъ подобныхъ случаевъ остается крайне темнымъ. Можетъ быть, что боли замаскированы общимъ и тяжелымъ теченіемъ причинной болѣзни, напр. тифа или скарлатины.

Хроническія формы вагинита оказываютъ незначительное вліяніе на общее состояніе. Vaginitis adhaesiva, безусловно хроническая болѣзнь, даетъ лишь слабые симптомы. Довольно часто появляются небольшія кровотеченія, что сильно пугаетъ больныхъ и заставляетъ ихъ обращаться къ врачу изъ боязни существованія раковой опухоли.

При гранулезномъ воспаленіи у беременныхъ влагалище представляется на-ощупъ въ видѣ терки. Ислѣдованіе пальцемъ болѣзненно.

Если производящая причина, напр. старый тампонъ или несоответствующій пессарій, удалена, то вагинитъ исчезаетъ самъ собою. Если же отдѣленіе происходитъ изъ матки и не удается достигнуть излеченія эндометрита, то остается и вагинитъ.

Діагнозъ.—Для постановки діагноза не достаточно заявленія больной, что существуютъ „бѣли“. Необходимо осмотрѣть влагалище при помощи зеркала. Если все влагалище покрыто отдѣленіемъ, но блѣдно-краснаго цвѣта и неболѣзненно, то влагалище представляется мѣстомъ нахождения отдѣленій, но не мѣстомъ происхожденія отдѣленій. При вагинитѣ существуютъ боли при дотрогиваніи, интенсивно красное окра-

шиваніе и опуханіе, опуханіе отдѣльныхъ группъ сосочковъ. Гранулезный или слизчивый вагинитъ удается констатировать пальцевымъ изслѣдованіемъ. При первой формѣ прощупываются твердые, величиною въ ячменное зерно бугорки, при второй — часто легко разрывающіяся перемычки между рогио и влагалищемъ. Часто удается констатировать слизчивый вагинитъ лишь пальцемъ, между тѣмъ какъ зеркаломъ перемычекъ не удается видѣть.

Kolpohyperplasia cystica распознается проколомъ и опорожненіемъ пузырей, чѣмъ констатируется одновременно и присутствіе воздуха подъ поверхностью кожи.

Въ пользу острой инфекціи трипперомъ говоритъ острое, не объяснимое иначе, начало, существованіе осложненія бартолинитомъ, обильное количество желтаго, слегка зловоннаго гноя, болѣзненное ощущеніе при довольно сильномъ прижиманіи утолщенной иногда уретры къ симфизу, усиленный позывъ къ мочеиспусканію или жженіе при послѣднемъ. Вполнѣ обезпечивается діагнозъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ; при существованіи перелоа удается констатировать присутствіе гонококковъ.

Къ удивленію мужа, можно еще по прошествіи десяти лѣтъ утверждать, что въ началѣ замужества было зараженіе трипперомъ, если жена можетъ указать, что послѣ первыхъ совокупленій развился „катарръ“ мочевого пузыря и появилось совершенно внезапно гнойное отдѣленіе“.

Впрочемъ, нельзя отвергать, что сильный гнойный вагинитъ можетъ вызываться и другими причинами. Если у женщины зіяющая vulva и значительное отдѣленіе слизистой оболочки шейки, то случайно попавшіе во влагалище, напр. со стороны задняго прохода, сапрофиты могутъ вызвать острый вагинитъ, быстро исчезающій послѣ промываній. Послѣ пластической операціи, которою было достигнуто плотное закрытіе vulvae, исчезаетъ и воспаленіе влагалища. Неоднократно приходилось мнѣ наблюдать исчезаніе продолжительныхъ нагноеній въ vagina послѣ выскабливаній матки у дѣвственницъ.

Если приходится лечить дѣвочекъ съ скарлатинозной дифтеріей или другими тяжело протекающими инфекціонными болѣзнями, то необходимо повторно осматривать половые органы, чтобы не быть озадаченнымъ уже сильно развившимся разрушеніемъ. Мнѣ пришлось, какъ домашнему врачу, наблюдать случаи, въ которыхъ при тяжелой дифтеріи зѣва развивались почти одновременно Ophthalmia diphtheritica и Vulvitis и Vaginitis diphtheritica. У дѣвочки, 12 л., мнѣ пришлось наблюдать истеченіе кровью вслѣдствіе разбѣданія артеріи при дифтеріи влагалища.

Предсказаніе.—Чѣмъ острѣе случай и чѣмъ раньше было приступлено къ леченію, тѣмъ лучше предсказаніе. Если при остромъ трипперномъ воспаленіи примѣнять что-либо иное, кромѣ промываній, то грозитъ опасность развитія остраго эндометрита, метрита и периметрита. Предсказаніе плохо въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ невозможно устранить при-

чиннаго момента, напр. раковое отдѣленіе и катарръ матки. При дифтерійныхъ, гангренозныхъ воспаленіяхъ маленькія дѣвочки погибають почти всегда. Но, если и устранена непосредственная опасность, то предсказаніе значительно ухудшается еще послѣдствіями, сращеніями и т. д.

Леченіе.—Vaginitis вслѣдствіе раздражающаго или повреждающаго пессарія или тампона исчезаетъ вслѣдствіе самоочищенія влагалища послѣ удаленія причины. Вяжущія спринцеванія ускоряють выздоровленіе. Если отдѣленіе изъ влагалища обусловлено эндометритомъ, то леченію подвергаютъ послѣднюю болѣзнь.

Перелой женскихъ половыхъ органовъ подробно будетъ разсмотрѣнъ ниже. Здѣсь мы упомянемъ лишь о томъ, что Vaginitis gonorrhoeica проходитъ лучше всего при употребленіи 1% раствора хлористаго цинка; отъ него влагалище грубѣетъ и дѣлается непригоднымъ для размноженія кокковъ. Этими спринцеваніями быстро устраняется отдѣленіе, но не предупреждаются рецидивы. Весьма опасно входить при трипперѣ инструментами въ шейку и матку, на что я обращаю особое вниманіе.

Я позволю себѣ дать нѣкоторыя практическія указанія о способахъ дѣйствія нѣкоторыми лекарствами на влагалище. Мы можемъ спринцевать, вытирать, прижигать, пудрить или наносить мази.

Инструментомъ для примѣненія жидкостей къ влагалищу служитъ ирригаторъ съ маточнымъ наконечникомъ, причѣмъ тотъ и другой лучше всего изъ стекла. Къ трубкѣ придѣланъ кранъ, который открываютъ, какъ только наконечникъ введенъ во влагалище.

Спринцеваніе влагалища.

Съ цѣлю удаленія слизи, крови, прибавляютъ къ водѣ 30,0 соды (Natr. carbon.); этотъ растворъ разжижаетъ слизь, дезинфицируетъ и дезодорируетъ; можно также прибавить 2 стол. ложки спирта или одеколона.

Температура воды должна быть пріятной для больныхъ: 25—30° R. Больнымъ спринцеваніе не должно казаться ни горячимъ, ни холоднымъ. Изъ числа дезинфицирующихъ средствъ употребляются слѣдующія: салициловая кислота 3:1000 (30 Acidi salicyl.: 300 спирта, 2 столовыя ложки на 1000 воды, иногда слегка прижигаетъ!), тимоль 1:1000, Aq. chlorata, разведенная наполовину водою (дѣйствуетъ дезодорирующимъ образомъ), Kalium permangan. 5:1000, сулема 0,5—1,0:1000, креолинъ, лизоль 5—1000, хинозолъ 1:1000, формалинъ, 2—3 стол. ложки на 1000 равняется 1—2% раствору формальдегида, борная кислота 30—40:1000. Весьма сильнымъ вяжущимъ средствомъ является перекись водорода, которая имѣется въ аптекахъ въ 10% растворѣ. Она разбавляется водою 1:5. Она хорошо дезинфицируетъ, но въ виду быстрого разложенія необходимо выписывать всегда свѣжій растворъ: Hydrogenium hyperoxydatum solutum.

Вяжущія средства, дѣйствующія одновременно дезинфицирующимъ обра-

зомъ: Cuprum sulfuricum 10—30:1000, Ferrum sulfuricum 5—20:1000, Argentum nitricum 1—2:1000 (перегнанной воды). Эти средства даютъ пятна на бѣльѣ. Alumen 10—25:1000, Liqueor Aluminium acetici 20—50:1000. Въмѣсто послѣдняго средства употребляютъ съ большей пользой Aluminium acetico-tartaricum (Alsolum) 10—30:1000. Alsoli 100, solve in Aqua frigida 100, adde Acidi acetici 10. Если вода содержитъ известь, то растворъ мутнѣетъ безъ прибавленія уксусной кислоты. 10—30 граммъ этого раствора берутъ на 1 литръ воды. Zincum sulfuricum и Zincum sulfocarbolicum 1—5:1000. Hydrargyrum oxysucyanatum въ видѣ снѣжкы лепешекъ, 0,25—0,5—1,0:1000. Kresolum purum liquefactum 5—10:1000.

Карболовая кислота является самымъ старымъ дезинфицирующимъ средствомъ, но зато при употребленіи ея наступаютъ легче всего ожоги, отравленія и т. д. Въ виду этого ее не слѣдуетъ примѣнять для спринцеваній. Употребляютъ тщательно приготовленный растворъ изъ 3 на 100!

Самымъ удобнымъ средствомъ является несомнѣнно сулема и Hydrargyrum oxysucyanatum въ формѣ таблетокъ, которыя должны храниться въ сухомъ мѣстѣ, ибо онѣ портятся отъ сырости. Необходимо слѣдить, чтобы часть раствора не попала въ кишечникъ.

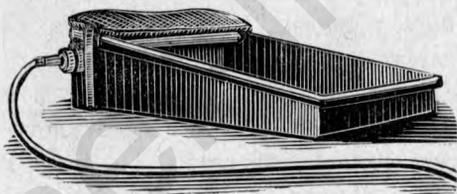


Рис. 46. Подкладное судно изъ жести, съ аппаратомъ для стока жидкости и привязанной подушкой.

Принципиально не слѣдуетъ употреблять для спринцеваній воду или травяные настои. Жидкости, не обладающія вяжущимъ дѣйствіемъ, размягчаютъ поверхность, часть жидкости остается и продолжаетъ дѣйствовать мацерующимъ образомъ: такимъ образомъ достигается прямо противоположный желаемому результатъ. Отдѣленіе поддерживается и зачастую исчезаетъ, какъ только будутъ прекращены спринцеванія.

Цѣль спринцеваній состоитъ въ томъ, чтобы извѣстный медикаментъ привести въ соприкосновеніе съ влагалищемъ. Если медикаментъ остается во влагалищѣ продолжительное время, то онъ окажетъ болѣе сильное дѣйствіе, чѣмъ при непродолжительномъ промываніи. Въ виду этого вода должна вытекать возможно медленно, ирригаторъ долженъ висѣть низко, лишь настолько выше половыхъ частей, сколько прямо нужно для вытеканія жидкости. Чѣмъ медленнѣе, тѣмъ лучше! Въ этомъ отношеніи большія обыкновенно сильно грѣшатъ: для сбереженія времени ирригаторъ вѣшаютъ обыкновенно высоко и оканчиваютъ спринцеваніе насколько возможно быстро.]

Слишкомъ сильное давленіе даже опасно, въ особенности во время менструаціи! Мнѣ приходилось уже нѣсколько разъ наблюдать, что во

время или вскорѣ послѣ спринцеванія, произведеннаго при сильномъ давленіи, наступали внезапно сильныя боли. Въ одномъ случаѣ имѣлась retroflexio uteri, portio сильно зіяла, такъ что маточный кончикъ былъ, по всѣмъ вѣроятіямъ, вставленъ въ шейку. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что въ данномъ случаѣ, вслѣдствіе сильнаго давленія, вода попала въ матку или даже въ трубы. Въ первомъ случаѣ наступаютъ маточныя колики, въ послѣднемъ—можетъ развиться воспаленіе брюшины. Въ виду этого больнымъ слѣдуетъ сказать: чѣмъ медленнѣе вытекаетъ вода, тѣмъ дѣйствительнѣе спринцеваніе, сильное давленіе не приноситъ никакой пользы, напротивъ, даже вредитъ.

Кромѣ того, при спринцеваніяхъ влагалища больная должна обязательно лежать, вслѣдствіе чего вода проникаетъ болѣе высоко, влагалище расширяется, вслѣдствіе растяженія сглаживаются складки, такъ что лекарственная жидкость приходитъ въ соприкосновеніе со всею поверхностью влагалища. При подобныхъ условіяхъ жидкость попадаетъ и въ нижнюю часть шейки. Если больная заявляетъ, что она дѣлаетъ спринцеванія ежедневно, и мы находимъ весь сводъ наполненнымъ слизью, то мы можемъ быть убѣждены, что спринцеванія дѣлались въ стоячемъ или сидячемъ положеніи.

Если больная лежитъ на имѣющемся обыкновенно въ продажѣ подкладномъ суднѣ, то жидкость переливается черезъ край его очень легко: продолжительныя спринцеванія 3—4 литрами совершенно невозможны безъ посторонней помощи, т. е. особы, которая время отъ времени опоражнивала бы судно. Въ виду этого я употребляю уже годами подкладное судно изъ жести (рис. 46), которое оказалось весьма удобнымъ.

Больная лежитъ весьма удобно на верхней вогнутой части, которую можно прикрыть подушкой или клеенкой. Въ подкладное судно входитъ 4 литра, сбоку имѣется отверстіе съ трубкой для стока жидкости. На этомъ суднѣ возможно и постоянное орошеніе.

Послѣ спринцеванія больная должна оставаться въ лежачемъ положеніи еще нѣкоторое время, приблизительно 10 минутъ, чтобы при вставаніи жидкость не вытекла немедленно до послѣдней капли. Иногда бываетъ, что послѣ того, какъ больная встала уже нѣсколько часовъ, вытекаетъ изъ влагалища струя воды, такъ что задержанная въ теченіе нѣкотораго времени жидкость могла оказать должное дѣйствіе на влагалище и portio.

Тампонація.

Другимъ способомъ дѣйствія лекарственными веществами на влагалище является тампонація: въ колѣбно-локтевомъ и боковомъ Sims'овскомъ положеніи (срав. рис. 21) больной раскрываютъ влагалище зеркаломъ Sims'a или двумя согнутыми пальцами. Послѣ этого наполняютъ влагалище маленькими, смоченными медикаментомъ комочками ваты или полосками марли такимъ образомъ, что „тампоны“ вводятъ сначала длинными щипцами въ

сводъ между portio и влагалище. Значить, во влагалищномъ сводѣ получается цѣлый вѣнокъ ваты. Для вкладыванія ваты употребляютъ прямыя или изогнутыя щипцы (рис. 47—49). Если этотъ вѣнокъ изъ маленькихъ тампоновъ лежитъ одинаково высоко съ нижней поверхностью portio, то можно на последнюю наложить одинъ большой тампонъ. Остальную часть влагалища плотно выполняютъ такими же тампонами. Если послѣ этого больная ложится на спину, то стѣнки влагалища плотно прилегаютъ къ общему тампону и выдавливаютъ изъ него лекарственное вещество.

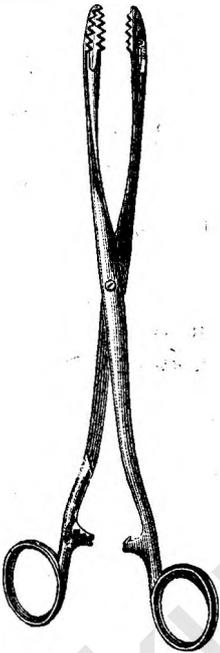


Рис. 47. Щипцы для тампоновъ, съ широкими концами, только для влагалища.

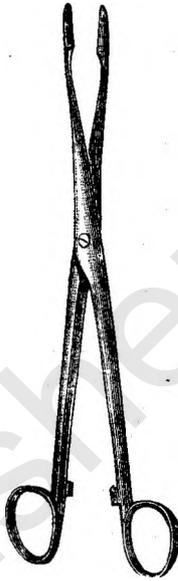


Рис. 48. Кривцангъ съ тонкими концами, для влагалища и шейки.

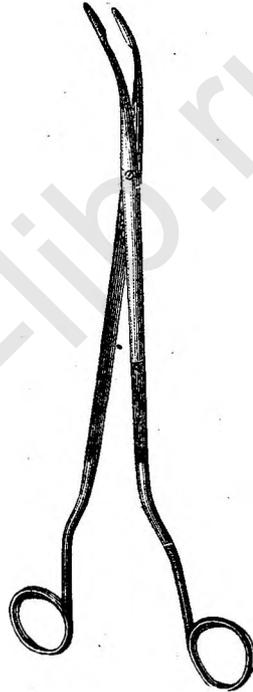


Рис. 49. Тонкіе щипцы для тампоновъ, для шейки и матки.

Всѣ складки, углубленія приходятъ въ тѣсное соприкосновеніе съ медикаментомъ. Но и прямое противодавленіе на стѣнки влагалища дѣйствуетъ при этомъ способѣ противовоспалительно.

Такъ какъ всѣ соли растворяются въ глицеринъ гораздо легче, чѣмъ въ водѣ, и такъ какъ глицеринъ обладаетъ уже самъ по себѣ, высушивающимъ дѣйствіемъ, то какъ *Vehiculum* для медикаментовъ лучше всего брать глицеринъ.

Такимъ образомъ растворяютъ, напр., 10 грм. квасцовъ и 20 грм. борной кислоты въ 200 грм. глицерина, и пропитываютъ этимъ растворомъ тампоны. Употребляютъ также ихтиоль 20 или 10 : 200. Глицеринъ съ таниномъ, «*glycérine tannique*», не имѣетъ никакихъ преиму-

щество передъ глицириномъ съ квасцами и даже менѣе удобенъ въ виду оставляемыхъ имъ на бѣлѣ пятенъ. Далѣе можно растворить въ глициринѣ іодовую настойку и іодистый калий, а также приготовить іодоформоглицириновую эмульсію. Водные растворы, напр., ляписа, протаргола, арговина одинаково пригодны для тампонаціи. Къ *portio* прикладываютъ также мази и порошки, завернутые въ марлю, напр. айроловая мазь. Если необходимо оказать сильно вяжущее дѣйствіе, готовятъ изъ танина, іодоформа и глицирина густую кашу, пропитываютъ ею комочки ваты или кусочки марли и вводятъ ихъ вышеприведеннымъ образомъ.

Введеніе тампоновъ руками самой больной вовсе не удается. Устроена масса тампонадержателей, но ни одинъ изъ нихъ не оказался удобнымъ. Лучшимъ способомъ я считаю слѣдующій: комокъ ваты туго обматываютъ ниткой такимъ образомъ, что получается палочка, длиною приблизительно въ 10 см. и толщиною въ 1 см. Эта палочка, формы и толщины пальца, которая вслѣдствіе обматыванія пріобрѣтаетъ достаточную твердость, можетъ вводиться больной во влагалище такимъ же образомъ, какъ и маточный наконечникъ. Больная, послѣ введенія, еще разъ сильно нажимаетъ на конецъ тампона, такъ что онъ проникаетъ за *vulva*. Пальцевидный тампонъ лежитъ теперь во влагалищѣ. Если онъ хорошо пропитанъ извѣстнымъ медикаментомъ, напр., квасцы, борная кислота, по 10 на 100 глицирина, то средство дѣйствуетъ на все влагалище, отъ *portio* до *vulva*.

Для облегченія для больной выведенія тампона, привязываютъ къ концу его крѣпкую нитку; если этого не сдѣлать, то тампонъ приходится вынимать врачу. Такъ какъ выдавливаніе пальцемъ сильно болѣзненно, то вводятъ зеркало и захватываютъ въ немъ щипцами видимый сверху тампонъ.

Въ прежнее время производили тампонацію и при помощи цилиндрическаго зеркала, но при этомъ весьма трудно провести тампонъ на строго опредѣленное мѣсто.

Сухое леченіе.

Влагалищные шарики. Мази. Порошки. — Изъ глицирина, Gummi arabici и различныхъ медикаментовъ готовятъ влагалищные шарики. Этотъ способъ мало практичный; шарики или выпадаютъ довольно быстро, или распутившаяся масса загрязняетъ *vulvam*, ноги и бѣлье. Дѣйствіе во всякомъ случаѣ мало надежное, хотя бы шарики были вводимы вечеромъ и оставляемы на ночь.

Весьма часто употребляютъ мази изъ вазелина, ланолина и вяжущихъ, которыя наносятъ на тампоны: напр. Bismuthi subnitrici 2:10 Lanolini, Acidi borici 10:100, Argenti nitrici 1:50, Ungt. Hyrdarg. albi, Ichthyoli 10:Lanolini 100 и т. д.

Весьма трудно равномерно распредѣлить жирныя мази по влагалищу, такъ какъ онѣ пристають болѣе плотно къ инструменту, чѣмъ къ влаж-

ному влагалищу. Въ виду этого слѣдуетъ брать для влагалищныхъ мазей изъ айрола, квасцовъ, дерматолъ, ихтіола, борной кислоты и т. д., растворимыя въ водѣ *constituentia*, напр. растительную слизь, аравійскую камедь, растворенную въ водѣ съ глицериномъ, или ланолинъ. Лучше всего вводить мазь при помощи мазевого шприца (рис. 50). Этотъ способъ имѣетъ то преимущество, что даже при весьма узкомъ влагалищѣ и у дѣвочекъ удается безъ всякой боли довести мазь до самаго свода.

Это отличный способъ для примѣненія во время приема больныхъ на дому. Мазь остается во влагалищѣ въ теченіе 3—4 дней. Больныя, которыя не могутъ лечь въ клинику, отлично могутъ быть пользованы такимъ образомъ. Маленькимъ дѣвочкамъ съ *Vulvovaginitis* отлично удается ввести лекарственныя вещества во влагалище безъ всякой боли и поврежденій. Верхняя часть шприца отвинчивается отъ стекляннаго цилиндра. Находящаяся въ трубкѣ мазь вдавливается въ стеклянный цилиндръ, верхняя часть снова привинчивается, послѣ чего мазь вводится во влагалище.

Въ особенности передъ массираніемъ я зачастую наполняю мазью основаніе влагалища. При массираніи мазь какъ бы втирается въ стѣнку влагалища.

Весьма удобнымъ способомъ примѣненія сухихъ медикаментовъ къ *portio* и удержанія ихъ здѣсь представляются такъ называемыя „подушечки“. Берутъ кусокъ тонкой марли длиною въ 20 см. и шириною въ 10 см. На верхній конецъ насыпаютъ столовую ложку смѣси изъ борной и дубильной кислоты (1 : 1), или изъ іодоформа и танина (1 : 1), или изъ салициловой кислоты и крахмала, или айрола, или аргонина или смѣси изъ квасцовъ съ сахаромъ (1 : 20, хорошо смѣшать). Марлевая полоска складывается и мѣшокъ съ порошкомъ прикладывается къ *portio*. Такъ какъ слабо наполненный мѣшокъ плотно прилегаетъ и порошокъ легко выходитъ черезъ отверстія марли, то этимъ достигается полное дѣйствіе на *portio*, а также полная остановка кровотока и высушиваніе свода влагалища. Порошокъ можно насыпать и на совершенно тонкій слой ваты, завязать концы, получая такимъ образомъ мѣшокъ или тампонъ, наполненный порошкомъ. Но лучше всего порошокъ вводится во влагалище при помощи инсулятора (см. рис. 45). Порошокъ покрываетъ сначала тонкимъ слоемъ *portio*, при вытягиваніи трубки—стѣнки влагалища, наконецъ наносятъ порошокъ на *vulva* и ея окружность. Для этой цѣли весьма пригоднымъ оказывается дерматолъ.

Мѣстная ванна влагалища производится такимъ образомъ, что вво-



Рис. 50. Мазевой шприцъ для влагалища.

дять возможно широкое цилиндрическое зеркало и вливаютъ въ него напр. *Liqu. Aluminii acetici*, древесный уксусъ, растворъ протаргола или ляписа. Предварительно вытираютъ шейку и *portio* ватной кисточкой. Опуская наружный край зеркала, выпускаютъ жидкость обратно. Послѣ этого вливаютъ чистую жидкость, вынимаютъ осторожно зеркало и очищаютъ остаткомъ жидкости складки *vulvae*. Комокъ ваты, вложенный въ *gima ani*, предохраняетъ окружающія части и платье отъ промокания и пятенъ. Эта процедура, производимая медленно и повторно, отлично очищаетъ влагалище.

Сухое леченіе вагинита особенно пригодно для бѣдной практики, во время приѣма, когда въ короткое время приѣма приходится отпустить нѣсколько больныхъ, которыя не въ состояніи себѣ приобрести ирригатора и медикаментовъ.

Вводятъ цилиндрическое зеркало, всыпаютъ въ него порошокъ, который проталкиваютъ ватнымъ шарикомъ кверху. При вытягиваніи зеркала порошокъ приходитъ въ соприкосновеніе со всей стѣнкой влагалища. Изъ числа вышеприведенныхъ порошковъ дерматоль и смѣсь борной кислоты съ танниномъ являются хорошими кровоостанавливающими средствами, причѣмъ нисколько не раздражаютъ. При введеніи порошка можно употреблять и ложку *Simon'a*, спинкой которой прижимаютъ порошокъ къ кровоточащему мѣсту.

Порошокъ медленно расходуется, дѣйствуетъ сильно вяжущимъ образомъ, и сохраняетъ свое дѣйствіе въ теченіе 3—4 дней. Послѣ этого времени вымываютъ остатки порошка, нѣрѣдко съ примѣсью хлопьевъ мацерированной кожи.

Болѣе крѣпкіе жидкіе медикаменты можно наносить кисточкой, напр. чистый ихтиоль или тиоль, іодовую настойку, крѣпкій растворъ квасцовъ, салициловый спиртъ, іодоформный эфиръ. Послѣднія два средства вызываютъ часто довольно сильную боль, между тѣмъ какъ іодовая настойка даетъ лишь быстро проходящее жженіе.

Изъ соли, каломеля и воды готовятъ кашу, которую смазываютъ при помощи кисточки все влагалище. При сифилисѣ это прямо специфическое леченіе.

При гангренозномъ вагинитѣ, послѣ отторженія всѣхъ омертвѣвшихъ частей, весьма рационально вкладываніе палочкообразнаго тампона съ цѣлью предупрежденія развитія стеноза. Лучше всего вкладывать тампонъ изъ 10 % іодоформ. марли, смоченной масломъ, оставляя его на 4—5 дней.

При чрезмѣрномъ отдѣленіи во время беременности допускаются очищающія промыванія. Вяжущія средства запрещены въ это время, вслѣдствіе чего какъ дезинфицирующее слѣдуетъ прибавлять лишь борную кислоту или *Kali permanganicum*. Пригоднымъ оказывается и лизоль, но онъ вызываетъ сильное жженіе, даже въ $\frac{1}{2}$ % растворѣ. Какъ послѣдующее леченіе послѣ всѣхъ болѣе сильныхъ промываній при вагинитѣ рекомендуется *Liquor Alsoli 15—30 : 1000*.

С. Кисты влагалища ¹⁾.

Кисты влагалища бывают различной величины, то съ каленный орѣхъ, то такихъ размѣровъ, что препятствуютъ родовому акту и нарушаютъ функцію тазовыхъ органовъ. Онѣ констатируются обыкновенно случайно, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ не даютъ никакихъ симптомовъ.

При маленькихъ кистахъ мы имѣемъ дѣло съ ретенціонными кистами спорадическихъ железъ влагалища. Болѣе крупныя кисты развиваются, по *Veit*'у, изъ *Wolff*'овыхъ ходовъ. Весьма возможно, что вполне развится лишь одинъ *Müller*'овскій ходъ и что рудиментъ другого прилегаетъ къ первому въ видѣ кисты (*Freund*). Довольно часто мы имѣемъ дѣло съ кистами *vulvae*, которыя при болѣе сильномъ внутреннемъ давленіи развиваются вверху. Содержимое кистъ составляетъ обыкновенно густая, слизистая, почти коллоидная, свѣтлая жидкость. Кисты выстланы цилиндрическимъ эпителиемъ, который вслѣдствіе внутренняго давленія можетъ стать кубическимъ. Находили также рѣсничный и плоскій эпителий, нерѣдко и образованіе сосочковъ (*Kleinwächter*). Описаны и многополостныя кисты. Бываетъ также, что киста имѣетъ маленькое отверстіе, черезъ которое временно вытекаетъ содержимое.

Кисты лежатъ обыкновенно поверхностно. Содержимое просвѣчиваетъ иногда на одномъ мѣстѣ черезъ сильно истонченную кожу. Болѣе рѣдко онѣ вдаются въ полость влагалища въ видѣ полипозныхъ разрошній. Нѣкоторыя изъ нихъ снабжены толстой стѣнкой. Диагнозъ не представляетъ затрудненій. Смѣшеніе невозможно при комбинированномъ изслѣдованіи со стороны прямой кишки, пузыря, брюшныхъ покрововъ и влагалища.

Если кисту можно вылущить изъ окружающихъ частей, то это является, конечно, самой радикальной формой леченія. Послѣ этого закрываютъ полость погружными и поверхностными швами (кэтгутъ). Если не наступаетъ *prima intentio*, то это не имѣетъ особаго значенія. Дѣлаются промыванія и вкладываютъ іодоформовую марлю, пока не наступитъ выздоровленіе.

Простой пункціи во всякомъ случаѣ недостаточно, такъ какъ кисты быстро снова наполняются. Значить, если не удастся вылущить всего мѣшка, то приходится вырѣзать большой кусокъ стѣнки. Вкалываютъ сначала ножъ, выпускаютъ содержимое, затѣмъ вводятъ въ отверстіе ножницы, приподымаютъ дряблый мѣшокъ пинцетомъ и вырѣзаютъ возможно большую часть стѣнки. Послѣ этого стараются вытащить кисту. Если это

¹⁾ *Hugnier*, Gaz. méd. de Paris, 1846.—*Peters*, M. f. G. XXXIV, 141.—*Kaltenbach*, A. f. G. V.—*Schröder*, A. f. G. IX.—*Preuschen*, Virchow's A. LXX, 1877, стр. 111.—*Schröder*, Z. f. G. III, стр. 424.—*Winckel*, A. f. G. II, Berl. kl. W., 1866, № 23.—*Лебедевъ*, Z. f. G. VII.—*Graefe*, Z. f. G. VIII.—*Veit*, Z. f. G. VIII.—*Kocks*, A. f. G. XX.—*Kleinwächter*, Prager med. W., 1883, 9.—*Veit*, Diss. Breslau, 1889.—*Thorn*, C. f. G. 1889, стр. 657.

не удается, то верхушку кисты срѣзаютъ ножницами, и остающуюся пазуху выскабливаютъ и прижигаютъ аппаратомъ *Paquelin's* или какимъ нибудь ѣдкимъ веществомъ, напр. *Liq. ferri sesquichlorati*; иначе остатокъ кисты можетъ образовать синузозное пространство, изъ котораго годами выдѣляется слизь.

D. Новообразованія влагалища ¹⁾.

Ракъ влагалища является рѣдко первично, чаще вторично, исходя изъ рака шейки. Ракъ наблюдается въ видѣ опухоли и язвы. Въ послѣднемъ случаѣ онъ можетъ образовать круглыя или овальныя или кольцеобразныя, твердыя, неправильныя, крошковатыя, легко кровоточащія, изъязвившіяся поверхности. Чаще всего опухоль находится сзади, причѣмъ нерѣдко фиксирована ректальная стѣнка. Бываютъ даже случаи, въ которыхъ происхожденіе отъ рака прямой кишки становится яснымъ лишь во время операціи. Ракъ прямой кишки цилиндроклѣточный, мягкій, красный, ворсистый, ракъ влагалища плоско-эпителиальный, болѣе блѣдный, болѣе твердый, имѣетъ сходство съ бугристой язвенной поверхностью. Нерѣдко происходитъ образованіе паравагинальныхъ узловъ, врастающихъ глубоко въ клѣтчатку таза. Лишь одинъ разъ пришлось мнѣ наблюдать случайно, только что начинающійся, безъ симптомовъ, ракъ влагалища, величиною въ бобъ, съ послѣдующей операціей и полнымъ выздоровленіемъ. Большею же частью приходится имѣть дѣло съ запущенными случаями.

Симптомы состоятъ въ боляхъ, отдѣленіи и кровотеченіяхъ.

Ракъ влагалища ²⁾ наблюдается главнымъ образомъ у старухъ, у молодыхъ больныхъ это крайне рѣдкая форма, но наблюдаются осложненія родами или препятствіе при родахъ вслѣдствіе кольцеобразнаго рака.

Злокачественная *deciduoma* или *synsutioma* даетъ почти всегда метастазы во влагалище. Это обыкновенно многочисленныя отдѣленныя другъ отъ друга здоровой тканью, весьма богатыя кровью, пронизанныя геморрагіями, мягкія, темныя, почти черныя опухоли, которыя, однако, не распространяются разлиты въ сосѣднія части, но могутъ быть удобно вылущены.

Если раковая опухоль подвижна, то ее вылушаютъ, начиная сверху, хотя при этомъ существуетъ опасность вскрытія *Douglas'*ова пространства. Дефектъ немедленно закрываютъ швомъ, или, если онъ слишкомъ великъ, тампонируютъ іодоформовой марлей. Матка, если она подвижна, низводится книзу и послѣ удаленія опухоли верхній остатокъ влага-

¹⁾ *C. Mayer*, Verh. d. Berl. geb. Ges. IV, 142. — *E. Martin*, M. f. G., XVII, 321. — *Freund*, Virchow's Arch., LXIV. — *Küstner*, A. f. G. IX. — *Grünwaldt* A. f. G. XI, 511. — *Schröder*, Z. f. G. III, 423. — *Brükner* Z. f. G. VI, 110. — *Lymann*, C. f. G., 1891, стр. 780. — *Hermann*, Ibid., 781. — *Strassmann*, Ibid., 825. — *Hecht*, Diss., München 1891. — *Fischer*, Z. f. G., XXI, I. — *Decio*, Annal. di obst. Millano, 1890, 107. — *Siebold*, Münch. med. Woch. XXXVI, 89. — *Olshausen*, C. f. G., 1895, I.

²⁾ *Weigert*, Virchow's Arch., LXVII, стр. 264. — *Frick*, ibid. CXVII, 1889, стр. 248.

лица сшиваются съ нижнимъ. Если наступила уже старческая инволюція, то эта операція становится трудной, но все-таки возможной; въ случаѣ необходимости, для получения мѣста, разрѣзаютъ влагалище съ одной или двухъ сторонъ. Уретра, повидимому, противостоитъ раковой опухоли довольно долго. Я удалялъ позади и вокругъ шейки пузыря кардиноматозныя железы, такъ что уретра не имѣла почти связи съ сосѣдними частями. Тѣмъ не менѣе наступало полное выздоровленіе.

При вылущеніи глубоко сидѣвшихъ узловъ мнѣ случалось повредить мочеточникъ; закрывая сейчасъ же рану швомъ, я получалъ удовлетворительный результатъ. Кровотеченіе иногда до того сильно, что обкалываніе и перевязка сосудовъ остаются безъ всякаго успѣха. Въ подобныхъ случаяхъ накладываютъ *Péan*'овскіе пинцеты, которые удаляютъ по прошествіи 3 дней.

Громадный шагъ впередъ представляетъ вылущеніе влагалища по *Olshausen*'у. Поперечнымъ разрѣзомъ раздѣляютъ промежность справа надѣво. Отсюда проникаютъ сверху, дѣйствуя ножомъ и пальцемъ, позади твердой раковой массы, между *vagina* и *gestum*. Поврежденія прямой кишки избѣгаютъ контролированіемъ со стороны задняго прохода, но въ одномъ случаѣ я резецировалъ съ намѣреніемъ подозрительную полосу прямой кишки. Если раковую опухоль удалось хорошо изолировать сверху и сбоку, то ее вырѣзаютъ, остерегаясь при этомъ разрыва опухоли. Если влагалище слишкомъ узко, такъ что нельзя тщательно осмотрѣть части, то оно разрѣзается внизу и доски отворачиваются сверху.

Если раковой опухолью захвачена уже матка, то этимъ способомъ можно удалить и послѣднюю. Какъ и при сакральномъ вылущеніи матки по способу *Herzfeld*'а, вскрывается *Douglas*'ово пространство, матка выворачивается кзади и перевязывается послѣдовательно.

Выгоды ретровагинальнаго способа совершенно ясны. Раковая опухоль отдѣляется отъ прямой кишки, гдѣ граница ея трудно опредѣлима при вагинальной операціи. При этомъ избѣгаютъ разрушенія опухоли и прививныхъ метастазовъ, которые такъ легко наступаютъ при прямомъ захватываніи и вытаскиваніи раковой опухоли.

Большіе раки влагалища, которые дали метастазы уже во всей стѣнкѣ влагалища и сдузили послѣднее до того, что нельзя и думать объ оперированіи въ здоровыхъ частяхъ, не подлежатъ оперативному леченію. Эти опухоли отдѣляютъ часто лишь очень мало, такъ что больную удается нерѣдко совершенно успокоить. Даже промыванія могутъ въ подобныхъ случаяхъ принести скорѣе вредъ, чѣмъ пользу.

Туберкулезъ влагалища наблюдается какъ частичное явленіе общаго туберкулеза и, очень рѣдко, какъ первичная форма ¹⁾).

¹⁾ *Bierfreund*, Z. f. G. XV, 425.—*C. Friedländer*, Samml. kl. Vort. № 64.—*Zweifel*, Klin. Gynäkologie, стр. 338.

Zahn и *Beuthner* ¹⁾ описали *Ulcus rotundum simplex* влагалища, въ заднемъ сводѣ, у старухи, вслѣдствіе недостаточнаго притока артеріальной крови.

Врожденные нерѣдко саркомы влагалища у дѣтей не всегда представляютъ собою чистыя саркомы, а подходятъ ближе къ тератомамъ. Онѣ содержатъ иногда поперечно исчерченныя мышечныя волокна (*Kolisko*) ²⁾, сидятъ на передней стѣнкѣ въ видѣ гроздевидныхъ образований и выростають изъ vulva.

У взрослыхъ саркома, не имѣющая ничего общаго съ саркомой у дѣтей, представляетъ бугристую, выступающую, часто меланотическую, отчасти изъязвившуюся, богатую кровью опухоль. Она легко отличается отъ бугристой, твердой, распространяющейся по поверхности, блѣдной раковой опухоли. Мнѣ приходилось наблюдать метастазы въ легкомъ, въ перикардіи, почкахъ и печени. Наблюдаются кругло- и веретенообразноклѣточные саркомы, иногда миксоматознаго характера. При равнемъ производствѣ операціи не наступаетъ рецидивовъ.

Описана также *эндотелиома* влагалища ³⁾.

Миомы влагалища были наблюдаемы неоднократно. Ихъ находеніе нисколько не удивительно въ виду общности исторіи развитія мышцъ влагалища и матки. Миомы влагалища, какъ и матки, могутъ находиться въ интерстиціальной ткани мышцъ, а также выдаваться на-подобіе полиповъ. Миомы достигаютъ иногда величины дѣтской головки и даютъ въ подобныхъ случаяхъ симптомы, обусловленные давленіемъ. Но уже раньше могутъ существовать разстройства при дефекаціи и мочеиспусканіи, различныя выдѣленія и боли при coitus, указывающія на ненормальность во влагалищѣ. Мнѣ пришлось нѣсколько разъ удалять миомы влагалища надъ мочеиспускательнымъ каналомъ, которыя другими врачами были приняты за выпаденіе влагалища и пользованы пессаріями. Діагнозъ обезпечивается изслѣдованіемъ, но необходимо, однако, знать, что и миомы матки могутъ сростаться съ влагалищемъ, такъ что констатированія связи опухоли съ влагалищемъ вовсе еще недостаточно для постановки діагноза. Лишь въ томъ случаѣ, если надъ опухолью прощупывается свободный маточный зѣвъ, можно высказаться въ пользу миомы влагалища. Удаленіе подобной миомы сопровождается нерѣдко обильнымъ кровотеченіемъ. *Klein* нашель у 4^{1/2} мѣс. ребенка оба *Wolf*'овыхъ хода рядомъ съ влагалищемъ до самаго нушен. Онъ считаетъ возможнымъ развитіе аденомиомъ и кистъ во влагалищѣ или дѣвственной плевѣ изъ *Wolf*'овыхъ ходовъ.

Папилломы ⁴⁾, большія, образуемыя изъ острыхъ кондиломъ опу-

1) *Zahn*, Virchow's Arch., CXV, стр. 67.—*Beuthner*, M. f. G., III, 121.

2) *Кашеварова*, Virchow's Arch., CIV, 74.—*Winter*, C. f. G. 1887, стр. 498.—*Kolisko*, Wiener kl. W. 1889, №6.—*Sänger*, A. f. G. XVI, стр. 56.—*Menzel*, C. f. G. 1885, № 16.—*Rosthorn*, Wien. kl. W., 1889, 38.—*Ahlfeld*, A. f. G. XVI, 135.

3) *Klein*, A. f. G. XLVI, 292.—*Frank*, Diss. Berlin. 1898.

4) *Müller* u. *Klein*, M. f. G. XII, стр. 76.—*Bumm*, Münch. med. Wochenschr., XXXIII, 494.—*Kraus*, Diss. Würzburg. 1887.

холи, также наблюдаются во влагалищѣ, распространяясь до поверхности *portio*. Въ особенности во время беременности папилломы влагалища достигаютъ громадной величины. Мнѣ приходилось экстирпировать изъ свода влагалища опухоли, величиною въ яблоко. Здѣсь кровотеченіе до того сильно, что не достаточно тампонаціи или *Paquelin*'а, а приходится тщательно сшивать поверхности разрыва. На поверхности разрыва наблюдаются сильно кровоточащія артеріи. Необходимо наркотизировать, тщательно перевязать всѣ сосуды и наложить шовъ. При подобныхъ условіяхъ беременность не прерывается; если же тампонація производится съ большой силой, то можетъ наступить выкидышъ, который трудно остановить, въ особенности, если кровотеченіе было остановлено растворомъ хлорнаго желѣза.

Е. Гиперэстезія влагалища и вагинизмъ ¹⁾.

Olshausen совершенно основательно обращаетъ вниманіе на то, что гиперэстезія влагалища признается нерѣдко ошибочно за вагинизмъ. Гиперэстезія влагалища, какъ препятствіе для введенія *penis*, наблюдается часто въ началѣ брака вслѣдствіе неумѣлости со стороны мужа. Для діагностированія вагинизма должна быть на-лицо судорога круговой мышцы влагалища и тазового дна, именно *m. levatoris ani*. Кромѣ *sphincteris cervicis* и *levatoris ani* участіе принимаютъ еще аддукторы бедра, даже мышцы спины, такъ что, напр., въ боковомъ положеніи больной спина представляется вогнутой и ягодицы втянутыми и сжатыми. Эта судорога ощущается субъективно въ видѣ боли, причѣмъ введеніе *penis*, пальца; зеркала оказывается невозможнымъ. Судорога вызывается уже простымъ дуновеніемъ на *vulva* или щекотаніемъ перомъ, одной мыслью о *coitus*.

Этотъ комплексъ симптомовъ обуславливается различными причинами. Необходимо различать между симптоматическимъ, излечимымъ и идиопатическимъ, часто неизлечимымъ вагинизмомъ. Первая форма можетъ вызываться раной: если при первыхъ попыткахъ *coitus* получается поврежденіе входа, то *coitus* становится болѣзненнымъ. Женщина, у которой не появилось еще чувства сладострастія, испытываетъ страхъ, даже прямо отвращеніе отъ „непристойнаго“ приближенія; она сопротивляется, подвергается сильному нервному возбужденію, ноги дрожатъ и судорожно сдвигаются. Какъ только *penis* дотрогивается до раны или ее снова разрываетъ, немедленно появляется судорога вагинизма.

Гиперэстезія наблюдается и при перелойномъ воспаленіи безъ или съ *Bartholinitis*. Если все это совпадаетъ, если мужъ заражаетъ жену при первомъ *coitus* вслѣдствіе поврежденія частей и если женщина чувствуетъ отвращеніе къ *coitus*, то *Vaginismus* объясняется легко. Что нервныя, эретическія, истерическія, развитыя болѣе умственно, чѣмъ тѣлесно жен-

¹⁾ *Simpson*, M. f. G. XIV, стр. 69.—*Martin*, Berl. kl. W., 1871, № 14.—*Olshausen*, *ibid.* 1891, 577. Z. f. G. XXII, 428.

щины заболѣваютъ вагинизмомъ гораздо легче, чѣмъ флегматичныя, спокойныя, разумныя или нормальныя въ половомъ отношеніи, понятно безъ особыхъ объясненій.

Причиной вагинизма можетъ служить и чрезмѣрная толщина дѣвственной плевы, объяснимая нерѣдко тѣмъ, что страдающій impotentia мужъ не въ состояніи разорвать дѣвственную плеву благодаря кратковременности или неполнотѣ эрекцій. Постоянные ушибы ведутъ въ концѣ концовъ къ воспаленію входа во влагалище и дѣвственной плевы. При подобной формѣ вагинизма можетъ появиться даже трипперовидное гнойное отдѣленіе. Вина тутъ на сторонѣ мужа: крѣпкій penis преодолѣетъ любую дѣвственную плеву.

Въ другихъ, продолжающихся годами, случаяхъ находили маленькія, невоспаленныя трещины, которыя при лотрогиваніи немедленно вызывали вагинизмъ; по устраненіи этихъ трещинъ наступало выздоровленіе, чѣмъ вполне доказана ихъ взаимная связь. Это состояніе сходно съ наблюдаемымъ при трещинахъ задняго прохода.

Кромѣ этихъ симптоматическихъ случаевъ наблюдается еще и неизлечимый идиопатическій вагинизмъ, въ видѣ мѣстнаго „истероневроза“.

Послѣдствіемъ является безплодіе, семейный раздоръ. Мнѣ пришлось наблюдать два случая, гдѣ вагинизмъ послужилъ поводомъ къ разводу. Въ другомъ случаѣ обѣ стороны успокоились и довольствовались платонической любовью.

Прибѣгали даже къ coitus подѣ наркозомъ. Заслуживаетъ вниманія, что вагинизмъ возвращается послѣ родовъ съ прежней силой; этимъ опровергается до нѣкоторой степени теорія механическаго или воспалительнаго происхожденія вагинизма. Этому съ трудомъ можно было бы повѣрить, не убѣдившись лично.

При постановкѣ *диагноза* необходимо выяснитъ причину столь яснаго комплекса симптомовъ. Если имѣется воспаленіе, то случай представляется легко понятнымъ. Но если не имѣется никакихъ воспалительныхъ явленій, то подвергаютъ подѣ наркозомъ весьма тщательному изслѣдованію, примѣняя зеркало, всю vulvam и hymen, не имѣется-ли трещины.

Леченіе, при временномъ вагинизмѣ въ началѣ брака, чисто психическое. Рекомендуютъ прекратить совершенно всѣ попытки къ coitus, что во многихъ случаяхъ является счастливымъ исходомъ для обѣихъ сторонъ. Ut aliquid fiat назначаютъ обмыванія, ванны, мази. Я запрещалъ нерѣдко coitus на 2 мѣсяца, но уже по прошествіи мѣсяца женщина оказывалась беременной! При большемъ знакомствѣ супруговъ другъ съ другомъ впоследствии все проходитъ само собою. Полное выздоровленіе я наблюдалъ послѣ употребленія кокаина. Прописываютъ мазь съ кокаиномъ 1 : 15, которою смазываютъ входъ. Уже вслѣдствіе сознанія, что coitus будетъ теперь безболѣзненнымъ, легко возможно введеніе смазаннаго масломъ penis.

Если имѣется воспаленіе, то леченіе направляютъ противъ послѣдняго.

Трещину прижигаютъ подъ наркозомъ *Raquelin*'омъ. Если дѣвственная плева оказывается неразорванной, то лучшимъ средствомъ является растяженіе ея подъ наркозомъ. Сначала вводятъ одинъ, потомъ другой палецъ, причѣмъ обоими пальцами сильно оттягиваютъ заднюю спайку къ заднему проходу. Уже этого растяженія бываетъ вполне достаточно. Если при очень плотной плевѣ получается случайно разрывъ вблизи клитора, то можетъ наступить опасное для жизни кровотеченіе. Въ одномъ подобномъ случаѣ мнѣ пришлось произвести обкалываніе. Разрывы одного только *hymenis*, значить въ нижней его части, даютъ обыкновенно лишь незначительное кровотеченіе. Во всякомъ случаѣ показуется осторожность и подобное внимательство не слѣдуетъ производить амбулаторно. *Vulvam* держать открытой, вводя въ нее смоченный масломъ толстый тампонъ изъ іодоформовой марли. Послѣдующее леченіе состоитъ во введеніи деревянныхъ расширителей, толщиною отъ мизинца до разбѣровъ *penis*. Расширители эти больная вводитъ себѣ сама и такимъ образомъ утрачиваетъ страхъ передъ совокупленіемъ. Кровавыя операціи ножомъ и швы совершенно излишни; при экстирпаціи *hymenis* я наблюдалъ рубцы, которые были настолько же болѣзненны, какъ и прежде самъ *hymen*, причѣмъ входъ оставался почти такимъ же узкимъ, какъ и раньше. При истерическомъ вагинизмѣ я наблюдалъ выздоровленіе послѣ простаго внушенія.

При неизлечимомъ вагинизмѣ необходимо супругамъ сообщить всю правду, чтобы они имѣли возможность устроиться по собственному желанію.

Hildebrandt описалъ случаи сильнѣйшей судороги *levatoris ani*, которая, въ слабой степени, наблюдается во всѣхъ случаяхъ вагинизма. Вѣдь и физиологически, при сильномъ чувствѣ сладострастія, *levator ani* прижимаетъ мужской удъ къ выступу мочеиспускательнаго канала. Существуютъ даже женщины, которыя могутъ по желанію, игрою мышцъ промежности, сжимать, присасывать и выталкивать введенный во влагалище мужской членъ. Въ случаѣ *Hildebrandt*'а *penis* удерживался во время *coitus* въ теченіе нѣкотораго времени, т. е. получался такъ наз. «*penis captivus*». Я наблюдалъ случай, въ которомъ женщину пришлось хлороформировать, чтобы высвободить изъ влагалища, съ помощью пальца, сильно опухшій *penis*; совокупленіе совершилось въ этомъ случаѣ на лѣстницѣ, въ стоячемъ положеніи, причѣмъ помѣшали посторонніе; къ страху обоихъ участниковъ *penis* оказался плѣненнымъ.

Ф. Кишечно-влагалищные свищи ¹⁾).

Если во время родовъ наступаетъ полный разрывъ промежности, то послѣдняя заживаетъ иногда снаружи, а вверху остается кишечно-влагалищный свищъ. Это наблюдается нерѣдко и послѣ пластическихъ операцій.

Симптомы находятся въ зависимости отъ величины свища. Маленькіе свищи могутъ представляться въ видѣ клапановъ, не вызывая никакихъ

¹⁾ *Mäurer*, Deutsche med. Woch., VII, 26.—*Fritsch*, C. f. G. 1889, 804.—*Sänger*, *ibid.*, 1891, стр. 145.—*Le Dentu*, *ibid.*, 1891, 284.

разстройствъ. Въ другихъ случаяхъ черезъ свищъ проходятъ газы и жидкій калъ, между тѣмъ какъ густой калъ проходитъ мимо. Это произвольное отхожденіе газовъ настолько тягостно для больныхъ, что они ищутъ врачебной помощи, несмотря на отсутствіе тяжелыхъ симптомовъ. Если ниже свища зажила только промежность, но не sphincter ani, то на-лицо будутъ симптомы полного разрыва промежности. Если тонкая стѣнка влагалища покрыта язвами или трещинами, то наблюдаются разстройства, сходныя съ fissura ani.

Свищи могутъ развиваться и вслѣдствіе давленія *Zwanck'*овскаго песарія, вслѣдствіе частичной гангрены въ послѣродовомъ періодѣ, а также травмъ, напр., при выведеніи головки надавливаніемъ на нее со стороны прямой кишки.

Мнѣ случалось наблюдать свищи между влагалищемъ и тонкой кишкой. Если часть кишки, лежащая ниже свища, болѣе не функционируетъ, то весь калъ проходитъ черезъ влагалище. Если главная масса кала проходитъ черезъ кишечникъ, такъ что получается удовлетворительный стулъ, то подобные свищи заживаютъ самопроизвольно, хотя и медленно. Въ виду этого не слѣдуетъ торопиться съ операцией.

Высоко лежащіе, соединенные съ костями при помощи рубцовъ свищи часто не удается оперировать черезъ влагалище вслѣдствіе того, что свищъ не удается оттянуть и сдѣлать доступнымъ. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ избрать „парасакральный“ путь, слѣдуетъ проникнуть до свища между прямой кишкой и влагалищемъ. При этомъ придется закрыть лишь одну трубку, лучше всего прямую кишку. Если отверстіе во прямой кишкѣ заживаетъ, то отверстіе въ влагалищѣ закрывается самопроизвольно грануляціями.

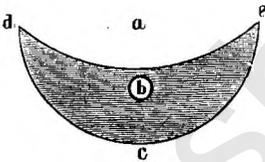


Рис. 51.

Свищи, лежащіе глубоко, которые можно оттянуть книзу, заживляютъ такимъ образомъ, что освѣжаютъ овалъ, какъ при kolporrhaphia. Погружными катгутowymi швами соединяють сначала прямую кишку, потомъ раневыя поверхности и въ концѣ концовъ раневые края влагалища.

При глубокихъ свищахъ, сидящихъ надъ самымъ заднимъ проходомъ, раневые края при сагиттальномъ освѣженіи заворачиваются весьма легко. Въ виду этого я поступаю слѣдующимъ образомъ (рис. 51): вырѣзается или освѣжается полулунный лоскутъ. *Columna gigantum a* слегка отсепаровывается и натягивается въ видѣ клапана на дефектъ и свищъ *b*, такъ что выпуклый край раны *de* пришивается къ согнутому краю *c*. Швы проходятъ подъ всею раневою поверхностью. При этомъ способѣ легко удается верхній край раны, легко смѣщаемую *columna gigantum*, прямо пришить къ наружной кожѣ, такъ что весьма глубоко лежащіе свищи заживаютъ при одновременномъ укрѣпленіи промежности. Послѣдующими родами промежность нисколько не подвергается опасности при моемъ способѣ.

Подобнымъ способомъ мнѣ удавалось излечить многочисленныя свищи даже безъ наркоза. Можно также пробраться вверхъ со стороны промежности, между кишкой и влагалищемъ, и настолько смѣстить свищъ кишки и влагалища, чтобы они болѣе не приходились другъ противъ друга; вслѣдствіе этого происходитъ срощеніе.

Г. Поврежденія влагалища.

Обширныя поврежденія влагалища происходятъ случайно: при паденіи на острия тѣла, при раздробленіи костей таза или при грубыхъ попыткахъ изнасилованія, въ особенности у дѣтей. Такимъ образомъ попавшая во влагалище рукоятка лопатки произвела рану, которая простиралась до самой почки. Одна дѣвочка, которую переѣхала телѣга, вслѣдствіе чего получило раздробленіе таза, представляла разрывы прямой кишки и мочевого пузыря. Сначала былъ закрытъ свищъ и сдѣланъ мочеиспускательный каналъ, послѣ него уже были восстановлены прямая кишка и промежность. При совокупленіи вскорѣ послѣ родовъ или при coitus prope bestiarum могутъ происходить разрывы задняго влагалищнаго свода. Мнѣ пришлось нѣсколько разъ, въ виду опаснаго для жизни кровоточенія, шить подобныя раны, такъ какъ тампонація оставалась совершенно безуспѣшной.

Если поврежденія нижней трети влагалища заживаютъ твердыми неподатливыми рубцами, то влагалище остается зіяющимъ, причемъ при пережѣннѣ положенія тѣла въ него входитъ и выходитъ съ большимъ шумомъ воздухъ. Это весьма тягостный симптомъ, который приходится устранить оперативными вырѣзаніями и пластикой рубцовъ.

ГЛАВА ПЯТАЯ.

Болезни мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала.

А. Образованіе щелей и измѣненія положенія.

Мочевой пузырь ¹⁾ развивается вслѣдствіе расширенія и удлиненія хода allantois. Уже на 2-мъ мѣсяцѣ утробной жизни послѣдній принимаетъ веретенообразную форму, причемъ верхняя часть этого полаго веретена переходитъ въ urachus (ligamentum vesicae medium). Эта связка часто видна при чревосѣченіяхъ въ видѣ бѣлаго пучка. Если остается просвѣтъ, то черезъ пупокъ просачивается моча: fistula urachi, весьма рѣдкій порокъ развитія, который легко устранить прижиганіями или операцией.

При Epispadia расщепленной представляется часть пузыря надъ клиторомъ (см. рис. 52), при Hypospadia—нижняя влагалищная часть. При самыхъ сильныхъ степеняхъ эписпадии передняя стѣнка пузыря отсутствуетъ,

¹⁾ Nagel, Z. f. G. XXIV, 152.

причемъ задняя стѣнка, поддаваясь внутрибрюшному давленію, выпячивается надъ поверхностью живота: *эктопія пузыря*. Это обезображиваніе, уродство, объясняли тѣмъ, что при атрезіи мочеиспускательнаго канала растянутый полный мочевой пузырь препятствуетъ закрытію брюшной щели и разрывается впоследствии при еще болѣе сильномъ наполненіи. Болѣе вѣроятнымъ, однако, представляется то, что атрезія мочеиспускательнаго канала развивается вторично вслѣдствіе того, что послѣдній

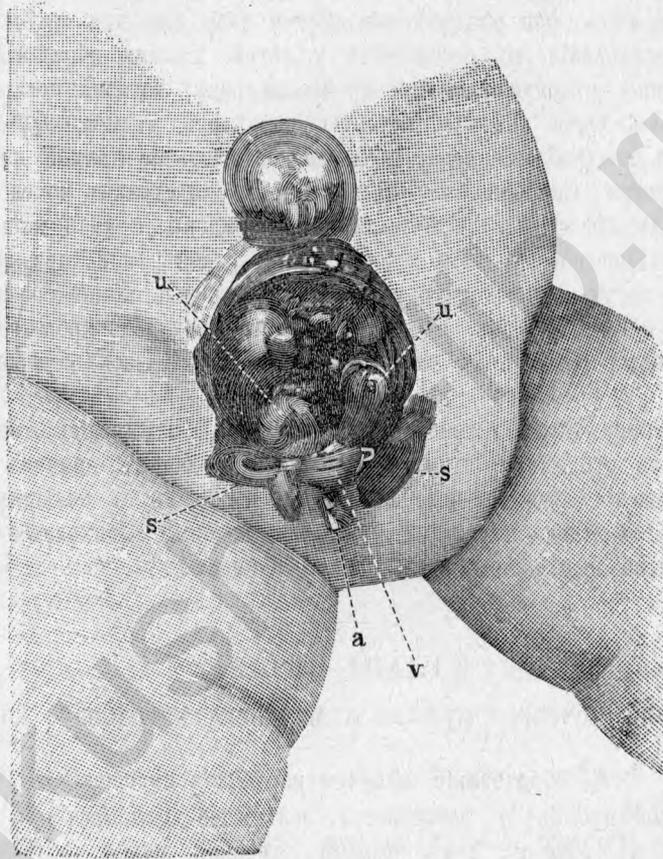


Рис. 52. Брюшная щель съ эктопіей мочевого пузыря. *u*—отверстіе мочеточника, *a*—задній проходъ, *S*—срамныя губы, *V*—влагалище.

не функционируетъ. Кроме того, описаны случаи, въ которыхъ не разорванный пузырь вдавался въ брюшную щель ¹⁾. Въ виду этого *Reichel* объясняетъ щель мочевого пузыря задержкой развитія при ненаступленіи сращенія краевъ первичнаго желоба. Весьма понятное объясненіе даетъ *Ahlfeld*: по этому автору, внутри расщепленія часть *urachi* оттягивается *ducto omphalomesenterico* косвеннымъ образомъ кпереди. Пузырь попадаетъ

¹⁾ *Vrolik*, Tab. ad embryogenesisin. 1844. Табл. 29—32.—*Lichtheim*, Langenbeck's Arch., XV.—*Reichel*, A. f. klin. Chir. XLVI, 4.—*Beitr. z. klin. Chir.*, XIV.—*Goldmann*, ibidem XIII, 21.—*Rasch*, Beitr. z. klin. Chir. XVIII, 557.

при этомъ въ являющуюся еще брюшную щель, препятствуетъ ей закрыться и разрывается впоследствии, такъ какъ не подвергается болѣе противо-давленію. При болѣе значительномъ смѣщеніи пузыря становится понят-нымъ и развитіе расщепленія таза. Закрытію брюшной щели препятствуетъ, можетъ быть, и *Simonart'*овская связка.

Невзирая на эктолію и расщепленіе таза, въ наблюдавшихся мною случаяхъ, внутренніе половые органы представлялись хорошо развитыми. Въ литературѣ имѣется рядъ случаевъ благополучно окончившихся родовъ при расщепленіи таза и мочевого пузыря.

Наружный видъ щели мочевого пузыря крайне различенъ. Пупокъ находится обыкновенно ближе къ симфізу. Въ самыхъ отчаянныхъ случаяхъ представляется расщепленнымъ весь животъ, отъ пупка до клитора. Уретра и лобокъ отсутствуютъ, лобковые кости широко раздвинуты, передней стѣнки мочевого пузыря не имѣется, задняя стѣнка образуетъ течнокрасную, полшаровидную, грибовидную опухоль между пупкомъ и *introitus vaginae*. Слизистая оболочка мочевого пузыря, которую покрыта эта опухоль, представляетъ явленія хроническаго воспаленія. Отверстія мочеточниковъ сильно выдаются или покрыты складками слизистой оболочки, но во всякомъ случаѣ ихъ удается отыскать: если присматриваться въ теченіе нѣкотораго времени, то отверстія узнаются по вытекающей мочѣ. Наружная брюшная стѣнка оканчивается у опухоли острыми краями, такъ что подъ края можно проникнуть зондомъ, какъ и при синузозныхъ язвахъ. Въ другихъ случаяхъ кожа переходитъ въ слизистую оболочку, но не равномерно, такъ что мѣстами видны на слизистой оболочкѣ островки эпидермиса. Остатки расщепленнаго клитора и срамныя губы находятся сбоку въ видѣ сморщенныхъ рубцовыхъ массъ, какъ будто-бы была произведена операція и наступило неправильное заживленіе.

Симптомы состоятъ въ разстройствахъ, обусловленныхъ присутствіемъ легко ранимой опухоли и произвольнымъ, постояннымъ истеченіемъ мочи.

Предсказаніе неблагоприятно. Неоднократно было испытано образованіе функціонярующаго пузыря вырѣзаніемъ доскутовъ, но безъ всякаго успѣха. Къ сожалѣнію, въ большинствѣ случаевъ отсутствуютъ и уретра, такъ что даже при удавшемся образованіи пузыря моча все-таки продолжаетъ вытекать. Въ одномъ случаѣ я удалилъ пузырь совершенно и оставилъ кусокъ слизистой оболочки лишь вокругъ мочеточниковъ. Послѣ этого я вскрылъ черезъ рану брюшной стѣнки влагалище передъ самымъ маточнымъ рыльцемъ и вшилъ мочеточники въ стѣнку влагалища. Развилось полное выпаденіе матки, вслѣдствіе чего и произвелъ полную экстирпацію матки и пришилъ на мѣстѣ шейки мочеточники.

Такъ какъ въ одномъ случаѣ пересадки мочеточниковъ въ прямую кишку я потерялъ больную отъ восходящаго уретерита и піелонефрита, то эту больную я отпускалъ съ мочепріемникомъ.

Она была, по крайней мѣрѣ, способной къ труду. Прежде одежда раздражала эктопированный пузырь, и нельзя было носить мочепріемникъ.

Maidl, Eißelsberg и другіе рекомендуютъ шивать мочеточники въ *S. Romanum*, а не въ прямую кишку. Сообщено объ удачныхъ случаяхъ, но въ настоящее время не рѣшенъ еще вопросъ, уничтожается-ли этимъ опасность восходящаго уретерита и піэлоуефрита.

Кромѣ наблюдающихся при расщепленіяхъ эктопій, а также эверсій и инверсій, существуютъ еще, хотя крайне рѣдко, полныя выпячиванія вполне развитого мочевого пузыря черезъ мочеиспускательный каналъ. Дивертикулы пузыря встрѣчаются у мужчинъ болѣе часто, чѣмъ у женщинъ. Въ видѣ весьма рѣдкихъ образованій описаны поперечныя перегородки, двойной пузырь и т. д.

В. Воспаленія мочевого пузыря ¹⁾.

Заболѣванія мочевого пузыря у женщинъ нѣсколько отличаются отъ таковыхъ же процессовъ у мужчинъ: отсутствіе предстательной железы, гипертрофія которой ведетъ къ столь серьезнымъ послѣдствіямъ, предохраняетъ женщинъ отъ извѣстныхъ пораженій пузыря, такъ какъ вслѣдствіе малой длины уретры задержка мочи менѣе опасна, чѣмъ у мужчинъ. Съ другой стороны, частота воспаленій сосѣднихъ частей—*peritonitis, parametritis* и *metritis*—ведетъ въ свою очередь къ извѣстнымъ опасностямъ. Скопленіе конкрементовъ въ женскомъ пузырьѣ наблюдается рѣдко, въ виду того, что даже камни величиною въ вишневу кочточку проходятъ черезъ мочеиспускательный каналъ безъ особой боли. Угловатые камни, однако, могутъ находиться вполне скрытыми въ дивертикулахъ, и не констатируются при изслѣдованіи.

При болѣе крупныхъ камняхъ мочевого пузыря не слѣдуетъ насильственно расширять мочеиспускательный каналъ, ибо при этомъ получаютъ трещины и ссадины, которыя вызываютъ въ теченіе продолжительнаго времени довольно значительную боль и легко остается ведержаніе мочи. Я произвожу принципиально продольный разрѣзъ отъ *portio* до области внутренняго отверстія мочеиспускательнаго канала и удаляю камень ручными пріемами. Послѣ тщательнаго ошупыванія и промыванія пузыря немедленно накладываютъ шовъ. Все необходимо производить весьма быстро, такъ какъ кровотеченіе весьма сильно.

Этиологія воспаленій мочевого пузыря.—*Cystitis* является послѣдствіемъ инфекціи. Помимо занесенія инструментами *Bacterium coli* можетъ попадать въ мочевой пузырь вслѣдствіе незначительной длины уретры и

¹⁾ *Fischer u Traube*, Berl. kl. W., 1864, 1.—*Hausmann*, M. f. G. XXXI.—*Kaltenbach*, A. f. G. III, 1.—*Schwarz*, Diss. Halle, 1879.—*Schmidt*, Diss. Halle, 1881.—*Utzmann*, Wiener Klinik., 1893.—*Schatz*, A. f. G. I, стр. 469.—*Küstner*, A. f. G. XX.—*Moldenhauer*, A. f. G. VI, стр. 108.—*Krukenberg*, A. f. G. XIX, 261.—*Winckel*, Berl. u. Stud. 1876, II, стр. 76.—*Rovsing*, Blasenentzündung, etc., 1890.—*Fürbringer*, Krankh. d. Harn- u. Geschlechtsorgane. 1890.—*Güterbock*, Krankh. d. Harnblase, D. Chir., 52, 1890.—*Utzmann*, Krankheiten der Harnblase, *ibid.*—*Timmer*, C. f. G., 1891, 55. *Barlow*, A. f. Derm. u. Syph., 1893.

близости задняго прохода. У старухъ съ атрофированной зіяющей половой щелью каль очень легко можетъ попадать, при подтираніи послѣ испражненія, на наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала—тѣмъ болѣе, что послѣднее широко зіяеть вслѣдствіе старческой инволюціи и смотритъ болѣе вверху; то же самое было наблюдаемо и у новорожденныхъ ¹⁾). Изъ микробовъ при циститахъ преобладаютъ: *Bacterium coli commune*, стрептококки, *proteus*, *bacillus lactis aërogenes*, но встрѣчается и настоящій говоройный циститъ. Важное этиологическое значеніе имѣютъ и постороннія тѣла: напр., пессаріи могутъ быть введены въ мочеиспускательный каналъ по ошибкѣ, шпильки, карандаши, вставочки и т. д.—при мастурбаціи. Далѣе воспаленіе пузыря происходитъ вслѣдствіе прониканія содержимаго сосѣднихъ абсцессовъ. Кромѣ того, абсцессъ можетъ вскрыться одновременно въ прямую кишку и мочевоу пузырь, такъ что смѣшанный съ гноемъ каль попадаетъ въ пузырь. Въ другихъ случаяхъ попадаютъ изъ прямой кишки въ пузырь только газы, которые отходятъ при сильныхъ тенезмахъ. Подъ именемъ пузырной беременности описаны случаи, въ которыхъ изъ нагноившагося эктопированнаго плоднаго мѣшка въ мочевоу пузырь попадали зародышъ или части его. Въ пузырь наблюдались также волосы и зубы, попавшіе сюда изъ дермоидной кисты.

Вскрытіе сосѣднихъ абсцессовъ происходитъ въ области шейки пузыря. Въ подобныхъ случаяхъ появляются, еще задолго до вскрытія, весьма бурные симптомы вслѣдствіе сдавленія верхней части мочеиспускательнаго канала: сильная, внезапно повышающаяся лихорадка, боли, задержка мочи и тенезмы. Если произошло вскрытіе гноя, то боли и лихорадка, а также задержка мочи сразу прекращаются. Гной ведетъ къ воспаленію мочевого пузыря, хотя и не во всѣхъ случаяхъ. Это объясняется тѣмъ, что при однократномъ обильномъ вхожденіи гноя въ пузырь, гной выводится черезъ мочеиспускательный каналъ, который затѣмъ споласкивается здоровоу мочеоу и происходитъ *restitutio ad integrum*. Если же гной попадаетъ въ пузырь отдѣльными порціями, если гной содержитъ способные къ дальнѣйшему развитію микроорганизмы, остающіеся въ пузырь въ теченіе болѣе продолжительнаго времени, то развивается разложеніе мочи, которое ведетъ къ воспаленію мочевого пузыря.

Воспаленіе мочевого пузыря вызывается и употребленіемъ грязныхъ инструментовъ для катетеризаціи, въ особенности во время беременности и въ послѣродовомъ періодѣ. Такъ какъ уретра почти въ половинѣ всѣхъ случаевъ содержитъ бактерии, то зараженіе возможно несмотря и на асептичность инструментовъ. Поэтому нужно считать волюнтарціоу рачіональнымъ совѣтъ (*Savor*), дѣлать послѣ каждой катетеризаціи промываніе мочевого пузыря $\frac{1}{4}$ % растворомъ протаргола. Громадную опасность представляетъ неумѣлая катетеризаціа при пустомъ пузырь:

¹⁾ *Finkelstein*, Jahrb. f. Kinderheilk., XI. III, 1.

при полномъ пузырьѣ струя смываетъ механическимъ путемъ все приставшее къ катетеру. Не подлежитъ сомнѣнію, что микотическіе катарры пузыря развиваются также вслѣдствіе введенія нечистыхъ пессаріевъ во влагалище. Омывающій всю vulvam гной попадаетъ въ уретру, вдавливаясь penis'омъ или пальцемъ и заражаетъ мочеиспускательный каналъ и пузырь. Такимъ образомъ воспаленіе пузыря развивается при ихорозно распадающемся ракъ постепенно, при ихорозныхъ міомахъ часто довольно быстро. При неосложненной Cystocele катарра пузыря не развивается, именно вслѣдствіе того, что послѣдующая моча смѣшивается съ застойной и этимъ предупреждается дѣйствительный полный застой мочи. При абсолютной, однако, задержкѣ, напр., при ущемленіи ретрофлексированной матки, можетъ наступить разложеніе мочи, причѣмъ инфицируется слизистая оболочка, такъ что наступаетъ полное или частичное ея омертвѣніе.

Я сомнѣваюсь въ томъ, что простудой можетъ вызываться «катарръ пузыря», такъ какъ дѣти, которыя такъ легко простужаются, не страдаютъ катаррами пузыря. Проходящіе тевезмы пузыря наблюдаются иногда послѣ ледяныхъ впрыскиваній во влагалище. Достоинно вниманія, что при тевезмахъ мочевого пузыря зачастую малѣйшее охлажденіе кожи немедленно вызываетъ приступъ тевезмовъ; поэтому страдающіе болѣзвью мочевого пузыря нерѣдко сильно кутаются. Возможенъ и «нисходящій» инфекціонный катарръ пузыря, напр., при интерстиціальномъ гнойномъ нефритѣ, при віеміи. Типомъ подобнаго нисходящаго бактерійнаго цистита представляется туберкулезъ мочевого пузыря, при которомъ имѣется обыкновенно туберкулезное пораженіе одной или обѣихъ почекъ и мочеточниковъ.

Анатомія.— Женскій мочевой пузырь вмѣщаетъ въ среднемъ 300 грм. и можетъ, безъ развитія болей, вмѣстить и 400 грм. При задержкѣ мочи пузырь растягивается до того, что катетеромъ удаляютъ до $4\frac{1}{2}$ литровъ мочи въ одинъ пріемъ.

Нормальная слизистая оболочка пузыря гладкая, блѣдно-розоваго цвѣта, бархатистая. При воспаленіи она интенсивно-краснаго цвѣта, бородавчатая, гранулированная, легко кровоточитъ. Оба состоянія можно видѣть при операціяхъ свищей. Если катарръ существуетъ продолжительное время, если слизистая оболочка представляется завороченной у свищевого края или если весь пузырь выпадаетъ черезъ свищевое отверстіе, то слизистая оболочка оказывается утолщенной, покрытой выступами или полипозными разроженіями, которыя подлежатъ удаленію острой ложкой. Въ trig. Lieutaudii находятъ мелкія кисты и фолликулы. Сосуды представляютъ сильную инъекцію, расширены и легко кровоточатъ при дотрогиваніи. При ракъ матки типичнымъ представляется пузырчатый отекъ слизистой оболочки пузыря.

Въ началѣ воспаленія, въ остромъ стадіи, напр., при впрыскиваніи слишкомъ сильныхъ дезинфицирующихъ средствъ, въ мочѣ находятъ многочисленныя кровяныя тѣльца. Моча представляется вначалѣ бурокраснаго цвѣта, впоследствии получается болѣе или менѣе обильный

бѣловатый осадокъ: слизь и гной съ эпителиемъ пузыря, *Bacterium coli* сошпиге, дрожжевые грибки, кокки, сапрофиты. Но и по исчезаніи всѣхъ другихъ симптомовъ даетъ моча гнойный осадокъ еще въ теченіе продолжительнаго времени, и симптомы усиливаются время отъ времени безъ особой причины, при одновременномъ увеличеніи числа бактерій. Хроническій катарръ можетъ существовать долгое время безъ участія мышцъ пузыря. При вскрытіяхъ находятъ слизистую оболочку сильно инъецированной лишь мѣстами, пронизанной геморрагіями или язвенными потерями вещества, такъ что предположеніе о частичномъ пораженіи слизистой оболочки нужно считать вполне правильнымъ. Въ особенности вблизи внутренняго отверстія мочеиспускательнаго канала существуетъ нерѣдко частичное воспаленіе и расширеніе сосудовъ.

При сильномъ разложеніи моча становится щелочной. Бактеріи и кокки вѣдряются въ слизистую оболочку и ведутъ къ некрозу. Хотя въ начальномъ стадіи и наблюдается болѣе часто общее заболѣваніе, но оно зачастую быстро принимаетъ обратное развитіе, и остается частичное язвенное пораженіе. Чаще всего находятъ язвы вблизи *Trigonum Lieutaudii*; вслѣдствіе отсутствія подслизистаго слоя здѣсь слизистая оболочка представляется менѣе резистентной. Язва и ея некротизированныя частички находятся въ пузырьѣ въ видѣ инородныхъ тѣлъ и инкрустируются моче-кислыми солями. Но вскорѣ принимаетъ участіе въ инфильтраціи и воспаленіи и мышечный слой. Онъ утолщается, разбухаетъ, инфилтрируется и парализуется, воспаленіе становится паренхиматознымъ. Хотя язвы и заживаютъ, но гипертрофія, сморщиваніе и уменьшеніе всего пузыря могутъ существовать еще годами. Весьма часто слизистая оболочка остается при этомъ въ хронически-катарральномъ состояніи. Въ подобныхъ случаяхъ еще по прошествіи многихъ лѣтъ прощупываютъ утолщенный пузырь въ видѣ матки тотчасъ послѣ родовъ, причѣмъ одновременно слизистая оболочка остается въ складкахъ, толстой, легко кровоточащей; пузырь вмѣщаетъ лишь малое количество мочи, которая постоянно вытекаетъ по каплямъ. Въ другихъ случаяхъ, къ величайшему страданію больныхъ, существуетъ постоянный позывъ къ мочеиспусканію. Моча можетъ стать даже совершенно нормальной, слизистая оболочка можетъ придти въ нормальное состояніе, но тѣмъ не менѣе остается концентрическая гипертрофія стѣнки. Больныя подвергаются всегда тѣлесному и душевному истощенію и мнѣ пришлось уже наблюдать случаи рефлекторнаго психоза и самоубійства на этой почвѣ.

Если циститъ не переходитъ въ хроническую форму, если острое распаденіе проникаетъ все болѣе въ глубину, то обнажается и воспаляется брюшина. Но и въ подобныхъ случаяхъ инфекціонное содержимое пузыря можетъ не проникнуть въ полость брюшины, при условіи утолщенія послѣдней. Въ весьма острыхъ неблагопріятныхъ случаяхъ, которые наблюдаются почти исключительно при *retroflexio uteri gravidi incarcerati*, прободается и брюшина, большею частью, не быстро, бурно, вслѣдствіе внут-

ренного давления со стороны пузыря, а медленно, вследствие прогрессирующего омертвѣнія и размягченія стѣнки мочевого пузыря. Образуются абсцессы стѣнки мочевого пузыря, которые вскрываются въ обѣ стороны. Въ подобныхъ случаяхъ моча попадаетъ въ полость брюшины и смерть наступаетъ довольно быстро вследствие Peritonitis и Sepsis.

При перегибѣ беременной матки къзади уретра подвергается сильному вытяженію; при этомъ происходитъ прежде всего задержка мочи, а затѣмъ состояніе такъ называемой *ischuria paradoxa*, т. е. постоянное истеченіе мочи изъ переполненнаго ad maximum мочевого пузыря.

Въ тяжелыхъ случаяхъ микотическаго цистита происходитъ иногда отторженіе всей слизистой оболочки. Некротизированная слизистая оболочка пузыря отдѣляется отъ подлежащаго слоя, такъ что въ пузырьѣ лежитъ какъ бы второй пузырь: отдѣлившаяся слизистая оболочка. Этотъ мембранозный циститъ я наблюдалъ лишь при задержкѣ мочи вследствие *retroflexio uteri gravidi incarcerati*. Здѣсь, повидимому, некрозъ является послѣдствіемъ чрезмѣрнаго растяженія пузыря и одновременно инфекціи. Но, невзирая на полную потерю слизистой оболочки, наступаетъ постепенно выздоровленіе и восстановленіе функцій.

Смерть можетъ наступить и по прошествіи многихъ мѣсяцевъ вследствие піелонефрита и нефрита съ образованіемъ множественныхъ піемическихъ абсцессовъ.

Существуетъ, однако, и хроническій микотическій катарръ, при которомъ удается констатировать нити *Leptothrix*, *Bacterium coli* и дрожжевые грибки. Моча вначалѣ прозрачна, безъ гноя, но быстро разлагается на воздухѣ и издаетъ уже по прошествіи 6—8 часовъ сильнѣйшее зловоніе. Подобное состояніе можетъ продолжаться годами, причѣмъ послѣ относительнаго благосостоянія въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ наступаетъ снова ухудшеніе.

Своеобразной формой представляется *Pericystitis fibrosa*, развивающаяся всегда послѣ родовъ. Пузырь опредѣляется въ видѣ твердой, какъ фиброма, опухоли таза; стѣнки его толщиной въ палецъ. Въ одномъ случаѣ я произвелъ лапаротомію и вскрылъ пузырь сверху. По прошествіи долгаго времени, при приѣженіи дренажа, верхній свищъ зажилъ и инфильтрація исчезла.

При вагинофиксаціи матки пузырь представляется иногда смѣщеннымъ и неправильнымъ. При этомъ существуютъ весьма непріятные симптомы, противъ которыхъ мы совершенно безсильны, если не удастся констатировать нитей или камней, по удаленіи которыхъ исчезаютъ и симптомы.

Симптомы.—Симптомы катарра мочевого пузыря состоятъ въ чувствѣ давления и боли въ области пузыря, въ частыхъ, мучительныхъ позывахъ къ мочеиспусканію, сопровождающихся болями и жженіемъ. Въ самыхъ легкихъ случаяхъ моча даетъ лишь ничтожную муть. При простомъ катаррѣ не имѣется лихорадки, моча мутна, вначалѣ буровата вследствие примѣси крови, впоследствии болѣе мутна и слизиста. Въ

стаканѣ осѣдаютъ на дно гнойныя и слизистыя массы. Количество осадка различно, иногда оно доходитъ до половины всего количества мочи.

При хроническомъ катаррѣ количество гноя подвержено значительнымъ колебаніямъ; оно увеличивается послѣ употребленія пива и спиртныхъ напитковъ. Одновременно усиливаются и боли и остальные расстройства. Многія больныя страдаютъ годами этой формой: но всегда, даже во время относительнаго благосостоянія, имѣется въ мочѣ небольшое количество гноя.

При микотическомъ циститѣ симптомы со стороны общаго состоянія представляются болѣе сильными; довольно быстро наступаетъ парезъ или параличъ пузыря. Это зависитъ отъ участія мышцъ пузыря. Но, какъ было уже упомянуто, встрѣчаются хроническія формы съ ничтожными тенезмами.

При *Cystitis membranosa* моча представляется бурокрасной, густой, почти студенистой, зеленоватой, сѣрбурой, съ хлопьями, съ маленькими свертками и кровавыми сгустками, причемъ издаетъ запахъ падали. Моча разлагается уже въ пузырь, пахнетъ сѣрнистымъ аммоніемъ. На первый взглядъ мы получаемъ впечатлѣнія, что будто бы произошло прободеніе кишечника въ мочевою пузырь, пока путемъ микроскопическаго изслѣдованія не удастся констатировать въ мочѣ лишь гной, кровь, составныя части мочи и бактеріи. Если отдѣляются болѣе обширныя участки слизистой оболочки, то они попадаютъ иногда въ мочеиспускательный каналъ; въ подобныхъ случаяхъ хлопья выдѣляются при коликообразныхъ тенезмахъ или черныя концы некротизированной оболочки торчатъ изъ мочеиспускательнаго канала и удаляются искусственно. Но можетъ закупориться и внутреннее отверстіе мочеиспускательнаго канала, такъ что полный пузырь удается опорожнить лишь съ трудомъ даже при помощи катетера; причиной можетъ служить или попаданіе конца катетера между *muscularis* и отдѣленной слизистой оболочкой, или закупорка отверстія катетера кусочкомъ слизистой оболочки.

При нераспознанной *retroflexio uteri gravidi* или тяжелою нехарактерномъ пуэрперальномъ циститѣ появляются тяжелые тифозныя симптомы: высокая лихорадка, начинающаяся урэмія, перитонитическія боли, септическія явленія.

Въ послѣродовомъ періодѣ внезапно появляются сильныя боли въ одной изъ почечныхъ областей, причемъ нерѣдко вовлекается въ страданіе почечная лоханка. Процессъ слѣдуетъ представить себѣ такимъ образомъ, что мочеточникъ остается нормальнымъ, пока функционируетъ сфинктеръ у внутренняго отверстія мочеточника. Если же воспаленіе пузыря до того сильно, что сфинктеръ перестаетъ функционировать, то инфекціонная моча подымается кверху. Такъ какъ въ лежачемъ положеніи мочевою пузырь находится выше, чѣмъ почки, и такъ какъ въ мочеточникахъ давленіе незначительно, то бактеріи проникаютъ кверху до почечныхъ лоханокъ.

Туберкулезное воспаление пузыря происходит большею частью вслѣдствіе инфекции со стороны почекъ и мочеточниковъ. Типичными представляются изъязвленія, которыя, невзирая на лечение, всегда удается снова констатировать путемъ цистоскопіи. Туберкулезъ пузыря, какъ мѣстный процессъ, можетъ существовать годами, причемъ лечение не оказываетъ никакого вліянія ¹⁾). При септическомъ пельвеоперитонитѣ оказывается парализованной мускулатура пузыря вслѣдствіе септического процесса. Значить, прогностически неблагоприятнымъ симптомомъ является задержка мочи, благоприятнымъ—если моча выдѣляется хорошо.

Діагнозъ и предсказаніе.—Діагнозъ катарра пузыря ставится на основаніи субъективныхъ симптомовъ. Натуживанія служатъ признакомъ начинающагося остраго катарра. Рѣшающее значеніе имѣетъ изслѣдованіе. При туберкулезѣ моча кислой реакціи, между тѣмъ какъ при всѣхъ остальныхъ микозахъ щелочная. При существованіи сообщенія между кишечникомъ и мочевымъ пузыремъ мы находимъ при помощи микроскопа остатки растительныхъ веществъ и поперечно исчерченные мышечныя волокна.

Мочу слѣдуетъ центрифугировать. Безъ этого нельзя найти бациллъ туберкулеза.

Въ общемъ можно сказать, что если тенезмы появляются до мочеиспусканія, то причина находится у *origo internum*; если имѣется боль во время мочеиспусканія, то пораженнымъ оказывается обыкновенно мочеиспускательный каналъ, если же болѣзненное ощущеніе появляется послѣ мочеиспусканія, то мѣстомъ пораженія служитъ *pelveoperitoneum*. Измѣненіе формы пузыря при опорожненіи послѣдняго сопровождается смѣщеніемъ брюшины и сосѣднихъ органовъ, вслѣдствіе чего наступаютъ перитонитическія боли. Значить, послѣ мочеиспусканія могутъ существовать сильнѣйшія боли при совершенно нормальномъ пузырьѣ.

Потугообразныя боли появляются и при плохо сидящихъ пессаріяхъ, если напр. нижній отдѣлъ пессарія *Hodge* давитъ на мочеиспускательный каналъ, или если при *retroflexio* передняя стѣнка влагалища очень коротка и растягивается длиннымъ пессаріемъ.

Къ мочѣ часто примѣшана кровь. Если подъ микроскопомъ не находятъ кровяныхъ тѣлецъ, то мы имѣемъ дѣло съ гемоглобинуріей, которая развивается напр. при употребленіи *Kali chlorici* или при замерзаніи, во всякомъ случаѣ вслѣдствіе общихъ причивъ. Гематурія съ почечными болями указываетъ на *Lithiasis* или туберкулезъ. Если боли отсутствуютъ, то необходимо имѣть въ виду ракъ или саркому почки. Кровотеченіе можетъ поддерживаться годами и папилломами пузыря, причемъ въ теченіе всего времени не наблюдается ни болей, ни тенезмъ.

Предсказаніе благоприятно при катарральномъ воспаленіи, при тяжелыхъ формахъ микотического цистита предсказаніе зависитъ отъ того, когда было предпринято правильное лечение. Но пиурия можетъ существовать годами. Въ подобныхъ случаяхъ симптомы легко обостряются при всякихъ излишествахъ.

¹⁾ *Schröder*, Zeitschr. f. Gyn. u. G., XL, стр. 1.

Лечение ¹⁾.— При пораженьяхъ пузыря, при которыхъ имѣется въ мочѣ болѣе значительное облачко слизи, отсутствуютъ лихорадка и сильныя тенезмы, такъ что мы вправѣ говорить скорѣе лишь о раздраженіи пузыря, слѣдуетъ ограничиваться внутренними средствами. Назначившіяся въ прежнее время бальзамическія средства имѣютъ обыкновенно лишь тотъ успѣхъ, что разстриваютъ желудокъ. Громадныя услуги оказываетъ обильное употребленіе молока и минеральныхъ водъ (Vichy, Fachingen, Wildungen). Если молоко не переносится, то прибавляютъ небольшое количество известковой воды (25 на 500 молока); если молоко вызываетъ поносы, то назначаютъ небольшія дозы опія.

Внутрь съ успѣхомъ назначаютъ, при щелочной мочѣ, уротропинъ, 3 раза въ день, аналгенъ, салипиринъ, салоль по 1,0 и болѣе, съ 0,02 — 0,03 кодеина. Моча при такомъ леченіи зачастую очень быстро просвѣтляется, но окончательнаго излеченія цистита не достигается. Рекомендуется также растворъ салициловаго натра, а равно бертолетовой соли 5:200, черезъ 3 часа по 1 стол. л. Необходимо помнить, что при употребленіи салола моча становится зеленочерной. Камфорная кислота, внутрь, ежедневно по 2 грм., отлично переносится и быстро устраняетъ дурной запахъ или разложеніе мочи въ пузырь. При кислой мочѣ рекомендуютъ *Ol. salosantalii* въ капсулахъ по 0,5, 1—4 раза въ день.

Противъ тенезмъ назначаютъ морфій 0,05, атропинъ 0,005 на 10,0 воды, черезъ 2 часа 5—20 капель, или кодеинъ въ двойной противъ морфія дозѣ, смотря по необходимости. Оба средства можно прибавить къ раствору *Natri salicylicii*. Успѣшно дѣйствуетъ также вытяжка красавки, назначаемая по 0,015, 2—3 раза въ день въ суппозиторіяхъ. При ощущеніи зуда въ шейкѣ пузыря ее нужно оставить. Вырыскиваніе раствора морфія въ пузырь не имѣетъ никакого значенія: во-первыхъ, морфій дѣйствуетъ черезъ центральную нервную систему; во-вторыхъ, слизистая оболочка пузыря вовсе не всасываетъ или лишь въ самой незначительной степени. Напротивъ, кокаинъ даетъ хорошіе результаты, такъ какъ онъ дѣйствуетъ мѣстно на слизистую оболочку пузыря.

Въ тяжелыхъ случаяхъ, не уступающихъ внутреннему леченію, слѣдуетъ немедленно примѣнить мѣстное леченіе. Техника промыванія пузыря состоитъ въ слѣдующемъ: берутъ тонкій номеръ моего стекляннаго катетера (см. рис. 53). Гладкая поверхность моего катетера предохраняетъ мочеиспускательный каналъ отъ поврежденій. Отверстія катетера не имѣютъ острыхъ краевъ, но гладкіе маленькіе, такъ что въ нихъ не застрѣваетъ слизистая оболочка.

Слѣдуетъ избѣгать металлическихъ катетеровъ. Часто острия и большія отверстія даютъ трещины опухшей легко ранимой слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала. Эластическіе и Nélaton'овскіе катетеры недо-

¹⁾ Wittzack, Deutsche med. Woch. 1892, 1086.

статочно гладки, вслѣдствіе чего стирають эпителий, даютъ раны и, при болѣе частомъ употребленіи—трещины. Катетеризація становится до того болѣзненной, что мы не рѣшаемся подвергать большую повторнымъ мученіямъ. Кромѣ того, эти трещины заживаютъ крайне медленно. Если мы имѣемъ несвѣжій случай и существуютъ уже поврежденія, то слѣдуетъ прибѣгать къ употребленію катетера *à demeure*, съ каучуковой трубкой для постоянного стока мочи; этотъ инструментъ, конечно, употребляется лишь у больныхъ, не покидающихъ постели. Если каучуковая трубка легко выпадаетъ, то ее пришиваютъ къ отверстию мочеиспускательнаго канала, завязывая нитку петлей, которую развязываютъ при удаленіи трубки. Каждые 2—3 дня трубку необходимо удалять и очищать, такъ какъ на ней осѣдаютъ соли и ими же она закупоривается. Изъ катетеровъ *à demeure* лучшимъ по формѣ представляется катетеръ по *Skene*; онъ состоитъ изъ стекла, легко вставляется и вынимается, а также очищается.



Рис. 53. Стекланный катетеръ.

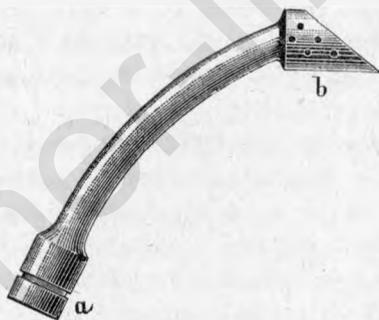


Рис. 54. Катетеръ *à demeure* по *Skene*. *b* лежитъ въ пузырь, у *a* прикрѣпляется отводящая трубка.

Введя катетеръ, промываютъ пузырь сначала 2—3 раза 4% борнымъ растворомъ, $t^{\circ} 38^{\circ} C$. Растворъ вливаютъ до тѣхъ поръ, пока у больной не появится позывъ къ мочеиспусканію, дабы растянуть пузырь и привести растворъ въ соприкосновеніе со всѣми его закоулками. Когда вытекающій растворъ станетъ совершенно прозраченъ, не имѣющимъ цвѣта мочи, вливаютъ въ пузырь подогрѣтый растворъ алскаго камня 1:1000—2000, который долженъ быть свѣже приготовленъ на перегнанной водѣ и потому его нужно выписывать каждый разъ изъ аптеки. Но даже и эти слабые растворы вызываютъ зачастую сильнѣйшую боль, такъ что въ подобныхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ еще болѣе слабымъ растворамъ. Отлично дѣйствуетъ итроль 0,2:1000: Изъ числа предлагавшихся при циститахъ средствъ хорошія услуги оказали мнѣ лишь борная кислота и ляписъ.

Иногда вполне достаточно однократного промывания раствором ляписа для достижения исчезания всех симптомовъ.

Если имѣется сильная лихорадка, то необходимо промывать болѣе часто, сообразуясь съ теченіемъ даннаго случая. Внутрь назначаютъ при этомъ морфій для утоленія болей и уротропинъ и камфорную кислоту для предотвращенія разложенія мочи въ пузырь. Это часто случаетъ, въ которыхъ уже неоднократно примѣнялась неумѣлая катетеризація мочеиспускательнаго канала. Въ подобныхъ случаяхъ катетеръ à demeure приноситъ громадное облегченіе для больныхъ: зловонная моча вытекаетъ, а также и послѣдующая. Вслѣдствіе этого моча разлагается менѣе легко, такъ какъ пузырь пустъ и моча не застаивается. Черезъ трубку, не причиняя никакой боли, можно повторно промывать пузырь. Больная чувствуетъ облегченіе уже по прошествіи короткаго времени.

Одновременно обращаютъ должное вниманіе на лихорадку, имѣя такимъ образомъ возможность дѣйствовать на общее состояніе. На стаканъ въ 300 грм. одного изъ вышеприведенныхъ источниковъ прибавляютъ 0,5 *Natr. salicyl.* съ 0,015 морфія, и назначаютъ въ сутки по меньшей мѣрѣ 1 литръ. Если не имѣется тенезмовъ, то морфія я не даю.

При ослабленіи лихорадки дѣлаютъ промыванія болѣе рѣдко, 2 раза въ сутки. Если моча не имѣетъ болѣе дурнаго запаха, если въ осадкѣ лишь небольшое количество гноя, то лучше всего оставить пузырь въ покоѣ. Впрыскиванія вяжущихъ средствъ вовсе не ускорять, по моимъ наблюденіямъ, выздоровленія; хорошія услуги оказываетъ исключительно *Argentum nitricum*. Все сводится къ уничтоженію бактерій, а не къ вяжущему дѣйствию.

Если, невзирая на промываніе большимъ количествомъ раствора борной кислоты, не исчезаетъ зловонный запахъ мочи, вообще, если выдѣляется небольшое количество густой сѣрбурой мочи и если при этомъ выдѣленіе иногда совершенно прекращается, то въ пузырь безусловно находятся хлопья некротизированной слизистой оболочки пузыря. Хлопья видны нерѣдко въ *orificium externum* уретры; эти хлопья удаляютъ корнцангомъ, которымъ предварительно осторожно расширяютъ уретру. Если хлопья не удается удалить подобнымъ образомъ, то показывается распріеніе. Я, однако, предостерегаю отъ чрезмѣрнаго распріенія. Мнѣ пришлось наблюдать нѣсколько случаевъ, въ которыхъ послѣ сильнаго распріенія уретры несчастныя больныя годами страдали упорнымъ недержаніемъ мочи.

Удивительно, что безъ окончательнаго нарушенія функціи пузыря могутъ омертвѣвать громадные участки слизистой оболочки. Погибаетъ-ли весь мышечный слой и образуется изъ перитонеальныхъ рубцевыхъ массъ съ вросавіемъ эпителия полость—новый пузырь—не удается выяснитъ даже микроскопическимъ изслѣдованіемъ отторгнутыхъ частицъ, которыя оказываются совершенно омертвѣвшими. Новообразованный пузырь посте-

пенно приобретает все большую емкость и через 5—6 месяцев функция его восстанавливается вполне.

В застарелых случаях можно произвести выскабливание мочевого пузыря *per urethram* и затем промыть его разведенным *Liqu. ferri sesquichl.*, или раствором ляписа. Зачастую лечения требует не столько воспаление, сколько его последствия—парез и незначительная емкость пузыря. Оба состоянія зависят от утолщения малой эластичности стѣнки пузыря. Утолщенный мочевой пузырь может представлять форму и консистенцію матки тотчас послѣ родовъ, причемъ и стѣнки его достигаютъ соответствующей толщины. При этой гипертрофії стѣнокъ, при незначительной расширяемости пузыря, постоянномъ отхожденіи мочи и позывѣ къ мочеиспусканію, мнѣ удавалось растягивать пузырь впрыскиваніемъ тепловатой воды. Если позывы къ мочеиспусканію становятся слишкомъ сильными, то впрыскиваніе прерываютъ и отмѣчаютъ количество, которое удалось ввести въ пузырь. Ежедневно производятъ 1—2 раза подобное растяженіе пузыря, причемъ вскорѣ замѣчаютъ, что пузырь въ состояніи вмѣщать постепенно все большія и большія количества. Можно сказать, что мы производимъ врачебную гимнастику съ мышцами пузыря. Но при подобномъ леченіи требуется терпѣніе со стороны какъ врача, такъ и больной. Къ сожалѣнію, приходится наблюдать случаи, въ которыхъ успѣхъ достигается лишь крайне медленно.

Если и это, а равно введеніе катетера à demeure, не достигаетъ цѣли, то производятъ искусственный пузыревлагалищный свищъ, вертикальнымъ разрѣзомъ по срединѣ. Субъективное облегченіе для больной, особенно при одновременномъ существованіи сильнаго уретрита, громадно и если бельную уложить въ постель, то свищъ, въ который вкладываютъ катетеръ à demeure, не вызываетъ никакихъ неудобствъ. Пузырь оцупываютъ пальцемъ, удаляютъ конкременты, очищаютъ и тщательно промываютъ. Свищъ заживаетъ самопроизвольно или закрывается впоследствии оперативнымъ путемъ.

При туберкулезѣ пузыря впрыскиваютъ 5% іодоформовую эмульсію на вазелинѣ и маслѣ, такъ какъ іодоформъ является специфическимъ средствомъ при бугорчаткѣ; можно также, послѣ тщательнаго цистоскопическаго діагноза, выскоблить и прижечь язвы. Къ сожалѣнію, этимъ достигаются мало удовлетворительные результаты: если изъязвленія и заживаютъ на одномъ мѣстѣ, то по прошествіи недѣли мы находимъ на другихъ мѣстахъ новыя язвы. Громадное значеніе имѣетъ укрѣпляющая діета и назначеніе внутрь креозота или гваякола. Отъ впрыскиванія туберкулина я не получалъ удовлетворительныхъ результатовъ.

Была также предложена и уже примѣнялась полная экстирпація пораженнаго бугорчаткою мочевого пузыря со вшиваніемъ мочеточниковъ въ кишку.

С. Новообразования мочевого пузыря. Цистоскопія ¹⁾.

Ворсинчатая опухоль, называемая также ворсистымъ ракомъ, находится обыкновенно въ *Trigonum Lieutaudii*, въ нижней части пузыря. Она представляетъ папилломатозное строеніе; отдѣльные, снабженные кровеносными сосудами сосочки покрыты цилиндрическимъ эпителиемъ. Этотъ эпителий покрываетъ или только отдѣльные сосочки, такъ что дѣйствительно имѣются ворсинки, или же онъ выполняетъ все углубленія такимъ образомъ, что получается какъ будто сплошная масса въ видѣ шарообразной, сидящей на тонкой ножкѣ плотной опухоли. Въ виду богатства сосудами, эти опухоли легко кровоточатъ. Симптомы подобной опухоли лишь рѣдко состоятъ въ затрудненіи мочеиспусканія: передвигающіяся въ мочѣ ворсинки ложатся на отверстіе уретры, такъ что струя мочи внезапно прерывается, но болѣе часто наступаютъ кровоточенія. Уже сокращеніе пузыря, но болѣе часто катетеризація вызываетъ кровоточенія. Последнія могутъ вызвать до того сильную анемію, что больная становится кахектичной. Часто моча остается совершенно прозрачной въ теченіе продолжительнаго времени, и становится мутной лишь постепенно; микроскопически удается констатировать многочисленныя гнойныя тѣльца и клѣтки цилиндрическаго эпителия, отдѣлившіяся съ поверхности опухоли. Болѣе крупныя спухолы удается иногда констатировать комбинированнымъ изслѣдованіемъ. Расширеніе мочеиспускательнаго канала до возможности ввести мизинецъ не представляетъ никакой опасности. Пальцемъ удается отлично ощупать всю поверхность опухоли.

Существуютъ также инфилтрирующіе раки пузыря, при которыхъ стѣнка пузыря сильно утолщается, концентрически гипертрофируется.

Лучшимъ способомъ ²⁾, позволяющимъ изслѣдовать внутренность пузыря зрѣніемъ безъ предварительнаго расширенія уретры, является цистоскопія, введенная въ практику *Nitze*.

Для удачнаго ея производствa у женщинъ необходимо удовлетворить четыремъ главнымъ условіямъ: мочеиспускательный каналъ долженъ быть проходимымъ для инструмента ³⁾, содержимое пузыря должно быть прозрачнымъ, полость пузыря должна вмѣщать 100—150 куб. с. жидкости ⁴⁾,

¹⁾ Описаніемъ цистоскопіи, а также рисунками 51—58 я обязанъ извѣстному цистоскописту д-ру *Viertel'ю* въ Бреславлѣ, отъ котораго я научился цистоскопировать. Я считаю своимъ долгомъ высказать здѣсь ему искреннюю благодарность за описаніе и любезное руководство.

²⁾ *Senftleben*, *Langenbeck's Arch.* I, стр. 81 (саркома).—*Freund*, *Virchow's Arch.*, LXIV.—*Heilborn*, *Diss.* Berlin. 1869 (ракъ).—*Brennecke*, *C. f. G.* 1879, 8 (фибромиома).—*Spiegelberg*, *Berl. kl. W.*, 1875, стр. 202.—*Schatz*, *A. f. G. X.*—*Simon*, *Volkmann's Vorträge* 88 и *Berl. Beitr. zur Geb.* 1872. I.—*Hein-Vögtlin*, *Corrbl. f. Schweizer Aerzte* 1879, 73.—*Gussenbauer*, *Langenbeck's Arch.*, XVIII (миома).—*Nitze*, *Lehrb. d. Kystoskopie.* 1889.—*Ernst Lüster*, *Ueber Harnblausengeschwülste*, *Samml. kl. Vortr.*, 267, 268.—*Albarran*, *Les tumeurs de la vessie.* 1891.

³⁾ Кроме обыкновенныхъ цистоскоповъ имѣются еще и другіе, для дѣтей, діаметръ которыхъ равняется всего 5 мм. Для женской уретры имѣется короткій цистоскопъ по *Casper'у*.

⁴⁾ Въ крайнемъ случаѣ достаточно 75—80 куб. с.

запирательная мышца должна вполне функционировать, чтобы во время исследования не вытекало содержимое.

Въ случаѣ паралича запирательной мышцы укладываютъ больную, по *Kelly*, съ приподнятымъ тазомъ, такъ что пузырь расширяется воздухомъ, проходящимъ въ пузырь черезъ трубку, вставленную въ мочеиспускательный каналъ. Исследование производятъ при отраженномъ снаружи свѣтѣ. Положеніе, а также предшествующее расширение уретры дѣлаютъ этотъ способъ весьма утомительнымъ для больныхъ. Кромѣ того, значительно меньше и поле зрѣнія. У дѣтей этотъ способъ вовсе не примѣнимъ. Черезъ трубку можно вводить инструменты для мѣстной терапіи и зондирования мочеточниковъ.

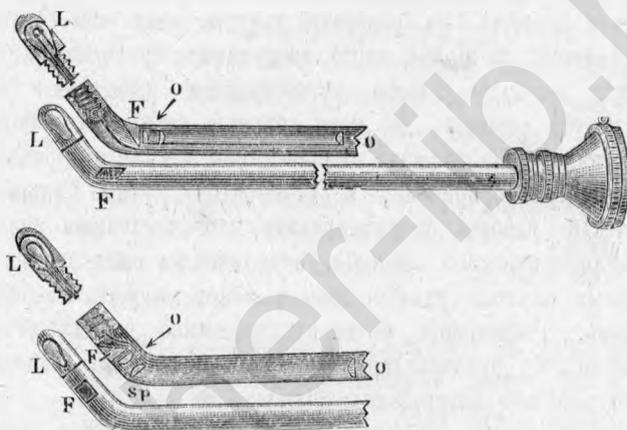


Рис. 55. Цистоскопъ I и II по *Nitze*. На разрѣзѣ и снаружи. L—лампочка. F—оконная поверхность призмы. O—оптический, увеличивающій изображеніе аппаратъ, вр. — зеркало.

Исследуя пузырь зондомъ, врачъ неизбежно долженъ касаться имъ стѣнокъ пузыря, чтобы получить представленіе объ ихъ состояніи; при примѣненіи же цистоскопа совершенно устраняется прикосновеніе къ стѣнкамъ пузыря, а слѣдовательно и возможность поврежденія ихъ.

Этотъ инструментъ основанъ главнымъ образомъ на двухъ моментахъ.

Во-первыхъ, свѣтъ не вводится снаружи, но получается на мѣстѣ исследования отъ электрической лампочки (рис. 55).

Кромѣ этого, при помощи оптическаго аппарата (O) увеличиваютъ поле зрѣнія внутри трубки, которое при обыкновенныхъ условіяхъ сводилось бы до величины поперечнаго разрѣза трубки; изображеніе получается величиною въ серебряный рубль.

Лампочкой интенсивно освѣщается часть внутренней поверхности пузыря; черезъ окно F, образуемое на поверхности катетера находящейся внутри трубки призмой, изображеніе воспринимается и отражается въ оптический увеличивающій аппаратъ, причѣмъ послѣднимъ приводится къ окулярному концу инструмента, гдѣ увеличивается находящейся здѣсь лупой.

Этимъ инструментомъ (цистоскопъ I) видны предметы въ зеркальномъ изображеніи.

Всѣ предметы, находящіеся вблизи окна, представляются, кромѣ того, еще сильно увеличенными, что всегда необходимо помнить для избѣжанія весьма серьезныхъ ошибокъ.

При цистоскопѣ II (рис. 56) лампочка бросаетъ свѣтъ по направленію продольной оси цистоскопа и предметы видны въ прямомъ изображеніи.

Кромѣ этихъ двухъ цистоскоповъ *Nitze* построены еще многіе другіе, изъ которыхъ мы упомянемъ лишь объ ирригаціонномъ цистоскопѣ, допускающемъ промываніе пузыря во время изслѣдованія, что весьма важно при кровотеченияхъ, и объ операціонномъ цистоскопѣ, для внутрипузырныхъ вмѣшательствъ; кромѣ того, при помощи изобрѣтеннаго *Nitze* фоточистоскопа возможны фотографическіе снимки внутренней поверхности пузыря.

Для зондированія мочеточниковъ у женщинъ *Leiter* модифицировалъ, по указаніямъ *Brenner*'а, цистоскопъ II *Nitze* такимъ образомъ, что подъ наблюденіемъ глаза удается ввести въ мочеточники катетеръ или зондъ. Если конусъ до того длиненъ, что свѣтъ лампы приходится еще на отверстія мочеточниковъ, между тѣмъ какъ окно уже прошло за *sphincter vesicae*, то съ этимъ цистоскопомъ зачастую очень легко произвести зондированіе мочеточниковъ.

Кто научился быстро находить цистоскопомъ отверстія мочеточниковъ, тотъ долженъ производить зондированіе мочеточниковъ при помощи *Nitze*'вскаго цистоскопа для мочеточниковъ.

Casper также устроилъ цистоскопъ для мочеточниковъ, при которомъ перемѣщеніемъ закрывающей желобъ для катетера крышки удается провести катетеръ къ цистоскопу то подъ болѣе острымъ, то болѣе тупымъ угломъ.

Albarran'омъ достигнута эта цѣль маленькой подвижной пластинкой, прикрѣпленной къ пузырному концу катетера.

Этотъ инструментъ былъ модифицированъ *Nitze* и можетъ быть примененъ въ видѣ ирригаціоннаго, обыкновеннаго цистоскопа и цистоскопа для мочеточниковъ.

Само собою понятно, что всѣми этими инструментами возможно весьма точное и нѣжное изслѣдованіе пузыря.

При помощи цистоскопа видны совершенно ясно инородныя тѣла, болѣзненные стѣнки мочевого пузыря, язвы, опухоли, камни ¹⁾.

¹⁾ Камни лежатъ не только на днѣ пузыря, но, вся на нитяхъ, иногда на такихъ мѣстахъ, которыя не доступны зонду. (*Viertel*, *Deutsch. med. W.*, 14, 93). «Вислячіе» или «летучіе» камни.

Въ виду возможности при этомъ постановки ранняго діагноза, значительно улучшилось предсказаніе: если опухоль пузыря діагностируется впервые лишь тогда, когда ее можно уже прощупать надъ лобкомъ или черезъ влагалище, то операція представляется уже болѣе затруднительной или вообще бесполезной, такъ какъ упущено время.

Способъ этотъ даетъ точныя указанія и не только относительно пу-

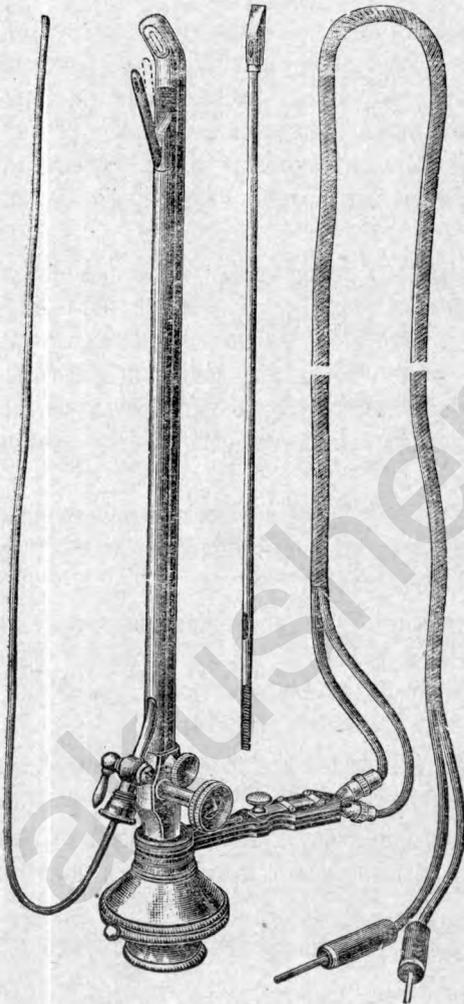


Рис. 56. Цистоскопъ съ прикрѣпленными къ нему проводами для освѣщенія. Слѣва катетеръ для мочеточниковъ, слегка выдвинутый впередъ.



Рис. 57. Carcinoma vesicae. Редицивъ рака матки, переходя его на пузырь; свадн нормальныя вены.

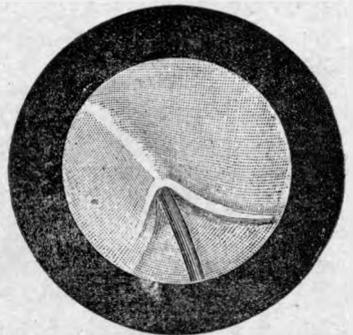


Рис. 58. Эндоскопическая картина зондируемаго мочеточника, по Viertel'ю.

зыря. Имъ удастся выяснитъ, имѣется-ли 1 или 2 мочеточника, далѣе отдѣляется-ли ими прозрачная, гнойная или кровавая моча, дѣйствуютъ-

ли они вообще; кроме того, возможно получение отдѣленія каждой почки въ отдѣльности, такъ что въ случаяхъ необходимости удаленія одной почки мы въ состояннн опредѣлить способность другой, на долю которой выпадаетъ визарнрующее дѣйствіе. Громадной ошибкой является производство нефрактомн безъ предварительнаго цистоскопическаго изслѣдованія.

Цистоскопія производится такимъ образомъ: пузырь промываютъ сначала 4% растворомъ борной кислоты до тѣхъ поръ, пока вытекающая жидкость не станетъ совершенно прозрачной; послѣ этого впрыскиваютъ въ пузырь 50 грм. 2% раствора кокаина, которые выпускаютъ по прошествіи 5 минутъ; наконецъ наполняютъ пузырь 100—150 куб. с. борной воды. Если не имѣется другихъ приспособленій, то больная укладывается на поперечной кровати, съ слегка приподнятымъ крестцомъ. Лампочку цистоскопа испытываютъ до введенія; она должна издавать до того яркій свѣтъ, что концы дуги не различаются болѣе въ отдѣльности; послѣ этого открываютъ снова токъ, и вводятъ смазанный борнымъ глицериномъ инструментъ.

Движенія, производимыя инструментомъ съ цѣлью методическаго осмотра всей внутренней поверхности пузыря, имѣютъ тройное направленіе: по продольной оси инструмента, кругообразныя вокругъ послѣдней и; наконецъ, вокругъ оси, находящейся вертикально къ продольной оси. Оознавательными точками служатъ *orificium internum*, пузырекъ воздуха у верхушки пузыря, далѣе выступы и отверстія мочеточниковъ.

Если желаютъ мочеточники опредѣлить еще болѣе ясно, то за нѣсколько часовъ до изслѣдованія назначаютъ 1—2 приема (внутри) метиленовой синьки (0,1 pro dosi). Моча и отдѣляемое представляются въ подобныхъ случаяхъ болѣе или менѣе интенсивно зелено-синяго цвѣта и рѣзко отличаются отъ прозрачной борной воды. Конечно, въ подобныхъ случаяхъ приходится отказаться отъ опредѣленія характера отдѣленія. Но этотъ способъ не представляется абсолютно вѣрнымъ. Въ нѣкоторыхъ гидронефротическихъ мѣшкахъ метиленовая синька превращается въ безцвѣтное вещество.

Далѣе, весьма рационально производить изслѣдованіе въ темномъ помѣщеніи, что удобнѣе всего вечеромъ, или при искусственномъ затемненіи, уменьшая огонь лампы послѣ введенія инструмента. Понятно, въ комнатѣ не должно быть абсолютной темноты. На рис. 57 и 58 видны „цистоскопическія изображенія“.

Леченіе.—Маленькія опухоли пузыря, діагностицированныя цистоскопически, удаляются при помощи гальванокаустической петли. Болѣе крупныя опухоли пузыря удаляютъ, если это позволяютъ силы больной, разрѣзомъ пузыря. Разрѣзъ влагалища мало пригоденъ. Кровотеченіе сильно мѣшаетъ и не позволяетъ такого точнаго осмотра, чтобы можно было совершенно смѣло оперировать или экстирпировать. Въ настоящее время

предпочитается всѣми разръзъ, производимый при высокомъ камнесъченіи. Можно дѣлать продольный или поперечный разръзъ; я лично предпочитаю послѣдній. Разръзъ ведутъ тотчасъ надъ локтемъ и проникають, разръзавъ фасцію, въ глубину черезъ вѣдпузырный жировой слой. Разръзомъ никогда не слѣдуетъ совершенно перерѣзать *m. recti*, такъ какъ въ противномъ случаѣ послѣ наступленія заживленія можетъ развиваться грыжа. Операция подобной грыжи впоследствии сопряжена съ громадными затрудненіями, такъ какъ *m. recti* сокращаются кверху приблизительно на ладонь и могутъ быть соединены лишь съ громаднымъ трудомъ. Въ виду бездѣйствія нижняго отрѣзка прямой мышцы развивается, повидимому, атрофія и жировое перерожденіе мышцы. Разръзъ долженъ быть не болѣе 7—8 см. Катетеромъ вдвигаютъ пузырь въ рану, послѣ чего пузырь разръзается поперечно. Края раны пузыря захватываютъ нѣсколькими артеріальными винцетами *Spencer-Wells'a*, или швами, вытягиваютъ и удерживаютъ въ подобномъ положеніи. Такимъ образомъ становится видимой внутренняя поверхность пузыря, такъ что опухоль удается осмотрѣть и оцупать. Осторожно, избѣгая разрыва ножки, фиксируютъ опухоль пальцемъ кверху. Опухоль удаляютъ ножомъ или гальванокаустической петлей. Кровотеченіе останавливаютъ ледяной водой, такъ какъ мышцы пузыря, реагируя на холодъ, быстро сокращаются. Въ крайнемъ случаѣ вкладываютъ въ пузырь тампонъ. Наложеніе шва для остановки кровотечения непримѣнимо, такъ какъ необходимо обойти отверстія мочеточниковъ, а поверхностно наложенные швы прорѣзаются.

При остановкѣ кровотеченія, пузырную рану закрываютъ 2—3 рядами *Lembert'овскихъ* швовъ изъ кѣтгута. Кожный разръзъ шиваютъ почти совершенно, оставляя лишь мѣсто для введенной до пузырнаго шва полоски йодоформовой марли. Моча вытекаетъ черезъ введенный въ уретру катетеръ *à demeure*. Дренажъ вверху предохраняетъ отъ инфильтраціи мочей въ случаѣ, если катетеръ выпадаетъ ночью и моча начнетъ вытекать черезъ рану; даже если это и случится, то при примѣненіи дренажа рапеевая воронка закрывается въ концѣ концовъ грануляціями; хотя это и тянется долго, но успѣхъ все же обезпеченъ. Въ иныхъ случаяхъ можно ускорить заживленіе пластическимъ закрытіемъ раневой воронки или наложеніемъ шва на нее. Не слѣдуетъ отступать передъ частичнымъ изсѣченіемъ стѣнки пузыря, напр. при бугорчаткѣ его, такъ какъ и уменьшенный въ своей емкости пузырь впоследствии растагивается и функционируетъ нормально.

Если мы находимъ стѣнки пузыря широко инфильтрованными ракомъ, то должны отказаться отъ вадсжды на выздоровленіе; но и въ подобныхъ случаяхъ рана пузыря заживаетъ, хотя и не прямо, но тѣмъ, что глубина раны „гранулируетъ“ со стороны брюшныхъ пскрововъ.

Если послѣ операціи существуетъ піурія, то время отъ времени производятъ промыванія растворами борной кислоты или ляписа.

Д. Поврежденія пузыря. Свищи ¹⁾.

Если часть влагалища или шейки матки долгое время прижимается головкой ребенка во время родовъ къ краю таза, такъ что становится безкровной, то она некротизируется и въ послѣдствіи отгоргается. Если гангренозное мѣсто лежитъ въ области пузыревлагалищной части, то здѣсь получается потеря вещества, открытое сообщеніе между влагалищемъ и пузыремъ, пузыревлагалищный свищъ.

Дальше пузыревлагалищная стѣнка раздавливается дѣтской головкой во время насильственныхъ акушерскихъ операцій при узкомъ тазѣ. Высокіе пузырешечные свищи развиваются обыкновенно при употребленіи инструментовъ. При Cystocele головка можетъ быть прижата щипцами къ симфизу настолько сильно, что Cystocele разрывается поперекъ. Эти рѣдкіе свищи представляются въ видѣ поперечной щели. Болѣе часто свищи являются послѣдствіемъ продолжительныхъ родовъ. Положительно можно утверждать, что свищи развиваются болѣе часто въ слѣдствіе того, что во время родовъ вовсе не оперировали или слишкомъ поздно, чѣмъ по причинѣ слишкомъ ранняго оперативнаго вмѣшательства.

Неправильно воткнутый, острый или тупой акушерскій крючокъ также можетъ вести къ большому свищу пузыревлагалищной стѣнки. Подобные свищи идутъ сверху внизъ, такъ что, напр., свищъ начинается въ шейкѣ и продолжается въ мочеиспускательный каналъ.

Свищи развиваются и въ слѣдствіе травмы, напр., при паденіи на острый предметъ, входящій во влагалище или при переѣздѣ тѣлгой и переломѣ костей таза. Кромѣ того, были наблюдаемы случаи свищей, обусловленныхъ *Zwanck*'овскимъ пессаріемъ. Этотъ пессарій можетъ измѣнить форму и вести постепенно, безъ всякихъ симптомовъ, къ прободенію пузыре- и кишечновлагалищной стѣнки; также могутъ дѣйствовать и инородныя тѣла влагалища, напр., шпильки. Кромѣ того, развиваются свищи при гинекологическихъ операціяхъ. Мнѣ пришлось наблюдать 2 случая свищей, развившихся при фиксаціи влагалища. При влагалищной міомо-

¹⁾ *Dieffenbach*, Operative Chir. I, 546 и сл.—*Jobert de Lamballe*, Traité des fistules. 1859.—*Simon*, Heilung der Blasenscheidenfisteln. 1862.—*Wiener med. Woch.* 1876, 27.—*Freund*, Klin. Beiträge von Betschler und Freund. 1862.—*Ulrich*, Zeitschr. d. Wiener Aerzte. 1863.—M. f. G. XXII и XXIV.—*Emmet*, Amer. Journal of med. sciences. 1877. IV.—*Bozeman*, Transact. amer. obstetr. Soc. VII, стр. 139.—*Bandl*, Wiener med. Presse, 1881; ibid. 1876 и 1882. Die Bozemansche Methode u. s. w. 1883; A. f. G. XVIII.—*Bongué*, Du traitement des fistules. 1875.—*Bröse*, Z. f. G. 1884.—*Billroth*, A. f. klin. Chir., 1869.—*Fritsch*, C. f. G. 1879, № 17.—*Hahn*, Berl. kl. W. 1879, 27.—*Kroner*, A. f. G. XIX.—*Pawlik*, Z. f. G. VIII.—*Hempel*, A. f. G. X.—*Menzel*, A. f. G. XXI.—*Kattenbach*, M. f. G. XXXI. C. f. G. 1883, стр. 761.—*Schede*, Ureterfistel. C. f. G. 1881.—*Zweifel*, A. f. G. XV.—*Baumm*, A. f. G. XXXIX. 492.—*Heyder*, C. f. G. 1890, стр. 344.—*Klein*, Münch. med. Woch. 1890, 171.—*Martin*, Z. f. G. XIX, 391.—*Neugebauer*, A. f. G. XXXIII—XXXIX, 509.—*Wyder*, C. f. G. 1891, 29.—*Coe*, C. f. G. 1898, 298.—*Mackenrodt*, C. f. G. 1891, стр. 180.—*Freund*, Samml. klin. Vortr., N. F. 118.—*Stockel*, Ureterfisteln u. Ureterverletzungen. 1900.

томъ пузырь можетъ разорваться вслѣдствіе того, что при вылученіи большой опухоли пузырь растягивается чрезмѣрно въ поперечномъ направленіи. Такимъ же образомъ приходилось мнѣ иногда наблюдать развитіе свищей при полвой экстирпации матки по поводу рака. Эти свищи развивались лишь по прѣшествіи вѣсколькихъ дней, можетъ быть вслѣдствіе давленія громаднаго количества лигатурнаго матеріала и гнойнаго размягченія въ окружности.

Смотря по мѣсту свищей, мы различаемъ нѣскольکو формъ. Обыкновенный пузыревлагалищный свищъ соединяетъ влагалище съ пузыремъ. Если верхній край свища состоитъ изъ шейки матки, то мы имѣемъ поверхностный пузыре-маточво-влагалищный свищъ. Если свищъ простирается болѣе высоко, если, значитъ, уничтожена часть *portiois*, то мы говоримъ о пузыре-шеечно-влагалищномъ свищѣ. Если имѣется сообщеніе между полостью шейки и пузыремъ, то мы имѣемъ пузырешеечный свищъ. При уретровагинальномъ свищѣ имѣется ходъ изъ мочеиспускательнаго канала во влагалище. Во влагалище можетъ открываться и одинъ изъ мочеточниковъ: уретеровагинальный свищъ. Развитіе подобнаго свища облегчается, можетъ быть, тѣмъ, что мочеточникъ притянутъ къ маткѣ параметрическимъ воссальевіемъ; въ подобныхъ случаяхъ сильный боковой разрывъ шейки во время родовъ можетъ повести къ полному разрыву мочеточника. Нижній конецъ оттягивается квису, вростааетъ и облитерируется въ рубцѣ. Вытекающая изъ верхняго конца моча держитъ мочеточникъ открытымъ, имѣется свищъ.

Могутъ существовать нѣскольکو свищей одновременно. Въ подобныхъ случаяхъ имѣются громадныя разрушенія и сросшіеся отрывки образуютъ мостики надъ громаднымъ первоначально дефектомъ; въ другихъ случаяхъ имѣются въ большомъ некротизированномъ участкѣ отдѣльныя, маленькія мѣста, сохранившія питаніе. Величина свищей крайне различна; приходится оперировать и маленькіе свищи, еле пропускающіе зондъ, и громадныя дефекты, до 8 см. въ діаметрѣ.

Въ окружности свищей видны верѣдко рубцы во влагалищной стѣнкѣ, которые доказываютъ, что имѣлись еще другія поврежденія.

При частичномъ гангренозномъ отторженіи влагалища, или при значительныхъ разрывахъ и потеряхъ вещества *vulvae*, входъ во влагалище можетъ быть до того суженъ, что не удастся ввести зеркало и видѣть глазомъ свищъ. Нейсчезаніе симптомовъ по заживленіи свища служитъ доказательствомъ существованія втораго свища болѣе высоко. Кроме того, можетъ существовать полная атрезія влагалищнаго свода. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ потеря вещества до того велика, что отъ влагалища почти ничего не остается и отсутствуетъ даже нижняя часть матки. Последняя иногда вообще не прорщупывается со стороны влагалища вслѣдствіе того, что окружена рубцевыми остатками эксудата, или вслѣдствіе узкости влагалища можетъ быть врщупана лишь черезъ прямую кишку.

Болѣе обширные свищи, находятся обыкновенно по срединной линіи. Если они очень велики, то верхняя стѣнка пузыря не имѣетъ болѣе опоры, она выпадаетъ черезъ отверстіе, даже черезъ vulva; въ подобныхъ случаяхъ слизистая оболочка пузыря весьма сильно воспалена, интенсивно-краснаго цвѣта или представляетъ даже разрошеніи. Кромѣ того, слизистая оболочка пузыря можетъ срастаться съ влагалищемъ, такъ что передъ вправленіемъ ее необходимо предварительно отдѣлѣть. Можетъ отсутствовать даже часть передней стѣнки пузыря, у самаго симфиза; при полномъ почти отсутствіи пузыревлагалищной стѣнки виднѣется спереди металлически блестящая надкостница симфиза. Въ большинствѣ случаевъ отверстія круглыя, съ тонкими краями, хотя наблюдаются и мозолистые, рубцевые края и овальные, четырехугольные и совершенно неправильной формы свищи. При всѣхъ пузыревлагалищныхъ свищахъ, черезъ которые выходитъ все количество мочи, верхняя часть мочеиспускательнаго канала сужена постепенно. Въ подобныхъ случаяхъ развивается нерѣдко полная, сидящая въ верхнемъ концѣ, атрезія мочеиспускательнаго канала. Эта атрезія только кажущаяся: ее удастся преодолѣть при болѣе сильномъ надавливаніи катетеромъ.

Если при болѣе сильныхъ поврежденіяхъ уничтожаются и части мочеиспускательнаго канала, то остатокъ можетъ оканчиваться слѣпо въ рубцевыхъ массахъ, сросшихся съ костями. Весьма неблагоприятными представляются случаи, въ которыхъ имѣется настолько значительный дефектъ мочеиспускательнаго канала, что сшиваніе остатковъ не удастся, а приходится образовывать уретру пластическимъ путемъ изъ окружающихъ частей.

Свищи матки не удастся видѣть прямо. Свищи мочеточниковъ, обусловленные травмами во время родовъ, лежатъ обыкновенно у конца бокового, глубокаго, воронкообразнаго впячиванія или въ твердомъ рубцѣ высоко во влагалищномъ сводѣ.

Если произведена полная экстирпація матки, то конецъ мочеточника занмаетъ совершенно атипичное мѣсто, такъ что трудно бываетъ его отыскать.

Симптомы состоятъ въ непроизвольномъ истеченіи мочи; при сильныхъ поврежденіяхъ вытеканіе мочи наступаетъ тотчасъ послѣ родовъ, при гангренѣ вслѣдствіе давленія болѣе поздно, по отторженіи гангренозной части. Иногда задерживается во влагалищѣ большое количество мочи, именно, когда больная лежитъ продолжительное время на спинѣ и vulva представляется опухшей. При поворотѣ на бокъ или приподыманіи бедра задержанная моча изливается наружу.

При большихъ уретровлагалищныхъ свищахъ вся моча вытекаетъ черезъ свищъ, при маленькихъ свищахъ больная выпускаетъ мочу въ горшокъ, причемъ одновременно моча течетъ по бедрямъ.

При уретровлагалищномъ свищѣ вытекаетъ моча изъ одной почки самопроизвольно, между тѣмъ какъ моча другой почки выпускается изъ пузыря.

При нечистоплотности развивается *Vulvitis* и *Vaginitis*, въ *rima pudendi* и вокруг задняго прохода развиваются экскоріаціи и маленькія нерѣдко кондиломатозныя язвы. При существованіи свища въ теченіе многихъ лѣтъ могутъ развиваться въ кожныхъ складкахъ гипертрофіи кожи, толщиною въ палець, роговидныя, какъ будто бы состоящія изъ сплоченныхъ острыхъ кондиломъ.

Неправильное отхожденіе мочи, постоянный запахъ мочи отъ больныхъ, постоянная сырость половыхъ частей и бедеръ, невозможность исполнять какія бы то ни было обязанности и принимать участіе въ радостяхъ жизни, до того сильно мучаютъ больныхъ, что онѣ сильно худѣютъ и влчатъ жалкое существованіе. Въ прежнее время, когда мы не умѣли еще достигать излеченія подобныхъ свищей, многія женщины рано погибали отъ тѣлесныхъ и психическихъ страданій.

Диагнозъ. — Диагнозъ обезпечивается въ большинствѣ случаевъ анамнезомъ.

При изслѣдованіи легко прощупываются большіе свищи и легко видны при помощи зеркала *Simon'a*. Маленькіе свищи, не видимые глазомъ, удается констатировать выпячиваніемъ пузыревлагалищной стѣнки зондомъ. Или же впрыскиваютъ подъ сильнымъ давленіемъ въ пузырь стерилизованную окрашенную воду и наблюдаютъ, на какомъ мѣстѣ она проходитъ во влагалище. Свищъ мочеиспускательнаго канала узнаются путемъ зондированія. Введя металлическій катетеръ въ пузырь и такой же зондъ въ отверстіе, считаемое за свищъ, стараются привести ихъ въ соприкосновеніе.

При пузырешеечныхъ свищахъ обращаютъ особое вниманіе на *portio* при сильномъ наполненіи пузыря.

Если пузырь держитъ мочу, такъ что можно исключить существованіе свища пузыря и существуетъ тѣмъ не менѣе непроизвольное вытеканіе мочи, то вкладываютъ во влагалище сухой тампонъ. Если онъ смачивается довольно быстро, то мы имѣемъ свищъ мочеточника. Въ подобномъ случаѣ вводятъ зондъ въ предполагаемый свищъ, производя изслѣдованіе на обѣихъ сторонахъ. Если оба катетера не соприкасаются между собою, то одинъ изъ нихъ находится въ мочеточникѣ, другой—въ мочевомъ пузырьѣ. Мой зондъ для мочеточниковъ (рис. 60) состоитъ изъ весьма мягкой мѣди. У верхняго конца имѣются двѣ пуговки, между которыми можно протянуть нитку, имѣя такимъ образомъ возможность при зондированіи нижней половины мочеточника провести нитку, завязать ее у верхняго конца мочеточника и втянуть верхній конецъ въ нижній. Боковое отклоненіе и препятствіе въ области *linea innominata* показываютъ,



Рис. 59. Рис. 60.
Зонды для моче-
точниковъ.
По Paw- По Frit-
sch'у. sch'у.

что мы находимся въ мочеточникѣ. При примѣненіи зонда *Pawlik'a* (рис. 59) мы констатируемъ, вытекаетъ-ли изъ зонда моча или нѣтъ. Послѣ этого вводятъ въ пузырь металлическій катетеръ.

Во влагалище можно вложить и большой тампонъ изъ іодоформовой марли, послѣ чего, черезъ 1 часъ, даютъ больной внутрь метиленовую синьку. При существованіи свища мѣсто его обозначается зеленымъ пятномъ на тампонѣ изъ іодоформовой марли.

Но самымъ точнымъ способомъ представляется цистоскопія. Осматриваютъ поочередно оба мочеточника; нормальный мочеточникъ производитъ такія же движенія, какъ и живой эхинококкъ подъ микроскопомъ. Ясно видно, какъ моча вытекаетъ изъ открывающагося отверстія мочеточника въ видѣ свѣтлосине-зеленаго облачка. Другой мочеточникъ, изъ котораго ничего не вытекаетъ; не производитъ никакихъ движеній.

При помощи цистоскопа можно со стороны пузыря зондировать оба мочеточника. Это совершенно безопасно, если можно дѣйствовать асептически, т. е. если пузырь свободенъ отъ кокковъ, не представляетъ воспаления. Необходима осторожность, такъ какъ при употребленіи насилія, въ особенности, если мочеточникъ фиксированъ рубцами или непроходимъ, можно проткнуть мочеточникъ, послѣ чего уже инструментъ проникаетъ дальше безъ всякаго препятствія въ соединительной ткани, находящейся сбоку мочеточника.

Нерѣдко точный діагнозъ свища затрудняется тѣмъ, что сначала, въ виду существованія во влагалищѣ рубцевыхъ перекладинъ, не удается ввести зеркало. Въ подобныхъ случаяхъ готовятъ влагалище оперативно, подрѣзаютъ рубцы, открываютъ себѣ путь и приступаютъ немедленно къ операціи. Уже при постановкѣ діагноза необходимо выяснить проходимость мочеиспускательнаго канала.

Предсказаніе.—Если мочеиспускательный каналъ сохраненъ хотя бы отчасти, то всегда можно достигнуть излеченія тѣмъ или инымъ путемъ. Выздоровленіе возможно, невзирая на рубцы и другія затрудненія, невзирая на недостаточное количество вещества для образованія пузыря влагалищной стѣнки. Если свищъ зажилъ, то самопроизвольно онъ никогда болѣе не открывается. Такъ какъ во время родовъ передняя стѣнка влагалища скорѣе собирается въ кучу, чѣмъ растягивается, то зажившіе свищи не разрываются и во время родовъ. Даже въ случаяхъ, въ которыхъ дефектъ былъ значителенъ, больныя могутъ удерживать мочу даже при длинѣ мочеиспускательнаго канала въ 1 или 2 см. При полномъ отсутствіи мочеиспускательнаго канала незначительное отверстіе можетъ замыкаться рубцевыми массами до того сильно, что моча можетъ быть выдѣлена лишь при сильномъ напряженіи брюшнаго пресса. Съ намѣреніемъ и неожиданно я достигалъ подобнымъ образомъ выздоровленія.

Что при поврежденіи брюшины можетъ развиться перитонитъ, при инфекціи раны *sepsis* и піэмія, при перевязкѣ мочеточника острый

гидронефрозъ, но имѣтъ никакого отношенія къ предсказанію при операціи свища.

Леченіе. — Развившійся во время родовъ и не слишкомъ большой свищъ заживаетъ весьма часто самопроизвольно при соответствующемъ леченіи. Зловонныя послѣродовыя очищенія слѣдуетъ удалять повторными промываніями. Далѣе, дренируютъ пузырь, т. е. вставляютъ въ мочеиспускательный каналъ инструментъ *Skene* (см. рис. 54). Или вкладываютъ каучуковую трубку настолько, что она доходитъ до верхняго конца мочеиспускательнаго канала. Снаружи трубка пришивается къ *orificium externum*. Нижній конецъ трубки отводится въ мочепрѣмникъ. По прошествіи 48 часовъ трубку слѣдуетъ очищать отъ осѣвшихъ солей. При существованіи катарра пузыря промываютъ послѣдній черезъ эту же трубку. Въ свѣжихъ случаяхъ, при маленькихъ свищахъ, имѣется громадная надежда на самопроизвольное излеченіе. Понятно, съ другой стороны, что отверстіе, края котораго расходятся на 4 см., не можетъ зажить.

Въ подобныхъ случаяхъ я считаю неправильной тампонацію. При растягиваніи влагалища тампономъ, при расширеніи его просвѣта, свищъ становится больше, края свища раздвигаются еще сильнѣе. Отдѣленіе и моча застаиваются позади тампона; иногда даже при тампонахъ изъ іодоформовой марли весьма быстро наступаетъ разложеніе мочи и развивается катарръ пузыря. Въ подобныхъ случаяхъ развивается лихорадка и о заживленіи свища не можетъ быть и рѣчи.

Если при полной экстирпаціи матки, при вылученіи громадной опухоли разрывается пузырь, то это обнаруживается вытеканіемъ мочи, или при катетеризаціи по окончаніи операціи. Несчастіе невелико и легко поправимо, если будетъ замѣчено немедленно. Отверстіе закрываютъ стягивающимъ швомъ и оттягиваютъ осторожно книзу брюшину, соединяя ее всюду тщательно съ передней влагалищной стѣнкой. Если послѣ этого пузырь дренировать, то свищъ безусловно заживаетъ первымъ натяженіемъ.

Если имѣется старый свищъ, т. е. съ совершенно рубцовыми краями, то приходится прибѣгать къ кровавой операціи. Впрочемъ, въ настоящее время рекомендуютъ еще прижиганія маленькихъ свищей, хотя совершенно неосновательно; единственно вѣрнымъ вмѣшательствомъ представляется кровавая операція, отъ прижиганія свищей слѣдуетъ безусловно отказаться. Если послѣ прижиганій свищъ не заживаетъ, что и бываетъ чаще всего, то благодаря имъ мы получимъ мало пригодные для оживленія края раны.

Въ виду богатства кровью пузыривлагалищной стѣнки можно а priori ожидать быстрого заживленія раны. Защищенная рана находится въ защищенномъ мѣстѣ, нормальная моча не приноситъ ранѣ никакого вреда. При введеніи катетера à demeure не происходитъ растяженія раны. Такимъ образомъ хорошо освѣженные и хорошо зашитые свищи заживаютъ постоянно.

Но главная трудность состоитъ именно въ «хорошемъ» освѣженіи и «хорошемъ» зашиваніи раны, что обуславливается глубокимъ нерѣдко поло-

женіемъ свища. Въ виду этого всѣ операторы старались сдѣлать свищъ болѣе доступнымъ какъ инструменту, такъ и глазу.

Подготовивъ большую, какъ было описано выше, кладутъ ее на столъ противъ окна и прибѣгаютъ къ моему ногодержателю (рис. 36 и 37).

Послѣ этого приступаютъ къ вскрытію влагалища. Если это затрудняется рубцами, то послѣдніе разрѣзаютъ и раздвигаютъ рану пальцами или зеркаломъ. Какъ только *vulva* или *vagina* достаточно широки для введенія зеркала, то немедленно производятъ послѣднюю процедуру. Если при этомъ наступаютъ еще маленькіе разрывы, даже промежности, то это не имѣетъ особаго значенія. Во время операціи кровотеченіе устраняется давленіемъ зеркала. По валоженіи шва рану очищаютъ.

Vogemann и *Bandl* предложили подготовительное леченіе, цѣль котораго состоитъ въ постепенномъ расширеніи влагалища помощью расширителей. Я считаю это лишнимъ и совершенно неправильнымъ. Мною оперировано съ успѣхомъ болѣе 200 случаевъ свищей, такъ что я могу себѣ позволить судить въ этомъ вопросѣ.

При существованіи рубцовъ и суженій ихъ разрѣзаютъ ножомъ непосредственно передъ или во время операціи. Для чего слѣдуетъ это дѣлать раньше? Вѣдь чтонибудь все же успѣетъ сростись. Тотчасъ послѣ разрѣза мы имѣемъ самый большой просторъ. Кровотеченіе невелико; если же наступаетъ сильное кровотеченіе, то оно легко останавливается обкалываніемъ. Кровотеченіе останавливается и тѣмъ, что зеркало оказываетъ прямое давленіе на рану. Подготовительное леченіе невозможно провести асептически, такъ какъ позади шариковъ собирается моча, наступаетъ разложевіе, воспаленіе, отдѣленіе раны. Если все снова нормально, то болѣе узкимъ представляется снова и влагалище. Конечно, каждый можетъ оперировать какъ ему желательно и дѣлать то, что ему кажется лучшимъ, но если же я могу достигнуть подобнаго же результата болѣе быстро, то это является громаднымъ преимуществомъ какъ для больныхъ, такъ и для переполненныхъ обыкновенно клиникъ.

Я не утверждаю, что остальные способы мало пригодны, но полагаю, что оказываю товарищамъ извѣстную услугу, предлагая имъ возможно упрощенный способъ.

Я примѣняю исключительно зеркала *Simon'a* (рис. 23), но вмѣстѣ съ тѣмъ пользуюсь раздвигателями (рис. 61), которые отлично раздвигаютъ поле операціи, занимаютъ мало мѣста и трудно соскальзываютъ.

Необходимо сдѣлать свищъ доступнымъ глазу, чтобы можно было осмотрѣть часть свища, подлежащую освѣженію. Для этой цѣли приходится зеркало поворачивать довольно часто, вдвигать болѣе глубоко, вытягивать, или производить имъ рычагообразныя движенія. Кромѣ того, захватываютъ *portio* щипцами, съ цѣлью оттягиванія ея книзу. Или проводятъ нитку черезъ *portio*, оттягиваютъ матку книзу и привязываютъ нитку къ зеркалу. Хорошими инструментами представляются также пластинчатые крючки (рис. 62), пластинкой которыхъ удерживаются стѣнки влагалища, такъ что поле операціи представляется совершенно свободнымъ.

Послѣ этого сближаютъ острыми крючками (рис. 63 и 64) или пинцетами края, съ цѣлю выясненія наилучшаго сближенія краевъ раны. Отъ этого находится въ зависимости направленіе освѣженія. При этомъ необходимо помнить, что вслѣдствіе растяженія зеркаломъ получаются ненормальныя условія, и что при шиваніи краевъ раны необходимо ослабить давленіе зеркаломъ.

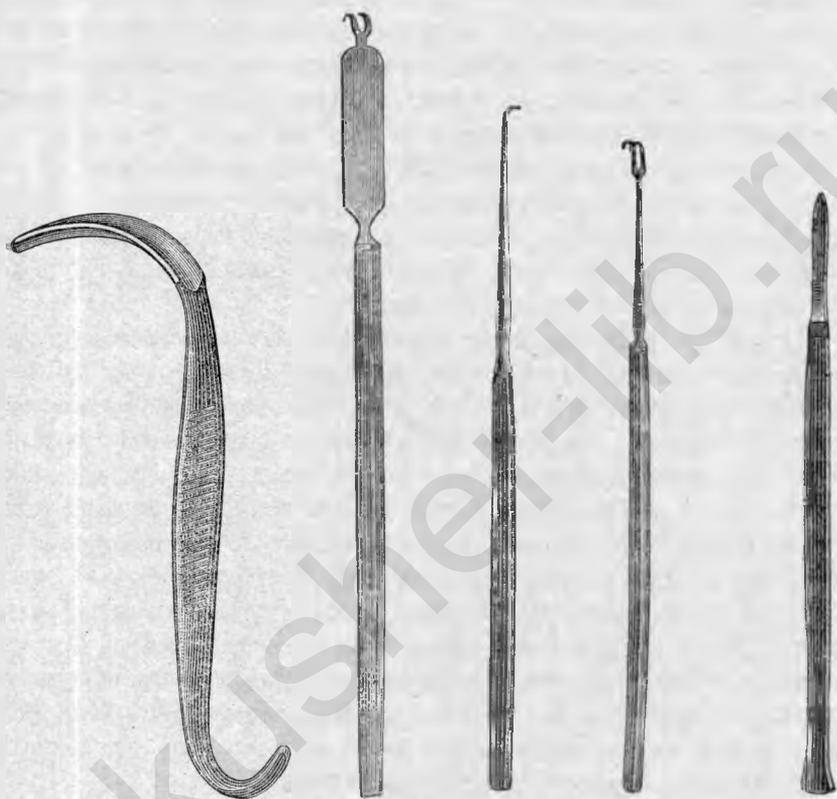


Рис. 61.
Боковой расширитель.

Рис. 62. Пластинка-
Острый крючокъ.

Рис. 63.
Острый крючокъ.

Рис. 64.
Острый двой-
ной крючокъ.

Рис. 65.
Ножъ для сви-
щей.

Встрѣчаются также случаи, при которыхъ съ успѣхомъ можно примѣнить колѣнолоктевое положеніе или боковое положеніе *Sims'a*. Первое положеніе пригодно, напр., при маленькихъ свищахъ вблизи передней губы маточнаго рыльца, которые нельзя оттянуть книзу, послѣднее—при боковыхъ свищахъ шейки.

Въ подобныхъ случаяхъ весьма рационально выпячиваніе пузыря при помощи катетера, введеннаго въ пузырь.

Окончивъ вставленіе частей въ зеркало переходятъ къ освѣженію. Для этого употребляютъ длинныя, острые ножи (рис. 65). Освѣженіе необходимо производить примѣнительно къ случаю—плоско или воронко-

образно—это совершенно безразлично, если только широкія раневыя поверхности хорошо прилегают безъ особаго натяженія. Выпячиванія слизистой оболочки пузыря считаютъ просвѣтомъ свища пузыря, т. е. производятъ освѣженіе по периферіи. Выворачиваніе влагаллица въ пузырь стараются откинуть кнаружи въ видѣ лоскута, или включаютъ въ область освѣженія. Если сближеніе краевъ удастся легко, то освѣжаютъ вокругъ отверстія поясъ, шириною въ 1 см. Если же свищъ настолько великъ, что при этомъ способѣ пришлось бы довольно сильно натягивать ткани, чтобы привести въ соприкосновеніе раневыя поверхности, то освѣжаютъ болѣе воронкообразно. При извѣстныхъ обстоятельствахъ приходится одну половину свища освѣжать болѣе поверхностно, другую—болѣе широко. Если трудно соединить

края, то освѣжаютъ сбоку за край свища. Въ подобныхъ случаяхъ освѣженіе простирается на заднюю влагалличную стѣнку. Иногда можно наложить кольцеобразный шовъ, укорачивающій влагаллице. Если сначала завязать швы надъ боковой частью освѣженной поверхности, гдѣ не имѣется свища, то постепенно легко соединить края свища. На рис. 66 отношенія изображены шематически.

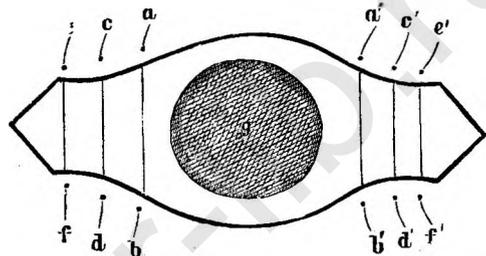


Рис. 66. Поверхность освѣженія при трудномъ соединеніи краевъ свища. Для соединенія краевъ свища сшиваютъ *e* съ *f*, *e'* съ *f'*, *c* съ *d*, *c'* съ *d'*, *a* съ *b* и *a'* съ *b'*. При этомъ легко соединяются края свища.

Если не удастся соединить края раны, то отсекаютъ подвижной край раны, выкраиваютъ лоскутъ и притягиваютъ его къ неподвижному краю раны, сросшемуся съ костью. Я охотно выкраиваю лоскуты, чѣмъ значвтельно сохраняю ткани. При маленькихъ свищахъ я дѣлаю поперечный разрѣзъ надъ свищевымъ отверстіемъ, разрыхляю края безъ отрѣзавія тканей и соединяю ихъ швомъ (см. С. f. G., 1888, стр. 804).

Разрѣзы освѣженной поверхности должны быть совершенно гладкими, поверхность всюду одинаковой глубины. Освѣженная вокругъ свища поверхность должва быть большой, не менѣе 1½ см., но лучше въ 2 см. Необходимо помнить, что раневая поверхность уменьшается при стягиваніи на четверть и болѣе; если освѣжаютъ лишь на 1 см., то швомъ соединяются можетъ быть лишь нѣсколько миллиметровъ поверхности, но этого недостаточно для вѣрнаго заживленія. Лоскуты не должны быть слишкомъ тонкими. Передъ сшиваніемъ срѣзаютъ бѣловатую, твердую, плохо улитанную рубцевую часть. Края раны необходимо соединить по возможности безъ особаго натяженія. Если можно избѣжать раневія слизистой оболочки пузыря, то это представляетъ громадныя выгоды, такъ какъ шансы на выздоровленіе значительно ухудшаются вырѣзаніемъ и не-

посредственнымъ шиваніемъ слизистой оболочки мочевого пузыря. Вокругъ нитки слизистая оболочка не всегда срастается, причѣмъ совершенно безразлично, какой-бы матеріалъ ни былъ взятъ. Рядомъ съ ниткой появляются маленькіе ходы, которые расширяются и раздражаются осывшими на нитку солями мочи; эти отложенія увеличиваются вдоль нитки; послѣдняя служитъ центромъ для маленькаго камня мочевого пузыря. Такимъ образомъ въ рубцѣ, въ зажившемъ свищѣ, развивается маленькій свищъ въ каналѣ отъ нитки.

Съ тѣхъ поръ, какъ это пришлось мнѣ наблюдать нѣсколько разъ, я стараюсь дѣлать вколы тотчасъ надъ слизистой оболочкой. Кроме того, легко возможно, что кровотеченія изъ пузыря находятся въ связи съ поврежденіями слизистой оболочки пузыря.

Гдѣ только возможно, нужно шить сначала пузырную стѣнку въ глубинѣ тонкимъ кѣгутомъ, а поверхъ наложить поверхностные швы на влагалищную стѣнку. Съ этою цѣлю послѣднюю нѣсколько отсекаровываютъ, чтобы подъ нею можно было стянуть кусокъ пузырной стѣнки.

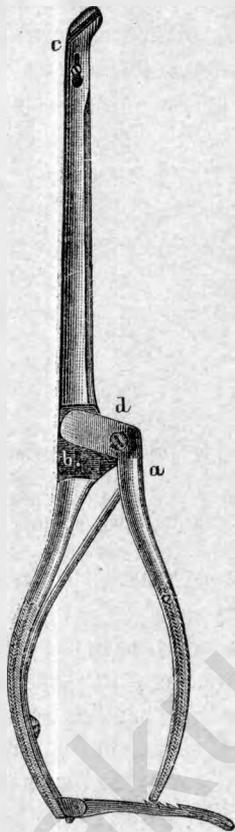
Если свищъ значительной величины, или находится вблизи *Trigonum Lieutaudii*, то отвернуть поверхность пузыря кнаружи, разсматриваютъ въ теченіе нѣкотораго времени красную слизистую оболочку, не находится-ли въ ней ложное или нормальное отверстіе мочеточника, въ противномъ случаѣ легко можно захватить въ шовъ или повредить мочеточникъ—несчастіе, которое не только препятствуетъ заживленію, но даетъ еще болѣе неблагоприятныя условія, чѣмъ прежде.

Для захватыванія иглъ я употребляю всегда иглодержатель *Hagedorn'a* (см. рис. 67).

Я могу горячо рекомендовать гинекологамъ этотъ иглодержатель, который оказываетъ громадныя услуги при наложеніи швовъ въ узкихъ полостяхъ. Для этого инструмента необходимы особыя иглы.

Рис. 67. Иглодержатель *Hagedorn'a*. *a*—подвижная часть, снимаемая при чисткѣ, *d*—винтъ, который снимаютъ для очистки, *bc*—выдвижная часть, которая выходитъ при открываніи, такъ что при *e* удается вставить иглу.

Имѣются длинныя и короткіе *Hagedorn'*овскіе иглодержатели, первые для операціи свищей, послѣдніе—для операцій на промежности и во влагалищѣ. Конецъ представляется косымъ и изогнутымъ подъ прямымъ угломъ. Преимущество состоитъ въ томъ, что игла немедленно освобождается при малѣйшемъ давленіи, и что захватываніемъ и отпусканіемъ



можно иглу постепенно продвинуть впередъ. Кромѣ того, этимъ иглодержателемъ не затемняется поле зрѣнія въ глубинѣ, такъ какъ онъ представляетъ собою только длинную и тонкую палку.

Для шиванія я пользуюсь льняными нитками, которыя завязываются гораздо легче, чѣмъ шелкъ, держать довольно крѣпко, не пропитываются и лежать въ тканяхъ, нисколько ихъ не раздражая. Но можно употреблять и шелкъ, кэгутъ, проволоку и silkwool.

При наложеніи шва необходимо соблюдать слѣдующее: въ петлю нитки не слѣдуетъ захватывать слишкомъ мало ткани, въ противномъ случаѣ нитка легко прорѣзается. Далѣе, не слѣдуетъ накладывать слишкомъ большое число швовъ, дабы не отнимать отъ захваченныхъ тканей слишкомъ много питательнаго матеріала. Швы должны находиться другъ отъ друга на $\frac{3}{4}$, самое большее на $\frac{1}{2}$ стм. Кромѣ того, до наложенія каждаго шва необходимо точно опредѣлить, гдѣ и какъ долженъ находиться шовъ, избѣгая такимъ образомъ лишняго раненія капилляровъ повторными уколами.

Если поверхность освѣженія велика, то довольно безразлично, происходитъ ли точное линейное соединеніе краевъ раны. При захватываніи краевъ пинцетомъ необходимо быть крайне осторожнымъ, чтобы не разорвать или раздавить лоскуты. Для промыванія не слѣдуетъ употреблять дезинфицирующія средства, ими убиваются ткани и задерживается заживленіе.

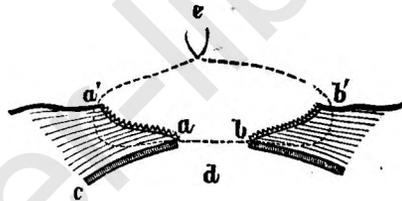


Рис. 68. *a b*—мѣсто вкола, *a' b'*—мѣсто выкола иглы, *c*—слизистая оболочка пузыря, *d*—пузырь, *e*—влагалище.

Точный шовъ накладывается лучше всего такимъ образомъ: прежде всего соединяютъ *a* съ *b* нѣсколькими погружными кэгутотовыми швами. Затѣмъ вкалываютъ иглу въ самую глубокую часть края раны, надъ слизистой оболочкой пузыря, у *a* и *b*, и проводятъ ее по возможности далѣе кнаружи, дабы захватить въ шовъ какъ можно больше ткани; иглу выкалываютъ у края раны у *a'* и *b'*; этимъ достигается то, что раневыя поверхности соприкасаются хорошо, въ особенности въ глубинѣ, и края раны не заворачиваются. Если края имѣютъ наклонность къ заворачиванію, то до завязыванія отрѣзаютъ соответствующія полоски края раны.

Швы завязываютъ лишь послѣ наложенія всего потребнаго числа ихъ. Если послѣ этого слизистая оболочка пузыря не прилегаетъ совершенно точно, то можно наложить еще нѣсколько мелкихъ швовъ. Непрерывный шовъ неудобенъ въ виду того, что не удастся достигнуть столь полнаго прилаживанія и всюду одинаковой устойчивости, какъ при узловатомъ швѣ.

Но не всегда операція представляется столь простой. Если верхняя стѣнка пузыря оказывается выпавшей черезъ свищъ, то во время операціи ее необходимо удерживать при помощи твердаго катетера или вложенной въ пузырь губки; губку удаляютъ передъ завязываніемъ нитей. Въ этихъ именно случаяхъ шиваніе слизистой оболочки пузыря кэгутотомъ

въ глубинѣ значительно облегчаетъ закрытіе влагалищной раны. Если рана весьма неправильной формы, то можетъ оказаться невозможнымъ прямолинейное соединеніе. Въ подобныхъ случаяхъ приходится образовать отдѣльные лоскуты и ихъ соединять. Кромѣ того, мнѣ удавалось неоднократно соединять свищи на половину, края которыхъ не удавалось всюду соединить въ одинаковой степени. Впослѣдствіи, по наступленіи заживленія, удавалось соединить и остальную, болѣе глубокую часть. При большомъ недостаткѣ матеріала необходимо испытать пластическое соединеніе, прибѣгая для этого къ выкраиванію лоскутовъ изъ задней влагалищной стѣнки или даже изъ большихъ срамныхъ губъ.

Можно даже произвести кольцообразное освѣженіе влагалища и закрыть свищъ путемъ укороченія влагалища.

При весьма большихъ свищахъ *W. A. Freund* выводилъ матку изъ *Douglas'*ова пространства, оттягивалъ книзу и пришивалъ ее къ дефекту. Для предоставленія возможности оттока отдѣленію, продыравливалось предварительно дно матки. Этотъ способъ примѣненъ съ успѣхомъ *Romm'*омъ, *Kahn'*омъ и *Asch'*омъ. *Romm* ¹⁾ считаетъ продыравливаніе матки совершенно излишнимъ.

При стриктурѣ мочеиспускательнаго канала препятствіе слѣдуетъ преодолѣть насильственнымъ введеніемъ твердаго катетера. При разрушеніи части уретры необходимо верхній край свища пришить къ оставшейся части конца мочеиспускательнаго канала. Даже имѣющіяся въ маломъ количествѣ волокна сфинктера быстро приобрѣтаютъ большую силу и функционируютъ за всю мышцу. Если остался хотя бы 1 см. уретры, надежду на полный успѣхъ нельзя считать потерянной. Вверху освѣженіе можетъ доходить въ толщу передней губы маточнаго рыльца, ткань матки быстро заживаетъ. Если матка подвижна, то возможно соединеніе передней губы съ валикомъ мочеиспускательнаго канала. При кровотеченіи изъ артеріи во время освѣженія, сосудъ перевязываютъ очень тонкимъ катгутомъ, вслѣдствіе чего поле операціи не затемняется кровью.

Случалось, что во время операціи надрѣзали одинъ изъ мочеточниковъ. *Simon* принялъ его, въ виду вытекавшей кровянистой мочи, за артерію. Въ другихъ случаяхъ мочеточникъ совершенно случайно попадаетъ въ шовъ, причѣмъ просвѣтъ его закрывается. Кромѣ того, мочеточникъ можетъ быть смѣщенъ швомъ до того сильно, что получается перегибъ и моча не въ состояніи проходить. Въ послѣднемъ случаѣ наступаетъ нерѣдко сильная лихорадка, урэмическая головная боль, чувство страха и боль въ области почекъ. Въ такихъ случаяхъ не остается болѣе ничего, какъ снять соответствующіе швы. Встрѣчаются, однако, случаи, въ которыхъ закупорка или закрытіе мочеточника протекаетъ безъ всякихъ симптомовъ и только сильное давленіе выжимаетъ мочу и ведетъ къ развитію свища мочеточника.

¹⁾ Centralbl. f. Gynaek., 1899, № 7.

При операціи пузырешечнаго свища необходимо разрѣзать шейку матки; при отворачиваніи передней маточной губы становится виднымъ свищъ. Эти свищи становятся доступными при *Sims'*овскомъ положеніи больной. Заживленіе этихъ свищей достигается легко въ виду того, что они обыкновенно маленькіе, возможно ихъ воронкообразное освѣженіе и накладываніе швовъ черезъ плотную шейку. Если же свищъ шейки громадныхъ размѣровъ—мнѣ пришлось оперировать свищъ въ 3 см. въ діаметръ—то единственной мѣрой остается шиваніе *orificii uteri*; въ подобныхъ случаяхъ менструальная кровь выдѣляется черезъ свищъ въ пузырь.

Въ прежнее время, когда техника не была еще достаточно усовершенствована, многіе свищи считались неизлечимыми. Въ подобныхъ случаяхъ пытались достигнуть «излеченія» тѣмъ, что ниже свища освѣжали кольцевидный участокъ влагалища и зашивали послѣднее. Благодаря такой «поперечной облитерациі» получалось пространство, образуемое изъ верхней половины влагалища и пузыря, въ которое изливались моча, менструальная кровь и отдѣляемое матки. Это никуда не годный способъ.

При такомъ «излеченіи» жизнь больныхъ подвергается опасности; влагалище не обладаетъ опоражнивающей мышцей (детрузоромъ), вслѣдствіе чего моча можетъ быть удалена лишь при помощи брюшнаго давленія и потому почти всегда происходитъ образованіе камней въ пузырь. Если камень увеличивается, то образуется новый свищъ или во всякомъ случаѣ недержаніе мочи и часто сильный циститъ. Въ виду этого поперечная облитерациа почти никогда не ведетъ къ продолжительному полному благосостоянію: больныя погибаютъ въ концѣ концовъ отъ восходящаго воспаления мочеточниковъ, піелонефрита, межуточного нефрита и абсцессовъ почекъ. Если въ отчаянныхъ случаяхъ эта операція остается единственной мѣрой, то перегородку слѣдуетъ учинить возможно выше, тотчасъ подъ нижнимъ краемъ свища. Я знаю женщину, которая послѣ подобной операціи чувствовала себя хорошо въ теченіе многихъ лѣтъ.

Если разрушенъ весь мочеиспускательный каналъ, и возстановить его нельзя, то зашиваютъ *vulvam* и отводятъ мочу въ прямую кишку черезъ наложенный предварительно кишечно-влагалищный свищъ. *Sphincter ani* въ состояніи удержатъ мочу и жидкій калъ. Искусственный свищъ долженъ имѣть поперечное направленіе и находится тотчасъ надъ *sphincter ani*. Въ подобныхъ случаяхъ моча проходитъ въ прямую кишку и не застаивается во влагалищѣ. Мнѣ пришлось оперировать 3 подобныхъ женщинъ, которыя уже много лѣтъ чувствуютъ себя хорошо при подобномъ «излеченіи». Но зато приходилось мнѣ наблюдать и случаи, въ которыхъ была произведена подобная же операція, но прямая кишка подвергалась до того нестерпимому состоянію раздраженія, что пришлось закрыть кишечный свищъ.

При этомъ можетъ развиться и *Ureteritis*, и интерстиціальныи нефритъ. Во всякомъ случаѣ этотъ способъ не представляется идеальнымъ или вѣрнымъ.

Пластика уретры изъ боковыхъ доскутовъ не представляетъ затруд-

ней, но сфинктеръ, конечно, не удастся сдѣлать искусственно. Можно устроить трубку, длиною въ 5 и даже 10 см., доходящую до Mons Veneris, но тѣмъ не менѣе моча вытекаетъ. Вначалѣ этого можетъ и не быть, такъ какъ лоскутъ еще толстый, впоследствии, однако, когда лоскуты постепенно атрофируются, это явленіе наступаетъ навѣрняка.

Trendelenburg рекомендуетъ производить, при высокомъ положеніи таза, разрѣзъ пузыря тотчасъ надъ лобкомъ, какъ для высокаго камне-свѣченія и закрывать свищъ со стороны пузыря.

Мои наблюденія надъ этимъ способомъ слѣдующія: Если трудность операциі состоитъ въ фиксированіи остатка пузыря къ костямъ таза, то путь снизу во всякомъ случаѣ болѣе короткій, чѣмъ сверху, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ и бываетъ весьма трудно оперировать сверху ножомъ и иглодержателемъ. Въ нѣкоторыхъ, однако, случаяхъ мнѣ удавалось тѣмъ не менѣе путемъ „брюшно-влагалищной операциі свища“ послѣ *sectio alta* отдѣлить сверху пузырь отъ костей, оттянуть его и закрыть впоследствии свищъ снизу. При этомъ получалось новое отверстіе, на томъ мѣстѣ, гдѣ пузырь находился на кости. Это отверстіе заживаетъ самопроизвольно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ обезпечено отхожденіе мочи книзу введеннымъ катетеромъ à demeure.

Во всякомъ случаѣ болѣе усовершенствованнымъ представляется способъ *Schauta* ¹⁾, который не оттягивалъ пузырь просто книзу, но отдѣлялъ его отъ кости распаторомъ такимъ образомъ, что пузырь оставался закрытъ. Къ сожалѣнію, этотъ способъ не примѣнимъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ не удастся рубцевую надкостницу отдѣлить въ видѣ лоскута, такъ какъ она разрывается.

Влагалищно-мочеточниковые свищи были излечены прямой операцией. Если нижній конецъ отсутствуетъ совершенно, а верхній открывается во влагалище, то сначала накладываютъ въ мочевомъ пузырьѣ свищъ въблизи влагалищнаго отверстія мочеточника. Послѣ этого отсепааровываютъ лоскутъ, въ которомъ находится отверстіе мочеточника. Этотъ лоскутъ — значитъ и отверстіе мочеточника — протягиваютъ за нитку въ пузырь и закрываютъ надъ нимъ искусственный свищъ. Если мочеточникъ былъ поврежденъ, лишь перерѣзанъ, то рану сейчасъ же зашиваютъ.

Часто, однако, верхній конецъ мочеточника оказывается оттянутымъ настолько вверхъ, что часть мочеточника совершенно отсутствуетъ, не можетъ быть сдѣлана подвижной или оттянута книзу. Въ подобныхъ случаяхъ самой радикальной и вѣрной операцией представляется экстирпація соотвѣтствующей почки, которую, конечно, слѣдуетъ произвести лишь послѣ констатированія цистоскопомъ нормальной функціи другой почки. Нормальную почку удалить крайне легко. Мною произведена эта операциа 8 разъ, всегда съ хорошимъ успѣхомъ. Я наблюдалъ за больными въ

¹⁾ *Schauta*, M. f. G. 1895, I.

теченіе довольно продолжительнаго времени: онѣ оказались всё здоровыми; одна изъ нихъ родила и совершенно здорова уже 12 лѣтъ.

Конечно, совершенно неправильно жертвовать здоровымъ органомъ, если есть другой путь къ излеченію, а именно: можно сдѣлать лапаротомію, отыскать мочеточникъ и вшить его въ мочевоіъ пузырь, что и было выполнено съ успѣхомъ. Вводятъ предварительно въ мочеточникъ черезъ влагалище мой зондъ для мочеточника (рис. 60). По вскрытіи брюшной полости легко опредѣлить мѣстонахожденіе мочеточника ощупью, по двумъ пуговкамъ мочеточниковаго зонда; затѣмъ разсѣкаютъ брюшину, отыскиваютъ мочеточникъ и высвобождаютъ его изъ рубцовъ или дѣлаютъ подвижнымъ вмѣстѣ съ рубцами. Онъ долженъ быть вполне свободнымъ на протяженіи приблиз. 6 см. Послѣ этого оттясываютъ маточнымъ зондомъ пузырь въ сторону мочеточника и фиксируютъ пузырь къ окружающимъ частямъ при помощи тонкаго катгутоваго шва; шелкъ или льняныя нитки для этого не годятся, такъ какъ швы останутся въ пузырь и могутъ послужить ядромъ образованія камня. Далѣе разсѣкаютъ пузырь возможно ближе къ мочеточнику. Черезъ конецъ мочеточника проводятъ нитку, завязываютъ ее между головками зонда и втягиваютъ мочеточникъ съ зондомъ въ пузырь. Надъ мочеточникомъ закрываютъ рану пузыря такимъ образомъ, что мочеточникъ приходится въ продольный желобъ. Не мочеточникъ притягивается къ пузырю, а пузырь къ мочеточнику. При этомъ долженъ мочеточникъ вдаваться въ пузырь приблизительно на 1 см. Нитка, торчащая изъ мочеиспускательнаго канала, прикрѣпляется липкимъ пластыремъ къ внутренней поверхности бедра. Послѣ этого полное закрытіе брюшныхъ покрововъ. Катетеръ à demeure.

Mackenrodt дѣлалъ разрѣзъ надъ *Poupart*'овою связкою и производилъ всю операцію внѣбрюшинно, хотя при тщательномъ вшиваніи мочеточника и немедленномъ закрытіи брюшнаго разрѣза не велика опасность и внутрибрюшиннаго способа.

При отсутствіи пузыря, напр. при экстирпаціи эктопическаго зачатка пузыря, или пузыря, пораженнаго бугорковыми язвами, вшивали мочеточникъ въ кишку. Послѣ одного неудачнаго случая—больная умерла вскорѣ отъ гнойнаго піелонефрита—у меня не хватаетъ смѣлости къ повторенію этой операціи.

Придерживаясь цѣлей этой книги, я могу вдаваться въ разсмотрѣніе этихъ способовъ лишь настолько, насколько это интересно для практики. Подробности можно найти въ весьма обстоятельной монографіи *W. Stoeckel*'я: *Ueber Verletzungen und Ureterfisteln*. 1900.

Послѣдующее леченіе.—Послѣ операціи пузырно-влагалищнаго свища вытирають влагалище до суха. На рану насыпають дерматоль и вкладываютъ во влагалище мягкую марлю для всасыванія отдѣленія.

Я принципиально рекомендую дренировать пузырь *Skene*'вскимъ стекляннымъ катетеромъ. Это имѣетъ то преимущество, что, какъ намъ извѣстно, пока больная лежитъ сухо и моча вытекаетъ въ пріемникъ, свищъ

оказывается закрытымъ. Кромѣ того, при дренированіи не происходитъ раздраженія раны. Если свищъ находится надъ *Trigonum Lientaudii*, то при дренированіи моча не попадаетъ на рану, которая въ виду этого заживаетъ совершенно нормально.

Если заживленія не наступаетъ, то на 3—4-й день вполне выясняется картина. При омертвѣніи раневыхъ краевъ наступаетъ лихорадка. Весьма рѣдко заживленіе нарушается кровотечениями въ пузырь, которые наступаютъ въ случаяхъ, въ которыхъ не были перевязаны маленькія кровотокающія артеріи. Если моча приняла буро-красный цвѣтъ и появились тенезмы, то въ большинствѣ случаевъ имѣется въ пузырьѣ уже кровяной сгустокъ. Если тенезмы становятся весьма сильными, то свищъ расходитя и кровяной сгустокъ извергается. Если кровотеченіе было замѣчено рано, то я высасывалъ и промывалъ пузырь, для чего я вводилъ шприцъ и постепенно удалялъ такимъ образомъ сгустки. Кровотеченіе удаётся нерѣдко остановить прикладываніемъ пузыря со льдомъ и тяжелой подушки съ пескомъ на область пузыря. Одинаково хорошо дѣйствуетъ и промываніе пузыря ледяной водой, такъ какъ при этомъ сосудъ сдавливается сильно реагирующимъ, сокращающимся пузыремъ.

Если остается маленькій свищъ, напр., послѣ прогнившаго шва, то необходимо выждать 2—3 недѣли; эти свищи закрываются нерѣдко самопроизвольно послѣ удаленія всѣхъ швовъ. Если, однако, этого не наступаетъ, то я произвожу второе освѣженіе вертикально или косо къ первому, избѣгая такимъ образомъ рубца зажившаго уже свища.

Кишечно-пузырные свищи.

Болѣе рѣдко, чѣмъ съ влагалищемъ, происходитъ сообщеніе пузыря съ другими областями. Въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ дѣло съ сосѣдними нагноеніями и воспалительными прободеніями снаружн въ мочевоу пузырь. Такъ, напр., при вѣматочной беременности наблюдалось отхожденіе, послѣ вскрытія въ пузырь, косточекъ зародыша черезъ мочеиспускательный каналъ; далѣе, можетъ попадать въ пузырь какъ жидкое, такъ и твердое содержимое нагноившихся дермоидныхъ кистъ яичниковъ: изъ пузыря выходили волосы, зубы, частички костей, гнойныя или коллоидныя массы.

Если гной проложилъ себѣ путь и въ кишечникъ, то кишечное содержимое, находясь подъ болѣе высокимъ давленіемъ, проникаетъ въ пузырь. При сообщеніи съ тонкой кишкой поступаетъ въ пузырь жидкая пищевая масса. Это не представляетъ особой опасности для пузыря. Если же мы имѣемъ сообщеніе съ прямой кишкой, то кишечные газы и бактеріи кала ведутъ къ весьма сильному воспаленію мочевого пузыря. Если дать выходъ въ сторону кожи, такъ что калъ не попадаетъ болѣе въ пузырь, то свищъ послѣдняго закрывается самопроизвольно, но не кишечникъ, свищъ котораго требуетъ особаго леченія.

Въ одномъ подобномъ случаѣ я достигъ излеченія тѣмъ, что резе-

цировали часть рубцево-измѣненной кишки и прямо закрылъ рану мочевого пузыря ¹⁾.

Если больной откровенно заявить, что операція довольно опасна, то она трудно соглашается, становится кахектичной и до того истощается, что въ концѣ концовъ уже не хватаетъ смѣлости предложить ей операцію.

Е. Болѣзни уретры ²⁾.

Urethra имѣетъ вертикальное направленіе, въ лежачемъ положеніи — горизонтальное. У *orificium externum* мочеиспускательный каналъ загибается слегка кпереди. Кверху уретра расширяется воронкообразно. Самымъ узкимъ мѣстомъ представляется *orificium externum*, которое при искусственномъ расширеніи приходится обыкновенно надрѣзать внизу. Эпителій полиморфный, слоистый, въ глубинѣ цилиндрической. Въ просвѣтъ вдаются продольныя складки, и онъ имѣетъ вслѣдствіе этого звѣздообразную форму.

Верхняя часть поперечно-исчерченного сфинктера представляется въ видѣ кольца, которое открыто кзади книзу подковообразно. Надъ отверстиемъ мочеиспускательнаго канала лежитъ выступъ, валикъ, нижній конецъ *colliculus sigarum*. Врожденная аномальная ширина отверстия мочеиспускательнаго канала наблюдается при дефектѣ влагалища. Если *coitus* форсируется, то уретра можетъ быть расширена настолько, что половой членъ проходитъ въ пузырь, но, невзирая на это, функція пузыря не страивается. На рис. 69 изображенъ подобный случай, въ которомъ ни мужъ, ни жена не знали, что уретра употреблялась вмѣсто влагалища. Въ этомъ случаѣ была экстирпирована гематометра съ придатками путемъ лапаротоміи.

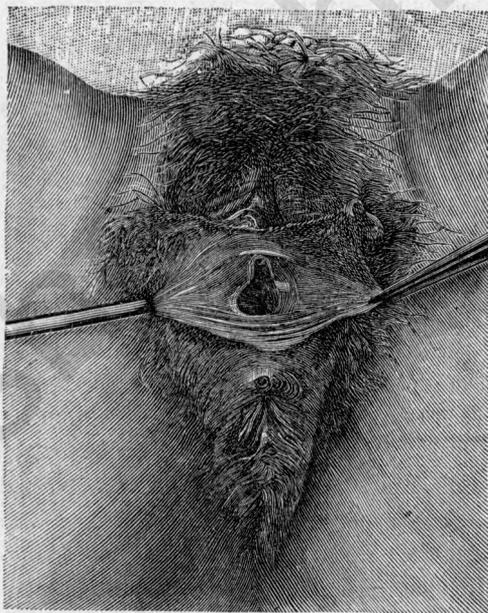


Рис. 69. Полный дефектъ влагалища. Большое отверстие представляетъ собою *orificium ext. urethrae*.

Orificium urethrae бываетъ весьма различной формы. Въ нѣкоторыхъ

¹⁾ *Dahlmann*, A. f. G. XV. 122.—*Petit*, Annales de Gynéc. XVIII. 401. XIX и XX.

²⁾ *Simon*, M. f. G. XXIII, стр. 245 и *Charité-Annalen* 1850. I.—*Schröder*, *Charité-Annalen* IV.—*Mundé*, Amer. Journ. of obst. 1883, стр. 526.—*Fissiaux*, *Trait. de l'urétrite*. 1882.—*Winkel*, Atlas, стр. 98.—*Müller*, C. f. G. 1891. 271.—*Ziemssen*, *Deutsch. med. Woch.*, 1890, 879.—*Fritsch*, Z. f. G. 1890, стр. 157.—*Heyder*, *Urethrocele*. A. f. G. XXXVШ, 313.

случаяхъ кажется, что отверстіе мочеиспускательнаго канала образуется отдѣльными складками дѣвственной плевы, нерѣдко оно имѣетъ видъ сагиттальной или трехугольной щели; но наблюдаются также случаи, въ которыхъ отіісііш представляетъ лишь маленькую ямочку. Иногда, въ особенности у старыхъ женщинъ со старческимъ влагалищемъ, нижняя покрасившая половина отверстія выдается изъ мочеиспускательнаго канала.

Уретра воспаляется вслѣдствіе перелойной инфекции, а также вслѣдствіе затеканія гноя изъ *cutis*, напр., при ракъ или плохихъ пессаріяхъ. Стриктуры ¹⁾ наблюдаются крайне рѣдко. Онѣ расширяются постепенно. Относительно перелоя см. соотвѣтствующую главу.

Болѣе болѣзненными представляются уретриты, развивающіеся послѣ травмъ, въ особенности послѣ катетеризаціи. Даже при самомъ осторожномъ катетеризованіи эластическимъ катетеромъ остаются иногда небольшія поврежденія слизистой оболочки, въ особенности при гиперэмическомъ разрыхленіи мочеиспускательнаго канала, напр., въ послѣродовомъ періодѣ, или при повторномъ ежедневномъ введеніи инструмента. Эти трещины даютъ подобныя же симптомы, какъ и *fissura ani*. При мочеиспусканіи и катетеризаціи наступаетъ позывъ къ мочеиспусканію и сильныя боли. Мѣсто трещины можно опредѣлить и безъ уретроскопіи: если маточнымъ зондомъ проводить по мочеиспускательному каналу, то крайне легко опредѣлить болѣзненное мѣсто.

Считаю необходимымъ здѣсь упомянуть, что, по моему мнѣнію, женская уретра катетеризируется обыкновенно слишкомъ толстыми катетерами. У мужчинъ, съ цѣлью избѣжанія образованія ложныхъ ходовъ, можетъ быть и правильно употреблять болѣе толстые катетеры, но у женщинъ это совершенно неправильно. Кто принципиально примѣняетъ очень тонкіе стеклянные катетеры, тотъ никогда не вызываетъ ни боли, ни поврежденій.

Кажется, что и во время родовъ давленіе головки плода можетъ вызывать рану въ гиперэмированной уретрѣ; во всякомъ случаѣ нѣкоторые случаи уретрита въ послѣродовомъ періодѣ развиваются помимо катетеризаціи.

Подобные случаи принимаются нерѣдко за невроты и пользуются соотвѣтствующимъ образомъ.

Я рекомендую въ подобныхъ случаяхъ дренированіе пузыря, вслѣдствіе чего трещина имѣетъ время затянуться. Послѣ этого быстро исчезаютъ мучительные симптомы. Въ серьезныхъ случаяхъ я производилъ даже искусственный свищъ, такъ что мочеиспускательный каналъ не подвергался временно никакому раздраженію. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ заживаетъ искусственный свищъ самостоятельно, хотя очень медленно, причѣмъ исчезаютъ одновременно и симптомы трещины. Если свищъ не заживаетъ самопроизвольно, то его удается закрыть очень легко.

Состояніе раздраженія можетъ зависѣть и отъ варикознаго расширенія

¹⁾ *Kleinwächter*, Z. f. G. XXVIII, 1894. — *Fischer*, C. f. G. 1895, № 39.

вень. Окружность отверстія мочеиспускательнаго канала представляется интенсивно-красной, причѣмъ при раздвиганіи этого отверстія удается нерѣдко констатировать толстыя, эластичныя вены подъ самой слизистой оболочкой. Въ подобныхъ случаяхъ показуется леченіе слабительными, скарификаціи вень ножницами, послѣ чего даютъ крови вытечь изъ вень. Хорошія услуги оказываютъ также свинцовыя примочки и смазыванія кокаиномъ и пр.

Послѣдствіемъ варикознаго расширенія вень или стриктуръ является также и частичное расширеніе мочеиспускательнаго канала. Были наблюдаемы грыжи, дивертикулы мочеиспускательнаго канала, а также кисты рядомъ съ послѣднимъ или въ сообщеніи съ нимъ ¹⁾). Въ этихъ рѣдкихъ случаяхъ можно было выжать, простымъ давленіемъ, расширенный, иногда цистически, наполненный мочей мочеиспускательный каналъ, и обследовать при помощи зонда.

Стриктуры могутъ оказаться послѣдствіемъ законченнаго воспаления, конечнымъ стадіемъ склерозирующаго уретрита.

Столь же рѣдко наблюдается и выпаденіе слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала ²⁾). Этіологія совершенно неизвѣстна. Подобные случаи я наблюдалъ только у дѣтей и старухъ. Выпаденіе уретры является почти всегда послѣдствіемъ чрезмѣрнаго напряженія брюшнаго пресса. Спереди мочеиспускательнаго канала лежитъ изъязвившаяся, темнубуро-красная, весьма болѣзненная, отчасти некротизированная опухоль, отъ 2 до 5 см. въ діаметрѣ. Первымъ долгомъ необходимо тутъ найти мочеиспускательный каналъ; это, однако, не всегда легко. Если слизистая оболочка свѣжая, то необходимо испытать вправленіе; если наступило уже омертвѣніе, то вводятъ въ мочеиспускательный каналъ тонкій, эластическій катетеръ, накладываютъ лигатуру на ножку опухоли, тотчасъ надъ наружнымъ отверстіемъ канала, и срѣзаютъ опухоль надъ лигатурой. Катетеръ подрѣзаютъ и оставляютъ вмѣстѣ съ лигатурой въ теченіе нѣсколькихъ дней. Катетеръ выходитъ обыкновенно самъ, послѣ прорѣзанія нитокъ.

Къ болѣзнямъ уретральной слизистой оболочки относятся и такъ называемыя *sagittulae urethrae*. Это маленькія, сильно васкуляризованныя опухоли, покрытыя плоскимъ эпителиемъ. Онѣ простираются въ уретру на различную вышиву, вслѣдствіе чего снабжены различной длины ножками и представляются обыкновенно равномерно круглой или овальной формы. Наблюдаются также дольчатая и малинообразныя *sagittulae*. Кромѣ того, при широкомъ уретральномъ отверстіи наблюдаются еще частичныя выпаденія слизистой оболочки. Лишь рѣдко наблюдается нѣсколько *sagittulae* одновременно.

¹⁾ *Josephson*, Nord. med. arkiv. XXX, № 23.

²⁾ *Benicke*, Z. f. G. XIX, 301.—*Rather*, C. f. G. 1890, 616.—*Kleinwächter*, Z. f. G. XXII, 4.—*Graefe*, C. f. G. 1892. 220.—*Tritschler*, Diss. Tübingen. 1891.—*Ewald*, C. f. G. 1897, № 6.—*Scholtz*, Mitth. a. d. Hamburger Staatskrankenh., I, 2.—*Wohlgemuth*, Deutsch. med. Woch. 1897, 717.

Carunculae urethrae наблюдаются у старыхъ женщинъ гораздо чаще, чѣмъ у молодыхъ. Ихъ не слѣдуетъ смѣшивать съ маленькими ворсинками, которыя, принадлежа дѣвственной плевѣ, образуютъ иногда наружное уретральное отверстіе. При carunculae ножка продолжается въ мочеиспускательный каналъ, причѣмъ эту ножку можно обойти зондомъ.

Симптомы весьма различны. Бываетъ, что совершенно случайно находятъ carunculae, которыя никогда не давали симптомовъ. Въ другихъ случаяхъ carunculae являются причиной весьма разнообразныхъ страданій: постоянный позывъ къ мочеиспусканію, боли во время акта мочеиспусканія вслѣдствіе выталкиванія карункуль струею мочи изъ уретры сильно изнуряютъ больныхъ. Въ одномъ случаѣ больная полагала, что у нея имѣется выпаденіе матки, которое появляется всегда при мочеиспусканіи.

Леченіе состоитъ въ удаленіи. Для этого необходимы помощники. Весьма рационально кокаинизировать всю область до операціи. Въ одной рукѣ держать ножницы, въ другой пинцетъ, значить, необходимо еще лицо, которое раздвигаетъ бедра и vulvam. Такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ весьма болѣзненно уже дотрогиваніе пинцетомъ, то необходимо дѣйствовать ножницами крайне быстро. Въ противномъ случаѣ больная сжимаетъ ноги, пинцетъ соскальзываетъ, кровь затемняетъ поле операціи, въ данную минуту нельзя ничего предпринять, и больная соглашается на второе оперативное вмѣшательство гораздо труднѣе, чѣмъ на первое. Совершенно излишне послѣдующее прижиганіе. Кровотеченіе останавливается довольно быстро само собою.

Кромѣ того, описаны *миксомы* и *саркомы* ¹⁾ мочеиспускательнаго канала; 6 разъ я наблюдалъ *карциному* ²⁾, которая, сидя на orificium urethrae, придавала послѣднему совершенно неправильную, бугристую форму. Снообразная бугристая, бородавчатая твердость отдѣлявшихъ жидкій гной изъязвленій, воронкообразный дефектъ у orificium совершенно обезпечивали діагнозъ. Раковую опухоль удаляютъ, оперируя въ здоровыхъ частяхъ, кровотеченіе останавливаютъ наложеніемъ шва. Если раковая опухоль значительной величины, то можетъ возникнуть вопросъ, что будетъ неприяте для больной,—ракъ или постоянное вытеканіе мочи послѣ экстирпаціи уретры. Я рекомендую вырѣзать даже часть мочевого пузыря съ цѣлью предупрежденія рецидивовъ. Рубцовое суженіе ведетъ къ тому, что даже при большой потерѣ вещества моча удерживается. Если раковая опухоль значительной величины, то вырѣзаютъ всю опухоль и сшиваютъ vulvam, наложивъ предварительно прямокишечный свищъ для стеканія мочи. Или закрываютъ пузырь снизу, производятъ надъ симфизомъ пузырнобрюшной свищъ, въ который вставляютъ катетеръ, снабженный у наружнаго конца зажимомъ. Такимъ образомъ моча можетъ быть отведена кверху. Если же мы имѣемъ дѣло со старой, истощенной женщиной,

¹⁾ Ehrendorfer, C. f. G. 1892. 321.

²⁾ C. f. G. 1892, 236.

у которой, повидимому, нельзя будет удалить всю опухоль, то лучше отказаться от операции и принимать симптоматическое лечение.

Кроме того, наблюдаются в мочеиспускательном канале еще папилломатозные опухоли и аденокарцинома; эти раки находятся в верхней трети и переходят на шейку пузыря.

При застарелом сифилисе область наружного уретрального отверстия представляется иногда изъязвленной сифилитическими процессами. Если члвк лежит под самым лобком, то при coitus repis оттягивает уретру от подлежащих частей. Заживлению препятствует сифилитический процесс и повторный coitus. При осложнении сифилисом, повторными травмами и неудобным для coitus положением introitus vaginae у самого лобка, наружное отверстие мочеиспускательного канала может превратиться в одну сплошную язву; кроме того, изъязвляется весь мочеиспускательный канал, причем при частичном рубцевании могут развиваться стриктуры. Если возможно устранить coitus, предпринять хорошее общее лечение и подвергнуть язву рациональному лечению, то *предсказание* в общем довольно благоприятно.

Мочеиспускательный канал можно подвергнуть осмотру. Это лучше всего производить при нормальных условиях, не расширяя канала.

Большой придають то же положение, что и при цистоскопии, уретру анестезируют впусканием 1 куб. см. 5—10 % раствора кокаина, пузырь опорожняют совершенно. Закрытую obturatorом, смазанную борным глицирином трубку вводят в уретру, наружное отверстие которой смазывают предварительно борным глицирином; трубку проводят до сфинктера пузыря, удаляют obturator и вытирают уретру комочками ваты; вынимая медленно трубку можно постепенно осмотреть весь мочеиспускательный канал.

Если мочеиспускательный канал отсутствует вследствие повреждения или изъязвления, и необходимо произвести пластику, то производить предварительно вверх искусственный пузыревлагищный свищ. После этого высвобождается sphincter pethrae двумя параллельными разрезами на границе видимого желоба уретральной слизистой оболочки. Лоскуты отделяют к середине таким образом, что, будучи отворочены, они могут быть соединены весьма легко. Для предотвращения омертвления вполне достаточно оставить полоску в 0,5 см. шириною, соединяющую желоб мочеиспускательного канала с подлежащими частями. Над соединенным мочеиспускательным каналом спивают отсепарованные лоскуты наружных раневых краев. Если наступило полное заживление, то приступают к закрытию искусственного свища.

Вырезанием клина и настолько суживая отверстие пузыря, что больная была в состоянии удержать мочу. *Gersuny* принадлежит мысль впрыскивания под слизистую оболочку пузыря сгущенного вазелина, вследствие чего слизистая оболочка пузыря выпячивается и канал суживается. В своем случае автор достиг полного излечения. *Pfannenstiel* предостерегает от

этого способа, так какъ въ одномъ случаѣ онъ наблюдалъ развитіе эмболии. Другихъ наблюденій пока не имѣется.

Г. Функциональныя разстройства и невроты уретры.

При начинающемся выпаденіи матки, при ретроверсіяхъ, у очень тучныхъ женщинъ съ сильнымъ внутрибрюшнымъ давленіемъ существуетъ иногда «слабость пузыря»; при кашлѣ, натуживаніи, смѣхѣ, при нагибаніи, при всѣхъ усиліяхъ вытекаетъ моча. Въ данномъ случаѣ причина механическая: вслѣдствіе опущенія передней влагалищной стѣнки расширяется воронкообразно верхняя половина мочеиспускательнаго канала, обращенная въ сторону влагалища. Въ подобныхъ случаяхъ мочеиспускательный каналъ дѣйствительно короче, чѣмъ нормально, функционируетъ лишь часть сфинктера и при внезапномъ усиленіи давленія не въ состояніи удержать мочи.

Кромѣ того, при родахъ возможно отдѣленіе мочеиспускательнаго канала отъ симфиза вслѣдствіе давленія при прорѣзываніи головки.

Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ сначала употреблять сильныя вяжущія и промыванія влагалища, напримѣръ *Acidi salicylici* 20 на 200 спирта; S. 30,0 на 1 литръ воды. Далѣе вкладываніе пальцеобразнаго тампона, смоченнаго въ растворѣ квасцовъ въ глицеринѣ (1:10). Тампонъ вкладываютъ вечеромъ и вынимаютъ утромъ. Если это не помогаетъ, то вытекание мочи удастся иногда устранить вкладываніемъ пессарія—круглое твердое кольцо съ діаметромъ въ 7—9 см. Кольцо прижимаетъ механически мочеиспускательный каналъ къ кости.

Но эта слабость исчезаетъ иногда и безъ всякаго леченія, именно, если матка и стѣнка влагалища хорошо инволюируются. Въ виду этого слѣдуетъ обождать 6 мѣсяцевъ послѣ родовъ и потомъ уже приступить къ операціи.

Кромѣ этихъ случаевъ, развивающихся въ послѣродовомъ періодѣ, существуютъ еще случаи, въ которыхъ причиной является поврежденіе; такъ, напримѣръ, недержание мочи развивается послѣ насильственнаго расширенія.

Мнѣ пришлось наблюдать случай, въ которомъ ложка щипцовъ была вдавлена въ мочеиспускательный каналъ. Болѣе рѣдко бываютъ случайныя поврежденія костными осколками при переломахъ таза и разрывы *penis*'омъ при атрезіи или дефектѣ влагалища.

Далѣе, уретра представляется иногда расширенной у занимающихся онанизмомъ, а также при истеріи. Существуетъ весьма частая, чисто истерическая форма задержки мочи, противъ которой мы почти безсильны. Катетеръ плотно охватывается уретрой, такъ какъ присоединяется изолированная судорога послѣдней. Больная ясно ощущаетъ эту судорогу. При этомъ бываетъ нерѣдко судорога пузыря, такъ что катетеръ сразу обхватывается пузыремъ, отверстіе катетера закрывается на время. Мнѣ пришлось наблюдать случаи, въ которыхъ больныя катетеризировали себя въ теченіе многихъ лѣтъ. Въ концѣ концовъ получалось уже не задержка, а недержание мочи.

Какъ при неумѣломъ введеніи клистирной трубки можетъ наступить прободеніе прямой кишки, точно также при неумѣломъ катетеризированіи можетъ получиться поврежденіе мочеиспускательнаго канала. При *retroflexio uteri gravidi* мочеиспускательный каналъ притягивается маткой болѣе къ симфизу, прямо кверху. Если при подобныхъ условіяхъ акушерка вводитъ катетеръ „по всѣмъ правиламъ“, она наноситъ поврежденія, дѣлаетъ ложные ходы, даже прободаетъ иногда уретру въ сторону влагалища. У одной дѣвушки я наблюдалъ даже большой уретровлагалищный свищъ вслѣдствіе повторнаго введенія катетера неумѣлой рукой.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ необходимо выждать окончанія свѣжаго періода; очищаютъ и выжидаютъ, какая часть заживетъ путемъ образованія грануляцій. Послѣ этого производятъ тщательное изслѣдованіе, выясняютъ положеніе дѣла и устанавливаютъ планъ дѣйствія.

Расширеніе не слѣдуетъ діагностицировать слишкомъ быстро. Если мизинецъ натывается еще на довольно значительныя препятствія, то это отвѣчаетъ нормальному состоянію. Недержаніе не соответствуетъ еще ео ipso наличности расширенія. Вслѣдствіе этого операціи по поводу недержанія мочи остаются обыкновенно безуспѣшными.

B. S. Schultze рекомендовалъ вырѣзать надъ уретрой овалъ изъ влагалища, длиною въ 4 см. и шириною въ 3 см., съ длиннымъ діаметромъ по направленію мочеиспускательнаго канала. Въ каналъ вводится катетеръ. Дефектъ закрываютъ 5—6 швами. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ я получалъ хорошій результатъ тѣмъ, что отдѣлялъ всю уретру отъ симфиза и вырѣзалъ послѣ этого сверху длинную полосу до самаго пузыря. Разрѣзъ соединялся непрерывнымъ кѣгутковымъ швомъ, вогнутый книзу поперечный разрѣзъ надъ *orificium urethrae*—узловатымъ швомъ.



Рис. 70.
Наконечникъ
для уретры.

Dittel и *Gersuny* съ успѣхомъ изолировали уретру, перекручивали ее вокругъ оси и фиксировали. Въ случаѣ необходимости операцію можно повторить и усилить перекручиваніе.

Я производилъ эту операцію можетъ быть неумѣло; поэтому, несмотря на заживленіе первымъ натяженіемъ, я не получилъ успѣха вслѣдствіе постепеннаго самопроизвольнаго раскручиванія.

У нерожавшихъ, молодыхъ, здоровыхъ въ остальномъ женщинъ непроизвольное отхожденіе мочи, въ видѣ *Enuresis diurna et nocturna*, наблюдается иногда какъ мѣстное истерическое явленіе. Въ подобныхъ случаяхъ я достигалъ нерѣдко излеченія путемъ внушенія или прижиганіями мочеиспускательнаго канала растворомъ ляписа 1:10.

При продолжающейся годами *Enuresis nocturna* у молодыхъ дѣвушекъ или дѣтей находятъ нерѣдко болѣзненные къ давленію точки вдоль позвоночнаго столба, дисменоррею, продолжительныя меноррагіи, кокци-

годівню или оварію. Необходимо общее и мѣстное леченіе: холодной водой, электричествомъ, биполярной фарадизаціей уретры, постояннымъ токомъ и проч.

Болѣе неблагоприятными представляются состоянія раздраженія уретры. Кромѣ трещинъ, обусловленныхъ катетеризаціей, наблюдается — чаще въ старыя, чѣмъ въ молодыя годы — своеобразное состояніе раздраженія уретры. Изслѣдованіе уретроскопомъ обнаруживаетъ иногда красноту и набуханіе. Это болѣе благоприятные случаи, въ которыхъ съ успѣхомъ примѣняютъ небольшія кровоизвлеченія помощью уколовъ или впрыскиванія либо смазыванія 2—10% растворомъ ляписа. Но зачастую уретра оказывается объективно совершенно нормальной и тѣмъ не менѣе, несмотря на всѣ терапевтическія мѣры, существуетъ мучительное раздраженіе въ уретрѣ, служащее, быть можетъ, частичнымъ проявленіемъ *pruritus vulvae*. Мною испытано въ подобныхъ случаяхъ все — прижиганія, дренажъ пузыря, насильственное расширеніе, даже производство искусственнаго свища, но безъ всякаго успѣха! Когда по прошествіи 6 недѣль свищъ былъ снова закрытъ, возвратилась своеобразная, напоминающая тенезмы боль!

Часто имѣется въ подобныхъ случаяхъ застарѣлый катарръ пузыря, излеченіе котораго устраняетъ нерѣдко и тенезмы. Въ виду этого всегда необходимо тщательно изслѣдовать мочу. Я находилъ также туберкулезъ пузыря съ характерной кислой мочей. Бациллы туберкулеза можно найти въ осадкѣ, полученномъ центрифугированіемъ. При цистоскопії находятъ дентикюлярныя язвы или болѣе обширныя язвенныя потери вещества слизистой оболочки. Несомнѣнно бывають и случаи, въ которыхъ находятъ совершенно прозрачную «*urina spastica*». Въ подобныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ «*irritable bladder*» или вѣрнѣе съ «*irritable urethra*». Если моча очень кислой реакціи и найти въ ней бугорковья палочки — т. е. доказать наличность бугорчатки мочевого пузыря — не удается, полезными оказываются промыванія пузыря растворомъ столовой ложки двууглекислой соды на литръ воды.

Въ этихъ случаяхъ можно достигнуть временнаго излеченія кокаиномъ. Смазываніе болѣзненно, причемъ острымъ краемъ рукоятки кисточки легко наносятся поврежденія. Мази дѣйствуютъ мало надежно. Въ виду этого я устроилъ для этой цѣли наконечникъ, который легко прикрѣпить къ шприцу *Праваца* (рис. 70).

Этотъ наконечникъ, толщиной въ тонкій катетеръ, приготовленъ изъ целлюлоида, вслѣдствіе чего можно употреблять и растворы ляписа. Наконечникъ продырявленъ на-подобіе рѣшета и снабженъ у верхняго конца пуговкой. Трубочка наполняется 5% свѣже-приготовленнымъ растворомъ кокаина, вводится въ мочеиспускательный каналъ, послѣ чего оттягивается, такъ что сверху мочеиспускательный каналъ закрывается пуговкой. Растворъ впрыскивають возможно медленно. Можно также примѣнять лекарственныя палочки изъ 0,1 іодеформа, 0,02—0,04 кокаина, 1,2 масла какао и 0,1 ланолина.

Въ нѣсколькихъ случаяхъ абсолютной безсонницы вслѣдствіе тенежь, я достигъ мѣстнымъ леченіемъ кокаиномъ того, что больныя могли спокойно спать.

Если цистоскопіей удастся констатировать сильную гиперэмію шейки мочевого пузыря, или варикозное расширеніе венъ надъ *osificium internum*, то я примѣнялъ съ успѣхомъ скарификаціи и впусканіе капель раствора ляписа 1:50. Часто мы имѣемъ дѣло со старыми женщинами, у которыхъ развились расширенія венъ вслѣдствіе частичныхъ сморщиваній мышцъ. Болѣзненное леченіе прижиганіями трудно выполнимо; но, съ другой стороны, громадны мученія, если старая женщина должна каждую ночь вставать съ постели 10—12 разъ для отправленія малой нужды.

ГЛАВА ШЕСТАЯ.

Пороки развитія матки. Задержки развитія и гинатрезіи.

А. Пороки развитія.

Пониманіе уродливостей женскихъ половыхъ органовъ, какъ и всѣхъ уродливостей вообще, возможно лишь на основаніи исторіи развитія. Въ виду этого мы предпошлемъ краткое описаніе развитія женскихъ половыхъ органовъ по *Henle* (см. рис. 71).

На 4—5-й недѣлѣ зародышевой жизни находятъ по обѣ стороны позвоночнаго столба два тѣла: примордіальныя или временныя почки, Вольфовы тѣла (*w*). Въ виду распредѣленія сосудовъ, содержанія мочевой кислоты въ ихъ отдѣленіи и сообщенія ихъ выводного протока съ мочевымъ пузыремъ, онѣ были названы первичными почками. У женщинъ выводной протокъ (*q*) не имѣетъ никакого значенія. Кисты влагалища находятся, можетъ быть, въ зависимости отъ частичнаго сохраненія этого канала. У нѣкоторыхъ животныхъ этотъ выводной протокъ (*Gärtner*'овскій каналъ) остается навсегда. Отъ нижняго угла Вольфова тѣла идетъ къ паховой области связка, которая у женщинъ преобразовывается въ круглую связку матки. У внутренняго края Вольфова тѣла находится уже у зародышей выступъ въ 11—13 мм., зародышевая железа (*k*), изъ которой образуется впоследствии яичникъ или яичко. Уже въ это время удается различить мужской и женскій полъ. На передней поверхности развивается, вначалѣ весьма толстый, шнурокъ—*Müller*'овская нить (*m*), которая достигаетъ у женщинъ громаднаго значенія. Оба выводныхъ протока Вольфовыхъ тѣлъ прикрѣпляются у нижняго края мочевого пузыря (*p*, *p*, *o*), на мѣстѣ, гдѣ сверху находится уретра (*d*), снизу *sinus urogenitalis* (*v*).

Остатки частей первичной почки Вольфова тѣла мы находимъ у родившагося ребенка лишь какъ исключеніе. Впоследствии развиваются изъ этихъ остатковъ опухоли (аденоіомы) въ маткѣ или около нея и по со-

сѣдству съ влагалищемъ. Половая часть, раооrпогоп, является постояннымъ придаткомъ яичника.

Между тѣмъ какъ Вольфово ¹⁾ тѣло далѣе не развивается, Вольфовы проходы (*Gärtner*'овскіе каналы) исчезаютъ отъ шейки книзу и функція выдѣленія мочи перенимается почками, при величинѣ зародыша въ 4—5 см.; *Müller*'овскія нити подвергаются дальнѣйшему развитію. Въ то время, когда послѣднія имѣютъ трубчатую форму, можно на нихъ различать два отдѣла, верхній—покрытый снаруи цилиндрическимъ эпителиемъ, и нижній—болѣе плотный, съ кубическимъ эпителиемъ. На границѣ этихъ отдѣловъ имѣется уже уголъ перегиба, отвѣчающій маточному рыльцу.

Müller'овскія нити затѣмъ срастаются, отдѣляющая ихъ перегородка исчезаетъ, такъ что получается общій каналъ. Верхніе концы нитей остаются не сросшимися, дивергируютъ. Верхній конецъ становится бахромчатымъ: *fimbriae*; послѣ этого развиваются трубы, которыя, разрастаясь по Вольфовымъ каналамъ книзу, подвергаются спиральному повороту уже теперь. Части, слѣдующія далѣе книзу, срастаются и образуютъ матку. Послѣдняя увеличивается до того, что не только исчезаетъ намекъ на боковые рога, но дно ея становится даже выпуклымъ. Подъ маткой образуется изъ *Müller*'овскихъ нитей влагалище.

Вышеупомянутая паховая складка Вольфова тѣла продвигается въ видѣ круглой связки къ верхнимъ угламъ матки. Зародышевыя железы или яичники опускаются сверху внизъ, такъ что лежатъ сбоку матки. На мѣстѣ соприкосновенія

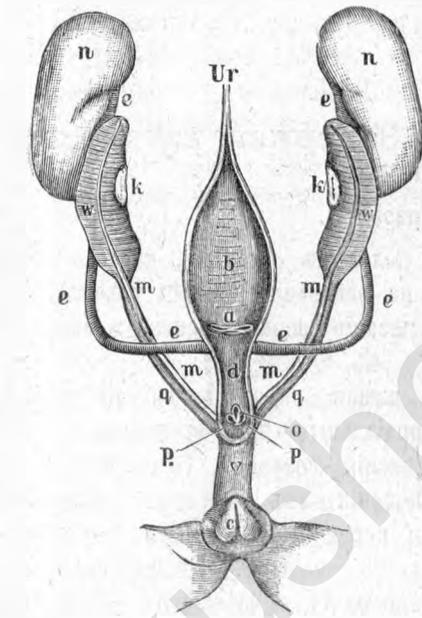


Рис. 71. *m*—почки, ихъ мочеточники, вдающіе у *a* въ пузырь *b*, *w*—Вольфовы тѣла примордиальныя почки, выводяные протоки которыхъ *qq* вдаются у *pp* въ уретру *d*. *kk*—зародышевая железа (яичникъ), *mm*—*Müller*'овскія нити, прилегающія къ Вольфовымъ тѣламъ, оканчиваются вмѣстѣ у *o*. *V*—*sinus urogenitalis*, *Ur*—*urachus*, *c*—*clitoris*, *гесп.* половой бугорокъ.

влагалища и *sinus urogenitalis* образуется складка: *hymen*.

Пороки развитія матки ²⁾ легко объяснить на основаніи вышеизло-

¹⁾ *J. Müller*, *Bildungsgesch. der Genitalien*. 1830.—*Kussmaul* *Mangel, Verkümmerng und Verdoppelung der Gebärmutter*. 1859.—*His*, *Unsere Körperform*. 1875.—*Henle*, *Handbuch der syst. Anatomie*. 1873.—*L. Fürst*, *M. f. G.* XXX.—*Winckel*, *Atlas*. 1881.—*Ahlfeld*, *Misbildungen etc.* 1882.—*Heppner*, *Petersb. med. Zeitschr.*, 1870. 1.—*Bierfreund*, *Z. f. G.* XVII. I.—*Nagel*, *A. f. mikroskop. Anat.* XXXIV.—*A. f. G.* XLV, 3.

²⁾ *Kussmaul*, *Von dem Mangel, der Verkümmerng und Verdoppelung der Gebärmutter*. 1859.—*P. Müller*, *Handb. der Frauenkrankheiten*. 1885.—*Nagel*, *Handb. d.*

женных данныхъ. Если имѣются на-лицо обѣ *Müller*'овскія нити цѣликомъ, то развиваются удвоенія:

1. если *Müller*'овскія нити вовсе не соединяются (двурогая матка);
2. если *Müller*'овскія нити соединяются снаружи, но не исчезаетъ внутри перегородка (двуполостная матка).

Ad 1. Здѣсь встрѣчаются различныя формы, причемъ главнымъ образомъ изолированное развитіе совершенно не слившихся *Müller*'овскихъ нитей: *Uterus bicornis duplex separatus* s. *uterus bidelphys*. Это двойное

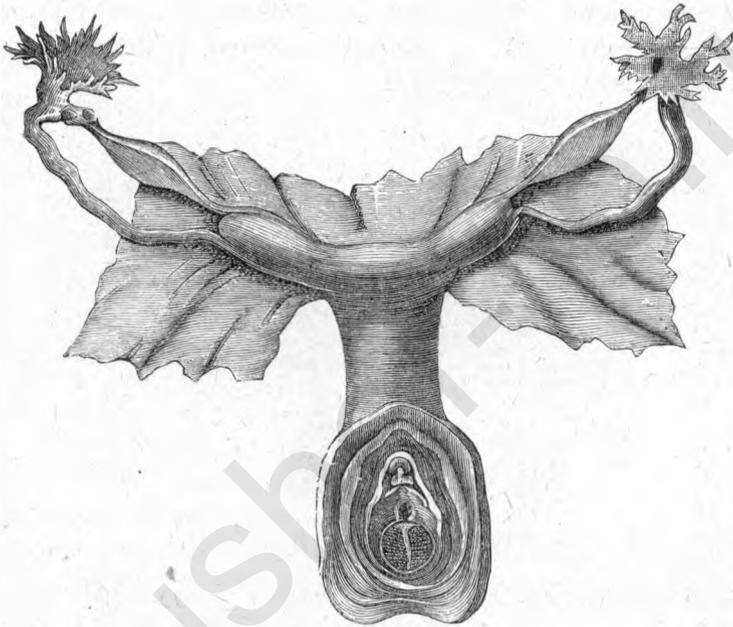


Рис. 72. *Uterus bicornis duplex, vagina duplex*, по *Böhm*er'у.—Если мы представимъ себѣ, что матка снаружи совершенно нормальна, но внутри имѣется перегородка, то ; получится *uterus bilocularis*.

образованіе встрѣчается какъ совместно съ другими пороками развитія у нежизнеспособныхъ плодовъ, такъ и у совершенно нормальныхъ въ остальномъ женщинъ. Между обѣими половинами матки находили неоднократно связку, идущую сзади кпереди: *ligamentum vesicorectale*, которая, проходя можетъ быть изъ *Allantois*, мѣшала соединенію. Но можетъ быть эта связка осталась и вслѣдствіе непроизшедшаго соединенія. По *Thiersch*'у, значеніе имѣетъ слишкомъ большое разстояніе между Вольфовыми тѣлами. Срощенію препятствуютъ (*Paltauf*), можетъ быть, остающіеся концы

Gynaecol. von Veit. 1897.—Le Fort, Vices de conformation de l'uterus et du vagin. 1863.—Schröder, Kritische Untersuchungen. 1866.—Olshausen, A. f. G. 1.—W. A. Freund, Berliner Beitr. z. Geb. und Gyn. II.—Schatz, A. f. G. I. 12.—P. Hegar, Berliner Beiträge z. Geb. und Gynaecologie, III.—Moldenhauer, A. f. G. VII.—Werth, A. f. G. XVII.—Pffannenstiel, Festschr. d. deutschen Ges. f. Gyn. Wien. 1894.

трубъ въ почкахъ или чрезмѣрное перекручиваніе *Müller*'овскихъ нитей (*R. Meyer*).

Если матка вполне двойная, такъ что оба колбообразныя дна ея значительно расходятся между собою, но шейки, хотя и двойныя, лежатъ тѣсно другъ около друга, то мы имѣемъ *uterus bicornis duplex* (рис. 72). При этомъ влагалище можетъ быть простымъ или двойнымъ. Еще меньшей степени удвоеніе мы имѣемъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ матка имѣетъ 2 рога, но шейка и влагалище совершенно нормальны: *Uterus bicornis unicollis* (рис. 73). Сюда относятся случаи, въ которыхъ дву-рогость обозначается исключительно вогнутостью верхняго контура: *uterus bicornis s. arcuatus*, или въ которыхъ имѣется чрезмѣрно широкое дно-матки: *uterus incudiformis*.

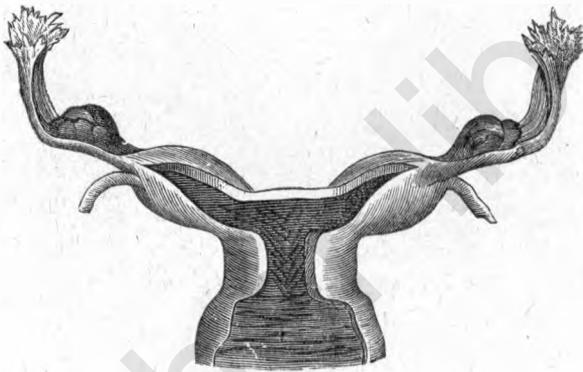


Рис. 73. *Uterus bicornis unicollis*.

Ad 2. Необходимо замѣтить, что можетъ существовать полная перегородка: *uterus septus* или *uterus bilocularis duplex*. Перегородка во влагалищѣ или простирается до самаго низа, или отсутствуетъ совершенно, такъ что раздѣленіе доходитъ лишь до шейки (ср. рис. 73).

Если матка раздѣлена не совершенно, такъ что имѣется лишь рудиментарная перегородка, то эту форму называютъ *uterus subseptus*. Волѣе часто имѣется лишь одна длинная складка, отходящая отъ *fundus uteri*. Величайшей рѣдкостью представляются два *orificia uteri*—*uterus biforis*—и одна маточная полость. Эти пороки развитія представляютъ интересъ болѣе для акушера, чѣмъ для гинеколога.

3. Кромѣ того, развиваются уродливости еще вслѣдствіе того, что одна изъ *Müller*'овскихъ нитей или вовсе не развита, или отчасти. Въ первомъ случаѣ развивается *uterus unicornis* (рис. 74). Подобная матка развита обыкновенно лишь слабо, съ преобладаніемъ шейки и отклоненіемъ въ сторону недостаточнаго развитія. На послѣдней сторонѣ не имѣется яичника, трубы и круглой связки. Впрочемъ, *uterus unicornis* функционируетъ совершенно нормально, причѣмъ даже родовой актъ протекаетъ при совершенно правильныхъ потугахъ и безъ ненормальныхъ симптомовъ.

Если одинъ рогъ развитъ совершенно, другой лишь рудиментарно, то послѣдній можетъ прилежать къ маткѣ или отстоять отъ нея. Рудиментарный рогъ образуется какъ въ видѣ связочнаго, плотнаго придатка изъ мышечныхъ волоконъ, такъ и маленькаго полаго тѣла. Прилегаеть-ли послѣдній къ маткѣ или отстоитъ отъ послѣдней, онъ узнается тѣмъ не менѣе всегда по тому, что отъ него идетъ книзу круглая связка (рис. 75 d).

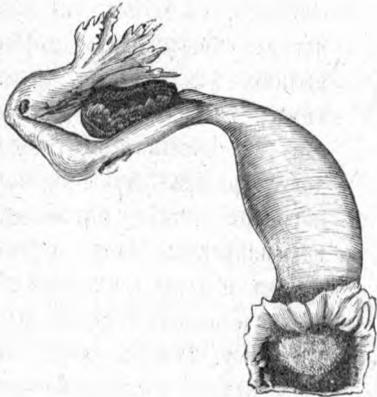


Рис. 74. Uterus unicornis dexter

Труба дефектной стороны можетъ представляться въ видѣ плотнаго шнура или быть совершенно нормальной, причемъ и яичникъ можетъ отсутствовать или быть налицо. Въ послѣднемъ случаѣ яичникъ нормаленъ или ненормаленъ въ томъ отношеніи, что не удастся констатировать въ немъ ни одного фолликула.

Такъ какъ рудиментарный рогъ можетъ быть выстланъ слизистой оболочкой и можетъ имѣть нормальную трубу и яичникъ, то возможными являются и всѣ функціи. Слизистая оболочка менструируетъ, кровь скопляется, развивается ретенціонная киста: гематометра въ рудиментарномъ рогѣ. Труба можетъ воспринять оплодотворенное яйцо, яйцо можетъ развиться въ рудиментарномъ рогѣ, послѣдній, въ виду недостаточнаго развитія мышцъ, можетъ лопнуть, такъ что наступаетъ кровоточеніе и смерть, какъ и при вѣматочной беременности. Объ этихъ случаяхъ намъ придется говорить еще при гинатрезіяхъ.

4. Далѣе, мы имѣемъ рядъ пороковъ развитія, которые развиваются такимъ образомъ, что хотя Müller'овскія нити и прилегаютъ другъ къ другу, хотя исчезаетъ и перегородка и обѣ Müller'овскія нити развиты

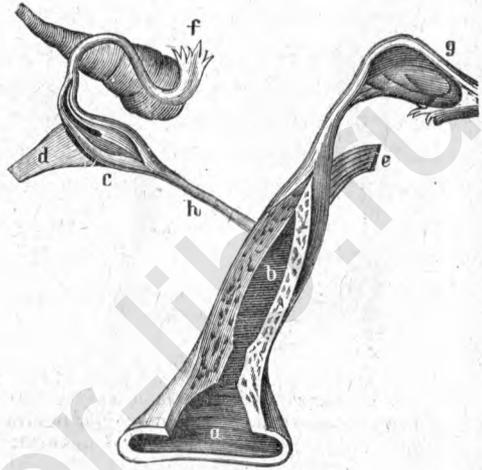


Рис. 75. Uterus unicornis sinister съ рудиментарнымъ правымъ рогомъ. (Сравни ниже рисунки при гинатрезіяхъ), *a* влагалище, *b* uterus unicornis, *c* рудиментарный правый рогъ, представляющій собою полое тѣло, соединенное съ маткою при помощи короткаго, плотнаго мышечнаго пучка *h*, *d* правая, *e* лѣвая круглая связка, *f* правая труба и яичникъ, *g* лѣвая труба и яичникъ.

совершенно одинаково, но часть Müller'овской нити справа и слѣва развита одинаково рудиментарно, между тѣмъ какъ выше и ниже развито все нормально. Такимъ образомъ можетъ отсутствовать или представлять рудиментарное развитіе верхняя, либо нижняя половина влагалища или матки.

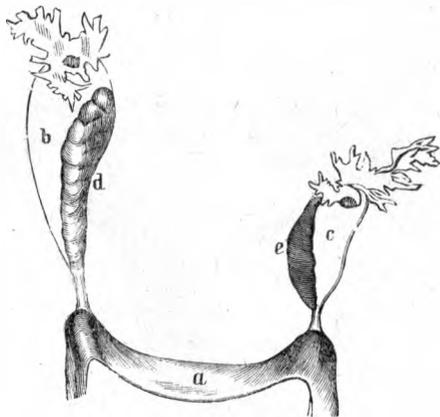


Рис. 76. Рудиментарная плотная матка. *a* мышечная часть, представляющая собою рудиментарную матку, *b* правая, *c* лѣвая труба, *d* правый, *e* лѣвый яичникъ.

находили небольшое скопленіе мышечныхъ волоконъ, которое необходимо признать за рудиментарную матку. Если имѣется полное или почти полное отсутствіе матки, то отсутствуютъ также яичники и трубы.

Въ большинствѣ случаевъ рудиментарное развитіе представляетъ та часть Müller'овскихъ нитей, которая образуетъ по срединѣ матку. Значитъ, съ обѣихъ сторонъ могутъ существовать трубы, яичники и влагалище, между тѣмъ какъ матка отсутствуетъ: defectus uteri. Вполнѣ достовѣрныхъ случаевъ полного отсутствія матки еще не извѣстно: хотя прямая кишка и пузырь оказывались и прилегающими тѣсно другъ къ другу, тѣмъ не менѣе при тщательномъ изслѣдованіи на-

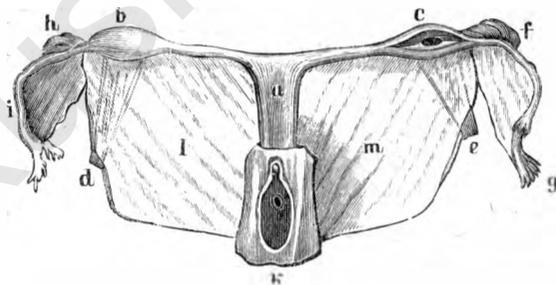


Рис. 77. Рудиментарная матка. Uterus bipartitus (Rokitansky). *a* рудиментарная средняя часть, *b* правый рогъ матки, *c* лѣвый рогъ матки, вскрытъ съ цѣлю демонстраціи маленькой полости, *d* правая, *e* лѣвая круглая связка, *f* лѣвый яичникъ, *g* лѣвая труба, *h* правый яичникъ, *i* правая труба, *k* влагалище, *lm* ligamentum latum.

Отсутствіе полости въ рудиментарной маткѣ наблюдается довольно часто; въ подобныхъ случаяхъ мы имѣемъ передъ собою маленькій органъ формы матки, или массу, состоящую изъ мышечныхъ волоконъ и идущую поперекъ отъ одной трубы къ другой (рис. 76). Въ подобныхъ случаяхъ имѣется главнымъ образомъ дефектъ нижнихъ двухъ третей матки. Еще болѣе часто наблюдается равномѣрное развитіе двухъ роговъ, такъ что

съ обѣихъ сторонъ имѣется по одному маленькому, отстоящему на довольно большомъ разстояніи, круглому или овальному полному органу, между тѣмъ какъ средняя часть и шейка (*Uterus bipartitus*, рис. 77) вполне отсутствуютъ. Яичники и трубы отсутствуютъ при этомъ не всегда. Наблюдается и обратное: при отсутствіи двухъ боковыхъ роговъ, лежащей по срединѣ рудиментъ матки. Далѣе слѣдуютъ случаи, въ которыхъ матка не представляетъ уже рудиментарный характеръ, а лишь недостаточное, слабое развитіе. Такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ матка останавливается въ ростѣ, представляетъ зародышевую или, во всякомъ случаѣ, дѣтскую форму, то эту задержку развитія называютъ *uterus foetalis* и *infantilis*. Подобная маленькая матка обладаетъ тонкими стѣнками, и поэтому сильно антефлексирована, а временами оказывается ретрофлексированной. Такая извѣнчивость положенія матки является характерной для описываемой формы. Возможность зачатія не исключается, нормального роста во время полового созрѣванія не наступаетъ. Самой слабой степенью описываемой задержки развитія нужно считать поразительную узость — стенозъ—устій матки и ея полости.

В. Дефектъ ¹⁾ матки и *Uterus rudimentarius* (*uterus foetalis* и *infantilis*) ²⁾.

Формы, отмѣченныя подѣ 4, имѣютъ клиническое значеніе. Какъ мы упоминали выше, полный дефектъ матки весьма трудно доказать даже анатомически. Клиническое же значеніе всѣхъ случаевъ дефекта, рудиментарной и неспособной къ функціи матки одинаково; значеніе имѣеть лишь степень ихъ развитія.

При *дефектѣ матки* влагалище, *portio* и яичники могутъ быть нормальными. Мнѣ пришлось произвести кастрацію вслѣдствіе менструальной колики при слѣпо оканчивавшемся короткомъ влагалищѣ, причѣмъ я удалилъ одновременно и матку. Последняя представляла собою маленькое, плотное тѣло, висѣвшее на *portio*.

Въ другихъ случаяхъ влагалище совершенно отсутствуетъ или коротко и оканчивается слѣпо; если мы имѣемъ дѣло съ замужними женщинами, то влагалище настолько расширяется вслѣдствіе *coitus*, что представляется почти нормальнымъ. Наружныя половыя части большею частью лишь слабо покрыты волосами.

Съ другой стороны, влагалище можетъ совершенно отсутствовать, такъ что гарбе промежности идетъ отъ задняго прохода до ненормально широкаго отверстія мочеиспускательнаго канала (см. рис. 69) въ видѣ гладкой линіи. Если имѣется *vestibulum*, но отсутствуетъ влагалище, то

¹⁾ *Heyfelder*, Deutsche Klinik, 1854, стр. 579.—*Holst*, Beitr. z. Ged. u. Gyn., 1865.—*P. Müller*, Scanzoni's Beiträge. V.—*Leopold*, A. f. G. XIV, 3.—*Tauffer*, Z. f. G. IX, 1.—*Kleinwächter*, A. f. G. XVII.—*Rheinstädter*, A. f. G. XIV.—*Veit*, Z. f. G. 1, стр. 118.—*Flothmann*, Deutsche med. W. XV, стр. 67.—*Warnek*, Z. f. G. XVII, стр. 299.—*Frommel*, Münch. med. W., 1890, 263.—*Schäffer*, A. f. G. XXXVII. 199.

²⁾ *Tiedemann*, Diss. Würzburg 1842.—*Schröder*, Scanzoni's Beiträge. V.—*Gaber*, Klinisches über den Uterus unicornis etc. 1881.—*Virchow*, Berliner Beitr. z. Gyn. u. Geb. I.—*E. Fraenkel*, A. f. G. VII.

половой членъ направляется при попыткахъ coitus въ отверстіе мочеиспускательнаго канала, причѣмъ послѣднее или разрывается, или расширяется и penis проникаетъ въ пузырь.

Uterus infantilis удается констатировать у живыхъ путемъ бимануальнаго изслѣдованія на основаніи незначительной величины матки, а также измѣреніемъ при помощи зонда, которое даетъ длину въ 4—5 см. Менструація, а съ нею и овуляція и оплодотвореніе отсутствуютъ. Къ заявленіямъ замужнихъ женщинъ, будто въ прежнее время были у нихъ регулы, необходимо относиться въ подобныхъ случаяхъ съ недоувѣреніемъ, ибо, желая оправдать свое вступленіе въ бракъ, женщины зачастую заявляютъ, что раньше менструировали нѣсколько разъ.

Между тѣмъ какъ въ этихъ случаяхъ матка могла остановиться въ своемъ развитіи уже во время внутриутробной жизни, наблюдаются случаи, въ которыхъ матка остается всю жизнь такой величины, какую приходится наблюдать у совершенно доношенныхъ плодовъ; это состояніе мы называемъ uterus foetalis. Въ концѣ влгалища, которое вслѣдствіе coitus представляется нормальной длины и ширины, сидитъ крошечной величины шейка, въ видѣ пюговки, обыкновенно съ относительно большимвъ, поперечнымъ зѣвомъ, какъ это обыкновенно и бываетъ у зародыша женскаго пола. Матку можно зондировать, она длиною въ 2—4 см. Менструація не бываетъ. Леченіе не имѣетъ никакого смысла, такъ какъ не имѣется никакихъ разстройствъ.

Если ко времени половой зрѣлости uterus foetalis не достигаетъ нормальныхъ размѣровъ дѣвственной матки, то мы имѣемъ uterus infantilis.

Матка имѣетъ полость, ralisae plicatae заходятъ высоко, между тѣмъ какъ при совершенно развившейся маткѣ онѣ простираются лишь до внутренняго маточнаго зѣва. Важно то, что нѣкоторые авторы находили рѣзко выраженную дѣтскую матку, гипоплазію матки, при общей гипоплазіи¹⁾ сосудистой системы (слишкомъ малое сердце, чрезмѣрно узкая аорта и пр.).

Нѣкоторые авторы²⁾ различаютъ еще Uterus pubescens. Это матка, которая хотя и выросла въ періодѣ полового созрѣванія, но не достигла нормальной величины. Эта остановка въ ростѣ можетъ служить причиной дисменоррей и безплодія. Съ другой стороны, наблюдаются нерѣдко случаи, въ которыхъ во время замужества, вслѣдствіе частаго coitus, ростъ матки возобновляется, дисменоррея исчезаетъ и наступаетъ даже беременность. Нѣтъ ничего удивительнаго, что приливы, обусловленные половымъ возбужденіемъ, ведутъ къ полному развитію органа.

Отсюда можно заключить до извѣстной степени объ излечимости даннаго порока развитія, причѣмъ иногда удается помочь природѣ искусственными приливами: теплыя сидячія ванны, теплыя спринцеванія, препараты желѣза, хорошее питаніе.

Всѣ эти случаи становятся извѣстными врачу обыкновенно лишь

¹⁾ Virchow, Beitr. z. Geb. und Gyn., I, стр. 323.

²⁾ Puech, Annales de gyn., 465.

послѣ выхода замужъ, вслѣдствіе бесплодія, дисменоррей, аменоррей. Такъ какъ діагнозъ имѣетъ нерѣдко громадное судебно-медицинское значеніе, то изслѣдованіе лучше производить подъ наркозомъ; при подобныхъ условіяхъ можно окончательно выяснитъ вопросъ.

Необходимо производить комбинированное изслѣдованіе со стороны влагалища и брюшныхъ покрововъ и со стороны влагалища и прямой кишки. Особое значеніе имѣетъ систематическое ощупываніе пространства между пузырьемъ и прямой кишкой.

Необходимо измѣреніе зондомъ. При этомъ необходимо установить комбинированнымъ изслѣдованіемъ, проникъ-ли зондъ до fundus uteri, и не застрялъ-ли по дорогѣ.

Изслѣдованіе со стороны пузыря я считаю совершенно лишнимъ.

Что прощупываемая маленькая опухоль дѣйствительно яичникъ, можно предположить въ томъ случаѣ, если опухоль имѣетъ форму и консистенцію яичника и если въ остальномъ тѣло представляетъ женскій складъ: волосы на Mons Veneris, хорошо развитыя срамныя губы, груди, нормальный тазъ. При этомъ существуютъ иногда катаменіальныя разстройства, на основаніи которыхъ приходится подчасъ удалять яичникъ.

С. Гинатрезіи ¹⁾.

Вытеканіе менструальной крови можетъ быть задержано различными причинами, такъ что кровь скопляется въ половомъ каналѣ, причѣмъ ея расширяется часть послѣдняго или весь каналъ.

Наблюдаются слѣдующія формы гинатрезіи;

1) *Atresia hymenalis*.—Нупен представляется не перфорированнымъ, а совершенно закрываетъ входъ во влагалище. Это патологическое состояніе представляется врожденнымъ, причѣмъ нупен обыкновенно утолщенъ, оказываясь при операціи толщиною въ 3—4 мм. Въ другихъ случаяхъ, вслѣдствіе увеличенія давленія со стороны содержимаго, дѣвственная плева истончается, такъ что черезъ нее просвѣчиваетъ черная кровь, и можетъ самопроизвольно лопнуть.

Что закрытіе можетъ произойти вслѣдствіе прижиганій, воспаленій и рубцеваній—это доказывается случаями осложненія родовъ нупен imperforatus.

2) *Atresia vaginalis*.—Она бываетъ врожденной и приобретенной. Если отсутствуетъ часть влагалища, то менструальная кровь скопляется выше. Если кровь выпячиваетъ поперечную перегородку, то послѣдняя прилегаетъ къ плевѣ. Послѣдняя можетъ даже срастаться съ поперечной стѣнкой, такъ что *atresia vaginalis* кажется *atr. hymenalis*.

¹⁾ P. Müller, Scanzoni's Beitr., V, стр. 67. (A. uterovaginal.), Haesemann, Z. f. G. II, 1877.—Simon, Beitr. z. klin. Chir. IV, 1889, стр. 561.—Heppner, St. Petersburger med. Woch., 1872, стр. 552.—Simon, Berl. klin. Woch., 1875, 20 (леченіе).—Rose, M. f. G. XXIX, 6 (леченіе).—Freund, Berliner Beiträge z. Geb. u. Gyn. II, 26; Z. f. G. I, 231.—Breisky, A. f. G. II, 1 u. IV, 1; Prager med. Woch. 1876.—Hegar, Berliner Beitr. zur Geb. u. Gyn., III, 141.—Olshausen, A. f. G. I, 41.—Simon, M. f. G. XXIV, 292.—Neugebauer, A. f. G. II, 246.—Jaquet, Z. f. Gyn. u. Geb., стр. 130.—Rheinstädter, C. f. G. 1890, 142.—Wyder, Annales de gyn., 1890, стр. 466.

Многіе авторы, въ особенности *Veit*, утверждаютъ, что вовсе не существуетъ врожденныхъ суженій влагалища. *Veit* считаетъ существованіе *Haematosalpinx* доказательствомъ распространяющагося кверху воспаления. Что воспаление, перенесенное въ дѣтствѣ послѣ кори, скарлатины и т. д., можетъ быть забыто впоследствии, не подлежитъ никакому сомнѣнію: но безусловно существуютъ какъ атрезіи, такъ и стенозы влагалища безъ всякаго перенесеннаго въ дѣтствѣ воспаления. Такіе стенозы имѣютъ совершенно типичное мѣсто въ видѣ полулуннаго, клапанообразнаго выступа тотчасъ подъ сводомъ влагалища. Я наблюдалъ сильное кровотеченіе, послѣ перваго совокупленія, изъ подобной надорванной, полулунной стриктуры. Онѣ исчезаютъ безслѣдно послѣ первыхъ родовъ. Съ другой стороны, послѣ гангренозныхъ процессовъ въ послѣродовомъ періодѣ могутъ получиться рубцевыя сращения влагалищныхъ сводовъ, такъ что остается лишь узкій каналъ для менструальной крови. При наступленіи беременности сращения эти нерѣдко вовсе не разрыхляются, такъ что приходится прибѣгать къ кесареву сѣчевію вслѣдствіе «рубцеваго стеноза». Часть оторванной *portio* можетъ прорости болѣе кверху къ влагалищу, такъ что на *portio* находятъ нѣчто вроде ручки.

3) *Atresia uterina* при полномъ отсутствіи влагалища. Врожденные атрезіи *orificii uteri* наблюдаются крайне рѣдко, болѣе часты приобретенныя. При очень частомъ прижиганіи канала шейки маточный зѣвъ можетъ зарости, а лежащая подъ нимъ часть влагалища—сростись съ *portio*. Но и послѣ ампутацій *portionis* атрезіи происходятъ болѣе часто, чѣмъ это обыкновенно предполагаютъ. Далѣе, были наблюдаемы частичныя сращенія матки при слишкомъ продолжительномъ и энергичномъ или повторномъ примѣненіи *Atmocausis*. Изъ-за дисменорройныхъ разстройствъ, обусловленныхъ атрезіей *servicis* и гематометрой, приходилось удалять всю матку.

У старыхъ женщинъ развивается нерѣдко атрезія *orificii uteri interni*. Но такъ какъ въ этомъ возрастѣ менструаціи оказываются обыкновенно уже давно прекратившимися, то позади атрезіи скопляется лишь небольшое количество слизи и гноя (*Pyometra senilis*).

Одинаковымъ образомъ развивается зарощеніе вытянутой шейки при выпаденіяхъ матки.

4) Гипатрезія можетъ быть односторонней. Если, какъ было выше упомянуто, имѣется рудиментарная, но выстланная слизистой оболочкой матка, то этотъ полый рудиментъ матки растягивается менструальной кровью. При выѣдреніи яйца рудиментарная матка можетъ даже забеременѣть, что, однако, наблюдается крайне рѣдко (см. ниже).

Далѣе, при совершенно двойной маткѣ можетъ быть рудиментарное влагалище, которое прилегаетъ къ вполне развитому влагалищу лишь на извѣстномъ протяженіи и оканчивается слѣпо. Въ этихъ случаяхъ также образуется скопленіе крови, такъ что кровяная ретенціонная киста захватываетъ матку и рудиментъ влагалища лишь одной стороны. Кровь стущается въ характерную, легтеобразную, шоколаднаго цвѣта, часто почти

черную жидкость. Въ рѣдкихъ случаяхъ находили вмѣсто крови гной или слизь. Необходимо предположить, что здѣсь существовала конституціональная аменоррея и катарръ матки. Эту *ruometra lateralis* можно поставить въ связь съ вторичными нагноеніями.

Во всѣхъ случаяхъ надъ мѣстомъ преграды собирается менструальная кровь.

При *atresia hymenalis* влагалище растягивается весьма сильно (*haematokolpos*). Матка находится въ видѣ придатка на кровяномъ мѣшкѣ, легко распознается. Если часть влагалища отсутствуетъ, то сильнымъ внутреннимъ давленіемъ растягивается постепенно и матка, такъ что сильно утонченная ея стѣнка принимаетъ участіе въ образованіи стѣнки кровяной кисты. Это наступаетъ тѣмъ раньше, чѣмъ выше находится *atresia vaginalis*.

При атрезіи наружнаго зѣва матки, или, что чаще бываетъ, шейчнаго канала у *laquear vaginae*, кровяная киста образуется исключительно маткой (*haematometra*). Но и при двойной маткѣ, *uterus bicornis duplex*, можетъ существовать атрезія одного рога, такъ что въ немъ скопляется кровь. Этотъ случай изображенъ *Rokitansky* на рис. 78 (*haematometra lateralis*).



Рис. 78. Uterus bicornis. Atresia orificii uteri sinistri. Haematometra sinistra.

Довольно часто принимаютъ участіе и трубы ¹⁾ (*Haematosalpinx*, рис. 79, d). Такъ какъ интерстиціальная часть оказывается тутъ не расширенной, а чаще закупоренной, то развитіе *haematosalpinx* нельзя объяснить простымъ застоємъ. Напротивъ, послѣ наполненія матки центростремительное давленіе на слизистую оболочку матки оказывается до того значительнымъ, что во время менструаціи кровотоцитъ не она, а विकарирующимъ образомъ слизистая оболочка трубы. Хотя эта кровь можетъ вытекать черезъ брюшной конецъ, но въ большинствѣ случаевъ образуется периметритическое склеиваніе вокругъ трубъ и развиваются

¹⁾ Näcke, A. f. G. IV.—Steiner, Wiener med. Woch., 1871, 29 и 30.—Keller, Diss. Kiel. 1874.—Fuld, A. f. G. XXXIV. 191.—Leopold, A. f. C. XXXIV. 371.—Walter, Diss. Giessen. 1890.—Veit, C. f. G. 1891, 444.

колбасовидныя кровяныя кисты съ тонкими, а въ иныхъ случаяхъ и съ толстыми стѣнками.

Одинаково объясняется и гематома яичника, которая наблюдается довольно часто именно въ этихъ случаяхъ.

При скопленіи крови въ рудиментарной маткѣ и влагалищѣ (*haematometra et haematokolpos unilateralis*) кровяная киста при сильномъ растяженіи достигаетъ середины брюшной полости. Выпячивающееся книзу, рудиментарное

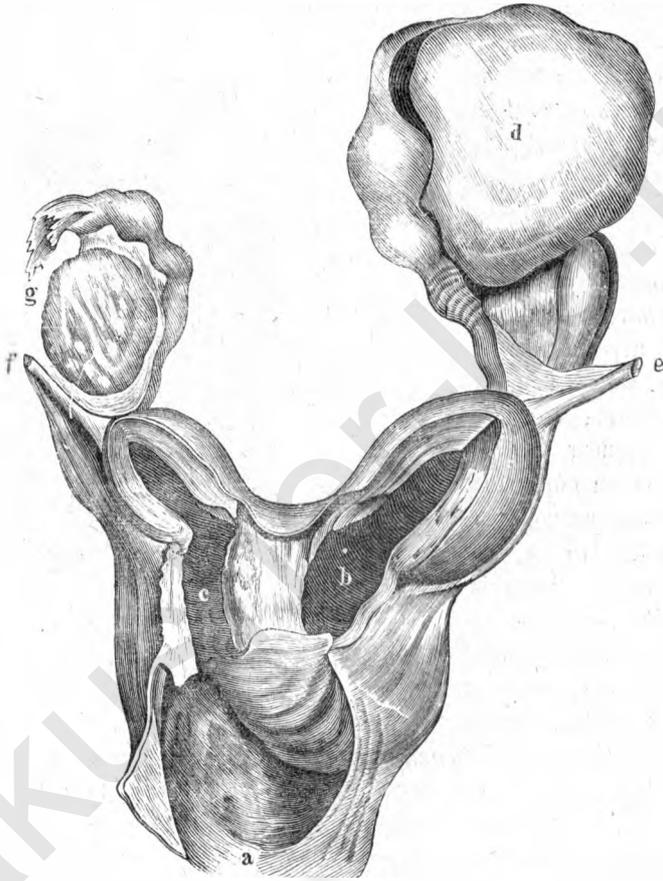


Рис. 79. Haematometra et Haematosalpinx (по *Bandl*ю).—*a* влагалище, с половина матки, открывающаяся во влагалище, *b* половина матки, закрытая со стороны влагалища, *haematometra sinistra*, *d haematosalpinx sinistra*, *e* лѣвая, *f* правая круглая связка, *g* правая труба и яичникъ.

влагалище можетъ до того сильно прилегать къ дѣвственной плевѣ развитой стороны, что на первый взглядъ кажется, будто мы имѣемъ передъ собою простую *atresia hymenalis*. Эту рудиментарную влагалищную стѣнку многие авторы считаютъ за остатокъ воспаленія.

Этотъ случай мы изобразили по шематическому рисунку *Freund*'а (рис. 80 и 81).

Симптомы и исходы.—Характернымъ для всѣхъ гинатрезій представляется то, что онѣ даютъ симптомы лишь при наступленіи менструацій. Скопившаяся кровь, растягивая половую трубку, вызываетъ боли. Эти боли вначалѣ незначительны, такъ что принимаются за менструальныя колики. Постепенно боли усиливаются, причѣмъ могутъ достигнуть такой степени, что подрываютъ здоровье. Если развились уже периметритическія отложения, то боли становятся постоянными. Во время менструаціи боли принимаютъ характеръ маточныхъ коликъ. Подобная дѣвушка можетъ стать кахектичной.

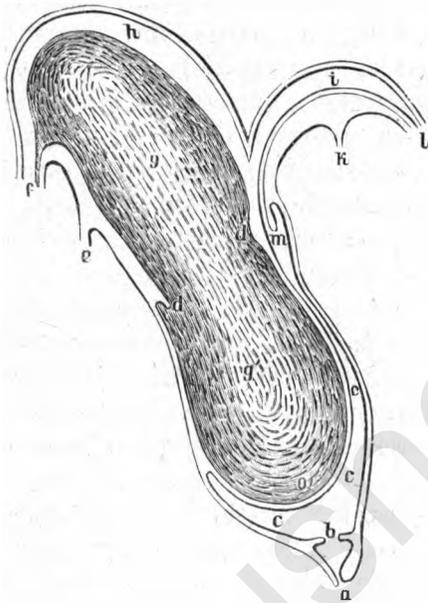


Рис. 80. Uterus bicornis; vagina subseptata. *a* vulva, *b* hymen, *cc* пространство между ретенціонной кровяной кистой и hymen, исчезающее при сильномъ скопленіи крови. *dd* orificium uteri dextri externum, *e* правая круглая связка, *f* труба, *g* haematometra, *g'* haematokolpos, отдѣленный отъ открытаго влагалища *cc* вагинальной перегородкой, отходящей отъ portio, *h* правая матка, *i* лѣвая матка, открывающаяся у *m* во влагалище *cc*, *k* лѣвая круглая связка, *l* лѣвая труба, *o* мѣсто, на которомъ былъ сдѣланъ разрѣвъ и черезъ который вытекала ретенціонная кровь.

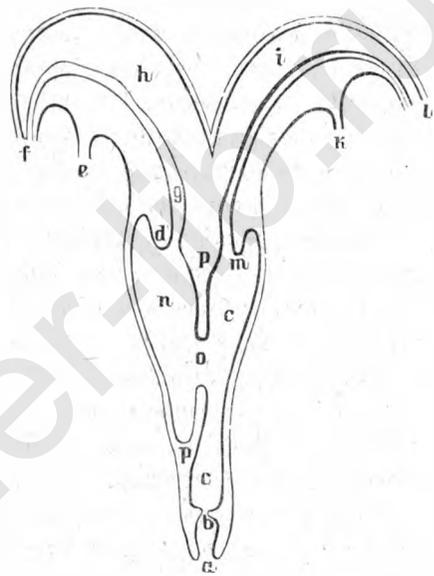


Рис. 81. Этотъ же случай послѣ операціи: *a* vulva, *b* hymen, *cc* vagina, *pp* перегородка во влагалищѣ, у *o* искусственное отверстие, черезъ которое вытекала кровь, *n* правое влагалище, прежде haematokolpos (*g'* на рис. 80), *d* orificium uteri, *g* полость матки, *e* круглая связка, *f* труба, *h* правая матка, *i* лѣвая матка, *k* лѣвая круглая связка, *l* лѣвая труба, *m* orificium uteri sin., открывающееся во влагалище *cc*.

Безъ симптомовъ протекаетъ ruometra у старыхъ женщинъ, причѣмъ пораженіе констатируется нерѣдко совершенно случайно при вскрытіи. Матка въ подобныхъ случаяхъ растянута лишь до діаметра въ 6—8 см. Лишь въ исключительныхъ случаяхъ матка достигаетъ величины головы взрослоаго.

Исходы весьма различны. При Atresia hymenalis дѣвственная плева можетъ разорваться какъ совершенно самостоятельно, такъ и послѣ слу-

чайной травмы, напр. при попытках къ совокупленію, при изслѣдованіи пальцемъ, при прыганіи или паденіи.

Если растянутой представляется матка (*Haematometra*), то можетъ наступить вскрытіе въ пузырь и прямую кишку. Верхняя часть матки не разрывается самопроизвольно, но неблагоприятный исходъ можетъ наступить вслѣдствіе разрыва *haematosalpinx*. Вслѣдствіе случайной травмы разрывается тонкая стѣнка трубы и кровь поступаетъ въ полость брюшины. За воспалительное происхожденіе этихъ кровоизліяній говорить то обстоятельство, что кровоизліянія въ полость брюшины вызываютъ нерѣдко перитонитъ.

Если вслѣдствіе продолжительнаго хворанія больная сильно истощена, то легко можетъ развиться аменоррея вслѣдствіе анеміи. Въ подобныхъ случаяхъ ростъ опухоли прекращается, и наступаетъ нѣчто вродѣ естественнаго излеченія. Это можетъ наступить въ особенности при *haematometra lateralis* въ рудиментарномъ рогѣ. Въ данномъ случаѣ — какъ и при *haematosalpinx* — можетъ быть нормальный рогъ принимаетъ викарирующимъ образомъ на себя функцію рудиментарнаго рога.

Въ большинствѣ, однако, случаевъ симптомы усиливаются до того, что приходится прибѣгать къ врачебной помощи.

Діагнозъ и предсказаніе. — Анамнезъ указываетъ намъ на отсутствіе менструацій, не взирая на существованіе *polioma*, и на развитіе опухоли въ животѣ при явленіяхъ болей. Для діагноза громадное значеніе имѣютъ заявленія объ операціяхъ, прижиганіяхъ, трудныхъ родахъ съ продолжительнымъ отдѣленіемъ гноя, или о перевесенныхъ въ дѣтскомъ возрастѣ инфекціонныхъ болѣзняхъ.

При пальцевомъ изслѣдованіи распознаваніе *atresiae hymenalis* крайне легко черезъ истонченную дѣвственную плеву, часто просвѣчиваетъ черная кровь. Но и при вагинальныхъ атрезіяхъ распознаваніе не трудно; при комбинированномъ изслѣдованіи черезъ брюшные покровы и *rectum* удается констатировать туго эластичную опухоль въ тазу.

Ощупываніе слѣдуетъ производить весьма осторожно; сколько нибудь сильное давленіе можетъ вести къ разрыву трубы.

Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ, исключая рѣдкихъ случаевъ вагинальной атрезіи, приобретенной въ послѣродовомъ періодѣ, мы имѣемъ дѣло съ больными еще не рожавшими, то брюшныя стѣнки весьма резистентны и сильно затрудняютъ ощупываніе. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ лучше отказаться прощупать неясную опухоль, сидящую сбоку кисты.

Громадное значеніе имѣетъ изслѣдованіе *per rectum*, оно даетъ лучшіе результаты. Каждая опухоль, покрывающая тазъ и оставляющая свободнымъ малый тазъ ниже *linea innominata*, принадлежитъ маткѣ. Растягиваніе влагалища выполняетъ тазовую полость. При этомъ прощупывается обыкновенно матка въ видѣ твердаго тѣла на опухоли. Значитъ, при высокомъ положеніи опухоли мы имѣемъ *haematometra*, при глубокомъ поло-

женіи—Haematokolpos. Это отличіе имѣеть громадное значеніе для терапіи. Для выясненія отношеній пузыря къ опухоли можно ввести зондъ въ мочеиспускательный каналъ. При haematometra пузырь лежитъ подъ, при haematokolpos надъ и спереди опухоли.

При вялыхъ брюшныхъ стѣнкахъ у истощенныхъ больныхъ удается прощупать я колбасовидную, различной толщины трубу.

Если *orificium ext. uteri* закрытъ или если влагалище оканчивается кверху рубцомъ слѣпо, то слѣпой конецъ необходимо подвергнуть тщательному изслѣдованію при помощи зеркала.

Труднымъ представляется діагнозъ при односторонней гематометрѣ. Образующаяся здѣсь опухоль настолько смѣщаетъ брюшные органы, что знаніе нормальнаго положенія частей не можетъ служить опорой. Отсутствуетъ также аменоррея, такъ какъ незакрытый рогъ матки менструируетъ. При изслѣдованіи входятъ упругую опухоль, прилегающую къ влагалищу. Если еще возможно проникнуть пальцемъ во влагалище, то комбинированнымъ изслѣдованіемъ и при подозрѣніи существованія порока развитія, не трудно поставить правильный діагнозъ. Если же haematokolpos такой величины, что не удается болѣе ввести палецъ, то констатированіе отверстія возможно лишь при помощи зонда.

При болѣе высоко лежащей атрезіи полулунный *orificium uteri* прилегаеть къ растянутой кистѣ, такъ что получается впечатлѣніе будто сильно вздута одна половина шейки. Такъ какъ вслѣдствіе значительнаго внутренняго давленія опухоль на-ощупь совершенно твердая, то діагнозъ можетъ колебаться между міомой шейки и боковой гематометрой. Діагнозъ затрудняется и при высокомъ нахожденіи, или даже полномъ отдѣленіи рудиментарной матки. Правильная постановка діагноза возможна лишь продолжительнымъ наблюденіемъ, *per exclusionem*, и повторнымъ тщательнымъ изслѣдованіемъ подъ наркозомъ при примѣненіи всѣхъ способовъ комбинированнаго изслѣдованія.

Весьма хорошимъ, безопаснымъ, въ особенности для начинающаго врача, недостаточно еще знакомаго съ ощущиваніемъ опухолей живота, діагностическимъ подспорьемъ является пробная пункція при помощи шприца Праваца. Въ виду громаднаго значенія постановки правильнаго діагноза необходимо во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ производить до операціи пробную пункцію. Лишь густая, дегтеобразная, черная кровь, которую трудно смѣшать съ чѣмъ либо другимъ, прямо указываетъ на гематометру. Кончикомъ шприца всегда можно получить свѣтлую кровь изъ любой опухоли. Само собою понятно, что кожу и шприцъ необходимо дезинфицировать самымъ тщательнымъ образомъ. Примѣненіе грязнаго шприца можетъ вести къ ихорозному разложенію. При глубоко сидящей *atresia vaginalis* и при *atresia hymenalis* предсказаніе относительно брака безусловно благопріятно.

При теперешней оперативной техникѣ можно обѣщать вѣрное избавленіе отъ разстройствъ, причиняемыхъ haematometra, хотя возстановленіе всѣхъ функцій не всегда возможно.

Лечение.—Лечение состоитъ въ оперативномъ производствѣ постоянного отверстія для оттока менструальной крови и, если это невозможно, въ устраненіи менструаціи производствомъ кастраціи и удаленія тѣла матки.

При *atresia hymenalis* или *vaginalis* дѣлается проколь, послѣ чего вырѣзаютъ при помощи пинцета и ножницъ *Cooper'a* возможно большее отверстіе въ запиравшей перепонкѣ. Для предупрежденія сращенія и для возможности впоследствии *coitus*, необходимо довольно большое отверстіе. Если раны послѣ разрѣза кровоточатъ, то кровотеченіе останавливаютъ соединеніемъ краевъ раны швомъ.

Если киста лежитъ глубоко въ тазу, если матка прощупывается на днѣ опухоли, значить, имѣемъ *haematokolpos*, то послѣ вскрытія можно немедленно промыть, такъ какъ изъ влагалища не вытекаетъ новой крови. Лучше всего вкладывать въ кисту уже во время наркоза каучуковую, толщиной въ палецъ трубку, къ которой вверху придѣлана другая, болѣе тонкая. Трубка пришивается къ *introitus vaginae*. При подобной постановкѣ дѣла можно промывать совершенно смѣло и не причиняя никакой боли. Для полного удаленія всѣхъ сгущенныхъ кровяныхъ массъ необходимо иногда 10 и болѣе литровъ воды. Послѣ этого, при послѣдующемъ леченіи, примѣняютъ вязущія жидкости для промыванія съ цѣлю уплотненія бархатисто-мягкаго покрова *Haematokolpos*.

При отсутствіи нижней части влагалища отмѣчаютъ мочеиспускательный каналъ твердымъ катетеромъ и вводятъ палецъ въ прямую кишку съ цѣлю выясненія толщины лежащей между ними соединительнотканной части. Дѣлаютъ поперечный разрѣзъ между уретрой и прямой кишкой, послѣ чего проникаютъ пальцемъ вверхъ, къ опухоли, конечно, при постоянномъ контролированіи со стороны прямой кишки, мочеиспускательнаго канала и пузыря. Плотные пучки разрѣзаютъ ножницами. При осторожномъ прониканіи всегда удается достигнуть кровяной кисты безъ поврежденія пузыря и прямой кишки. Выпустивъ кровь, я вставляю для дальнѣйшаго истеченія жидкости трубку и выжидаю, такъ какъ окончательныя анатомическія отношенія восстанавливаются лишь медленно.

Если при послѣдующихъ изслѣдованіяхъ выясняется фактъ, что оперативно произведенный каналъ для оттока, въ виду отсутствія влагалища, снова заросъ, то, чтобы больную сдѣлать способной къ работѣ, остается лишь кастрація.

Предварительно можно испытать, что мнѣ удалось въ двухъ случаяхъ, сильное оттягиваніе книзу матки и вшиваніе *portionis* въ *vulva*. Если матка приростаеъ, то съ теченіемъ времени развивается короткое влагалище, такъ какъ матка обладаетъ наклонностью оттягиваться снова кверху и мѣсто фиксаціи поддается.

Образованіе искусственнаго влагалища при помощи доскутовъ представляется весьма трудной пластической операціей, весьма сомнительнаго достоинства.

Если не имѣется и намекъ на влагалище, значить, если при давленіи со стороны прямой кишки прощупывается прямо передняя стѣнка таза и гематометра на ладонь и болѣе надъ *culva*, то безусловно излишне устроить сначала сообщеніе книзу. Больныя выздоравливаютъ скорѣе всего въ томъ случаѣ, если отказаться отъ всѣхъ пластическихъ операцій со стороны промежности и немедленно удалить путемъ лапаротоміи яичники и гематометру.

Иногда не удается экстирпація матки *per laparotomiam*, именно вслѣдствіе того, что матка сидитъ слишкомъ глубоко между пластинками широкой связки. Пришлось бы произвести весьма продолжительную и трудную операцію для удаленія матки *in toto*. Но въ этомъ нѣтъ необходимости именно въ томъ случаѣ, если удаляютъ яичники. Въ виду этого отрѣзаютъ отъ гематометры сколько только возможно, вшиваютъ нижнюю часть матки въ брюшные покровы и прижигаютъ впослѣдствіи полость хлористымъ цинкомъ 1 : 1, пока она окончательно не сморщится, облитерируется, не зарастетъ.

Диагностическія затрудненія наступаютъ въ томъ случаѣ, если растянутый задержанной менструальной кровью, рудиментарный рогъ лежитъ далеко отъ влагалища. Но и въ данномъ случаѣ, при вѣрномъ діагнозѣ (пробная пункція!), необходимо приступить къ операціи. Путемъ лапаротоміи стараются проникнуть до опухоли и экстирпировать ее, или опухоль вшиваютъ въ рану брюшной стѣнки, резецировавъ предварительно большую часть ея. Подобнымъ образомъ мнѣ удалось въ одномъ случаѣ достигнуть полнаго излеченія.

При *haematometra* необходимо дѣйствовать крайне осторожно. Кровяная киста можетъ ихорозно разложиться, можетъ наступить сильное кровотеченіе въ кисту, а также разрывъ.

Ихорозное разложеніе наступаетъ въ томъ случаѣ, если и былъ сдѣланъ стокъ наружу, но не удалено совершенно содержимое. Это грубая ошибка. Гніеніе распространяется снаружи внутрь. Въ виду этого необходимо произвести въ гематометрѣ отверстіе такой величины, чтобы черезъ него можно было удобно ввести палецъ, и чтобы оно обезпечивало безпрепятственное вытеканіе крови и свободную промывку полости. Выпустить всю накопившуюся кровь сразу не представляетъ никакой опасности; для остановки кровотеченія мы имѣемъ отличное средство въ тампонаціи іодоформовой марлей. Аспирація мало рациональна, а также и простая пункція. Если оставить трубку, то весьма трудно удалить густую кровь, если же ее вынуть, то отдѣльные слои смѣщаются клапанообразно и закладывается путь въ кисту.

Въ виду этого болѣе рационально продвигаться препарируя и вырѣзывать въ кистѣ большое отверстіе. Послѣ этого проникаютъ въ кисту длиннымъ иглодержателемъ и кривыми иглами, прокалываютъ стѣнку кисты и завязываютъ нитку. Этимъ останавливается, съ одной стороны, кровотеченіе, съ другой—мы имѣемъ возможность оттянуть отверстіе книзу. Кромѣ того,

этимъ упрощается и послѣдующее леченіе, такъ какъ при натягиваніи нитокъ отверстіе расширяется и немедленно можетъ быть найдено. Если у больной лихорадка, или появляется зловонный запахъ, то смѣло можно промыть дезинфецирующей жидкостью черезъ двойной катетеръ.

Если, однако, трудно проникнуть до кровяной кисты, то громадна опасность раненія пузыря или сильнаго кровоточенія вслѣдствіе раненія ненормально проходящихъ артерій. Если же приходится проникать довольно высоко, то слѣдующій способъ даетъ отличные результаты: Я велѣлъ приготовить наконечникъ, который я называю «проводящей» трубкой. Къ довольно толстому троакару припаянъ желобъ. При помощи этого инструмента производятъ, оттянувъ пузырь, пункцію позади послѣдняго. Послѣ этого можно по желобу продвинуть какъ весьма тонкій ножъ, такъ и острый корнцангъ. Корнцангъ открываютъ, ткани раздвигаютъ, сдвигаютъ, разрываютъ; можно достигнуть отверстія любой величины, черезъ которое вводятъ, въ концѣ концовъ, палецъ.

Послѣ этого протягиваютъ снова нитки, и вымываютъ содержимое кисты.

На животъ кладутъ тяжелый мѣшокъ съ дробью и покрываютъ vulvam полотенцами, смоченными въ растворѣ сулемы, которыя часто мѣняютъ. При этомъ отходитъ громадное количество дегтеобразной массы. На слѣдующій день дѣлаютъ промываніе, сначала дезинфецирующимъ, потомъ вязущимъ растворомъ. Сокращенію матки способствуютъ большими дозами эрготина или спорыни.

Въ болѣе старыхъ исторіяхъ болѣзни упоминается также объ опасности разрыва haematosalpinx. Сообщены случаи, въ которыхъ послѣ разрыва наступило смертельное воспаленіе брюшины. Но это было въ до-антисептическое время, такъ что могла наступить и случайная инфекція. По моимъ наблюденіямъ значительно преувеличена опасность послѣдующаго кровоточенія изъ гематометры и разрыва haematosalpinx. Не было мною наблюдаемо и самопроизвольнаго разрыва при осторожномъ ощупываніи. Впрочемъ, haematosalpinx довольно рѣдкое явленіе.

Въ заключеніе я упомяну еще, что спеціальную форму гинатрезіи удается часто діагностировать лишь по прошествіи болѣе продолжительнаго промежутка времени послѣ операціи и когда можно произвести весьма точное изслѣдованіе.



Рис. 82.

ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

Воспаление матки.

А. Анатомія.

Матка, исторія развитія которой нами описана выше, имѣть грушевидную форму. Она раздѣляется на *corpus uteri*— $\frac{2}{3}$ всего органа, и на шейку— $\frac{1}{3}$ органа. Верхняя слѣбая, выпуклая кверху часть называется *fundus uteri*. Дно доходитъ до угла трубъ, отъ котораго начинаются придатки. Тѣло соединено съ шейкой при посредствѣ *isthmus uteri*. Шейка состоитъ изъ части, которая соединена съ пузыремъ, съ стѣнкой влагалища, съ боковъ съ *parametrium*—*portio supravaginalis cervicis*, и изъ свободно торчащей во влагалище *portio vaginalis*. Влагалище прикрѣпляется косо, такъ что на передней поверхности *portionis* оно заходитъ выше, чѣмъ на задней.

Матка состоитъ изъ 3 слоевъ: *tunica serosa*, *muscularis* и *mucosa*; верхнимъ представляется брюшина: *perimetrium*. Средній слой состоитъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ—*myometrium*. Верхній мышечный слой покрываетъ дно матки въ видѣ шапки и плотно сросенъ съ *perimetrium*, такъ что не удастся его снять. Съ этимъ верхнимъ слоемъ мышечныхъ

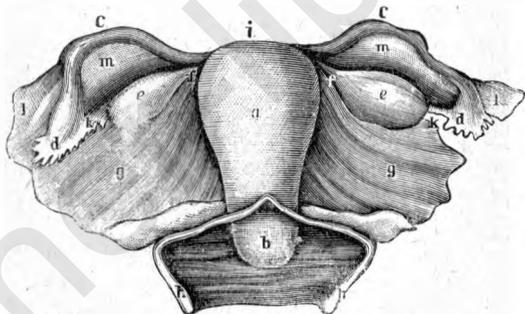


Рис. 83. Внутренніе половые органы сзади. *a* corpus uteri, *b* portio vaginalis съ orificium externum, *c* tuba, *d* брюшное отверстие tubae (фимбрии), *e* яичникъ, *f* lig. ovarii, *g* lig. latum, *h* vagina, *i* fundus uteri, *k* fimbria ovarica tubae, *l* lig. infundibulopelvicum, *m* mesosalpinx sive Ala vesperilionis, заключающій между своими пластинками придаточный яичникъ.

волоконъ находятся въ связи мышечныя волокна, идущія въ связки и *pelveoperitoneum* и называемыя *platysma uteri*. Средній, самый толстый слой содержитъ въ *corpore uteri* самое большее число сосудов—*stratum vasculare*, между тѣмъ какъ въ шейкѣ подобный слой отсутствуетъ. Внутренній мышечный слой образуетъ кольцообразныя отложенія вокругъ трубныхъ отверстій, вокругъ наружнаго и внутренняго зѣва матки.

Самый внутренній слой—*mucosa*—выстилаетъ полость матки. Полость матки имѣетъ въ *corpore* трехугольную форму. Оба угла у отверстій трубъ представляются воронкообразно суженными. Слизистая оболочка покрыта цилиндрическимъ рѣсничнымъ эпителиемъ. Подобный же эпителий находится и въ многочисленныхъ трубчатыхъ железахъ. Эти железы перекрещиваются неоднократно и дѣлятся въ глубинѣ виллообразно. На косомъ или попе-

речномъ разрѣзѣ видны многочисленныя просвѣты железъ (рис. 84). Слизистая оболочка находится съ мышечной въ такой связи, что не можетъ быть отъ послѣдней отдѣлена ножомъ. Граница не представляетъ прямой линіи, на многихъ мѣстахъ слизистая оболочка вмѣстѣ съ железами проникаетъ глубоко въ мышечный слой. Всю мышцу матки слѣдуетъ разсматривать какъ *muscularis mucosae uteri*. Перигландулярная ткань весьма мягка и состоитъ изъ круглыхъ соединительнотканнхъ клѣтокъ. Въ виду этого возможно различное наполненіе слизистой оболочки кровью. Характерной особенностью слизистой оболочки матки представляется легкая и быстрая регенерація послѣ разрушенія, безразлично послѣ выкидыша или во время *puerperium*, послѣ травмы (выскабливаніе) или прижиганія.

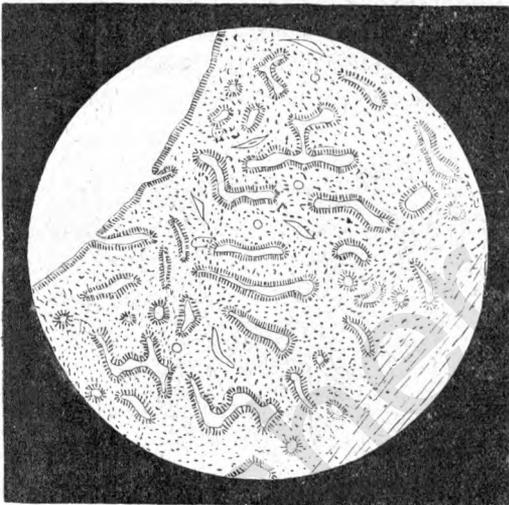


Рис. 84. Слизистая оболочка матки. Сосуды и железы разрѣзаны въ поперечномъ и косомъ направленіи.

Железы матки выделяютъ физиологически жидкую, стекловидную слизь, щелочной реакціи.

Каналь шейки представляетъ у нерожавшихъ веретенообразную, къверху и книзу суживающуюся трубку. Вслѣдствіе этого каналь имѣетъ относительно большую поверхность слизистой оболочки, которая даетъ вслѣдствіе этого многочисленныя складки, образуя такъ называемый *arbor vitae (palmae plicatae)*. Въ виду этого шейка, какъ при нормальныхъ,

такъ и при патологическихъ условіяхъ, отдѣляетъ гораздо сильнѣе, чѣмъ матка; железы шейки имѣютъ ацинозную форму. Въ особенности во время беременности и при патологической гипертрофіи *portionis* находятъ въ каналѣ шейки многочисленныя вѣтвящіяся железы, проникающія въ толщу *portio*, такъ что даже при незначительномъ увеличеніи разрѣзъ представляется въ видѣ сита. Слизь изъ шейки стекловидная и становится при сгущеніи до того вязкой, что ее можно захватить и вытащить щипцами (рис. 47—49).

Сосуды матки получаютъ кровь изъ *art. hypogastrica* и *art. spermatica int.*

При- и отводящія сосуды женскихъ половыхъ органовъ весьма многочисленны и происходятъ изъ различныхъ источниковъ.

По обѣ стороны идетъ въ верхнемъ краѣ широкой связки по одной *art. spermatica*. Эта артерія снабжаетъ трубу, яичникъ и дно матки, образуя густую, анастомозирующую между собою сѣть. Далѣе идетъ сбоку *art. uterina*, происходящая изъ *hypogastrica*; она подымается черезъ осно-

ваніе широкой связки кверху и входитъ въ матку сбоку, немного ниже fundus. Мѣсто вхожденія артеріи лежитъ иногда немного глубже, но никогда не ниже уровня внутренняго маточнаго вѣва. Изъ art. uterina происходятъ многочисленныя маленькія артеріи, которыя въ видѣ art. vaginales снабжаютъ влагалище. Кромѣ того имѣются rami ligamenti lati, далѣе маленькій ramus uterinus, который подымается вдоль матки въ обратномъ направленіи; далѣе маленькій сосудъ, идущій книзу въ круглой связкѣ и анастомозирующій съ art. spermatica externa, происходящей изъ art. epigastrica inferior; наконецъ rami vesicales для задней стѣнки пузыря. Анастомозы до того многочисленны, что нельзя говорить объ отдѣльныхъ сосудистыхъ областяхъ.

Лимфатическіе сосуды, проходя вмѣстѣ съ артеріями и венами, представляются болѣе толстыми на задней стѣнкѣ, у трубнаго угла. Рядомъ съ артеріями идутъ, къ тѣмъ же мѣстамъ, многочисленныя, соединяющіяся между собою, лишенныя клапановъ вены, а именно въ видѣ plexus ramificatus къ art. spermatica interna кверху, въ видѣ plexus uterinus въ сторону черезъ широкую связку, кнаружи къ art. hypogastrica, въ которую впадаютъ и plexus vaginales, и, въ-третьихъ, вмѣстѣ съ круглой связкой кнаружи къ брюшнымъ покровамъ.

На основаніи этого матка не представляется органомъ, какъ печень и почки, которыя снабжаются черезъ hilus одной большой артеріей, безъ прямого сообщенія съ окружающими частями, и не можетъ подвергаться въ виду этого изолированному поражению. Гиперемія, ограниченная извѣстнымъ участкомъ матки, прямо невысказана. Въ артеріальныхъ приливахъ и венозныхъ застояхъ принимаютъ участіе какъ матка, такъ и придатки; при застоѣ въ геморроидальной области, даже при каждой Plethora abdominalis принимаютъ участіе и внутренніе женскіе половые органы. Если желаютъ достигнуть отвлеченія отъ матки, то необходимо, во-первыхъ, ослабить общую Plethora abdominalis, во-вторыхъ, необходимо вліять на общее количество крови въ маткѣ кровопусканіями изъ наружныхъ половыхъ органовъ, промежности или паховой области, и, въ-третьихъ, количество крови въ маткѣ можно уменьшить прямыми кровопусканіями, напр. выскабливаніемъ полости матки или скарификаціями portionis.

Воспаленіе матки переходитъ крайне легко на сосѣднія части. Острое изолированное пораженіе паренхимы матки, покрывающей матку брюшины или эндометрія, совершенно невысказано. Если принять во вниманіе обстоятельство, что мышцы матки и сопровождающій ихъ соединительнотканнй остовъ переходятъ въ всѣ отходящія отъ матки связки, и что не имѣется особой границы ни для кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, ни для соединительной ткани, то становится для насъ понятнымъ переходъ воспаленія съ одной части на другую. При инфекціи слизистой оболочки матки развивается metritis, далѣе perimetritis, или воспаленіе идетъ дальше по соединительной ткани и развивается parametritis — воспаленіе основы связокъ. Отсюда распространяется воспаленіе по клѣтчаткѣ, не имѣющей границъ.

Первы матки происходят изъ 3-го и 4-го крестцовыхъ нервовъ и изъ *plexus hypogastricus lateralis n. sympathici*, который находится сбоку матки внутри широкой связки. Особые нервные центры и ганглии матки, имѣющіе значеніе во время беременности, найдены на шейкѣ матки — *ganglion cervicale uteri*. Характерно, что почти у всѣхъ женщинъ нижняя поверхность *portionis* представляется почти совершенно нечувствительной, такъ что здѣсь можно дѣлать разрѣзы, скоблить, прижигать и сшивать, не причиняя никакой боли.

B. Endometritis и Metritis acuta ¹⁾.

Этіологія. Анатомически между полостью брюшины и наружными покровами тѣла существуетъ сообщеніе: *vulva, vagina, uterus, tuba* образуютъ одинъ каналъ, нигдѣ не имѣющій анатомическаго закрытія. Значить, должна существовать граница, за которую не проникаютъ микроорганизмы. Многіе изслѣдователи желали отыскать эту границу такимъ образомъ, что опредѣляли, гдѣ находились бактеріи (специфическія и патогенныя) и гдѣ ихъ не было. Доказано, что полость матки физиологически свободна отъ зародышей бактерій, но верхняя граница проникновенія послѣднихъ мѣняется, соответствуя то внутреннему зѣву, то шеечному каналу, то наружному зѣву. Если попавшія во влагалище бактеріи не погибаютъ влѣдствіе кислой реакціи и недостатка кислорода въ послѣднемъ, то границей ихъ является шейка; эту границу нельзя считать безусловной съ тѣхъ поръ, какъ намъ сталъ извѣстенъ «восходящій перелой». Но что слизь шейки матки представляетъ собою трудно преодолимую преграду для бактерій, видно напр. изъ того, что во время беременности при ракъ шейки происходитъ ихорозное распаденіе вплоть до самой слизи шеечнаго канала, между тѣмъ какъ выше происходитъ дальнѣйшее нормальное развитіе плода. Если же эту слизь удалить механически, если проникали черезъ эту слизь въ матку грязнымъ пальцемъ, или грязнымъ зондомъ, который былъ введенъ во влагалище асептичнымъ, но былъ въ немъ загрязненъ, значить, если въ полость матки были введены механическимъ путемъ бактеріи, то въ маткѣ происходитъ дальнѣйшее развитіе ихъ и развивается бактерійный эндометритъ. Это происходитъ въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ получается поврежденіе слизистой оболочки матки и затрудненъ оттокъ отдѣленія. Если животнымъ вводить въ неповрежденную матку *bacterium coli*, то онъ быстро исчезаетъ, если же при этомъ повредить слизистую оболочку, то развивается гнойный эндометритъ ²⁾. Но такъ какъ при легкой повреждаемости слизистой оболочки матки введеніе инструмента легко сопровождается раненіемъ ея, то при нечистыхъ манипуляціяхъ въ маткѣ долженъ развиваться эндометритъ.

Въ виду глубокаго и защищеннаго положенія матки трудно допустить возможность случайнаго внѣдренія бактерій и случайныхъ раненій. Лишь

¹⁾ Перелой будетъ описанъ въ отдѣльной главѣ.

²⁾ *Morisoni*, Arch. di obst. et gin. 1897, 3.

въ послѣродовомъ періодѣ, когда удалена слизь, когда шейка открыта, когда внутренняя поверхность матки представляетъ собою большую рану, когда очищенія представляютъ хорошую питательную среду для кокковъ и когда при перемѣнѣ положенія родильницы жидкость опускается отъ *cupla* до шейки, легко развивается прогрессирующее воспаленіе, эндометритъ и метритъ. Внѣ послѣродового періода чаще всего инфицируетъ врачъ, повреждая матку инструментами и вводя послѣдними въ матку бактеріи изъ влагалища. Воспаленія, развивающіяся внѣ послѣродового періода, отличаются обыкновенно мѣстнымъ характеромъ. Но при болѣе сильной вирулентности инфицирующаго агента, воспаленіе можетъ представлять болѣе опасный характеръ. Даже послѣ простого зондированія или маленькихъ разрывовъ грязными инструментами можетъ наступить смертельный эндометритъ, метритъ, параметритъ и перитонитъ.

Далѣе эндометритъ и метритъ развиваются при задержкѣ оттока разложившагося отдѣленія. Такимъ образомъ мнѣ пришлось наблюдать опасный для жизни метритъ и периметритъ, который развился вслѣдствіе забытаго тампона при сильной меноррагіи. Но и при разложеніи внутриматочныхъ, твердыхъ, задержанныхъ струевъ послѣ смазываній хлорнымъ желѣзомъ или разрушенныхъ наполовину слизистыхъ полиповъ развивается воспалительное опуханіе матки. Въ прежнее время острый метритъ развивался очень часто вслѣдствіе ихорознаго разложенія прессованныхъ губокъ, вслѣдствіе недостаточной антисептики при расширеніи ламинаріями. Даже при нагноеніяхъ вслѣдствіе нехорошо сидящихъ влагалищныхъ пессаріевъ можетъ развиваться метритъ.

Анатомія.—При остромъ эндометритѣ и метритѣ матка представляется размягченной и увеличенной. Имѣется пропитываніе ткани серозной жидкостью, выходленіе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и развитіе стрепто- и стафилококковъ въ слизистой оболочкѣ и въ сосѣднихъ мышцахъ. Матка опухаетъ и вслѣдствіе тѣсной связи съ окружающими частями участіе принимаетъ и брюшина, такъ что матка становится чувствительной къ давленію.

Симптомы и теченіе.—Если послѣ вышеописанныхъ этиологическихъ моментовъ наступаетъ общее недомоганіе, чувствительность нижней части живота, тянущая потугообразная боль и повышеніе температуры ($38-39^{\circ}$), то мы имѣемъ острый эндометритъ и метритъ. Но и при задержкѣ отдѣленій въ полости матки наступаютъ повышеніе температуры и ознобы, которые исчезаютъ послѣ промыванія полости матки. Далѣе существуетъ опуханіе матки; она на-ощупь мягкая, вдавливаемая, какъ-бы отечная и достигаетъ иногда величины матки на 3-мъ мѣсяцѣ беременности. Давленіе снаружи и движенія матки какъ пальцемъ, такъ и при испражненіи и мочеиспусканіи весьма чувствительны, такъ что уже на основаніи этого можно подозрѣвать участіе брюшины въ воспаленіи. Наблюдаются, однако, случаи, при которыхъ не имѣется чувствительности къ давленію, а лишь тупая боль въ тазу. Появляются тошнота и рвота.

Одновременно существуетъ отдѣленіе, вначалѣ кровянистое, впоследствии гнойное, съ примѣсью хлопьевъ эпителия, омертвѣвшаго вслѣдствіе вѣдренія кокковъ, а также частичекъ верхняго слоя слизистой оболочки.

Какъ при рожистомъ воспаленіи развиваются абсцессы въ инфильтрированныхъ тканяхъ, такъ и здѣсь, хотя довольно рѣдко, можетъ наступить образованіе гноя въ паренхимѣ матки. Такъ, напр., мнѣ пришлось наблюдать острый метритъ послѣ двухсторонней дисцизии маточной шейки. Вслѣдствіе снова оказалось нужнымъ произвести расширеніе шейки; при этомъ потекъ сразу гноемъ по поверхности разрѣза шейки матки. Я могъ опредѣлить, что абсцессъ находился въ мышцахъ матки, и что мы не имѣли дѣла съ большимъ нагноившимся фолликуломъ. Описанные въ древней литературѣ абсцессы матки оказываются при внимательномъ изслѣдованіи обыкновенно параметритическими абсцессами таза.

Диагнозъ и предсказаніе.—Боли при давленіи, лихорадка, отдѣленіе, увеличеніе матки и этиологическая связь съ извѣстной инфекціей вполне выясняютъ случай.

Вслѣдствіе участія брюшины, могущихъ образоваться ложноперепончатыхъ отложеній и склеиваній съ сосѣдними органами, закрытія трубы и развитія гидрозалипихъ, вслѣдствіе остающагося увеличенія матки и образованія параметритическихъ абсцессовъ, ведущихъ къ утолщенію, сморщиванію, къ уменьшенію физиологической подвижности матки предсказаніе сомнительно. Если лихорадка и боль исчезаютъ весьма быстро, то вскорѣ наступаетъ снова *stadium integritatis*.

Леченіе.—Въ легкихъ случаяхъ вполне достаточно покоя въ постели, опія, согрѣвающихъ компрессовъ и промываній влагалища. Матку оставляютъ по возможности въ покоѣ.

Такъ какъ боли перитонитического характера, то предпринимаютъ подобное же леченіе, какъ и при воспаленіи брюшины, именно назначаютъ опій. Какъ извѣстно, повторныя дозы опія, напр. черезъ два часа по 10 капель *Tinct. Opii*, дѣйствуютъ гораздо лучше, чѣмъ рѣдкія, хотя и болѣе сильныя впрыскиванія морфія. Если опій вызываетъ тошноту, то для избѣжанія наступленія рвоты назначаютъ свѣчки: *Extr. Opii* и *Extr. Belladon. ana 0,03, Butyr. Cacao 2,0*.

Если отдѣленіе обильно, даже зловоннаго запаха, если лихорадка повышается за 39°, то необходимо очистить матку. Но я обращаю вниманіе на то, что это совершенно излишне, если отдѣленіе минимально и если лихорадку можно отнести насчетъ развивающейся по сосѣдству ясной инфильтраціи — абсцесса. Въ подобномъ случаѣ промываютъ только влагалище. Если же окружность матки свободна отъ затверднній, если *portio* очень мягкая и если на пальцѣ остаются хлопья, кровь, гной и вообще много отдѣленія, то производятъ промываніе матки. Промываніе слѣдуетъ производить осторожно, чтобы насильственными движеніями и измѣненіями положенія не ухудшить воспаленіе въ сосѣднихъ частяхъ.

Для этихъ промываній употребляютъ маточный катетеръ. Имѣется масса подобныхъ инструментовъ.

При промываніяхъ матки совершенно основательно бояться попаданія жидкости въ трубы. Если внутренній маточный зѣвъ узокъ или матка сокращается на раздраженіе втекающей дезинфицирующей жидкости, то обхватывающее катетеръ маточное рыльце не даетъ стекать жидкости. При сильномъ давленіи жидкость можетъ попадать въ трубы; это доказано многочисленными достовѣрными случаями.

Прополаскиваніе, промываніе, очистка матки возможны лишь въ томъ случаѣ, если имѣется свободный стокъ для отдѣленія и пром. жидкости. Въ моментъ прекращенія вытеканія, останавливается и втекающая струя.

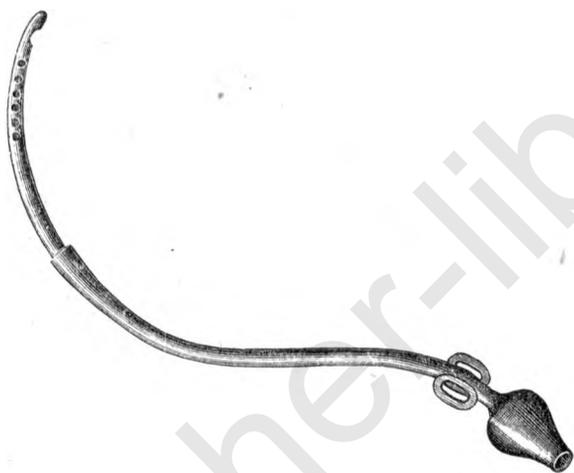


Рис. 85. Маточный катетеръ.

Значить, внутренній или наружный зѣвъ матки и шейка должны быть настолько широки, чтобы жидкость могла свободно вытекать, или катетеръ долженъ быть такимъ, чтобы черезъ него возможно было обратное теченіе жидкости. Всѣ катетеры, снабженные лишь однимъ выводнымъ отверстіемъ, въ особенности вверху, легко упираются въ слизистую оболочку. Въ подобныхъ случаяхъ происходитъ остановка вытеканія жидкости.

Въ виду этого необходимо употреблять весьма тонкіе катетеры съ многими отверстіями. Хорошимъ инструментомъ представляется изображенный на рис. 85. Я заставляю готовить эти катетеры трехъ величинъ, толщиною въ 3, 4 и 5 мм. Тонкой представляется лишь маточная часть, остальная — болѣе толстая. Отверстія занимаютъ часть отъ внутренняго маточнаго зѣва до fundus uteri. Верхнія отверстія гораздо больше, такъ какъ давленіе здѣсь значительно меньше. Послѣ расширенія здоровой матки ламинаріями можно смѣло употреблять этотъ катетеръ *Fritsch-Bozemann'a*.

Катетеръ этотъ устроенъ такимъ образомъ, что тонкая трубка окружена болѣе толстой, маточной (рис. 86 *a b c*). Жидкость, выходящая у *d* ихъ ирригатора, вытекаетъ изъ тонкой трубки *a* и распространяется въ полости матки. Теоретическій упрекъ, будто жидкость омываетъ не всю полость

матки. а сейчас же вытекаетъ обратно, совершенно невѣренъ. При сильномъ давленіи воды жидкость распространяется по всей полости матки и вытекаетъ какъ сбоку толстой защищающей трубки, такъ и черезъ нее. Послѣдняя гарантируетъ лишь то, что струя не прекратится. Если зѣвъ матки или каналъ шейки плотно прилегаютъ къ катетеру, то жидкость въ состояніи тѣмъ не менѣе втекать черезъ боковыя отверстія *b* и вытекаетъ черезъ отверстіе *c*, находящееся во влагалищѣ. При употребленіи катетера при помощи зеркала, въ этомъ легко можно убѣдиться. Величина просвѣта окружающаго полога цилиндра допускаетъ прохожденіе черезъ катетеръ болѣе крупныхъ, вязкихъ слизистыхъ массъ. Если же эти массы закупориваютъ катетеръ, то это замѣчается немедленно по прекращеніи вытеканія. Въ подобномъ случаѣ вынимаютъ катетеръ, разбираютъ его, удаляютъ слизь, очищаютъ и вводятъ его снова.



Рис. 86. Катетеръ *Fritsch-Bozemann'a*.

Кончикъ катетера сплошной и долженъ быть насколько возможно короткимъ, выводное отверстіе находится почти у самаго конца. Въ виду этого на самомъ концѣ не имѣется отверстія, такъ какъ конецъ легко упирается въ ткани, вслѣдствіе чего прекращается вытеканіе жидкости. Но само собою понятно можно, какъ это сдѣлалъ *Olshausen*, продыривить и кончикъ, лишь бы ниже были боковыя отверстія. Даже у нерожавшихъ удается безъ особаго затрудненія ввести въ матку тонкій номеръ этого катетера. Гинекологъ всегда имѣетъ нѣсколько подобныхъ катетеровъ различныхъ номеровъ.

Имѣю всегда и стеклянные катетеры различныхъ номеровъ (см. рис. 53); ихъ легко изогнуть на спиртовой лампочкѣ; нижняя пуговка должна быть болѣе толстой, для удержанія каучуковой трубки. Эти катетеры короче металлическихъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ они легко ломаются. При промываніяхъ растворами сулемы, ляписа или іода необходимо употреблять стеклянные катетеры. Они легко очищаются накаливаніемъ или вывариваніемъ.

При всѣхъ катетерахъ нижнія пуговки очень толстыя (1 см. въ діаметрѣ); это дѣлается для того, чтобы каучуковая трубка держалась безъ другого приспособленія, а также чтобы легко снималась.

Для достиженія очистки и дезинфекціи матки необходимо не менѣе $\frac{1}{2}$ литра жидкости.

Для предупрежденія дальнѣйшаго разложенья вводятъ въ полость матки

лекарственную палочку, которая въ состояніи при температурѣ и влажности полости матки растаять; послѣ этого дѣлають промыванія влагалища.

Эти палочки, длиною приблизительно въ 6 см., толщиною въ 3—5 мм., круглыя, гладкія, слегка гибкія, готовятся изъ сахара, Gummi arabicé, глицерина и іодоформа, салициловой кислоты, квасцовъ, алумнола, аргонина, протаргола, аргентамина, таннина, каломеля, борной кислоты, ихтіола или изъ любого другого медикамента. Кромѣ того, можно полоску іодоформовой марли, шириною въ 4 см., намазать дезинфицирующей мазью или смочить жидкостью, напр. іодовой настойкой, и ввести въ полость матки. Далѣе, можно ввести различныя мази при помощи мазевого шприца. Наконечникъ необходимо изогнуть по направленію полости матки, чѣмъ избѣгаютъ поврежденій. Само собою понятно, что подобнымъ способомъ можно примѣнять любой медикаментъ.

Если чувствительность къ давленію живота исчезла совершенно, если прекратились лихорадка и отдѣленіе гноя, то стуль вызываютъ клизмами или внутренними средствами. Необходимо дѣйствовать крайне осторожно, такъ какъ боли возвращаются нерѣдко послѣ испражненія.

Для послѣдующаго леченія рекомендуются препараты спорыньи, чѣмъ способствуютъ уменьшенію матки.

Въ исключительныхъ случаяхъ на 4 или 5-й день, напр., при вставаніи или натуживаніи при испражненіи наступаетъ переходъ воспаления съ эндометрія на трубы, послѣ чего развивается внезапно тяжелый перитонитъ. Такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ причиной является обыкновенно травма или болѣе рѣзкое движеніе, то даже въ случаяхъ, въ которыхъ прекратилась уже лихорадка, необходимо больныхъ оставлять въ постели въ теченіе первой недѣли.

Если по прошествіи 3 — 4 дней лихорадка не прекращается, то развивается периметритъ или параметритическій экссудатъ, который сказывается плотнымъ инфильтратомъ сбоку portio въ боковомъ влагалищномъ сводѣ.

С. Хроническій метритъ.

Этіологія.—Всѣ состоянія и причины, ведущія къ повторной гипереміи матки или препятствующія нормальной послѣродовой инволюціи матки, ведутъ къ стойкому увеличенію этого органа, къ хроническому инфаркту. Это состояніе называли въ прежнее время хроническимъ метритомъ. На первомъ мѣстѣ необходимо упомянуть объ аномаліяхъ менструаціи. Нормально мы имѣемъ при менструальномъ приливѣ stadium incrementi, асметъ съ лопаніемъ сосудовъ: кровотеченіе, и stadium decrementi: исчезаніе набуханія и обратное развитіе. Если по какой либо причинѣ наступаетъ расстройство въ этомъ нормальномъ теченіи менструаціи, то развиваются расстройства кровообращенія. Причинами расстройства кровообращенія являются простуда, coitus, утомленіе во время менструаціи, напр., танцы, продолжительная игра на рояли, питье на машинѣ, измѣненія въ яичникахъ, опухоли въ самой маткѣ или около нея, воспаленія по сосѣдству,

причем матка служить скорѣе путемъ, чѣмъ мѣстомъ воспаленія. Въ подобныхъ случаяхъ развивается хроническая гиперемія, обильная менструація, утолщеніе матки, гиперсекреція слизистой оболочки и дисменоррея. При продолжительномъ пораженіи слизистой оболочки матки, напр. при переломѣ, участвуетъ въ процессѣ и паренхима матки, въ которую кокки видѣряются по лимфатическимъ путямъ. Хотя кокки здѣсь и уничтожаются постепенно, но реакція тканей, которой уничтожены кокки, ведетъ къ стойкой гиперплазии.

При периметритѣ съ многочисленными спайками, въ которыхъ проходятъ сосуды, также развивается гипертрофія матки; то же бываетъ и при находящихся по близости злокачественныхъ опухоляхъ яичника.

Это наблюдается и при измѣненіяхъ положенія и перегибахъ, ведущихъ къ застоямъ.

Значить, въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ дѣло съ женщинами рожавшими или у которыхъ былъ выкидышъ. На основаніи прямыхъ, сравнительныхъ измѣреній намъ извѣстно, что каждый пери- или параметритъ задерживаетъ послѣродовую инволюцію матки. Не только послѣ воспаленій, но и послѣ разстройствъ въ послѣродовомъ періодѣ, послѣ кровотеченій, послѣродовыхъ ретроверсій и т. д., остается матка увеличенной, плотной и утолщенной, «плохо инволюируется». Повторные выкидыши, неблагоприятно протекающіе, съ остатками и послѣдующими кровотечениями, также являются частой причиной. Хроническіе запоры, раннее вставаніе послѣ родовъ или выкидышей препятствуютъ инволюціи. Послѣ вялаго въ теченіе многихъ лѣтъ стула матка представляется ненормально большой вслѣдствіе *plethora abdominalis*, и даетъ обильное отдѣленіе. При пuerperальныхъ заболѣваніяхъ остаются сосуды матки расширенными, въ особенности тѣ, которые менѣе всего подвергаются дѣйствію сокращающихся мышцъ: сосуды у бокового края матки. При экстирпаціи мы находимъ эти сосуды извилистыми и расширенными, какъ во время беременности. Этиологическое важное значеніе имѣетъ и онанизмъ. При необъяснимыхъ меноррагіяхъ у только что менструировавшихъ дѣвушекъ часто находятъ, при изслѣдованіи *per anum*, рѣзкое утолщеніе тѣла матки. Слишкомъ ранній *coitus post partum* страшно вреденъ; имъ вызываются часто сильнѣйшія кровотечения, при которыхъ матку находятъ сильно увеличенной. Это же наблюдается и при привычномъ *coitus reservatus*.

Анатомія.—На увеличенныхъ, пораженныхъ «хроническимъ метритомъ» маткахъ мы находимъ зачастую перитонитическія отложенія. При операціяхъ на придаткахъ я находилъ иногда матку, похожую на *Cornu villosum*. Сама матка представляется краснаго цвѣта, часто пунктированной, устѣянной мѣстами телеангиэктазіями. Поверхность слегка неровная, брюшина мѣстами разрыхлена и утолщена. Тѣло матки мягкое, вдавливаемое, при шиваніи дряблое и легко разрывается. Паренхима не такъ бѣла, какъ при нормальной маткѣ. На краяхъ матки, находятъ многочисленные поперечные разрѣзы расширенныхъ сосудовъ, такъ что на разрѣзѣ, про-

веденномъ черезъ край матки, замѣчается кавернозное строеніе. На микроскопическихъ разрѣзахъ бросается въ глаза преобладаніе соединительной ткани передъ мышечными волокнами. Мѣсто прикрѣпленія широкой связки довольно широко, листки связки раздвинуты многочисленными сосудами и соединительнотканными отложеніями, а также старыми рубцами.

При продолжительномъ существованіи процесса, яичники и трубы представляются смѣщенными и соединенными съ сосѣдней поверхностью матки паутинообразными, безсосудистыми ложными связками.

Симптомы и теченіе.—Всѣ присущія женскому полу своеобразныя болѣзненные ощущенія и боли наблюдаются при хроническомъ метритѣ; особыхъ, патогномическихъ, характерныхъ симптомовъ, однако, не бываетъ при этой болѣзни.

Болѣе легко описать симптомы еще въ томъ случаѣ, если гипертрофія остается послѣ выкидыша или ригрегіумъ. Во многихъ случаяхъ имѣются осложненія: смѣщенія матки и сосѣднихъ органовъ. Наблюдаются, однако, случаи, въ которыхъ матка хотя и велика, но занимаетъ правильное положеніе и не имѣется поражений въ сосѣднихъ частяхъ. Больныя жалуются при этомъ на боль при ходьбѣ, стояннн, на напираніе книзу, на позывъ къ мочеиспусканію и на постоянное, мучительное чувство давленія въ тазу, даже на ощущеніе начинающагося выпаденія. Кромѣ того наблюдаются нерѣдко явленія весьма сходныя съ начинающейся беременностью. Въдѣ и анатомически мы имѣемъ сходныя съ этимъ состояніемъ измѣненія паренхимы матки. Больныя жалуются на рвоту, отсутствіе аппетита, запоры, на межреберныя невралгіи, боли въ грудяхъ, въ желудкѣ, во всей нижней части живота, въ спинѣ и т. д. Изъ грудей, изъ которыхъ выдѣляется нерѣдко самопроизвольно небольшое количество жидкости, можно иногда выдавить сыворотку. Существуетъ позывъ къ мочеиспусканію, такъ какъ сосѣдняя стѣнка пузыря гиперэмирована и тяжелая матка давить на пузырь. Вслѣдствіе постоянныхъ разстройствъ измѣняется настроеніе духа. Случайныя болѣзни значительно ухудшаютъ состояніе. Этого нельзя избѣгать. Избѣгать всякихъ вредныхъ моментовъ не всегда въ состояніи женщина, какъ богатаго, такъ и бѣднаго класса. Но зато значительно улучшается состояніе примѣненіемъ покоя въ постели, воздержаніемъ отъ coitus и соответствующимъ леченіемъ. Новые вредные моменты снова даютъ обостренія. Состояніе можетъ ухудшаться уже при каждомъ менструальномъ приливѣ. При хроническомъ метритѣ, въ особенности при участіи яичниковъ, наступаютъ нерѣдко аномаліи менструаціи. Законченное воспаленіе яичниковъ характеризуется часто скудной менструаціей. Наблюдается какъ дисменоррея, такъ и сильное кровотеченіе безъ болей. Пораженная слизистая оболочка матки даетъ громадное количество отдѣляемаго. Железистые органы шейки разрастаются и покрываютъ наружную поверхность portiois аденондными новообразованіями.

Corpus uteri прощупывается иногда утолщеннымъ настолько, что можно предположить даже интерстиціальную міому. Давленіе на матку и

движенія органа болѣзненны при комбинированномъ изслѣдованіи. Бесплодіе зависитъ отъ осложненій: срощенія, перегибы трубы, смѣщенія яичниковъ, а также отъ эндометрита или задержки слизи въ полости матки. Наблюдаются, однако, случаи, въ которыхъ крайне легко наступаетъ зачатіе. Вслѣдствіе патологическаго состоянія слизистой оболочки весьма часты выкидыши.

Теченіе хроническое. Обостренія ведутъ къ задержкѣ выздоровленія. Подъ влияніемъ хронической гипереміи отдалается наступленіе менопаузы. Въ климактерическомъ періодѣ симптомы, въ особенности потеря крови при менструаціи, нерѣдко ухудшаются. Но и по наступленіи менопаузы остается незначительное гнойное отдѣленіе эндометрія и сопряженный съ этимъ *Vaginitis vetularum*.

Диагнозъ и предсказаніе.—Почти при всѣхъ пораженіяхъ матки, ведущихъ къ застою и гипереміи, можно діагностировать хроническій метритъ. Такимъ образомъ мы наблюдаемъ эту своеобразную гипертрофію какъ при ракѣ, фибромѣ, такъ и при измѣненіяхъ положенія матки. Въ пользу хронически-метритическаго состоянія говорятъ въ особенности отсутствіе фізіологическаго угла перегиба, продолжительное существованіе твердости органа, какъ при нормальномъ положеніи, такъ и при отклоненіи кзади. *Pelveoperitonitis* осложняется обыкновенно хроническимъ метритомъ. Діагнозъ основывается на увеличеніи матки, на болѣзненности, какъ самопроизвольной, такъ и при давленіи, на ненормальностяхъ отдѣленія и менструаціи.

Что касается дифференціальнаго діагноза, то значеніе имѣеть главнымъ образомъ беременность въ первые мѣсяцы. Если беременность не подозрѣвается или отвергается, то крайне легко возможна ошибка въ виду одинаковыхъ субъективныхъ симптомовъ. Такъ какъ предпринимаемое при хроническомъ метритѣ леченіе можетъ вести къ выкидышу, то во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ воздержаться отъ мѣстнаго леченія до тѣхъ поръ, пока не наступитъ снова менструація.

Предсказаніе неблагоприятно. Въ особенности въ случаяхъ, которые развились изъ *ruerregium* или послѣ выкидыша, измѣненія, расширенія сосудовъ и гиперплазія, настолько значительны, что *restitutio ad integrum* оказывается невозможной. Вообще, у рожавшихъ матка больше, чѣмъ у нерожавшихъ. Но и въ случаяхъ, въ которыхъ выздоровленіе лежитъ въ предѣлахъ возможнаго, зачастую наступаетъ ухудшеніе вслѣдствіе небрежности больной, перерыва леченія, неисполненія совѣтовъ врача, выкидышей и родовъ, новыхъ параметритовъ, перелоя и другихъ вредныхъ моментовъ. При продолжительномъ и рациональномъ леченіи, при отсутствіи новыхъ вредныхъ моментовъ достигается состояніе, которое почти отвѣчаетъ выздоровленію.

Благодаря вѣчному недомоганію душевное и тѣлесное здоровье сильно страдаетъ и больныя становятся прямо калѣками.

Общее леченіе.—Соотвѣтственно нашему описанію метритъ лишь рѣдко является изолированной болѣзвью. Въ виду этого леченіе не должно огра-

ничиваться исключительно маткой. Разнообразные воспалительные процессы вокруг и в самой маткѣ требуютъ нерѣдко оставленія на первыхъ порахъ въ покой матки, или начинаютъ лечение нѣжными противовоспалительными мѣрами.

Больная должна себя беречь насколько возможно. Необходимо избѣгать вредныхъ моментовъ, вызывающихъ приливы къ внутреннимъ половымъ органамъ. Запрещаются танцы, верховая ѣзда, ѣзда въ экипажахъ по дурной дорогѣ и по желѣзной дорогѣ, хожденіе по лѣстницамъ, тѣлесное напряженіе, шитье на швейной машинѣ и т. д. Но главнымъ образомъ запрещается coitus, отчасти въ виду появляющейся гипереміи при возбужденіи, отчасти въ виду возможности наступленія беременности и выкидыша, которыми ухудшается состояніе. Далѣе необходимо регулировать стулъ. Выборъ средства зависить отъ различныхъ обстоятельствъ. Такъ какъ запоръ существуетъ обыкновенно уже продолжительное время и весьма упоренъ, то регулированія стула необходимо пытаться достигнуть діетой и избѣгать въ особенности средствъ, усиливающихъ гиперемію тазовыхъ органовъ. Утромъ и вечеромъ сокъ 3—4 апельсина, варенныя сливы, кофе, которымъ возбуждается перистальтика, яблочное вино, вечеромъ, передъ сномъ, $\frac{1}{2}$ литра молока съ 50 грм. молочнаго сахара, минеральныя воды, сыворотка, до 2 литровъ въ сутки, леченіе виноградомъ и т. д.; эти мѣры оказываютъ часто отличное вліяніе при хроническихъ запорахъ: Показуется примѣненіе массажа живота, какъ рукой, такъ и шаромъ, фарадическое раздраженіе, укладывая для этого больную на металлическую доску и производя поглаживанія живота по направленію толстой кишки сильными токами; далѣе слѣдуютъ гимнастика, плаваніе, всякія тѣлесныя упражненія, вливанія воды, масла, глицерина и т. д. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступаетъ улучшеніе при ѣздѣ на велосипедѣ, хотя очень часто велосипедная ѣзда сопровождается и кровотеченіемъ. Въ виду этого никогда нельзя знать впередъ, какое вліяніе окажетъ ѣзда на велосипедѣ.

Къ сожалѣнію, не всегда можно обойтись безъ растительныхъ слабительныхъ. Въ умѣренныхъ дозахъ они дѣйствуютъ на аппетитъ и пищевареніе болѣе благопріятно, чѣмъ среднія соли. При анеміи присоединяютъ къ слабительнымъ средствамъ еще желѣзо, напимѣръ, въ формѣ *Pil. aloët. ferrat.*, ежедневно по 2—3 пил.

Одинаковымъ образомъ можно назначать и *Podophyllum* 1,0 на 100 пилуль, а также *Exig. fl. Cascarae* 1—3 чайн. л. въ день.

Къ гинекологу часто являются такія больныя, которыми были уже испытаны всевозможныя слабительныя, но безъ успѣха. Въ подобныхъ случаяхъ принципиально не слѣдуетъ примѣнять болѣе сильныхъ средствъ; стараются устранить кишечную вялость діететическими мѣрами, массажемъ и электричествомъ.

При существованіи анеміи безъ запоровъ употребляютъ слѣдующіе препараты желѣза: *Ferrum solubile saccharatum*, 1 чайн. л.; *Liquor ferri*

albuminati, 2 стол. д. въ день. Aqua ferri pyrophosphorici, старое средство *Scanzoni*, въ день $\frac{1}{8}$ литра. Каждый годъ появляются новыя средства: Ferratinum, Haemalbuminum и т. д.

Если на первый планъ выступаютъ периметритическія боли, то начинаютъ согревающіе компрессы, или пузырь съ горячей водой на животъ, впрыскиванія, сидячія ванны и т. д.

Если больныя въ состояніи уѣхать, то можно рекомендовать слабительныя желѣзныя воды въ Elster, Franzensbad, Marienbad, Karlsbad, Tarasp, Kissingen, Homburg, Neuenahr, Bertrich. Отличныя услуги оказываютъ главнымъ образомъ содержащія углекислоту купанья или грязи: Schwalbach, Driburg, Langenau въ Силезіи.

При перитонитическихъ боляхъ употребляются разсолёныя ванны, Ruytmont, Kreuznach, Münster am Stein, Königsborn, Salzschlirf, Nauheim и т. д.

См. кромѣ того леченіе периметрита.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣе удовлетворительные результаты получаются при пребываніи въ лѣсу, въ горахъ, на берегу моря, при хорошей діетѣ, при соблюденіи умственного и тѣлеснаго покоя, чѣмъ отъ всякихъ пилюль, водъ и гинекологическихъ вмѣшательствъ.

Рациональное леченіе зависитъ скорѣе не отъ гинеколога, который видитъ больную всего одинъ разъ, а отъ домашняго врача, которому извѣстны уже годами какъ больная, такъ и ея домашнія условія.

Мѣстное леченіе.—При мѣстномъ леченіи приходится примѣнять различныя манипуляціи «малой гинекологіи», а главнымъ образомъ кровозвлеченія, которыя занимаютъ первое мѣсто при леченіи хроническаго метрита.

Если введеніе маточнаго зеркала невозможно по какой либо причинѣ, напр., вслѣдствіе узости влагалища или значительной болѣзненности, то приставляютъ пиявки къ промежности. Промежность является болѣе удобнымъ мѣстомъ примѣненія, чѣмъ mons Veneris или внутренняя поверхность бедеръ. Если удастся ввести зеркало, даже самое маленькое, то вставляютъ portio и дѣлаютъ кровозвлеченіе прямо изъ матки. Portio вставляютъ въ зеркало и накалываютъ ее длиннымъ ножомъ (рис. 87). Кончикъ ножа долженъ быть очень острымъ, такъ какъ лишь острымъ инструментомъ удастся легко и безболѣзненно проникнуть въ мягкую portio. Если изъ одного отверстія вытекаетъ достаточно крови, то совершенно излишне производить еще уколы. Лишь рѣдко, однако, бываетъ достаточно одного укола. Надрѣзы, скарификаціи также горячо рекомендуются; можно дѣлать надрѣзы сѣткообразно по всей portio. Если необходимо сдѣлать кровопусканіе болѣе высоко, то вводятъ ножъ въ каналъ шейки и производятъ въ ней поверхностныя надрѣзы. Если сдѣлано лишь нѣсколько поверхностныхъ уколовъ, то для остановки кровотока достаточно уже давленія стѣнокъ влагалища на portio. Но лучше вкладывать марлевый тампонъ къ portio, такъ какъ при этомъ происходитъ кромѣ остановки кровотока еще и дезинфекція. Если кровотока весьма сильно, то тампонъ присыпаютъ борнымъ таниномъ. Быстрая остановка кровотока имѣетъ

еще и психическое значеніе, такъ какъ многія больныя пугаются появленія крови. Тампонъ вынимаютъ вечеромъ, въ постели, такъ какъ при возобновленіи кровотока оно останавливается самопроизвольно лучше всего при спокойномъ лежаніи.

Другой способъ, дѣйствующій уменьшающимъ образомъ на содержаніе крови въ маткѣ, и соединяемый нерѣдко съ скарификаціями, это «глицериновая тампонація». Къ portio прикладываютъ смоченный глицериномъ тампонъ, которымъ высасывается влага изъ матки; этимъ уменьшается объемъ послѣдней.

Къ глицерину можно прибавлять различные медикаменты, напр. борную кислоту 1:10, квасцы 0,5:10, ихтиоль 1:10, іодовую настойку 3:100. Ихтиоль дѣйствуетъ сильно высушивающимъ образомъ, устраняетъ боль, но зато имѣетъ противный запахъ и даетъ пятна на бѣльѣ. Хорошіе результаты получаются при примѣненіи смѣси изъ борной кислоты или квасцовъ съ глицериномъ.

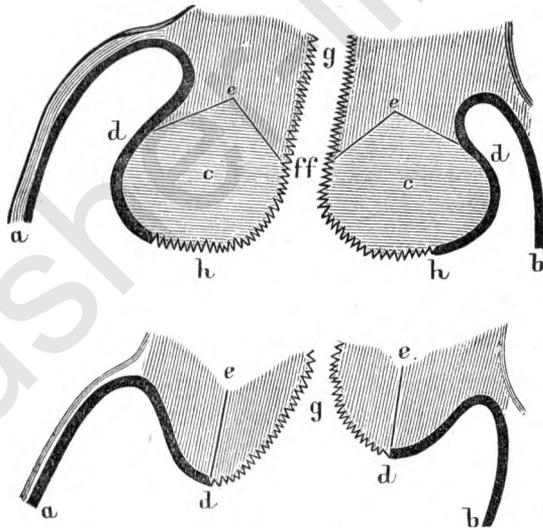


Рис. 87. Обоюдоострый ножъ для уколовъ portionis.

Рис. 88. *a*—задній, *b*—передній влагалищный сводъ, *c*—отрѣзаемая часть portionis, *d*—наружный, *f*—внутренній разрывъ, сходящіяся у *e*, *g*—каналъ шейки.

Въ болѣе свѣжихъ случаяхъ можно уменьшить наполовину большую portio однократной скарификаціей и вкладываніемъ глицериноваго тампона въ теченіе 3—4 дней. Это во всякомъ случаѣ громадный успѣхъ, достигаемый совершенно безопаснымъ способомъ! Кровопусканія дѣлаютъ не чаще 6—8 разъ въ періодъ между менструаціями, между тѣмъ какъ глицериновую тампонацію можно продолжать болѣе продолжительное время. Ежедневное вкладываніе часто невозможно, такъ какъ влагалище становится скоро весьма узкимъ.

Если, невзирая на подобное лечение, *portio* остается весьма большой, или на ней имѣется эрозія или многочисленныя *ovula Nabothi*, то рекомендуется вырѣзаніе изъ обѣихъ губъ клиновиднаго куска. Такъ какъ послѣ ампутаціи гипертрофированной шейки гипертрофированная матка въ общемъ сильно уменьшается, то ампутація совершенно основательно считается рациональнымъ леченіемъ.

Сначала разрѣзають (см. рис. 88) шейку матки ножницами, или, при невозможности ввести ножницы въ каналъ шейки, ножемъ вправо и влѣво до влагалищнаго свода, такъ что обѣ половины шейки—передняя и задняя—могутъ быть захвачены и оттянуты отдѣльно.

При этомъ необходимо остерегаться тянуть слишкомъ сильно за матку, такъ какъ иначе шейка искусственно удлинняется и можно сдѣлать слишкомъ глубокой разрѣзъ и поранить маленькія *gami vaginales art. uterinae*. Нерѣдко *portio* представляется на одной сторонѣ расщепленной уже съ самаго рожденія, такъ что приходится разрѣзать только одну сторону.

Эта подготовительная операція облегчаетъ всѣ операціи на *portio* тѣмъ, что можно вести всѣ разрѣзы по прямой линіи.

Послѣ этого захватываютъ Мизеих'евскими щипцами одну губу, оттягиваютъ ее книзу и вырѣзають клинъ. Разрѣзы снаружи и внутри сходятся подъ прямымъ угломъ.

Рану соединяють швомъ. Для этого берутъ лучше всего катгутъ, избѣгая такимъ образомъ необходимости послѣдующаго удаленія нитей. Такимъ же образомъ поступаютъ и съ другой губой и накладываютъ въ заключеніе два боковыхъ шва, соединяющіе верхніе концы перваго разрѣза. При соединеніи раны накладываютъ швы до тѣхъ поръ, пока продолжается кровотеченіе, которое необходимо остановить окончательно. Въ каналъ шейки необходимо иглу вкалывать возможно выше, необходимо хорошо захватить паренхиму матки, такъ какъ въ противномъ случаѣ нитка прорѣзается при плотномъ завязываніи. Послѣ этой маленькой операціи, которую можно сдѣлать и безъ наркоза, тампонируютъ влагалище іодоформовой марлей.

Я упоминаю здѣсь еще о томъ, что послѣ ампутаціи *portionis* разстройства бывають еще сильнѣе, чѣмъ до операціи. Причинами служатъ двѣ ошибки: вслѣдствіе неправильной техники получается иногда слишкомъ узкій маточный зѣвъ, отдѣленіе вытекаетъ недостаточно, развиваються безплодіе и дисменоррея. Далѣе, вкалываются иглы до того глубоко, что проходятъ черезъ брюшину Douglas'ова пространства; въ подобномъ случаѣ можетъ остаться постоянная боль вслѣдствіе хроническаго цериметрита. Къ сожалѣнію, мы въ состояніи помочь лишь очень мало.

D. Атрофія матки ¹⁾.

Если нормальная матка становится до наступленія климактерической инволюціи малой, «гиперинволюируется», то мы говоримъ объ атрофіи

¹⁾ C. Braun, Wiener med. W. 1859, стр. 30.—Scanzoni, Die chron. Metritis, 1863.—Saxinger, Prager Vierteljahresschr., Bd. 90, 1886.—Fritsch, Die Lageveränderungen

матки. Физиологически размѣры матки бываютъ малыми во время кормленія грудью. Уже отсутствіе овуляціи и менструаціи въ это время доказываетъ, что вслѣдствіе обильной продукціи молока наступаетъ разстройство функціи и обуславливающихъ ее анатомическихъ и біологическихъ отношеній. Сопровождающееся атрофіей разстройство функціи или исчезаніе функціи можетъ патологически усилиться до того, что наступаетъ фактическая, измѣримая атрофія. Матка можетъ быть дряблой, тонкостѣнной, но съ нормально длинной полостью, или же маленькой, плотной, съ укороченной полостью. Атрофіей могутъ, повидимому, поражаться и отдѣльные участки, такъ что напр. размягченной находятъ только часть дна или тубарный уголь. Это обстоятельство имѣетъ громадное значеніе, такъ какъ зондомъ или кюреткой легко поранить или даже перфорировать подобныя участки матки, при завязываніи нитки легко можно прорѣзать тубарный уголь. Легко можетъ быть, что подобныя мягкія, изолированныя части продолжаютъ существовать и во время беременности, представляя этиологическое значеніе при разрывахъ матки.

Предположеніе, что при лактаціонной атрофіи мы имѣемъ дѣло съ физиологическимъ процессомъ, сдѣлавшимся патологическимъ вслѣдствіе его усиленія, подтверждается еще тѣмъ, что почти во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ кормленіе грудью подрываетъ общее состояніе организма, первымъ симптомомъ являются боли въ крестцѣ и потугообразныя колики. Но и физиологически наступаютъ сокращенія матки при прикладываніи ребенка къ груди.

Многіе авторы обращаютъ вниманіе на то, что относительно чрезмѣрное отдѣленіе молока, напр. кормленіе при общей слабости организма, имѣетъ громадное значеніе для развитія атрофіи. Находили также предстарческую атрофію послѣ родильной горячки, можетъ быть вслѣдствіе разрушенія паренхимы яичника. Мнѣ пришлось наблюдать нѣсколько достоверныхъ случаевъ, въ которыхъ послѣ большихъ яичниковыхъ абсцессовъ прекращались навсегда менструаціи въ относительно молодые годы, причемъ одновременно сморщивалась матка. Атрофія матки наблюдается иногда и при истощающихъ общихъ болѣзняхъ, при хлорозѣ, тифѣ, скарлатинѣ, диабетѣ, Morbus Addisonii, морфинизмѣ. При туберкулезѣ часто наблюдается мягкость и легкая прободаемость матки.

Искусственно вызывается сморщиваніе матки кастраціей. Приходится нерѣдко наблюдать, что послѣ экстирпаціи придатковъ пельвеперитонитическія и метритическія боли сначала продолжаютъ, но впослѣдствіи, при сморщиваніи матки, постепенно исчезаютъ. Атрофія матки сопровождается атрофіей сосудистаго и нервнаго аппарата въ окружающихъ частяхъ. Исчезаніе менструацій у морфинистокъ до того типично, что уже на основаніи этого можно распознать злоупотребленіе морфіемъ.

Съ другой стороны, наблюдается весьма часто, что, невзирая на кастрацію, не наступаетъ атрофія матки, и что оправившись отъ операціи, больная продолжаетъ менструировать совершенно правильно. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ кастраціи остаются бѣли, боли и менструаціи, матка сохраняетъ свою величину. Фактъ, что здѣсь играютъ роль воспалительные процессы въ культияхъ оваріальныхъ нервовъ, подтверждается, съ одной стороны, наличиемъ маленькихъ опухолей на соответствующихъ мѣстахъ, съ другой стороны—тѣмъ обстоятельствомъ, что постепенно, въ особенности послѣ противовоспалительнаго леченія (соленыя ванны, Kreuznach), все-таки наступаетъ атрофія и вмѣстѣ съ этимъ выздоровленіе и менопауза.

Нерѣдко приходится наблюдать, что сопровождающаяся анеміей и слабостью лактаціонная атрофія и расстройство функціи исчезаютъ при укрѣпленіи организма черезъ нѣсколько мѣсяцевъ: появляется снова менструація, значить, и способность къ зачатію. Если, однако, невзирая на укрѣпленіе организма, подобное состояніе атрофіи пролонгируется болѣе года, то въ большинствѣ случаевъ оно представляется стойкимъ: развившееся въ слѣдствіе гиперинволюціи преждевременное, безповоротное, старческое сморщиваніе.

Эти размышленія даютъ намъ указанія относительно леченія. Появленіе болей въ крестцѣ, безъ мѣстной, объясняющей причины, во время кормленія грудью, служитъ указаніемъ для отнятія ребенка отъ груди. Главная задача всегда должна состоять въ общемъ леченіи, въ назначеніи укрѣпляющей діеты и препаратовъ желѣза.

Что касается мѣстнаго леченія, то я видѣлъ успѣхъ лишь отъ фардизаціи матки биполярнымъ зондомъ. Насколько подобное леченіе дѣйствительно или не является-ли оно лишь послѣднимъ толчкомъ для возобновленія функціи матки, я не берусь рѣшить окончательно.

Микроскопически *Eckardt* ¹⁾ могъ впервые констатировать на экстирпированной мною маткѣ, послѣ произведенной мною за нѣсколько лѣтъ передъ тѣмъ кастраціи, значительное сморщиваніе слизистой оболочки и исчезаніе железнатаго аппарата.

Мнѣніе, будто опухоли матки ведутъ къ атрофіи, въ общемъ не совсѣмъ правильно. Напротивъ, скорѣе можно сказать, что мышцы матки значительно утолщаются при міомахъ и при внутрисвязочныхъ опухоляхъ.

Е. Хроническія патологическія состоянія эндометрія.

Endometritis chronica ²⁾.—Патологическое состояніе слизистой оболочки матки является нерѣдко послѣдствіемъ патологическихъ измѣненій

¹⁾ *Ries*, Z. f. G. XXIV, стр. 33; XXVII, стр. 38.—*Thorn*, Z. f. G. XVI, стр. 57; G. f. C. 1893, стр. 716.—*Kleinwächter*, Z. f. G., стр. 73.—*Gottschalk*, Samml. klin. Vorträge, 1892, № 49.—*Eckardt* C. f. G. 1896, стр. 786.—*Döderlein*, Veit's Handbuch II, стр. 391.

²⁾ *Olshausen*, A. f. G. VIII, стр. 97.—*Runge*, Z. f. G. V, стр. 317.—*Küstner*, Beitr. zur Lehre d. Endometritis, 1883; A. f. G. XVIII, стр. 252.—*Döderlein*, Veit's Handbuch II,

кровообращенія. Какъ фізіологическое набуханіе слизистой оболочки матки во время менструаціи зависитъ отъ фізіологическаго созрѣванія яйца, точно такимъ-же образомъ не извѣстныя еще патологическія состоянія въ яичникахъ ведутъ къ измѣненію кровообращенія въ слизистой оболочкѣ матки, или къ гипереміи. Это въ свою очередь ведетъ къ утолщенію слизистой оболочки: усиленное кровотеченіе при менструаціи, усиленное отдѣленіе внѣ менструаціи. Значитъ, существуетъ патологическое состояніе эндометрія, при которомъ имѣется фізіологическое отдѣленіе въ чрезмѣрномъ количествѣ, гиперсекреція безъ всякаго „воспаленія“ или инфекции. Не первично, а вторично развивается гипертрофія слизистой оболочки, могущая достигать такой степени, что можно говорить о фунгозномъ или гиперпластическомъ эндометритѣ (*Olshausen*).

Съ другой стороны, плохая инволюція матки послѣ выкидышей или въ послѣродовомъ періодѣ также является причиной гипертрофіи слизистой оболочки. Это наблюдается и при множественныхъ міомахъ, которыя увеличиваютъ, искажаютъ и дѣлаютъ неправильной полость матки. Въ большой и широкой маткѣ развивается вслѣдствіе *hoggor vasu* и вслѣдствіе отсутствія давленія, въ виду ненаступленія инволюціи, толстая, слизистая оболочка часто настолько неравномѣрна, что можно говорить о слизистыхъ полипахъ.

При *міомахъ* и *карциномахъ* ¹⁾ *portionis* находятъ почти всегда въ экстирпированныхъ маткахъ гипертрофію слизистой оболочки, которая достигаетъ иногда толщины въ 1 см., въ особенности въ верхнихъ частяхъ полости. Это наблюдается нерѣдко и при хронической гипертрофіи матки вслѣдствіе застоя, напр. при *retroflexio uteri*.

Постоянное богатство кровью слизистой оболочки, а также и всей матки, должно оказывать вліяніе и на яичники и трубы, вслѣдствіе чего возможно обратное описанному: гиперемія матки представляется первичнымъ патологическимъ состояніемъ, между тѣмъ какъ опуханіе яичниковъ является вторичнымъ измѣненіемъ.

Уже въ первомъ изданіи моей клиники акушерскихъ операцій мною было указано на то, что при весьма раннихъ выкидышахъ (напр. на 4—5-й нед.) отходить только яйцо, и что *decidua* превращается снова въ слизистую оболочку матки. При этомъ слизистая матки остается слишкомъ толстой, съ наклономъ къ кровотеченіямъ. Эта форма была также названа *децидуальнымъ эндометритомъ*. При всѣхъ этихъ формахъ участвуетъ нерѣдко *portio* въ томъ отношеніи, что теряетъ свой нормальный эпителий (см. ниже эрозіи). При изслѣдованіи слизистой оболочки мы находимъ участки, которые при микроскопическомъ изслѣдованіи представляютъ не что иное какъ равномѣрную гипертрофію всѣхъ частей слизи-

стр. 247; С. f. G. 1889, стр. 162.—*Veit*, Z. f. G. XIII, стр. 388.—*Brennecke*, A. f. G. XX, стр. 455.—*Wyder*, A. f. G. XIII, стр. 1; XXIХ, стр. 1.—*Pinkus*, Z. f. G. XXХIII, Heft. 2.—*Leopold*, A. f. G. X, стр. 293.

¹⁾ *Saurenhaus*, Z. f. G. XVІІІ, стр. 9.—*Abel und Landau*, A. f. G. XXXV, стр. 214; С. f. G. 1890, стр. 673.

стой оболочки. Иногда сильно увеличены въ числѣ и отчасти расширены железы, что, впрочемъ, бываетъ при каждой менструаціи. Весьма часто железы являются единственной причиной гипертрофіи, такъ какъ онѣ представляются въ отдѣльныхъ препаратахъ не только расширенными, но и удлинненными, перепутанными, тѣсно лежащими другъ около друга вслѣдствіе вытѣсненія соединительной ткани слизистой оболочки, почти безъ просвѣта. Въ другихъ случаяхъ имѣется частичное расширеніе железъ, такъ что слизистая оболочка представляется пронизанной многочисленными маленькими и часто довольно большими, сообщающимися между собою кистами.

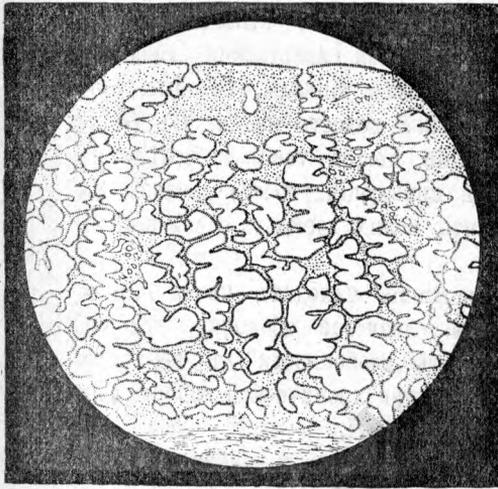


Рис. 89. Железистый эндометритъ.

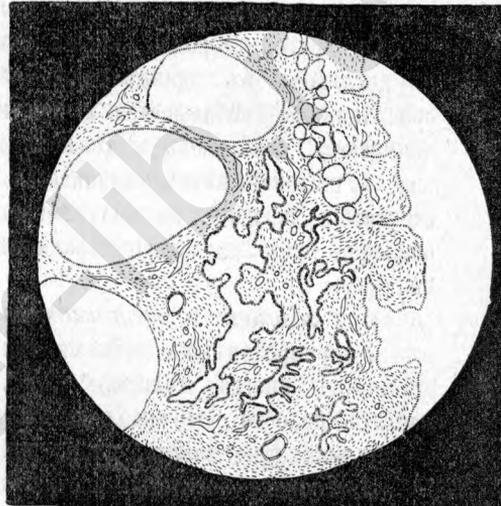


Рис. 90. Вырванный изъ матки слизистый полипъ, сидящій на широкомъ основаніи, или частичный железистый эндометритъ.

Такъ какъ слизистая оболочка матки имѣетъ со стороны мышцъ неясную границу, то можно ожидать, что дно железъ проникаетъ весьма часто далеко въ мышцы матки. При этомъ происходитъ также морфологическое измѣненіе формы железъ. Я находилъ вѣтвящіяся железы, проникавшія въ мышцы на 0,75 см., формы цервикальныхъ железъ. Является это причиной или послѣдствіемъ кровотеченій, я не берусь рѣшить, а также и то, не является-ли это первымъ стадіемъ рака матки. Во всякомъ случаѣ, подобныя измѣненія и разрошенія железъ я находилъ въ маткахъ, которыя были экстирпированы вслѣдствіе неостановимыхъ кровотеченій.

Нерѣдко имѣется лишь частичная гипертрофія слизистой оболочки, такъ что можно говорить какъ объ одномъ или нѣсколькихъ, сидящихъ на широкомъ основаніи полипахъ, такъ и о частичной гиперплазіи слизистой оболочки.

На рис. 89 изображенъ выскобленный кусокъ общей железистой, на рис. 90 кусокъ частичной полипозной гипертрофіи полости матки. Въ послѣднемъ случаѣ имѣются настоящія кисты.

Отъ этого железистаго эндометрита выдѣлили анатомически, но не клинически, другую форму—*интерстиціальныи эндометритъ*, при которомъ мѣстомъ или причиной гипертрофіи слизистой оболочки является межжелезистая соединительная ткань. Но клинически, можетъ быть и патолого-анатомически трудно отдѣлить обѣ формы, такъ какъ при изслѣдованіи кусочковъ слизистой оболочки изъ одной и той же матки, находятъ



Рис. 91. Дисменорройная пленка.

картины, отвѣчающія обѣмъ формамъ. Во всякомъ случаѣ и въ здоровой маткѣ находятъ участки слизистой оболочки съ большимъ и малымъ количествомъ железъ.

При *Endometritis exfoliativa* ¹⁾, называвшемся въ прѣжнее время *Dysmenorrhoea membranacea*, при каждой менструаціи отдѣляется поверхностный слой слизистой оболочки цѣликомъ или кусками, и выдѣляется безъ или при потугообразныхъ боляхъ или цѣликомъ, или отдѣльными пленками. Въ извѣстныхъ случаяхъ легко возможно смѣшеніе съ выкидышемъ. Если же помнить, что характернымъ явленіемъ *Dysmenorrhoeae*

¹⁾ Hegar, Virchow's Arch. LII.—Weyder, A. f. G. XIII, стр. 1—Löhleim, Z. f. G. XII, стр. 465; Tagesfragen. Heft 2; A. f. G. XXXVI, стр. 537.—Meyer, A. f. G. XXXI.—Franqué, Z. f. G. XXVII. I.—Veit, Z. f. G. XI, стр. 410.

membranaseae служить выдѣленіе пленокъ при каждой менструаціи, то діагнозъ не представляетъ особыхъ затрудненій. Причина этого страданія сводится къ патологическому состоянію слизистой оболочки, при которомъ представляется или верхній слой слишкомъ плотнымъ и вязкимъ, или находящійся подъ нимъ слой слишкомъ мягкимъ и рыхлымъ (рис. 91).

При менструальномъ приливѣ поднимаются кровью поверхностные слои. Значить, мы имѣемъ состояние, сходное съ физиологической менструаціей, при которой тоже отходятъ минимальныя пленки. Разница тутъ лишь количественная, обусловленная болѣзнью слизистой оболочки, которую всегда находятъ пронизанной бѣлыми кровяными тѣльцами. Здѣсь я упомяну, что лучшіе результаты получаются при этомъ пораженіи при продолжительномъ леченіи промываніями полости матки растворами борной кислоты или лизола. Боли прекращаются при этомъ довольно часто, и нерѣдко наступаетъ беременность. Одно выскабливаніе и выжиганіе не даетъ столь удовлетворительныхъ результатовъ.

*Туберкулезный эндометритъ*¹⁾ въ язвенной формѣ былъ неоднократно описанъ и доказанъ констатированіемъ туберкулезныхъ палочекъ. Былъ наблюдаемъ и милиарный туберкулезъ слизистой оболочки матки.

Описаны рѣдкіе случаи нахождения плоскаго эпителия²⁾ въ маткѣ. *Zeller* придерживался мнѣнія, что подобная метаплазія эпителия весьма частое явленіе. Существованіе ея подтверждается наблюденіями другихъ авторовъ (*Rosthorn*), но что она крайне рѣдкая форма и не имѣетъ никакого практическаго значенія, тоже не подлежитъ никакому сомнѣнію (*Ruge*).

Подъ названіемъ *атрофирующаго эндометрита* я описалъ въ видѣ отдѣльной формы «бленнорею матки» старыхъ врачей, причѣмъ вовсе не отвергаю, что это пораженіе можетъ быть конечнымъ результатомъ всѣхъ болѣе легкихъ формъ эндометрита. При атрофирующемъ эндометритѣ исчезаютъ постепенно физиологически важныя составныя части слизистой оболочки матки: железы и эпителий. Въстѣтъ съ тѣмъ сморщивается и межжелезистая ткань, такъ что въ концѣ концовъ вмѣсто собственно слизистой оболочки матки имѣется лишь тонкая пластинка съ остатками железъ. Поверхностный эпителий слущивается или измѣняетъ свой характеръ: въ маткѣ находили совершенно атипичный, даже ороговъвшій эпителий.

Передъ смертью при холерѣ, скарлатинѣ, тифѣ и, можетъ быть, при многихъ другихъ болѣзняхъ появляется нѣчто вродѣ ложной менструаціи: вытекаетъ большее или меньшее количество крови. Анатомически это состояніе выражается *геморрагическимъ эндометритомъ*, при которомъ развивается весьма сильная гиперемія слизистой оболочки.

Я наблюдалъ неоднократно эту форму также при Брайтовой болѣзни и при застоѣ въ венозной системѣ, при порокахъ сердца.

¹⁾ *Sippel*, Deutsche med. W., 1894, № 52.—*Hegar*, Entstehung etc. der Genital-tuberculose, 1886.—*Veit*, Z. f. G. XXVІІ, стр. 226.—*Walther*, M. f. G. VI, стр. 1.

²⁾ *Zeller*, Z. f. G. XI, стр. 56.—*Ries*, Med. Stand. 1896, стр. 36.—*Rosthorn*, Festschr. zur Feier d. 50 jähr. Jubil. d. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 1894, стр. 319.

Симптомы и течение — При гипертрофии слизистой оболочки матки отделяется стекловидная слизь, которая ведет во влагалищъ къ слущиванію эпителия, такъ что влагалище наполнено молочновидной слизью.

При гиперпластическомъ и децидуальномъ эндометритѣ главнымъ симптомомъ является меноррагія.

Экзофоліативный эндометритъ наблюдается у нерожавшихъ, иногда и у рожавшихъ. Женщины могутъ при этомъ даже забеременѣть и благополучно родить, причемъ, однако, не наступаетъ выздоровленія.

При перелойномъ эндометритѣ отдѣляется гной съ гонококками. При атрофирующемъ эндометритѣ отдѣленіе жидкое, но гнойное, содержитъ сапрофитовъ, *Bacterium coli* и стафилококковъ. На связь его съ *Vaginitis vetulagum* было указано выше.

Въ публикѣ полагаютъ, что бѣли ослабляютъ, но въ виду незначительной потери бѣлка это трудно предположить; скорѣе существуетъ обратная связь, именно, болѣзнь, симптомомъ которой являются бѣли, ослабляетъ организмъ. Причины и осложненія: кровотеченія, выкидыши, *perimetritis*, ведутъ къ общей картинѣ женской инвалидности.

Если женщины заявляютъ, что при напряженіи усиливается отдѣленіе, то въ этомъ есть доля правды. При усиліяхъ матка и влагалище оттягиваются книзу, какъ бы выдавливаются, такъ что дѣйствительно количество отдѣленія увеличивается.

Диагнозъ и предсказаніе. — *Диагнозъ* не слѣдуетъ ставить исключительно на основаніи заявленій больныхъ. Нѣкоторыя больныя, напр., занимающіяся мастурбаціей дѣвушки, нерѣдко преувеличиваютъ свои страданія, и говорятъ о „бѣляхъ“, если ощущаютъ только влажность на наружныхъ половыхъ частяхъ. Историчныя больныя даже прямо обманываютъ врача, съ цѣлью быть интересными или чтобы подвергнуться изслѣдованію. Наоборотъ, больная, которая часто подмываетъ и дѣлаетъ спринцованія, не можетъ судить о количествѣ и характерѣ отдѣленія, въ особенности вязкаго. Въ другихъ случаяхъ слизь не вытекаетъ черезъ узкое отверстіе, такъ что шейка расширяется ампуловидно. Иногда большое количество стекловидной слизи до того плотно пристаётъ къ разорванной, покрытой эрозіями *portio*, что больная и не подозреваетъ существованіе «бѣлей». Въ виду всего этого необходимо изслѣдованіе пальцемъ и зеркаломъ.

За гиперсекрецію безъ инфекціи говорятъ отсутствіе всякихъ осложненій, стекловидный характеръ отдѣленія, отсутствіе примѣси гноя. Но намъ извѣстно также, что чисто стекловидная слизь содержитъ иногда гонококковъ. Гиперпластическій эндометритъ можно подозревать при слегка увеличенной маткѣ и при сильной меноррагіи.

Атрофирующій эндометритъ можно діагностицировать у старыхъ женщинъ при постоянномъ вытеканіи изъ матки жидкаго гноя, при возвращеніи болѣзни, невзирая на леченіе, и если выскабливаніемъ не удается констатировать утолщенія слизистой оболочки.

Точные способы изслѣдованія отдѣленій матки указаны впервые *Küst-*

пер'омъ, который собиралъ отдѣленіе въ стеклянныя трубочки. Въ послѣднее время этимъ вопросомъ занимались многіе авторы. Всѣми установлено, что въ общемъ, если оставить въ сторонѣ перелой и гнойныя формы, маточная полость свободна отъ бактерій.

Предсказаніе благоприятѣе всего при децидуальномъ и гиперпластическомъ эндометритѣ, менѣе благоприятно при катарральномъ и эксfolіативномъ, неблагоприятно при перелойномъ и атрофирующемъ эндометритѣ.

Леченіе.—Общее леченіе то же, что и при хроническомъ метритѣ. Соответственно моему взгляду на этиологію, я желалъ бы обратить вниманіе на то, что хроническій эндометритъ бываетъ нерѣдко вторичнымъ, и что вслѣдствіе этого совершенно неправильно дѣйствовать противъ одного симптома, именно противъ опуханія слизистой оболочки матки, между тѣмъ какъ первичную причину слѣдуетъ искать въ яичникахъ, въ мышцахъ матки, въ plethoga abdominalis, порокъ сердца или въ вялости пищеваренія.

Многіе случаи, въ которыхъ выскабливанія не оказываютъ никакого вліянія на кровотеченіе и отдѣленіе, объясняются пренебреженіемъ этиологическихъ моментовъ. При вѣкоторыхъ меноррагіяхъ достигается болѣе удовлетворительной результатъ регулированіемъ кишечника, общимъ антифлогозомъ, покоемъ, воздержаніемъ отъ coitus и отъ всякихъ гинекологическихъ виѣшательствъ, чѣмъ столь распространенными выскабливаніями.

При мѣстномъ леченіи необходимо сначала выяснитъ, чего желательно и возможно достигнуть. Въ настоящее время не можетъ быть и рѣчи о рациональномъ леченіи, а лишь о томъ, что можно предпринять безъ вреда для матки. Выскабливаніе и выжиганіе при эндометритѣ считается до того само собою понятнымъ, что невольно себя спрашиваешь: дѣйствуютъ-ли здѣсь по извѣстнымъ терапевтическимъ правиламъ или совершенно павловно? Мы имѣемъ передъ собою симптомы пораженія слизистой оболочки. Вслѣдствіе чего заболѣла слизистая оболочка? Имѣемъ-ли мы исключительно идиопатическое пораженіе эндометрія? Въ состояніи-ли мы дѣйствовать прямо на слизистую оболочку? Получимъ-ли мы навѣрняка здоровую слизистую оболочку послѣ поверхностнаго выскабливанія пораженій? Что напр. даже послѣ интенсивнаго прижиганія кокки не уничтожаются окончательно, не подлежитъ никакому сомнѣнію.

Далѣе необходимо помнить, что слизистая оболочка, даже при весьма сильныхъ прижиганіяхъ, остается все-таки лишь слизистой оболочкой, что она можетъ повторно заболѣвать, и что совершенно неправильно предсказывать выздоровленіе на всю жизнь! Развѣ можно кому нибудь обѣщать, что онъ никогда болѣе не заболѣетъ насморкомъ?

Начинаютъ съ вѣжныхъ мѣстныхъ средствъ: промыванія влагалитица солевыми и щелочными водами, напр. 30 грм. соды на 1000 грм. воды. Этотъ растворъ разжижаетъ слизь. Во многихъ случаяхъ достигается этимъ выздоровленіе. Эти промыванія вмѣстѣ съ воздержаніемъ въ теченіе

нѣсколькихъ недѣль отъ coitus являются зачастую вѣрнымъ леченіемъ безплодія.

Если имѣется меноррагія, то общее леченіе остается безуспѣшнымъ; если вѣроятной причинойъ эндометрита является увеличеніе матки и толщина слизистой оболочки, то показуется мѣстное леченіе. Предварительно предупреждаютъ больныхъ, что существующее годами страданіе нельзя удалить однократнымъ выскабливаніемъ или прижиганіемъ и т. д. Больныхъ слѣдуетъ убѣдить, что поражена не только матка и что одинаково необходима и разумная общая діететика. Вслѣдствіе чего играютъ въ настоящее время такую роль такъ называемые «Naturaezrte»? Вслѣдствіе того, что гинекологи только оперируютъ и не обращаютъ должнаго вниманія на общее состояніе.

При гипереміяхъ пользу приносятъ скарификаціи. Значить, если при уколахъ portionis вытекаетъ обильное количество крови, то показуется повторное кровопусканіе, глицериновая тампонація и смазываніе іодовой настойкой.

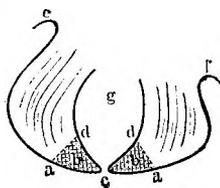


Рис. 92. Вначалѣ нормальная до stenosis orificii externi portio vaginalis, g расширенный каналъ шейки, e вадній, f передній влагалищный сводъ, adс кюсокъ b, который удаляется вокругъ orificium uteri.

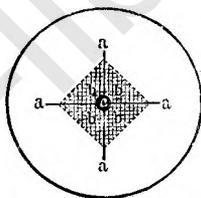


Рис. 93. ac, ac, ac разрывы отъ маточнаго зѣва с внаружи, b четыре трехугольника, которые удаляются, отрѣзаются ножницами, удаляются Раquelin'омъ или прямо сморщиваются.

Терапевтическій планъ долженъ состоять въ слѣдующемъ: 1) въ доставленіи стока отдѣленію; 2) въ очищеніи эндометрія отъ всякой приставшей къ нему слизи; 3) въ достиженіи здоровой слизистой оболочки дѣйствіемъ различными медикаментами, въ удаленіи большой слизистой оболочки при ея гипертрофіи.

Если orificium uteri externum представляется узкимъ у нерожавшей и плотно прилегаетъ къ стѣнкѣ влагалища, то слизь не можетъ вытекать, она густѣетъ и образуетъ плотный студенистый комокъ, причемъ шейка постепенно расширяется, какъ это показано на рис. 92 g. Въ подобныхъ случаяхъ достигается выздоровленіе уже тѣмъ, что даютъ свободный стокъ отдѣленію. Это достигается оперативнымъ вскрытіемъ узкаго orificii externi (рис. 92 и 93).

Въ боковомъ положеніи Sims'a захватываютъ влагалищную часть острыми крючками или Мигель'евскими щипцами. Послѣ этого вводятъ ножъ (рис. 94) и дѣлаютъ отъ маточнаго зѣва 4—5—6 или 8 разрѣзовъ радиарно во всѣ стороны (рис. 93 a c). Послѣ операціи туго наполняютъ шейку іодоформовой марлей, съ цѣлью держать рану открытой.

Часто приходится удивляться, какое количество марли входит въ ампулообразно растянутый каналъ. Этотъ маленькій тампонъ удерживается другимъ, болѣе крупнымъ. По прошествіи 24 часовъ удаляютъ оба тампона и дѣлаютъ промываніе. Послѣ этого прижигаютъ рану Раquelin'омъ, разрушаютъ главнымъ образомъ кончики (рис. 93 bb) и снова выполняютъ шейку іодоформовой марлей. Образующаяся послѣ этой операціи воронка лишь мало указываетъ на предшествовавшую операцію и часто предста-



Рис. 94. Ножъ для разрѣзанія маточнаго зѣва.

Рис. 95. Маточный зондъ.

Рис. 96. Маточный зондъ B. S. Schultze.

вляетъ отношенія нормальнаго маточнаго зѣва. Лишь рѣдко наступаетъ послѣдующее кровотеченіе вслѣдствіе того, что въ разрѣзъ попадаетъ маленькая, атипично проходящая артерія. Но и послѣ прижиганія можетъ наступить послѣдующее кровотеченіе, хотя послѣ разрѣза кровотеченіе было незначительно. Послѣдующее кровотеченіе останавливаютъ тѣмъ, что вводятъ въ воронку маленькій, смоченный растворомъ хлорнаго желѣза там-

понъ, или прижиманіемъ къ portio мѣшечка, содержащаго смѣсь танина съ борной кислотой. При сильныхъ кровотеченіяхъ примѣняютъ то и другое и туго тампонируютъ влагалище. Если послѣ этого больная ложится на спину, то матка опускается на тампонъ и сдавливается при этомъ. Въ крайнемъ случаѣ останавливаютъ кровотеченіе обкалываніемъ.

Столь часто практиковавшіеся въ прежнее время боковые надрѣзы необходимо, для полученія столь же широкаго отверстія, дѣлать гораздо глубже, вслѣдствіе чего мы проникаемъ близко къ рагаметриумъ и къ артеріямъ. Между тѣмъ какъ при моемъ способѣ получается вслѣдствіе рубцеваго сморщиванія скорѣе увеличеніе маточнаго зѣва, при двустороннихъ, въ особенности малыхъ; надрѣзахъ зѣвъ становится снова узкимъ. Если же двусторонніе разрѣзы слишкомъ велики, такъ что проникаютъ до влагалищнаго свода, то постепенно получается патологическая форма маточнаго зѣва.

При гиперсекреціи можетъ наступить расширеніе матки in toto вслѣдствіе задержки отдѣленія, такъ что послѣ расширенія наружнаго маточнаго зѣва можно толстыми зондами проникнуть безпрепятственно за orificium internum. Если удалить слизь изъ шейки, то по истеченію отдѣленія мы можемъ судить объ участіи въ гиперсекреціи внутренней поверхности матки. Даже при маленькихъ маткахъ выдѣляется тотчасъ послѣ операціи ежедневно до 1—2 чайныхъ ложекъ слизи.

Подобная гиперсекреція нормальной маточной слизи наблюдается нерѣдко послѣ выкидышей, послѣ нормальныхъ родовъ и при міомахъ. Въ этихъ случаяхъ поверхность слизистой оболочки представляется слишкомъ большой вслѣдствіе недостаточной инволюціи или растяженія при міомахъ; соответственно этому увеличено и отдѣленіе.

Этой операціи иногда достаточно для достиженія полнаго выздоровленія при эндометритѣ, такъ какъ свободный стокъ отдѣленія возможенъ лишь при широкомъ зѣвѣ и полость матки и шейка могутъ снова получить нормальную форму.

Если желаютъ подвергнуть леченію слизистую оболочку матки, то является вопросъ, какимъ образомъ можно нанести на слизистую оболочку различныя лекарственныя вещества.

Зондированіе.—Сначала необходимо опредѣлить длину и направленіе полости матки. Направленіе можно опредѣлять комбинированнымъ изслѣдованіемъ, длину опредѣляютъ зондированіемъ при помощи маточнаго зонда. Этотъ инструментъ приготовленъ изъ никелированной мягкой мѣди, его можно гнуть, и снабженъ различной величины головками, такъ какъ зондомъ необходимо опредѣлить и величину маточныхъ отверстій. На семь см. подъ головкой имѣется мѣтка, чтобы знать, насколько вошелъ зондъ въ полость матки (рис. 95 и 96).

Каждый зондъ необходимо до употребленія, невзирая на предварительную дезинфекцію, вытирать какимъ-нибудь дезинфицирующимъ веществомъ.

При подозрѣніи на существованіе беременности или за нѣсколько дней до менструаціи, которая можетъ и не наступить, не слѣдуетъ зондировать,

а также если матка болѣзненна при дотрогиваніи. Если существуютъ гнойныя бѣды, то зондированіемъ можно вогнать гнойныя массы въ здоровую, можетъ быть, еще слизистую оболочку полости матки. Значитъ, если безусловно необходимо зондировать, то производить предварительно тщательную дезинфекцію. Это производится не только промываніемъ влагалища, но и вытираніемъ шейки мокрыми ватными шариками. Кромѣ того, весьма рационально вводить шприцъ, но не въ шейку, а на 1 см. ниже portio, и направлять сильную струю жидкости на маточный зѣвъ, удаляя такимъ образомъ слизь и дезинфецируя шейку.

До зондированія необходимо пальцевымъ изслѣдованіемъ опредѣлить положеніе матки, чтобы знать путь и не нанести поврежденія, упирався въ препятствіе.

Если нормально лежащую матку зондируютъ въ боковомъ положеніи, то кончикъ зонда слѣдуетъ направить слегка книзу, такъ какъ дно подвижной матки наклоняется слегка къзади.

При *anteflexio* зондъ вводится вогнутостью кверху, при *retroflexio* болѣе прямо или вогнутостью книзу. Этотъ изгибъ увеличиваютъ или уменьшаютъ, смотря по случаю. Никогда не слѣдуетъ употреблять насилія, лучше отказаться отъ зондированія. Оттягиваніе *portionis* книзу *Muzeux*'евскими щипцами часто облегчаетъ зондированіе, такъ какъ маточный уголъ при этомъ сглаживается.

Часто случалось, что зондомъ прободали всю матку, такъ что головку зонда прощупывали подъ самыми брюшными покровами. Эти случайныя прободенія матки наблюдаются довольно часто и протекаютъ безъ кровотеченій или послѣдующихъ воспалительныхъ явленій. Пуэрперальныя матки прободаются крайне легко. При чахоткѣ матка бываетъ часто весьма мягкой.

Если производить опыты на свѣжихъ, экстирпированныхъ полностью послѣродовыхъ маткахъ, то крайне легко замѣтить, что паренхима матки оказываетъ весьма слабое препятствіе. Въ виду этого пуэрперальныя матки необходимо зондировать крайне осторожно и всегда толстыми зондами. Необходимо избѣгать всякаго насилія при препятствіяхъ. Если замѣчаютъ, что зондъ проникаетъ настолько глубоко, что можно предположить прободеніе матки, то осторожно ощупываютъ и вытаскиваютъ зондъ въ томъ же направленіи, какъ и вводили, избѣгая такимъ образомъ еще большаго разрыва отверстія. Послѣ этого прекращаютъ всякія дальнѣйшія манипуляціи, даже избѣгаютъ промываній и назначаютъ абсолютный покой въ постели. Даже въ случаяхъ, въ которыхъ лишь подозрѣвается прободеніе, слѣдуетъ избѣгать всякихъ прижиганій и промываній. При подобномъ веденіи дѣла прободеніе не даетъ никакихъ послѣдствій.—Въ одномъ случаѣ мнѣ пришлось черезъ нѣсколько дней послѣ прободенія матки сдѣлать оваріотомію.

На маткѣ можно было замѣтить маленькую бурокрасную точку, мѣсто прободенія, причемъ не было кровотеченія, ни внутриматочнаго, ни въ

полость брюшины, ни срощенія съ прилегающими кишками. Если на зондѣ или въ полости матки находились инфекціонныя массы, то онѣ стираются съ гладкой головки зонда при прободеніи и остаются въ слояхъ ближе къ слизистой оболочкѣ или всасываются, въ виду незначительнаго ихъ количества, брюшиной, т. е. обезвреживаются. Но дальнѣйшее манипулированіе представляется крайне опаснымъ, такъ какъ отверстіе можно разорвать еще больше и въ полость живота могутъ попасть различныя лекарственныя вещества. Въ подобныхъ случаяхъ присоединяется смертельное воспаленіе брюшины, что, къ сожалѣнію, наблюдалось довольно часто.

У истеричныхъ, наклонныхъ къ обморокамъ женщинъ зондированіе не слѣдуетъ производить во время приѣма, такъ какъ зондированіе до того утомляетъ нѣкоторыхъ больныхъ, что отправку домой приходится откладывать на нѣсколько часовъ. Болѣе трудныя зондированія слѣдуетъ производить въ постели, такъ какъ принципиально больныхъ слѣдуетъ оставлять послѣ зондированія въ постели въ теченіе нѣсколькихъ часовъ. Весьма рѣдко наступаютъ послѣ зондированія коликообразныя боли. Въ подобныхъ случаяхъ самымъ дѣйствительнымъ средствомъ является подкожное впрыскиваніе морфія. Не слѣдуетъ форсировать и дѣлать изъ осторожнаго діагностическаго зондированія насильственное расширеніе.

Если зондомъ опредѣлены ширина и длина матки, то переходятъ къ производству расширенія.

Расширеніе матки. Разбухающія средства.—Расширеніе достигается разбухающими средствами, насильственнымъ раздвиганіемъ и надрѣзами. О послѣднихъ будетъ сказано ниже при міомахъ.

Разбухающія средства готовятся изъ трехъ веществъ, изъ губки—прессованная губка, изъ морской травы—палочки *laminariae*, изъ *Nyssa aquatica*—палочки Turpele.

Хотя можно приготовить совершенно асептичную прессованную губку, тѣмъ не менѣ въ настоящее время она почти вовсе не употребляется.

Прессованная губка дѣйствуетъ не только механически, но и раздражающимъ образомъ. Въ окружающихъ частяхъ она вызываетъ приливы и размягченіе тканей. При разбуханіи она прямо вращается въ слизистую оболочку, такъ что при выниманіи на ней остается часть послѣдней. Прессованная губка весьма дорога и не примѣнима при весьма узкомъ каналѣ. Губка не въ состояніи расширить стенозъ; выше и ниже стеноза губка разбухаетъ, узкое же мѣсто остается безъ измѣненій. Окружающія ткани представляются послѣ примѣненія прессованной губки пропитанными влагой и разрыхленными, такъ что механическое расширеніе сопряжено теперь съ меньшими затрудненіями.

Медленнѣе разбухаетъ палочка *laminariae*; наибольшей толщины она достигаетъ лишь по прошествіи 36 часовъ; достаточно разбуханія въ теченіе 24 час. Палочки должны быть толщиною отъ 3 до 10 мм., такъ что всегда можно примѣнить палочку, отвѣчающую зонду. Начинаютъ съ тонкой палочки: если вложить болѣе толстую, только что входящую

палочку, то появляются при разбуханіи боли, которыхъ безусловно можно избѣжать при примѣненіи болѣе тонкихъ палочекъ. Длинною палочка должна быть въ 7 см., такъ какъ при разбуханіи она удлиняется и вслѣдствіе этого, при значительной длинѣ, можетъ повреждать слизистую оболочку.

Больной придаютъ боковое положеніе по *Sims*'у, вводятъ зеркало и вставляютъ *portio*. Послѣ этого очищаютъ еще разъ *portio* и каналъ шейки. Матку оттягиваютъ книзу, чѣмъ уголь перегиба сглаживается или во всякомъ случаѣ становится болѣе тупымъ. Послѣ этого производятъ еще разъ зондированіе, съ цѣлью выясненія направленія и оставляютъ на нѣкоторое время лежать зондъ, слегка выпрямляющій матку. Теперь захватываютъ палочку корнцангомъ, опускаютъ ее въ *Acidum carbolicum fluidum*, промываютъ въ растворѣ лизола и вводятъ осторожно въ матку. Палочка часто выпадаетъ. Въ виду этого ее удерживаютъ нѣкоторое время или вкладываютъ тампонъ.

Конецъ палочки долженъ при узкомъ зѣвѣ выходить изъ *orificium uteri externum*: такимъ образомъ избѣгаютъ разбуханія палочки внутри матки и достигаютъ при этомъ расширенія наружнаго зѣва. Удаленіе толстой, мягкой палочки изъ узкаго и твердаго маточнаго зѣва можетъ быть сопряжено съ громадными затрудненіями.

Если палочка удерживается, то ее подкрѣпляютъ еще сырмы тампономъ изъ іодоформовой марли. Послѣ этого выжидаютъ 24 часа и удаляютъ палочку за нитку; за это время палочка зачастую успѣваетъ быть вытолкнута маткою при потугообразныхъ боляхъ. Нерѣдко палочкой не расширяется внутренній зѣвъ: въ маткѣ и каналѣ шейки палочка утолщается, а на этомъ мѣстѣ она остается тонкой. Лишь при большомъ насиліи, часто при сильномъ крикѣ больной, удается удалить палочку; глубокій желобъ по серединѣ палочки служитъ отпечаткомъ внутренняго зѣва матки. Въ подобномъ случаѣ матку необходимо очистить и вставить болѣе толстую палочку. Если палочка удалена, то дѣлаютъ сначала промываніе матки при помощи моего катетера (см. рис. 86). Довольно часто вытекаетъ немного крови, обыкновенно же большое количество слизи, которою окружена и палочка.

Палочки *Tupelo* разбухаютъ немного быстрее, но не имѣютъ никакихъ преимуществъ передъ палочками *laminariae*.

Инструментальное расширеніе. Маточные расширители ¹⁾.— Вслѣдствіе частой инфекціи разбухающими палочками стали, подъ вліяніемъ ученія объ антисептикѣ, испытывать механическое расширеніе.

Не слѣдуетъ забывать, что во многихъ случаяхъ болѣзнь, напримѣръ кровотеченіе, является поводомъ къ внутриматочному вишнательству и въ

¹⁾ *Fehling*, A. f. G. XVIII.—*Fritsch*, C. f. G. 1878, 1879, 25; 1881.—*Peaslee*, New-York med. Journal 1870, стр 465.—*Schatz*, A. f. G. XVIII.—*Schröder*, C. f. G. 1879, 26.—B. S. *Schultze*, C. f. G. 1870. 7; 1879, 3; 1889, 321. Wiener med. Blätter 1879. 42—45. 1882. 41 A. f. G. XX.

то же время размягчает матку, подготавливая такимъ образомъ ткани для введенія расширителя. Въ этихъ случаяхъ расширитель является собственно средствомъ для опредѣленія, измѣренія степени расширяемости, а не для фактическаго расширенія. Для измѣренія ширины маточнаго зѣва *B. S. Schultze* устроилъ маточные зонды съ головками различной величины. Этими зондами, сдавливая слизистую оболочку, дѣлаютъ каналъ проходимымъ. |

Имѣется цѣлый рядъ расширителей,¹¹ которые устроены такимъ образомъ, что при надавливаніи раскрываются двѣ или три находящіяся въ маткѣ лопасти инструмента. Изъ числа многочисленныхъ подобныхъ инструментовъ я изобразилъ на рис. 97 лучший изъ нихъ, изобрѣтенный *B. S. Schultze*.

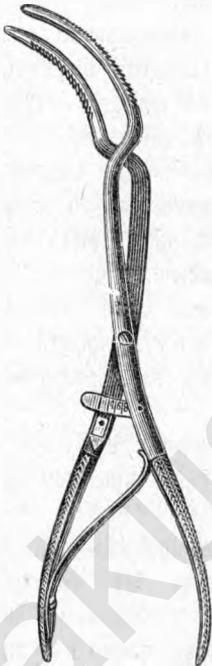


Рис. 97. Расширитель *Schultze*.

Болѣе въ ходу расширители *Küstner'a*.

Эти расширители оказались болѣе всего пригодными (рис. 98), имѣется 12 №№ отъ 2 до 12 mm. въ діаметрѣ.

Portionem захватываютъ крѣпкими *Muzeux'*евскими щипцами и вводятъ сначала самый тонкій расширитель. Послѣ введенія каждаго номера выжидаютъ нѣкоторое время и переходятъ къ болѣе толстымъ, пока не будетъ достигнуто необходимое расширеніе. При этомъ выпрямляютъ матку, вслѣдствіе чего проходятъ болѣе легко высшіе номера.

Теперь остается выяснитъ вопросъ: когда слѣдуетъ примѣнять расширеніе при помощи *laminaria*, когда инструментами?

Расширеніе при помощи *laminaria* въ настоящее время произ-



Рис. 98. Расширитель *Küstner'a*.

водится асептично и совершенно безопасно. Кромѣ того, если начать съ тонкихъ палочекъ, то оно совершенно безболѣзненно, что имѣетъ громадное значеніе для нервныхъ дамъ. Возраженіе, что этотъ способъ весьма мѣлкотный, не имѣетъ никакого значенія. Здѣсь дѣло не во времени. Если врачъ, не вызывая болей, въ состояніи достигнуть въ 24 часа того же самаго безъ всякой опасности, что въ нѣсколько минутъ съ большими болями и опасностью, то онъ предпочтетъ первый способъ. При быстромъ расширеніи возможны даже весьма сильные разрывы, были наблюдаемы даже

гематомы рядомъ съ маткой. Боли бываютъ до того сильны, что приходится прибѣгать къ наркозу. Если же необходимо хлороформировать, то многія больныя прямо отказываются отъ подобнаго леченія. При расширеніи ламинаріями не хлороформируютъ принципиально, такъ какъ боли при выниманіи и при внутриматочныхъ манипуляціяхъ служатъ отличнымъ мѣраломъ того, что можно предпринять безъ особой опасности.

Нѣкоторые авторы считаютъ расширеніе совершенно излишнимъ, но это безусловно неправильно. Послѣ расширенія можно гораздо свободнѣе манипулировать кюреткой въ полости матки, можно проникнуть во все мѣста, можно вводить болѣе объемистые, т. е. менѣе опасные инструменты, при употребленіи которыхъ не происходитъ прободенія матки. При маленькихъ инструментахъ могутъ полипы не попадаться въ кюретку; болъшой кюреткой гораздо легче и лучше захватить содержимое матки.

Послѣ расширенія выскабливаніе мевѣ болѣзненно, чѣмъ безъ расширенія. Для удаленія выскобленнаго необходимо неоднократно вводить инструментъ въ маточный зѣвъ. Если каждый разъ вводить кюретку насильно черезъ узкое мѣсто, и если при удаленіи выскобленнаго оттягивать каждый разъ матку книзу, то при каждомъ прохожденіи черезъ узкое мѣсто появляются боли и наносятся совершенно излишнія поврежденія muscularis. Все это избѣгается въ томъ случаѣ, если маточный зѣвъ расширенъ настолько, что кюретку можно вводить и выводить совершенно свободно.

Если къ полости матки примѣняютъ лекарственные вещества, образующія сгустки съ кровью и слизью, то при узкомъ зѣвѣ наступаютъ маточныя колики, вслѣдствіе того, что сгустки не могутъ пройти черезъ зѣвъ. Этого никогда не наблюдается при достаточномъ расширеніи маточнаго зѣва.

Практическій врачъ поступитъ безусловно разумнѣе и лучше, если предпошлетъ внутриматочнымъ манипуляціямъ расширеніе при помощи палочекъ *laminariae*.

Если зондированіемъ зондомъ или расширителемъ опредѣляется достаточная ширина, то расширеніе оказывается лишнимъ. Это наблюдается часто при остаткахъ выкидышей. Ощупываніе матки пальцемъ передъ каждымъ выскабливаніемъ я считаю принципиально совершенно излишнимъ. Преимущество кюретки и состоитъ именно въ томъ, что ею можно ощупать всю матку и діагностировать все неровности, выступы, неправильности полости.

При безуспѣшности выскабливанія, при увеличеніи матки или при предположеніи о наличности плотныхъ полиповъ необходимо ощупываніе. Въ подобныхъ случаяхъ необходимо наркотизировать, помогать металлическими расширителями и вводить палецъ. Если это не удастся, то пользу приносятъ множественные надрѣзы на мѣстахъ ощущенія сопротивленія, значить, не въ каналѣ шейки. Если уже прибѣгнули къ наркозу, то безусловно необходимо точно выяснитъ діагнозъ путемъ ощупыванія матки или комбинированнаго изслѣдованія со стороны полости матки и живота.

У весьма чувствительныхъ женщинъ, напр. у дѣвушекъ, у которыхъ болѣзненно даже изслѣдованіе пальцемъ, весьма желательно окончить всю процедуру—постановка діагноза и леченіе—подъ однимъ наркозомъ. Въ подобномъ случаѣ умѣстны расширители. Ихъ вводятъ медленно одинъ за другимъ, выскабливаютъ, прижигаютъ и т. д., имѣя такимъ образомъ возможность ограничиться при послѣдующемъ леченіи промываніями влагалища. Эта „операція подъ наркозомъ“ далеко не такъ утомительна для больныхъ, какъ манипулированіе въ теченіе 6—7 дней въ узкихъ половыхъ частяхъ.

Воздѣйствіе на слизистую оболочку матки ¹⁾. — Большую слизистую оболочку матки можно промыть, можно прижечь жидкими лекарственными веществами, нанести ожоги горячимъ водянымъ паромъ, можно дѣйствовать тампонаціей матки, оболочку можно выскоблить и, наконецъ, разрушить электричествомъ — электролитическимъ, электрокаустическимъ путемъ.

Выскабливаніе имѣетъ одновременно и діагностическое значеніе; частичку слизистой оболочки или содержимаго матки можно удалить для микроскопическаго изслѣдованія. Къ діагностическому удаленію частички присоединяется обыкновенно и терапевтическое выскабливаніе всего содержимаго.

Выскабливаніе, маточныя палочки, ложки, кюретки. — Матку сначала очищаютъ: лучше всего промываніями при помощи моего катетера (см. рис. 85 и 86) и вытираніями.

Продолжительное антисептическое промываніе полости слѣдуетъ предпослать въ особенности при болѣе сильномъ гнойномъ отдѣленіи. Безъ этого медикаменты не попадаютъ на слизистую оболочку и образуютъ сгустки съ гноемъ. Для промыванія достаточно $\frac{1}{2}$ литра жидкости. Употребляютъ растворы борной кислоты, лизола, салициловой и карболовой кислоты въ указанной выше концентраціи.

Для вытиранія я рекомендую мои маточныя палочки (рис. 99); это самый удобный и простой инструментъ. Онъ состоитъ изъ полой, крученой рукоятки изъ новаго серебра, къ верхнему концу которой придѣланъ шероховатый, мягкій мѣдный наконечникъ, толщиной въ 3 мм. и длиною въ 10 см. Маточный наконечникъ гибкій, но при этомъ такой твердости, что можетъ быть изогнутъ по полости матки.

Подобныхъ палочекъ необходимо имѣть, по крайней мѣрѣ, дюжину. На шероховатый конецъ наматываютъ вату, количество которой зависитъ отъ величины полости матки (рис. 99 б.). Вата смачивается дезинфицирующимъ растворомъ, послѣ чего матка вытирается, очищается отъ слизи и промывается. Въ полость матки приходится входить не менѣе 5—6 разъ.

¹⁾ *Schultze*, A. f. G. XX, стр. 275; *Uterus-Dilatation*. Wiener med. Blätter, 1879.—*Fritsch*, C. f. G. 1871, стр. 221; 1877, стр. 613; Wiener med. Blätter 1883. № 14—18.—*Schwarz*, A. f. G. XX, 245.—*A. Martin*, Z. f. G. VII, стр. 1.—*Freund*, Berl. kl. W. 1890, 50.—*Werth*, A. f. G. XLIX. H. 3.—*Löhlein*, C. f. G. 1895, стр. 353.—*Mackenrodt*, Samml. klin. Vorträge, N. F. № 45.

Эти палочки можно употреблять и для прижиганій; для этой цѣли берутъ небольшое количество ваты (рис. 99а), которую смачиваютъ растворомъ хлористаго цинка 1 : 10 до 5 : 10, іодовой настойкой, азотной



Рис. 99а. Рис. 99б Рис. 99с.

Маточныя палочки; а для прижиганій, ваты только такое количество, какое необходимо для нѣсколькихъ капель жидкости; б для очищенія маточной полости или для введенія жидкихъ лекарственныхъ веществъ, напр. іодовой настойки; с для очищенія *portionis*, снабжена большимъ комкомъ ваты, для удаленія крови, отдѣленія, струпева, лишняго количества прижигающей жидкости и пр.

Рис. 100. Рис. 101.

Острыя ложки *Simon'a*. Онѣ приготавливаются съ поперечнымъ діаметромъ отъ 3 до 15 мм.

кислотой, жидкой карболовой и т. д., и вводятъ въ полость матки. Если взять побольше ваты (рис. 99с), то палочка оказывается пригодной и для вытиранія *portionis* и обмыванія влагалища.

Палочку (рис. 99b) обматывают стерильной ватой, вводят въ матку, вата всасываетъ жидкость и освобождаетъ отъ нея слизистую оболочку; послѣ этого вата быстро вынимается и вводится такъ же быстро вторая палочка съ ватой, пропитанной извѣстнымъ медикаментомъ, напр. іодовой настѣйкой. Вслѣдствіе раздраженія матка слегка сокращается, выжимаетъ лекарственное вещество изъ ваты, которое оказываетъ такимъ образомъ свое дѣйствіе. Палочку оставляютъ въ маткѣ въ теченіе 1—2 ми-



Рис. 102. Острая кюретка.—Палочка приготовлена изъ новаго серебра или мѣди, вслѣдствіе чего инструментъ можно гнуть.



Рис. 103. Тупая кюретка для удаленія свободно лежащихъ въ маткѣ массъ.



Рис. 104. Инструментъ для набиванія матки, а—верхняя поверхность.

нутъ, послѣ чего она удаляется. Такъ какъ въ теченіе этого времени матка успѣваетъ сократиться, то палочку приходится иногда удалять съ извѣстнымъ насиліемъ. Послѣ употребленія вату снимаютъ или обжигаютъ на спиртовомъ или газовомъ пламени.

Если необходимо сдѣлать выскабливаніе, то больную кладутъ на спину

или бокъ. Первое положеніе удобнѣе при наркозѣ, второе — безъ наркоза. Полость сначала промываютъ, послѣ чего уже вводятъ инструментъ въ матку. *Simon* употреблялъ острые ложки. Эти (рис. 101 и 102) имѣются 6—8 различныхъ величинъ. Самая большая изъ нихъ служитъ для удаленія большихъ мягкихъ опухолей, самой маленькой ложкой можно проникнуть въ шейку и въ полость матки; недостаткомъ этихъ ложекъ является твердость стержня. Болѣе подходящими и болѣе употребительными являются маточныя кюретки съ гибкимъ стержнемъ (рис. 102). Для удобства вывариванія и обезпложиванія онѣ готовятся изъ цѣльнаго куска металла. На верхнемъ концѣ мягкой палочки изъ мѣди или новаго серебра имѣется овальная, не особенно острая стальная петля, которою соскабливаютъ внутреннюю поверхность матки. Я употребляю кюретки, которыя діаметромъ вполне отвѣчаютъ употребляемымъ расширителямъ и зондамъ. Кюретка должна проходить черезъ внутренній маточный зѣвъ безъ всякаго насилія.

Выскабливаніе производятъ по извѣстному плану, а не то что скоблятъ то справа, то слѣва; начинаютъ напр. съ одного трубнаго угла, послѣ чего, идя дальше, проводятъ инструментъ сверху внизъ, совершенно параллельно, пока не обойдутъ всю внутреннюю поверхность матки. Для достиженія передней поверхности нормально лежащей матки изгибаютъ кюретку подъ угломъ. При сильномъ оттягиваніи влагалищной части перегибъ матки сглаживается и полость послѣдней дѣлается доступной. Время отъ времени вынимаютъ кюретку, удаляя такимъ образомъ соскобленное. Эти массы помѣщаютъ въ приготовленный для этой цѣли сосудъ, и подвергаютъ ихъ впослѣдствіи микроскопическому изслѣдованію. Если полагаютъ, что достаточно выскоблено, то проводятъ кюреткой еще разъ по всей маткѣ, убѣждаясь при этомъ, что всюду касаются кюреткой твердой мышцы матки, и не натываются на мягкую слизистую оболочку. Маленькой кюреткой выскабливаютъ еще трубные углы и удаляютъ соскобленные массы этимъ инструментомъ, маточной палочкой и промываніями. Передъ каждымъ введеніемъ погружаютъ палочку въ дезинфицирующую жидкость, чтобы дезинфицировать нанесенныя нами „раны“.

Это удаленіе соскобленныхъ массъ достигается и повторнымъ введеніемъ, и выведеніемъ полосокъ іодоформовой марли. Эти массы застрѣваютъ въ петляхъ марли и выводятся вмѣстѣ съ послѣдней.

Я упомяну здѣсь еще о слѣдующемъ:

Если на извѣстномъ ограниченномъ мѣстѣ стѣнки матки мы проникаемъ кюреткой глубоко въ мягкую ткань, которая легко разрушается, или если вся стѣнка матки бугриста и неровна, то мы имѣемъ всегда дѣло съ злокачественной опухолью. Подобную опухоль необходимо діагностировать микроскопическимъ изслѣдованіемъ выскобленного. Ракъ и саркома даютъ большія, твердыя, бѣлыя, непрозрачныя крошки, между тѣмъ какъ слизистая оболочка соскабливается красноватыми, стекловидными, легко разрываемыми, рыхлыми полосками, болтающимися въ водѣ. Если

не удастся ничего соскоблить, но кюреткой мы натываемся на неравномерную, крупнобугристую внутреннюю поверхность матки, то мы точно также вправе подозревать существование злокачественной опухоли.

При обилии соскобленных масс рекомендуется промывание полости матки. Промывания не производят, если имеется хотя бы малейшее подозрение на прободение матки. В виду опасности проходимости труб необходимо всегда употреблять очень тонкие катетеры (рис. 85) или маточные катетеры à double courant. Катетеры слѣдует повторно вводить и вынимать, съ цѣлью очистки отверстій и достижения постоянной проходимости.

Отличнымъ способомъ заканчиванія выскабливанія представляется, примененная впервые мною, тампонація матки іодоформовой марлей.

Берутъ полоски іодоформовой марли, длиною въ 1 метръ, шириною приблизительно въ 2 — 3 см., и вводятъ ихъ послѣ выскабливанія въ полость матки до дна послѣдней. Послѣ этого, не причиняя никакой боли, вытаскиваютъ эти полоски, основательно очищая такимъ образомъ матку. Повторивъ это 2—3 раза, посыпаютъ одну полоску еще іодоформомъ и снова набиваютъ матку. Я употребилъ слово „набиваютъ“, желая этимъ сказать, что матку слѣдуетъ туго наполнить марлей. Эти полоски оставляютъ въ маткѣ въ теченіе 24—48 часовъ. Конецъ полоски торчитъ изъ vulva, такъ что при боляхъ, которыя, однако, наступаютъ крайне рѣдко, полоска можетъ быть удалена окружающими. При этомъ наступаетъ обыкновенно незначительное кровотеченіе.

Эта процедура производится гладкой, лишь на концѣ шероховатой маточной палочкой (рис. 104); эти палочки также имѣются различной формы. Палочки, оканчивающіяся острымъ концомъ, я считаю непригодными, такъ какъ ими крайне легко нанести поврежденія.

Преимущества тампонаціи матки состоятъ въ томъ, что кровотеченіе немедленно и вѣрно останавливается, что матка остается расширенной и не перегибается. Не образуются пазухи, въ которыхъ застаивается отдѣленіе, напротивъ, іодоформовая марля приходитъ въ соприкосновеніе съ всей внутренней поверхностью матки, всасываетъ отдѣленіе, дезинфицируетъ его и держитъ его въ такомъ состояніи; всякое кровотеченіе быстро останавливается, въ особенности при одновременной тампонаціи влагалища. При лихорадкѣ и вообще при неасептическихъ случаяхъ тампонація представляетъ ту выгоду, что матка остается расширенной, что полость матки представляется растянутой. Если, не примѣнивъ этого способа, приходится во время послѣдующаго леченія сдѣлать промываніе матки, то оно затруднительно въ особенности при перегибахъ матки вслѣдствіе невозможности быстро проникнуть черезъ шейку. В виду этого отдѣленіе или дезинфицирующая жидкость стекаютъ съ большимъ трудомъ. Если же матку расширили іодоформовой марлей, то легко ввести большіе катетеры, сильная струя воды очищаетъ полость безъ труда, безъ опас-

ности и безъ боли, даже большія частички, отдѣлившіяся болѣе поздно, или удаляются приставшими къ марли, или вымываются.

Эти полоски марли можно смачивать іодовой настойкой, скипидаромъ, хлорнымъ желѣзомъ, растворами протаргола, ихтіола, ляписа, іодоформно-глицериновой эмульсіей и т. д., или другими медикаментами. Полосы марли можно присыпать до введенія различными порошками, напр. каломелемъ, квасцами, аргониномъ, айроломъ, протарголомъ и т. д. Можно также смазывать ихъ мазями, напр. мазью съ ляписомъ. Это имѣетъ то преимущество, что медикаментами дѣйствуютъ на слизистую оболочку матки въ теченіе нѣсколькихъ часовъ.

Если на другой день окружность матки и сама матка не чувствительны къ давленію, то отлично переносится даже самое сильное прижигающее, напр. карболовая кислота. Оно дѣйствуетъ гораздо лучше, чѣмъ тотчасъ послѣ выскабливанія, именно влѣдствіе того, что полость безкровна и прижигающее не разбавляется кровью или не образуетъ бѣлковыя соединенія. Лечение распредѣляютъ на 3 дня, причѣмъ больная остается въ постели: первый день расширение, второй день выскабливаніе кюреткой, третій день прижиганіе. Производитъ все это амбулаторно крайне легкомысленно и часто строго наказывается.

Въ видѣ послѣдующаго леченія вводятъ въ матку лекарственныя палочки съ ихтіоломъ, борной кислотой и танниномъ, іодоформомъ, квасцами, итроломъ, айроломъ, алюмоломъ или другими средствами. Онѣ расходятся при температурѣ тѣла и въ состояніи такимъ образомъ оказать свое дѣйствіе. Если желаютъ, что имѣетъ громадное значеніе, привести лекарственныя вещества въ соприкосновеніе со слизистой оболочкой матки въ теченіе болѣе продолжительнаго времени, то лучшимъ оказывается безусловно леченіе расплывающимися палочками.

Палочки должны быть настолько твердыя, чтобы легко было ихъ вводить въ матку, но и настолько мягкими, чтобы могли изгибаться по углу. Онѣ должны имѣть коническую форму съ закругленнымъ концомъ.

Спереди portio, для уменьшенія матки, кладутъ въ теченіе 5—6 дней глицериновый тампонъ: *Glycerini 200, Acidi borici, Aluminis ana 10*. Одновременно назначаютъ въ теченіе недѣли по 2 столовыхъ ложки въ день *Tinct. haemostypticae* или 2 раза въ день по 0,1 эрготина.

И при чистой гиперсекреціи, при которой леченіе сводится болѣе къ измѣненію слизистой оболочки, чѣмъ къ разрушенію, тампонація матки является отличнымъ средствомъ. Повторнымъ вкладываніемъ и вытаскиваніемъ полосокъ марли мы очищаемъ полость матки отъ слизи и сдавливаемъ слизистую оболочку. Послѣ этого вводятъ въ полость полоску марли, смоченную растворомъ *Tinct. Jodi*, или лекарственную палочку. Средство отлично дѣйствуетъ на очищенную отъ слизи слизистую оболочку.

Можно впрыскивать и іодовую настойку или при помощи шприца, или такимъ образомъ, что въ находящійся *in situ* маточный катетеръ

впрыскиваютъ цѣлый шприць этой настойки. Тотчасъ послѣ впрыскиванія можно промыть водою, устраняя такимъ образомъ попаданіе вытекающей іодовой настойки на влагалище.

Если это леченіе совершенно недѣйствительно при меноррагіяхъ, то это служитъ лучшимъ доказательствомъ, что причину кровоточенія слѣдуетъ искать не въ маткѣ, а въ яичникахъ.

Это леченіе не слѣдуетъ предпринимать незадолго до менструаціи, такъ какъ иначе можетъ наступить весьма сильное кровоточеніе, противъ котораго мы почти безсильны.

*Впрыскиваніе при помощи шприца Braun'a*¹⁾. — Самымъ старымъ способомъ леченія маточныхъ кровоточеній является впрыскиваніе раствора хлорнаго желѣза при помощи шприца *Braun'a* (рис. 105).

У гинеколога имѣется всегда 3—4 маточныхъ шприца различной величины, для впрыскиванія различныхъ количествъ жидкости, соотвѣтственное величинѣ полости матки.

Это безусловно хорошій способъ остановки кровоточенія. Этотъ способъ гораздо лучше, чѣмъ вытираніе, и совершенно безопасенъ при соблюденіи извѣстной осторожности.

Необходимо дѣйствовать слѣдующимъ образомъ: больная лежитъ въ постели; амбулаторно я еще не рѣшался ни разу впрыснуть *Liquor ferrig.* Влагалище промываютъ дезинфицирующимъ растворомъ. Въ боковомъ положеніи вводятъ *Sims'*овское зеркало. Послѣ этого опредѣляютъ зондомъ направленіе и ширину маточной полости, вводятъ шприць, наполненный растворомъ хлорнаго желѣза, пока онъ не упрется въ дно матки. При перегибахъ можно конецъ шприца изогнуть на спиртовомъ пламени любымъ образомъ, но гораздо выгоднѣе вводить шприць прямо, удерживая такимъ образомъ маточную полость выпрямленной, что значительно облегчаетъ вытеканіе жидкости. Послѣ этого вытаскиваютъ немного шприць, выпускаютъ приблизительно 2 капли и выжидаютъ нѣкоторое время. Больную спрашиваютъ, не чувствуетъ-ли она гдѣ нибудь боль. Если боль, что бываетъ крайне рѣдко, очень сильна, то производятъ ощупываніе снаружи, по обѣ стороны дна матки. Если удается констатировать гдѣ-нибудь повышенную чувствительность, или если боли не прекращаются тотчасъ же, то болѣе не впрыскиваютъ ни одной капли, оставляютъ шприць лежать



Рис. 105. Шприць *Braun'a* для впрыскиванія жидкостей въ полость матки.

¹⁾ *Braun v. Fernwald, Uterusspritze. M. G. f. XXVI. Wiener med. Woch., 1878.*

и вынимают его по прошествии 1—2 минут. Если не имеется болей или онъ быстро прекращаются, то шприцъ вытягиваютъ на $\frac{1}{2}$ стм. и снова впрыскиваютъ нѣсколько капель. Такимъ образомъ продолжаютъ, пока не будетъ опорожненъ весь шприцъ надъ внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ. Послѣ этого проталкиваютъ шприцъ снова до дна матки, оставляютъ его еще на нѣкоторое время и наблюдаютъ въ зеркалѣ за маточнымъ зѣвомъ. Если рядомъ съ шприцомъ или тотчасъ послѣ его удаленія вытекаютъ капли хлорнаго желѣза или черные сгустки изъ матки, то не имѣется дальнейшей опасности. Если же въ маткѣ остается все количество жидкости, что наблюдается въ особенности при кровотеченияхъ послѣ аборта и расширенной полости или при сильныхъ перегибахъ, то шприцомъ производятъ еще разъ зондированіе и нажимаютъ на матку слегка снаружи, чтобы опредѣлить, что проходимъ внутренний зѣвъ.

Весьма рѣдко появляются тотчасъ послѣ впрыскиванія или по прошествіи нѣкотораго времени, потугообразныя боли: маточныя колики. Эти боли не имѣютъ никакого значенія въ томъ случаѣ, если при комбинированномъ изслѣдованіи оказываются безболѣзненными наружныя стороны матки и параметрія. Подкожное впрыскиваніе морфія быстро устраняетъ боли, зондированіемъ и промываніемъ влагалища освобождаютъ путь для выходящихъ сгустковъ. Въ общемъ можно сказать, что цѣль выпрыскиванія: уменьшеніе матки, наступаетъ скорѣе въ томъ случаѣ, когда имѣются сокращенія матки, т. е. боли. При перитонеальной чувствительности къ давленію и лихорадкѣ назначаютъ опій и пузырь со льдомъ.

Выпрыскиванія чистаго раствора хлорнаго желѣза совершенно безопасны; при меноррагіи во время менструаціи ихъ можно произвести, безъ всякой опасности, 3—4 раза подъ-рядъ. Но въ день выпрыскиванія больная должна оставаться въ постели. Послѣдующее леченіе состоитъ въ промываніяхъ влагалища, для удаленія отдѣленія. Если этого не дѣлать, то восходящее разложеніе можетъ вести къ метриту. Иногда выходятъ изъ матки еще днями пленки. Даже вся слизистая оболочка матки можетъ быть отдѣлена въ видѣ пальца отъ перчатки.

Въ болѣе старой литературѣ отмѣчено нѣсколько случаевъ, въ которыхъ развилось послѣ употребленія шприца *Braun's* весьма тяжелое, даже смертельное воспаленіе брюшины. Мнѣ не извѣстно, была-ли въ данномъ случаѣ причиной Sepsis или прободеніе матки, такъ какъ лично не приходилось наблюдать ни одного случая. Черезъ трубу не можетъ попасть жидкость, вызывающая сокращенія. Если отверстіе шприца приходится случайно противъ отверстія расширенной трубы, то при употребленіи грубаго насилія можно еще впрыснуть *Liqor ferri*. Но кому приходилось наблюдать съ положительностью расширенныя отверстія трубъ въ полости матки? Я этого не видалъ ни разу, хотя всегда обращалъ на это вниманіе при изслѣдованіи экстирпированныхъ матокъ.

Нѣкоторые гинекологи болѣе не употребляютъ шприца *Braun's*; я примѣняю этотъ шприцъ главнымъ образомъ при сильныхъ меноррагіяхъ

въ климактерическомъ періодѣ, когда миѣ съ положительностью извѣстно, что не имѣется органическаго пораженія. Въ подобныхъ случаяхъ вырскиваніе повторяють 2—3 дня, такъ какъ однократное впрыскиваніе не приноситъ никакой пользы.

Впервые мною ¹⁾, въ послѣдствіи и другими авторами были наблюдаемы случаи, въ которыхъ послѣ энергичнаго выскабливанія происходило частичное или полное зарощеніе полости матки. Въ большинствѣ случаевъ мы имѣли дѣло съ послѣродовыми матками. Во всякомъ случаѣ былъ удаленъ самый верхній слой мягкой, жирно-перерожденной мускулатуры матки. Это наблюдается и при весьма энергично дѣйствующихъ прижигающихъ веществахъ, напр. при пастахъ съ хлористымъ цинкомъ. Въ виду этого необходимо быть крайне осторожнымъ съ выскабливаніями въ послѣродовомъ періодѣ.

Въ общемъ слизистая оболочка матки обладаетъ громадной способностью регенераціи. Какъ въ послѣродовомъ періодѣ, такъ и здѣсь, послѣ интенсивнаго разрушенія, напр. при прижиганіи матки чистой карболовой кислотой, слизистая оболочка вырастаетъ снова. Последняя имѣетъ всѣ функціи и анатомическія особенности нормальной слизистой оболочки, что доказывается тѣмъ, что именно послѣ прижиганій и выскабливаній легко наступаетъ беременность.

Электролитическое леченіе.—Способъ *Apostoli* былъ встрѣченъ съ громаднымъ восторгомъ. Въ настоящее время, въ виду дороговизны аппаратовъ, этотъ способъ примѣняется лишь немногими гинекологами. Заслуга *Apostoli* состоитъ въ томъ, что дозированіемъ силы тока онъ далъ научную подкладку электрическимъ способамъ леченія.

Это леченіе состоитъ въ своеобразномъ способѣ прижиганія слизистой оболочки матки.

Нельзя отвергать, что сила тока до 250 М.-А. должна оказать дѣйствіе. Электролизъ въ слизистой оболочкѣ дѣйствуетъ такимъ же образомъ, какъ и эвергичное прижигающее средство. При этомъ существуетъ преимущество совершенно равномернаго дѣйствія, вѣрной асептики, которая можетъ быть усиливается тѣмъ, что токъ обладаетъ способностью убивать кокковъ.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что весьма упорныя кровотеченія останавливаются часто вѣрно и безопасно примѣненіемъ способа *Apostoli*. Но вѣрно и то, что въ другихъ случаяхъ этотъ способъ не только не приноситъ никакой пользы, но даже ухудшаетъ состояніе.

Замѣчательно то, что токъ не вызываетъ обыкновенно сокращеній матки.

На прилагаемомъ рисункѣ (рис. 106) я сопоставилъ аппараты, необходимыя для этого способа леченія. Вверху переносная батарея. Поднимающая рукоятку, приподнимають сосуды батареи, такъ что цилиндрическіе угли опускаются въ жидкость. Задвижка спереди допускаетъ включеніе постепенно все большаго и большаго числа элементовъ. На концѣ имѣются проводники

¹⁾ С. f. G. 1894, стр. 1337.—*Küstner*, ibid. 1895, стр. 809.—*Pfannenstiel*, ibid. 1896, стр. 1037.

къ электродамъ. Внутри матки примѣняютъ обыкновенно положительный полюсъ. Онъ идетъ къ маточному зонду, который покрытъ каучуковой трубкой (часть, находящаяся во влагалищѣ). На рукояткѣ имѣется еще винтъ, на случай, когда желаютъ употреблять биполярный зондъ или комбинацію постоянного и прерывистаго тока.

Проводникъ отъ отрицательнаго полюса идетъ сначала черезъ гальванометръ, на которомъ можно отсчитать силу тока. Гальванометръ соединенъ

съ реостатомъ. Отъ реостата токъ идетъ въ металлическую пластинку, которую при употребленіи покрываютъ мягкой глиной. Реостатъ необходимъ въ виду того, что постепеннымъ выключеніемъ препятствій можно увеличить силу тока совершенно постепенно. Это постепенное усиленіе тока, возможность дойти постепенно, осторожно до силы 250 М.-А, имѣетъ то преимущество, что не наступаетъ сильныхъ болей. Если же усиливать толчками, тѣмъ, что включаютъ сразу большее число элементовъ или прерываютъ токъ, то это внезапное прерываніе и усиленіе весьма неприятно для больныхъ. Внизу рисунка изображенъ еще электродъ изъ угля, который оказалъ особенно хорошія услуги при кровотеченіяхъ.

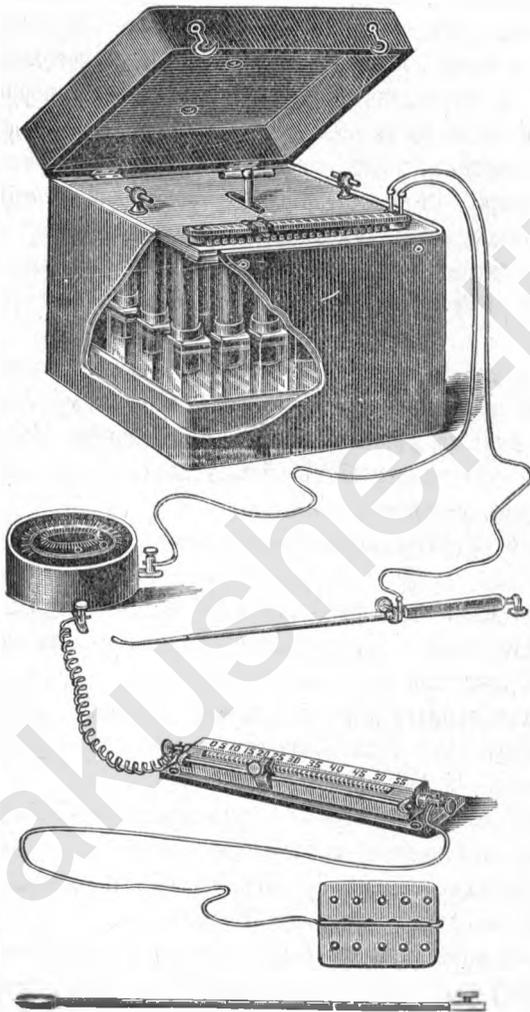


Рис. 106. Аппаратъ *Apostoli* для электролиза.

Дѣйствуютъ слѣдующимъ образомъ: зондъ вводятъ въ матку такимъ образомъ, что каучуковая трубка на зондѣ предохраняетъ влагалище и остается свободной лишь маточная часть. Послѣ этого кладутъ покрытую глиной или влажной ватой металлическую пластинку на животъ такимъ образомъ, чтобы глина или вата всюду плотно прилегала. Если на кожѣ

ишются маленькія раны, то эти мѣста стараются по возможности обойти. Послѣ этого замыкаютъ токъ, включивъ предварительно реостатомъ большую часть препятствій. Обращая строгое вниманіе на гальванометръ и лицо больной, выключаютъ постепенно препятствія, такъ что стрѣлка гальванометра подымается кверху. Если больная жалуется на жгучую боль въ кождѣ, то это не имѣетъ никакого значенія; если же появляется сильная боль въ животѣ, то токъ прерываютъ, но не внезапно, а постепенно. Токъ дѣйствуетъ 5—10 минутъ. Послѣ этого, въ особенности послѣ перваго сеанса, больная остается въ постели въ теченіе сутокъ. Сеансы повторяютъ каждыя 4—7 дней; часто, но не всегда, замѣчается быстрая остановка кровотеченій. При гиперсекреціи и гнойномъ эндометритѣ, а также при эксудатахъ, я не получалъ никакихъ результатовъ.



Рис. 107. Аппаратъ *Pincus*'а для ошпариванія.

Atmocausis по *Pincus*'у ¹⁾.—Новѣйшимъ способомъ внутриматочнаго леченія является названная *Pincus*'омъ *Atmocausis*, vaporизація или ошпариваніе матки. Хотя и другіе авторы (впервые *Снегиревъ*) примѣняли водяные пары къ внутренней поверхности матки, тѣмъ не менѣе *Pincus*'у принадлежитъ заслуга въ томъ, что этотъ способъ былъ имъ популяризованъ устройствомъ портативнаго, хорошо дѣйствующаго аппарата и тщательно изучено дѣйствіе и точно описано примѣненіе.

¹⁾ *Снегиревъ*, С. f. G. 1895, стр. 74.—*L. Pincus*, Ueber *Atmocausis* und *Zestocausis* in der *Gynaecologie*. Samml. klin. Vorträge, N. F. № 238; С. f. G. 1899, № 4.—*W. Stöckel*, *Therap. Mitth.* 1900, 12.

Аппарат состоит из маленького парового котла (рис. 107 *d*) съ предохранительнымъ клапаномъ и термометромъ. Вода приводится въ кипѣніе при помощи спиртовой лампочки (рис. 107 *e*). Паръ проводится по каучуковой трубкѣ, обмотанной для безопасности (рис. 107 *c*), къ внутриматочной части — къ атмокаутеру. Кранъ съ двумя отверстіями (рис. 108 *d*) проводить паръ сначала по кишкѣ (рис. 108 *b*) въ вытянутую трубку, черезъ которую выходитъ паръ. Послѣ этого обнажаютъ *portionem vaginalem* въ снннномъ положеніи при помощи зеркала *Simon'a*. Атмокаутеръ представляетъ собою маленькій *Fritsch-Vogemann'*овскій внутриматочный катетеръ (рис. 108 *e, f*). Осушивъ кровоточащую матку, или тщательно прополоскавъ и обтеревъ матку при обильныхъ бѣляхъ, вводить этотъ инструментъ за внутренній зѣвъ, но не доходя имъ до дна

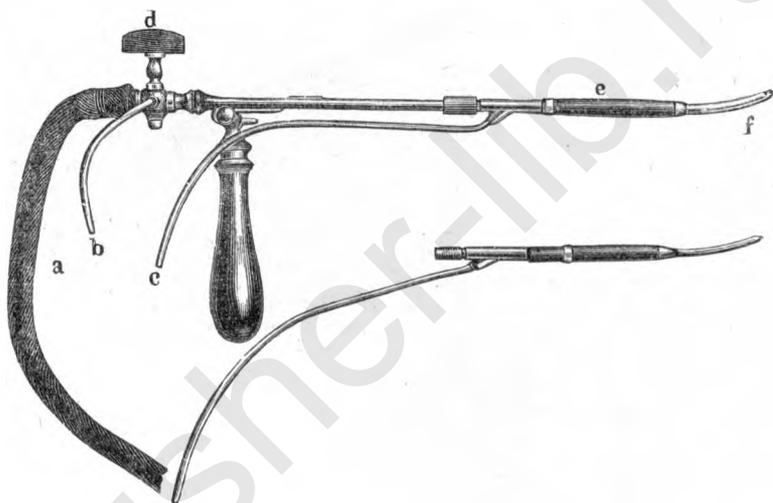


Рис. 108.

матки. Если матка оказалась бы узкой, что, однако, почти никогда не бываетъ, то ее приходится предварительно расширить. Для предохраненія шейки атмокаутеръ защищенъ оболочкой *e* изъ древесной массы. Если наконечникъ находится въ маткѣ, то смотря на часы и открываютъ кранъ (рис. 108 *d*) такъ, чтобы паръ попадалъ въ полость матки. Паръ выходитъ изъ трубки вмѣстѣ съ конденсаціонною водою (рис. 108 *c*). Для атмосаузіи вполне достаточно 10—30 секундъ при температурѣ въ котлѣ въ 105, максимум 115° R. Если успѣхъ не полный, то примѣненіе повторяютъ въ теченіе болѣе продолжительнаго времени. Такимъ образомъ я доходилъ иногда до 2 минутъ. При этомъ возможна полная облитерация матки, что часто крайне желательно. Это случай, въ которыхъ безъ этого средства матку пришлось бы экстирпировать.

По окончаніи этого времени закрываютъ кранъ *d*, вслѣдствіе чего паръ выходитъ у *b*, быстро удаляютъ атмокаутеръ изъ матки и обмы-

вають ротіо холодною водою. Хлопья ошпаренной слизистой оболочки выходят часто лишь послѣ 4—5 дней. Въ теченіе этого времени дѣлають дезинфицирующія спринцеванія. *Pincus* употребляетъ короткія цилиндрическія зеркала изъ дерева, на-подобіе телескопическихъ зеркалъ *Bandl'*я, и обходится безъ посторонней помощи.

Я произвожу атмосаусисъ въ спяномъ положеніи при помощи зеркалъ *Simon'a*. Примѣненіе наркоза зависитъ отъ случая. Во всякомъ случаѣ боль не настолько сильна, чтобы наркозъ былъ необходимъ во всѣхъ случаяхъ. Если желаютъ примѣнить атмосаусисъ въ теченіе 1¹/₂—2 минутъ, то безусловно необходимъ наркозъ. Послѣ атмосаусисъ я оставляю больную въ постели въ теченіе нѣсколькихъ дней.

Ошпариваніе совершенно безопасный, безболѣзненный и весьма дѣйствительный способъ. Конечно, онъ примѣнимъ лишь при отсутствіи воспаленій или экссудатовъ въ сосѣднихъ частяхъ. Я получалъ отличный результатъ во многихъ случаяхъ кровотеченія, въ которыхъ всѣ остальные способы не имѣли никакого успѣха. Въ виду непродолжительности примѣненія боли крайне незначительны. При осторожномъ примѣненіи способа я никогда не наблюдалъ послѣдующихъ заболѣваній. Несчастные случаи бывають крайне рѣдко и завязятъ всегда отъ неправильнаго примѣненія или отъ несоблюденія указаній *Pincus'a*. Само собою понятно, что нельзя предупредить послѣдующаго кровотеченія. Послѣ регенераціи слизистой оболочки и при продолженіи существованія этиологическихъ, лежащихъ внѣ матки причинъ, всегда можетъ повториться кровотеченіе. Но и въ этихъ случаяхъ я наблюдалъ улучшеніе, т. е. уменьшеніе кровотеченія. Атмосаутеръ можно употреблять нѣсколько разъ подъ-рядъ. Даже при неподлежащемъ операціи ракъ тѣла матки я получалъ хорошій результатъ при примѣненіи этого способа.

Примѣненіе этого способа при бѣляхъ, напр. переломъ, понятно, но я не получилъ удовлетворительныхъ результатовъ. При выкидышахъ или остаткахъ его старое леченіе — выскабливаніе кюреткой и прижиганіе даетъ настолько хорошіе результаты, что я не могу рекомендовать измѣненія нашихъ испытанныхъ терапевтическихъ мѣръ.

Pincus предложилъ еще другой наконечникъ: *Zestocanter*, который закрыть и черезъ который проходитъ горячій паръ такимъ образомъ, что со слизистой оболочкой матки приходитъ въ соприкосновеніе только горячій металлъ. Этотъ инструментъ предназначается, при узкой полости матки, для изолированнаго прижиганія слизистой оболочки шейки и при эрозіяхъ.

Я нашель, что старый способъ леченія минеральными кислотами или *Raquelin'*омъ даетъ болѣе удовлетворительные результаты. Мы признаемъ съ благодарностью, что имѣемъ новый отличный способъ при климактерическихъ и другихъ метроррагіяхъ, при доброкачественныхъ пораженіяхъ слизистой оболочки матки, но мы не желаемъ повредить этому способу тѣмъ, что станемъ требовать отъ него всего возможнаго и невозможнаго.

Ф. Патологическія состоянія шейки матки ¹⁾.

Этіологія.—Portio подвержена различнымъ вреднымъ вліяніямъ; во время родовъ она разрывается, рубцы ведутъ въ отдѣльныхъ частяхъ къ застою и гипертрофіи, въ другихъ—къ анеміи и сморщиванію. Они ведутъ къ закрытію железистыхъ отдѣловъ, къ развитію ретенціонныхъ кистъ по со- сѣдству рубцовъ. Если разрывы не срастаются, то каналъ шейки зияеть. Отдѣлы внутренней поверхности, которые внутри шейки находятся собственно подъ обоюднымъ давленіемъ, попадаютъ кнаружи вслѣдствіе выворачива- нія обѣихъ, одной или половины губы.



Рис. 109. Фолликулярная эрозія (по Veit'у и Ruge), слѣва нормальные сосочки съ плоскимъ эпителиемъ, рядомъ аденоидныя разрошенія, въ глубинѣ многочисленные разрывы железъ.

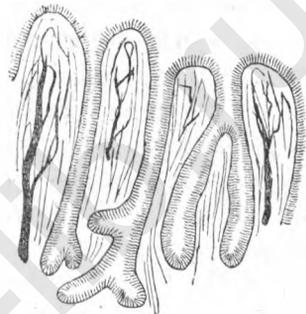


Рис. 110. Папилломатозная эрозія. Дав- ление вновь образующихся железистыхъ трубочъ, между ними тканевыя массы, имѣющія видъ сосочковъ (по Veit'у и Ruge).

Отсутствіе противоавленія стѣнокъ шейки и разстройство кровообра- шенія вслѣдствіе рубцовъ ведетъ къ гипереміи и опуханію слизистой обо- лочки шейки, которая, усиленно отдѣляя, вдается свободно во влагалище. Частота эрозій при трипперѣ наводитъ насъ на мысль, что „трипперныя эрозіи“ вызываются тѣмъ, что гонококки поддерживаютъ раздраженіе и препятствуютъ заживленію.

Значеніе имѣютъ и измѣненные условія давленія во влагалищѣ. Если у нерожавшей vulva закрыта, влагалище узко, то все тазовое дно со- ставляетъ часть брюшной стѣнки. Но у многорожавшихъ съ дряблымъ, широкимъ влагалищемъ, съ зияющей, разорванной vulva и съ опущеніемъ передней влагалищной стѣнки, весьма незначительно противоавленіе вла- галища. Вслѣдствіе опущенія влагалища сосуды растягиваются, наступаетъ

¹⁾ Roser, Das Ektropium am Muttermunde. Arch. d. Heilkunde, 1861.—C. Mayer, Klin. Mittheil. a. d. Geb. u. Gyn. 1861.—Runge u. Veit, C. f. G. 1877, № 2, Z. f. G. II.—Ruge, C. f. G. 1880, стр. 489.—Z. f. G. V.—Nieberding, Ueber Ektropium u. Risse am Halse der schwang. u. puerp. Gebärmutter. 1879.—Leopold, A. f. G. XII.—H. Klotz, Gynaekolog. Studien. 1879.—Fischel, A. f. G. XV. XVI; C. f. G. 1880, 425; Prager Zeitschr. f. Heilkunde, II, 261.—Heitzmann, Spiegelbilder der gesunden u. kranken. Vaginalportio u. Vagina. 1883.—Schröder, Charité-Annalen. 1880, стр. 243.—Acker- mann, Virch. Arch. XI. III. 88.—Simon, Mon. f. G. XXIII, 241.—Billroth, Bau der Schleimpolypen, 1865.—Hofmeier, Z. f. G. IV; C. f. G. 1893, 33.—Dührssen, A. f. G. XI. I.

застой, который въ свою очередь препятствуетъ инволюціи, portio остается увеличенной, толстой, гиперэмированной, а также эрозіи.

Анатомія.—Лишь рѣдко имѣется въ отдѣльности одно изъ трехъ характерныхъ поражений portionis vaginalis: гипертрофія, гиперсекреція слизистой оболочки шейки, эрозіи. Почти всегда находятъ, если и превалируетъ одна изъ формъ, въ видѣ осложненія и другія обѣ формы, причемъ одно поражение служитъ причиной или послѣдствіемъ другихъ. Часто имѣется одновременно хроническій метритъ и эндометритъ.

Что касается „врожденной“ гипертрофіи, то патологическая форма portionis зависитъ нерѣдко отъ неправильнаго превращенія зародышей матки въ зрѣлый органъ.

Утолщеніе portionis является нерѣдко послѣдствіемъ катарра шейки, при которомъ слизистая оболочка утолщена, разрыхлена и легко кровоточить. Слизь представляется подъ микроскопомъ смѣшанной съ бѣлыми кровяными тѣльцами, съ плоскимъ эпителиемъ влагалища, различными комками. Слизь представляется приставшей до того крѣпко, что не можетъ быть удалена безъ кровотеченія. Чисто стекловидная слизь не исключаетъ присутствія гонококковъ. Количество отдѣленія различно. Въ послѣродовомъ періодѣ находятъ въ laquear vaginae спереди влагалища одну столовую ложку слизи и болѣе.



Рис. 111. Эрозія. Abrasio; сарава и сѣва сосочки, по срединѣ потеря эпителия, выпячиваніе подэпителиальныхъ слоевъ. Инфильтрація тканей, расширеніе сосудовъ (по *Fischel*ю).

Эрозіи принимались въ прежнее время за язвы, т. е. за гранулирующія поверхности. Заслуга *Ruge* и *Veit*'а состоитъ въ томъ, что ими былъ констатированъ на этихъ красныхъ участкахъ цилиндрической эпителий. Эрозіи наблюдаются и у нерожавшихъ, обыкновенно вокругъ маточнаго зѣва въ связи съ воспаленной слизистой оболочкой шейки; наблюдаются на portio и изолированныя маленькія эрозіи. Послѣдняя именно форма наблюдается преимущественно при перелодѣ. Эрозіи всегда предсталяютъ характеръ воспаленій, лежащія подъ цилиндрическимъ эпителиемъ слои пронизаны многочисленными бѣлыми кровяными тѣльцами.

Часто находятъ эрозіи на разорванныхъ portiones у многорожавшихъ. Мы находимъ различной величины, занимающій одну или обѣ губы, покрасѣвшій участокъ, часто съ неровной поверхностью. Эта часть имѣетъ совершенно ясный, другой покровъ, чѣмъ нормальная portio. Если поверхность имѣетъ зернистый видъ, то говорятъ о зернистой или сосочковой эрозіи. Фолликулярной называется эрозія, если на язвѣ имѣются

фолликулы, ovula *Nabothi*, ретенціонныя кисты съ слизистымъ содержимымъ; варикозной—если въ эрозіи проходятъ расширенныя вены.

Значить, въ прежнее время полагали, что поверхностный эпителий маперируется, и что обнаженный, раздраженный сосочковый слой гипертрофируется. Такого рода „эрозіи“ дѣйствительно встрѣчаются, какъ это доказалъ *Fischel*. Типомъ этихъ эрозій представляются потери вещества на выпавшей маткѣ. Здѣсь, на лежащей спереди половыхъ органовъ, раздражаемой одеждой и бедрами, гиперэмированной вслѣдствіе застоювъ portio дѣйствительно находятся эрозивныя язвы. Рис. 111 представляетъ собою болѣе шематическое изображеніе, рис. 112 представляеть снимокъ съ препарата. Мы находимъ сильную инфильтрацію язвенной поверхности, лишенной эпителия. На лѣвой сторонѣ имѣется плоскій эпителий, который окачивается у эрозивной язвы. Типичныя „эрозіи“ покрыты цилиндрическими клѣтками.



Рис. 112. Эрозивная язва. Справа сильно инфильтрированная язвенная поверхность, слѣва участокъ тонко закапчивающагося плоскаго эпителия.



Рис. 113. Эрозія. Справа сосочки и железы съ цилиндрическимъ эпителиемъ, слѣва плоскій эпителий, покрывающій сосочки.

Физиологическая граница между цилиндрическимъ эпителиемъ полости матки и плоскимъ эпителиемъ portionis не постоянна и индивидуально различна. На маткѣ можетъ даже имѣться атипичный плоскій эпителий и на portio атипичный патологическій цилиндрическій эпителий.

Покрывающій эрозіи цилиндрическій эпителий (рис. 110) обладаетъ сильной энергіей роста, такъ что, вросая въ глубину, даетъ железистыя образованія. *Küstner* доказалъ, что вяжущія въ состояніи вызвать появленія плоскаго эпителия на мѣстахъ, на которыхъ находился цилиндрическій эпителий, *Zeller*—что при старыхъ воспаленіяхъ въ маткѣ цилиндрическій эпителий превращается въ атипичный плоскій эпителий.

Перѣдко происходитъ закрытіе части или всей железы. Сгущеніе отдѣленія, а также сдавленіе выводного протока опухшей перигландулярной тканью, рубцами вслѣдствіе трещинъ, сосѣдними увеличенными железами,

сильное разращеніе плоскаго эпителія надъ выводными протоками железъ, препятствуетъ вытекаію отдѣленія послѣднихъ. Если киста лежитъ поверхностно, то она выдается надъ послѣднею въ видѣ пузыря. Въ подобномъ случаѣ развивается ретенціонная киста, *ovulum Nabothi*. Въ глубинѣ находятъ ихъ при разрѣзѣ *portionis*. Слизь просвѣчиваетъ черезъ тонкую кожу. Величина колеблется отъ 1 до 10 и болѣе миллиметровъ въ діаметрѣ. Большія *ovula* наблюдаются рѣже, чѣмъ маленькія. Иногда имѣется всего одинъ *ovulum* или крайне незначительное число, въ другихъ случаяхъ ихъ до того много, что *portio* сильно увеличена, представляется фолликулярно-перерожденной.

Вслѣдствіе усиленія внутренняго давленія при боковомъ препятствіи киста выпячивается постепенно кнаружи, выступаетъ надъ поверхностью.

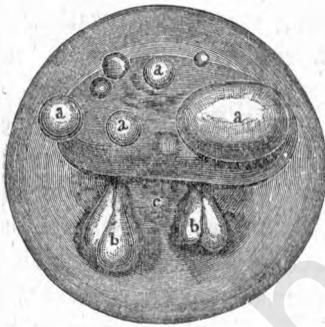


Рис. 114. *Portio* съ эрозіей *c*, съ *ovula Nabothi* различной величины *a a*, и съ маленькими слизистыми полипами, *b, b*, развившимися изъ *ovula Nabothi*.

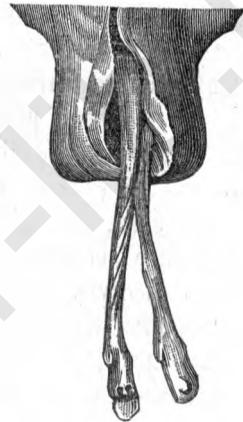


Рис. 115. Два слизистыхъ полипа съ длинными ножками, висящіе изъ шейки матки (по *Billroth*'у).

Она становится даже полипозной и виситъ на, *portio* или изъ маточнаго зѣва (рис. 114 *b, b*). Подобный полипь можетъ быть однополостнымъ, висѣть изъ маточнаго зѣва въ видѣ жемчужины, приобретаая постепенно все болѣе и болѣе длинную ножку. Разростаться могутъ и нѣсколько железистыхъ участковъ сразу, и, освободившись отъ давленія окружающихъ тканей, достигать во влагалищѣ громадной величины. Если полипь разрастается изъ полости шейки кнаружи, то на поверхности его имѣется тотъ же цилиндрическій эпителий, что и на ретенціонныхъ кистахъ. Но если полипь остается долгое время во влагалищѣ, то цилиндрическій эпителий превращается въ плоскій.

Подобные полипы имѣютъ крайне различную форму. На рис. 114 мы видимъ два маленькихъ полипа (*b, b*), развившихся изъ *ovula Nabothi*. На рис. 115 изображено два слизистыхъ, торчащихъ изъ *portio* полипа, но наблюдаются также полипы въ 4—5 см. въ діаметрѣ. Болѣе

крупные полипы всегда сплюснуты стѣнками влагалища, такъ какъ состоятъ исключительно изъ составныхъ частей слизистой оболочки, вслѣдствіе чего весьма мягкой консистенціи.

Иногда наблюдается до того сильная гиперплазія железъ, что вся portio можетъ состоять изъ маленькихъ кистъ. Portio превращена въ кавернозную опухоль, соединительная ткань смѣщена, при разрѣзѣ проникаютъ черезъ многочисленныя маленькія, наполненныя слизью ретенціонныя кисты.

При этой «кистовидной дегенераціи» portio сильно увеличивается; она отдѣляетъ значительное количество слизи. Нерѣдко отдѣльныя кисты вскрываются, такъ что на одномъ мѣстѣ просвѣчиваютъ многочисленныя кисты стекловидно, синевато, на другомъ—поверхность portionis представляеть рѣшетообразный видъ, на-подобіе decidua. Но кисты видны не всегда; часто вскрываютъ случайно глубоко сидящія ovula Nabothi при скарификаціяхъ, или находятъ одну большую кисту въ время ампутаціи глубоко у внутренняго маточнаго зѣва.

Иногда, въ довольно рѣдкихъ случаяхъ, наступаетъ сильный ростъ образованій. Минимальныя асіні образуютъ трубки толщиной въ палецъ, наполненныя вязкой слизью, гипертрофирующаяся часть измѣняетъ форму губы маточнаго зѣва, отъ которой происходитъ. Лишь въ одномъ случаѣ я нашель подобное состояніе вокругъ всей portio, которая висѣла въ видѣ большого лоскута спереди половыхъ органовъ. Въ большинствѣ случаевъ поражается одна или часть губы. Съ годами развиваются опухоли величиною въ кулакъ, поверхность которыхъ имѣетъ неправильный видъ, на-подобіе миндалевидныхъ железъ. Эти большіе полипы называли также фолликулярной гипертрофіей portionis vaginalis. Хотя генетически это то же самое, что и вышеописанныя слизистыя полипы, тѣмъ не менѣе они имѣютъ совершенно другой видъ, такъ какъ въ образованіи ихъ принимаетъ участіе паренхима portionis и покрывающій ее плоскій эпителий. Были наблюдаемы даже случаи, что цилиндрическій эпителий ретенціонной кисты подвергался сосочковому разрошенію. Въ подобномъ случаѣ мы имѣемъ чистую папиллому, происшедшую изъ просвѣта железы, которая надъ цилиндрическимъ эпителиемъ имѣетъ еще слой плоскаго эпителія (Ackermann).

Симптомы и теченіе.—При этихъ гипертрофіяхъ portionis имѣются симптомы, которые встрѣчаются и при хроническомъ метритѣ. Чувство давленія въ тазу, позывы къ мочеиспусканію, запоры, непріятное ощущеніе при быстромъ наклоненіи, боли при coitus, сильное отдѣленіе водянистой слизи, кровотеченіе при натуживаніи, coitus и гинекологическомъ изслѣдованіи. Отдѣленіе часто настолько обильно, что утромъ, при вставаніи съ постели, вытекаетъ 30—50 грм. Въ одномъ случаѣ, осложненномъ большой міомой, врачъ опредѣлилъ беременность и отхожденіе водъ. Слизистыя полипы растутъ весьма медленно. Они встрѣчаются во всѣхъ возрастахъ. Во время беременности они ярко-краснаго цвѣта, легко

кровоточать. Во время родов подобный полип может исчезнуть совершенно.

Эрозии способствуют иногда обильному слизистому, а подчасъ и чисто гнойному отдѣленію. При этомъ менструація обыкновенно усилена. При coitus, при испражненіи и при изслѣдованіи пальцемъ наступаетъ кровотеченіе. Когда при введеніи зеркала эрозія освобождается отъ давленія влагалищной стѣнки, на ней появляются точки, изъ которыхъ выступаютъ капли крови. Эрозии развиваются особенно часто послѣ выкидышей и puerperium.

Диагнозъ.—Диагнозъ ставится на основаніи изслѣдованія пальцемъ и зеркаломъ. При изслѣдованіи пальцемъ portio даетъ мягкое, бархатистое ощущеніе. Эпителій можно соскоблить ногтемъ, но въ отличіе отъ рака онъ не сдвигается крошками. При изслѣдованіи зеркаломъ просвѣчиваютъ нерѣдко ovula Nabothi. Эти маленькіе выступы прощупываются нерѣдко пальцемъ въ видѣ твердыхъ зеренъ. Слизистые полипы прощупываются не всегда легко. При изслѣдованіи зеркаломъ мы видимъ нерѣдко, къ нашему удивленію, большой, синебагровый полипъ, который до того мягокъ, что всюду уходилъ отъ пальца и вовсе не прощупывался. Сидяшіе на наружной поверхности portionis трубчатые полипы имѣютъ своеобразный морщинистый видъ, неправильной формы, но бываютъ и совершенно правильной овальной формы, такъ что можно думать о міоматозномъ полипѣ. Иногда имѣется мышечный полипъ, который мы вправѣ принять за міому, но на разрѣзѣ мы находимъ одну или нѣсколько кистъ, выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ. На разрѣзахъ бросаются въ глаза большія ретенціонныя кисты съ стекловидной коллоидной слизью.

При болѣе крупныхъ эрозіяхъ приходится ставить дифференціальный диагнозъ между ракомъ и эрозіей. Эрозія присоединяется нерѣдко къ puerperium и выкидышамъ, наблюдается у молодыхъ больныхъ, не страиваетъ вначалѣ общаго состоянія, на поверхности мягка, покрываетъ гипертрофированную portio на большомъ протяженіи, не образуетъ маленькихъ ограниченныхъ твердыхъ опухолей, не отдѣляется крошками и быстро исчезаетъ при правильномъ леченіи. Если въ ткань глубоко воткнуть крючокъ, то онъ не вырывается. Не бываетъ самопроизвольныхъ атипичныхъ сильныхъ кровотеченій.

Но даже весьма опытный гинекологъ можетъ ошибиться и принять начинающійся ракъ за эрозію или наоборотъ. Въ виду этого необходимо во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ немедленно произвести микроскопическое изслѣдованіе.

Леченіе.—Сначала очищаютъ portioem, чтобы поле не затемнялось кровотеченіемъ. Послѣ этого дѣлаютъ скарификаціи (рис. 87), съ одной стороны для опорожненія видимыхъ и невидимыхъ ovula Nabothi, съ другой—для уменьшенія содержанія крови. Маленькой, острой ложкой (рис. 100) выскабливаютъ каналъ шейки, содержащій нерѣдко маленькія полиповыя разрошенія, начиная у внутренняго маточнаго зѣва, а также

и эрозіи. Послѣ этого накладываютъ на portio борно-глицериновый тампонъ (1 : 10). Этотъ тампонъ удаляютъ по прошествіи 24 часовъ и очищаютъ всю portio ватой. При толстой portio скарификаціи можно повторить нѣсколько разъ, и достигнуть уменьшенія повторнымъ вкладываніемъ глицериновыхъ тампоновъ.

Если гиперемія уменьшилась, то прижигаютъ предварительно хорошо очищенную эрозію. При помощи моей маточной палочки (рис. 199а) я беру каплю азотной кислоты и смачиваю эрозію. Послѣ прижиганія части покрываются бѣлымъ струпомъ. Эрозію слѣдуетъ прижигать весьма тщательно, сохраняя здоровое. Въ особенности слѣдуетъ проникать въ трещины и въ углы маточнаго зѣва. Послѣ этого проникаютъ въ шейку, по возможности выше, до самаго внутренняго зѣва, но не дальше. Прижиманіемъ маточной палочки къ стѣнкѣ выжимаютъ азотную кислоту изъ ваты. И здѣсь приходится вводить палочку 6—10 разъ, чтобы прижечь всѣ мѣста. Изъ маточнаго зѣва вытекаютъ буроватыя массы. Послѣднія стираютъ, осмагриваютъ еще нѣкоторое время portionem, не имѣется-ли еще гдѣ-нибудь краснаго, не каутеризованнаго мѣста и кладутъ въ концѣ концовъ къ portio іодоформовую марлю. Вся процедура производится амбулаторно. Прижиганіе эрозіи не болѣзненно, прижиганіе канала шейки лишь очень мало. Если больная жалуется на жженіе, то оно исчезаетъ обыкновенно уже по прошествіи нѣсколькихъ минутъ.

Всю процедуру, т. е. скарификацію и прижиганіе можно выполнить въ одинъ сеансъ, но при этомъ получается менѣе вѣрный успѣхъ, чѣмъ при медленномъ и болѣе тщательномъ манипулированіи.

Послѣ этого дѣлаютъ промыванія влагалища въ теченіе 3—4 дней. Если portio еще утолщена, то вставляютъ тампонъ съ борной кислотой и квасцами или ихтиоль-глицериномъ (1 : 10), которые дѣйствуютъ сильно высушивающимъ образомъ, или примѣняютъ сухое леченіе порошками или мѣшечками съ порошкомъ. Въ свѣжихъ случаяхъ, въ особенности въ послѣродовомъ періодѣ, быстро наступаетъ выздоровленіе. Опуханіе portionis можетъ исчезнуть весьма быстро. Прижиганіе можно сдѣлать и при помощи остраго Raquelin'a и достигнуть запусъванія ovula Nabothi накалываніемъ и выжиганіемъ. Весьма излюбленнымъ является обмываніе portionis Aceto pyrolignoso. Я примѣняю охотнѣе чистый Liquor Aluminiumi aceticum или квасцы, которые не имѣютъ запаха.

Я получалъ полное выздоровленіе, примѣняя подобное амбулаторное леченіе, въ случаяхъ эрозій, занимавшихъ обѣ маточныя губы. Нѣтъ никакой необходимости приступать немедленно къ ампутаціи portionis. Напротивъ, развивающееся послѣ операціи суженіе входа въ матку ведетъ нерѣдко къ бесплодію или даже къ дисменорреѣ. Тотъ, кто старается получить согласіе больной на ампутацію, увѣряя ее, что изъ любой эрозіи можетъ развиваться ракъ, поступаетъ, разумѣется, нечестно.

Если по какимъ нибудь причинамъ больная не можетъ быть подвергнута гинекологическому леченію, то назначаютъ 2 раза въ день сприн-

цеванія съ салициловою кислотою (20 Acidi salicyl. на 200 Alcohol.; 2 столов. ложки на 1 литръ воды). При подобномъ леченіи большія эрозіи исчезаютъ иногда въ 3—4 недѣли. Эти спринцеванія, однако, необходимо производить лежа въ постели.

Въ одномъ, однако, случаѣ успѣхъ не бываетъ стойкимъ, именно при такъ называемой фолликулярной эрозіи или при кистовидной дегенераціи *portionis*, т. е. при многочисленныхъ *ovula Nabothi*; вскрытіе самыхъ поверхностныхъ *ovula* приноситъ лишь мало пользы. Въ этомъ случаѣ, невзирая на скарификаціи и прижиганія термокаутеромъ *ovula Nabothi* повторяются снова.

Ампутація portionis.

— Подобную *portio* необходимо ампутировать. Хотя удаляется и не вся пораженная часть, но вѣдствіе рубцеваго сокращенія и сдавленія происходитъ тѣмъ не менѣе запустѣваніе железъ. Катарръ шейки съ громаднымъ отдѣленіемъ исчезаетъ въ подобныхъ случаяхъ немедленно. Операция производится по вышеописанному (рис. 88) способу.

На рис. 116 изображена подобная *portio* съ эрозіями въ *speculum*. Верхнее „орошающее“ зеркало, какъ и нижнее, очень короткое; ср., кромѣ того, рис. 23 e, f. Если *portio* необходимо оттянуть книзу, то совершенно неправильно употреблять длинную (*Simon'овскія*) зеркала.

Для избѣжанія боковыхъ расширителей я устроилъ весьма высокими боковыя части (рис. 116 e, e). Такимъ образомъ поле операціи становится хорошо доступнымъ и *vulva* защищена отъ уколовъ при шиваніи.

Schröder (см. рис. 117 и 118) придаетъ особое значеніе „выстиланію“ канала шейки слизистой оболочкой влагалища. Онъ отрѣзаетъ

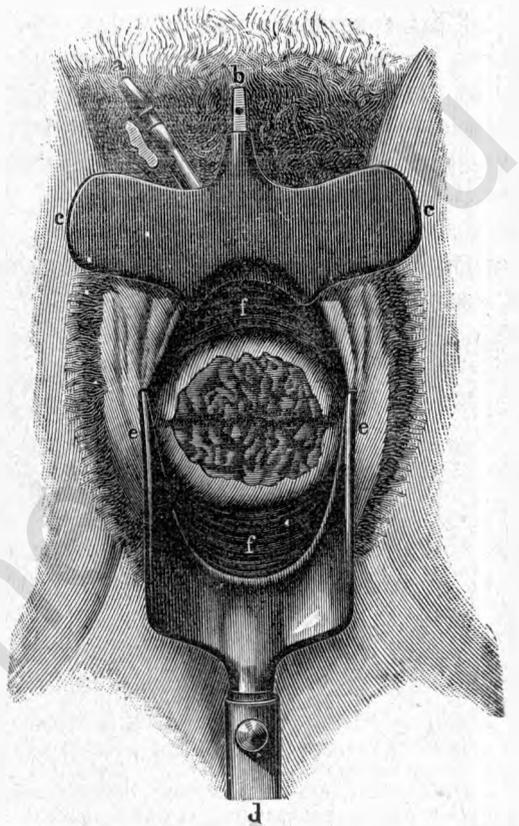


Рис. 116. a, b, c—орошающее зеркало, крылья *сс*—имѣютъ назначеніе устранить по возможности волоса и срамныя губы. У *b*—вставляется зеркало въ верхнюю рукоятку *Simon'овскаго* зеркала, *a*—трубка, къ которой прикрѣпляется каучуковая трубка ирригатора, *ee*—большія срамныя губы, *ff*—влагалище, *d*—нижнее зеркало, прикрѣплено внизу къ рукояткѣ—*d*. Между обоими зеркалами *portio vaginalis*, губы которой покрыты развѣденной сосочковой эрозіей.

portionem и отворачиваетъ одинъ лоскутъ кверху. По моимъ наблюденіямъ, гораздо важнѣе обращать вниманіе на слѣдующіе моменты: 1) маточный звѣвъ долженъ быть широкиимъ. Въ виду этого необходимо вырѣзать клинъ изъ каждой губы и соединить ихъ такимъ образомъ, чтобы звѣвъ матки остался расширеннымъ и при рубцовомъ сокращеніи. Суженіе звѣва матки ведетъ къ задержкѣ слизи и въ особенности менструальной крови: наступаетъ постоянное отхожденіе черныхъ кровяныхъ массъ.

Далѣе крайне важно, на что обратилъ вниманіе *Dührssen*, чтобы иглы проходили подъ самымъ краемъ раны. Если сзади проводить слишкомъ глубоко черезъ остатокъ *portionis*, то прокалывается, resp. пришивается брюшина *Douglas'*ова пространства; въ подобныхъ случаяхъ появляются периметритическія боли, продолжающіяся годами, противъ которыхъ леченіе совершенно безсильно.

Леченіе пессаріями невозможно, такъ какъ задняя влагалищная стѣнка слишкомъ чувствительна и пессарій, при отсутствіи *portionis*, не оказываетъ никакого дѣйствія.

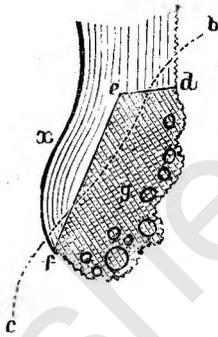


Рис. 117.

Способъ *Schröder'*а. Операция удаленія эрозій. *de*—поперечный разрывъ, который у *e*—сходится съ разрывомъ снизу отъ *f*, *g*—эрозія, удаляемая вмѣстѣ съ основаніемъ, *bc*—направленіе шва, *ee*—точка, съ которой при клиновидномъ удаленіи пришлось бы начать разрывъ.

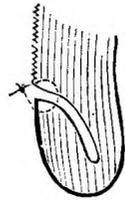


Рис. 118.

Другая губа маточнаго звѣва по окончаніи операции.

Орошающее зеркало сдѣлано двойнымъ; у верхняго конца *a* вытекаетъ дезинфицирующая жидкость, которою орошается постоянно поле операциі. Если имѣются опытные помощники, то орошающее зеркало совершенно излишне.

Если въ разрывѣ имѣются еще кисты, то края раны все-таки сшиваются; остатки кистъ запусгиваются.

Операция *Emmet'*а ¹⁾.—*Küstner* придавалъ особое значеніе тому,

¹⁾ *Emmet*, Risse des Cervix u. s. w., als eine häufige u. nicht erkannte Krankheitsursache. 1874.—*Breisky*, Wiener med. Woch. 1876, стр. 188; Prager med. Woch. 1877, № 28.—*Olshausen*, C. f. G. 1877, 13.—*Spiegelberg*, Breslauer ärztl. Zeitschr. 1879, 1.—*Sänger*, Samml. kl. Vortr. 6, 1890.—*Kleinwächter*, Z. f. G. XVII, 289.—*Dührssen*, C. f. G. 1890, 4.

чтобы пластической операцией придать portio старую форму. Онъ наблюдалъ при этомъ исчезаніе гиперэміи и гиперсекреціи шейки.

Если имѣется разрывъ portionis, простирающійся до влагалищнаго свода, то подобный разрывъ можно соединить швами. *Emmet* ставилъ въ связь съ этими разрывами многочисленныя вредныя послѣдствія. *Ols-hausen* полагалъ, что вслѣдствіе этихъ разрывовъ происходятъ выкидыши, *Breisky*—что образованіе рака шейки находится въ связи съ выворотомъ губъ зѣва, развивающимся послѣ разрывовъ. То и другое я считаю случайными осложненіями. Чѣмъ больше обращалъ я вниманіе на это, тѣмъ больше находилъ случаевъ, въ которыхъ женщины, имѣвшія громадныя разрывы, тѣмъ не менѣ рожали благополучно многихъ дѣтей и никогда не имѣли выкидышей. Если эти разрывы ведутъ къ разстройствамъ, то мы имѣемъ дѣло съ большими, идущими отъ разрыва въ parametrium, стѣсняющими движенія матки болѣзненными рубцами. Если движенія матки совершенно свободны, то не наблюдается выкидышей и другихъ симптомовъ, такъ что я отношусь крайне скептически къ громаднымъ достоинствамъ операциі *Emmet*'а. Эта операция производится слѣдующимъ образомъ: *Museix*'евскими щипцами захватываютъ обѣ губы и приводятъ ихъ въ первоначальное положеніе. Послѣ этого освѣжаютъ разрывъ такимъ образомъ, что обѣ раневыя поверхности точно прилегаютъ другъ къ другу. Сшиваютъ 4—5 швами. Въ особенности въ верхнемъ углу, гдѣ легко поранить маловѣковую артерію, необходимо тщательно остановить кровотеченіе. Главное вниманіе слѣдуетъ обращать на верхній уголь; не имѣетъ никакого смысла сдѣлать наружный маточный зѣвъ совершенно маленькимъ. Материаломъ для шва служитъ лучше всего кэтгутъ, вслѣдствіе чего впослѣдствіи не приходится удалять нити.

Въ настоящее время я совершенно оставилъ образованіе доскутовъ при операциі *Emmet*'а. Гораздо рациональнѣе придать раневымъ поверхностямъ такую форму, чтобы хорошо прилегали другъ къ другу. Если одна губа, вслѣдствіе-ли того, что боковой разрывъ не находится прямо сбоку, или одна губа сильно сморщилась, оказывается очень маленькой, то по срединѣ ведутъ сагиттальный разрѣзъ для уменьшенія напряженія. Во всякомъ случаѣ не слѣдуетъ насильно сближать швами края раневыхъ поверхностей. При правильномъ освѣженіи и швъ заживаетъ каждая portio.

При счастливомъ заживленіи рубецъ отходитъ болѣе въ сторону, portio подымается кверху и матка занимаетъ въ концѣ концовъ нормальное положеніе.

Для шва берутъ кэтгутъ, вслѣдствіе чего не приходится тревожить рубецъ. Если желаютъ удалить нити, то рана, при введеніи зеркала, легко разрывается. *Silkworm*, однако, удаляется съ трудомъ, такъ какъ нити видны очень плохо; если же ихъ вытаскать насильно, то наступаетъ иногда довольно сильное кровотеченіе. Шелковыя нити поддерживаютъ долгое время нагноеніе.

Хорошимъ способомъ леченія катарра, при не очень большомъ *ectropium*, является глубокое разрушеніе слизистой оболочки при помощи *Raquelin*'а. Обжигаютъ 3—4 раза подъ-рядъ всю видимую слизистую оболочку. Шаровиднымъ прижигателемъ проникаютъ въ глубину на $\frac{1}{2}$ стм. Если наступило рубцеваніе, то катарръ, гипертрофія, эрозіи и *ectropium* совершенно исчезаютъ.

Это удобное, безболѣзненное и успѣшное леченіе Emmet'овскихъ разрывовъ я рекомендую въ особенности при маленькихъ *ectropium*. Если въ разрывѣ принимаютъ участіе и влагалище и матка отклонена въ сторону вслѣдствіе рубцевого сокращенія, то ясно, что одного прижиганія не достаточно.

Леченіе слизистыхъ полиповъ.—Слизистые полипы отрѣзаются. Если они малы, то ихъ выскабливаютъ острой ложкой и прижигаютъ мѣсто прикрѣпленія *Raquelin*'омъ. Такъ какъ эти полипы весьма богаты кровью, то необходимо тампонировать и оставлять больныхъ въ постели въ теченіе сутокъ. При сильныхъ кровоточеніяхъ вводятъ маленькій тампонъ, длиною въ 2 стм. и толщиною въ $\frac{1}{2}$ стм., пропитанный растворомъ хлорнаго желѣза, въ полость шейки, причѣмъ этотъ тампонъ фиксируется другимъ, введеннымъ во влагалище.

Для отрѣзанія маленькихъ, мягкихъ полиповъ весьма пригодными представляются ножницы, изображенныя на рис. 119; этими ножницами можно оперировать и въ цилиндрическомъ зеркалѣ.

Заключеніе.—Въ заключеніе я хотѣлъ бы упомянуть еще о томъ, что домашній врачъ самое подходящее лицо для примѣненія «малой гинекологіи», такъ какъ быстрое леченіе въ клиникѣ, вслѣдствіе недостатка времени, значительно подрываетъ успѣхъ. Медленное,

Рис. 119. Ножницы для отрѣзанія слизистыхъ полиповъ.

именно, леченіе, при которомъ въ теченіе недѣли прибѣгаютъ къ одному, самое большое къ двумъ вмѣшательствамъ, гарантируетъ благоприятный результатъ и не иннервируетъ больныхъ. Всѣ насильственные, быстрыя вмѣшательства, даже произведенныя самой опытной рукой, для больной безусловно менѣе выгодны, чѣмъ медленное, тщательное, нѣжное во всѣхъ отношеніяхъ леченіе. Не слѣдуетъ забывать и общаго леченія, которое регулированіемъ стула направляется въ особенности противъ *Plethora abdominalis*.

ГЛАВА ВОСЬМАЯ. Измѣненія положенія матки.

А. Типичное положеніе матки ¹⁾.

Такъ какъ матка, какъ правильно замѣтилъ *Waldeyer*, принадлежитъ къ самымъ подвижнымъ частямъ человѣческаго организма, то она занимаетъ при различныхъ условіяхъ весьма различныя положенія, которыя приходится считать нормальными. Такимъ образомъ имѣется при наполненіи пузыря или прямой кишки нормальное для этихъ условій положеніе.

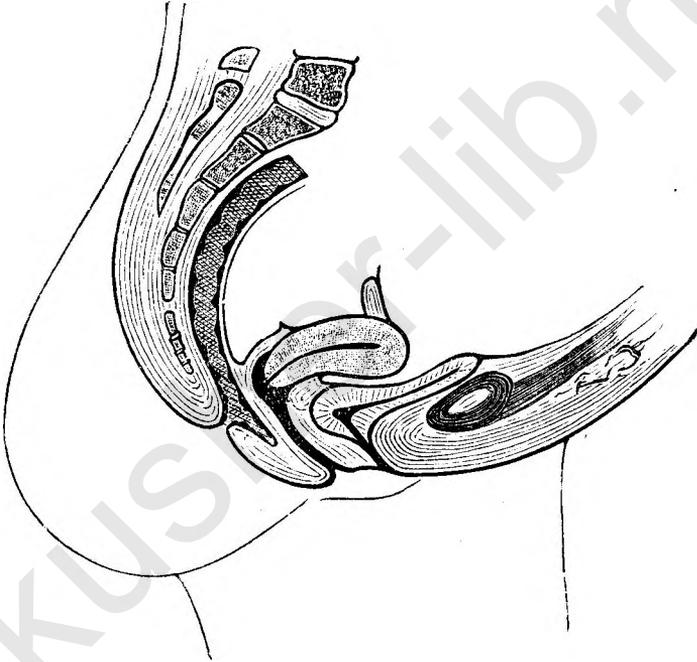


Рис. 120. Положеніе матки, шематическое, при пустомъ пузырь и прямой кишкѣ. Чтобы не нарушать ясности рисунка, буквъ не поставлено. На разрѣзѣ виденъ тарелкообразный мочевой пузырь. На немъ лежитъ физиологически слегка антефлектированная матка. Къ ней прилегаютъ спереди и сверху яичники и широкія связки, сзади мѣсто начала *Douglas'*овой складки. Позади влагалища *ampulla recti*.

Но типичнымъ положеніемъ нужно считать *anteflexio-versio*, при которомъ матка находится по срединѣ малаго таза между плоскостью входа въ тазъ и выхода. Такое положеніе занимаетъ матка уже у зародыша,

¹⁾ *Rokitansky*, Lehrbuch d. pathol. Anatomie, часть III. *Virchow*, Virch. Arch. 1854, I.—*E. Martin*, Neigungen u. Biegungen der Gebärmutter. 1872.—*Fritsch*, Die Lageveränderungen u. Entzündungen der Gebärmutter, изд. 2, 1885.—*B. S. Schultze*, Lageveränderungen d. Gebärmutter. 1882.—*Pantsch*, Dubois u. Reichert's Archiv. 1871, стр. 702.—*His*, Arch. f. Anat. u. Physiol., anat. Abth., 1878.—*Küstner*, Veit's Handbuch. I. 1897.

такое во время беременности, въ послѣродовомъ періодѣ, такое же положеніе мы находимъ у совершенно здоровыхъ женщинъ; оно нисколько не стѣсняетъ сосѣднихъ органовъ въ фізіологическихъ ихъ функціяхъ.

Ось шейки имѣетъ направленіе оси таза, *orificium externum* находится въ *planum interspinosum*, по линіи, соединяющей *spinae ischiadicae*, на высотѣ соединенія сѣдалищной кости съ крестцовой.

Въ прежнее время положеніе матки было изучаемо на трупахъ. *B. S. Schultze* принадлежитъ заслуга, что этотъ способъ былъ отвергнутъ и основано настоящее ученіе о типичномъ положеніи матки. Этимъ авторомъ получены результаты путемъ введеннаго имъ способа тщательнаго комбинированнаго изслѣдованія.

У лежащихъ на спинѣ женщинъ влагалище имѣетъ почти горизонтальное направленіе, слегка вогнуто кверху. Между нимъ и маткой, покрывая содержимое таза, лежитъ тарелкообразный пустой пузырь, тотчасъ надъ нимъ матка. Задняя поверхность матки направлена кверху и кзади. Дно направлено къ верхнему краю симфиза, *Portio* направлена кзади и книзу. У внутренняго зѣва матки, у многорожавшихъ болѣе книзу въ шейкѣ, имѣется уголь. Значитъ, нижняя поверхность *portionis* смотритъ слегка книзу. При пустомъ пузырьѣ матка лежитъ ниже входа въ тазъ. Позади матки идетъ слѣва внизъ прямая кишка, которая заходитъ нерѣдко за срединную линію, такъ что на разрѣзахъ часть ея лежитъ надъ заднимъ проходомъ справа. Если прямая кишка сильно наполнена, то матка смѣщается кпереди.

Сильно наполненный пузырь подымаетъ матку кверху, отклоняетъ тѣло слегка кзади и увеличиваетъ уголь *anteflexionis*. Если же принять во вниманіе, что пузырь имѣетъ весьма тонкія стѣнки, что—какъ въ томъ можно убѣдиться катетеризаціей во время лапаротоміи—онъ весьма легко растягивается во всѣхъ направленіяхъ, то становится совершенно яснымъ, что моча можетъ уходить книзу кпереди, вправо и влѣво. При изслѣдованіи пальцемъ удается, даже при слабо наполненномъ пузырьѣ, устранять мочу и прощупать переднюю поверхность матки. Значитъ, матка лежитъ на пузырьѣ такимъ же образомъ, какъ и больной на водяной подушкѣ.

Громадное значеніе имѣетъ то, что матка *in toto* легко смѣщается во всѣ стороны, кверху и книзу; во-вторыхъ, она можетъ быть смѣщаема такимъ образомъ, что верхній большій рычагъ, тѣло, передаетъ движенія нижнему рычагу, шейка, въ обратномъ направленіи; въ-третьихъ, матка подвижна сама по себѣ, такъ что прекращается отношеніе движеній двухъ рычаговъ, и дно передвигается отдѣльно въ извѣстномъ направленіи.

Всѣ эти движенія происходятъ фізіологически въ незначительной степени.

Уже при стояніи, даже у дѣвственницъ, не только тѣло, но и вся матка опускается слегка книзу, такъ что влагалище становится болѣе короткимъ. При *coitus* матка поднимается кверху на 5—6 см., причѣмъ

не наступает никакой боли. Точно таким же образом можно у нерожавших оттянуть *portio* до самого *introitus vaginae*, не причиняя особой боли. Боле сильно изменяется положеніе матки при вялыхъ тазовыхъ органахъ у многорожавшихъ. Если изслѣдованіе производить въ лежачемъ положеніи съ приподнятымъ тазомъ, то матка отходитъ часто такъ далеко вверху, что пальцемъ удается достигнуть лишь *portio*. Если животъ слегка массируютъ, тѣло матки отклоняется къ позвоночнику, и если эту женщину изслѣдовать въ стоячемъ положеніи и заставить ее слегка натуживаться, то *portio* опускается такъ низко, что ощупывается уже при введеніи во влагалище двухъ фалангъ пальца.

Въ виду этого матка весьма подвижна, хотя чрезмѣрнымъ движеніямъ препятствуютъ ея прикрѣпленія. Можно высказать парадоксальное, повидимому, положеніе, что связки матки служатъ менѣе всего для укрѣпленія матки, напротивъ, матка удерживается находящейся сбоку шейки плотной соединительной тканью. Если эту ткань разрѣзать, напр., при моемъ способѣ экстирпации матки, то матку можно весьма легко оттянуть книзу.

Собственно связками матки являются:

1) *Douglas*'овы складки; ими матка удерживается въ равновѣсіи. Если, напр., одна складка сморщена вслѣдствіе воспаленія, то шейка дѣлаетъ поворотъ вокругъ оси, такъ что поперечный маточный зѣвъ принимаетъ косое направленіе. *Douglas*'овы складки лежатъ сзади снаружи на высотѣ внутренняго маточнаго зѣва, имѣютъ мышечное ядро и переходятъ кзади въ паріетальную брюшину.

2) Широкія маточныя связки идутъ отъ боковыхъ сторонъ матки кзади и вверху, у края матки онѣ совершенно дряблыя, растяжимы и ими, собственно говоря, матка вовсе не поддерживается. Вверху проходятъ въ нихъ *art. и venae spermaticae*, внизу *art. и v. uterinae*. Въ такъ называемомъ основаніи широкихъ связокъ имѣется вышеупомянутая плотная соединительная ткань, удерживающая матку. Сморщиванія одной связки смѣщаютъ матку въ сторону.

3) Круглыя связки идутъ отъ верхняго угла по тазу къ паховому каналу, проникаютъ черезъ него и распространяются подъ кожей. Что матка удерживается ими въ *anteversio*, доказывается тѣмъ обстоятельствомъ, что при потягиваніи за конецъ круглой связки спереди пахового канала можно антевертировать ретрофлектированную матку. Во время беременности онѣ, сильно гипертрофируясь, придерживаютъ матку у брюшной стѣнки. Если при разрывѣ матки разрывается шейка поперекъ, то эти связки сохраняются.

Брюшнымъ давленіемъ матка прижимается къ своему основанію, къ тазовому дну, такъ что внутренніе половые органы удерживаются тазовымъ дномъ—фасціями, жиромъ, *m. levator ani* и т. д. Стойкое ослабленіе и атрофія тазового дна играетъ при опущеніи матки громадную роль. Такимъ образомъ развиваются выпаденія матки при полномъ исчезаніи жира, напр., послѣ тифа или послѣ тяжелыхъ болѣзней.

Патологическимъ представляется состояніе тогда, когда матка измѣняетъ свое положеніе такимъ образомъ, что не въ состояніи принимать одно изъ вышеназванныхъ физиологическихъ положеній, или тогда, когда происходитъ фиксація въ извѣстномъ положеніи и вслѣдствіе этого задержаны физиологическія движенія.

Мы различаемъ *перегибы*, flexio, при которыхъ тѣло и шейка дѣлаютъ перегибъ, и *наклоненія*, versio, когда матка in toto, безъ измѣненія своей формы, наклоняется дномъ.

Подъ опущеніями или *Prolapsus* мы подразумѣваемъ измѣненіе положенія, при которомъ вся матка или часть опускается книзу; *elevatio* — состояніе, которое появляется лишь вторично, когда опухоль оттѣсняетъ матку кверху или здѣсь ее удерживаетъ; *torsio* — поворотъ всей матки или части, тѣла или шейки, вокругъ оси.

B. Antelexio ¹⁾.

При патологической antelexio uteri тѣло матки образуетъ острый уголъ съ шейкой. Уголъ можетъ быть настолько острымъ, что верхняя половина имѣетъ параллельное съ нижней направленіе. Для этого необходима тонкостѣнная, атрофированная матка. Подобная матка оказывается при одномъ изслѣдованіи ретрофлектированной, при другомъ — антефлектированной. Если же antelexio подъ острымъ угломъ представляется привычной, то ее необходимо признать за патологическое измѣненіе положенія, такъ какъ нормальная матка никогда настолько не занимаетъ подобнаго положенія. Мускулатура представляетъ при этомъ задержку въ развитіи, стѣвки тонкія и дряблыя. Вслѣдствіе брюшного давленія уголъ болѣе острый, чѣмъ при нормально толстой мускулатурѣ. Маленькая матка, сильная antelexio, узкое отверстіе, нормально длинная и тонкая portio встрѣчаются нерѣдко одновременно. Здѣсь можно предположить, что вмѣстѣ съ маткой произошла остановка развитія и perveoperitonei. Вслѣдствіе этого матка стоитъ выше. Подобные случаи безъ всякаго воспаленія встрѣчаются въ видѣ infantilismus, т. е. женскіе половые органы остановились въ своемъ развитіи на болѣе ранней ступени.

Если portio очень длинная (см. рис. 121), то она принимаетъ направленіе влагалища. При упругихъ брюшныхъ покровахъ, въ особенности же при привычныхъ запорахъ, тѣло матки плотно прижимается кишками къ пузырю. При этомъ развивается весьма сильная antelexio отчасти вслѣдствіе того, что portio перегибается болѣе къ тѣлу, чѣмъ тѣло къ portio. На рис. 121 изображены эти отношенія.

¹⁾ *Marion Sims*, Gebärmutterchirurgie (deutsch), 1873.—*Olshausen*, A. f. G. IV, 471.—*Schütze*, A. f. G. IV, 373; VIII, стр. 134; IX, 453; C. f. G. 1878, № 7 и 11; 1879, № 3.—*Spiegelberg*, Volkmann's Vortr. 24.—*Scanzoni*, Beiträge. VIII.—*Virchow*, Beitr. z. Geb. u. Gyn., стр. 323.—*Schröder*, Volkmann's Vortr. 37; A. f. G. IX, стр. 60.—*Grünwaldt*, A. f. G. VI, VIII, стр. 414.—*E. v. d. Warker*, New-York med. Journal, 1878, июнь.—*Bandl*, A. f. G. XXII, 408.—*Klotz*, Wiener m. W. 1882, 32.—*Küstner*, Veit's Handb., т. I, 1898.

Дно вдаётся при этомъ между пузырьми и шейкой, пузырь не подымаетъ тѣла, но проходитъ спереди его кверху. У мѣста перегиба мышцы плохо питаются, вслѣдствіе чего къ врожденной атрофіи присоединяется еще вторичная атрофія отъ сдавленія угла перегиба. Соответствующая верхняя стѣнка подвергается атрофіи вслѣдствіе растяженія, такъ что стѣнка матки выше и ниже угла перегиба становится очень тонкой. При менструальномъ приливѣ кровь не въ состояніи проникнуть въ сдавленные и растянутые сосуды угла, не наступаетъ выпрямленія, кровь застаивается въ тѣлѣ матки, которое гиперэмируется. Въ концѣ концовъ получается то, что кругловатое тѣло можетъ быть перемѣщено въ уголъ на-подобіе слабого сустава. Значитъ, изъ *anteflexio* развивается легко *retroflexio*, и наоборотъ. Оба измѣненія положенія мы находимъ у одной и той же

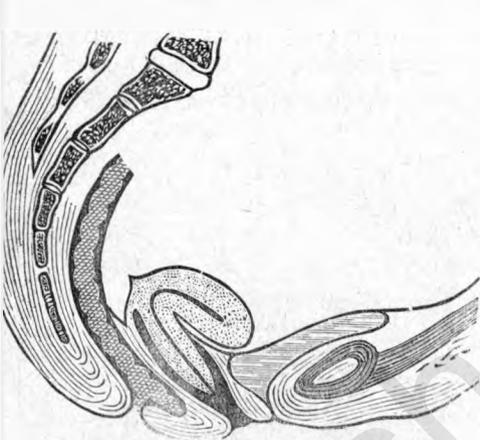


Рис. 121. *Anteflexio uteri съ coltapiroide.*



Рис. 122. *Anteflexio съ задней фиксацией. Грибовидно-перегнутая portio vaginalis.*

больной при различныхъ изслѣдованіяхъ. Этимъ нарушается правильное кровообращеніе, что въ свою очередь нарушаетъ правильное теченіе менструаціи. Послѣ этого страдаетъ и кровообращеніе въ яичникахъ, а патологическія измѣненія послѣднихъ опять-таки ведутъ къ разстройствамъ менструаціи.

Подобная больная можетъ забеременѣть.

Особенно неблагоприятнымъ представляется теченіе, если позади матки имѣется пери- или субперитонеальное воспаленіе. Оно можетъ развиваться вслѣдствіе перехода воспаленія слизистой оболочки шейки на паренхиму послѣдней и смежную соединительную ткань, а также можетъ быть слѣдствіемъ выходненія кишечныхъ газовъ и бактерій при хроническихъ запорахъ и безусловно часто слѣдствіемъ неправильнаго мѣтнаго леченія, такъ что процессъ сморщиванія въ связкахъ протекаетъ субперитонеально. Далѣе при трипперѣ поражается слизистая оболочка, перенхима матки и трубы. Если при этомъ вытекаетъ инфекціонное отдѣленіе изъ брюшнаго

конца трубы, то развивается воспаление и склеивание яичниковъ, трубъ и брюшины въ *Douglas'*овомъ пространствѣ. Субперитонеальное и перитонеальное воспаление и укорочение связокъ матки (*parametritis posterior*) ведутъ къ укороченію *Douglas'*овыхъ складокъ и къ фиксаціи матки у угла перегиба. Если уголъ перегиба матки оттягивается кзади и кверху, то онъ становится болѣе острымъ и дно матки опускается книзу и кпереди. На рис. 122 задняя фиксація изображена зигзагомъ. Наполненный пузырь не въ состояніи поднять дно матки, а проходитъ кверху спереди матки.

При этихъ антефлексіяхъ *portio* иногда настолько отодвигается къ задней стѣнкѣ влагалища, что принимаетъ грибовидную форму, однако-вымъ образомъ, какъ при пражиманіи палки изъ мягкой глины къ твердой пластинкѣ. При этомъ мы находимъ *retropositio* или *retroversio uteri cum anteflexione*. Подобный случай изображенъ на рис. 122 и 123; влѣдствіе сморщиванія ложныхъ связокъ здѣсь можетъ произойти еще *elevatio uteri*, т. е. матка *in toto* будетъ слегка приподнята кверху.

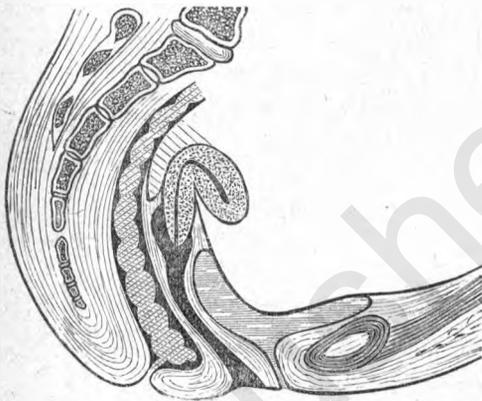


Рис. 123. *Retropositio, retroversio cum anteflexione.*

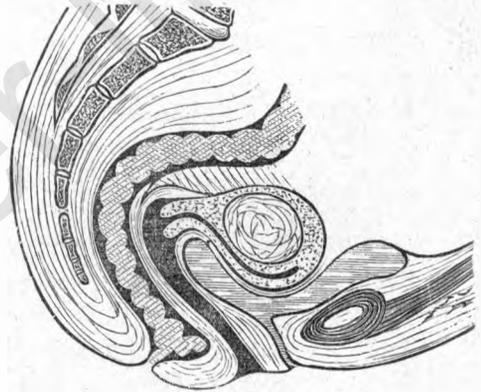


Рис. 124. Сильная *anteversio-flexio*. Міома верхней стѣнки, полное приращеніе задней стѣнки матки. Нерожавшая.

При подобныхъ обстоятельствахъ главное значеніе имѣетъ уже не *anteflexio uteri*, а фиксація, т. е. ограниченіе подвижности матки. Значитъ, эти случаи можно отнести и къ *pelveoperitonitis*.

Anteflexio можетъ развиваться или усилиться также при міомахъ въ тѣлѣ матки. При этомъ совершенно безразлично, находится-ли міома въ передней или задней стѣнкѣ. Уже маленькія міомы усиливаютъ антефлексію, тѣмъ болѣе большія. Если при этомъ брюшная стѣнка неподатлива, то міома можетъ быть вдавлена глубоко въ входъ таза, быть фиксированной повидимому къ тазу (см. рис. 124).

Симптомы, теченіе, леченіе.—Мы имѣемъ главнымъ образомъ 3 симптома, которые ставятся въ зависимость отъ антефлексій болѣе по традиціи,

чѣмъ сообразно съ дѣйствительностью—*разстройства мочеиспусканія, безплодіе и дисменоррея*. Разматривая рис. 122 и 124, мы убѣждаемся, что глубоколежащее дно матки препятствуетъ нормальному расширенію пузыря. Въ особенности во время менструаціи, когда гиперемія повышаетъ раздражительность нервовъ, когда матка становится болѣе тяжелой и мочевой пузырь участвуетъ въ гипереміи, существуетъ нерѣдко усиленный позывъ къ мочеиспусканію.

Въ настоящее время намъ извѣстно, что ни дисменоррея, ни безплодіе не относятся къ симптомамъ антефлексіи. Подробнѣе объ этомъ будетъ сказано ниже.

Такъ какъ не существуетъ присущихъ исключительно антефлексіи симптомовъ, то не можетъ быть и рѣчи о специальномъ леченіи антефлексіи. Остается лечить осложненія, *metritis, endometritis, peritonitis* и т. д. по общепринятымъ правиламъ.

Устроены многочисленные пессаріи, но ни одинъ изъ нихъ не въ состояніи исправить острого угла матки. Но не подлежитъ никакому сомнѣнію, что часто обыкновеннымъ маленькимъ пессаріемъ *Hodge* или круглымъ кольцомъ удастся поднять матку и этимъ доставить значительное облегченіе. Матка, которая растягиваетъ связки и давитъ на пузырь при стояніи, ходбѣ, при дефекаціи, слегка приподымается и подкрѣпляется. Уже это является для многихъ больныхъ значительнымъ облегченіемъ.

С. Anteversio.

Если матка инфильтрирована и хронически воспалена, такъ что фізіологической уголъ перегиба у внутренняго зѣва матки сглаженъ, или если матка приподнята кверху периметритическимъ процессомъ у нижняго конца матки, или имѣется фиксація верхняго конца матки спереди и снизу, то мы имѣемъ *anteversionem*. Значитъ, при этомъ состояніи всегда должны быть патологически измѣненными паренхима матки или ея окружность. Развитіе *anteversionis* можно наблюдать, когда матка становится гиперемированной при внутриматочномъ леченіи ламинаріями. Фізіологически сглаживается уголъ перегиба во время менструаціи.

Не только задняя фиксація съ инфильтраціей ведутъ къ *anteversio*, но и передняя, причѣмъ трубы и яичники одной стороны могутъ оказаться склеенными спереди и сбоку до того сильно, что дно матки нельзя поднять пальцемъ.

Сильная *anteversio* можетъ обуславливаться и крупной міомой и еще скорѣе нѣсколькими, интерстиціальными міомами, сидящими на днѣ матки. Подобный случай (рис. 123) мнѣ пришлось наблюдать при вскрытіи. При жизни наклоненная кпереди матка была неподвижна и не могла быть зондирована. При вскрытіи нельзя было найти *Douglas'*ова пространства. Прямая кишка, *flexura sigmoidea*, атрезированная, наполненная кровью труба, превращенный въ гематому лѣвый яичникъ образовали массу, которою покрывалась задняя стѣнка матки.

Симптомы и течение.—Так как anteversio всегда является послѣдствіемъ или сопутствующимъ явленіемъ метрита, периметрита или міомы, то на первый планъ выступаютъ симптомы этихъ поражений. Понятно, что увеличенная въ особенности во время менструаціи матка препятствуетъ расширенію мочевого пузыря, такъ что наступаетъ усилен-

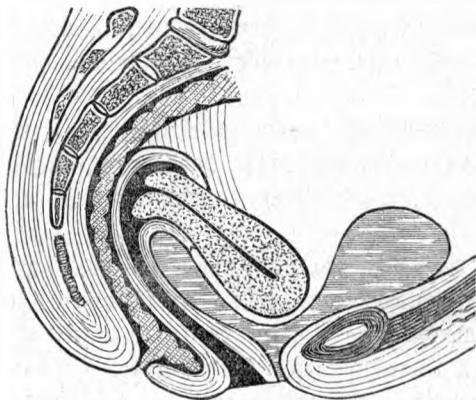


Рис. 125. Anteversio, послѣ выкидыша, метрита и периметрита. Хроническій метритъ, сращения въ Douglas'овомъ пространствѣ.

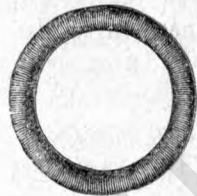


Рис. 127. Каучуковое кольцо Mayer'a.

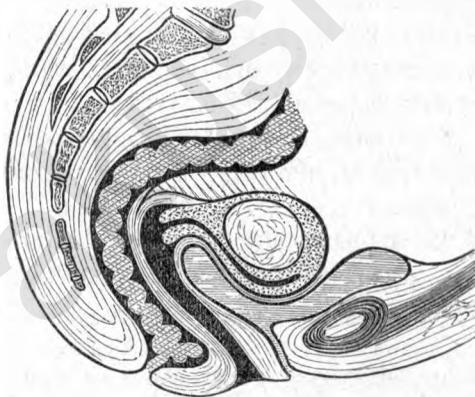


Рис. 126. Сильная anteversio-flexio. Міома верхней стѣнки, полное приращеніе задней стѣнки матки. Нерожавшая.



Рис. 128. Щипцы для пессаріевъ по Fritsch'y, для безболѣзненного введенія колець.

ный позывъ къ мочеиспусканію. Въ послѣродовомъ періодѣ я наблюдалъ при фиксированной anteversio значительныя меноррагіи. Если матка дряблая и расширенная, то попавшая въ полость матки кровь растягиваетъ

эту полость и выталкивается потугами. Если острья и подострья воспалительныя явленія миновали, то *anteversio* можетъ существовать, не давая никакихъ симптомовъ.

Диагнозъ и предсказаніе. — Диагнозъ ставится на основаніи комбинированнаго изслѣдованія. Если удастся прощупать плоскую, покрывающую тазъ матку, то часто весьма трудно отграниченіе отъ сосѣднихъ экссудатовъ. Если же это удастся, то измѣненіе положенія само по себѣ не приноситъ никакого вреда. Соответственно этому благоприятно и предсказаніе.

Леченіе. — Леченію необходимо подвергать всѣ осложненія. Противъ собственно *anteversio* не приходится примѣнять спеціальнаго леченія. Если же матка оказываетъ сильное давленіе на мочевой пузырь, или растягиваетъ своей тяжестью периметритическія сращения, то хорошіе результаты даетъ нерѣдко простое каучуковое кольцо. Въ кольцо вставляютъ *portio*, она выполняетъ просвѣтъ кольца, удерживается имъ. Кольцо лежитъ такимъ образомъ, что его поверхность идетъ параллельно задней стѣнкѣ влагалища, или нижней части крестцовой и сѣдалищной кости. Не сгибаемое тѣло матки, слѣдуя за движеніями *portionis*, находится такимъ образомъ перпендикулярно къ поверхности кольца и отдѣляется отъ пузыря. На рис. 127 изображено подобное кольцо, на рис. 128 щипцы для введенія этихъ колець. Кольцо захватывается щипцами и смазывается вазелиномъ. Послѣ этого, не обнажая половыхъ частей больной, вводятъ кольцо осторожно вверхъ по задней стѣнкѣ влагалища. Послѣ этого раздвигаютъ осторожно щипцы. Находящееся передъ самой *portio* кольцо раскрывается, втягиваетъ въ себя *portionem* и раздвигаетъ концы щипцовъ. Обѣ половины щипцовъ вынимаются отдѣльно. Этотъ способъ весьма импонируетъ больнымъ, такъ какъ можно ввести даже большія кольца безъ всякой боли.

Если кольцо необходимо удалить, то за кольцо задѣваютъ, черезъ отверстие, изогнутымъ зондомъ или зацѣпляютъ острымъ крючкомъ за самое кольцо. Послѣ этого вытаскиваютъ его осторожно наружу.

Само собою понятно, что можно вводить и вынимать кольца безъ всякихъ инструментовъ, но вышеописанный способъ является самымъ нѣжнымъ.

D. Antepositio uteri.

Лежащая позади матки въ полости таза опухоль смѣщаетъ матку впередъ. Физиологически этотъ эффектъ вызывается наполненіемъ прямой кишки. При задержкѣ кала, напр. въ періодѣ выздоровленія послѣ тифа, тифлита или послѣродовой лихорадки, у больной застрѣваетъ калъ въ прямой кишкѣ, т. е. она не имѣетъ силъ продвинуть его черезъ сфинктеръ. Калъ скопляется все болѣе и болѣе и образуетъ опухоль, величиною въ дѣтскую головку, которою матка плотно прижимается къ симфизу. Диагностической ошибки легко избѣжать при изслѣдованіи *per rectum*. Черезъ влагалище удается нерѣдко прощупать твердый какъ камень, сухой, трудно сдавливаемый калъ.

Матка можетъ быть смѣщена впередъ и опухолью, лежащей интра-

перитонеально, какъ это бываетъ, напр., въ типичной формѣ, при трубной беременности. Ущемленная въ *Douglas*'овомъ пространствѣ къята яичника также прижимаетъ матку къ симфизу. То же наблюдается и при большой раковой опухоли прямой кишки, которая со стороны влагалища представляется круглой, гладкой, на-подобіе эксудата. Поэтому всегда необходимо изслѣдовать со стороны прямой кишки. Если опухоль позади кишки плотно прилегаетъ къ кости, то дѣло можетъ идти и объ остеосаркомѣ или *spina bifida anterior*.

При этихъ состояніяхъ существуютъ нерѣдко и разстройства со стороны пузыря, имѣющія диагностическое значеніе. Если разстройства пузыря появились внезапно, то внезапно развилась и *anteversio*, напр. при разрывѣ трубной беременности и образованіи большого сгустка, которымъ матка смѣщается кпереди въ нѣсколько часовъ. Если *anteversio* существуетъ уже нѣсколько дней, то пузырь прилаживается къ новому положенію и позывъ къ мочеиспусканію исчезаетъ. Последняго явленія не наблюдается и въ томъ случаѣ, если опухоль позади матки развилась постепенно.

Леченіе должно быть по возможности причинное, и симптоматическое.

E. Retroversio ¹⁾.

Этіологія и анатомія.—*Retroversio* представляетъ обыкновенно переходную ступень, изъ которой развивается или нормальная *anteversio*, или *retroflexio* и *descensus* и *prolapsus uteri*. Домашнему врачу часто удается прослѣдить эти явленія въ послѣродовомъ періодѣ или послѣ выкидыша, между тѣмъ какъ специалисту приходится констатировать лишь законченное измѣненіе положенія, дающее извѣстные симптомы, часто уже въ сильно развитой формѣ, т. е. ретрофлексію.

Во время *puerperium* матка занимаетъ то же положеніе, что и къ концу беременности—*anteflexio-versio*. Смѣщеніе мышечныхъ пучковъ, растяженіе передней и перегибъ задней стѣнки въ томъ смыслѣ, что развивается наклоненіе кзади, наблюдается крайне рѣдко тотчасъ послѣ родовъ. Мнѣ пришлось, однако, наблюдать нѣсколько разъ *retroflexio* тотчасъ послѣ выхода *placentae*. Она возвращается обыкновенно на 10—14-й день послѣ родовъ. До этого времени толщина матки не допускаетъ перегиба матки кзади у внутренняго маточнаго зѣва. Движеніе ставшей снова плотною шейки передается тѣлу матки. Если объемистая еще *portio* опускается книзу, то она попадаетъ на косую плоскость тазового дна. Здѣсь, при каждомъ давленіи сверху, шейка перемѣщается книзу и кпереди. Такимъ образомъ попадаетъ тѣло кзади. При этомъ кишки лежатъ на передней

¹⁾ *Hodge*, Diseases peculiar to women. 1860.—*Braun*, Wiener med. W., 1864, 27 и слѣд.—*Küstner*, A. f. G. XV; C. f. G. 1882, стр. 433.—*Schultze*, C. f. G. 1879, 3; Volkm. Vortr. 226.—*Löhlein*, Z. f. G. VIII, 102.—*Ruge*, Z. f. G. II, стр. 24.—*Chrobak*, Wiener med. Pr. 1869, 2.—*Schröder*, Berl. kl. W., 1879, 1.—*Olshausen*, A. f. G. XX, стр. 318; Z. f. G. XXXII, 1; Beitr. zur Geb. u. Gyn., 1884.—*Küstner*, l. c.

сторонѣ матки и препятствуютъ самопроизвольному занятію правильнаго положенія органа. Во время дефекаціи portio отклоняется кпереди. Еще большее значеніе имѣетъ задержка мочи: полный, тяжелый пузырь лежитъ на днѣ матки, отклоняя его кзади. Если при этомъ матка находится въ оси таза, то она удерживается лишь верхними прикрѣпленіями, послѣднія—перитонеальныя связки—не достаточно крѣпки, вслѣдствіе чего матка опускается книзу.

Послѣ выкидышей, и вообще при тяжелыхъ, большихъ маткахъ и дрябломъ влагалищѣ, подобное же состояніе развивается вслѣдствіе внутрибрюшного давленія. Далѣе, по тому же механическому принципу, которымъ обуславливается опусканіе матки внизъ на трупѣ, развивается ретрофлексія матки и при долгомъ лежаніи въ постели, напр. при тифѣ, сопровождающемся полнымъ исчезаніемъ жира въ тазу.

Оттягиваніе portionis книзу при внутриматочномъ леченіи въ боковомъ положеніи ведетъ иногда къ стойкой retroversio, если по окончаніи вмѣшательства portio не будетъ снова поднята.

Матка занимаетъ такимъ образомъ положеніе, какое показано на рис. 129.

Другую форму retroversionis мы изображали на рис. 123. Въ этомъ случаѣ матка прикрѣплена сзади спайкой, имѣется retropositio. Матка удержала при этомъ anteflexionem. Нерѣдко, однако, перегибается въ концѣ концовъ

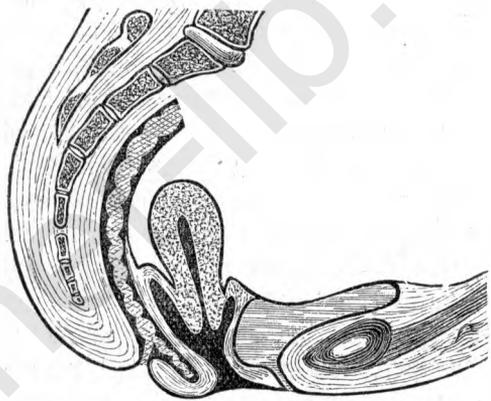


Рис. 129. Retroversio въ позднемъ стадіи puerperii, начинающаяся inversio влагалищнаго свода, незначительная Cystocele, дефектъ промежности.

кзади и тѣло матки, оно приростаетъ и мы имѣемъ ретропонированную, ретровертированную, приподнятую, совершенно фиксированную матку.

Симптомы и теченіе.—Симптомы свѣжей retroversio въ позднемъ стадіи puerperii состоятъ въ чувствѣ напиранія книзу, въ весьма мучительномъ, хотя и безболѣзненномъ давленіи на прямую кишку, въ чувствѣ тяжести въ тазу, въ невозможности тѣлеснаго напряженія и въ запорахъ. Кровотеченіе незначительно, но продолжается довольно долго, мѣняясь въ степени и симулируя менструацію. Такъ какъ при лежаніи retroversio не можетъ исчезнуть самопроизвольно и такъ какъ запоры и задержка мочи оказываютъ вредное вліяніе, то лежаніе въ постели не приноситъ никакой пользы. Напротивъ, послѣ вставанія кровотеченіе зачастую сейчасъ же прекращается, какъ только матка приметъ положеніе anteversio. Появляется также легкое непроизвольное отдѣленіе мочи при

незначительномъ натуживаніи, кашль и смѣхъ, что обусловливается начинающейся Cystocele и расширеніемъ верхней половины мочеиспускательнаго канала.

Въ позднемъ стадіи ригрегії возможно самоизлеченіе. Вслѣдствіе инволюціи, въ которой участіе принимаютъ и связки матки, наступаетъ часто самопроизвольно нормальная anteversio. Если, однако, вредные моменты не прекращаются, въ особенности запоры, то retroversio является первымъ стадіемъ перегиба или выпаденія матки.

Діагнозъ и предсказаніе.—Уже чувство напирания книзу и давленія на прямую кишку допускаетъ предположеніе существованія retroversionis; сюда же относятся и кровотечения. При изслѣдованіи въ лежачемъ положеніи мы находимъ мягкую, припухшую portio, покрытую слизью или кровью; пальцемъ удается задній сводъ влагалища приподнять высоко кверху по задней стѣнкѣ матки. При комбинированномъ изслѣдованіи не удается констатировать дна матки позади симфиза. Вслѣдствіе исчезанія жира, недостаточной инволюціи тазовой брюшины или связокъ, матка представляется нерѣдко весьма подвижной. При perimetritis весьма болѣзненнымъ представляется давленіе на заднюю стѣнку матки. Степень опущенія діагностируются путемъ изслѣдованія въ стоячемъ положеніи, причѣмъ больную заставляютъ натуживаться. Въ подобныхъ случаяхъ portio лежитъ нерѣдко тотчасъ позади introitus, и бываетъ окружена большими боковыми, кольцеобразными складками опухшаго и разрыхленнаго влагалища.

При правильномъ леченіи предсказаніе безусловно благоприятно.

Леченіе.—Профилактически необходимо вести правильно каждый ригрегіумъ; женщина, которая уже раньше страдала ретроверсией, должна во время ригрегіумъ лежать на боку, должна во-время получить слабительное и стараться опорожнять, даже безъ позыва, пузырь каждые три часа. Начиная съ 5—6-го дня назначаютъ вяжущія промыванія, 2 чайн. л. квасцовъ и 2 столов. л. алкоголя на 1 литръ воды. Далѣе родильница должна воздержаться отъ всякаго тѣлеснаго напряженія и въ теченіе не менѣе 6 недѣль ложиться ежедневно среди дня на часъ въ постель, принимая горизонтальное положеніе на боку. Рекомендуются также эрготинъ и Secale cornutum. Лучше всего дѣйствуетъ Ergotinum-Denzel и Secal. corn. ana 5,0 на 100 пилюль, 5—6 пилюль въ день, или Tinct. haemostyptica 1—2 стол. ложки въ день. Въ бѣдной практикѣ назначаютъ спорынью въ пилюляхъ, 5 грм. на 60 пилюль, или въ порошкахъ 1—2 грм. pro die.

На 7—8 день нормальнаго ригрегіумъ можно уже вставить пессарій *Hodge*. Пессарій приподымаетъ матку, фиксируетъ portionemъ кзади, предупреждаетъ возобновленіе retroversionis и удерживаетъ матку въ нормальной anteversio. Если возможно правильное леченіе, то по прошествіи 14 дней послѣ родовъ вкладываютъ во влагалище ватные тампоны, длиною и толщиною въ палецъ, смоченные растворомъ квасцовъ въ глицеринѣ, ихтиола въ глицеринѣ или танина въ глицеринѣ (10:200). Если,

невзирая на пессарій, снова появляется *retroversio*, то у больной появляется боль въ крестцѣ вслѣдствіе давленія верхняго колѣна пессарія на мягкую заднюю стѣнку матки. *Больная не должна лежать*, напротивъ, при холдѣ кровотеченіе останавливается гораздо скорѣе; кровотеченіе почти всегда останавливается немедленно, какъ только матка заняла нормальное положеніе. Противъ собственно кровотеченія назначаютъ горячія спринцеванія. Вода должна быть 33—36° R. Температуру воды повышаютъ постепенно, больная лежитъ на спинѣ, пропускаютъ при слабомъ давленіи приблизительно 6 литровъ воды. Эту процедуру повторяютъ ежедневно 2—3 раза.

Если изслѣдовать пальцемъ тотчасъ послѣ подобной ирригаціи, то удается констатировать довольно сильное суженіе и плотность стѣнокъ влагалища. Отличнымъ аппаратомъ для подобныхъ горячихъ спринцеваній, которыя отлично дѣйствуютъ и какъ кровоостанавливающее, является рекомендуемый *Hasse* наконечникъ (рис. 132).



Рис. 130.
Пессаріи *Hodge*.



Рис. 131.



Рис. 132. Наконечникъ *Hasse* для горячихъ спринцеваній.

Обѣ трубки, для оттока и притока, окружены стеклянной грушей, которая вставляется въ *vulva*. При надавливаніи она совершенно закрываетъ *vulvam*. Горячая вода приходитъ въ соприкосновеніе лишь съ сводомъ влагалища и съ *portio*, такъ что переносятся болѣе высокія температуры, чѣмъ при простой ирригаціи. Если примѣняютъ мое подкладное судно съ приспособленіемъ для стока, то возможной оказывается постоянная ирригація 12 и болѣе литрами, безъ всякаго неудобства для больной. Удовлетворительный результатъ получается лишь при подобномъ интенсивномъ примѣненіи горячей воды.

Весьма рачіонально употребленіе еще недѣлями маленькихъ дозъ спорыни, 0,3—0,5 *pro die*, при одновременномъ примѣненіи вяжущихъ, тонизирующихъ спринцеваній.

F. Retroflexio.

Этіологія и анатомія.—Большинство авторовъ принимаетъ, что *retroflexio* происходитъ изъ *retroversio*. Дѣйствительно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно прослѣдить этотъ процессъ, такъ какъ къ концу послѣ-

родового періода находятъ опущенную, плохо инволютированную, *ретровертированную матку*,—а черезъ нѣсколько мѣсяцевъ *ретрофлексированную* матку. Если же матка была ретрофлексированной до беременности, то уже къ концу послѣродового періода она снова принимаетъ безъ всякихъ симптомовъ положеніе ретрофлексіи. Непосредственной причиною является положеніе на спинѣ, тяжесть наполненнаго мочевого пузыря или твердый стулъ. Необходимымъ условіемъ является расслабленіе *Douglas'*овыхъ складокъ (вслѣдствіе опущенія), а такъ какъ это, въ свою очередь, является послѣдствіемъ родовъ, то ретрофлексія наблюдается болѣе часто у многорожавшихъ, чѣмъ у нерожавшихъ. Чѣмъ больше отклоняется дно матки кзади и книзу, тѣмъ больше смѣщается *portio* кпереди и кверху. Къ концу послѣродового періода матка бываетъ нѣрѣдко очень мягкая, иногда до того, что легко вдавливается, что отъ тонкихъ пессаріевъ остаются желобы, что давленіе—сзади прямая кишка и спереди пузырь—ведетъ къ укороченію и расширенію тѣла.

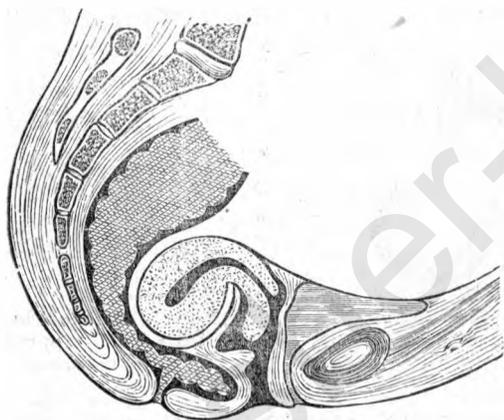


Рис. 133. Сильная *retroflexio*. Застойная гипертрофія тѣла, длинная задняя губа маточнаго зѣва, короткая передняя. Сдвинутая задняя стѣнка влагалища, растянутая передняя. Вертикальное направленіе влагалища. Сдавленіе прямой кишки тѣломъ матки.

вдвигается между шейкою и прямой кишкой, пока дно матки не дойдетъ до дна *Douglas'*ова пространства. Но послѣднее бываетъ различной глубины, иногда оно настолько глубоко, что дно матки прощупывается черезъ прямую кишку сейчасъ же надъ заднимъ проходомъ. Шейка матки оказывается какъ бы вытянутой изъ влагалища, очень короткой и прощупывается высоко въ переднемъ сводѣ. Если имѣются надрывы, то верхняя стѣнка матки оттягиваетъ и выворачиваетъ кверху переднюю губу маточнаго зѣва; задняя губа лежитъ по направленію идущаго теперь кпереди въ вертикальномъ направленіи, короткаго, сдавленнаго (сдвинутаго) влагалища (см. рис. 133). *Portio* представляется нѣрѣдко весьма короткой, между тѣмъ какъ послѣ вправленія матки она кажется для изслѣдующаго пальца весьма длинной.

Лячники лежатъ сбоку, около и надъ маткой. Если же они раньше опустелись и приросли сзади, то они могутъ находиться между маткой и прямой кишкой или сбоку у дна.

Матка можетъ оставаться годами и даже десятками лѣтъ подвижною въ *Douglas'*овомъ пространствѣ; мы имѣемъ дѣло въ такомъ случаѣ съ такъ назыв. «подвижной» ретрофлексіей. Но зачастую матка оказывается неподвижной, фиксированной воспалительными процессами— путемъ плоскостныхъ

вдвигается между шейкою и прямой кишкой, пока дно матки не дойдетъ до дна *Douglas'*ова пространства. Но послѣднее бываетъ различной глубины, иногда оно настолько глубоко, что дно матки прощупывается черезъ прямую кишку сейчасъ же надъ заднимъ проходомъ. Шейка матки оказывается какъ бы вытянутой изъ влагалища, очень короткой и прощупывается высоко въ переднемъ сводѣ. Если имѣются надрывы, то верхняя стѣнка матки оттягиваетъ и выворачиваетъ кверху перед-

спаекъ периметрія съ брющиною *Douglas'*ова пространства. Эти спайки и сращения могутъ быть настолько тѣсными, что даже оперативнымъ путемъ не удастся высвободить матку, окутанную сращениями до самаго дна; *Douglas'*ова пространства, какъ такового, въ этихъ случаяхъ не имѣется. Чаше наблюдается косвенное образование спаекъ: *Salpingitis* ведетъ къ *Perisalpingitis*, *Oophoritis* къ *Perioophoritis*. Спайки сморщиваются, утолщаются, прогрессирующей мѣстами процессъ заживленія смѣщаетъ придатки и фиксируетъ косвеннымъ образомъ тѣло матки сзади и книзу. Сморщиваніе основанія широкихъ связокъ, значить старые параметриты и фиксація шейки рубцами въ подсывороточномъ слоѣ, идущими впереди, къ симфизу, также не даетъ маткѣ принять правильное положеніе. Если удается выпрямить матку искусственно, насильственно, она возвращается вскорѣ въ свое старое положеніе. Иногда наблюдаются также сращения съ *flexura sigmoidea* или съ сальникомъ, непосредственныя или черезъ посредство придатковъ. И въ подобныхъ случаяхъ можно смѣстить матку, но послѣдняя немедленно возвращается въ положеніе ретрофлексіи, какъ только отнять руки.

Неправильно лежащія, давящія пессаріи влагалитца, грубыя попытки вправленія, трипперный периметритъ, пuerперальныя воспаленія точно также могутъ вести къ образованію спаекъ.

Кромѣ ретрофлексій, имѣющихъ исходною точкою послѣродовой періодъ, наблюдаются еще врожденныя и приобретенныя ретрофлексіи у нерожавшихъ. Выше было нами уже упомянуто, что маленькая дѣтская матка имѣетъ весьма сходную съ суставомъ подвижность въ области внутренняго маточнаго зѣва. Сильно разслабленная матка, реагируя на всякое воздѣйствіе снаружи, представляетъ то антефлексію, то ретрофлексію. Подобную дряблость матки мы находимъ у занимающихся онанизмомъ, какъ на это указала уже *Hildebrand*.

Изъ анамнеза видно зачастую, что въ періодъ полового созрѣванія больная страдала привычными запорами. Далѣе, мнѣ думается, что важное этиологическое значеніе имѣетъ и произвольное задерживаніе мочи. Едва ли можно оспаривать также, что паденіе, прыжокъ, значительное усиліе могутъ измѣнить положеніе матки, т. е. обусловить ея ретрофлексію. Быть можетъ, въ подобныхъ случаяхъ ретрофлексія уже подготовлялась раньше и внезапное повышеніе внутрибрюшнаго давленія (при прыжкѣ и т. д.) только ускорило, гесп. закончило ее.

Симптомы.— *Retroflexio* не всегда даетъ симптомы. Въ большинствѣ, однако, случаевъ имѣются типичныя симптомы. Они зависятъ, во-первыхъ, отъ измѣненій въ самой маткѣ, во-вторыхъ, находятся въ зависимости отъ вліянія, оказываемаго измѣненіемъ положенія на сосѣдніе органы, въ-третьихъ, наблюдаются извѣстныя болѣзни и послѣдствія, имѣющія вліяніе на общее состояніе.

Ретрофлексированная, но еще не инволютированная старчески матка почти всегда гиперэмирована. Въ виду этого менструація бываетъ весьма обильна. Вслѣдствіе дряблости матки слизистая оболочка можетъ опухать,

не вызывая никакой боли. Неприятное, а подчас и болезненное чувство давления сильнее всего перед самой менструацией. Большая, ретрофлексированная, набухшая матка не уменьшается в тазу, так что всюду давит на окружающие части и сама подвергается давлению. Кровотечение представляет различный характер: то оно весьма сильно с самого начала и продолжается лишь несколько дней; в других случаях кровотечение продолжается непрерывно в течение 12—14 дней, так что больная отдыхает от кровотечения лишь самое короткое время. После кровотечения вытекает из расслабленной матки еще некоторое время кровянистая, буроватая слизь. Если угол перегиба лежит выше, темнее, и если паренхима очень податлива, то происходит даже скопление отделяния в матке, последняя расширяется, и от времени до времени выталкиваются при потугобразных болях зловонные массы.

Если же мы имеем дело с дѣтской ретрофлексированной маткой у нерожавших, то может существовать бесплодие и дисменоррея при весьма скудном отдѣлении крови. Одинаково болезненной представляется менструация и при существовании Perimetritis и Periophoritis. Таким образом у больной, никогда не страдавшей дисменорреей, может развиться дисменоррея вследствие retroflexio и perimetritis.

Симптомы со стороны прямой кишки состоятъ въ затрудненной и болезненной дефекаціи: смѣщенію органовъ таза при дефекаціи вызываетъ боль. Незначительное тѣлесное движеніе, страхъ боли при дефекаціи, обусловленное этимъ произвольное задерживаніе стула, сильная потеря жидкости при кровотеченияхъ— все ведетъ къ тому, что развивается запоръ. Матка, вследствие повышенія внутрибрюшного давленія, прижимается къ прямой кишкѣ. Многія женщины прямо указываютъ, что послѣ дефекаціи замѣчается неприятное чувство давленія на прямую кишку, «какъ будто бы что-то должно выйти», или что онѣ прямо не въ состояніи помочь дефекаціи, т. е. натуживаться.

Часто существуетъ постоянное чувство тяжести и боли въ ногахъ, «болезненная усталость». Для больныхъ легче продолжительная ходьба, чѣмъ стояніе. Тяжелый физическій трудъ становится прямо невозможнымъ.

Кромѣ мѣстныхъ симптомовъ мы имеемъ еще явленія, которыя могутъ быть названы «сопутствующими». Хотя неоднократно и доказано, что эти явленія исчезаютъ послѣ исправленія retroflexionis, но этимъ еще далеко не доказано, что они находятся въ исключительной связи съ маткой. Значеніе имѣетъ и давленіе или растяженіе, которому подвергаются смѣщенные, ненормально фиксированные яичники. Если принять во вниманіе, что нарушеніе питанія и гиперемія яичниковъ оказываютъ вліяніе на процессы при созрѣваніи и лопаніи фолликула, то мы вправѣ отнести истерическіе симптомы одинаково къ яичникамъ и къ маткѣ.

Подобными истерическими симптомами являются: икота, рвота, приступы кашля, личныя и межреберныя невралгіи, mastodynia, ischias, мигрень, привычныя, не точно локализуемыя боли въ нижней части живота, въ нервахъ конечностей, дрожаніе рукъ и ногъ. Сюда относятся и слабость

пищеваренія, и хроническія страданія желудка, въ особенности двигателя разстройства (*hysteroneurosis ventriculi*, истерическая диспепсія и кардиалгія).

Въ заключеніе мы упомянемъ еще о томъ, что *retroflexio uteri* можетъ вести къ тяжелымъ симптомамъ и къ прерыванію беременности.

Если *Douglas'*ово пространство очень глубоко и помѣстительно, то растущая въ своихъ размѣрахъ беременная матка выполняетъ малый тазъ такимъ образомъ, что она не можетъ подняться выше мыса (*promontorium*). Обыкновенно же мягкая матка растетъ вверхъ изъ таза и когда часть ея, лежащая выше конъюгаты, станетъ больше и тяжелѣе части, лежащей подъ конъюгатою, эта верхняя часть начинаетъ тянуть за собою нижнюю: получается физиологическая антеверсія. Этотъ процессъ не сопровождается большею частью какими-либо симптомами. Но есть и причины, мѣшающія такому произвольному выпрямленію матки, какъ-то: запоръ, тяжелый физическій трудъ, слишкомъ большая помѣстительность *Douglas'*ова пространства, выстояние мыса, спайки.

При подобныхъ условіяхъ ростъ ущемленной въ полости таза матки задерживается, наступаютъ разстройства кровообращенія, застой, кровоточенія въ *decidua*, ведущія къ выкидышу. Мочепускательный каналъ вытягивается и направленіе его измѣняется, такъ что наступаетъ задержка мочи. Это часто первый и главный симптомъ ущемленія ретрофлексированной беременной матки. Если вправленіе производится своевременно, то беременность продолжается; въ противномъ случаѣ наступаетъ выкидышъ. Могутъ наступить и весьма опасныя болѣзни мочевого пузыря.

Организмъ сильно страдаетъ отъ кровотеченій, болей, отъ неспособности къ труду, отъ разстройствъ пищеваренія и истерическихъ симптомовъ. Многія женщины, у которыхъ развилась послѣ первыхъ родовъ или выкидыша *retroflexio uteri*, становятся хронически больными.

Діагнозъ.— Чувство давленія въ тазу, запоры и кровоточенія указываютъ на *retroflexio*, въ особенности у женщинъ, часто рожавшихъ или имѣвшихъ выкидыши.

Измѣненіе положенія узнается прямымъ изслѣдованіемъ; *portio* прощупывается спереди у симфиза и по ней, идя кзади, можно дойти до тѣла матки. Оно обыкновенно увеличено, имѣетъ настолько характерную форму, что весьма трудно смѣшеніе. Идя по обѣимъ сторонамъ кверху удастся нерѣдко прощупать тотъ или другой яичникъ. Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о рожавшихъ женщинахъ, то я рекомендую всегда производить изслѣдованіе двумя пальцами; раздвигая вверху пальцы, мы не повреждаемъ *vulvam* и въ состояніи отлично ощупать края матки. Всегда необходимо комбинированное изслѣдованіе. Необходимо также изслѣдованіе *per rectum*. У *virgines* безусловно не слѣдуетъ немедленно приступать къ изслѣдованію *per vaginam*: изслѣдованія *per rectum* вполне достаточно для выясненія положенія матки.

Такъ какъ весьма часто мы имѣемъ дѣло съ худощавыми, изнуренными многорожавшими женщинами съ дряблыми брюшными покровами, то весьма

легко произвести комбинированное исследование. При толстых брюшных покровах опытный исследующий уловить передающееся при нормальных условиях давление на *rotio* через брюшные покровы и кишки, и констатирует отсутствие его при *retroflexio*.

При дифференциальном диагнозе необходимо иметь в виду всякую опухоль в *Douglas'*овом пространстве. Если исследование весьма болезненно, то следует отказаться на время от точного диагноза, конечно, в том случае, когда не имеется налицо симптомов, требующих быстрого терапевтического вмешательства. Прибѣгаютъ къ выжидательному лечению и стараются получить точный результат повторнымъ, осторожнымъ исследованиемъ. Грубымъ исследованиемъ можно принести громадный вредъ.

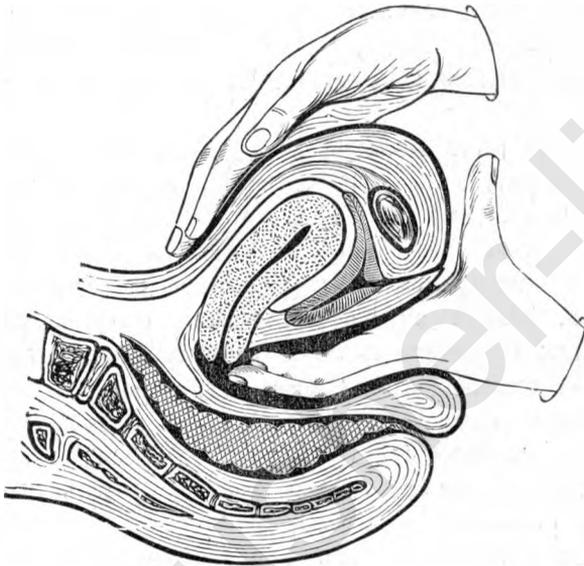


Рис. 134. Удавшееся вправление и положение рукъ при комбинированномъ исследованіи.

Если, напр., имеется *antepositio uteri* и если позади матки имеется экссудатъ или плодный мѣшокъ внематочной беременности, и если поставленъ диагнозъ ретрофлектированной матки и даже было произведено вправление в виду предполагаемой беременности, то легко можетъ наступить тяжелый периметритъ или смертельное кровотечение.

Пальцами производятъ поочередно осторожное давление во всѣхъ направленіяхъ, ощупываютъ каждую доступ-

ную точку въ тазу, передвигаютъ матку во всѣ стороны, отыскиваютъ опухоли и резистентныя мѣста вблизи матки и во всемъ тазу.

Если же исследование не болезненно, то следуетъ испытать, не вправима-ли матка. Больная лежитъ горизонтально съ слегка приподнятымъ копчикомъ. Во влагалище вводятъ два пальца, взади въ крестцовую ямку, и поднимаютъ матку возможно выше, такъ что ея и всѣ органы таза выдвигаютъ изъ таза въ брюшную полость. Чѣмъ выше удастся приподнять матку, тѣмъ лучше. Послѣ этого оттъсняютъ циркулярными поглаживаніями кишки, такъ что онѣ отходятъ кверху или, вѣрнѣе, при приподнятѣ крестцѣ, собираются въ сводѣ діафрагмы. Больная не должна при этомъ натуживаться. Лишь послѣ этого направляютъ пальцы паружной руки къ *mons pubis*, тотчасъ подъ пупкомъ.

Лежащими внутри пальцами идутъ спереди *portio* и оттѣсняютъ ее къ *promontorium*, какъ только пальцы наружной руки попали на заднюю стѣнку матки. Руки кладутъ такимъ образомъ, какъ это изображено на рис. 134; ими крѣпко удерживается матка, причемъ, производя растиранія и оттягивая матку кверху, отдѣляютъ спайки на задней ея поверхности. Тѣло матки легко смѣщаютъ вправо и влѣво, удерживая ее на одномъ уровнѣ противодавленіемъ. Этимъ легко убѣждаются въ томъ, имѣется-ли фиксація въ верхней части широкой связки, удалены-ли всѣ кишки съ верхней стѣнки матки и захвачена-ли дѣйствительно матка обѣими руками.

Послѣ этого отнимаютъ сначала верхнюю руку, потомъ слегка и нижнюю. Если при повторномъ изслѣдованіи матку находятъ постоянно антевертированной, то это служитъ доказательствомъ, что матка не представляетъ сращеній.

Если *retroflexio* сейчасъ же возвращается, то это зависитъ отъ фиксаціи маточной шейки спереди, отъ рубцовъ въ основаніи широкихъ связокъ или въ придаткахъ, отъ перитонеальныхъ перемычекъ или отъ укороченія задней влагалищной стѣнки, сморщенной вслѣдствіе существующей годами ретрофлексіи: матка „пружинить“ или сейчасъ же „отскакиваетъ“ назадъ.

Такимъ образомъ находятъ, напр., при весьма высокихъ *Emmet'*овскихъ разрывахъ тяжъ, который идетъ отъ самаго глубокаго мѣста разрыва, и мѣшаетъ вправленію матки вслѣдствіе передней фиксаціи. Эта фиксація часто бываетъ односторонняя, такъ что матка оттягивается снова къзади только на одной сторонѣ. Фиксирующія ложныя связки часто растяжимы: матка остается сначала антевертированной, но черезъ нѣсколько часовъ наступаетъ снова *retroflexio*. Это могутъ быть прямыя и косвенныя спайки съ подвижной *flexura sigmoidea*.

Вправление удается въ извѣстныхъ случаяхъ и при помощи зонда. Этотъ способъ, болѣе нѣжный при извѣстныхъ условіяхъ, чѣмъ ручное вправление, многими отвергается въ виду какихъ-то принциповъ. Въ теченіе 30 лѣтъ я производилъ неоднократно и весьма удачно вправление при помощи зонда, причемъ никогда не наблюдалъ ни несчастья, ни вреда. Если брюшныя стѣнки очень толсты, такъ что снаружи совершенно невозможно дѣйствовать, или если весьма чувствительна задняя стѣнка матки, то вправление безусловно слѣдуетъ производить при помощи зонда. Во многихъ случаяхъ вправление зондомъ даже гораздо легче и безболѣзненнѣе, чѣмъ ручное вправление, такъ какъ мы не производимъ прямого давленія на брюшину. Мягкій мѣдный зондъ вводятъ сначала въ совершенно прямомъ направленіи, высоко приподнимая рукоятку, т. е. зондъ приравливается къ положенію матки, а не наоборотъ. Введя маточный конецъ зонда, перегибаютъ рукоятку мягкаго зонда кверху, подъ прямымъ угломъ къ пальцамъ, лежащимъ во влагалищѣ. Послѣ этого наклоняютъ рукоятку зонда осторожно книзу.

Чтобы избѣгнуть прободенія, производить давленіе не концомъ зонда, а всей той его частью, которая лежитъ въ маткѣ и прилегаетъ къ передней стѣнкѣ полости матки; верхушку зонда стараются прощупать снаружи. Если при этомъ не удастся достичь дна матки, то зондъ сгибаютъ подъ острымъ угломъ, т. е. рукоятку перегибаютъ еще болѣе вверхъ. Послѣ этого рукоятку опускаютъ еще болѣе внизъ. Но какъ только наружной рукой достигли задней поверхности матки, то зондъ вытаскиваютъ зубами—такъ какъ обѣ руки лежатъ на маткѣ—и органъ остается между обѣими руками. Если имѣется помощникъ, то послѣдній можетъ удалить зондъ по командѣ.

Наружной рукой устраняютъ кишки и разрываютъ имѣющіяся спайки, такъ что подвижная матка несомнѣнно попадаетъ между обѣими руками. Внутренними пальцами сильно отбѣсняютъ вверхъ *portionem*, наружной рукой быстро схватываютъ пессарій и вводятъ его немедленно.

Эту процедуру немедленно прерываютъ, какъ только появляются боли или сильное кровотеченіе, указывающее на поврежденіе матки.

Предсказаніе при *retroflexio* зависитъ отъ того, была-ли больная пользована своевременно и правильно. *Retroflexio* излечима примѣненіемъ пессаріевъ. Если, однако, сильно ослаблены *Douglas*’овы складки и перитонеальныя прикрѣпленія, то удержать матку въ нормальномъ положеніи удается лишь при помощи вагинальныхъ пессаріевъ.

Леченіе.—Если отсутствуютъ всѣ типичныя симптомы, если находятъ *retroflexio*емъ случайно, то довольно безразлично, занимаетъ-ли матка правильное или неправильное положеніе. У молодыхъ женщинъ можно воздержаться отъ леченія при отсутствіи какихъ бы то ни было симптомовъ и если не увеличенная матка нечувствительна. Во всякомъ случаѣ обращаютъ вниманіе больной на типичныя симптомы—сильныя менструальныя кровотеченія, давленіе въ тазу, запоръ,—дабы не упустить времени для вмѣшательства. При наличности симптомовъ, не прямо указывающихъ на *retroflexio*, напр., мигрень, диспепсія, истерической кашель или запоръ, леченіе направляютъ противъ послѣднихъ.

Если безуспѣшность лекарственно-діететическаго леченія указываетъ намъ, что причину страданій составляетъ именно сама *retroflexio*, то больной надо прямо заявить, что, въ виду мѣстнаго характера страданія, необходимо примѣнить мѣстное же леченіе, т. е. выпрямить матку и удержать ее въ возстановленномъ нормальномъ положеніи при помощи извѣстнаго инструмента.

Если управленіе не легко, если больная сильно возбуждается болѣзненными неудачными попытками, если она выражаетъ сопротивленіе, такъ что нельзя дѣйствовать комбинированнымъ образомъ, то необходимо прибѣгать къ наркозу; матку выпрямляютъ и пессарій накладываютъ во время наркоза. Наркозъ показуется въ особенности у нерожавшихъ женщинъ и у дѣвственницъ, а также въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ спайки легко прощупываются, но не могутъ быть легко и быстро отдѣлены. *B. S.*

Schultze принадлежит заслуга отдѣленія сросшей матки подъ наркозомъ. Всякій, кто примѣнитъ этотъ способъ, удивится, какъ это дѣлается легко. Вмѣстательство само по себѣ—оставляя въ сторонѣ наркозъ—во всякомъ случаѣ менѣе опасно, чѣмъ продолжительное комбинированное выпрямленіе руками или при помощи зонда. Во многихъ случаяхъ, въ которыхъ тщетно стараются придать маткѣ нормальное положеніе, удается это подъ наркозомъ въ одинъ пріемъ. Со стороны влагалища поднимаютъ матку возможно выше и направляютъ пальцы наружной руки по задней поверхности матки навстрѣчу лежащимъ внутри пальцамъ. Медленно и осторожно поглаживаютъ вправо и влѣво, проникая при этомъ внизъ по задней поверхности матки. При этомъ ощущается нерѣдко разрываніе спаекъ. Какъ только удалось вправленіе, немедленно накладываютъ пессарій.

Во всякомъ случаѣ насильственное вправленіе подъ наркозомъ является менѣе опаснымъ и болѣе нѣжнымъ, чѣмъ сильное и болѣзненное выпрямленіе безъ наркоза. Здѣсь имѣются условія, весьма сходныя съ вывихомъ: опытный хирургъ быстро и нѣжно вправитъ вывихнутую конечность, начинающій измучаетъ больного. Въ настоящее время всѣ врачи производятъ вправленіе вывиха подъ наркозомъ, избѣгая такимъ образомъ мышечныхъ сокращеній и сопротивленія со стороны больного. Почему же не предоставить этого преимущества и больнымъ женщинамъ?

Кто вслѣдствіе ловкости не вуждается въ наркозъ, тотъ можетъ и не прибѣгать къ нему. Но начинающій поступитъ болѣе правильно, если будетъ наркотизировать до производства надъ больной своихъ неумѣлыхъ манипуляцій. Если припомнить, что мы сами достигли умѣнія леченія пессаріями лишь годами, то и другіе, прочитавъ главу объ измѣненіяхъ положенія, не станутъ сразу „знатоками“ дѣла. Начинаящіе, однако, научатся многому при производствѣ вправленій подъ наркозомъ, а именно: они получаютъ при этомъ совершенно другое представленіе о фиксированныхъ ретрофлексіяхъ: начинающіе находятъ часто „сросшенія“ тамъ, гдѣ опытному легко удастся вправленіе матки. Чѣмъ опытнѣе становится врачъ, тѣмъ болѣе убѣждается онъ, что плотныя сросшенія наблюдаются довольно рѣдко.

На основаніи вышеизложеннаго можно было бы предположить, что подъ наркозомъ вправленіе должно всегда удаваться; но это невѣрно. Мнѣ пришлось наблюдать, а также видѣть случайно при вскрытіяхъ или лапаротоміяхъ, многочисленные случаи, въ которыхъ вся задняя поверхность матки была приросшена до того крѣпко, что нельзя было проникнуть въ глубину между дномъ матки и позвоночнымъ столбомъ. Въ одномъ подобномъ случаѣ я нашелъ при лапаротоміи позади матки гематому, развившуюся вслѣдствіе частичнаго отдѣленія спаекъ, причѣмъ гематома не давала никакихъ симптомовъ. Асептическая сгущенная кровь лежала уже 8 дней на спайкахъ и между ними, не оказывая никакого вреда.

Въ другихъ случаяхъ матка до того мягка и драбла, что не представляетъ никакого механическаго значенія. Ее можно сдавить, она пере-

гибается при комбинированном давлении, ускользает от пальца, и пальцами не удается проникнуть на заднюю ее поверхность и разорвать спайки. Или же матка представляет сильное боковое фиксирование. Матка антевертируется съ громаднымъ трудомъ, вкладываютъ пессарій, но по прошествіи нѣсколькихъ часовъ или дней матка наклоняется снова въ сторону, появляется снова retroflexio и весь трудъ оказывается напраснымъ. Во многихъ случаяхъ воздѣйствію снаружи препятствуютъ слишкомъ толстыя брюшныя стѣнки или очень твердыя и напряженныя стѣнки у нерожавшихъ.

Не слѣдуетъ, однако, сразу все бросать. Повторное методическое подымание матки ¹⁾, оттягиваніе ее въ противоположномъ препятствію направленіи, поглаживаніе и нажиманіе по направленію задней поверхности высвобождаетъ матку и въ концѣ концовъ удается измѣнить ее положеніе: такимъ образомъ уничтожаются нерастяжимые, повидимому, рубцы. Мнѣ пришлось наблюдать случай, гдѣ ante flexio uteri была обусловлена весьма болѣзненной инфильтраціей и укороченіемъ *Douglas'*овой складки. Инфильтрація исчезла послѣ 2-хъ-недѣльнаго массажа, послѣ чего матка немедленно заняла положеніе ретрофлексіи.

Этимъ способомъ удается высвободить и вросшіе въ *Douglas'*ово пространство яичники, такъ что они поднимаются кверху, на свое нормальное мѣсто, гдѣ и остаются.

Если массажъ оказывается болѣзненнымъ, то его прекращаютъ и переходятъ къ леченію «отягощеніемъ». Во влагалище вводятъ кольпейринтеръ, соединяютъ его при помощи трубки съ бутылкой, содержащей 1 кило ртути. Больная лежитъ въ постели съ приподнятымъ тазомъ. Ртуть впускаютъ медленно въ кольпейринтеръ и оставляютъ его въ теченіе нѣсколькихъ часовъ. Послѣ этого вставляютъ мягкое, круглое каучуковое кольцо, въ 7 — 8 см. въ діаметрѣ у многорожавшей, въ 5 — 6 см. у нерожавшей. Этимъ дно оттѣняется кверху, высвобождается и становится подвижнымъ.

Примѣненіе этого способа противопоказуется при существованіи лихорадки и сильной болѣзненности.

Что касается опасности быстраго вправленія подъ наркозомъ, то смѣлость появилась у меня лишь постепенно. Меня поражало всегда, что можно было употребить громадную силу, причемъ почти не оставалось даже болей на мѣстѣ разорванныхъ спаекъ. По прекращеніи наркоза больныя почти всегда сразу же были въ состояніи ходить и работать.

Подобные случаи допускаютъ хорошее предсказаніе, можетъ быть вслѣдствіе того, что выпрямленная матка фиксируется на нормальномъ мѣстѣ.

Если матка выпрямлена, то она фиксируется пессаріемъ. При неза-

¹⁾ *Döderlein*. C. f. G. 1890, 127.—*Müller*, Münch. med. W. 1890, 323.—*Dührssen*, C. f. G. 1891, 400.—*Dollinger*, Die Massage. 1890.—*Bier*, Deutsche med. W. 1892, стр. 402.

старѣлыхъ перегибахъ и упругомъ влагалищѣ это возможно простымъ растягиваніемъ послѣдняго или фиксированіемъ *portionis*. Для этой цѣли болѣе всего пригодными оказываются пессаріи *Hodge*. При дрябломъ основаніи влагалища *portio* отклоняется снова вперед и матка возвращается въ положеніе ретрофлексіи.

Это происходитъ въ особенности въ томъ случаѣ, когда примѣняютъ слишкомъ мало изогнутые короткіе пессаріи. Въ виду этого лучше примѣнять сильно изогнутые пессаріи, какіе изображены на рис. 138.

Пессаріи приготовляются изъ стекла, олова, мѣдной проволоки, обтянутой каучуковой трубкой, изъ целлюлоида и твердаго каучука. Кольца

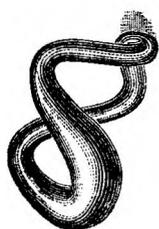


Рис. 135.

Пессарій *Thomas'a*.

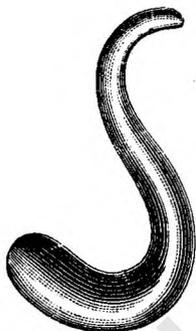


Рис. 136.



Рис. 137. Пессарій *Thomas'a* in situ.

изъ целлюлоида должны быть приготовлены изъ одной пластинки, а не прессованы въ формы. Въ виду этого дешевые сорта совершенно непригодны. Ихъ бросаютъ въ кипятокъ (но не въ тепловатую воду), въ которомъ они становятся быстро мягкими, вслѣдствіе чего можно имъ придать любую форму, которую они удерживаютъ при охлажденіи.

Столь же пригоденъ и твердый каучукъ. При подогреваніи на спиртовомъ пламени эти кольца легко гнутся; но при этомъ необходимо дѣйствовать крайне осторожно, чтобы каучукъ не прогорѣлъ. Пессаріи, приготовленные изъ трубокъ изъ твердаго каучука, можно сдѣлать гибкими путемъ кипяченія такимъ же образомъ, какъ и кольца изъ целлюлоида.

Кольца, обтянутыя каучуковой трубкой, въ настоящее время болѣе не употребляются, такъ какъ вызываютъ бѣли. Пессаріи изъ олова и алюминія недостаточно гладки, стеклянные слишкомъ тверды и тяжелы.

Изъ числа готовыхъ пессаріевъ наиболѣе употребительны пессаріи *Thomas'a* и рекомендуемые мною, изогнутые на-подобіе пессаріевъ *Thomas'a*, пессаріи *Hodge* (рис. 135, 136, 137, 138). Введеніе ихъ довольно затруднительно: часто весьма трудно провести толстый конецъ за *portio*. Но разъ этотъ пессарій вложенъ правильно, онъ лежитъ болѣе вѣрно,

чѣмъ всѣ остальные пессаріи; онъ фиксируетъ матку въ положеніи *anteversio*. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ—когда верхній конецъ не былъ достаточно толстымъ—я наблюдалъ, что дно матки ретрофлектировалось сбоку пессарія. Въ большинствѣ, однако, случаевъ пессарій лежитъ хорошо. Можетъ быть это случайность, но при примѣненіи подобныхъ пессаріевъ я наблюдалъ весьма часто наступленіе беременности; причина состоитъ можетъ быть въ томъ, что эти пессаріи менѣе другихъ препятствуютъ *coitus*. Хорошее вліяніе оказываетъ можетъ быть и растяженіе «*resertaculi seminis*».

Такія же услуги оказываютъ и сильно изогнутые пессаріи *Hodge*, примѣненіе которыхъ болѣе легко и которыми задній влагалищный сводъ растягивается менѣе сильно, чѣмъ пессаріемъ *Thomas'a* (рис. 138). Они приготавливаются изъ целлюлоида.

Такъ какъ въ общемъ мы имѣемъ одинаковыя анатомическія условія, то вполне достаточно одной формы пессарія, но различной величины.

Другой путь былъ избранъ *Schultze*, который фиксировалъ *portio*пешъ вверхъ не косвенно, но непосредственно. *Schultze* примѣнялъ восьмиобразные пессаріи; на рис. 139 и 140 изображены двѣ формы.



Рис. 138. Сильно изогнутый пессарій *Hodge*.



Рис. 139. Восьмиобразный изогнутый пессарій.

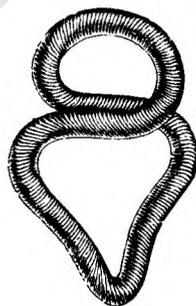


Рис. 140.

Пессарій вводятъ косо во влагалище, чтобы обойти выступъ мочеиспускательнаго канала. Верхнее кольцо, изготовленное по величинѣ *portio*пешъ, прижимаютъ по возможности сильнѣе къ задней стѣнкѣ влагалища, рычагообразными движеніями нижняго кольца захватываютъ *portio*пешъ верхнимъ кольцомъ. Послѣ этого изслѣдуютъ подъ пессаріемъ *portio* въ верхнемъ кольцѣ.

Explogatio per anum имѣетъ громадное значеніе въ томъ случаѣ, если узкое влагалище не допускаетъ *explogationem per vaginam* сбоку или подъ лежащимъ пессаріемъ. Послѣ этого испытываютъ, не появляется-ли боль при подыманіи кверху нижняго кольца, можетъ-ли больная свободно садиться съ пессаріемъ, наклоняться, вставать, ходить. Если эти движенія

тѣла возможны безъ всякихъ разстройствъ, и если во время дефекаціи пессарій не смѣстился и больная въ состояніи мочиться совершенно свободно, то пессарій оставляютъ лежать, онъ пригоденъ. Тѣмъ не менѣе больную необходимо снова изслѣдовать черезъ нѣсколько дней.

Если больная жалуется на боли, то необходимо выяснитъ, не вызывается ли боль пессаріемъ. Для этой цѣли производятъ осторожное давленіе на нижнее кольцо кверху и производятъ инструментомъ движенія во влагалищѣ во всѣ стороны. Если при этихъ движеніяхъ, которыя производятъ постепенно все сильнѣе, не появляется болей, то болѣзненные ощущенія нельзя отнести исключительно насчетъ давленія пессарія, въ виду чего мы вправѣ оставить пессарій и выжидать. Если же боли появляются при движеніяхъ, въ особенности въ направленіи кверху, то удаляютъ пессарій,

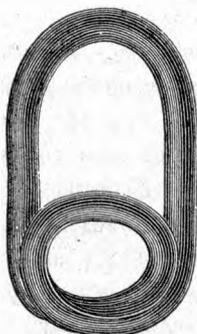


Рис. 141. Пессарій *Hodge*, измѣненный авторомъ, съ поперечной перекладиной для фиксированія *portio* спереди.



Рис. 142. Онъ-же сбоку.

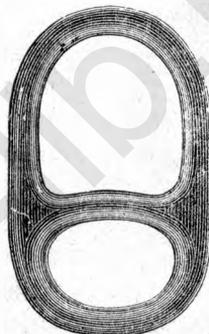


Рис. 143. Эта-же форма, приготовленная изъ мягкаго каучука.

укорачиваютъ его или придаютъ ему другую форму; однимъ словомъ, мы выясняемъ, нельзя ли устранить боли измѣненіемъ формы и величины пессарія. Если больная жалуется на разстройство, задержку мочеиспусканія, то изгибаютъ нижній конецъ кзади такимъ образомъ, чтобы имъ не прижимался мочеиспускательный каналъ къ симфизу. Пессаріи вводятъ обыкновенно въ спяномъ положеніи, но введеніе ихъ удается и въ боковомъ положеніи.

При введеніи въ боковомъ положеніи больная не въ состояніи ретрофлексировать натуживаніемъ вправленную матку, вообще, не въ состояніи примѣнить настолько брюшной прессъ, что получается препятствіе для введенія инструмента. Оттягиваніемъ промежности мы получаемъ достаточно мѣста для манипулированій. Контролированіе положенія пессарія со стороны влагалища или прямой кишки становится весьма легкимъ.

Schultze и его ученики примѣняютъ и такъ называемый санний пессарій (рис. 144).

При этомъ пессаріи *portio* лежитъ между обоими, торчащими кверху

концами. Матка подымается кверху *in toto*, флексія слегка сглаживается, такъ что матка какъ бы стоитъ въ пессаріи. Я уже давно не употребляю эту форму.

Чѣмъ дольше лежитъ пессарій, тѣмъ лучше; самымъ короткимъ срокомъ является четверть года. Пессарій удаляютъ на пробу и вкладываютъ его снова, какъ только возвращается флексія или обусловленные ею разстройства. Часто, хотя имѣется снова ретрофлексія, большую можно, тѣмъ не менѣе, считать «выздоровѣвшей», такъ какъ во время нормальнаго положенія уменьшилось опуханіе матки, исчезли осложненія и маленькая матка, не взирая на ретрофлексію, не даетъ никакихъ симптомовъ. Случаи, однако, въ которыхъ послѣ ношенія пессарія, положеніе матки остается навсегда нормальнымъ, вовсе не такъ рѣдки, какъ это обыкновенно полагаютъ.



Рис. 144. Санный пессарій *Schultze*.

Если больная забеременѣваетъ, то пессарій оставляютъ до половины беременности, избѣгая такимъ образомъ ущемленія беременной, ретрофлексированной матки. На 10-й день послѣ родовъ снова накладываютъ пессарій, но уже не пессарій *Thomas'a*, а одинаково изогнутый пессарій *Hodge*. Въ этихъ случаяхъ дѣлаютъ еще недѣлями вяжущія спринцеванія. Необходимо слѣдить за стуломъ. Такимъ образомъ излечиваются многія ретрофлексіи.

Если пессарій не вызываетъ бѣлей, то спринцеванія дѣлаютъ лишь въ теченіе нѣсколькихъ дней послѣ менструаціи, съ цѣлью удаленія крови, употребляя для этого 30,0 соды, 30,0 алкоголя на 1 литръ воды или 1 стол. л. *Liq. Alsoli* на 1 литръ воды. Частое выниманіе и очистка пессарія совершенно излишни.

Если появляются бѣли, то назначаютъ спринцеванія. Сильнѣе дѣйствуютъ: *Acidi salicylici* 20, *Alcohol*. 200. DS. 2 стол. л. на 1 литръ воды въ 28—29° R. Если бѣли становятся гнойными, кровянистыми, то необходимо удалить на время пессарій.

Производятъ изслѣдованіе при помощи зеркала и направляютъ леченіе противъ имѣющихся часто эрозій.

У дѣвочекъ, или при узкой *vulva* и воздержаніи отъ *coitus*, часто можно отказаться отъ спринцеваній. Во всякомъ случаѣ совершенно неправильно производить спринцеванія ежедневно. Безусловно не слѣдуетъ употреблять чистую воду, такъ какъ водою разрыхляется влагалище, что въ свою очередь еще болѣе предрасполагаетъ къ бѣлямъ. Если бѣлей не имѣется, то нѣтъ и необходимости въ спринцеваніяхъ, если же бѣли имѣются, то слѣдуетъ примѣнять вяжущія. Большіе пессаріи сильно раздражаютъ стѣнку задняго влагалищнаго свода. Если при помощи зеркала *Sims'a*, при оттягиваніи *portionis*, осматривать задній влагалищный сводъ, то онъ представляется нерѣдко краснымъ, гиперэмированнымъ, покрытымъ эрозіями.

Плохо полированные пессарии быстро теряют блескъ или гладкость въ заднемъ влагалитномъ сводѣ, они становятся шероховатыми и сдираютъ механически эпителий. Въ подобныхъ случаяхъ пессарій необходимо замѣнить новымъ.

При существованіи остраго периметрита леченіе необходимо сначала направить противъ воспаленія.

При незначительныхъ воспалительныхъ явленіяхъ самое большее, что можно сдѣлать, это ввести мягкое кольцо *Mayer'a*. Мнѣ пришлось неоднократно наблюдать, что при сильной болѣзненности, въ особенности при ходьбѣ, больныя чувствовали значительное облегченіе послѣ введенія колець *Mayer'a*. Приходится также наблюдать, особенно въ послѣродовомъ періодѣ, что матка занимаетъ впослѣдствіи нормальное положеніе, такъ что оно было достигнуто исключительно выпрямленіемъ при помощи подобнаго кольца.

Оперативное леченіе ретрофлексіи ¹⁾.—Леченіе пессаріями имѣетъ то неудобство, что врачъ не можетъ отдѣлаться отъ больной, больная отъ врача. Многимъ женщинамъ крайне не нравится это продолжительное леченіе, онѣ требуютъ отъ врача „полнаго излеченія“. При леченіи пессаріями этого никогда нельзя обѣщать съ положительностью. Бѣдныя пациентки не въ состояніи платить врачу, купить пессарій; онѣ крайне нуждаются въ быстромъ излеченіи, имъ необходимо работать. Но и врачъ въ настоящее время мало доволенъ леченіемъ, которое является исключительно палліативнымъ. Въ виду этого уже давно возникло желаніе достигнуть способа безусловнаго излеченія ретрофлексій матки.

Показаніе существуетъ въ томъ случаѣ, если имѣется необходимость въ исправленіи аномальнаго положенія матки, между тѣмъ какъ леченіе пессаріями безуспѣшно или невозможно. Безуспѣшно леченіе пессаріями при сращенияхъ, которыя, хотя и допускаютъ временное вправленіе, но всегда снова ретрофлектируютъ матку надъ или сбоку пессарія. Немыслимо леченіе пессаріями и въ томъ случаѣ, если пессарій не переносится, если больная не въ состояніи прибѣгать къ подобному леченію. Если вполне выяснено, что способность къ работѣ мыслима лишь при правильномъ положеніи матки, то единственнымъ исходомъ представляется или оставить больную больной или прибѣгнуть къ оперативному леченію. При сильной дисменорреѣ, при пораженіи придатковъ, въ особенности если не приходится обращать болѣе вниманія на бракъ и рожденіе дѣтей, удаляютъ одновременно яичники и трубы.

¹⁾ *W. Alexander*, Behandlung von Retroflexion u. Prolapsus uteri durch die neue Methode der Verkürzung der lig. rotunda. — *Zeis*, C. f. G. 1895, стр. 689. — *Olshausen*, C. f. G. 1886, 43; 1888, стр. 388. — *Leopold*, ibid. 1888, 161; 1891 317. — *Czerny*, Beitr. Z. klin. Chir., 1889, IV, 164. — *Gottschalk*, C. f. G. 1889, 35. — *Küstner*, C. f. G. 1889, 1567; Samml. kl. V., 1890, 9. — *Leopold*, Samml. kl. V. 96. — *Martin*, Deutsche med. W., 1889, 39. — *Zinsmeister*, Wiener med. Bl., 1889, 487. — *Frommel*, C. f. G. 1890, 94. — *Gottschalk*, ibid. 1891, 397. — *Veit*, Z. f. G. XVIII, 352. — *Zweifel*, C. f. G. 1890, 689. — *Leopold*, C. f. G. 1891, 118. — *Engström*, ibid. 189, 918. — *Braun*, ibid. 596. — *Flaischlen*, C. f. G. 1031. — *Asch*, C. f. G. 1892, стр. 251.

Уже нѣсколько лѣтъ тому назадъ *Köberlé* фиксировалъ вслѣдствіе заповровъ матку спереди тѣмъ, что удалилъ яичникъ и вшилъ культю его въ рану живота. Далѣе при старыхъ способахъ оваріотоміи, съ экстраперитонеальнымъ леченіемъ культи, фиксировали весьма часто матку вблизи брюшной раны. *Olshausen* былъ первый, рѣшившійся на лапаротомію для этой цѣли, но съ намѣреніемъ, со строго опредѣленнымъ терапевтическимъ желаніемъ. *Olshausen* пришивалъ обѣ сосѣднія съ маткой части широкихъ связокъ.

Другіе операторы, между ними и я, пришивали уже съ перваго случая дно матки непосредственно къ брюшной стѣнкѣ.

Операцію производятъ при высокомъ положеніи таза, такъ что кишки, уходя въ сводъ діафрагмы, вовсе не мѣшаютъ.

Разрѣзъ живота при подвижной маткѣ и тонкихъ брюшныхъ покро-

вахъ дѣлаютъ небольшой, такъ чтобы можно было проникнуть въ него двумя пальцами. *Küstner* дѣлаетъ еще надъ лобковыми волосами или на верхней ихъ границѣ поперечный кожный разрѣзъ, стягиваетъ этотъ разрѣзъ сагиттально и разрѣзаетъ подъ нимъ брюшныя покровы сагиттально. Вслѣдствіи трудно найти хорошо зажившій разрѣзъ. Два пальца вводятъ глубоко за дно матки и высвобождаютъ ими матку изъ *Douglas'*ова пространства. Въ нижній

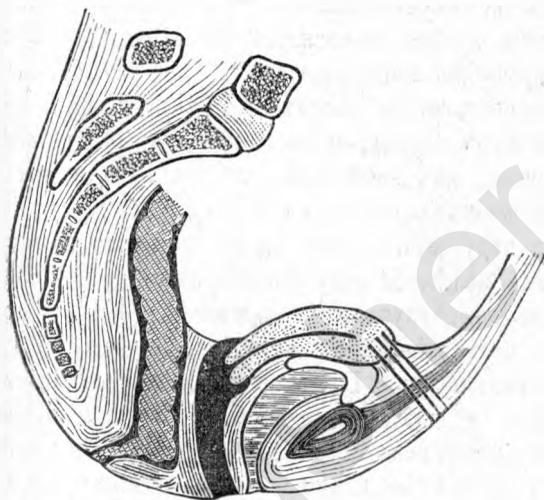


Рис. 145. Ventrofixatio.

уголъ раны владываютъ брюшное зеркало, матка становится ясно видимой. Какъ только дно матки станетъ видимымъ въ глубинѣ, проводятъ черезъ него маленькой, сильно кривой иглой нитку, при помощи которой матку втягиваютъ въ брюшную рану. Или дно захватываютъ тонкими *Museux'*евскими щипцами и оттягиваютъ матку кверху. Получаемыя при этомъ поврежденія не имѣютъ никакого значенія, такъ какъ находятся на мѣстѣ послѣдующей фиксаціи. Матку можно также приподнять зондомъ и вдавить ее въ брюшную рану. Если произошла перфорация, то она не имѣетъ никакого значенія, такъ какъ отверстіе находится въ области искусственнаго сращенія. Послѣ этого пришиваютъ 6 швами брюшину и стѣнку, *fasciam transversam*, такъ какъ прямая мышца не имѣетъ здѣсь фасціи, ко дну матки. Для этихъ швовъ необходимъ не всасывающійся матеріалъ, лучше всего нитки. При кѣгутѣ

возможны рецидивы. Но отнюдь не слѣдуетъ пришивать матку къ мышцѣ или къ верхней фасціи или кожѣ живота. Вполнѣ достаточно плотнаго пришиванія къ брюшинѣ. При старомъ способѣ фиксированія матки къ кожѣ и прямой мышцѣ живота я наблюдалъ сильныя боли во время беременности, а у женщинъ изъ рабочаго класса—неспособность къ тяжелой работѣ. Убѣдившись пальцемъ, что кишки не находятся спереди матки, закрываютъ рану брюшины непрерывнымъ катгутовымъ швомъ; при маленькой ранѣ это будетъ кisetный шовъ. Закрывъ полость брюшины, закрываютъ рану брюшныхъ покрововъ, причѣмъ швомъ не слѣдуетъ захватывать два матки. При этомъ способѣ вентрофиксациі полость живота открытой остается очень непродолжительное время, исключена возможность попаданія крови, влѣдствіе чего незначительна и опасность.

Успѣхъ получается блестящій. Если изслѣдовать по прошествіи нѣсколькихъ лѣтъ, то матку находятъ еще антевертированной, но дно не прилегаетъ болѣе столь плотно къ брюшнымъ покровамъ—развивается новая связка, *ligamentum suspensorium fundale medium*, длиною въ 1—4 см., которая остается и по окончаніи нѣсколькихъ беременностей.

Если одновременно съ вентрофиксацией нужно произвести удаленіе патологически измѣненныхъ придатковъ или если матка фиксирована, то разрѣзъ брюшной стѣнки необходимо сдѣлать болѣе длиннымъ, такъ какъ

лишь при возможности видѣть спайки возможно и увѣренное ихъ разрѣзаніе. Тонкія спайки прямо разрываютъ. Болѣе толстыя, длинныя, тяжёобразныя, въ которыхъ могутъ проходить сосуды, разрѣзаютъ ножницами, перевязавъ ихъ предварительно на двухъ мѣстахъ катгутомъ. Короткія и плотныя спайки разрѣзаются такимъ образомъ, что рѣзущій инструментъ направляютъ по возможности ближе къ маткѣ. Въ противномъ случаѣ легко поранить кишки. *Küstner* горячо стоитъ за отдѣленіе спаекъ *Paque-lin*'омъ.

Если имѣются сращения, напримѣръ, съ толстой кишкой, и ихъ нельзя отдѣлить безъ опасности, то производятъ искусственную фиксацию довольно широко и плотно. Послѣ этого, съ теченіемъ времени, ложныя связки разрыхляются и растягиваются. Успѣхъ получается и такимъ образомъ.

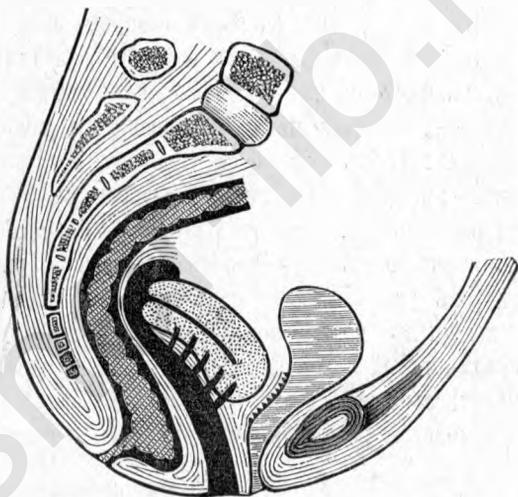


Рис. 146. Vaginofixatio.

При спайкахъ сальника или срощеніяхъ *appendices epiploicae* удаляютъ принципиально все, что было срощено; эти части, конечно, при этомъ лишаются эндотелія, вслѣдствіе чего сростаются снова на другихъ мѣстахъ. Если не придерживаться этой предосторожности, то легко возможно, что вслѣдствіе продолжительныхъ болей, обусловленныхъ новыми срощеніями, напр. яичниковъ, придется произвести вторичную лапаротомію.

Если къ брюшной стѣнкѣ пришиваютъ не дно, а уголь матки, то спереди два можетъ попасть сальникъ и здѣсь фиксироваться. Въ подобныхъ случаяхъ появляются сильнѣйшія боли при тѣлесныхъ напряженіяхъ. Въ одномъ подобномъ случаѣ мнѣ пришлось произвести лапаротомію и резецировать часть сальника. Оказалось совершенно невозможнымъ вытащить фиксированный между брюшными стѣнками и передней стѣнкой матки сальникъ.

Можетъ потребоваться при ретрофлексіи и полная экстирпація матки.

Въ пользу этой операціи говоритъ фактъ, что въ общемъ предсказаніе при полной экстирпаціи со стороны влагалища болѣе благопріятно, чѣмъ при лапаротоміи, что не наблюдаются грыжи, что не имѣется послѣдующихъ болѣзней, которыя могли бы развиваться вслѣдствіе образовавія эксудата на культяхъ. Кромѣ того, менѣе сильными представляются и общія разстройства напр. приливы, въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ удалены всѣ внутренніе половые органы, а не только яичники. Наконецъ, матка безъ трубъ и яичниковъ совершенно бесполезный органъ для женщины. Матку безусловно слѣдуетъ удалять при существованіи перелоя. У молодыхъ больныхъ, у которыхъ матка могла бы принести еще много пользы, производство искалѣчивающей операціи будетъ прямо преступленіемъ. Намъ извѣстны многочисленные случаи, въ которыхъ женщины благополучно рожали послѣ производства вентрофиксаціи.

Вагинофиксація ¹⁾

До производства *Olshausen*'омъ вентрофиксаціи, *Schücking*'омъ былъ примѣненъ другой способъ — *вагинофиксація*. *Schücking* вводилъ черезъ влагалище закрытую иглу въ матку. Игла выдвигалась, прокалывала дно матки и выводилась на передней стѣнкѣ влагалища, вблизи мочеиспускательнаго канала. Послѣ этого вдѣвалась въ иглу нитка, которая вмѣстѣ съ иглой проводилась обратно по тому же пути. Концы нитки, изъ которыхъ одинъ торчалъ изъ *portio*, другой — изъ стѣнки влагалища, послѣ этого завязывалась. Этимъ получалась сильная *anteflexio*. Приживленіемъ дна къ отверстию укола желали достигнуть стойкой *антефлексіи* матки. Этотъ способъ болѣе не примѣняется. Вмѣсто него введена вагинофиксація. Вагинофиксацію можно произвести легко и почти безъ всякой опасности. Но эта операція мыслима лишь въ томъ случаѣ, если — безъ или подъ наркозомъ — удастся ручное вправленіе матки. При исполнѣ фиксированной маткѣ

¹⁾ *Schücking*, C. f. G. 1888, 181; 1890, 123; 1891, 392. — *Saenger*, C. f. G. 1888. 17, 34, 102; 1891, 305, 889. — *Dührssen*, Z. f. G. XXV, стр. 368. — *Mackenrodt*, Deutsch. m. W. 1892, 491; Z. f. G. XXIV, 315. — *Glaeser*, C. f. G. 1892, 893.

вагинофиксация противопоказуется. Она была мною испытана и въ этихъ случаяхъ, но притянутая насильно къ влагалищу матка быстро смѣщалась обратно. Пространства, получаемого спереди вслѣдствіе вскрытія Cav. vesico-uterini, недостаточно для отдѣленія плотныхъ сращеній позади матки. Въ этихъ случаяхъ вскрывали и *Douglas'*ово пространство, разрывали сращения, вставляли дренажъ, получали запусѣваніе *Douglas'*ова пространства и достигали такимъ образомъ излеченія ретрофлексіи.

При вагинофиксациі производятъ продольный разрѣзъ влагалища, отъ portio до области выступа мочеиспускательнаго канала, причеиъ подъ самой portio дѣлаютъ справа и слѣва по маленькому поперечному разрѣзу въ 1½ стм. длиною. При достаточной растяжимости влагалища можно и не дѣлать этихъ поперечныхъ разрѣзовъ. Во всякомъ случаѣ, продольный разрѣзъ слѣдуетъ предпочитать поперечному, такъ какъ при поперечномъ разрѣзѣ неизбѣжно разрѣзаются боковыя, сильно кровотоцашіе сосуды и подвергаются опасности мочеточники. Мочевой пузырь отсепаpовывается черезъ продольный разрѣзъ. Если отсепаpовка недостаточна, то при отгѣсненіи кверху легко раздавить пузырь. Если, невзирая на малый размѣръ поперечнаго разрѣза, сбоку кровоточатъ gami vaginales, то ихъ необходимо тщательно перевязать для предупрежденія наступленія, иногда опаснаго для жизни, послѣдующаго кровоточенія. Выше было сообщено объ одномъ случаѣ, окончившемся смертельно. Пузырь сильно оттягиваютъ кверху, portio — книзу. Полость брюшины вскрываютъ давленіемъ пальца. Послѣ этого отпускаютъ portionem, такъ что она смѣщается кверху, и вытаскиваютъ маленькими крючечками или маленькими щипцами матку. Первый крючокъ вкалываютъ надъ portio, второй—на 1 стм. выше и т. д. Кверху проникаютъ до тѣхъ поръ, пока дно, т. е. верхняя поверхность матки, не придется въ отверстіе брюшины. Какъ только покажется дно матки, проводятъ толстую кривую иглу черезъ стѣнку влагалища, подъ оттянутымъ кверху пузыремъ черезъ переднюю стѣнку матки, и выводятъ ее черезъ другой край раны влагалища.

Матку и рану влагалища сшиваютъ такимъ образомъ, что матка тѣсно прилегаеть къ влагалищу. Получается гладкая, легко рубцующаяся, глубокая рана.

Эта операція неоднократно была модифицирована, такъ что здѣсь нельзя упомянуть о всѣхъ измѣненіяхъ. *Mackenrodt* пытался сдѣлать безопасной эту операцію тѣмъ, что пришивалъ матку не къ стѣнкѣ влагалища, а къ брюшинѣ пузыря: *vesicofixatio*. Этимъ гарантируется извѣстная подвижность матки. Было также предложено не вскрывать брюшины и пришивать fundus uteri къ оттянутой кверху брюшинѣ.

Въ послѣднее время намъ стало извѣстно о многихъ случаяхъ, въ которыхъ наступали многочисленныя осложненія во время беременности вагинофиксированной матки. Приходилось производить кесарево сѣченіе, такъ какъ маточный зѣвъ фиксированной матки приходился высоко кзади и кверху и ребенокъ не могъ быть изгнанъ потугами. Этой опасности

не наступаетъ при фиксаціи матки къ брюшинѣ или пузырю; но кто можетъ гарантировать, что, невзирая на нагноеніе и воспаленіе во время заживленія, не наступитъ все-таки плотнаго соединенія съ влагалищемъ?

Эти несчастные случаи заставили многихъ операторовъ совершенно отказаться отъ этой операціи. Другіе, между ними и я, производятъ ее лишь въ томъ случаѣ, если о зачатіи не можетъ быть болѣе и рѣчи. У молодыхъ большихъ я комбинируваль съ вагинофиксаціей т. наз. «обезпложиваніе» по *Kehrer*'у, т. е. двухстороннюю резекцію трубъ и погруженіе маленькой культи у маточнаго угла подъ брюшину.

Операція *Alexander*'а.

Самая старая операція стала снова самой новой! Уже десятки лѣтъ тому назадъ *Alquié* предложилъ при выпаденіи матки отыскивать круглыя связки, черезъ кожный разрѣзъ у *Mons Veneris*, выводить ихъ наружу и этимъ достигать выпрямленія матки. Эта операція была предложена *Alexander*'омъ для исправленія положенія ретрофлексированной матки. Въ последнее время за эту операцію стоятъ преимущественно *Werth* ¹⁾ и *Küstner* ²⁾, *Asch* ³⁾ и мн. др.

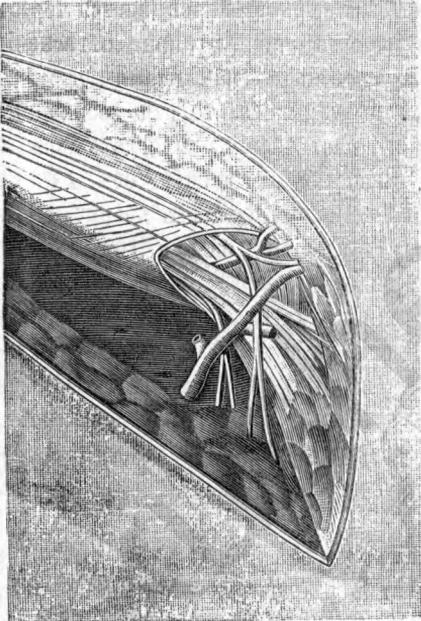


Рис. 147. Позе операціи при операціи *Alexander*'а-*Adam*'а по *Waldeyer*'у.

На рис. 147 мы видимъ выходъ изъ пахового канала круглой связки и лучеобразное ея распространеніе. Поверхъ, слегка косо кнутри и кверху, отдавая нѣсколько вѣточекъ, проходитъ *vena pudenda externa*, изъ которой, при перерѣзкѣ, вытекаетъ темная кровь. Подъ нею идетъ *perveus ileoinguinalis*. Изъ пахового же канала, надъ круглой связкой и подъ названнымъ нервомъ, проходитъ вѣточка *venae spermaticae externae*.

Операція производится у тощихъ больныхъ довольно легко, у тучныхъ иногда весьма трудно. Послѣ вправленія матки и вкладыванія удерживающаго правильное положеніе матки пессарія, дѣлають сначала слѣва разрѣзъ, длиною отъ 6 до 8 см., начиная отъ *tuberculum rubis* параллельно *Poupart*'овой связкѣ. Обнаживъ поверхностную фасцію, отыскивають паховой каналъ. Серповидную границу его кверху и кнаружи

¹⁾ *Werth*, A. f. G. XLVII, Festsch. z. Feier etc., 1894.

²⁾ *Küstner*, C. f. G. 1895, № 7.

³⁾ *Calmann*, C. f. G. 1897, стр. 97.

легко опухать пальцемъ. Кромѣ того, видна выпячивающаяся жировая масса. Если не удастся найти пахового канала, то отыскиваютъ tuberculum на кости и направляютъ отъ него кнаружи. Во всякомъ случаѣ ошибиться легче въ томъ случаѣ, если каналъ отыскиваютъ слишкомъ кнаружи, чѣмъ слишкомъ кнутри. Мнѣ непонятно, для чего нѣкоторые операторы разрѣзаютъ паховой каналъ: мнѣ всегда удавалось окончить операцію безъ поврежденія фасціи. Содержимое пахового канала вытѣсняется съ круглой связкой вытаскивается пинцетомъ. Это легко сказать, но подчасъ весьма трудно исполнить, хотя и здѣсь зависитъ все отъ навыка; изъ числа приблиз. 60 операцій мнѣ не удалось найти связку всего два раза. Изолированную связку захватываютъ пальцами и вытаскиваютъ; въ глубинѣ связку пришиваютъ къ окружающимъ частямъ, къ фасціи.

Шовъ въ глубинѣ долженъ закрыть паховой каналъ, чѣмъ избѣгается образованіе грыжи. Швомъ не должна обхватываться вся связка, имъ должна фиксироваться лишь боковая часть, не нарушая такимъ образомъ питанія связки. Не менѣе 4—5 стм. связки должны быть пришиты къ фасціи. Въ двухъ случаяхъ мнѣ удалось получить одновременно и излеченіе имѣвшихся у больныхъ паховыхъ грыжъ. Въ одномъ случаѣ мнѣ удалось прощупать черезъ грыжу, покрытую буграми вслѣдствіе туберкулеза, трубу и резецировать послѣднюю.

Послѣ этого производятъ операцію на другой сторонѣ. Конецъ связки, который освобожденъ теперь на протяженіи 10—12 стм., отдѣляется отъ tuberculum inoerectinum, захватывается зажимнымъ пинцетомъ, проталкивается черезъ жиръ Montis Veneris, такъ что приходится въ рану другой стороны. Здѣсь пришиваютъ къ фасціи правый конецъ слѣва, лѣвый справа, немного ниже или выше прежняго мѣста прикрѣпленія. Послѣ этого закрываютъ кожную рану Silkworth. Я болѣе не произвожу отдѣленія всего Mons Veneris однимъ дугообразнымъ разрѣзомъ: рана получается большихъ размѣровъ и заживаетъ менѣе хорошо, чѣмъ двѣ боковыя раны.

При этой операціи дѣлаютъ лишь кожныя раны. Рубецъ, лежащій въ волосахъ, не виденъ, рана заживаетъ обыкновенно асептично, первично. Рецидивы появляются лишь въ томъ случаѣ, если круглая связка была перетянута слишкомъ сильно, такъ что атрофировалась, если была отрѣзана слишкомъ коротко, или если пессарій, который оставляютъ, пока больная въ постели, былъ удаленъ слишкомъ рано или забыли его вести.

Критика вышеописанныхъ операцій.—Безусловно существуютъ случаи, въ которыхъ каждая изъ трехъ операцій даетъ хорошій результатъ, такъ что выборъ операціи является скорѣе дѣломъ вкуса. Если операторъ примѣнялъ всегда одинъ, «свой» способъ, если онъ имъ вполне владѣетъ и не владѣетъ другими, значитъ, если онъ вправѣ довѣрять себѣ и своимъ успѣхамъ, то отчего не отдавать ему предпочтеніе «своему» способу? Но при этомъ онъ не долженъ впадать въ ошибку и считать способы другихъ авторовъ непригодными.

Ventrofixatio безусловно самый вѣрный способъ, но оя сопряженъ съ опасностью вскрытія полости брюшины. Хотя въ настоящее время эта опасность и невелика, — у меня не было ни одного смертельнаго исхода при этомъ способѣ, — тѣмъ не менѣе возможно развитіе непроходимости кишекъ, какъ и при всѣхъ чревоувечіяхъ вообще. Вторая опасность состоитъ въ возможности развитія грыжи и въ наступленіи беременности. Можетъ развиться грыжа надъ вентрофиксированной маткой. Послѣ совершенно правильнаго срощенія рег ргіаш я наблюдалъ при вентрофиксацияхъ неоднократно развитіе маленькихъ грыжъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ пришлось мнѣ даже повторять операцію, такъ какъ сальникъ представлялъ плотное срощеніе съ грыжей, вслѣдствіе чего появились нестерпимыя боли. Причину составляло, по моему мнѣнію, неправильное соединеніе брюшины или разрывъ брюшиннаго шва вслѣдствіе рвоты тотчасъ послѣ операціи. Во всякомъ случаѣ, при столь небольшомъ разрывѣ и хорошемъ швѣ опасность развитія брюшной грыжи незначительна.



Рис. 148. Операція *Alexander*'а.

Новѣйшими статистическими данными доказано, что беременность можетъ протекать совершенно нормально. Рѣдки также случаи выкидыша. Не подлежитъ, однако, сомнѣнію, что случаются и разстройства во время беременности: мнѣ пришлось наблюдать нѣсколько случаевъ, въ которыхъ больныя должны были во время беременности оставаться недѣлями въ постели; роды тѣмъ не менѣе были правильны. Составляли ли причину срощенія сальника или случайное срощеніе дна матки, выяснить было очень трудно. Если желаютъ при операціи ретрофлексіи достигнуть вѣрнаго результата, то я предпочитаю и въ настоящее еще время вентрофиксацию всѣмъ другимъ способамъ, въ особенности у дѣвицъ, которыхъ желаютъ сдѣлать способными къ труду.

Но главнымъ образомъ слѣдуетъ производить вентрофиксацию въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ имѣются неотдѣлимые срощенія матки или одновременно поврежденіе придатковъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ я находилъ срощенія сальника съ яичникомъ или трубой, причемъ не предшествовали ни перелой, ни выкидышъ. По моему мнѣнію, срощенія сальника могутъ обуславливаться и хроническими запорами, въ особенности же прямыми

травмами живота (ударъ, паденіе), безъ инфекціи, преимущественно у дѣвицъ. Предрасполагающимъ моментомъ служить необычайная длина большого сальника, доходящаго до тазовой полости.

Если причина болѣзни находится въ брюшной полости, то необходимо проникнуть и въ нее. Интереснымъ представляется фактъ, что не отдѣлимая во время операціи поверхностныя сращения задней стѣнки исчезаютъ иногда самопроизвольно. Нѣсколько разъ я пришивалъ брюшные покровы на ретровертированную матку, которую нельзя было сдѣлать подвижной, такъ что на мѣстѣ шва получалась глубокая воронка. Воронка исчезла постепенно, брюшные покровы, вслѣдствіе наклонности принять свою естественную форму, отдѣлили въ концѣ концовъ матку сзади.

Вагинофиксацию не слѣдуетъ производить при фиксированной маткѣ. Я и это испыталъ, надѣясь, что влагалище, наравнѣ съ брюшными покровами вызоветъ антефлексію матки вслѣдствіе постоянного вытяженія. Къ сожалѣнію, однако, получилось ослабленіе вагинальнаго сращения. Матка, насильно притянутая къ влагалищу, снова отдѣлилась и вскорѣ представляла опять ретрофлексію. Успѣхъ наступилъ лишь послѣ *ventrofixatio* съ отдѣленіемъ сращеній.

Вагинофиксацию я не рекомендую производить и при совершенно дѣвственномъ влагалищѣ. Что она возможна, это констатировано мною и многими другими врачами, но я находилъ весьма некрасивые рубцы, такъ какъ не имѣется возможности точно осмотрѣть и соединить узкое влагалище. Несчастнаго исхода мнѣ не приходилось наблюдать, но мнѣ извѣстны случаи поврежденія мочеточниковъ, свищей пузыря, а также настолько сильнаго образованія рубцовъ въ передней стѣнкѣ влагалища, что наступало смѣщеніе уретры и получалось недержаніе мочи. Рубецъ пришлось разрѣзать поперечно и соединить продольно для оттягиванія книзу *orificiі urethrae*.

Переходимъ къ опасности беременности ¹⁾. *Dührssen* и *Mackenrodt* полагаютъ совершенно основательно, что при этомъ опасности не существуетъ. Но развѣ операторы, производящіе въ настоящее время, опытной и неопытной рукой, различными гинекологическія операціи, въ состояніи предупредить опасность слишкомъ плотнаго сращения, и не можетъ-ли впослѣдствіи, совершенно неожиданно, наступить слишкомъ плотное, обширное сращеніе, напр. при вторичномъ кровотеченіи и сосѣднемъ перитонитѣ? Опытъ показалъ, что это легко возможно!

Кромѣ того, остаются еще рубцы влагалища, дѣлающіе совокупленіе почти невозможнымъ, далѣе контрактуры мочевого пузыря, которыя мнѣ удалось доказать цистоскопіей, страданія пузыря, обусловленныя введеніемъ нитей или прямой травмой.

Если пришлось наблюдать подобные случаи, если пришлось видѣть, что женщина, оперированная вслѣдствіе незначительныхъ разстройствъ, сильно страдала или должна была даже подвергаться во время родовъ кесаревому

¹⁾ *Strassmann*, A. f. G., L. H. 3.—*Graefe*, M. f. G. II, H. 6.—*Wertheim*, C. f. G. 1896, стр. 25.—*Rühl*, C. f. G. 1895, стр. 147.—*Dietrich*, C. f. G. 1899.

сбъченію, съ смертельнымъ исходомъ, то совершенно понятнымъ становится желаніе замѣнить вагинофиксацию другой операцией, болѣе отвѣчающей жѣли. Если я въ состояніи совершенно устранить несчастныя послѣдствія, зачѣмъ мнѣ ими рисковать вообще?

Въ общемъ я все-таки предостерегаю отъ производства вагинофиксациі.

Значитъ, если при подвижной retroflexio рѣшено достигнуть оперативнаго излеченія, то безусловно самой безопасной операцией является операція *Alexander-Adam'a*. При этомъ мы не имѣемъ опасностей лапаротоміи, не получаемъ обезображиваній влагалища или пузыря, избѣгаемъ опасностей при послѣдующей беременности!

Prolapsus uteri et vaginae ¹⁾.

Въ этомъ отдѣлѣ мы рассмотримъ вмѣстѣ опущенія влагалища и матки, причѣмъ мы раздѣляемъ различныя формы слѣдующимъ образомъ:

1. Изолированное опущеніе стѣнки влагалища; а) передней: cystocele; б) задней стѣнки: rectocele; с) обѣихъ стѣнокъ.
2. Первичное опущеніе стѣнки влагалища съ опущеніемъ матки.
3. Первичное опущеніе матки съ inversio vaginae.

1. Изолированное опущеніе стѣнки влагалища.

При родахъ передняя стѣнка влагалища и маточная губа отбѣсняются книзу проходящей головкой, причѣмъ сдвигается и укорачивается все влагалище. Это наблюдается въ особенности при ригидности маточнаго зѣва, при раннемъ отхожденіи водъ и при опуханіи передней маточной губы. Нерѣдко видна тотчасъ позади vulva, при раздвиганіи срамныхъ губъ, до и короткое время послѣ родовъ, синебагровая губа маточнаго зѣва. Передняя сдвинутая книзу стѣнка влагалища разрыхляется во всѣхъ ея соединеніяхъ. Такъ какъ брюшныя покровы еще слишкомъ велики и тяжело лежатъ на кишкахъ, такъ какъ полный пузырь давить на увеличенную и тяжелую матку, то внутренніе половые органы не поднимаются кверху, но остаются въ тазу, пока не наступитъ инволюція. Лишь въ томъ случаѣ, если наступаетъ правильная инволюція матки и прилегающей къ ней плотной соединительной ткани у основанія широкихъ связокъ и брюшины, rogitio снова отходитъ кверху и кзади. Если же роды повторяются довольно часто, то всегда остается незначительное опущеніе передней стѣнки влагалища и незначительная cystocele.

Громадное значеніе имѣютъ и мышцы тазового дна. Когда ребенокъ прорѣзается, то levator ani растягивается насильственно и прижимается къ спинкѣ таза. Если levator остается дряблымъ, то между обими половинами остается широкое пространство. Нижняя часть влагалища лишается опоры и опускается.

¹⁾ *Meassner*, Der Vorfall der Gebärmutter etc. 1821.—*Froviop*, Chirurgische Kupfertafeln IV.—*Virchow*, Gesamm. Abhandl., стр. 812.—*v. Franqué*, Der Vorfall der Gebärmutter и т. д. 1860.—*Huguier*, Sur les allongements hypertroph. etc. 1860.—*Tauffer*, Deutsche med. W., 1877, 22—25.—*Herbst*, Historisch-kritische Darstellung der Operationen des Prolapsus uteri. Diss. 1881.

Этіологическое значеніе имѣть и разрывъ промежности, такъ какъ при немъ уничтожается опора для тазового дна: сзади отсутствуетъ нормальная опора для передней стѣнки. Между тѣмъ какъ при нормальныхъ условіяхъ (ср. рис. 120) передняя стѣнка прилегаетъ къ задней, при разрывѣ промежности передняя стѣнка можетъ опуститься по задней, имѣющей теперь вертикальное направленіе, и появиться въ самомъ *introitus vaginae* (рис. 149).

При этомъ существуетъ застойный отекъ или по меньшей мѣрѣ гиперемія влагалища. Срединная часть влагалища вдается въ *introitus vaginae* спереди и сзади въ видѣ выступовъ, между тѣмъ какъ сбоку остались прикрѣпленія нетронутыми. На опущенномъ влагалищѣ лежитъ непосредственно пузырь: *Cystocele*.

Если родильница встаетъ, то плохо инволютированная толстая стѣнка влагалища опускается болѣе и болѣе. Не вытекающая изъ *Cystocele* моча, находящаяся подъ внутрибрюшнымъ давленіемъ, отбѣсняетъ стѣнку влагалища — *columna rugarum* — въ *vulvam* и впереди ея.

За влагалищемъ слѣдуетъ зачастую и матка, которая ретровертируется, хотя она можетъ сохранять и вполнѣ нормальное положеніе, несмотря на существующее годами сильное опущеніе влагалища. Пока матка не заняла

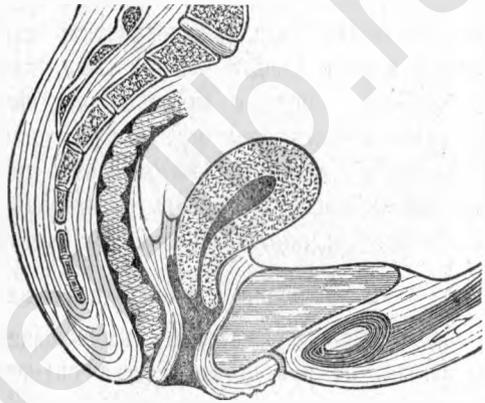


Рис. 149. Матка къ концу послѣродового періода. Задняя стѣнка влагалища разрушена разрывомъ промежности и имѣетъ вертикальное направленіе. Передняя стѣнка влагалища, лишенная опоры, опускается, гипертрофируется, тянетъ за собою матку, начинается выпаденіе.

положенія ретроверсии, пока не наступило разрыхленіе ея специальныхъ скрѣпленій, она не опускается. Часто находятъ у старыхъ, а также и у молодыхъ женщинъ передніе и задніе *prolapsus vaginae* въ и спереди *vulva*, между тѣмъ какъ матка лежитъ антевертированной нормально высоко.

Если *Sphincter ani* разорванъ, то *rectocele* не развивается. Если же разорваны промежность и влагалище, между тѣмъ какъ сохранился *Sphincter ani*, то надъ сфинктеромъ выпячивается, при хроническомъ растяженіи *ampullae recti* каломъ, сильно наклоненная впереди стѣнка прямой кишки. Но и при сохраненной промежности и хроническомъ запорѣ, развивается *rectocele*, нерѣдко даже у нерожавшихъ. Если она не опорожняется методически клизмами, то происходитъ постепенное ея увеличеніе.

Во всякомъ случаѣ, при *rectocele* прямая кишка участвуетъ первично, влагалище — лишь вторично. Не влагалище оттягиваетъ прямую кишку

книзу — для этого имѣются слишкомъ слабыя соединенія, — происходитъ расширеніе прямой кишки, которая и выпячиваетъ влагалище.

Выпаденіе передней стѣнки комбинируется нерѣдко съ выпаденіемъ задней стѣнки, такъ что оба выпаденія отдѣлены другъ отъ друга поперечной линіей и лежатъ спереди или въ vulva, въ особенности при натуживаніи. Боковыя соединенія влагалища съ подлежащей частью оказываются при этомъ еще крѣпкими.

До сихъ поръ мы разсматривали опущеніе нижней половины влагалища. Но и верхнія стѣнки опускаются нерѣдко первично. Такимъ образомъ происходитъ нерѣдко, что при сильной ante-flexio нарушается связь между пузыремъ и маткой и опускается во влагалище excavatio utero-vesicalis. Ненормально растянутымъ можетъ представляться и Douglas'ово пространство; въ подобномъ случаѣ пространство между обѣими Douglas'овыми складками образуетъ какъ-бы грыжевое отверстіе, черезъ которое могутъ пройти кишки или патологическое содержимое (Ascites, тонкостѣнные опухоли яичника) въ Douglas'ово пространство, расширяя последнее и выпячивая его во влагалище. Если въ опустившейся excavatio vesico-uterina или въ Douglas'овомъ пространствѣ имѣются кишки, которыя можно діагностицировать со стороны влагалища, то мы имѣемъ дѣло съ *Enterocoele vaginalis anterior* или *posterior*.

2. Опущеніе стѣнки влагалища съ опущеніемъ матки.

Несомнѣнно существуютъ изолированныя переднія и заднія выпаденія влагалища, но при этомъ слегка опущенной оказывается обыкновенно и матка, хотя она и находится еще въ положеніи нормальной anteversio. Если же матка находится въ retroversio, то общее опущеніе происходитъ гораздо быстрѣе. Совершенно неправильно говорить о плотномъ соединеніи пузыря съ шейкой; это подтверждается ежедневнымъ гинекологическимъ наблюденіемъ. Пузырь не соединенъ съ маткой, отъ которой легко отдѣляется, а плотно соединенъ съ влагалищемъ. Если влагалище оттягиваетъ матку кверху, то за нимъ слѣдуютъ матка и пузырь. Послѣдствіемъ опущенія является застой и гипертрофія влагалищной стѣнки. Уже безъ того толстый выступъ середины влагалища раздвигаетъ постепенно срамныя губы. Если же vagina лежитъ уже спереди vulva, то гиперемія усиливается, одинаковымъ образомъ, какъ и при гематомѣ головы, вслѣдствіе разницы давленія.

Въ этой гипереміи участвуетъ и portio, и нижняя часть матки. Portio и шейка ретровертированной, опустившейся матки гипертрофируются циркулярно и въ длину.

Передняя стѣнка влагалища и portio опускаются постепенно настолько, что находятся спереди vulva (рис. 158). Матка опускается какъ вслѣдствіе своей тяжести, такъ и брюшного давленія; снизу она не подкрѣпляется, лежитъ при этомъ ретровертированной и находится по оси таза и виситъ лишь на внутрибрюшинныхъ перитонеальныхъ связкахъ и на со-

единительной ткани основанія широкихъ связокъ. Передній влагалищный сводъ отсутствуетъ, задній имѣется, хотя стоитъ болѣе низко.

Если выпаденіе увеличивается, если имѣющіяся еще скрѣпленія матки ослабѣваютъ, то исчезаетъ и задній сводъ влагалища: тѣло матки лежитъ еще въ тазу, но *portio, cervix*, влагалище находятся спереди *vulva*. Въ подобномъ случаѣ значительно увеличивается циркулярная гипертрофія и утолщеніе стѣнокъ влагалища (см. рис. 150 и 151).

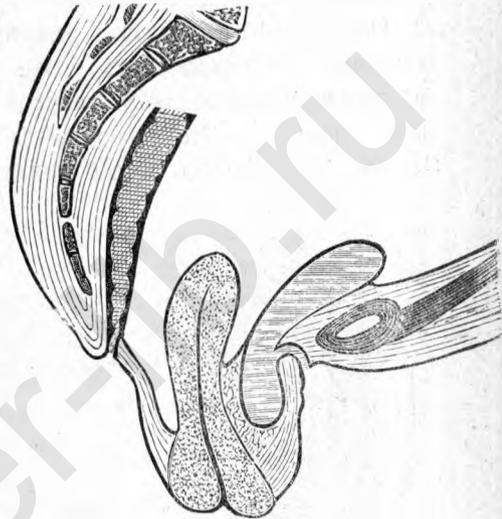
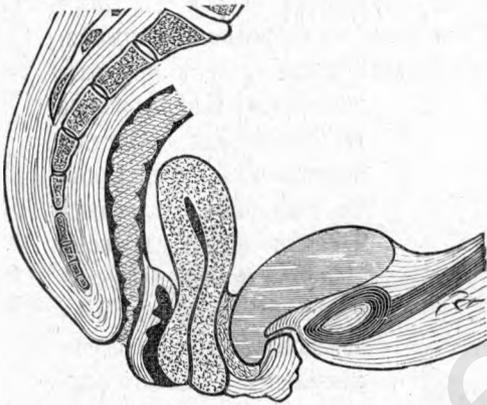


Рис. 150. Выпаденіе передней стѣнки влагалища. — Опущеніе матки, задній влагалищный сводъ еще имѣется. Гипертрофія *portionis mediae cervicis*.

Рис. 151. Полное выпаденіе матки и обвѣхъ влагалищныхъ стѣнокъ. — Сильное утолщеніе *portionis et vaginae* у мѣста прикрѣпленія, циркулярная гипертрофія матки.

3. Первичное опущеніе матки съ выворачиваніемъ влагалища.

Если матка ретровертирована, опускается первично, поддается все болѣе и болѣе давленію сверху, то опускаются одновременно и прикрѣпленія влагалища. Влагалище какъ бы отдѣляется маткой отъ подлежащихъ частей, инвертируется, выворачиваются и выпадаетъ вмѣстѣ съ нею.

Въ нормально протекающемъ послѣродовомъ періодѣ брюшина снова инволютируется, окружающая и поддерживающая матку соединительная ткань параметрія достигаетъ прежней плотности. Если инволюція нарушена воспаленіемъ или гипереміей, если соединительная ткань *lig. lata* представляется по окончаніи воспаленія атрофированной, то матка слѣдуетъ внутрибрюшному давленію книзу. При нормальномъ положеніи матки могла бы развиться лишь усиленная *anteversio*. При ретроверсіяхъ, однако, матка опускается книзу, какъ это нами изображено на рис. 149. Выпаденію способствуетъ потеря жира во время беременности или послѣ продолжительной болѣзни. Такимъ образомъ *retroversio* и выпаденіе можетъ развиться послѣ тифа. Мнѣ пришлось наблюдать случаи остраго

развитія выпаденія у рожениць; это была прислуга, которая тотчас послѣ выписки изъ клиники принималась за тяжелую работу.

Ретроверсія является предварительнымъ стадіемъ выпаденія, которое, конечно, не наступаетъ въ томъ случаѣ, если ретроверсія превращается въ типичную ретрофлексію. При этомъ *portio* и передній влагалищный сводъ отходятъ кверху.

Это первичное выпаденіе матки съ вторичной инверсіей и выпаденіемъ влагалища. Результатъ подобнаго процесса изображенъ на рис. 150.

Одинаковымъ образомъ развиваются опущенія матки съ инверсіей влагалища у нерожавшихъ, даже у дѣвиць. Въ подобныхъ случаяхъ имѣется врожденное слабое развитіе фасцій, служащихъ опорой для тазовыхъ органовъ. Это доказывается и частымъ осложненіемъ грыжами. Случаи, въ которыхъ матка выпадаетъ тотчасъ послѣ родовъ при рас-

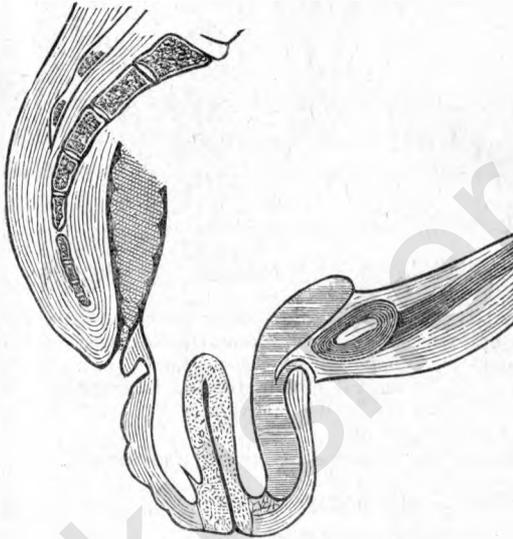


Рис. 152. Первичное выпаденіе матки послѣ ретроверсіи, безъ гипертрофіи матки.

щепленіемъ тазѣ, являются типичными для отсутствія нормальныхъ соединеній. Въ подобныхъ случаяхъ матка не всегда слишкомъ тяжела или гипертрофирована, а слишкомъ подвижна вслѣдствіе дряблости влагалища и слабого развитія связочнаго аппарата. Слабость можетъ быть приобретенной. Типичными представляются тѣ случаи, въ которыхъ акушерки вставляютъ безъ всякой причины кольца все большихъ и большихъ размѣровъ, такъ что влагалище становится все болѣе и болѣе широкимъ, дряб-

лымъ и короткимъ. Матка опускается книзу, половыхъ органовъ. Въ одномъ случаѣ мнѣ пришлось даже наблюдать положеніе антеверсіи совершенно выпавшей матки у нерожавшей, при сильно растянутомъ влагалищѣ.

Чаще всего случаи, въ которыхъ дѣйствуютъ и вызываютъ выпаденіе всѣ вредные моменты: разрывъ промежности, дряблое влагалище, атрофія соединительной ткани, уступчивое тазовое дно, первичное образование *cystocele*, ретроверсія и ослабленные перитонеальные соединенія.

Съ другой стороны, при очень большихъ разрывахъ промежности и при неспособномъ функционировать влагалищѣ, но при сохраненіи верхнихъ скрѣпленій матки, мы находимъ зачастую нормальную антеверсію.

У новорожденныхъ были наблюдаемы врожденныя выпаденія матки въ видѣ порока развитія, въ соединеніи съ *spina bifida lumbosacralis*¹⁾.

Анатомія.—При описаніи анатоміи намъ необходимо рассмотретьъ матку, влагалище, брюшину, прямую кишку и мочевоѣ пузырярь.

Матка при выпаденіи гипертрофирована, въ особенности въ нижней, лежащей экстраперитонеально части, т. е. книзу отъ внутренняго маточнаго зѣва: имѣется гипертрофія шейки. При этомъ шейка не только утолщена, но часто и удлинена настолько, что лежитъ спереди наружныхъ половыхъ частей, хотя дно матки находится на нормальной высотѣ. Матка виситъ на передней стѣнкѣ влагалища или на *agcus rubis*. Между тѣмъ какъ прежде матка оттягивалась влагалищемъ, она теперь удерживается послѣднимъ.

Болѣе всего понятнымъ становятся эти отношенія при рассмотрѣніи схематическаго рисунка, составленнаго *Schröder*'омъ.

Если отдѣлъ влагалищной, части, обозначенный на рис. 153, буквою *a*, гипертрофированъ, то мы получаемъ хоботообразную *portio* (см. рис. 121), при которой передній и задній влагалищные своды остаются на своихъ мѣстахъ; это состояніе не имѣетъ ничего общаго съ описываемымъ здѣсь выпаденіемъ. Если гипертрофирована *b*, *portio media*, то получается картина, изображенная на рис. 150, стадій выпаденія матки. Если гипертрофирована *c*, *portio supravaginalis*, то получается картина, изображенная на рис. 151: полное выпаденіе.

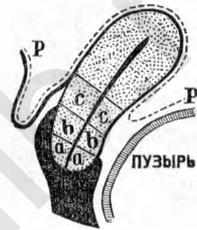


Рис. 153. Раздѣленіе матки по *Schröder*'у, для пониманія анатоміи выпаденія; *a* *portio vaginalis*, *b* *portio media*, *c* *portio supravaginalis*, *p* *peritonium*.

Это анатомическое раздѣленіе не слѣдуетъ понимать такимъ образомъ, что первично гипертрофируется шейка и вторично смѣщаются сидяція на ней части. Если бы надвлагалищная часть матки гипертрофировалась первично, то она должна была бы расти по направленію къ полости живота, какъ это мы наблюдаемъ при хроническомъ метритѣ, при образованіи опухолей или при беременности. Если же матка опустилась первично, такъ что отсутствуетъ этиологически важный переходный стадій опущенія влагалища, застоя и гипертрофіи, то безусловно отсутствуетъ и гипертрофія шейки (см. рис. 152), если положеніе *portionis* впереди срамной щели не ведетъ къ гипертрофіи выпавшей части.

Впослѣдствіи матка подвергается старческой инволюціи, но въ большинствѣ случаевъ влияніе существовавшей во время развитія выпаденія гипертрофіи до того стойко, что даже на 60 или 70-мъ году жизни матка представляется весьма большой.

Если шейка сильно гипертрофирована, то увеличенными представляются обыкновенно и сосѣднія части влагалища. Увеличеннымъ и укороченнымъ представляется и соединеніе (рис. 150 и 151) пузыряря съ маткой.

¹⁾ *Krause*, C. f. G. 1897, стр. 422.

Разстояніе мѣста прикрѣпленія влагалища до мѣста перегиба брюшины увеличено. Въ другихъ случаяхъ, въ которыхъ неувеличенная матка лежитъ полностью въ выпаденіи, разстояніе отъ влагалища до excavatio vesico-uterina представляется гораздо меньше (рис. 152).

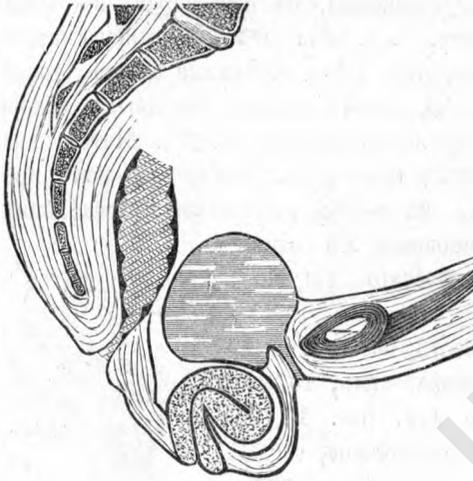


Рис. 154. Ante-flexio uteri при выпаденіи. Полное отдѣленіе пузыря отъ матки, пузырь и прямая кишка лежатъ на задней поверхности матки и соприкасаются здѣсь между собою.

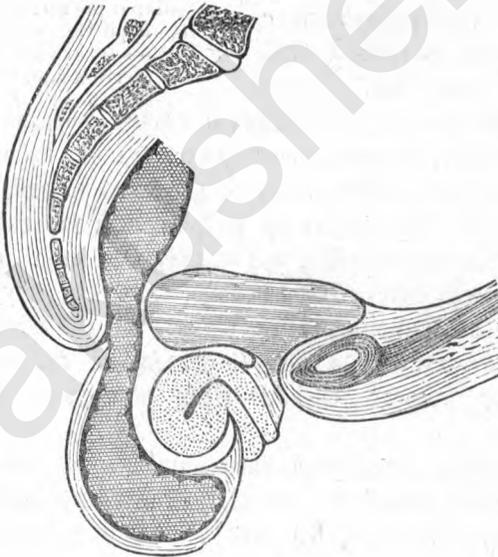


Рис. 155. Retro-flexio uteri при выпаденіи, значительная rectocele.

Если portio представлялась до развитія выпаденія неправильной, напирь сильно надорванной, то и выпаденіе получить неправильную форму. Каналь шейки можетъ быть совершенно открытымъ, зиять, т. е. обѣ губы выворочены.

Матка представляетъ иногда перегибъ. Она или слишкомъ дряблая, такъ что положеніе ея измѣнчиво, или уже до выпаденія существовалъ перегибъ, который и продолжаетъ существовать. При ante-flexio дно матки настолько вкѣдряется между мочевымъ пузыремъ и шейкой, что пузырь совершенно отдѣленъ отъ матки; это служитъ лучшимъ доказательствомъ рыхлости соединенія между пузыремъ и маткою (см. рис. 154).

Но возможна и retro-flexio; на рис. 155 изображенъ подобный случай, съ значительной rectocele, по Freund'у.

Наконецъ, матка можетъ быть вывороченной, инвертированной, т. е. имѣется prolapsus uteri inversi (см. рис. 156).

При зондированіи мы находимъ нерѣдко атрезію канала шейки, которая локализуется обыкновенно въ области внутренняго маточнаго зѣва. Развитіе атрезіи находится въ зависимости отъ эндометритическихъ процессовъ.

При фиксаціи матки вверху, а также и безъ нея, шейка старческой матки утончается и удлинняется настолько, что прощупывается черезъ стѣнку влагалища въ видѣ трубки, толщиною въ карандашъ.

Брюшина оттягивается маткой. Въ то время какъ маточные концы *Douglas'*овой складки выражены обыкновенно совершенно ясно (рис. 152), къ *peritoneum parietale* не удается ихъ прослѣдить. Растяженію подвергаются и широкія связки. Брюшина крѣко сидитъ за *linea innominata*. *Sacum Douglasii* сохранено или, вѣрнѣе, брюшина прилегасть позади *portio* къ задней стѣнкѣ влагалища, такъ что при ея разрѣзѣ легко проникнуть въ полость брюшины. Спереди, однако, подъ самымъ тѣломъ матки, брюшина переходитъ на мочевой пузырь, такъ что *excavatio vesicouterina* не представляется углубленной. Далѣе, влагалищная стѣнка отодвигается удлиненной шейкой. Разъ мы знаемъ, что нормальная шейка длиною въ 7 сантиметровъ, между тѣмъ какъ выпавшая равняется 12 см., то мы можемъ безошибочно отнести $4\frac{1}{2}$ —5 см. на долю гипертрофіи шейки. Значитъ, мѣсто прикрѣпленія влагалища будетъ находиться отъ *excavatio vesicouterina* на разстояніи $4\frac{1}{2}$ см. Если, однако, первично выпадаетъ матка и имѣется вторичная инверсія влагалища, значитъ, выпавшая матка не удлинена *in toto*, то и при отсутствіи какой бы ни было гипертрофіи шейки брюшина находится надъ самымъ мѣстомъ прикрѣпленія влагалища къ шейкѣ.

Лежащія снаружи выпавшія части подвергаются въ острыхъ случаяхъ отечному опуханію. При постепенно развивающемся выпаденіи часто значительно увеличивается часть, лежащая спереди *vulva*, такъ что переднезадній діаметръ влагалищной части, на уровнѣ прикрѣпленія влагалища, можетъ равняться 6—8 см.: циркулярная гипертрофія.

Если влагалище лежитъ продолжительное время спереди *vulva*, то слизистая оболочка становится сухой, твердой какъ кожа. На опухшей отечной части появляются нерѣдко язвы, пигментация, разрывы и потери вещества. Было наблюдаемо даже образованіе свищей вслѣдствіе подобной, глубокой язвы на пузыре-влагалищной стѣнкѣ.

Влагалищныя стѣнки сильно утолщены, въ особенности на мѣстѣ прикрѣпленія матки (рис. 151).

Прямая кишка не соединена съ влагалищемъ настолько плотно, чтобы

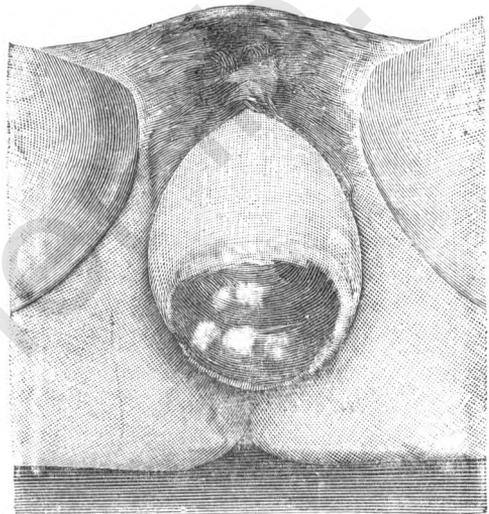


Рис. 156. Полное выпаденіе матки съ выворачиваніемъ влагалища. Большая язва на *portio*, рубцующаяся мѣстами.

она должна была слѣдовать за опускающейся задней стѣнкой влагалища. Напротивъ, при вскрытіяхъ или на спиртныхъ препаратахъ, мы находимъ, даже при полномъ выпаденіи, пустую сморщенную прямую кишку правильно расположенной. Если прямая кишка, какъ показано на рис. 155, выходить вмѣстѣ съ влагалищемъ спереди наружныхъ половыхъ частей, то часть кишки находится ниже задняго прохода; здѣсь можетъ произойти застои кала, жидкія части всасываются, плотныя части остаются лежать. При небольшихъ ректоцеле, напротивъ, прямая кишка сокращается послѣ дефекаціи, хотя остаются маленькіе комки.

Мочевой пузырь слѣдуетъ за передней влагалищной стѣнкой, отчасти вслѣдствіе того, что соединеніе между ними весьма плотно, отчасти вслѣдствіе прижатія пузыря къ влагалищной стѣнкѣ внутрибрюшнымъ давленіемъ. Такъ какъ уретра нижней своей половиной плотно прикрѣплена, то передній желобъ уретры не въ состояніи слѣдовать за этими движеніями. Въ виду этого перегибается книзу пузырь и верхняя половина мочеиспускательнаго канала, въ особенности задній его желобъ, развивается расширеніе верхней части уретры и cystocele (ср. рис. 149—152). Внутреннее расширенное отверстіе мочеиспускательнаго канала лежитъ приблизительно по срединѣ мочевого пузыря, представляющаго форму песочныхъ часовъ. Изъ нижней части пузыря не выдѣляется моча. Зондомъ всегда удается констатировать нижнее выпячиваніе пузыря, хотя бы матка и прощупывалась тотчасъ надъ влагалищемъ.

Симптомы и теченіе.—Во время развитія выпаденія матки женщины жалуются какъ на боли въ животѣ—растяженіе перитонеальныхъ соединеній, такъ и на давленіе и напираніе книзу. Въ виду существованія cystocele имѣются обыкновенно разстройства мочеиспусканія, при существованіи rectocele—запоры. Если больная натуживается при дефекаціи, то наступаетъ непріятное ощущеніе, «что-то выходитъ». Для полного опорожненія прямой кишки больная должна отбѣснять rectocele рукой. Если prolapsus лежитъ спереди vulva, то это затрудняетъ больную при ходьбѣ и работѣ, въ особенности въ томъ случаѣ, если prolapsus представляется воспаленнымъ, опухшимъ вслѣдствіе механическихъ вліяній и нечистоты. Если недоступны врачебная помощь, покой и уходъ, то состояніе больной становится плачевнымъ, причѣмъ prolapsus можетъ даже омертвѣть частью или полностью. Съ другой стороны, весьма часты и случаи, въ которыхъ больныя вовсе не жалуются и считаютъ совершенно излишней врачебную помощь.

Менструація обыкновенно слегка сильнѣе нормальной. Можетъ наступить беременность, если выпаденіе вправляется въ лежачемъ положеніи и coitus становится, вслѣдствіе этого, возможнымъ. Въ подобномъ случаѣ увеличивающаяся матка остается въ полости живота и больная на время излечена. При внезапномъ развитіи выпаденія появляются обыкновенно жестокія боли, такъ что наступаютъ шокъ и обмороки. Можетъ присоединиться воспаленіе брюшины. Послѣ изнуряющихъ болѣзней развивается иногда внезапное выпаденіе безъ всякихъ симптомовъ.

Изъ вышеизложеннаго ясно вытекаетъ, что теченіе хроническое. Болѣзнь можетъ тянуться годами, приостанавливаясь подъ влияніемъ леченія. Наблюдается даже самопроизвольное излеченіе послѣ родовъ, даже безъ воспаленія брюшины. Излеченіе понятно въ томъ случаѣ, если матка фиксируется эксудатами и рубцами.

Діагнозъ. — Діагнозъ хотя и легокъ, но всегда необходимо весьма тщательное изслѣдованіе. Мнѣ пришлось экстирпировать фибромы и другія опухоли влагалища, которыя, принятія за выпаденіе, были годами лечимы пессаріями.

При выпаденіи изслѣдуютъ сначала въ стоячемъ положеніи, заставляють больную натуживаться и тянуть за *portio*, чтобы убѣдиться, насколько выходитъ матка. Вытягиваніе прекращаютъ немедленно, какъ только появляется незначительная боль. Если выпаденіе вправлено уже больно́й, то заставляютъ ее сильно натуживаться при наклоненной впередъ верхней части туловища, съ цѣлью получить снова выпаденіе.

Послѣ этого изслѣдуютъ, въ лежачемъ положеніи больно́й, сначала влагалище, имѣется ли еще передній или задній сводъ влагалища и какой глубины послѣднее. Во-вторыхъ, изслѣдуютъ зондомъ со стороны пузыря, пальцемъ со стороны прямой кишки, не имѣется ли *cysto-* или *rectocele*. Далѣе опредѣляютъ зондомъ длину матки, комбинарованнымъ изслѣдованіемъ величину, подвижность, форму и возможность вправленія матки.

Леченіе ¹⁾. — Профилактика выпаденій совершенно тождественна съ правилами вѣрнаго веденія родовъ и послѣродового періода. Въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ имѣется склонность къ выпаденію, необходимо у роженицы уже съ перваго дня опорожнять пузырь и прямую кишку, держать роженицу въ боковомъ положеніи, назначать эрготинъ и дѣлать съ пятаго дня сильно вяжущія впрыскиванія (*Aluminis 20* и *Alcohol. 50* на 1 литръ воды). Если при вставаніи появляется напираніе книзу, если развивается *retroversio*, то леченіе предпринимають противъ послѣдней, указаннымъ выше способомъ.

Если существуетъ слабость пузыря, какъ это часто бываетъ у тучныхъ женщинъ въ послѣродовомъ періодѣ, если при смѣхѣ, чиханіи и натуживаніи происходитъ произвольное вытеканіе мочи, то вставляютъ эксцентрической, полой, твердый кольцеобразный пессарій (рис. 157).



Рис. 157. Эксцентрической пессарій изъ твердаго каучука. Толстая часть лежитъ кверху и давить на мочеиспускательный каналъ. При этомъ прекращается произвольное вытеканіе мочи.

¹⁾ *G. Simon*, M. f. G. XIII, XIV и *Deutsche Klinik*, 1855, 30.— *Küchler*, Die Doppelnacht zur Damm-Scham-Scheidennacht. 1863.— *Engelhardt*, Die Retention d. Gebärmuttervorfalles durch die Colporrhaphia posterior. 1872.— *Heffel*, Anatomie u. operat. Behandlung d. Gebärmutter- u. Scheidenvorfälle. 1873.— *Hegar*, A. f. G. VI, 319.— *A. Martin*, Volkmann's Vortr. 183 и 184.— *Fritsch*, C. f. G. 1881, № 425.— *Le Fort*, Gaz. des hôp., 1883, стр. 657.— *Neugebauer*, C. f. G. 1883, 44.— *Pawlick*, C. f. G. 1889, 217.— *Kehrer*, Beitr. zur klin. u. exp. Geb. u. Gyn., 1879. II. 1.— *Asch*, A. f. G. XXXIV, стр. 1.— *Czempin*, Z. f. G. XXIV, 128.— *Mackenrodt*, Z. f. G. XXV, 1369.

Если состояніе стало хроническимъ, и если при нормальной въ остальномъ маткѣ, занимающей нормальное положеніе, находятъ довольно значительную, вызывающую разстройства cystocele, то предлагаютъ оперативное устраненіе.

Операция выпаденія совершенно безопасна при соблюденіи асептики. Не во всѣхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ хлороформу. Существуютъ женщины, которыя утверждаютъ, что боли не особенно сильны. Въ общемъ, однако, слѣдуетъ прибѣгать къ наркозу. Опыты мѣстной анестезіи кокаиномъ не увѣнчались успѣхомъ, такъ какъ главную боль причиняетъ растяженіе, а не разрѣзы и шиваніе. Кромѣ того, подкожныя впрыскиванія кокаина значительно задерживаютъ первичное натяженіе.

И эту операцію я произвожу при помощи моихъ ногодержателей. Приготовленія тѣ же, что и при восстановленіи промежности.

Большая cystocele удаляется лучше всего ранней операціей, именно въ виду того, что cystocele представляетъ переходный стадій къ полному выпаденію.

При операціи cystocele: *Elythrorrhaphia anterior*, вытягиваютъ влагалище такимъ образомъ, что операція происходитъ спереди vulva, и освѣжаютъ овалъ.

Въ прежнее время, слѣдуя *Schröder*'у, я продолжалъ овалъ на самую portio, вырѣзалъ изъ послѣдней клинъ и соединялъ portio сагиттально. Въ настоящее время я не примѣняю болѣе сагиттальнаго вырѣзанія клина изъ portio, а заканчиваю овалъ передъ самой portio и вырѣзаю изъ послѣдней фронтальный клинъ, какъ при типичной ампутаціи portionis.

Причины тому теоретическія и эмпирическія: я до настоящаго времени убѣжденъ еще въ преимуществахъ ампутаціи portionis при операціяхъ prolarisus. Я вполнѣ допускаю, что гипертрофія portionis, послѣдствіе выпаденія, можетъ исчезнуть самопроизвольно при исчезаніи выпаденія. Но для этого больная должна лежать въ постели въ теченіе продолжительнаго времени. Провѣренные результаты при ампутаціи portionis, которою уменьшается также матка in toto, безусловно лучше. Толстая portio удерживаетъ retroversio и препятствуетъ маткѣ занять нормальную антеверсію.

При стягиваніи portionis къ серединѣ, происходитъ съ боковъ еще болѣе сильное растяженіе естественныхъ прикрѣпленій матки. Мною неоднократно сдѣлано наблюденіе, что при полной экстирпаціи послѣ типичной ампутаціи portionis весьма затруднено оттягиваніе матки книзу. Проникающіе въ parametrium язвы и рубцы обусловливаютъ боковое укрѣпленіе, благодаря которому дѣлается почти совершенно невозможнымъ искусственное низведеніе матки.

Это наблюденіе повело къ тому, что я вырѣзаю при выпаденіяхъ клинъ изъ маточныхъ губъ, проникая при этомъ въ parametrium, и накладываю нѣсколько боковыхъ лигатуръ. Къ сожалѣнію, въ виду близкаго сосѣдства мочеточниковъ, нельзя смѣло проникать въ глубину. Я прямо удивляюсь хорошему дѣйствию этихъ швовъ. Обрѣзавъ глубоко весь овалъ

въ передней влагалищной стѣнкѣ, удается однимъ взмахомъ отдѣлить весь кусокъ слизистой оболочки влагалища до самой *portio*.

При каждой операціи выпаденія или передней кольпорафії необходимо придать пузырю такое положеніе, чтобы вторичное образование *cystocele* стало невозможнымъ. Для этого *cystocele*, мѣшкообразное выпячиваніе пузыря, должно быть направлено при помощи шва кверху такимъ образомъ, чтобы оно осталось навсегда надъ *orificium internum prethrae*. Это достигается отѣсненіемъ кверху пузыря и наложеніемъ швовъ, фиксирующихъ пузырь вверху. Этими швами, накладываемыми въ два, три этажа, въ формѣ кيسетнаго шва, можно достигнуть впячивания пузыря въ самого себя. Или накладываютъ сагиттальные параллельные швы, которыми стягиваютъ стѣнки пузыря.

Кромѣ того, легко возможно оттянуть матку книзу, разрѣзавъ *placenta vesico-uterinam*, и пришить ее къ влагалищу. Такимъ образомъ пузырь находится послѣ операціи на задней поверхности матки и не въ состояніи болѣе опуститься. Этимъ способомъ вагинальной фиксаціи отлично устраняется выпаденіе передней стѣнки влагалища, но мы не вправѣ его при-мѣнить, если имѣется возможность зачатія.

Кровотокающія артеріи необходимо тщательно обкалывать, чтобы избѣжать скопленія крови позади закрытаго шва. Кровотокающую часть захватываютъ или погружнымъ кѣтгуттовымъ швомъ, или проводятъ иглу подъ артеріей. Но и въ послѣднемъ случаѣ берутъ для шва лучше всего кѣтгутъ, вслѣдствіе чего становится излишнимъ послѣдующее, мучительное для больной и врача удаленіе швовъ.

Такъ какъ стѣнка влагалища часто бываетъ рыхлой, то не слѣдуетъ брать слишкомъ толстыя иглы, въ противномъ случаѣ получаютъ очень большія, легко разрывающіяся отверстія въ раневыхъ краяхъ. Для избѣжанія ошибочнаго сшиванія, а также чтобы швы не захватывали раневой край на одной сторонѣ слишкомъ много, на другой слишкомъ мало, весьма рачительно наложить сначала по срединѣ раны, и на извѣстномъ разстояніи нѣсколько швовъ для правильнаго прилаживанія краевъ.

Иглу слѣдуетъ вкалывать и выводить приблизительно на 1 см. отъ края раны. Продѣвъ всѣ нити, которыя должны находиться на разстояніи 1 см. другъ отъ друга, операторъ захватываетъ двумя крючкочкватными пинцетами края раны, держитъ ихъ совершенно точно *ap piveau*, а помощникъ завязываетъ нити. Такимъ образомъ достигается совершенно гладкое соединеніе. Если, невзирая на это, все-таки замѣчается еще нѣкоторое віяніе раны или заворачиваніе краевъ, то между двумя швами накладываютъ еще шовъ тонкимъ кѣтгуттомъ. Края можно освѣжить еще такимъ образомъ, что производятъ сначала продольный разрѣзъ по срединѣ, подрываютъ его въ сторону, резецируютъ лишнее и сшиваютъ въ концѣ концовъ рану.

Можно также сшивать кѣтгуттомъ послойно. Сшивая складку, начинаютъ сверху, напр., съ самаго глубокаго слоя, сшиваютъ послѣ этого

средній слой непрерывнымъ швомъ снизу вверхъ и, въ заключеніе, слизистую оболочку влагалища сверху внизъ.

На задней стѣнкѣ влагалища дѣйствуютъ различнымъ образомъ. Если мы имѣемъ дѣло лишь съ *gestosele*, хотя бы и большой, но при нормальномъ положеніи матки и цѣлости промежности, резецируютъ выступающую черезъ *vulva* часть влагалища.

Для этой цѣли употребляютъ пинцетъ *Hegar's* (рис. 158). 2—3 *Muzeix'*евскими щипцами оттягиваютъ сильно кпереди и кверху выпавшую часть задней стѣнки влагалища. Палецъ покрываютъ каучуковой перчаткой, вводятъ его въ прямую кишку и оттягиваютъ послѣднюю кзади. Послѣ этого захватываютъ складку пинцетомъ (рис. 158). Подъ пинцетомъ проводятъ 10—12 нитей, на разстояніи 0,5 см. другъ отъ друга. Палецъ въ *gestum* контролируетъ, чтобы швы не задѣвали прямую кишку. Послѣ этого быстро срѣзаютъ складку, держа ножъ къ пинцету подъ прямымъ угломъ, и немедленно соединяютъ дефектъ. Если продолжается кровотеченіе, то накладываютъ еще нѣсколько швовъ. Если имѣется разрывъ промежности, то производить еще пластическую операцію съ соединеніемъ *m. levator ani*.

Эта операція даетъ весьма вѣрный результатъ, такъ какъ при этомъ задняя стѣнка влагалища оттягивается на нѣсколько сантиметровъ кпереди, получается плотный мостикъ или рубецъ, влагалище перегибается кпереди.



Рис. 158. Пинцетъ *Hegar's* для захватыванія складокъ слизистой оболочки влагалища, съ цѣлью вырѣзанія известнаго участка.

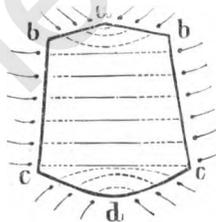


Рис. 159.

Поверхность освѣженія по *Simon'u*, съ обозначеніемъ швовъ,

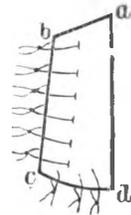


Рис. 160.

соединенная.

Если, однако, мы имѣемъ дѣло не съ изолированнымъ опущеніемъ самаго нижняго отдѣла влагалища, если одновременно имѣется разрывъ или настолько сильное растяженіе промежности, что *vulva* сильно зияетъ, то этой операціи недостаточно: необходимо произвести *заднюю кольпоррафію* съ восстановленіемъ тазового дна и промежности. Эта операція развилась слѣдующимъ образомъ.

Сначала хотѣли въ случаяхъ, въ которыхъ пессаріи не удерживались или не переносились, достигнуть частичнаго закрытія *vulvae*: эпизиоррафія по *Fricke*. Но вскорѣ оказалось, что шиванія большихъ срамныхъ губъ недостаточно, что матка разрываетъ постепенно кожный мостикъ и снова выпадаетъ.

Въ виду этого стали устраивать препятствіе болѣе высоко: соединяли заднюю стѣнку влагалища и достигали суженія на этомъ мѣстѣ. Но и этотъ способъ оказался мало пригоднымъ.

Дальнѣйшимъ шагомъ впередъ была *Kolporrhaphia posterior* по *Simon*'у. *Simon* освѣжалъ на задней стѣнкѣ влагалища фигуру 159. Основаніе фигуры *cde* находится надъ малыми срамными губами внутри влагалища. Указаннымъ на рис. 160 способомъ края освѣженной поверхности сшиваются такимъ образомъ, что *ab* приходится на *ab*, *bc* на *bc*, *dc* на *dc*. Послѣ соединенія получается рубецъ по срединной линіи формы, указанный на рис. 160. Эта операція давала неудовлетворительные результаты, вслѣдствіе чего была усовершенствована *Hegar*'омъ. Онъ освѣжалъ треугольникъ, рис. 161 *abdb*; *bdb* лежитъ ниже, чѣмъ при способѣ *Simon*'а (рис. 159 *cd*), такъ что получается и новая промежность. Точка *a* находится у самого маточнаго зѣва. Я совѣтую производить освѣженіе формы, указанной на рис. 163.

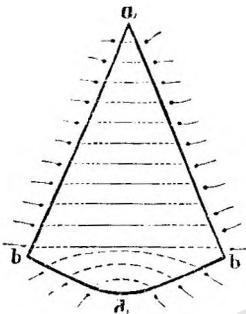


Рис. 161.

Поверхность освѣженія по *Hegar*'у,

съ обозначеніемъ швовъ,

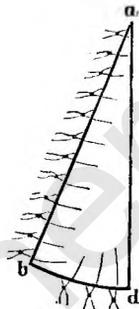


Рис. 162.

соединенная.

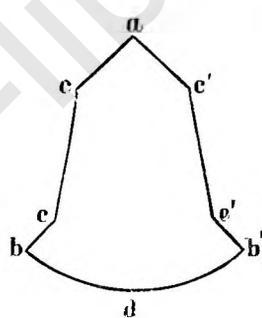


Рис. 163.

Поверхность освѣженія по автору.

Смотря по величинѣ влагалища, представляется *ad* длиною въ 7—10 см., *ab* длиною въ 8—9 см., *bdb* длиною въ 7—8 см.

Уголь у *a* слишкомъ острый на рис. 161, имъ не удаляется достаточное количество вещества. Если, однако, сдѣлать слишкомъ большой уголь, то *bdb* становится слишкомъ длиннымъ, влагалище слишкомъ узкимъ, заживленіе происходитъ недостаточно на мѣстѣ перехода влагалища въ промежность (рис. 163) у *e* и *e'*. Если-же уголь *sac'* сдѣлать прямымъ и разломать линію у *c* и *e'*, то *ce* и *c'e'* могутъ проходить параллельно. Если разстояніе между *e* и *e'* не слишкомъ велико, то легко наступаетъ заживленіе. *ceb* и *c'e'b'* могутъ имѣть изогнутую форму, съ выпуклостью, обращенной къ серединѣ.

Послѣ соединенія этой фигуры въ задней стѣнкѣ влагалища получается плотный треугольный рубецъ, рис. 162 *abd*, рис. 164. Этотъ рубецъ имѣетъ цѣлью предупредить инверсію влагалища. Хотя и невозможно возстановить въ полной неприкосновенности верхнія, внутреннія

прикрѣпленія матки, но влагалищу можно искусственнымъ образомъ вернуть плотность. Это достигается полученіемъ рубца, который, восстанавливая промежность, простирается до portio. Этимъ удерживается portio вверхъ, значить, приподымается матка.

Послѣ операциі выпаденія больная должна оставаться въ постели въ теченіе 14 дней.

Успѣхъ операциі изображенъ схематически на рис. 164.

При этой операциі я не «освѣжаю», а резецирую стѣнку влагалища во всю толщю, такъ что брюшина и прямая кишка представляются совершенно обнаженными.

Если стѣнка влагалища не толста и не лежитъ въ складкахъ, значить, не имѣется показаній для вырѣзанія известной части, то возстаю- вляютъ только плотность тазового дна.

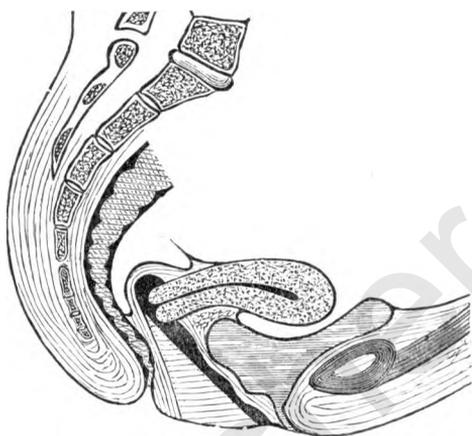


Рис. 164. Полный эффектъ операциі выпаденія по *Hegar*'у; соединенная поверхность обозначена поперечной исчерченностью. Въ действительности, весьма трудно достигнуть подобной формы рубца. Какъ показываетъ изслѣдованіе тотчасъ послѣ операциі, рубецъ сокращается сверху внизъ, такъ что вся поверхность влагалища ложится въ складки.

перечный разрѣзъ дѣлають не тотчасъ позади спайки, но при бл. по серединѣ между anus и vagina, то нашимъ глазамъ представляется m. levator ani, оба брюшка котораго сшивають. Этимъ достигается весьма плотное и толстое тазовое дно. Образованіе плотнаго тазового дна составляетъ самое важное условіе успѣха—важнѣе, чѣмъ Kolporrhaphia anterior, которая часто совершенно излишня, когда задняя подпора возстановлена совершенно.

При этомъ способѣ получается полный успѣхъ даже въ томъ случаѣ, когда кожа заживаетъ per secundam intentionem. Рубецъ въ глубинѣ придаетъ тазовому дну плотность. Потеря крови, а равно и продолжительность операциі незначительны.

При весьма большихъ, неосложненныхъ ректоцелехъ я вырѣзалъ, начи-

и веду разрѣзъ спереди задняго прохода, параллельно задней спайкѣ, какъ это изображено на рис. 38—41. Отъ этого мѣста я отдѣляю возможно выше, значить на 7—8 см., все влагалище, такъ что получается воронка, глубиною въ палець. Послѣ этого я соединяю рану въ глубинѣ, сагиттально, кѣгутовымъ погружнымъ швомъ. Этими швами захватываютъ на обѣихъ сторонахъ ткани, проникая при этомъ до внутренней поверхности сѣдалищныхъ бугровъ, послѣ чего нитки завязываютъ весьма крѣпко. Если поперечный разрѣзъ дѣлають не тотчасъ позади спайки, но при бл. по серединѣ между anus и vagina, то нашимъ глазамъ представляется m. levator ani, оба брюшка котораго сшивають. Этимъ достигается весьма плотное и толстое тазовое дно. Образованіе плотнаго тазового дна составляетъ самое важное условіе успѣха—важнѣе, чѣмъ Kolporrhaphia anterior, которая часто совершенно излишня, когда задняя подпора возстановлена совершенно.

ная отъ portio, лоскутъ изъ влагалища, шириною въ ладонь и длиною до 15 см. При этомъ вскрывается и *Douglas'*ово пространство, которое немедленно снова закрывается безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій. Переднюю стѣнку растянутой прямой кишки необходимо впитать въ себя и уменьшить погружными тонкими катгутовыми швами, наложенными этажеобразно. Сшивание влагалища заканчивается внизу пластической операціей промежности.

Если мы имѣемъ дѣло съ пожилыми женщинами, у которыхъ не можетъ быть болѣе зачатія, если имѣемъ дѣло съ выпаденіями, покрытыми сильными изъязвленіями, такъ что трудно произвести сшивание и освѣженіе, или если мы имѣемъ передъ собою матки съ маленькими міомами или опухоли придатковъ, то показуется полная экстирпация. При этомъ необходимо удалять и все влагалище и присоединять каждый разъ пластику промежности съ сшиваніемъ *m. levatoris ani*. Эту операцію я производилъ и производжу весьма часто.

Я начинаю спереди тупымъ угломъ у выступа мочеиспускательнаго канала, который, при значительной его толщинѣ, удаляется одновременно. Отдѣливъ всю переднюю стѣнку влагалища до самой матки отъ пузыря, я отдѣляю пузырь и отъ матки. Раневая поверхность пузыря смѣщается погружнымъ кisetнымъ швомъ такимъ образомъ, что удается соединить брюшинный край пузыря съ раневымъ краемъ влагалища. Послѣ этого дѣлають разрѣзы влагалища и вскрываютъ *Douglas'*ово пространство. Теперь матка совершенно отдѣлена и находится въ соединеніи лишь съ широкими связками. Послѣднія оттягиваются сильно книзу, сшиваются съ влагалищемъ и разрѣзаются.

Пришиваніе сильно натянутыхъ широкихъ связокъ къ остатку влагалища имѣетъ ту цѣль, чтобы высоко подвѣсить остатокъ влагалища при сморщиваніи широкихъ связокъ.

Послѣ этого пришиваютъ всюду брюшину къ ранѣ влагалища. Кisetнымъ швомъ закрываютъ брюшину, приблизительно на 2 см. выше, такимъ образомъ, что все «отверстіе» оказывается стянутымъ. Послѣ этого отбснаютъ остатокъ влагалища кверху.

Послѣ того, какъ мнѣ пришлось наблюдать нѣсколько случаевъ возвращенія rectocele, я присоединяю въ заключеніе операціи пластику промежности, сильно суживающую introitus.

Такъ какъ потерю крови можно значительно ограничить и операція продолжается лишь короткое время, то она дѣйствительно менѣе затруднительна и менѣе ослабляетъ, чѣмъ двойная кольпоррафія съ 100 швовъ и большой потерей крови.

Küstner присоединяетъ принципиально и *ventrofixatio* для высокаго удержанія матки. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что лучшіе результаты получаются при сильномъ суженіи влагалища и *ventrofixatio*. Но во всякомъ случаѣ, этотъ способъ представляетъ болѣе серьезное вмѣшательство, а результаты оперирования только на влагалищѣ получаются весьма удовлетворительные.

Мысль *Freund'a* воспользоваться маткою съ цѣлями пластики примѣнена въ последнее время и къ операціямъ по поводу выпаденія.

Wertheim фиксироваль матку не къ наружной пузырьной стѣнкѣ влагалища, но къ внутренней, значить, интравагинально. Матка была втянута во влагалище черезъ обычную поперечную рану. Поперечную рану соединяли до шейки, переднюю стѣнку влагалища освѣжали, отвѣчающую при этомъ положеніи заднюю стѣнку матки соскабливали, послѣ чего фиксировали матку интравагинально. Подобнымъ же образомъ, для излеченія *rectocelae* и даже разрыва промежности, пришивали матку къ задней стѣнкѣ влагалища.

Подобный способъ ¹⁾ я примѣнялъ съ успѣхомъ нѣсколько разъ у старухъ. Сначала дѣлають поперечный разрѣзъ спереди *portio*. Къ нему ведутъ продольный разрѣзъ до самаго выступа мочеиспускательнаго канала; по сторонамъ отсепааровываютъ два лоскута. Послѣ этого вытягиваютъ матку черезъ поперечный разрѣзъ. Отверстіе въ брюшинѣ зашиваютъ немедленно непрерывнымъ катгутовымъ швомъ и пришиваютъ къ лежащей спереди задней стѣнкѣ шейки. На мѣсто, полученное отсепааровкою двухъ лоскутовъ, пришиваютъ матку за края. Соскабливаніе наружной поверхности матки совершенно лишнее. Послѣ этого образуютъ отсепаарованіемъ подобныхъ же лоскутовъ на задней стѣнкѣ влагалища мѣсто для противоположащей поверхности матки. Послѣдняя вшивается такимъ же образомъ, причѣмъ постепенно вправляется. Часто приходится лоскуты—крылья—укорачивать обрѣзаніемъ продольныхъ полосокъ такимъ образомъ, чтобы край ихъ доходилъ лишь до края матки. Въ заключеніе проводятъ нѣсколько крѣпкихъ швовъ черезъ переднюю стѣнку влагалища, дно матки и заднюю стѣнку влагалища. При стягиваніи происходитъ вправленіе матки и поднятіе ея высоко кверху во влагалище. Уже по прошествіи нѣсколькихъ дней матка оттѣсняется кверху настолько, что выпаденіе устраняется совершенно и получается влагалище, длиною въ палець. Это вмѣшательство отлично переносится. Уже съ перваго дня возможно произвольное мочеиспусканіе.

Само собою понятно, что операція возможна лишь при старческихъ, не отдѣляющихъ болѣе маткахъ. Въ одномъ случаѣ матка была очень тонкая и мягкая, шейка разрывалась. Вслѣдствіе этого мною была произведена полная экстирпація.

Описанная операція произведена мною три раза съ хорошимъ результатомъ. Она далеко не такъ кровотолива или утомительна, какъ полная экстирпація, между тѣмъ какъ конечный результатъ болѣе удовлетворителенъ.

Леченіе пессаріями ²⁾.—Хотя безусловно правильно оперировать всѣ выпаденія, тѣмъ не менѣе всегда найдутся случаи, въ которыхъ со-

¹⁾ C. f. G., 1900, № 2.

²⁾ *Zwanck*, M. f. G. 1853, стр. 215.—*Mayer*, M. f. G. XII, 1.—*Breisky*, Prager m. W., 1884, № 33.—*Sänger*, Ueber Pessarien. 1859.—*Schultze*, Wiener med. Blätter, 1889, 99.

вершенно невозможна операція, напр. хотя бы по той простой причинѣ, что больная не желаетъ подвергаться операціи. Кромѣ того, нѣкоторыя больныя до того слабы или стары, что прямо опасно подвергать ихъ наркозу и потерѣ крови, держать въ постели въ теченіе 2 недѣль — у нихъ имѣется порокъ сердца, или зобъ или что-нибудь подобное. Въ подобныхъ случаяхъ мы вынуждены примѣнять пессаріи. Самыми употребительными являются большіе и самыя высокіе номера *Mayer'*овыхъ колець, которыя приготовляются также полыми изъ твердаго каучука. Послѣднія весьма опрятны, не сдавливаются, даютъ вслѣдствіе этого большую опору и вовсе не раздражаютъ. Вполнѣ достаточно бываетъ и маленькихъ номеровъ твердыхъ колець. Тарелкообразныя кольца изъ твердаго каучука вначалѣ весьма пригодны, но вскорѣ ихъ острые края сильно врѣзаются, такъ что эти пессаріи нельзя носить постоянно.

Хотя всѣ пессаріи, сильно растягивающіе влагалище, и не рациональны, тѣмъ не менѣе нельзя отвергать, что многія больныя весьма довольны подобными пессаріями. Впрочемъ, большая часть этихъ пессаріевъ вводится больнымъ не врачами, а акушерками, бандажистами и т. д., нерѣдко и самими больными.

Если не удерживаются и большія кольца, то прибѣгаютъ къ „гистерофорамъ“; самый употребительный изображенъ на рис. 165. Они состоятъ изъ стержня *a*, который, находясь во влагалищѣ, поддерживаетъ матку, и изъ кушака *b*, отъ котораго идутъ книзу 4 тесьмы *cc*. Послѣднія соединены пластинкой, къ которой стержень прикрѣпленъ при помощи винтообразнаго приспособленія *d*.

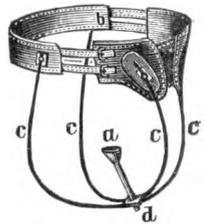


Рис. 165. Гистерофоръ.

Изображенный здѣсь аппаратъ отличается тѣмъ, что пояса *c* легко перемѣщаются и фиксируются на кушакѣ. Вслѣдствіе того, что пояса *cc* перекрещиваются между ногами, остаются свободными сзади задній проходъ, спереди отверстіе мочеиспускательнаго канала. Стержень *a* изготовляется лучше всего изъ мягкаго каучука, а не изъ дерева, какъ это дѣлали прежде. Подобные аппараты обыкновенно не носятъ больными постоянно, такъ какъ они становятся неудобными при подниманіи со стула, ходьбѣ, лежаніи и т. д., принимаютъ, кромѣ того, непріятный запахъ и т. д.

У старухъ, часто совершенно невозможно примѣненіе пессаріевъ. Влагалище слишкомъ не эластично, имъ выжимаются маленькіе пессаріи, большіе же вызываютъ боль, отдѣленіе и кровотеченія.

Въ подобныхъ случаяхъ примѣняютъ 1—2 раза въ недѣлю тампоны, смоченные въ растворѣ квасцовъ въ глицеринѣ. Тампоны вводятъ вечеромъ и оставляютъ на ночь. Можно назначить на день и простой Т-образный бинтъ, который соотвѣтственно vulva снабженъ пелотомъ.

Выпаденія были „излечиваемы“ и массажемъ ¹⁾). Въ свѣжихъ слу-

¹⁾ *Braun, Fernwald u. Kreissel, Klin. Beiträge zur manuellen Behandlung d. Frauenkrankheiten. 1889.—Fellner, Die Thure-Brandtsche Behandlung d. weibl. Geschlechtsorgane. 1889.—Dollinger, Die Massage. 1890.*

чаяхъ выпаденія массажъ дѣйствуетъ тѣмъ, что имъ устраняются гипертрофія или утолщенія. При этомъ большую матку и большое влагалище, которыя прежде нельзя было вправить, удаётся оттѣснить на мѣсто послѣ уменьшенія этихъ органовъ. При осторожности и предупрежденіи новыхъ вредныхъ моментовъ можно массажемъ достигнуть временнаго, а не стойкаго излеченія.

Спеціалисты по этому вопросу того мнѣнія, что методическимъ укрѣпленіемъ приводящихъ мышцъ бедра достигается путемъ синергіи и укрѣпленіе мышцъ тазового дна. Если припомнить, какое громадное значеніе имѣетъ ослабленіе *m. levatoris ani* въ происхожденіи выпаденія, то безусловно необходимо согласиться съ тѣмъ, что если возможно привести *levator ani* въ нормальное состояніе, то это оказываетъ благоприятное вліяніе на выпаденіе.

Н. Выворотъ.

Этіологія.—Послѣ срочныхъ родовъ, очень рѣдко послѣ выкидышей, по причинамъ, разсмотрѣніе которыхъ сюда не относится, дно матки иногда выворачивается; опускаясь все ниже, оно выходитъ въ концѣ концовъ черезъ каналъ шейки, такъ что вывороченная матка попадаетъ во влагалище или выпадаетъ даже за *vulvam*. Если женщина не умираетъ отъ послѣдствій остраго выворота — отъ кровотеченій или прогрессирующаго септического воспаленія, — то выворотъ становится хроническимъ.

Кромѣ того выворотъ развивается еще вслѣдствіе опухолей. Если опухоль лежитъ въ днѣ матки, если окружающія матку ткани атрофируются или жирно перерождаются, то опухоль опускается въ полость матки. Опухоль опускается все ниже и ниже, увлекая за собою матку, отчасти вслѣдствіе тяжести самой опухоли, отчасти вслѣдствіе сокращеній матки. Въ концѣ концовъ проходитъ опухоль черезъ маточный зѣвъ, выступая даже спереди *vulva*. Выворотъ вызывается какъ добро-, такъ и злокачественными опухолями.

Анатомія. — Въ большинствѣ случаевъ шейчный каналъ остается сохраненнымъ, такъ что во влагалищѣ можно прощупать вывороченную матку и надъ нею маточный зѣвъ. Тѣмъ не менѣе мнѣ пришлось наблюдать 3 случая выворота, при которыхъ не имѣлось и намековъ на шейку, такъ какъ верхняя часть влагалища приняла участіе въ выворотѣ. Въ этомъ случаѣ (рис. 166) выворотъ матки и влагалища былъ выраженъ такъ рѣзко, что даже на препаратѣ, послѣ вырѣзанія, нельзя было найти и намековъ на шейку.

Пузырь не смѣщенъ. При свѣжихъ пuerperальныхъ выворотахъ яичники лежатъ во всякомъ случаѣ въ воронкѣ, въ которой, какъ показываютъ мои наблюденія, кишекъ не оказывается. Вслѣдствіи яичники оттягиваются кверху, такъ что матка становится маленькой и воронка узкой, — подчасъ настолько, что въ нее нельзя проникнуть пальцемъ. Величина матки крайне измѣнчива: въ однихъ случаяхъ матка предста-

вляется маленькой, плотной, твердой, шаровидной опухолью, въ другихъ — большой, мягкой, сдавливаемой, сплющенной, почти отечной.

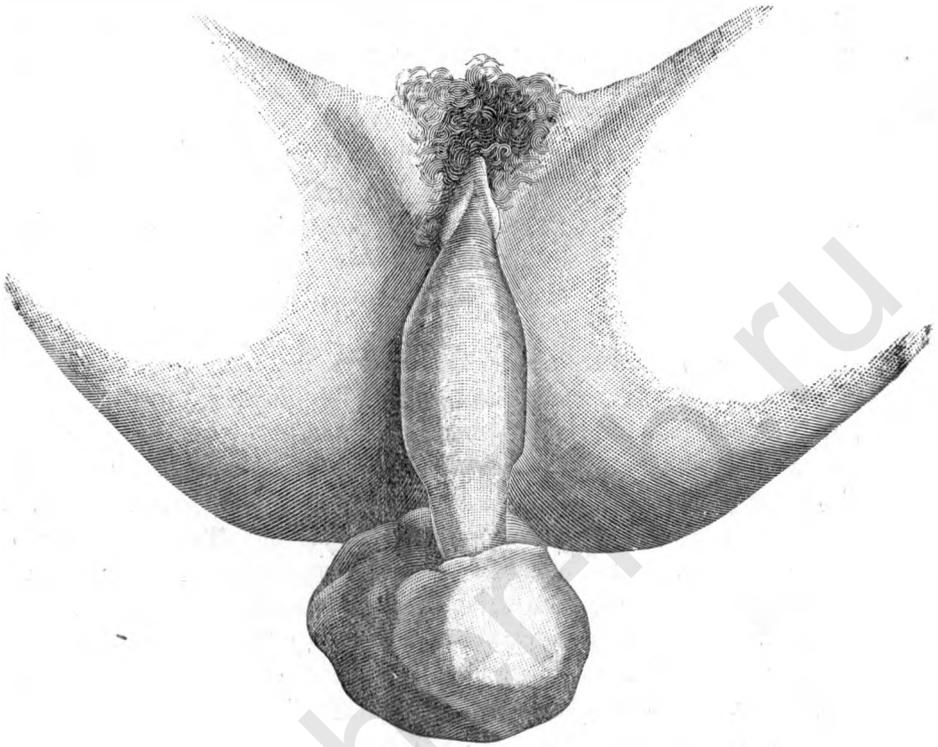
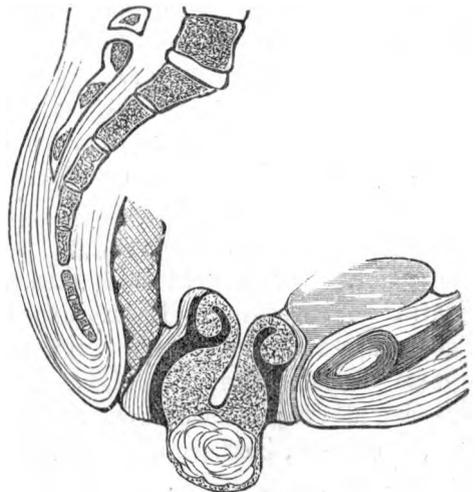


Рис. 166. *Inversio uteri et vaginae*. Рисовано съ натуры докторъ *Rosenstein*'омъ. Надъ опухолью первое возвышеніе выпаденія образуетъ границу между маткой и влагалищемъ.

На рис. 167 представлена вывороченная матка, въ днѣ которой имѣется большая міома, окруженная сверху и снизу лишь тонкимъ слоемъ маточной ткани. Если міома находится въ боковой стѣнкѣ, то можетъ развиваться и лишь частичное выворачиваніе, въ особенности при оттягиваніи опухоли щипцами. Въ подобныхъ случаяхъ распознаваніе весьма трудно; при отрѣзаніи подобныхъ мнимыхъ полиповъ иногда случалось, что вскрывали полость брюшины.



Симптомы и теченіе. — Главный симптомъ остраго выворота кровотеченіе, которое при хроническомъ выворотѣ продолжается отчасти

Рис. 167. Выворотъ матки съ міомой на днѣ.

въ видѣ меноррагіи, отчасти въ видѣ метроррагіи, напр. во время coitus. Отходятъ также гной, хлопья и слизь. Растяженіе перитонеальныхъ связокъ причиняетъ боль, которая усиливается въ особенности при развитіи выпаденія. Давленіе, оказываемое суживающимся маточнымъ зѣвомъ на шейку, можетъ вести къ застою и даже къ гангренѣ тѣла матки. Впрочемъ, были наблюдаемы и случаи, въ которыхъ выворотъ существовалъ десятками лѣтъ, не давая никакихъ симптомовъ. Въ виду именно того, что не имѣлось никакихъ симптомовъ, матка была принята за опухоль и удалена.

Въ дальнѣйшемъ теченіи наступаютъ послѣдствія повторныхъ сильныхъ кровотеченій: больнымъ приходится оставаться въ постели въ теченіе многихъ лѣтъ, такъ какъ всякое движеніе вызываетъ сильнѣйшее кровотеченіе.

Диагнозъ и предсказаніе. — Во-первыхъ, необходимо доказать, что матки не имѣется на нормальномъ мѣстѣ, во-вторыхъ, что прощупываемая во влагалищѣ опухоль дѣйствительно матка.

Если данныя анамнеза позволяютъ заподозрить выворотъ, то производятъ комбинированное изслѣдованіе. Больныя часто до того худы и истощены, что крайне легко ощупать внутренніе половые органы и поставить діагнозъ. Если же брюшные покровы резистентны и богаты жиромъ, то діагнозъ поставить не такъ легко. Но правильный діагнозъ безусловно необходимъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ наркозу. Сначала вводятъ 2 пальца въ прямую кишку, сгибаютъ ихъ и стараются проникнуть до симфиза. Опухоль притягиваютъ *Мигеих*'евскими щипцами и оттѣсняютъ къзади, такъ что дно матки прощупывается совершенно ясно или вполнѣ выясняется, что его не имѣется вовсе. Діагнозъ выясняется также смѣщеніемъ пузыря при помощи катетера кверху и къзади.

Послѣ этого отыскиваютъ portio со стороны влагалища. Одновременно оттягиваютъ книзу матку при помощи *Мигеих*'евскихъ щипцовъ. Если при этомъ portio становится болѣе короткой, выворачивается, исчезаетъ даже шейка, то мы имѣемъ инверсію. Но если при этомъ portio скорѣе удлиняется, если она, не измѣняя формы, слегка опускается при вытяженіи за опухоль, или если удастся слегка оттянуть книзу опухоль, безъ того чтобы portio становилась болѣе плоской и маленькой, то мы имѣемъ передъ собою полипъ на ножкѣ. Если невозможно проникнуть пальцемъ между опухолью и шейкой, то проталкиваютъ кверху зондъ вокругъ ножки. Если зондъ проходитъ далеко, то имѣется полость матки, значитъ, матка не выворочена. Необходимо быть крайне осторожнымъ, чтобы не перфорировать матку, такъ какъ именно въ этихъ случаяхъ матка нерѣдко очень мягкая и дряблая. Кромѣ того, невзирая на всѣ усилія, не всегда удается проникнуть зондомъ въ полость матки, хотя послѣдняя и не сглажена. Зондированіе приноситъ часто очень мало пользы для выясненія діагноза.

Весьма вѣрнымъ признакомъ является также возможность перекручиванія опухоли. Если захватывающими опухоль *Мигеих*'евскими щипцами

перекрутить опухоль вокруг ея влагалищной продольной оси, то матка поворачивается лишь на 90° . Большая испытывает при этомъ сильную боль. Полипъ перекручивается гораздо легче, въ особенности если онъ сидитъ на тонкой ножкѣ.

Впрочемъ, хотя бы нижняя часть выпаденія была образована несомнѣнно опухолью, то тѣмъ не менѣе ножка опухоли можетъ отчасти образоваться вывороченной маткой. Это мы вправѣ предположить въ томъ случаѣ, если ножка представляется весьма толстой. Значить, опускающаяся опухоль можетъ вести къ частичному воронкообразному вывороту, впячиванію матки. Эти частичные вывороты я наблюдалъ всегда сбоку.

Предсказаніе неблагоприятно безъ оперативнаго вмѣшательства, такъ какъ продолжаются боли и кровотечения и матка омертвѣваетъ. Существовать, однако, случаи, въ которыхъ ножка сдавливается шейкой до того, что не наступаетъ кровотечения. Вправленіе удавалось по прошествіи 13 и болѣе лѣтъ, послѣ чего наступало полное выздоровленіе и даже беременность. Было наблюдаемо и самопроизвольное вправленіе.

Леченіе.—Леченіе состоитъ въ вылушеніи опухоли, если таковая имѣется, въ вправленіи матки и, если оно не удастся, въ операціи. Если выворотъ не даетъ болѣе симптомовъ, то можно выждать.

Вправленіе производятъ подъ наркозомъ. Контролируя снаружи, чтобы оттѣсненная сильно кверху матка не оторвалась отъ влагалища, вдвигаютъ матку въ и черезъ шейку. Но это легче сказать, чѣмъ сдѣлать: весьма трудно соразмѣрить силу. Безъ силы ничего не достигаютъ, при насиліи, однако, нерѣдко разрывается дряблая стѣнка влагалища. Матку слѣдуетъ захватить всей рукой и сдавленіемъ сдѣлать ее мягкой и безкровной. Раздвинутыми пальцами проникаютъ въ желобъ шейки и оттѣсняютъ кнаружи край маточнаго зѣва. Кромѣ того, рекомендуютъ вправить сначала область одной трубы и произвести продольные надрѣзы тѣла матки. Вмѣсто давленія сваружи можно удержать *portionem vaginalem* крючками, *Милеих'*евскими щипцами или продѣтыми шелковыми нитками. Я противъ этого, такъ какъ необходимая для этого сила очень велика и очень легко можно получить разрывы *portionis*, что въ свою очередь ведетъ къ новымъ опасностямъ.

Если цѣль не достигается вышеприведеннымъ образомъ, то вводятъ во влагалище кольпейринтеръ, наполненный 1—2 kgrm. ртути. Вольную укладываютъ съ высоко приподнятымъ тазомъ. Постоянное давленіе уменьшаетъ матку и вдавливаютъ ее въ шейку. Давленіе можно усиливать постепенно. Этотъ способъ ведетъ къ цѣли въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ не было получено результата при примѣненіи большой силы. Вправленіе происходитъ при этомъ либо совершенно незамѣтно, медленно, либо при сильныхъ потугообразныхъ сокращеніяхъ матки. Самопроизвольное вправленіе завершается при содѣйствіи мускулатуры матки, какъ только дно матки попало въ шейку.

Если этимъ путемъ не удается достигнуть результата, то причиной

служать, можетъ быть, плотныя сращения внутри и надъ воронкой или сильное сжатіе шейки. Если рѣшились отказаться отъ операціи, то слизистую оболочку матки стараются разрушить прижиганіями каленымъ желѣзомъ. Я этого не дѣлалъ, но оперировалъ, т. е. ампутировалъ матку.

При этомъ недостаточно простого отрѣзанія, такъ какъ кровоточащая раневая поверхность откинулась бы въ полость живота. Я дѣйствовалъ слѣдующимъ образомъ: сначала пришивалась portio къ вывороченной маткѣ 4 швами, слѣва, справа, спереди и сзади. Послѣ этого матка отрѣзалась на 1 см. ниже 4 швовъ, сшивалась брюшина и останавливалось кровотеченіе швами. Нити остаются долгое время, удерживая portionem. Во влагалище вставляется тампонъ изъ іодоформовой марли. По прошествіи 10 дней я вынималъ тампонъ и удалялъ доступные швы.

Послѣ заживленія формируется нормальная portio. Этотъ способъ, безусловно легкій и вѣрный, даетъ отличные результаты—но приходится жертвовать маткой. Неудовлетворительные результаты получились при лапаротоміи и расширеніи воронки сверху: не во всѣхъ случаяхъ удавалось расширеніе воронки и вправленіе; кромѣ того отмѣчены и смертельные случаи.

Весьма пригодный способъ рекомендованъ *Küstner*'омъ. Онъ вскрываетъ *Douglas*'ово пространство, проникаетъ черезъ это отверстіе въ полость живота, ощупываетъ воронку выворота и разрѣзаетъ заднюю стѣнку матки отъ дна до наружнаго маточнаго зѣва. Послѣ этого выворачиваніе, сшиваніе матки со стороны брюшины, закрытіе раны *Douglas*'ова пространства.

Kehrer разрѣзаетъ переднюю стѣнку вывороченной матки по всей шейкѣ до брюшинной складки, реинвертируетъ матку, сшиваетъ рану и вправляетъ.

Borelius дѣлаетъ поперечный разрѣзъ въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, разрѣзаетъ всю заднюю стѣнку влагалища, реинвертируетъ матку, сшиваетъ ее, вправляетъ черезъ рану влагалища, которую потомъ сшиваетъ.

Принципъ разрѣзанія стѣнки принадлежитъ *Küstner*'у; но пока подобныя операціи становятся типичными, онѣ подвергаются различнымъ модификаціямъ, что весьма обыкновенное явленіе.

Если выворотъ обусловленъ опухолью, то послѣднюю тщательно вырѣзаютъ или вылуцаютъ. Эту операцію я произвожу съ такими же мѣрами предосторожности, какъ и при удаленіи инвертированной матки, избѣгая такимъ образомъ всякихъ случайностей. Въ одномъ случаѣ, въ которомъ опухоль ихорозно распалась, причемъ въ этомъ процессѣ принимала участіе и матка, я вырѣзалъ, какъ это описано выше, матку при помощи *Paquelin*'оваго ножа. Когда ножомъ была вскрыта брюшина по срединѣ, то отверстіе было немедленно закрыто швомъ ¹⁾.

¹⁾ *Virchow*, Virch. A. 1854, VII, 167. — *Scanzoni*, Scanzoni's Beitr., V, 83. — *W. A. Freund*, Zur Pathologie u. Therapie der veralt. Inversio uteri 1870. — *Spiegelberg*, A. f. G. IV. 360 и V, 118. — *Werth*, A. f. G. XXII, стр. 65. — *Hildebrandt*, Volkm. Vortr., 47. — *Neugebauer*, C. f. G. 1890, прил. стр. 141. — *Küstner*, C. f. G. 1898, № 41. — *Kehrer*, C. f. G. 1891, № 12. — *Elias Essen-Moeller*, C. f. G. 1898, № 40.

I. Болѣ рѣднія измѣненія положенія матки.

Несрединное положеніе матки не имѣетъ практическаго значенія. Уклоненіе *portionis* въ ту или другую сторону можетъ быть врожденнымъ и приобретеннымъ. Въ послѣднемъ случаѣ matka отклоняется вправо или влѣво эксудатами, ложными перепонками или опухолями. Такимъ же образомъ развивается и *lateroversio*, которая, кромѣ того, можетъ оказаться послѣдствіемъ недостаточнаго развитія одной половины матки. Такимъ образомъ *uterus unicornis* всегда отклонена въ соответствующую сторону.

Матка можетъ также представлять поворотъ вокругъ продольной своей оси. Это обусловливается нерѣдко воспалительнымъ сморщиваніемъ *Douglas'*овой складки.

Въ особенности при міомахъ происходятъ даже множественные повороты матки вокругъ оси, такъ что полость ея имѣетъ спиральное направленіе или даже совершенно раздѣлена. Выше мѣста перекручиванія можетъ развиваться гематома.

Міомы шейки могутъ высоко поднять тѣло матки; злокачественныя опухоли и внѣматочные плодные мѣшки также могутъ поднимать и смѣщать тѣло матки.

При двустороннихъ яичниковыхъ опухоляхъ оттѣсняется иногда одна опухоль другою далеко книзу въ *Douglas'*ово пространство, причемъ matka поворачивается отчасти или совершенно вокругъ продольной своей оси. Даже одностороннія, перекрученныя вокругъ оси яичниковыя опухоли могутъ вести къ полному перекручиванію матки вокругъ оси.

Міома, развивающаяся въ стѣнкѣ матки, можетъ поднять дно матки до самаго желудка или вытянуть полость, причемъ послѣдняя превращается иногда въ каналъ, длиною до 30 см.

Весьма рѣдко попадаетъ matka въ грыжевой мѣшокъ. Если принять во вниманіе, что во время внутриутробной жизни matka находится надъ тазомъ, то одинъ яичникъ или труба легко могутъ попасть въ грыжевой мѣшокъ и тянуть за собою матку. Въ подобномъ случаѣ мы имѣемъ паховую грыжу матки. Подобная matka можетъ забеременѣть. Если имѣются симптомы, то необходимо произвести экстирпацію сверху ¹⁾

¹⁾ *F. Tiedemann*, Von der Duvernoyschen etc. u. der schiefen Gestaltung u. Lage d. Gebärmutter. 1840.—*M. B. Freund*, Beitr. zur Gyn. von Betschler. II, 1885.—*Leopold*, A. f. G. XIV, 1879, 378.—*Brunner*, Herniologische Beobachtungen, Beitr. z. klin. Chir., IV, 1 u. 2 Heft.

ГЛАВА ДЕСЯТАЯ.

Злокачественныя опухоли матки.

Carcinoma. Sarcoma. Syncytioma. Adenoma.

А. Carcinoma ¹⁾.

Злокачественными мы называемъ тѣ опухоли, которыя разрушаютъ ткань, изъ которой происходятъ, причеиъ для ихъ распространения не имѣется границъ.

Относительно и безусловно самой частой подобной опухоли представляется ракъ матки. Можно различать три формы: *ракъ portionis*, *ракъ шейки* и *ракъ тѣла* матки.

Carcinoma portionis.

Онъ развивается на *portio vaginalis*, и потому представляется плоско-эпителиальнымъ ракомъ. Поверхностный эпителий остается сначала нетронутымъ, утончается или исчезаетъ, между тѣмъ какъ болѣе глубокіе слои эпителия разрастаются въ формѣ сосковъ въ толщю *portionis*. Развивается сначала узелъ, растущій какъ по поверхности *portionis*, снаружи, такъ и въ глубину, внутри. Въ этомъ раннемъ стадіи лишь рѣдко приходится наблюдать ракъ матки. Узелъ вскорѣ распадается, развивается раковая язва, которая разѣдаетъ верху маточную губу въ видѣ воронки, но *portio* сохраняетъ въ общемъ еще свою форму. При дальнѣйшемъ ростѣ пораженная маточная губа становится вздутой, такъ что ея покрывается другая, нетронутая еще губа. Иногда находятъ совершенно равномерно опухшую, еще гладкую *portio*, инфильтрированную со всѣхъ сторонъ ракомъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдается раковый полипъ, т. е. безъ особаго измѣненія *portionis* растетъ ракъ, исходя изъ маленькаго участка, во влагалище, если и не на тонкой, то во всякомъ случаѣ на ножкѣ. Къ этимъ формамъ, называвшимся въ прежнее время канкроидами, принадлежитъ и опухоль на-подобіе цвѣтной капусты, при которой ракъ представляетъ часто большую влагалищную опухоль. При своемъ распространеніи ракъ придерживается преимущественно лимфатическихъ сосудовъ; такъ какъ эти сосуды идутъ изъ *portio* во влагалище и параметрій, то раковая опухоль вростаетъ во

¹⁾ *Winter, Frommel, Gessner, Veit's Handb. d. Gyn., Bd. 3, 1898.*—*Winter, Lehrb. d. gyn. Diagnostik. 1896.*—*Gebhard, Patholog. Anatomie der weibl. Sexualorgane. 1899.*—*Breisky, Prager med. Woch., 1880, стр. 297.*—*Veit, Z. f. G. XXI, стр. 2; XXXII, стр. 496.*—*E. Wagner, Der Gebärmutterkrebs. 1858.*—*Blau, Dissert. Berlin. 1870.*—*Ruge u. Veit, Z. f. C. VI, 261.*—*Ruge, Z. f. G. XII, стр. 202, XXXI, стр. 471.*—*Gebhard, Z. f. G. XXXIII, стр. 443; XXXIV, стр. 1.*—*Gessner, Z. f. G. XXXIII, стр. 3.*—*Hofmeier, Z. f. G. XXXII, стр. 171.*—*Krukenberg, M. f. G. V, стр. 138; Z. f. G. стр. 179.*—*Winter, Z. f. G. XXXII, XXX, стр. 285.*—*Zweifel, C. f. G. 1888, стр. 47.*—*Puppel, C. f. G. 1891, стр. 665.*—*Franqué, Z. f. G. XVII, стр. 173.*

влагалищную стѣнку и parametrium. Что ракъ вростаеъ и въ вены и распространяеъ по кровеноснымъ путямъ, было неоднократно доказано микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Такимъ путемъ развиваются метастазы въ мускулатуру матки. Раковые клѣтки распространяются по лимфатическимъ путямъ далеко за предѣлы видимой простымъ глазомъ опухоли, такъ что послѣ полнаго, повидимому, удаленія рака вскорѣ поражаются сосѣднія части, появляются новые раковые узлы, такъ называемые областныя метастазы.

Ракъ portionis быстро переходитъ на влагалищный сводъ, причеъ или такимъ образомъ, что подъ слизистой оболочкой влагалища развиваются новые узлы, которые выпячиваютъ во влагалище, сильно его суживая, совершенно неизмѣненную слизистую оболочку, или же развивается поверхностное распаденіе, раковая язва, въ самой слизистой оболочкѣ.

Въ общемъ ракъ portionis растетъ книзу, причеъ cervix и corpus остаются долгое время свободными. Но въ лимфатическихъ пучкахъ, идущихъ горизонтально кнаружи, развиваются вскорѣ параметритическія опухоли, проникающія глубоко въ соединительную ткань. Онѣ сдавливаютъ мочеточники, такъ что развивается гидронефрозъ, и сосуды — отекъ нижнихъ конечностей и vulvae. Микроскопически находили также карциноматозныя лимфотромбозы по направленію болѣе крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ, проникающіе въ самую мускулатуру тѣла.

Кверху ракъ разростаеъ per continuitatem. Имъ какъ бы сѣдаеъ мускулатура, причеъ опухоль простираеъ кверху подъ слизистой оболочкой. На разрѣзахъ находятъ нерѣдко границу новообразованія въ мускулатурѣ у внутренняго маточнаго зѣва или даже въ corpus, между тѣмъ какъ слизистая оболочка представляеъ на видъ еще здоровой. Но при распространеніи въ слизистой оболочкѣ ракъ можетъ занять и полость тѣла.

Къ величайшимъ рѣдкостямъ принадлежатъ раковыя узлы, совершенно изолированныя, не находящіяся въ прямой связи съ главною опухолью. Одинаково рѣдки случаи, въ которыхъ ракъ какъ-бы инфильтрируетъ всю матку, такъ что матка, часто сильно увеличенная, состоитъ исключительно изъ раковой опухоли.

Въ страданіе вовлекаются и сосѣдніе органы. Прямая кишка смѣщаетея, появляются перегибы, свищи. Кишечные газы проникаютъ въ раковую массу, послѣдняя распадеъ, воспаляеъ, абсцессы вскрываются книзу и кверху. Многъ пришлось произвести вскрытіе въ одномъ случаѣ, въ которомъ произошло надъ симфизомъ прободеніе абсцесса и выдѣлились ихорозныя и каловыя массы и кишечные газы. Раковой опухолью разѣдаеъ или прободаеъ и мочевоы пузырь, такъ что происходитъ образованіе свищей, сморщиваніе пузыря и слизистой оболочки. Но еще до этого удаеъ при помощи цистоскопіи констатировать выступы или пузыревидныя возвышенія въ пузырьѣ.

На вырѣзанной маткѣ замѣтно, какъ рѣзко отдѣляются отъ красной матки блѣдныя, бѣловатыя раковыя узлы.

Если узлы доходятъ до брюшины, то послѣдняя приподымается, раздражается и происходитъ образованіе спаекъ и отложеній. Брюшина *Douglas'*ова пространства смѣщается кверху. Появляются многочисленные перитонеальные склеиванія, вслѣдствіе чего матка окружается, до самаго дна, сзади и спереди ложными перепонками, мозолистыми воспалительными продуктами и раковыми массами. Въ рѣдкихъ случаяхъ покрывается брюшина раковыми узлами: карциноматозъ брюшины.

Если случай развитъ весьма сильно, не подлежитъ операціи, то нельзя сказать, развился-ли ракъ первично на portio или въ шейкѣ.

Ракъ шейки.

Шейка покрыта внизу плоскимъ, вверху цилиндрическимъ эпителиемъ. Послѣ родовъ, въ особенности послѣ родовыхъ поврежденій, граница плоскаго эпителия подвигаются кверху. Изъ этого метаплазирующаго плоскаго эпителия развивается ракъ шейки. Трудно сказать, развивается-ли онъ тоже изъ железъ шейки, или же раковое перерожденіе железъ представляется вторичнымъ явленіемъ.

Въ началѣ рака шейки portio представляется нерѣдко нормальной, причѣмъ изъ нея торчатъ иногда маленькая, на-подобіе малины, легко кровоточащая опухоль. Ракъ шейки обладаетъ большей склонностью распространяться кверху, чѣмъ ракъ portionis. Раковая опухоль пробѣдаетъ вскорѣ мышцы шейки до самаго ragamentum, надъ нетронутымъ наружнымъ маточнымъ зѣвомъ имѣется большое, глубокое пространство, наполненное раковыми массами. Острой ложкой проникають, обыкновенно лишь на одной сторонѣ, черезъ нормальный наружный маточный зѣвъ, въ глубокое пространство, наполненное мягкими, массами почти до боковыхъ тазовыхъ костей. Часто развитіе раковыхъ массъ до того сильно на обѣихъ сторонахъ, что маточный зѣвъ представляется раздвинутымъ до самой тазовой стѣнки. Послѣ высклибыванія маточный зѣвъ спадается и снова появляется «влагилищный сводъ». Такъ какъ при этой формѣ часто совершенно невозможно оперировать въ здоровыхъ частяхъ, то ракъ шейки даетъ всегда неблагоприятное предсказаніе, такъ какъ въ лимфатическихъ сосудахъ параметрія произошло уже сильное распространеніе рака кнаружи.

Болѣе рѣдко, въ особенности у старухъ, выступаетъ на первый планъ распаденіе, т. е. шейка превращается въ кратеръ, мы прощупываемъ неровную поверхность, но не прощупываемъ узловъ и опухолей.

Въ виду этого ракъ шейки, клинически и макроскопически, можно отличить отъ рака portionis: первый растетъ кверху, второй—книзу. При микроскопическомъ изслѣдованіи мы находимъ нерѣдко проникающіе до два языка раковоперерожденной слизистой оболочки.

Неоднократно находятъ и изолированныя раковыя узлы, отдѣленные отъ главной раковой массы совершенно здоровой тканью. Гинекологи считаютъ ихъ за прививныя метастазы, происшедшіе такимъ образомъ, что напр. зондомъ были занесены кверху живыя раковыя клѣтки и здѣсь при-

виты. Въ этомъ сомнѣваются патолого-анатомы и объясняютъ происхождение метастазовъ заносомъ по кровеноснымъ путямъ.

Легко понятно, что тазовая клѣтчатка и въ особенности пузырь участвуютъ при ракъ шейки болѣе интенсивно и рано, чѣмъ при ракъ *portionis*.

Железы могутъ поражаться въ томъ отношеніи, что покровный эпителий ихъ разрастается, становится многослойнымъ, атипичнымъ, причѣмъ железа измѣняется, вздувается и превращается въ раковый сосокъ или узелъ. Нерѣдко, однако, происходитъ, что эти раковыя массы вдавливаютъ железу снизу и снаружи, или что раковая масса вростаетъ въ железу сверху. Въ подобныхъ случаяхъ подъ атипичными раковыми клѣтками находится нормальное еще дно железы (сравн. рис. 173).

Ракъ тѣла матки.

Ракъ тѣла матки (рис. 168) представляется самой рѣдкой формой рака матки. Онъ развивается вторично, вслѣдствіе перехода раковой опухоли съ прямой кишки, яичника или пузыря на матку, а также вслѣдствіе распространенія рака шейки прямо, или по кровеноснымъ и лимфатическимъ путямъ вверхъ, въ слизистую оболочку тѣла ¹⁾.

Самостоятельные раки тѣла матки, исходя изъ железъ или поверхностнаго эпителия, представляются цилиндроклѣточными раками. Железистыя трубки слизистой оболочки матки получаютъ многослойный полиморфный эпителий, вслѣдствіе чего просвѣтъ железъ сначала суживается, впослѣдствіи выполняется и, наконецъ, расширяется и принимаетъ неправильную форму. Эти раково-перерожденныя железы растутъ въ видѣ сосочковъ въ глубину, но образуютъ и опухоли, вдающіяся въ просвѣтъ матки. Лишь микроскопически, но не клинически отличается отъ этой формы злокачественная аденома (рис. 169). При послѣдней железы до того плотно срастаются другъ съ другомъ, что междуточная ткань исчезаетъ и одна железа лежитъ около другой.

Пролиферація эпителия происходитъ во многихъ случаяхъ въ формѣ сосочковъ, такъ что подобный ракъ приходится называть *Adenocarcinoma papillare* (рис. 170). Эти двѣ формы не всегда суть различные виды рака, а могутъ быть различными проявленіями въ одной и той же опухоли.

Особенно интересными представляются случаи двойного и атипичнаго

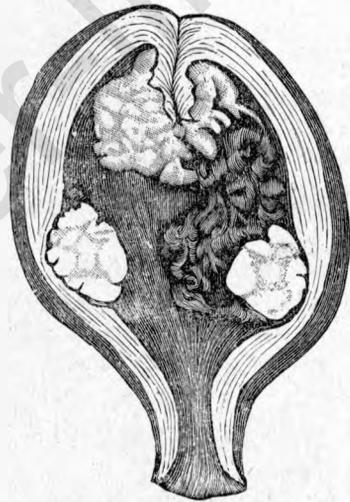


Рис. 168. Ракъ тѣла матки.

¹⁾ *Pffanmenstiel*, C. f. G. 1893. 414.—*Gebhard*, Z. f. G. XXIV, 1892.—*Abel*, Berl. kl. W., 1889, 30.—*Binswanger*, C. f. G. 1879, 1.—*Ruge*, Z. f. G. XII, 202.—*Winter*, C. f. G. 1893, 524; Z. f. G. XXVII, 101.

рака. Такимъ образомъ, находили на *portio* злокачественную аденому, въ тѣлѣ матки плотный типичный ракъ и т. д.

Былъ наблюдаемъ и роговой ракъ тѣла матки безъ всякаго участія железъ,—это особенно злокачественная форма. Ороговѣвшія раковыя эпи-

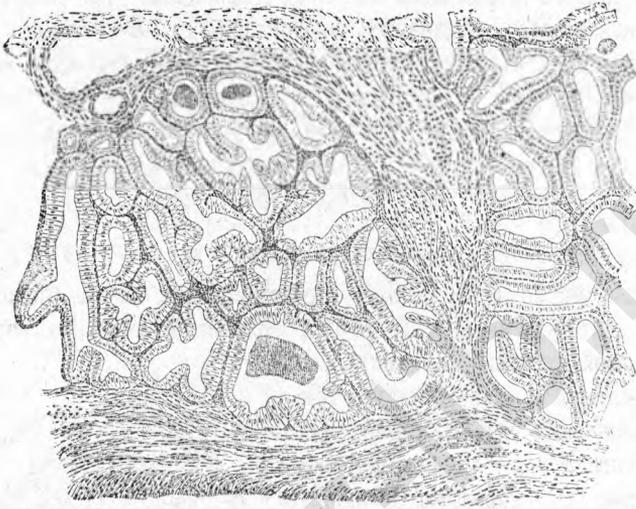


Рис. 169. Злокачественная аденома, внизу паренхима матки.

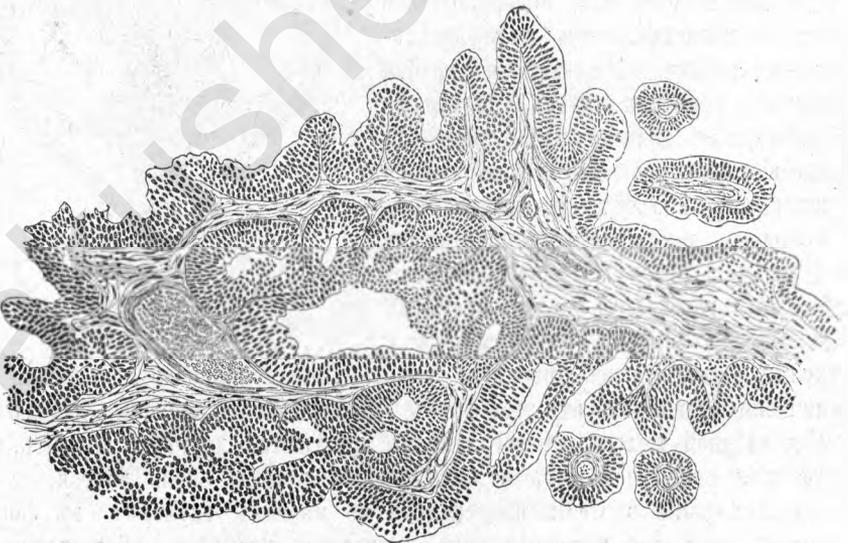


Рис. 170. Ворсистый ракъ, справа разръвы сосочковъ.

телиальные массы проникаютъ въ железы, ведутъ къ исчезанію железъ, такъ что получается новый роговой ракъ ¹⁾). Плоскій эпителий рогового рака находили и въ лимфатическихъ сосудахъ.

¹⁾ *Rosthorn*, Festschr. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Wien 1896.

Нерѣдко наблюдаются комбинаціи рака яичниковъ и рака тѣла матки. При экстирпации ихъ въ болѣе развитомъ стадіи нельзя отличить, макроскопически, произошелъ-ли переходъ яичниковаго рака на матку или рака матки на яичникъ и трубу.

Ракомъ можетъ поражаться и міома матки—случай, которые ошибочно были приняты за раковое перерожденіе міомы. Мнѣ пришлось наблюдать весьма быстрое увеличеніе міомы тѣла матки при недоступномъ операціи ракъ тѣла.

Ракъ тѣла можетъ долгое время ограничиваться маткой, хотя бы онъ даже доходилъ до самой брюшины; можетъ существовать бугристая поверхность матки, безъ того, что развились метастазы.

Метастазы въ строгомъ смыслѣ слова довольно рѣдки при ракъ матки. Такъ называемые областные метастазы, гдѣ вблизи рака, или напр. при прободеніи рака тѣла въ сторону брюшины, находятся раковые узлы на брюшинѣ или въ маточныхъ связкахъ и въ сосѣднихъ лимфатическихъ сосудахъ и железахъ,—слѣдуетъ считать скорѣе за дальнѣйшее разрастаніе рака. Метастазы въ печени, костяхъ или легкихъ наблюдаются прибол. въ 3% всѣхъ случаевъ. Метастатическіе раковые узлы я находилъ въ ключицѣ, на *mons Veneris* и на промежности.

Этіологія.—Совершенно правильно предположеніе, что „раздраженія“ способствуютъ въ общемъ развитію раковъ. Многіе авторы полагаютъ, что частые роды, разрывы, вывороты губъ маточнаго зѣва, эрозіи, хроническіе катарры шейки представляютъ важное этиологическое значеніе.

Во всякомъ случаѣ раки наблюдаются болѣе часто у многорожавшихъ, чѣмъ у дѣвицъ и нерожавшихъ. Пожилой возрастъ, въ особенности періодъ менопаузы, предрасполагаетъ къ развитію рака.

Симптомы и теченіе.—Объективные симптомы состоятъ, оставляя въ сторонѣ общее состояніе, въ выдѣленіяхъ изъ влагалища. Характерными представляются кровотеченія и ихорозное разложеніе. Первые наступаютъ то рано, то поздно, послѣднее послѣ распаденія узловъ.

Больныя заявляютъ довольно часто, что уже нѣкоторое время у нихъ весьма сильная и продолжительная менструація, что даже между менструаціями наступаетъ нерѣдко кровотеченіе, или что совершенно исчезъ типъ менструаціи. Такъ какъ раковыя опухоли наблюдаются преимущественно въ климактерическомъ возрастѣ, то неправильности менструаціи лишь мало беспокоятъ больныхъ вначалѣ.

Часто больныя заявляютъ, что менструація прекратилась уже 1—2—3 года тому назадъ, послѣ чего снова появилась въ болѣе сильной степени, совершенно неправильно и сильно ослабляетъ ихъ. Въ другихъ случаяхъ онѣ заявляютъ, что кровотеченіе наступаетъ всегда послѣ травмъ, напр. послѣ натуживанія при дефекаціи, послѣ *coitus*, тѣлеснаго напряженія.

Количество теряемой крови довольно различно. Но во всякомъ случаѣ атипичное кровотеченіе въ климактерическомъ періодѣ является хотя и не

прямо доказательнымъ для рака, но во всякомъ случаѣ весьма подозрительнымъ. Кровяные сгустки выходятъ въ томъ случаѣ, если больная лежала въ постели: кровь свернулась во влагалищѣ и выдѣлилась наружу при вставаніи больной. Если менструація дѣйствительно не существовала уже въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, то всякое кровотеченіе заставляеть насъ подозрѣвать существованіе раковой опухоли. Постоянныя, продолжающіяся мѣсяцами кровотечения, не прерываемыя серьезными выдѣленіями, наблюдаются чаще при міоматозныхъ полипахъ.

Незначительныя „квянистыя пятна“ наблюдаются и при *Vaginitis adhaesiva*.

Между кровотечениями отходитъ еще кровянистая жидкость. Это отдѣленіе, имѣющее громадное сходство съ „мясными помоями“, представляется часто серьезнымъ при опухоляхъ, имѣющихъ видъ цвѣтной капусты, причемъ вначалѣ вовсе не имѣетъ зловоннаго запаха. При болѣе тщательномъ изслѣдованіи оказывается, что жидкость содержитъ маленькіе бѣлые хлопья—комочки эпителія и клочья стромы рака. При инфильтрирующемъ ракѣ или скиррѣ можетъ вовсе не быть отдѣленія въ теченіе продолжительнаго времени, но и здѣсь, въ виду послѣдующаго метрита, менструальное кровотеченіе весьма сильно. При ракѣ тѣла матки, въ особенности у старыхъ женщинъ, кровопотеря часто ничтожна. Отдѣленіе весьма жидкое, гнойное, прѣлаго, сладковатаго запаха.

Но постепенно начинаютъ отдѣленія разлагаться. При изслѣдованіяхъ и промываніяхъ безъ дезинфицирующихъ веществъ, при травматическихъ и самопроизвольныхъ разрушеніяхъ частей опухоли, при задержкѣ кровяныхъ сгустковъ, при манипуляціяхъ для остановки кровотеченій, при неопытномъ содержаніи наружныхъ половыхъ частей и т. д. происходитъ при широкомъ влагалищѣ многорожавшихъ переносъ возбудителей гніенія на распавшійся, мѣстами поверхностно некротизированный ракъ. Если наступило гніеніе, то оно почти не устранимо; съ этого момента начинается характерное отдѣленіе раковаго распада. Оно обладаетъ весьма неприятнымъ запахомъ, который становится пронизательнымъ въ особенности въ томъ случаѣ, если, при образованіи свищей, примѣшивается къ нему моча. У бѣдныхъ больныхъ, у которыхъ трудно содержаніе въ чистотѣ половыхъ органовъ и постели, которыя въ виду неизлечимости ихъ болѣзни не пользуются заботливымъ уходомъ со стороны окружающихъ, живутъ скученно, въ плохо вентилируемомъ помѣщеніи, образуется иногда до того несносная атмосфера, что врачъ, войдя въ помѣщеніе, немедленно ставитъ діагнозъ.

Почти всегда наступаетъ запоръ. Запоръ можетъ быть какъ механическаго происхожденія—ракъ суживаетъ проходъ, такъ и динамическаго: изъ боязни наступающихъ при испражненіи болей и кровотеченій больныя задерживаютъ стулъ.

Въ другихъ случаяхъ происходитъ влѣдствіе востанія раковой опухоли въ нижній отрѣзокъ толстой кишки состояніе раздраженія всей кишки,

такъ что появляются обильные поносы. Въ подобныхъ случаяхъ необходимо имѣть въ виду и амилоидное перерожденіе слизистой оболочки кишечника.

Явленія, наступающія при переходѣ рака на пузырь, выражаются вначалѣ катарромъ пузыря, уменьшеніемъ емкости и способности расширенія пузыря, вслѣдствіе чего наступаетъ усиленный позывъ къ мочеиспусканію, жженіе, гнойный осадокъ въ мочѣ. Впослѣдствіи можетъ наступить суженіе просвѣта одного или обоихъ мочеточниковъ. При постепенномъ ростѣ опухоли дѣйствуетъ другая почка викарирующимъ образомъ, не давая при этомъ никакихъ симптомовъ. Если же существуетъ двустороннее прижатіе мочеточниковъ, то послѣдствіемъ является расширение мочеточниковъ до толщины тонкихъ кишекъ, далѣе гидронефрозъ, піелонефритъ и уремія. Передъ самой смертью больная часто находится въ коматозномъ состояніи, безъ аппетита, апатична. Если развился свищъ, то моча вытекаетъ черезъ влагалище. Въ подобномъ случаѣ vulva и ея окружность становятся эритематозными и болѣзненными.

Если новообразование доходитъ до крупныхъ сосудовъ, сдавливая ихъ, даже вросая въ нихъ, то развивается отекъ одной или обѣихъ конечностей. Отекъ быстро подымается вверхъ, такъ что опухаютъ vulva и нижняя часть живота. При этомъ отекомъ опуханіи срамная щель можетъ настолько закрыться, что трудно изслѣдовать пальцемъ. Опуханіе, распространяющееся за anus, препятствія, на которыя приходится натывать крови въ геморроидальныхъ венахъ, ведутъ къ развитію геморроидальныхъ узловъ и способствуютъ вмѣстѣ съ неоприятностью развитію пролежней.

Къ концу жизни развиваются нерѣдко общіе отеки вслѣдствіе амилоиднаго пораженія почекъ.

Субъективный симптомъ рака: *боль*, отсутствуетъ вначалѣ. При исключительномъ пораженіи portionis даже трудно понять, откуда могла бы появиться боль. Если же новообразование переходитъ на тазовую клѣтчатку, на тѣло матки и брюшину, то наступаютъ довольно сильныя боли. Онѣ описываются нерѣдко какъ распространяющіяся въ ноги, буравящія, колющія. Въ подобныхъ случаяхъ ракъ вросаетъ въ plexus ischiadicus, разрушая его. Боли имѣютъ при этомъ характеръ сѣдалищной невралгій, весьма продолжительны и мучительны. Потугообразными боли могутъ стать при ракъ тѣла матки въ случаяхъ, въ которыхъ отдѣленіе и кровь задерживаются въ полости матки. Нерѣдко больныя заявляютъ совершенно опредѣленно, что потугообразныя боли сопровождаются выдѣленіемъ жидкости.

Ощупываніе нижней части живота обыкновенно болѣзненно, такъ какъ дошедшій до брюшины ракъ ведетъ къ слипчивому воспаленію и образованію отложеній на брюшинѣ. Лишь рѣдко присоединяется общее воспаленіе брюшины вслѣдствіе прободенія ихорознаго фокуса. Острый общій карциноматозъ брюшины, явленіе довольно рѣдкое, протекаетъ иногда при явленіяхъ лихорадки.

Особенно мучительной, но, къ счастью, рѣдкой представляется гиперэстезія vulvae, которая можетъ служить даже препятствіемъ для промываній.

Что касается послѣдствій для общаго состоянія, то не имѣется септическихъ симптомовъ и лихорадки, вслѣдствіе того, что ихоръ имѣетъ достаточный стокъ, ракъ не всасываетъ и лимфатическіе сосуды непроходимы.

При ракѣ существуетъ почти всегда *анорескія*. Отсутствие аппетита, чувство тошноты и повторная рвота находятся въ зависимости отъ пребыванія въ плохой атмосферѣ и отъ уремической интоксикаціи, постепенной интоксикаціи птомаинами и гидрэмии. Далѣе развиваются симптомы, указывающіе на *пораженіе почекъ*—постоянное утомленіе, спячка, головная боль и расстройства зрѣнія. Эclamптическія судороги наступаютъ почти исключительно передъ самой смертью. Альбуминурія довольно частое явленіе.

Наружный видъ больныхъ обозначаютъ словами *Cachexia carcinomatosa*; сюда принадлежатъ: желтоватая блѣдность, слегка отечный видъ лица, впалые, вслѣдствіе исчезанія жира кажушіеся большими глаза, медленные движенія безкровныхъ губъ, болѣзненное выраженіе лица, общее состояніе, указывающее на тяжелое страданіе и полную безнадежность.

Смерть наступаетъ различнымъ образомъ. Самый частый симптомъ, кровотеченіе, лишь рѣдко ведетъ къ смерти, хотя мнѣ приходилось наблюдать наступленіе смерти вслѣдствіе самопроизвольнаго кровотеченія. Столь же рѣдкой причиной смерти является острое воспаленіе брюшины, конечно, если оно не является послѣдствіемъ оперативнаго вмѣшательства. Острый карциноматозъ брюшины, протекая при симптомахъ перитонита, ведетъ къ поносамъ или, наоборотъ, къ симптомамъ непроходимости кишекъ.

Послѣ хирургическихъ вмѣшательствъ случайными болѣзнями ранъ являются пѣмія и септикемія; случайное вскрытіе полости брюшины при выскабливаніи или прижиганіи быстро ведетъ къ смертельному перитониту вслѣдствіе сообщенія полости брюшины съ ихорознымъ фокусомъ. Но большая часть больныхъ погибаетъ отъ *урэмии*. Сюда относятся также многіе случаи, въ которыхъ смерть наступила отъ „истощенія“. Отъ внимательнаго наблюдателя не ускользнетъ, что при продолжительномъ существованіи отековъ появляется поврежденіямъ и снова исчезаетъ коматозное состояніе, помраченіе сознанія, рвота, сильная головная боль. Если сюда присоединить еще употребленіе наркотическихъ, сердечную слабость, плохое состояніе крови, нарушенную ассимиляцію при анорексіи и запорахъ, душевное угнетеніе и дыханіе въ испорченной атмосферѣ, то насъ несколько не удивитъ, что машина человѣческаго тѣла останавливается и безъ прямой причины. Въ нѣкоторыхъ, однако, случаяхъ урэмія ведетъ къ судорогамъ. Ими начинается конецъ и больныя почти никогда не возвращаются болѣе въ сознаніе. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ я находилъ при вскрытіи отекъ мягкой мозговой оболочки и сильно наполненныя, синечерныя вены.

Такъ какъ не приходится наблюдать начало раковой опухоли, то никогда нельзя сказать, какъ долго продолжится болѣзнь. Мнѣ пришлось наблюдать случаи съ весьма быстрымъ теченіемъ, такъ что послѣ экстирпаціи матки смерть наступала черезъ три мѣсяца, послѣ появленія вновь многочисленныхъ раковыхъ узловъ. Съ другой стороны наблюдались случаи, которые тянулись около четырехъ, пяти лѣтъ. Въ этихъ случаяхъ дѣло идетъ о ракъ portionis съ хорошо развитымъ соединительно-тканнымъ составомъ, Scirrhus старыхъ врачей! Но и раки тѣла матки у старухъ протекають часто весьма медленно. Я оперировалъ подобный случай со счастливымъ исходомъ; 6 лѣтъ тому назадъ, на основаніи выскабливанія, былъ поставленъ діагнозъ рака тѣла матки. Сегодня, прошло уже 3 года, не имѣется рецидива.

Діагнозъ.— Діагнозъ существующаго уже нѣкоторое время рака portionis не представляетъ затрудненій. Кровотеченія, зловонный запахъ отдѣленія, кахектический видъ больныхъ и т. д. допускають часто постановку діагноза даже безъ изслѣдованія. При изслѣдованіи палецъ находитъ слегка бугристую опухоль, различной твердости, отъ которой ногтемъ пальца удается соскоблить частички, что всегда сопровождается кровотеченіемъ. Portio неправильной формы, иной раковой узелъ вдаётся глубоко во влагалище или прорывается при болѣе сильной потерѣ вещества глубокий кратеръ съ твердыми краями. Въ другихъ случаяхъ опухоль имѣетъ иную форму, portio болѣе не распознается. При ракъ cervicis мы прорываемъ мягкія массы при введеніи пальца въ маточный зѣвъ. Ракъ легко кровоточитъ при изслѣдованіи, въ виду этого необходимо дѣйствовать крайне осторожно и нѣжно. Если тѣмъ не менѣе наступаетъ сколько-нибудь сильное кровотеченіе въ время приема, то прижимають къ portio мѣшокъ съ смѣсью борной кислоты и танина и вкладываютъ, кромѣ того, еще тампонъ.



Рис. 171. Эрозивная язва. Справа сильно инфильтрированная язвенная поверхность, слева участокъ тонко ованчивающагося плоскаго эпителія.

Какъ легко распознаваніе уже болѣе развитаго рака portionis, такъ трудно распознать ракъ въ самомъ началѣ. Здѣсь имѣетъ громадное значеніе дифференціальный діагнозъ между ракомъ и аденоидными эрозіями portionis. Слѣдующее можетъ служить для оріентировки: Добракачественныя эрозіи, какъ послѣдствіе послѣродового періода, наблюдаются болѣе часто у молодыхъ женщинъ, причѣмъ общее состояніе лишь рѣдко разстраивается столь сильно, какъ при ракъ. При помощи цилиндрическаго зеркала

замѣтны при доброкачественныхъ эрозіяхъ нерѣдко блестящія ovula Nabothi. Эрозія образуетъ обыкновенно равномерную, красную поверхность, большія, зіяющія трещины ведутъ въ каналъ шейки, мѣстами, вслѣдствіе отсутствія противоавленія, видны кровяныя точки, но никогда не наблюдается кровотеченій. Форма portionis въ общемъ сохранена, несмотря на надрывы; да и само измѣненіе формы вслѣдствіе надрывовъ представляется типичнымъ. Если на различныхъ мѣстахъ вкалывать ножъ, то дно оказывается равномерно твердымъ и резистентнымъ. Ракъ, наоборотъ, ограничивается вначалѣ лишь однимъ участкомъ, образуя здѣсь ясную, маленькую, выдающуюся надъ поверхностью опухоль, причеъ большая часть шейки остается нетронутой. При вкалываніи ножа опухоль оказывается въ центрѣ мягкой. Въ опухоль можно даже вдавить головку

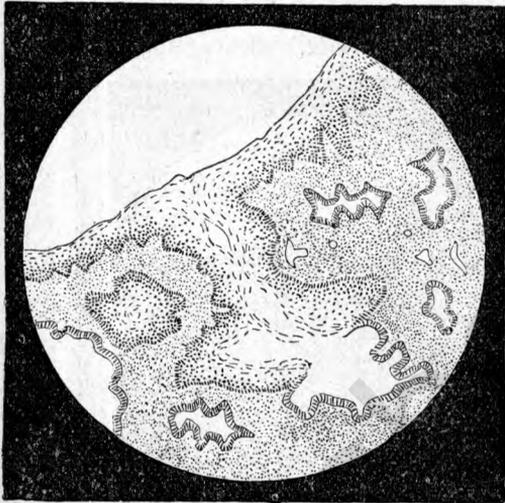


Рис. 172. Начинаящійся ракъ portionis, изъ клина, взятаго для діагноза.



Рис. 173. Эрозія. На правой сторонѣ сосочки и железы съ цилиндрическимъ эпителиемъ, на лѣвой сторонѣ плоскій эпителий на сосочкѣ.

зонда, что никогда не удастся при эрозіяхъ. При захватываніи *Мигуиш'*евскими щипцами раковая опухоль легко разрывается, покрывающая кожа виситъ въ лохмотьяхъ и при надавливаніи выходятъ мягкія, крошковатыя, часто червеобразныя, бѣлыя массы. Но и подобная маленькая опухоль можетъ распадаться, такъ что получается маленькая, глубиною въ 3—4 см., кратеровидная язва portionis. Въ зеркалѣ видна вся, неправильная язвенная поверхность, которая при большихъ опухоляхъ покрыта зеленосѣрымъ некротическимъ налетомъ.

Діагнозъ представляется до того важнымъ, что нельзя оставаться въ сомнѣніи. Выжидать, наблюдать будетъ преступленіемъ, какъ это правильно замѣтилъ *Winter*. При малѣйшемъ подозрѣніи необходимо точно выяснитъ діагнозъ. Крючечками и ножомъ вырѣзаютъ клинъ такимъ образомъ, чтобы захватить одновременно макроскопически подозрительную и неподозрительную

ткань. Основаніе клина у наружнаго маточнаго зъва должно равняться не менѣе 1 см. Этотъ кусокъ изслѣдуется на препаратахъ изъ послѣдовательныхъ разрѣзовъ. Послѣ вырѣзанія клина накладываютъ шовъ на края раны. Если мы имѣемъ дѣло съ эрозіями, то сшитая рана заживаетъ первично, потеря крови и ткани имѣетъ въ данномъ случаѣ улучшающее вліяніе. При ракъ кровотеченіе останавливается трудно, шовъ легко прорѣзается. Послѣ наложенія шва прикладываютъ къ *portio tamponъ*.

Я прошу сравнить слѣдующіе 3 рисунка. При эрозіи (рис. 173) просвѣтъ железистыхъ трубокъ оказывается всею сохранившимся. При ракъ (рис. 172) имѣется разрастаніе *сплошныхъ* массъ плоскаго эпителия въ глубину, зачастую прямо въ железы, такъ что ракъ какъ бы переходитъ въ железу. При эрозивной язвѣ (рис. 171) видна лишь инфильтрированная соединительная ткань, грануляціонная поверхность, и рядомъ плоскій эпителий въ физиологическомъ наслоеніи.

На рис. 172, напротивъ, видно разрощеніе въ глубину раковаго сосочка, рядомъ съ нимъ, справа, поперечный разрѣзъ другого раковаго фокуса, слѣва поперечный разрѣзъ маленькихъ железъ. Въ окружности инфильтратъ и железы.

Рис. 173 показываетъ намъ аденоидныя разрощенія. Въ отличіе отъ рака они всѣ имѣютъ железистыя качества, однослойный эпителий, и никогда не представляются твердыми.

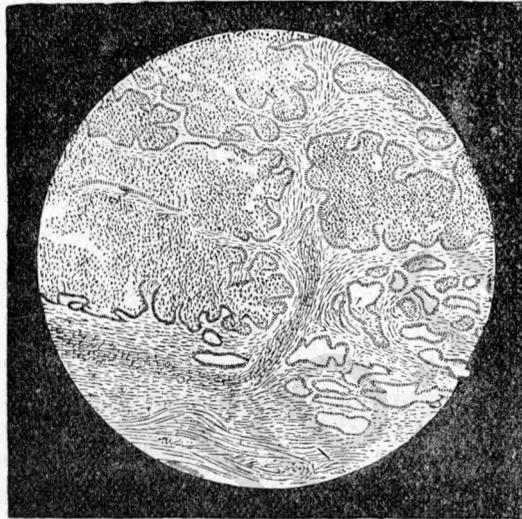


Рис. 174. Ракъ тѣла матки. Справа и сверху железы, расширенныя въ большія раковыя альвеолы, внизу слѣва нормальныя железы матки, подъ ними мускулы матки.

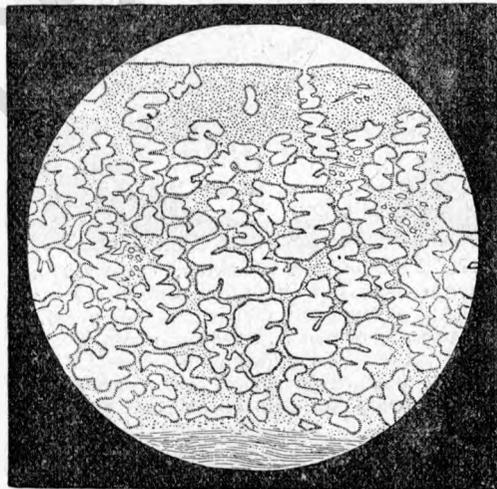


Рис. 175. Железистый эндометритъ. Расширенныя железы матки съ нормальнымъ однослойнымъ эпителиемъ. Межжелезистая ткань смѣщена.

Если раковая опухоль большей величины, если въ ней находятся характерныя образования, напримѣръ раковыя луковицы, то діагнозъ не представляетъ затрудненій.

Если изъ маточнаго зѣва торчитъ похожая на малину, легко кровоточащая масса, то вводятъ острую ложку. Полипы сидятъ на ножкахъ, ихъ можно передвигать во всѣ стороны, они покрыты слизью и соскабливаются довольно трудно, ускользаютъ отъ ложки. Если не имѣется ничего злокачественнаго, то при соскабливаніи всюду прощупывается твердая мускулатура шейки. Благодаря *palmae plicatae* ложка передвигается толчками, внизъ и вверхъ. При ракъ вырѣзаютъ ложкой, какъ изъ яблока или картофеля, куски, проникая при этомъ зачастую глубоко въ боковыя полости, *parametrium*. Получаемое раковое вещество нельзя ни съ чѣмъ смѣшать. Эти массы необходимо подвергать и микроскопическому изслѣдованію.

При ракъ тѣла матки отдѣленіе жидкое, серозно-гнионое. Запахъ

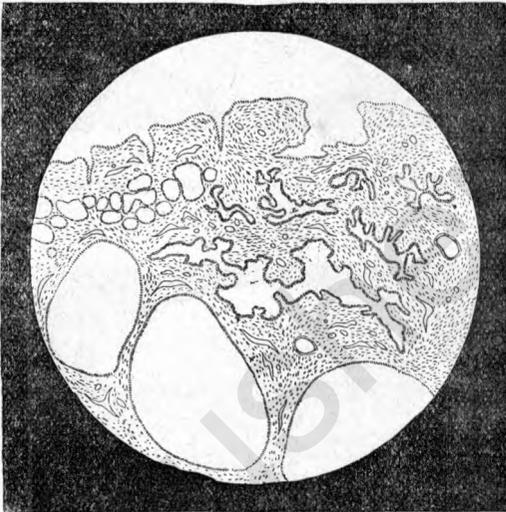


Рис. 176. Удаленный изъ матки, сидѣвшій на широкомъ основаніи полипъ или частичный железистый эндометритъ, неравномѣрная поверхность слизистой оболочки. Нѣкоторыя железы превращены въ большія ретенціонныя кисты. Межжелезистая ткань гипертрофирована и инфильтрована, приняла участіе въ образованіи полипа.

не гнилостный, но болѣе сладковатый, прѣлый. Сильныя кровотечения могутъ отсутствовать, но отдѣленіе часто кровянистаго характера. Увеличеніе матки имѣетъ громадное значеніе, въ особенности у нерожавшихъ или старухъ, если матка представляется большой и мягкой.

При зондированіи, зондомъ или кюреткой, удается нерѣдко діагностицировать бугристую раковую язву. Мы упираемся зондомъ, трудно проникаемъ дальше, зондъ, натываясь на препятствія, проходитъ кверху лишь толчками, причемъ констатируется большая длина полости. При зондированіи ракъ даетъ впечатление болѣе твердаго предмета, чѣмъ мягкіе слизистые полипы.

Весьма характернымъ представляется то обстоятельство, что неправильность язвы прощупывается лишь на одной сторонѣ полости.

Полученныя частички представляются при эндометритѣ длинными и стекловидными, прозрачными, блѣднокрасноватыми хлопьями, которые легко раздавливаются. При ракъ получаютъ больше непрозрачныя, бѣловатыя, твердыя, различной величины крошки. Во всякомъ случаѣ, удаленное кюреткой необходимо подвергать микроскопическому изслѣдованію.

Въ пользу саркома согрогис говорить многослойный и атипичный эпителий или отсутствіе стромы между тѣсно расположенными железами. Эти признаки наблюдаются и на маленькихъ, выскобленныхъ частичкахъ. Значить, для леченія громадное значеніе имѣеть микроскопическое изслѣдованіе.

Значеніе имѣють еще саркомы, которыя были наблюдаемы въ согрус uteri въ видѣ опухолей слизистой оболочки.

Опухоли на-подобіе цвѣтной капусты всегда раковыя опухоли. Доброкачественныя папилломы, острыя кондиломы встрѣчаются у беременныхъ, но ихъ всегда нѣсколько, напримѣръ имѣется 3—4 большихъ изолированныхъ опухолей или все влагалище усыяно мельчайшими кондиломами. Обстоятельство, что опухоль легко удаётся ограничить, что сосѣдняя ткань нормальна, возрастъ больной, быстрое развитіе, отсутствіе кровотеченія при дотрогиваніи, легко выяснитъ дифференціальный діагнозъ.

Дѣйствительно, большія опухоли, состоящія изъ острыхъ кондиломъ, я наблюдалъ на portio только во время беременности.

Смѣшеніе съ ихорозно распадающейся миомой возможно лишь при небрежномъ изслѣдованіи. Въ пользу рака говорятъ: продолжительныя атипичныя кровотеченія, смѣна отдѣленія кровянистымъ, зловоннымъ, ихорознымъ, постепенное начало ихорознаго распаденія, отсутствіе остраго стадія и лихорадка, бугристая, твердая поверхность, отхожденіе крошковатыхъ массъ при надавливаніи пальцемъ, невозможность констатированія ясной portio, неравномѣрный переходъ на влагалище. Въ пользу миомы говорятъ: меноррагіи или продолжительныя кровотеченія, безъ постоянныхъ бѣлей, острый стадій часто съ сильнѣйшими болями во время родовъ миомы, внезапное начало сильнаго ихорознаго разложенія, лихорадка. Равномѣрно мягкая, вязкая, хлопьевидная масса, темный цвѣтъ нижней поверхности. Надъ мягкой массой имѣется плотная ножка, надъ нею, хотя и увеличенная, но правильная со всѣхъ сторонъ portio.

Впрочемъ, я хотѣлъ бы указать на то, что миоматозныя полипы могутъ давать въ теченіе мѣсяцевъ атипичныя кровотеченія, и что при ракъ тѣла можетъ отсутствовать годами ихорозное распаденіе.

Такъ называемая свободная гематома матки, фибринозный полипъ частей плода, также долженъ быть здѣсь упомянутъ въ дифференціально-диагностическомъ отношеніи. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ образуются вокругъ оставшихся въ маткѣ плодныхъ оболочекъ, послѣда и пр. отложенія фибрина такимъ же образомъ, какъ и въ пузырь отложенія моче-кислыхъ солей на инородномъ тѣлѣ. Въ подобныхъ случаяхъ находятъ ядро: остатокъ выкидыша и вокругъ него концентрическіе слои фибрина. Раздраженіе и расширеніе матки ведетъ все къ новымъ кровоточеніямъ, кровоточенія къ увеличенію „полиповъ“. Показывается отысканіе и удаленіе инороднаго тѣла. Діагнозъ удаётся поставить лишь на основаніи микроскопическаго изслѣдованія опухоли.

Туберкулезъ матки даетъ часто тѣ же симптомы, что и ракъ. *Е. Kauf-*

татъ нашелъ при вскрытіи женщины 79 лѣтъ совершенно случайно первичный, изолированный, инфильтрирующий туберкулезъ portionis ¹⁾).

Далѣе сильное отдѣленіе, а также сильныя, ведущія къ кахекеіи кровотеченія, даютъ железистыя полипы тѣла матки. Кромѣ того наблюдаются катарры, продолжающіеся и по наступленіи климактерическаго періода; особенно подозрительны болѣе слабыя кровотеченія и выдѣленія при адгезивномъ вагинитѣ.

На основаніи сказаннаго при описаніи симптомовъ понятно, что *предсказаніе* крайне неблагоприятно въ томъ случаѣ, если больной не будетъ подана своевременно оперативная помощь.

Леченіе. Оперативное удаленіе раковой опухоли ²⁾).—Ракъ матки удается излечить своевременнымъ оперативнымъ удаленіемъ. Даже можно сказать, что ни при одной раковой опухоли не представляется при операціи предсказаніе столь благоприятнымъ, какъ при раковой опухоли матки! Преувеличеніемъ будетъ, если мы станемъ говорить, что въ 30—40 % получается излеченіе, во правильно, что 10—15 % оперированныхъ остаются здоровыми въ теченіе 8—9 лѣтъ. Этотъ фактъ въ высшей степени подбодряющій и долженъ заставить врачей производить самое тщательное изслѣдованіе во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ имѣется малѣйшее подозрѣніе. Но совершенно иначе обстоитъ дѣло въ дѣйствительности! Есть масса случаевъ, въ которыхъ ложный стыдъ удерживаетъ больныхъ отъ посѣщенія врача, въ которыхъ женщина не могла рѣшиться на изслѣдованіе, въ которыхъ была спрошена только акушерка, „лечившая“ различными домашними средствами. Часто, однако, выясняется изъ анамнеза слѣдующее: атипичныя кровотеченія побудили больную обратиться къ врачу, который назначалъ мѣсяцами Acid. Halleri, Secale cornutum! Наконецъ, больная рѣшилась на изслѣдованіе. Послѣ этого „разрощенія“ были въ теченіе 6 мѣсяцевъ „прижигаемы“. Но такъ какъ все осталось безъ всякой пользы, то врачъ объявляетъ случай подозрительнымъ и отсылаетъ больную къ гинекологу, но въ большинствѣ случаевъ уже слишкомъ поздно!

Это совершенно обыкновенный примѣръ! Если намъ удастся достигнуть излеченія въ 15 %, то и въ остальныхъ 85 % мы могли бы достигнуть того же, если бы больныя обратились къ намъ во-время.

¹⁾ Krzywicki, Ziegler's Beitr. III, стр. 335. — Kaufmann, Z. f. G. XXXVII, стр. 118.

²⁾ W. A. Freund, Volkman's Vortr. 133; C. f. G. 1878, 12; Berliner klin. Woch. 1878, 27.—Ahlfeld, D. med. W., 1886, 1.—Linkenfeld, C. f. G. 1881, 8.—Czerny, W. med. W. 1879, 41; Berl. kl. W., 1882, 46.—Schröder, Z. f. G. VI, 213. — A. Martin, Deutsche med. W. 1881, 60; Berl. kl. W., 1881, 19; 1887, 5; C. f. G. 1883, 5. — Ols-hausen, Berl. kl. W., 1881, 35; A. f. G. XXIX, стр. 290; Klin. Beitr. zur Gyn. u. Geb., 1884.—Sänger, A. f. G. XXI, 99.—Schatz, A. f. G. XXI, 409.—Fritsch, C. f. G. 1883, 37; 1887, 12; A. f. G. XXIX; Volkman's Vortr., 188. — Müller, C. f. G. 1882, 8; Deutsche med. W. 1881, 10.—Heilbron, C. f. G. 1885, 4—6.—Asch, C. f. G. 1887, 27.—Leopold, A. f. G. XXX, 3.—Frommel, Münch. m. W., 1890, 42, 43, 49. — Leopold, ibid. 1890, 46, 49.—Ruge, C. f. G. 1890, 6.—Tannen, A. f. G. XXXVII.—Winter, Z. f. G. XXII, 196; C. f. G. 1891, 611.

Первыя новѣйшія попытки радикальнаго удаленія рака матки состояли въ гальванокаустическомъ удаленіи *portionis* и въ воронкообразномъ разрѣзѣ, т. е. въ возможно глубокомъ вырѣзаніи *portionis* ножемъ. Въ другой стадій вопросъ вступилъ благодаря операціи *Freund'a*. Этимъ *W. A. Freund* достигъ безсмертія!

Freund'омъ изобрѣтена лапарогистерэктомія, т. е. удаленіе матки черезъ брюшную полость. По вскрытіи по бѣлой линіи отодвигали кишки кверху и, въ случаѣ недостатка мѣста, вынимали ихъ наружу. Матку оттягивали кверху, широкія связки и параметріи перевязывались отдѣльными частями, послѣ чего отдѣляли матку отъ влагалищнаго свода.

Опасности этой операціи состояли въ поврежденіи или захватываніи мочеточниковъ въ лигатуры, въ шокъ и сепсисъ— послѣдствія продолжительнаго пребыванія кишекъ внѣ брюшной полости, продолжительности операціи и потери крови. Почти всѣ оперированныя умерли.

Вслѣдствіе этого перешли къ полной влагалищной экстирпаціи.

Одно время казалось, что этотъ способъ стануť употреблять исключительно. Но школа *Schröder'a* продолжала стоять за ампутацію *portionis*. Въ послѣднее время стали снова рекомендовать способъ *Freund'a*, такъ какъ относительно удаленія сосѣднихъ раковыхъ узловъ—радикальнаго излеченія— онъ допускаеть болѣе благоприятное предсказаніе.

Операція *Herzfeld'a*—удаленіе карциноматозной матки парасакральнымъ разрѣзомъ, оставлена мною и другими авторами, какъ вполнѣ нецѣлесообразная.

Рис. 177. Шипцы *Collin'a*, рядомъ зубы сверху.

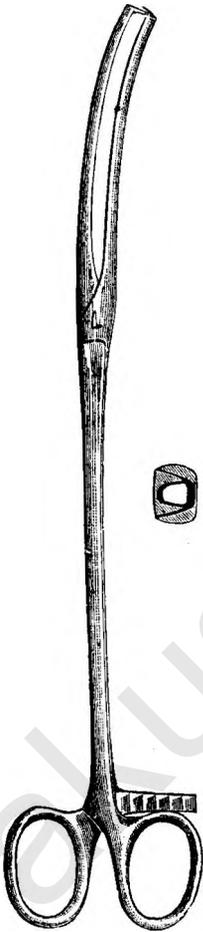


Рис. 178. Крючокъ.



Каждую раковую опухоль, при возможности легко оттянуть всю матку книзу, необходимо оперировать. Мнѣ пришлось наблюдать случай, въ которомъ матку свободно можно было оттянуть книзу, но тѣмъ

не менѣе ее нельзя было экстирпировать: ракъ шейки былъ до того мягкииъ, что лишь казалось, будто матка легко слѣдуетъ за вытяженіемъ.

Если матка фиксирована, то съ положительностью можно принять, что это фиксированіе раковаго характера. Часто portio совершенно исчезла и инфильтрированный, твердый поясъ роста, матііхъ опухоли, симулируетъ большую portio, ложную portio. Эти случаи опредѣляются лучше всего въ колѣбнолоктевомъ положеніи послѣ введенія зеркала *Sims'a*. Видно морщинистое влагалище, но не имѣется и слѣдовъ гладкой portio. Въ этомъ положеніи опредѣляется лучше всего и степень подвижности рака.

Если ракъ достигъ боку костей или проникъ глубоко во влагалище, то полная экстирпація невозможна; въ подобныхъ случаяхъ матка всегда мало подвижна.

Остается выяснитъ еще вопросъ, слѣдуетъ-ли раковую опухоль выскабливать или выжигать до операціи. Теоретически мы вправѣ сказать, что выжиганіе и выскабливаніе за день до операціи могутъ ввести въ лимфатическіе сосуды свободныя раковыя кѣтки. Въ виду этого я оставляю подобные раки по возможности въ покоѣ, но выскабливаю передъ самой операціей все подвижное. Выгода состоитъ въ томъ, что не мѣшаютъ отдаленныя крошки, предотвращаются прививныя метастазы и улучшается асептика, такъ какъ одно промываніе при глубокомъ некрозѣ не въ состояніи сдѣлать опухоль асептичной.

Приготовленія къ операціи изложены выше. Принципіально слѣдуетъ готовить каждую больную и къ лапаротоміи, такъ какъ въ случаѣ невозможности остановки кровотеченія *per vaginam* можетъ понадобится производство лапаротоміи. Portio сильно оттягивается въ сторону при помощи щипцовъ *Museux* или *Collin'a* (рис. 177). Послѣ этого дѣлаютъ сбоку, рядомъ съ portio, тангенціальныиъ разрѣзъ и отдѣляютъ постепенно *ragamentum*. Боковыя разрѣзы отдѣляютъ основаніе широкихъ связокъ, значить, плотную, удерживающую матку соединительную ткань. Кровотеченіе останавливаютъ обкалываніемъ, причемъ нитки растягиваютъ рану. Дальнѣйшіе разрѣзы дѣлаютъ не раньше, какъ послѣ полной остановки кровотеченія. Проникнувъ сверху приблизительно на 5 см., производятъ эту процедуру и на другой сторонѣ. Послѣ этого соединяютъ боковыя разрѣзы спереди поперечнымъ разрѣзомъ. Если этотъ разрѣзъ дѣлаютъ слишкомъ низко у portio, то попадаютъ въ область, въ которой ориентированіе затруднено плотной соединительной тканью. Если наткнулись на правильное мѣсто около самаго пузыря, то матка, оттянутая отъ portio, опускается немедленно книзу на 5—6 см.

Во время оттягиванія portionis оттѣсняютъ пальцемъ, надавливающимъ на матку, пузырь сверху и разрываютъ брюшину на томъ мѣстѣ, на которомъ она плотно сидитъ на маткѣ. Острыми крючками (рис. 178) доходятъ спереди до дна матки. Нерѣдко приходится незначительное выпаденіе матки; при этомъ опускаются одновременно трубы и яичники. Губка, привязанная къ тесемкѣ, вдвигается надъ дномъ матки; этимъ

удерживаютъ салыникъ и кишки и препятствуютъ затеканію крови. Послѣ этого оттягиваютъ дно матки въ сторону. Сверху внизъ прокалываютъ широкую связку тупой иглой на 1 — 3 части и перевязываютъ, такъ чтобы лигатура захватывала часть тканей, захваченныхъ вышележащей лигатурой. Лигатуры такимъ образомъ равномерно обхватываютъ всю массу связки. Такъ какъ у верхняго угла матки безусловно все здорово, то во избѣжаніе соскальзыванія, дѣлаютъ культы при отрѣзаніи не слишкомъ короткими. Лишь при существованіи въ маточномъ углѣ рака необходимо рѣзать по возможности ближе къ периферіи и удалить одновременно и яичникъ. При ракѣ *portionis* и *servicis* оставляютъ яичники и удаляютъ ихъ лишь при существованіи въ нихъ подозрительныхъ кистъ. Послѣ этого проникаютъ ножницами, черезъ заднее прикрѣпленіе влагалища, на другую сторону, слѣдя при этомъ, чтобы раковая опухоль не приходила въ соприкосновеніе съ брюшиной. Съ этою цѣлью не разрѣзаютъ сзади вначалѣ, избѣгая возможности выпячиванія раковой опухоли въ *Douglas*'ово пространство. Отъ задняго влагалищнаго свода можно срѣзать очень много, такъ что при ракѣ задней губы мы имѣемъ въ общемъ довольно благоприятныя условія. И эти части обкалываются, кровотеченіе изъ влагалищной стѣнки останавливаютъ окончательно и прикрѣпляютъ брюшину *Douglas*'ова пространства къ влагалищу.

Теперь матка соединена лишь съ широкой связкой другой стороны. Матку слегка притягиваютъ и перевязываютъ широкую связку такимъ же образомъ, какъ и на другой сторонѣ. За лигатурныя нитки оттягиваютъ культы книзу и соединяютъ на каждой сторонѣ съ влагалищемъ такимъ образомъ, чтобы раневая поверхность верхняго конца широкой связки была направлена книзу. Губку оттягиваютъ, и проталкиваютъ такимъ образомъ кпереди брюшину мочевого пузыря. Брюшину сшиваютъ съ передней влагалищной стѣнкой, чѣмъ окончательно останавливаютъ кровотеченіе. Губку удаляютъ, остатки крови удаляются изъ *Douglas*'ова пространства комочкомъ ваты.

Послѣ этого я вставляю въ раневую воронку тампонъ изъ іодоформовой марли, который верхнимъ своимъ концомъ проникаетъ надъ раной въ полость брюшины, производитъ боковое давленіе на раневыя поверхности и книзу проникаетъ во влагалищный сводъ.

Многіе предпочитаютъ наложеніе шва, но я не вижу въ этомъ никакой выгоды. Напротивъ, при полномъ закрытіи, которое отнимаетъ много времени, я наблюдалъ нерѣдко незначительную лихорадку, причемъ боли были нисколько не меньше, чѣмъ при тампонаціи.

Другіе операторы поступаютъ нѣсколько иначе; такъ, напр., нѣкоторые отдѣляютъ сначала спереди и надѣются избѣжать поврежденій мочеточниковъ тѣмъ, что сильно отгѣсняютъ кверху мочевой пузырь. Другіе, наоборотъ, отдѣляютъ сначала сзади и выпячиваютъ матку сзади. Это оказывается необходимымъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ особенности при фиксированной сзади маткѣ. Третьи отдѣляютъ спереди и сзади и пере-

вязываютъ въ заключеніе сбоку связки. Нѣкоторые не выворачиваютъ матку ни спереди, ни сзади, а проникаютъ справа и слѣва, по сторонамъ, кверху, настолько, что матка оттягивается книзу совершенно равномерно.

Многіе захватываютъ связки жомами, которые удаляютъ лишь по прошествіи 24—48 часовъ. Этотъ способъ имѣетъ то преимущество, что сберегается много времени. *Landau* экстирпировалъ такимъ образомъ матку въ 8 минутъ. Но что остановка кровотока лигатурами болѣе вѣрный способъ—не подлежитъ никакому сомнѣнію. *Pichevin*¹⁾ отлично описалъ опасности кровотеченій, которыя отвергаются приверженцами этого метода. При узкой vulva производимое пинцетамъ давленіе весьма неприятно для больныхъ; мнѣ пришлось наблюдать даже случаи, въ которыхъ развился некрозъ vulvae отъ давленія. Больныя должны лежать болѣе спокойно всегда на спинѣ, причѣмъ боли и нагноеніе гораздо сильнѣе. Удаленіе пинцетовъ иногда весьма болѣзненно. Послѣ этого я снова вернулся къ лигатурамъ, которыя не препятствуютъ свободнымъ движеніямъ больныхъ.

Въ послѣднее время была рекомендована *angiотрипсия*: культя захватываютъ щипцами, которые, дѣйствуя по закону рычага, сдавливаютъ захваченное до толщины бумаги. Оставляя въ сторонѣ, что при атероматозныхъ сосудахъ или хрупкихъ тканяхъ разрываются культя, этотъ способъ представляется далеко не такъ вѣрнымъ, какъ способъ лигатуры. Даже приверженцы этого способа высказывались за присоединеніе лигатуръ. При старыхъ воспаленіяхъ, сморщиваніяхъ и рубцахъ въ ligamentum infundibulorelvisum боковое, происходящее сверху кровотеченіе представляется, хотя и не сильнымъ, но непрерывнымъ. На подобной высотѣ едва-ли возможно обкалываніе. Въ подобныхъ случаяхъ захватываютъ 4 длинными зажимными пинцетамъ кровоточащую часть, убѣждаются, что кровотеченіе остановилось и оставляютъ лежать пинцеты, вмѣсто того, чтобы разрывать ткани и вызывать новое кровотеченіе обыкновенно въ потемкахъ.

Если и при этомъ кровотеченіе не останавливается, то единственнымъ средствомъ остается лапаротомія. Тампонація и примѣненіе такъ называемыхъ кровоостанавливающихъ мало надежны. Кровотеченіе безусловно необходимо остановить. До разрѣза живота тампонируютъ снизу. Послѣ разрѣза отыскиваютъ немедленно кровоточащую связку, перевязываютъ ее, выталкиваютъ тампонъ, вкладываютъ новый сверху, выводятъ конецъ черезъ влагалище и закрываютъ возможно быстрѣ рану, сокращая по возможности вредное дѣйствіе вскрытія брюшной полости.

Послѣдующее леченіе.—Послѣоперационный уходъ въ общемъ весьма простъ: больная остается въ постели, вводятъ катетеръ въ случаѣ задержки мочи, назначаютъ на 3-й день слабительное, а затѣмъ укрѣпляющую діету.

Если лихорадка вовсе не имѣется или она невысока, то тампонъ удаляютъ лишь на 9-й день, когда онъ успѣлъ уже слегка отдѣлиться. Вынимать тампонъ въ первые дни ошибка, такъ какъ въ это время онъ

¹⁾ Gaz. médicale de Paris, 1895. II.

представляетъ склеиваніе съ сальникомъ и кишечными петлями и можетъ ихъ тянуть за собою. Къ промываніямъ прибѣгаютъ лишь спустя нѣсколько дней по удаленіи тампона, дабы не вогнать жидкость въ полость брюшины. Сильное нагноеніе вовсе не вредно, имъ лучше всего разслабляются швы.

По прошествіи 14 дней больная встаетъ. Швы удаляютъ лучше всего лишь по прошествіи нѣсколькихъ недѣль. Въ большинствѣ случаевъ выпадаютъ шелковые швы самостоятельно, или вынимаютъ всѣ швы, безъ всякой боли, по прошествіи 2—3 недѣль. Впослѣдствіи получается обыкновенно гладкій поперечный рубецъ во влагалищномъ сводѣ.

Высокая ампутація *portionis*.

Если обдумать, гдѣ находится главная опасность рецидива, то это, безъ сомнѣнія, *ragametrium*, а не дно матки. Если бы мы были вполне убѣждены, что вверху, въ маткѣ, безусловно не имѣется раковаго узла, что раковая опухоль не доходитъ до внутренняго маточнаго зѣва, какъ, напр., при начинающемся, рано распознанномъ ракъ шейки, то вполне достаточной оказалась бы ампутація въ здоровыхъ частяхъ на 2 см. выше раковой опухоли.

Мы имѣемъ тутъ преимущество небольшой, значить менѣе опасной операціи, что напр. особенно выгодно у старухъ. Статистика не даетъ никакихъ указаній, такъ какъ при маленькихъ ракахъ *portionis* полная экстирпація даетъ болѣе удовлетворительные результаты, чѣмъ во всѣхъ остальныхъ случаяхъ вмѣстѣ. Кроме того, при правильно произведенной полной экстирпаціи, при которой тщательно перевязываются всѣ сосуды, кровотеченіе гораздо меньше, чѣмъ при ампутаціи *portionis*. Наконецъ, вопросъ не важенъ еще въ виду того, что начинающіеся раки лишь рѣдко приходится оперировать. Я высказался противъ ампутаціи *portionis* послѣ того, какъ въ нѣсколькихъ случаяхъ наступили рецидивы, невзирая на маленькій узелъ въ *portio* и разрѣзъ на 2 см. выше. Но и случаи, въ которыхъ раковые узлы отдѣлены другъ отъ друга здоровой тканью, вверху и внизу, даже въ мускулатурѣ дна, говорятъ въ пользу полной экстирпаціи. Я вполне согласенъ, что ампутацію *portionis* нельзя принципиально признать невѣрной, хотя я лично произвожу при ракъ всегда полную экстирпацію.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *приходится* ограничиваться ампутаціей, именно, когда ракъ занялъ уже большую часть окружности. Ракъ обрѣзаютъ, отѣсняютъ влагалище возможно выше и разрѣзаютъ поперекъ ножомъ *Raquelin'a*. Послѣ этого отжигаютъ въ воронкѣ маточнаго зѣва, высоко въ *corpus*, всю слизистую оболочку. Операція заканчивается введеніемъ, для остановки кровотеченія, тампона съ порошкомъ изъ іодоформа и танина или марлевого. Эта операція отлично переносится при большихъ, не доступныхъ операціи ракахъ, безъ поврежденія брюшины. Рубцевая ткань становится плотной, ракъ растетъ медленнѣе и больная чувствуетъ себя хорошо въ теченіе продолжительнаго времени.

Операция Freund'a.—Первоначальный способ *Freund'a* был долгое время совершенно заброшенъ, какъ слишкомъ опасный. Онъ применялся лишь при большихъ маткахъ, при осложненіяхъ міомами и раками или при до того крѣпкихъ и высокихъ сращенияхъ, что операцию снизу нельзя было окончить, и дѣйствительно, совершенно неподвижную матку лучше экстирпировать сверху, чѣмъ снизу. При осложненіи родовъ ракомъ, лучше всего окончить роды *per vias naturales* и послѣ этого немедленно экстирпировать матку *per vaginam*.

Въ послѣднее время, въ виду областныхъ метастазовъ или карциноматозныхъ лимфатическихъ железъ въ сосѣднихъ частяхъ было указано на то, что для ихъ удаленія не достаточно типичной вагинальной полной экстирпации. Дѣйствительно, при этомъ не видны маленькія железы. Если, однако, посмотрѣть въ тазъ сверху, то подъ брюшиной видны нѣсколько лежащихъ вдоль мочеточника, различной величины, бѣловато просвѣчивающихъ увеличенныя железы. Если исходить изъ той точки зрѣнія, что операція рака имѣетъ смыслъ лишь въ томъ случаѣ, если удалены всѣ сосѣднія опухоли железы, то необходимо согласиться съ приверженцами абдоминальной экстирпации. Но еще весьма сомнительно, оправдывается ли надежда, что при абдоминальной операциі получается хорошій результатъ при сильно развитыхъ ракахъ. Если мочеточникъ приходилось высвободить изъ раковыхъ узловъ, даже резецировать часть его или пузыря, то трудно предположить, что ракъ ограничился этими железами.

Но въ данномъ случаѣ рѣшающее значеніе имѣютъ не теоріи, а опытъ: смѣлымъ операторамъ мы должны быть крайне благодарны, что ими была сдѣлана попытка опредѣленія степени излечимости раковыхъ опухолей.

Что касается техники, то обрѣзаютъ сначала ракъ во влагалищѣ и уже послѣ этого приступаютъ къ операциі сверху. Этимъ сокращаютъ болѣе опасную часть операциі и отрѣзаютъ вагинальную часть опухоли во влагалищѣ, въ которомъ разрѣзы удается контролировать лучше снизу, чѣмъ сверху.

Рецидивы ¹⁾. *Предсказаніе.*—Послѣ всѣхъ операцій рака матки появляются, къ сожалѣнію, рецидивы, одинаково часто, какъ и послѣ другихъ операцій рака. Если по прошествіи нѣсколькихъ недѣль послѣ полной экстирпации мы находимъ новыя раковыя массы, то мы имѣемъ не „рецидивъ“, а дальнѣйшее разрастаніе оставшихся раковыхъ зародышей въ *parametrium*. Такимъ образомъ уже по прошествіи 6 недѣль можетъ существовать новый раковый узелъ въ рубцѣ. Въ подобныхъ случаяхъ ракъ переходитъ на пузырь и прямую кишку, выполяетъ ямку крестцовой кости, и мы получаемъ такое же теченіе, какъ и безъ операциі. Вслѣдствіе быстрого распространенія рака на брюшину таза и кишечникъ боли гораздо сильнѣе, чѣмъ при самопроизвольномъ теченіи.

¹⁾ *Winter*, Z. f. G. 1895.

Рецидивы появляются и по прошествии 2, 3, даже 4 лѣтъ. Эти поздніе рецидивы оставляютъ рубецъ свободнымъ и растутъ болѣе въ сторонѣ, въ тазу. Можно предположить, что сосѣдніе лимфатическіе сосуды были инфицированы уже до операціи. Въ подобныхъ случаяхъ теченіе крайне неблагоприятно. Первымъ симптомомъ является боль въ одной ногѣ, на-подобіе невралгіи п. ischiadici. Боли не уступаютъ никакому леченію. Удастся констатировать опуханіе на внутренней стѣнкѣ таза. При этомъ рубецъ во влагалищѣ можетъ оставаться долгое время нетронутымъ. Наконецъ, раковая опухоль разрастается, она становится все больше, прорастаетъ кости таза и больная погибаетъ въ страшныхъ мученіяхъ.

Предсказаніе безусловно лучше при раннемъ распознаваніи рака, когда можно предотвратить опасность прививки. Стойкое излеченіе наблюдается теперь въ 15 %. Въ излеченіи можно быть убѣжденнымъ лишь по прошествіи 6 лѣтъ. Лучше всего предсказаніе при своевременной экстирпаціи рака тѣла матки и у старухъ.

Симптоматическое и палліативное леченіе. — Если полная экстирпація оказывается невозможной, то приходится дѣйствовать симптоматически, т. е. дѣйствовать мѣстно лишь при существованіи извѣстныхъ симптомовъ.

Многіе случаи рака, въ особенности въ пожиломъ возрастѣ, протекаютъ весьма медленно и почти не даютъ симптомовъ. Мнѣ пришлось наблюдать старухъ, которыя въ теченіе многихъ лѣтъ страдали незначительнымъ серознымъ, лишь слегка зловоннымъ отдѣленіемъ, у которыхъ ракъ распространялся крайне медленно, безъ всякихъ мучительныхъ симптомовъ. Если больную удастся при такихъ обстоятельствахъ убѣдить, что у нея нѣтъ мѣстнаго страданія, то этимъ мы достигнемъ гораздо больше, чѣмъ всѣмъ гинекологическимъ искусствомъ! Если цѣль нашего леченія сводится къ возможному продленію человѣческой жизни, то это достигается скорѣе тщательнымъ мѣстнымъ леченіемъ, чѣмъ рискованной «полной экстирпаціей». Въ послѣднемъ случаѣ больная теряетъ много крови, должна лежать въ постели въ теченіе 2—3 недѣль и, какъ только она оправится, появляется снова рецидивъ. Наступленіе тѣхъ же симптомовъ убѣждаетъ даже самую доверчивую больную въ возвращеніи старой болѣзни. Психическое угнетеніе, боли въ области п. ischiadici и т. д. дѣлаютъ конецъ оперированной болѣе мучительнымъ и значительно его ускоряютъ, чѣмъ при одномъ палліативномъ леченіи.

Единственнымъ средствомъ остается при этомъ морфій. Это средство назначаютъ то въ суппозиторіяхъ, то въ порошкахъ, то подкожно, чтобы больная могла черпать новую надежду въ новой формѣ стараго средства. Въ концѣ концовъ доходятъ до весьма большихъ дѣйствительныхъ дозъ. Въ одномъ случаѣ я дошелъ до 0,5 морфія въ сутки. Если морфій не переносится, то назначаютъ кодеинъ въ двойной противъ морфія дозѣ, или прибавляютъ къ морфію $\frac{1}{10}$ часть атропина.

Мѣстные средства, напр. кокаиновая мазь и ортоформъ, введенныя въ раневую воронку, совершенно не дѣйствительны.

Симптомами, требующими мѣстнаго леченія, являются: *кровотеченіе и ихорозное разложенеіе*. Я совѣтую примѣнять при подобныхъ раковыхъ опухоляхъ самое тщательное мѣстное леченіе. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что въ этихъ случаяхъ врачъ можетъ достигнуть многого.

Для врача весьма трудная задача пользоваться карциноматозную больную до самаго конца жизни, но вѣстѣ съ тѣмъ какая это высокая задача помогать больной, уменьшать ея страданія, поддерживать ея духъ, назначая все новыя средства, или старыя въ новой формѣ.

Послѣ палліативныхъ операцій, которыя, несмотря на все стараніе, не удается провести строго асептически, наступаютъ нерѣдко боли и ухудшеніе общаго состоянія. Нѣкоторыя больныя считаютъ свое страданіе именно съ момента операціи, такъ какъ до этого онѣ не чувствовали никакихъ мученій. Въ подобномъ случаѣ врачъ виноватъ, онъ рекомендовалъ производство операціи.

Какъ при кровотеченияхъ, такъ и при ихорозномъ разложеніи находятъ часто мягкія, ворсистыя, крошковатыя массы. Эти массы необходимо удалить, лучше всего подъ наркозомъ, такъ какъ лишь при подобныхъ условіяхъ можно дѣйствовать основательно.

Влагалище промываютъ въ спинномъ положеніи и удаляютъ мягкія массы острой, возможно большой ложкой. Такъ какъ поясъ роста рака твердый, то смѣло можно проникать въ глубину, пока не дойдутъ до твердаго препятствія. Выскабливаніе слѣдуетъ производить быстро, такъ какъ кровотеченіе часто довольно сильно. Хлопья, ускользящія отъ ложки, напр. влагалищный край, захватываютъ пинцетомъ и отрѣзаютъ. Полученный такимъ образомъ кратеръ прижигаютъ. Въ настоящее время примѣняютъ для этого *Paquelin*, но я того мнѣнія, что каленое желѣзо дѣйствуетъ болѣе сильно. Во-первыхъ, останавливается гораздо лучше кровотеченіе, во-вторыхъ, можно мѣнять инструментъ гораздо быстрѣе, чѣмъ достигнуть новаго накаливанія *Paquelin*'а. Въ-третьихъ, наконечники гораздо больше, чѣмъ при аппаратѣ *Paquelin*'а. Въ виду этого весьма рационально накалывать два наконечника *Paquelin*'а или примѣнять быстро одинъ за другимъ 3—4 накаленныхъ желѣзныхъ прижигателя. Прижиганіе необходимо произвести весьма энергично, въ особенности если ложка не прошла слишкомъ глубоко кверху или въ бокъ, въ рагаметризмъ. Струпу долженъ быть твердымъ какъ стекло, кровотеченіе должно прекратиться окончательно. На мѣста, на которыхъ между струпами показывается черная кровь, прикладываютъ на нѣкоторое время *Paquelin*, именно до тѣхъ поръ, пока весь кратеръ не станетъ сухимъ и твердымъ. Во время прижиганія нельзя промывать, и лишь вытирать сухой ватой. Горячія зеркала охлаждають прикладываніемъ мокрой ваты.

При послѣдующемъ леченіи держать выжженную воронку открытой, т. е. тампонъ вкладываютъ не спереди воронки, а внутрь. Сначала вводятъ въ воронку смѣсь борной кислоты съ танниномъ, послѣ чего этотъ порошокъ удерживаютъ тампономъ, или наносятъ на марлевый тампонъ ложку этой смѣси и полоску вдвигаютъ глубоко и туго въ воронку.

Катетеризаціей пузыря заканчивают операцію. Нужно прямо удивляться, какъ мало жалуются оперированныя на боли.

Подобный тампонъ оставляютъ на 3—5 дней. Если былъ взятъ марлевый тампонъ, то его легко вывести изъ влагалища, не причиняя при этомъ больной никакихъ болей.

Если полости очень велики, то уменьшенія ихъ достигаютъ быстрѣ всего тѣмъ, что приготавливаютъ смѣсь изъ глицерина, танина и борной кислоты и смачиваютъ ею марлю, которою туго набиваютъ воронку. Самымъ удобнымъ для этой манипуляціи инструментомъ являются изображенные на рис. 179 щипцы, которые я снабдилъ кремальерой.

Въ прежнее время я употреблялъ и смѣсь іодоформа съ таниномъ, но въ большинствѣ случаевъ достаточно смѣси танина съ борной кислотой; запахъ іодоформа непріятенъ какъ больной, такъ и врачу. Кромѣ того, весьма непріятно отравленіе іодоформомъ, въ особенности если оно ведетъ къ развитію психоза.

Воронка имѣетъ по отторженіи струпа видъ гранулирующей поверхности. Часто наступаетъ хорошее самочувствіе въ теченіе мѣсяцевъ и даже лѣтъ. Развѣ это не благодарное леченіе!

При послѣдующемъ леченіи преслѣдуютъ снова цѣль не дать застояться отдѣленію и его дезинфицировать. Если больная въ состояніи имѣть врача, то 1—2 раза въ недѣлю наполняютъ, въ боковомъ положеніи, воронку марлей.

Многими рекомендуется въ послѣднее время хлористый цинкъ. Я неоднократно примѣнял это леченіе. Берутъ маленькіе тампоны, смачиваютъ ихъ растворомъ хлористаго цинка въ водѣ 1 : 2 или 2 : 1, и вкладываютъ ихъ въ пору вещества. Подъ тампонъ кладутъ комокъ ваты, смоченный растворомъ соды, для предохраненія влагалища. У больныхъ, къ сожалѣнію, однако, появляется обыкновенно весьма сильная боль, не только тотчасъ послѣ примѣненія средства, но еще и долгое время спустя. Образующіеся плотные рубцы препятствуютъ дальнѣйшему росту раковой опухоли или служатъ, во всякомъ случаѣ, болѣе значительнымъ сопротивленіемъ, чѣмъ послѣ операцій разрезами. Такъ какъ при этомъ леченіи наступаютъ мучительныя боли, то я примѣняю его лишь въ случаяхъ безуспѣшности другого леченія. Послѣ интенсивнаго прижиганія хлористымъ цинкомъ, кровотеченія останавливаются нерѣдко окончательно.

Если леченіе невозможно или безуспѣшно, то намъ болѣе ничего не

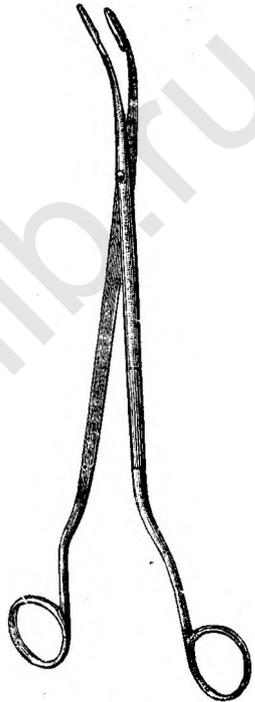


Рис. 179.

остается, какъ облегчить состояніе больной дезинфицирующими и вяжущими спринцеваніями влагалища.

Если къ концу жизни образовался пузыревлагалищный свищъ или сообщеніе прямой кишки съ влагалищемъ, то въ подобныхъ случаяхъ я доставлялъ иногда облегченіе примѣненіемъ „мазевыхъ тампоновъ“: тампонъ, смягченный карболовымъ масломъ или бисмутовой мазью, вкладывался въ отверстіе и слегка задерживалъ мочу. Облегченіе получается иногда и при впрыскиваніи во влагалище карболоваго масла или сильно вяжущихъ мазей маленькимъ шприцомъ, въ особенности если vulva сильно воспалена и чувствительна. Наконецъ, для уменьшенія разложенія и запаха можно прикладывать спереди vulva компрессы, смоченные хлорной водою; компрессы необходимо часто мѣнять.

В. Саркома матки ¹⁾.

Саркома матки, злокачественная опухоль соединительнотканнаго ряда, встрѣчается крайне рѣдко въ молодомъ возрастѣ, обыкновенно въ климактерическомъ періодѣ, чаще въ тѣлѣ, чѣмъ въ шейкѣ матки (рис. 180). Мы различаемъ саркому слизистой оболочки и саркому мышцъ матки. Сначала образуются мягкія опухоли, какъ полипозныя, такъ и ворсистыя и дольчатыя, занимающія большія пространства слизистой оболочки.

Мышечная саркома образуетъ одиночный мягкій узелъ, лежащій обыкновенно въ подслизистой слоѣ или же узлы пронизываютъ всю матку. Фиброміомы подвергаются иногда саркоматозному перерожденію. Если ихъ вырѣзать, то онѣ рецидивируютъ, чѣмъ лишь выясняется ихъ характеръ. Подслизистыя саркомы могутъ быть покрыты настолько толстымъ слоемъ мышцъ, что оказываются твердыми и принимаются за міомы. Подобный случай мнѣ удалось излечить полной экстирпаціей матки.

Хотя круглоклѣточные саркомы самыя частыя, тѣмъ не менѣе наблюдаются и веретенообразно- и болѣе рѣдко, гигантоклѣточные саркомы. Въ саркомѣ происходитъ иногда и миксоматозное перерожденіе, такъ что въ мышцахъ находятъ кисты, наполненныя мягкими массами. Далѣе въ саркомахъ нерѣдко происходятъ кровотеченія или апоплексіи. Метастазы довольно рѣдки. Саркома portionis, гроздевидная саркома (рис. 181), разрастается вокругъ portio и вдается въ просвѣтъ влагалища. Отдѣльныя саркоматозныя грозди, характера пузырнаго заноса, величиною отъ горошины до боба, весьма мягкія и менѣе острыя и мелкобугристыя, чѣмъ

¹⁾ Mayer, M. f. G. XIII, 179; XIV, 175; XV, 186. — Glaeser, Virch. Arch. XXV. 422. — Gusserow, A. f. G. I, 240. — Kunert, Diss., Breslau, 1873, A. f. G. VI, III. — Hegar, A. f. G. II, 29. — Winckel, A. f. G. III, 227. — Chrobak, A. f. G. IV, 549. — Hackeling, A. f. G. VI, 493. — Spiegelberg, A. f. G. IV, 351. — Rosenstein, Virch. Arch. XCII, 191. — Zweifel, C. f. G. 1884, 401. — Orthmann, C. f. G. IX, 780. — Rosthorn, W. kl. W., 1889, 724. — Brosin, C. f. G. 1890, 1. — Hofmeier, C. f. G. 1890, 41. — Klein, Münch. m. W. 1890, 37. — Kaltenbach, C. f. G. 1890, прибав. — Pernir, Virch. Arch. CXIII. — Geissler, Diss., Breslau, 1890. — Rheinstejn, Virch. Arch. CXXIV, 507. — Rein, A. f. G. XV, 187. — Pfannenstiel, C. f. G. 1891, 855; Virch. Arch. CXXVII, 305. — Gessner, Die Sarcoma uteri. 1899.

при опухолях на-подобіе цвѣтной капусты; саркома не крошится, а ускользаетъ скорѣе отъ пальца. Гроздевидная форма обуславливается по-видимому, сосочками, которые сильно разрастаются и вырастаютъ. Во всякомъ случаѣ, гроздевидная саркома не представляетъ собою отдѣльной формы опухоли. Я выскоблилъ громадную саркому мышцы матки, рецидивъ которой появился впоследствии въ формѣ гроздевидной саркомы на рогио; въ другомъ случаѣ я удалилъ подобную же гроздевидную саркому, которая впоследствии рецидивировала; больная умерла въ концѣ концовъ отъ громадной саркомы матки.

Если же матка прорастается и прободается, то развиваются метастазы саркомы въ брюшинѣ. Можетъ наступить даже прободеніе брюшныхъ покрововъ, такъ что опухоль разрастается кнаружи. Наблюдаются и смѣшанныя опухоли, названныя нѣкоторыми авторами карциносаркомами. Я нашелъ большую саркому, пронизанную хрящевыми массами: *Virchow* говорилъ даже о «перерожденіи саркомы матки въ ракъ».

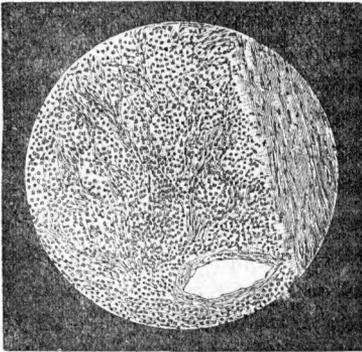


Рис. 180. Sarcoma uteri.

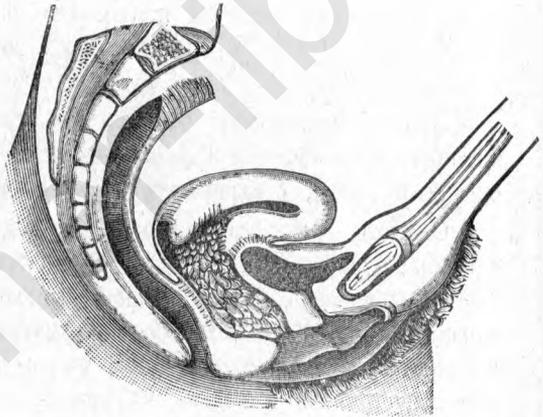


Рис. 181. Гроздевидная саркома по Pfannenstiel'ю.

Диагнозъ и леченіе. — Даже при маленькихъ интерстиціальныхъ саркомахъ, невзирая на цѣлость слизистой оболочки, имѣется постоянное кровотеченіе изъ матки, такъ какъ всѣ саркомы имѣютъ наклонность рости въ полость матки.

Постепенно можетъ развиваться громадная опухоль, даже у очень молодыхъ особъ.

На основаніи этого можно поставить *диагнозъ*. Ошибки, конечно, могутъ встрѣчаться, но лишь въ томъ случаѣ, если процессъ не удалось наблюдать болѣе продолжительное время. Въ нѣсколькихъ случаяхъ, послѣ искусственнаго выкидыша, мнѣ пришлось наблюдать плотные эксудаты, величиною въ голову взрослою. Такъ какъ преступный выкидышъ и все теченіе болѣзни скрывали, то случай оставался темнымъ. Вопросъ выяснился лишь послѣ продолжительнаго наблюденія.

Въ другомъ случаѣ я наблюдалъ отхожденіе поврежденамъ мягкихъ,

величиною въ грецкій орѣхъ, легко раздавливаемыхъ комковъ, что всегда сопровождалось болью. Рѣшающее значеніе имѣть микроскопическое изслѣдованіе. Клѣтки саркомы относятся неодинаково къ окрашиванію. Это можетъ служить важнымъ отличіемъ отъ эндометрита, при которомъ всѣ клѣтки слизистой оболочки равны и одинаково относятся къ красящимъ веществамъ.

Въ зависимости отъ величины опухоль удаляется или черезъ влагалище, или чрезовѣченіемъ. Производству операціи препятствуютъ часто кахексія, величина и срощенія опухоли.

Sarcoma decyduocellulare. Syncytioma.

Sänger'у ¹⁾ принадлежитъ заслуга основанія ученія объ этой формѣ опухоли. Первоначально имъ было принято происхожденіе этой опухоли изъ decidua. *Gottschalk* высказалъ предположеніе, что ворсинки chorion'a подверглись перероженію въ опухоль. *Marchand* доказалъ, что верхній слой, syncytium, является matrix для опухоли. Но этимъ еще не выяснена окончательно сущность опухоли, такъ какъ намъ не извѣстенъ еще и генезъ syncytii.

Предположеніе, что больная съ саркомой забеременѣла, что подъ влияніемъ беременности саркома приняла особенно быстрый и злокачественный ростъ, оспаривается *Sänger*'омъ и *Gottschalk*'омъ.

Опухоль развивается послѣ выкидыша, нерѣдко послѣ выдѣленія пузырнаго заноса. Это имѣетъ громадное значеніе для діагноза. Такъ какъ обыкновенно видны и прощупываются влагалищные метастазы, то діагнозъ не представляетъ особыхъ затрудненій. Отдѣльные узлы представляются кровависто-красными, почти черными. Кровотеченіе изъ матки почти постоянное и ведетъ къ значительной кахексіи.

Это весьма злокачественная опухоль, быстро даетъ метастазы и представляетъ ту особенность, что распространяется метастатически не лимфатическими, а кровеносными сосудами. Интересно то, что метастазы даютъ и доброкачественныя опухоли chorion'a.

Мнѣ пришлось наблюдать случай, въ которомъ послѣ полной экстирпаци, въ періодъ выздоровленія, наступило кровохарканіе, причѣмъ при вскрытіи были найдены многочисленныя метастазы въ легкомъ, которые разрослись, по всѣмъ вѣроятіямъ, въ теченіе 14-ти дней. Показуется возможно быстрая полная экстирпация.

¹⁾ *Sänger*, A. f. G. XLV, 43; A. f. G. XLIV.—*Marchand*, M. f. G. I, 522; Z. f. G. XXXII, 405; XXXIX, 2; C. f. G. 1898, 31.—*Wahlden*, Ziegler's Beitr. XIV, 174.—*Löhlein*, C. f. G. 1893, 14.—*Gottschalk*, Berl. kl. W., 1893, 4 и 5. Verh. d. deutsch. Ges. f. Geb., 1893, стр. 400.—*Schmorl*, C. f. G. 1893, 169.—*Eiermann*, Der gegenwärtige Stand der Lehre vom deciduoma malignum. 1897. (Содержитъ литературу).—*Kossmann*, M. f. G. II.

С. Прибавленіе: Аденома ¹⁾.

Если къ аденомамъ причислить все исходящія изъ слизистой оболочки опухоли, то сюда будутъ относиться: *аденоидная эрозія, ovulum Nabothi, слизистый и железистый полипъ шейки, фолликулярная гипертрофія portionis, железистый полипъ полости матки, и маточныя железы, глубоко вступающія въ мускулатуру.*

При доброкачественныхъ слизистыхъ полипахъ полости матки (см. рис. 176) железы играютъ болѣе пассивную роль. Межжелезистая ткань представляетъ часто весьма значительное разроженіе, причемъ имѣются миксоматозныя участки. Железы увеличены и расширены пассивно, вслѣдствіе задержанія и скопленія секрета. Значить, можно говорить о частичной гиперплазіи слизистой оболочки или объ аденомахъ.

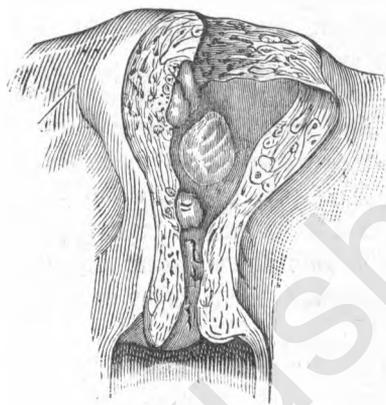


Рис. 182. Нѣсколько аденомъ (слизистыхъ полиповъ) матки.



Рис. 183. Слизистый полипъ, по *Rokitansky*, проникающій въ паренхиму матки. *a* поверхность разрыва матки, *b* разрезанный на двѣ половины полипъ.

Названіе аденома мы должны сохранить для мягкихъ, происходящихъ изъ слизистой оболочки матки полиповъ, главная масса которыхъ состоитъ изъ разросшихся железъ. При этомъ межжелезистая соединительная ткань исчезла, или сказывается лишь болѣе прозрачной границей (*membrana propria*) между отдѣльными железистыми трубками. Последнія расположены близко другъ къ другу, представляютъ значительную извилистость и утратили свое фізіологическое положеніе и форму. Эпителій однослойный,

¹⁾ *Schröder*, Z. f. G. I, 189.—*Olshausen*, A. f. G. VIII, 97.—*Rokitansky*, Allg. Wiener m. Ztg., 1882, 83.—*Schatz*, A. f. G. XXII, 456.—*Billroth*, Ueber den Bau d. Schleimpolypen. 1855.—*Heizmann*, Spiegelbilder der Vaginalportion 1883.—*Virchow*, Virch. Arch. VII, 15.—*Breslau*, Mon. f. G. XXI, Sup. H., 119.—*Flaischlen*, C. f. G 1890, 49.

эпителиальные клетки сохранили характер цилиндрического эпителия; нигдѣ не встрѣчаются полигональные атипичныя клетки, а также альвеолы съ небольшимъ количествомъ эпителия. Подобныя «аденомы» находятся въ маткѣ въ видѣ маленькихъ полиповъ на ножкахъ. Существуютъ, однако, аденомы, которыя выноляютъ всю полость матки и растягиваютъ матку до величины кулака и болѣе, безъ всякаго пораженія и разрушенія мускулатуры матки. Эти разрошенія могутъ вызвать такія колоссальныя кровотеченія, что развивается сильнѣйшая анемія.

Я наблюдалъ эти аденомы у дѣвицъ въ возрастѣ отъ 20 до 30 лѣтъ, чаще, однако, въ болѣе пожиломъ возрастѣ. Можетъ быть это случайность, но всѣ мои случаи относятся къ нерожавшимъ.

Аденомы стоятъ клинически по срединѣ между добро- и злокачественными опухолями; ихъ можно было бы назвать «мѣстно злокачественными», такъ какъ онѣ легко рецидивируютъ, снова растутъ и вскорѣ выполняютъ всю полость матки, сильно ее раздувая. Эти формы опухолей добро- и злокачественныхъ аденомъ различаются лишь клинически. Мнѣ пришлось наблюдать и достигнуть излеченія въ нѣсколькихъ случаяхъ, въ которыхъ патолого-анатомъ діагностицировалъ, на основаніи микроскопическаго изслѣдованія выскобленныхъ массъ, аденокарциному.

Если удается своевременно удалить полипъ и прижечь карболовой кислотой, онъ болѣе не рецидивируетъ. Мнѣ пришлось оперировать нѣсколько случаевъ, въ которыхъ послѣ весьма тщательнаго выскабливанія и неоднократнаго прижиганія карболовой кислотой, подобныя опухоли не рецидивировали въ теченіе 8—9 л. Но зато я наблюдалъ также случаи, въ которыхъ послѣ недостаточнаго выскабливанія матка снова наполнялась аденоматозными массами. Выздоровленіе наступало лишь послѣ вторичнаго, весьма энергичнаго прижиганія.

Симптомы состоятъ въ кровотеченіяхъ, которыя до того сильны и продолжительны, что развивается сильнѣйшая степень анемія. Наблюдается и серозное отдѣленіе.

Если полипъ торчатъ изъ portio, то его удаляютъ и изслѣдуютъ микроскопически. Если portio свободна, матка, однако, увеличена, то прибѣгаютъ къ наркозу, расширяютъ шейный каналъ и тщательно осматриваютъ полость матки.

За постановкой діагноза приступаютъ немедленно къ *леченію*.

Нѣкоторые полипы сильно кровоточатъ при дотрогиваніи. Слѣдуетъ примѣнять большую острую ложку (рис. 100). Отъ маленькой кюретки полипъ можетъ ускользнуть. Производя ложкою сильное давленіе на стѣнку матки, соскабливаютъ и срѣзаютъ быстро все мягкое. Быстрота дѣйствія необходима въ виду того, что кровотеченіе можетъ быть столь значительнымъ, что изъ-за опасности истеченія кровью приходится прервать операцію и немедленно тампонировать полость матки.

Послѣ выскабливанія дѣлаютъ повторное, весьма энергичное прижиганіе полости матки жидкой карболовой кислотой. При сильномъ кровотеченіи

тампонируютъ матку марлей. Если микроскопическимъ изслѣдованіемъ констатируется ракъ, то немедленно прибѣгаютъ къ полной экстирпации матки или производить ее возможно раньше, какъ вторую операцію.

Предсказаніе благопріятно въ томъ случаѣ, если подъ наркозомъ было произведено весьма энергичное выскабливаніе и столь же энергичное прижиганіе.

ГЛАВА ДЕСЯТАЯ.

Миомы матки ¹⁾.

Миомы назывались въ прежнее время фибромами. Съ тѣхъ поръ какъ *Virchow* доказалъ, что эти опухоли состоятъ преимущественно изъ мышечныхъ волоконъ матки, стали эти опухоли называть фибромиомами, лейомиомами или просто миомами. Оба вида тканей (соединительная ткань и гладкія мышечныя волокна) участвуютъ въ построеніи опухоли. Существуютъ чистыя фибромы, но не чистыя миомы. Вѣроятнѣе всего, что онѣ происходятъ изъ вещества матки. Другія теоріи происхожденія, напр. развитіе изъ мышечной оболочки сосудовъ, многими отвергаются. Почти у каждой 10-й женщины находятъ при вскрытіи одну или нѣсколько миомъ въ маткѣ.

Иногда случается, что въ одной маткѣ имѣется нѣсколько миомъ, различной величины, которыя мѣшаютъ другъ другу въ ростѣ, такъ что онѣ сплющиваются, принимаютъ полушарообразную или совершенно неправильную форму. Если впослѣдствіи наступаетъ старческая инволюція матки и отложеніе извести въ маленькія миомы, то подобная матка имѣетъ видъ мѣшка съ картофелемъ. Въ другихъ случаяхъ находятъ 1—2—3 большихъ миомы и нѣсколько различной величины, даже до булавочной головки, маленькыхъ миомъ. Наблюдается иногда лишь 2—3 узла различной величины. Въ общемъ можно утверждать, что одиночныя миомы крайне рѣдкое явленіе. Всѣ миомы, кромѣ описанныхъ ниже разлитыхъ миомъ, представляются равнѣрно шарообразной формы, вслѣдствіе чего онѣ называются шаровидными миомами.

Миомы наблюдаются чаще всего въ corpus uteri, рѣже всего въ cervix. Микроскопически миомы состоятъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, отдѣльные пучки которыхъ раздѣлены соединительной тканью. Сосуды про-

¹⁾ *Virchow*, Die krankh. Geschwülste. III, 107 u 116.—*Küstner*, Berlin. Beitr. z. Geb. u. Gyn., стр. 7.—*Winckel*, Volkmanns Vortr., 1898.—*Engelmann*, Z. f. G. I.—*Kleinwächter*, Z. f. G.—*Ruge*, Z. f. G. V.—*Schultze*, Jenai-che Zeitschr. V, стр. 350.—*Leopold*, Arch. f. phys. Heilk., 1873, 414.—*Fränkel* u. *Schuchardt*, A. f. G. XIX, 277.—*Fehling* u. *Leopold*, A. f. G. VII, 531.—*Martin*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., III, 33.—*Babes*, Ctbl. f. Chirurgie, 1882, 12.—*Diesterweg*, Z. f. G. IX, 1900.—*Amann*, Münch. m. W., 1888, 51.—*Fehling*, C. f. G. 1890, 29.—*Bulius*, Z. f. G., 358.—*Bertelsmann*, A. f. G. L, 178.—*Küstner*, Z. f. G. XXXIII, 358.—*Gebhard*, *Veit*, *Schaeffer*, *Olshausen*, Abschnitt «Myom» in *Veits* Handbuch. 1899.

ходятъ въ соединительной ткани, именно въ капсулѣ опухоли. Въ молодыхъ міомахъ превалируютъ мышечныя волокна. При разрѣзаніи *міомы* мы разрѣзаемъ мышечныя волокна вдоль и поперекъ, какъ это видно на рис. 184, при слабомъ увеличеніи.

Для болѣе легкаго пониманія правильнѣе различать клинически три формы: *субперитонеальныя*, *интерстиціальныя* и *подслизистыя міомы*.

Къ *субперитонеальнымъ* міомамъ относятся первымъ долгомъ тѣ, которыя покрыты только брюшиной и сидятъ снаружи матки. Это могутъ быть совершенно маленькія, величиною отъ горошины до яблока, бѣловато



Рис. 184. Микроскопическій разрѣвъ изъ міомы матки.

просвѣчивающіяся опухоли, находящіяся на поверхности матки въ различномъ количествѣ. Сюда же относятся и міомы, которыя покрыты лишь тонкимъ слоемъ маточной ткани (см. рис. 185). Нерѣдко міома, въ видѣ гриба, виситъ подвижно на маткѣ. Въ подобныхъ случаяхъ говорили о субперитонеальныхъ полипахъ. Врѣшина подвижна надъ міомой, не такъ какъ на маткѣ. Надъ большими узлами проходятъ нерѣдко расширенныя, до 3—5 мм., тесьмовидныя вены.

Если субперитонеальныя міомы увеличиваются, то онѣ лежатъ въ *Douglas'овомъ* пространствѣ, или перегибаются кпереди и лежатъ въ отвесломъ животѣ. При этомъ матка оттягивается, *portio* поднимается кверху. Шейка можетъ даже утончиться, разорваться или повернуться вокругъ оси.

Неправильной формы миома ведет къ перекручиванію вокруг оси как ножки при нормальномъ положеніи матки, такъ и всей матки. Большая миома, ножка которой перекручена, погибаетъ, такъ какъ въ ней прекращается питаніе. Она становится некробіотичной, развиваются сращенія съ кишками и сальникомъ. Кромѣ того, каналъ шейки можетъ быть до того сдавленъ или перекрученъ, что облитерируется. Развивается гематометра, или, наоборотъ, слизистая оболочка вытягивается весьма сильно, лентовидно, надъ полостью матки, атрофируется до того, что не отдѣляетъ ни крови, ни слизи.

Въ рѣдкихъ случаяхъ различныя субперитонеальныя міомы такъ остаются между и вокругъ кишекъ, что кишечную петлю не удается высвободить изъ опухолей. Въ одномъ случаѣ мнѣ пришлось резецировать часть кишки, съ хорошимъ успѣхомъ.



Рис. 185. Нѣсколько міомъ въ одной маткѣ. Вверху субперитонеальная, справа и слѣва плотныя, окруженныя соединительнотканной капсулой міомы, вдающіяся въ полость матки. Расширеніе сосудовъ.

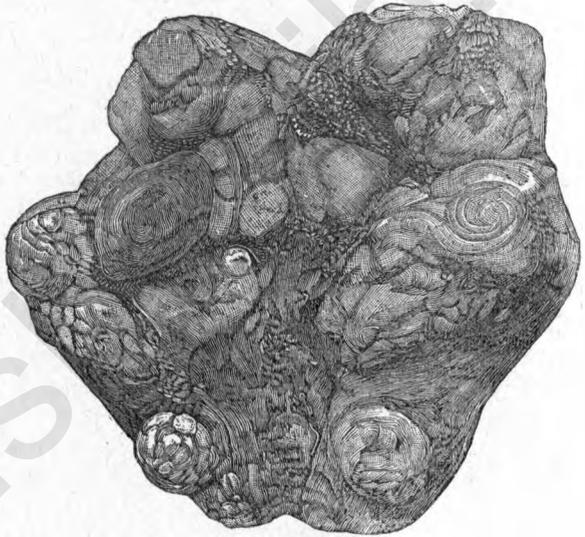


Рис. 186. Многочисленныя маленькія міомы въ маткѣ, вылученной черезъ влагалище.

Если міомы развиваются болѣе по боковому краю матки, то онѣ раздвигаютъ широкую связку и лежатъ между ея пластинками, въ *parametrium* и *subserosium*, значить, экстраперитонеально: *внутрисвязочныя міомы*. При большихъ опухоляхъ имѣется комбинація маточныхъ и субперитонеальныхъ узловъ. Въ широкихъ связкахъ наблюдаются міомы, которыя макроскопически не имѣютъ никакой связи съ маткой.

Внутрисвязочныя міомы наблюдаются преимущественно у породившихъ съ упругими брюшными стѣнками и растутъ глубоко въ тазовую полость, вылученіе ихъ удастся легко; бываютъ твердыя и мягкія, маленькія и большія.

Міомы, находящіяся въ стѣнкѣ матки, называются *интерстиціаль-*

ными. Эти миомы, въ виду благоприятныхъ условий для питанія, легко разрастаются. Но, съ другой стороны, часто наблюдаютъ, что интерстиціальныя опухоли остались маленькими и пропитались известью, между тѣмъ какъ субперитонеальныя, сидящія на ножкѣ миомы, достигли колоссальнаго размѣра. Въ виду этого оказывается, что на ростъ опухоли имѣеть вліяніе характеръ, а не положеніе опухоли.

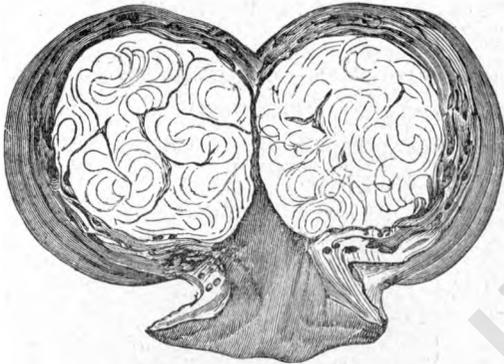


Рис. 187. Большая, развившаяся интерстиціально міома передней стѣнки матки, сильно расширенные сосуды на границѣ опухоли.

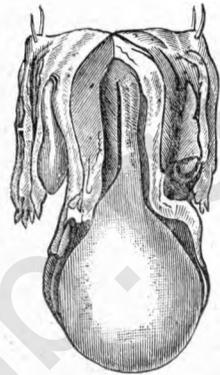


Рис. 189. Міома на ножкѣ, исходящая изъ дна матки.

При интерстиціальныхъ миомахъ часто сильно искажается полость матки, становясь длинной и широкой. Въ одномъ случаѣ медленно развившейся миомы у дѣвicy я нашелъ полость матки длиною въ 40 см. Полость матки представляетъ нѣрѣдко весьма неправильную форму и часто не удается ее опредѣленіе зондомъ *in viva*, въ особенности если имѣются многи-

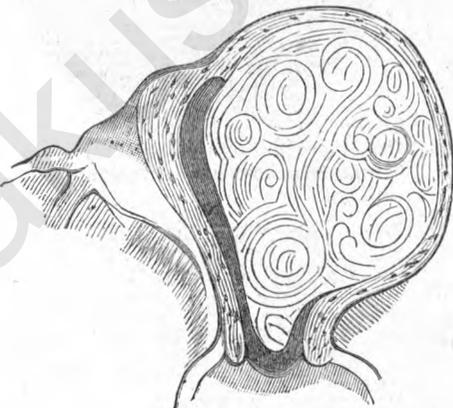


Рис. 188. Большая субмукозная міома, сидящая на широкомъ основаніи.



Рис. 190. Фиброзный полипъ, исходящій изъ канала шейки.

сленныя опухоли, растущія съ различныхъ сторонъ, сдавливающія и искажающія полость. При развитіи нѣсколькихъ миомъ онѣ могутъ разрастаться до того, что въ полости матки срастается покрывающая ихъ слизистая оболочка.

Интерстиціальныя міомы отдѣлены обыкновенно отъ мускулатуры рыхлой оболочкой, изъ которой опухоль можно выдавить, вылущить и т. д. Но и вся міома покрыта оболочкой изъ весьма рыхлой, богатой сосудами, почти кавернозной ткани.

Міомы шейки принадлежатъ къ болѣе рѣдкимъ формамъ. Онѣ находятся въ задней или передней стѣнкѣ шейки. Заднія міомы настолько вростають иногда въ полость таза, что даютъ впечатлѣніе опухолей *Douglas'*ова пространства. Сидящія на передней стѣнкѣ шейки міомы сдавливають пузырь, развивается задержка или недержаніе мочи. Пузырь смѣщается часто высоко кверху, вслѣдствіе чего паступаетъ опасность отрѣзанія верхушки пузыря во время операціи; возможно также вскрытіе пузыря при первомъ разрѣзѣ брюшной стѣнки.



Рис. 191. Кистоміома.

Міомы, вростающія въ полость матки, называются *подслизистыми міомами*.

Подобная міома можетъ влячиваться въ полость матки лишь съ извѣстнымъ отрѣзкомъ слизистой оболочки (рис. 187), и можетъ вдаваться въ полость матки и большей своей частью, въ видѣ сидящаго на широкомъ основаніи полипа (рис. 188). Наконецъ, міома вростаеть въ полость матки до того, что находится въ связи съ маткой лишь тонкой ножкой, т. е. получается полипъ (рис. 189 и 190). Подобный полипъ можетъ оставаться

въ полости матки, напримѣръ у многорожавшей. Если полипъ большой величины, то имъ повреждается влагалище вслѣдствіе давленія и тренія, причеиъ иногда даже съ нимъ срастается ¹⁾). Въ подобныхъ случаяхъ діагнозъ можетъ быть сомнительнымъ, можно думать о влагалищномъ происхожденіи. Хотя полипы имѣютъ въ большинствѣ случаевъ круглую форму, но при нахожденіи ихъ отчасти въ маткѣ, отчасти во влагалищѣ, получается на нихъ отпечатокъ, въ видѣ желоба, отъ маточнаго зѣва. Такимъ образомъ развиваются опухоли на-подобіе песочныхъ часовъ.

Въ ножкѣ проходятъ къ полипу питающіе сосуды, такъ что иногда имѣются въ ножкѣ весьма крупныя, сильно кровоточащія сосуды. Часто

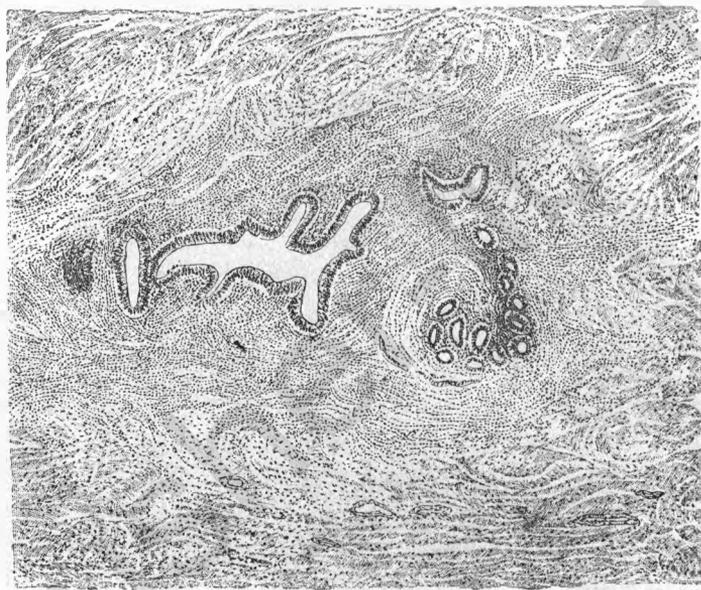


Рис. 192.

имѣется лишь одинъ полипъ, бываютъ, однако, случаи, когда послѣ удаленія одного полипа становится полипозной одна изъ вышележащихъ міомъ. Всѣ формы міомъ могутъ комбинироваться. Въ одной маткѣ можетъ существовать громадное число опухолей. Вслѣдствіе давленія, растяженія и разростанія міомъ въ различныхъ стѣнкахъ матки, полость послѣдней принимаетъ до того неправильную форму, что положительно невозможнымъ становится зондированіе или какое-либо внутриматочное леченіе. Уже при одной міомѣ, какъ это видно на рис. 188, можетъ зондированіе оказаться невозможнымъ.

Своеобразную форму представляютъ такъ называемыя *кистоміомы*, опухоли, которыя, при выполненіи всей полости живота представляютъ

¹⁾ *Chrzanowski, Z. f. G. XXXV, стр. 11.*

интересъ въ дифференціально-диагностическомъ отношеніи, именно возможно смѣшеніе ихъ съ кистами яичниковъ. Эти опухоли достигаютъ значительной величины и растутъ нерѣдко весьма быстро. Онѣ не сидятъ прямо на наружной или внутренней поверхности матки, но были наблюдаемы подъ самой слизистой оболочкой, а также подъ брюшиной и внутри связокъ.

Образованіе кистъ въ міомахъ является процессомъ перерожденія. Но и въ центрѣ маленькихъ міомъ находятъ кистовидные участки. Подобныя міомы обыкновенно рѣзко бѣлаго цвѣта и весьма бѣдны сосудами.

Увеличивающееся слизистое содержимое раздвигаетъ отдѣльныя тканевыя петли, вслѣдствіе чего развиваются кругловатыя кисты съ гладкими стѣнками, выстланными или эпителиемъ, или эндотелиемъ. На разрѣзѣ эти опухоли напоминаютъ пчелиныя соты.

Подъ именемъ *телеангіектатической* міомы описаны двѣ формы. Во-первыхъ, форма, въ которой имѣются многочисленные, расширенные сосуды. На разрѣзахъ подобныхъ опухолей видны обыкновенно многочисленные тромбы. Соответственно богатству сосудовъ представляются увеличенными и приводящіе сосуды, чѣмъ значительно затрудняется операція. Мнѣ приходилось наблюдать въ широкихъ связкахъ вены, толщиной въ тонкую кишку. Но и подобныя опухоли удаются, путемъ осторожной перевязки, удалить безкровно.

Другой формой являются *лимфангіектатическія* міомы. Жидкость, получаемая пункціей, лимонно-желтаго цвѣта и свертывается при стояніи на воздухѣ.

Къ міомамъ слѣдуетъ отнести и довольно рѣдкія кисты матки. Я наблюдалъ одну большую гладкостѣнную, окруженную толстой маточной мускулатурой кисту, которою матка увеличивалась равномерно.

Недавно открыты *аденоміомы*¹⁾; сущность ихъ еще не выяснена окончательно. Ими выпячиваются наружные задніе слои матки у прикрѣпленія трубы, но сидятъ и прямо въ трубѣ. Ихъ не удается вылущить на-подобіе шаровидныхъ міомъ, консистенція ихъ различная: описаны кистовидныя, мягкія, телеангіектатическія аденоміомы.

Recklinghausen того мнѣнія, что въ виду сходства въ строеніи съ канальцами примордіальной почки, железистыя отложения происходятъ изъ примордіальной почки, изъ клѣтокъ *Wolff*ова тѣла, занесенныхъ сюда во время внутриутробной жизни. Значитъ, мы имѣемъ дѣло не съ настоящими составными частями *Wolff*ова тѣла, а съ занесенными клѣтками, которыя впослѣдствіи, во время полового созрѣванія, превращаются въ *Pseudoglomeruli*. На рис. 192 изображенъ подобный пакетъ.

Новѣйшіе изслѣдователи заявили, что происходящія изъ *Wolff*ова тѣла большія опухоли не соединены съ маткой, а происходятъ съ задней

¹⁾ *Recklinghausen*, Die Adenomyome u. Cystadenome des Uterus. Im Anhang: *W. A. Freund*, Klin. Notizen zu den voluminösen Adenomyomen d. Uterus. 1896.—*Schottländer*, Z. f. G. XXVII, 321.—*Pfannenstiel*, Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn., 1897, 195.—*Gossmann*, A. f. G. LIV, 395.—*Diesterweg*, Z. f. G. IX, 234.—*Breus*, Ueber wahre epithelführende Cystenbildungen in Uterusmyomen. 1892.

брюшной стѣнки, что въ маткѣ и трубахъ не находили остатковъ первобытной почки. Міоаденомы трубныхъ угловъ развиваются въ виду этого какъ послѣдствіе прибрѣтенныхъ, воспалительныхъ выпячиваній слизистой оболочки трубъ. *Franqué* подозрѣваетъ нѣжно протекающую туберкулезную инфекцію стѣнки трубъ. Значитъ, мы имѣли-бы нѣчто вродѣ *Salpingitis podosa*. Въ пользу этой теоріи говоритъ фактъ, что подобныя опухоли исчезаютъ. При овариотоміяхъ я наблюдалъ иногда опухоли трубныхъ угловъ, и не рѣшался на ихъ удаленіе. По прошествіи многихъ лѣтъ можно было путемъ опущиванія констатировать ихъ исчезаніе.

Даже большія, величиною болѣе кулака, опухоли, на экстирпацію которыхъ я не рѣшился въ виду неблагоприятныхъ условій, исчезали медленно съ годами, хотя при операціи были приняты за міомы.

Клинически я желалъ-бы обратить вниманіе на трудности удаленія, на возможность выдущенія въ виду трудной подвижности матки.

Имѣющіяся на міомахъ срощенія весьма различнаго характера. Вслѣдствіе повторныхъ инсультовъ сильно выпяченнаго живота міомы могутъ вѣрообразно сростаться спереди съ *peritoneum parietale*. Въ другихъ случаяхъ имѣется срощеніе съ сальникомъ, которое можно отдѣлить безъ сильнаго кровотеченія. Отъ прежнихъ срощеній или отъ сальника остается иногда только одинъ сосудъ, такъ что отъ брюшной стѣнки или сальника тянется къ опухоли только одинъ, толщиной въ карандашъ сосудъ. Въ другихъ случаяхъ тянутся къ опухоли многочисленные подобные сосуды съ различныхъ сторонъ. Срощенія съ опухолью представляетъ и кишечникъ, но въ большинствѣ случаевъ его легко отдѣлить. Но бываютъ случаи, въ которыхъ кишки срощены съ опухолью до того плотно, что не можетъ быть и рѣчи объ удаленіи.

Полипозныя міомы ведутъ иногда къ частичной или полной инверсіи матки. Полипъ, находясь на внутреннемъ маточномъ зѣвѣ и раздражая послѣдній механически, вызываетъ потуги. Тяжесть полипа, можетъ быть и атрофія мѣста прикрѣпленія, ведутъ къ опущенію полиповъ и къ послѣдующему опущенію мѣста прикрѣпленія, безразлично, находится-ли оно сбоку или въ *fundus*.

Слизистая оболочка матки бываетъ при міомахъ гипертрофированной или атрофированной. Если полость весьма неправильной формы вслѣдствіе разрастающихся круглыхъ узловъ, то развивается широкая полость, которая всюду выполняется утолщенной слизистой оболочкой и слизистыми полипами. Въ подобныхъ случаяхъ наблюдается обыкновенно осложненіе кровотеченіями и отдѣленіемъ слизи. Если полость сильно удлинена, если напр. матка лежитъ на громадной міомѣ въ видѣ узкой полосы, то слизистая оболочка представляется атрофированной, и не происходитъ отдѣленія ни крови, ни слизи.

Мускулатура матки всегда гипертрофирована, въ особенности при существованіи нѣсколькихъ шаровидныхъ міомъ. Она представляетъ громадное сходство съ ламеллярнымъ строеніемъ беременной матки, причежъ мѣстами

достигаетъ толщины въ 5 — 6 см. Въ паренхимѣ проходятъ сосуды такой толщины, что въ ихъ просвѣтъ можно ввести кончикъ пальца.

Яичники почти всегда увеличены, въ нихъ находятъ массу фолликуловъ, достигшихъ величины горошины или вишневой косточки; строма оказывается инфильтрированной. Вслѣдствіе отека яичники достигаютъ иногда величины кулака. При наружномъ изслѣдованіи ощупываніемъ большіе отечные яичники принимаются, въ виду этого, нерѣдко за узлы опухолей.

Въ міомахъ матки наблюдаются различные регрессивные метаморфозы, какъ хроническаго, такъ и остраго характера. Въ особенности маленькія міомы становятся весьма твердыми вслѣдствіе отложенія извести, плотными и упругими, такъ что ихъ не удается разрѣзать. Остающаяся ткань становится, повидимому, мягче и расцсывается; во всякомъ случаѣ, на распилахъ находятъ между известковыми массами фокусы размягченія, наполненные, распадомъ, красноватыми хлопьями и капицей. Пропитываться известью могутъ и очень большія міомы. Такимъ образомъ я нашель при вскрытіи міому, величиною въ дѣтскую головку, связанную съ маткой лишь складкой брюшины; эта міома была принимаема годами за литопедіонъ. Степень омѣлоторенія различна. У одной дѣвицы я сдѣлалъ ампутацію матки. На маткѣ находилась громадная субперитонеальная, мягкая міома и въ интерстиціальной ткани матки маленькая, пропитанная известью міома. При продолжительномъ употребленіи эрготина, при которомъ прекращается доступъ питательныхъ веществъ, происходитъ въ міомахъ отложеніе извести.

Необходимо здѣсь упомянуть еще о такъ называемыхъ *маточныхъ камняхъ*: пропитанныя известью, совершенно отдѣлившіяся отъ матки міомы, находимыя въ маткѣ случайно при вскрытіи или выводимыя при жизни.

Другимъ регрессивнымъ процессомъ является *ожирѣніе*, которое сказывается маленькими желтоватыми пятнами, въ особенности въ интерстиціальныхъ міомахъ, уже макроскопически. *Scanzoni* описалъ случаи, въ которыхъ жировая инволюція пуэрперальной матки оказывала благотворное вліяніе и на міому, которая исчезала безслѣдно. Мнѣ лично не пришлось еще наблюдать достовѣрнаго случая, но зато нѣсколько случаевъ, въ которыхъ міома подверглась въ время беременности громадному росту и впослѣдствіи становилась снова маленькой, такъ что лишь съ трудомъ могла быть найдена. Съ другой стороны, наступаетъ въ послѣродовомъ періодѣ нерѣдко омертвѣніе міомъ, не сопровождающееся опасными явленіями.

Переходомъ къ острому измѣненію является *отекъ міомы*.

Міома становится отечной по двумъ причинамъ. Во-первыхъ, сдавливаются весьма часто сосуды ножки попавшаго во влагалище полипа, въ особенности суживающимся постепенно или быстро маточнымъ зѣвомъ. Въ подобномъ случаѣ развивается застойный отекъ, некрозъ, омертвѣніе. Но міома можетъ оставаться отечной и въ теченіе весьма продолжительнаго

времени. При этомъ опухоль становится весьма большой, на-ощупь мягкой, почти флюктуирующей, какъ будто бы въ ней имѣется киста.

Во-вторыхъ, міома становится отечной послѣ раненія и инфекціи. При этомъ мы имѣемъ дѣло съ инфильтраціей опухоли и съ тромбозированіемъ въ широкихъ синуозныхъ сосудахъ ложа опухоли. Въ эти сосуды попадаютъ возбудители гніенія: ложе опухоли нагнаивается при одновременномъ некрозѣ опухоли. Нагноеніе образуетъ нерѣдко демаркацію отъ здороваго. При удаленіи омертвѣвшей міомы, на границѣ съ здоровыми частями, я находилъ большіе участки, пронизанные нагноеніемъ и черными тромбами.

Вслѣдствіе этого міома можетъ разрыхляться и быть легко вылушена. Съ другой стороны, можетъ наступить смерть вслѣдствіе ихорознаго распаденія и всасыванія, при явленіяхъ сильной піэмической лихорадки. Но, невзирая на послѣднее явленіе, процессъ можетъ остановиться, такъ что высокую лихорадку не слѣдуетъ еще считать за показаніе къ быстрому оперативному вмѣшательству.

Міомы могутъ омертвѣвать и совершенно самопроизвольно, при этомъ находятъ ихъ при операціяхъ какъ темно-краснаго, на подобіе мяса, такъ и синяго цвѣта, какъ бы отечными. При леченіи эрготиномъ наступаетъ некрозъ какъ большихъ, такъ и маленькихъ интерстиціальнхъ и подслизистыхъ міомъ. При истошающихъ болѣзняхъ или при холеринѣ, а также послѣ продолжительныхъ меворагій, значительно понижается сердечная дѣятельность, вслѣдствіе чего въ ложѣ опухоли развиваются марантическіе тромбы. Тромбы могутъ распространяться и на *aa. hypogastrica* и *iliaca*, могутъ размягчаться, распадаться и вести къ смерти вслѣдствіе піэмии. Въ подобныхъ случаяхъ становится, напр., одна нога отечной, развивается настоящая *Phlegmasia alba*, тромбозъ бедренной вены. Вслѣдствіе близости кишечника или при кишечныхъ срощеніяхъ происходятъ нагноенія, прободенія органовъ или образованіе свищей. Изъ казавшагося параметритическимъ абсцесса надъ *Poupart*'овой связкой мнѣ пришлось удалить размягчившуюся, омертвѣвшую міому матки. Омертвѣвшая міома раздражаетъ матку и вызываетъ потуги—попытки къ выведенію опухоли. Эти иногда весьма сильные потуги наступаютъ не только при полипахъ, но и при интерстиціальнхъ, омертвѣвшихъ міомахъ.

Симптомы и теченіе.—Симптомы міомы различны и находятся въ зависимости отъ мѣста опухоли. Если міома развивается субперитонеально, если она сидитъ на маткѣ въ видѣ маленькой опухоли, то симптомы могутъ совершенно отсутствовать. Даже болѣе крупная міома часто вовсе не даетъ симптомовъ, какъ и растущая, беременная матка. Если міома достигаетъ значительной величины, то мы имѣемъ тѣ же симптомы, что и при всѣхъ болѣе крупныхъ опухоляхъ живота: чувство полноты въ животѣ, запоры, разстройство мочеиспусканія, давленіе книзу, затрудненіе дыханія послѣ принятія пищи, упадокъ силъ и т. д.

Если субперитонеальная міома очень тверда, сидитъ на ножкѣ и

значительной величины, то травмы обыденной жизни оказывают неблагоприятное дѣйствіе, развиваются ограниченныя воспаленія брюшины съ ихъ характерными симптомами, сращениями, спайками, образованіемъ ложныхъ связокъ. Если наступила беременность, а полость матки очень неправильна и лежащія подслизисто узлы служатъ препятствіемъ къ образованію нормальнаго плодoviстилища, то могутъ наступить децидуальныя кровотечения и выкидышъ. Неблагопріятно лежащія міомы могутъ служить препятствіемъ при родахъ. Часто, однако, міома выходитъ изъ таза, такъ что родовые пути становятся свободными. Съ другой стороны, изъ за міомъ шейки, приходилось производить кесарево сѣченіе. Неоднократно были описаны кровотечения *post partum*, рожденіе большого полипа послѣ родовъ.

При ушибахъ акушерскими инструментами и инфекціи во время родовъ міома можетъ подвергаться ихорозному распаденію и этимъ угрожать опасностью для жизни.

Если міома вростаетъ въ шейку или въ одну изъ болѣе глубокихъ частей матки, то при дальнѣйшемъ ростѣ, находясь ниже *promontorium*, она можетъ ущемиться въ маломъ тазу. Наступаютъ такія же расстройства мочеиспусканія, какъ и при ретрофлексированной, ущемленной беременной маткѣ. Пузырь растягивается и выдѣляетъ мочу постоянно, по каплямъ. Другимъ послѣдствіемъ является задержка кала. Вслѣдствіе сращеній съ прямой кишкой или частичнаго омертвѣнія міомы получаютъ сообщенія между внутренностью міомы и прямой кишкой. При этомъ міома распадается ихорозно. Въ другихъ случаяхъ развиваются только перитониты вокругъ міомы, многочисленныя отложенія покрываютъ всю нижнюю часть таза. Обостренія перитонитовъ, расстройства кровообращенія въ трубахъ и яичникахъ ведутъ къ вторичнымъ заболѣваніямъ, напр. къ образованію гематомы или отека въ яичникахъ, *Hydro-* и *Haematosalpinx*, наблюдается и *Puosalpinx*.

Ростущія міомы ведутъ къ отеку нижнихъ конечностей какъ вслѣдствіе давленія на вены, такъ и распространеніемъ тромбовъ изъ ложа опухоли. Подобные отеки существуютъ иногда годами. Развивается иногда и піемія.

Незвирая на настоящую піемію, эндофлебитъ, метастазы и продолжительную высокую лихорадку, наступаетъ иногда, послѣ отторженія опухоли, самопроизвольное излеченіе. Въ другихъ случаяхъ лихорадка не прекращается. Смерть наступаетъ отъ пораженій суставовъ, отъ ограниченныхъ отековъ, типичной септикопіеміи. Кровоточенія ускоряютъ плачевный конецъ.

Міомами, какъ и пара- и периметритическими эксудатами, могутъ сдавливаться нервы, такъ что наступаютъ невралгіи въ нижнихъ конечностяхъ.

Весьма важнымъ симптомомъ маленькихъ интерстиціальныхъ, растущихъ міомъ является дисменоррея, которая діагностицируется нерѣдко гораздо

раньше, чѣмъ сама міома. Подобная міома затрудняетъ расширеніе матки при менструаціяхъ, препятствуетъ выдѣленію крови. Если при ростѣ міома отходитъ болѣе кнаружи становится субперитонеальной, то дисменоррея прекращается. Весьма характерно, что при продолжительной, не поддающейся леченію дисменорреѣ находятъ въ концѣ концовъ маленькую міому, причѣмъ при удаленіи послѣдней прекращается и дисменоррея. Если эти маленькія міомы находятся въ верхней части матки, то дно матки становится болѣе тяжелымъ, нормальныя anteфexo и anteversio становятся еще болѣе выраженными (рис. 124). Вслѣдствіе этого появляется позывъ къ мочеиспусканію, который особенно несноснымъ становится при увеличеніи матки во время менструаціи.

Большія, мягкія интерстиціальныя міомы даютъ иногда лишь слабыя симптомы. При этихъ опухоляхъ наблюдаютъ опуханіе во время менструаціи и уменьшеніе во время паузы. Значительныя меноррагіи представляются патогномическими. Онѣ обуславливаются не только богатствомъ матки кровью, но и тѣмъ, что полость матки, вслѣдствіе чего и слизистая оболочка, увеличиваются во время менструаціи. Слизистые полипы также служатъ причиной усиленной потери крови во время менструаціи. Мнѣ пришлось наблюдать случаи, въ которыхъ полость матки была очень длинная и широкая, такъ что зондъ можно было вводить во всѣхъ направленіяхъ совершенно свободно. При каждомъ зондированіи наступало немедленно весьма сильное маточное кровотеченіе. Эти кровотечения иногда до того сильны, что больнымъ приходится лечь въ постель и грозитъ даже опасность истеченія кровью. Только что больныя успѣли слегка оправиться въ періодъ, свободный отъ менструаціи, какъ снова наступаетъ сильное кровотеченіе, продолжающееся упорно въ теченіе нѣсколькихъ дней. Такія больныя представляются сильно малокровными; въ отличіе отъ анэмій при ракахъ отсутствуетъ нерѣдко исчезаніе жирового слоя. Если кровотеченіе весьма сильно, то могутъ наступить сонливость, амаврозъ, анэмическія судороги, какъ при истеченіи кровью.

Незвирая на громадную величину маточной полости, кровотечения отсутствуютъ въ томъ случаѣ, когда полость очень растянута или сдавлена, значитъ, когда слизистая оболочка не имѣетъ возможности опухать.

При подслизистыхъ міомахъ выступаютъ на первый планъ всѣ тѣ симптомы, которые находятся въ связи съ патологическими процессами въ слизистой оболочкѣ. Это первымъ долгомъ кровотеченіе. Растущія другъ противъ друга взаимно сдавливающія опухоли и перекручиваніе матки по оси вызываютъ закупорку канала полости. Полость матки растягивается, матки выталкиваютъ свое содержимое при приступахъ болей, развиваются маточныя колики.

Міомы находятъ нерѣдко у бесплодныхъ женщинъ. Но въ настоящее время трудно еще рѣшить вопросъ, образовалась-ли міома вслѣдствіе бесплодія или, наоборотъ, бесплодіе есть слѣдствіе міомы.

Миоматозныя „полипы“ представляютъ собою подслизистыя міомы,

образовавши ножку. Мнѣ пришлось наблюдать не мало случаевъ, въ которыхъ имѣлось постоянное кровотеченіе, протекавшее совершенно атипично. При полипахъ наблюдается нерѣдко гиперсекреція слизистой оболочки, сильное отдѣленіе слизи, которое можетъ присоединиться къ менструаціи и продолжаться во время паузы.

Когда во время менструаціи матка размягчается, то маточный зѣвъ слегка открывается, причемъ опухающая одновременно міома, не находя себя мѣста въ полости матки, опускается въ каналъ шейки. Міома опускается книзу и трется о слизистую оболочку. Такимъ образомъ происходитъ, что во время менструаціи мы ощупываемъ въ наружномъ маточномъ зѣвѣ полипъ, между тѣмъ какъ по окончаніи менструаціи полипъ оттягивается къверху. Здѣсь существуетъ разница между нерожавшими и многожавшими: у послѣднихъ міома проходитъ шейку безъ всякихъ симптомовъ. При узкомъ, однако, маточномъ зѣвѣ растягивается шейка до сильнѣйшаго истонченія, но наружный маточный зѣвъ остается узкимъ, такъ что только удается прощупать гладкій шаръ полипа въ кругломъ узкомъ маточномъ зѣвѣ. У нерожавшихъ выходненіе полипа черезъ наружный маточный зѣвъ сопровождается сильнѣйшими болями. Если вышедшій полипъ становится отечнымъ вслѣдствіе сдавленія ножки, то иногда онъ не въ состояніи подняться обратно и остается во влагалищѣ. Онъ значительно опухаетъ вслѣдствіе застоя. Въ данномъ случаѣ, въ виду возможности соприкосновенія съ инфекціонными веществами и прекращенія питанія, легко можетъ наступить быстрое гангренозное распаденіе. Но полипъ свыкается иногда и съ новыми условіями, если имѣется толстая ножка; получая достаточное питаніе, онъ лежитъ и растетъ во влагалищѣ. Послѣднее выполняется имъ до того, что опухоль нельзя обвести пальцемъ и нельзя судить, что имѣется надъ большей окружностью прощупываемой опухоли, имѣется-ли опухоль на ножкѣ. Такія опухоли, больше дѣтской головки, выполняютъ иногда всю полость таза.

Ножка вытягивается зачастую настолько, что полипъ выходитъ изъ влагалища и становится *Mioma pendulum*. Можетъ даже наступить *inversio uteri* (рис. 166). Конецъ ножки находится обыкновенно въ днѣ матки, рѣже въ шейкѣ (ср. рис. 189). Легко возможно, что при постоянномъ вытяженіи опускается книзу мѣсто прикрѣпленія ножки въ маткѣ.

Если полипъ удаленъ, то въ рѣдкихъ случаяхъ прощупывается надъ нимъ въ маткѣ новый полипъ, который тоже начинаетъ постепенно опускаться книзу. Чаше, однако, бываетъ всего одинъ полипъ.

Ростъ отличается различной быстротой. Объ этомъ можно судить лишь при повторныхъ изслѣдованіяхъ.

Съ наступленіемъ менопаузы не всегда прекращается ростъ, напротивъ, во время менопаузы усиливается нерѣдко увеличеніе. Кистовидное перерожденіе и омертвѣніе ведутъ къ быстрому увеличенію. Одна міома растетъ медленнѣе, другая болѣе быстро. При весьма быстромъ ростѣ необходимо

всегда имѣть въ виду беременность при внезапно усиливающихся разстрой-ствахъ, въ особенности при наступленіи потугъ и маточныхъ коликъ, опухоль можетъ оказаться омертвѣвшей.

Естественное излеченіе наступаетъ различнымъ образомъ. Во-первыхъ, по старымъ авторамъ, міома можетъ исчезнуть въ послѣродовомъ періодѣ, или можетъ быть оторвана ребенкомъ во время родовъ и выведена наружу. Во-вторыхъ, міома, сидящая подъ самой слизистой оболочкой, можетъ раз-ѣдать послѣднюю, прободать, такъ что она отдѣляется постепенно отъ ложа, разрыхляется, гніетъ и должна быть въ концѣ концовъ удалена оперативно.

Предсказаніе при полипѣ благоприятно, при большой, быстро расту-щей, внутрисвязочной опухоли — сомнительно. Если принять во вниманіе всё опасности: кровотеченія, ростъ, ихорозное распаденіе, піэмію, ослож-ненія беременностью и родами, то въ общемъ предсказаніе нельзя считать благоприятнымъ.

Диагнозъ. — Субперитонеальные маленькія міомы прощупываются при тонкихъ брюшныхъ покровахъ въ видѣ бугровъ или выдающихся, обык-новенно болѣе твердыхъ частей шара на маткѣ. При необъяснимой, не поддающейся обыкновенному леченію дисменорреѣ находятъ нерѣдко малень-кую міому, выдающуюся постепенно изъ маточной паренхимы въ полость живота и отличающуюся отъ матки своей болѣе твердой консистенціей.

При богатыхъ жиромъ брюшныхъ покровахъ увеличеніе матки узна-ется по движеніямъ rotionis, наступающимъ при слабомъ давленіи на область живота, гдѣ при нормальныхъ условіяхъ не имѣется матки.

Зондированіемъ рѣшаютъ, въ которой изъ стѣнокъ матки имѣется міома. Упомянутая въ прежнее время столь часто «консистенція фиб-ромъ» имѣетъ громадное значеніе, но мягкая консистенція еще не го-воритъ противъ міомы. Размягченныя, омертвѣвшія и дистическія міомы представляются на-ощупь мягкими, какъ беременная матка. При упругихъ брюшныхъ покровахъ у нерожавшихъ, значитъ, при недостаточномъ про-странствѣ въ брюшной полости, и туго наполненная и вслѣдствіе этого твердая яичниковая киста можетъ быть такъ плотно прижата къ маткѣ, что получается впечатлѣніе плотной, исходящей изъ матки опухоли.

Далѣе съ міомами можно смѣшать и эксудаты въ широкой связкѣ. Что это возможно, доказываютъ случаи быстрого исчезанія міомъ послѣ употребленія ваннъ съ маточнымъ разсолемъ.

Громадное значеніе имѣетъ и анамнезъ. Перенесеніе дихорадочной послѣродовой болѣзни указываетъ нерѣдко клинически на эксудатъ, тамъ, гдѣ форма опухоли заставляетъ предположить внутрисвязочную міому. Лишь повторными изслѣдованіями и продолжительнымъ клиническимъ на-блюденіемъ удается точно выяснитъ вопросъ.

Въ одномъ случаѣ ихорозно распавшейся міомы, сидѣвшей глубоко въ Douglas'овомъ пространствѣ и сообщавшейся съ прямой кишкой, я діагностицировалъ до производства операціи ракъ.

Диагностически важное значеніе имѣеть и подвижность опухоли съ маткой, а также обстоятельство, что *portio* слѣдуетъ за всѣми, даже малѣйшими движеніями опухоли. Эксудаты, при сдавливаемости, симулируютъ иногда незначительную подвижность; параметритическіе эксудаты въ верхней части широкой связки представляютъ нѣкоторую подвижность съ маткой.

Съ другой стороны міома шейки можетъ до того развиться въ *Douglas'*овомъ пространствѣ и въ тазовой полости, что ее не удается сдвинуть съ мѣста даже подъ хлороформнымъ наркозомъ. Опухоль удается вытащить изъ тазовой полости лишь при лапаротоміи, причѣмъ нерѣдко не имѣется и намековъ на срощенія.

Міомы на ножкахъ легко смѣшаны съ яичниковыми опухолями, напр. съ дермоидами. Отсутствіе брюшной водянки, равномерно круглая, не мелкобугристая поверхность, отсутствіе кахексіи, продолжительное существованіе опухоли безъ особаго нарушенія общаго состоянія говорятъ въ пользу міомы и противъ плотной, злокачественной опухоли яичника.

Если міома очень большая, если мы имѣемъ дѣло съ опухолью, занимающей всю полость живота, можетъ быть съ кистозифбромой, то необходимо помнить, что физическія отношенія весьма большой, кистовидной опухоли живота совершенно одинаковы при опухоляхъ всякаго происхожденія. Въ виду этого при весьма большихъ, занимающихъ всю полость живота опухоляхъ, если *portio* не измѣнена и сохранила свое положеніе, часто совершенно невозможно опредѣлить происхожденіе опухоли исключительно на основаніи данныхъ ощупыванія.

Подъ наркозомъ производятъ двуручное изслѣдованіе: держа два пальца на *portio vaginalis*, захватываютъ опухоль *Мигеих'*евскими щипцами и оттягиваютъ ее книзу. Ассистентъ отодвигаетъ опухоль въ сторону, сильно оттягиваетъ ее кверху и прижимаетъ ее книзу. Послѣ этого ассистентъ беретъ щипцы и производитъ ими движенія во всѣ стороны, контролируя при этомъ рукою движенія. Послѣ этого нажимаютъ пальцами надъ лобкомъ, съ цѣлью ощупыванія матки и констатированія, происходитъ-ли опухоль изъ матки или изъ другой части.

Но и при этомъ возможны ошибки, такъ какъ злокачественныя твердыя яичниковыя папилломы развиваются внутрисвязочно около самой матки, такъ что ощупываніемъ нельзя опредѣлить границы между опухолью и маткой. Саркому соесі, плотно сросшуюся съ маткой, я считалъ до операціи за міому матки.

Если подобный случай приходится видѣть въ первый разъ и если больной неизвѣстно, существуетъ-ли опухоль уже годами или лишь нѣсколько мѣсяцевъ, то однократнымъ изслѣдованіемъ нельзя рѣшить дифференціального діагноза. Забрюшинныя саркомы можно также принять за міомы.

При большихъ интерстиціальныяхъ міомахъ опредѣляютъ иногда зондированіемъ весьма длинную маточную полость, которая легко кровоточитъ; но и при тѣсно прилегающихъ злокачественныхъ яичниковыхъ ракахъ матка значительно увеличивается, вслѣдствіе чего удлинняется и полость матки.

Необходимо всегда имѣть въ виду беременность. Въ болѣе позднихъ стадіяхъ нормальной беременности почти невозможна ошибка. Но если съ беременностью имѣется одновременно и большая міома, или если въ маткѣ находится продолжительное время заносъ, т. е. если неправильныя кровотоčenja симулируютъ менструацію, и если полного анамнеза собрать не удастся въ виду малой интеллигентности больной, то иногда возможна и ошибка.

Что возможны ошибки, ежегодно доказываетъ литература. Такимъ образомъ большія кистоміомы принимались часто за яичниковыя опухоли. Но здѣсь значеніе имѣетъ и содержимое кисты. Удаленная изъ лимфангиктатической кистоміомы жидкость лимонно-желтаго цвѣта и свертывается на воздухѣ: кромѣ лимфатическихъ тѣлецъ не находится другихъ морфологическихъ составныхъ частей. Въ овариальной жидкости находятся клѣтки цилиндрическаго эпителія и т. д. Изъ плотныхъ міомъ получается Плевацескимъ шприцемъ кровь или ничего.

Подслизистыя міомы, а также полипы распознаются по увеличенію матки и по даннымъ изслѣдованія пальцемъ. Тѣло матки представляетъ въ этихъ случаяхъ иногда своеобразную форму: шейка тонкая и низко опускается во влагалище, а матка торчитъ вверху въ видѣ круглаго, гладкаго шара, что служитъ доказательствомъ, что находящаяся въ ней круглая опухоль равномерно раздвигаетъ всѣ стѣнки. При зондированіи зондъ проникаетъ лишь въ одну сторону, черезъ брюшную стѣнку прощупываютъ головку зонда, такъ что комбинированнымъ изслѣдованіемъ зондомъ и руками можно опредѣлить различную толщину маточной стѣнки.

Весьма рационально производить изслѣдованіе во время менструаціи. Нерѣдко открывается маточный зѣвъ именно въ это время и въ наружномъ или внутреннемъ зѣвѣ ясно прощупываютъ шарообразный отрѣзъ полипа. По прекращеніи кровотоčenja полипъ исчезаетъ кверху и маточный зѣвъ становится снова узкимъ. Но этимъ не сказано, что всѣ прощупываемыя въ шейкѣ опухоли суть полипы. Лежація въ интерстиціальной ткани міомы могутъ вростать въ полость матки и посылать книзу отпрыски (см. рис. 188).

Для выясненія существованія ножки, захватываютъ находящуюся въ маточномъ зѣвѣ или выше опухоль щипцами и поворачиваютъ ее вокругъ оси. Если смѣщеніе удастся съ трудомъ и съ сильной болью, и если за этими движеніями слѣдуетъ вся матка, то мы имѣемъ дѣло съ міомой не на тонкой ножкѣ, а съ сидящей на широкомъ основаніи; если же опухоль легко перевернуть внутри матки вокругъ продольной оси, то ножка очень тонка. Эти попытки должны составлять начало операціи. О дифференціальномъ діагнозѣ съ *inversio* см. выше Антисептика нужна при каждомъ изслѣдованіи, такъ какъ міома легко подвергается ихорозному распаденію.

При очень маленькомъ маточномъ зѣвѣ мнѣ часто удавалось, у нерожавшей, поставить діагнозъ на основаніи формы *portio*is. Матка представляла обратную форму груши. На маленькомъ подвижномъ тѣлѣ сидѣла повидимому толстая, равномерно круглая *portio*. Эта форма, вмѣстѣ съ продолжавшимися годами кровоточеннями и маточными коликами, допускала

постановку діагноза почти съ положительностью. Два разрёза, справа и слѣва, вполне подтвердили правильность предположенія. Шейка была тонка какъ бумага и окружала концентрически, въ видѣ скорлупы, шарообразную опухоль.

При весьма большой, выполняющей все влагалище міомѣ удастся добраться до *rogiu* иногда лишь половиной руки, и то лишь подь наркозомъ. Въ другихъ случаяхъ *rogiu* вовсе не достигается. При маленькихъ міомахъ удается ощупать вокругъ полипа гладкое, нормальное кольцо маточнаго зѣва и этимъ быстро выяснитъ діагнозъ. Прониканію пальца кверху могутъ препятствовать и сращения съ влагалищными стѣнками. Во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ необходимо производить подь наркозомъ комбинированное изслѣдованіе, со стороны прямой кишки, необходимо утилизировать всѣ анамнестическія данныя, результаты прежнихъ, какъ собственныхъ изслѣдованій, такъ и другихъ авторовъ; при болѣе крупныхъ полипахъ необходимо всегда отыскивать въ особенности дно матки, съ цѣлью исключенія существованія *inversionis uteri*.

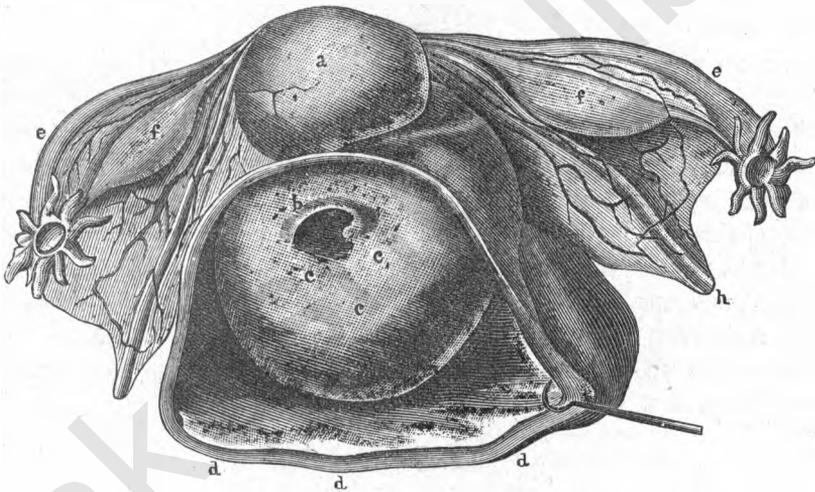


Рис. 193. Большая міома шейки по *Boivin* и *Dugés*. *a* дно матки, *b* зѣва матки, *ссс* задняя губа зѣва матки, сильно увеличенная сидящей въ паренхимѣ шейки опухолью, *ddd* стѣнка влагалища, *ee* труба, *ff* яичникъ, *h* круглая маточная связка.

Если опухоль подверглась ихорозному распаденію и случай приходится изслѣдовать впервые въ подобномъ состояніи, то можно подозрѣвать существованіе раковой опухоли. Помимо микроскопическаго изслѣдованія тутъ весьма важно то обстоятельство, что при міомѣ влагалище, насколько оно доступно изслѣдованію, представляется весьма гладкимъ и расширеннымъ, при раковой же опухоли, подобной величины, влагалище бываетъ обыкновенно твердое, бугристое, инфильтрированное и неровное. Кромѣ того, гангренозная міома представляется покрытой хлопьями, бурокраснаго цвѣта, часто совершенно блѣдной, розовой, на-ощупь напоминаетъ по-

слѣдъ умершаго плода, упругой, и всюду одинаковой, лишь вверху болѣе твердой консистенціи. Раковая опухоль, напротивъ, крошковатая, консистенція ея различная, такъ что на одномъ мѣстѣ можно оторвать кусокъ, между тѣмъ какъ на другомъ имѣется совершенно твердый участокъ. Кроме того, наблюдается при отдѣленіи раковыхъ частичекъ свѣжее кровотеченіе, между тѣмъ какъ при ихорозно распавшейся міомѣ при отдѣленіи хлопьевъ или вовсе не получается крови, или лишь небольшое количество буровой крови. Во всякомъ случаѣ, нормальная, гладкая portio и ножка, уходящая вверху въ шейку матки, говорятъ въ пользу міомы.

Наконецъ, значеніе имѣеть анамнезъ: при ракъ постепенное, продолжительное, при ихорозномъ распаденіи міомы — внезапное заболѣваніе!

Опухоли могутъ исходить и изъ portio. Здѣсь развиваются съ нижней поверхности portionis равномерныя, круглыя раковыя опухоли, между тѣмъ какъ міомы происходятъ изъ канала шейки. Настоящія міомы встрѣчаются въ губѣ маточнаго зѣва, онѣ легко узнаются во время операціи. Но и безъ точнаго выясненія діагноза всегда необходимо удалять подобные, сидящія на ножкѣ опухоли; діагнозъ выясняютъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Если мы имѣемъ дѣло съ интерстиціальной міомой шейки, или съ міомой одной половины portionis (рис. 193), то маточный зѣвъ смѣщается въ сторону, онъ можетъ прилегать къ міомѣ въ видѣ серпа, съ весьма острыми краями, такъ что можно даже подозрѣвать гематометру въ атрезированномъ придаточномъ рогѣ. Мнѣ пришлось, однако, наблюдать міому, которая вросла въ portio совершенно равномерно, увеличивъ portio in toto. Подобные случаи нерѣдко совершенно темны вплоть до пробной пункціи. Лишь при существованіи легтеобразной крови можно поставить діагнозъ гематометры. Правда, и изъ міомы вытекаетъ при пункціи большое количество крови, если случайно былъ задѣтъ болѣе крупный сосудъ, но получаемая изъ міомы кровь совершенно свѣжая.

Леченіе.

Симптоматическое леченіе.—Съ давнихъ временъ примѣняются при міомахъ соленыя ванны. При этомъ исчезаютъ нестерпимыя боли или вслѣдствіе того, что улучшается воспаленіе брюшины, или что измѣняется сама міома. Что при этомъ происходитъ, совершенно неизвѣстно, но фактъ остается.

Въ виду этого совершенно правильно посылать больныхъ съ міомами, которыя нельзя или не желаютъ экстирпировать, въ различные курорты (Kreuznach и т. д.), конечно, при существованіи у больныхъ болей.

Эрготинъ ¹⁾.—Эрготинъ представляетъ собою экстрактъ спорыньи, и отнюдь не алкалоидъ. Эрготинъ имѣется различной консистенціи и готовится по различнымъ способамъ. *Hildebrandt* рекомендовалъ

¹⁾ *Hildebrandt*, Volkm. Vortr., 47; Berl kl. W., 1879, № 25; Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., III, 263—*Chrobak*, A. f. G. VII, 293.—*Fehling*, A. f. G. VII, 384.—*Leopold*, A. f. G. XIII, 182.—*Münster*, Deutsche m. W., 1887, № 14.

примѣненіе эрготина подкожно. Ежедневно впрыскивали по одному шприцу: Ergotini 2, Aq. destill. 8, Acidi borici 0,5. Нужно дойти до 40 впрыскиваний; если послѣ этого не получается совершенно яснаго эффекта, то нѣтъ никакого смысла продолжать подобное леченіе. Шприцъ дезинфицируютъ до и послѣ употребленія. Мѣсто, въ которое производятъ впрыскиваніе, необходимо тоже дезинфицировать. Впрыскиваніе производить лучше всего въ нижней части живота, сбоку Mons Veneris. Необходимо вкалывать глубоко подъ кожу, значить, эрготинъ необходимо впрыскивать болѣе глубоко, чѣмъ морфій. При надлежащей асептикѣ абсцессовъ не бываетъ, и появленіе подобныхъ абсцессовъ указываетъ на несоблюденіе асептики. Но впрыскиванія болѣзненны и мѣста укола остаются еще продолжительное время въ видѣ чувствительныхъ, твердыхъ узловъ. Въ послѣднее время полученъ отличный препаратъ, именно эрготинъ *Denzel*'я, который дѣйствуетъ со стороны желудка. Такимъ образомъ становятся излишними ежедневныя впрыскиванія, столь непріятныя по своимъ болямъ для больныхъ. Употребляютъ: Ergotini *Denzeli*, Secalis cognati pulv. ana 5, fiant pil. № 100, 6—8 пилюль въ день. Эти пилюли употребляютъ мѣсяцами. Въ соединеніи съ Extr. Hydrastis canadensis и Extr. Gossypii этотъ препаратъ оказываетъ громадную пользу въ особенности при кровотеченияхъ. Rp.: Extr. Hydrastis, Extr. Gossypii, Ergotini inspissati ana 3,0, fiant pil. № 100. S. 3 раза въ день по 3 пилюли.

Леченіе эрготиномъ прекращаютъ, какъ только наступаютъ маточныя колики или симптомы эрготизма. Эти симптомы состоятъ въ чувствѣ ползанія мурашекъ въ концахъ пальцевъ и въ совершенно ясномъ, нерѣдко синеватомъ окрашиваніи, просвѣчивающемся черезъ ногти. Не всѣ больныя реагируютъ одинаково на эрготинъ.

Дѣйствіе эрготина представляютъ себѣ такимъ образомъ, что онъ сокращаетъ нетронутые слои маточной паренхимы. Сокращеніе ведетъ какъ къ уменьшенію сосудовъ—къ недостаточному питанію міомы, такъ и къ прямому давленію на міому. Доказательствомъ правильности этого мнѣнія служитъ наблюденіе, что послѣ впрыскиваній эрготина наступаютъ болѣзненныя сокращенія матки. Кромѣ того, какъ мною, такъ и другими авторами были неоднократно наблюдаемы отложенія извести въ периферическихъ слояхъ и некрозъ всей міомы при продолжительномъ леченіи эрготиномъ.

Если вокругъ міомы имѣется слой нетронутой мускулатуры, то получается усиѣхъ. Мнѣ пришлось наблюдать нѣсколько случаевъ, въ которыхъ при сильныхъ болѣзненныхъ потугахъ омертвѣвала довольно большая интерстиціальная міома, причемъ сначала она увеличивалась, потомъ уменьшалась и становилась болѣе твердой. Въ теченіе этого времени, безъ всякаго вліянія со стороны эрготина, выросла новая міома въ широкой связкѣ. По прошествіи года стала необходимой операція, причемъ были экстирпированы какъ маленькая омертвѣвшая міома съ известковой оболочкой, такъ и выросшая въ широкой связкѣ міома.

На субперитонеальных, сидящих на тонких ножках миомы эрготинъ не оказываетъ никакого вліянія. Интерстиціальная и подслизистая миомы подвергаются обоимъ дѣйствіямъ эрготина, между тѣмъ какъ полипы выдавливаются эрготиномъ изъ матки. Кромѣ того, во время леченія эрготиномъ миомы становятся, при сильныхъ болѣзненныхъ потугахъ, сначала подслизистыми и потомъ полипами, которые впоследствии выходятъ изъ маточнаго зѣва.

Если послѣ впрыскиваній эрготина замѣчается опущеніе полиповъ на ножкахъ, то этотъ процессъ необходимо ускорить. Подобную больную необходимо помѣстить въ больницу или навѣщать ежедневно, чтобы не просмотрѣть развившееся ихорозное распаденіе. При усиліяхъ матки вытолкнуть міому назначаютъ двойную дозу эрготина. Если предвидится, что эрготинъ придется употреблять лишь нѣсколько дней, то дозу можно усилить довольно быстро. Но часто приходится прекращать употребленіе эрготина, такъ какъ наступаютъ весьма сильныя боли. Операцию слѣдуетъ производить до наступленія ихорознаго распаденія. (См. ниже).

Что касается результатовъ леченія эрготиномъ, то наблюдаются случаи, въ которыхъ миомы исчезаютъ совершенно. Я наблюдалъ у двухъ дѣвицъ исчезаніе миомъ, величиною почти въ голову взрослою. Хотя подобный результатъ и является исключеніемъ, но безусловно наблюдаются улучшения и ослабленія кровотеченій.

Тѣмъ не менѣе я рекомендую быть осторожнымъ. Въ цѣломъ рядѣ случаевъ я наблюдалъ при употребленіи эрготина развитіе некроза миомъ. Если это наступаетъ, если миома велика, маточный зѣвъ узокъ, наступаетъ ихорозное распаденіе, то случай представляется весьма неблагоприятнымъ. Удаленіе со стороны влагалища весьма затруднительно, хотя и возможно. Лапаротомія при ихорозно распадающейся миомѣ даетъ неблагоприятный результатъ. Въ виду этого эрготинъ слѣдуетъ назначать смѣло лишь при миомахъ величиною не болѣе дѣтской головки. При миомахъ болѣе значительной величины леченіе эрготиномъ прекращаютъ при наступленіи сильно болѣзненныхъ потугъ.

Мгновенное кровоостанавливающее леченіе ¹⁾.—Противъ кровотеченій впрыскивали въ полость матки іодовую настойку, но, къ сожалѣнію, именно въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ безъ всякаго успѣха. Даже растворъ хлорнаго желѣза даетъ неважные результаты, такъ какъ кровоточащая поверхность слишкомъ велика, слишкомъ изрыта и мало доступна, вслѣдствіе чего инъецируемая жидкость не всюду попадаетъ на слизистую оболочку.

Въ послѣднее время предложено электролитическое леченіе. Прямой *электролизъ* ²⁾ опухоли вкалываніемъ въ послѣднюю иглу, представляется весьма опаснымъ и вовсе не даетъ вполне вѣрныхъ результатовъ.

¹⁾ *Gusserow*, Deutsche med. W., 1880, 289.—*Schatz*, C. f. G. 1883, 46 (Hydrastis).—*Runge*, Berl. klin. W., 1877, 46 (горячая вода).—*Runge*, A. f. G. XXXIV, 484.

²⁾ *Gräuper*, Elektrolyse u. Katalyse. 1891.—*Temeswardy*, Die Elektrizität in der Gyn.; Klin. Zeitfrag. Schnitzler. 1890.—*Uter*, C. f. G. 1890, 14.—*Veit*, C. f. G. 1890, 23.

Дѣйствительныя излеченія трудно доказать, но зато сообщено о многихъ случаяхъ, въ которыхъ наступили серьезные симптомы, ихорозное распаденіе и смерть. Приложеніе углерода электрода къ слизистой оболочкѣ даетъ часто громадный, но, къ сожалѣнію, весьма непродолжительный успѣхъ. Въ другихъ случаяхъ кровотеченіе даже усиливается. Мнѣ пришлось наблюдать даже весьма плачевные случаи, въ которыхъ послѣ электролиза опухоль оказалась такъ плотно сращенной съ окружающими частями, что при послѣдующей операціи пришлось бороться съ громадными затрудненіями. Ошпариваніе было испытано неоднократно. Невзирая на энергичное примѣненіе, именно при міомахъ, также я не наблюдалъ никакой пользы.

Удовлетворительные результаты получаются и при выскабливаніи матки. Какъ было упомянуто, міомы осложняются нерѣдко слизистыми полипами и гипертрофіями слизистой оболочки. То и другое удаляется выскабливаніемъ. При этомъ слѣдуетъ соблюдать строжайшую асептику, въ противномъ случаѣ опухоль можетъ подвергнуться быстрому ихорозному распаденію.

Уже давно были производимы впрыскиванія во влагалище ледяной воды. Кусочки льда вкладываются или прямо во влагалище, или помѣщаются въ каучуковый пузырь. Холодные впрыскиванія вызываютъ иногда *Tenesmus vesicae*, весьма непріятныя для больныхъ, и имѣютъ успѣхъ лишь при весьма продолжительномъ примѣненіи. Въ виду этого гораздо лучше производить горячія впрыскиванія: 4—12 литр. воды въ 34—36° R. вырываютъ во влагалище (рис. 132). Въ отчаянныхъ случаяхъ прибѣгаютъ ко всему!

Если изслѣдовать послѣ продолжительнаго горячаго впрыскиванія, то замѣчаютъ, что суженіе влагалища—отнюдь не опуханіе влагалищной стѣнки—весьма значительно. Одинаково дѣйствуютъ теплота и въ верхнихъ отдѣлахъ, ведя къ сокращенію гладкихъ мышечныхъ волоконъ.

При весьма сильныхъ, прямо опасныхъ для жизни кровотеченіяхъ, приходится поневолѣ прибѣгать къ тампонаціи. Хотя и нельзя отвергать, что раздраженіе и перемѣна тампоновъ скорѣе способствуютъ кровотеченію, тѣмъ не менѣе существуютъ случаи, въ которыхъ нѣтъ другого исхода. Для тампонаціи слѣдуетъ брать іодоформовую марлю, смоченную глицериномъ. Глицеринъ какъ бы высушиваетъ опухоль. Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ употреблять влажные тампоны и тампонировать очень туго.

Если доступной оказывается вся маточная полость, то, понятно, тампонація матки безусловно дѣйствительнѣе, чѣмъ тампонація влагалища.

Во время кровотеченія больная должна соблюдать величайшій покой. Необходимо избѣгать всѣхъ возбуждающихъ напитковъ: кофе, чая, пива, вина. Противъ жажды назначаютъ кисловатыя лимонады. Такъ какъ при

—*Zweifel*, *ibid.* 1881, 793; *Deutsche m. W.*, 1890, 40.—*Bäcker*, *ibidem*, 586.—*Leopold Meyer*, *ibidem* 63.—*Broese*, *Die galvanische Behandlung der Fibromyome*. 1892.—*Schaeffer*, *Handbuch der Gynaekologie von Veit*. Bd. 2. 1897.

запорахъ кровоточеніе часто усиливается, то назначаютъ передъ самой менструаціей небольшое количество горькой воды, чтобы имѣть совершенно пустыя кишки при необходимомъ впоследствии покоѣ.

Оперативное леченіе. Удаленіе полиповъ ¹⁾.—Если опухоль находится въ влагалищѣ и если пальцемъ удается ощупать вдающуюся въ матку ножку (см. рис. 189), то захватываютъ крѣпкими *Мигеих'*евскими щипцами

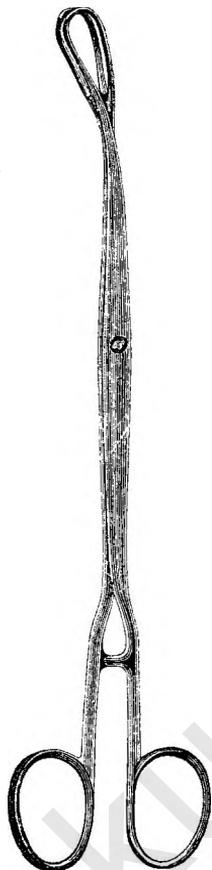


Рис. 194. Большіе *Мигеих'*евскіе щипцы.

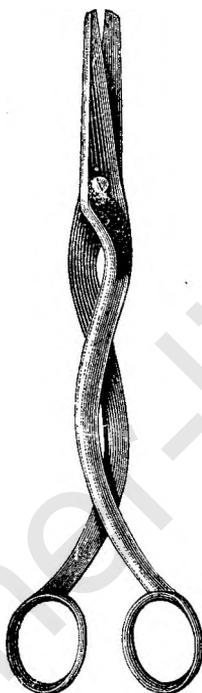


Рис. 195. Полипныя ножницы *Siebold'*а; двойное перекрещиваніе допускаетъ рѣзать въ глубинѣ, такъ какъ ножницы можно открыть широко, между тѣмъ какъ ручки не занимаютъ много мѣста.

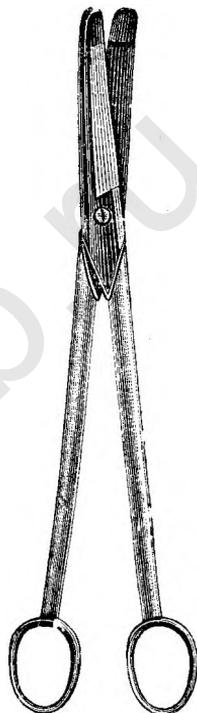


Рис. 196. Ножницы, изогнутыя по поверхности, которыми можно добраться до ножки повади и сверху опухоли.

полипъ, стягиваютъ его слегка книзу и перекручиваютъ. Если щипцы ослабѣваютъ, то захватываютъ другими щипцами, въ вертикальномъ къ первымъ направленіи. Въ случаѣ необходимости захватываютъ 3—4 щипцами, такъ что опухоль виситъ на щипцахъ какъ бы на ножкѣ. Если при перекручиваніи замѣчаютъ, что опухоль легко поворачивается вокругъ оси, то это доказываетъ, что не имѣется инверсіи матки. Но, чтобы

¹⁾ *Gusserow*, Mon. f. G. XXXII, 4, 38.—*Martin*, Z. f. G. I, 143.—*Chrobak*, Wiener med Blätter, 1884, 24.—*Olshausen*, Klin. Beiträge, 1884, 96.—*Fritsch*, C. f. G. 1879, 434.—*Chrobak*, Med. Jahrb. 1888.—*Fehling*, Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte, XIX, 641.

убѣдиться въ этомъ вполне, повторяютъ изслѣдованіе маточнаго звѣа и констатируютъ комбинированнымъ изслѣдованіемъ дно матки надъ симфизомъ.

Послѣ этого захватываютъ сразу всѣ щипцы и перекручиваютъ медленно, сильно, но безъ всякаго оттягиванія въ какую либо сторону, до тѣхъ поръ, пока не разорвется ножка. Это ощущается немедленно по свободнымъ движеніямъ. Откручиваніе весьма удобный способъ и не требуетъ даже наркоза.

Если ножка толста, перекручиваніе не удастся легко, если болѣе сильная попытка вызываетъ боль, то за *Museix*'евскіе щипцы тянетъ ассистентъ. Операторъ-же ощупываетъ ножку и на мѣстѣ перехода опухоли въ ножку вырѣзаетъ при помощи *Siebold*'овскихъ полипныхъ ножницъ (рис. 195 и 196), подъ контролемъ пальца, отверстіе въ ножкѣ. Въ это отверстіе вводятъ палецъ и стараются вылущить полипъ. Ножку не нужно удалять. «Ножка» представляетъ собою вытянутую маточную ткань, которая постепенно снова сокращается. Полипъ представляетъ собою кругловатую опухоль, которую можно вылущить изъ ножки, если давить и буравить на вѣрномъ мѣстѣ. Если соединеніе тонкое, то оно разрѣзается ножницами. Если ножка толста, если больная очень малокровна, если желаютъ сохранить каждую каплю крови, то ножку, до надрѣзанія, пришиваютъ нѣсколькими швами къ *portio*. Послѣ отрѣзанія прикладываютъ подушку съ порошкомъ (таннинъ съ борной кислотой) или, при сильномъ кровотеченіи, накладываютъ на кровоточащее мѣсто тампонъ, смоченный растворомъ хлорнаго желѣза, который удерживаютъ другимъ тампономъ.

Эти ножки, хотя и прощупываются въ теченіе многихъ недѣль, исчезаютъ въ концѣ концовъ совершенно.

Безусловной ошибкой является высокое перерѣзаніе ножки. Эта ошибка даетъ себя знать. Можетъ существовать частичная инверсія матки, воронка на мѣстѣ прикрѣпленія полипа или ножки, такъ что вскрывается полость живота. Мнѣ пришлось наблюдать, что ножка имѣла форму второго полипа, такъ что являлось желаніе рѣзать дальше. По прошествіи 14 дней ножка совершенно исчезла.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ операція сопряжена съ громадными затрудненіями. Трудности состоятъ въ величинѣ, трудной доступности и широкомъ основаніи опухоли.

Если полипъ большой, то предварительно необходимо исключить *inversio uteri* и если это невозможно, то всю операцію устраивать такимъ образомъ—въ особенности, что касается антисептики, чтобы случайное вскрытіе полости брюшины не было сопряжено въ опасность. Если-же брюшина вскрывается, то ее немедленно сшиваютъ.

Миомы, которыя вслѣдствіе громадной величины не могутъ пройти черезъ *vulvam*, необходимо оперировать слѣдующимъ образомъ: Изъ сильно оттянутой опухоли, при возможно большемъ расширеніи *vulvae*, вырѣзаютъ быстро клинъ, съ основаніемъ въ 3 см.; 2—3 *Museix*'евскими щипцами (рис. 194) немедленно сдавливаютъ раневые края и поворачиваютъ ими опухоль слегка въ сторону. Немедленно вырѣзаютъ вторую,

третью, если нужно и четвертую полоску (какъ при разрѣзаніи дыни). Вслѣдствіе этого опухоль становится такой величины, что можетъ быть выведена черезъ vulva. Если она еще слишкомъ широка, то вырѣзаютъ новые кливья. Открываютъ *Migueli*’евскіе щипцы, одинъ конецъ оставляютъ на мѣстѣ, другимъ захватываютъ новый раневой край, и плотно сдавливаютъ рану. Кровотеченіе не особенно сильное, такъ какъ сама опухоль не кровоточитъ. Наконецъ удается вытащить опухоль. Если ножка тонкая, то она перерѣзается, если не разрывается случайно. Если наступитъ кровотеченіе изъ матки, то производятъ тампонацію. Если ножка толста, то ее пришиваютъ 1—2 шелковыми швами къ portio, отрѣзаютъ, останавливаютъ кровотеченіе обкалываніемъ въ ножкѣ и прикладываютъ къ кровоточащей поверхности подушечку со смѣсью танина и борной кислоты. Нитки шва не отрѣзаются, такъ что при потягиваніи за нихъ можетъ быть всегда слѣлана доступной поверхностью разрѣза, напр. если наступитъ послѣдующее кровотеченіе. Послѣдующее леченіе состоитъ въ промываніяхъ, нити выходятъ сами или удаляются по простевіи 2—3 недѣль.

Другое затрудненіе наступаетъ въ томъ случаѣ, если міома повела къ развитію *inversionis uteri*, или при необходимости поставить дифференціальный діагнозъ между *inversio uteri* и полипомъ. Въ большинствѣ случаевъ удается опредѣлить границу между міомой и маткой, разрѣзаютъ по направленію міомы и стараются пальцемъ изолировать и отдѣлать опухоль отъ матки. Въ рыхломъ граничащемъ слоѣ оперируютъ тупо, разрѣзая лишь слишкомъ плотные пучки ножницами.

Если опухоль лежитъ отчасти во влагалищѣ, отчасти въ маткѣ, то сдавленная въ внутреннемъ или наружномъ маточномъ зѣвѣ часть міомы можетъ симулировать ножку. Въ особенности при стечномъ состояніи влагалищной части и болѣе твердой консистенціи верхней части опухоли весьма легко возможна подобная ошибка. Въ подобномъ случаѣ вопросъ выясняется констатированіемъ зондомъ широкой, длинной маточной полости, а также опредѣленіемъ величины матки путемъ комбинированнаго изслѣдованія.

При всѣхъ этихъ операціяхъ необходимо всегда весьма тщательно контролировать лежащей на животѣ рукой манипулирующіе внутри матки пальцы и инструменты, толста-ли еще стѣнка матки или уже истончена. Въ послѣднемъ случаѣ перестаютъ оперировать, чтобы не поранить брюшину. Если-же послѣднее все-таки наступаетъ, то матку необходимо вылущить черезъ влагалище.

Второе затрудненіе состоитъ въ трудной доступности лежащаго въ тѣлѣ матки полипа при узкой и длинной шейкѣ. Въ подобныхъ случаяхъ необходимо отказаться отъ расширенія ламинаріями. Ежедневное ихъ повтореніе съ послѣдующей мучительной операціей гораздо опаснѣе, чѣмъ раскрыть себѣ путь помощью надрѣзовъ и насильственнаго расширенія. Если полипъ находится въ расширенной шейкѣ, то нѣсколькими ударами ножницъ весьма легко достигнуть необходимаго простора. При длинной шейкѣ необхо-

лимо сначала достигнуть такого расширения, чтобы можно было ощупать полость матки и распознать полипъ. Найденный полипъ не слѣдуетъ захватывать острыми щипцами, такъ какъ онъ при этомъ легко разрѣзается и вырывается.

Весьма хорошимъ инструментомъ являются изображенные на рис. 197 ложкообразные щипцы. Они состоятъ изъ двухъ овальныхъ ложекъ, которыя вводятъ отдѣльно на-подобіе акушерскихъ щипцовъ, съ обѣихъ сторонъ полипа. При замыканіи щипцовъ полипъ захватывается, отрывается и выводится кнаружи. При сильномъ вытаскиваніи полипомъ расширяется шейка, какъ и при прохожденіи дѣтской головки. Вогнутой стороной щипцовъ, снабженной окнами, опухоль удерживается весьма плотно. Громадное значеніе имѣеть откручиваніе возможно ближе къ основанію, послѣ чего уже, когда полипъ разрыхленъ, вытаскиваютъ его силою.

Предостерегаю отъ всѣхъ острыхъ и колющихъ инструментовъ. Ими повреждаютъ пальцы и матку. Для острыхъ ложекъ міомы слишкомъ упруги, ложками и кюретками мы ничего не достигаемъ.

При болѣе крупныхъ полипахъ разрѣзали въ прежнее время маточный звѣвъ, обыкновенно сбоку. Это по моему совершенно неправильно, такъ какъ весьма легко разрывается *perimetrium* и наступаетъ значительное кровотеченіе. Я разрѣзалъ заднюю губу, изнутри кнаружи, за внутренній маточный звѣвъ прямо кзади, и производилъ нѣсколько радиарныхъ разрѣзовъ вокругъ канала шейки. Этимъ достигается въ маткѣ большое отверстіе. Брюшина вскрывается при этомъ очень рѣдко, даже при веденіи разрѣза за внутренній маточный звѣвъ. Захватываніе двумя *Museux*'евскими щипцами за правую и лѣвую половину *portionis* значительно облегчаетъ осмотръ при растягиваніи. Если вхожденіе весьма трудно, то я произвожу еще 2 разрѣза въ передней маточной губѣ, на разстояніи 1 см. другъ отъ друга. Брюшина и пузырь отдѣляются отъ шейки, такъ что не разрываются. Такимъ же образомъ можно разрѣзать и переднюю губу, отдѣлить влагалище, оттянуть кверху пузырь и достигнуть доступа въ полость матки спереди. Тотчасъ послѣ удаленія міомы сшиваютъ матку кѣгутутомъ.

По окончаніи операціи полость матки тампонируютъ длинными полосками іодоформовой марли, концы которой торчатъ снаружи *vulvae*. Тампонаціей матки прекращаютъ, во-первыхъ, кровотеченіе, далѣе удерживаютъ матку

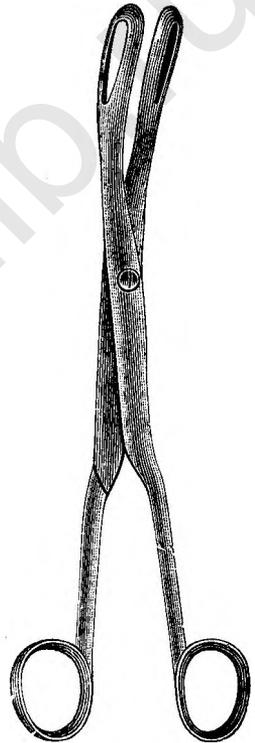


Рис. 197. Ложкообразные щипцы для захватыванія и вытаскиванія маленкихъ міомъ или частичекъ міомъ. Въ настоящее время я ставляю придѣлывать англійскій замокъ, вслѣдствіе чего инструментъ становится весьма пригоднымъ.

расширенной, такъ что въ закулкахъ ея не можетъ наступить разложенія, наконецъ, полость дезинфицируется и дренируется. При нормальной температурѣ марлю оставляютъ на 5—6 дней. Въ теченіе этого времени больной назначаютъ большія дозы эрготина или спорынья. Послѣдующее леченіе состоитъ въ дезинфицирующихъ промываніяхъ влагалища. При лихорадкѣ, напр., послѣ удаленія разложившейся уже міомы, полость матки необходимо промывать довольно часто.

Какъ о послѣднемъ затрудненіи я упомянулъ о нахожденіи опухоли въ интерстиціальной ткани и сидѣніи на широкомъ основаніи. Рѣшеніе, слѣдуетъ-ли оперировать черезъ влагалище, зависитъ отъ величины опухоли. Если матка увеличена до размѣровъ дѣтской головки, то операцію производятъ лучше сверху. Такъ, напр., изображенный на рис. 188 случай симулировалъ полипъ, между тѣмъ какъ прощупываемая часть была ничто иное, какъ вдавленный въ шейку небольшой участокъ большой міомы.

Въ этихъ случаяхъ, въ которыхъ терапія можетъ при извѣстныхъ обстоятельствахъ представлять громадное затрудненіе, необходимо сначала выяснитъ вопросъ, слѣдуетъ-ли вообще оперировать? Если больная пожилая и имѣется возможность протянуть случай симптоматическимъ леченіемъ до менопаузы, то противъ этого нельзя ничего возразить. Если же кровотеченіе становится слишкомъ сильнымъ, то показуется производство операціи. Предварительно необходимо ощупываніемъ выяснитъ величину опухоли, прибѣгая при этомъ иногда къ наркозу. Если мягкія части достаточно расширены и податливы, и если проходимымъ представляется и маточный зѣвъ и полипъ не слишкомъ великъ, то пробуютъ выдуть; для этого разрѣзаютъ капсулу, оттягиваютъ опухоль и разрыхляютъ пальцемъ. Но больную слѣдуетъ всегда предупредить и заручиться ея согласіемъ, что можетъ быть понадобится полная экстирпація матки черезъ влагалище (ср. ниже).

Никакого сомнѣнія не существуетъ въ случаяхъ, въ которыхъ міома некротизировалась. Въ подобныхъ случаяхъ опухоль находятъ нерѣдко дряблой, она скручивается и выходитъ въ видѣ синебагровой, упруго-ворсистой массы спереди vulvae. Подобное состояніе продолжается 24 часа, послѣ этого масса становится болѣе мягкой, маркой, болѣе темнаго цвѣта: она начинаетъ гнить, издаетъ зловонный запахъ, распадается ихорозно.

При этихъ обстоятельствахъ дѣло обстоитъ очень просто. Здѣсь не можетъ быть никакого сомнѣнія, что необходимо вѣштаться оперативно.

Кровотеченіе въ большинствѣ случаевъ было довольно значительно, впослѣдствіи, когда наступили ихорозное распаденіе и лихорадка, значительно ослабло. слѣдуетъ остерегаться перерѣзать или отрывать опухоль снизу. Оставшаяся масса ведетъ къ мѣсту прикрѣпленія, одинаково, какъ пуповина къ дѣтскому мѣсту.

Плотныя соединенія разрѣзаются ножницами *Siebold'a*, рыхлыя части выдуютъ пальцемъ и вытаскиваютъ ихъ ложкообразными щипцами.

При проведеніи кверху щипцовъ необходимо другой рукой контролировать снаружи, на какомъ разстояніи находится конецъ щипцовъ отъ брюшныхъ покрововъ. Необходимо оперировать весьма быстро; часто маточный зѣвъ закрывается, какъ только удалена расширяющая его опухоль.

Остатокъ опухоли выдѣляется нерѣдко въ видѣ полудунной скорлупы или пластинки. Въ подобныхъ случаяхъ прерываютъ операцію и тампонируютъ полость матки іодоформовой марлей. Лучше оставить часть опухоли, которая по прошествіи нѣсколькихъ дней, по прекращеніи крово-



Рис. 198. Аппаратъ для постояннаго орошенія внутреннихъ женскихъ половыхъ органовъ.



Рис. 199. Капельница Schüking'a.

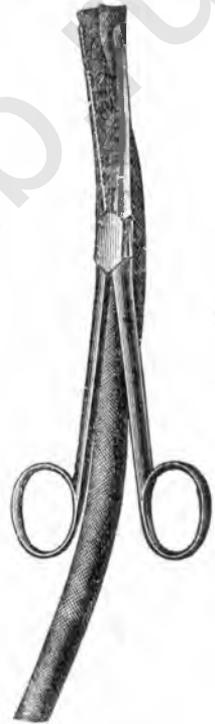


Рис. 200. Дренажная трубка съ поперечной трубкой, въ готовомъ видѣ для введенія въ матку.

теченія разрыхляется и можетъ быть удалена легко и безъ всякой опасности, чѣмъ продолжать операцію при кровотеченіи и перфорировать матку при трудности ориентироваться. При тампонаціи матки іодоформовой марлей опасность оставленія частичекъ опухоли крайне незначительна.

Омертвѣвшая опухоль иногда до того секвестрирована, что даже черезъ узкій маточный зѣвъ удавалось удалить колоссальныя опухоли.

Если все удалено, если большая лихорадитъ, невзирая на іодоформовую тампонацію матки, если послѣ перваго промыванія лихорадка

снова возвращается через нѣсколько часовъ, то слѣдуетъ примѣнять постоянное орошеніе по *Schüking*'у.

Употребляемый для этой цѣли аппаратъ состоитъ изъ ирригатора, въ который наливаютъ дезинфицирующую жидкость. Въ отводящую трубку вставлена капельная трубка *Schüking*'а (рис. 199). У отверстія, у котораго имѣется кранъ, вытекаетъ жидкость и попадаетъ сначала черезъ продолженіе приводящей тонкой трубки въ полый цилиндръ, изъ котораго течетъ по каучуковой трубкѣ. Поворачиваніемъ крана жидкостью можно выпускать полной струей, или болѣе или менѣе быстро каплями. Эта капельная трубка позволяетъ въ каждую данную минуту убѣдиться, что аппаратъ дѣйствуетъ исправно. Если же гдѣ либо происходитъ закупорка, то полый цилиндръ наполняется жидкостью вслѣдствіе застоя. Аппаратъ слѣдуетъ просмотрѣть и привести въ дѣйствіе, наблюдая за нимъ въ теченіе нѣкотораго времени.

У нижняго конца изображеннаго на рис. 198 аппарата имѣется на приводящей трубкѣ маленькая поперечная трубка, назначеніе которой удерживать длинную трубку въ маткѣ. Подъ поперечной трубкой вырѣзано 2—3 отверстія въ длинной трубкѣ, черезъ которыя втекаетъ дезинфицирующая жидкость въ полость матки.

Введеніе трубки, по возможности, въ самую нижнюю точку ложа опухоли, производится при широкой маткѣ пальцемъ, при узкой—набивателемъ. Для этой цѣли можно употреблять и носовые полипные щипцы или изогнутый корнцангъ (рис. 200). Концы короткой трубки загибаются кверху. Если аппаратъ ввести возможно выше, то по удаленіи шипцовъ верхній конецъ выпрямляется и входитъ еще выше.

При постоянномъ орошеніи больная должна лежать лучше всего на дырчатой рамѣ, подъ которую поставлено подкладное судно, въ которое стекаетъ жидкость. Если въ частной практикѣ нельзя примѣнить подобную раму, то верхній конецъ постели необходимо сильно приподнять. Подъ половые органы подставляютъ судно, въ которое и стекаетъ жидкость. Постель держится въ чистотѣ подкладываніемъ клеенки. Въ виду подвижности аппарата больная въ состояніи производить слабыя движенія. При перемѣнѣ и приведеніи постели въ порядокъ снимаютъ нижній конецъ трубки съ капельницы, привязываютъ къ бедру и затѣмъ снова прикрѣпляютъ къ капельницѣ.

Пустивъ аппаратъ въ ходъ, пускаютъ сначала полную струю жидкости, чтобы выгнать весь содержащейся въ трубкѣ воздухъ. Послѣ этого закрываютъ кранъ настолько, что жидкость вытекаетъ лишь по каплямъ. Для промыванія не слѣдуетъ брать ни ядовитыхъ, ни ѣдкихъ, ни красящихъ веществъ; лучше всего салициловую кислоту 3 : 1000, борную кислоту 30 : 1000 или *Liquor Aluminiumi acetici* 100 : 1000.

Внутрь назначаютъ большія дозы спорыньи или эрготина.

Если больная безъ лихорадки, то орошенія прекращаютъ, но не вынимаютъ трубку, дабы при новомъ повышеніи температуры немедленно

начать орошение снова. Если температура осталась нормальной в течение двух дней, то трубку можно удалить. Во время удаления трубки пускают возможно сильную струю, и немедленно вслед за тем пропририповывают влагалище.

Этот способ причиняет много беспокойств, но применение его возможно и в самой бедной практике. Благодаря этому способу мне удалось спасти несколько больных, которые при других условиях наверняка погибли бы.

Наблюдение, что миома некротизируется после маленьких хирургических вмешательств, было применено с терапевтической целью. Некоторые операторы применяли разрез поверхностных слоев миомы, вследствие чего опухоль секвестрировалась и могла быть удалена при сеансе. При этом удается иногда надрывать и капсулу твердой миомы и способствовать естественному выделению назначением больших доз эрготина.

Но это вовсе не значит, что во всех случаях можно ожидать выделения миомы благодаря продольному разрезу над опухолью и назначению эрготина; это вовсе не безопасная процедура.

Полная влагалищная экстирпация миомы.

При влагалищном удалении миоматозной матки избегаются опасности лапаротомии и брюшной грыжи. Всеми операторами сделано наблюдение, что влагалищная экстирпация, даже если она продолжается долгое время, хорошо переносится даже истощенными, малокровными больными, между тем как лапаротомия дает при таких неблагоприятных условиях плохое предсказание.

Теоретически идеальным способом является влагалищная энуклеация миомы с сохранением матки и яичников. Как при полной экстирпации по поводу рака, пузырь отбрасывается вверх, матка оттягивается вниз, ошупывается спереди и сзади, делается разрез над миомой, после энуклеации сшивается и выпрямляется. Эту операцию производят и на задней стенке после выпячивания через вскрытое *Douglas'*ово пространство. После тщательной остановки кровотечения и вправления матки сшивают отверстия во влагалище катетером.

Так как миомы часто бывают множественны, то энуклеацию делают лишь у женщин, близких к климактерическому возрасту. У молодых женщин удаляют лучше всю матку, достигая таким образом действительного излечения. Что касается величины опухоли, которую можно удалить влагалищным путем, то насчет этого мнения авторов сильно расходятся. Обыкновенно рекомендуют удалять только опухоли величиною в детскую головку, но можно удалять и большей величины опухоли, если к тому имеется особое показание, напр. ихорозное распадение матки. Большое значение имеет нормальное состояние параметрия и подвижность миомы и матки, в особенности сверху вниз, так

что онъ могутъ быть вдавлены въ тазовую полость. Подвижность можетъ на видъ казаться достаточной, и невозможность удаленія опухоли *per vaginam* выясняется лишь во время операціи.

Въ подобныхъ случаяхъ мы ничего не теряемъ тѣмъ, что удаленіе было начато со стороны влагалища, нужно только быстро отказаться отъ форсированнаго дѣйствія: удаленіе опухоли *per laparotomiam* облегчается отдѣленіемъ влагалища отъ *portio*. Въ прежнее время вѣдь принципиально начинали снизу и кончали сверху!

При влагалищной экстирпаціи міомы обрѣзаютъ сначала *portio*. Послѣ этого оттягиваютъ послѣднюю сильно книзу и оттѣсняютъ пузырь возможно выше. Одновременнымъ растягиваніемъ въ стороны влагалищной раны боковыми рычагами дѣлаютъ доступной возможно большую поверхность передней стѣнки матки.



Рис. 201.

Совершенно систематично, не торопясь, производятъ выдѣшеніе опухоли, подкапываютъ матку, такъ что она все болѣе и болѣе спадается. Если матка сильно притянута, то кровотеченіе незначительно. Громадное затрудненіе состоитъ въ томъ, что необходимо фиксировать матку и оставить на ея поверхности все-таки такое пространство, что можно ее подрывать. Для фиксаціи употребляютъ щипцы *Collin'a*, которыми можно захватывать весьма крѣпко (рис. 179). Я употребляю также изображенный на рис. 201 крючокъ. Эти крючки вводятся параллельно поверхности матки подъ симфизъ и сильно перегибаются кверху. Этимъ достигается, при введеніи справа и слѣва, оттягиваніе маточной стѣнки книзу, между тѣмъ какъ пластинками оттягиваются въ сторону и предохраняются мягкія части. Короткіе, острые крючки не препятствуютъ движеніямъ ножа, вслѣдствіе чего можно свободно вырѣзать куски. Если послѣднее сдѣлано, то вставляютъ другой крючокъ выше и выворачиваютъ имъ книзу и кнутри другой кусокъ матки. Ниже лежащій крючокъ удаляютъ.

Весьма тщательно необходимо слѣдить за тѣмъ, показывается-ли въ полѣ операціи и когда именно мѣсто отхода трубы. Если міома неправильной формы, напр. слѣва больше, чѣмъ справа, то одна труба находится уже въ полѣ зрѣнія, между тѣмъ какъ другая становится видимой лишь послѣ вырѣзанія еще нѣсколькихъ кусковъ, на 5—6 см. выше. Если глазу представляется трубный уголь, то успѣхъ гарантированъ; широкую связку перевязываютъ частями сверху внизъ и отдѣляютъ матку. Это необходимо производить весьма тщательно. Соскальзываніе лигатуры можетъ вести къ внутрибрюшному кровотеченію и потребовать лапаротоміи.

Если матка и опухоль совершенно отдѣлены на одной сторонѣ, то уменьшеніе оставшейся опухоли и оттягиваніе въ другую сторону обыкновенно легко. И здѣсь перевязываютъ весьма тщательно. Чѣмъ больше опухоль, тѣмъ длиннѣе связки и тѣмъ ниже удается ихъ оттянуть.

У молодыхъ женщинъ нѣкоторые операторы рекомендуютъ сохранять хотя бы одинъ яичникъ, чтобы избѣжать явленій, наступающихъ при отсутствіи этого органа.

Послѣ удаленія матки многіе операторы спиваютъ всюду брюшину съ влагалищемъ, тщательно останавливаютъ кровотеченіе и тампонируютъ влажными полосками іодоформовой марли. Другіе авторы принципиально спиваютъ отверстіе во влагалищѣ.

Я желалъ бы еще прибавить, что при недостаткѣ мѣста весьма заманчиво присоединить къ поперечному разрѣзу спереди матки еще продольный разрѣзъ влагалища, какъ при вагинофиксаціи. Я противъ этого: пузырь лишается при этомъ естественной своей защиты, стѣнки влагалища, и разрывается весьма легко по серединѣ вслѣдствіе растяженія и оттягиванія съ большой силой опухоли.

Впрочемъ, эта бѣда не велика. Если отверстіе въ пузырь зашить кيسетнымъ швомъ и сверхъ того еще брюшину, если пузырь дренировать еще въ теченіе 8—10 дней катетеромъ à demeure, то подобные свищи заживаютъ обыкновенно самостоятельно, такъ какъ лежатъ въ поясѣ рубцового сокращенія.

Всѣмъ операторамъ бросилось въ глаза, что подобныя, даже продолжительныя, съ большой потерей крови операціи отлично переносятся, и что впоследствии не наступаетъ разстройство, какъ это наблюдается послѣ лапаротомій. Тѣмъ не менѣе я предостерегаю отъ производства этой операціи при весьма узкомъ влагалищѣ, напр. у старыхъ дѣвъ. Операція продолжается такъ долго, что выгода незначительнаго вмѣшательства умалется продолжительнымъ наркозомъ и потерей крови. Кромѣ того приходится производить широкій разрѣзъ влагалища и промежности. Рубцы ведутъ къ сращеніямъ и разстраиваютъ функцію прямой кишки и пузыря.

Laparomyotomia.

Если болѣзненное состояніе разстраиваетъ жизнь или препятствуетъ работѣ, если излеченія нельзя достигнуть лекарственными веществами, если оставленіе на произволь болѣе опасно, чѣмъ вмѣшательство, то операція лапаротоміи вполне оправдывается.

Такъ какъ міомы до менопаузы, иногда и послѣ этого періода, продолжаютъ расти и уже по своей величинѣ представляются опасными для жизни, вызывая кровотеченія, дисменоррею, осложняясь воспаленіемъ брюшины и т. д., такъ какъ омертвѣніемъ и ихорознымъ распаденіемъ онѣ прямо угрожаютъ опасностью для жизни больныхъ, такъ какъ можетъ развиться тромбозъ, піэмія, истощеніе, то противъ этихъ состояній необходимо дѣйствовать профилактически, косвеннымъ образомъ, производствомъ операціи. Это достигается удаленіемъ опухоли. Но если, даже при большой опухоли, больная не испытываетъ никакихъ страданій, то необходимо помнить, что и беременная въ послѣдніе мѣсяцы вѣдь здорова, а не больна. Одно присутствіе опухоли не должно насъ заставить ее удалять, въ осо-

бенности въ томъ случаѣ, если больная находится близко къ климактерическому возрасту. Во всякомъ случаѣ, для выясненія индивидуальности случая необходимо болѣе продолжительное наблюдение.

Кромѣ того, приходится обращать вниманіе еще на два обстоятельства. Во-первыхъ, на общественное положеніе больной. Если мы имѣемъ дѣло съ бѣдной или прѣзжей больной, у которой невозможны врачебное наблюдение и леченіе и для которой невозможность работать равносильна голоду, то у подобной больной приходится рѣшиться на операцію. Богатая больная можетъ продолжать свой образъ жизни даже при условіи нахождения у нея въ животѣ неудобной міомы.

Во-вторыхъ, громадное значеніе имѣетъ индивидуальность случая: міома на ножкѣ, которая можетъ быть отрѣзана безъ вскрытія полости матки, удаляется легко. Но зато гораздо опаснѣе операціи, при которыхъ приходится вскрывать матку и удалять опухоли изъ параметрія. Значитъ, если ощупываніемъ опредѣляютъ значительное смѣщеніе *portionis*, напр., высоко къ симфизу, и опухоль лежитъ совершенно ясно ввнутри связокъ, то на операцію слѣдуетъ рѣшиться лишь при существованіи болѣе серьезныхъ симптомовъ.

Громадное значеніе имѣетъ далѣе и возрастъ больной. Если больной за 40 лѣтъ, если менструація должна вскорѣ окончиться, значитъ, если имѣется надежда, что опухоль не станетъ болѣе рости, то приступаютъ сначала къ симптоматическому леченію. Если же больная болѣе молодая, если ей предстоятъ еще въ теченіе 10—20 лѣтъ менструальныя разстройства, если уже въ данное время опухоль велика, то можно быть убѣжденнымъ, что черезъ болѣе или менѣе продолжительное время придется рѣшиться на операцію — можетъ быть при менѣе благоприятныхъ условіяхъ. Въ подобномъ случаѣ операцію производятъ лучше немедленно, когда состояніе силъ еще удовлетворительно. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что предсказаніе сомнительно при плохомъ пульсѣ, слабости сердца, анеміи, послѣ продолжавшихся годами кровотеченій, въ пожиломъ возрастѣ, и что крѣпкія молодыя больныя переносятъ большія операціи гораздо легче. Здѣсь имѣетъ значеніе не только „владѣніе антисептикой“, но и состояніе силъ, выносливость больныхъ.

Приготовленія къ лапаротоміи — Назначеніемъ слабительныхъ можно достигнуть такой пустоты кишекъ, что онѣ, спадаясь въ комокъ, занимаютъ очень мало мѣста. Это достигается лучше всего назначеніемъ слабительныхъ уже за 48 часовъ до операціи. Проще всего спросить больную, какое слабительное ей менѣе всего недріятно. При маленькихъ опухоляхъ опорожненіе болѣе необходимо, чѣмъ при большихъ, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ получается ео *ipso* пространство послѣ удаленія опухоли. Если при большой опухоли больная слаба, то ее не слѣдуетъ ослаблять еще болѣе слабительными. Такимъ больнымъ я назначаю до операціи укрѣпляющую, легкую пищу, а также вино.

Съ другой стороны, жизнь больной можетъ зависѣть отъ хорошаго

опорожненія кишечника. Если, напр., случайно ранить кишечникъ, то кишечный шовъ и резекція кишекъ несравненно болѣе благоприятны въ прогностическомъ отношеніи при пустомъ кишечникѣ, чѣмъ если овъ сильно наполненъ.

Если кишечникъ основательно очищенъ, причѣмъ врачъ долженъ самъ проконтролировать, не отходятъ-ли еще твердыя частички кала, то вечеромъ передъ операцией назначаютъ *Bismuthi salicylici* 0,6, *Morphii* 0,01, вечеромъ 2 порошка съ 2-часовыми промежутками.

Животъ, сбѣлавъ предварительно ванну въ 1 klgm. соды, намыливаютъ и очищаютъ щеткой. Въ теченіе ночи передъ операцией на животъ лежитъ сулемовый компрессъ (1:1000).

Больную заставляютъ провести по меньшей мѣрѣ одну ночь въ той постели, на которой она будетъ лежать послѣ операци, дабы можно было перестлатъ и устроить постель по вкусу больной.

Наркозъ, дезинфекція поля операци.—Больную наркотизируютъ въ постели, а не въ операционной комнатѣ, а тѣмъ паче не на операционномъ столѣ. Вслѣдствіе сильнаго нервнаго возбужденія, при видѣ всѣхъ приготовленій къ операци, наркозъ наступаетъ гораздо позднѣе и менѣе глубокъ. Гораздо гуманнѣе предохранить больную отъ вида операционной комнаты. Для наркоза употребляютъ химически чистый хлороформъ и капельный способъ, а также смѣсь изъ эфира и хлороформа. При наркозѣ эфиромъ я наблюдалъ цѣлый рядъ неприятностей, въ особенности кашель и тяжелые бронхиты. Весьма выгодно комбинировать оба способа наркоза такимъ образомъ, что, напр., при ослабленіи пульса или если наркозъ продолжителенъ, замѣняютъ хлороформъ эфиромъ.

Операционный столъ и высокое положеніе таза.—Въ качествѣ операционнаго стола пригоденъ, конечно, любой столъ. Столъ обмываютъ, обливаютъ растворомъ сулемы и покрываютъ простынями, смоченными растворомъ сулемы. Въ больницахъ имѣются особые операционные столы для лапаротомій. Цѣль этихъ столовъ состоитъ, во-первыхъ, въ облегченіи антисептики и асептики, во-вторыхъ, въ предоставленіи врачу удобства во время производства операци, въ третьихъ, въ укладываніи больной въ различныя положенія, напр. съ высоко приподнятымъ тазомъ. Въ этомъ отношеніи почти каждый операторъ имѣетъ свои привычки. Такъ, напр., *Péan* и *Martin* оперировали, сидя между ногъ оперируемой, т. е. противъ vulva. Другимъ кажется этотъ способъ стѣснительнымъ, имъ необходима большая свобода, они предпочитаютъ стоять.

Въ высокомъ положеніи таза по *Trendelenburg*'у мы имѣемъ самое выдающееся усовершенствованіе лапаротоміи за послѣдніе десятки лѣтъ. При этомъ отходятъ кишки въ сводъ діафрагмы. Здѣсь онѣ лежатъ спокойно, предохранены, при физиологическихъ условіяхъ. Функция кишекъ не нарушается ни механическими, ни химическими раздраженіями высушивающаго воздуха, руками врача или шариками. Операци происходитъ нерѣдко дѣйствительно внѣ брюшной полости. По окончаніи операци на

операционныя раны надвигаются нормальныя кишки, нормальный их покров всасывает жидкость, удаляет ее, дѣлает ее безвредной.

Тазовые органы лежатъ передъ нашими глазами. Ихъ можно рѣзать, стягивать, отгѣснять, перевязывать, захватывать — безъ того, чтобы, какъ при другихъ положеніяхъ оперируемой, пространство служивалось опускающимися кишками. Потери времени на отодвиганіе кишекъ этимъ устраняется. Въ виду этого операцию можно произвести гораздо быстрѣе, значить безопаснѣе. До кишекъ не дотрогиваются, ихъ не сдавливаютъ, не повреждаютъ. Ассистенту не приходится держать руку въ брюшной полости. Если вложить марлевый компрессъ между кишками и полемъ операци, то подобнымъ компрессомъ удерживаются отъ кишекъ и брюшной полости всѣ безвредныя (кровь) и вредныя (гной) вещества. Сама опухоль, отклоняясь въ сторону діафрагмы, растягиваетъ свои соединенія и автоматически дѣлаетъ болѣе доступной для глаза область перевязокъ.

Высокое положеніе таза достигается различнымъ образомъ. Лучшими являются безусловно столы, при которыхъ наркотизирующій, не сводя глазъ съ лица больной, можетъ одной рукой устроить любой уголь съ горизонталью, причѣмъ этотъ уголь одновременно фиксируется безъ всякой помощи посторонняго лица.

Столъ долженъ быть устроенъ такимъ образомъ, что операторъ можетъ свободно стоять на полу.

Большая должна лежать на столѣ плотно, удобно, низко, безъ всякаго давленія на какую-либо часть тѣла.

Послѣ продолжительныхъ опытовъ я нашелъ самымъ подходящимъ столъ, изображенный на прилагаемомъ рисункѣ (рис. 202). «Доска» имѣетъ видъ простой рамы, на которую натягивается вываренная парусина. Парусину сохраняютъ въ растворѣ сулемы и натягиваютъ передъ самой операцией. Нѣсколько окаймленныхъ отверстій по срединѣ допускаютъ свободный стокъ жидкостей. Послѣднія — растворы сулемы — не загрязняютъ, а очищаютъ. Нижний конецъ откинутъ на рис. 202. Ноги фиксируются подъ прямымъ угломъ (рис. 204). Подпоры для плечей совершенно лишнія, такъ какъ тѣло удерживается грубой парусиной и согнутыми голеньями.

Наркотизированной больной надѣваютъ мокрые полотняные чулки (растворъ сулемы), доходящіе до половины бедеръ. Сулемовый компрессъ удаляютъ съ живота. Больную кладутъ на столъ съ согнутыми коленями. Ноги привязываются къ опущенной части при помощи пояса.

Послѣ этого обливаютъ животъ калийнымъ мыломъ, намыливаютъ до мечевиднаго отростка и половины бедеръ, растираютъ щетками, брѣютъ и обмываютъ горячимъ растворомъ сулемы. Послѣ этого наливаютъ мыльный спиртъ, очищаютъ животъ щеткой, въ особенности въ области кожного разрѣза. Все заканчиваютъ споласкиваніемъ растворомъ сулемы. Всю большую, до самой шеи, покрываютъ стерилизованными полотенцами, имѣющими разрѣзъ для кожной раны, и плоскій карманъ, изъ котораго не могли бы выпадать инструменты.

Послѣ этого наркотизирующій поворачиваетъ винтъ такимъ образомъ, что получается высокое положеніе таза. Оно можетъ быть увеличено, и впоследствии, при шиваніи живота, снова уменьшено.

Общая техника.—Объ антипаразитарномъ приготовленіи инструментовъ, перевязочнаго матеріала, марлевыхъ шариковъ и т. д. было сказано на стр. 6, о матеріалѣ для шва—на стр. 13. Антипаразитарное подготовленіе врача, называемое также субъективной антисептикой, изло-



Рис. 202. Операционный столъ по *Fritsch*'у.

жено на стр. 4; подготовленіе больной, объективная антисептика, только что описано. Здѣсь упомянемъ еще о слѣдующемъ:

Производящій лапаротомію долженъ по возможности меньше касаться грязныхъ предметовъ или больныхъ, на которыхъ могли бы имѣться патогенные кокки. Какъ акушеръ принципиально не долженъ производить вскрытіе, такъ и производящій лапаротомію не долженъ касаться ихорозныхъ ранъ. Въ практикѣ это требованіе не всегда удается провести съ достаточной строгостью, но отъ лапаротомиста безусловно можно требо-

вать, чтобы онъ надѣвалъ на руки резиновыя перчатки при дотрогиваніи до ихорозныхъ ранъ; точно такимъ же образомъ изслѣдованіе *per gestum* слѣдуетъ производить лишь покрытымъ каучуковой перчаткой пальцемъ.

Что практически достаточная дезинфекція возможна и безъ абсолютнаго обезпложиванія, можетъ засвидѣтельствовать любой операторъ; въ прежнее время производили неоднократно съ хорошимъ успѣхомъ лапаротоміи въ случаяхъ, въ которыхъ за нѣсколько часовъ до операціи операторъ дотрогивался до ихорозныхъ ранъ, напр. изслѣдовалъ родильницу! Конечно, въ подобныхъ случаяхъ производили болѣе энергичное подготовленіе. Бралась ванна, смѣнялись бѣлье и одежда и дезинфекція произ-



Рис. 203. Операціонный столъ, горизонтальное положеніе.

водилась въ 2—3 раза продолжительнѣе и энергичнѣе, чѣмъ обыкновенно. Но при этомъ опытный хирургъ—и дезинфекція требуетъ опытности—достигалъ желаемой увѣренности въ асептикѣ.

Далѣе необходимо во время самой операціи повторно себя очищать. Нужно удивляться, что старѣйшія мѣры предосторожности являются какъ бы новымъ открытіемъ. Въ бытность мою ассистентомъ мы принципиально очищали во время операціи руки въ теченіе 5—6 минутъ, въ то время, растворомъ карболовой кислоты. Новѣйшими изслѣдованіями доказано, что этотъ правильный, на основаніи опыта, способъ, можно объяснить и теоретически. Въ виду этого я обмываю руки, загрязненныя кровью, въ

чашкѣ съ растворомъ сулемы, растирая руки, выше локтя, перчаткой изъ люфы, споласкиваю еще разъ растворомъ сулемы и удаляю сулему ополаскиваніемъ стерильной водой. Загрязненный кровью растворъ сулемы, а также стерильную воду, необходимо во время операціи мѣнять нѣсколько разъ.

Операторъ надѣваетъ стерильный полотняный халатъ, а не только передникъ. Поверхъ халата, передъ самымъ разрѣзомъ, надѣваютъ передникъ изъ *Billroth*'овскаго батиста, который лежалъ въ растворѣ сулемы по мнѣе двухъ часовъ. Передникъ надѣвается мокрымъ.



Рис. 204. Высокое положеніе таза.

Особый ассистентъ выбриваетъ, очищаетъ и приготовляетъ поле операціи. Лишь послѣ этого операторъ приступаетъ къ операціонному столу и снимается крышка съ столика съ инструментами (ср. рис. 8) и съ банки съ ватными шариками. Въ противномъ случаѣ могутъ при очищеніи попадать брызги на оператора или на банки и инструменты.

Разрѣзъ живота.—Несомнѣнный фактъ, что продольный разрѣзъ по срединѣ даетъ возможность осмотрѣть брюшную полость лучше всего. При всѣхъ модификаціяхъ имѣли въ виду предупредить развитіе послѣдствій грыжи живота. Здѣсь же я упомяну, что плотность брюшныхъ

покрововъ нисколько не обуславливается кожей,—какъ и гдѣ она разрѣзается, совершенно безразлично. Плотность брюшныхъ покрововъ зависитъ отъ фасцій и физиологическаго положенія прямыхъ мышцъ.

Во всякомъ случаѣ, разрѣзъ слѣдуетъ вести лишь такой величины, что опухоль можетъ свободно выходить черезъ отверстіе. Но при этомъ разрѣзъ долженъ, тѣмъ не менѣе, быть такой величины, чтобы полость можно было бы удобно осматрѣть. Чѣмъ шире подлежашіе соединенію края, тѣмъ плотнѣе рубцы. Если прямая мышца прилежитъ близко

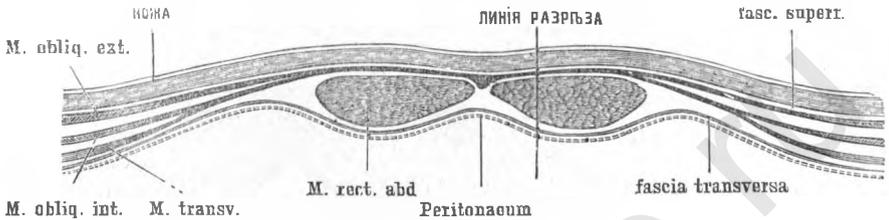


Рис. 205. Разрѣзъ живота.

другъ къ другу, или лежатъ во всякомъ случаѣ близко къ срединной линіи, то я принципиально не дѣлаю разрѣза по срединѣ, а на 1½ стм. влѣво или вправо отъ linea alba, черезъ прямую мышцу, причемъ всю толщю мышцы разрѣзаю лишь на протяженіи 3 стм. и отдѣляю остальную часть тупо, пальцемъ, кверху и книзу.

Хотя прямая мышца не имѣетъ въ нижней своей части собственной задней фасціи, но срастающаяся раневая поверхность все-таки шире, чѣмъ въ случаѣ веденія разрѣза по linea alba. При большихъ опухоляхъ я начинаю разрѣзъ слѣва отъ пупка, на которомъ расходятся прямая мышца. Разрѣзъ идетъ такимъ образомъ, что на правой сторонѣ всюду остается часть прямой мышцы.

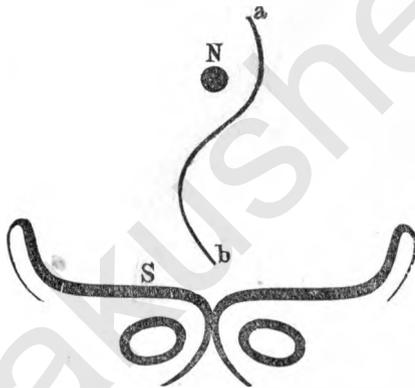


Рис. 206. Направленіе разрѣза при большихъ міомахъ. N—пупокъ, S—лобокъ, ab—разрѣзъ черезъ кожу и подкожную жировую клетчатку.

Значитъ, направленіе разрѣза прямой мышцы зависитъ отъ самой прямой мышцы.

Küstner дѣлаетъ при маленькихъ разрѣзахъ поперечный разрѣзъ кожи, смѣщаетъ его и вскрываетъ сагиттально брюшную полость. Оба рубца лежатъ другъ надъ другомъ въ видѣ креста. Выгода та, что наружная рана впоследствии мало или вовсе не видна. *Pfannenstiel* дѣлаетъ, кромѣ того, еще поперечный разрѣзъ верхней фасціи прямой мышцы, избѣгая этимъ разрыхленія естественнаго соединенія по срединѣ. Во всякомъ случаѣ хорошая мысль! Весьма опаснымъ представляется такъ называемый надлобковый разрѣзъ. Я никогда его не дѣлалъ, но зато

оперировать массу случаевъ, въ которыхъ послѣ подобнаго разрѣза развилась грыжа. Если прямая мышца совершенно отрѣзается отъ симфиза, то она оттягивается кверху и кнаружи. По срединѣ образуется трехугольная щель, величиною въ 8—9 см., черезъ которую выпадаютъ брюшные органы.

Приподыманіемъ кверху тканей 2 крючковатыми пинцетамъ и сагиттальной перерѣзкой приподнятой поперечной складки скорѣе всего попадаютъ въ полость брюшины. Конечно, при этомъ необходимо слѣдить, чтобы не захватить пинцетомъ одновременно съ брюшиной и кишку.

Вскрывъ полость брюшины, захватываютъ двумя пинцетамъ съ тупыми крючками (рис. 207) брюшину и оттягиваютъ ее кверху. Послѣ этого

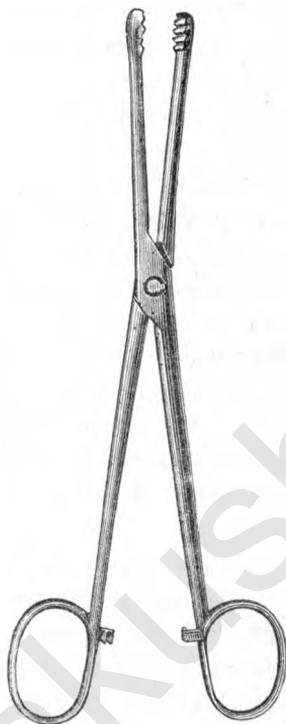


Рис. 207. Пинцетъ для брюшины.

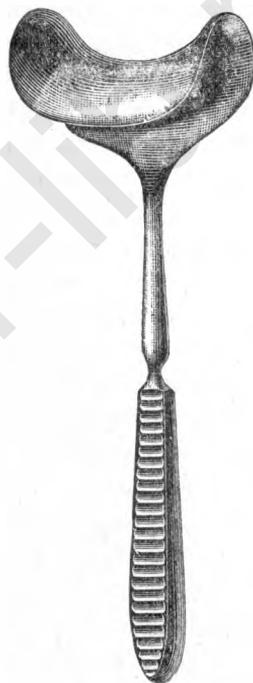


Рис. 208. Большое брюшное зеркало.

легко удаляется расширеніе разрѣза безъ всякаго прикосновенія къ тканямъ пальцемъ. Въ прежнее время я соединялъ временными швами брюшину надъ раневою поверхностью, но это лишняя трата времени. Цѣль достигается скорѣе отворачиваніемъ кнаружи пинцетовъ. При умѣломъ ихъ примѣненіи ни одна капля крови не попадаетъ изъ брюшнаго разрѣза на кишки.

Рану держать открытой не пальцами, а брюшными зеркалами (рис. 208).

Они совершенно гладкія, такъ что ими не отдѣляются и не раздвигаются жировыя частички. Если нижній край раны сильно оттянуть

къ симфизу, то удается удобно осмотрѣть тазовую полость при высококомъ положеніи таза.

Хотя для предсказанія въ общемъ довольно безразлично, дѣлается ли большой или маленькій разрѣзъ, тѣмъ не менѣе гораздо выгоднѣе дѣлать разрѣзъ лишь такой величины, какой прямо необходимъ для удобнаго удаленія опухоли. Если натыкаются на срощенія или полость не удается тщательно осмотрѣть, то продолжаютъ брюшной разрѣзъ кверху или книзу. При разрѣзаніи книзу слѣдуетъ обращать вниманіе на мочевой пузырь; если пальцемъ можно спереди опухоли глубоко проникнуть въ *excavatio vesicouterina*, то пузырь внѣ опасности; если же *excavatio vesicouterina* отсутствуетъ—это значить, что пузырь оттянуть кверху на опухоль.

При помощи вставленнаго въ нижній уголъ раны зеркала можно, даже при недалеко продолжающемся книзу разрѣзѣ, настолько оттянуть къ симфизу рану, что тазовую полость легко осмотрѣть при высококомъ положеніи таза.

Мнѣ удавалось удалять большія, сбоку лежавшія міомы при помощи одного бокового разрѣза параллельно *Poupart*'овой связкѣ. Но подобное направленіе разрѣза не представляетъ никакихъ выгодъ. Здѣсь, при плохомъ сшиваніи, развивается грыжа одинаково легко, какъ и по срединѣ.

Тупая миотомія съ удаленіемъ и безъ удаленія portio-nis vaginalis ¹⁾.—Вскрывъ въ достаточной степени полость брюшины вытаскиваютъ опухоль кнаружи. Для этого не входятъ рукой въ брюшную полость, а ввинчиваютъ въ самую выдающуюся часть большой пробочникъ и вытаскиваютъ за него опухоль. При констатированіи срощеній передаютъ пробочникъ ассистенту и, сдѣлавъ двойную перевязку, отдѣляютъ срощенія ножницами или *Raquelin*'омъ

Если пробочникъ вырывается, то слѣдуетъ примѣнять изображенные на рис. 209 щипцы. Вытащивъ опухоль, закрываютъ верхнюю часть брюшной раны 1—2 шелковыми швами, такъ что кишки не лишаются естественнаго своего предохраненія. Если наркозъ вслѣдствіе натуживанія плохой, то швы накладываютъ уже въ то время, когда опухоль находится еще въ брюшной полости. Въ подобномъ случаѣ выведенію опухоли легко, вовсе не стѣсняется кишками. Нитку оставляютъ въ ранѣ длинной, оттягиваютъ ее кверху, высвобождаютъ опухоль и стагиваютъ послѣ этого

¹⁾ *Péan*, Hystérotomie. De l'ablation etc. 1873. — *Hegar*, Berl. kl. W. 1876. — *Gusserow*, Deutsche Chirurgie. 1886. — *Czerny*, C. f. G. 1897, стр. 519. — *Fritsch*, Bresl. ärztl. Ztit. 1893, 1; Samml. kl. Vorträge, 339, N. F. 241. Bericht aus der Breslauer Frauenklinik. 1893.—*Hofmeier*, Myotomie. 1884; Grundriss der gynae-kologischen Operationen. 1882.—*Olshausen*, Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1881, 171; Z. f. G. XX, XLIII. Klinische Beitr. z. Gyn. u. Geb. 1884.—*Dirner*, C. f. G. 1887, 78.—*Zweifel*, Die Stielbehandlung bei Myotomie. 1888; Vorlesungen über klin. Gynaekologie, 1892; C. f. G. 1894, 14 и 35.—*Küstner*, St. Petersburg. med. Woch., 1889, 13.—*Braun v. Fernwald*, Beiträge zur Lehre der Laparotomien mit besonderer Berücksichtigung der conservativen Methoden. 1890.—*Löhlein*, Gynaekologische Tagesfragen. 1890. 1; Deutsche med. Wochenschr., 1891, 2.—*Chrobak*, C. f. G. 1891. 109.—*Brennecke*, Z. f. G. XXI, 1.—*Thelen*, C. f. G. 1891, 249.—*Martin*, Z. f. G. XX, стр. 1; A. f. G. XXII, стр. 147.

быстро рану. Такимъ образомъ всю операцію можно дѣйствительно произвести экстраперитонеально и предохранить брюшную полость отъ втеканія крови вкладываніемъ 1—2 компрессовъ позади или надъ опухолью, такъ что къ концу операціи вовсе не приходится прибѣгать къ ватнымъ шарикамъ. Подобнымъ береженіемъ кишекъ значительно улучшается предсказаніе.

При каждой міомотоміи планъ долженъ быть слѣдующимъ: сначала перевязываютъ артеріи, доставляющія маткѣ кровь. Это самая главная часть. Если кровь болѣе не попадаетъ въ матку, то она не можетъ болѣе вытекать изъ матки. Въ подобномъ случаѣ операція совершается почти безкровно.

Подобной безкровной операціи мы достигали въ прежнее время «предохранительной» лигатурой, которая въ настоящее время всеми оставлена.

При помощи пробочника и щипцовъ міома сильно оттягивается кверху и въ сторону. Отыскиваютъ прикрѣпленіе широкой связки и перевязываютъ ее или периферически отъ яичника, или, при желаніи ее сохранить, центрально отъ яичника. Значитъ, первая верхняя лигатура захватываетъ *ligamentum ovarii*, трубу и круглую связку. Всѣ лигатуры необходимо очень сильно затягивать.

Даже въ томъ случаѣ, если одна міома изъ всей массы опухоли доходитъ внутрисвязочно до самаго края таза, всегда удается проникнуть сбоку въ глубину, отыскать сосуды и ихъ перевязать. При этомъ совершенно безразлично, будетъ-ли это сдѣлано до или послѣ перерѣзки. При маломъ разрѣзѣ необходимо быстро схватить и перевязать артерію.

Я охотнѣе оперирую безкровно, избѣгая такимъ образомъ впоследствии выгиранія комочками. Крѣпкимъ пинцетомъ (рис. 210) захватывается широкая связка центрально около самой опухоли, если возможно *in toto*, или поочередно, если она раздѣлена на три пучка. Этотъ пинцетъ устроенъ по типу краниокласта: что имъ захвачено, то никогда не выскальзываетъ. При вложеніи его онъ безусловно дѣйствуетъ кровоостанавливающимъ образомъ; кромѣ того, имъ отлично удается приподнять ткани. Для болѣе надежнаго захватыванія пинцетъ внутри зубчатый. Само собою понятно, что подобный пинцетъ, невзирая на шероховатость, можно отлично стерилизовать. Мой инструментъ настолько крѣпокъ, что имъ можно захватить и плотно сдавить маточную шейку или толстую ножку опухоли. Выдавливаніемъ бороздки онъ оказываетъ тѣ же услуги, что и новѣйшіе ангиотрибы. При полномъ закрытіи щипцовъ сосуды въ связкахъ сдавливаются такъ сильно, что по удаленіи инструмента по прошествіи нѣкотораго времени кровотеченіе оказывается остановившимся.

Ножемъ отрѣзаютъ подъ самымъ пинцетомъ, прижимая ножъ близко къ инструменту. Оттягиваніемъ нитей кнаружи и щипцами или пробочникомъ внутри дѣлаютъ доступной глазу болѣе глубокія части широкой связки до самаго параметрія, и перевязываютъ послѣдовательно книзу.

Сбоку можно проникнуть через *paragatrium* до влагалища въ случаѣ, если желаютъ сдѣлать полную экстирпацію. Всѣ лигатуры помѣщаются въ желобъ первой перевязки, такъ что боковыя культи сдавливаются очень маленькими. Послѣ этого повторяютъ всю процедуру и на другой сторонѣ. При употребленіи нѣсколькихъ нитцетовъ и перерѣзкѣ лишь того, что было надежно перевязано, дѣйствительно удастся оперировать без-кровно. Пораненная кровотоочащая вена сдавливается немедленно пальцемъ и захватывается слѣдующей лигатурой.

Этимъ достигается сбереженіе не только крови, но и времени, и избѣгается необходимость вытиранія ватными шариками, значитъ, вообще, операція деликатнѣе; предсказаніе становится лучше, такъ какъ кишки и брюшина остаются нетронутыми. Предотвращаются разстройства послѣ операціи, а также развитіе непроходимости кишекъ, такъ какъ кишечникъ, не подвергаясь раздраженію, сохраняетъ свою перистальтику.

Ligamenta Douglasii часто утолщены и препятствуютъ поднятію опухоли; въ подобномъ случаѣ, послѣ периферическаго обкалыванія, онѣ прямо перерѣзаются. Кромѣ того, замѣчается нерѣдко тяжъ или болѣе

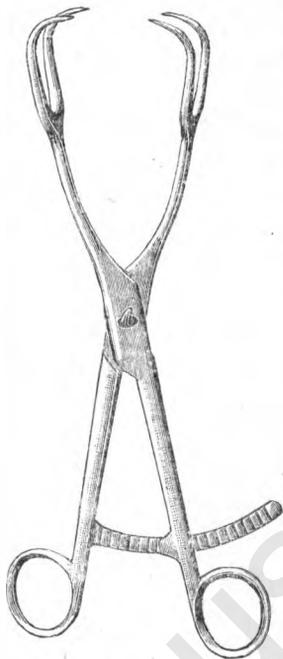


Рис. 209. Пинццы для міомъ.



Рис. 210. Пинццы для придатковъ, по типу краниокласта, рядомъ увеличенный поперечный разрѣвъ.

плотная ткань, идущая книзу отъ нижней поверхности внутрисвязочно, субсерозно развившейся опухоли. Этотъ тяжъ или ткань не слѣдуетъ разрывать, а необходимо перевязать, убѣдившись предварительно въ томъ, что это не мочеточникъ.

Если опухоль или матка соединены съ влагалищнымъ сводомъ лишь помощью *portio*, то брюшину разрѣзаютъ плоскимъ кзади и кпереди, выпуклымъ кверху дугообразнымъ разрѣзомъ. При этомъ приходится нерѣдко перевязывать спереди маленькую артерію. Брюшину отѣсняютъ книзу. Теперь остается оператору рѣшить вопросъ, слѣдуетъ-ли перерѣзать шейку, зашить и оставить или совершенно вылучить *portio vaginalis* изъ влагалищнаго свода. Первый способъ представляетъ собою ретроперитонеальное сохраненіе культи, второй — полную экстирпацію, причемъ первый способъ рѣкомендуется *Chrobak*'омъ, второй — преимущественно *A. Martin*'омъ.

При первомъ способѣ вырѣзаютъ шейку клиновидно немного ниже внутренняго маточнаго зѣва. Такимъ образомъ получаютъ двѣ хорошо прилегающія раневыя поверхности, которыя почти не кровоточатъ. Онѣ сшиваются субперитонеально 3—4 швами и надъ этимъ паренхиматознымъ швомъ соединяютъ брюшину непрерывнымъ катгутовымъ швомъ. Во многихъ случаяхъ удается доступную теперь, послѣ удаленія опухоли, широкую связку перевязать, на 4—5 см. ниже первой лигатуры, такъ что можно отрѣзать многіе наложенные раньше маточные швы и захваченную ткань. Я завязываю эту общую лигатуру очень крѣпко, накладываю ее въ 2—3 раза, перевязываю, кромѣ того, видимые просвѣты сосудовъ въ культѣ, съ цѣлью безусловно избѣгать такимъ образомъ послѣдующаго кровотечения.

Лоскутъ брюшины настолько великъ и подвиженъ, что вся раневая поверхность, а также и поверхность культей можетъ быть опущена и покрыта имъ, такъ что вся полость таза покрывается брюшиной. Если для прикрытія недостаточно матеріала, если культи лежатъ открыто, то это не имѣетъ особаго значенія.

Очистивъ ватными шариками *Douglas*'ово пространство и область пузыря и прослѣдивъ въ некоторое время за культей, не наступило-ли кровотечения, вынимаютъ изъ *Douglas*'ова пространства попавшія сюда кишечныя петли, отгѣсняютъ ихъ кверху и кладутъ на культю *flexuram sigmoideam*. Послѣ этого закрываютъ брюшную полость.

Прикрытіе культи брюшиной имѣетъ цѣлью предупрежденіе сращеній кишекъ съ культей. Что подобнымъ прикрытіемъ предупреждается попаданіе въ полость брюшины отдѣленія ранъ, это не имѣетъ почти никакого значенія. Асептичныя отдѣленія всасываются, а здоровая культя шейки дастъ лишь асептичныя отдѣленія.

Werth рекомендуетъ наполнять мочевоу пузырь слабымъ растворомъ борной кислоты. Пузырь подымается при этомъ выше культи и препятствуетъ опущенію кишекъ: этимъ мы избѣгаемъ опасности сращеній и развитія непроходимости кишекъ. Кромѣ того, при наполненіи пузыря больная мочится произвольно, такъ что не приходится вводить катетера. Этимъ устраняются профилактически пораненія мочеиспускательнаго канала катетеромъ, а также развитіе цистита.

При полной экстирпаціи я вскрываю задній влагалищный сводъ, отдѣливъ предварительно связки до влагалищнаго свода и поднявъ кверху и нагнувъ кпереди опухоль. Для быстраго отыскиванія влагалища можно употреблять инструментъ, изображенный на рис. 211. Этотъ инструментъ, шириною въ 3 см. и длиною въ 34 см., напоминаетъ формой весьма длинный и узкій пессарій *Hodge*. Ассистентъ вставляетъ этотъ инструментъ за *portio*. Послѣ этого отыскиваютъ *Douglas*'ово пространство и



Рис. 211.

дѣлаютъ въ этомъ направленіи разрѣзъ. Въ разрѣзѣ виднѣтся блестящій инструментъ. Послѣ этого обкалываютъ сначала ниже-заднюю рану влагалища. Нитка—завязанная—служитъ возжей, за которую приподымаютъ влагалищную стѣнку. Справа и слѣва разрѣзъ ведутъ далѣе около самой *portio*, немедленно перевязывая все перерѣзанное. Эти лигатуры необходимо накладывать плоско. Обкалываютъ не глубоко, такъ какъ въ противномъ случаѣ можно захватить мочеточникъ. Если матка или опухоль соединены лишь съ передней влагалищной стѣнкой, то переднюю маточную губу захватываютъ *Мигеи*'евскими щипцами и сильно ее притягиваютъ. Влагалище отдѣляютъ поперечнымъ разрѣзомъ спереди передней губы. Оттягиваніемъ опухоли достигается отдѣленіе отъ пузыря, при этомъ разрывается или разрѣзается и брюшина. Всюду соединяютъ весьма тщательно брюшину съ влагалищемъ. Послѣ этого соединяютъ ниткой всѣ концы лигатуръ, прикрѣпляютъ нитку къ концу влагалищнаго указателя (рис. 211) и вытаскиваютъ его вмѣстѣ со всѣми швами наружу. Внутри образуется глубокая воронка, къ которой прилегаетъ пузырь. При помощи губкодержателя (рис. 5) я продвигаю тампонъ изъ іодоформовой марли черезъ отверстіе, достигая передней поверхности *vulvae*. Ассистентъ притягиваетъ, между тѣмъ какъ я держу тампонъ высоко. Марля, проходя черезъ воронку, очищаетъ раны и влагалище. Въ заключеніе оставляютъ въ воронкѣ тампонъ, величиною въ яблоко, которымъ отдѣляются отъ брюшной полости всѣ швы. Пузырь, наполняющійся постепенно мочей, лежитъ между тампономъ и кишками. На 12—14-й день удается обыкновенно легко вывести тампонъ, который къ этому времени слегка разрыхляется и опускается. Часто лигатуры выходятъ уже въ это время; въ противномъ случаѣ выжидаютъ, отнюдь не примѣняя насилія.

Другіе операторы принципиально сшиваютъ брюшину въ тазовой полости и достигаютъ такимъ образомъ полнаго закрытія брюшной полости. Ради сбереженія времени я не накладываю этого шва. Можно обойтись и безъ влагалищнаго указателя, если при сильной *anteflexio portio* ясно прощупывается черезъ *Douglas'*ово пространство. Въ подобномъ случаѣ дѣлаютъ разрѣзъ вертикально, сагиттально надъ *portio*, попадая такимъ образомъ въ просвѣтъ влагалища. Но выведение швовъ наружу дѣлается нѣжнѣе всего при помощи влагалищнаго указателя.

О вопросѣ полной экстирпации я хотѣлъ бы сказать слѣдующее: *portio* представляетъ собою часть влагалища, къ которому она принадлежитъ анатомически. Если *portio* остается во влагалищѣ, то полость брюшины остается закрытой, что многими дѣнится очень высоко. Влагалище остается растяжимымъ, пригоднымъ для *coitus*. Сперация менѣе продолжительна. *Portio* не ведетъ къ опасностямъ впоследствии.

При полной экстирпации мы имѣемъ ту выгоду, что всѣ швы выходятъ впоследствии. Не происходитъ скопленія отдѣленія ранъ въ томъ случаѣ, если вставляютъ дренажъ или закрываютъ брюшину надъ лигатурами. Но во всякомъ случаѣ операція продолжается болѣе долгое время. Въ обыкновенныхъ случаяхъ она не представляетъ никакой выгоды.

Но если міома проникаетъ въ шейку, если portio толстая, то послѣднюю необходимо удалить вмѣстѣ.

Если при ретроперитонеальномъ способѣ оставить portio длинной, нѣсколько толстой, то остается опасность оставленія зародышей міомы. При старомъ способѣ *Schröder'a*, съ оставленіемъ большой ножки и этажными швами, я наблюдалъ неоднократно рецидивы міомъ.

Поводомъ къ удаленію portionis являются тѣ нерѣдкіе случаи, въ которыхъ развиваются вполнѣдствіи на portio раковыя опухоли.

Эти случаи довольно рѣдки, но я согласенъ, что если бы они встрѣчались болѣе часто, это послужило бы для меня основаніемъ для производства полной экстирпаціи.

Если у больной появляется зловонное, или обильное, или передоидное отдѣленіе, если напр. міома подвергалась ихорозному разложенію, то это можетъ служить показаніемъ къ полной экстирпаціи.

Въ настоящее время еще не рѣшено, слѣдуетъ-ли удалять одновременно и яичники. Я потерялъ двухъ больныхъ, съ злокачественной опухолью яичника, послѣ полной экстирпаціи. Съ другой стороны, многія молодыя больныя, которымъ была слѣлана міомотомія, сильно страдаютъ отъ послѣдствій «выпаденія функцій» яичниковъ—отъ ожирѣнія, приливовъ, потовъ,—явленія, доставляющія часто такія же мученія, какъ и Вазедова болѣзнь. Разстраивается слегка и психическое состояніе. Одна піанистка потеряла способность играть наизусть. Что при существующей уже истеріи усиливаются истерическія явленія, легко понятно. У меня были больныя, которыя утверждали, что онѣ страдаютъ теперь гораздо сильнѣе, чѣмъ при міомѣ. Но на основаніи собственныхъ наблюденій я все-таки стою за удаленіе обоихъ яичниковъ.

Въ заключеніе еще нѣсколько словъ объ *экстраперитонеальномъ* способѣ. Одно время этотъ способъ игралъ большую роль, такъ какъ имъ были получены лучшіе результаты.

Въ настоящее время этотъ способъ почти забытъ. Продолжительность заживленія, опасность сращеній у ножки, остающіяся нерѣдко брюшныя грыжи говорятъ противъ этого способа; но излишнимъ этотъ способъ сталъ главнымъ образомъ влѣдствіе того, что получаютъ отличные результаты при опущеніи культи. Тѣмъ не менѣе бывають случаи, въ которыхъ этотъ способъ весьма удобенъ, напр., когда необходимо торопиться, когда необходимо возможно быстрѣе закрыть брюшную полость, а также въ случаяхъ ихорозной міомы. Въ подобныхъ случаяхъ можно тотчасъ послѣ освобожденія опухоли пришить всюду брюшину къ шейкѣ, и даже закрыть брюшную рану. Лишь послѣ этого отрѣзають опухоль и шивають лишь настолько, что останавливается кровотеченіе. Хотя послѣдующее леченіе трудно и продолжительно, тѣмъ не менѣе въ тяжелыхъ случаяхъ экстраперитонеальный способъ остается лучшимъ.

Вылущеніе міомъ изъ паренхимы матки.—Этой операціей мы обязаны *A. Martin'y*; она раціональна въ виду того, что удаляетъ

патологическое, сохраняет органы, нерациональна, однако, вследствие того, что миомы обыкновенно бывают множественными, так что, удаляя большую опухоль, оставляют много маленьких, которые впоследствии разрастаются.

Впрочемъ, наблюдаются также случаи, въ которыхъ миомы, находясь субперитонеально, висятъ на ножкѣ, на-подобіе яичниковыхъ опухолей. Въ подобныхъ случаяхъ опухоль отрѣзаютъ, перевязавъ предварительно ножку.

Въ этихъ случаяхъ вырѣзаютъ ножку клиновидно изъ матки, такъ что легко сложить раневые края. Направленіе раны всегда должно отвѣчать естественному ходу сосудовъ, т. е. на днѣ матки разрѣзъ долженъ идти параллельно поперечному діаметру, на краяхъ матки—перпендикулярно къ нему. Весьма нерационально связывать силою толстыя ножки, такъ какъ рыхлыя ножки часто при этомъ разрываются, между тѣмъ какъ при сочныхъ ножкахъ лигатуры быстро ослабѣваютъ.

Если маленькая миома лежитъ очень поверхностно, такъ что надъ нею находится только брюшина съ расширенными нерѣдко сосудами, то вокругъ ножки накладываютъ осторожно большую петлю, дѣлаютъ разрѣзъ прямо надъ маленькой опухолью, дѣлаютъ субперитонеальное вылушеніе, послѣ чего уже затягиваютъ петлю. Въ такомъ случаѣ остается весь брюшинный покровъ въ видѣ гриба. Послѣдній можно подрѣзать или сшить ниткой. Если опухоль болѣе крупная, то опухоль обрѣзаютъ кругообразно, захватываютъ ее рукой или щипцами, сдвигаютъ брюшину и перевязываютъ брюшинную манжетку.

Если, однако, миома лежитъ болѣе глубоко, то разрѣзъ ведутъ быстро поперекъ опухоли, проникая при этомъ даже въ опухоль, имѣя такимъ образомъ возможность сразу осмотрѣть на разрѣзѣ капсулу и опухоль, а также ея границы. Послѣ этого смѣло энуклеируютъ опухоль. При этомъ громадное значеніе имѣетъ быстрое прониканіе до капсулы, т. е. въ область, гдѣ быстро и легко удается вылушеніе, въ крупнопетлистую ткань вокругъ миомы. Энуклеація облегчается часто тѣмъ, что ассистентъ захватываетъ опухоль щипцами и сильно приподнимаетъ ее. Миома отдѣляется отъ матки болѣе свѣтлымъ цвѣтомъ. Лишь при омертвѣніи представляется опухоль пропитанной кровью и темнокраснаго или сѣраго цвѣта, иногда же блѣдно-отечной.

При энуклеаціи миомы надрываютъ иногда полость матки. Этого не избѣжать. Полость вытираютъ растворомъ сулемы и наполняютъ іодоформовой марлей, концы которой выводятся черезъ влагалище. Послѣ этого шиваютъ кэгутумъ сначала разрывъ матки, а потомъ уже полость, получаемую послѣ вылушенія опухоли. При этомъ слѣдуетъ обращать особое вниманіе на всѣ пазухи, чтобы стѣнки всюду плотно прилегали. Въ общемъ шиваютъ въ сагиттальномъ направленіи, такъ какъ сосуды подходятъ сбоку. Въ заключеніе шиваютъ рану матки. Если имѣется слишкомъ много «стѣнки», то резецируютъ часть капсулы миомы, получая

такимъ образомъ гладкую рану. Соединяють плотно, какъ и при кеса-ревомъ сѣченіи. На кровоточащія еще мѣста накладываютъ швы, лучше всего крестъ-на-крестъ съ предыдущими. Послѣ тщательной очистки погружаютъ матку и закрываютъ брюшную полость. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ которыхъ рана оставалась не совершенно безкровной и новые уколы служили все новыми источниками кровотечения, я захватывалъ большую рану, если она находилась спереди, 1—2 брюшными швами, съ цѣлью фиксировать ее спереди къ брюшнымъ стѣнкамъ.

Хотя при нечаянномъ вскрытіи маточной полости во время энуклеаціи слизистую оболочку матки и прижигаютъ карболовой кислотой, полость выполняютъ іодоформовой марлей (дренажъ во влагалище), тѣмъ не менѣе иногда наступаетъ нагноеніе: гной выдѣляется вмѣстѣ съ лигатурами черезъ влагалище. Въ другихъ случаяхъ, послѣ фиксаціи къ брюшной стѣнкѣ, вскрывался въ разрѣзъ живота абсцессъ, изъ котораго выходили лигатуры. Отсюда можно было дѣлать въ сторону влагалища промыванія и зондированіе. Матка оставалась фиксированной высоко. Невзирая на это, я наблюдалъ въ 3 случаяхъ счастливые роды.

При подслизистыхъ міомахъ, въ особенности при продольноовальныхъ, захватываютъ нижній конецъ міомы щипцами. Ассистентъ сильно оттягиваетъ; двумя разрѣзами, сходящимися клинообразно подъ нижнимъ концомъ міомы, разрыхляютъ нижній полюсъ міомы. Ассистентъ сильно оттягиваетъ опухоль, подъ нее подводятъ иглы и завязываютъ нитку. Послѣ этого продолжаютъ разрѣзъ и завязываніе. Такимъ образомъ мнѣ удавалось совершенно безкровно энуклеировать міомы даже изъ беременной матки, не прерывая беременности.

Если послѣ вылушенія діагностицированной большой міомы оказываются еще маленькія міомы, то, если возможно, не наносятъ новаго раненія, а стараются со стороны ложа опухоли проникнуть «подкожно» къ другимъ міомамъ и вырвать ихъ при помощи *Мигель*'евскихъ щипцовъ и ножницъ. Если констатируются разсѣянные маленькія міомы, «зародыши міомъ», то лучше всего удалить всю матку, такъ какъ маленькія міомы могутъ достигнуть громадной величины. Надежда, что послѣ удаленія большой міомы разовьется недостатокъ питанія матки, что въ свою очередь задержитъ ростъ другихъ міомъ, къ сожалѣнію не оправдалась. Въ подобныхъ случаяхъ мнѣ приходилось производить вторую міомэктомию, причѣмъ я выслушивалъ справедливыя упреки со стороны больныхъ.

Хотя энуклеація и весьма рациональна, тѣмъ не менѣе я долженъ въ настоящее время отсовѣтовать ее, если не предвидится скоро менопауза, когда невидимые еще зародыши уже не разрастаются. У молодыхъ больныхъ я высказался бы сдержанно и указалъ бы при сохраненіи матки на выгоды могущей наступить беременности, а съ другой стороны на возможность дальнѣйшаго роста міомы и на необходимость при этомъ второй лапаротоміи.

Замѣчательно то, что послѣ энуклеаціи даже нѣсколькихъ міомъ, матка

принимаетъ изъ самой неправильной формы нормальную. Во время увлеченія энуклеацией, я энуклеировалъ міомы величиною въ голову взрослого, или 6—8 маленькихъ міомъ, и оставлялъ матку въ видѣ совершенно неправильной, мѣстами перетянутой опухоли. Невзирая на это, я находилъ по прошествіи нѣсколькихъ лѣтъ матку совершенно нормальной формы.

Кастрація ¹⁾.

Когда міомотомія считалась еще весьма опасной операціей, обходились въ подходящихъ случаяхъ кастраціей, основываясь на томъ, что удаленіе яичниковъ ведетъ къ преждевременному климактерію, т. е. къ прекращенію менструальнаго кровотока.

Если маточное кровотеченіе, въ виду безуспѣшности другого леченія, безусловно требуетъ вмѣшательства, то производятъ кастрацію, если міома не вызываетъ разстройствъ ни своей величиной, ни своимъ положеніемъ.

Удаленіе яичниковъ представляетъ собою небольшое вмѣшательство, вслѣдствіе этого менѣе опасно, чѣмъ удаленіе міомы. Надѣялись также, что послѣ кастраціи міома начнетъ сморщиваться. Были описаны многочисленные случаи, въ которыхъ маленькая міома исчезала черезъ 1—2 года послѣ кастраціи.

Равнымъ образомъ и въ случаяхъ, въ которыхъ міомотомія считалась слишкомъ опасной въ виду сильной потери крови и истощенія больныхъ или вслѣдствіе громадныхъ затрудненій при удаленіи міомъ—кишечникъ— и другихъ срощеній, внутрисвязочнаго ея мѣстонахожденія и т. д., удовлетворялись самымъ меньшимъ вмѣшательствомъ. Не считалось смѣлостью удалить у больной подъ эфиромъ яичники въ 5 минутъ совершенно безкровно, но зато не осмѣливались производить у истощенной, безкровной больной міомотомію съ потерей крови, вообще какую-нибудь продолжительную операцію.

Довольствоваться малыми вмѣшательствами рѣшались и во время операціи, если находили, напр., настолько многочисленныя и плотныя срощенія кишекъ съ опухолью, что отдѣленіе казалось почти невыполнимымъ, во всякомъ случаѣ весьма опаснымъ.

И въ настоящее время я могу еще представить себѣ теоретически случаи, въ которыхъ я произвелъ бы при міомахъ кастрацію; но вотъ прошло 12 лѣтъ, и мною не произведено ни одной кастраціи. Но зато мною произведены многочисленные міомотоміи въ случаяхъ, въ которыхъ другіе производили въ прежнее время безрезультатную кастрацію.

Причины, по которымъ я принципиально оставилъ кастрацію при міомахъ, слѣдующія: послѣ кастраціи появляются нерѣдко маленькія мѣстныя воспаленія. Если воспалены культи яичниковыхъ нервовъ, то

¹⁾ *Hegar*, C. f. G. 1877, 17; 1878, 2. *Wiener m. W.*, 1878, 15. *Volkmann's Vortr.* 136—138.—*A. Martin*, Berl. kl. W., 1878, 15.—*Menzel* u. *Leppmann*, A. f. G. XXII.—*Hofmeier*, Z. f. G. V.—*Wiedow*, Beitr. z. Geb. u. Gyn. (*Hegar's Festschr.*), 1839.—*Behmer*, Z. f. G. XIV. 106.

воспаленныя культы яичниковъ функционируютъ какъ нормальныя яичники, т. е. менструація можетъ возобновиться и продолжаться годами и даже усилиться противъ прежняго.

Подобныя фатальныя явленія немыслимы послѣ удаленія матки, причемъ безразлично, удалены-ли одновременно яичники или нѣтъ. Значить, въ общемъ удаленіе матки слѣдуетъ предпочитать кастраціи, такъ какъ матка безъ яичниковъ не приноситъ большой пользы, а лишь вредъ. Здѣсь мы имѣемъ дѣло съ случаями, въ которыхъ міома маленькая и при нынѣшней техникѣ можетъ быть удалена черезъ влагалище. Такъ какъ путь черезъ влагалище въ прогностическомъ отношеніи всегда болѣе благоприятенъ, чѣмъ черезъ брюшныя стѣнки и такъ какъ послѣ полной экстирпаціи отсутствуютъ послѣдующія болѣзни какъ-то: эксудаты, *pelvoperitonitis*, катарры матки, брюшныя грыжи и т. д., могутъ быть удалены всѣ нити и отверстіе во влагалищѣ заживаетъ, то и эти обстоятельства говорятъ въ пользу полной экстирпаціи и противъ кастраціи.

Кастрація противопоказуется во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ міома сама по себѣ вызываетъ разстройства, значить, при большихъ опухоляхъ. Большія міомы растутъ и послѣ кастраціи. Онѣ могутъ подвергаться въ особенности кистовидному перерожденію и расти болѣе пассивно, чѣмъ активно. Мнѣ пришлось неоднократно наблюдать, что міомы омертвѣвали послѣ кастраціи, давали весьма серьезныя симптомы и требовали удаленія путемъ весьма опасной операціи.

Техника кастраціи весьма проста. Такъ какъ яичники зачастую прилегаютъ весьма тѣсно къ маткѣ, то не плотно наложенная лигатура легко соскальзываетъ. При этомъ получается большая зияющая рана, *art. spermatica* сокращается и наступаетъ весьма непріятное кровотеченіе. Въ виду этого необходимо сильно затягивать лигатуры. По удаленіи яичниковъ необходимо въ желобѣ первой лигатуры наложить еще вторую, такъ какъ культя становится безсочной, вслѣдствіе чего лигатура ослабѣваетъ. Для предупрежденія образованія эксудатовъ берутъ катгутъ. Яичники слѣдуетъ удалять *Raquelin*'омъ, а не ножомъ. Это дѣлается съ цѣлью уничтоженія всѣхъ остатковъ яичника. Кромѣ того, ткани отъ жара слегка разбухаютъ, вслѣдствіе чего надъ лигатурой образуется «грибъ», который препятствуетъ соскальзыванію. Рана отъ ожога даетъ сращенія гораздо труднѣе, чѣмъ рѣзанная рана. Подобная культя некротизируется, всасывается и исчезаетъ. При отрѣзаніи же культя продолжаетъ питаться (*Stilling*); въ виду этого существуетъ опасность сращенія съ сосѣдними органами.

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ.

Болезни яичниковъ и ихъ придатковъ.

А. Нормальная анатомія ¹⁾.

Отъ верхняго угла отходить три пучка, спереди *ligamentum rotundum*, по срединѣ труба, и сзади *ligamentum ovarii proprium*. Яичникъ прикрѣпленъ къ задней поверхности широкой связки при помощи *mesovarium*,

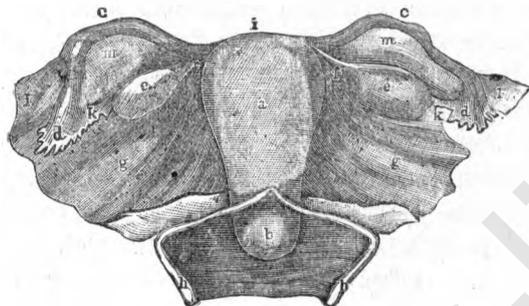


Рис. 212 *a* corpus uteri, *b* portio vaginalis съ orificium externum, *c* tuba, *d* брюшное отверстие трубы, *e* ovarium, *f* lig. ovarii, *g* lig. latum, *h* vagina, *i* fundus uteri, *k* lig. infundibulo-pelvicum, *m* mesosalpinx, s. ala vesper-tilionis; между двумя листками его лежатъ придатокъ яичника, *parovarium*.

узкой складки брюшины. Отъ бокового конца отходить *ligamentum suspensorium ovarii* s. *ligamentum infundibulopelvicum* къ большому тазу, черезъ *linea terminalis*.

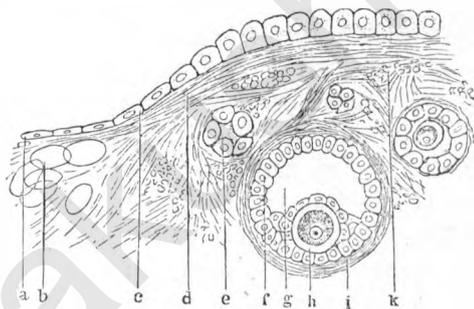


Рис. 213. Яичникъ, схематически: *a* плоскій эпителий брюшины, *b* жировыя кѣтки въ брюшинѣ, *c* переходъ брюшиннаго эпителия въ зародышевый эпителий яичника, *d* плотная соединительная ткань, такъ называемая *albuginea*, *e* незрѣлый фолликулъ, *f* эпителий *Graaf*ова фолликула, *g* *membrana granulosa*, *liquor folliculi*, *h* яйцо въ *Cumulus prodigerus*, въ скопленіи эпителия *Graaf*ова фолликула, *i* *Zona pellucida*, желтокъ, *vesicula* и *macula germinativa*, *j* *theca folliculi*, *k* соединительная ткань яичника, продольныя и поперечныя волокна.

Яичникъ не покрытъ брюшиной. Вблизи *hilus* брюшина оканчивается зубчатой, макроскопически видимой линіей, такъ называемая линія *Farre*.

Яичникъ покрытъ низко-цилиндрическимъ эпителиемъ слизистой оболочки,

¹⁾ *Kölliker*, *Entwickelungsgeschichte*. 1879.—*Henle*, *Eingeweidelehre*. 1874.—*Pansch*, *Reichert's Arch. f. Anat. u. Phys.*, 1874, 702.—*Waldeyer*, *Eierstock* u. *Ei*. 1870; *Stricker's Handb. der Lehre von den Geweben*, глава 25.—*His*, *Archiv f. Anat. u. Phys.*, anat. Abth. 1878.—*B. S. Schultze*, *Jenaische Zeitschr.*, 1864, I, стр. 279 (*Tastung normaler Eierstöcke*); *Samml. klin. Vorträge*, 50 и 176.—*Nagel*, *A. f. G.* XXXIII, 1.—*A. Martin*, *Die Krankh. d. Eierstöcke u. Nebeneierstöcke*. 1879.—*Stöckel*, *Arch. f. mikroskop. Anat. u. Entw.* LIII.

рис. 213, с, который въ *fimbria ovarica* продолжается въ эпителий трубы. Подъ эпителиемъ лежитъ корковый слой, толщиной въ 2—3 мм., отграниченный отъ эпителия такъ называемой *albuginea*, плотнымъ слоемъ, состоящимъ изъ перекрещивающихся соединительнотканыхъ слоевъ, не представляющимъ особой оболочки (рис. 213 р). Уже въ корковомъ слое видны фолликулы, величиною отъ макового зерна до горошины, между которыми самыя большіе представляютъ собою *Graaf*'овы фолликулы. Самый внутренній слой—мозговой слой. Въ него, у *hilus*, входитъ *ramus ovaricus art. uterinae*, анастомозирующий съ вѣтвью *arteriae spermaticae*. Вены впадаютъ въ маточныя вены и *plexus ramificiformis*. Кроме того, идетъ къ яичнику довольно толстая артерія въ *lig. suspensorio s. infundibulopelvisico*. Черезъ *hilus* въ яичникъ вступаютъ и нервы, и лимфатическіе сосуды. Между пластинками *mesovarii* находятся многочисленныя гладкія мышечныя волокна, такъ что легко возможно, что существуетъ извѣстная эректильность. При операціяхъ бросается здѣсь въ глаза мѣняющееся наполненіе сосудовъ.

Зародышевый эпителий проникаетъ у зародыша толстыми отростками (трубки *Pflüger*'а) въ строму. При разростаніи его отдѣляются отдѣльныя кучки клѣтокъ, которыя превращаются отчасти въ яйцевыя клѣтки, отчасти въ клѣтки фолликула. У новорожденной онѣ образуютъ примордіальный фолликулъ (рис. 213, е) или, вѣрнѣе, преждевременныя фолликулы, которые запусъваютъ вмѣстѣ съ находящимися въ нихъ яйцами. Неоднократно находили два яйца въ одномъ фолликулѣ.

У зрѣлой въ половомъ отношеніи женщины представляется запусъвшая большая часть фолликуловъ. Въ оставшихся фолликулахъ лежитъ яйцо между кубическими клѣтками. Болѣе крупныя фолликулы (величиною въ 0,5—1,5 мм.) снабжены многослойнымъ слоемъ кубическихъ эпителиальныхъ клѣтокъ (*theca granulosa*). Въ этихъ зрѣлыхъ фолликулахъ, въ *Graaf*'овыхъ фолликулахъ, имѣется свободная полость (рис. 213 г). На противоположной поверхности имѣется скопленіе клѣтокъ: *cumulus prodigerus* (рис. 213 б). Изъ обхватывается зрѣлое яйцо, на

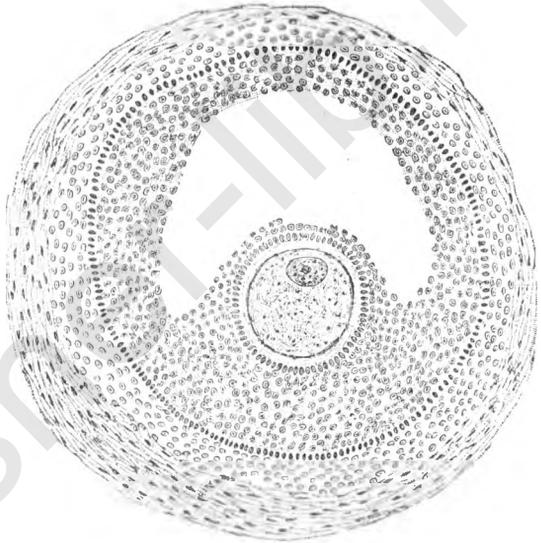


Рис. 214. Фолликулъ, срисованный съ микроскопическаго преарата. Отдѣльныя части какъ на рис. 213.

которомъ, даже послѣ выдѣленія, остаются еще клѣтки *membranae granulosaе*. Само яйцо состоитъ изъ радиарно исчерченной оболочки: *zona pellucida*. Внутри находится *vitellus*, въ послѣднемъ, эксцентрично, *vesicula germinativa* съ *macula germinativa* (рис. 213 *b*).

Зрѣлый *Graaf* овъ фолликулъ окруженъ *theca folliculi*, которая раздѣляется на внутреннюю мягкую, богатую клѣтками и сосудами *tunica prorgia* и на наружную, плотную фиброзную *tunica fibrosa*. Зрѣлые фолликулы, обыкновенно 1—2, иногда и 6—8, появляются лишь во время полового созрѣванія.

Господствовавшее до настоящаго времени мнѣнiе, что у взрослыхъ не происходитъ болѣе образованія яицъ и фолликуловъ, оспаривается *W. Stöckel* емъ. Онъ наблюдалъ какъ въ яичникѣ новорожденной, такъ и у 25-лѣтней дѣвственницы простыя яйцевыя клѣтки съ двойными зародышевыми пузырьками и многочисленныя примордиальныя фолликулы съ двумя яйцами. *Stöckel* считаетъ эти двойныя яйца членами цѣли дѣленія.

Во время половой зрѣлости фолликулъ раскрывается и даетъ выходъ яйцу: овуляція. Въ пространствѣ фолликула происходитъ незначительное кровотеченіе. Остатки крови удается констатировать, хотя не всегда, въ видѣ кристалловъ билирубина. На мѣстѣ лопнушаго фолликула развивается такъ называемое *желтое тѣло*, *corpus luteum*. Это тѣло, въ видѣ *corpus luteum spurium*, немногимъ больше фолликула, во время беременности, становясь *corpus luteum verum*, достигаетъ почти величины вишни. Оно состоитъ изъ большихъ, происходящихъ изъ эпителия фолликула, эпителиоидныхъ, полиморфныхъ лутеиновыхъ клѣтокъ, содержащихъ лутеинъ, вещество, растворяющееся въ алкогольъ, и жировыя частички. Между этими клѣтками вырастаютъ изъ *tunica externa* соединительнотканные отростки, изъ которыхъ образуются впоследствии, послѣ всасыванія лутеиновыхъ клѣтокъ, *corpora fibrosa s. albicantia*: остающійся рубецъ.

Старческій яичникъ сморщивается *in toto* и равняется по величинѣ лишь $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ яичника во время половой зрѣлости; овъ становится болѣе твердымъ, упругимъ, бугристо-неправильнымъ, покрытъ рубцами и втягиваніями. Фолликулы исчезаютъ совершенно, а также строма.

Между пластинками *mesosalpinx* лежатъ различныя «зародышевыя остатки», какъ ихъ называетъ *Waldeyer*. Первое мѣсто занимаетъ придатокъ, *Eroorhagon* или *Parovarium*. При разсматриваніи на свѣтъ, въ немъ замѣтны простыя глазомъ 6—12 трубокъ, сходящихся къ *hilus* яичника. Это узкія трубки, выстланныя цилиндрическимъ и рѣсничнымъ эпителиемъ, окруженныя мышечными волокнами; послѣднее многими оспаривается. Далѣе, только у новорожденныхъ, а въ болѣе позднемъ возрастѣ лишь въ видѣ исключенія, находятъ *paroerhagon*, маленькое, состоящее изъ гломеруль, лежащее у трубнаго угла тѣло, кромѣ того, придаточныя трубы. *Kossmann* придаетъ этимъ заросшимъ придаточ-

нымъ трубамъ большое значеніе въ объясненіи происхожденія кистъ въ широкихъ связкахъ. Наконецъ, остатки *Gürtner*'овскихъ канальцевъ или *Wolf*'овыхъ ходовъ (ср. рис. 71). Последніе описаны *Klein*'омъ и у взрослыхъ.

Положеніе яичниковъ.

Яичникъ лежитъ приблизительно въ области середины верхняго края подвздошной кости у боковой стѣнки таза. Яичникъ лежитъ на *m. obturator internus*, въ задней части *fossae obturatoriae*, въ *fossa ovarica*, которая ограничивается сзади мочеточникомъ, сверху *arteria umbilicalis* (*Waldeyer*). Послѣ опорожненія пузыря и кишекъ можно яичникъ прощупать при тонкихъ брюшныхъ стѣнкахъ и смѣстить его на *m. psoas*. Труба обхватываетъ яичникъ, лежащее ближе къ маткѣ кольцо трубы поднимается кверху, между тѣмъ какъ наружное опускается. Между обоими кольцами лежитъ яичникъ, именно такимъ образомъ, что длинный діаметръ яичника имѣетъ у стоящей женщины вертикальное направленіе. Внутренній конецъ яичника, къ которому прикрѣплено *lig. ovaricum*, смотритъ книзу и кпереди, наружный—кверху и кзади. Свободный край яичника обращенъ кзади, *hilus* кпереди. Одна поверхность яичника, наружная, прилежитъ къ тазовой стѣнкѣ, между тѣмъ какъ другая соприкасается снизу съ маткой, сверху—съ трубой. Асимметричное положеніе матки, столь частое даже у здоровыхъ женщинъ, имѣетъ вліяніе на положеніе яичника.

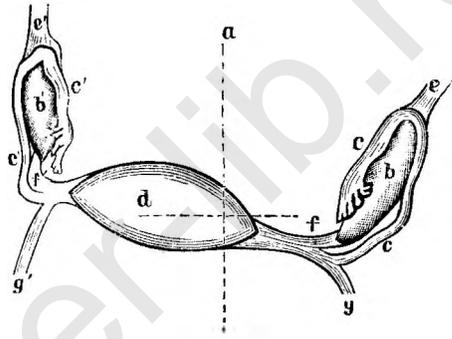


Рис. 215. Положеніе яичниковъ при асимметричномъ положеніи матки (по *His*'у). *a* средняя линия, *b* лѣвый, *b'* правый яичникъ, *c* лѣвая, *c'* правая труба, *d* матка, *e* лѣвая, *e'* правая *ligamentum infundibulo-pelvicum*, *f* лѣвая, *f'* правая *ligamentum ovarii*, *g* лѣвая, *g'* правая круглая связка.

Если, напр., матка, какъ это въ слабой степени бываетъ *in postea*, физиологически, лежитъ большей своей частью въ правой половинѣ таза матки, столь частое даже у здоровыхъ женщинъ, имѣетъ вліяніе на положеніе (ср. рис. 215 *d*), то правый яичникъ *b'*, прилегая къ боковой стѣнкѣ таза, имѣетъ вертикальное направленіе, между тѣмъ какъ лѣвый *b*, касаясь тазовой стѣнки лишь наружнымъ концомъ, имѣетъ косое направленіе.

Рыхлыя соединенія допускаютъ значительную подвижность яичника; если матка мѣняетъ свое положеніе, то за нею слѣдуетъ яичникъ, напр. при ретрофлексіяхъ яичникъ оттягивается книзу. Точно такимъ же образомъ яичникъ мѣняетъ свое положеніе и при выпаденіи, инверсіяхъ или при опухоляхъ матки; при послѣднихъ яичникъ можетъ вытягиваться въ видѣ ленты и тѣсно прилегать къ маткѣ.

Нормальные яичники можно при не очень толстыхъ брюшныхъ стѣн-

кахъ прощупать при помощи комбинированнаго изслѣдованія. Отыскиваютъ матку и направляются 2 пальцами въ сторону, производя противодавленіе снаружи. Яичники лежатъ на *m. psoas* въ видѣ валикообразныхъ подвижныхъ опухолей. Здоровый яичникъ не чувствителенъ къ давленію.

В. Разновидности развитія и врожденныя измѣненія положенія.

При дефектѣ матки или при маленькой плотной маткѣ яичники могутъ отсутствовать совершенно или быть очень маленькими, величиною въ конопляное зерно. Но мнѣ случалось находить и увеличенный яичникъ съ многочисленными фолликулами, который мнѣ приходилось удалить изъ-за менструальныхъ болей. Часто, однако, въ особенности у слаборазвитыхъ хлоротичныхъ особъ, яичники представляются очень маленькими, очень твердыми продолговатыми тѣлами. Если при этомъ существуетъ хотя бы и незначительная менструація, то имѣются фолликулы, но въ большинствѣ случаевъ подобныя женщины страдаютъ безплодіемъ. Подобная гипоплазія осложняется сильнымъ хлорозомъ и гипоплазіей всей сосудистой системы. Лишнее число яичниковъ весьма рѣдко, но были наблюдаемы несомнѣнные случаи трехъ яичниковъ ¹⁾. Этимъ фактомъ объясняли появленіе послѣ кастраціи регулъ и образованіе атипичныхъ опухолей. Въ видѣ *придаточныхъ* яичниковъ находятъ весьма часто маленькія, величиною въ горошину, сидящія на яичникѣ круглыя образованія, не имѣющія практическаго значенія.

Труба и одинъ яичникъ при незакрытіи *canalis Nuckii* могутъ попадать въ грыжевой мѣшокъ ²⁾. Такъ какъ у зародыша трубы и яичники лежатъ весьма высоко, надъ входомъ въ тазъ, то подобныя грыжи развиваются уже во время внутриутробной жизни, на одной или обѣихъ сторонахъ. При *hernia inguinalis ovarii* я экстирпировалъ яичникъ, спустившійся въ большую срамную губу. *Fehling*'у удалось при лапаротоміи оттянуть за *lig. latum* на свое мѣсто лежавшій врожденно въ грыжевомъ мѣшкѣ яичникъ. Бедренныя грыжи, обыкновенно одностороннія, а также опущенія яичниковъ черезъ сосудистую щель *membranae obturatoriae* и черезъ *incisura ischiadica major*, не бываютъ врожденными.

Если яичникъ находится въ грыжевомъ мѣшкѣ, то, набухая во время менструаціи, онъ можетъ вызывать боли. Если онъ перерождается въ опухоль, то растущая опухоль точно также вызываетъ разстройства. При тщательномъ изслѣдованіи необходимо выяснитъ, во-первыхъ, что яичникъ находится на физиологическомъ мѣстѣ, во-вторыхъ, что круглое, прощупываемое въ паховой грыжѣ тѣло есть дѣйствительно яичникъ. Зондированіемъ и движеніями матки, бимануальнымъ ощупываніемъ таза всегда удается постановка правильнаго діагноза. При существованіи разстройствъ яичникъ удаляется оперативнымъ путемъ.

¹⁾ *Winckel*, Atlas, стр. 365.—*A. f. G.* XIII.—*Olshausen*, Berl. kl. W. 1876, 10.

²⁾ *Chiari*, Prager med. W., 1884, 489.—*Olshausen*, A. i. G. I.—*Englisch*, Wiener med. Blätter, 1855, стр. 459; Wiener med. Jahrb. 1871, 334.—*Rheinstädter*, C. f. G. 1878, 23.—*Leopold*, A. f. G. XIV.—*Winckel* и *Eisenhart*, A. f. G. XXVI, 439.—*Otte*, Berl. kl. W., 1887, 435.

С. Воспаленіе яичника. Oophoritis ¹⁾).

При послѣродовой лихорадкѣ или вообще при инфекціонномъ перитонитѣ стрептококки попадаютъ по лимфатическимъ сосудамъ или путемъ воспаленія брюшины въ яичники. Въ легкихъ случаяхъ происходятъ при этомъ срощенія, въ тяжелыхъ — образованіе абсцесса, размягченіе или полное гнойное распаденіе яичника (putrescentia ovarii).

При срощеніяхъ съ кишками bacterium coli попадаетъ въ фолликулы и вызываетъ здѣсь зловонные абсцессы. Точно такимъ же образомъ, какъ при остеомиелитѣ попадаютъ по кровеноснымъ путямъ стрептококки въ мѣста меньшаго сопротивленія, попадаютъ и бациллы тифа по кровеноснымъ сосудамъ въ яичниковыя кисты, изъ содержимаго которыхъ онѣ были получены на препаратахъ и разводкахъ. Яичниковый абсцессъ можетъ быть и токсическимъ вслѣдствіе всасыванія бактерійныхъ продуктовъ обмѣна веществъ. При фосфорномъ отравленіи точно также находили кровоизліанія и образованіе абсцессовъ въ яичникѣ. Одинаково можно объяснить и вахожденіе гонококковъ, пнеймококковъ и бациллъ туберкулеза въ яичниковыхъ абсцессахъ.

Абсцессы въ яичникахъ могутъ существовать безъ измѣненій въ теченіе мѣсяцовъ. Бактеріи погибаютъ, гной становится стерильнымъ, такъ что загрязненіе имъ во время операциі полости брюшины проходитъ безнаказанно.

Внутренняя поверхность яичниковыхъ абсцессовъ представляется своеобразно бугристой, зернистой, блѣдной, стѣнка различной толщины, снаружи покрыта срощеніями, такъ что при разрѣзахъ приходится иногда долго искать, пока не найдутъ пазухъ трубы и яичниковыхъ абсцессовъ.

Совершенно отдѣльную отъ остраго воспаленія форму представляетъ хроническій оофоритъ, послѣдствіе продолжительной или часто повторяющейся гипереміи (*Pfannenstiel*) яичника. Гиперемія, въ свою очередь, вызывается чрезмѣрнымъ половымъ раздраженіемъ, отсутствіемъ тѣлеснаго и умственнаго покоя во время менструаціи, сильными въ это время протудами, разстройствомъ кровообращенія, напр., при порокахъ сердца, plethora abdominalis, Morbus Brightii, отравленіи фосфоромъ, передошной инфекціи и въ особенности при образованіи опухолей въ яичникахъ. При этомъ яичникъ сначала увеличенъ, albuginea утолщена или, въ случаяхъ прониканія фолликуловъ до поверхности, утончена, строма болѣе плотная, примордіальные фолликулы отсутствуютъ у молодыхъ особъ, имѣется arteriitis obliterans (*Winternitz*). Конечный результатъ — атрофія, при которой находятъ еще фолликулы, даже увеличенные, между тѣмъ какъ яйца погибли.

¹⁾ *Virchow*, Gesammelte Abhandl., 1856. — *Schultze*, Mon. f. Geb. XI, 170 (Blutung). — *Gusserow*, Charité-Annalen. IX. — *Leopold*, A. f. G. XIII. — *Bullius*, Beitr. z. Geb. u. Gyn. (Hegar's Festschrift). 1889. — *Orth*, Lehrbuch d. spec. patholog. Anatomie. 1893. — *Ziegler*, Lehrb. d. spec. path. Anat., 1892.

Подъ названіемъ „Angiodystrophia ovarii“ *Bulius* описалъ патологическое состояніе, при которомъ яичники увеличены, изрыты полосками и весьма тверды. Капилляры и артеріи увеличены въ числѣ, сильно утолщены, представляютъ гіалиновую дегенерацію, вслѣдствіе чего отчасти облитерированы. *Graaf*овы фолликулы представляютъ мелкокистовидное перерожденіе, число примордіальныхъ фолликуловъ уменьшено.

Конечнымъ результатомъ является сморщиваніе: *Cirrhosis ovarii*. Процессомъ поражаются оба яичника, уничтожается ихъ функція, наступаетъ преждевременное старческое состояніе. Значитъ, „патологическимъ представляется быстрое теченіе физиологическихъ отчасти измѣновой и преждевременное погибаніе фолликуловъ“ (*Pfannenstiel*).

За конечный результатъ хроническаго воспаленія яичниковъ можно считать и *фолликулярныя кисты и кисты corporis lutei*. Обѣ формы, развивающіяся, первая изъ цѣлага, вторая — изъ лопнувшаго *Graaf*ова фолликула, принадлежатъ къ дегенеративнымъ процессамъ, а не къ новообразованіямъ ¹⁾. Кисты обыкновенно маленькія, но могутъ достигнуть и величины кулака. Въ отличіе отъ настоящихъ новообразованій онѣ никогда не покрыты эпителиемъ на внутренней поверхности.

Отекъ яичниковъ наблюдается весьма часто при опухоляхъ матки и является чаще всего послѣдствіемъ сдавленія венъ вслѣдствіе растяженія или смѣшенія яичниковъ. При отекѣ яичниковъ находятъ нерѣдко по сосѣдству, напр. въ *hilus*, черные тромбы.

Отекъ скоро исчезаетъ: часто прощупываютъ увеличенные вдвое яичники, а по прошествіи 3—4 дней они рѣзко уменьшаются въ объемѣ самопроизвольно. При остеомалачіи *Fehling* нашелъ значительное увеличеніе и гіалиновое перерожденіе сосудовъ, а также укоренное созрѣваніе фолликуловъ.

*Graaf*овъ фолликулъ уже физиологически представляется кистой, которая лопається во время менструаціи или овуляціи. При *Pelveoperitonitis* и *Perioophoritis* можетъ, вслѣдствіе воспаления по сосѣдству, увеличиться отдѣленіе въ фолликулѣ, съ другой стороны, можетъ быть задержано лопаніе отложеніями. Такимъ образомъ развиваются кисты величиною отъ грецкаго орѣха до кулака, стѣнка которыхъ мѣстами весьма тонка, между тѣмъ какъ на другихъ мѣстахъ имѣются остатки яичниковой паренхимы или маленькія единичныя кисты; послѣднія могутъ сливаться съ первыми. Внутренняя стѣнка не покрыта эпителиемъ. Содержимое жидкое, серозное, рѣдко слегка окрашено. Самопроизвольное излеченіе путемъ лопанія было наблюдаемо неоднократно. Упомянемъ еще разъ, что подобныя кисты находятъ нерѣдко случайно у совершенно здоровыхъ женщинъ.

Изъ лопнувшаго фолликула, изъ *corpus luteum*, также могутъ раз-

¹⁾ *Pfannenstiel*, *Ovarialkrankheiten im Veitschen Handbuche*.—*Chrobak*, *Wiener m. Pr.* 1872, 42.—*Bulius*, *A. f. G.* XV.—*Nagel*, *A. f. G.* XXXI.—*Pfannenstiel*, *A. f. G.* XXXVIII, 3.—*Stratz*, *Geschwülste d. Eierstöcke*, 1894; *Z. f. G.* XXXI.

виться кисты. Внутренняя их стѣнка краснаго или желтаго цвѣта, покрыта складками, отдѣляется отъ подлежащаго слоя. Содержимое жидкое, иногда же густое, студенистое. Вслѣдствіе примѣси крови цвѣтъ красный или бурый.

Клинически говорятъ о хроническомъ оофоритѣ въ томъ случаѣ, если яичники прощупываются долгое время увеличенными, болѣзненными. При этомъ происходятъ смѣщенія, „дислокація“, яичниковъ: при нормальномъ положеніи матки ихъ находятъ въ *Douglas'*овомъ пространствѣ. Подобное смѣщенію развивается обыкновенно послѣ ригрегіумъ или выкидыша. *Ligamentum ovarii* остается слишкомъ длиннымъ. Вслѣдствіе этого существуетъ нерѣдко *perioophoritis*, причемъ труба и яичники соединены нерѣдко съ сосѣдними частями ложными перепонками. Если наступило сморщиваніе, то способность къ зачатію и функція яичниковъ прекращаются раньше времени.

Черезъ стѣнку влагалища яичники прощупываются позади матки, даже рубцы и отдѣльныя неровности на поверхности яичниковъ прощупываются крайне ясно. Смѣщенію яичниковъ книзу при увеличеніи послѣднихъ способствуетъ внутрибрюшное давленіе, давленіе калового столба.

Симптомы Oophoritis и *Perioophoritis chronica* состоятъ въ боляхъ при совокупленіи, дефекаціи и рѣзкихъ движеніяхъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ больныя жалуются всегда на боль, распространяющуюся на переднюю поверхность бедеръ. Въ подобныхъ случаяхъ происходитъ, можетъ быть, распространеніе воспаленія черезъ фасцію *m. ileopsoatis*, или сокращенія этой мышцы смѣщаютъ воспаленные яичники, такъ что появляются боли при движеніяхъ ногей. По *Kuryi*, боль въ поясницѣ объясняется прямой нервной связью. Менструація становится нерѣдко очень слабой, часто прекращается даже преждевременно, но бываютъ и случаи меноррагіи, причемъ кровоточеніе продолжается иногда недѣлями. Можетъ быть, такъ называемая, срединная боль зависитъ отъ извѣстныхъ процессовъ въ яичникѣ. Но и въ первые дни послѣ кастраціи, когда нервы „раздражены“ вслѣдствіе перерѣзки и лигатуры, наступаютъ весьма сильныя кровотечения, которыя, однако, можно объяснить и застоями вслѣдствіе перевязки *art. spermaticae*.

Весьма понятно, что патологическіе процессы въ яичникахъ могутъ вызывать различныя, иногда весьма серьезные, истерическіе симптомы.

Для постановки *диагноза* необходимо прощупываніе увеличенныхъ, болѣзненныхъ или сморщенныхъ вполнѣ послѣдствіи яичниковъ. Въ этомъ направленіи часто грѣшатъ; часто врачи ставятъ при ощущеніи боли въ нижней части живота, напр., при кишечныхъ страданіяхъ, діагнозъ воспаленія яичниковъ. Если яичники лежатъ въ *Douglas'*овомъ пространствѣ, то при первомъ изслѣдованіи возможно смѣшеніе съ твердыми каловыми массами. Сдавливаемость кишечнаго содержимаго и исчезаніе его послѣ клизмы или изслѣдованіе *per rectum* вполнѣ обезпечиваютъ діагнозъ.

Далѣе, дифференціальный діагнозъ между остатками эксудата, состо-

salpinx и увеличенными, окруженными периоофоритическими сращениями яичниками представляется иногда настолько труднымъ, что приходится прибѣгать къ наркозу.

Невозможнымъ представляется распознаваніе между измѣненными фолликулярными кистами яичника и маленькими трубными кистами (hydrosalpinx) въ томъ случаѣ, если взаимная ихъ подвижность уничтожена сращениями.

Яичники съ абсцессами, невзирая на периоофоритическія сращения, всегда еще слегка подвижны и прощупываются въ видѣ круглыхъ опухолей, между тѣмъ какъ абсцессы трубъ продолговатой формы и тѣсно прилегаютъ къ маткѣ.

По прекращеніи острыхъ воспалительныхъ явленій часто удается высвободить путемъ комбинированнаго давленія лежащіе въ *Douglas'* омовъ пространствѣ яичники. Яичникъ вмѣстѣ съ маткой приподымаютъ со стороны влагалища двумя пальцами насколько возможно выше. Въ то время какъ внутренняя рука, подымая матку, лежитъ совершенно спокойно, наружной рукой отыскиваютъ дно матки и дѣлаютъ съ середины два сначала легкія, а затѣмъ болѣе энергичныя поглаживанія кнутри и кнаружи, приблизительно по направленію lig. ovarici. Если разъ удалось прощупать яичникъ, хотя не очень ясно, то необходимо стараться проникнуть болѣе глубоко, подъ яичникъ, имѣя такимъ образомъ возможность прямо приподнять яичникъ кверху. Если цѣль не достигается въ одинъ сеансъ, то манипуляціи повторяютъ. Лечение прерываютъ, какъ только появляются или дѣлаются постоянными боли.

Лечение состоитъ въ примѣненіи антифлогоза, ваннъ, кровопусканій изъ матки, глицериновой тампонаціи и т. д. Если это лечение не ведетъ къ цѣли, то остается еще кастрація—терапия, которую слѣдуетъ производить по индивидуальности каждаго отдѣльнаго случая.

Туберкулезъ яичниковъ ¹⁾ наблюдается въ милиарной, творожистой и гнойной формахъ. Туберкулезныя бациллы происходятъ изъ сосѣднихъ частей, въ особенности изъ брюшины или сосудовъ. Лишь въ 3 изъ 24 случаевъ труба была свободной отъ туберкулеза. Макроскопически яичникъ часто измѣненъ лишь мало, а именно не увеличенъ. Въ яичникахъ были констатированы маленькіе творожистые фокусы, милиарные бугорки и туберкулезныя бациллы. Интереснымъ представляется фактъ, что туберкулезъ былъ найденъ даже въ дермовидной кистѣ.

При *Morbus Brightii*, цынгѣ, тифѣ, ожогахъ, отравленіи фосфоромъ, геморрагическомъ діатезѣ находили *гематому яичника*; эти гематомы могутъ достигать такой величины, что развивается анемія. *B. S. Schultze* наблюдалъ гематому у новорожденной дѣвочки. При операціяхъ по поводу міомъ матки находятъ иногда кровоизліянія въ фолликулы и черныя тромбы въ сосудахъ. Кровь можетъ находиться въ фолликулѣ въ видѣ рыхлаго сгустка и выпадаетъ при разрѣзаніи ²⁾. Интерстиціальныя кровоизліянія ве-

¹⁾ *Schottlaender*, M. f. G. V, 4 и 5.

²⁾ *Bulus*, Z. f. G. XXII, 258.

дутъ къ острымъ увеличеніямъ органа, къ разрушенію паренхимы и къ конечному сморщиванію яичника съ потерей функціи.

Диагнозъ инстерстиціальныхъ гѣматомъ удастся поставить при жизни лишь въ томъ случаѣ, если послѣ остраго опуханія и уменьшенія яичника менструація прекращается окончательно преждевременно, если опухоль прежде можно было констатировать, а впослѣдствіи она исчезла вполне. Но мнѣ приходилось находить въ яичникахъ, и притомъ на обѣихъ сторонахъ, кисты съ до того черной, дегтеобразной кровью, что можно было подозрѣвать, что кровотеченіе произошло нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ. При этомъ изъ анамнеза нельзя было заключить ни о причинахъ кровотеченія, ни о симптомахъ, ни о вредныхъ послѣдствіяхъ кровотеченія.

Д. Новообразованія яичниковъ ¹⁾.

Выше было выяснено, что яичникъ состоитъ изъ железистой паренхимы, фолликуловъ, и изъ окружающей ее, чисто соединительнотканной стромы, въ которой проходятъ кровеносные и лимфатическіе сосуды и нервы. Большая часть поверхности органа покрыта зародышевымъ эпителиемъ, генетически такимъ-же, какъ эпителий, изъ котораго развивается яйцо. Различныя ткани: эпителий и соединительная ткань, продуцируютъ характерныя для нихъ новообразованія, паренхиматозныя и строматогенныя (*Pfannenstiel*); сюда присоединяются еще происходящія изъ яйцевой кѣтки—овулогенные дермоиды и смѣшанныя опухоли—тератомы.

Вышеупомянутыя фолликулярныя кисты *Pfannenstiel* раздѣляетъ на двѣ формы, на разсмотрѣнныя на стр. 362 чистыя фолликулярныя кисты, которыя принадлежатъ къ воспаленіямъ, и на простыя серозныя кистомы, которыя, хотя онѣ развились, по всѣмъ вѣроятіямъ, тоже изъ фолликула, необходимо причислить къ новообразованіямъ.

Лучше всего придерживаться схемы *Pfannenstiel*'я:

I. Опухоли, исходящія изъ паренхимы: зародышеваго эпителия и *ovulum*:

a) эпителиальныя опухоли: *Kystoma simplex*, *Kystadenoma*, *Papilloma*, *Carcinoma*;

b) опухоли, происходящія изъ яйца: дермоиды, тератомы.

II. Опухоли, происходящія изъ стромы; происходящія изъ соединительной ткани: *Fibroma*, *Myoma*, *Sarcoma*, *Endothelioma*, *Angioma*, *Enchondroma*.

Кромѣ того, имѣются еще комбинированныя опухоли: аденома съ ракомъ, дермоидъ съ псевдомудинкистомой, кистаденома съ саркомой и эпителиомой, ракъ съ саркомой, трубояичниковыя кисты.

¹⁾ *Attlee*, Diagnosis of ovarian tumors. 1873. — *Cherou*, Maladies des ovaires. 1884. — *Hofmeier*, Z. f. G. V. — *Koeberté*, Maladies des ovaires. 1878. — *Spencer Wells*, Krankheiten d. Eierstöcke. Deutsch von *Grösvser*, 1874. — *Engelmann*, Volkmann's Vortr. 148—150. — *Peaslee*, Ovarian tumors etc. 1872. — *Olshausen*, Handbuch der Frauenkrankh. II, 1885; *Volkman's* Vorträge № 111; *Klin. Beiträge zur Gyn. u. Geb.* 1884. — *Hegar* u. *Kaltenbach*, Operative Gynaekologie. 4 Aufl., 1898. — *Hofmeier*, C. f. G. 1887, 179. — *Nagel*, A. f. G. XXXI и XXXIII. — *Pfannenstiel*, l. c. — *A. Martin*, l. c.

Яичниковыя кисты.

Pfannenstiel доказаль въ прелестной монографіи, что подъ названіемъ *Hydrops folliculi* разсматривали въ прежнее время два вида кисты: безъэпителиальныя маленькія кисты *Graaf*овыхъ фолликуловъ, о которыхъ было сказано въ главѣ объ *Oophoritis*, и болѣе крупныя, достигающія величины головы взрослога кисты, которыя онъ причисляетъ къ новообразованіямъ. Эти болѣе крупныя кисты бывають обыкновенно однополостныя или, по крайней мѣрѣ, олигоцистическія. Стѣнка достигаетъ толщины $\frac{1}{2}$ стм. и состоитъ изъ соединительной ткани. Эпителій однослойный, низкій цилиндрической, границы котораго исчезаютъ синцитіально. Нерѣдко наблюдаются сосочковыя разрошенія въ формѣ группъ маленькихъ бородавчатыхъ пуговокъ, что служить доказательствомъ, что мы имѣемъ дѣло не съ простыми ретенціонными кистами. Внутренняя стѣнка иногда пигментирована вслѣдствіе незначительныхъ кровотеченій. Содержимое ихъ богато бѣлкомъ, серозно, содержитъ нерѣдко холестеринъ. Кисты обыкновенно на ножкахъ, но зачастую находятся и внутри связокъ.

Увеличеніе происходитъ путемъ отдѣленія эпителия. Процессы пролифераціи, железистыя трубки отсутствуютъ. Поражается обыкновенно только одинъ яичникъ. Эти кисты безусловно доброкачественныя.

Если труба случайно прикрѣплена сращеніями къ подобной кистѣ, то киста вскрывается иногда въ трубу. Въ подобномъ случаѣ жидкость попадаетъ естественнымъ путемъ въ матку: *Hydrops ovarii profluens* древнихъ авторовъ. Подобный процессъ: скопленіе жидкости и вытеканіе при слишкомъ сильномъ внутреннемъ давленіи въ образуемой яичникомъ и трубой общей *трубояичниковой кисты* ¹⁾, можетъ вести къ періодическому вытеканію жидкости изъ половыхъ частей. Ясно удастся констатировать, что опухоль исчезаетъ при симптомахъ болѣе сильнаго истеченія жидкости изъ влагалища.

Zahn предположилъ, что при этомъ имѣется *Hydrosalpinx*, и что яичникъ вставленъ въ трубояичниковую кисту такимъ же образомъ, какъ камень въ перстнѣ—значитъ, участвуетъ не активно, а пассивно.

Въ другихъ случаяхъ имѣется столь значительный перегибъ трубы у матки, что труба совершенно непроходима. Въ такомъ случаѣ развивается рядомъ съ маткой опухоль, которая лишь во время операціи распознается за трубояичниковую кисту.

Кистаденома ²⁾.

Яичникъ, какъ было уже сказано, покрытъ зародышевымъ эпителиемъ. Фолликулы образуются такимъ образомъ, что отъ зародышеваго эпителия

¹⁾ *Burnier*, Z. f. G. V, 35. — *Runge u. Thoma*, A. f. G. XXVI, 1; Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. u. Geb. 344, 1890. — *Schramm u. Neelsen*, A. f. G. XXXIX, 16. — *Kötschau*, A. f. G. XXXV, 534. — *Zahn*, Virch. Archiv. CX, стр. 60.

²⁾ *Wilson Fox*, Med. chir. Transact. XXIX. — *Waldeyer*, Mon. f. Geb. XXVII, XXX; A. f. G. I, 307, Eierstock u. Ei. 1870. — *Marchand*, Beitr. zur Kenntniss d. Ova-

опускаются книзу „трубки“, *Pflüger*'овскія трубки. Отъ этихъ трубокъ откручиваются отдѣльные эпителиальныя клѣтки или участки, изъ которыхъ развиваются примордіальные фолликулы.

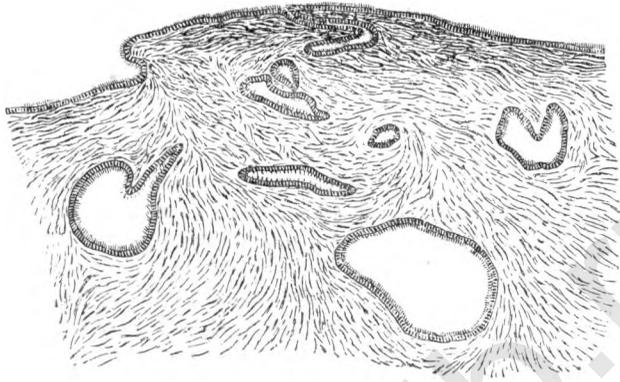


Рис. 216. Превращенный въ ресниччатый эпителий зародышевый эпителий поверхности яичника. На одномъ мѣстѣ углубленіе. Вблизи начинающіяся ресниччатые эпителиальныя кисты. (По *Pfannenstiel*'ю).



Рис. 217. Коллоидная опухоль яичника.

rialtumoren. 1879.—*Leopold*, A. f. G. VI.—*Flaischlen*, C. f. G. VII. Virch. A., Bd. 79.—*Gusserow* u. *Eberth*. Virch. Arch.; 43, стр. 14.—*Winter*, C. f. G. 1987, 49^a.—*Velits*, C. f. G. XVII, 232; Virch. Arch. CVII, 507.—*Pfannenstiel*, A. f. G. XXXVIII, 407, XL, 3; Verhandl. d. 4 Vers. d. deutschen Ges. f. Gyn. 318.—*Gessner*, C. f. G. 1896, 362.—*Steffeck*, C. f. G. XIX, 236.—*Frommel*, C. f. G. XIX, 44.

Теперь вопрос, перерождается-ли готовый фолликулъ въ опухоль, превращается-ли открученная часть *Pflüger*'овской трубки въ опухоль, или уже большой, патологическій поверхностный эпителий растетъ книзу, образуя здѣсь гетеропластически опухоль.

Pfannenstiel доказалъ, что физиологическій эпителий поверхности яичника, зародышевый эпителий можетъ превращаться въ патологическій рѣсничный эпителий, что этотъ послѣдній можетъ расти въ глубину и образовать здѣсь кисты. Этотъ процессъ изображенъ на рис. 216. На поверхности виденъ рѣсничный эпителий, въ соединеніи съ нимъ углубленіе и подъ нимъ подобныя же углубленія, изъ которыхъ развились кисты.

Что и эпителий фолликуловъ можетъ превращаться въ характерный эпителий аденомъ или въ ложномудинозный эпителий, многими утверждается и демонстрируется на микроскопическихъ препаратахъ.

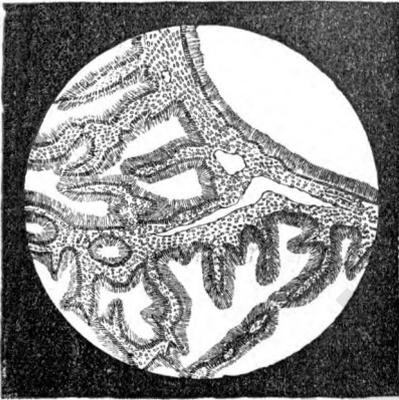


Рис. 218.



Рис. 219. Сосочковья разрощенія.

Pflüger'овскія трубки представляютъ собою зародышевыя образованія и не встрѣчаются впослѣдствіи, такъ что не имѣютъ никакого отношенія къ развивающимся въ зрѣломъ возрастѣ опухолямъ, во всякомъ же случаѣ къ опухолямъ, развивающимся послѣ внутриутробной жизни. Въ виду этого остается предположеніе, что эпителиальныя разрощенія, какъ эпителиа фолликуловъ, такъ и пролиферирующаго зародышеваго эпителиа, врастающаго въ строму, ведутъ къ образованію аденомъ.

При аденомахъ железистыя трубки врастаютъ въ строму. Весьма рѣдко наблюдаются опухоли, которыя остаются чистыми аденомами въ томъ отношеніи, что трубка лежитъ около трубки. Железы отдѣляютъ въ большинствѣ случаевъ жидкость и развивается характерная яичниковая опухоль: кистаденома.

Развиваются новыя трубкообразныя разрощенія эпителиа, которыя, однако, не идентичны съ *Pflüger*'овскими трубками, а представляютъ

собою впячиванія пролиферирующаго яичниковаго эпителия въ строму. Эти клѣтки отдѣляютъ жидкость, вслѣдствіе чего происходитъ образование кистъ. Въ большинствѣ случаевъ развивается главная киста, въ которую изливается отдѣленіе маленькихъ кистъ. Кисты сливаются между собою, перегородки, въ которыхъ проходятъ сосуды въ болѣе плотной стромѣ, разрываются отъ внутренняго давленія. На внутренней поверхности большой полости видны хлопьевидные остатки старыхъ перегородокъ. Такимъ образомъ можетъ, въ концѣ концовъ, развиваться большая киста. Въ большинствѣ, однако, случаевъ видны въ стѣнкѣ различной величины кисты, наполненныя отдѣленіемъ эпителия.

Значить, кистаденомы всегда многополостны. Стѣнка состоитъ обыкновенно изъ трехъ слоевъ, снаружи *albuginea*, далѣе слѣдуетъ сосудистый слой, внутри богатый клѣтками субэпителиальный слой. При значительномъ внутреннемъ давленіи въ прилегающихъ къ стѣнкѣ кистахъ получаютъ на наружной поверхности болѣе или менѣе сильныя выпячиванія, которыя могутъ вскрываться какъ снаружи, такъ и внутри.

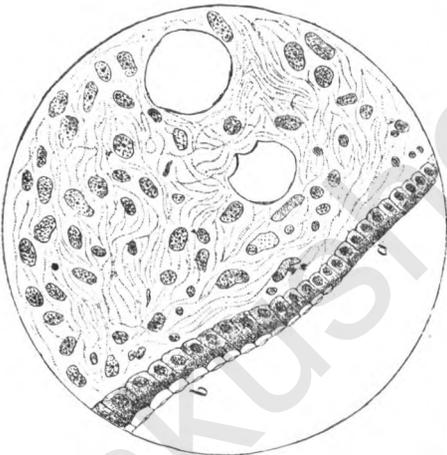


Рис. 220. Ложномуцинозный эпителий, у *a* въ состояніи покоя, у *b* начинающееся отдѣленіе.



Рис. 221. Ложномуцинозный эпителий въ стадіи отдѣленія.

Эпителий однослойный, цилиндрической. Въ большихъ полостяхъ внутреннее давленіе обуславливаетъ низкую, почти плоскую форму эпителия. Эпителий можетъ пропитаться известью, жиромъ, атрофироваться, некротизироваться, границы между клѣтками исчезаютъ, такъ что эпителий принимаетъ синцитиальный характеръ.

Содержимое крайне различно, въ самыхъ маленькихъ кистахъ вязкое, свѣтлое, стекловидное, въ болѣе крупныхъ—жидкое, съ примѣсью крови.

Эпителий обладаетъ настолько сильной энергіей роста, что разрастается въ сосочки, т. е. разрощеніе эпителия первичное, разрощеніе стромы вторичное.

Наблюдаются какъ низкіе сосочки, которые покрываютъ внутреннюю поверхность въ видѣ «терки», такъ и отдѣльные папилломатозные узлы — обыкновенно вблизи hilus и слабѣе на другомъ полюсѣ опухоли. Сосочки весьма богаты сосудами, сосуды часто разрываются, такъ что въ сосочкахъ находятъ кровяныя массы въ различныхъ стадіяхъ обратнаго развитія. Они имѣютъ видъ цвѣтной капусты, нерѣдко видъ острыхъ кондиломъ.

Разрощеніе бываетъ и настолько сильнымъ, что киста, совершенно наполненная, принимаетъ характеръ плотной опухоли. Часто находятся въ сосочкахъ и на стѣнкахъ кисты псаммомы, которыя *Pfannenstiell* не считаетъ за продукты обратнаго развитія, такъ какъ онъ наблюдалъ ихъ уже въ началѣ развитія новообразованія.

Въ прежнее время считали содержимое кистаденомъ, коллоидную массу, продуктомъ перерожденія. *Pfannenstiell* доказалъ, что имѣется отдѣлительный процессъ: во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ кисты содержали характерную студенистую массу, находили въ эпителии качества (рис. 221), на основаніи которыхъ можно было заключить, что онъ выдѣляетъ псевдомуцинъ. На основаніи своихъ изслѣдованій *Pfannenstiell* могъ убѣдиться, что мы имѣемъ дѣло съ ероднымъ муцину тѣломъ, значить, что мы имѣемъ дѣло съ совершенно отдѣльной формой опухолей, съ *псевдомуцинозными кистамами*.

Впрочемъ, содержимое бываетъ различной консистенціи, какъ въ цѣлой опухоли, такъ и въ отдѣльныхъ ея частяхъ, въ такъ наз. вторичныхъ кистахъ опухоли. Такимъ образомъ бываютъ кисты съ болѣе слизистымъ, а также и съ совершенно водяночнымъ содержимымъ.

По изслѣдованіямъ *Pfannenstiell*'я при псевдомуцинозномъ содержимомъ всегда имѣется эпителий, изображенный на рис. 221. Эти опухоли доброкачественныя въ томъ смыслѣ, что однослойный ихъ эпителий, разрастаясь въ глубину, никогда не разрушаетъ тканей, какъ при ракъ, образуя сосочки или альвеолы. Тѣмъ не менѣе развиваются въ рѣдкихъ случаяхъ метастазы въ томъ смыслѣ, что отдѣлившіяся живыя клѣтки эпителия, послѣ лопанія или пункціи кисты, попадаютъ въ полость брюшины и прирастаютъ гдѣ-нибудь на брюшинѣ. Разсѣянныя подобнымъ образомъ клѣтки образуютъ идентичныя съ материнской опухолью дочернія опухоли. На рану попадаютъ клѣтки во время операціи; въ подобныхъ случаяхъ развиваются немедленно или по прошествіи нѣсколькихъ лѣтъ псевдомуцинозные кисты въ рубцѣ. Эти „метастазы“ являются такимъ образомъ нѣчто инымъ, чѣмъ обыкновенныя, развившіеся по кровеноснымъ путямъ метастазы злокачественныхъ опухолей.

Образованіе метастазовъ доброкачественной самой по себѣ опухоли наблюдается преимущественно при одной формѣ аденомы, при такъ наз. *поверхностной папилломѣ*. Въ прежнее время полагали, что здѣсь имѣется дѣло съ папилломой, которая развилаь первоначально въ кистѣ, перфорировала стѣнку и попала такимъ образомъ кваружи. Существуютъ, однако,

препараты, которые ясно доказываютъ, что поверхностная папиллома вырастаетъ изъ зародышевого эпителия поверхности, вовсе не проникая въ стromу.

Но и при маленькихъ подобныхъ опухоляхъ развивается Ascites; жидкость отдѣляется какъ богатой сосудами опухолью, такъ и „раздраженной“ брюшиной. Отдѣльныя эпителиальныя клѣтки, а также частички опухоли, отпадаютъ, попадаютъ въ полость брюшины, прирастаютъ и образуютъ вторичныя опухоли, которыя повторяютъ строеніе первичныхъ опухолей. Доброкачественность этихъ опухолей доказывается помимо однослойнаго, типичнаго эпителия, еще и тѣмъ, что послѣ экстирпаціи онѣ не повторяются и не наступаетъ болѣе скопленія воляночной жидкости. Наблюдается также и то, что прививные послѣ операціи метастазы всасываются брюшиною и совершенно исчезаютъ.

Своеобразная форма папилломы, на-подобіе заноснаго пузыря, описана впервые *Olshausen*'омъ. Опухоль имѣетъ совершенно видъ заноснаго пузыря, отдѣльныя грозди отдѣляются очень легко и плаваютъ въ водяночной жидкости. *Pfannenstiel* различаетъ двѣ формы, одну, происходящую чаще изъ поверхностной папилломы, другую—по всѣмъ вѣроятіямъ изъ *Wolff*'ова тѣла. Онѣ доброкачественнаго характера, что доказывается окончательнымъ исчезаніемъ ascites и излеченіемъ послѣ экстирпаціи.

Pseudomyxoma peritonei ¹⁾.—Здѣсь же необходимо упомянуть о своеобразномъ состояніи, названномъ *Werth*'омъ псевдомиксомой брюшины. По изслѣдованіямъ *Pfannenstiel*'я оказывается, что мы имѣемъ дѣло съ имплантаціями, способными разрастаться, и что тутъ всегда развивается перитонитъ отъ инороднаго тѣла (*Werth*), который слѣдуетъ разсматривать за проявленіе стремленія удалить псевдомуцинъ всасываніемъ и который ведетъ къ тому, что псевдомуцинъ проникаетъ въ субперитонеальную ткань. Такимъ образомъ получается картина „миксоматознаго перерожденія“ субперитонеальной ткани или образованіе метастазовъ, напр. въ діафрагмѣ. Картина получается весьма сложная и соотвѣтственно этому сложно и клиническое теченіе. Мы въ состояніи здѣсь видѣть и прослѣдить то, что происходитъ и при всасываніи жидкаго содежимаго лопнувшихъ яичниковыхъ кистъ, но не становится видимымъ, а выражается лишь клиническими явленіями токсическаго характера (недомоганіе, тошнота и т. д.).

Предсказаніе при этой опухоли неблагопріятно. Полное удаленіе коллоидныхъ массъ невозможно. Мнѣ пришлось наблюдать рецидивы по прошествіи нѣсколькихъ лѣтъ.

Kystadenoma serosum.—Вторую форму сосочковыхъ опухолей представляетъ собою *тщательноэпителиальная опухоль*, названная *Pfannenstiel*'омъ *Kystadenoma serosum*, такъ какъ эти кисты никогда не содержатъ коллоида, а волянистую жидкость. Эпителий однослойный и предста-

¹⁾ *Eberth*, A. t. G. XLIV, 100.—*Mennig*, Diss. Kiel. 1880.—*Baumgarten*, Virch. Arch., XCI, 1.—*Olshausen*, Z. f. G. IX.—*Runge*, C. t. G. 1887, 15.

вляють характеръ эпителия трубъ и матки, снабженъ обыкновенно рѣсничками. *Olshausen* былъ первымъ, отдѣлившимъ клинически и гистологически эти опухоли отъ сосочковыхъ опухолей. Онѣ растутъ внутрисвязочно, доходя до самой матки.

По гистологическому характеру необходимо эти кисты причислять къ доброкачественнымъ, такъ какъ эпителиальные клѣтки не вростають разрушающимъ образомъ въ строму и не представляются многослойными и атипичными. Тѣмъ не менѣе эти кисты даютъ вевполнѣ благоприятное предсказаніе, такъ какъ появляются иногда на обѣихъ сторонахъ, обростають матку субперитонеально и удаляются цѣликомъ лишь съ громаднымъ трудомъ; весьма легко остаются частички, которыя, медленно разростааясь, образуютъ новыя опухоли часто лишь по прошествіи многихъ лѣтъ.

Послѣднія находятся еще болѣе глубоко и еще менѣе доступны для экстирпаціи. Мнѣ приходилось при вторичныхъ операціяхъ неоднократно удалять матку и даже часть пузыря. Если опухоль удастся удалить радикально, т. е. вмѣстѣ съ маткой, то предсказаніе благоприятно.

Весьма часто оказывается, что зародышевый эпителий другого, на видъ здороваго яичника, отчасти превращенъ уже въ рѣсничный цилиндрической эпителий. Если другой яичникъ не удаляется одновременно, то вполсѣдствіи въ немъ развивается аденома.

При поверхностныхъ папилломахъ происходитъ диссеминація и образование метастазовъ. Черезъ 3 мѣсяца послѣ пункціи я нашелъ всю полость брюшины, даже верхнюю поверхность печени покрытой сталактитообразными метастазами.

Папилломы могутъ превращаться въ раковыя опухоли. Эпителий становится атипичнымъ, многослойнымъ и вростаетъ въ глубину, разрушая строму.

Ракъ яичника.

Къ происходящимъ изъ эпителиальныхъ образованій яичника, изъ зародышеваго эпителия и изъ эпителия фолликуловъ, опухолямъ относятся также и *раковыя опухоли*. Это аденокарциномы; онѣ встрѣчаются часто на обѣихъ сторонахъ и имѣютъ особую наклонность къ образованию иногда весьма большихъ кистъ: *Cystadenoma carcinomatosum* или *Cystadenocarcinoma* (рис. 222). Сосочковыя карциномы безусловно исходятъ изъ зародышеваго эпителия. Но доказано также и происхождение раковъ изъ эпителия фолликуловъ: *Carcinoma folliculare*. Находятъ какъ сосочковые, такъ и твердые скirrosные и медуллярные мягкіе раки.

Раки растутъ быстро, разрушающимъ образомъ, даютъ метастазы по лимфатическимъ и кровеноснымъ путямъ въ ретроперитонеальныя лимфатическія железы и вдоль аорты до самой діафрагмы. Такимъ образомъ развиваются поверхностныя метастазы на маткѣ и другихъ брюшныхъ органахъ. Я находилъ метастазы въ области желудка, одинъ разъ въ паховой железнѣ, въ трубѣ, маткѣ, печени и ребрахъ. Если при операціи не уда-

ляется матка и другой яичник, то ракъ всегда рецидивируетъ. Рецидивы растутъ крайне быстро, обхватываютъ матку въ видѣ эксудата и выполняютъ весь тазъ.

Эпителій (рис. 224) на ворсинкахъ кистъ или въ железистыхъ трубкахъ многослойный, вначалѣ обыкновенно цилиндрическій, впоследствии становится атипичнымъ и образуетъ въ глубинѣ альвеолы.

Зерна (псаммомы), считавшіяся въ прежнее время характерными [для рака, наблюдаются и въ доброкачественныхъ рѣснично-эпителіальныхъ кистахъ, въ *Kystoma serosum*. Эти зерна (рис. 223 а) лежатъ обыкновенно въ стромѣ тонкихъ сосочковъ и окружены въ подобныхъ случаяхъ



Рис. 222. *Cystadenocarcinoma papillare*.
Рис. 222, 223, 227—229 я обязанъ любезности д-ра
Krömer'а въ Breslau.



Рис. 223. *Cystadenocarcinoma ovarii psammosum*, такъ называемая псаммома яичника.
а—зерна псаммомы, окруженные эпителиемъ; б—свободно лежація, с—находящаяся
въ соединительной ткани.

эпителиальнымъ покровомъ *a*, рѣдко находятся свободными въ просвѣтѣ кистъ *b*, иногда лежатъ въ широкой соединительной ткани *c*.

Кромѣ сосочковаго поверхностнаго рака, исходящаго изъ зародышеваго эпителия, наблюдается ракъ яичника еще въ видѣ паренхиматознаго,



Рис. 224. Карциноматозная сосочковая яичниковая кистама.

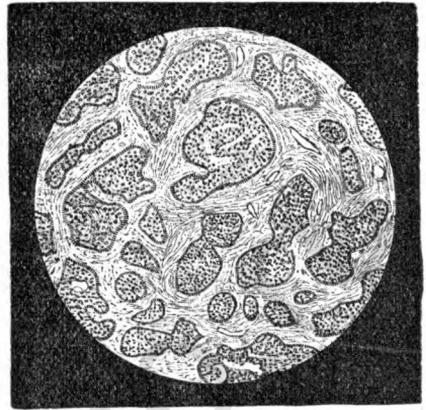


Рис. 225. Твердый ракъ яичника.

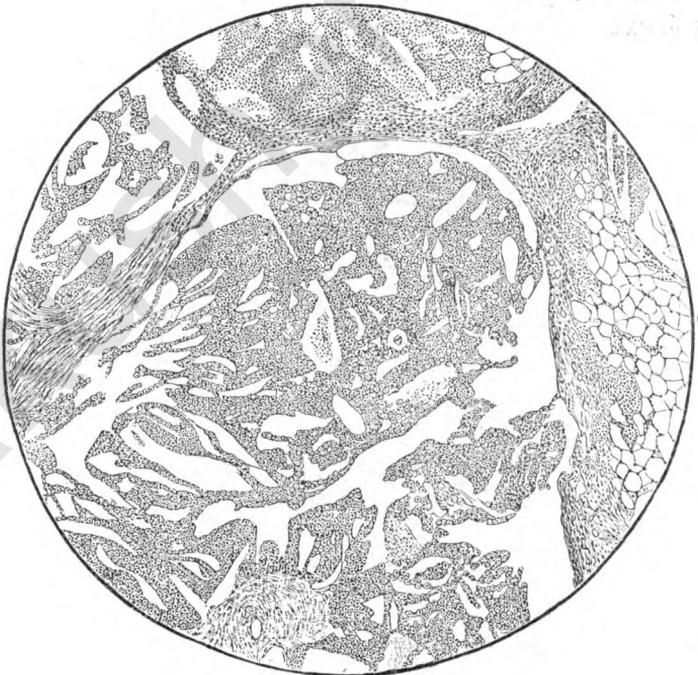


Рис. 226. Метастазъ рака яичника въ брюшинѣ.

разлитаго рака, которымъ яичникъ значительно увеличивается, но безъ измѣненія формы. Въ этихъ случаяхъ находили различные виды раковъ, мозговикъ, студенистый ракъ, или комбинацію обѣихъ формъ (рис. 225).

При дальнейшем ростѣ ракъ какъ-бы поглощаетъ яичникъ, заражаетъ брюшину *Douglas'*ова пространства и образуетъ мелкобугристую опухоль, быстро разрастающуюся въ окружающія части. При этомъ выполняется весь тазъ ракомъ какъ-бы твердымъ эксудатомъ.

Въ маткѣ, трубахъ, прямой кишкѣ и т. д. также развиваются метастатическія опухоли.

Патогномическимъ для раковъ яичника является развитіе асцита. Асцитъ развивается отчасти изъ новообразованія, отчасти является послѣдствіемъ раздраженія брюшины опухолевымъ образованіемъ, одинаково какъ и при поверхностныхъ панилломахъ.

Ювулогенныя опухоли, дермоиды, тератомы ¹⁾.

Дермоиды представляютъ собою шаровидныя опухоли, обыкновенно съ гладкой поверхностью, величиною до головы взрослого, по *Küster'*у

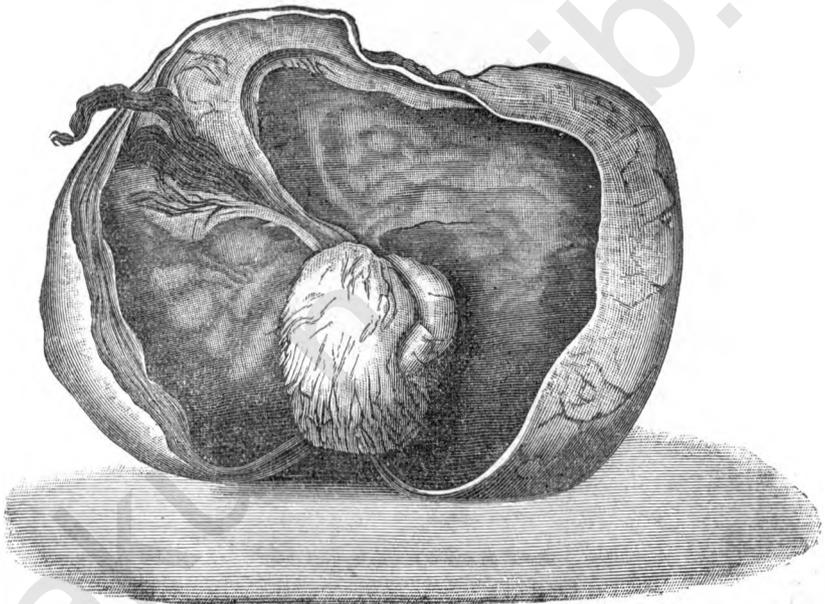


Рис. 227. Дермоидная киста яичника. Пазухи и выступы на внутренней поверхности указываютъ на происхожденіе изъ нѣсколькихъ полостей. Главный остатокъ перегородки снабженъ волосами и типичнымъ стержнемъ.

они лежатъ нерѣдко спереди матки; это и я могу подтвердить, и бываетъ это настолькоъ часто, что имѣетъ даже діагностическое значеніе. Перекручиваніе ножки наблюдается болѣе часто, чѣмъ при другихъ опухоляхъ яичника. Дермоиды комбинируются часто съ кисталеномами. Дермоидъ

¹⁾ *Heschl*, Ueber Dermoidcysten: Prager Vierteljahresschr., Bd. 68.—*Rokitansky*, Allg. Wiener med. Ztg., 1860, 2.—*Pauly*, Beitr. d. Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn. IV. 3.—*Marchand*, Ber. der. oberhess. Ges. f. Natur- u. Heilkunde, 1885, 325.—*Waldeyer*, A. f. G. I, 304.—*Kruckenbergl*, A. f. G. XXX.—*Stumpf*, Münch. med. W. 1886. 694.—*Wilms*, Deutsch. Arch. f. kl. Med. IV. 302.—*Pfannenstiel* u. *Krömer*, Veit's Handb., Bd. II.

имѣется обыкновенно лишь на одной сторонѣ, хотя у одной женщины я экстирпировалъ два дермоида, величиною болѣе головы взрослога. *Pflanzenstiel* нашелъ въ стѣнкѣ аденомы нѣсколько маленькихъ дермоидовъ. Стѣнка мѣстами бываетъ очень тонка, перепончата, мѣстами толста; въ стѣнкѣ находятъ костныя пластинки съ зубами. Наблюдалось даже выпаденіе зубовъ, находили сотни недоразвитыхъ зубовъ. Волоса отходятъ обыкновенно съ сосочкообразнаго выступа (рис. 227). Волоса мѣстами выпадаютъ, такъ что содержимое кисти состоитъ изъ массы спутанныхъ въ видѣ войлока волосъ и жидкаго или застывшаго жира.

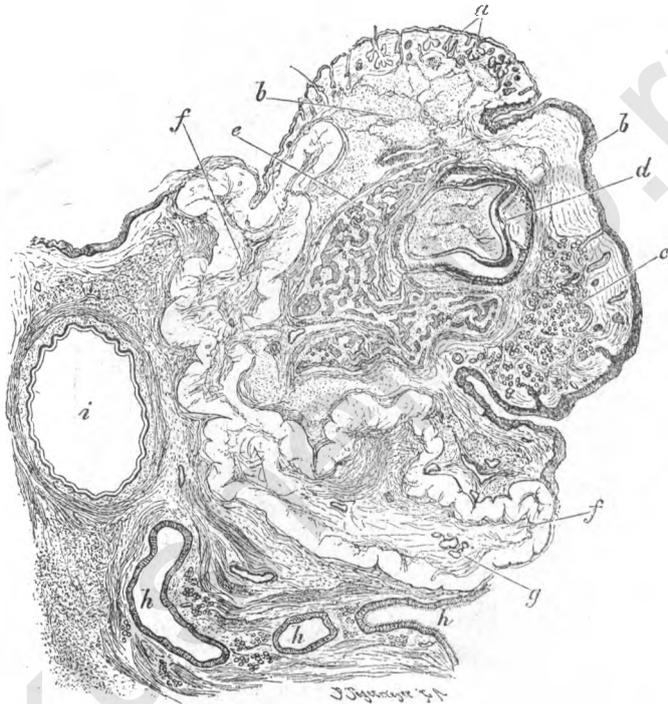


Рис. 228. Разрѣзъ черезъ дермоидный стержень съ зародышевымъ распредѣленіемъ челюсти и зубовъ; *a* волосистая кожа съ новымъ ростомъ волосъ; *b* слизистая оболочка, съ плоскимъ эпителиемъ, зубнаго валика; *c* серозныя, сложно-ацинозныя железы съ выводными протоками; *d* зубъ (*bicuspidatus*) въ зубномъ мѣшкѣ; *e* костная альвеола, покрытая подкожною жировою тканью (*s*); тотчасъ надъ переднимъ краемъ кости болѣе крупный сосудъ; *f* зачатки мозга (полушаріе), неправильно разросшіеся, прободеніе на обѣихъ сторонахъ поверхностнаго эпителиа; *g* остатокъ центрального канала; *h* труба изъ многослойнаго рѣсничнаго эпителиа, окруженная железами и гладкими мышцами; *i* рудиментарная кишечная трубка съ мисова и *muscularis*.

Кости распознаются иногда совершенно ясно: такимъ образомъ находили фаланги, скалистую кость, рудиментарныя конечности съ ногтями, пальцы, части черепа, а также железы (*Thyreoidea*), мозговое вещество и нервы, спинной мозгъ, глаза, роговицу, хрусталикъ, слюнные железы, сосочки, поперечно исчерченныя мышечныя волокна, легочное вещество, трахею, кости таза и т. д. Однимъ словомъ, каждый дермоидъ со-

держитъ составныя части всѣхъ трехъ зародышевыхъ листковъ. Въ каждомъ дермоидѣ имѣется *стержень*.

Въ прежнее время дермоиды считались за продукты беременности, но когда подобный взглядъ нельзя было удержать въ виду нахождения подобныхъ кистъ у мужчинъ, дѣтей и дѣвицъ, то высказали предположеніе, что дермоиды являются продуктомъ Parthenogenesis: развилась лишь женская часть зародыша, вслѣдствіе отсутствія мужской части наступило рудиментарное развитіе. Это объясненіе тоже оказалось невѣрнымъ, и тогда стали утверждать, что дермоидныя кисты развиваются вслѣдствіе занесенія зародышевыхъ частичекъ, вслѣдствіе задержки составныхъ частей кожи въ глуболежащихъ органахъ.

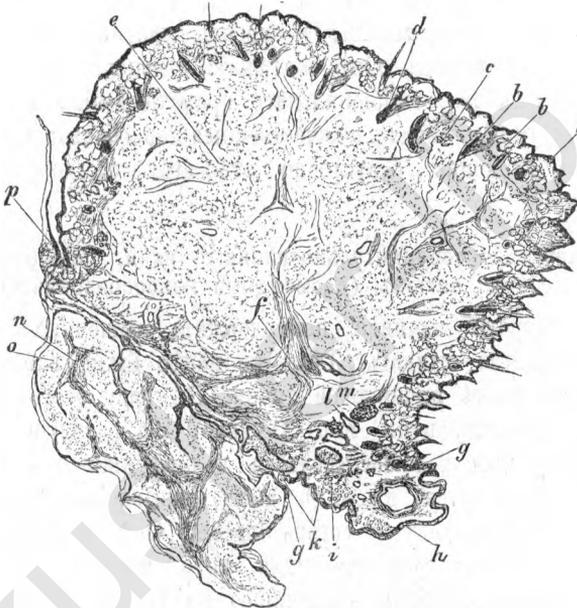


Рис. 229. Разрѣвъ стержня типичнаго яичниковаго дермоида. Большая часть поверхности покрыта кожей съ волосами; *a* epidermis; *b* сальные железы; *c* клубчатая железа; *d* волоса съ erector pili.—Подкожно—громадный слой жировой ткани (*e*) «съ содержащей сосуды и нервы строимой» (*f*).—Отъ *g* до *g* покровъ стержня образуетъ перепонка, покрытая многослойнымъ рѣсничнымъ эпителиемъ. Подъ рѣсничнымъ эпителиемъ находятся (*i*) сложныя ацинозные слизистыя железы и (*k*) кусочки хряща; еще болѣе глубоко, внутри, болѣе крупныя сосуды (*h*), рядомъ ганглій (*m*).—Основаніе стержня образуется мозговымъ зачаткомъ (полусхематически), съ намеками на извилины и дѣленіемъ на мозгъ (*n*) и кору (*o*).

Въ послѣднее время *Wilms* далъ другое объясненіе, къ которому, совершенно самостоятельно, пришелъ и *Pfannenstiel*. По *Wilms*'у, дермоиды яичника представляются „рудиментарными яичниковыми паразитами“; значить, паразитарные зародыши, развившіеся изъ яйца, изъ трехъ-листнаго зачатка, „который старается развиваться соотвѣтственно развитію человѣческаго зародыша и который даетъ всегда возможность различить расположеніе и положеніе органовъ, представляя такимъ образомъ громадное съ ними сходство“ (*Wilms*).

Дермоиды не образуютъ метастазовъ, но зато дермоидная киста можетъ лопнуть, содержимое можетъ прирости на далекомъ отъ первичной опухоли разстояніи, инкапсулироваться, образуя новый дермоидъ, который, однако, состоитъ только изъ ложныхъ связокъ, въ которыхъ заключается содержимое дермоида.

Въ стѣнкѣ кисты дермоида могутъ развиваться другія новообразованія, напр., ракъ или саркома, ретенціонныя кисты въ потовыхъ и сальныхъ железахъ. Такимъ образомъ мы находимъ опухоли, названныя именами: *adenosarcoma*, *sarcomacarcinoma*, *dermoidcarcinoma* или *dermoidepithelioma*.

Смѣшанныя формы кистаденомъ и дермоидовъ развиваются въ громадной величины опухоли. Въ одной псевдомуцинокистой я нашелъ въ стѣнкѣ 5 маленькихъ дермоидовъ.

Подъ названіемъ *тератомы* ¹⁾ описаны плотныя опухоли, достигающія значительной величины. Онѣ содержатъ «безпорядочную смѣсь составныхъ частей различнаго, эмбриональнаго происхожденія» (*Pfannenstiel*). Это быстро растущія, весьма злокачественныя новообразованія, между тѣмъ какъ типичныя дермоиды безусловно относятся къ доброкачественнымъ новообразованіямъ.

Яичниковыя опухоли соединительнотканнаго ряда, фибромы, саркомы, эндотелиомы, ангиомы (десмоидныя новообразованія) ²⁾.

Такъ какъ строма яичника не содержитъ мышечныхъ волоконъ, то развитія міомъ нельзя ожидать. Тѣмъ не менѣе были наблюдаемы міомы, занимавшія лишь часть яичниковой ткани. Въ виду этого нельзя сомнѣваться въ ихъ происхожденіи изъ яичника. Въ развитіи міомы могутъ участвовать мышечныя волокна сосудовъ и находящіяся у *hilus*.

Фибромы встрѣчаются въ видѣ такъ называемыхъ *corpora fibrosa*, развиваясь изъ фолликуловъ и *corpus luteum*. Онѣ обыкновенно маленькія, не болѣе величины грецкаго орѣха, хотя мною и другими операто-рами были удаляемы фибромы, величиною до 10 Kg. и болѣе.

Нерѣдко находятъ на здоровыхъ яичникахъ маленькія фибромы, бородавчатой или грибовидной формы, о которыхъ нельзя сказать принадлежать-ли онѣ къ начинающимся опухолямъ аденоматознаго ряда, къ фибромамъ или къ рудиментарнымъ яичникамъ безъ фолликуловъ.

При фибромахъ и саркомахъ труба не прилегаетъ обыкновенно плотно къ опухоли, напротивъ, опухоль виситъ свободно на *mesovarium*.

Саркомы ³⁾.

Саркомы яичника бываютъ кругло- и веретенообразноклѣточные и

¹⁾ *Flesch*, Verh. d. Würz. phys.—med. Ges. III.—*C. Friedländer*, Virch. Arch., Bd. 75, 367.—*Flaischlen*, Z. f. G. VI и VII.—*Keller*, Z. f. G. XVI, 170.

²⁾ Lehrbücher d. patholog. Anatomie von *Birch-Hirschfeld*, *Ziegler*, *Kaufmann*.—*Eckhardt*, Z. f. G. XVI, 344.—*Pomorski*, A. f. G. XVIII, 29.—*Marchand*, Tübil.-Schrift, 1879.—*Rosthorn*, A. f. G. XL, 328,

³⁾ *Leopold*, A. f. G. XIII.—*Lobeck*, Winkel's Ber. u. Studien. 1874.—*Rosthorn*, A. f. G. XLI. 3.—*Orthmann*, C. f. G. 1886, 786.

миксосаркомы. Чѣмъ больше растутъ эти опухоли, тѣмъ полнѣе исчезаніе *Graaf*овыхъ фолликуловъ; но послѣдніе могутъ оставаться въ первичной формѣ и превращаться въ кисты. Въ подобныхъ случаяхъ получаются кистосаркомы или аденосаркомы. Съ другой стороны, къ образованію кистъ могутъ вести и процессы размягченія и жировое перерожденіе. Если стѣнка сосуда вовлекается въ разрошеніе или въ послѣдующій процессъ распадѣнія, то сосудъ можетъ тромбозироваться или вскрыться. Кромѣ того, киста можетъ лопнуть, такъ что кровь попадаетъ въ полость брюшины.

Круглоклѣточные саркомы наблюдаются рѣже, чѣмъ веретенообразноклѣточные; но намъ извѣстны случаи какъ чистыхъ веретенообразноклѣточныхъ саркомъ, такъ и саркомъ съ меланотическими участками, которыя близко подходили къ раковымъ опухолямъ, напр., опухоль, названная *Spiegelberg*'омъ *Mucosarcoma carcinomatosum haemorrhagicum*. Большую часть этихъ смѣшанныхъ опухолей необходимо отнести къ эндотелиомамъ.

Саркомы наблюдались во всѣхъ возрастахъ; описаны даже врожденныя яичниковыя саркомы. Двухстороннія саркомы наблюдаются рѣже, чѣмъ карциномы. Величина саркомъ обыкновенно не больше головы взрослога, чаще, однако, гораздо меньше. Кистовидныя саркомы или комбинаціи съ аденоматозными формами, напротивъ, достигаютъ громадной величины вслѣдствіе крайне быстраго роста. Метастазы на брюшинѣ развиваются рѣдко, но зато весьма часто по лимфатическимъ и кровеноснымъ путямъ въ кишечникъ, плеврѣ, перикардіи, въ особенности же въ желудкѣ. Саркомы дѣйствуютъ мѣстно инфицирующимъ образомъ, такъ что, напр., кишечную стѣнку или стѣнку одного сосуда, при полномъ саркоматозномъ перерожденіи, трудно отдѣлать. Единственный въ моей практикѣ случай истеченія кровью на операционномъ столѣ былъ именно такой случай: при выниманіи опухоли была надорвана *vena iliaca complanis*. Неоднократно приходилось мнѣ резецировать и часть кишечника или верхушку мочевого пузыря, такъ какъ эти органы были совершенно заняты саркомой.

Рис. 230. Sarcoma ovarii.

Основнымъ веществомъ *перителіомъ*¹⁾ является *adventitia* кровеносныхъ сосудовъ, при *эндотелиомахъ* — эндотелии кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ яичника.

Своеобразную форму подобныхъ опухолей представляетъ собою *эндотелиальный ракъ*. При послѣднемъ наступило ясное образованіе альвеолъ,

¹⁾ *Amann*, A. f. G. XLVI, 484.

наполненных эндотелиальными клетками скорѣ эпителиальнаго характера. Было даже наблюдаемо общее эндотелиальное поражение брюшины и перитонеальных лимфатических путей. Были наблюдаемы и чистыя ангиомы (*Orth*).

Исходящія изъ остатковъ *Wolff*овыхъ тѣлъ опухоли наблюдаютъ иногда на брюшинѣ таза при совершенно нормальныхъ половыхъ органахъ, причемъ эти опухоли представляютъ саркоматозное строеніе.

Въ заключеніе я упомяну еще, что въ учебникѣ, предназначаеомъ для практическихъ цѣлей, безусловно немислимо привести всю литературу объ опухоляхъ яичниковъ.



Рис. 231. Пароваріальная киста; на ней находится яичникъ съ многочисленными фолликулярными кистами. Разрѣзаны *ligamentum ovarii* и труба. Последняя идетъ по всей опухоли и выходитъ на другой сторонѣ своими растянутыми фимбриями. На кистѣ видны неоднократно перекрещивающіеся сосуды брюшины и кисты.

Пароваріальныя опухоли ¹⁾.

Между пластинками *alae vesperilionis* или *mesosalpinx* находится *ragovarium* (см. рис. 212), остатокъ *Wolff*ова тѣла. Здѣсь находятъ нерѣдко маленькія кистовидныя образованія. Они находятся хотя на ножкахъ, но зачастую могутъ быть вылучены на-подобіе ягодъ. Иногда они достигаютъ значительной величины. Они развиваются на *ragovarium* или *epoorrhon* половой части *Wolff*ова тѣла.

Типичная пароваріальная киста снабжена весьма тонкой стѣнкой. Она

¹⁾ Spiegelberg, A. f. G. I, 482.—Waldeyer, ibid. 263.—Westphalen, ibid. XIII, 89.—Schatz, ibid. IX, 115.—Gusserow, ibid. XI, 478.—Kossmann, C. f. G. 1894, 809, 1036, 1249.—Gebhard, ibid. 909.

всегда покрыта брюшиной, содержимое ее водянистое и часто вовсе не содержит бѣлка. Въ рѣдкихъ случаяхъ киста содержитъ сосочки съ однослойнымъ эпителиемъ. Пароваріальная киста представляетъ собою доброкачественную, не рецидивирующую опухоль. При вскрытіи живота пароваріальная киста распознается немедленно потому, что видны двѣ сосудистыя системы, отдѣльные сосуды которыхъ перекрещиваются, сосуды брюшины и самой кисты (рис. 231). Болѣе крупныя сосуды не проникаютъ въ кисту, такъ что сосуды удается обыкновенно удалить какъ бы изъ дряблага мѣшка, безъ особаго кровоточенія. Въ другихъ случаяхъ брюшина болѣе плотная, при попыткахъ энуклеаціи получаютъ разрывы.

Если опухоль большая съ дряблыми стѣнками, то она такъ хорошо приражается къ окружающимъ частямъ, что матка, невзирая на вну-



Рис. 232. Коллоидная опухоль яичника. Просвѣчиваютъ многочисленныя вторичныя кисты, на разрывѣ ножки видны перерѣзанныя труба и ligam. ovarii.

трисвязочное нахождение опухоли, сохраняетъ свое положеніе и мѣсто. Часто, однако, киста проникаетъ въ parametrium глубоко книзу и смѣщаетъ матку слегка въ сторону. Пароваріальныя кисты могутъ сидѣть на ножкахъ, причемъ ножка можетъ перекручиваться и дать характерныя симптомы; киста при этомъ омертвѣваетъ. Въ послѣднемъ случаѣ содержимое становится кровянистымъ, стѣнка темной, почти черной.

Кромѣ подобныхъ кистъ съ гладкими, тонкими стѣнками, мнѣ приходилось неоднократно оперировать и весьма толстостѣнныя кисты. Въ одномъ случаѣ оказалась толстостѣнная пароваріальная киста въ видѣ *Naematometra lateralis* въ весьма сильно растянутомъ рудиментарномъ

боковымъ рогъ матки. Легко можетъ быть, что толстостѣнные или снабженныя лишь нѣсколькими сосочками пароваріальныя кисты происходить изъ рудиментарныхъ двойныхъ частей матки.

Отношеніе опухолей яичника къ сосѣднимъ частямъ, ножка, ростъ, спайки, метаморфозы въ опухоли, разрывъ кисты ¹⁾).

Такъ какъ яичникъ совершенно подвиженъ въ брюшной полости, то и развившаяся въ яичникѣ опухоль должна свободно вдаваться въ брюшную полость. Яичникъ прикрѣпленъ къ широкой связкѣ и къ маткѣ, растетъ кверху и книзу между пластинками mesovarii. Fimbria ovarica tubae натягивается на опухоль, ала vesperilionis расходятся. Труба значительно удлинена, растянута надъ опухолью. При перекручиваніи ножки труба часто утолщена, отечна, богата кровью, fimbriae ярко-краснаго цвѣта. Lig. ovarii prorgium удлинено при большихъ опухоляхъ. Съ другой стороны, внутрисвязочно растущая опухоль можетъ тѣсно прилегать къ маткѣ. На опухоль можетъ надвигаться и круглая связка.

При выниманіи опухоли получается вслѣдствіе растяженія „ножка“, въ которой видно два толстыхъ пучка: труба и lig. ovarii; между ними широкая связка до того тонка, что лигатурную нитку можно владить при помощи тупого инструмента. Ножка длиною иногда до 5—10 см. и до того тонка, что легко перетягивается одной ниткой.

Если опухоль доросла между пластинками широкой связки до самага края матки, то «ножка» является концомъ кисты. Въ этихъ случаяхъ матка смѣщается въ сторону и подымается кверху, причемъ, какъ и труба, можетъ быть притянута къ опухоли и оказаться вытянутой, т. е. удлиненой. Лигатура, наложенная вблизи матки, захватываетъ одновременно и кисту. Опухоль прободаетъ иногда широкую связку и торчитъ отчасти свободно въ полость живота.

Въ ножкѣ проходятъ питающіе сосуды, широкіе просвѣты которыхъ бывають ясно видны на поверхности разрѣза послѣ удаленія опухоли.

Многополостныя рѣсничноэпителиальныя кисты и злокачественныя опухоли врастають глубоко въ subperitoneum. Онѣ смѣщаютъ матку, приподнимають, увеличивають и удлиняютъ ее, прижимають ее спереди или сзади къ стѣнкѣ таза; вмѣстѣ съ тѣмъ смѣщаются и прямая кишка, и мочеточники. Они часто прилегають непосредственно къ опухоли и приподымаются операторомъ вмѣстѣ съ опухолью.

Flexura sigmoidea или Coecum вмѣстѣ съ прос. vermiformis оттѣсняются кверху. Опухоль можетъ раздвигать даже брыжейку, такъ что петли тонкой кишки лежатъ надъ опухолью, т. е. что раздвинутая брыжейка окружаетъ внѣбрюшинную опухоль. При энуклеаціи опухоли оказываются свободно лежащими m. psoas и мочеточникъ.

¹⁾ Werth, A. f. G. XV, 412.—Freund, Berl. kl. W. 1878, 28.—Baumgarten, Virch. Arch. Bd. 97, стр. 18.—E. Fränkel, Virch. Arch. Bd. 91, стр. 499.—Veit, A. f. G. XV, 163.—Freund, C. f. G. 1889, 745; Samml. kl. Vortr. 361.—Küstner, C. f. G. 1891, 209.

Въ рѣдкихъ случаяхъ лежащая позади широкой связки опухоль такъ тѣсно склеивается съ задней пластинкой связки, что получается впечатлѣніе, будто опухоль находится отчасти внутри связки.

Если желаютъ себѣ составить понятіе о «ножкѣ», то необходимо разсмотрѣть поверхность разрѣза удаленной опухоли; она можетъ быть шириною въ 3 см. и длиною въ 10—15 см., хотя „ножку“ удавалось стянуть до $\frac{1}{2}$ см. въ діаметръ (рис. 232).

Растущія свободно въ полость брюшины опухоли яичника занимаютъ различныя положенія. Маленькая опухоль яичника лежитъ тамъ, гдѣ и яичникъ. Если опухоль растетъ, то она смѣщаетъ дно матки слегка въ сторону и кпереди. Въ подобныхъ случаяхъ—но не всегда, въ особенности при периоофоритическихъ спайкахъ—опухоль опускается книзу. Это смѣщеніе является послѣдствіемъ внутрибрюшного центробѣжнаго

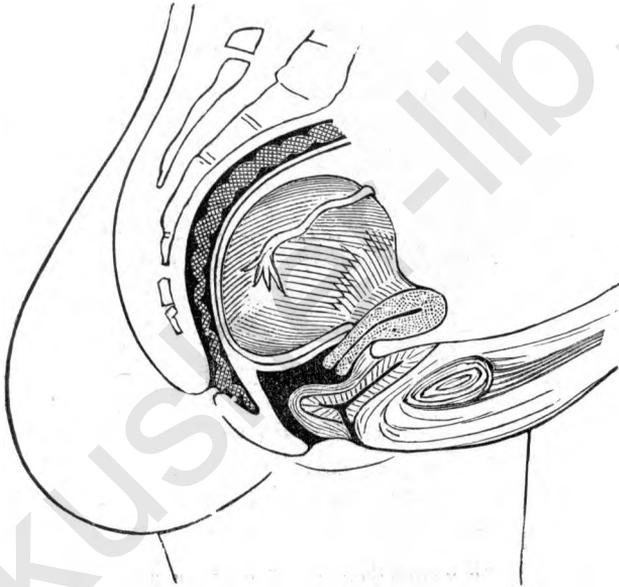


Рис. 233. Положеніе маленькой яичниковой опухоли въ тазу, позади матки.

давленія, собственной тяжести опухоли, тяжести flexurae sigmoideae и натуживанія во время дефекаціи. При глубокой Douglas'овой складкѣ опухоль можетъ ущемиться въ тазовой полости ниже promontorium. Измѣненія положенія растущей опухоли яичника напоминаютъ измѣненія положенія ретрофлексированной, растущей матки (рис. 233). При болѣе сильномъ ростѣ опухоль не находитъ мѣста въ тазовой полости, она наклоняется кпереди внезапно или постепенно, совершенно безъ симптомовъ; исключеніе составляютъ вышеупомянутые случаи ущемленія. Подобнаго нормальнаго перемѣщенія опухоли яичника, описаннаго впервые Freud'омъ, иногда не наблюдается. По моимъ наблюденіямъ, препятствіемъ служатъ не столько приращенія, какъ сильная упругость брюшныхъ стѣнокъ. У веро-

жавшихъ такъ мало мѣста въ брюшной полости, что вынимаемая книзу опухоль остается въ *Douglas*'овомъ пространствѣ. Опухоли, которыя даже подъ наркозомъ не удается оттиснуть кверху со стороны влагалища, часто легко вынимаются изъ тазовой полости при операціи.

Опухоли яичника прижимаются часто до того сильно къ маткѣ, что въ первый моментъ кажется, будто имѣешь дѣло съ міомой матки. Ошибка выясняется лишь изслѣдованіемъ подъ наркозомъ.

Въ большинствѣ, однако, случаевъ, въ особенности у многорожавшихъ, смѣщенію опухоли не представляется никакихъ препятствій.

Двѣ опухоли яичника препятствуютъ другъ другу въ своихъ движеніяхъ. Меньшихъ размѣровъ опухоль смѣщается обыкновенно книзу,

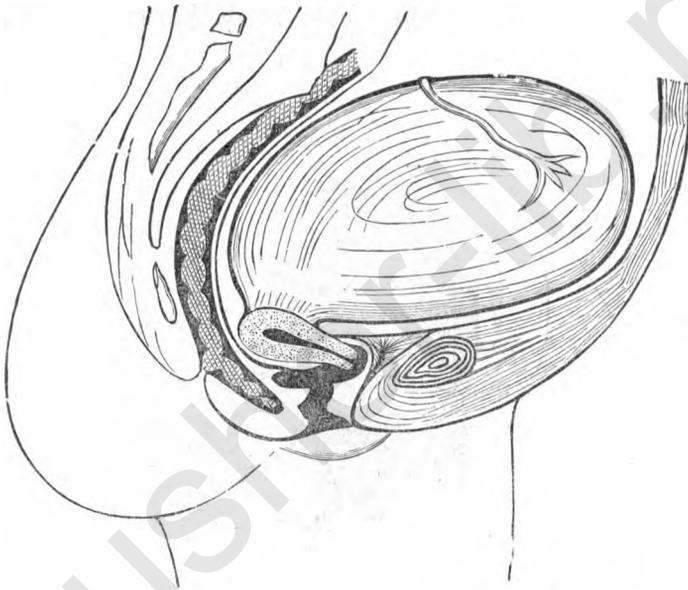


Рис. 234. Положеніе болѣе крупной яичниковой опухоли въ полости живота, спереди матки.

значить, лежить болѣе глубоко, чѣмъ большая опухоль. При этомъ происходятъ перекручиванія матки, такъ что послѣдняя можетъ представлять полный поворотъ вокругъ продольной своей оси и лежать, наклоненная въ сторону, между двумя опухолями, причемъ правая опухоль лежитъ слѣва, лѣвая опухоль—справа.

При стояніи опухоль упирается въ переднюю брюшную стѣнку (рис. 234). Верхняя поверхность опухоли смотритъ впередъ. Опухоль поворачивается вокругъ оси на 90° ; матка, лежавшая прежде спереди опухоли, смѣщается теперь кзади и книзу. Значить, соединеніе матки и опухоли должно поворачиваться кзади—получается спираль. Если опухоль имѣетъ неправильный ростъ, напр. если задній верхній квадрантъ рстетъ

особенно сильно, то передняя поверхность опухоли наклоняется при поворачивании еще болѣе кпереди. Если большая ложится на спину, то опухоль должна ретровертироваться. Если-же ножка длинная и сильно растянута и опухоль сильно наклонилась кпереди, если лежащая на опухоли кишки и внутрибрюшное давленіе препятствуютъ обратному повороту, значитъ, если вверху опухоль не находитъ мѣста для подобнаго поворота, то она смѣщается въ сторону и кзади подъ ножкой: ножка перекручивается. Если больная снова встаетъ, то опухоль, какъ и было прежде, снова наклоняется кпереди, и поворачивается въ послѣдствіи снова подъ ножкой кзади. Такимъ образомъ ножка можетъ перекручиваться нѣсколько разъ, такъ что происходитъ полное закручиваніе. Перекручиваніе ножки наступаетъ и послѣ весьма энергичнаго изслѣдованія маленькихъ твердыхъ опухолей, при родахъ и измѣненіи положенія опоражнивающейся матки и при случайныхъ тѣлесныхъ напряженияхъ.

Küstner нашелъ, что перекручиваніе ножки происходитъ по извѣстному закону, именно такимъ образомъ, что ножка лѣвой опухоли превращается въ завитую вправо, ножка правой опухоли въ завитую влѣво спираль.

Но не всѣ перекручиванія удаются выяснитъ въ послѣдствіи. Я наблюдалъ, напр., при большой міомѣ матки перекручиваніе ножки. Причиной являются, можетъ быть, случайное сильное накопленіе газовъ въ colon ascendens и descendens, или травма, или внезапное измѣненіе положенія больной, напр., изъ сидячаго въ стоячее.

Перекручиваніе ножки сопровождается различными послѣдствіями: въ первыхъ, прекращается доступъ питательнаго матеріала, киста запусѣваетъ. Я встрѣтилъ подобную кисту, съ тонкой ножкой, длиною въ 20 см., прикрѣпленной къ нижней поверхности печени. Въ другихъ случаяхъ внезапное перекручиваніе можетъ вести къ внезапному омертвѣнію опухолевой массы, что въ свою очередь ведетъ къ размягченію стѣнки и къ разрыву. Если перекручиваніе болѣе медленное, то сдавливаются тонкостѣнныя вены, но отнюдь не артеріи. Въ опухоли развиваются явленія застоя, опухоль становится отечной, или происходитъ кровотеченіе въ кисту; она растетъ весьма быстро. Важно то, что вслѣдствіе некробіотическихъ процессовъ при перекручиваніи исчезаетъ находящійся на опухоли эпителий, вслѣдствіе чего опухоль легко срастается съ окружающими частями. Если діагнозъ перекручиванія несомнѣненъ, то всегда необходимо ожидать сроченій. Они рыхлыя, разлитыя при свѣжихъ перекручиваніяхъ, и плотныя при продолжительномъ существованіи. Вслѣдствіе сроченій съ кишечникомъ происходятъ не макроскопическія, а микроскопическія сообщенія съ кишечникомъ, послѣдствіемъ является нагноеніе опухоли. Что кишечныя бактеріи могутъ проникать и безъ прямого сообщенія, доказываютъ, напр., случаи, въ которыхъ въ опухоляхъ находили тифозныя бактеріи.

Если опухоль растетъ дальше безъ перекручиванія ножки, то она прилегаеть, какъ и беременная матка, къ срединѣ передней брюшной

стѣнки: Однополостныя, весьма дряблыя кисты лежатъ въ брюшной полости на-подобіе Ascites. Многополостныя кисты придаютъ животу весьма неправильную форму. При весьма большихъ кистахъ выворачиваются наружу ребра и мечевидный отростокъ, куполь діафрагмы подымается вверхъ. Въ кожѣ живота происходитъ застой, отекъ, эдефантіатическая гипертрофія, расширеніе, а также тромбозъ венъ и образованіе флебитовъ.

Такъ какъ къ функціямъ нормальнаго эпителія принадлежитъ и доставленіе органамъ возможности скользить въ брюшной полости, то и всѣ причины, ведущія къ разстройству нормальныхъ функцій, служатъ этиологическими причинами для развитія сращеній. Можно считать закономъ: если изъ двухъ противолежащихъ поверхностей брюшины хотя бы одна представляется патологической, то не безусловно неизбѣжно развитіе сращенія. Послѣ резекцій сальника, протекающихъ асептически, послѣ удаленія яичника *Raquetin'*омъ, возстановляется нормальное скольженіе органовъ. Если же двѣ поверхности, лишеныя эндотелія, прилегаютъ другъ къ другу въ теченіе продолжительнаго времени, то онѣ въ концѣ концовъ срастаются.

Значитъ, существуютъ и асептическія сращенія. Листки брюшины, приложенные другъ на друга лишь на время, срастаются немедленно. Этотъ фактъ и былъ примѣненъ къ операціи эхинококка въ два приѣма, при которой достигали искусственно асептическихъ сращеній. Съ другой стороны, инфекціонное воспаленіе нарушаетъ функцію эндотелія еще больше, чѣмъ асептическая травма, такъ что въ дѣйствительности оказывается, что большая часть сращеній является послѣдствіемъ воспаленій.

Опухоль можетъ срастаться на большомъ протяженіи спереди съ *peritoneum parietale*. Давленіе туго завязанныхъ юбокъ, ушибы сильно выдающагося живота могутъ служить тому причиной, такъ что весьма большія, долго существующія опухоли представляютъ обыкновенно спереди разлитыя сращенія. Были неоднократно наблюдаемы сращенія съ селезенкой, печенью, кишками, желчнымъ пузыремъ, съ червеобразнымъ отросткомъ, маткой, пузыремъ. Если растутъ двѣ кисты, въ каждомъ яичникѣ по одной или обѣ изъ одного яичника, то между ними можетъ ущемляться сальникъ или кишечная петля и произойти плотное сращеніе. При лопаніи опухоли развиваются на мѣстѣ разрыва сращенія съ сосѣдними органами.

Между тѣмъ какъ *Schröder* утверждалъ, что проходящія въ сращеніяхъ сальника сосуды могутъ питать опухоль, *Freund* вовсе не находилъ артерій въ сращеніяхъ, въ виду чего отвергалъ подобную возможность. Насколько можно судить клинически, случайная травма при сращеніяхъ сальника и другяыхъ сращеніяхъ играетъ большую роль, чѣмъ это обыкновенно предполагаютъ.

Молодые разлитыя сращенія до того рыхлы, что могутъ быть отдѣлены такъ же легко, какъ и плацента изъ матки; но встрѣчаются и трудноотдѣлимые, старыя, разлитыя сращенія и еще болѣе плотныя сращенія въ видѣ тяжей, отдѣлимые лишь ножницами. Необходимо отличать

временныя спайки отъ окончательныхъ сращеній. Брюшина, напр., послѣ раненія или послѣ плотнаго шиванія, можетъ склеиться немедленно. Но это не окончательное сращеніе, такъ какъ первичное склеиваніе можетъ снова разойтись, эндотелій снова возродиться. Скольженіе органовъ восстанавливается. Въ другихъ случаяхъ происходятъ плотныя, бѣловатыя сращения, которыя уже болѣе не исчезаютъ.

Изъ числа патологическихъ измѣненій въ опухоли нами было уже упомянуто о застоѣ крови и кровотеченіяхъ. Но и другія причины ведутъ къ кровотеченіямъ въ опухоль, какъ, напр., разрушеніе перегородокъ, причѣмъ можетъ разорваться проходящій въ стѣнкѣ сосудъ. Или если сосудъ и остается сначала нетронутымъ, то при дальнѣйшемъ растяженіи кисты, вслѣдствіе увеличенія разстоянія между начальной и конечной точками, онъ разрывается въ концѣ концовъ вслѣдствіе случайной травмы. Анатомическія доказательства подобныхъ остатковъ сосудовъ были неоднократно наблюдаемы при кровянистомъ содержимомъ кисты. Наконецъ, кровотеченія наступаютъ и при пункціи кистъ. Кровотеченіе можетъ происходить изъ раненаго сосуда или, вслѣдствіе *hoggor vasci* послѣ удаленія содержимаго кисты, при новомъ расширеніи кисты вслѣдствіе эластичности стѣнки.

Далѣе, кисты могутъ подвергаться нагноенію и ихорозному распаденію. Загрязненный шприцъ *Праваси* вноситъ въ опухоль достаточное количество бактерій для вызова въ содержимомъ кисты нагноительныхъ процессовъ. Ихорозное распаденіе происходитъ и при сращеніяхъ съ кишками, при воспаленіяхъ, перфораціяхъ и поступленіи кишечнаго содержимаго въ кисту, но оно развивается и самопроизвольно. Нагноеніе ограничивается иногда одной кистой, такъ какъ гнойныя хлопья находятъ въ одной кистѣ, между тѣмъ какъ въ прилегающихъ кистахъ содержимое не измѣнено. Въ другихъ случаяхъ вся опухоль размягчается, становится дряблою, распадается или легко раздавливается при захватываніи. Если опухоль при этомъ сращена всюду съ окружающими частями, то во время операціи наступаютъ значительныя техническія затрудненія.

Изъ числа регрессивныхъ процессовъ наблюдаются известковые конкременты какъ въ стѣнкѣ кисты, такъ и на внутренней ея поверхности. Совершенно медленно развивающіеся некробіотическіе процессы ведутъ къ частичному омертвѣнію стѣнки кисты, которая становится при этомъ бѣдной, бѣловатой, съ глыбками извести. Наблюдается и жировое перерожденіе стѣнки кисты, которое въ свою очередь ведетъ къ размягченію и самопроизвольному прободенію или облегчаетъ травматическое прободеніе. Жировому перерожденію подвергается нерѣдко и эпителий внутренней поверхности стѣнки; въ жидкости кисты находятъ какъ отдѣльныя жирно-перерожденныя кѣтки, такъ и болѣе обширныя участки эпителия, находящіяся еще въ связи съ подлежащимъ слоемъ.

Усиливающееся внутреннее давленіе при образованіи коллоида ведетъ къ постепенному утонченію и разѣдацію стѣнки кисты. Коллоидъ выступаетъ, развиваются ложныя миксомы брюшины.

Разрывъ кисты является нерѣдко послѣдствіемъ травмы. Даже толсто-стѣнная киста разрывается, напр., при паденіи, при ударѣ въ животъ, во время родового акта или при слишкомъ энергичномъ изслѣдованіи.

Лопнувшія, спавшіяся кисты могутъ, въ некробіотическомъ состояніи, оставаться въ брюшной полости, не давая никакихъ симптомовъ. Мнѣ приходилось нѣсколько разъ экстирпировать подобныя кисты. Стѣнка ихъ была бѣлая, упругая, твердая на-подобіе кожи. Приросшіи салъникъ далъ секвестрирующіе желобы и можно было констатировать демаркаціонный процессъ.

Далѣе киста можетъ вскрыться въ прямую кишку. Это было наблюдаемо при маленькихъ приросшихъ въ *Douglas'*овомъ пространствѣ кистахъ. Прирости можетъ и тонкая кишка, въ которую и происходитъ прободеніе. Въ одномъ случаѣ даже произошло прободеніе въ желудокъ, содержимое кисты было удалено рвотой и опухоль болѣе не прорывалась. Весьма рѣдко происходитъ прободеніе опухоли въ пузырь, влагалище или черезъ наружные покровы, въ послѣднемъ случаѣ чаще всего черезъ пупочное кольцо. Если имѣется осложненіе асцитомъ, то послѣднимъ растягивается нерѣдко пупочное кольцо и выпячивается пузыреобразно кожа. Повременамъ она разрывается даже самопроизвольно, такъ что водяночная жидкость вытекаетъ кнаружи черезъ извѣстныя промежутки времени.

Симптомы и теченіе.—Маленькія, величиною до кулака, совершенно подвижныя опухоли яичника не даютъ никакихъ симптомовъ. Если опухоль растетъ, то все зависитъ отъ того, мягкая-ли это киста, съ дряблыми стѣнками, или плотная и твердая. Первые всюду хорошо прилегаютъ и могутъ достигать величины головы взрослога, вовсе не давая симптомовъ. Большая чувствуетъ себя одинаково хорошо, какъ и беременная при столь же увеличенной маткѣ, даже еще лучше, такъ какъ вполне отсутствуютъ субъективныя явленія. Если же лежащая внутри связокъ опухоль смѣщаетъ матку, то появляются боли даже при самыхъ маленькихъ опухляхъ.

Плотныя опухоли, дермоиды, саркомы, фибросаркомы раздражаютъ брюшину, хотя часто онѣ существуютъ долгое время безъ всякихъ симптомовъ, пока не наступитъ послѣ сильнаго напряженія ограниченное воспаленіе брюшины, служа внезапнымъ началомъ болѣзни. Если при этомъ происходитъ склеиваніе опухоли съ брюшиной, то это склеиваніе ведетъ къ новымъ раздраженіямъ, смѣщеніямъ или задержкамъ развитія. Если яичниковая опухоль лежитъ въ глубинѣ таза, то матка смѣщается ею въ патологическую *antepositio*. Появляется частый позывъ къ мочеиспусканію.

Опухоль оказываетъ давленіе и сзади, вызывая боль въ крестцѣ, въ тазу при затрудненной дефекаціи.

Если величина опухоли превышаетъ величину матки къ концу беременности, то наступаютъ разстройства фізіологическихъ функцій органовъ брюшной полости. Желудокъ не вмѣщаетъ большое количество пищи, пищевареніе замедлено, существуетъ запоръ вслѣдствіе механическихъ

причинъ. Эти уменьшенныя прилаживанія и ассимиляція при употребленіи громаднаго количества питательныхъ веществъ для построенія быстро растущей опухоли ведутъ къ несоотвѣтствію прихода и расхода: у больной развивается истощеніе.

Наступаютъ и разстройства дыханія. Основаніе діафрагмы становится болѣе широкимъ, куполь отгѣсняется кверху, такъ что легкія прямо сдавливаются. Вслѣдствіе этого уменьшается ихъ внутренняя поверхность, дыханіе учащается, наступаетъ одышка. Последняя сильнѣе всего при осложненіи беременностью; въ данномъ случаѣ, при сильномъ стѣсненіи дыханія и ціанозѣ, необходимо производить повторную пункцію кисты. Послѣ удаленія большой опухоли можно убѣдиться, насколько сильно отгѣснены ребра кнаружи.

У дѣтей большія опухоли живота отгибаютъ *ossa ilei* кнаружи.

Измѣненіе внутрибрюшнаго давленія ведетъ также къ симптомамъ со стороны органовъ кровообращенія. Опухоль можетъ прямо давить на *venae iliacae*, затрудняя такимъ образомъ оттокъ крови изъ одной или обѣихъ конечностей, такъ что развиваются отеки. Но и затрудненное втеканіе крови нижнихъ конечностей въ находящуюся подъ высокимъ давленіемъ полость живота, какъ и при беременности, ведетъ къ явленіямъ застоя въ нижнихъ конечностяхъ и въ нижней части живота. Во всѣхъ случаяхъ сильнаго отека нижнихъ конечностей необходимо тщательно выяснитъ дифференціальныи діагнозъ между застойнымъ отекомъ и осложненіемъ со стороны почекъ или печени.

Почти при всѣхъ большихъ опухоляхъ живота наблюдаются самопроизвольныя боли: раздраженіе брюшины. Весьма часто слышенъ или ощущивается шумъ тренія, какъ при *Pleuritis sicca*.

Что касается характерныхъ для отдѣльныхъ формъ яичниковыхъ опухолей симптомовъ, то можно сказать слѣдующее. При *водянкѣ Graaf'овыхъ фолликуловъ* симптомы отсутствуютъ часто совершенно. *Дермоидныя кисты* легко даютъ перекручиваніе ножки, нагнаиваются болѣе часто, чѣмъ другія опухоли, ведутъ къ ограниченному воспаленію брюшины, даютъ срощенія, вскрываются въ толстую кишку, въ особенности послѣ травмы во время родовъ или при лихорадочномъ *puerperium*. При твердыхъ опухоляхъ, напр., при *саркомахъ* и *ракахъ*, а также при *поверхностной папилломѣ*, выступаетъ на первый планъ брюшная водянка. При врастающихъ въ тазовую клѣтчатку яичниковыхъ опухоляхъ появляются боли въ ногахъ и боли въ почкахъ при сдавливаніи мочеточниковъ. При всѣхъ злокачественныхъ и быстро растущихъ опухоляхъ сильно разстраивается общее состояніе. Угнетенное состояніе духа придаетъ ослабленнымъ больнымъ особое печальное выраженіе лица, которое было описано какъ *facies ovarica*.

Пароваріальныя кисты вызываютъ довольно часто боли, въ особенности когда онѣ находятся еще глубоко и смѣщаютъ матку. Если кисты успѣли

подняться въ полость живота, то симптомы могутъ отсутствовать совершенно.

Во время теченія яичниковыхъ опухолей наступаютъ извѣстные расстройства, дающія совершенно опредѣленные симптомы. Выше нами было уже упомянуто о перекручиваніи ножки. Въ благопріятныхъ случаяхъ перекручиваніе развивается настолько постепенно, что опухоль, хотя и не можетъ болѣе расти, питается еще въ достаточной степени, такъ что не наступаетъ омертвѣнія. Но и въ этихъ случаяхъ наступали почти всегда боли, хотя не было воспаления брюшины. Но, съ другой стороны, опухоль можетъ расти дальше при питаніи черезъ сращенія или при диффузій перитонеальной сыворотки, хотя постепенно и отдѣляется отъ стараго источника питанія. Подобныя яичниковыя опухоли «безъ ножки» были наблюдаемы неоднократно.

При внезапномъ перекручиваніи ножки наступаютъ сильныя перитоническія боли, коллапсъ, симптомы ущемленія, явленія непроходимости кишокъ. Если кровь излилась въ кисту, то, кромѣ того, наступаютъ еще явленія малокровія. Если до этого киста не давала никакихъ симптомовъ, то больная, и даже врачъ, полагаетъ, что киста развилась внезапно или — что часто совершенно вѣрно — увеличилась совершенно внезапно.

Но и нормальное перемѣщеніе яичниковой опухоли даетъ иногда симптомы. Такимъ образомъ мы находимъ, напр., при упругихъ брюшныхъ покровахъ лишь въ *Douglas'*овомъ пространствѣ сегментъ опухоли, которую сразу нельзя признать за опухоль яичника. Въ виду напряженія брюшныхъ покрововъ и мягкости кисты лишь мало удается прощупать при комбинированномъ изслѣдованіи. Но опухоль проникаетъ въ концѣ концовъ въ брюшную полость, появляются весьма сильныя боли, *Douglas'*ово пространство становится свободнымъ и теперь удается діагностицировать совершенно ясно опухоль въ голову взрослого. Больная полагаетъ, что опухоль развилась за это время совершенно внезапно.

При нагноеніи и ихорозномъ распадѣнн наступаютъ лихорадка; если она и прекратилась, то стойкое учащеніе пульса указываетъ на гнойный характеръ содержимаго кисты.

Если асептичная опухоль разрывается, то въ благопріятномъ случаѣ могутъ отсутствовать всякіе симптомы и лишь увеличеніе количества мочи указываетъ на то, что содержимое всосалось брюшиной и удаляется при помощи органовъ кровообращенія. Если же разрывается нагноившаяся опухоль, то наступаетъ внезапно общій перитонитъ, который, однако, не оканчивается смертельно. Въ одномъ случаѣ разрыва желчнаго пузыря, что доказывалось содержаніемъ желчи въ водяночной жидкости, полученной пункцией, наступилъ благопріятный исходъ даже безъ операціи.

Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ поражается только одинъ яичникъ, то типичныя аномаліи менструаціи отсутствуютъ. По этой же причинѣ возможно и наступленіе беременности. Съ другой стороны, при злокачественныхъ опухоляхъ, вслѣдствіе разрушенія паренхимы яичниковъ, и при очень

больших доброкачественных опухолей вследствие кахексии развивается аменорея.

Течение весьма медленное. Опухоль яичника растет обыкновенно не столь быстро, как беременная матка, конечно, если не произошло внутреннего кровотечения или перекручивания ножки. Для достижения величины матки к концу беременности, опухоль требует обыкновенно $1\frac{1}{2}$ —2 года. Тератомы, напротив, в особенности при присоединении беременности, растут часто весьма быстро, во всяком случае быстрее беременной матки.

Если больная заявляет, что у нее опухоль имется прибл. $\frac{1}{2}$ года, то необходимо всегда прибавить столько же или еще больше, так как опухоль, будучи маленькой, не давала никаких симптомов. Больная же считает развитие опухоли лишь с момента наступления субъективных явлений.

Водянка *Graaf*'ова фолликула не достигает значительной величины. Уже кисты в 3—4 см. в диаметре прекращают дальше расти или разрываются и исчезают.

Поверхностная папиллома ведет к смерти вследствие брюшной водянки и разлитых прививных метастазов на брюшине.

При неоперированных пролиферирующих опухолях смерть наступает по прошествии 3—5 лет при явлениях вышеописанного маразма. Перекручивание, разрыв, кровотечение и ихорозное разложение могут вести к смерти и раньше.

Самозлечение возможно при доброкачественных опухолях. *Virchow* и *Rokitansky* находили остатки опухолей в форме конгломератов кист с коллоидным содержимым, окруженные ложными перепонками, далеко от матки на *peritoneum parietale*. Наблюдается и запустевание вследствие отложения извести.

При раке яичника, до наступления аменоррей, я наблюдал продолжительную метроррагию. Впоследствии является быстрый, часто неправильный рост бугристой опухоли при одновременном упадке сил, одинаково характерном для всех раковых опухолей. Водянка брюшной полости отсутствует лишь редко. После каждой пункции живот наполняется снова весьма быстро, и смерть наступает самое позднее через два года после констатирования опухоли. Если же опухоль разрастается инфильтрирующим образом под брюшиной, то не имется и асцит: я удалял неоднократно большие, двухсторонние карциномы без всякого намека на асцит. Значит, асцит говорит в пользу рака, отсутствие асцита не безусловно против. С другой стороны, при выхождении содержимого доброкачественных кист, находят часто значительные количества серозногнойной жидкости в полости брюшины. Если это выхождение произошло уже давно, то в момент исследования отсутствует лихорадка, а равно и симптомы, за исключением тех, которые объясняются

чрезмѣрнымъ растяженіемъ живота. Въ подобныхъ случаяхъ неизбежны діагностическія ошибки.

Если метастазы вростають въ серозу кишекъ, то наступають поносы, боли, постоянная бурная перистальтика.

О теченіи фибромъ нельзя сказать ничего положительнаго. Саркомы, при одновременномъ существованіи асцита, могутъ существовать относительно долго безъ нарушенія общаго состоянія.

О быстротѣ роста дермоидовъ намъ ничего неизвѣстно. Мнѣ пришлось наблюдать нѣсколько случаевъ, на основаніи которыхъ можно предположить, что эти опухоли растутъ довольно быстро. Я наблюдалъ, такимъ образомъ, 2 дермоида величиною въ голову взрослога, которые въ теченіе $\frac{1}{2}$ года выросли до такой величины изъ опухолей величиною въ кулакъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ опухоль разрывалась, напр. при вывобожденіи изъ *Douglas'*ова пространства, такъ что на слѣдующій день я не находилъ болѣе опухоли, но уже по прошествіи трехъ мѣсяцевъ опухоль снова достигала величины кулака. Съ другой стороны, имѣются несомнѣнныя наблюденія, что дермоиды останавливаются въ своемъ ростѣ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ. Это находится, по всѣмъ вѣроятіямъ, въ зависимости отъ внутренняго давленія, которое препятствуетъ росту ретенціонной опухоли.

Раковое перерожденіе дермоидовъ въ общемъ довольно частое явленіе. Въ нѣсколькихъ случаяхъ, въ которыхъ содержимое дермоидовъ выходило черезъ прямую кишку, я отложилъ, къ сожалѣнію, вылушеніе, въ надеждѣ на самоизлеченіе. Больныя погибли отъ рака, который изъ дермоида далъ метастазы въ желудкѣ, кишкахъ и брюшинѣ. Въ виду этого я не признаю „клинически“ доброкачественнаго характера этихъ опухолей.

При беременноти ¹⁾ взаимное вліяніе между нею и опухолью крайне различно. Опухоль быстро растетъ подѣ вліяніемъ гипереміи вслѣдствіе беременноти, но можетъ оставаться и безъ измѣненій; можетъ наступить даже омертвѣніе безъ или съ перекручиваніемъ ножки. Ограниченіе пространства ведетъ при большихъ опухоляхъ къ одышкѣ. Во время родовъ можетъ большая опухоль вскрыться въ полость брюшины, не вызывая никакихъ симптомовъ. Невзирая на громадное растяженіе живота, роды протекають совершенно благополучно. Маленькія, въ особенности твердыя и весьма подвижныя опухоли (дермоиды), попадають нерѣдко передъ предлагающія части ребенка въ *Douglas'*ово пространство. Въ подобномъ случаѣ маточный зѣвъ стоитъ высоко спереди или сбоку и родовой каналъ дѣлается непроходимымъ. Если вправленіе, которое всегда слѣдуетъ производить подѣ наркозомъ, не удастся, то роды могутъ оказаться невозможными вслѣдствіе механическаго препятствія. Въ подобныхъ случаяхъ необходимо, при неблагоприятныхъ условіяхъ, производить лапаротомію или

¹⁾ *Puchelt*, Commentatio de tumoribus etc., 1840.—*Litzmann*, Deutsche Kl. 1852, № 38 и слѣд.—*Schröder* Z. f. G. V.—*Staude*, C. f. G. 1888, 217.—*Gördes*, Z. f. G. XX—*P. Ruge*, Z. f. G. LIV, 391.

вскрывать оттѣсняющую книзу *Douglas'*ово пространство опухоль со стороны влагалища; опорожняющая опухоль, освобождаетъ родовые пути.

Если опухоль разрывается у инфицированной родильницы, то весьма легко развивается *sepsis*. Ушибъ опухоли ведетъ къ срощеніямъ съ кишками и къ выдренію бактерій въ опухоль; послѣдняя нагнаивается. Это наблюдается напримѣръ при тифѣ. Кишечныя язвы ведутъ къ раздраженію серозной оболочки, вслѣдствіе чего послѣдняя сростается съ кистой. Черезъ воспаленную рану проникаютъ *bact. coli* и бациллы тифа, которыя и были находимы въ кистахъ.

Овариотоміи, даже двухстороннія, были неоднократно производимы во время беременности, съ хорошимъ результатомъ. Если не развивается *sepsis* и если беременная матка не подвергается слишкомъ грубымъ манипуляціямъ, то беременность не прерывается.

Діагнозъ.—Какъ и при всѣхъ гинекологическихъ изслѣдованіяхъ ощупываютъ сначала, для общей ориентировки, животъ. Отыскиваютъ симфизъ, пупокъ, *spinae anteriores superiores* и убѣждаются при этомъ, имѣется-ли большая опухоль въ животѣ или нѣтъ. Послѣ этого, если возможно, вводятъ два пальца во влагалище, между тѣмъ какъ другую руку кладутъ на животъ снаружи.

Послѣ этого отыскиваютъ края матки, съ цѣлью отыскиванія яичниковъ. Часто удается ясно дифференцировать трубу и яичникъ, въ другихъ случаяхъ это невозможно, въ особенности при конгломератѣ опухолей, состоящихъ изъ обоихъ органовъ. Если не удается получить совершенно ясной картины внутреннихъ половыхъ органовъ, если напримѣръ брюшныя покровы толсты и тверды, кишки вздуты; если дотрогиваніе болѣзненно, то изслѣдованіе производятъ подъ наркозомъ.

Если больная боится наркоза, или если врачъ имѣетъ основаніе избѣгать хлороформа, то назначаютъ сильное слабительное и производятъ изслѣдованіе больной тотчасъ послѣ ванны. Во всякомъ случаѣ, я всегда избѣгаю наркотизировать слабую больную два раза въ теченіе 2—3 дней. Вѣдь вполне достаточно знать, безъ всякихъ подробностей, что имѣется опухоль, которую необходимо удалить.

При дифференціальномъ діагнозѣ значеніе имѣютъ слѣдующія опухоли: *гематоцеле* и *внѣматочная беременность*. При этомъ существуютъ всегда признаки беременности, постоянное отхожденіе темной крови. Опухоль вначалѣ мягкая, впоследствии бугристая, не смѣщаемая, чувствительная, менѣе эластична, чѣмъ яичниковая киста. Существуютъ самостоятельныя боли, острая анемія. Такъ называемыя осумкованныя гематоцеле удается нерѣдко отличить отъ яичниковыхъ опухолей лишь на основаніи анамнеза.

Retroflexio uteri gravidi: Значительная мягкость и вдавливаемость, симптомы беременности. Ошибки возможны при перегибѣ матки въ сторону и при твердой длинной шейкѣ. Анамнезъ имѣетъ громадное значеніе, но главнымъ образомъ повторное изслѣдованіе по прошествіи 3—4 недѣль.

Экзудаты: Анамнезъ, лихорадочное начало послѣ выкидыша, послѣ-родового періода или внутриматочнаго леченія. Имѣющаяся еще лихорадка.

При *Parametritis*: Типичное положеніе сбоку, около самаго вла-гища. Пульсирующія артеріи. Неясное отграниченіе отъ костей таза.

При *Perimetritis*: Выполненіе *Douglas*'ова пространства. При этомъ анамнезъ указываетъ на лихорадочное, болѣзненное начало. Можетъ быть существуетъ еще лихорадка. Возможны ошибки. Такъ, имѣется *Hydrops saccatus peritonei*, при которомъ скопляется въ закрытомъ *Douglas*'овомъ пространствѣ исключительно серозная жидкость. Если киста яичника при-ростае въ *Douglas*'овомъ пространствѣ, становится неподвижной, то легко смѣшать оба состоянія. Если брюшная стѣнка толста и яичникъ не удается прощупать, то возможно смѣшеніе съ *hydrosalpinx*.

Миомы матки, которыя обыкновенно болѣе тверды, смѣшать весьма трудно. Плотныя яичниковыя опухоли имѣютъ болѣе неправильную по-верхность, но бываютъ и совершенно гладкія, почковидныя карциномы и саркомы. Диагнозъ яичниковой опухоли обезпечивается прикрѣпленіемъ у трубнаго угла матки, яичниковой связкой, существованіемъ аспита.

Что существуютъ случаи, при которыхъ возможны ошибки, доказы-вается ежедневнымъ опытомъ. Но такъ какъ въ концѣ концовъ все-таки приходится произвести лапаротомію, то дифференціальный діагнозъ не имѣетъ особаго значенія.

Если при первомъ ощупываніи живота констатируется опухоль, то животъ слѣдуетъ совершенно обнажить. Больной предлагаютъ снять кор-сетъ и юбки, и лучше всего, если она ляжетъ въ постель: мы полу-чаемъ такимъ образомъ возможность изслѣдовать одновременно и ноги, легкія, сердце.

При изслѣдованіи гинекологъ долженъ соблюдать извѣстную послѣдо-вательность, въ особенности начинающій! Въ противномъ случаѣ легко пропустить что-нибудь важное! Порядокъ слѣдующій: осмотръ, измѣреніе, ощупываніе, перкуссія, выслушиваніе, комбинированное ощупываніе, пункція.

Осмотромъ мы опредѣляемъ въ общемъ форму живота. Яичниковой опухолью увеличивается окружность живота ниже пупка. Нерѣдко черезъ наружные покровы ясно видны контуры нѣсколькихъ опухолей, такъ что животъ имѣетъ совершенно неправильную форму. При брюшной водянкѣ животъ болѣе широкій и плоскій. У беременныхъ представляется выпя-ченной область пупка, ясно видны рубцы кожи и пигментация бѣлой ливіи, ощущаются шевеленія плода и сердечные тоны. При болѣе круп-ныхъ, старыхъ яичниковыхъ опухоляхъ кожа сильно напряжена, волоса расходятся, вены, вслѣдствіе исхудавія, становятся ясными, даже фле-болиты удается видѣть и прощупать при старыхъ опухоляхъ. Часто разви-вается элефантіатическое утолщеніе кожи живота.

Измѣреніе производятъ для того, чтобы имѣть точку опоры для сужденія о величинѣ. Измѣреніемъ можно больнымъ показать математи-

чески увеличеніе опухоли и необходимость производства операціи. Измѣреніемъ можно опредѣлить, хотя и не съ увѣренностью, находится-ли опухоль справа или слѣва. Если, напримѣръ, разстояніе отъ пупка до *spina ilei anter. sup.* справа больше, чѣмъ слѣва, то это говоритъ за происхожденіе опухоли справа. Обыкновенно точками измѣренія служатъ: *processus xiphoides*—пупокъ—симфизъ—*Spina ilei anterior superior*, справа и слѣва къ пупку, кромѣ того, опредѣляютъ наибольшую окружность живота и объемъ его на уровнѣ пупка. Полученныя при каждомъ измѣреніи цифры слѣдуетъ записывать.

При *ощупываніи* опредѣляютъ большія кисты черезъ тонкія брюшныя стѣнки; у очень тучныхъ особъ или при сильномъ напряженіи ощупываніе становится невозможнымъ. Далѣе пытаются получить флюктуацію, при асцитѣ ударъ волны получается легче всего, хотя и при яичниковыхъ кистахъ съ дряблыми стѣнками, въ особенности-же при пароваріальныхъ опухоляхъ волна быстро доходитъ до другой стороны. Если пространства многополосной кисты не велики, то флюктуаціи не наблюдается. Она можетъ отсутствовать при жидкомъ содержимомъ въ томъ случаѣ, когда киста сильно напряжена, напримѣръ, вскорѣ послѣ внутренняго кровотеченія. При существованіи нѣсколькихъ кистъ испытываютъ флюктуацію не только справа налѣво, но и въ косомъ направленіи, сверху внизъ и со стороны живота къ влагалищному отдѣлу опухоли.

Если въ асцитической жидкости плаваеъ маленькая плотная опухоль, то она передвигается между двумя руками, баллотируетъ. При этомъ замѣчаютъ, который изъ концовъ опухоли передвигается легче всего, значитъ, опредѣляютъ мѣсто прикрѣпленія опухоли. Если асцитъ очень великъ, то, если лапаротомія не будетъ произведена немедленно, выпускаютъ жидкость и производятъ ощупываніе. Твердыя части удаеъ нерѣдко прощупать лишь послѣ пункціи.

При *перкуссии* я начинаю съ высшей точки живота. Первый ударъ по этому мѣсту уже доказателенъ; тупой звукъ: опухоль; звучный тонъ: кишки, значитъ асцитъ. Перкутируютъ радиарно отъ высшей точки кверху, книзу, вправо и влѣво, по всѣмъ радіусамъ. Въ особенности слѣдуетъ выяснять, имѣется-ли между печенью и опухолью полоса кишечнаго звука.

Значитъ, опредѣляютъ отношеніе кишекъ къ опухоли. Перель подобнымъ изслѣдованіемъ назначаютъ слабительныя, во всякомъ случаѣ клистиръ для опороженія *colonis*. Растянутый газами *colon* ведетъ къ ошибкамъ. Границы отмѣчаютъ цвѣтнымъ карандашемъ. При яичниковой опухоли притупленной оказывается середина живота, между тѣмъ какъ съ боковъ имѣется ясный звукъ. На водяночной жидкости плавають содержащія воздухъ кишки, такъ что сверху удаеъ опредѣлить кишечный, сбоку—тупой тонъ. Если же асцитъ является осложненіемъ яичниковой кисты, то притупленной оказывается и область *colonis* или, наоборотъ, имѣется кишечный тонъ глубоко внизу, если *colon* содержитъ воздухъ. При значительномъ скопленіи водяночной жидкости брыжейка недоста-

точно длинна, кишки не могут плавать сверху. Кишки покрываются жидкостью, онѣ не прилегаютъ къ брюшной стѣнкѣ— перкуторный звукъ тупой. Въ виду этого надавливаютъ рукой насколько возможно и попадаютъ при такъ называемой глубокой перкуссии на содержащія воздухъ тонкія кишки. Важно также выяснитъ отношеніе флюктуаціи къ даннымъ, полученнымъ перкуссіей. Если волна жидкости ударяетъ въ то мѣсто, гдѣ перкуссіей былъ констатированъ кишечный тонъ, то это говоритъ въ пользу асцита.

Послѣ этого производятъ ощупываніе и перкуссію въ боковомъ положеніи. Кисты съ весьма дряблыми стѣнками, можетъ быть уже лопнувшія и опорожненныя на половину, лежатъ, прилегая къ задней стѣнкѣ живота, на-подобіе асцита. Цвѣтнымъ карандашомъ отмѣчаютъ на кожѣ границы притупленія и поворачиваютъ больную на бокъ. При яичниковой опухоли этого не бываетъ; быстрота измѣненія давныхъ перкуссій при перемѣнѣ положенія также можетъ служить нѣкоторымъ указаніемъ: асцитъ быстро мѣняетъ свое мѣсто. Массированіемъ удается достигнуть стеканія асцитической жидкости въ нижнюю половину живота.

При ощупываніи ощупывается иногда, такъ называемый, трескъ коллоида (*Olshausen*). Почти идентичный шумъ замѣчается иногда при свѣжомъ адгезивномъ перитонитѣ.

Старыя сращения могутъ затруднять діагнозъ. Мнѣ пришлось наблюдать случай, въ которомъ у больной, послѣ непродолжительной ходьбы, можно было констатировать перкуссіей и пальпаціей дряблую кисту. Утромъ, напротивъ, кисты не замѣчалось, а асцитическая жидкость изъ *hydrops saccatus peritonei* вытекла черезъ маленькое отверстіе въ другую часть полости брюшины. Пробной пункцией можно было убѣдиться въ отсутствіи кисты.

Выслушиваніе необходимо для выясненія дифференціального діагноза между кистой и беременностью. Плацентарный шумъ наблюдается помимо беременности еще при большихъ міомахъ, рѣдко при яичниковыхъ кистахъ. Далѣе, необходимо при сомнительныхъ опухоляхъ выяснитъ, не слышно-ли въ опухоли, прилегающей къ брюшной стѣнкѣ, кишечныхъ шумовъ; это указываетъ на опухоли почекъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ сильно растягиваютъ прямую кишку воздухомъ или водою. При тонкихъ брюшныхъ стѣнкахъ находятъ при этомъ быстро наполняющуюся кишку въ видѣ колбасообразнаго возвышенія надъ опухолью. Или наполняющуюся кишку ощупываютъ, причѣмъ слышится урчаніе.

Послѣ этого переходятъ къ изслѣдованію *per vaginam*. Матка находится при опухоляхъ средней величины и *Douglas*'ова пространства всегда спереди, прижатая къ симфизу и приподнятая. При пароваріальныхъ кистахъ находятъ нѣрѣдко внѣсрединное положеніе матки. При большихъ яичниковыхъ кистахъ матка находится обыкновенно позади опухоли (см. выше). Если тѣло матки вовсе не прощупывается, то производятъ зондированіе въ различныхъ положеніяхъ больной, при помощи или безъ зеркала.

Для выясненія вопроса, будетъ-ли оваріотомія легкой или тяжелой, т. е. благопріятной или неблагопріятной въ прогностическомъ отношеніи, значеніе имѣетъ положеніе матки. Если матка находится позади опухоли въ положеніи *retroversionis*, то весьма вѣроятно отсутствіе срощеній и благопріятный исходъ операціи. Если же при большихъ опухоляхъ матка находится спереди или сбоку, то передвиженію опухоли снизу сзади кпереди кверху препятствовали какія-нибудь вліянія, и можно ожидать извѣстныхъ затрудненій при операціи. Если *portio* вовсе не достигается или съ большимъ трудомъ, совершенно приподнята и антепонирована, то существуютъ громадныя срощенія или опухоль развилась въ *subserosium*. Значеніе имѣетъ и длина маточной полости. Значительное удлиненіе матки говоритъ за нахожденіе опухоли на самой маткѣ или за папиллому и внутрисвязочное нахожденіе, значить, въ общемъ за злокачественность опухоли.

Послѣ этого смѣщаютъ опухоль справа налѣво или наоборотъ, въ то время, какъ одинъ палецъ лежитъ на маткѣ и влагалищномъ отдѣлѣ опухоли. Ассистентъ смѣщаетъ опухоль и оттягиваетъ ее кверху. Въ то время, какъ одинъ палецъ лежитъ на влагалищной части опухоли, другой рукой пытаются произвести флюктуацію. Стараются проникнуть надъ самымъ *pecten pubis*, для выясненія связи опухоли съ маткой.

Весьма важнымъ способомъ—предложеннымъ впервые *Freund*'омъ—представляется изслѣдованіе при высокомъ положеніи таза. Опухоли, растущія сверху, напр. опухоли печени, селезенки, почекъ, отходятъ постепенно кверху, тазъ становится свободнымъ; теперь оказывается возможнымъ комбинированное изслѣдованіе внутреннихъ половыхъ частей и можно убѣдиться, что опухоль не происходитъ отсюда. Большія верхнія опухоли, даже опухоли селезенки—безъ наркоза—въ спинномъ положеніи больной часто такъ тѣсно прижаты къ половымъ частямъ, что могутъ быть приняты за срощіяся съ маткой.

Весьма выгодно захватывать *portionem* щипцами, которыми ассистентъ сильно оттягиваетъ матку книзу. Послѣ этого производятъ комбинированное изслѣдованіе, причѣмъ удается констатировать, что опухоль или слѣдуетъ за щипцами, или нѣтъ. Иногда удается даже прощупать тяжъ, идущій отъ матки къ опухоли.

При всѣхъ этихъ способахъ, въ виду болѣзненности и съ цѣлью уничтоженія участія брюшного пресса, приходится прибѣгать къ наркозу.

При всѣхъ опухоляхъ живота является само собою понятнымъ закономъ, что самый подвижной конецъ опухоли находится на сторонѣ, противоположной мѣсту прикрѣпленія опухоли. Такимъ образомъ удается смѣщеніе опухоли легче всего книзу, при развитіи опухоли въ брюшной полости, кверху—при развитіи въ маткѣ.

Если брюшныя стѣнки очень толсты, такъ что ощупываніе остается безъ результата, то хорошія услуги оказываетъ слѣдующій способъ. Послѣ опороженія пузыря вводятъ два пальца въ передній влагалищный сводъ,

насколько можно выше. Наружной рукой быстро и сильно надавливают на животъ, приблизительно на высотѣ пупка. Послѣ этого опухаютъ со стороны влагалища нижній отдѣлъ опухоли, такъ какъ здѣсь перегородка оказывается весьма тонкой. Получается ясное опущеніе опухоли между руками.

Если, невзирая на всѣ способы, вопросъ остается еще невыясненнымъ, то *пункцией* при помощи шприца Праваца берутъ изъ опухоли жидкость. Иглу, послѣ наполненія шприца, оставляютъ на мѣстѣ, а содержимое шприца выпускаютъ въ маленькую чашечку. Послѣ этого шприцъ снова вставляютъ въ иглу и вытягиваютъ снова полный шприцъ жидкости. Такимъ образомъ вытягиваютъ 10 — 20 шприцевъ, количество, вполне достаточное для діагностическаго изслѣдованія.

Жидкость при водянкѣ *Graaf*'ова фолликула богата бѣлкомъ, жидкость изъ пароваріальной кисты свѣтлая, какъ вода, содержитъ поваренную соль, слѣды бѣлка и не даетъ осадка. Органическія составныя части можно получить при помощи центрифугированія. Послѣ травмъ, пункций или перекручиваній ножки жидкость представляется кровянистой, шоколаднаго цвѣта, съ примѣсью сгустковъ. Удѣльный вѣсъ равняется 1002 — 1008, при примѣси крови доходитъ до 1023.

При доброкачественной кистомѣ получаютъ коллоидныя, густыя, а также и жидкія массы. Въ различныхъ кистахъ одной опухоли находили даже различное содержимое. Такимъ образомъ можетъ въ одной кистѣ находиться гной, въ другой — коллоидъ, въ третьей — жиръ (дермоидъ), далѣе серозная жидкость. При содержаніи крови цвѣтъ красный, бурочерный, при содержаніи гноя — желтый, при холестеринѣ — бѣловатый, блестящій. При микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ характерныя цилиндрическія клѣтки, иногда и рѣсничныя клѣтки, далѣе распавшіяся или ложно-муцинозныя клѣтки съ смѣщеннымъ въ сторону ядромъ или вовсе безъ ядра („перетневидныя клѣтки“), детритъ, сморщенные и свѣжія красныя кровяныя тѣльца, происходящіе изъ нихъ комочки пигмента, гнойныя тѣльца и таблички холестерина. Удѣльный вѣсъ 1015—1030.

Свободный асцитъ даетъ водянистую, свѣтложелтую либо зеленовато-желтую жидкость, безъ или съ примѣсью сгустковъ фибрина. При стояніи на воздухѣ жидкость иногда свертывается, при кипяченіи выпадаетъ большое количество бѣлка. Микроскопически находятъ бѣлья и почти всегда нѣсколько красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Въ случаяхъ-же, въ которыхъ асцитъ обуславливается поверхностной папилломой или ракомъ, или даже карциноматозомъ брюшины, наблюдаются въ осадкѣ еще цилиндрическія клѣтки, которымъ, въ виду этого, слѣдуетъ приписывать громадное значеніе. При интраперитонеальномъ кровотеченіи жидкость становится буровой, впоследствии зеленоватой. Удѣльный вѣсъ 1006—1015. При гематометрѣ кровь густая, черная, легтеобразная.

Содержимое гидронефроза весьма различно. При періодическомъ гидронефрозѣ наблюдается совершенно нормальная моча, хотя можетъ быть и

совершенно свѣтлой, какъ вода, весьма низкаго удѣльнаго вѣса, 1005—1020. Если были воспаленія, то находятъ болѣе гнойное содержимое, холестеринъ, даже совершенно сгущенную, бѣловатую кашу.

Жидкость изъ лимфангіектатическихъ кистофибромъ представляется лимонножелтаго цвѣта и свертывается самопроизвольно. Но то и другое не постоянно. Въ двухъ случаяхъ я находилъ при первой пункціи самостоятельное свертываніе, которое не наступало при дальнѣйшихъ пункціяхъ. Микроскопически находятъ лимфатическія тѣльца. Количество жидкости обыкновенно незначительно; для полученія большого количества опухоль приходится сдавливать. Удѣльный вѣсъ равняется приблизительно 1020. При плотныхъ міомахъ получаютъ только кровь.

Въ прозрачной какъ стекло свѣжей эхинококковой жидкости не содержится бѣлка, но зато поваренная соль, янтарнокислыя соли, виноградный сахаръ и инозитъ. Громадное значеніе имѣетъ микроскопическое изслѣдованіе, которымъ, хотя и не всегда, удается констатировать крючечки и полоски хитиновой капсулы. При нагноеніи эхинококковаго пузыря крючечки исчезаютъ. Удѣльный вѣсъ 1008—1010.

При дермоидныхъ кистахъ находятъ клѣтки эпидермиса и кристаллы холестерина и массу жировыхъ шариковъ; остывшая свернувшаяся жидкость представляется кашицеобразной, крошковатой, маркой, сальной, при сообщеніи съ кишками — ихорозной, грязной, буровой, зловонной. При констатированіи хотя бы одного волоса діагнозъ немедленно выясняется.

Свѣжіе вѣматочные плодные мѣшки содержатъ околоплодную жидкость. Послѣ умиранія плода содержимое сгущается въ гноевидную массу. Діагнозъ ставится на основаніи анамнеза и комбинированнаго изслѣдованія (хрустъ костей головки плода). Надежда констатировать въ полученной при помощи шприца *Прависа* околоплодной жидкости, микроскопическія, характерныя составныя части (*lanugo*, чешуйки эпидермиса), не оправдалась. При свѣжей недавней вѣматочвой беременности получается пункціей свѣжая свѣтлокрасная кровь, при старой haematocoele—бурая темная кровь.

Измѣненія въ опухоляхъ распознаются на основаніи приведенныхъ выше симптомовъ. Внезапныя перитонитическія явленія, кажущееся и дѣйствительное набуханіе опухоли, шокъ и симптомы острой анеміи, въ особенности учащенный пульсъ, вообще необъяснимое ничѣмъ недомоганіе, указываютъ на внезапное перекручиваніе ножки. *Разрывы кистъ* распознаются по тому, что имѣвшаяся раньше опухоль болѣе не констатируется. Это можно подозрѣвать при паденіи на животъ, во время родовъ, послѣ энергичнаго высвобожденія изъ *Douglas*'ова пространства, а также послѣ пункціи и ощупыванія, въ томъ случаѣ, если наступаютъ коллапсъ, перитонитическая болѣзненность и учащенное мочеиспусканіе, Коллоидъ поступаетъ въ брюшную полость и безъ всякихъ симптомовъ. *Нагноеніе* въ опухоли сказывается лихорадкой, учащеннымъ пульсомъ, а также перитонитическими болями. Повышеніе температуры можетъ существовать продолжительное время безъ всякихъ другихъ явленій. Лихорадка исчезаетъ,

но учащеніе пульса продолжается еще нѣкоторое время. При ихорозномъ распаденіи или быстромъ некротизированіи всей опухоли наступаютъ угрожающія явленія. Потрясающіе ознобы и высокая лихорадка указываютъ на опасность для жизни.

Диагноза отдѣльныхъ видовъ яичниковыхъ опухолей мы касались уже неоднократно. При *Hydrops follicularis* медленный ростъ или неизмѣнная величина; маленькая, круглая или слегка неправильная опухоль, образующая конгломератъ кистъ. То обстоятельство, что при слѣдующемъ изслѣдованіи не удается болѣе ничего прощупать, значить, что опухоль исчезла окончательно; неизмѣнная величина въ теченіе многихъ лѣтъ также говоритъ въ пользу *Hydrops follicularis*. Прозрачная какъ вода жидкость при пункціи. Отсутствие вліянія на общее состояніе. При многочисленныхъ *кистомахъ* неограниченный ростъ, бугристая, въ общемъ круглая, но все-таки правильная опухоль, не вездѣ одинаковой консистенціи. Коллоидное содержимое. Общее состояніе страдаетъ при увеличеніи опухоли. Асцитъ наблюдается и при доброкачественныхъ опухоляхъ, но говоритъ болѣе за *ракъ*, который характеризуется, кромѣ того, еще мелкой бугристостью, атипичнымъ ростомъ, неподвижностью большой опухоли, какексіей и аменорреей. Разлитые раки, которые, какъ и *саркомы*, даютъ равномерное увеличеніе яичника, не отличаются отъ послѣднихъ, но и въ данномъ случаѣ асцитъ указываетъ на злокачественность. Громадное значеніе имѣетъ изслѣдованіе асцитической жидкости на содержаніе клѣточныхъ элементовъ. *Пароваріальныя кисты* всегда однокамерныя; маленькія смѣщаютъ матку въ сторону и вызываютъ при этомъ боли, большія — даютъ весьма легко флюктуацію. Кисту не всегда удается отдѣлить отъ тазового дна или отграничить, содержимое прозрачно, содержитъ иногда рѣсничный эпителий, общее состояніе разстраивается лишь мало, послѣ пункціи содержимое возвращается медленно; въ рѣдкихъ случаяхъ этого не наступаетъ. Возможно перекручиваніе ножки, такъ какъ пароваріальная киста, развиваясь совершенно вверху около самого яичника, даетъ одинаковые клиническіе симптомы, какъ и опухоль, развивающаяся въ сосѣднемъ яичникѣ.

Вопросъ, происходитъ-ли опухоль изъ праваго или лѣваго яичника или имѣется двѣ опухоли, имѣетъ незначительное практическое значеніе въ случаѣ, если совершенно выяснена необходимость операціи. Въ прогностическомъ отношеніи весьма важно отвѣтить на этотъ вопросъ, такъ какъ двухстороннія опухоли часто бываютъ злокачественными.

Было упомянуто также о *дифференціальномъ диагнозѣ*. При изслѣдованіи необходимо всегда имѣть въ виду опухоль въ брюшинѣ, въ брюшинныхъ покровахъ, въ брюшинныхъ органахъ, а также всякое скопленіе жидкости въ полости брюшины. Начинаящій поступить правильно, если приметъ схематически во вниманіе всякую возможность, допуская самое отдаленное, обращая при этомъ вниманіе на анамнезъ и примѣняя всѣ

діагностическіе способы. Ошибки происходили всегда вѣдствие того, что гинекологи, съ предвзятой мыслью, производили весьма поверхностное изслѣдованіе. При обращеніи вниманія на всевозможные моменты, всегда можно избѣгать смѣшенія съ беременностью и т. д. При каждомъ трудномъ діагнозѣ слѣдуетъ прибѣгать къ наркозу.

Значеніе имѣютъ *застой кала, задержка мочи, расширение желудка, сращенія кишекъ съ паріетальнымъ листкомъ брюшины, Tympanitis* и *ложныя опухоли*, а также *климактерическое ожирѣніе*. Сильно растянутая flexura sigmoidea можетъ переходить на правую сторону. При злокачественныхъ новообразованіяхъ около и внутри кишекъ имѣется обыкновенно тимпанитъ. Прощупывается большая опухоль, тѣмъ не менѣе констатируется въ ней при перкуссіи тимпанитъ; сросшія между собою кишки также прощупываются иногда въ видѣ опухоли. Задержка мочи при недостаточномъ опороженіи пузыря можетъ вести къ продолжающемуся недѣлями расширенію пузыря, причѣмъ увеличенный пузырь даетъ сходные результаты физическаго изслѣдованія, какъ и яичниковая опухоль. Производимой передъ каждымъ изслѣдованіемъ катетеризаціей устраняется возможность подобнаго смѣшенія. Въ одномъ изъ моихъ случаевъ пораженный ракомъ желудокъ опускался ниже пупка, и былъ принятъ за приросшую яичниковую кисту. Если имѣется подозрѣніе, что судорожное сокращеніе прямой мышцы симулируетъ опухоль, то изслѣдованіе слѣдуетъ производить подъ наркозомъ. Довольно труднымъ представляется иногда дифференціальныи діагнозъ при климактерическомъ ожирѣніи. Въ данномъ случаѣ, вѣдствие толщины брюшныхъ стѣнокъ, перкуссія не даетъ никакихъ результатовъ. Дряблый животъ симулируетъ флюктуацію. Послѣ опороженія пузыря вводятъ возможно выше 2 пальца въ передній влагалищный сводъ и сдвигаютъ весьма энергично. При существованіи опухоли она прощупывается безусловно. Часто совершенно невозможно, при однократномъ изслѣдованіи безъ пункціи, отличить кистоміомы широкой связки и внутрисвязочныя, злокачественныя двустороннія яичниковыя опухоли. Форма можетъ быть совершенно одинаковая. Въ обоихъ случаяхъ полость матки сильно удлинена. Общее состояніе не нарушается долгое время и при яичниковой опухоли.

Саркома слѣпой кишки, въ виду слабого, нерѣдко, прикрѣпленія соесі, можетъ лежать и надъ маткой, можетъ быть сращена съ придатками и быть принята за яичниковую опухоль. При этомъ, невзирая на общее исхуданіе, животъ обыкновенно не впалый, но представляетъ сильное тимпаническое вздутіе. Неустрашимый тимпанитъ всегда говоритъ за злокачественность. Въ одномъ подобномъ случаѣ я удалилъ съ успѣхомъ всю слѣпую и часть тонкой кишки при помощи прямого соединенія тонкой кишки съ толстой. Съ другой стороны, старая яичниковая опухоль можетъ быть такъ плотно фиксирована въ области слѣпой

кишки, что даже послѣ вскрытія живота принимается за ракъ соеі, въ особенности если и червеобразный отростокъ закрыть сращениями.

При отсутствіи стеноза совершенно отсутствуютъ субъективныя кишечныя явленія, но въ этомъ случаѣ опухоль прямо прощупывается. Диагнозъ слѣдуетъ провѣрить и изслѣдованіемъ *per gestum*, причѣмъ констатируется мелкобугристая опухоль въ самомъ кишечникѣ.

Я нашелъ разъ „яичниковую опухоль“, которая при перкуссіи давала ясный звукъ; оказалось, что имѣлось шарообразное расширение кишки надъ раковой опухолью.

Теперь мы переходимъ къ *предбрюшиннымъ* и *забрюшиннымъ* опухолямъ. Во влагалищѣ прямой мышцы были наблюдаемы скопленія гноя и гематомы. *Ugachus* образуетъ предбрюшинныя кисты; въ одномъ случаѣ я встрѣтилъ располагавшійся предбрюшинно эхинококкъ, который выросъ спереди пузыря вверхъ въ соединительной ткани. Далѣе были наблюдаемы фасціальныя саркомы на апоневрозѣ наружной косой, фибромы и миксоматовныя фибромы на заднемъ влагалищѣ прямой мышцы. Такъ какъ влагалище прямой мышцы оканчивается сзади по срединѣ между пупкомъ и симфизомъ, то эти опухоли находятся обыкновенно тотчасъ подъ пупкомъ. При напряженіи брюшныхъ мышцъ при подыманіи верхней части туловища нельзя прощупать опухоли яичника, тогда какъ опухоли брюшныхъ покрововъ выступаютъ при этомъ еще болѣе ясно. Липомы могутъ въ видѣ грыжевыхъ прободеній фасцій или пупочнаго кольца проникать подъ наружные покровы, въ особенности у пупка; но онѣ могутъ находиться и въ *peritoneum parietale*, и въ сальникѣ. Я принялъ громадную липому сальника за опухоль яичника и удалилъ ее весьма успѣшно.

Забрюшинныя саркомы мягкія, быстро растутъ и вскорѣ попадаютъ кнаружи, на брюшныя покровы. Эти опухоли находятся почти всегда сбоку или болѣе на одной сторонѣ. Послѣ вскрытія живота опухоль не удается обхватить, не находятъ границъ или ножки. Матка сильно смѣщена.

На самой брюшинѣ находятъ первымъ долгомъ бугорки и раки; при обоихъ новообразованіяхъ наблюдается громадный асцитъ. Если въ *Douglas'*овомъ пространствѣ находятъ спаянные между собою бугры, то это говоритъ въ пользу *sarcinoma peritonei*; но даже послѣ вскрытія полости брюшины не всегда удается поставить дифференціальныя діагнозы безъ микроскопическаго изслѣдованія.

Скрученный при туберкулезѣ сальникъ прощупывается въ видѣ опухоли. Односторонній асцитъ является обыкновенно послѣдствіемъ туберкулезныхъ спаекъ кишекъ. Иногда туберкулезно-утолщенный сальникъ лежитъ на кишкахъ въ видѣ скорлупы. Кишки могутъ быть такъ тѣсно спаяны между собою, что прощупываются въ видѣ неясной круглой опухоли.

Одиночныя опухоли сальника, раки, фибромы, саркомы и липомы отличаются, пока онѣ незначительной величины, значительной подвижностью.

Теперь переходимъ къ *опухолямъ другихъ брюшныхъ органовъ*. Субперитонеальные миомы матки, на весьма тонкихъ ножкахъ, веди нерѣдко къ смѣшеніямъ. При опухоляхъ величиною съ беременную матку и болѣе положеніе не имѣетъ рѣшающаго значенія. Такимъ образомъ кистоміомы были неоднократно принимаемы за опухоли яичника. При опухоляхъ печени можно доказать связь съ печенью, опухоль и матка представляютъ изолированную подвижность. Кишечный тонъ подъ печенью отсутствуетъ. Громадную кистовидно перерожденную печень, нижній край которой сильно выпятилъ *Douglas'*ово пространство во влагалище, я принялъ за опухоль яичника и, къ сожалѣнію, оперировалъ.

Ракъ или *Hydrops vesicae felleae*, осложненіе асцита ракомъ печени, метастазы на кишкахъ и *peritoneum parietale* также были неоднократно принимаемы за опухоли яичника. Диагнозъ часто удается при изслѣдованіи при высокомъ положеніи таза по *Freundy*.

При эхинококковыхъ опухоляхъ, занимающихъ всю полость живота и срастающихся внизу, были дѣлаемы неоднократно ошибки. Такъ называемый эхинококковый шумъ мало надежный симптомъ, онъ, напротивъ, почти всегда отсутствуетъ.

Опухоли селезенки исходятъ сверху и слѣва и ясно прикрѣплены вверху. Впрочемъ, необходимо всегда имѣть въ виду возможность блуждающей селезенки. Я экстирпировалъ большую, лежавшую внизу въ тазу селезенку. Опухоли селезенки сохраняютъ обыкновенно форму послѣдней, въ особенности остается характернымъ острый край.

Злокачественная опухоль почки можетъ рости за *lineam albam* и быть настолько подвижной, что принимается за опухоль сальника. Кровавая моча, которая имѣется почти всегда, связь съ почечной областью и ощупываніе матки и яичниковъ подъ наркозомъ, вполне выясняютъ положеніе дѣла. Ракъ наблюдается особенно часто при блуждающей почкѣ. Я находилъ лежащія какъ сбоку, такъ и центрально, овальныя карциномы почки, усыпанныя маленькими, величиною въ каленый орѣхъ зернами. Эти почки могутъ опускаться въ тазъ, срастаться съ пузыремъ и, въ виду одинаковыхъ симптомовъ, вести къ смѣшенію съ опухолью пузыря. Впрочемъ, подобной величины опухоли пузыря наблюдаются въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ. Фибромы могутъ исходить изъ почечной капсулы и достигать значительной величины. Были неоднократно наблюдаемы и кисты поджелудочной железы, ракъ этой железы и эхинококкъ почекъ. При гидронефрозѣ диагнозъ обеспечивается существованіемъ въ теченіе многихъ лѣтъ. Если у больной существуетъ большая опухоль десятками лѣтъ, то это не яичниковая опухоль. Доказательство, что опухоль не находится въ связи съ половыми органами, или что имѣются матка и оба яичника, можетъ быть получено путемъ изслѣдованія *per rectum*, безъ или съ искусственнымъ растяженіемъ *recti* введеніемъ воздуха или воды. *Simon'*у удалось ощупать почечныя чашечки.

Матку къ концу беременности трудно смѣшать съ опухолью яичника, но зато происходили ошибки при осложненіи міомами. Это относится и къ законченнымъ внѣматочнымъ беременностямъ. Рѣшающее значеніе имѣеть здѣсь трескъ костей головы и типичное положеніе позади матки.

Лечение. Проколъ. Овариотомія ¹⁾.—Проколъ, какъ способъ леченія, въ настоящее время совершенно оставленъ. Даже при пароваріальныхъ кистахъ, при которыхъ достигали излеченія пункцией, въ настоящее время удаляютъ кисту.

Проколъ показуется развѣ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ какесія служить препятствіемъ для производства операціи и необходимо облегчить состояніе больной. Страдающей одышкой извуренной старухѣ можно сдѣлать безъ наркоза пункцию, но отнюдь не операцію. Пункцию производятъ и по психическимъ соображеніямъ, такъ какъ больная, видя, что ей удалили нѣсколько ведеръ жидкости, снова надѣется на жизнь.

Это единственные раціональныя причины для производства пункции. Въ дѣйствительности же пункция ничто иное какъ обманъ, и притомъ съ весьма серьезными послѣдствіями для больной. Больной обѣщаютъ улучшеніе или излеченіе, вмѣсто того жидкость скопляется снова, и можетъ быть въ полость брюшины попало достаточное количество содержимаго кисты для вызова метастазовъ. Но по меньшей мѣрѣ могутъ образоваться сращения, сильно препятствующія операціи. Въ виду этого, если возможна радикальная операція, никогда не слѣдуетъ производить пункцию.

Если возможно съ положительностью діагностицировать яичниковую опухоль, то безусловно показуется экстирпація опухоли, безразлично, будетъ ли опухоль большой или незначительной величины. Условія почти тѣ же, что и при грудной железнѣ; здѣсь экстирпируютъ принципиально всякую опухоль. Въдѣ и злокачественныя опухоли яичника вначалѣ незначительной величины. Мнѣ уже неоднократно приходилось убѣждаться при экстирпаціи маленькихъ опухолей, величиною въ апельсинъ, не дававшихъ никакихъ симптомовъ, въ ихъ злокачественности (ракъ). Зачѣмъ ждать, пока опухоль достигнетъ громадной величины? Въ промежуткѣ опухоль можетъ внизу настолько разростись, что безусловно наступитъ рецидивъ. Легко возможно, что иногда находятъ невинный *Hydrops tubae* или *Hydrops follicularis*. Но кто можетъ гарантировать, что не имѣется раковой опухоли?

Мнѣ пришлось наблюдать случай у совершенно здоровой на видѣ молодой женщины. Въ виду незначительной величины опухоли операція была отложена. Но уже по прошествіи 4 недѣль опухоль вскрылась во влагалище. Операція стала невозможной и наступила смерть отъ кровотеченій.

¹⁾ *Schilling*, Holscher's *Annalen*. N. F. 1841, H. 1, 3, 4; *Jenaische An. f. Phys. u. Med.* 1849, 1. *Olshausen*, *Berl. Kl. W.* 1876, III.—*Hegar*, *Samml. Klin. Vorträge*, 109.—*Marion Sims*, *Ueber Ovariectomie*. 1873.—*Wegner*, *Arch. f. Klin. Chir.* XX.—*Küstner*, *C. f. G.* 1884, № 47.—*Kehrer*, *C. f. G.* 1883, 3.—*W. A. Freund*, *Beit. d. Berl. Ges. f. Geb. II*, 50 (нагноеніе).—*Schroeder*, *Berl. Kl. W.* 1882, 16; *Z. f. G.* II.—*Martin*, *Z. f. G.* XV, 239; *Samml. Kl. Vortr.* 219, 343.

Я не рискую наблюдать яичниковыя опухоли въ теченіе продолжительнаго времени.

Мѣры предохраненія при лапаротоміи были описаны уже выше. Одна изъ заслугъ *Schröder*'а состоитъ въ томъ, что имъ значительно упрощенъ способъ операціи. Необходимы слѣдующіе инструменты: ножи, ножницы, крючковатыя пинцеты, щипцы для кисти, аневризматическая игла, нѣсколько кровоостанавливающихъ пинцетовъ, марлевые шарики, къ нимъ держатель, стерилизованная вода, катгутъ, *silkworm* и асептичскій матеріалъ для лигатуры.



Рис. 235. Артеріальный пинцетъ по *Spencer-Wells*'у.



Рис. 236. Пинцетъ для брюшины.



Рис. 237. Щипцы *Fritsch*'а.

Для остановки кровотока я употребляю пинцетъ *Spencer-Wells*'а (рис. 235). Довольно широкіе кровоточащія участки, напр., срощенія сальника, удастся захватить довольно удобно. Большіе пинцеты, рис. 236, имѣютъ широкіе концы съ тупыми зубцами. Они служатъ для захватыванія брюшины, натягиваемой на рану живота.

На рис. 237 изображены щипцы, которые служатъ для вытаскиванія стѣнки кисти. Эти употребляемые мною щипцы я считаю практичными въ виду того, что они снабжены весьма узкими концами, которые быстро

и легко можно ввести въ сдѣланное ножемъ отверстіе въ кисть. Маленькое отверстіе выгодно въ томъ отношеніи, что черезъ него содержимое выходитъ сильной струей и ничего не попадаетъ въ полость живота.

Послѣ указанныхъ выше подготовительныхъ мѣръ дѣлаютъ разрѣзъ живота, который въ общемъ зависитъ отъ величины опухоли и производится для захватыванія кисты. Вначалѣ длина разрѣза не должна быть слишкомъ велика. Если, напр., необходимо опорожненіе однополостной кисты, то ее можно, при вытеканіи жидкости, вытянуть черезъ маленькое отверстіе въ видѣ дряблага мѣшка. Для предсказанія безусловно выгоднѣе дѣлать въ стѣнкѣ живота лишь маленькое отверстіе.

Если опухоль состоитъ изъ нѣсколькихъ кистъ, то вводятъ палецъ въ первую кисту и разрываютъ имъ или ножемъ перегородки сосѣднихъ кистъ, такъ что содержимое ихъ вытекаетъ черезъ первую кисту.

Разрѣзъ живота не долженъ быть слишкомъ малымъ, чтобы опухоль не могла лопнуть при вытаскиваніи ея черезъ разрѣзъ. Кѣтки злокачественной опухоли могутъ разрастаться въ брюшной ранѣ. Мнѣ пришлось наблюдать случай, въ которомъ по прошествіи нѣсколькихъ лѣтъ развилась въ ранѣ живота опухоль, которая совершенно отвѣчала удаленной злокачественной яичниковой опухоли.

Въ прежнее время употребляли для опорожненія кисты троакары. Въ настоящее время вскрываютъ кисты ножемъ. Обстоятельство, что при высокомъ положеніи таза опухоль часто немедленно вставляется въ рану живота, допускаетъ предохраненіе полости брюшины отъ затеканія выходящей жидкости. Это весьма важное обстоятельство, такъ какъ намъ отлично извѣстно, что на брюшинѣ легко развиваются прививные метастазы. Все наше вниманіе должно быть направлено на то, чтобы удалить содержимое кисты такимъ образомъ, чтобы въ полость живота не попала ни одна капля. Прошли тѣ времена, когда довольствовались тѣмъ, что больная покидала по прошествіи 14 дней постель «здоровой». Въ настоящее время мы желаемъ избѣжать и рецидивовъ. Въ виду этого безусловно необходимо предупредить затеканіе не только гноянаго содержимаго, но и всякаго другого.



Рис. 238.
Лигатурная игла.

Вынувъ опухоль, раскручиваютъ ножку, т. е. придаютъ ей нормальное положеніе. Послѣ этого перевязываютъ ее частями, подъ самой опухолью, кѣгутомъ. Нитку проводятъ аневризматической иглой (рис. 238) или простой тупой иглой черезъ тѣ мѣста широкой связки, на которыхъ послѣдняя просвѣчиваетъ, т. е. тонка. Послѣ этого обклады-

вают ножку марлевыми комочками, не давая такимъ образомъ крови затекать въ полость живота. Ассистентъ слегка натягиваетъ лигатурныя нити и отдѣляетъ ножку при помощи *Raquelin'a*. Культю прижигаютъ весьма сильно, пока она не разбухнетъ и не станетъ совершенно бѣлой. Если нити не сидятъ совершенно плотно, — часто онѣ ослабѣваютъ вслѣдствіе потери соковъ и крови послѣ удаленія опухоли, — то всю культю перевязываютъ еще одной, толстой ниткой. Нитки пережигаютъ, ножку опускаютъ. Послѣ этого очищаютъ *Douglas'ово* пространство. По цвѣту марлеваго комочка можно судить о свѣжей или старой крови, о количествѣ асцита и о выхожденіи содержимаго кисты. При этомъ слѣдуетъ дѣйствовать нѣжно и осторожно. Вытирать комочками слѣдуетъ не очень часто. Травма отъ слишкомъ частаго и сильнаго вытиранія разрушаетъ эндотелій брюшины и приноситъ большій вредъ, чѣмъ нѣсколько капель асептической жидкости. Съ другой стороны, если въ *Douglas'овомъ* пространствѣ, въ *excavatio vesico-uterina* и въ почечныхъ пазухахъ

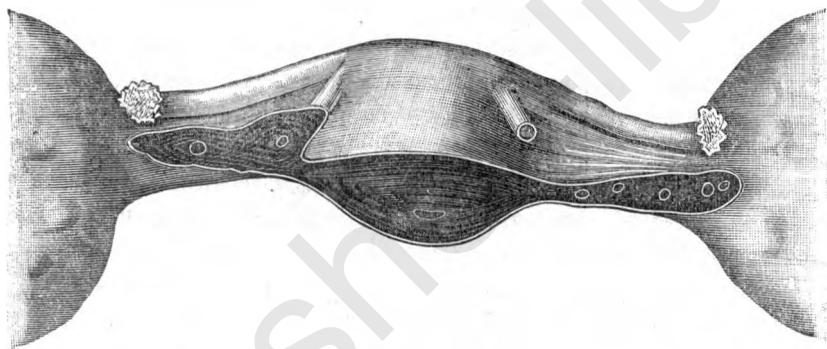


Рис. 239. Двухстороннія яичниковыя опухоли, экстирпированныя вмѣстѣ съ fundus uteri.

имѣется содержимое кисты или большіе сгустки крови, то безусловно необходимо тщательное очищеніе. Откиганіе ножки я считаю, какъ и *Küstner*, безусловно важнымъ. У больной, умершей на 6-й день отъ пневмоніи, мнѣ пришлось совершенно случайно наблюдать, что отдѣленная такимъ образомъ ножка была совершенно свободна, не имѣлось сращеній. Поверхности разрѣза, напротивъ, ведутъ къ сращеніямъ.

Послѣ этого очищаютъ рану кожи, собственные руки и предплечья. Исходя съ дна матки, ощупываютъ другой яичникъ. Если онъ имѣетъ совершенно нормальную форму и положеніе, если и на поверхности не имѣется ничего патологическаго, то оставляютъ яичникъ нетронутымъ. Многочисленные, совершенно нормальные роды послѣ оваріотоміи достаточно доказываютъ, что мы не вправѣ удалять другой здоровый яичникъ.

При двухстороннихъ опухоляхъ и при подозрѣніи злокачественнаго

ихъ характера, нельзя ограничиться, какъ это дѣлалось прежде, простой перевязкой опухоли.

Одновременно удаляютъ всегда и дно матки. Это вовсе не трудно. Напротивъ, кровотеченіе удаётся остановить совершенно вѣрно, если, перевязывая съ двухъ сторонъ, проникать къ шейкѣ.

Если необходимо удалить двѣ опухоли, то дно матки не имѣетъ болѣе никакого значенія и, если опухоль злокачественная, то безъ удаленія дна матки наступитъ несомнѣнно рецидивъ. Въ виду этого, при двухстороннихъ опухоляхъ безусловно необходимо удалять одновременно и дно матки (см. рис. 239). Послѣ двухсторонней перерѣзки и перевязки широкихъ связокъ отдѣляютъ тѣло матки клиновиднымъ разрѣзомъ спереди надъ самымъ мѣстомъ прикрѣпленія пузыря къ маткѣ и сзади на соответствующей высотѣ. Поверхность разрѣза матки не кровоточитъ. Она вырѣзается клинообразно, какъ и при миомѣтоміи, и спивается по краямъ. Брюшину натягиваютъ на рану.

При этой операціи я удалялъ также совершенно матку, какъ только прощупывалъ въ ней метастазы.

Консервативная овариотомія.—*Martin* рекомендовалъ удалять при доброкачественныхъ опухоляхъ только опухоль и оставлять остатокъ яичника, не лишая такимъ образомъ больной возможности зачатія. Дермоидъ, напр. „коллоидъ“, *hydrocystes Graaf*ова фолликула, не трудно распознать за доброкачественныя опухоли. Въ подобныхъ случаяхъ совершенно справедливо, если этого требуютъ индивидуальныя и социальныя условія, оставлять больной всю здоровую часть яичника.

Способъ при осложненіяхъ.—*Переднія развитыя сращения* отдѣляютъ рукой. Эти сращения слѣдуетъ предварительно тщательно очистить или покрыть марлей. Описаны случаи, въ которыхъ операторъ не находилъ сразу кисту, но принималъ за кисту утолщенную брюшину и отдѣлялъ ее на довольно большомъ пространствѣ. Вслѣдствіе этого всегда необходимо имѣть въ виду подобную возможность. Диагнозъ становится немедленно яснымъ, если на или въ предполагаемой стѣнкѣ кисты имѣется жиръ. Это *lamina subperitonealis*, въ которой и сдѣланъ разрѣзъ. Яичниковая киста не покрыта жиромъ.

Сращения сальника отдѣляются отъ опухоли пальцемъ или тупымъ инструментомъ, напр. закрытыми ножницами. Если это трудно, если въ сращенияхъ проходятъ сосуды, или если даже невозможно отдѣленіе, то накладываютъ двойную лигатуру и разрѣзаютъ между ними. Убѣдившись, что кровотеченіе прекратилось, опускаютъ сальникъ обратно въ полость живота. Весьма хорошимъ способомъ при многочисленныхъ верхнихъ сращенияхъ является перевязка ножки у матки и откидываніе кверху опорожненной кисты. Послѣ этого сращения становятся доступными со всѣхъ сторонъ.

Приращенныя части сальника резецируютъ *Raquelin*'омъ. Само собою понятно, что часть, которая была разъ сращена, сростается снова.

Не слѣдуетъ захватывать весь салъникъ въ одну лигатуру, напротивъ, его слѣдуетъ раскрутить, раздѣлить на части, послѣ чего проводить катгутовые нити черезъ отверстія, полученныя вслѣдствіе растагиванія.

Processus vermiformis удаляютъ принципиально въ томъ случаѣ, если онъ утолщенъ, если въ немъ прощупываются четкообразные каловые камни, если онъ, высвобожденный изъ сросеній, покрытъ хлопьями и пленками. Его обрѣзаютъ приблизительно на $1\frac{1}{2}$ см. отъ кишки, брюшинный покровъ оттягиваютъ, придатокъ отрѣзаютъ, просвѣтъ прижигаютъ *Raquelin'*омъ и перевязываютъ на двухъ мѣстахъ, на разстояніи 3 мм. другъ отъ друга. Тонкимъ брюшиннымъ швомъ натягиваютъ брюшину на поверхность разрѣза. Если брюшину не удастся оттянуть, то достаточно и двойной лигатуры и прижиганія поверхности разрѣза.

Если происходитъ артеріальное кровотеченіе изъ поверхности разрѣза сросеній на *peritoneum parietale*, то кровоточащее мѣсто приподымаютъ крючкообразнымъ пинцетомъ и перевязываютъ конусъ.

Особенно осторожно слѣдуетъ обращаться съ *кишечными сросеніями*. Если было очень трудно отдѣлить кисту, и если погибла серозная оболочка кишки, то на кровоточащій дефектъ надвигаютъ сосѣднюю серозную оболочку кишки при помощи весьма тонкихъ швовъ. Это бываетъ иногда весьма трудно вслѣдствіе мягкости часто воспаленной или разбухшей серозной оболочки; тѣмъ не менѣе это необходимо сдѣлать. Вшиваемая такимъ образомъ въ кишечникъ продольная складка вполнѣ встѣивается.

Можетъ также случиться, что кишечная стѣнка надрывается или представляется необходимостью въ резекціи части кишки, въ виду нахождения на ней злокачественнаго узла, метастаза. Если имѣется только этотъ единственный метастазъ, значитъ, если послѣ его удаленія можно надѣяться на полное излеченіе, то совершенно оправдывается резекція кишки. Во многихъ случаяхъ полученъ мною и другими авторами безусловно благопріятный результатъ.

При этомъ проводятъ сначала подъ кишкой черезъ брыжейку на концахъ подлежащаго резекціи участка кишки двѣ нитки, которыми кишка сдавливается и приподымается. Послѣ этого окружаютъ весь участокъ стерилизованными марлевыми компрессами такимъ образомъ, что кишечное содержимое не въ состояніи проникнуть въ полость живота. Теперь вырѣзаютъ кишку, 2—3 кровоточащія артеріи брыжейки захватываются пинцетами, маленькимъ ватнымъ комочкомъ, смоченнымъ въ растворѣ сулемы, вытираютъ кишку. При маленькихъ кускахъ, до 10 см., весьма ирраціонально вырѣзать брыжейку клинообразно; лучше стягивать ее швомъ, сближая такимъ образомъ просвѣтъ кишки. Послѣ этого соединяютъ *Lembert'*овскимъ швомъ кишечникъ и опускаютъ его въ брюшную полость. Можно примѣнить и пуговку *Murphy*, что мною было сдѣлано съ большимъ успѣхомъ.

Кровотеченіе изъ *печени* трудно остановить обкалываніемъ. Каждый уколъ иглы служитъ новымъ мѣстомъ кровоточенія, каждая нитка дѣлаетъ новыя отверстія. Въ подобныхъ случаяхъ лучшимъ кровоостанавливающимъ средствомъ является калильный жаръ. Слѣдуетъ избѣгать производства дефектовъ; на нѣкоторое время прикладываютъ *Paquelin*, держа его на 2—3 мм. надъ кровоточащимъ мѣстомъ. Ткань свертывается лучистой теплотой, кровь свертывается въ сосудахъ и кровоточеніе прекращается; если коснуться при этомъ ткани, то струпу плотно пристасть къ *Paquelin*'у и даетъ новую кровоточащую рану.

При экстирпации карциноматознаго желчнаго пузыря я удалилъ кусокъ печени такимъ образомъ, что выжегъ при помощи *Paquelin*'а желобъ въ 1 см., послѣ чего вырѣзалъ въ этомъ желобѣ безкровно при помощи ножа *Paquelin*'а.

При болѣе обширныхъ, кровоточащихъ поверхностяхъ въ *Douglas*'овомъ пространствѣ, которыя при нагноеніи кистъ весьма трудно очистить, я прикладывалъ въ прежнее время іодоформовую марлю и выводилъ конецъ ея черевъ рану живота. Послѣ 6—8 безлихорадочныхъ дней я осторожно вынималъ марлю. Полость заживаетъ окончательно. Конецъ марлевого тампона можно вывести и во влагалище черезъ сдѣланное въ самой нижней части *Douglas*'ова пространства отверстіе. Отверстіе не должно быть слишкомъ малымъ, въ противномъ случаѣ весьма трудно и болѣзненно удаленіе марли. Случая, въ которомъ я могъ бы утверждать, что дренажъ повредилъ, я никогда не наблюдалъ. Но, какъ показалъ опытъ послѣднихъ лѣтъ, дренажъ совершенно лишняя вещь. Кромѣ того, если оставить открытой хотя бы незначительную часть раны, то развитіе брюшной грыжи возможно гораздо скорѣе, чѣмъ при тщательномъ шиваніи.

Если уже до операціи попало въ полость брюшины содержимое кисты вслѣдствіе ея разрыва, если произошло сильное кровоточеніе изъ срощеній, если во время операціи вытекало изъ проросшей или тонкостѣнной кисты ея содержимое, то слѣдуетъ произвести промываніе полости живота. Высушивать необходимо въ особенности почечную область при высокомъ положеніи таза, *Douglas*'ово пространство и *excavatio vesicouterina*. Коллоидныя массы необходимо удалить самымъ тщательнымъ образомъ. При псевдомиксомѣ я удалялъ коллоидъ даже изъ пространства надъ печенью, позади желудка и съ кишекъ и получалъ отличный результатъ.

Промываніе полости брюшины опасно въ виду шока. Безусловно неправильно промывать въ случаяхъ, въ которыхъ въ полость брюшины попалъ гной: при промываніи гной сталъ бы еще болѣе опаснымъ, такъ какъ онъ проникъ бы всюду.

Если киста содержитъ гной, то попаданіе его въ полость брюшины предупреждается компрессами. Если киста почти пустая, то она промывается катетеромъ à double courantъ и вытирается марлевымъ тампономъ, смоченнымъ растворомъ сулемы, и такимъ образомъ дезинфицируется. Лишь послѣ этого

удаляют кисту, избѣгая такимъ образомъ попаданія ея содержимаго въ брюшную полость. Нагноившіяся кисты разрываются часто очень легко.

Попаданіе гноя въ полость брюшины нужно предупреждать еще тщательнѣе, чѣмъ попаданіе содержимаго кистъ; для этого быстро вытираютъ и накладываютъ компрессы вокругъ отверстія въ кистѣ. Къ счастью, гной въ большинствѣ случаевъ стерилень, такъ что не приноситъ никакого вреда: стрептококки погибли уже давно. Но если на брюшину попало небольшое количество гноя съ кокками, то онъ обезвреживается путемъ всасыванія. Если же дезинфекціей и грубымъ обращеніемъ нарушается всасывающая способность брюшины, то гной не всасывается, онъ остается питательной жидкостью для кокковъ, и наступаетъ sepsis. Различные виды гноя представляютъ различную опасность. Совершенно свѣжій гной крайне опасенъ. Это мы знаемъ на основаніи другихъ болѣзней, напр. Appendicitis.

Значитъ, если у больной не имѣлось лихорадки въ теченіе продолжительнаго времени, то предсказаніе благоприятно даже въ томъ случаѣ, если съ брюшиной приходило въ соприкосновеніе громадное количество гноя.

Влагалищная оваріотомія. — Въ виду болѣе благоприятнаго предсказанія при чревосѣченіи черезъ влагалище въ сравненіи съ оваріотоміей черезъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, въ послѣднее время снова стали производить удаленіе яичниковыхъ кистъ черезъ влагалище. Сама мысль не новая, такъ какъ уже *Batley* производилъ кастрацію всегда черезъ задній влагалищный разрѣзъ. Уже въ 1883 году я удалилъ съ успѣхомъ яичниковыя кисты черезъ влагалище, но снова оставилъ этотъ способъ послѣ того, какъ въ одномъ случаѣ получилъ неудовлетворительный результатъ при весьма сильныхъ кишечныхъ срощеніяхъ.

Въ послѣднее время влагалищная оваріотомія защищается главнымъ образомъ *Bumm*'омъ и *Fehling*'омъ. Безусловно вѣрно, что въ простыхъ случаяхъ этотъ способъ представляетъ массу преимуществъ для больной. Вмѣстительство минимальное, влагалищный рубецъ исчезаетъ вполнѣ до неузнаваемости и не даетъ никакихъ разстройствъ. Выздоровленіе идетъ быстро и крайне благоприятно.

Но противъ примѣненія этого способа во всѣхъ случаяхъ говорятъ нѣкоторыя, весьма основательныя причины.

Отверстіе во влагалищѣ невелико, мягкія кисты разрываются при вытаскиваніи или при захватываніи щипцами. Содержимое ихъ попадаетъ въ полость живота. Соединенія съ маткой могутъ быть весьма рыхлыми или слишкомъ ригидными, такъ что киста отрывается и не видно достаточно ясно мѣсто разрыва. Матка иногда весьма тверда, увеличена, не сгибается, такъ что трубный уголъ нельзя сдѣлать доступнымъ глазу. Еще меньшее значеніе имѣютъ поверхностныя срощенія въ *Douglas*'овомъ пространствѣ, которыя весьма легко отдѣлать пальцемъ. Обстоятельство, что киста находится въ *Douglas*'овомъ пространствѣ и не можетъ быть вправлена, говоритъ за перекручиваніе ножки, размягченіе кисты, срощеніе или некрозъ.

Во всякомъ случаѣ я не совѣтую оперировать *per vaginam* кисты, которыя нельзя прощупать въ *Douglas'*овомъ пространствѣ или вдавить ихъ въ это пространство снаружи. Кисты же, выпячивающія *Douglas'*ово пространство, антепонирующія матку, необходимо принципиально оперировать черезъ влагалище. Какъ было уже сказано, предполагаемыя сращения не служатъ еще противопоказаніемъ.

Что касается техники, то является вопросъ, слѣдуетъ-ли дѣлать разрѣзъ спереди или позади матки. Сагиттальный разрѣзъ позади матки безусловно менѣе опасенъ, какъ относительно подобныхъ поврежденій, такъ и кровотеченія. При контролѣ со стороны прямой кишки разрѣзъ можно сдѣлать такой величины, что всю руку удастся ввести въ полость живота. Разрѣзъ спереди, при большей его величинѣ, легко даетъ артеріальное кровотеченіе, грозитъ опасностью для мочеточника и пузыря, какъ прямымъ, такъ и косвеннымъ образомъ—послѣдующимъ рубцовымъ стягиваніемъ. Въ виду этого подобный разрѣзъ слѣдуетъ рекомендовать лишь при маленькихъ, однополостныхъ, сдавливаемыхъ кистахъ. Если былъ сдѣланъ разрѣзъ задней стѣнки влагалища, сагиттально отъ задней маточной губы, то поднимаютъ ткань въ глубинѣ, пока не будетъ вскрыта брюшина. При полномъ сращеніи это можетъ оказаться весьма труднымъ, даже невозможнымъ; въ подобномъ случаѣ ассистентъ вдавливаетъ опухоль снаружи въ тазъ, такъ что въ ранѣ брюшины становится видимой опухоль. Если опухоль сѣраго цвѣта, разорвана, неправильна, то она некротизирована, вслѣдствіе чего, въ виду легкой разрываемости, необходимо быть крайне осторожнымъ. Послѣ этого вводятъ одинъ палецъ, съ цѣлью выясненія существованія сращеній, которыя отдѣляютъ, насколько хватаетъ палецъ. Далѣе дѣлаютъ отверстіе въ кисту и вводятъ въ отверстіе щипцы. Ассистентъ надавливаетъ сверху, операторъ тянетъ снизу и *viribus unitis* киста проходитъ черезъ отверстіе во влагалищѣ. Если это не удастся, то отверстіе увеличиваютъ по возможности и стараются вытащить кисту, захватывая ее на различныхъ мѣстахъ щипцами. Кистой оттягивается и матка, у угла которой киста перевязывается. Если киста отрывается или разрывается, то матку необходимо вывернуть крючками или щипцами. Во всякомъ случаѣ, мѣсто отдѣленія должно быть видно, чтобы имѣть возможность тщательно остановить кровотеченіе. Если имѣются сращения, то проникаютъ пальцами возможно выше и стараются ихъ оттянуть книзу, если они легко отдѣлимы. Сальникъ удается въ особенности легко оттянуть, послѣ перевязки отрѣзать и вправить. Точно такимъ же образомъ поступаютъ и со сросшимися кишечными петлями.

Послѣ этого очищаютъ *Douglas'*ово пространство, вправляютъ матку, отверстіе во влагалищѣ закрываютъ, влагалище тампонируютъ и вводятъ катетеръ въ пузырь.

Всѣ операторы согласны въ томъ, что такую большую всегда необходимо приготовить одновременно и къ лапаротоміи. Если имѣются, напр., плотныя сращения, если киста совершенно разорвана и не можетъ быть

выведена через отверстие во влагалищѣ, если она разрывается или совершенно отрывается, или имѣется сильное кровотеченіе, то, само собою понятно, необходимо весьма быстро произвести лапаротомію. Но я полагаю, что чѣмъ болѣе мы научимся ставить специальное показаніе для влагалищной келіотоміи, тѣмъ рѣже придется измѣнять планъ операціи. Что этимъ не ухудшается предсказаніе, это доказывается многочисленными случаями. Дѣло обстоит такъ, что необходимая здѣсь лапаротомія вовсе не становится опаснѣе вслѣдствіе имѣющейся во влагалищѣ раны!

Неполная и повторная овариотомія.—Если и поставленъ съ увѣренностью діагнозъ злокачественности, срощеній и образованія метастазовъ, тѣмъ не менѣе необходимо сдѣлать попытку удаленія опухоли, исключая случаевъ, въ которыхъ удаленіе кажется невозможнымъ вслѣдствіе кахексіи или величины или разлитыхъ срощеній.

Въ особенности при сильномъ асцитѣ, когда уже безъ того необходимо удалить жидкость, дѣлають подъ самымъ пупкомъ разрѣзъ, въ который вводятъ 1 или 2 пальца. Послѣ выпусканія жидкости брюшные покровы становятся до того подвижны, что пальцемъ удается ошупать всю полость живота. Если находятъ опухоль на ножкѣ, или части опухоли на ножкахъ, то ихъ прямо удаляютъ. Послѣ частичнаго удаленія асцитъ возвращается часто довольно медленно, и большая, хотя и не выздоравливаетъ, но получаетъ настолько значительное облегченіе, что чувствуетъ себя относительно хорошо въ теченіе продолжительнаго времени. А вѣдь и это уже много значить! Если же не удастся обойти опухоль или нельзя найти ножку, то вѣрнѣе всего быстро закрыть полость живота: удается сохранить жизнь болѣе долго, чѣмъ кровавой, серьезной операціей, которая не имѣетъ смысла въ виду того, что нельзя удалить все патологическое.

Совершенно рачіонально также и повтореніе лапаротоміи при новомъ скопленіи асцита и развитіи снова опухолей. Съ одной стороны, послѣ перенесенія операціи у больной снова появляется надежда, что она освобождена отъ опухоли въ животѣ. Съ другой стороны, вслѣдствіе удаленія опухоли и асцита дѣйствительно сохраняется жизнь въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ. Кромѣ того, нѣкоторыя больныя такъ страдаютъ отъ одышки, что согласны на все. Если удаляютъ снова доступныя части папилломы, то этимъ ограничиваютъ образованіе асцита. У одной больной я произвелъ въ теченіе 5 лѣтъ 9 разъ лапаротомію и удалялъ каждый разъ асцитъ и папилломатозныя массы. Послѣ каждой операціи больная оставалась въ постели лишь въ теченіе 10 дней и была въ состояніи, послѣ удаленія асцита, снова работать.

При послѣдующихъ лапаротоміяхъ дѣлають разрѣзъ около стараго рубца; рубцевая ткань хорошо срастается. Если же имѣется очень широкій и валикообразный рубецъ, вслѣдствіе быстраго заживленія при первой операціи, или если образовалась брюшная грыжа, то дѣлають разрѣзъ вокругъ рубца и вырѣзають воронкообразно весь валикообразный рубецъ.

Для получения гладкаго рубца необходимо удалять и пупокъ. Необходимо быть крайне осторожнымъ, такъ какъ весьма часто имѣются сращения съ кишками, которыя легко поранить.

Имѣющіяся случайно паховыя грыжи шиваются, со стороны полости брюшины; если онѣ очень велики, то прибавляютъ еще снаружи матрацный шовъ. Такимъ же образомъ я получалъ выздоровленіе въ случаяхъ *Hydrocele ligamenti rotundi*, при сообщеніи съ полостью живота.

ГЛАВА ДВѢНАДЦАТАЯ.

Болѣзни трубъ. Операции на придаткахъ. Трубная беременность.

А. Анатомія.

Яйцепроводъ, труба (рис. 212) идетъ вверхъ и кнаружи змѣеобразно, какъ будто бы слишкомъ коротка связка, *mesosalpinx*, *ala vesperilionis*. Изъ *sacum uteri* ведетъ узкій воронкообразный *ostium uterinum tubae* въ соединительно-тканную часть, въ *pars uterina tubae*, которая переходитъ черезъ *isthmus*, узкую, лежащую около матки часть, въ *ampullam*. *Ostium abdominale tubae* оканчивается *infundibulo tubae*. Отдѣльные участки не имѣютъ рѣзкихъ границъ. На *infundibulum* имѣются *fimbriae*, изъ которыхъ одна, *fimbria ovarica*, въ видѣ снабженнаго фимбріями желоба, оканчивается на обращенной къ трубѣ поверхности яичника.



Рис 240. Труба, снизу вверхъ; эндотелій брюшины, слой продольныхъ волоконъ (*muscularis*), слой круговыхъ волоконъ. Слизистая оболочка съ цилиндрическимъ эпителиемъ, образующая ворсинки.

Просвѣтъ трубы расширяется воронкообразно кнаружи, покрытъ слизистой оболочкой, не имѣющей ни железъ, ни *submucosa*. Слизистая оболочка покрыта рѣсничнымъ эпителиемъ, съ направленными къ маткѣ рѣсничками. Основная ткань имѣетъ сходство со слизистой оболочкой матки. Рѣсничнымъ эпителиемъ покрыты и фимбріи. Полагаютъ, что рѣсничный эпителий вызываетъ круговоротъ, которымъ вгоняется въ трубу яйцо, вышедшее изъ яичниковаго фолликула.

Надъ слизистой оболочкой находится *muscularis* съ внутреннимъ круговымъ слоемъ, надъ нимъ нѣсколько продольныхъ волоконъ и надъ ними брюшина, соединенная съ *muscularis tubae* при помощи *subserosa*.

Въ соединительнотканной части слизистая оболочка имѣетъ складчатый

видъ; по мѣрѣ приближенія къ устью трубы складки становятся гуще и выше, такъ что въ концѣ концовъ просвѣтъ совершенно выполняется древовидными развѣтвленіями.

Часть широкой связки, которая идетъ отъ конца фимбріи (infundibulum) къ peritoneum parietale, называется ligamentum infundibulo-pelvicum. На концѣ фимбріи находится часто «конечная гидатида», которую считаютъ за конецъ Müller'овскаго хода, по Waldeyer'у за вторично образовавшійся слѣпой мѣшокъ, по Kölliker'у за лимфангіэктазію, т. е. за нѣчто патологическое. Нерѣдко имѣется нѣсколько гидатидъ, которыя прободаютъ мѣстами ala vesperilionis и висятъ между трубой и яичникомъ.

Труба снабжается вѣтвью art. spermaticae, которая идетъ къ ampulla, другая вѣтвь идетъ къ яичнику, главная вѣтвь къ маткѣ, гдѣ анастомозируетъ съ art. uterina. Вены—plexus pampiniformis—тоже лежатъ между пластинками mesosalpinx, ala vesperilionis.

Въ началѣ развитія труба прямая, въ послѣдніе мѣсяцы внутриутробной жизни сильно извилистая, во внѣутробной жизни снова болѣе прямая. По Freund'у, сильная извилистость въ старческомъ возрастѣ указываетъ на остановку въ зародышевомъ состояніи. Съ этимъ состояніемъ Freund ставитъ въ связь задержку отдѣленія, частичное кистовидное расширение и трубную беременность. По Nagel'ю этотъ взглядъ неправиленъ.

Долгое время спорили о томъ, проходима-ли труба для жидкостей или нѣтъ. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что на трупахъ, можно безъ особо сильнаго давленія и не прижимая шейку матки особенно сильно къ капсулѣ шприца, выпрыснуть жидкость изъ cavum uteri въ трубу. Хотя Döderlein заявляетъ, что красящія вещества, выпрыснутыя имъ до полной экстирпаціи въ матку, и проникаютъ въ трубѣ до конца фимбріи, тѣмъ не менѣе мало вѣроятно, чтобы примѣняемые при леченіи ѣдкіе, раздражающіе, свертывающіе слизь медикаменты, попадали въ трубу при произведенномъ lege artis впрыскиваніи въ матку. Съ другой стороны понятно, что при грубомъ насиліи все возможно, и дѣйствительно, имѣется нѣсколько научно засвидѣтельствованныхъ случаевъ, въ которыхъ выпрыснутыя въ матку жидкости были констатированы въ трубѣ и при вскрытіи на брюшинѣ. Мнѣ никогда не удавалось зондированіе ostii uterini маточнымъ зондомъ, даже на вырѣзанной маткѣ. Никогда не наблюдалъ я и расширеній ostii uterini. Но легко возможно, что напр. при искаженномъ міомой ostium uterinum или же lateroversio uteri зондъ проникнетъ въ трубу.

Упоминаемые столь часто перитониты послѣ внутриматочныхъ выпрыскиваній развивались, по всѣмъ вѣроятіямъ, вслѣдствіе того, что раньше существовалъ ruosalpinx, и что при этой манипуляціи вышелъ гной изъ снабженнаго фимбріями конца.

При тонкихъ брюшныхъ покровахъ труба прощупывается при комбинированномъ изслѣдованіи въ видѣ круглаго тяжа, катающагося между концами пальцевъ.

В. Пороки развитія.

При порокахъ развитія матки было уже упомянуто, что при рудиментарномъ развитіи женскихъ половыхъ органовъ труба можетъ или совершенно отсутствовать, или представляться въ видѣ твердаго тяжа. Наблюдается и врожденная атрезія, по крайней мѣрѣ, у нерожавшихъ находятъ иногда небольшой Hydrosalpinx, причемъ у конца съ фимбріями нѣтъ и намековъ на воспаленіе и не имѣется остатковъ фимбрій.

Кромѣ нормальнаго отверстія наблюдаются еще такъ называемыя придаточныя отверстія (рис. 241). Часто находится подобное отверстіе у перегиба подь прямымъ угломъ, такой-же величины, какъ и конечное отверстіе. Но встрѣчаются и совершенно маленькія отверстія, изъ которыхъ выходятъ фимбріи. Если ворсинки на ножкахъ, то мы имѣемъ скорѣе дѣло съ придаточными трубами, чѣмъ съ придаточными отверстіями.

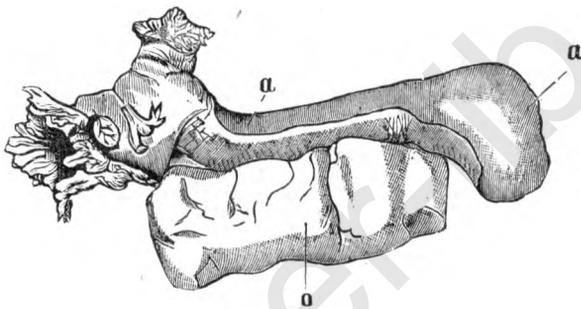


Рис. 241. Труба съ двумя отверстіями, съ рудиментарными придаточными трубами: а—труба, о—яичникъ.

С. Воспаленіе трубъ. Pyosalpinx ¹⁾.

Если исключительно на основаніи «болей и дисменоррей» приходится дѣлать пробную лапаротомию, то мы находимъ часто трубу интенсивно краснаго цвѣта, утолщенной, удлиненой и вслѣдствіе этого болѣе извилистой. Во всѣхъ частяхъ, и въ *ala vespertilionis*, сосуды расширены и весьма богаты кровью. Если выдавливать экстирпированную трубу, то получается небольшое количество катаррального отдѣленія. Слизистая оболочка гиперемирована. Кровяныя точки, по всѣмъ вѣроятіямъ, недавняго происхожденія, обусловленныя застоємъ при перевязкѣ. Я не могу дать хорошаго объясненія этой, во всякомъ случаѣ, хронической гипереміи всей трубы.

¹⁾ *Klob*, Pathol. Anatomie der weibl. Sexualorgane. 1864.—*Rokitansky*, Lehrb. der patholog. Anatomie, 3 изд. III, стр. 444, 1861.—*O. Hennig*, Krankheiten d. Eileiter. 1876.—*Bandl*, въ Handbuch d. Frauenkrankheiten, стр. 579.—*Martin*, Krankheiten d. Eileiter. 1895; Z. f. G. XIII, стр. 298; *Volkman's Vortr.* 343.—*Veit*, Die Eileiterschwangerschaft, 1884.—*Orthmann*, Virchow's Arch. CVIII, стр. 165; Festschrift für A. Martin, 1895, стр. 118; C. f. G. 1889, стр. 46; C. f. G. XVI, стр. 174.—*Werth*, A. f. G. XXXV, стр. 505.—*W. A. Freund*, C. f. G. 1888, стр. 858; *Volkman's Vortr.* 323.—*Kossmann*, A. f. G. XXIX, стр. 253; M. f. G. I.—*Chiari*, A. f. Heilkunde 1887, стр. 457.—*Kehrer*, Beitr. z. klin. u. exper. Geburtshunde, H. 2, 1887.—*Rosthorn*, A. f. G. XXXVII, 337, C. f. G. 1894. 1150.—*Wertheim*, Volkman. Vortr. 100.—*Landau*, A. f. G. XLI, 1; XLVI, 397.

Не подлежит, во всякомъ случаѣ, сомнѣнію, что мы не имѣемъ дѣла съ нервными, инфекціонными вліяніями. Значеніе можетъ быть имѣть половое раздраженіе вслѣдствіе онанизма.

Легко понять инфекціонный эндосальпингитъ, такъ какъ съ эндометріа попадаютъ кокки въ трубу и черезъ нее въ полость брюшины. Такимъ образомъ можетъ развиваться смертельный, общій, септический перитонитъ. Такимъ путемъ погибло много женщинъ въ доантисептическомъ періодѣ при леченіи прессованными губками, вообще послѣ внутриматочныхъ манипуляцій. При этомъ труба представляется снаружн и снутри темной, часто синебагроваго цвѣта. Въ ней находится небольшое количество жидкаго гноя, причеиъ конецъ съ фимбріями не закрытъ. Труба мѣстами расширена.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что ихорозный или весьма опасный стрептококковый эндометритъ можетъ вести къ общему молніеобразному перитониту.

И наоборотъ, при пuerperальномъ общемъ, гнойномъ перитонитѣ нагноеніе можетъ перейти съ брюшины въ трубу черезъ стѣнку послѣдней. Труба покрывается снаружн и снутри гноемъ, фолликулы яичника превращаются въ абсцессы, развивается размягченіе, putrescentia ovarii старыхъ авторовъ.

Присоединяющійся къ грязному внутриматочному леченію или къ лихорадочному послѣродовому періоду сальпингитъ можетъ также ограничиться. Инфицирующіе кокки обладаютъ иногда менѣ

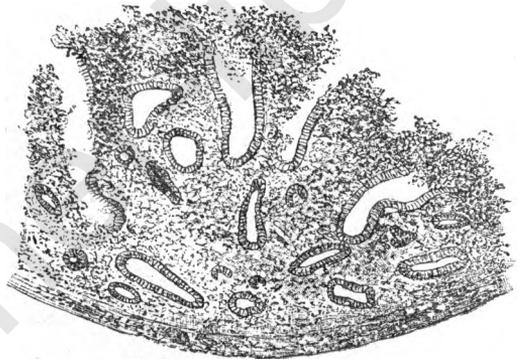


Рис. 242. Endosalpingitis.

сильной впрулентностью и ведутъ лишь къ Endosalpingitis, который лишь постепенно переходитъ на стѣнку и ведетъ къ закрытію конца съ фимбріями.

Смотря по свѣжести процесса, валики и фимбріи представляются сильно утолщенными, инфильтрованными, пронизанными геморрагіями и лишенными эпителия. Или ворсинки сморщены, истончены, атрофированы, могутъ даже исчезать совершенно, такъ что имѣется гладкая полость, наполненная гноемъ.

Такимъ образомъ развивается *pyosalpinx* или, по *Martin'y*, *sactosalpinx purulenta*. Она развивается въ случаяхъ, въ которыхъ гной не можетъ выдѣляться. Закрытие происходитъ не только на концѣ съ фимбріями, который срастается иногда и съ окружающими частями, но и въ отдѣльных частяхъ трубы, которыя отдѣлены другъ отъ друга угломъ перегиба. Такимъ образомъ развивается четкообразная форма (рис. 243), нѣсколько абсцессовъ, соединенныхъ между собою узкими мѣстами. При

сморщиваніи mesosalpinx можетъ получиться и одна, круглая, кистовидная опухоль.

Труба превращается иногда въ гладкую, упругую трубку, въ 3—5 см. въ діаметрѣ.

Утолщенная труба проникаетъ внизъ обыкновенно позади матки. Здѣсь она приростаеъ, такъ какъ Endosalpingitis превращается въ Perisalpingitis или, можетъ быть, вслѣдствіе того, что уже раньше существовалъ pelveoperitonitis—Douglasitis. Но труба можетъ оказаться фиксированной сбоку вслѣдствіе утолщенія, воспаления, неподвижности связокъ. Въ одномъ случаѣ я нашелъ ruosalpinx спереди матки, приросшіи къ послѣдней. На наружной поверхности имѣются обыкновенно маленькія, красноватая пленки: Perisalpingitis вслѣдствіе эндосальпингита.

Иной разъ изъ гипертрофированнаго яичника, ruosalpinx, окруженнаго многочисленными ложными перепонками, склеившихся appendices epiploicae и сросшенныхъ участковъ кишекъ образуется цѣлый конгломератъ. Ruosalpinx приходится отдѣлить отъ угла перегиба S. Romanum, отъ прос.

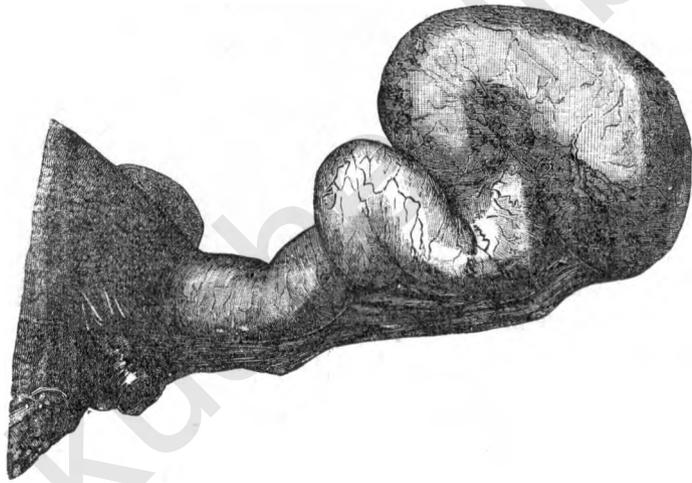


Рис. 243. Sactosalpinx purulenta.

vermiformis, отъ приросшей, совершенно неправильной вслѣдствіе ложныхъ перепонокъ матки. Въ другихъ случаяхъ находится гной—абсцессъ—отчасти въ трубѣ, отчасти рядомъ съ нею. Конецъ съ фимбриями представляется вздутымъ и оканчивается въ ложныхъ перепонкахъ, окружающихъ абсцессъ, или въ собственно абсцессъ. Фимбрии разбухши, отечны, ярко-краснаго цвѣта. Гной образовалъ абсцессъ, стѣнки котораго образуются паріетальной брюшиной, сросшимися тонкими кишками, частью толстой кишки, appendices epiploicae, маткой, маточными связками, яичникомъ, трубой или расширеннымъ концомъ послѣдней. Стѣнка утолщена, но совершенно неправильна, такъ что участки толщиной въ 1 мм. смѣняются утолщеніями въ 1—2 см. Тонкія мѣста разрываются при давленіи.

Гной изъ pyosalpinx въ большинствѣ случаевъ вовсе не содержитъ кокковъ, такъ какъ вслѣдствіе продолжительнаго существованія процесса кокки успѣли погибнуть и исчезнуть. Изъ числа кокковъ встрѣчаются чаще всего: гонококки, рѣдко въ смѣси съ другими кокками, стрептококки, стафилококки. Были находимы и actinomyces, бактерии туберкулеза, пневмококки, bacterium coli (срощенія съ кишками!).

Болѣе всего извѣстенъ туберкулезъ ¹⁾ трубы. Туберкулезъ бываетъ какъ идиопатическій, такъ и вслѣдствіе перехода съ брюшины. Двухсторонній туберкулезъ трубы можетъ достигнуть громаднхъ размѣровъ. Я экстирпировалъ два трубныхъ мѣшка, наполненныхъ творожистыми туберкулезными массами; стѣнки имѣли въ длину 20 см., въ діаметрѣ 15 см. Но наблюдаются и маленькія опухоли и конгломераты съ свѣжими язвенными процессами. Внутренняя стѣнка трубы была покрыта бугорками, а также и внутренняя поверхность приросшаго яичниковаго абсцесса. Salpingitis isthmica nodosa бываетъ какъ туберкулезнаго, такъ и перелойнаго характера. Обѣ формы не отличаются другъ отъ друга макроскопически; можетъ быть, какъ и при туберкулезѣ пузыря у мужчинъ, остатки перелоя служатъ предварительнымъ стадіемъ туберкулеза.

Въ настоящее время всѣми признается, что большая часть піосальпингитовъ обуславливается трипперной инфекціей. Острый перелой уже давно прошелъ, но обусловленные имъ патологическія измѣненія продолжаютъ въ формѣ pyosalpinx. Ruergonium и перелой дѣйствуютъ тутъ вмѣстѣ, такъ какъ послѣ выкидыша или родовъ открыты родовые пути снизу вверхъ. Точно такимъ же образомъ проникаетъ перелой кверху при внутриматочномъ леченіи.

При этомъ mesosalpinx часто сильно утолщенъ, пронизанъ затвердѣніями и абсцессами. При насильственномъ вылушеніи подобной опухоли, схожей съ pyosalpinx, она можетъ лопнуть и гной попадаетъ въ окружающія части.

При такъ называемомъ *Salpingitis isthmica nodosa*, о которомъ мы только что упомянули, виднѣется у маточнаго угла, а также на днѣ, бѣлый узелъ, въ видѣ маленькой фибромы. Подобныя же узловатыя утолщенія, до 3 см., находятся и на протяженіи трубы. Твердая масса узловъ образуется мышечною тканью, въ которую, на-подобіе железъ, вѣдряется эпителий слизистой оболочки. Весьма возможно также, что въ случаяхъ, въ которыхъ имѣется лишь одинъ узелъ въ маточномъ углѣ, мы имѣемъ дѣло съ начинающейся аденоміомой (*Recklinghausen*). Связь этихъ двухъ процессовъ необходимо выяснитъ дальнѣйшими изслѣдованіями. Во всякомъ случаѣ, въ пользу воспалительнаго характера говорить то, что эти узлы на мѣстѣ отхожденія трубы отъ матки могутъ постепенно исчезать.

¹⁾ Hegar, Genitaltuberculose. 1886; Deutsche med. W., 1897, 45.—Heilberg въ Intern. Beitr. zur wissenschaft. Medicin. 1891, стр. 259.

Hydrosalpinx.

По моимъ наблюденіямъ Hydrosalpinx встрѣчается столь же часто, какъ и Ruosalpinx. Конецъ съ фимбріями при этомъ закрытъ. Фимбріи обыкновенно исчезаютъ совершенно, стѣнка трубы дѣлается тонкой, перепончатой, черезъ нее просвѣчиваетъ прозрачное содержимое. Всегда существуютъ слѣды периметрита въ тазу. Процессъ необходимо себѣ представить такимъ образомъ, что первымъ явленіемъ былъ пуэрперальный или перелойный пельвеоперитонитъ, вслѣдствіе чего произошла атрезія трубы, послѣдствіемъ чего явилась задержка нормального, свободного отъ бактерій отдѣленія и развитіе ретенціонной кисты. Отдѣленіе можетъ вытекать періодически черезъ матку (*hydrops tubae profluens*). Остатки первичнаго пельвеоперитонита могутъ исчезнуть, остается лишь склеиваніе конца съ фимбріями. Но и при ruosalpinx я наблюдалъ въ нѣсколькихъ случаяхъ періодическое вытеканіе гноя, въ особенности при давленіи на опухоль.

Анамнезъ указываетъ часто на перелой и *pelveoperitonitis in puergerio*. Перелой распространился не внутриматочно, а снаружи матки по лимфатическимъ сосудамъ. Между тѣмъ какъ при ruosalpinx первично развивается *Endometritis* и *Endosalpingitis*, вторично—*pelveoperitonitis*, здѣсь представляется первичнымъ *perimetritis*, а вторичнымъ—закрытіе конца съ фимбріями и задержка отдѣленія трубы. Hydrosalpinx можетъ остаться и послѣ внѣматочной беременности.

Hydrops tubae зачастую не измѣняется въ величинѣ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ. Въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ дѣло съ кистами, величиной въ апельсинъ; но описаны также случаи кистъ, величиною въ голову взрослого. У большихъ кистъ стѣнка совершенно гладкая. По моему еще вовсе не доказано, что *Hydrops tubae* можетъ быть послѣдствіемъ первичнаго эндосальпингита, т. е. конечнымъ продуктомъ катаральнаго воспаленія слизистой оболочки трубы. Катартъ оканчивается выздоровленіемъ безъ глубокихъ разрушеній и не переходитъ въ нагноеніе; въ противномъ случаѣ развился бы ruosalpinx. Во всякомъ случаѣ *hydrops* не можетъ быть концомъ нагноенія. Жидкое содержимое всасывается, сгущенное остается, а не наоборотъ.

Haematosalpinx.

О haematosalpinx вслѣдствіе застоя крови и विकарирующихъ кровотоchenій при гинатрезіяхъ нами было уже упомянуто. Маленькія точечныя кровотоchenія наблюдаются и при воспаленіи. Мнѣ приходилось неоднократно наблюдать въ трубахъ, удаленныхъ во время менструаціи, маленькія кровоизліянія, которыя были слишкомъ стары, чтобы служить выраженіемъ застоя во время удаленія. Настоящій haematosalpinx, большое кровоизліяніе въ трубу, весьма рѣдкое явленіе. Въ прежнее время, когда трубная беременность была еще мало извѣстна, многіе случаи послѣдней сходили

за haematosalpinx. Но совершенно отвергать ихъ существованіе тоже нельзя: мнѣ пришлось оперировать весьма подвижную, величиною въ кулакъ кровяную кисту трубы, въ которой кровь представлялась сгущенной и плотной; ножка была перекручена. Микроскопическимъ изслѣдованіемъ нельзя было констатировать остатковъ плоднаго яйца. Въ виду этого происхожденіе процесса можно себѣ представить такимъ образомъ, что hydrops tubae на ножкѣ вслѣдствіе перекручиванія послѣдней и застоя повелъ къ haematosalpinx такимъ же образомъ, какъ это пришлось намъ наблюдать при перекручиваніи ножки у яичниковыхъ опухолей. Содержимое hydrosalpinx принимаетъ нерѣдко буроватый цвѣтъ, можетъ быть вслѣдствіе примѣси менструальной крови.

Течение и предсказаніе.—Лихорадочныя воспаленія трубъ сопровождаются болями перитонического характера. Участіе брюшины, *pelvoperitonitis*, становится яснымъ изъ анатомическаго описанія. Участіе трубы можно подозрѣвать по усиленію болей послѣ coitus, напряженій, по локализации болей на обѣихъ сторонахъ, по переходу ихъ справа налѣво, потугообразному нерѣдко характеру, усиленію болей во время и послѣ менструаціи. По прошествіи нѣсколькихъ лѣтъ, подѣ влияніемъ какого-либо инсульта, или безъ него, можетъ возобновиться лихорадка. Разрывъ стараго гнойнаго мѣшка съ послѣдующимъ общимъ гнойнымъ воспаленіемъ брюшины явленіе весьма рѣдкое, хотя и наблюдается иногда напр. послѣ травмы. При остромъ стрептококковомъ эндометритѣ можетъ молніеобразно развиваться смертельный перитонитъ вслѣдствіе перехода процесса по трубѣ. Обыкновеннымъ послѣдствіемъ сальпингита является безплодіе, которое, однако, можетъ исчезнуть съ прекращеніемъ воспаленія.

Сюда присоединяется еще влияніе на общее состояніе. Постоянныя боли ведутъ къ истеріи, отсутствіе движеній, боли при испражненіи—къ запорамъ, диспепсія—къ уменьшенію введенія пищи, послѣднее къ анэміи, исхуданію, нервности и кахексіи. Часто выступаютъ на первый планъ желудочныя симптомы, рвота и отсутствіе аппетита; характерными представляются въ особенности боли при coitus (*dyspareunia*). Коликообразныя боли указываютъ на попытки трубы удалить содержимое.

Что касается предсказанія, то нельзя сказать ничего опредѣленнаго. Смертельный исходъ при запущеніи этихъ случаевъ наблюдается довольно рѣдко. Но зато нерѣдко наблюдается продолжительное хвораніе съ исходомъ въ истощеніе. При *Salpingitis podosa* можетъ наступить выздоровленіе. У одной молодой больной я оставилъ, послѣ удаленія *ruosalpinx* на одной сторонѣ, большой узелъ на другой сторонѣ, около самой матки. По прошествіи 1 ½ лѣтъ наступили роды; не было болѣе и слѣдовъ опухоли.

Диагнозъ.—Совершенно неосновательно считать каждую болѣзненность и опухоль вблизи матки, въ области трубы, за *ruosalpinx*, какъ это дѣлается въ настоящее время столь часто.

Опухоль придатка необходимо отграничить, опуханіе трубы, „*Sactosalpinx*“, и рѣзко ограниченный яичникъ необходимо ясно ощупать.

Узелъ *isthmi* можно нерѣдко ясно прощупать у верхняго угла матки при помощи комбинированнаго изслѣдованія. Опухоль придатка хотя и прилежитъ къ влагалищу, но не очень близко. Колбасовидно-утолщенная труба прощупывается нерѣдко въ видѣ цилиндрической, четкообразной опухоли. Въ другихъ случаяхъ опухоль не имѣетъ никакого сходства съ трубой, а совершенно неправильная, но во всѣхъ случаяхъ имѣется хотя бы незначительная подвижность, такъ что возможны смѣщенія. Во всякомъ случаѣ не всегда удается, даже подъ наркозомъ, дифференціальныи діагнозы между экссудатомъ и опухолью придатка.

Громадное значеніе имѣетъ анамнезъ: возможность, вѣроятность или положительность перелоа, какъ начальная причина, а также и обстоятельство, что воспаленіе присоединилось къ внутриматочному леченію, къ выкидышу или къ лихорадочному послѣродовому періоду значительно облегчаетъ діагнозъ. Неоднократно было указываемо на діагностическое значеніе коликообразныхъ болей.

Pyosalpinx и *Hydrosalpinx* трудно отличить при однократномъ изслѣдованіи, легко—при продолжительномъ наблюденіи. *Pyosalpinx* то увеличивается, то уменьшается. *Hydrosalpinx*, напротивъ, остается безъ измѣненій не только мѣсяцами, но и въ теченіе 5—10 лѣтъ. Невзирая на исчезаніе перитонитической чувствительности къ давленію и всѣхъ симптомовъ, находятъ годами неизмѣнную картину. Въ подобномъ случаѣ мы безусловно не имѣемъ дѣла съ гноемъ.

Леченіе.—Консервативное леченіе воспалительныхъ болѣзней трубъ совпадаетъ съ леченіемъ пельвеоперитонита. Понятно, что при трудной доступности трубъ, при отдаленности отъ наружныхъ покрововъ и влагалища, немислимо непосредственное воздѣйствіе.

Первымъ долгомъ необходимо испытать старое противовоспалительное леченіе. При сильныхъ боляхъ значительное и быстрое облегченіе дадутъ покой, пузырь со льдомъ, согрѣвающие компрессы, опій. Хорошія услуги оказываетъ также кровопусканіе путемъ скарификацій *portionis*, но оно должно производиться весьма осторожно, безболѣзненно, при помощи весьма узкаго зеркала. Весьма часто приходится наблюдать исчезаніе острыхъ воспаленій при примѣненіи покоя.

Въ подострыхъ и хроническихъ случаяхъ леченіе одинаково начинаютъ съ антифлогоза. Сюда относится и опорожненіе кишечника, легкая діета, воздержаніе отъ *coitus*, покой въ постели, въ послѣдствіи полныя и сидячія ванны съ послѣдующимъ покоемъ въ постели, глицериновые тампоны съ ихтіоломъ, борной кислотой, іодомъ или квасцами. Въ послѣднее время особенно рекомендуется леченіе отягощеніемъ. Понятно, каждое новое предложеніе принимается охотно, такъ какъ получаемые при старомъ леченіи успѣхи мало удовлетворительны.

Сначала тщательно очищаютъ влагалище. Послѣ этого вводятъ во влагалище кольпейринтеръ. Введеніе его совершенно безболѣзненно достигается слѣдующимъ образомъ: на горлышко бутылки, содержащей ртуть,

надѣваютъ трубку кольпейринтера. Послѣ этого поднимаютъ бутылку и медленно впускаютъ ртуть въ кольпейринтеръ. Какъ только больная чувствуетъ боль, немедленно останавливаются или выпускаютъ часть ртути. Достаточно 500—1000 грм. Ножной конецъ постели поднимаютъ на 30 см., такъ что тяжесть ртути дѣйствуетъ на дно таза. Послѣ этого снова выпускаютъ часть содержимаго и накладываютъ на животъ мѣшокъ съ дробью, максимумъ въ 2 кгр. Мѣшокъ долженъ помѣщаться отъ симфиза до пупка.

Это леченіе можно продолжать днемъ и ночью, но хорошій результатъ получается уже при примѣненіи въ теченіе 3—4 часовъ; замѣчательно быстрое улучшеніе субъективныхъ жалобъ. Иногда наблюдается лихорадка, даже весьма сильная. Это доказываетъ, что имѣется гной, всасыванію котораго способствуетъ давленіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ леченіе оказывается мало пригоднымъ. Если только возможно, то всегда необходимо удалить гной.

Въ промежуткахъ этого леченія, напр. утромъ и вечеромъ, примѣняютъ горячія спринцеванія. На ночь вкладываютъ глицериновый тампонтъ.

При этомъ способѣ леченія необходимъ строгій надзоръ со стороны врача. Часто приходится послѣ 3—4 спринцеваній прервать леченіе вслѣдствіе лихорадки или болей, но во многихъ случаяхъ получаются дѣйствительно замѣчательные результаты. Эксудаты или остатки эксудатовъ, не поддававшіеся никакому леченію, исчезаютъ при леченіи горячими спринцеваніями по прошествіи 3—4 недѣль. Если больная хорошо переноситъ спринцеванія, то манипуляцію можно повторять даже 2 раза въ день. Но послѣ каждаго спринцеванія больная должна оставаться въ постели въ теченіе двухъ часовъ, закрытая одѣяломъ.

Изъ описанія леченія ясно вытекаетъ, что оно кропотливо, скучно и правильно исполнимо лишь въ лечебномъ заведеніи.

Неспособность къ физическому труду продолжается годами. Обостренія, вслѣдствіе которыхъ больнымъ приходится ложиться на нѣсколько мѣсяцевъ въ больницу, все-таки наступаютъ, хотя иногда черезъ большіе промежутки времени. Что въ концѣ концовъ, при неспособности къ тѣлесному и умственному труду, присоединяется отчаяніе, неспособность къ заработку и т. д., извѣстно каждому больничному врачу или врачу для бѣдныхъ.

Но что многія изъ этихъ больныхъ погибаютъ отъ острой болѣзни, находящейся въ непосредственной связи съ основною болѣзью, безусловно невѣрно. Стоитъ только спросить патолого-анатомовъ, часто-ли бываетъ смертельный перитонитъ причиной смерти при старыхъ опухоляхъ придатковъ. Подобные прободные перитониты или острия ихорозныя распадѣнія съ sepsis наблюдаются крайне рѣдко.

Значитъ, совершенно невѣрно, если мы станемъ пугать больную тѣмъ, что ея хроническое страданіе поведетъ или можетъ вести къ быстрой

смерти. Но совершенно правильно будетъ, если мы сообщимъ больной, что выздоровленія можно ожидать лишь по прошествіи продолжительнаго леченія.

Понятно, что въ данномъ случаѣ леченіе зависитъ не мало отъ соціальнаго положенія больной. Если богатая больная исполняетъ всё ея такъ наз. обязанности, если она лежитъ на диванѣ, читаетъ романы, разъѣзжаетъ по курортамъ, причѣмъ самый большой съ ея стороны трудъ состоитъ въ участвованіи въ обѣдѣ и пр., если она въ состояніи при появленіи боли лечь въ постель, приглашаетъ врача, который навѣщалъ бы ее каждый день, давалъ бы ей указанія—зачѣмъ такой больной подвергаться серьезной операціи? Зачѣмъ врачу уговаривать больную на операцію, не имѣя даже возможности общать навѣрняка полное выздоровленіе, тѣмъ болѣе, что, хотя и въ далекомъ будущемъ, возможно выздоровленіе и безъ операціи?

Если, однако, мы имѣемъ дѣло съ больною, которой приходится исполнять тяжелый физическій трудъ, но которая изъ-за своего недуга вовсе не способна на это, которая должна работать, чтобы не умереть съ голода, если такая больная, подвергаясь все новымъ болѣзненнымъ приступамъ, проходить по всѣмъ больницамъ, гдѣ вслѣдствіе покоя и «леченія» достигается незначительное улучшеніе, если больная не имѣетъ возможности зарабатывать или пользоваться удовольствіями, если она какъ неспособный ни къ чему элементъ всѣми обижается, не въ состояніи выйти замужъ, если испытываетъ постоянно сильную боль, если эти боли ей постоянно напоминаютъ несчастное ея положеніе, то подобная больная съ радостью согласится на операцію, если ей общаютъ при этомъ излеченіе! Но больныя полагаютъ, и ихъ, къ сожалѣнію, въ этомъ убѣждаютъ многіе гинекологи, что дѣло обстоитъ какъ при испорченномъ зубѣ: больное удалено —прекращаются боли! Значеніе имѣютъ лишь здоровье, возможность работать! Бракъ, будущность, потомство, все это забыто въ данную минуту. Что знаетъ такая больная о маткѣ и яичникахъ, о значеніи этихъ органовъ для тѣла и души? Если ей общаютъ выздоровленіе, то она согласна на всякую операцію.

Такъ какъ въ общемъ больше бѣдныхъ, чѣмъ богатыхъ женщинъ, то и страдающихъ *ruozaripx* больше среди бѣдныхъ, и операція будетъ у нихъ произведена болѣе часто, конечно, если врачъ настолько сангвиникъ, что общаетъ вѣрное излеченіе. Значитъ, возможность производства операціи удаленія придатковъ весьма частая. Въ виду этого вовсе не удивительно, что въ настоящее время сообщается о сотняхъ оперированныхъ случаевъ, между тѣмъ какъ 10 лѣтъ тому назадъ лечили исключительно выжидательнымъ способомъ.

Если же наблюдать за оперированными годами, то оказывается, что удаленіе воспаленныхъ придатковъ не всегда возвращаетъ полное здоровье. Даже если вокругъ кюльты не образуется новаго экссудата, которымъ вызываются такія же или еще болѣе сильныя боли, то преждевременное, насиль-

ственное наступленіе менопаузы иногда до того отравляет жизнь, что многія оперированныя считаютъ прежнее свое состояніе болѣе сноснымъ. И какъ часто остаются боли и воспаленіе! Сначала обвиняли въ этомъ шелкъ. Что при неряшливомъ оперированіи могутъ оставаться отдѣльные кокки, это весьма понятно. Шелковыя нити могутъ годами служить центромъ для нагноеній. Развиваются свищи въ сторону живота, влагалища, даже въ сторону кишекъ и мочевого пузыря. Изъ извилистаго канала почти невозможно удалить шелковую нитку. Если до операции больная была неспособна къ труду, то теперь тѣмъ болѣе. Въ виду этого при подобныхъ операціяхъ не слѣдуетъ употреблять шелкъ, въ особенности для погружныхъ швовъ.

Но и при употребленіи кэтгута остаются экссудаты, болѣзненные рубцы. Кромѣ того, послѣ вырѣзанія трубъ вовсе не исчезаютъ бѣли, гнойный эндометритъ.

Въ виду этого я пришелъ къ заключенію, что причиной экссудата является не матеріалъ для шва, а остатокъ трубы. При типичной операціи придатка остается большой кусокъ трубы—интерстиціальная часть, но она можетъ быть и удалена. Вслѣдствіе этого я вырѣзалъ и интерстиціальную часть трубы. При узлѣ Salpingitis nodosa, у маточнаго угла, это было понятно, но я старался принципиально удалить всю трубу, такъ что матка получала трехугольную форму съ верхушкой кверху. Но и этимъ способомъ не удалось улучшить предсказаніе *quoad valetudinem completam*. Въ виду этого совершенно логично, что шли еще дальше. Въ концѣ концовъ я сталъ оперировать по способу, который я примѣнялъ и при злокачественныхъ опухоляхъ яичника (рис. 239), и который совершенно идентиченъ съ моимъ препарирующимъ удаленіемъ міомъ матки. На мой взглядъ является въ извѣстномъ смыслѣ выгоднымъ примѣнять одну и ту же операцію для различныхъ болѣзней.

Многіе операторы (*Landau, Schauta*) предпочитаютъ полную экстирпацію. Придатки безъ матки одинаково мало значать, какъ и матка безъ придатковъ. Послѣ удаленія придатковъ матка все равно, что мѣшающее инородное тѣло, которое лишь препятствуетъ полному выздо-

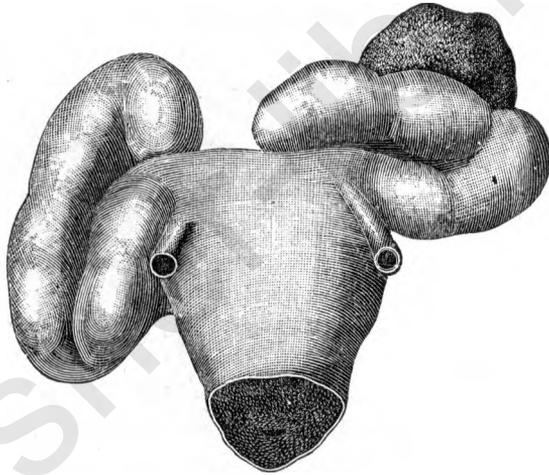


Рис. 244. Препаратъ, полученный при помощи моей операціи придатковъ.

ровленію. Я экстирпировалъ матку, сверху или снизу, или при первой операціи, или, если боли не прекращались, при второй, повторной. Цѣль моя была—предупредить возможность развитія случайностей. Все что можно было сдѣлать, это удаленіе всѣхъ половыхъ частей. Хотя при подобномъ способѣ дѣйствія и не получались блестящіе результаты, но нельзя было и утверждать, что радикальное оперативное леченіе всегда должно вести къ выздоровленію.

Матка достижается лучше всего снизу, трубы—сверху. Если желаютъ удалить то и другое, то приходится начинать какъ сверху, такъ и снизу. Кто принципиально удаляетъ всю матку, тотъ инстинктивно станетъ оперировать со стороны влагалища. Кто, однако, еще не убѣжденъ, удалить ли только трубные мѣшки и оставить матку, тотъ начнетъ операцію сверху. Но для меня ясно, что трубные мѣшки, кишечныя сращения, топографическія условія воспалительныхъ продуктовъ яснѣе всего при оперированіи со стороны живота.



Рис. 245. *Pyosalpinx dextra*, *a* лѣвая, *d* правая широкая связка, *b* лѣвая *Douglas'*ова складка, *e* прямая кишка, отъ матки къ прямой кишкѣ тянется широкое сращеніе, на которомъ фиксированы яичникъ и труба.

Техника абдоминальной операціи придатка.—Абдоминальную операцію слѣдуетъ производить при высокомъ положеніи таза и послѣ тщательнаго опорожненія кишечника.

Послѣ вскрытія живота отдѣляются сначала пальцемъ склеенныя кишки или салъникъ. Сросшаяся часть салъника перевязывается и резецируется, а также утолщенные, грубыя, отдѣленныя отъ опухоли *appendices epiploicae*. Послѣ этого ориентируются глазомъ, потомъ ощупываніемъ о величинѣ, прикрѣпленіяхъ или сращеніяхъ опухоли придатка. Рукой входятъ за опухоли и вкладываютъ по тыльной поверхности руки нѣсколько салфетокъ, дабы гной, если онъ потечетъ, не попалъ на кишки, ибо операторъ не въ силахъ задержать выходеніе гноя. Если гнойныя кисты или наполненныя гноемъ трубы находятся глубоко въ *Douglas'*овомъ пространствѣ,

то ихъ необходимо вытащить. До этого не слѣдуетъ подымать матку. Часто большая часть гнойнаго мѣшка снабжена до того тонкими стѣнками, что уже при слабомъ давленіи начинается выходненіе гноя, причеиъ гной вытекаетъ широкой струей между пальцами руки и попадаетъ на кишки. Почти во всѣхъ случаяхъ гной стерильный, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда оперируютъ принципиально лишь по простествіи 6—8 недѣль послѣ исчезанія лихорадки.

За свѣжій характеръ *pyosalpinx* говоритъ присутствіе серозныхъ кистъ на трубѣ и вокругъ нея. Эти кисты вскрываютъ уколомъ или давленіемъ, собираютъ содержимое марлей, которую немедленно выбрасываютъ. Если можно видѣть туго наполненную трубу, то вкалываютъ иглу шприца и высасываютъ гной. Предварительно тщательно обкладываютъ гнойную кисту марлей. Если гной удаленъ совершенно, то осторожно увеличиваютъ отверстіе и вытираютъ тщательно полость маленькими комочками марли, смоченными растворомъ сулемы. Послѣ этого, проникая рукой до дна *Douglas'*ова пространства, поднимаютъ трубу вверхъ, дѣлая этимъ подвижной одновременно и матку. Трубы часто бываютъ твердыя и толстостѣнные, такъ что ихъ удается вывести кнаружи *in toto*, безъ всякаго прокола.

Пораженными оказываются въ большинствѣ случаевъ обѣ трубы, такъ что и удалять приходится обѣ трубы. Въ подобныхъ случаяхъ нѣтъ смысла оставлять матку. Снаружи, подъ трубой, перевязываютъ катгутомъ и обрѣзаютъ. *Art. spermatica* и *uterina* должны ясно находиться въ лигатурѣ. Послѣ этого—по перевязкѣ приводящихъ сосудовъ—вырѣзается, безкровно, матка клинообразно. Каналь шейки прижигается энергично *Raquelin'*омъ; на соединенную швами шейку натягивается брюшина.

Если повреждена серозная оболочка кишки, то она стягивается тонкимъ катгутомъ. Щелеобразное отверстіе въ кишечникѣ зашивается. При большомъ отверстіи, напр., при отдѣленіи болѣе обширнаго соединенія между кишечникомъ и опухолью придатка, съ мозолистымъ или размягченнымъ и утолщеннымъ краемъ, необходимо произвести резекцію кишки. Такимъ же образомъ поступаютъ, въ случаѣ необходимости, и съ мочевымъ пузыремъ.

Часто *Douglas'*ово пространство оказывается весьма загрязненнымъ, остаются кровоточанія мѣста, мѣстами видны покрытыя гноемъ стѣнки абсцессовъ, ворсинки и отрывки сросшей дѣлаютъ полость неправильной. Въ подобныхъ случаяхъ я вытираю полость комочками марли, смоченными сулемой. Въ этихъ же случаяхъ, по примѣру другихъ авторовъ, я дренировалъ въ прежнее время, отчасти вслѣдствіе кровоточенія, отчасти вслѣдствіе загрязненія полости. Въ послѣднее время я оставилъ этотъ дренажъ. Я ограничиваюсь тѣмъ, что вытаскиваю кишки изъ полости и немедленно шиваю брюшную полость. Результаты весьма удовлетворительные. При асептическомъ гноѣ дренажъ, по моему мнѣнію, не предохраняетъ развитіе перитонита, и что при стерильномъ гноѣ немедленно наступаетъ всасываніе. Долгое время я колебался оставить традиціонный дренажъ,

но опытъ мнѣ показалъ, что это можно сдѣлать совершенно спокойно. Если, тѣмъ не менѣе, желаютъ дренировать, то слѣдуетъ дренировать кверху, а не въ сторону влагалища. Для чего новое осложненіе новой раной? Сначала вставляютъ въ глубину мѣшокъ по *Mikulicz* у. Этотъ мѣшокъ выполняютъ марлевымъ тампономъ. Конецъ кладутъ на животъ. На первый тампонъ кладутъ второй, доходящій до брюшныхъ покрововъ. Конецъ второго тампона завязывается узломъ для отличія отъ перваго. Если матка не ампутирована, то я фиксирую ее швомъ у нижняго угла раны (*ventrofixatio*), съ цѣлью оставить открытымъ позади ея доступъ въ глубину и выключить *excavatio vesicouterina*. Животъ сшивается и оставляется лишь небольшое отверстіе. Послѣ 5—6 безлихорадочныхъ дней удаляются тампоны. Если они сухіе, то болѣе ничего не предпринимаютъ. Если же по нимъ вытекало много кровянистой жидкости и если полость наполнена жидкостью, то полость осторожно вытираютъ полосками іодоформовой марли. Кромѣ того, вкладываютъ на нѣсколько дней полоску іодоформовой марли.

При этихъ не асептическихъ операціяхъ антисептика лучше, чѣмъ принципиальная асептика: всѣ инструменты находятся въ 3% растворѣ карболовой кислоты; руки операторъ обмываетъ повторно въ растворѣ сулемы. Для расширенія брюшной раны никогда не употребляютъ пальцы, а всегда зеркала (рис. 208). Верхній жировой слой брюшныхъ покрововъ снимается, края кожной раны вытираются растворомъ сулемы, послѣ чего уже сшиваютъ животъ.

При *Hydrops tubae* съ чисто водяночнымъ, значить, свободнымъ отъ бактерій содержимымъ способъ дѣйствій зависитъ отъ данныхъ изслѣдованія. Большую кисту можно перевязать какъ яичниковую опухоль. Оставлять завѣдомо здоровый яичникъ совершенно безопасно и не представляетъ техническихъ затрудненій.

Если труба растянута субсерозно, если не удастся получить ножки у трубнаго мѣшка, то резецируютъ возможно большую часть кисты. Вырѣзанный кусокъ не долженъ быть малымъ, необходимо удалить весь доступный участокъ. Въ полости живота не имѣется свободнаго мѣста, кишки немедленно прилегаютъ къ сдѣланному въ трубѣ отверстію и здѣсь прирастаютъ. Если отверстіе было слишкомъ мало, то киста развивается снова довольно быстро. При маленькомъ *Hydrosalpinx* возможно даже, что послѣ удаленія задержаннаго отдѣленія получится нормально функционирующая труба. Послѣ подобныхъ консервирующихъ операцій—сальпингостомій—были наблюдаемы роды.

Но зато я предостерегаю оставлять воспаленный, увеличенный, смѣщенный, приращенный, покрытый пленками яичникъ. Вокругъ него развиваются воспаления и цѣль, освободить больную отъ болей, вовсе не достигается.

Техника влагалищной операціи придатка.—При влагалищной операціи необходимо сначала выяснитъ, что вредное вліяніе состоитъ

именно въ скопленіи гноя. Если удается удалить находящейся внутри или вокруг трубы гной и достигнуть постоянного оттока, то можно оставить какъ трубу, такъ и яичникъ; наступаетъ заживленіе, какъ и при каждомъ другомъ абсцессѣ. Значить, если послѣ разрѣза влагалища мы проникаемъ въ гнойную полость, то ощупываютъ комбинированно со стороны полости и живота и опредѣляютъ, имѣется-ли одна полость, или еще другія опухоли или гнойныя кисты рядомъ съ первой. Въ эту полость проникаютъ пальцемъ, проколомъ или ножомъ и выполняютъ всю полость іодоформовой марлей. Промыванія не слѣдуетъ производить, такъ какъ намъ неизвѣстно, имѣется-ли сообщеніе съ брюшной полостью или нѣтъ. Если на животъ положить извѣстную тяжесть, заживленіе достигается очень легко. Значить, получается полный успѣхъ. При описанномъ способѣ мы имѣемъ, собственно говоря, дѣло съ операцией эксудата или съ случаями нагноенія вокругъ или внутри трубы. Во время операціи необходимо, на что я обращаю особенное вниманіе, слѣдить, гдѣ находится внутренній палецъ, и не имѣется-ли по сосѣдству еще не вскрытая гнойная полость. Не шприць, а палецъ является главнымъ инструментомъ. Шприцемъ можно проткнуть гнойный фокусъ и попасть по ту сторону въ кисты съ серозною жидкостью. Можно получить и весьма непріятныя поврежденія. Я вовсе не боюсь того, что можетъ быть въ одномъ случаѣ и получу вслѣдствіе давленія пальцемъ сообщеніе съ брюшной полостью. Не боимся-же мы гноя при лапаротоміяхъ, при которыхъ опасность безусловно больше. Кромѣ того, здѣсь принципиально вставляются, на самое удобное мѣстѣ, дренажъ.

Незвизрая на оставленіе всѣхъ органовъ и удаленіе лишь воспалительнаго продукта, гноя, неблагоприятныхъ послѣдствій не остается, что достигается правильнымъ послѣдующимъ леченіемъ дренажемъ, промываніями и отягощеніемъ живота. Эта операція даетъ во многихъ случаяхъ то же, что и экстирпація всѣхъ внутреннихъ половыхъ частей.

Если же не попадаютъ въ полость абсцесса, если лишь прощупываютъ въ пространствѣ позади матки круглыя утолщенія трубъ, подвижныя или легко отдѣляемыя, то ихъ оттягиваютъ книзу, вытаскиваютъ черезъ отверстіе во влагалищѣ и удаляютъ. Я отдаливъ отъ матки дряблую, туберкулезную, утолщенную трубу, причемъ не наступило никакого кровотеченія. Кровотеченіе наступаетъ лишь въ томъ случаѣ, если отдѣляется одновременно и ножка яичника. Если пораженной оказывается и матка, напримѣръ имѣются міомы, или существуютъ сильныя, не поддающіяся леченію бѣли, если вокругъ матки имѣются многочисленные абсцессы, если обѣ трубы и яичники превращены въ одну опухоль, если были уже произведены тщетныя попытки вскрытія абсцессовъ или операціи эксудатовъ со стороны влагалища, если больная въ такомъ возрастѣ, что сохраненіе яичниковъ и матки не имѣетъ цѣли, то вполне оправдывается радикальная операція, т. е. удаленіе всѣхъ внутреннихъ половыхъ органовъ. Въ подобномъ случаѣ невозможны задержки гноя, свободный оттокъ гарантируется большимъ

отвергіємъ и правильнымъ дренажемъ, не наступаетъ разстройство менструаціи. Потеря всѣхъ половыхъ органовъ въ нѣкоторыхъ подобныхъ случаяхъ скорѣе выгода, чѣмъ потеря.

Пункция полости абсцесса и высасываніе шприцемъ не ведетъ къ излеченію нагноеній. Впрочемъ, *hydrops tubae*, а также киста *Graaf*'ова фолликула, можетъ окончателно исчезнуть послѣ высасыванія. Если по долго не измѣняющейся величинѣ, отсутствію чувствительности къ давленію и по характерному положенію и формѣ діагностицируютъ *hydrops tubae*, если эластичная киста тѣсно прилегаетъ сзади или сбоку къ влагалищному своду, то дѣлаютъ проколъ со стороны влагалища и высасываютъ жидкость при производствѣ нѣжнаго, осторожнаго давленія снаружи. Жидкость изслѣдуютъ микроскопически. Если же появляется гной, то оставляютъ канюлю на мѣстѣ и проникаютъ сбоку ея осторожно въ глубину, какъ это было описано выше.

*Новообразования трубы*¹⁾.—Всѣ новообразования трубы имѣютъ сосочковый характеръ; описаны были первичныя папилломы, а также и саркомы. Вторично могутъ въ трубѣ появляться метастазы яичниковыхъ папилломъ.

Я удалилъ удачно раковую опухоль, величиною въ дѣтскую головку. Мною удалена также подобной же величины труба съ туберкулезными разрошеніями. При этомъ имѣлись бугорки въ маткѣ и въ верхушкѣ мочевого пузыря. Въ виду этого пришлось къ полной экстирпаціи матки присоединить еще и резекцію пузыря. Наступило выздоровленіе.

Большія опухоли трубъ принимаются обыкновенно за опухоли яичника. Онѣ крайне злокачественны и быстро даютъ метастазы. Принципіально удаляютъ все дно матки, какъ и при злокачественныхъ яичниковыхъ опухоляхъ.

Въ *muscularis tubae* находили фибромы, міомы, на трубѣ также и липомы. Небольшую жировую массу находятъ нерѣдко въ *ala vesperilionis*.

D. Трубная беременность. *Naematosele* ²⁾.

Этіологія трубной беременности останется темной до тѣхъ поръ, пока не будетъ выяснено, происходитъ-ли фізіологически оплодотвореніе яйца въ маткѣ или въ трубѣ, или въ яичниковомъ фолликулѣ. По традиціонному взгляду яйцо задерживается перегибами или суженіями трубы вслѣдствіе старыхъ периметритовъ. Противъ этого говоритъ то,

1) *Dogau*, Transact. Path. Soc. 1880.—*Kaltenbach*, Z. f. G. XVI, стр. 35—*Zweifel*, Vorlesungen 142.—*Orthmann*, Z. f. G. XVI.—*Sänger*, D. med. W. 1887.—*Veit*, Z. f. G. XVI, 212.—*Eckhardt*, A. f. G. 1896.

2) *Leopold*, A. f. G. XVI, 24, XIII, 354.—*Werth*, Beitrag z. Anatomie u. zur operat. Behandl. d. extrauterin. Schwangerschaft. 1886.—*J. Veit*, Die Eileiterschwangerschaft. 1884; Samm. kl. Vortr., N. F. 15; C. f. G. 1891, 634.—*Frommel*, Deutsch. Arch. f. kl. Med. XLIII, 91.—*Olshausen*, D. med. W., 1880, 8—10.—*Rosthorn*, Wiener kl. Woch.—*Sänger*, C. f. G. 1890, 522.—*Winckel*, Samml. kl. Vortr. N. F. 3.—*Dobbert*, Virch. A. CXXIII, 1.—*Schauta*, Beitr. z. Kasuistik etc. der extrauterin. Schwangerschaft. 1891.—*Küstner*, Volkmann's Vortr., 223 и 224.

что до настоящего времени еще не удалось экспериментальнымъ путемъ достигнуть внѣматочной беременности. Впрочемъ, вліянія законченныхъ периметритовъ нельзя и отвергать: я экстирпировалъ беременную трубу

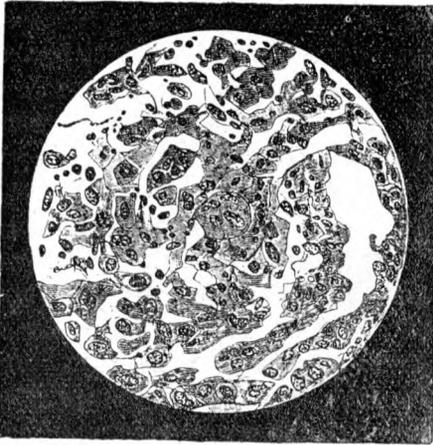


Рис. 246. Трубная decidua.

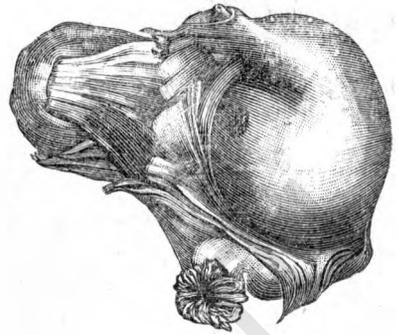


Рис. 247. Трубная беременность. Смерть вслѣдствіе истеченія кровью изъ маленькаго отверстія какъ разъ по срединѣ между фимбріями и узкой частью трубы.

и нашель при этомъ на другой сторонѣ нѣсколько связокъ, которыя пришлось разрѣзать. По прошествіи года я нашель и на этой сторонѣ трубную беременность. Но и предположеніе *Webster'a*, что яйцпро-

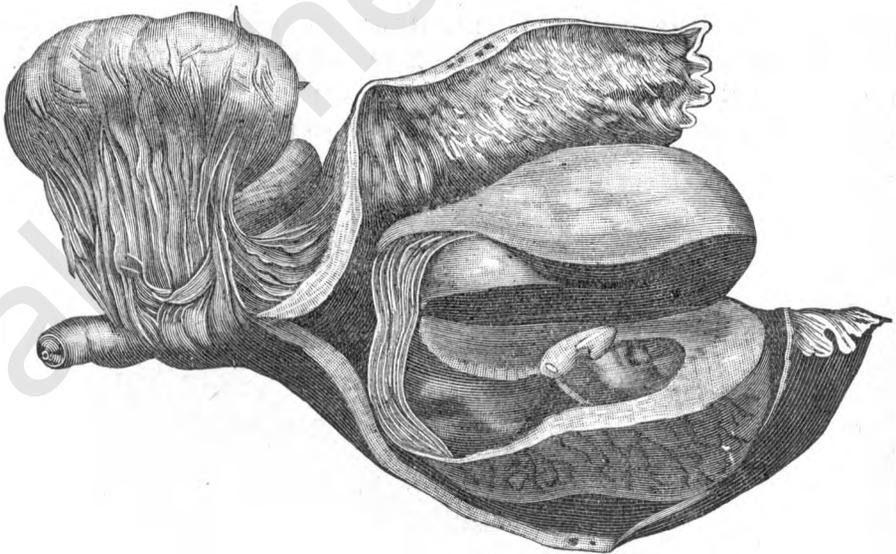


Рис. 248. Трубная беременность съ образованіемъ кровяного заноса. Въ расширенной трубѣ заносъ. Въ полости маленькій плодъ.

водъ обладаетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ „децидуальной реакціей“, еще вовсе не доказано. Весьма вѣроятной представляется гипотеза *Sippel'a*,

что оплодотворенное яйцо получает при известных обстоятельствах шероховатую поверхность, вследствие чего не может проникнуть дальше. Или же в трубу могут попасть одновременно 2—3 яйца, из которых последнее застрѣваетъ. Была наблюдаема одновременно внутри- и внѣматочная беременность.

Съ другой стороны я оперировалъ много случаевъ трубной беременности, въ которыхъ законченнаго периметрита нельзя было констатировать ни путемъ прямого

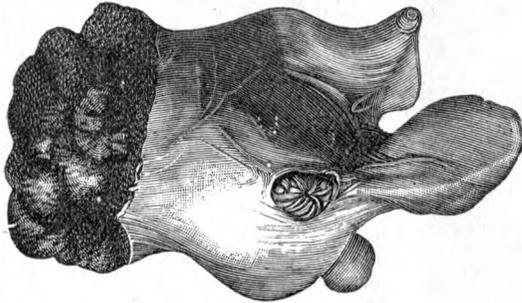


Рис. 249. Лопнувшая труба, слева выходящее через разрывъ яйцо, справа конецъ съ фимбріями, дальѣ вправо яичникъ, надъ нимъ поверхность разрыва трубы.

осмотра, ни на основаніи анамнеза. Обстоятельство, что долгое время существовало безплодіе, указываетъ на затрудненную, если не на полную непроходимость трубы, хотя его можно объяснить, пожалуй, и частичными разстройствами средствъ передвиженія, напр. отсутствіемъ движеній фимбрій, врожденнымъ вслѣдствіе зародышевой формы трубы

или приобрѣтѣннымъ вслѣдствіе воспаленія трубы.

Если яйцо развивается въ трубѣ, то изъ трубной слизистой оболочки развивается decidua reflexa. Нѣкоторые авторы отвергаютъ развитіе reflexae и вообще deciduae, даже segotinae. Если яйцо и ворсинки chorionis исчезли или ихъ нельзя найти въ кровяныхъ сгусткахъ, то тѣмъ не менѣе на основаніи присутствія или отсутствія деци-

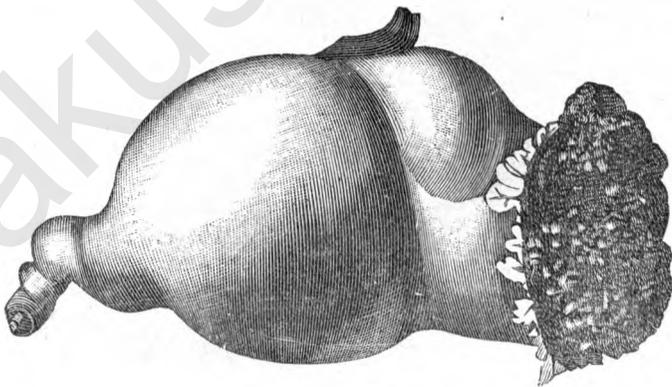


Рис. 250. Начинающійся трубный выкидышъ. Яйцо вышло отчасти изъ расширеннаго конца съ фимбріями.

дуально измѣненнаго эпителія трубы можно поставить дифференціальный діагнозъ между трубной беременностью и haematosalpinx (рис. 246). Слизистая оболочка трубы, послѣ выталкиванія яйца въ брюшную по-

лость, претерпѣваетъ настолько полное обратное развитіе, что оказывается совершенно нормальной, тогда какъ яйцо лежитъ впереди фимбріи. Можетъ наступить даже полное выздоровленіе путемъ всасыванія яйца, крови и обратнаго развитія. Впослѣдствіи наступаетъ нерѣдко новая беременность и роды.

Содержащая яйцо труба выталкиваетъ яйцо черезъ конецъ съ фимбріями: *трубный выкидышъ*, или лопается, что бываетъ гораздо рѣже. Это происходитъ обыкновенно на 4—8-й недѣль, хотя извѣстны случаи операціи и на всѣхъ остальныхъ мѣсяцахъ беременности.

При разрастаніи ворсинокъ Chorion'a и развитіи децидуальныхъ сосудовъ, наступаетъ сильное утонченіе стѣнки, которая въ концѣ концовъ поддается. Маленькое отверстіе, въ діаметръ въ 1 мм., можетъ вести къ смертельному кровотеченію. Изъ отверстія торчатъ обыкновенно нѣсколько ворсинокъ chorion'a (рис. 247).

Прободеніе трубы можетъ наступить безъ всякой причины, но довольно часто симптомы внутренняго кровотеченія появляются послѣ травмы, напр. послѣ coitus. При разрѣзаніи плоднаго мѣшка находятъ мѣстами утолщеніе стѣнки трубы. Въ большинствѣ случаевъ труба проходима для зонда до ovulum и отъ ovulum кнаружи, во всякомъ случаѣ не плотно закрыта или перевернута.

Яйцевая полость часто сдавлена, неравномѣрно сужена свернувшейся кровью (см. рис. 248).

При маленькомъ отверстіи выступаетъ исключительно кровь, при большемъ—или только плодъ, или одновременно и часть послѣда; въ послѣднемъ случаѣ кровотеченіе не останавливается (см. рис. 248, 249 и 250).

При трубномъ выкидышѣ труба выталкиваетъ только плодъ или все яйцо, часто лишь на половину или отчасти, такъ что большая часть остается еще въ трубѣ.

Этотъ процессъ наблюдается болѣе часто, чѣмъ разрывъ. На рис. 250 видна наружная половина сильно расширенной трубы. Конецъ съ фимбріями сильно расширенъ, отдѣлившееся отчасти яйцо выступаетъ черезъ конецъ съ фимбріями. Во всякомъ случаѣ, трубный выкидышъ наступаетъ лишь послѣ прекращенія жизни яйца. Если плодъ выступаетъ, то пуповина обыкновенно разрывается и плодъ попадаетъ въ болѣе глу-

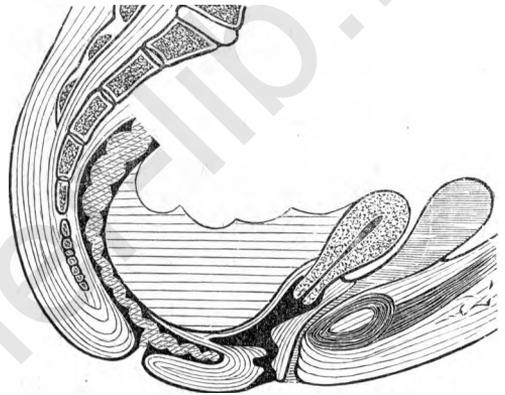


Рис. 251. Большая Haematocoele. Матка давитъ впереди, сдавливаетъ прямую кишку, выпячиваетъ Douglas'ово пространство, сверху ограничена склеившимися кишками.

бокое мѣсто, напр. въ *Douglas'*ово пространство. Въ одномъ случаѣ я нашелъ его инкапсулированнымъ около селезенки. Къ нему вела разорванная пуповина.

Выступившая въ трубу или полость брюшины кровь сгущается, раздражаетъ брюшину, ведетъ къ образованію ложныхъ перепонокъ и плотно пристаётъ къ брюшинѣ. Такимъ образомъ развивается на самомъ глубокомъ мѣстѣ, въ *Douglas'*овомъ пространствѣ, инкапсулированная кровяная полость рядомъ съ маткой: *haematocoele retro-* или *periuterina* ¹⁾ (рис. 251).

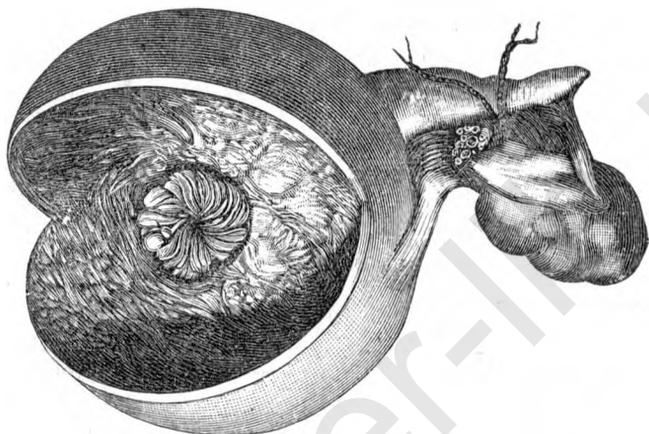


Рис. 252. Осумкованная haematocoele. Кровяная киста, въ которую открывается конецъ съ фимбріями. Труба мало расширена.

При трубномъ выкидышѣ яйцо попадаетъ въ конецъ съ фимбріями вслѣдствіе перистальтики трубы, но не всегда выводится сразу: новое трубное кровоточеніе ведетъ къ новымъ потугамъ, къ дальнѣйшему отдѣленію, къ новому кровоизліянію. Трубный выкидышъ возможенъ и у совершенно спокойно лежащихъ больныхъ, хотя чаще онъ является послѣдствіемъ сильнаго тѣлеснаго напряженія при испражненіи или работѣ. Кровь вытекаетъ въ обѣ стороны: въ брюшную полость и въ матку и кнаружи, часто постоянной струей. Это одинъ изъ самыхъ важныхъ діагностическихъ признаковъ.

Кровяные свертки отъ послѣдующихъ кровоизліяній увеличиваютъ опухоль, часто толчками, опухоль становится неправильной, но сохраняетъ въ общемъ круглую форму. Болѣе твердую трубу удастся нерѣдко прощупать въ болѣе мягкихъ массахъ.

Эти инкапсулированныя, интраперитонеальныя кровяныя массы даютъ

¹⁾ *Voisin*, Die Haematocoele retrouterina. Нѣмцкій переводъ, 1862. — *Schröder*, Kritische Untersuchungen über die Diagnose der haematocoele, 1866. — *Olshausen*, A. f. G. I. — *Fritsch*, Volkmann's Vortr. 56. — *Martin*, A. f. G. XVIII. — *Zweifel*, A. f. G. XII, XXII, XXIII. — *Martin*, A. f. G. VIII, стр. 476. — *Veit*, C. f. G. 1890, 130; Samml. kl. Vortr., N. F. 15.

давно известную картину болѣзни haematocoele. Хотя и необходимо допустить теоретически, что при гематометрѣ, а также вслѣдствіе разрыва haematosalpinx или по другимъ причинамъ, напр. при насильственномъ отдѣленіи срощеній, можетъ наступить интраперитонеальное кровоизліяніе, тѣмъ не менѣе съ практической стороны будетъ правильнымъ, если мы поставимъ типичную haematocoele въ связь съ лопнувшей трубной беременностью или съ трубнымъ выкидышемъ. Эта связь была установлена уже Gallard'омъ. Всѣ гинекологи всегда придерживались мнѣнія, что подобная связь бываетъ очень часто.

Уже Nélaton'омъ было обращено вниманіе на то, что образованію haematocoele предшествуютъ «разстройства менструаціи», т. е. вслѣдствіе беременности не наступаетъ 1—2 раза менструаціи, хотя послѣдняя можетъ существовать все время, такъ какъ забеременѣвшія женщины часто менструируютъ еще 1—2 раза.

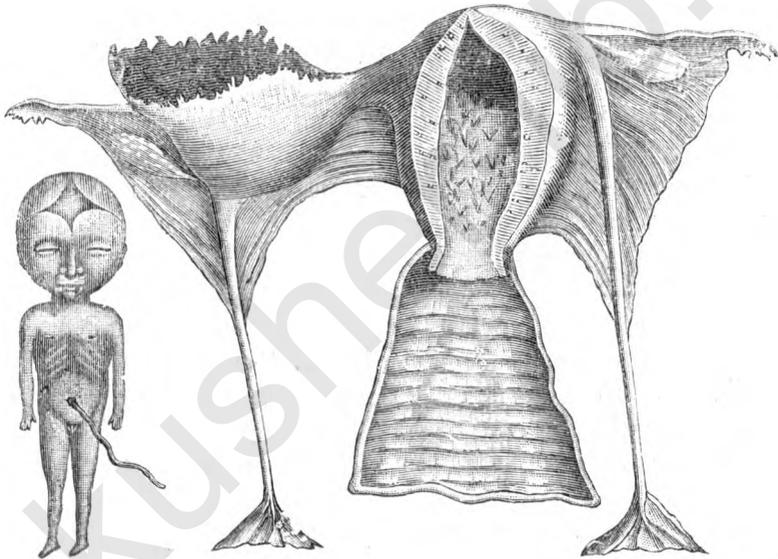


Рис. 253. Случай Mauriceau. Лопнувшая беременность рудиментарнаго рога (уменьшено по оригиналу).

Haematocoele и внутриматочная беременность другъ друга исключаютъ. Если разрывъ vagicis на яичникѣ или въ широкой связкѣ могъ бы вести къ образованію haematocoele, то послѣдняя должна была бы развиваться во время, а не внѣ беременности.

Теперь является вопросъ, какимъ образомъ развивается при внутрибрюшномъ кровоточеніи опухоль, которая, находясь позади матки, прижимаетъ послѣднюю къ симфизу?

Если бы кровь оставалась жидкой въ полости брюшины, то позади матки не удалось бы прощупать опухоли, какъ и при ascites. Это доказываютъ случаи смерти вслѣдствіе внутренняго кровотечения при трубной

беременности, при разрывахъ печени и матки, при которыхъ можно перкуссией, а также ощупываніемъ доказать присутствіе крови въ брюшной полости, а не опухоли позади матки.

Но кровь свертывается въ полости брюшины, какъ это мною было описано уже въ 1873 году и доказано опытами. Даже при смерти отъ истеченія кровью достаточно нѣсколькихъ часовъ жизни для свертыванія, хотя бы отчасти, крови въ полости брюшины. Ступки опускаются на самыя низкія мѣста полости брюшины, *Douglas'*ово пространство.

Гематоцеле, величиною даже больше головы взрослога, могутъ совершенно исчезнуть самопроизвольно, причемъ иногда очень быстро, въ 3—4 недѣли.

Въ другихъ случаяхъ развивается вокругъ кровяной массы перепонка, капсула. *Sänger* ¹⁾ называлъ эти гематоцеле, въ противоположность разлитымъ, осумкованными. Для ихъ развитія, для образованія ложныхъ перепонокъ необходимъ воспалительный процессъ брюшины. Капсула срощена нерѣдко съ кишками и ихъ окружностью и должна быть отдѣляема съ извѣстной силой. По моимъ наблюденіямъ для развитія капсулы необходимо 2—3 мѣсяца; она образуется изъ самой крови, изъ фибрина. Въ одномъ случаѣ я нашелъ въ стѣнкѣ капсулы отложеніе извести на мѣстѣ, величиною въ серебряный рубль. На рис. 252 изображенъ разрѣзъ подобной инкапсулированной гематоцеле. Внутри виденъ конецъ съ фимбриями. Значить, и здѣсь произошелъ трубный выкидышъ и труба подверглась обратному развитію.

Весьма рѣдкой формой трубной беременности является интерстиціальная: въ этомъ случаѣ на самой маткѣ сидитъ образованный изъ интерстиціальной части трубы плодный мѣшокъ. Этимъ значительно затрудняется діагнозъ. Но и въ этихъ случаяхъ наступаетъ разрывъ и смерть вслѣдствіе истеченія кровью.

Въ заключеніе я упомяну еще о беременности въ рудиментарномъ рогѣ матки.

При этомъ я приведу старый рисунокъ *Mauriceau*.

На этомъ, насчитывающемъ себѣ болѣе 300 лѣтъ рисункѣ замѣчается полусхематичный *Uterus unicornis*, съ правой стороны лопнувшего рудиментарнаго мѣшка, изъ котораго идетъ книзу круглая связка, на которой находятся яичникъ и труба.

Описаны многочисленные случаи, въ которыхъ рудиментарный мѣшокъ настолько растягивался, что плодъ достигалъ конца беременности, но слабая мускулатура быстро парализовалась при попыткахъ изгнанія плода.

Діагнозъ подобной доношенной беременности побочнаго рога не представляетъ затрудненій. Воковое положеніе, гладкая поверхность, тонкая стѣнка, черезъ которую легко прощупать ребенка, положеніе пустой половины матки и анамнезъ совершенно обезпечиваютъ діагнозъ.

¹⁾ *Sänger*, Verhandl. d. 5 Congr. f. Gyn., 1893, стр. 293.—*Murte*, A. f. G. XXVI.

Въ двухъ случаяхъ, послѣ удаленія мѣшка вмѣстѣ съ ребенкомъ, я наблюдалъ наступленіе вполнѣ нормальной беременности. Въ 3-хъ случаяхъ я произвелъ операцію со счастливымъ исходомъ.

Симптомы и теченіе.—Трубная беременность протекаетъ сначала совершенно безъ симптомовъ, такъ что обморокъ вслѣдствіе внутренняго кровотеченія и перитонитическая боль вслѣдствіе разрыва трубы, потугъ трубы и раздраженія брюшины наступаютъ у совершенно здоровой женщины внезапно. Комплексъ симптомовъ складывается изъ симптомовъ перитонита и острой анеміи. Если присоединяется подозрѣніе на беременность и отсутствуетъ лихорадка, то случай становится совершенно яснымъ.

Это острое, въ высшей степени угрожающее начало можетъ, при усиленіи симптомовъ, дойти въ нѣсколько часовъ до агоніи. Наступаетъ смерть вслѣдствіе истеченія кровью, и это возможно уже на четвертой недѣлѣ беременности. Я оперировалъ случай, въ которомъ на трубѣ имѣлось лишь утолщеніе, веретенообразной формы, длиною въ 3 см. и шириною въ 1¹/₂ см. Во время операціи я думалъ даже одно время, что ошибся въ діагнозѣ, такъ какъ не могъ прощупать опухоли. Смертельное кровотеченіе наступило изъ минимальнаго отверстія и приблизительно черезъ 3 часа послѣ coitus.

Въ трубѣ находилось яйцо, 4-недѣльное, въ утолщеніи длиною въ 3 см. и шириною въ 1¹/₂ см.

Въ другихъ случаяхъ состояніе улучшается, пульсъ становится болѣе сильнымъ, обмороки прекращаются, боли ослабѣваютъ и больная находится въ состояніи родильницы, потерявшей много крови.

Но и въ этихъ случаяхъ по прошествіи нѣсколькихъ часовъ, дней или недѣль наступаетъ новое кровотеченіе, которое еще болѣе опасно для ослабленной уже первымъ кровотеченіемъ женщины. Эти повторенія находятъ часто въ связи съ испраженіями, сильными движеніями, недостаточнымъ уходомъ. Такимъ образомъ мнѣ пришлось наблюдать смертельное повтореніе, когда совершенно здоровая на видъ больная приняла ванну по прошествіи 3-хъ недѣль.

Во многихъ случаяхъ наступаетъ послѣ перваго кровотеченія полная остановка: остается гематоцеле, кровянистая киста позади матки. Нерѣдко прощупывается позади матки мягкая, зачастую жидкая кровяная масса.

Это наблюдается болѣе часто при большихъ, чѣмъ при маленькихъ гематоцеле. Это можно объяснить такимъ образомъ, что при большихъ гематоцеле яйцо совершенно изгоняется трубнымъ выкидышемъ, что труба немедленно развивается обратно и вслѣдствіе этого болѣе не кровоточитъ. При незаконченномъ трубномъ выкидышѣ кровотеченіе сначала незначительно, но оно повторяется при новыхъ трубныхъ потугахъ и послѣдствіемъ являются новыя кровотеченія.

Весьма часто наблюдается постоянное отхожденіе черезъ влагалище темной, крошковатой, бурой крови.

Вышедшая кровь всасывается болѣе медленно или быстро. Это за-

виситъ не только отъ количества крови, но и отъ всасывающей способности брюшины. Если послѣдняя поражена, то всасываніе замедляется; во всякомъ случаѣ нерѣдко всасываются большія массы довольно быстро, маленькія количества—очень медленно. Кровяныя массы оттѣсняютъ матку кпереди и окружаютъ, сдавливая широкія связки книзу, матку полулуннообразно.

Ощупываніе живота и въ особенности задняго влагалищнаго свода весьма болѣзненно, какъ при остромъ Pelveoperitonitis. Дефекація затруднена и болѣзненна. Затруднено и мочеиспусканіе, существуетъ учащенный позывъ къ мочеиспусканію вслѣдствіе того, что пузырь прижатъ маткой къ симфизу и нарушена его способность расширяться.

Сильный позывъ къ мочеиспусканію указываетъ на быстро наступившее сильное кровотеченіе. При медленномъ кровотеченіи пузырь прилагивается къ новымъ условіямъ пространства, такъ что часто находятъ весьма сильныя смѣщенія матки безъ всякихъ симптомовъ учащеннаго позыва къ мочеиспусканію.

Болѣзненность быстро уменьшается, опухоль подымается какъ бы кверху, принимаетъ неправильную, бугристую форму. Матка занимаетъ постоянное свое мѣсто. Въ концѣ концовъ позади матки остаются маленькія опухоли, о которыхъ, если не удалось прослѣдить процессъ съ самаго начала, нельзя сказать, имѣемъ-ли мы дѣло съ неправильной формы яичниками или съ остатками эксудата. Наконецъ исчезаютъ и эти опухоли и остается въ теченіе нѣкотораго времени лишь «болѣзненная резистентность» въ области трубъ.

Постепенно труба становится совершенно нормальной и можетъ наступить нормальная, внутриматочная беременность. Понятно, что при гибели одной трубы беременность можетъ исходить съ другой стороны. Въ одномъ случаѣ трубной беременности на одной сторонѣ я наблюдалъ, послѣ удаленія ея оперативнымъ путемъ, наступленіе черезъ 2 года трубной беременности на другой сторонѣ.

Въ этомъ раннемъ періодѣ внѣматочной беременности изъ матки отходить, но не всегда, ложная decidua; этотъ столь важный въ патогномическомъ отношеніи симптомъ наблюдается болѣе часто въ болѣе позднемъ періодѣ внѣматочной беременности. Во всякомъ случаѣ, вышеприведенное отхожденіе темной крови изъ матки не всегда служитъ доказательствомъ связи съ отдѣленіемъ ложной deciduae.

Haematocoele можетъ подвергаться гнойному и ихорозному распаденію, такъ что смерть можетъ наступить отъ Sepsis. Были наблюдаемы и прободенія въ прямую кишку и пузырь.

Диагнозъ.—Въ нѣкоторыхъ случаяхъ внѣматочной беременности существовало безплодіе, такъ что большой перерывъ послѣ рожденія ребенка или бездѣтный въ теченіе многихъ лѣтъ бракъ является патогномическимъ. Диагнозъ трубной беременности въ то время, когда не наступило еще разрыва, становится вѣроятнымъ въ томъ случаѣ, когда менструація

не наступала 1—2 раза, если матка мягка, увеличена и въ особенности удлинена, когда имѣются на-лицо субъективные и объективные признаки беременности, молоко въ грудяхъ, и если рядомъ съ маткой прощупывается *мякая* опухоль. Весьма часто тотъ или другой изъ перечисленныхъ только что симптомовъ отсутствуетъ. Такъ, напр., мы безусловно не найдемъ въ теченіе первыхъ 3—4 недѣль типичныхъ субъективныхъ симптомовъ беременности, да и объективные симптомы въ это время еще не выражены рѣзко. Менструація зачастую продолжается, несмотря на беременность. Часто существуетъ беременность, невзирая на менструацію. Величина и консистенція матки представляетъ индивидуальныя различія. Безусловно запрещается, съ цѣлью выясненія діагноза, выскабливаніе слизистой оболочки матки. Мнѣ пришлось наблюдать при этомъ въ одномъ случаѣ смертельный исходъ— лопнула труба; положеніе дѣла выяснилось лишь при вскрытіи.

Плодный мѣшокъ, пока живъ плодъ, представляется въ отличіе отъ другихъ опухолей весьма мягкимъ. Твердость служить признакомъ смерти плода. Свернувшаяся кровь лежитъ между ворсинками *chorion'a* и трубой. За умираніе плода говоритъ съ увѣренностью въ особенности тотъ фактъ, что развившаяся внезапно безлихорадочно при явленіяхъ острой анеміи опухоль становится твердой, уменьшается или остается, по крайней мѣрѣ постоянной.

Съ другой стороны, отсутствуетъ уменьшеніе опухоли часто вслѣдствіе повторныхъ кровотеченій; напротивъ, опухоль увеличивается „толчками“. При тщательномъ наблюденіи удается нерѣдко констатировать незначительное повышеніе температуры. Во всякомъ случаѣ, незначительная лихорадка еще не говоритъ противъ внѣматочной беременности. Громадное значеніе имѣетъ присутствіе молока въ грудяхъ. Но, съ другой стороны, мнѣ часто удавалось выдавливать молоко, хотя имѣлся только экссудатъ. Послѣ родовъ молоко въ грудяхъ остается нерѣдко въ теченіе многихъ мѣсяцевъ.

При изслѣдованіи приходится нерѣдко прибѣгать къ наркозу. Особенности затрудненія діагнозъ можетъ представлять при такъ называемой интерстиціальной трубной беременности. Въ этихъ случаяхъ опухоль плоднаго мѣшка лежитъ на маткѣ или внутри ея такимъ образомъ, что можетъ быть принята за міому, въ особенности если имѣется еще твердая консистенція. Въ одномъ, наблюдавшемся мною случаѣ, я поставилъ діагнозъ лишь на основаніи отхожденія ложной *decidua*.

Возможно также снѣженіе съ *retroflexio uteri gravidi*. Если шейка гипертрофирована вслѣдствіе стараго метрита, то она становится до того толстой, длинной и твердой, что легко можетъ быть принята за всю матку, между тѣмъ какъ лежащее въ *Douglas'*овомъ пространствѣ мягкое тѣло ретрофлексированной или латеровертированной беременной матки можетъ быть принято за прилегающій, внѣматочный плодный мѣшокъ.

Если наступилъ разрывъ трубной беременности и мы имѣемъ возмож-

ность видѣть случай тотчасъ послѣ разрыва, то коллапсъ вслѣдствіе внутренняго кровотеченія нельзя объяснить ничѣмъ другимъ. Въ особенности въ случаяхъ, въ которыхъ коллапсъ наступаетъ молніеобразно (*Veit*), невозможно другое объясненіе. Опухоль *Douglas*'ова пространства можетъ отсутствовать, вздутіе живота и болѣзненность могутъ препятствовать комбинированному изслѣдованію.

Болѣе труднымъ становится діагнозъ, если врачу не удалось наблюдать начало болѣзни. Нѣкоторыя больныя, впрочемъ, совершенно точно указываютъ часъ внезапнаго развитія болѣзни. Если же анамнезъ теменъ, если мы имѣемъ дѣло съ малоинтеллигентной женщиной, которая даже не понимаетъ вопросовъ врача, то приходится руководствоваться исключительно данными изслѣдованія.

Если опухоль имѣется уже нѣкоторое время и если анамнезъ теменъ, то часто совершенно невозможно поставить точный дифференціальный діагнозъ между кровью и экссудатомъ, такъ какъ немислимо прощупать, содержитъ-ли жидкость болѣе красныхъ или бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Но зато указанія даетъ теченіе. Постоянное отсутствіе лихорадки! говорить за *haematocoele*. Переходъ отъ плотной эластичности къ бугристой, различной твердости поверхности, также служитъ цѣннымъ указаніемъ. За *haematocoele* говорить въ особенности быстрое уменьшеніе опухоли. Гной всасывается не такъ быстро, какъ асептическая кровь. Значить, быстрое уменьшеніе величины и быстрое исчезаніе опухоли тоже говорить за *haematocoele*.

Тутъ нужно имѣть въ виду всѣ опухоли *Douglas*'ова пространства: нужно все обдумать, что говорить за, что противъ каждой изъ нихъ. На основаніи этого ставятъ вѣроятный діагнозъ *per exclusionem*.

Весьма важнымъ симптомомъ представляется учащенный позывъ къ мочеиспусканію. Если его болѣе не имѣется, но намъ извѣстно о немъ изъ анамнеза, то это говорить въ пользу *haematocoele*, которою совершенно внезапно было уменьшена емкость мочевого пузыря.

Для *haematocoele* характерно также постоянное отхожденіе темной крови. Отхожденіе *deciduae*, представляющей отпечатокъ *uteri*, крайне доказательно, но встрѣчается не постоянно.

Если *haematocoele* переходитъ въ нагноеніе, то наступаютъ потрясающіе ознобы и лихорадка.

1. Профилактическое леченіе.

Если припомнить опасности трубной беременности: разрывъ, истеченіе кровью, въ самомъ благоприятномъ случаѣ многочисленныя срощенія, часто продолжительную инвалидность, то не можетъ быть никакого сомнѣнія, что каждую, несомнѣнную трубную беременность необходимо съ профилактическою цѣлью, даже при отсутствіи болѣе серьезныхъ явленій, удалять оперативнымъ путемъ. Необходимо согласиться съ *Werth*'омъ, что подобное удаленіе слѣдуетъ предпринять возможно раньше. Трубный выки-

дышь не удастся предупредить „покоем“. Ростъ яйца самъ по себѣ, безъ всякой травмы, ведетъ къ выкидышу или разрыву, значить, каждый день, который мы пропускаемъ, ведетъ къ новымъ опасностямъ для жизни. При нынѣшней техникѣ лапаротоміи и увѣренности въ результатахъ опасность лапаротоміи гораздо меньше, чѣмъ опасность выжиданія. Кромѣ того, лапаротомія необходима и въ томъ случаѣ, если мы ошибочно приняли опухоль придатка за беременную трубу.

Съ другой стороны, мы вправѣ лечить выжидательно, если имѣлось однократное кровотеченіе, исчезли всѣ серьезные симптомы и опухоль стала твердой. Въ подобномъ случаѣ необходимо строго слѣдить, держать больную спокойно въ постели и выждать всасыванія. Если оно идетъ равномерно при улучшеніи общаго состоянія, если опухоль уменьшается и становится болѣе твердой, то нѣтъ никакихъ показаній къ неотложной операціи, такъ какъ намъ извѣстно, что наступить самопроизвольно *status integritatis*.

При операціи дѣйствуютъ слѣдующимъ образомъ: Послѣ разрѣза живота отыскиваютъ дно матки, приподнимаютъ его пальцами. Кривую иглу проводятъ подъ *lig. ovarii*, трубой и *lig. rotundum* черезъ широкую связку. Завязываніе, вытаскиваніе маточнаго угла за нитку. При дряблой маткѣ нитка зачастую прорѣзается черезъ паренхиму матки, не прорѣзая, однако, круглой связки, которую, вслѣдствіе этого, всегда необходимо захватывать. Теперь отыскиваютъ периферическій конецъ широкой связки у таза. И здѣсь обкалываютъ и перевязываютъ. Закрывъ такимъ образомъ оба главныхъ источника доставки крови, вытаскиваютъ рукой плодный мѣшокъ изъ глубины, перевязываютъ нѣсколькими лигатурами и отрѣзаютъ ножницами. Въ заключеніе очистка полости. Дренажа не нужно. Если кровотеченіе изъ разорванныхъ плоскостныхъ срощеній становится очень сильнымъ, то къ кровоточащимъ мѣстамъ прикладывается марлевый тампонъ, конецъ котораго выводятъ черезъ брюшную рану. Въ большинствѣ случаевъ кровотеченіе останавливается по прошествіи нѣсколькихъ минутъ и дренажъ становится лишнимъ. Нераціональнымъ представляется дренажъ въ сторону влагалища, такъ какъ въ данномъ случаѣ какъ брюшина, такъ и влагалище весьма богаты кровью, вслѣдствіе чего кровотеченіе изъ новаго разрѣза можетъ стать весьма опаснымъ.

Въ нѣсколькихъ случаяхъ я вынималъ и свободно лежащее твердое яйцо вмѣстѣ съ кровяными сгустками, и такъ какъ не имѣлось нигдѣ кровотеченія, оставлялъ лопнувшую трубу и яичникъ. Мнѣ не извѣстно, окружилась-ли труба воспалительными продуктами и рубцами, или стала снова нормальной.

Если мѣшокъ отдѣляется съ трудомъ, то весьма выгодно перевязать сначала всѣ естественныя соединенія, разрѣзать ихъ и лишь послѣ этого удалить мѣшокъ.

Если *haematocoele* разрывается, то тщательно удаляютъ кровяные сгустки. Иногда они издаютъ зловонный запахъ. Существуетъ также незначитель-

ная лихорадка, которая продолжается 1—2 дня при хорошемъ, прогностически благоприятномъ пульсѣ.

Иногда *Douglas'*ово пространство представляется неправильнымъ, покрытымъ хлопьями, обрывками капсулы, но и въ этихъ случаяхъ я болѣе не тампонирую и не дренирую.

2. Лапаротомія при тяжелыхъ симптомахъ.

При тяжелыхъ симптомахъ вслѣдствіе разрыва беременной трубы весьма трудно рѣшиться на лапаротомію у почти умирающей больной. Но еще болѣе тяжело ничего не дѣлать и сложа руки ожидать смерти чловѣка, не сдѣлавъ попытки къ его спасенію. Если больная умираетъ безъ операциі, то можно себя укорять: можетъ быть и удалось бы спасти больную операцией! Если больная умираетъ послѣ операциі, то опять можно сказать: больная можетъ быть осталась бы безъ операциі въ живыхъ!

Необходимо помнить, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ обыкновенно дѣло съ крѣпкими молодыми больными. Однократное, даже весьма сильное кровотеченіе отлично переносится, если оно окончательно было остановлено операцией. Безъ операциі, однако, могутъ наступить повторенія и въ томъ случаѣ, когда кровотеченіе, повидимому, остановилось и силы прибавляются. Однократное улучшеніе не предохраняетъ отъ плохого исхода.

Значить, невзирая на сильную анемію, болѣе рачіонально будетъ произвести операцию, чѣмъ выжидать. Исходъ операциі можно приблизительно опредѣлить впередъ, случайности при выжиданіи—никогда.

Если анемія очень сильна, то уже до и во время операциі дѣлають вливанія физиологическаго солевого раствора $t^{\circ} 38^{\circ}$ подъ кожу въ regio *infraclavicularis*, подъ грудную железу или на бедра. При сильной сердечной слабости вливають солевой растворъ въ вены.

Кромѣ того, силы больной сохраняются во время операциі повторнымъ обливаніемъ нижнихъ конечностей и верхней части туловища горячей водой. Я примѣнялъ съ успѣхомъ и горячія клизмы съ виномъ.

Приготовленія къ лапаротоміи необходимо по возможности сократить; кромѣ субъективной дезинфекціи производять объективную весьма сильными дезинфецирующими средствами (эфиръ, мыльный спиртъ) и весьма быстро.

Животъ вскрываютъ настолько, что немедленно можно войти всей рукой. Захватываютъ дно матки и отыскивають сбоку опухоль трубы. Последняя вытаскивается, перевязывается и удаляется.

Кровяныя массы, находящіяся въ животѣ въ жидкомъ или свернувшемся состояніи, часто громадны. Ихъ быстро удаляютъ рукой, но не теряють времени на „туалетъ полости брюшины“, такъ какъ кровь асептична и всасывается.

Сильно давящей повязкой, бинтованіемъ ногъ (аутотрансфузія), теплой

ностелью, подкожными впрыскиваніями камфоры, повторяемыми часами, низкимъ положеніемъ верхней части туловища, стараются сохранить жизненную силу.

3. Лечение haematocoele.

Если при лопнувшей трубной беременности наступило инкапсулирование крови въ формѣ разлитой haematocoele (*Sänger*), если приходится наблюдать лишь послѣ минованія опасности, когда наступило уже умирающее яйцо, то для ускоренія всасыванія мы не обладаемъ никакими средствами. Въ большинствѣ случаевъ достаточно избѣгать всякаго напряженія, примѣнять покой при наступленіи болей, слабительныя, однимъ словомъ правильный гигиенический режимъ.

Устраненіе оставшихся по прошествіи мѣсяцевъ рубцовъ совершенно совпадаетъ съ леченіемъ стараго периметрита.

Безусловно противопоказуется вскрытіе со стороны живота. Но при извѣстныхъ обстоятельствахъ можно подумать объ операціи haematocoele со стороны влагалища. Имѣется два показанія: замедленіе всасыванія и ихорозное распаденіе.

Нѣсколько недѣль примѣняютъ совершенно индифферентное леченіе. Если же замѣчаютъ, что опухоль *Douglas'*ова пространства не становится твердой, что остается упругой еще по прошествіи недѣль, что матка остается прижатой кпереди, значитъ, замедляется всасываніе, то приходится взвѣсить опасности выжиданія и операціи. При выжиданіи страдаетъ общее состояніе, такъ какъ больная принуждена долго лежать. Она не способна къ труду и находится все время въ опасности, такъ какъ опухоль можетъ подвергаться ихорозному распаденію. Опасности операціи, напротивъ, при состояніи техники въ настоящее время, минимальны.

Испытавъ всѣ способы, я считаю самымъ вѣрнымъ слѣдующій способъ: опухоль или задній влагалищный сводъ обнажается при помощи зеркала и дезинфицируется. Послѣ этого дѣлаютъ по серединѣ влагалища продольный разрѣзъ, длиной приблизительно въ 3—4 см., и проникаютъ осторожно въ глубину. Если изъ отверстія вытекаетъ содержимое опухоли, то весьма кривой иглой шиваютъ справа и слѣва брюшину или стѣнку кисты съ влагалищемъ. Послѣ этого увеличиваютъ по возможности разрѣзъ и шиваютъ приблизительно 6 швами внутреннее и наружное отверстіе. Теперь мы имѣемъ ту выгоду, что притягиваніемъ за нитки мы дѣлаемъ отверстіе доступнымъ какъ во время операціи, такъ и при послѣдующемъ леченіи. Полость ощупываютъ, причемъ, если натываются на твердое яйцо, послѣднее захватываютъ и удаляютъ. Если яйцо оставить, то въ послѣдствіи наступаетъ нерѣдко ихорозное распаденіе. Далѣе выполняютъ полость полосками іодоформовой марли. Этимъ лучше предотвращается лихорадка и разложеніе, чѣмъ вставленіемъ дренажныхъ трубокъ и промываніями. Послѣ этого оставляютъ въ покоѣ въ теченіе 4—5 дней; по прошествіи этого времени удаляютъ марлю, промываютъ и позволяютъ

вскорѣ больной встать, чтобы дать отдѣленію возможность стекать естественнымъ образомъ.

При продольномъ разрѣзѣ можно совершенно легко достигнуть зіянія отверстія при помощи находящихся въ раневыхъ краяхъ нитей; при сокращеніи влагаллища послѣ удаленія содержимаго разрѣзъ зіяетъ совершенно самостоятельно. При поперечномъ, напротивъ, разрѣзѣ отверстие сжимается при укороченіи влагаллища. При продольномъ разрѣзѣ разсѣкаются лишь самыя мелкіе сосуды, такъ что кровотеченіе гораздо меньше, чѣмъ при поперечномъ разрѣзѣ.

Если была діагностическая ошибка, напр. имѣется гнойный экссудатъ, нагноившійся дермоидъ, яичниковая киста или эхинококкъ, то пришиваніемъ брюшины можно избѣжать перитонита, какъ въ этомъ я могъ неоднократно убѣдиться на опытѣ. Кромѣ того, не получается смѣщенія различныхъ перерѣзанныхъ слоевъ, отверстие можетъ закрываться и не нарушается самопроизвольное стеканіе.

При высокой лихорадкѣ и ихорозномъ распаденіи необходимо ocuparъ полость. Часто находятъ въ полости старое яйцо или пропитанный кровью послѣдъ въ видѣ плотной массы, которую поддерживается ихорозное распаденіе, пока она не будетъ удалена.

Инкапсулированная haematocoele принимается обыкновенно за ограниченную опухоль и удаляется per laparotomiam.

4. Операциі въ болѣе поздніе сроки виѣматочной беременности.

Здѣсь могутъ встрѣтиться различныя формы. При разрывѣ въ первые мѣсяцы и при предварительномъ склеиваніи *Douglas'*ова пространства кровь собирается больше на передней поверхности живота. Кишки отбсняются кверху. Если кровотеченіе не прекращается, наступаютъ повторенія, то даже въ раннемъ періодѣ беременности образуется въ концѣ концовъ опухоль, которая прилегаетъ къ передней стѣнкѣ живота на-подобіе яичниковой опухоли и подымается выше пупка. Содержимое опухоли—жидкая и густая кровь.

Въ другихъ случаяхъ плодъ развивается дальше, какъ въ трубѣ, такъ и въ полости брюшины, но при этомъ такъ, что послѣдъ хотя бы частью находится въ связи съ слизистой оболочкой трубы. Въ подобномъ случаѣ матка смѣщена въ сторону, проходима для зонда, сильно удлинена и рядомъ находится плодный мѣшокъ.

Послѣдъ можетъ развиваться и въ яичникѣ. Мнѣ пришлось оперировать подобный случай, въ которомъ послѣдъ находился въ яичникѣ сбоку у конца широкой связки, и прощупывался снаружи черезъ брюшныя покровы въ видѣ прилегающей къ нимъ опухоли, величиною въ дѣтскую головку.

Плодъ лежитъ нерѣдко глубоко въ *Douglas'*овомъ пространствѣ, такъ что матка сильно сдавлена кпереди и кости головки мертваго плода прощупываются позади *portio* въ сильно выпяченномъ влагаллищѣ тотчасъ у *introitus*.

Если плодъ умеръ уже нѣкоторое время, началось образованіе litho-raedion, то околоплодная жидкость всосалась и плодный мѣшокъ становится меньше. Въ концѣ концовъ имѣется только плодъ. Въ плодныхъ мѣшкахъ, существующихъ десятки лѣтъ, послѣдъ оказывается исчезнувшимъ, на внутренней стѣнкѣ имѣются известковые конкременты. Подобные старые плодные мѣшки могутъ нагноиться по прошествіи многихъ лѣтъ; тогда могутъ образоваться, вслѣдствіе воспаления или механически вслѣдствіе давленія костей плода, различныя прободенія кишечекъ. Этимъ, въ свою очередь, ускоряется гніеніе и разложеніе плода. Появляются сообщенія плода съ кишечникомъ, пузырямъ, влагалищемъ или съ наружной кожей, черезъ которыя медленно выдѣляются кости плода. Незирая на продолжающееся мѣсяцами нагноеніе, иногда подобныя женщины выздоравливаютъ безъ всякаго леченія. Другія, напротивъ, погибаютъ отъ истощенія и лихорадки.

Задача врача при этомъ та же, что и при нормальныхъ родахъ: удаленіе плода. Плодный мѣшокъ не представляетъ собою злокачественнаго новообразованія. Какъ только удаленъ плодъ, то плодный мѣшокъ сморщивается и исчезаетъ. Въ виду этого я всегда оставляю плодный мѣшокъ, конечно, если онъ не подвергся гніенію.

Примѣняя этотъ способъ, я не потерялъ ни одной больной, между тѣмъ какъ удаленіе плоднаго мѣшка при доношенной внѣматочной беременности оканчивалось въ моихъ случаяхъ довольно неблагоприятно. Часто вовсе не имѣется „плоднаго мѣшка“, а яйцевая оболочка образуется вслѣдствіе сращенія кишечекъ между собою, съ сальникомъ и съ прилежащими органами живота, въ особенности съ увеличенной маткой. Если желаютъ „экстирпировать“ плодный мѣшокъ, то необходимо произвести большую, весьма опасную и съ сильной потерей крови операцію. Затрудненія часто до того велики, что приходится прерывать операцію: такъ, напр., плодный мѣшокъ можетъ существовать сверху и отсутствовать снизу.

Въ виду этого я горячо рекомендую свой способъ, который я примѣнялъ до сихъ поръ во многихъ случаяхъ и всегда съ хорошимъ результатомъ.

Еще одинъ вопросъ: можно-ли операцію внѣматочной беременности отложить до извѣстнаго момента? Въ прежнее время рѣшался этотъ вопросъ въ томъ направленіи, что правильнѣе ждать насколько можно. По прошествіи долгаго времени послѣ умиранія плода образуются тромбы въ сосудахъ послѣда, вслѣдствіе чего болѣе поздняя операція сопровождается менѣ сильнымъ кровотеченіемъ, значитъ, является менѣ опасной. Безусловно необходимо согласиться съ *Veit*'омъ, *Werth*'омъ и *Wyder*'омъ, которые принципиально немедленно производятъ операцію. И по моимъ наблюденіямъ кровотеченіе оказывается вовсе не столь сильнымъ; необходимо лишь ограничиться удаленіемъ ребенка, оставляя всякую попытку удаленія послѣда, и тампонированіемъ большой полости. Разрѣзанный случайно и сильно кровоточившій послѣдъ я пришилъ, съ

дѣлю остановки кровотока, къ краю раны матрацнымъ швомъ и оставилъ его на мѣстѣ. Послѣдъ выдѣлился впоследствии самопроизвольно послѣ уменьшенія плоднаго мѣшка, безъ всякаго кровотечения и ихорознаго распада.

Разрѣзъ живота дѣлается обыкновенно по срединной линіи. Если же плодный мѣшокъ сильно выступаетъ на другомъ какомъ-нибудь мѣстѣ, то разрѣзъ дѣлаютъ лучше на этомъ мѣстѣ. Весьма осторожно проникаютъ черезъ брюшину. Если послѣдняя плотно срослена съ плоднымъ мѣшкомъ или если передняя паріетальная брюшина образуетъ часть плоднаго мѣшка, то отверстіе расширяютъ лишь настолько, чтобы можно было удалить ребенка, проникнувъ у верхняго конца въ полость брюшины, быстро пришиваютъ плодный мѣшокъ. Необходимо рѣзать крайне осторожно, такъ какъ стѣнка плоднаго мѣшка можетъ быть образована прямо кишечной петлей.

При живомъ ребенкѣ оставляютъ спокойно послѣдъ, но отрѣзаютъ пуповину и не перевязываютъ ее съ цѣлю уменьшенія послѣда путемъ кровотечения. Полость наполняется стерильной марлей, такъ чтобы она получила ту же величину, что и до удаления плода. Накладывается давящая повязка. Значитъ, отверстіе въ животѣ остается открытымъ. При безлихорадочномъ теченіи удаляютъ марлю по прошествіи 6—8 дней и даютъ мѣшку сморщиться. Послѣдъ удаляютъ лишь послѣ отдѣленія или при возможности удалить его безъ особаго кровотечения. Наступаетъ сильное нагноеніе, вздувающимися кишками сдавливаютъ мѣшокъ. Послѣдующее леченіе состоитъ въ весьма частыхъ промываніяхъ. Выздоровленіе наступаетъ медленно, но вѣрно.

Если при разрѣзѣ находятъ, что плодный мѣшокъ не представляетъ сросеній съ *peritoneum parietale*, то отдѣняютъ выходящія кишки назадъ и пришиваютъ *peritoneum parietale* или брюшные покровы къ плодному мѣшку такимъ образомъ, что часть плоднаго мѣшка, длиною въ 10 см. и шириною въ 5 см., лежитъ свободно, отдѣленная отъ брюшной полости. При этомъ необходимо дѣйствовать крайне осторожно и употреблять весьма тонкія иглы, такъ какъ плодный мѣшокъ можетъ оказаться весьма дряблымъ и легко разрываться. Это неудобно въ виду кровотечения и опасно въ случаяхъ, въ которыхъ наступило уже ихорозное распадѣніе плоднаго мѣшка.

Послѣ шиванія ассистентъ становится сбоку больной, имѣя въ рукахъ большое ведро съ теплой стерилизованной водой. Плодный мѣшокъ вскрываютъ и удаляютъ ребенка. Если содержимое представляетъ ихорозное разложеніе, то ассистентъ, во время удаленія ребенка, наливаетъ громадное количество воды на поле операциі. При этомъ удаляется все ихорозное. Полученнаго швомъ закрытія совершенно достаточно для предохраненія асептической полости брюшины отъ септическихъ массъ вѣматочнаго мѣшка. Когда полость промыта достаточно, ее наполняютъ асептической марлей, при ихорозномъ распадѣніи—іодоформовой марлей.

Экстирпацію плоднаго мѣшка я оставляю лишь для случаевъ, въ которыхъ опухоль сидитъ на ножкѣ, напр. при беременности въ добавочномъ рогѣ.

Если, однако, при этомъ оказывается, что полная экстирпація затруднена слишкомъ разлитыми сращениями въ глубинѣ, то дно плоднаго мѣшка, которое можно захватить въ складки, вшиваютъ въ рану живота. Все выдающееся обрѣзаютъ, кровоточащіе сосуды перевязываютъ. Но во всѣхъ случаяхъ необходимо оставить вверху такой величины отверстие, чтобы не произошло задержки.

Встрѣчаются, однако, случаи, въ которыхъ при продолжающейся годами вѣматочной беременности *Douglas*'ово пространство оказывается выпяченнымъ почти до vulva, такъ что прямо позади влагалища можно прощупать кости головы и плодный мѣшокъ оказывается сверху сильно удаленнымъ отъ брюшныхъ покрововъ. Въ одномъ такомъ случаѣ я сдѣлалъ внизу во влагалищѣ большой сагиттальный разрѣзъ, черезъ который удалилъ плодъ. Вдувающіяся кишки сдавливаютъ пустой плодный мѣшокъ, отверстие для стока лежитъ на самомъ удобномъ мѣстѣ.

Но лишь въ этихъ рѣдкихъ случаяхъ я рекомендую операцію снизу. При свѣжихъ вѣматочныхъ беременностяхъ кровотечение при влагалищномъ разрѣзѣ громадно.

Если плодный мѣшокъ имѣетъ въ глубинѣ сообщеніе съ кишечникомъ, то на это не слѣдуетъ обращать вниманія. Оно закрывается само собою по удаленіи плоднаго мѣшка. Самопроизвольное излеченіе обезпечено въ томъ случаѣ, если испражненіе совершалось и совершается въ достаточной степени нормальнымъ путемъ.

ГЛАВА ТРИНАДЦАТАЯ.

Послѣдующее леченіе. Послѣдующія болѣзни послѣ лапаротомій.

А. Шовъ брюшной раны.

При прежнихъ плохихъ способахъ брюшнаго шва наблюдались весьма часто брюшныя грыжи, такъ что онѣ еще въ настоящее время приводятся какъ доводы противъ лапаротоміи и за «влагалищную келиотомію». Въ настоящее время лучшимъ брюшнымъ швомъ считается погружной шовъ въ три слоя. Кромѣ того убѣждены и въ томъ, что нагноеніе, или заживленіе *per secundam intentionem* ведетъ вслѣдствіе послѣдующей атрофіи большого рубцевого валика къ брюшнымъ грыжамъ. Въ глубинѣ имѣется часто на кишкахъ лишь брюшина, воспаленіе распространяется по брюшинѣ и происходитъ склеиваніе кишечныхъ петель. Въ глубинѣ раны видны иногда перистальтическія ихъ движенія.

Брюшной шовъ накладывается слѣдующимъ образомъ: Сначала сшиваютъ

весьма тщательно брюшину непрерывнымъ швомъ. Такъ какъ брюшина мѣнѣе подвижна у пупка, то слѣдуетъ начинать сверху. Этотъ шовъ слѣдуетъ накладывать весьма тщательно. Подъ самымъ пупкомъ снабжена прямая мышца фасціей, которая прекращается по срединѣ между пупкомъ и симфизомъ. Вверху захватываютъ первымъ швомъ фасцію прямой мышцы. Болѣе книзу брюшина подрѣпляется лишь тонкой fascia transversa, которую нельзя видѣть изолированной. Здѣсь легко захватить брюшину пинцетамъ. Иглу вкалываютъ и вытаскиваютъ на разстояніи $\frac{1}{2}$ стм. Если этотъ шовъ не наложить густо, то брюшина разрывается въ глубинѣ при кашлѣ и рвотѣ. Послѣдствіемъ является, какъ это мнѣ пришлось наблюдать неоднократно, немедленное вхожденіе кишекъ снизу. Кожные швы при этомъ могутъ держаться, но даже спустя 2 недѣли послѣ операціи возможно расхожденіе краевъ раны при кашлѣ или рвотѣ, если поверхностные швы были сняты слишкомъ рано. По моимъ наблюденіямъ такъ наз. вторичное расхожденіе происходитъ снизу вверхъ, а не наоборотъ; оно является послѣдствіемъ плохого, слишкомъ рѣдкаго шва брюшины и, одновременно, напряженія брюшного пресса, напр. при кашлѣ и рвотѣ. Если и не наступаетъ полного расхожденія шва, то во всякомъ случаѣ развиваются сращения. Сращения на рубцѣ въ животѣ имѣютъ этиологическое значеніе для развитія грыжъ брюшного рубца. У края мѣшка грыжи брюшного рубца имѣются почти всегда сращения сальника и кишекъ. Эти сращения препятствуютъ кишечнымъ движеніямъ въ брюшной полости. Кишки какъ бы вдавливаются въ извѣстную часть брюшной полости. Онѣ вздуваются, надавливаютъ на сращения и выпячиваютъ особенно сильно одну сторону, одну часть брюшной полости.

Сращения съ рубцомъ избѣгаются лучше всего наложеніемъ тщательнаго шва на брюшину. По окончаніи этого шва спиваютъ, по *Winter'y*, фасцію съ фасціей, взявъ для этого новую нитку. Гораздо лучше брать для каждаго слоя новую нитку, такъ какъ нагноеніе, если таковое разовьется, можетъ проникнуть при непрерывной нити и въ болѣе глубокой слой.

Для погружныхъ швовъ можно брать лишь тонкій кэтгутъ.

Въ прежнее время употребляли для непрерывнаго шва шелкъ. Во-первыхъ полагали, что хорошо и вѣрно стерилизовать можно только шелкъ, и, во-вторыхъ, боялись, что вслѣдствіе быстро всасыванія кэтгута шовъ не получитъ достаточной крѣпости. При употребленіи шелка я наблюдалъ весьма часто нагноенія, которыя, невзирая на совершенно правильное первичное заживленіе, наступали лишь по прошествіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Въ подобныхъ случаяхъ не оставалось ничего другого, какъ вскрыть всю рану, отыскать и удалить всѣ остатки шелка. Нитку, завязанную узломъ въ фасціи, никогда не удавалось вытащить. Если больная не попадала во-время въ руки врача, то подъ брюшными покровами развивались во всѣ стороны затеки, которые вели къ весьма серьезнымъ операціямъ, къ полному разрушенію кожи живота много-

численными, большими разрывами. Въ виду подобныхъ наблюдений я совершенно не применяю шелка для погружныхъ швовъ.

Если въ полости живота остается воздухъ, то до соединенія брюшинныхъ катгутовыхъ нитей вводятъ катетеръ, надавливаютъ на животъ, удаляютъ послѣ выхожденія воздуха катетеръ и натягиваютъ одновременно нити катгута.

Иногда развивается кожная эмфизема дающая хрустъ при надавливании, безъ послѣдующаго нагноенія.

Такъ какъ катгутъ становится мягкимъ, растягивается и часто быстро всасывается, то легко возможно, что даже при тщательномъ наложеніи шва не плотный еще шовъ фасціи расходится по прошествіи 6—8 дней или болѣе поздно; въ виду этого накладываютъ нѣкоторые операторы нѣсколько швовъ черезъ всю толщю брюшныхъ покрововъ и удаляютъ эти швы лишь по удаленіи всѣхъ поверхностныхъ швовъ. Но все дѣло сводится къ огражденію шва фасціи. Это я достигаю тѣмъ, что по окончаніи шва фасціи накладываютъ при большихъ разрывахъ 3, при меньшихъ 2 или даже лишь одинъ восьмиобразный шовъ, которымъ захватывается вмѣстѣ съ наружнымъ брюшнымъ швомъ и фасція. Берется silk-worm, иглу вкалываютъ слѣва черезъ наружную кожу, послѣ чего проводятъ иглу справа налѣво подъ раной фасціи и выводятъ ее снова справа черезъ кожу живота. Такимъ образомъ захвачена въ глубинѣ и фасція. Этотъ шовъ изображенъ на рис. 254. Эти нити удаляются по прошествіи 14 и болѣе дней.

Наружные покровы сшиваютъ лучше всего при помощи silkworm. Silkworm является лучшимъ матеріаломъ по двумъ причинамъ. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что, невзирая на самое тщательное антипаразитарное приготовленіе, болѣе глубокіе слои кожи, напр. сальные и потовыя железы, содержатъ многочисленныя бактеріи. Всякій шероховатый матеріалъ при протягиваніи нити изъ образующейся на мѣстѣ укола воронки увлекаетъ за собою въ глубину поверхностныя, отдѣлившіяся эпителиальныя клѣтки. Гладкія нити silkworm, проведенныя вглубь тонкой иглой, не слущиваютъ эпителия. Далѣе silkworm не пропитывается, не раздражаетъ и удаляется вполнѣ въ настолько, что больная этого почти не ощущаетъ. Значеніе имѣетъ и этотъ послѣдній фактъ. Швы не слѣдуетъ затягивать слишкомъ туго, въ противномъ случаѣ на этихъ мѣстахъ кожа становится ишемичной, у истощенныхъ больныхъ можетъ даже развиться омертвѣніе.

До стягиванія кожи удаляютъ пинцетомъ, ножницами и ножомъ всѣ отдѣлившіяся жировыя массы, въ особенности же частички laminae subperitonealis. Если операція продолжалась очень долго, такъ что жиръ брюшныхъ покрововъ представляется бурокраснымъ, или если поверхности раны были даже загрязнены гноемъ, то отрѣзаютъ слой жира, толщиной въ $\frac{1}{2}$ см. Если при этомъ наступаетъ снова кровоточеніе, то не перевязываютъ, даже не вытираютъ, такъ какъ свѣжая кровь не только

асептична, но дѣйствуетъ даже антисептическимъ образомъ. При затягиваніи кровь уже безъ того выжимается кнаружи. Такъ наз. мертвые пространства между слоями не могутъ развиваться вслѣдствіе быстро усиливающагося внутрибрюшного давленія.

При громадныхъ опухоляхъ, которыя спереди прикрѣпляются обыкновенно на большомъ протяженіи, стараются выключить кровоточащія поверхности брюшныхъ покрововъ.

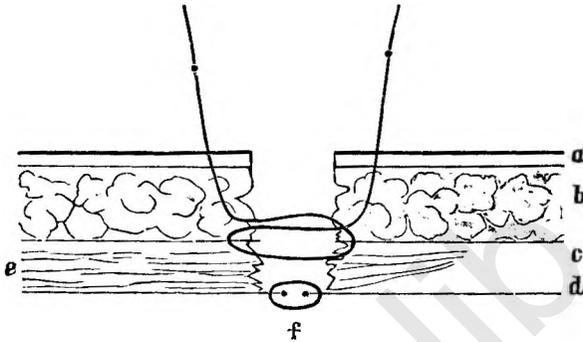


Рис. 254.

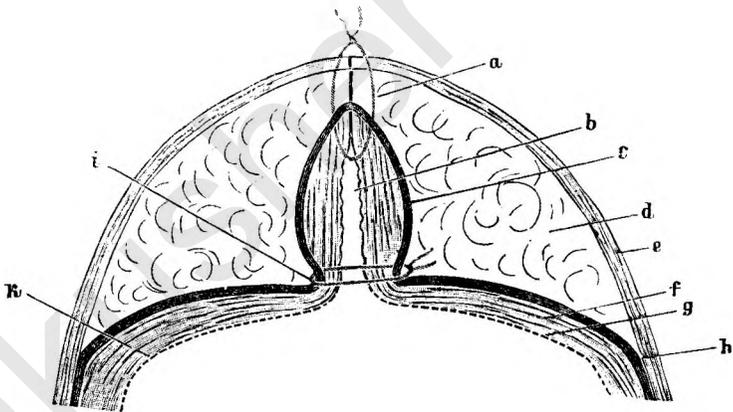


Рис. 255.

a петля шва, *b* выключенная кровоточащія поверхности, *c* кожа живота, *d* ватные тампоны, *e* липкій пластырь, *f* стѣнка живота, *g* брюшина, *h* мѣсто, на которомъ пластырь лежитъ непосредственно на кожѣ, *i* матрацный шовъ, *k* брюшина.

Надъ кишками стягивается брюшина справа и слѣва кѣтгутомъ и сшивается, такъ что кровоточащія части брюшной стѣнки, лежащія выше этого шва, отдѣлены отъ брюшной полости. Такимъ образомъ можно отдѣлить отъ брюшной полости 10—20 см. брюшныхъ покрововъ. Кромѣ того я накладываю матрацный шовъ такъ, что на 10 см. ниже приподнятой брюшной раны можетъ быть проведенъ поперекъ брюшныхъ стѣнокъ валиковый шовъ. Для «валика» берутъ кусокъ сложенной іодо-

формовой марли. Надъ швомъ брюшные покровы образуютъ выступъ въ видѣ гребня. Соответствующая повязка; толстые комки ваты вдоль этого гребня, укрѣпленные полосками липкаго пластыря, служатъ также для прижатія. Кровотеченіе безусловно останавливается (рис. 255). При удаленіи этого шва животъ принимаетъ постепенно снова нормальную форму.

Если операція продолжалась слишкомъ долго для силъ больной, то вышеописаннымъ способомъ остановка кровотеченія достигается быстрѣе всего, а также и окончаніе операціи.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что при асептическомъ способѣ можно оставлять большія, разорванныя, неправильныя раны, причемъ теченіе заживленія нисколько не нарушается.

В. Повязка на животъ.

Послѣ шиванія посыпаютъ рану большимъ количествомъ стерилизованнаго каолина. Это вещество всасываетъ всю кровь и выступающую сыворотку и держитъ рану безусловно сухой: одно изъ самыхъ главныхъ условій хорошаго заживленія! Ни однимъ другимъ средствомъ не достигается такая сухость раны, какъ каолиномъ!.. Айроловая паста дѣйствуетъ весьма сходно, но при употребленіи даже самыхъ небольшихъ дозъ я наблюдалъ неоднократно развитіе стоматита, вслѣдствіе чего въ настоящее время я не употребляю болѣе эту пасту.

Поверхъ каолина кладутъ полоску борланта, шириною въ ладонь, которую, по *Winter*'у, приклеиваютъ коллодіемъ. Въ особенности у нижняго угла раны, надъ симфизомъ, гдѣ вслѣдствіе движеній больной повязка смѣщается легче всего, необходимо накладывать по возможности глухую повязку. Наконецъ, накладываютъ на животъ ватный компрессъ, который удерживаютъ полосками липкаго пластыря, шириною въ 8 см. Полоски не должны захватывать ни спины, ни конечностей, но тѣмъ не менѣе должны заходить довольно кзади. Этими полосками можно оказывать на животъ довольно сильное давленіе, во всякомъ случаѣ болѣе сильное и равномерное, чѣмъ марлевыми бинтами.

Для больныхъ крайне пріятно, если оставлять свободной спину и возможныя свободныя движенія конечностями. Другая выгода состоитъ въ томъ, что повязку можно накладывать и мѣнять въ постели, вовсе не поднимая больную. Тѣло необходимо, до наложенія повязки, насухо вытирать, удаляя влагу протираніемъ эфиромъ.

С. Послѣдующее леченіе.

Постель больной согрѣваютъ. Больную обкладываютъ грѣлками, которыя, во избѣжаніе ожога, завертываютъ въ войлокъ или полотенца. Если пульсъ слабый, то еще во время наркоза дѣлаютъ подкожное вливаніе теплаго ($38,5^{\circ}$), обезпложеннаго раствора поваренной соли 5 : 1000 въ области бедра или въ подключичную область. Голову больной укла-

дываютъ низко, вынимаютъ изъ-подъ головы подушку, ножной конецъ кровати ставятъ на подставку, такъ что онъ находится приблизительно на 15 см. выше головного конца. Дѣлаютъ клистиръ изъ 60,0 воды и 15,0 коньяка, который, въ случаѣ необходимости, повторяютъ 2—4 раза въ теченіе 24 часовъ. Въ болѣе позднемъ періодѣ выздоровленія я впрыскивалъ подъ кожу съ хорошимъ успѣхомъ 2 раза въ недѣлю стерилизованное прованское масло.

Лучшимъ средствомъ при тошнотѣ является воздержаніе отъ всякой пищи. Въ теченіе первыхъ 24-хъ часовъ я не даю ни глотка воды, ни кусочка льда.

Лучше воздержаться по возможности, при появленіи болей, отъ опія или морфія. Тошнота и рвота лишь усиливаются наркотическими средствами.

Уже на 3 день назначаютъ больной слабительное, лучше всего касторовое масло. Если не отходятъ газы, то уже по прошествіи 36 часовъ вливаютъ въ прямую кишку 30 глицерина на 300 воды. Своевременнымъ назначеніемъ слабительныхъ и клистировъ можно предотвратить развитіе непроходимости кишекъ. Послѣ наступленія стула назначаютъ больной пищу, переходя постепенно къ обыкновенной питательной діетѣ для больныхъ.

Почти всѣ больныя, въ особенности при наложеніи вышеописанной давящей повязки, въ состояніи мочиться совершенно свободно. Необходимо по возможности воздержаться отъ катетеризаціи. Весьма легко повредить мочеспускательный каналъ, причѣмъ эти поврежденія даютъ себя знать еще недѣлями.

Какъ часто вызываетъ катетеръ въ рукахъ сидѣлки катарръ мочевого пузыря! *Werth* рекомендуетъ еще до закрытія брюшной раны наполнять мочевой пузырь теплымъ растворомъ борной кислоты, такъ какъ при подобныхъ условіяхъ больныя въ состояніи гораздо легче мочиться самопроизвольно.

Во всякомъ случаѣ, хорошимъ прогностическимъ признакомъ является обстоятельство, если больная въ состояніи вскорѣ мочиться самопроизвольно. При воспаленіи брюшины парализуются мышцы пузыря, а также и кишекъ.

На 10—14-й день разрѣзаются полоски липкаго пластыря по серединѣ сагиттально. По краю дѣлаютъ отверстія, проводятъ тесемки, накладываютъ вату, такъ что имѣется готовой вторая повязка. Если кожа сильно покраснѣла, если липкій пластырь сильно раздражалъ, если имѣется даже экзема, то липкій пластырь необходимо удалить и покрыть кожу цинковой пудрой. Внутрь назначаютъ *Sol. Fowleri*. Удаляется и борлинтъ. Каолинъ остается. Швы удаляютъ не ранѣе 14 дней. Если рана безъ всякой реакціи, то оставляютъ глубокіе восьмиобразные швы до 21-го дня, предупреждая такимъ образомъ расхожденіе фасціи.

Если же у больной незначительная лихорадка, если брюшная рана

болѣзненна, если имѣется чувствительность къ давленію или даже вытекаетъ изъ-подъ повязки гной, то необходимо немедленно перемѣнить всю повязку. Швы вынимаютъ, рану промываютъ и выдавливаютъ и впускаютъ изъ трубочки въ образовавшіяся отверстія ляписную мазь 1 : 50. Накладывается тепловлажная повязка, съ растворомъ айрола. Дальнѣйшее расхожденіе предупреждается наложеніемъ нѣсколькихъ новыхъ полосокъ липкаго пластыря. Рану очищаютъ и перевязываютъ ежедневно два раза. Образованію грануляцій способствуетъ также вливаніе въ гнойную полость *Vini camph.* Тонкіе кожные мостики перерѣзаются. Если рана на одномъ мѣстѣ красна и тверда, то удаляютъ имѣющіеся здѣсь швы и накладываютъ влажный дезинфицирующій компрессъ. Весьма часто вытекаетъ изъ мѣста укола или изъ маленькаго отверстія сыворотка или жидкій жиръ, даже въ большемъ количествѣ, причѣмъ рана не открывается. Значитъ, заживленіе можетъ происходить безъ всякаго нарушенія. Вовсе не слѣдуетъ немедленно вскрывать всю рану.

При зондированіи легко найти тонкое мѣсто для наложенія противотверстія. Весьма часто полость закрывается весьма быстро, въ особенности при леченіи промываніями и мазями. Если же кожа очень тонкая или имѣются въ глубинѣ боковыя пазухи, то вскрываютъ весь рубецъ. Брюшные покровы хорошо удерживаются нѣсколькими полосками липкаго пластыря.

Грануляціи разрастаются лучше всего при леченіи мазями съ ляписомъ. Гноящіяся поверхности уменьшаются быстрѣе всего при присыпаніи итрола. Это средство наносятъ въ самомъ небольшомъ количествѣ при помощи сухой кисточки. Большія количества ведутъ къ поверхностному некрозу.

Большія зіяющія раны соединяютъ вторично. Получаются отличные результаты. Грануляціи въ глубинѣ тщательно выскабливаются кюреткой, края раны освѣжаются гладко. Рана промывается растворомъ сулемы, всюду тщательно вытирается. Кровотеченіе не останавливается, накладывается шовъ. Наступаетъ хорошее заживленіе «подъ влажнымъ струпомъ».

Лапаротомированная не должна вставать слишкомъ рано.

Больная должна занимать спокойное положеніе въ теченіе 3 недѣль. Я наблюдалъ при раннемъ вставаніи развитіе экссудатовъ. Кастрированные больныя, у которыхъ операція прошла совершенно гладко, у которыхъ не было ни повышенія температуры, ни болей, которыя, на видъ здоровыя, выписавшись изъ клиники черезъ 14 дней, возвращались по прошествіи мѣсяцевъ съ опуханіями въ области культи, или у нихъ появлялись боли, которыя исчезали лишь послѣ того, какъ больныя провели въ постели нѣсколько недѣль. Въ виду этого, даже послѣ легкихъ лапаротомій, больная должна оставаться въ постели въ теченіе 3 и даже 4 недѣль.

Весьма важно, на что, къ сожалѣнію, обращаютъ слишкомъ мало вниманія, слѣдить за желудкомъ, назначая въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, при вялости, слабительныя и клистиры. Причину болей составляетъ нерѣдко растяженіе присосшей къ культѣ *flexurae sigmoideae*.

Въ прежнее время часто рекомендовали носить резиновый бинтъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Но эти бинты не приносятъ никакой пользы. Если правильно соединенная рана срослась хорошо первично, то она остается безусловно крѣпкой. Если же рана соединена плохо, зажила вторичнымъ натяженіемъ, то ношеніемъ бинта нельзя предупредить развитія грыжи. Хотя бинтъ и не является безусловно необходимымъ, но онъ во всякомъ случаѣ пріятенъ для больной. Я часто говорилъ больнымъ, что бинтъ совершенно лишній, но больныя носили его тѣмъ не менѣе въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, и снимали его со страхомъ. Во всякомъ случаѣ, ношеніе бинта не можетъ принести вреда.

Лапаротомированная должна находиться подъ наблюденіемъ опытной сидѣлки, которая могла бы контролировать пульсъ. Не слѣдуетъ допускать ухода со стороны „родственниковъ“. Всякіе разспросы и т. д. послѣ операціи лишь возбуждаютъ психику. Это возбужденіе ведетъ къ прерыванію сна, который послѣ наркоза продолжается нерѣдко часами. Послѣдствіемъ психическаго возбужденія является рвота. Родственники находятъ, что запрещеніе давать морфій, воду и т. д. прямо сурово со стороны врача.

Безусловно необходимо строго слѣдить за лапаротомированными. Не-взирая на самое тщательное наблюденіе, можетъ наступить послѣдующее кровотеченіе. Съ кѣмъ это не встрѣчалось? Если кровотеченіе замѣчается во-время, то быстрое вскрытіе живота даетъ отличные результаты. Послѣдующее, однако, кровотеченіе въ виду того, что больная теряетъ сознаніе лишь постепенно, можетъ быть распознано лишь на основаніи объективныхъ и очень трудно на основаніи субъективныхъ симптомовъ. Въ виду этого безусловно необходима опытная сидѣлка.

D. Предсказаніе. Смерть послѣ лапаротоміи.

Если случаи смерти послѣ лапаротоміи желали бы раздѣлить на такіе, въ которыхъ смерть наступила вслѣдствіе послѣдствій операціи (затянувшійся шокъ), *sepsis*, сердечной слабости, перитонита въ различныхъ его формахъ, то удалось бы установить лишь искусственно извѣстныя категоріи. Безъ сомнѣнія, существуютъ особенно ясные случаи, въ которыхъ можно діагностицировать одно и исключить другое. Но чаще бываютъ смѣшанныя формы, такъ что мы въ состояніи отыскать различныя причины, которыя, дѣйствуя одновременно, обуславливаютъ несчастный исходъ. Что одинъ авторъ обращаетъ при подобномъ совмѣстномъ дѣйствіи различныхъ причинъ большее вниманіе на одно, другой болѣе на другое, весьма понятно.

Уже исторія лапаротоміи ясно доказываетъ намъ, что самой частой

причиной смерти является происшедшая во время операціи инфекция — *сепсисъ*. Какъ только при лапаротоміяхъ стали примѣнять *Lister*'овскую повязку, внезапно и рѣзко улучшилось предсказаніе.

Вышеописанными мѣрами предосторожности мы въ состояніи общать хорошій исходъ при легкихъ, быстрыхъ, гладкихъ операціяхъ. Что до 1870 года оканчивались сепсисомъ даже самые легкіе случаи, которые и въ то время не представляли техническихъ затрудненій, извѣстно каждому, который до 1870 года производилъ или ассистировалъ при лапаротоміяхъ.

Намъ, однако, извѣстно, что здоровая, нормальная, физиологически нетронутая брюшина всасываетъ небольшое число кокковъ, ихъ удаляетъ, уничтожаетъ, во всякомъ случаѣ дѣлаетъ безвредными, между тѣмъ какъ ткани съ пониженной жизненностью являются всюду, значить и въ брюшной полости, хорошей почвой для развитія кокковъ.

Обмѣнъ веществъ въ полости брюшины еще не выясненъ. Еще не установлено, вызываютъ-ли здѣсь разстройства только условія давленія, нервныя вліянія, химическіе процессы, болѣзни эндотелія или сочетанія этихъ моментовъ. Безусловно должно существовать равновѣсіе между отдѣленіемъ и всасываніемъ, которое дѣйствуетъ въ извѣстномъ отношеніи терапевтически. Такимъ образомъ всасываются весьма быстро инородныя жидкости, напр. кровь, впрыснутая сыворотка, физиологическій растворъ поваренной соли. Съ другой стороны, часто вовсе не всасываются небольшія количества аспитической жидкости при опухоляхъ. Точно такъ же всасываніе страдаетъ, какъ вообще, такъ и мѣстно, при поврежденіи брюшины. Большія массы крови инкапсулируются и остаются неизмѣненными въ теченіе продолжительнаго времени. Виѣсть съ тѣмъ бываютъ и инкапсулированныя серозныя выпоты, которые не всасываются, а образуютъ кисты. Окружающая ихъ, не всасывающая, нарушенная въ своей функціи брюшина во всякомъ случаѣ „болѣна“.

Разстройство функцій брюшины можетъ быть обусловлено различными причинами, напр. химическими: затеканіе раствора сулемы, раствора карболовой кислоты и т. д.; оба средства одно время широко примѣнялись; при этомъ быстро наступала смерть и жидкость оставалась обыкновенно въ полости брюшины. Самое частое и неизбежное механическое раздраженіе является послѣдствіемъ высыханія дѣйствія холода на брюшину. При вскрытіи живота приходятъ содержащіяся въ немъ органы въ соприкосновеніе съ воздухомъ. До введенія оперированія при высокомъ положеніи таза лежали кишки открытыми въ теченіе продолжительнаго времени. Оба момента, механическое раздраженіе при отодвиганіи и высыханіе при держаніи открытымъ живота, дѣйствовали вредно. Были даже операторы, которые вынимали кишки и заворачивали ихъ въ мокрые и сухіе платки; это дѣлалось ими для болѣе удобнаго осмотра полости таза. Этими инсультами серозная оболочка кишекъ повреждается и дѣлается воспримчивой для поселенія и развитія кокковъ. О быстротѣ реагированія брюшины на

раздраженія можно составить себѣ понятіе во время операціи. Если напр. при очень большомъ разрѣзѣ живота, послѣ выведенія опухоли, шиваютъ рану вверху на-время и сжимаютъ рану пинцетами, то уже по прошествіи 15 минутъ, по окончаніи операціи, произошло склеиваніе брюшины. Если къ кишкамъ приложить марлю и удалить ее черезъ 20 минутъ, то она оказывается приклеенной, кишка красная и на ней ясно замѣчается отпечатокъ марли. Эндотелій безусловно подвергся глубокому разстройству, можетъ быть даже уже погибъ. Что эти термическія и механическія раздраженія оказываютъ вліяніе и на мышечную оболочку кишекъ, доказывается покраснѣніемъ кишекъ во время продолжительной операціи и сильнымъ ихъ вздутіемъ.

Однаково можно наблюдать, что кишки станвятся красными и шероховатыми при повторномъ вытираніи, въ особенности сухой марлей.

Всѣ эти наблюденія привели насъ къ тому, что мы избѣгаемъ по возможности при операціяхъ высыханія и соприкосновенія съ воздухомъ кишекъ, прикосновенія къ нимъ и всякаго механическаго раздраженія, въ особенности вытиранія. Кроме того, въ настоящее время мы не приводимъ болѣе брюшину въ соприкосновеніе съ дезинфицирующими средствами.

Каждому пришлось убѣдиться въ болѣе удовлетворительныхъ результатахъ при соблюденіи этихъ мѣръ предосторожности. При переходѣ къ этимъ мѣрамъ предосторожности бросалось въ особенности въ глаза уменьшеніе болей послѣ операціи, кишечныхъ симптомовъ, явленій, напоминающихъ непроходимость кишекъ. Диурезъ и дефекація устанавливаются болѣе быстро. Ненарушенная перистальтика способствовала болѣе быстрому отхожденію газовъ. Что при предохраненіи брюшины можно предпринимать болѣе серьезныя манипуляціи, доказываютъ хорошіе результаты операціи вѣматочной беременности.

Значить, если гладкая и быстрая лапаротомія произведена при соблюденіи вышеописанныхъ мѣръ предосторожности, если брюшина не подвергается химическимъ, термическимъ, механическимъ раздраженіямъ, если потеря крови незначительна, если у больной сердце въ порядкѣ, то теченіе обыкновенно идеальное. Воить лишь рѣзанная рана, и то лишь въ теченіе 24 часовъ, послѣ чего больная лежитъ въ постели, что здоровая. Предсказаніе безусловно хорошее.

Невзирая на благоприятное въ общемъ предсказаніе, умираетъ тѣмъ не менѣе 10 % всѣхъ лапаротомированныхъ. Смерть наступаетъ въ различное время и вслѣдствіе различныхъ причинъ. Разсмотримъ отдѣльныя причины!

Лапаротомированная можетъ умереть, не сходя съ операціоннаго стола, по слѣдующимъ 3 причинамъ: 1) во время наркоза, 2) вслѣдствіе воздушной эмболии, 3) вслѣдствіе истеченія кровью.

Въ теченіе 30 лѣтъ я наблюдалъ при лапаротоміи лишь одинъ случай смерти отъ наркоза. Морфинистка умерла во время эфирнаго наркоза при міомотоміи. Вскрытіе не дало никакихъ указаній. Не вдаваясь здѣсь

въ подробности объ опасности наркоза вообще, я обращаю вниманіе на слѣдующія практическія указанія. Операторъ не въ состояніи слѣдить за дыханіемъ и пульсомъ, но зато онъ замѣчаетъ, вытекаетъ-ли свѣтлая или темная кровь и имѣется-ли вообще кровотеченіе. До вскрытія брюшины необходимо еще разъ убѣдиться, все-ли въ порядкѣ, такъ какъ искусственное дыханіе при вскрытомъ животѣ вещь крайне неудобная. По моему мнѣнію, капельный способъ, по *Witzel*'ю, является лучшимъ. Если сердце слабѣетъ или пульсъ становится плохимъ, то хлороформъ замѣняютъ эфиромъ. При наступленіи хлороформной асфиксіи, если синѣетъ лицо, темнѣетъ кровь и если причиной является не тошнота, то освобождаютъ сначала дыхательные пути—вытираютъ зѣвъ. Голова должна лежать низко. Въ прежнее время это достигалось тѣмъ, что ассистентъ вскакивалъ на операционный столъ и подымалъ больную за ноги. При моемъ столѣ (рис. 204) опускаютъ головной конецъ. Послѣ этого примѣняютъ приемъ *Labordé*'a, ритмическое вытягиваніе языка щипцами, поколачиваютъ также ритмически сердце по *Kraske*, оттягиваютъ впередъ нижнюю челюсть и производятъ искусственное дыханіе, подкладывая для этого руки подъ спину и подымая и опуская ритмически грудную клѣтку, а также ритмическимъ подыманіемъ и прижиманіемъ рукъ къ грудной клѣткѣ. Операторъ закрываетъ рану живота обѣими руками, удерживая такимъ образомъ кишки. Какъ только дыханіе стало спокойнымъ, продолжаютъ операцию. Въмѣсто щипцовъ проводятъ черезъ языкъ нитку, за которую его и вытягиваютъ. Появляющіяся послѣ этого боли гораздо меньше, чѣмъ при употребленіи щипцовъ.

Болѣе опасными представляются случаи, въ которыхъ кровотеченіе останавливается совершенно внезапно: параличъ сердца. Можетъ быть, и въ этихъ случаяхъ можно спасти больную, если начать дѣйствовать вовремя, въ особенности поколачиваніемъ сердца; въ единственномъ случаѣ, въ которомъ мнѣ пришлось потерять такимъ образомъ больную, при влагалищной полной экстирпации, смерть наступила почти моментально.

Одна міотомированная умерла у меня вслѣдствіе вхожденія въ вены воздуха, значить, вслѣдствіе воздушной эмболии. Въ этомъ случаѣ, еще до заявленія со стороны ассистента, что пульсъ слабѣетъ, я замѣтилъ, что изъ венъ вытекала пѣнистая кровь. Съ тѣхъ поръ я неоднократно наблюдалъ при проколѣ иглой венъ выступленіе пѣнистой крови. Въ подобныхъ случаяхъ я немедленно зажимаю соответствующее мѣсто пальцемъ и перевязываю. Я удивляюсь, что объ этомъ не заявлено и другими операторами.

Наконецъ, можетъ наступить и внезапная смерть отъ истеченія кровью. Мнѣ пришлось это наблюдать одинъ разъ. Я вынималъ изъ малаго таза ретроперитонеальную саркому, при этомъ хлынула струя венозной крови: ясно, что была разорвана большая вена. Смерть наступила немедленно. Впослѣдствіи можно было убѣдиться, что на саркомѣ имѣлось вдавленіе отъ полой вены.

Въ прежнее время наблюдалась часто большая потеря крови вслѣдствіе неудовлетворительной техники, которая, вмѣстѣ съ продолжительностью операціи, вела къ тому, что мы называемъ шокомъ. Больная сходила съ операціоннаго стола живой, но умирала еще до возвращенія сознанія.

Въ подобныхъ случаяхъ больныхъ удается иногда спасти соответствующимъ леченіемъ. При продолжающейся сердечной слабости слѣдуетъ немедленно впрыснуть подкожно эфиръ или камфорное масло, а также растворъ поваренной соли (38°); кромѣ того, ставятъ горячія клизмы и обливаютъ горячей водой грудь и нижнія конечности. Пульсъ улучшается почти немедленно и остается такимъ. При вѣматочной беременности, при которой сохраненіе жизни уже безъ того сомнительно, примѣняютъ эти мѣры уже профилактически, а не только терапевтически при угрожающей опасности для жизни.

Другую группу случаевъ составляютъ тѣ, въ которыхъ больныя просыпаются изъ наркоза съ чувствомъ страха, причемъ больныя жалуются на давленіе повязки, сильную слабость и быстро развивается метеоризмъ. Считать эти случаи просто за сепсисъ и ничего не дѣлать—совершенно неправильно. При соответствующемъ леченіи наступаетъ нѣрѣдко улучшение по прошествіи 24—36 часовъ, между тѣмъ какъ при индифферентности со стороны врача наступаетъ черезъ 1—2 дня сепсисъ безъ или съ высокой лихорадкой. Это тѣ случаи, въ которыхъ при медленномъ и грубомъ оперированіи наступаетъ на 4—5 день смерть отъ sepsis. Но здѣсь причиной смерти является не только sepsis. Sepsis является послѣдствіемъ упадка силъ, незначительной жизнеспособности. Если сердце слабое, то слабымъ представляется и лимфатическій токъ. Полость брюшины образуетъ какъ бы большую мертвую полость. Имѣющіеся случайно кокки—гдѣ ихъ не имѣется—не всасываются, развиваются дальше и больная становится септической, такъ какъ обладаетъ малою энергіей при борьбѣ за жизнь. Мнѣ пришлось наблюдать нѣсколько случаевъ, въ которыхъ я полагаю, что жизнь больныхъ была мною спасена благодаря энергичному терапевтическому вмѣшательству. Если же жизнь больныхъ не удается спасти, то во всякомъ случаѣ совѣсть болѣе спокойна и мы смотримъ болѣе смѣло въ глаза окружающимъ, если нами были испытаны всѣ, указанныя наукой и опытомъ средства.

Во избѣжаніе недоразумѣній я считаю необходимымъ заявить, что даже при безусловно гладкомъ теченіи можетъ существовать и дѣйствительно существуетъ sepsis. Имѣются настолько вирулентные кокки, что даже въ минимальномъ количествѣ они могутъ вести къ полному параличу брюшиннаго обмѣна веществъ. Немедленно развиваются всѣ явленія молніеобразнаго перитонита, септического перитонита. Даже безъ ослабляющихъ моментовъ во время операціи случай можетъ протекать такимъ образомъ, что кажется, что смерть наступила будто бы отъ потери крови, продолжительнаго наркоза, затыжнаго шока. Мнѣ пришлось наблюдать

случай, въ которомъ была произведена совершенно гладкая полная экстирпация *per vaginam* съ незначительной потерей крови. Смерть наступила черезъ 3 дня безъ лихорадки и при явленіяхъ быстрого коллапса, помраченія сознанія, тяжелой *sepsis*. Не имѣлось ни эксудата, ни типичной даже красноты серозныхъ оболочекъ; послѣднія сохранили даже блескъ. Тѣмъ не менѣ многочисленныя стрептококки доказывали, что имѣли дѣло съ инфекціей, причемъ оказалось, что помогаль ассистентъ, у котораго имѣлась больная съ тяжелымъ пуэрперальнымъ сепсисомъ. Что это можетъ наблюдаться, наблюдалось и будетъ наблюдаться еще легче при лапаротоміи, понятно, безъ дальнѣйшихъ объясненій. Безусловно необходимо допустить, что имѣются случаи сепсиса, протекающіе безъ лихорадки, характеризуюсь коллапсомъ, помраченіемъ сознанія и наступленіемъ быстрой смерти; эти случаи заносятся обыкновенно операторомъ или ассистентомъ.

Но эти случаи становятся все рѣже и рѣже, и могутъ быть совершенно устранены. Для этого необходимо первымъ долгомъ воздержаться отъ дотрогиванія до септическихъ предметовъ. Отчего давали столь удовлетворительные результаты англійскія лапаротоміи безъ антисептика? Вслѣдствіе того, что англійскіе врачи оперировали весьма осторожно и нѣжно, ихъ пальцы не приходили въ соприкосновеніе съ септическими предметами, съ другими больными! Если я и въ состояніи дезинфекціей уничтожить инфекціонныя вещества на пальцахъ, то, съ другой стороны, я считаю преступнымъ и легкомысленнымъ, если лапаротомистъ производитъ одновременно вскрытія, лечитъ больныхъ съ послѣродовой лихорадкой или септическіе случаи. Одно или другое! Нашъ медицинскій персоналъ до того великъ, что вполне хватаетъ людей для того и другого. Одинъ не долженъ дѣлать все! Отношеніе между врачами идеально въ томъ случаѣ, если каждый дѣлаетъ лишь то, что ему совершенно знакомо, предоставляя остальное болѣе свѣдущему лицу.

Настоящій гнойный перитонитъ въ общемъ довольно рѣдкое явленіе. Но встрѣчаются и такіе случаи, напр. при дренажѣ, при гнойныхъ процессахъ, при оставленіи большихъ открытыхъ соединительнотканыхъ полостей. Эти случаи характеризуются болѣе медленнымъ теченіемъ. Животъ становится болѣзненнымъ, чувствительнымъ къ давленію, появляется метеоризмъ и извѣстные симптомы гнойнаго воспаленія брюшины.

Замѣчательно то, что именно въ самыхъ опасныхъ случаяхъ можетъ боль отсутствовать совершенно. Мнѣ пришлось наблюдать случай, въ которомъ я предполагалъ позднюю смерть отъ хлороформа. При вскрытіи больной, умершей на 5-й день, я нашелъ всю полость живота наполненной содержимымъ кишекъ, которое вышло черезъ минимальное отверстіе въ послѣднихъ.

Эти больныя сохраняютъ при перитонитѣ сознаніе нерѣдко до самой смерти и лишь *sub finem vitae* даютъ септическое впечатлѣніе. Это особенно грустно въ виду того, что мы совершенно безсильны! Тѣмъ не ме-

нѣе отмѣчены случаи, наблюдались они и мною, въ которыхъ выздоровленіе наступало при вторичномъ вскрытіи живота и промываніи всей полости стерильной водой.

Е. Ileus.

Если разстройство кишечной дѣятельности принимать за „начинающійся ileus“, то подобное явленіе приходится наблюдать при лапаротоміи довольно часто. Вслѣдствіе частаго вытиранія сухой ватой, грубымъ матеріаломъ (марля), вслѣдствіе продолжительности операціи, высыханія кишекъ на воздухъ, при вздутіи кишекъ во время операціи, при механическихъ инсультахъ и т. д. становится кишечникъ часто гиперэмированнымъ. При этомъ ослабѣваетъ кишечная мускулатура, въ чемъ можно убѣдиться уже къ концу операціи на основаніи усиленія вздутія кишекъ. Если прошло вредное, ослабляющее вліяніе операціи, если сердце снова окрѣпло, если брюшина всасываетъ, то перистальтика возобновляется, отходятъ вѣтры, начинающійся метеоризмъ исчезаетъ, пульсъ становится сильнымъ, больная чувствуетъ себя хорошо.

Если же упадокъ силъ слишкомъ великъ, то наступаютъ болѣе серьезныя симптомы. Наступаетъ параличъ кишекъ. Животъ вздутъ, вслѣдствіе чрезмѣрнаго давленія содержимое кишекъ проходитъ въ желудокъ и извергается рвотой. Извергаются зеленоватыя, съ примѣсью кала массы; такія же массы выводятся искусственно изъ желудка при помощи промыванія. Перистальтика прекратилась, кишечное содержимое не проходитъ естественнымъ путемъ. Mucosa кишекъ теряетъ физиологическую свою силу. Кишечное содержимое разлагается, образуетъ въ обилія газы. Вслѣдствіе чрезмѣрнаго давленія кишечное содержимое поступаетъ можетъ быть въ лимфатическіе и кровеносные сосуды, развивается аутоинтоксикація ядовитыми продуктами разложенія пептоновъ. Во всякомъ случаѣ черезъ патологически измѣненную кишечную стѣнку могутъ проходить бактеріи, чего врачъ съ клиническимъ опытомъ никоимъ образомъ не можетъ отвергать. При вскрытіи находятъ всѣ кишки бурокраснаго цвѣта, причемъ мѣстами имѣются маленькіе сгустки фибрина. Но, невзирая на симптомы ileus, это нельзя назвать ileus'омъ въ старомъ смыслѣ слова, а лишь непроходимостью вслѣдствіе паралича кишекъ. Но явленія перитонита, хотя бы смерть и наступила при перитонитическихъ явленіяхъ, нельзя считать доказательствомъ первичнаго перитонита. Въ виду этого я и говорю: эти больныя не умираютъ вслѣдствіе того, что становятся септичными, но онѣ становятся септичными вслѣдствіе того, что умираютъ. Первичное — параличъ кишекъ и сердечная слабость, которыя другъ друга осложняютъ и обуславливаютъ.

Если кишечникъ парализованъ совершенно, то сдавленное легкое дышать плохо. Сердце слабѣетъ, пульсъ учащается, становится нитевиднымъ, наступаетъ страхъ. Сознаніе помрачено. Сначала слабая, потомъ высокая лихорадка. Больная сильно ослабѣваетъ, теряетъ сознаніе, умираетъ. Смерть наступаетъ при явленіяхъ ileus, т. е. паралича кишекъ, причемъ вовсе

не было запора. Herff¹⁾ обратилъ въ послѣднее время вниманіе на весьма опасный парезъ или параличъ желудка, появляющійся послѣ лапаротоміи. Не только въ случаяхъ, въ которыхъ существовало уже расширение желудка, но и совершенно идиопатически, по всѣмъ вѣроятіямъ вслѣдствіе наркоза и дѣйствія токсиновъ на стѣнку желудка, можетъ развиться острое расширение послѣдняго. Острое расширение желудка можетъ вторично вести къ закрытію duodeni вслѣдствіе напряженія брыжейки, такъ что тонкая кишка представляется совершенно пустой.

Мнѣ не пришлось наблюдать подобный случай, такъ какъ при моемъ способѣ леченія примѣняется промываніе желудка какъ первая терапевтическая мѣра не только при вздутіи области желудка, но и при сильной рвотѣ. Успѣхъ совершенно ясный. Даже къ концу жизни, при наступленіи рвоты каломъ, можно значительно облегчить состояніе больныхъ промываніемъ желудка. Уже удаленіе попавшихъ вслѣдствіе чрезмѣрнаго давления въ желудокъ массъ даетъ иногда столько мѣста, что кишечникъ въ состояніи производить движенія и восстанавливается перистальтика.

При ileus вслѣдствіе непроходимости появляются симптомы сначала безъ особаго расстройства общаго состоянія. Вначалѣ имѣется еще стулъ, даже жидкія испраженія могутъ отходить изъ нижней части кишечника. Часто удается прощупать совершенно ясно вздутый, твердый участокъ кишки въ области живота, причѣмъ совершенно ясно видны тщетныя перистальтическія движенія кишекъ, ограничивающіяся часто лишь одною областью живота. Вздутыя петли обрисовываются совершенно ясно на поверхности живота. Лишь послѣ этихъ первичныхъ симптомовъ учащается пульсъ при совершенно нормальной температурѣ. Общее состояніе, если закупорка не находится слишкомъ высоко, можетъ казаться удовлетворительнымъ. Но довольно внезапно наступаетъ ухудшеніе, сильный метеоризмъ, рвота, недостаточность дыханія, коллапсъ и смерть.

Бываютъ также случаи, представляющіе комбинацію обструктивнаго и паралитическаго ileus. Такъ, напр., уже давно имѣется сращеніе кишекъ. Перистальтика, однако, достаточно сильна для преодоленія препятствій. Но вотъ производится лапаротомія, напр. для удаленія яичниковой опухоли. Перистальтика послѣ этого слабѣетъ. Кишечникъ вздувается выше препятствія, перегибается, такъ что получается полный, тяжелый ileus, хотя новыя причины для ileus отсутствуютъ.

Что касается внутреннихъ средствъ, то слѣдуетъ ограничиться морфіемъ и атропиномъ, причѣмъ послѣднее средство было даже рекомендовано какъ specificum при этой болѣзни. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что леченіемъ достигается многое, но не слѣдуетъ выжидать нѣсколько дней, а надо дѣйствовать немедленно. Первымъ долгомъ очищаютъ желудокъ при помощи желудочнаго зонда, послѣ чего больныя чувствуютъ себя значительно легче.

¹⁾ Herff, Z. f. G. XLIV, II.

Хорошим опорожненіемъ мы достигаемъ достаточно мѣста въ животѣ, такъ что при вливаніи въ кишечникъ отходятъ газы. Кто боится остраго расширения желудка, тотъ безусловно опорожнитъ сначала желудокъ. *Klotz* ¹⁾ рекомендуетъ послѣ опорожненія желудка вливать въ послѣдній касторовое масло. Это лечение даетъ отличные результаты. Послѣ этого не наступаетъ рвоты и отлично возбуждается кишечная перистальтика. Послѣ этого дѣлаютъ вливанія въ кишечникъ, которыми возбуждается перистальтика толстыхъ, а также и тонкихъ кишекъ. Смѣщеніе кишекъ при наполненіи водой толстой кишки не грозитъ никакой опасностью для внутреннихъ операціонныхъ ранъ. Если вода не дѣйствуетъ, то прибавляютъ глицеринъ или впрыскиваютъ до $\frac{1}{2}$ литра чистаго глицерина или прованскаго масла.

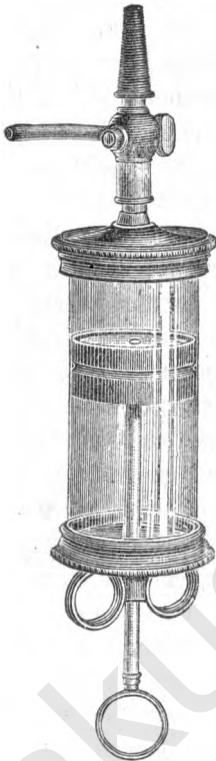


Рис. 256.

Для этой цѣли я охотно примѣняю изображенный на рис. 256 шприцъ. Онъ вмѣщаетъ 500 грм. масла. Шприцъ снабженъ дважды пролырленнымъ краемъ. Если содержимое шприца впрыснуто въ прямую кишку, то кранъ закрывается со стороны кишки. Этимъ достигается притокъ черезъ трубку, изображеніе которой видно на рисункѣ. Къ ней придѣлана каучуковая трубка, соединенная съ банкой съ масломъ. Вытягиваніемъ поршня шприцъ наполняется масломъ изъ банки, поворачиваніемъ крана этотъ притокъ прекращается и становится возможнымъ оттокъ въ кишечникъ. Такимъ образомъ удается, не подымая больную, ввести различныя количества масла.

Отъ пункціи кишки иглой шприца *Ираваца* я никогда не наблюдалъ хорошаго успѣха.

Вторичное вскрытіе полости брюшины при ileus было обыкновенно совершенно безуспѣшно. Хотя обязанность врача и состоитъ въ испытаніи всѣхъ средствъ для спасенія человѣческой жизни, тѣмъ не менѣе крайне трудно рѣшиться на операцію у почти умирающей. Смерть значительно ускоряется лапаротоміей, хотя вначалѣ больныя часто чувствуютъ значительное облегченіе.

Мнѣ пришлось оперировать нѣсколько случаевъ, въ которыхъ удалось во время операціи возстановить полную проходимость, причемъ въ теченіе 2—3 дней отходили газы, опадаль животъ, улучшался пульсъ и этимъ и предсказаніе. Тѣмъ не менѣе появлялся снова ileus, отъ котораго больная и умирала.

Можно сказать, что умирающая ничего не потеряла бы, если бы не

¹⁾ *Klotz*, С. f. G. 1893, 969.

жила нѣсколько, сопровождавшихся мученіями, часовъ и умерла вскорѣ послѣ наркоза. Но врачъ вѣдь не для того, чтобы сокращать, а продлить жизнь больныхъ.

Другой способъ: небольшой разрѣзъ живота, вытаскиваніе растянутой петли, шпиваніе, вскрытіе, выпусканіе громаднаго содержимаго даютъ обыкновенно быстрое субъективное улучшеніе. Но, къ сожалѣнію, окончательный результатъ мало удовлетворительный. Больная хотя и поправляется слегка, но все-таки умираетъ, если имѣются уже сильныя измѣненія кишечной стѣнки. Впрочемъ, случаи выздоровленія при этомъ способѣ энтеростоміи были наблюдаемы еще до антисептическаго времени.

Бываютъ также случаи, въ которыхъ ileus рецидивируетъ, т. е. хороший результатъ получается нѣсколько разъ при примѣненіи промыванія желудка, высокихъ клистировъ, слабительныхъ и т. д. Усиленной слабительными перистальтикой удается нѣсколько разъ пересилить препятствіе, но усиливающаяся общая слабость въ концѣ концовъ не въ состояніи совладать съ препятствіемъ, такъ что ileus возвращается—и въ концѣ концовъ остается навсегда. Это случаи, въ которыхъ имѣются срощенія кишечной петли и перегибъ на мѣстѣ срощенія. Надежда на выздоровленіе путемъ операціи безусловно имѣется, но операцію не слѣдуетъ откладывать на долгое время. Дѣйствуютъ послѣдовательно, т. е. руку немедленно проводятъ въ область, въ которой подозрѣваютъ причину ileus, напр. культю опухоли. Отыскиваютъ спавшуюся кишку и доходятъ по ней до вздутой части. Послѣ этого отдѣляютъ осторожно кишку, пучки или уголь перегиба, но не на-ощупъ, и лишь сдѣлавъ его доступнымъ глазу. Рыхлая кишка можетъ разорваться! Давленіемъ выжимаютъ изъ вздутыхъ частей воздухъ и содержимое книзу. Кромѣ того, помогаютъ высокими клистирами. Но даже и въ томъ случаѣ, если достигли подобнымъ образомъ полной проходимости кишки, успѣхъ еще далеко не вѣрный. Напротивъ, кишечникъ парализуется манипуляціями во время лапаротоміи. Хотя лапаротоміей и была достигнута проходимость кишки, но ileus снова возвращается.

Г. Грыжа живота. Пупочная грыжа. Грыжа рубца живота. Образование срощеній.

Herpia lineae albae у многожизненныхъ не представляетъ собою предмета оперативнаго леченія. Разстройства устраняются лучше всего хорошимъ брюшнымъ бинтомъ. Врожденные, маленькія, дыркообразныя грыжи въ фасціяхъ живота я также обойду, какъ относящіяся въ область хирургіи. Здѣсь мы разсмотримъ только пупочныя грыжи и остающіяся или, вѣрнѣе, развивающіяся послѣ операцій грыжи рубцовъ живота.

Пупочныя грыжи, если таковыя имѣются, оперируются къ концу лапаротоміи такимъ образомъ, что брюшной разрѣзъ обходитъ вверху пупокъ и удаляетъ одновременно пупочную ямку. Часто производятъ операцію исключительно по поводу пупочной грыжи. Въ большинствѣ случаевъ мы

имѣемъ дѣло съ жировыми грыжами, т. е. салъникъ представляется ущемленнымъ въ пупочномъ кольцѣ. Салъникъ гипертрофируется въ пупочномъ кольцѣ и подвергается дальнѣйшему разрастанію, такъ что или становится толстымъ и ущемляется въ пупочномъ кольцѣ и приростаеъ, или выпячивается передъ собою черезъ кольцо брюшину, образуя глубокія пазухи между слоями брюшной стѣнки. Такимъ образомъ развиваются опухоли, величиною въ дѣтскую головку. Подъ вліяніемъ застоя жиръ сильно разрастается надъ ущемленіемъ въ пупочномъ кольцѣ. Во всякомъ случаѣ, часто находятъ большія толстыя жировыя опухоли, которыя безусловно не могли проникнуть черезъ пупочное кольцо. Выдающаяся болѣе всего часть кожи живота можетъ изъязвляться, такъ что получаютъ глубокія язвы и свищи.

Подобныя больныя часто вовсе не способны къ труду, такъ какъ растяженіе салъника ведетъ къ сильнѣйшимъ болямъ и серьезнымъ кишечнымъ симптомамъ съ коликами и сильной рвотой.

Правильно произведенная операція даетъ отличные результаты, тогда какъ палліативное леченіе бинтами и пелотами не приноситъ никакой пользы. Обрѣзаютъ всю атрофированную часть кожи и проникаютъ сначала вверху, гдѣ брюшной покровъ болѣе тонокъ, въ полость брюшины. Послѣ этого вводятъ палецъ и отрѣзаютъ ножницами всюду срощенныя части. Наконецъ, приподымаютъ салъникъ за вырѣзанный грыжевой мѣшокъ.

Операція сводится не къ освобожденію, а къ резекціи салъника. Что было разъ срощено, то сростаеся снова! Значитъ, если желаютъ достигнуть выздоровленія, то необходимо удалить фиксированную и гипертрофированную часть салъника. Огьскиваютъ кишку и перевязываютъ салъникъ частями такимъ образомъ, что кишка совершенно отдѣляется и при высокомъ положеніи таза отходитъ высоко кверху. Послѣ этого отдѣляютъ всѣ пазухи брюшины, которыя проникаютъ нерѣдко глубоко между слоями брюшныхъ покрововъ. Наконецъ, шиваютъ весьма тщательно брюшину непрерывнымъ швомъ. Поверхъ стягиваютъ фасціи и шиваютъ ихъ пропитанными целлюлоидомъ льняными нитками или silkwoolsh'омъ. Для этого шва необходимо брать невсасывающійся матеріалъ!

Операція грыжъ рубцовъ живота производится такимъ же образомъ. И здѣсь является безусловно необходимой резекція всей выпяченной брюшины и всѣхъ приросшихъ участковъ салъника. Пальцемъ ощупываютъ всю переднюю стѣнку живота, отдѣляютъ всѣ срощенія салъника, оттягиваютъ послѣдній высоко и смѣло резецируютъ кровоточащую его часть.

Я производилъ неоднократно вторичную лапаротомію исключительно на основаніи діагноза „срощенія салъника“. Эти срощенія не представляютъ діагностическихъ затрудненій, такъ какъ имѣется совершенно опредѣленный комплексъ симптомовъ, именно боли: при давленіи и движеніяхъ, напр. при выпрямленіи туловища. Такимъ образомъ я отдѣлялъ срощенія на маткѣ, на верхушкѣ мочевого пузыря и даже на яичникѣ и резецировалъ салъникъ.

Witzel предложилъ при затрудненіи сближенія краевъ фасціи вращи-

вать сѣтку изъ серебряной проволоки. Это удается крайне легко, но твердая проволочная сѣть ведетъ быть можетъ снова къ разстройствамъ при работѣ и появляются въ послѣдствіи снова нагноенія; это необходимо рѣшить дальнѣйшими наблюденіями. Мнѣ лично пришлось наблюдать, послѣ благосостоянія въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, образованіе гноящихся свищей, и я былъ принужденъ удалить проволочную сѣтку.

Кишки, сросшіяся и отдѣленные, удаляются по возможности дальше отъ новаго брюшного шва. Если при этомъ будетъ надорвана кишка, резецируютъ, такъ что уничтожаются шероховатая, кровоточащая поверхности кишки.

Если грыжи очень велики, напр. при поперечномъ разрѣзѣ надъ симфизомъ, то часто бываетъ очень трудно, въ слѣдствіе натяженія, соединить фасціи. Въ подобныхъ случаяхъ необходимо испытать сближеніе краевъ грыжевого отверстія *Мизеих*'евскими щипцами или пинцетамъ, по направленію меньшаго натяженія. Въ этомъ направленіи притягиваютъ фасціи.

Хорошимъ въ этомъ случаѣ способомъ является валиковый или матрацный шовъ. Къ ниткѣ привязываютъ по срединѣ комокъ іодоформовой марли—въ прежнее время привязывали палочку или кусокъ катетера,—вдѣваютъ оба конца нитки въ иглу, прокалываютъ черезъ одну сторону и выводятъ нитку черезъ другую, стягиваютъ брюшные покровы въ видѣ гребня надъ вторымъ комкомъ іодоформовой марли и закрываютъ такимъ образомъ грыжевыя отверстія. Такимъ образомъ матрацные или валиковые швы дѣйствуютъ въ видѣ расслабляющихъ швовъ для другихъ швовъ, которые не напрягаются такимъ образомъ въ первые дни.

Это часто весьма большія операціи, но если не соединить весьма тщательно и плотно брюшину, фасцію и наружную кожу, то не получается удовлетворительнаго результата. Впрочемъ, все-таки бываютъ случаи, въ которыхъ приходится дѣлать вторую и даже третью операцію, такъ какъ въ послѣдствіи, при тяжелой работѣ, уступаютъ другіе участки рубца.

Въ заключеніе я упомяну, что паховыя грыжи, находямыя случайно, можно отлично вылечить радикально при оперированіи сзади. Со стороны полости живота вытаскиваютъ пинцетамъ грыжевой мѣшокъ, отрѣзаютъ его, сшиваютъ грыжевой мѣшокъ, брюшину и фасцію. Если выпячиваніе велико, то накладываютъ еще матрацный шовъ снаружи черезъ кожу.

D. Свищи живота. Каловые свищи. Пузыребрюшные свищи.

Подъ брюшными свищами подразумѣваютъ свищевые ходы, которые, начинаясь въ брюшныхъ покровахъ, проникаютъ черезъ брюшину или подъ нею глубоко въ малый тазъ. Значитъ, сюда не относятся свищевые ходы въ брюшныхъ покровахъ, излечивающіеся разрѣзомъ и выскабливаніемъ.

Брюшные свищи могутъ оставаться послѣ вскрытія параметритическихъ абсцессовъ, безъ всякой вины со стороны врача. Вскрываютъ, напр., эксцидировать на типичномъ мѣстѣ. Въ большинствѣ случаевъ полость абсцесса

сдавливается внутрибрюшнымъ давленіемъ; этому помогаютъ также промываніями и дренажемъ. Часто, однако, ходъ бываетъ въ глубинѣ настолько извилистымъ и неправильнымъ, что развиваются задержки, или ходъ, во всякомъ случаѣ, не заживаетъ. Вовсе не нужно обильнаго скопленія гноя или появленія симптомовъ задержки: лихорадки и болей. Единственнымъ, и то мало беспокоящимъ больную симптомомъ можетъ оказаться мокнущій характеръ свища. Свищъ поочередно то заживаетъ, то вскрывается снова послѣ легкаго выпячиванія покраснѣвшаго рубца.

Далѣе брюшные свищи развиваются при экстраперитонеальномъ леченіи культи, послѣ міотомій. Петли кишки, проникающія рядомъ съ культею глубоко въ полость таза, препятствуютъ, въ виду трудности ихъ удаленія, заживленію раны. Если по ошибкѣ нитка была отрѣзана и оставленъ узелъ, то послѣдній препятствуетъ заживленію. Въ нѣсколькихъ случаяхъ происходило даже обильное скопленіе гноя въ глубинѣ, высокая лихорадка и боли.

Но чаще всего брюшные свищи развиваются при леченіи дренажемъ кверху. И здѣсь весьма частой причиной является шелкъ. Понятно, что большая, инкапсулированная полость не останется асептической. Почти всегда наступаетъ нагноеніе, которое совершенно безопасно и даже не ведетъ къ лихорадкѣ, такъ какъ гной имѣетъ свободный стокъ. Если въ этой гнойной полости находятся шелковые швы или лигатуры, то нагноеніе не можетъ прекратиться раньше, чѣмъ будутъ удалены послѣднія шелковыя петли. Что этими петлями вызывается и поддерживается нагноеніе, оказывающее вредное вліяніе на окружающія части, доказываютъ случаи, въ которыхъ находящіяся внѣ пузыря шелковыя петли вростають въ послѣдвій, ведутъ къ образованію камней. Но и *reg anim* отходили цѣлые пакеты шелковыхъ петель, даже забытые компрессы.

Дренированіе каучуковыми трубками, для достиженія прямолинейнаго пути и возможности промывать полость, вещь довольно опасная. Эластическое давленіе каучука на кишку легко ведетъ къ каловымъ свищамъ, которые, впрочемъ, могутъ развиться совершенно самопроизвольно вслѣдствіе размягченія, маляціи кишечной стѣнки, въ особенности у истощенныхъ больныхъ. Весьма непріятный сюрпризъ, если въ полость живота попадаютъ внезапно газы и жидкій каль.

Пузыребрюшные свищи появляются весьма легко послѣ операціи на пузырь. Если, напр., удалили опухоль и кровотеченіе нельзя было остановить иначе какъ тампонаціей пузыря, то безусловно долженъ развиться пузыребрюшной свищъ. Точно также и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ верхушка пузыря была случайно поранена или резецирована съ надрѣніемъ, легко остаются пузыребрюшные свищи.

Теченіе всѣхъ брюшныхъ свищей весьма медленное и продолжительное. Самопроизвольное излеченіе хотя и наблюдается, но по прошествіи даже многихъ лѣтъ—въ одномъ случаѣ черезъ 19 лѣтъ—можетъ развиться новый свищъ. Хотя весь процессъ можно назвать скорѣе неудобствомъ, чѣмъ

настоящей болѣзнию, тѣмъ не менѣ больная желаетъ избавиться отъ него.

Лечение.—Главная задача, понятно, выпустить гной и удалить инородныя тѣла. Опредѣливъ ходъ свища, дѣлаютъ сначала промыванія при помощи тонкой трубочки или маточнаго катетера. Послѣ этого вводятъ очень тонкую юретку, петля которой имѣетъ въ поперечномъ диаметрѣ всего 3 мм. Этимъ инструментомъ отлично прорезываются и удаляются петли нитей. Введеніе палочекъ изъ алюмола, іодоформа и т. д. не приноситъ никакой пользы. Но зато свищи часто быстро заживаютъ при впрыскиваніи мази съ ляписомъ. Наконечникъ шприца (рис. 50) изгибается на спиртовой лампочкѣ такимъ образомъ, что съ увѣренностью проникаетъ въ глубину. Мазь 1:50 впрыскивается съ силою до тѣхъ поръ, пока не станетъ выходить обратно сбоку наконечника. Во всякомъ случаѣ, это лучший способъ введенія медикаментовъ въ глубину. Мазь расходитъ отъ температуры тѣла и проникаетъ во всѣ пазухи свища. Нагноеніе сначала слегка усиливается. Продолжительныя ванны приносятъ громадную пользу.



Рис. 257. Инструментъ для проведенія дренажной трубки изъ полости абсцесса во влагалище.

Если при этомъ свищъ не закрывается и мы знаемъ навѣрно, что не имѣется болѣе инородныхъ тѣлъ, то производятъ зондированіе при помощи изогнутаго соотвѣтственно направленію свищеваго хода зонда, и отыскиваютъ во влагалищѣ пуговку зонда; ошупавъ головку, дѣлаютъ противоотверстіе. Отличнымъ инструментомъ представляется изображенный на рис. 257. Тупымъ концомъ прямо можно проткнуть влагалище. Если черезъ ушко была продѣта толстая нитка, то ее захватываютъ корнцангомъ и выводятъ кнаружи. Къ верхнему концу привязываютъ дренажную трубку, диаметръ которой меньше, чѣмъ толстый конецъ дренажной иглы. Потягиваніемъ за нитку весьма легко протянуть весь аппаратъ и ввести трубку въ фистулу. Если отверстіе во влагалищѣ сдѣлать ножомъ, то наступаетъ часто весьма сильное кровотеченіе, причемъ часто бываетъ, что не попадаютъ на ходъ, такъ что приходится прорѣзывать второе отверстіе.

Существуетъ одна опасность, именно поврежденіе пузыря. Если не придерживаются совершенно точно области тотчасъ позади матки, то легко поранить пузырь, который нерѣдко смѣщенъ и фиксированъ сбоку. Хотя мнѣ и была извѣстна опасность, тѣмъ не менѣ я прокололъ нѣсколько разъ пузырь; это сейчасъ же замѣчается по истеченію мочи. Кромѣ того становится видной бѣловато-синеватая упругая стѣнка пузыря, которая выпячивается черезъ рану влагалища. Въ подобномъ случаѣ моча становится кровянистой. Если поврежденіе пузыря не было замѣчено сразу, то оно сказывается вскорѣ тѣмъ, что больная лежитъ мокрая. При дренированіи пузыря постояннымъ катетеромъ (см. рис.

54) подобные раны заживают весьма быстро. Мнѣ случалось повреждать при этомъ и мочеточникъ.

Послѣ проведенія дренажной трубки дальнѣйшее леченіе представляется очень простымъ. Послѣ того какъ дренажная трубка, которую ежедневно промываютъ, лежала нѣсколько дней, привязываютъ къ верхнему концу нитку и оттягиваютъ трубку слегка ниже уровня брюшной стѣнки; отверстіе въ послѣдней при этомъ немедленно уменьшается. Снова пропускаютъ нѣсколько дней и медленно вытягиваютъ трубку все болѣе и болѣе книзу, между тѣмъ какъ вверху трубка удерживается ниткой, прикрѣпленной къ комку іодоформовой марли. Отверстіе въ брюшной стѣнкѣ стягивается обыкновенно воронкообразно, что служитъ хорошимъ признакомъ. Наконецъ, при отсутствіи гноя и отдѣленія, отрѣзаютъ вверху нитку и удаляютъ снизу трубку.

Хотя большая часть свищей заживаетъ такимъ образомъ, тѣмъ не менѣе имѣются субперитонеальные параметритическіе свищи, которые направляются позади прямой кишки въ вогнутость крестцовой кости. Въ подобныхъ случаяхъ необходимо проникнуть парасакрально позади прямой кишки по направленію прощупываемой опухоли или головки зонда. Дальнѣйшее леченіе, какъ и выше, при помощи дренажа.

Если желаютъ прижечь плоскій свищъ, то лучшимъ средствомъ является сулема 1 : 10 алкоголя.

Леченіе каловыхъ свищей принадлежитъ собственно хирургу, но если гинекологу при дальнѣйшемъ леченіи приходится наблюдать развитіе калового свища, то для него безусловно интересно пользоваться этотъ свищъ самому или сгладить имъ обусловленное несчастіе.

Первымъ долгомъ необходимо предохранить окружающія свищъ части отъ воспаленія и эритемы часто мѣняемыми, антисептическими, но не ядовитыми компрессами. Нормальное состояніе кожи сохраняется и смазываніемъ борноланолиновой мазью. Если острый стадій прошелъ, рана зарубцевалась съ оставленіемъ лишь свища и если свищъ, невзирая на присыпаніе нитрола, стягиваніе липкимъ пластыремъ и удовлетворительный стулъ, не проявляетъ никакой склонности съ самопроизвольному закрытію, то приходится рѣшиться на оперативное леченіе.

Въ принципѣ я не хотѣлъ бы предостерегать отъ всякой пластической операціи, такъ какъ я получалъ неоднократно удовлетворительные результаты. Маленькіе свищи можно осторожно вырѣзать, можно рубцевую ткань вырѣзать на довольно большомъ пространствѣ, послѣ чего соединяютъ кишку и послойно брюшные покровы. Если передъ этимъ кишечникъ былъ хорошо опорожненъ и если питаніе ограничить въ теченіе нѣсколькихъ дней питательными клистирами, то достигается весьма часто излеченіе. Если и это не удастся, то попытка все же совершенно безопасна. Въ подобномъ случаѣ необходимо сдѣлать лапаротомію. Слѣдуетъ-ли резецировать кишку или зашить отверстіе въ кишкѣ, зависитъ

отъ величины и въ особенности отъ формы отверстія. Продольную щель, даже очень длинную, можно хорошо зашить. Круглое отверстіе съ діаметромъ болѣе 5 мм. не можетъ быть закрыто простымъ швомъ. Кишку резецируютъ и снова соединяютъ.

Послѣ соединенія мѣсто шва погружаютъ возможно дальше отъ брюшной раны и окружаютъ его по возможности совершенно нормальными кишечными петлями, такими, которыя во время операціи не были ни растянуты, ни сдавлены, ни подвергались долгое время дѣйствію воздуха.

Н. Пузыребрюшные свищи.

Пузыребрюшные свищи заживаютъ *per granulaciones* хотя и весьма медленно, но вѣрно. Разстояніе пузыряго свища до кожи живота равняется 5 — 6 см. и болѣе. Этотъ ходъ заживаетъ постепенно путемъ образованія грануляцій. Понятно, и здѣсь необходимо предварительно удалить всѣ нити и узлы и достигнуть излеченія цистита путемъ промыванія пузыря и внутренними средствами. Послѣ этого необходимо постоянно дренировать пузырь. Это крайне неудобно, такъ какъ больнымъ приходится не только лежать въ постели, но и лежать тихо. Длинную воронку свища выскабливаютъ время отъ времени, если грануляціи — въ особенности у туберкулезныхъ или истощенныхъ больныхъ — представляются блѣдными и дряблыми. И здѣсь суженіе и выздоровленіе достигается быстрѣе всего итроломъ. Пластическія операціи имѣютъ мало значенія, такъ какъ онѣ могутъ быть произведены лишь въ наружной кожѣ. Предсказаніе безусловно благопріятное.

И. Оставшіеся въ животѣ предметы.

Въ литературѣ имѣются замѣчательные рассказы, что *per vaginam*, *per gestum* отходили самопроизвольно, напр., пинцетъ, клубокъ швовъ, погружная эластическая лигатура, марлевый компрессъ или губка. *Nissbaum* сообщилъ случай, въ которомъ каучуковая трубка „выпала во время танцевъ“. Мнѣ пришлось нѣсколько разъ, когда мною употреблялась еще при міотоміяхъ каучуковая трубка, находить послѣднюю въ послѣдствіи во влагалищномъ сводѣ у *virgo intacta*, которая страшно была удивлена, что вынули оттуда, куда ничего не было введено.

Болѣе опаснымъ представляется оставленіе губокъ или марлевыхъ компрессовъ. Губка можетъ вести къ острому сепсису. Марлевые компрессы менѣе опасны. Теченіе можетъ быть вначалѣ совершенно правильно. Въ послѣдствіи появляется болѣзненное мѣсто на брюшныхъ покровахъ или опухоль въ глубинѣ. Мнѣ пришлось удалить оставленный, не мною, марлевый компрессъ, который былъ совершенно завернутъ въ сальникъ и представлялъ опухоль, величиною въ дѣтскую головку. Компрессъ находился въ полости живота совершенно асептичнымъ еще черезъ годъ послѣ операціи. Въ другомъ случаѣ появилась сбоку болѣзненная опухоль. Я сдѣлалъ разрѣзъ и вынулъ компрессъ, который былъ

оставленъ мною. Послѣ этого быстро наступило выздоровленіе. Въ одномъ случаѣ остраго *ileus*, развившагося по прошествіи 2-хъ лѣтъ послѣ міомотоміи, былъ удаленъ съ хорошимъ успѣхомъ марловый компрессъ.

Эти случаи представляютъ судебно-медицинскій интересъ. Если смерть находится въ причинной зависимости отъ оставленнаго компресса, то нѣтъ никакой надежды защитить врача. Во всякомъ случаѣ это ошибка, причѣмъ все дѣло сводится лишь къ тому, кого слѣдуетъ обвинить.

ГЛАВА ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ.

Parametritis и Perimetritis.

A. Parametritis ¹⁾.

Параметритъ представляетъ собою воспаленіе тазовой клѣтчатки, обусловленное раневою инфекціей. Соединительная ткань, которая соединяетъ *pelveoperitoneum* съ внутренними половыми органами, называется *subserosium*. Относящееся сюда воспаленіе называли въ прежнее время *Cellulitis* таза, экстраперитонеальнымъ экссудатомъ или абсцессомъ, флегмоной широкой связки. Хотя и наблюдаются весьма часто осложненія параметрита—воспаленія соединительной ткани—периметритомъ—воспаленіемъ брюшины,—тѣмъ не менѣе для начинающаго весьма поучительно разсмотрѣть въ отдѣльности параметриты и периметриты.

Раны, вслѣдствіе инфекціи которыхъ развивается параметритъ, происходятъ во время родовъ, выкидыша или вслѣдствіе неопытнаго хирургическаго леченія. Если во время родовъ *segrix* растянута *ad maximum*, то между каналомъ шейки и *parametrium* находится слой лишь въ нѣсколько миллиметровъ, который при этомъ разрывается еще мѣстами или цѣликомъ. Въ подобномъ случаѣ вскрывается *parametrium* или рана доходитъ очень близко. Если въ этихъ ранахъ имѣется содержащая кокковъ жидкость, или если пальцемъ или инструментами были прямо привиты кокки, то дальнѣйшему ихъ разрастанію весьма пригодны отдѣленія ранъ, пазухи, мертвыя пространства и омертвѣвшія частички ушибленныхъ ранъ. Но и съ внутренней поверхности матки, вслѣдствіе всасыванія лимфатическими сосудами, развивается воспаленіе соединительной ткани какъ послѣ родовъ и выкидышей, такъ и послѣ поврежденій зондами, кюретками, грязными палочками *laminaria*, а также и при переломѣ.

Типично то, что непослѣродовыя воспаленія менѣе опасны, чѣмъ послѣродовыя воспаленія послѣ своевременныхъ родовъ.

¹⁾ *König*, Arch. f. Heilkunde. 1882, 481; 1870, 221; *Volkman*, Vortr. 57.—*Freund*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. IV, 57; *Gynaekol. Klinik*, 1885; *Mon. f. G.* XXXIV, 380; *C. f. G.* 1890. Beil. 130.—*Olshausen*, *Volkman*, Vortr. 28.—*Matthews Duncan*, A practical treatise on perimetritis and parametritis. 1868.—*Heitzman*, Die Entzündung des Beckenbauchfelles beim Weibe. 1883.—*Schlesinger*, Oesterr. med. Jahrb. 1878, 1 u 2.—*B. S. Schultze*, A. f. G. VIII.—*P. Müller*, A. f. G. X.—*Bumm*, A. f. G. XXXV, 496.—*Wiedaw*, A. f. G. XXXV, 515.—*Rosthorn*, *Veit's Handb.* III, 1899.

Патолого-анатомическимъ субстратомъ такъ назыв. послѣродового зараженія является воспаленіе тазовой клѣтчатки съ характеромъ быстрого развитія. Подобное можно прямо наблюдать: если приходится произвести Sectio caesarea или экстирпацию пуэрперальной матки или разорванной матки у уже инфицированной, съ высокой лихорадкой женщины, то видно, какъ отекъ subserosii подымается кверху вдоль art. spermatica. Этотъ отекъ имѣетъ прогностически плохое значеніе. Лишь въ случаяхъ, въ которыхъ этого отека не имѣется, можно поставить удовлетворительное предсказаніе.

Отъ этого гнойнаго отека, Erysipelas malignum internum (*Virchow*), больныя быстро погибаютъ. Нагноеніе въ лимфатическихъ сосудахъ и ихъ окружности развивается крайне быстро. Эти тяжелыя пуэрперальныя заболѣванія прогрессирующаго характера распространяются по всей соединительной ткани. Разрыхленіе во время беременности и значительная вирулентность патогенныхъ стрептококковъ являются причиной столь быстрого распространенія. Если организмъ преодолеваетъ эту громадную опасность демаркаціей воспаленія, то все-таки наступаетъ разлитое некротическое распаденіе соединительной ткани и образованіе абсцесса отъ subserosium таза до самыхъ почекъ.

Непуэрперальныя воспаленія тазовой клѣтчатки локализируются обыкновенно вблизи матки. Поврежденія грязными инструментами при гинекологическихъ операціяхъ на шейкѣ или въ маткѣ ведутъ къ воспаленіямъ, которыя вскорѣ демаркируются и остаются локализованными.

Если не былъ во-время удаленъ неподходящій слишкомъ большой влагалищный пессарій, то имъ вызываются небольшія потери вещества во влагалищѣ, а также на portio, инфекция которыхъ также ведетъ къ воспаленіямъ. Воспаленія subserosii появляются и какъ рецидивы старыхъ параметритовъ, при внутриматочномъ леченіи и безъ новой инфекции. Мнѣ пришлось наблюдать случаи, въ которыхъ десятками лѣтъ появлялись повременамъ все новыя воспаленія въ старомъ рубцѣ параметрія. Въ одномъ случаѣ пришлось, по прошествіи 19 лѣтъ, произвести операцію стараго, нагноившагося параметрита. Темные случаи имѣютъ иногда отношеніе къ паратифлиту. Я наблюдалъ нѣсколько случаевъ паратифлита, которые перешли въ концѣ концовъ въ параметритъ и вскрылись въ прямую кишку. Участіе можетъ принять и брюшина, образуя эксудаты.

Если припомнить, что, напр., у мужчинъ катарръ пузыря развивается вслѣдствіе того, что bacterium coli проникаетъ черезъ нетронутый кишечникъ и стѣнку пузыря, то становится яснымъ, что и у женщинъ можетъ развиваться параметритъ по этому же типу. Мнѣ пришлось оперировать громадный параметритическій абсцессъ у virgo intacta 15 лѣтъ, причемъ въ полости абсцесса я нашелъ маленькій кусочекъ дерева, который проникъ сюда, по всѣмъ вѣроятіямъ, изъ кишечника. Но изъ анамнеза нельзя было усмотрѣть кишечныхъ симптомовъ.

Туберкулезныя и тифозныя язвы кишекъ ведутъ нерѣдко къ нагноенію

ніямъ subserosii. Лишь такимъ образомъ можно объяснить громадныя скопленія гноя въ подсывороточной соединительной ткани, наблюдаемыя иногда у *virgines* или у маленькихъ дѣтей.

Анатомическія условія, имѣющія значеніе при параметритѣ, были изслѣдованы такимъ образомъ, что производились вырыскиванія въ различныя области subserosii и послѣ застыванія инъекціонной жидкости опредѣляли пути и степень ея распространенія.

Второй способъ изслѣдованія состоялъ въ томъ, что тазъ разрѣзался въ сагиттальномъ, корональномъ и горизонтальномъ направленіи. Изъ числа болѣе старыхъ авторовъ мы упомянемъ главнымъ образомъ о *König'*, которымъ опубликована первая, болѣе обстоятельная работа, далѣе слѣдуютъ *Schlesinger*, *W. A. Freund*, *Rosthorn* и *Sellheim*.

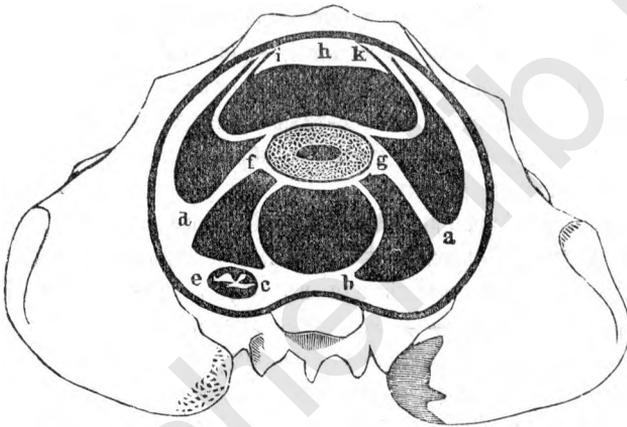


Рис. 258. Схема горизонтальнаго разрѣза таза.—По срединѣ матка, *e* прямая кишка, *fg* parametrium и боковой край матки, *fa*, *ga* lig. lata, *fi* *gk* lig. rotunda, *cf* *bg* lig. Douglasii, между ними *sacum* Douglasii, *h* *sacum* praeperitoneale Retzii, позади *excavatio utero-vesicalis* и клѣтчатка между пузыремъ и маткой, *subserosium* praeservicale, позади матки *subserosium* retroservicale; у *ab*, *ce*, *dikk* субперитонеальная соединительная ткань; у *cb* *subserosium* parasacale.

Широкая связка, идущая сбоку матки кверху, содержитъ сверху трубу, круглую связку и *lig. ovarii proprium*. По верхнему краю проходитъ *art. spermatica*. Нижнее пространство, образуемое расхожденіемъ брюшинныхъ листковъ широкой связки, трехугольной формы, лежащее у шейки, называется *Virchow'*омъ *parametrium*. Это основная часть широкой связки. Это пространство содержитъ образованія, названныя *Freund'*омъ подпорами матки, т. е. плотные соединительнотканные пучки, которые, исходя изъ фасціи таза и окружая сосуды и нервы, тянутся къ *collum uteri*.

Subserosium раздѣляли на различныя отдѣлы. Спереди *subserosium* *paravesicale*, сходящійся съ боковъ пузыря съ *sacum* *praeperitoneale* Retzii. *Subserosium* *parauterinum* сходитъ вдоль круглой связки съ областью надъ *Poupart'*овой связкой и этимъ путемъ съ *sacum* *praeperitoneale*. Сзади путь представляется открытымъ подъ *oesum* и *flexura sigmoidea*

до самой почечной области. *Subserosium praecervicale* соединяетъ спереди пузырь съ шейкой. *Subserosium retrocervicale* лежатъ позади у шейки въ видѣ основанія *Douglas*'овыхъ связокъ. *Subserosium parasacrale* лежитъ въ вогнутости крестцовой кости позади прямой кишки.

Значитъ, мы имѣемъ слѣдующія топографическія отношенія: Если брюшину представить себѣ оттянутой отъ тазового дна, то передъ нами *subserosium*. Что касается количества соединительной ткани, то наблюдается громадное различіе. На тѣлѣ матки брюшина прикрѣпляется до того плотно, что между маткой и брюшиной не имѣется слоя соединительной ткани. Точно такимъ же образомъ имѣется въ сагиттальномъ разрѣзѣ тонкій слой соединительной ткани между брюшиной и задней стѣнкой влагалища, между пузыремъ и брюшиннымъ его покровомъ. Болѣе толстая соединительнотканная масса соединяетъ матку съ пузыремъ (рис. 261 и 262)—*subserosium praecervicale* (рис. 261,2). Спереди пузыря, тамъ,

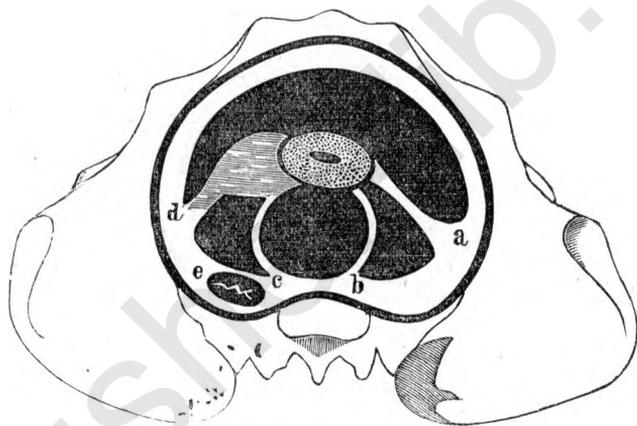


Рис. 259. Маленькій правосторонній параметритическій эксудатъ. *a* лѣвая широкая связка, *b* лѣвая *Douglas*'ова складка, *c* прямая кишка, *d* правая широкая связка, растянутая эксудатомъ праваго параметрія.

куда полный пузырь впячивается между брюшиной и брюшной стѣнкой, имѣется весьма рыхлая соединительная ткань—*cavum praeperitoneale Retzii* (рис. 261,1), сообщаясь съ боковъ съ *subserosium paravesicale*. Совершенно сагиттально можно найти воспалительное опуханіе лишь тамъ, гдѣ имѣется рыхлая клѣтчатка: спереди между брюшной стѣнкой и *peritoneum parietale* спереди пузыря; передъ самой маткой, между пузыремъ, подымаясь къверху отчасти въ задней стѣнкѣ пузыря и маткой въ *subserosium praecervicale* (рис. 262,2), сзади, на мѣстѣ соединенія на маткѣ *Douglas*'овыхъ складокъ, къ *subserosimu retrocervicale* (рис. 261,3) и позади таза въ вогнутости крестцовой кости: въ *subserosium parasacrale* (рис. 261,5).

Большое количество соединительной ткани находится сбоку: собственно *parametrium*, основаніе широкой связки. Во время беременности расхо-

дятся листки широкой связки. Межуточный слой между перитонеальными листками широкой связки разрыхляется; лимфатическія пространства, а также сосуды расширяются и увеличиваются. После родов вены и лимфатическія сосуды спадаются или тромбозируются при инфекціи, такъ что при наличности выпота можетъ образоваться большая опухоль. Если мы представимъ себѣ сагитталный разрѣзь, который проходитъ по краю матки и обнажаетъ рагаметріумъ, то спереди, въ паховой области, мы имѣемъ участокъ болѣе рыхлой соединительной ткани между брюшиной и брюшной стѣнкой, рядомъ съ пузыремъ—*subserosium paravesicale*, рядомъ съ маткой—*рагаметріумъ*, сзади соединительную ткань въ *Douglas'*овыхъ складкахъ и въ вогнутости крестцовой кости; *subserosium* служитъ мостикомъ, переходомъ, сообщеніемъ между отдѣльными пространствами; сообщеніе это затрудняется, но не прекращается вполнѣ, нѣсколькими фасціальными перегородками. Поэтому воспалительныя опухоли развиваются сбоку, рядомъ

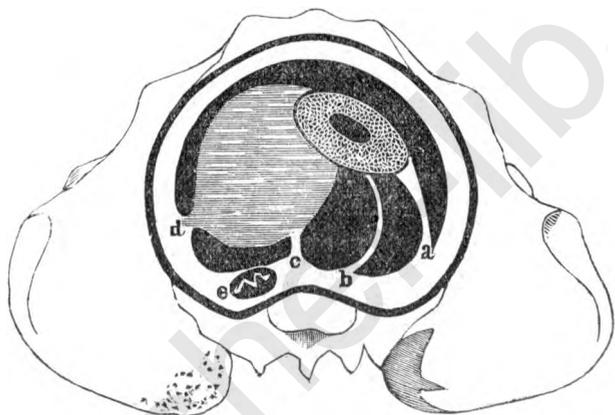


Рис. 260. Тотъ же эксудатъ, но уже большей величины. Обозначенія, какъ выше.

съ маткой; далѣе спереди, а также и сзади. Боковыя опухоли переходятъ на соединительную ткань между пузыремъ и маткой и окружаютъ полудунообразно боковую и переднюю поверхность шейки. Кзади раздувается *Douglas'*ова складка, которая прощупывается въ видѣ толстой заматочной опухоли и отбѣсняетъ клпереди соответствующій край матки; въ подобномъ случаѣ маточный зѣвъ имѣетъ косо направленіе (ср. рис. 259 и 260). Въ воспаленіи участвуетъ и срединная, маточная часть *Douglas'*овой складки—мѣсто, на которомъ видно на маткѣ гребневидное возвышеніе. И здѣсь развивается ясно прощупываемая опухоль. Но эта опухоль находится довольно высоко надъ нижней поверхностью *portionis vaginalis*; послѣдняя сохраняетъ свою форму; опухоль прощупывается пальцемъ въ видѣ гребня. Сбоку развиваются воспалительныя опухоли въ рыхлой клѣтчаткѣ на *m. iliacus* и надъ фасціей, а не подъ фасціей *m. psoas*.

Такимъ образомъ матка окружается эксудативными массами, *subsero-*

sim всего таза образуетъ твердую массу. Эксудатъ развился сбоку и обошелъ всю матку.

Распространеніе этой инфильтраціи или пути, по которымъ распространяется продуктъ инфильтраціи—гной, видны на схематическомъ рис. 258. Представимъ себѣ, что рис. 258 горизонтальный разрѣзъ таза лежащей женщины, то матка должна находиться по срединѣ. У *fg*, въ parametrium, развивается первичное воспаленіе; это воспаленіе, развившись около матки, можетъ по широкой связкѣ проникнуть до *d*, *a*. Здѣсь, сбоку развивается опухоль у основанія широкой связки до fossa iliaca, на рис. 259 до *d*. Если опухоль, эксудатъ, увеличивается, то матка смѣщается все болѣе и болѣе и параметритическій эксудатъ занимаетъ всю половину таза (рис. 260). Или инфильтрація—болѣе рѣдкій случай—распространяется кзади и переходитъ къ *b*, *c*, кзади въ lig. Douglasii.



Рис. 261. Сакитальный разрѣзъ таза.—
1. Cavum praeritoneale Retzii (рис. 258*h*).—2. Subserosium praecervicale.—
3. Subserosium retrocervicale; для ясности 2 и 3 нарисованы гораздо больше.—5. Subserosium pararectale.

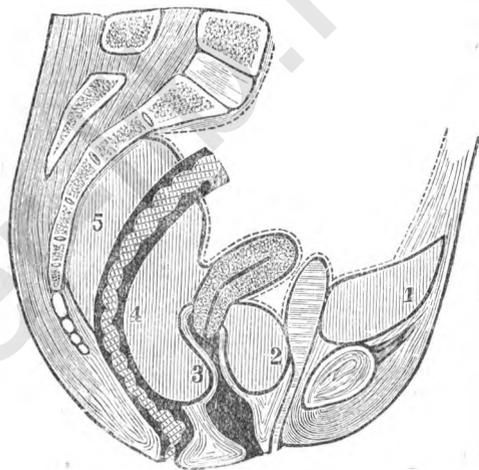


Рис. 262. 1. Выпотъ въ cavum praeritoneale Retzii (рис. 258*h*, 261,1).—
2. Parametritis anterior (рис. 261,2).—
3. 4. Parametritis posterior (рис. 261,3).—
5. Выпотъ въ subserosium pararectale (рис. 261,5).

Въ подобномъ случаѣ развивается опухоль, которая окружаетъ прямую кишку *e* и ее сдавливаетъ. Если инфильтрація, опухоль или гной развиваются тоже у края матки, но болѣе высоко, вблизи верхняго маточнаго угла, то инфильтрація направляется къ *i* или *k* въ круглыхъ связкахъ. Это происходитъ лишь въ пуэрпальныхъ случаяхъ. Возможно также, что проникшая отъ *t* къ *d* инфильтрація у края таза или на днѣ таза, проникаетъ отъ *d* къ *i*, въ паховую область. Каждое мѣсто, оставленное на рис. 258 бѣлымъ, изображающее собою соединительную ткань, можетъ опухать, т. е. образовать параметритическую опухоль; наконецъ, инфильтрація можетъ всюду быть субсерозной, такъ что матка оказывается окруженной воспалительными, твердыми опухолями.

ischiatricum. Но и через foramen obturatorium происходило вскрытіе, а также вблизи quadratus lumborum на спинѣ. Въ одномъ случаѣ выпрыснутая въ переднее прободное отверстіе жидкость вытекала черезъ заднее на спинѣ.

Абсцессъ можетъ вскрыться и въ кишечникъ или пузырь. Если, напр., эксудаты сообщаются сбоку (рис. 262, 2, 3, 4 и 5) и происходятъ у 2, 4 и 5 прободенія въ пузырь и кишечникъ, то въ пузырь попадаютъ кишечные газы и частички кала, которыя отходятъ наружу черезъ мочеиспускательный каналъ.

Относительно рѣдко поражаются или сдавливаются мочеточники до того сильно, что наступаютъ характерные для этого симптомы. Не подлежитъ, однако, сомнѣнію, что часто расширеніе мочеточника развивается безъ всякихъ симптомовъ.

Обстоятельство, что экстраперитонеальный, параметритическій эксудатъ нагнаивается и вскрывается кнаружи, еще вовсе не служитъ доказательствомъ, что эксудатъ нагноился in toto. Часто выходитъ кнаружи лишь мало гноя и, невзирая на прободеніе, форма опухоли почти сохраняется. Это часто весьма трудно понятные случаи, такъ какъ, невзирая на выходеніе гноя, не удается констатировать замѣтнаго уменьшенія опухоли. Часто отверстіе закрывается и, по прошествіи нѣкотораго времени, вслѣдствіе какой-нибудь наружной причины, снова открывается. Такимъ образомъ болѣзнь можетъ продолжаться годами. Въ другихъ случаяхъ эксудатъ не представляетъ никакой склонности къ нагноенію, а распространяется вокругъ всей матки, безостановочно, такъ что матка находится неподвижно среди эксудата. Подобные эксудаты медленно рассасываются, увеличиваются при рецидивахъ, и опухоль, то увеличиваясь, то уменьшаясь, остается годами. Въ одномъ случаѣ я предполагалъ въ теченіе мѣсяцевъ существованіе саркомы матки, пока случай не выяснился медленнымъ исчезаніемъ и отхожденіемъ гноя. Въ другихъ случаяхъ, по прошествіи многихъ лѣтъ, при внезапномъ увеличеніи опухоли и наступленіи лихорадки, я выпускалъ обильное количество гноя.

W. A. Freund описываетъ подъ названіемъ Parametritis atrophicans особую идиопатическую болѣзнь, съ сморщиваніемъ, или, вѣрнѣе, съ исчезаніемъ соединительной ткани. Дѣйствительно, бывають случаи, въ которыхъ весьма сильная дряблость скрѣпленій матки доказываетъ, что исчезла плотная соединительная ткань основанія широкой связки.

B. S. Schultze называетъ Parametritis posterior случаи, въ которыхъ воспалительный процессъ въ одной или обѣихъ *Douglas'*овыхъ связкахъ (рис. 261, 3, рис. 258 *cf* и *bg*) ведетъ къ сморщиванію послѣднихъ. Что при этомъ развивается ante flexio, объ этомъ нами было упомянуто при измѣненіяхъ положенія матки.

Симптомы и теченіе. — Симптомы параметрита совершенно иные въ началѣ болѣзни, чѣмъ при развившемся уже и давно существующемъ эксудатѣ, совершенно другіе, чѣмъ можно было бы предполагать по оставшимся рубцевымъ пучкамъ.

Во время ригрегіум или послѣ терапевтическаго вмѣшательства наступаетъ лихорадка съ начальнымъ потрясающимъ ознобомъ. Большая чувствуетъ себя нехорошо, въ нижней части живота, сбоку, появляется боль. Параметритическая опухоль сама по себѣ не вызываетъ почти никакой боли, но въ воспаленіи принимаетъ участіе уже съ самаго начала брюшина. Легко можетъ быть, какъ это утверждаютъ нѣкоторые авторы, что первично поражается брюшина и отсюда уже воспаленіе распространяется на лежащую подъ нею соединительную ткань. При изслѣдованіи пальцемъ мы находимъ инфильтрацію, чувствительную къ давленію опухоль сбоку матки въ parametrium. Вначалѣ можетъ существовать лишь неопредѣленная резистентность, сглаживаніе бокового влагалищнаго свода, упруго-эластичная твердость этого мѣста, незначительное боковое смѣщеніе матки. Если болѣзнь идетъ дальше, то образуется рѣзко ограниченная опухоль. Эту опухоль слѣдуетъ отыскивать на томъ мѣстѣ, гдѣ она мыслима на основаніи анатомическихъ условій (рис. 258 до 262).

Симптомы стараго параметритическаго эксудата выражены часто весьма слабо. Отсутствуетъ главнымъ образомъ перитонитическая чувствительность къ давленію, такъ какъ инфильтратъ отдѣляется отъ брюшины толстыми отложеніями. Вокругъ матки находятъ большія, твердыя опухоли, причеиъ паціентки почти не считаютъ себя серьезно больными. Болѣе чувствительныя больныя жалуются на чувство давленія въ тазу, на затрудненную дефекацію, на сильныя, нерѣдко, маточныя кровотеченія и разстройства со стороны пузыря. Давленіе на нервы или скорѣе переходъ воспаленія на нервныя влагалища вызываетъ невралгіи и парезъ нижнихъ конечностей, такъ что часто приходится наблюдать больныхъ, которыхъ мѣсяцами пользовали электричествомъ вслѣдствіе „ischias“, между тѣмъ какъ имѣлся параметритическій эксудатъ.

Сдавливается также одинъ мочеточникъ. Если наблюдать весьма внимательно, то можно констатировать жалобы, которыя прямо относятся къ затрудненію оттока мочи изъ почечныхъ лоханокъ. На основаніи многочисленныхъ наблюденій мнѣ кажется весьма вѣроятнымъ, что эксудатъ можетъ вскрыться въ расширенный мочеточникъ и проникнуть такимъ образомъ въ мочевой пузырь. Полную атрофію одной почки я могъ констатировать при вскрытіи случая хроническаго параметрита. Если въ воспаленіи принимаетъ участіе влагалище п. psoas, то развиваются ложныя контрактуры. Бедро согнуто подъ прямымъ угломъ и можетъ быть выпрямлено лишь при весьма сильныхъ боляхъ. Это наблюдается нерѣдко у плохо упитанныхъ, лежавшихъ долгое время въ постели, бѣдныхъ больныхъ въ концѣ послѣродоваго періода.

Боли при параметритѣ не выступаютъ на первый планъ. Лишь вначалѣ, до демаркированія воспаленія, имѣются одновременно перитонитическія боли. Вслѣдствіи, однако, даже при сильномъ давленіи, эксудаты представляются часто совершенно безболѣзненными. При прободеніи въ пузырь появляется предварительно сильная лихорадка и сильная боль; быва-

ють больныя, у которыхъ каждое мочеиспусканіе сопровождается весьма болѣзненными тенезмами. При прободеніи отходить съ гноемъ всегда и небольшое количество крови изъ пузыря. Послѣ этого лихорадка и боли прекращаются. До прободенія весьма болѣзненной можетъ быть и дефекація; въ другихъ случаяхъ выдѣляется съ каломъ безъ всякой боли обильное количество гноя. Если гной вскрывается черезъ наружные покровы, то мѣсто прободенія сильно выпячивается, краснѣетъ и становится чувствительнымъ. Образуется такъ называемая тканевая щель, которую можно прощупать концомъ пальца.

Теченіе параметрита выясняется описанными анатомическими условіями. Существуютъ весьма острые параметриты, которые въ 10—20 дней оканчиваются образованіемъ абсцесса.

Болѣе часто, однако, параметритъ начинается послѣ маленькой гинекологической операціи, причѣмъ сначала остро. Діагнозъ обезпечивается опухолью, лихорадкой, болями. По прошествіи 3—4 дней лихорадка обыкновенно уже исчезаетъ, и наступаетъ удовлетворительное самочувствіе. Но послѣ особенно сильной менструаціи, послѣ напряженія, травмы наступаетъ обостреніе.

Съ образованіемъ перваго абсцесса болѣзнь во многихъ случаяхъ, къ сожалѣнію, не оканчивается: въ теченіе мѣсяцевъ опухоль то увеличивается, то уменьшается. Въ концѣ остается твердый рубецъ, который или болѣзненъ, или смѣщаетъ тазовые органы.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ теченіе безусловно хроническое, въ особенности у бѣдныхъ женщинъ, которыя, невзирая на разстройства, должны работать. Я зналъ многихъ больныхъ, которыя страдали этимъ процессомъ годами и не теряли надежды получить облегченіе или даже полное выздоровленіе отъ стклянки съ лекарствомъ. Но въ концѣ концовъ организмъ все-таки разстраивается и развивается какексія. Весьма рѣдко наблюдается внезапно необъяснимое ихорозное разложеніе эксудата съ быстро развивающимся сепсисомъ и смертельнымъ исходомъ.

Діагнозъ и предсказаніе.—Для діагноза параметрита необходимо констатированіе, при изслѣдованіи инфильтраціи, опухоли. Въ большинствѣ случаевъ это легко. Но зато можетъ быть сомнительнымъ, представляется ли ощупываемая опухоль параметритическимъ эксудатомъ или чѣмъ нибудь другимъ. Въ самомъ началѣ параметритическіе эксудаты кажутся при ощупываніи со стороны влагалища совершенно эластичными, получается приблизительно такое же ощущеніе, какъ будто бы вдавливаютъ пальцемъ туго натянутое полотно. Вначалѣ мы имѣемъ не столько ограниченную опухоль, какъ увеличенную резистентность въ боковомъ влагалищномъ сводѣ. За параметритическое происхожденіе говорятъ боковое нахожденіе опухоли и разлитой переходъ на тазовую стѣнку. Параметритическая опухоль прилегаетъ широко къ тазовой стѣнкѣ, распространяясь отсюда во всѣ стороны, прощупываясь сбоку вогнутой. Перитонитическій эксудатъ представляется князу выпуклымъ, рѣзко отдѣляется отъ тазовой стѣнки.

При периметритѣ имѣется резистентность сначала по срединѣ въ *Douglas*'овомъ пространствѣ, матка ясно представляется антепонированной по срединной линіи, влагалище представляется сзади какъ бы стянутымъ съ *rotio*, такъ что задняя губа представляется очень короткой или сглаженной. Если резистентность находится спереди, то необходимо произвести весьма тщательное комбинированное изслѣдованіе при пустомъ пузырьѣ, чтобы избѣжать смѣшенія опухоли съ антефлектированной увеличенной маткой. Часто имѣется опухоль, покрывающая тазъ, сбоку антевертированной, увеличенной матки, почти одинаковой съ послѣднею формы. Въ первый моментъ трудно рѣшить, что матка, что опухоль. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ опухоль настолько равномерно переходитъ на матку, что нельзя прощупать границы, желоба между ними. Опухоли рядомъ съ маткой, прощупываемыя черезъ влагалищный сводъ, можно при комбинированномъ изслѣдованіи захватить между руками, но снаружи, если опухоли еще не очень велики, ихъ не удастся прощупать вовсе. Если опухаетъ широкая связка, то опухоль смѣщается кверху. Сбоку матки находится обыкновенно овальное, не всегда равномерное, но никогда мелкобугристое тѣло. Подобный параметритъ у верхняго маточнаго угла былъ мною принятъ за фиксированную опухоль придатка, причемъ во время операціи я экстирпировалъ всю параметритическую опухоль вмѣстѣ съ яичникомъ и трубой. Подобныя опухоли достигаютъ иногда значительной величины, такъ что на боковой сторонѣ живота приходится иногда вскрывать большія, величиною въ голову взрослога гнойныя кисты.

Растущая кверху надъ *Poupart*'овой связкой опухоль не представляется толстой у верхняго конца, а снабжена нерѣдко острымъ краемъ. Брюшные покровы удается позади опухоли слегка завернуть, одинаково какъ подъ край лечени. При этомъ опухоль очень твердая, плоская и не очень чувствительная.

При опухоли на одной сторонѣ матка прощупывается смѣщенной въ сторону (рис. 259 и 260). При параметритахъ, развивающихся первично спереди и поднимающихся къ пупку между стѣнкой живота и пузырьемъ, матка подымается съ каждымъ днемъ все болѣе и болѣе кверху, такъ что представляется сильно увеличенной.

Громкое значеніе для діагноза имѣетъ развитіе опухоли безъ особыхъ болей. Вопросъ, лежитъ-ли опухоль, представляющая собою продуктъ воспаленія, интра- или экстраперитонеально, рѣшается обыкновенно гораздо легче, чѣмъ это полагаютъ. Если опухоль развилась безъ болей, значитъ, безъ перитонитическихъ симптомовъ, если опухоль не была чувствительной къ давленію, то она безусловно развилась въ *subseosium*. Значеніе имѣетъ боковое положеніе опухоли или вообще то обстоятельство, что опухоль находятъ тамъ, гдѣ на основаніи анатомическихъ условій можно ожидать опухоли при параметритѣ.

Если случай приходится наблюдать послѣ продолжительнаго уже существованія у сильно ослабленныхъ больныхъ, то нужно имѣть въ виду

и злокачественныя новообразованія, напр. саркомы матки или ретроперитонеального пространства. Специалисту приходится иногда наблюдать параметриты, которые были врачами приняты за подобныя опухоли. Въ подобныхъ случаяхъ немислимо поставить правильный діагнозъ на основаніи однократнаго изслѣдованія, часто приходится прибѣгать къ наркозу, чтобы ощупать границы опухоли. Во всякомъ случаѣ діагнозъ выясняется теченіемъ.

Смѣшенія съ міомами наблюдаются довольно часто. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ я сдѣлалъ пріѣзжей, не лихорадящей больной кастрацію вслѣдствіе сильнаго кровотеченія при міомѣ матки „величиною въ дѣтскую головку“. Больная оставила клинику здоровой. По прошествіи 10 недѣль началась сильная лихорадка. Я вскрылъ на типичномъ мѣстѣ надъ *Poupart*’овой связкой параметритъ, вышелъ гной, опухоль исчезла. Безусловно имѣлось смѣшеніе съ старымъ эксудатомъ. Большой величины параметритическая опухоль можетъ вверху доходить до почки и внизу до влагалища. Она находится позади *colou*, такъ что перкуссіей всюду констатируется притупленіе сзади и сбоку. При обильномъ скопленіи гноя существуетъ почти всегда лихорадка и учащеніе пульса. Опухоль неподвижна, хотя и кажется иногда подвижной вслѣдствіе сдавливаемости. Случай выясняется быстрѣе всего пробной пункцией, которой получается гной. Затрудненія для діагноза существуютъ и въ томъ случаѣ, если эксудатъ существовалъ нѣкоторое время безъ всякихъ симптомовъ и явленія наступили лишь при прободеніи во внутренніе органы. Такимъ образомъ можетъ внезапно развиваться совершенно острый перитонитъ при ихорозномъ разложеніи и вскрытіи въ полость брюшины. Но это крайне рѣдко. Но зато наблюдаются довольно часто вскрытія въ прямую кишку, рѣже въ тонкія кишки. Мнѣ пришлось наблюдать случай, который я хотѣлъ оперировать, какъ внезапно было выведено рвотой почти 2 литра гноя. Послѣ этого опухоль исчезла совершенно. Какъ было уже сказано при описаніи симптомовъ, субъективныя явленія при вскрытіи въ пузырь весьма различны, но зато остаются всегда тѣми же объективныя явленія. Если съ мочей отходятъ гной и кровь, если послѣ этого моча становится быстро прозрачной, не содержитъ гноя, то безусловно не имѣется катарра пузыря. Если же случай приходится наблюдать въ то время, когда съ мочою отходятъ газы и калъ—при сообщеніяхъ пузыря съ кишками,—то микроскопическимъ изслѣдованіемъ быстро удается выснить діагнозъ.

Отверстіе удается часто прощупать со стороны прямой кишки, при изслѣдованіи подъ наркозомъ. Въ одномъ случаѣ мнѣ удалось прощупать выпуклость вышиною около 2 см., на высотѣ которой находилось отверстие, которое можно было осмотрѣть даже кишечнымъ зеркаломъ. Въ другихъ случаяхъ находятъ отверстія съ твердыми краями, какъ бы вырѣзанныя пробойникомъ.

Съ какими затрудненіями сопряженъ иногда діагнозъ, показалъ мнѣ случай, въ которомъ я діагностицировалъ параметритическій, нагноившійся

эксудатъ и въ которомъ при вскрытіи (смерть вслѣдствіе піэміи) была найдена пронизанная многочисленными свищами, нагноившаяся и ихорозно распавшаяся, ущемленная, большая міома задней стѣнки шейки. Въ другомъ случаѣ діагнозъ выяснился внезапно, когда съ гноемъ вышли волоса нагноившагося дермоида. Высоко сидяція раковыя опухоли прямой кишки или valv. Bauhini также могутъ, вслѣдствіе воспаленія и нагноенія въ сосѣднихъ частяхъ, протекать лихорадочно и дать картину параметритическаго эксудата. Въ подобныхъ случаяхъ точкой опоры служатъ отсутствіе связи съ ригрегитум или травмой, возрастъ больной и характерныя разстройства пищеваренія, боли и кровотеченія при испраженіи. Кромѣ того, воспалительная опухоль около рака кишекъ даетъ иногда ясный звукъ при перкуссіи и эмфизематозный хрустъ. Этотъ симптомъ мнѣ не пришлось наблюдать при параметритѣ.

Если же діагнозъ безусловно невозможенъ и если при ежедневномъ тщательномъ наблюденіи онъ колеблется то въ ту, то въ другую сторону, то вопросъ выясняется въ концѣ концовъ положительными или отрицательными результатами леченія.

Предсказаніе въ общемъ благоприятно. Конечно, существуютъ многія, описанныя выше, опасности. Если же условія допускаютъ рациональное леченіе и производство операціи въ вѣрный моментъ, то какъ свѣжій, такъ и старій параметритъ являются болѣзью, въ которой достижимо выздоровленіе.

Леченіе.—Первымъ долгомъ необходимо упомянуть, что *профилактика* состоитъ въ соблюденіи антисептики не только при родахъ и выкидышахъ, но и при каждомъ, даже самомъ незначительномъ гинекологическомъ вмѣшательствѣ. Леченіе будетъ совершенно иное, если мы наблюдаемъ развитіе эксудата, предупреждаемъ его распространеніе и увеличеніе, чѣмъ при желаніи устранить старій эксудатъ.

При высокой лихорадкѣ кладутъ въ животъ пузырь со льдомъ. *Priessnitz*'овскія обертыванія имѣютъ то преимущество, что заставляютъ безпокойныхъ больныхъ лежать тихо въ постели. По этой причинѣ весьма желательно ихъ врѣмѣненіе. Громадную пользу приноситъ опій. Такъ какъ вначалѣ имѣется весьма часто раздраженіе брюшины, то примѣненіе слабительныхъ противопоказуется. Выжидаютъ какъ при тифлитѣ и назначаютъ, послѣ исчезанія чувствительности къ давленію, нѣжныя слабительныя и клистиры. При продолжительномъ параметритѣ не слѣдуетъ забывать обращать вниманіе на общее состояніе. Часто мѣстное леченіе оказывается совершенно безуспѣшнымъ, между тѣмъ какъ при тщательномъ питаніи, съ улучшеніемъ общаго состоянія удается достигнуть улучшенія и мѣстнаго страданія, болѣе сильнаго и энергичнаго всасыванія. Лихорадящихъ больныхъ весьма трудно хорошо питать; именно при параметритѣ существуетъ нерѣдко полное отсутствіе аппетита.

При быстро развивающемся параметритическомъ эксудатѣ все искусство

лечения состоитъ зачастую въ умѣніи урегулировать пріемы пищи и, благодаря авторитету, въ принужденіи больной беречь себя и лежать въ постели.

Для уменьшенія старыхъ эксудатовъ, т. е. для всасыванія, мы обладаемъ различными средствами: соленныя ванны, соленныя сидячія ванны, глицериновая тампонація, горячія спринцеванія и обертыванія живота или тазовой области тепловлажными компрессами, лечение отягощеніемъ и массажъ. Безъ совѣта врача никогда не слѣдуетъ допускать леченія полными ваннами. Полная ванна въ теченіе $\frac{1}{2}$ часа не представляетъ собою нѣчто индифферентное. Многія больныя становятся при этомъ нервными, возбужденными, страдаютъ бессонницей, чувствуютъ себя послѣ подобнаго леченія еще болѣе слабыми, чѣмъ до леченія, причемъ эксудатъ нисколько не уменьшился. Менѣе ослабляющими являются сидячія ванны съ маточнымъ разсоломъ. Старые эксудаты исчезаютъ при этомъ нерѣдко въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Врачъ долженъ дать весьма точныя указанія: одного назначенія «брать сидячія ванны» слишкомъ мало. Ванны лучше всего принимать вечеромъ. На сидячую ванну въ 2 ведра прибавляютъ 1 klgm. предварительно растворенной морской соли или маточнаго разсола. Въ бѣдной практикѣ подобную ванну можно пустить въ ходъ 3—4 раза.

Температура ванны должна быть не ниже 26° и не выше 30° R.; допускаются колебанія въ этихъ границахъ. При свѣжихъ эксудатахъ назначаютъ болѣе прохладныя, при старыхъ—болѣе теплыя ванны. Больная, раздѣтая, садится въ ванну. Большую и ванну закутываютъ одѣяломъ. Ванну придвигаютъ къ самой постели. Въ комнатѣ t° должна быть въ 15° R. Въ постель кладутъ шерстяной платокъ, поверхъ простыню; на простыню кладутъ грѣлку. Больная сидитъ въ ваннѣ 10—20 минутъ. Большую вынимаютъ изъ ванны и быстро вытираютъ; она немедленно ложится въ согрѣтую постель. Простыней всасывается остатокъ влаги. Послѣ этого удаляютъ простыню и черезъ нѣкоторое время шерстяной платокъ. Сырая часть тѣла не должна остывать, притокъ крови въ кожу не долженъ прерываться.

Сначала назначаютъ три ванны въ недѣлю; если ванны хорошо переносятся, то ихъ повторяютъ ежедневно.

Спринцеванія влагалища больная дѣлаетъ въ лежачемъ положеніи. Соленый растворъ находится въ ирригаторѣ, вмѣстимостью въ 12 литровъ; температура $32—36^{\circ}$ R. Больная вводитъ наконечникъ во влагалище. Если имѣется маленькій ирригаторъ, то растворъ подливаютъ по мѣрѣ израсходования. Можно также пользоваться ведромъ съ сифономъ, поставленнымъ приблизительно въ 1 м. надъ уровнемъ постели. Подкладное судно изображено на рис. 46 (см. выше).

Температуру спринцеванія можно постепенно повышать до 36° R.; при употребленія влагалищнаго ирригатора по *Hasse* (рис. 132) наружныя половыя части не приходятъ въ соприкосновеніе съ горячей водой.

Большую слѣдуетъ навѣщать ежедневно, температуру слѣдуетъ измѣрять. Но горячія спринцеванія вовсе не идеальное средство: часто приходится

прерывать это лечение вследствие начинающейся лихорадки или болей, но во многих случаях получается крайне удовлетворительный результат. Экссудаты или остатки экссудатов, не поддававшиеся никакому лечению, исчезают иногда при этом способе лечения в 3—4 недели. Если больная хорошо переносит спринцевания, то их производят 2 раза в день. После спринцеваний больная должна лежать в постели в течение 1—2 часов, закрывшись хорошо одеялом.

Согревающим компрессом кладут не только на живот, но вокруг всего таза. Эти компрессы могут лежать все время, они должны заменять всякое местное лечение в случаях, в которых больная должна оставаться в постели. Если маточный разсол вызывает экземы, то употребляют воду. Хороши услуги оказывают и слабые дезинфицирующие растворы, напр. 1% раствор карболовой кислоты, $\frac{1}{20}$ % раствор сулемы. Частичка безусловно всасывается кожей.

Если лихорадка исчезла, то хороши услуги оказывает нерядко описанное выше лечение отягощением. Кожу смазывают жидкой мазью, напр. *Ichthyoli*, *Kali jodati* ana 10, *Olei Olivarum* 20, *Vasellini* 30 или *Ungt. cinerei*, *Ol. Olivarum* ana 30. Поверх кладут каучуковую бумагу и на нее мшнокъ съ дробью в 2 klgm. Во влагалище вставляют кольцевой ринтеръ, содержащий 1 klgm. ртути. Ножной конец кровати приподнимают, так что ртуть оказывает сильное давление снизу.

Давлением сверху и снизу сдавливается экссудат. Наблюдение *Freund'a*, что при правильном отягощении появляется всегда лихорадка, если в глубинѣ живетъ гной, я могу подтвердить всецѣло. Такимъ образомъ лечение отягощениемъ является хорошимъ диагностическимъ средствомъ.

Кромѣ вышеприведенныхъ средствъ рекомендуются еще препараты іода. Іодовой настойкой смазывали какъ животъ, такъ и влагалищный сводъ, смотря по тому, хотѣли-ли на экссудатъ дѣйствовать съ той или другой стороны. Примѣнялись также тампоны съ растворомъ іодистаго кали, іода въ глицеринѣ, іодоформа или ихтіола въ глицеринѣ 1 : 10; далѣе айроловый ланолинъ 1:10. Со стороны прямой кишки дѣйствовали на экссудатъ холодными или горячими клистирами съ масломъ или рыбьимъ жиромъ. Къ сожалѣнію, лечение параметритическаго экссудата иногда до того продолжительно, что хватаетъ времени испытать все вышеприведенныя средства.

Весьма часто примѣняется массажъ. О хорошихъ результатахъ говорятъ очень много, о плохихъ — мало, хотя послѣдніе весьма часты. Во всякомъ случаѣ, массажъ слѣдуетъ примѣнять лишь при отсутствіи гноя. При „остаткахъ экссудата“ и рубцахъ получаютъ весьма удовлетворительные результаты. Плотные рубцы становятся растяжимыми и исчезаютъ, матка становится постепенно подвижной и наступаетъ выздоровленіе. Съ другой стороны, у истерическихъ женщинъ мнѣ пришлось наблюдать отъ массажа состоянія, которыя имѣли громадное сходство съ психозами. Если массажъ вызываетъ боль или даже лихорадку, то немедленно прекращаютъ массировать.

Если путемъ отягощенія діагностицируютъ гной, или если послѣдній доходитъ до поверхности, то его выпускаютъ разрѣзомъ.

Это очень просто, если имѣется уже „опухоль“. Дѣлаютъ разрѣзъ и увеличиваютъ отверстіе пальцемъ или открытымъ корнцангомъ. Если гной находится глубоко, то по срединѣ опухоли проникаютъ слой за слоемъ. Если возможно, то сохраняютъ *art. epigastricam*. При медленномъ препарированіи она видна совершенно ясно, такъ что до разрѣза ее можно перевязать на двухъ мѣстахъ. Она лежитъ на брюшнѣ, не перевязанная кровоточитъ весьма сильно и сокращается весьма легко. Иногда весьма трудно, въ особенности при плохомъ ассистированіи, захватить артерію. Послѣ разрѣза ошупываютъ полость пальцемъ, узкія мѣста, ведущія въ пазухи, осторожно расширяются, полость выполняется іодоформовой марлей. По прошествіи нѣсколькихъ дней вставляются двѣ каучуковыя трубки. Черезъ одну, безъ отверстій, выпускаютъ жидкость для промыванія, другая трубка служитъ для обратнаго вытеканія раствора.

Если зондомъ опредѣляютъ, что самая глубокая часть полости не прилегаетъ къ влагалищу, то производятъ немедленно противоотверстіе, вслѣдствіе чего становится возможнымъ сквозное промываніе. Послѣдующее леченіе указано выше.

Свѣжія параметритическія опухоли, достигнушія величины дѣтской головки, удастся опорожнить лишь со стороны влагалища, такъ какъ въ этомъ раннемъ періодѣ экссудатъ находится сбоку у края матки или спереди матки.

При этой операціи слѣдуетъ по возможности избѣгать ножа. Начинаящіе, въ особенности при неудовлетворительномъ ассистированіи, могутъ наткнуться на весьма непріятныя кровотеченія, могутъ даже потерять больную отъ истеченія кровью. Я дѣйствую слѣдующимъ образомъ: На самомъ выдающемся мѣстѣ вкалывается „проводникъ“ (рис. 82); по желобу проводится кверху корнцангъ и открывается, вводятъ палецъ, отверстіе расширяютъ пальцемъ и находящимся рядомъ съ нимъ корнцангомъ. Промываютъ весьма осторожно при помощи маточнаго катетера. Пальцемъ ошупываютъ осторожно полость, расширяя при этомъ узкія мѣста между отдѣльными пазухами абсцесса. Выпустивъ жидкость, наполняютъ полость іодоформовой марлей. Послѣ этого кладутъ на животъ мѣшокъ съ дробью.

Послѣдующее леченіе состоитъ въ осторожныхъ промываніяхъ. Если отдѣленіе гноя совершенно прекратилось, то достаточно влагалищныхъ спринцеваній; при лихорадкѣ необходимо промывать полость абсцесса. Полную или частичную экстирпацію матки съ цѣлью гарантірованія оттока я считаю лишней и непозволительной. Тщательнымъ послѣдующимъ леченіемъ держится отверстіе открытымъ и безъ подобныхъ вмѣшательствъ.

В. Опухоли связокъ въ *subserosium*.

Въ *subserosium* могутъ развиваться гематомы, напр. при разрывѣ матки во время родовъ. Возможно кровотеченіе въ *subserosium* послѣ

операціи. Я наблюдалъ смерть отъ истеченія кровью въ одномъ случаѣ, въ которомъ art. spermatica не была захвачена въ общую лигатуру, вслѣдствіе чего развилась гематома, которая кверху доходила до почки, внизу за ш. iliacus и подъ segosa таза.

Что касается новообразованій, то наблюдаются обыкновенно міомы и фиброміомы, исходящія изъ мышечныхъ волоконъ широкой связки. Описаны несомнѣнные случаи развитія міомы внутри широкой связки.

Если эти опухоли большой величины, то онѣ смѣщаютъ матку въ сторону и кверху. Такимъ образомъ пузырь можетъ подняться до пупка, такъ что при неосторожномъ разрѣзѣ живота возможно прямое раненіе пузыря. Кистоміомы также могутъ исходить изъ subserosium и мышечнаго ядра широкой связки.

На кости сидятъ фибромы, остеосаркомы, энхондромы и экзостозы. Въ прежнее время описано нѣсколько случаевъ осложненія родовъ большими фибромами, исходившими изъ надкостницы или синхондроза таза. Мнѣ пришлось наблюдать случай, въ которомъ экзостозъ симфиза сильно смѣстилъ мочеиспускательный каналъ и вызывалъ разстройства мочеиспусканія.

Ретроперитонеальныя саркомы, исходящія изъ остатковъ зародышевыхъ почекъ или изъ железъ, а также лимфосаркомы между мезентеріальными пластинками, образуютъ большія мягкія опухоли. Саркомы разрастаются иногда весьма быстро. При вытаскиваніи подобной опухоли я наблюдалъ одинъ разъ смерть отъ истеченія кровью. Въ тазовой клѣтчаткѣ наблюдались неоднократно дермоиды и актиномикозъ.

Раковая опухоль прямой кишки можетъ разрастаться кпереди, можетъ стать ретроперитонеальной опухолью, или вести къ вторичному раку влагалища или матки. *Spiegelberg* наблюдалъ случай *Hydrogthachis*, въ которомъ опухоль находилась на передней поверхности крестцовой кости. Опухоль была вскрыта и больная умерла отъ менингита. Я вскрылъ большой абсцессъ въ laquear, который оказался большимъ, перипроктическимъ, паравагинальнымъ нагноеніемъ.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ необходимо изслѣдованіе *reg anam.* Этимиъ удается поставить дифференціальный діагнозъ, происходитъ ли опухоль изъ крестцовой кости или спереди прямой кишки въ *Cavum Douglasii*.

Имѣется ли злокачественное новообразование — это рѣшается реакціей со стороны общаго состоянія. Если опухоль растетъ непрерывно, если наступаетъ разстройство функцій сосѣднихъ органовъ, то діагнозъ злокачественной опухоли представляется несомнѣннымъ.

Если возможно, то всякую опухоль необходимо удалить оперативно. Въ противномъ случаѣ прибѣгаютъ къ симптоматическому леченію.

О кистахъ широкой связки, о пароваріальныхъ кистахъ и т. д. было упомянуто выше.

Эхинококкъ развивается первично между маткой и прямой кишкой

субперитонеально. Эта опухоль растетъ на-подобіе параметритического эксудата, но можетъ прободать брюшину и лежать отчасти свободно между кишками. Эхинококкъ распространяется и путемъ давленія, такъ что прободаетъ нерѣдко стѣнку матки. Если опухоль невелика, то позади матки прощупывается выпячивающая влагалище эластичная киста, дающая впечатлѣніе обыкновенной влагалищной кисты. Обстоятельство, что предполагаемая киста поднялась кверху позади матки, и что по вскрытіи можно проникнуть пальцемъ еще дальше, а также вытекание стекловидно-бѣлыхъ, легко разрываеваемыхъ пленокъ вполне обезпечиваютъ діагнозъ.

Впрочемъ, происходитъ и безъ нагноенія самопроизвольное вскрытіе въ прямую кишку, во влагалище, матку; въ подобномъ случаѣ діагнозъ легко поставить на основаніи отхожденія пузырей. Совершенно безопасной представляется пробная пункція или пробная аспирація маленькимъ шприцемъ. При химическомъ изслѣдованіи оказывается, что совершенно прозрачная жидкость не содержитъ бѣлка, низкаго удѣльнаго вѣса, содержитъ виноградный сахаръ и янтарную кислоту. Микроскопически находятъ параллельныя полоски хитиновой капсулы и, крайне рѣдко, крючечки.

Если эхинококкъ подвергается ихорозному распаденію, что легко наступаетъ въ виду близости кишечника, то полость необходимо расширить, промыть и дренировать.

Гематомы были наблюдаемы и въ круглой связкѣ ¹⁾. *Martin* оперировалъ нагноившуюся гематому круглой связки.

Изъ числа опухолей были наблюдаемы аденоіомы, происшедшія изъ остатковъ зародышевыхъ почекъ, какъ спереди, такъ и сзади пахового канала. Далѣе липомы, дермоиды, міомы и фибромы. Кисты развиваются вслѣдствіе скопленія жидкости въ *sacalis Nuckii*—*Hydrocele multiplex*.

C. Perimetritis.

Анатомія и этиологія. — Perimetritis представляетъ собою воспаление серознаго покрова матки. Но почти во всѣхъ случаяхъ участіе въ процессѣ принимаютъ и всѣ сосѣднія части брюшины (*pelveoperitonem*). Значить, изъ perimetritis развивается *Pelveoperitonitis*, *Perisalpingitis* и *Perioophoritis*.

Необходимо предпослать нѣкоторыя анатомическія замѣчанія.

На рис. 263 (*Luschka*) изображены анатомическія отношенія. Препаратъ взятъ изъ трупа, замороженнаго въ лежачемъ положеніи. Вслѣдствіе этого матка, согласно закону тяжести, отклонена къзади и прилегаетъ къ заднему паріетальному листку брюшины. *Douglas*'ово пространство

¹⁾ *Martin*, Z. f. G. XXII, 444.—*Pfannenstiel*, Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn. VII, 195.—*Sänger*, A. f. G. XXI, 297; XVI, 402.—*Gottschalk*, C. f. G. 1887, 239.—*Fischer*, M. f. G. V, 317.

ство превратилось въ узкую щель (23). Но зато отдѣлился сильно сморщенный пузырь отъ матки. Справа брюшина удалена, слѣва ею покрыты тазовые органы. Справа видно такимъ образомъ *subperitoneum*, и въ немъ, по удаленіи клѣтчатки и жира, венозное сплетеніе *v. spermaticae* (18). Справа не имѣется передней пластинки широкой связки, такъ что видна передняя или внутренняя поверхность задней пластинки (21). Спереди матки находятся также значительныя маточныя венозныя сплетенія (17).

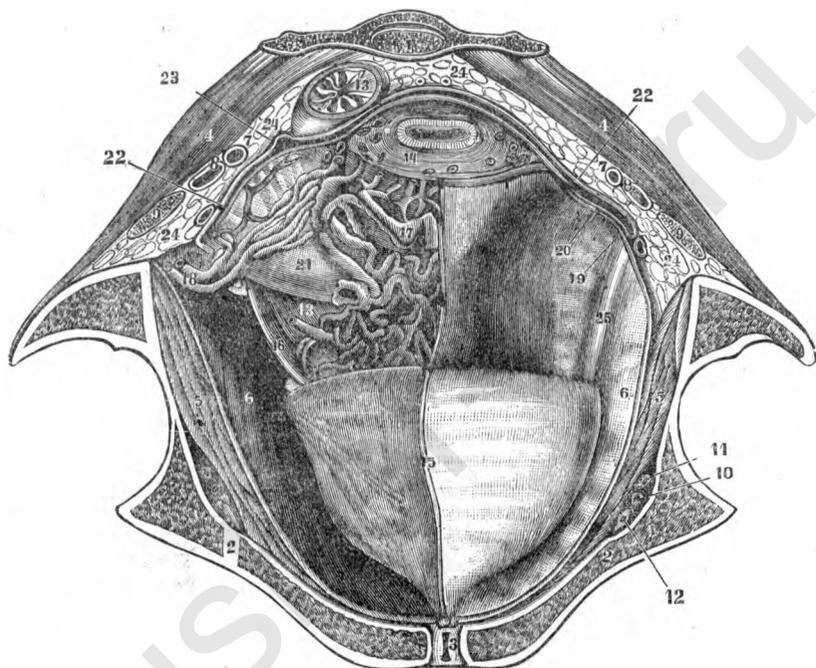


Рис. 263. Горизонтальный, косой разръзъ по продольной оси *mm. pyriformes* и черезъ третій крестцовый позвонокъ (по *Luschka*).—1 третій крестцовый позвонокъ. 2. 2. Горизонтальная вѣтвь лобковой кости. 3 симфизъ.—4. *musc. pyriformis*.—5. 5. *Musc. obturator int.* 6. *Levator ani*. — 7. *Art. glutaea superior*. 8. *vena glutaea sup.* 9. *nervus ischiadicus*. 10 *art. obturatoria*. 11. *vena obturatoria*. 12. *nervus obturatorius*. 13. Прямая кишка. 14. Матка, лѣвая передняя поверхность которой покрыта брюшиной, между тѣмъ какъ правая обнажена отъ последней. 15. Мочевой пузырь. 16. Мочеточникъ. 17. Венозное сплетеніе, находящееся подъ брюшиной и поверхностнымъ слоемъ мышцъ матки. 18. Венозное сплетеніе между пластинками широкой связки, изъ котораго развилась *vena spermatica int.* 19. Передняя пластинка лѣвой широкой связки. 20. Задняя пластинка лѣвой широкой маточной связки. 21. Задняя пластинка правой широкой связки. 22. Задняя брюшинная стѣнка *Douglas'*ова пространства. 23. *Douglas'*ово пространство, представляющее собою узкую щель. 24. Богатая жиромъ клѣтчатка, которая переходитъ въ субперитонеальную клѣтчатку обнаженнаго справа *savi pelvis subperitonealis*. 25. Лѣвый, лежащій подъ брюшиной мочеточникъ.

Значить, если на этихъ мѣстахъ развилось бы справа воспаленіе или находился бы воспалительный продуктъ, то мы имѣли бы передъ собою параметритъ: воспаленіе тазовой клѣтчатки. При разрывѣ одной изъ вышеописанныхъ венъ развивается экстраперитонеальная гематома тазовой клѣтчатки.

На лѣвой сторонѣ мы находимъ ямку, въ которой имѣются цифры 19 и 20; это лѣвая половина *excavationis vesico-uterinae*, ограниченная сзади широкой связкой и передней поверхностью матки. Если бы здѣсь находился воспалительный продуктъ или въ щели 23, между 20 и 22, въ *Douglas'*овомъ пространствѣ, и если бы имѣ смѣшалась матка (14) до симфиза (3), то мы имѣли-бы продуктъ интраперитонеального или периметритического воспаления. Находящаяся на этихъ мѣстахъ кровь образуетъ интраперитонеальную переднюю гематоцеле.

Этіологія периметрита крайне разнообразна. Безъ инфекции существуютъ, напр., при ретрофлексіи разстройства кровообращенія, застой, гиперемія, опуханіе смѣщенной матки. При этомъ принимаетъ участіе и брюшина, она повреждается при напряженіи брюшного пресса, напр., во время испражненія, или плохо сидящимъ, дающимъ пессаріемъ. Вслѣдствіе этого происходятъ склеиванія съ брюшиной *Douglas'*ова пространства. Склеиванія сначала разлитыя, поверхностныя. Но если матка, самопроизвольно или

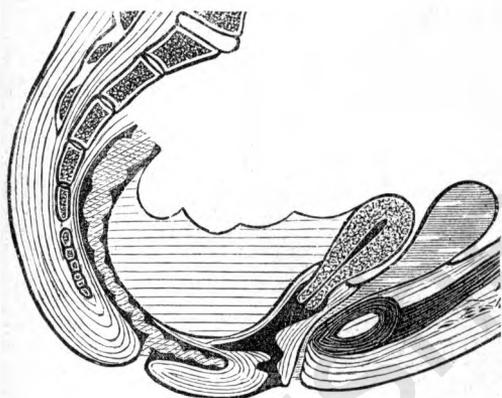


Рис. 264. Большой интраперитонеальный экссудатъ, сверху ограниченный спаянными между собою тонкими кишками.

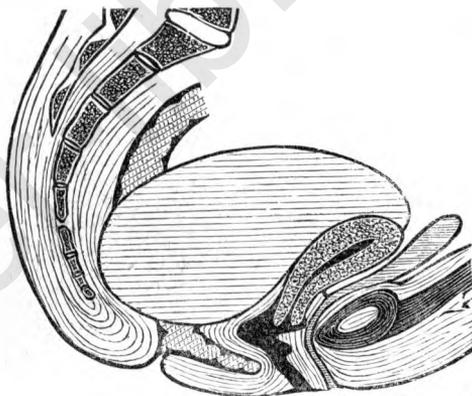


Рис. 265. Интраперитонеальный абсцессъ таза, округленный вслѣдствіе увеличенія внутренняго давленія.

искусственно, занимаетъ свое нормальное положеніе, или увеличивается во время беременности, то эти поверхностныя сращения вытягиваются и становятся тяжами. Чѣмъ больше растягивается тяжъ, тѣмъ хуже его питаніе. Вслѣдствіе этого ложная перепонка истончается и тянется въ концѣ концовъ въ видѣ паутиной, тонкой пленки отъ матки къ тому мѣсту, къ которому послѣдняя была прикрѣплена. Въ свою очередь и яичники, на поверхности неправильные, увеличенные, отечные, тяжелые, опускаясь книзу, попадаютъ на мѣста, на которыхъ они сдавливаются или раздражаются, напр. между прямой кишкой и маткой. Въ подобныхъ случаяхъ развиваются сращения между яичниками и окружающими частями, въ особенности въ случаяхъ, въ которыхъ яичниковый эпителий измѣненъ вслѣдствіе *perioophoritis*. Если матка занимаетъ впослѣдствіи нормальное положеніе, то она тянетъ за собою приросшія яичники лишь весьма слабо. Препятствовать органу занять нормальное свое положеніе можетъ и сморщиваю-

шаяся ложная перепонка, идущая около или надъ яичникомъ. Это наблюдается еще болѣе часто на трубѣ. Здѣсь громадную роль играетъ инфекціонное содержимое трубы, вытекающее черезъ *orificium abdominale*. *Endosalpingitis* можетъ перейти черезъ стѣнку трубы на брюшинный покровъ. Но и по лимфатическимъ путямъ могутъ, напр., гонококки достигнуть брюшины черезъ матку и вызвать периметритъ. Въ результатѣ получаются измѣненія придатковъ, при которыхъ *ligamentum ovarii* и трубы перекручиваются вокругъ оси, перегибаются, смѣщаются, срастаются, растягиваются.

Лазы кишекъ, туберкулезнаго или хронически воспалительнаго характера, тифлитъ и т. д., ведутъ къ воспаленію серозной оболочки кишекъ и къ склеиваніямъ и сращениямъ брюшины. Пельвеоперитонитическія пораженія въ *Douglas'*овомъ пространствѣ, можетъ быть, обуславливаются задержкой кала въ кишкахъ, вслѣдствіе чего проникаютъ черезъ стѣнку кишечные газы, токсины или *bacterium coli*. Клинически можно предположить, что *metritis* и *perimetritis* могутъ развиваться вслѣдствіе разстройствъ кровообращенія при дисменорреѣ, а также при сильныхъ простудахъ или напряженіяхъ во время менструаціи.

Новообразованія также могутъ вести къ перитонитическимъ сращениямъ вслѣдствіе механическаго раздраженія. Такимъ образомъ развиваются перитонитическія сращения на дермоидныхъ кистахъ яичника и на твердыхъ субперитонеальныхъ миомахъ матки, въ особенности, если при ихъ нахожденіи въ *Douglas'*овомъ пространствѣ онѣ препятствуютъ физиологическимъ движеніямъ матки и сдавливаются и отгѣсняются книзу при дефекаціи. Весьма большія опухоли, прилегающія къ передней брюшной стѣнкѣ, склеиваются часто безъ всякой инфекціи, вслѣдствіе повторныхъ травмъ выдающагося живота, съ *peritoneum parietale*. При ракахъ, проростающихъ тѣло матки, всегда находятъ сращения, часто до того значительныя, что совершенно исчезаетъ *Douglas'*ово пространство.

Кровяные сгустки изъ лопнувшей трубной беременности раздражаютъ брюшину одинаково, какъ и новообразованія, и ведутъ къ фибринознымъ отложеніямъ, напр. при инкапсулированной *haematocoele*.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ развиваются въ виду этого сращенія, такъ какъ эндотелій брюшины не функционируетъ болѣе физиологически. Физиологическая функція состоитъ въ предупрежденіи сращеній и доставленіи возможности свободно скользить органамъ, покрытымъ брюшиной. Какъ только брюшина утратила свою жизненность вслѣдствіе некробіоза, травмы, разстройствъ кровообращенія и питанія, вслѣдствіе инфекціи, наступаютъ сращения въ томъ случаѣ, если на противоположащей брюшинѣ имѣются подобныя же измѣненія. Если поврежденное мѣсто брюшины окружено нормальной брюшиной, то нормальная противоположащая брюшина не срастается. У больной, которой была произведена двухсторонняя овариотомія и которая умерла на 6-й день послѣ операціи отъ пневмоніи, я нашелъ обѣ культы совершенно свободными, не имѣлось сращеній. Точно такимъ же

образомъ при благопріятномъ исходѣ остается подвижной область кишечнаго шва при резекціи кишекъ.

Легче объяснить периметритъ вслѣдствіе перехода инфекціоннаго внутриматочнаго воспаленія, напр. послѣ внутриматочныхъ манипуляцій, послѣ неумѣлаго зондированія твердыми, шероховатыми или грязными зондами, при слишкомъ большихъ, упирающихся верхушкою въ дно матки внутриматочныхъ пессаріяхъ, послѣ выскабливаній матки и энуклеаціи міомъ изъ маточной паренхимы, послѣ неопратнаго леченія прессованными губками, *laminaria* и при переломѣ. Многіе параметриты начинаются съ периметрита. Периметритъ представляется нерѣдко продолжительнымъ осложненіемъ параметрита. Выражаясь болѣе правильно: общая вредная причина—инфекція—обуславливаетъ какъ воспаленіе клѣтчатки (*parametrium*), такъ и серознаго покрова (*perimetrium* и *pelveoperitoneum*). Субстратъ воспаленія принадлежитъ обѣимъ болѣзнямъ или во всякомъ случаѣ одной болѣзни

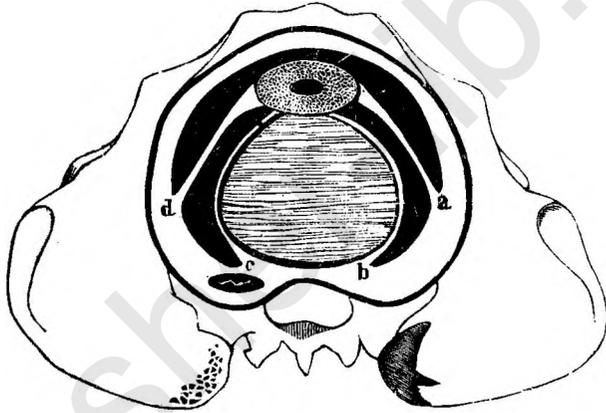


Рис. 266. Предыдущій случай въ горизонтальномъ разрѣзѣ.—*a* конецъ лѣвой, *d* конецъ правой широкой связки, *bc* ligamenta Douglasii, между ними эксудатъ, прижимающій матку къ передней стѣнкѣ таза.

больше, чѣмъ другой, такъ что наблюдаются гнойныя опухоли, при которыхъ многочисленныя сращенія надъ опухолью указываютъ на перитонитическій, а характерное мѣсто прободенія или положеніе—на параметритическій ея характеръ. Существуютъ, однако, случаи, въ которыхъ болѣзнь началась съ параметрита. Лежащая сверху брюшина до того раздражается находящимся подъ ней воспаленіемъ, что теряетъ свою функцію, способность всасывать. Въ концѣ концовъ параметритическій эксудатъ всасывается и, какъ конечный результатъ протекающаго мѣсяцами процесса, остается перитонеальная киста, инкапсулированный серозный, не гнойный эксудатъ. Перитонеальный эксудатъ и не былъ никогда гнойнымъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ сыворотка бы всосалась и остался гной, а не наоборотъ.

Обусловленныя сращеніями измѣненія положеній трубъ и яичниковъ

весьма разнообразны. Часто яичникъ смѣщается лишь нѣсколькими перепонками, часто имѣется настоящая капсула, черезъ которую просвѣчивается гладкій, увеличенный яичникъ, на-подобіе спины маленькаго, вѣматочнаго плода изъ лопнувшей трубы. Или яичникъ до того окруженъ периметритическими отложениями и оболочками, что отысканіе его сопряжено съ громадными затрудненіями. Такъ, напр., лѣвый яичникъ можетъ находиться въ изгибѣ *flexurae sigmoideae*, правый—можетъ быть окутанъ массами эксудата и срощенъ съ червеобразнымъ отросткомъ, находясь въ эксудатѣ. Бываютъ случаи, что яичникъ весьма трудно найти даже при вскрытіи.

Въ послѣродовомъ періодѣ *perimetritis* и *pelveoperitonitis* служатъ часто начальнымъ стадіемъ общаго перитонита. Въ гинекологическихъ случаяхъ периметритъ, ведущій къ общему, эксудативному перитониту, наблюдается весьма рѣдко, но зато наблюдается весьма острый, злокачественный, септический перитонитъ какъ послѣдствіе инструментальнаго прободенія матки при преступномъ выкидышѣ, или безъ прободенія матки при удаленіи остатковъ выкидыша. Случаи общаго перитонита, окончившіеся смертельно въ 5—6 дней, приходилось мнѣ наблюдать въ прежнее время при леченіи прессованными губками. Инфекція распространяется по трубамъ. При вскрытіи свѣжихъ случаевъ можно доказать связь ихорознаго эндометрита съ *Endosalpingitis* и *peritonitis*. Въ подобныхъ случаяхъ всѣ кишки представляются буроватаго цвѣта, вены кишекъ представляются переполненными, брюшная полость содержитъ небольшое количество кровянисто-серозной, буровой жидкости, брюшина потеряла свой блескъ. Подобные случаи смертельнаго „молніеобразнаго“ перитонита наблюдались иногда въ доантисептическое время послѣ внутриматочныхъ гинекологическихъ операцій.

Если воспаленіе ограничивается, то происходитъ развитіе рѣзко очерченныхъ нагноеній, инкапсулированныхъ гнойныхъ фокусовъ, абдоминальныхъ кавернъ. Такой исходъ имѣютъ, напр., перелойныя нагноенія трубъ. Капля гноя вытекаетъ изъ конца съ фимбриями. Абсцессъ находится въ самой глубокой части брюшинной полости, въ *Cavum Douglasii*, или же сбоку, инкапсулированно, рядомъ съ концомъ трубы.

Чѣмъ больше увеличивается количество гноя, тѣмъ болѣе форма абсцесса приближается къ шару. Вслѣдствіе внутренняго давленія кисты, напр., *Cavum Douglasii* выпячивается сильно книзу, матка смѣщается къ самому симфизу и сильно подымается вверхъ покрывающая сверху перепонка. Сзади влагалище какъ бы перегибается книзу съ *portio*, такъ что эксудатъ втягивается во влагалище подъ и спереди *portio*. Наконецъ, гнойная киста становится такихъ размѣровъ, что сверху и сбоку выходитъ изъ-за матки и окружаетъ послѣднюю въ видѣ параметритическаго абсцесса. Получаются опухоли, которыя доходятъ до пупка и занимаютъ большую часть брюшной полости.

Перепонка, отдѣляющая абсцессъ отъ окружающихъ частей, не представляется обыкновенно непрерывной, а образуется обращенными къ кистѣ

кишечными стѣнками, которыя склеиваются между собою, причемъ пространства между ними выполняются толстыми отложеніями. Замѣчательно то, что эти кишечныя петли нисколько не утрачиваютъ своей нормальной перистальтики. Описаны же случаи «отсутствія брюшины», которые безусловно ни что иное, какъ полное склеиваніе всѣхъ тонкихъ кишекъ вслѣдствіе законченнаго общаго, слипчиваго, можетъ быть туберкулезнаго перитонита въ дѣтствѣ.

Но абсцессъ не всегда находится внизу; брюшная каверна можетъ находиться и на совершенно атипичныхъ мѣстахъ, напр. въ hypogastrium или около пупка. На этихъ мѣстахъ кожа можетъ краснѣть, прободаться и могутъ оставаться свищи на совершенно атипичныхъ мѣстахъ.

На рисункахъ видны эти отношенія. На рис. 264 изображенъ интраперитонеальный эксудатъ, который сверху отдѣляется отъ sacum peritonei склеившимися петлями тонкихъ кишекъ. Ясно видно, какъ тѣсно прилегаеть эксудатъ къ прямой кишкѣ, такъ что черезъ прямую кишку и влагалище легко ощупать эксудатъ пальцемъ. Если количество гноя, при существованіи капсулы, увеличивается все болѣе и болѣе, то получается форма абсцесса, изображенная на рис. 265. Въ данномъ случаѣ округленіе обусловлено внутреннимъ давленіемъ. Кзади абсцессъ простирается, смѣщая прямую кишку, до вогнутости крестцовой кости. Спереди абсцессъ выходитъ надъ маткой, всюду прощупывается упругая консистенція.

Неоднократно наблюдали, что перитонитическій инкапсулированный эксудатъ можетъ подвергаться ихорозному распаденію, такъ что при его вскрытіи, искусственномъ или самопроизвольномъ, могутъ выходить газы и зловонный гной. Абсцессы, развивающіеся при Coxitis на внутренней стѣнкѣ таза или происходяшіе изъ позвоночнаго столба и опускающіеся по влагалищу m. psoas, точно также крайне легко подвергаются ихорозному распаденію. При всѣхъ абсцессахъ вблизи кишекъ можно ожидать подобнаго исхода. Возбудители гніенія происходятъ изъ кишечника. Хотя здоровая кишечная стѣнка и представляетъ собою плотную границу, но черезъ пораженную стѣнку легко могутъ проникать бактеріи и возбудители гніенія. Какъ при общемъ перитонитѣ находятъ инфильтрированными верхніе слои матки или какъ при Perihepatitis оказывается окрашенной сосѣдняя печеночная паренхима, точно также участвуетъ при воспаленіи серозныхъ покрововъ и мышечная оболочка кишекъ. Кишечникъ вздувается, перистальтика прекращается, содержимое подвергается гніенію и черезъ инфильтрированную, воспаленную, парализованную кишечную стѣнку проникаютъ возбудители гніенія въ полость абсцесса. Такимъ образомъ абсцессъ подвергается ихорозному распаденію.

При нагноеніи эксудата происходитъ и образованіе кишечнаго свища; кишечныя свищи были наблюдаемы въ сторону наружной кожи, во влагалище, матку и пузырь. Воспаленная парализованная часть кишки вдается въ полость абсцесса. Въ выпяченной части остается небольшое количество

кала. Поступающія каловыя массы все болѣе и болѣе вытѣсняютъ это мѣсто кнаружи, т. е. въ абсцессъ, наступаетъ нарушение дѣлости; старыя каловыя частички попадаютъ въ полость абсцесса. Вслѣдствіе этого содержимое подвергается ихорозному разложенію, наступаетъ лихорадка, стѣнка абсцесса размягчается и происходитъ вскрытіе кнаружи или въ сосѣдній органъ; выходятъ газы, зловонный гной и небольшое количество старыхъ каловыхъ массъ. По удаленіи гноя полость абсцесса уменьшается, въ концѣ концовъ остается лишь свищевой ходъ, который можетъ закрываться на время, но нерѣдко въ глубинѣ снова появляется небольшое количество кала и весь процессъ возобновляется.

Въ виду этого мѣсто вскрытія перитонеальныхъ абсцессовъ находится на самыхъ различныхъ мѣстахъ, напр. на ладонь выше симфиза справа, слѣва или около пупка. Если прободеніе происходитъ на типичномъ для параметрита мѣстѣ, то дифференціальный діагнозъ, въ особенности если случай не пришлось наблюдать съ самаго начала, между пара- и периметритомъ, т. е. рѣшеніе вопроса объ экстра- или интраперитонеальномъ происхожденіи абсцесса, весьма трудень.

Кромѣ слипчиваго и гнойнаго периметрита наблюдается еще серозный периметритъ. Скопленіе перитонеальной жидкости возможно по двумъ причинамъ: или увеличена трансудація, напр. при циррозѣ печени, порокахъ сердца, болѣзняхъ почекъ, или уменьшена всасывающая способность. Последнее замѣчается при хроническомъ серозномъ перитонитѣ. Если вслѣдствіе, напр., параметрита, часть брюшины не способна всасывать, то жидкость будетъ постепенно скопляться. Жидкость скопляется въ инкапсулированномъ пространствѣ; физиологическое отдѣленіе брюшины скопляется и застаивается. Такимъ образомъ развиваются серозныя кисты на маткѣ и въ ея окружности. Подобныя эксудаты находятся почти всегда внизу въ тазу. Подобныя серозныя кисты принимались неоднократно за яичниковыя опухоли и оперировались. Онѣ достигаютъ часто значительной величины, существуютъ годами безъ измѣненій и часто рецидивируютъ. Маленькія серозныя кисты встрѣчаются часто вблизи опухолей придатковъ или внѣматочной беременности.

Последней формой периметрита представляется форма, которая даетъ симптомы, но не имѣетъ субстрата. Часто наблюдаются случаи, которые въ прежнее время назывались «*Hyperaesthesia peritonei*», т. е. всякое движеніе матки при ходьбѣ, при coitus, при изслѣдованіи пальцемъ сопровождается болью для больной. При этомъ не находятъ ни эксудата, ни резистентностъ, а лишь мучительную боль при дотрогиваніи. Если мы имѣемъ дѣло не съ истерическимъ симптомомъ, то причиной являются можетъ быть маленькія перитонеальныя воспаленія въ *Douglas*'овомъ пространствѣ, которыя *Virchow*'омъ считались за патолого-анатомическій субстратъ *colica scortorum*.

Симптомы и теченіе. — Периметритъ или *pelveoperitonitis*, переходящій въ общій перитонитъ, можетъ протекать одинаково злокачественно, какъ

и самый быстрый пуэрперальный, септический перитонитъ. Симптомы, характерные для перитонита: высокая лихорадка, малый слабый пульсъ, сильныя, постоянныя, самопроизвольныя боли, чувствительность къ давлению при самомъ нѣжномъ дотрогиваніи, метеоризмъ и запоръ вслѣдствіе паралича кишекъ, параличъ мочевого пузыря, также какъ послѣдствіе пропитыванія мышць, сильно учащенный, слабый пульсъ, учащенное дыханіе, коллапсъ, явленія отравленія углекислотой, сорог и смерть.

Замѣчательно то, что въ подобныхъ случаяхъ больная локализируетъ боли не всегда правильно: часто она указываетъ на область пупка, желудка или печени какъ на самое болѣзненное мѣсто, или указываетъ на сердце, хотя совершенно ясно, что воспаленіе поднялось снизу вверхъ.

Pelveoperitonitis можетъ развиваться совершенно внезапно, такъ что больная указываетъ совершенно точно часъ начала. Гной попадаетъ въ полость брюшины изъ трубы, изъ перфорированной матки, изъ лопнувшего *arendix vermiformis*, изъ абсцесса, при прободеніи язвы желудка или кишекъ. Немедленно появляется лихорадка и чувствительность живота къ давленію. Если въ благопріятныхъ случаяхъ воспаленіе ограничивается, то бурныя явленія ослабѣваютъ, но чувствительность къ давленію остается еще въ теченіе продолжительнаго времени или постоянно возобновляется при напряженіяхъ. При хроническомъ, не эксудативномъ периметритѣ появляются боли, если больная ходитъ по плохой мостовой, поднимается по лѣстницѣ, танцуетъ, а также при ѣздѣ въ вагонахъ или экипажахъ, даже при болѣе быстрыхъ движеніяхъ. При быстрой перемѣнѣ положенія въ постели наступаетъ внезапно интенсивная боль. Даже малѣйшее смѣщеніе матки и яичниковъ при тѣлесныхъ движеніяхъ даетъ уже симптомы. Быстрое опусканіе на твердый стулъ, быстрое вставаніе вызываетъ боль. Coitus невозможенъ въ виду сильнѣйшей боли, въ особенности при хроническомъ воспаленіи *Douglas*'ова пространства (*Colica scortorum*). Въ подобныхъ случаяхъ имѣется часто боль при дефекаціи и мочеиспусканіи. Смѣщеніе или сокращеніе прилегающей къ пузырю брюшины при опорожненіи пузыря весьма болѣзненно. Необходимо знать этотъ симптомъ, чтобы при «боляхъ въ пузырьѣ» не діагностицировать немедленно катарръ пузыря.

При изслѣдованіи часто не находятъ никакой опухоли, но зато болѣзненно всякое движеніе при изслѣдованіи. Если развивается опухоль, то она находится почти всегда въ *sacch Douglasii*. Опухоль смѣщаетъ обыкновенно матку кпереди, а не въ сторону. Встрѣчаются и сбоку яичника или трубы резистентности и опухоли, которыя состоятъ изъ сросшейся и вышериведенныхъ органовъ.

Къ симптомамъ, вызываемымъ каждой опухолью таза: чувство давленія книзу, разстройство отдѣленія мочи и кала, присоединяются при скопленіи гноя лихорадка, учащеніе пульса, отсутствіе аппетита, слабость, исхуданіе.

При серозныхъ кистахъ часто приходится къ удивленію констатировать громадныя опухоли, которыя существовали долгое время, не давая никакихъ симптомовъ.

Срощенія, смѣшающія трубы и яичники, часто не прощупываются непосредственно, но неопредѣленное чувство резистентности и мягкая, ускользающая отъ пальца и снова возвращающаяся опухоль указываютъ на существованіе срощеній.

Периметриты легко ухудшаются во время менструаціи. Наблюдаются случаи, въ которыхъ результаты, достигнутые леченіемъ во внѣменструальномъ періодѣ, уничтожаются внезапнымъ ухудшеніемъ во время менструаціи.

Послѣдствіемъ периметрита является бесплодіе или во всякомъ случаѣ затрудненное зачатіе. Хотя причиной этого и можетъ быть катарръ матки или трубъ, но причину слѣдуетъ искать и въ смѣщеніяхъ трубъ и яичниковъ. Въ зависимость отъ периметритическихъ смѣщеній трубъ ставили и внѣматочную и трубную беременность.

При *pelveoperitonitis acuta* съ остающимися гнойными экссудатами болѣзнь можетъ продолжаться очень долго, но тѣмъ не менѣе теченіе все-таки болѣе быстрое, чѣмъ при параметритѣ. Вскрытіе въ брюшную полость, ихорозное распаденіе можетъ вести къ быстрой смерти, вскрытіе наружу—къ быстрому выздоровленію.

При *perimetritis chronica* наступаетъ вслѣдствіе образованія ложныхъ перепонокъ состояніе относительнаго выздоровленія, т. е. воспаленіе исчезло, но продукты воспаленія, срощенія, остаются до конца жизни. Хотя они и становятся все тоньше и тоньше, отдѣляются искусственно и самопроизвольно, но тѣмъ не менѣе не исчезаютъ окончательно. Затяжнымъ представляется теченіе въ тѣхъ случаяхъ, которые обусловлены перелойной инфекціей. Въ подобныхъ случаяхъ движенія тѣла ведутъ къ новому выходу гноя изъ трубъ, значить, къ новымъ обостреніямъ. Часто наступаетъ даже новое воспаленіе на одной сторонѣ, между тѣмъ какъ на другой оно исчезаетъ. Эта внезапная перемена, послѣдствіе выхода гноя, то справа, то слѣва, характерна для перелойнаго периметрита.

Діагнозъ и предсказаніе.—Если животъ весьма чувствителенъ къ давленію, если матку нельзя безъ боли передвигать со стороны влагалища, если существуютъ различныя субъективныя болѣзненные ощущенія, то діагнозъ не представляетъ затрудненій. Острый тяжелый перитонитъ легко смѣшать съ *ileus*. Имѣющійся при обѣихъ болѣзняхъ метеоризмъ и параличъ кишекъ часто значительно затрудняютъ діагнозъ. Лихорадка довольно быстро выясняетъ случай, но не слѣдуетъ забывать, что при самыхъ серьезныхъ септическихъ перитонитахъ лихорадка можетъ и не быть. При почечныхъ и желчныхъ коликахъ также можно въ первый моментъ думать объ остромъ перитонитѣ, но дальнѣйшее наблюденіе быстро выясняетъ вопросъ.

Слипчивый перитонитъ диагностируется тѣмъ, что пробуютъ маткой производить движенія во всѣ стороны. Такимъ образомъ удается нерѣдко точно опредѣлить мѣсто воспаленія: если, напр., движеніе *portionis* болѣзненно кпереди и книзу, то имѣется воспаленіе *Douglas'*овыхъ складокъ.

Если вправленная матка при *retroflexio* возвращается на свое прежнее мѣсто даже въ колѣбнолоктевомъ положеніи, то имѣется заднее сращеніе тѣла матки. Если одинъ яичникъ находится на днѣ *Douglas'*ова пространства и если, невзирая на произведенную *anteversio uteri*, онъ остается внизу и сзади, то это служить доказательствомъ, что онъ здѣсь приращенъ. Если не удастся поднять тѣла антевертированной матки, и если у верхняго угла прощупывается неопредѣленная резистентность, то матка приращена у этого угла, т. е. матка фиксируется спереди сращеніями. Бесплодіе указываетъ на смѣшеніе придатковъ сращеніями.

Болѣе трудно діагностицировать продукты периметрита, периметритическіе экссудаты. Изъ анамнеза мы узнаемъ, что начало болѣзни сопровождалось лихорадкой и сильными болями. Если большей величины опухоль развилась на или около матки, не давъ никакихъ симптомовъ, то мало вѣроятнымъ представляется периметритическое ея происхожденіе.

При старомъ инкапсулированномъ экссудатѣ сосѣдняя брюшина часто измѣнена до того, что экссудатъ можно ощупать комбинированнымъ изслѣдованіемъ, нисколько не вызывая болей. Кромѣ того, параметритическій экссудатъ, переходящій въ нагноеніе или всасываніе, бываетъ въ это время нерѣдко самостоятельно болѣе болѣзненнымъ, чѣмъ периметритическій.

Мѣсто прощупываемой опухоли крайне различно при маленькихъ экссудатахъ и въ началѣ процесса. Параметритическій экссудатъ находится сначала въ параметріи, т. е. сбоку матки, спереди матки или сзади сверху, у мѣста отхожденія *Douglas'*овой складки, значитъ, прощупывается сначала болѣе глубоко позади матки. Такъ какъ у нѣкоторыхъ женщинъ *Douglas'*ово пространство опускается довольно низко, то и интраперитонеальный экссудатъ можетъ сзади опуститься довольно низко. Если экссудатъ вскрывается въ верхней половинѣ живота на совершенно атипичномъ мѣстѣ, напр. рядомъ съ пупкомъ, то это перитонитическій экссудатъ; эти абсцессы наполнены иногда ихорозной массой, вскрываются при весьма высокой лихорадкѣ, при сильной болѣзненности и сильномъ покраснѣніи кожи. Параметритическіе абсцессы, напротивъ, вскрываются на типичныхъ мѣстахъ надъ *Poupart'*овой связкой, или въ кишечникъ, влагалище или пузырь, причѣмъ исчезаютъ окончательно гораздо медленнѣе.

Громадныя затрудненія можетъ представлять дифференціальный діагнозъ въ случаяхъ, въ которыхъ вблизи матки находится мѣсяцами неизмѣняющаяся киста, наполненная сывороткой; въ данномъ случаѣ однократнымъ изслѣдованіемъ часто невозможно поставить правильный діагнозъ. Если опухоль прилегаетъ къ брюшнымъ стѣнкамъ или лежитъ глубоко въ *Douglas'*овомъ пространствѣ, то производить пробную пункцію при помощи шприца *Праваца*.

Предсказаніе въ общемъ неблагоприятно. Жизни грозитъ опасность отъ ихорознаго разложенія, вскрытія въ полость брюшины, вообще отъ остраго перитонита. При перелойномъ периметритѣ состояніе здоровья остается разстроеннымъ. Если гнойный фокусъ остается долгое время, то

развивается лихорадка и кахексія, туберкулезъ или амилоидъ почекъ. Если имѣются только срощенія, то матка остается смѣщенной, трубы представляютъ перегибъ, яичники смѣщены. Въ зависимости отъ этого находятя истерія и безплодіе.

Самопроизвольное излеченіе или отдѣленіе срощеній происходитъ въ томъ случаѣ, если срощенія растягиваются. Напр. послѣ закрытія *anus praeternaturalis* наступаетъ полное отдѣленіе кишечника, такъ что при послѣдующей лапаротоміи находятя всѣ кишки подвижными вообще, не находятя болѣе мѣста свища на кишкѣ. Кишечникъ постепенно отдѣлился благодаря перистальтикѣ. Со стороны матки и ея придатковъ существуютъ менѣе благопріятныя условія, но и здѣсь, благодаря беременности, массажу могутъ исчезнуть срощенія, что иногда бываетъ и самопроизвольно.

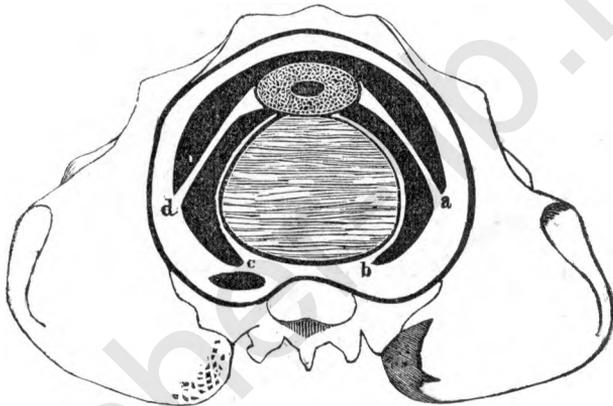


Рис. 267. Периметритическій эксудатъ. *a* конецъ лѣвой, *d* конецъ правой широкой связки, *bc* ligamenta Douglasii, между ними большой эксудатъ, которымъ матка прижимается къ передней стѣнкѣ живота.

Леченіе.—Какъ и при параметритѣ, сводится *профилактика* при периметритѣ къ тщательной антисептикѣ при родахъ, выкидышахъ и оперативныхъ вмѣшательствахъ на маткѣ.

При *Perimetritis acuta* или *Pelveoperitonitis* примѣняютъ сначала антифлогозъ. Здѣсь примѣняютъ, какъ и при пuerпериальномъ периметритѣ, медъ и опій. Обыкновенное леченіе опіемъ — черезъ 2 часа по 8—10 капель *Tinct. Opii simpl.* — представляется лучшимъ. Получаются болѣе благопріятные результаты въ томъ случаѣ, если постоянно назначаютъ маленькія дозы опія, чѣмъ при рѣдкихъ подкожныхъ впрыскиваніяхъ морфія. Хорошо дѣйствуютъ, именно, повторныя малыя дозы опія. При тошнотѣ назначаютъ опій въ суппозиторіяхъ или клизмахъ.

При *Perimetritis chronica* примѣняютъ тепловлажные компрессы на животъ.

Кромѣ того, пользу приносятъ смазыванія іодомъ живота, *portionis* и влагалищнаго свода или введеніе глицериноваго тампона съ іодистымъ

калиемъ, борной кислотой или ихтиоломъ, вообще лечение, указанное на стр. 481.

При периметритѣ примѣняютъ весьма часто разсолыныя ванны, и дѣйствительно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ единственнымъ средствомъ остается лечение въ одномъ изъ соотвѣтствующихъ курортовъ. Подобными курортами являются: Hall, Rothenfelde, Rheinfelden, Wimpfen, Salschlirf, Kreuznach, Münster am Stein, Nauheim, Harzburg, Kösen, Colberg, Pyromont и т. д. Полныя ванны слѣдуетъ при периметритѣ предпочитать сидячимъ ваннамъ, такъ какъ вставаніе и сдавливаніе живота при сидячей ваннѣ весьма затруднительно и болѣзненно. Въ серьезныхъ случаяхъ назначаютъ продолжительныя ванны въ теченіе $\frac{1}{2}$ —1 часа въ 27 — 28° R. Послѣ ванны больную укладываютъ въ постель на 2 часа.

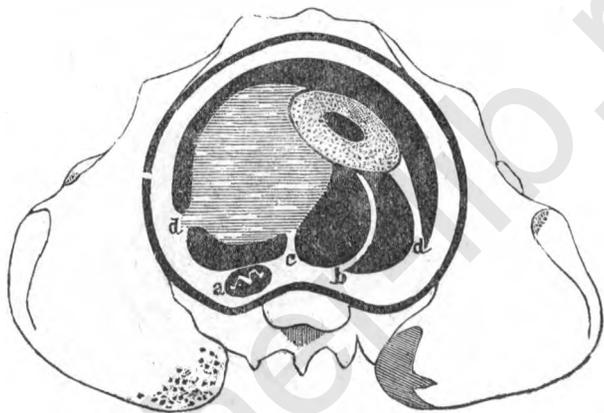


Рис. 268. Параметритическій экзудатъ. Матка принимаетъ обыкновенно участіе въ воспаленіи, увеличена и сивщена въ сторону. *a* прямая кишка, *b* лѣвая, здоровая, *c* правая, опухшая Douglas'ова складка, *dd* широкая связка.

Если одновременно существуетъ катарръ шейки или эрозія, то прижиганія не дѣлаютъ, пока движенія матки болѣзненны. При употребленіи разсолыныхъ ваннъ катарръ исчезаетъ нерѣдко самопроизвольно. Часто удавалось мнѣ прекратить боли у больныхъ тѣмъ, что запрещалъ всякое изслѣдованіе и всякія манипуляціи per vaginam. Въ виду этого при употребленіи ваннъ прекращаютъ мѣстное лечение.

Вскрытіе диагностицированнаго абсцесса показывается въ томъ случаѣ, если абсцессъ легко доступенъ ножу. Если кожа покраснѣла, то немедленно вскрываютъ абсцессъ. Отверстіе не должно быть слишкомъ малымъ, необходимъ свободный стокъ.

Полость тщательно промываютъ катетеромъ à double courant. Крайне осторожно необходимо дѣйствовать у кахектичныхъ больныхъ и при большихъ абсцессахъ, такъ какъ стѣнка абсцесса часто сильно кровоточитъ. слѣдуетъ избѣгать при промываніи сильнаго давленія сильной струи воды. При существующихъ мѣсяцами, не измѣняющихся серозныхъ кистахъ

Douglas'ова пространства дѣлають разрѣзь, параллельный продольной оси влагалища, длиною приблизительно въ 4 см.; послѣ этого сшиваютъ утолщенную обыкновенно брюшину съ стѣнкой влагалища, выполняютъ іодоформовой марлей и дѣлають впослѣдствіи промыванія, пока полость не закроется. Если этого не дѣлать, то разрѣзь заживаетъ, жидкость снова скопляется и вскорѣ полость снова наполнена.

При хроническомъ перитритѣ необходимо обращать одновременно вниманіе и на общее состояніе.

D. Туберкулезъ брюшины ¹⁾.

Уже давно было извѣстно, что при общемъ туберкулезѣ могутъ поражаться мѣстно различные органы. Далѣе, хирурги доказали, что можетъ существовать «мѣстный туберкулезъ» безъ общаго туберкулеза, — туберкулезное поражение, которое начинается и остается мѣстнымъ и можетъ окончиться выздоровленіемъ.

Такимъ образомъ встрѣчаются туберкулезныя язвы vulvae, vaginae, матки, трубъ и яичниковъ. Извѣстенъ также изолированный мѣстный туберкулезъ брюшины.

До сихъ поръ еще не выяснено происхожденіе мѣстнаго туберкулеза половых органовъ женщины. Если бы онъ происходилъ отъ туберкулезныхъ бациллъ изъ семени, въ которомъ дѣйстви-

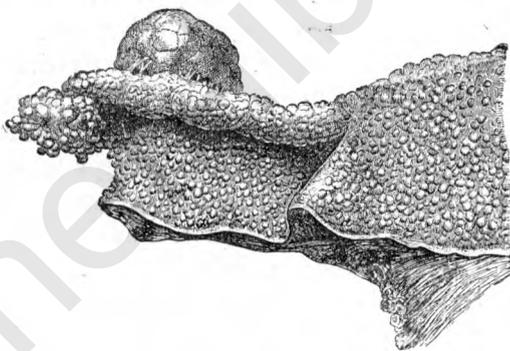


Рис. 269. Tuberculosis peritonei.

тельно констатированы туберкулезныя палочки, то этотъ процессъ наблюдался бы болѣе часто и казалось бы страннымъ, что матка и труба остались свободными. Путемъ наблюденія получены какъ положительныя, такъ и отрицательныя доказательства перенесенія туберкулеза путемъ coitus.

Легко можетъ быть, что туберкулезъ брюшины происходитъ изъ кишечника. Хотя здоровая кишка и не пропускаетъ бациллъ, тѣмъ не менѣе не слѣдуетъ забывать, что вскармливаемые искусственно коровьимъ молокомъ дѣти особенно часто страдаютъ энтеритами. При недостаточномъ кипяченіи молока или вслѣдствіе употребленія сырого молока легко возможна такимъ образомъ инфекція. Далѣе возможно, что инфекція бациллами туберкулеза происходитъ черезъ пупокъ въ первые дни жизни. Съ другой стороны представляется туберкулезный перитонитъ и частичнымъ явленіемъ общаго туберкулеза.

¹⁾ König, C. f. G. 1884, 9.—Hegar, Die Genitaltuberculose des Weibes. 1886. Kümmell, W. med. Woch. 1888.—Fuchs, C. f. G. 1891, 496.—Lugström, ibid. 918.—Bumm, Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. 1893, 370.—Zweifel, Vorlesungen, p. 124.

Во многихъ случаяхъ раньше было достигнуто выздоровленіе и лишь потомъ была распознана болѣзнь.

Туберкулезъ брюшины имѣетъ различныя формы проявленія, но наблюдаются и переходы. Въ одномъ рядѣ случаевъ является самымъ выдающимся симптомомъ асцитъ, въ другомъ — образованіе опухоли.

Часто находятъ только асцитъ, никакихъ другихъ отековъ, ни лихорадки, ни опухоли. Больныя представляются анэмичными и исхудавшими, но могутъ быть случаи, въ которыхъ силы больныхъ сохранились совершенно. Если можно исключить болѣзни сердца и почекъ, тромбозы, циррозъ печени или другія болѣзни этого органа, если асцитъ является единственнымъ субстратомъ болѣзни, то можно предположить туберкулезъ брюшины, — даже въ томъ случаѣ, если не имѣется типичной лихорадки, не было констатировано въ легкомъ инфильтратовъ или бациллъ въ мокротѣ.

При изслѣдованіи пальцемъ находятъ въ *Douglas'*овомъ пространствѣ нѣрѣдко маленькіе узелки. Но эта картина наблюдается и при метастазахъ вслѣдствіе папилломы яичниковъ. Бугры и узелки, однако, при ракъ обыкновенно гораздо больше, слиты между собою, болѣе многочисленны, неодинаковой величины. Но я того мнѣнія, что дифференціальный діагнозъ возможенъ лишь путемъ микроскопическаго изслѣдованія.

При вскрытіи брюшной полости мы находимъ на *peritoneum parietale* и *viscerale* многочисленные милиарные бугорки. Брюшина при этомъ обыкновенно слегка утолщена, студениста, чѣмъ діагнозъ вполне обезпечивается уже при разрѣзѣ. Часто натываемся мы при разрѣзѣ на студенистое утолщеніе, которое сильно затрудняетъ отдѣленіе брюшины.

Въ другихъ случаяхъ склеиваются кишки, въ животѣ прощупывается неясно ограниченная опухоль, которую, однако, можно ясно прощупать при комбинированномъ изслѣдованіи. Кишки представляются красными и воспаленными и трудно отдѣляются другъ отъ друга. Часто возникаетъ мысль о существованіи неправильной, сильно сросшейся яичниковой опухоли. Если въ опухоли замѣчаются кишечные шумы и если перкуссіей удастся въ ней констатировать кишечный звукъ, то на основаніи этого легко исключить яичниковую опухоль. Если же сальникъ сильно утолщенъ и имъ покрываются всюду кишки, то до производства лапаротоміи легко возможно смѣшеніе.

Если при этомъ происходитъ образованіе асцита, то жидкость находится инкапсулированной на одной сторонѣ, что представляется характернымъ для этого состоянія.

Если не имѣется асцита, что мною было наблюдаемо нѣсколько разъ, то прощупываются можетъ быть лишь утолщенные придатки и ставится діагнозъ опухоли придатка. Раньше было нами уже упомянуто, что *Salpingitis nodosa* можетъ находиться въ связи съ туберкулезомъ.

Часто выступаетъ на первый планъ образованіе опухоли. Сальникъ свертывается и образуетъ твердые бугры въ области пупка, или сальникъ образуетъ пластинку, которая покрываетъ кишки на-подобіе толстой

кистовидной капсулы. Брыжейка сморщивается и стягивает кишки къ мѣсту прикрѣпленія. Въ концѣ концовъ кишки срастаются между собою, железы превращаются въ большія, неправильной формы опухоли съ творожистымъ перерожденіемъ внутри. Иногда удается между кишками выдавить творожистыя массы, кисты, наполненныя туберкулезной кашей.

При объихъ формахъ, при милиарномъ и при сопровождающемся образованіемъ опухолей туберкулезъ брюшины были находимы бациллы туберкулеза. Но это наблюдается не всегда, такъ что въ прежнее время полагали, что имѣютъ дѣло съ множественными лимфомами. Строеііе, однако, маленькихъ узелковъ до того сходно съ строеііемъ милиарнаго бугорка, что туберкулезный характеръ можно признать и безъ конста- тированія бациллъ (рис. 270).

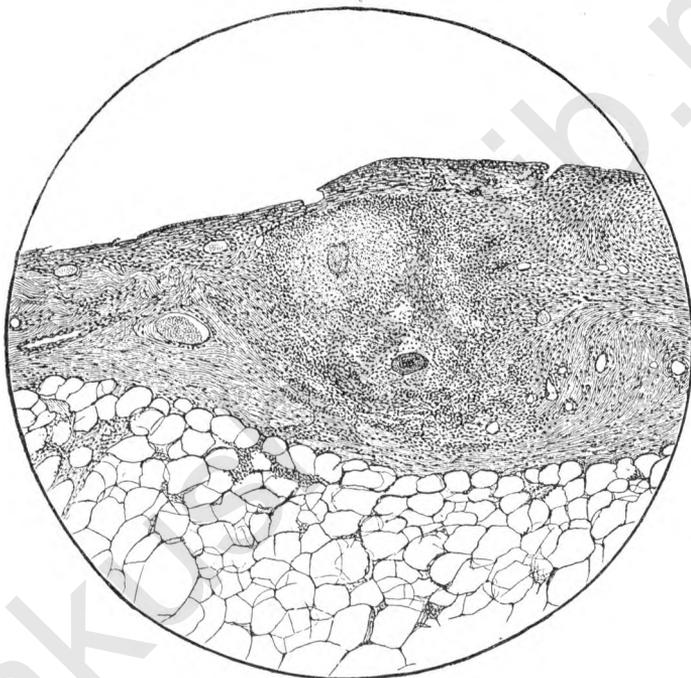


Рис. 270. Бугорковый узелъ изъ брюшины.

Какъ было уже упомянуто, совершенно доказано, что при туберкулезѣ брюшины можно достигнуть излеченія операцией—лапаротоміей или выпусканіемъ асцитической жидкости. На основаніи этого факта вытекаетъ правило производить лапаротомію во всѣхъ темныхъ случаяхъ асцита. Пункция далеко не даетъ того эффекта, что полное удаленіе асцита путемъ лапаротоміи. Вслѣдствіе удаленія жидкости изъ полости брюшины настолько возбуждается фізіологическое «брюшинное перевариваніе», что маленькіе узелки не въ состояніи болѣе противостоять и всасываются. Или съ удаленіемъ жидкости теряется и питательная среда

для бациллъ. Во всякомъ случаѣ узелки исчезаютъ, принимая рубцовое обратное развитіе; значить, удаленіе жидкости дѣйствуетъ такимъ же образомъ, какъ и опорожненіе абсцесса (*Vimt*).

Остается еще рѣшить вопросъ, слѣдуетъ-ли производить разрѣзъ со стороны брюшныхъ покрововъ или со стороны влагалища. Если въ общемъ подтвердится предположеніе *Löhlein*'а, что при удаленіи асцита со стороны влагалища получаются такіе же удовлетворительные результаты, то безусловно слѣдуетъ предпочитать разрѣзъ влагалища. Не только вслѣдствіе общихъ, неоднократно рассмотрѣнныхъ причинъ, но и вслѣдствіе того, что при новомъ скопленіи жидкости въ полости живота весьма легко истончается и разрывается брюшной рубецъ.

Въ настоящее время имѣются десятки случаевъ излеченія несомнѣннаго туберкулеза брюшины путемъ выпусканія асцитической жидкости. Описаны даже случаи, въ которыхъ послѣ лапаротоміи исчезали большія туберкулезныя опухоли сальника. Я лично наблюдалъ случай выздоровленія, при которомъ во время операціи выходили изъ «брюшинной каверны» громадныя массы творожистой каши. Что касается техники, то вполне достаточно разрѣза длиною въ 6 см. Наркозъ не представляется необходимымъ. Въ подобныхъ случаяхъ вполне достаточно анестезіи по способу *Schleich*'а. Послѣ выпусканія жидкости полость высушиваютъ ватой, между тѣмъ какъ при операціи черезъ влагалище стокъ обезпчивается удобнымъ положеніемъ разрѣза на самомъ низкомъ мѣстѣ. Послѣ операціи весьма рационально накладывать давящую повязку. Кроме того, назначаютъ въ теченіе нѣсколькихъ дней, для возбужденія діуреза, наперстянку, кофеинъ, діуретинъ.

При этомъ наблюдается, что развившійся снова въ теченіе 6—8 дней асцитъ исчезаетъ окончательно. Наступаетъ полное выздоровленіе, хотя тотчасъ послѣ операціи можно было снова констатировать асцитъ.

ГЛАВА ПЯТНАДЦАТАЯ.

Менструація. Овуляція. Оплодотвореніе. Безплодіе.

А. Физиологія менструаціи и овуляціи ¹⁾.

Въ древнія времена полагали, что тѣло женщины очищается во время менструаціи отъ извѣстныхъ веществъ и еще до настоящаго времени сохранилось въ народѣ выраженіе «мѣсячныя очищенія». Эти вещества,

¹⁾ *Brieger*, Die Menstruation. 1869.—*Bischoff*, Beweis der von der Begattung unabhängigen periodischen Reifung u. Loslösung der Eier. 1844; Zeitschr. f. rat. Med., IV, 1853.—*Pflüger*, Untersuchungen aus dem physiologischen Laboratorium zu Bonn. 1865.—*Börner*, Wechseljahre der Frau. 1886.—*Kisch*, Das klimakterische Alter der Frauen 1874; A. f. G. XII.—*Gusserow*, Samml. klin. Vorträge 1881.—*Fehling*, A. f. G. XVII, 138.—*Möricke*, Z. f. G. VII.—*Leopold*, A. f. G. XXI.—*v. Kahlden*, Beitr. z. Geb. u. Gyn. (Hegar's Festschr.). 1889.—*Valentin*, Diss. Breslau, 1885 (Menstruatio praecox).—*Wyder*, A. f. G. IX, XIII, XXVIII.

какъ бы избытокъ силы, предназначены будто бы для построения ребенка во время беременности. Послѣ родовъ появляются послѣродовыя очищенія, служащія для удаленія тѣхъ веществъ, которыя при физиологическихъ условіяхъ не должны оставаться въ организмѣ. Чѣмъ сильнѣе развивается отдѣленіе молока, тѣмъ болѣе значительный появляется источникъ выведенія этихъ веществъ. Съ прекращеніемъ отдѣленія молока наступаетъ снова менструація и съ этимъ опять другой путь выведенія этихъ веществъ. При наступленіи разстройства этого *circulus* организмъ долженъ заболѣвать, или, наоборотъ, если заболѣваетъ организмъ, то разстройство описанныхъ условій является симптомомъ. Значить, если отдѣленіе молока или послѣродовыхъ очищеній прекратилось бы внезапно, то вышеупомянутыя вещества не находятъ себѣ выхода, и будто бы «бросаются» въ извѣстный органъ, которому приносятъ громадный вредъ. Такимъ образомъ пуэрперальный перитонитъ считался метастазомъ послѣродовыхъ очищеній или молока на брюшину; о пуэрперальномъ психозѣ говорили, что «молоко бросилось въ голову» и т. д. Подобный взглядъ господствовалъ около 2000 лѣтъ. Онъ представлялъ то преимущество, что былъ легко понятнымъ — выгода, которая для распространенія ученія имѣетъ иногда больше значенія, чѣмъ логика и истина.

Во время ученія о кризисахъ полагали, что менструація представляетъ собою кризисъ. Такъ какъ кризисъ наступаетъ обыкновенно на 7-й день, то и менструація наступаетъ черезъ 3×7 дней. 3 и 7 были уже въ древнія времена магическими цифрами.

Громаднымъ шагомъ впередъ является *Pflüger*'овское объясненіе процесса. *Pflüger* далъ слѣдующее объясненіе: съ періода половой зрѣлости начинаютъ созрѣвать фолликулы въ яичникахъ, т. е. количество фолликулярной жидкости постепенно увеличивается. При ростѣ фолликула раздражаются находящіяся въ тканяхъ нервныя окончанія. Хотя это раздраженіе незначительно, но зато оно постоянно и въ концѣ концовъ суммы этихъ мелкихъ раздраженій вполне достаточно для достиженія рефлекторнымъ путемъ артеріальнаго прилива къ внутреннимъ женскимъ половымъ органамъ. Этотъ приливъ сопровождается двумя послѣдствіями, которыя наблюдаются одновременно: внезапное увеличеніе количества фолликулярной жидкости, которое ведетъ къ лопанію и высвобожденію яйца: *овуляція*; во-вторыхъ, гиперемія матки, которая ведетъ къ разрыву мельчайшихъ сосудовъ слизистой оболочки, къ кровотеченію: *менструація*.

Если яйцо оплодотворяется, то оно виѣдряется въ пораненную менструаціей слизистую оболочку. Въ виду этого менструація является «прививнымъ уколомъ» природы.

Доказательства связи овуляціи и менструаціи на-лицо.

Менструація и овуляція наступаютъ, а также и исчезаютъ одновременно. Какъ только появилась менструація, становится возможнымъ и оплодотвореніе, и какъ только прекращается менструація, напр. въ климатическомъ періодѣ, не наступаетъ болѣе оплодотворенія. Если у

женщины наступила беременность, то съ прекращеніемъ менструаціи исче-
заетъ и овуляція и лишь съ возвращеніемъ менструаціи зачатіе становится
снова возможнымъ. При удаленіи обоихъ яичниковъ менструація прекращается.

Съ тѣхъ поръ, какъ многочисленными кастраціями было доказано, что
съ удаленіемъ яичниковъ прекращается менструація, вполне установлена
связь между менструаціей и овуляціей. Всѣ попытки отвергнуть эту связь
необходимо считать неудавшимися. Новѣйшими изслѣдованіями установлено,
что менструація и овуляція находятся въ связи, а вмѣстѣ съ тѣмъ и
то, что менструація можетъ
быть безъ овуляціи и ову-
ляція безъ менструаціи.

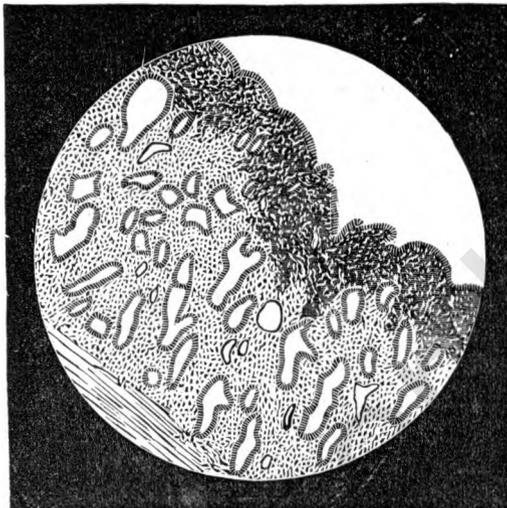


Рис. 271. Менструирующая слизистая оболочка
матки, черезъ 36 час. послѣ наступленія мен-
струаціи.

Слизистая оболочка матки
во время менструаціи посте-
пенно утолщается вслѣдствіе
серознаго пропитыванія стро-
мы. Макроскопически это
утолщеніе представляется рав-
номернымъ; микроскопически
мы находимъ межжелезистую
ткань разбухшей, пронизан-
ной выселившимися бѣлыми,
отнюдь не красными кровя-
ными тѣльцами; между эпи-
телиальными клѣтками железь
также находятся лейкоциты.
Эпителий утолщенъ, увели-
ченъ. Железы утолщены,

расширены, болѣе извилисты, удлинены. Въ межжелезистой ткани, въ
железахъ и въ поверхностномъ эпителии замѣчаются митозы. Кровотеченіе
происходитъ лишь въ поверхностныхъ слояхъ. Развиваются кровяныя
лакуны, которыми приподымается и разрывается эпителий. Въ общемъ
эпителий сохраняется, лишь мѣстами отдѣляются небольшіе участки до того,
что находятся въ крови. Въ эпителии находятся многочисленные жировыя
капли. Этотъ жиръ не представляетъ собою жирноперерожденный, погиб-
шій эпителий, а лишь большее количество жира, которое встрѣчается здѣсь
во всякое время. Этотъ жиръ въ концѣ концовъ всасывается. Приподнятые
участки эпителия снова прилегаютъ, лакуны регенерируются митотическими
процессами. Въ регенерации участвуютъ и железы, причемъ процессъ про-
должается, по всѣмъ вѣроятіямъ, очень долго. Если менструація прекрати-
лась, то опуханіе слизистой оболочки прекращается и по прошествіи 14
дней она тоньше всего. Послѣ этого слизистая оболочка снова утолщается
и достигаетъ высшей степени набуханія съ наступленіемъ кровотеченія.

Самое сильное опуханіе характеризуется кровотеченіемъ, самая сильная
степень истонченія небольшими бѣлыми и болями: межменструальная боль.

Ученіе *Pflüger*'а принято въ общемъ всѣми, за исключеніемъ одного пункта, а именно относительно наступленія беременности. По *Sigmund*'у, *Ahlfeld*'у и др. полагаютъ, что наступленіе менструаціи служитъ выраженіемъ погибанія яицъ. Въ виду этого менструація не является «прививкой» природы, а служитъ доказательствомъ ненаступленія оплодотворенія яйца.

Менструація начинается на 12—17 году жизни, въ жаркихъ странахъ гораздо раньше (на 8—12 году). Промежутки крайне различны, обыкновенно 21—28 дней. Если менструація совершенно правильна и безболѣзненна, то типъ ея остается зачастую неизвѣстнымъ самимъ женщинамъ. Сидячая жизнь, умственное напряженіе и др. способствуютъ болѣе раннему наступленію менструаціи. Въ виду этого городскія дѣвушки и въ особенности изъ интеллигентнаго класса начинаютъ менструировать гораздо раньше, чѣмъ деревенскія. Наступленіе менструаціи служитъ признакомъ половой зрѣлости, способности къ зачатію. Начало половой зрѣлости сопровождается, какъ у мальчиковъ, такъ и у дѣвочекъ, измѣненіями тѣла и ума. Менструація исчезаетъ во второй половинѣ нѣтаго, или въ первые годы 6-го десятка жизни. Это время называется климактерическимъ періодомъ или климахъ. Собственно прекращеніе называется наступленіемъ менопаузы. Въ общемъ менструація превращается у дѣвицъ и нерожавшихъ гораздо раньше, чѣмъ у многорожавшихъ. Если послѣ 40 лѣтъ наступаютъ еще роды, то и менструація продолжается гораздо дольше. Если имѣются патологическія измѣненія, напр. полипы, міомы, хроническій метритъ, болѣзни слизистой оболочки, ведущія къ меноррагіи, то подъ вліяніемъ этихъ состояній менструація продолжается очень долго, и исчезаетъ внезапно и совершенно съ устраненіемъ этихъ измѣненій. Впрочемъ, описаны также случаи менструаціи на 60-мъ году жизни. Но къ подобнымъ заявленіямъ необходимо относиться съ величайшей осторожностью, такъ какъ случайныя кровотеченія, напр. при порокахъ сердца, болѣзняхъ почекъ, объясняются нерѣдко совершенно неправильно. Несомнѣнны подобные случаи, если наступають еще (на 58 году) зачатіе.

Популярныя выраженія для менструаціи: мѣсячныя очищенія, мѣсячныя регулы, крови, періодъ, носить на себѣ и т. д.

Послѣ климактерическаго періода женскіе половые органы начинаютъ «старчески инволюироваться». *Vulva* становится меньше, бѣднѣе жиромъ, влагалище суживается, стѣнки его дѣлаются гладкими, не эластичными, твердыми. Микроскопически эпителиальные покровы становятся, въ особенности во влагалищномъ сводѣ, болѣе тонкими, сосочки болѣе низкими, плоскими, имѣютъ болѣе волнообразное направленіе. Мышечная оболочка тоже утончена, менѣе богата сосудами. *Portio vaginalis uteri* исчезаетъ постепенно совершенно, такъ что вверху влагалище оканчивается совершенно гладко, причеиъ на концѣ имѣется отверстіе, маточный зѣвъ. Матка настолько сморщивается, что величина ея не превышаетъ зачастую 5 см., становится дряблой, тонкостѣнной. Железы слизистой оболочки

исчезаютъ постепенно, остаются мѣстами лишь маленькія кисты. Эпителій теряетъ рѣснички, часто находятъ вмѣсто эпителиального покрова слизистой оболочки ткань на-подобіе грануляціонной, отдѣляющую жидкій гной. На мѣстахъ сильнаго сближенія стѣнокъ развиваются сращения, въ особенности у задняго маточнаго зѣва. Въ подобныхъ случаяхъ можетъ надъ сращеніемъ развиться задержка отдѣленія, такъ что при атрезіи внутренняго маточнаго зѣва является послѣдствіемъ старческаго руометга. Подобныя руометга не даютъ никакихъ симптомовъ и констатируются часто случайно при вскрытіяхъ.

Яичники уменьшаются и становятся болѣе твердыми, но въ нихъ находятъ еще фолликулы, маленькія кисты, развившіяся изъ фолликуловъ, и фибромовидныя скопленія соединительной ткани (*corpora lutea*). На поверхности всегда видны еще рубцы.

Сморщиванію подвергается весь *pelveoperitoneum*, такъ что укорачиваются и маточныя связки, вогнутости становятся болѣе плоскими и узкими. Сморщиваются также опустившіяся и выпавшія влагалище и матка, вслѣдствіе чего, въ виду узости и отсутствія эластичности леченіе пессаріями становится невозможнымъ въ старческомъ возрастѣ.

В. Діететика менструаціи.

Во время менструаціи, въ особенности при ея наступленіи, женщина должна себя по возможности беречь; значить, необходимо избѣгать *coitus*, танцевъ, ѣзды въ экипажахъ и верхомъ, нельзя много ходить, шить на машинѣ, бѣгать на конькахъ, вообще нужно избѣгать всякаго тѣлеснаго и умственнаго напряженія. Если менструаціи сопровождаются какими-либо ненормальностями, напр. болями или слишкомъ сильнымъ кровотеченіемъ, то первымъ условіемъ является покой или горизонтальное положеніе. При хроническихъ запорахъ назначаютъ до менструаціи нѣжныя слабительныя или клизмы. Во время менструаціи наступаетъ нерѣдко поносъ.

Вытекающая и попадающая на наружныя половыя части кровь разлагается; смѣшиваясь съ отдѣленіемъ сальныхъ и потовыхъ железъ, она принимаетъ своеобразный острый запахъ. Кожа раздражается, такъ что лѣтомъ развивается эритема, въ особенности у тучныхъ женщинъ. При боковомъ положеніи женщины матка лежитъ болѣе низко, *introitus vaginae* выше. Значить, загноившаяся кровь можетъ затекать сверху и снаружи книзу и кнутри. Разложеніе можетъ распространяться дальше. Одинаково съ наружными покровами подвергается раздраженію продуктами разложенія и слизистая оболочка влагалища: появляются гнойныя бѣлы. Это возможно даже при цѣлости дѣвственной плевы. Въ виду этого необходимо во время менструаціи содержать наружныя половыя части въ чистотѣ.

Къ сожалѣнію, весьма распространено ошибочное мнѣніе, будто подмываніе водою во время менструаціи крайне вредно. Я никогда не наблюдалъ отъ этого-какого либо вреда. Влагалищныя спринцеванія при нормальной менструаціи совершенно лишни, кромѣ того неприяты.

Мнѣ пришлось наблюдать нѣсколько случаевъ, въ которыхъ при сильномъ давленіи струи воды появлялась внезапная боль: по вѣсѣмъ вѣроятіямъ, попала вода въ дряблую во время менструаціи матку, можетъ быть и черезъ трубу въ полость брюшины. Такъ какъ нельзя быть убѣжденнымъ, что больныя дѣйствуютъ осторожно, то слѣдуетъ назначать лишь тепловатая обмыванія, которыхъ совершенно достаточно для достиженія необходимой чистоты.

Весьма полезны такъ называемые подвязки или пояса для менструирующихъ: длинная трубка изъ мягкой марли, шириною въ 3—4 см., наполняется гигроскопической ватой и прикрѣпляется между ногъ на подобіе Т-образнаго бинта. Утромъ и вечеромъ, при сильной менструаціи еще чаще, подвязку мѣняютъ, старую немедленно сжигаютъ.

С. Патологія менструаціи.

Menstruatio praecox.

Весьма рѣдко менструація начинается уже на 2—10-мъ году жизни: *М. praecox.* Въ этихъ случаяхъ имѣются иногда и другіе признаки половой зрѣлости, какъ со стороны физической: имѣются волосы на лобкѣ, груди уже развиты, такъ и психической: влеченіе къ другому полу, часто онанизмъ. Подобныя дѣвушки зачастую становятся впоследствии истеричными, душевно-больными и умираютъ въ молодые годы. Значить, на *М. praecox* слѣдуетъ смотрѣть, какъ на весьма серьезное страданіе.

Menstruatio serotina.

У слабыхъ, отсталыхъ въ развитіи дѣвушекъ менструація наступаетъ иногда лишь послѣ 20-лѣтняго возраста. По собранной мною статистикѣ менструація наступаетъ при узкомъ тазѣ въ общемъ немного позже. Главную задачу леченія должно составлять тутъ общее укрѣпленіе организма, а не искусственное вызываніе менструаціи. Въ публикѣ часто полагаютъ, что отсутствіе менструаціи составляетъ причину тѣлесной слабости и примѣняютъ вслѣдствіе этого совершенно неправильно различныя домашнія средства.

Мнѣ пришлось, однако, наблюдать нѣсколько случаевъ, въ которыхъ тѣло и умъ представлялись одинаково отставшими, между тѣмъ какъ внутренніе половые органы не представляли и признаковъ рудиментарнаго развитія. Слабоумныя дѣвочки, съ сильно обще-сѣуженнымъ тазомъ, менструируютъ нерѣдко совершенно нормально. Подобныя слабыя дѣвушки весьма часто подвергаются изнасилованію. Но при этомъ нельзя утверждать, что онѣ страдаютъ нимфоманіей. Многіе случаи *кесарева* сѣченія относятся къ слабоумнымъ. Съ другой стороны, наблюдается нерѣдко у совершенно нормальныхъ женщинъ дѣтская или зародышевая матка, даже полный дефектъ внутреннихъ половыхъ органовъ.

Значить, развитіе женскихъ половыхъ органовъ часто не находится въ зависимости отъ общаго развитія тѣла.

Викарирующая менструация.

Если периодическое кровотечение наступает не изъ матки, а изъ другихъ органовъ, напр. изъ легкаго, носа, кишечника, гранулирующихъ язвъ голени, телеангиэктазій кожи и т. д., то говорятъ о ксеноменіи или викарирующей менструаціи.

Имѣются многочисленныя анекдотичныя описанія. Конечно, весьма легко возможны ошибки: съ одной стороны, можетъ, напр., при сильномъ носовомъ кровотеченіи, вовсе не наступить менструаціи вслѣдствіе анэміи. Съ другой стороны можетъ существовать аменоррея, и случайно, напр., при чахоткѣ, наступаютъ легочныя кровотечения.

Но описаны несомнѣнные случаи; имѣется фотографія дѣвушки во время викарирующей менструаціи изъ губъ и въ интерменструальное время. Во время менструаціи губы представлялись сильно утолщенными, такъ что безусловно нельзя было отвергать поразительной разницы.

Но мнѣ неизвѣстно, продолжаютъ-ли подобныя состоянія десятиками лѣтъ.

Иногда наблюдается слабое <отдаленное дѣйствіе> менструаціи: такъ, напр., попадаютъ дѣвушки, у которыхъ во время менструаціи появляется herpes на губахъ. Кромѣ того, мною наблюдались опуханія конечностей, констатируемыя измѣреніемъ.

Amenorrhoea.

Если менструація отсутствуетъ безъ ясной причины, напр., разрушенія яичника новообразованіемъ, какексіи, старости, беременности, то мы имѣемъ дѣло съ аменорреей. У данной особы можетъ, напр., существовать аменоррея, а приблизительно на 25-мъ году у нея наступаетъ Menstruatio serotina. Далѣе мы говоримъ объ аменорреѣ въ томъ случаѣ, если менструація окончательно прекращается уже на тридцатомъ году. Во всѣхъ случаяхъ необходимо тщательно изслѣдовать половые органы, не имѣется-ли недостаточнаго развитія этихъ органовъ. Хотя и наблюдаются случаи полной аменорреи безъ ясной причины, у здоровыхъ въ остальномъ особъ, но къ нимъ необходимо относиться съ большимъ недоумѣніемъ. Если страдающая безплодіемъ женщина, съ дѣтской, маленькой маткой, утверждаетъ, что въ дѣвчествѣ она менструировала совершенно правильно, и что мѣсячныя прекратились лишь по выходѣ замужъ, то почти съ увѣренностью можно сказать, что больная обманываетъ. Она не желаетъ казаться безчестной, каковой она, конечно, была бы, вступая сознательно въ бракъ, не менструировавъ ни разу.

Приходится наблюдать весьма странные случаи; такъ, при маткѣ нормальной величины, при ясно прощупываемыхъ яичникахъ и крѣпкомъ тѣлосложеніи аменоррея остается неизлечимой.

Приобрѣтенная аменоррея является нерѣдко послѣдствіемъ анэміи, обусловленной слишкомъ продолжительнымъ кормленіемъ грудью, въ особен-

ности у очень молодых матерей. Въ подобныхъ случаяхъ необходимо быть крайне осторожнымъ съ зондированіемъ, такъ какъ часто имѣется здѣсь преждевременная старческая инволюція матки, съ весьма дробной паренхимой органа. Весьма легко проткнуть матку, даже безъ особаго насилія. Такъ какъ подобныя женщины могутъ впоследствии забеременѣть и родить, излеченіе оказывается возможнымъ.

Но и послѣ тяжелыхъ болѣзней, послѣ сильныхъ кровотеченій во время родовъ и у очень молодыхъ матерей прекращается менструація иногда на нѣсколько мѣсяцевъ. Въ этомъ слѣдуетъ видѣть проявленіе цѣлбвныхъ силъ природы, или предположить, что при общей слабости крайне незначителенъ приливъ къ половымъ частямъ. Но этимъ еще не сказано, что не имѣется овуляціи. Мнѣ знакома женщина, которая родила 8 человекъ дѣтей и за все время замужества ни разу не менструировала. Она пришла ко мнѣ на пріемъ, когда на 9-мъ году замужества появилась снова менструація, совершенно испуганная, полагая, что во время замужества женщина не должна менструировать вовсе.

Замѣчательнѣе всего тѣ случаи, въ которыхъ у совершенно здоровой женщины, безъ всякой видимой причины, менструація прекращается окончательно на 30-мъ году жизни, или становится до того минимальной, что продолжается годами лишь въ теченіе нѣсколькихъ часовъ. Подобные случаи наблюдаются преимущественно у анэмичныхъ, нѣжнаго тѣлосложенія женщинъ. Причину можетъ составлять какая-нибудь болѣзнь яичниковъ, напр. гематома.

Леченіе аменорреи.—Если половые органы нормальны, то примѣняютъ сначала „общее“ леченіе, т. е. назначаютъ противъ хлороза желѣзо и соотвѣтствующую діету.

Одновременно съ желѣзомъ охотно назначаютъ слабительныя, укряпляющія и пепсинъ, напр. въ формѣ *Pilul. aloët. ferrat.*, ежедневно по 2 — 4 пилюли. Весьма часто назначаютъ пилюли *Bland'a: Ferri sulf., Kali carbon. ana 30, Tragacanth. q. s. ut f. pil. 200. DS. 5 — 15* пилюль въ день. Далѣе *Ferrum reductum*, въ малыхъ дозахъ, въ соединеніи съ хининомъ, ревенемъ. Я охотно назначаю слѣдующій нѣжный препаратъ желѣза. На 100 грм. воды кладутъ на кончикъ ножа *Natr. bicarbonici*. Въ этотъ растворъ впускаютъ 2 — 4 капли *Liq. ferri sesquichl.* Немедленно появляется хлопьевидная муть водной окиси желѣза. Растворъ безъ всякаго вкуса и переносится лучше, чѣмъ другіе препараты желѣза. При аменорреѣ рекомендуется *Kali permanganicum*, 10 грм. на 100 пилюль 2 — 3 пилюли въ день. Кромѣ вышеприведенныхъ имѣется еще масса различныхъ препаратовъ и минеральныхъ источниковъ, которые ежегодно рекомендуются то въ той, то въ другой формѣ. Во всякомъ случаѣ необходимъ контроль со стороны врача, переносится-ли средство больною, въ противномъ случаѣ препаратъ необходимо замѣнить другимъ.

При леченіи желѣзомъ я назначаю всегда одновременно и соляную кислоту, и пепсинъ: *Pepsini 5, Acidi mur. 2, Aq. 200. 3—4 стол. л.*

въ день. Многія больныя переносятъ желѣзо лишь въ томъ случаѣ, если принимается одновременно и пепсинъ. Хлоротички нуждаются въ кислотѣ; кромѣ того, необходимо назначать такой препаратъ желѣза, при которомъ переносится всякая пища. Старое шематическое предписаніе избѣгать при употребленіи желѣза кислотъ, фруктовъ и пр. можетъ иногда оказать громадный вредъ. Постная пища вредитъ больше, чѣмъ желѣзо приноситъ пользу.

Весьма употребительны слабительныя воды, содержащія желѣзо, напр. Marienbad, Elster, Franzensbad, Kissingen, Homburg и т. д. При примѣненіи чистыхъ желѣзистыхъ водъ въ Pyrmont, St. Moritz, Driburg, Schwalbach, при употребленіи Levico и т. д. необходимо дѣлать частые перерывы, такъ какъ эти источники вызываютъ запоры и чувство тяжести въ животѣ.

Изъ числа купаній хорошее вліяніе на аппетитъ и общее состояніе оказываютъ содержащія углекислоту желѣзистыя воды. Морскія купанья и горный воздухъ также назначаются часто подобнымъ больнымъ, но весьма трудно сказать при этомъ, что для больныхъ болѣе пригодно. Во всякомъ случаѣ уходъ за кожей имѣетъ громадное значеніе. Въ виду этого назначаютъ каждую недѣлю 2 — 3 ванны съ содой (1 kg. на ванну); далѣе свѣжій воздухъ, незначительный физическій и умственный трудъ, пребываніе на свѣжемъ воздухѣ, меньше ходить. Слегка раздражающая діета. Сердечный, внимательный уходъ, обращеніе вниманія на инстинктивные потребности, напр. сонъ, кислая пища и т. п. Въ послѣднее время весьма часто примѣняютъ при хлорозѣ горячія ванны.

Весьма опасна у хлоротичныхъ дѣвушекъ, страдающихъ аменорреей, попытка вызвать менструацію назначеніемъ александрійскаго листа, сабура, горячихъ ножныхъ ваннъ съ горчицей, горячихъ сидячихъ ваннъ и т. д. Напротивъ, въ подобныхъ случаяхъ является аменоррея весьма выгодной: обильная менструація при хлорозѣ болѣе невыгодное явленіе.

У весьма тучныхъ или анэмичныхъ женщинъ умѣстно назначеніе Marienbad'a, какъ дома при одновременной рациональной діетѣ, такъ и на мѣстѣ.

Если у здоровой въ остальномъ женщины, не анэмичной, наступаютъ предвѣстники менструаціи, именно тошнота, головная боль, чувство жара и т. д., но безъ выдѣленія крови изъ половыхъ частей, то прибѣгаютъ къ кровопусканіямъ изъ recto.

Отличнымъ средствомъ является также общій массажъ, въ особенности сильный массажъ нижнихъ конечностей въ ваннѣ. Иногда приносятъ пользу электрическія ванны.

При приобретенной аменорреѣ я примѣняю съ успѣхомъ индукціонный токъ съ биполярнымъ зондомъ въ cavum uteri. Въ нѣсколькихъ случаяхъ я наблюдалъ при этомъ немедленное наступленіе менструаціи, которая съ этого времени становилась правильной.

Menorrhagia.

Слишкомъ сильная менструація, будетъ-ли она идиопатическая, или зависящая отъ конституціональных болѣзней, либо отъ патологическихъ измѣненій матки, называется меноррагійей, въ отличіе отъ метроррагій; послѣднее выраженіе употребляется для обозначенія вообще кровотеченій изъ матки.

Опредѣлить норму количества крови, теряемой женщиною при менструаціи, невозможно, такъ какъ оно подвержено громаднымъ индивидуальнымъ различіямъ. Въ виду этого значеніе имѣетъ лишь дѣйствіе менструаціи на общее состояніе и слишкомъ большая продолжительность ея — болѣе 5 дней.

У молодыхъ дѣвушекъ наблюдается при первомъ наступленіи весьма обильная и продолжительная менструація. Эту меноррагію нельзя назвать симптомомъ хлороза, такъ какъ при хлорозѣ наблюдается обыкновенно уменьшеніе или прекращеніе кровотеченія. Эти упорныя кровотеченія наблюдаются преимущественно у весьма крѣпкихъ, большого роста, быстро выросшихъ дѣвушекъ, гораздо чаще, чѣмъ у маленькихъ и слабыхъ дѣвушекъ. Понятно, блѣдный цвѣтъ лица появляется вскорѣ какъ послѣдствіе кровотеченія. Во многихъ случаяхъ я могъ констатировать умственное переутомленіе (подготовленіе къ экзамену и пр.), а также простуды при менструаціи, тѣлесное переутомленіе, онанизмъ и пр. Весьма сильныя кровотеченія наблюдаются иногда при кори, скарлатинѣ, холерѣ, тифѣ или суставномъ ревматизмѣ, далѣе при порокахъ сердца. Я потерялъ 15-л. болную отъ кровотеченія во время скарлатины. Далѣе, при настоящей гемофиліи часто совершенно невозможно остановить кровотеченіе.

Крайне рѣдко наблюдается истеченіе кровью при меноррагійи. Мнѣ пришлось, однако, видѣть подобные случаи, гдѣ терапия оказывалась совершенно безсильной и гдѣ состояніе силъ больной не допускало оперативнаго вмѣшательства.

Далѣе, меноррагіи встрѣчаются у женщинъ въ расцвѣтѣ половой жизни: это женщины, которыя рожали часто и быстро, разъ за разомъ, или страдали повторными выкидышами. Громадное значеніе имѣетъ также неумѣренный coitus. Весьма сильными кровотеченіями во время менструаціи страдаютъ главнымъ образомъ женщины съ сильнымъ половымъ стремленіемъ, такъ что время беременности является для нихъ прямо отдыхомъ. Весьма легко наступаетъ выкидышъ. При изслѣдованіи находятъ подвижную, не утолщенную, скорѣе тонкостѣнную, дряблую, длинную, легко расширяемую матку. На portio наблюдаются иногда многочисленныя *Ovula Nabothii* или эрозіи. Имѣется громадное количество нормальнаго стекловиднаго отдѣленія. Эрозіи имѣютъ этиологическое значеніе: заживленіе ихъ сопровождается нерѣдко улучшеніемъ. Яичники слегка увеличены. Выскабливаніе не приноситъ никакой пользы; кюреткой удаляется слизистая оболочка, которая снова вырастаетъ и снова кровоточитъ.

Другую форму меноррагіи представляют такъ называемыя *климактерическія кровотеченія*, безъ всякаго анатомическаго субстрата они могутъ достигать сильной степени и продолжаться далеко за 50 лѣтъ, хотя къ концу и неправильно, такъ что можно подозрѣвать существованіе раковой опухоли или полиповъ. Но матка маленькая, во всякомъ случаѣ не больше нормальной. Въ этихъ случаяхъ получаютъ высшія степени анеміи. Хотя жировой слой часто и сохраняется, но женщины становятся нерѣдко весьма изнуренными. Сердечные тоны глухіе, не чистые и слабые. Больныя страдаютъ одышкой и не способны къ физическому труду.

Не слѣдуетъ забывать, что меноррагія можетъ существовать и на конституціональной почвѣ. Такимъ образомъ наблюдаются меноррагіи при шпуровой печени, при застоѣ въ печени, при брюшной плевотѣ, хронической желтухѣ вслѣдствіе желчныхъ камней; онѣ исчезаютъ послѣ регулированія стула или послѣ леченія въ Franzensbad'ѣ.

При *Брайтовой* болѣзни и порокахъ сердца также наступаютъ иногда постоянныя маточныя кровотеченія, которыя, невзирая на временное излеченіе, возвращаются постоянно даже при соответствующемъ леченіи.

Леченіе меноррагіи. — Леченіе зависитъ отъ формы меноррагіи. У молодыхъ дѣвушекъ, у которыхъ нельзя произвести изслѣдованіе со стороны влагалища, назначаютъ первымъ долгомъ полный умственный и тѣлесный покой во время менструаціи, прохладныя напитки, воздержаніе отъ спиртныхъ напитковъ, отъ кофе и т. д., слѣдятъ за желудкомъ. Кромѣ того, примѣняютъ общее леченіе анеміи и хлороза (см. выше). Въ этихъ, именно, случаяхъ приносятъ громадную пользу *Extr. fl. Hydrastis Canadensis*. Если оно и не помогаетъ во всѣхъ случаяхъ, но часто кровотеченіе прекращается послѣ 2—3-недѣльнаго употребленія. Какъ только прекращаютъ пріемъ средства, то кровотеченіе немедленно возвращается, что служитъ прямымъ доказательствомъ пользы подобнаго леченія. Кромѣ того, примѣняютъ *Secale cornutum* и его препараты. Хорошо дѣйствуетъ въ особенности свѣжій *Secale cornutum* (съ іюля по январь). Это средство назначаютъ главнымъ образомъ въ пилюляхъ (5 grm. на 60 пил.) и даютъ 4—10 пил. въ день. Внутрь оказывается, по моимъ наблюденіямъ, лучшимъ средствомъ *Ergotinum Denzel* (3 грм. на 150 воды, 6—8 стол. л. въ сутки).

Хорошія услуги оказываетъ и слѣдующій отваръ спорыньи: *Secal. corn. recent. pulv. 10, Alcohol. 10, Ac. sulfur. 2,5, Aquae 400, coque ad reman. 200, ne cola, adde Ergotini Denzel 3, Syrup. Cinnam. 25. MDS. 3 раза въ день по 2 стол. л.; передъ употребленіемъ взбалтывать.*

По этому рецепту приготовляетъ д-ръ *Denzel* «*Tinctura haemostyptica Denzel*», которая также отлично дѣйствуетъ и, что главное, отлично переносится желудкомъ. Профилактически и во время менструаціи назначаютъ ежедневно 1—3 столовыя ложки.

Extr. fluidum Gossypii, 3 раза въ день по 1 чайной ложкѣ, дѣйствуетъ иногда отлично при затяжныхъ и сильныхъ менструаціяхъ. Такъ какъ

всѣ эти средства не обладаютъ неприятымъ побочнымъ дѣйствіемъ, то ихъ можно употреблять въ теченіе продолжительнаго времени. Можно также соединить *Extr. Hydrastis*, *Extr. Gossypii* и эрготинъ. По 20 грм. жидкихъ экстрактовъ смѣшиваютъ, прибавляютъ 5 грм. эрготина и приготавливаютъ изъ этой массы 100 пилюль. Въ сутки назначаютъ 6—10 (!) пилюль. Далѣе хорошіе результаты даетъ нѣрѣдко *Stypticinum* во время менструаціи, 4—5 разъ въ день по 0,05. Лучше всего назначать за 8 дней до менструаціи 2 раза въ день по 0,1 эрготина и по 0,05 *Stypticini*, 5 разъ въ день, во время кровотеченія. Хорошія услуги оказываютъ также холодныя обтиранія и морскія купанья. Кожное раздраженіе имѣетъ громадный успѣхъ.

Къ сожалѣнію, встрѣчаются случаи, хотя и крайне рѣдко, у молодыхъ дѣвушекъ, въ которыхъ это леченіе не даетъ никакихъ результатовъ. Если всѣ средства безуспѣшны, то единственнымъ исходомъ остается операція. Если кровотеченія продолжаются мѣсяцами, если больная все болѣе и болѣе истощается, то приходится прибѣгать къ мѣстному леченію. Въ виду сильныхъ болей, психическаго возбужденія и техническихъ трудностей при малоразвитыхъ половыхъ органахъ, я прибѣгаю въ подобныхъ случаяхъ принципиально къ хлороформированію. Безъ наркоза нельзя достигнуть цѣли столь нѣжно и полно. Весьма желательно, однако, окончить операцію въ одинъ сеансъ и не манипулировать повторно въ дѣтскихъ, узкихъ половыхъ частяхъ.

Послѣ быстрого расширенія матки выскабливаютъ, причемъ часто приходится наблюдать отсутствіе сильнаго утолщенія слизистой оболочки. Послѣ этого дѣлаютъ прижиганіе жидкой карболовой кислотой. Это леченіе я горячо рекомендую у молодыхъ дѣвушекъ.

Въ случаяхъ расслабленія матки у многорожавшихъ мѣстное леченіе гораздо легче. Не слѣдуетъ, однако, ожидать быстрого излеченія. Выскабливаніе, даже съ послѣдующимъ прижиганіемъ, часто остается безъ всякаго результата, напротивъ, раздраженіе матки ведетъ еще къ болѣе сильной менструаціи.

Выскабливаніе никогда не слѣдуетъ производить незадолго до менструаціи. Необходимо весьма тщательное послѣдующее леченіе впрыскиваніями іодовой настойки, вставленіемъ палочекъ съ таниномъ, ихтіоломъ или алюмоломъ и въ особенности глицериновой тампонаціей влагалища. Вечеромъ вставляютъ глицерино-борноквасцовый тампонъ (*Glycerini* 200, *Aluminis* 18, *Acidi borici* 20) или тампонъ съ ихтіоломъ 10:100. Утромъ вынимаютъ тампонъ и производятъ горячее спринцеваніе (12 литровъ въ 33—36°). Внутрь большія дозы вышеприведенныхъ препаратовъ спорыньи.

Необходимо устранить эрозіи, *Ovula Nabothii* и большіе надрывы.

Хорошія услуги оказываетъ иногда скарификація *portionis* за нѣсколько дней до менструаціи. Слѣдующая менструація проходитъ при болѣе не опухшей маткѣ, вслѣдствіе чего менѣе сильна, чѣмъ при сильно гиперэмированной маткѣ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ специфическое дѣйствіе оказываетъ способъ *Apostoli*: электрическое прижиганіе углеродомъ. Безъ предварительнаго тщательнаго изслѣдованія полости матки я не рекомендую прибѣгать къ подобному способу леченія. Я удалялъ неоднократно изъ полости матки большіе слизистые полипы въ случаяхъ, въ которыхъ до этого примѣнялось безуспѣшно электричество.

Для прекращенія климактерическаго кровотеченія лучшимъ средствомъ является впрыскиваніе раствора хлорнаго желѣза въ матку. Во время менструаціи производятъ 2—3 впрыскиванія чистаго хлорнаго желѣза при помощи *Braun*'овскаго шприца. При слѣдующей менструаціи впрыскиваніе необходимо повторить. Внутрь назначаютъ *Extr. Gossypii*.

По моимъ наблюденіямъ, *Atmoscausis* даетъ лучшіе результаты именно въ этихъ случаяхъ, между тѣмъ какъ при опухоляхъ оно остается нерѣдко безъ всякаго успѣха ¹⁾. Мнѣ удалось подобнымъ способомъ достигнуть полнаго излеченія въ одномъ случаѣ тяжелой гемофилии. У старыхъ женщинъ, у которыхъ не можетъ быть болѣе и рѣчи о родахъ, слѣдуетъ производить *Atmoscausis* нѣсколько разъ, съ промежутками въ 2—3 дня. Дѣйствительно, при этомъ запусѣваетъ вся полость матки и менструація болѣе не наступаетъ, причемъ отсутствуютъ всякія разстройства, напр. дисменоррея. Съ другой стороны, если вверху сохранилась часть слизистой оболочки, то можетъ наступить настолько сильная дисменоррея, что оказывается необходимой полная экстирпація. Мнѣ пришлось также наблюдать случай, въ которомъ, при вполне запусѣвшей маткѣ, наступила по прошествіи 2 лѣтъ менструація изъ *servix uteri*.

Если мы имѣемъ дѣло съ меноррагіями вслѣдствіе конституціональных болѣзней, то леченіе слѣдуетъ направить противъ послѣднихъ.

Въ самыхъ отчаянныхъ случаяхъ можно произвести и полную экстирпацію матки. Я произвелъ ее при подобныхъ условіяхъ 3 раза. Матка была увеличена, слизистая ея оболочка была атрофирована, полость матки расширена. Паренхима матки была бѣлая, безкровная, слегка отечная съ сильно расширенными сосудами.

Яичники оставляютъ. Опытъ показываетъ, что результаты весьма хороши. Во всякомъ случаѣ, болѣе вѣрно и правильно удалить матку, чѣмъ яичники.

Dysmenorrhoea.

Въ прежнее время обозначали характеръ дисменорреи прилагательнымъ, напр., *D. spasmodica*—теченіе менструаціи съ судорогами или съ приступами коликъ, *D. inflammatoria*—съ воспалительными явленіями, *D. congestiva*—съ значительной потерей крови при плеторѣ, *D. peruvina* и *ragadoxa*—при отсутствіи ясной причины, *D. membranacea*—при болѣзненномъ отхожденіи пленокъ, *D. ovatica*—при оофоритѣ.

¹⁾ *Stöckel*, *Therap. Monatsh.*, 1900, XII.

Понятное, но тѣмъ не менѣе неправильное объясненіе дисменоррей было дано *Marion Sims*омъ. Его положеніе: *Nulla dysmenorrhoea nisi obstructiva*, служило не только для объясненія причины, но и ложилось въ основаніе леченія. По *M. Sims*'у, причиной является перегибъ шеечнаго канала у внутренняго маточнаго зѣва, зависящій отъ физиологической антефлексіи, которую онъ считаетъ за патологическую. Но суженіе можетъ быть обусловлено и врожденной узкостью маточнаго зѣва, лежащимъ въ шейкѣ, опухающимъ во время менструаціи слизистымъ полипомъ или тому подобнымъ предметомъ.

Попадающая въ полость матки кровь не можетъ выдѣлиться, что ведетъ къ потугамъ или къ болѣзненнымъ сокращеніямъ матки, что и составляетъ собою дисменоррею. Въ доказательство правильности этого положенія предполагали слѣдующее: если до менструаціи зондировать, то менструація протекаетъ часто безъ всякой боли, если наступаетъ вытеканіе крови, то боли тоже прекращаются. Послѣ расширенія палочками *laminaria* или послѣ родовъ дисменоррея обыкновенно болѣе не повторяется. Что закупорка внутренняго маточнаго зѣва, значить, задержка отдѣленія можетъ вести къ весьма сильнымъ коликамъ, показываютъ случаи, въ которыхъ маточныя колики наступаютъ вслѣдствіе инородныхъ тѣлъ, или въ которыхъ дисменоррея исчезала послѣ разрѣзанія маточнаго зѣва.

Такъ какъ при *Anteflexio uteri* каналъ шейки долженъ оказаться суженнымъ на-подобіе согнутой подъ угломъ каучуковой трубки, то *anteflexio* считалась главной причиной дисменорреи. Послѣдствіемъ этого оказалось, что дисменоррею считали симптомомъ *anteflexionis* и полагали, что раціональное леченіе дисменорреи должно быть направлено противъ *anteflexio*. Изъ послѣдняго предположенія ясно вытекло послѣдствіе, что *anteflexio* считали за патологическое явленіе и она служила главнымъ предметомъ леченія. Значить, совершенно физиологическую вещь подвергали весьма энергичному леченію. Матку выпрямляли зондированіемъ и внутриматочными палочками. Въ то время еще не знали антисептики. Много было сдѣлано вреда. Многія женщины были терзаемы подобнымъ неправильнымъ леченіемъ, разстраивалось навсегда ихъ здоровье, даже умирали отъ инфекціи.

Даже въ настоящее время діагнозъ «перегибъ» играетъ громадную роль у практиковъ: даже больная можетъ понять это слово и вѣрить въ значеніе «перегиба», между тѣмъ каждая нормальная матка представляетъ извѣстный перегибъ.

Противъ ученія объ «обструктивномъ происхожденіи» дисменорреи говорить: 1) что боли не имѣютъ яснаго характера потугъ, что не ограничиваются только маткой, напротивъ, ощущаются во всей нижней части живота и въ бедрахъ. 2) Зондированіемъ доказано, что боли существуютъ часто уже въ то время, когда въ маткѣ не имѣется еще и капли крови. Боли не всегда исчезаютъ послѣ свободнаго стока крови. Напротивъ, въ самыхъ отчаянныхъ случаяхъ вытекаетъ до того мало крови, что ею

безусловно не могут быть обусловлены сокращенія матки. 3) Жидкую кровь нельзя считать наравнѣ съ твердымъ, вызывающимъ сокращенія матки инороднымъ тѣломъ. Но въ этихъ именно случаяхъ никогда не бываетъ стуктковъ. Дисменорройныя боли никогда не наблюдаются при образованіи полиповъ, при зондированіи, при скопленіи слизи, при внутриматочномъ леченіи. 4) У одной и той же больной менструація то болѣзненная, то, при соответствующемъ леченіи, совершенно безболѣзненная. Весьма болѣзненная менструація наблюдается и при весьма широкой маткѣ, если она воспалена или занимаетъ неправильное положеніе. Наконецъ, это состояніе наблюдается нерѣдко при отсутствіи патологической антефлексіи или при совершенно нормально сформированной маткѣ.

Но тѣмъ не менѣе ученіе *Sims'a* представляетъ и долю правды. Развитіе дисменорреи наблюдается часто послѣ ампутаціи *portionis*, при которой было обращено слишкомъ мало вниманія на полученіе хорошей шейки. Въ особенности послѣ гальванокаустическаго удаленія, которое производилось въ прежнее время весьма часто, мнѣ приходилось лечить весьма сильныя дисменорреи. Дисменоррея наступаетъ и въ томъ случаѣ, если каналъ шейки былъ суженъ сильными прижигающими средствами.

Въ виду этого я модифицирую ученіе *Sims'a* слѣдующимъ образомъ:

Намъ извѣстно, что во время менструаціи сильно опухаетъ слизистая оболочка, и что увеличивается также и матка. Сопротивленіе матки противъ этого утолщенія слизистой оболочки и расширенія сосудовъ въ нихъ ведетъ къ раздраженію и болѣзненности, къ потугообразному сокращенію мышцъ. Въ виду этого дисменоррея наблюдается весьма часто при плохо развитыхъ, маленькихъ нерожавшихъ маткахъ, но никогда при здоровыхъ, податливыхъ многорожавшихъ маткахъ, сосуды и полость которыхъ сильно расширены. Сильно перегнутая матка служитъ для утолщенія слизистой оболочки и равномернаго расширенія большимъ препятствіемъ, чѣмъ совершенно нормальная. Къ этому присоединяется еще что опухающая слизистая оболочка вытѣсняетъ изъ матки слизь во время менструаціи; вѣдь каждой менструаціи предшествуетъ небольшое выдѣленіе слизи. Если эта слизь не можетъ вытекать влѣдствіе суженія маточнаго зѣва, влѣдствіе сильного перегиба или полипа, если кромѣ того задерживается еще кровь, то слизистая оболочка не можетъ опухать. Въ виду этого, въ подобныхъ случаяхъ пользу приноситъ зондированіе. Этотъ взглядъ имѣетъ много общаго съ ученіемъ *Sims'a*, что ясно доказывается успѣхами леченія. Послѣ родовъ дисменоррея обыкновенно исчезаетъ. Хорошее вліяніе оказываетъ даже *coitus*, такъ что послѣ выхода замужъ дисменоррея ослабѣваетъ. Это происходитъ влѣдствіе того, что наступающій при половой жизни приливъ ведетъ къ болѣе сильному развитію матки.

Если это объясненіе правильно для неосложненныхъ случаевъ, то легко становится понятнымъ, что при периметритѣ, оофоритѣ и т. д. должно наступить ухудшеніе во время менструаціи влѣдствіе гипереміи.

Процессъ, протекающій въ здоровой маткѣ безболѣзненно, физиологически, даетъ при больной маткѣ симптомы, т. е. боли (*B. S. Schultze*).

Кромѣ того, громадную роль играютъ еще нервы. Раздраженіе, которому подвергаются часто нервы, дѣлаетъ ихъ болѣе раздражительными. Во всякомъ случаѣ имѣются больныя, у которыхъ болѣзненность во время менструаціи все усиливается и продолжается болѣе долгое время, причѣмъ картина нисколько не измѣняется. Въ концѣ концовъ участіе принимаютъ и яичники, они увеличиваются, становятся болѣе тяжелыми, опускаются, принимаютъ слегка неправильную форму и находятся на мѣстѣ, на которомъ могутъ подвергаться давленію со стороны каловыхъ массъ. Менструація становится неправильной, появляются рефлкторные невроты. Паренхима матки страдаетъ отъ нарушенія ея функціи; съ маткой заболѣваетъ и слизистая оболочка, или пораженные яичники ведутъ къ разстройству кровообращенія въ маткѣ. Слизистая оболочка отдѣляетъ свыше нормы. Развивающійся такимъ образомъ хроническій метритъ поддерживаетъ состояніе раздраженія, такъ что въ концѣ концовъ боли продолжаются и во время между менструаціями. Наступаютъ межменструальные колики. Постоянныя боли, сознание постоянного хворанія, невозможность принимать участіе въ физическомъ трудѣ или въ развлеченіяхъ, обусловленная запорами или считаемая рефлкторнымъ симптомомъ нервная диспепсія, мрачное настроеніе духа, обусловленное неисполвшимся желаніемъ быть матерью или невозможностью зарабатывать, страхъ передъ болями во время менструаціи изнуряютъ въ концѣ концовъ организмъ до того, что больная становится неспособной ни къ чему, бременемъ для общества.

Значитъ, этиологическое значеніе имѣетъ не физиологическій перегибъ, а малая величина матки: *Infantilismus* (*Freund*). При маленькихъ, растущихъ міомахъ больныя также часто жалуются на дисменоррею, пока міома не станетъ субперитонеальной.

Весьма рѣдко дисменоррея существуетъ съ самаго начала менструаціи; но и въ тяжелыхъ случаяхъ протекаетъ иногда одна менструація совершенно безболѣзненно. Часто заявляютъ больныя, что причиною послужила простуда во время менструаціи (бѣганіе на конькахъ), переутомленіе (танцы), и считаютъ появленіе дисменорреи именно съ этого момента. Нѣкоторыя больныя отлично знаютъ, что при покоѣ, напр. при лежаніи въ постели, боли не наступаютъ, между тѣмъ какъ всегда онѣ наступаютъ при тѣлесномъ и умственномъ напряженіи. Что умственное переутомленіе можетъ вести къ дисменорреѣ, доказываютъ столь частые случаи, въ которыхъ учительницы — въ особенности музыки — становятся вслѣдствіе дисменорреинныхъ разстройствъ неспособными къ труду и истеричными.

Но дисменоррея наблюдается и какъ симптомъ воспаленія или во всякомъ случаѣ продолжительной гипереміи. Такимъ образомъ имѣются случаи, въ которыхъ послѣ неправильно протекшаго выкидыша, послѣ периметрита

при оофоритѣ и сальпингитѣ менструація протекаетъ при весьма сильныхъ боляхъ, между тѣмъ какъ до этого она была совершенно безболѣзненна.

При общей раздражительности нервовъ, напр. при истеріи, этотъ физиологическій процессъ сопровождается весьма тяжелыми симптомами. Въ виду этого принимали, клинически совершенно вѣрно, и истерическую или нервную дисменоррею.

При ретрофлексіи дѣтской матки наблюдается дисменоррея одинаково, какъ и при антефлексіи. Типичной представляется и доменструальная боль при ретрофлексіи у многорожавшихъ: опухающая при менструаціи, лежащая въ тазу матка вызываетъ боли вслѣдствіе давленія, въ особенности при затрудненной дефекаціи.

Если больныя не берегутъ себя, дисменоррея усиливается все болѣе и болѣе и можетъ тянуться въ теченіе болѣе десяти дѣтъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступаютъ разстройства уже за нѣсколько дней до менструаціи. Наступаютъ поносы, что служитъ выраженіемъ раздраженія нервовъ во всемъ животѣ. Боли тянущія, но распространяются какъ кверху, такъ и въ ноги. Наблюдаются весьма разнообразныя рефлекторныя симптомы, головныя боли, боль въ желудкѣ, надглазничныя невралгіи, межреберныя невралгіи. Усиливаются обыкновенныя истерическія явленія. Съ наступленіемъ кровотеченія разстройства часто прекращаются совершенно или во всякомъ случаѣ ослабѣваютъ. Во многихъ случаяхъ продолжаются боли въ теченіе всего времени, въ теченіе недѣли, и усиливаются до степени желчныхъ коликъ.

Подобныя больныя вовсе не способны къ труду. Страхъ передъ болями, сами боли, расслабленіе послѣ нихъ, недостаточное питаніе, злоупотребленіе медикаментами, бессонница и т. д. ведутъ настолько къ сильной умственной и тѣлесной слабости, что больная производитъ впечатлѣніе трудно-больной. Въ концѣ концовъ наступаютъ всѣ симптомы истеріи.

Весьма странной формой дисменорреи представляется *межменструальная боль*. Прямо по серединѣ между двумя періодами, въ то время, когда снова начинается опуханіе, появляется боль въ теченіе 1—2 дней. Часто отходить при этомъ небольшое количество слизи и крови. Эти боли слабѣе, чѣмъ при настоящей дисменорреѣ. Я никогда не наблюдалъ ихъ безъ слабыхъ воспалительныхъ явленій со стороны слизистой оболочки матки и чувствительности къ давленію яичниковъ; въ виду этого я считаю ихъ за симптомъ легкаго воспаленія, соотвѣтственно чему и примѣняю лечение.

Леченіе дисменорреи.—Если обратить вниманіе на различныя формы дисменорреи, то становится яснымъ, что и леченіе должно быть весьма различнымъ.

При неосложненной дисменорреѣ у молодыхъ дѣвушекъ не слѣдуетъ прибѣгать къ изслѣдованію. Врачъ долженъ прибѣгать къ болѣе энергичному леченію лишь въ томъ случаѣ, если нѣжное леченіе не оказало никакого вліянія.

Часто боли при менструаціи ослабѣваютъ въ томъ случаѣ, если уда-

лось устранить запоръ. До и послѣ менструаціи необходимо по возможности опорожнять желудокъ нѣжными слабительными, напр. *Extr. fl. Cascarae Sagradae*, *Magnesia citrica effervesceps* 1—2 чайн. л. въ день; конечно, это примѣняется лишь въ томъ случаѣ, если не имѣется самостоятельныхъ поносовъ.

Далѣе направляютъ лечение противъ осложненій, пользуются перидиномъ и параметриномъ. Если дисменоррея продолжается лишь нѣсколько часовъ и если по прекращеніи болей существуетъ полная эйфорія, безъ чувствительности къ давленію и разстройствъ при ходьбѣ, ѣздѣ, танцахъ и т. д., то совершенно правильнымъ оказывается лечение покоемъ и наркотическими средствами. Дисменоррея у очень молодыхъ дѣвушекъ устраняется нерѣдко тѣмъ, что больную укладываютъ во время менструаціи въ постель на 3—4 дня. Слабыя *Narcotica* совершенно безвредны; если при внимательномъ отношеніи къ больной назначать каждыя 4 недѣли дозу морфія, то этимъ безусловно избѣгается опасность морфіофагіи.

Я назначаю суппозитории въ виду того, что эта форма примѣненія крайне неприятва для молодыхъ дѣвушекъ, вслѣдствіе чего со стороны больныхъ не предъявляются лишнія требованія, и въ виду того, что именно при подобной дозировкѣ легче всего избѣжать злоупотребленія. *Morphii muriat.*, *Extr. Belladon. ana 0,015*. *Butyri Casaeo 1,5*, *fiant suppositoria*. S. Въ теченіе 24 часовъ не болѣе 4 штукъ.

Другая смѣсь, которая давала мнѣ отличные результаты, но въ виду часто появляющейся тошноты, во многихъ случаяхъ не можетъ быть примѣнена, состоитъ въ слѣдующемъ: *Tinct. Opii*, *Tr. Belladonnae*, *Tr. Hyoscyami*, *Tr. Valerianae*, *Tr. Stramonii ana*, нѣсколько разъ въ день по 20 капель.

Въ послѣднее время рекомендуется при дисменорреѣ фенацетинъ, антипиринъ и антифебринъ, 1—2 грм. *pro dosi*. Дѣйствительно, этими средствами достигался иногда благопріятный результатъ. Я охотно назначаю салипиринъ, 0,5 съ кодеиномъ 0,015, 3—4 раза въ день. Салипиринъ дѣйствуетъ также противъ кровоточеній, кодеинъ вызываетъ менѣе сильныя запоры, чѣмъ морфій.

При такъ называемой конгестивной дисменорреѣ, т. е. при чрезмѣрно сильной и весьма болѣзненной менструаціи, специфическое дѣйствіе оказываетъ *Extr. fl. Hydrastis Canadensis*. Въ свободное время назначаютъ 3 раза въ день по 1 чайн. л. Малыя дозы не приносятъ никакой пользы. Нерѣдко становится отъ этого менструація менѣе сильной и болѣзненной. Менѣе удовлетворительные результаты я наблюдалъ отъ примѣненія *Extr. Viburni prunifolii*, 3 раза въ день по 1 чайн. л., отъ *Hydrastininum hydrochloricum 0,025*, 3 раза въ день, или 3:30 воды, ежедневно 1 шприцъ подкожно. Послѣднее средство слѣдуетъ употреблять за 5 дней до менструаціи, значить профилактически.

Если это лечение не приноситъ никакой пользы, то дѣйствуютъ прямо на матку. При гиперсекреціи даютъ отдѣленію свободный стокъ. Разрѣ-

закотъ наружный маточный зѣвъ. Если отдѣленіе шейки значительно и существуютъ эрозіи, то дѣлаютъ прижиганія и стараются при богатой кровью portio уменьшить опуханіе скарификаціями и смазываніями portionis іодовой настойкой, ихтіоломъ, глицериновыми тампонами и т. д. Послѣ этого зондируютъ за нѣсколько дней до менструаціи. Восьма части случаи, въ которыхъ наступило улучшение послѣ однократнаго зондирования. Я рекомендую горячо зондированіе нѣжными расширителями (рис. 98). Во многихъ случаяхъ я достигъ одно- или двукратнымъ введеніемъ этихъ инструментовъ передъ менструаціей излеченія дисменорреи, даже безплодія при неосложненной антефлексіи. Введеніе производятъ въ боковомъ положеніи Sims'a, захвативъ предварительно переднюю губу крючкомъ. Этими сдвигаютъ слизистую оболочку и доставляютъ слизи и крови свободный стокъ. Маленькими номерами мускулатура нисколько не раздражается. Другіе авторы видѣли выздоровленіе послѣ леченія по способу *Apostoli*.

Если и это не приноситъ никакой пользы, то расширяютъ кишечный каналъ разбухающими средствами. Я получалъ при этомъ отличные результаты. Палочки *laminariae* готовятъ толщины вязальной иглы, прибл. въ 2 мм. Этими палочками, которыя можно гнуть, легко проникнуть въ боковомъ положеніи въ полость матки. При тонкихъ палочкахъ наступаютъ весьма рѣдко боли, которыя, однако, часто весьма мучительны, въ особенности если съ самаго начала брать толстый номеръ. Толстая палочка прямо опасна: она препятствуетъ стеканію отдѣленія, вызываетъ сильныя потуги, такъ что имѣющіеся кокки могутъ быть вдавлены въ слизистую оболочку. При употребленіи толстыхъ палочекъ наступаетъ нерѣдко лихорадка и параметритъ, чего нельзя опасаться при употребленіи тонкихъ палочекъ. По прошествіи 24 часовъ берутъ болѣе толстую палочку, по прошествіи вторыхъ 24 часовъ—другую и т. д. Тщательное очищеніе до манипуляціи, промываніе и антисептическая тампонація іодоформной марлей послѣ манипуляціи обезпечиваютъ асептическое теченіе.

Если матка расширена настолько, что вынутая палочка толщиной въ палецъ, то очищаютъ полость—въ боковомъ положеніи—отъ накопившагося обильнаго количества слизи. Послѣ этого дѣлаютъ промываніе и наполняютъ матку—по моему способу—узкими полосками іодоформовой марли. Послѣднія остаются въ теченіе 3 дней. Польъ этого ихъ снова возобновляютъ. Если подобнымъ тщательнымъ образомъ удалось расширить матку, то матка и остается расширенной. Слѣдующая менструація можетъ быть еще болѣзненной, вслѣдствіе раздраженія нервовъ, остальные, однако, протекаютъ безъ всякой боли.

Я нарочно описалъ этотъ способъ такъ подробно въ виду того, что при торопливости, насильственномъ расширеніи, при производствѣ всѣхъ манипуляцій подъ однимъ наркозомъ я никогда не получалъ столь удовлетворительныхъ результатовъ, какъ при соблюденіи осторожности, терпѣнія.

При межменструальной боли я достигалъ наилучшихъ результатовъ

примѣненіемъ противовоспалительныхъ мѣръ, назначеніемъ ваннъ и минеральныхъ источняковъ, регулированіемъ кишечника, поднятіемъ общаго состоянія.

При Dysmenorrhoea membranacea я не достигалъ выдворенія однократнымъ выскабливаніемъ и прижиганіемъ. Но зато получались мною удовлетворительные результаты отъ расширенія и повторнаго промыванія (ежедневно въ теченіе 2 недѣль) слабыми дезинфецирующими средствами, борной кислотой или лизоломъ. Но послѣ прекращенія, даже послѣ родовъ, наступаетъ снова отхожденіе пленокъ.

Внутриматочныя палочки.—Въ отчаянныхъ случаяхъ дисменорреи я считаю совершенно правильнымъ, прежде чѣмъ приступать къ операціи, испытать внутриматочныя палочки; можетъ быть я и самъ прибѣгъ бы къ подобному средству, но въ послѣдніе годы, невзирая на обширную практику, мнѣ не пришлось примѣнить его ни разу.

Если желаютъ примѣнять внутриматочную палочку, то слѣдуетъ употреблять исключительно стеклянный инструментъ *Fehling's*. Этотъ инструментъ полый и снабженъ маленькими отверстіями; его наполняютъ іодоформомъ. Введеніе внутриматочнаго пессарія производится слѣдующимъ образомъ. Тщательно очистивъ влагалище и шейку, измѣряютъ ширину внутренняго маточнаго зѣва, выбираютъ соответственной толщины пессарій и вводятъ его, въ боковомъ положеніи, при помощи желоба *Sims's*, захвативъ предварительно *portionem* крючкомъ.



Рис. 272. Рис. 273.
Стеклянный внутриматочный пессарій по *Fehling's*.

Большая должна находиться подъ постояннымъ наблюденіемъ. Если появляются боли, пессарій не переносится, то его слѣдуетъ скоро удалить. Примѣненіе внутриматочнаго пессарія является экспериментальнымъ леченіемъ. Невзирая на исполненіе всѣхъ предварительныхъ требованій, и на апіористически законное предположеніе, что инструментъ долженъ оказать пользу, не всегда наступаетъ желаемый результатъ, такъ какъ причина дисменорреи можетъ находиться исключительно въ яичникахъ.

Кастрація. Полная экстирпація.

Если послѣ продолжительнаго безуспѣшнаго леченія выяснилось, что состояніе, какъ оно есть, не можетъ болѣе продолжаться безъ опасности для жизни, безъ потери способности къ труду, то вопросъ можетъ идти о радикальномъ леченіи. Оно состоитъ въ томъ, что прекращаютъ менструацію производствомъ кастраціи.

Эта операція лишаетъ больную возможности выйти замужъ и забере-

ременътъ. Но эта жертва часто воображаемая, такъ какъ трудно больная не можетъ выйти замужъ, и подобная больная, если бы и вышла замужъ, никогда не забеременѣтъ. Необходимо обращать вниманіе и на общественное положеніе больной. Если больной, напр., за 30 лѣтъ, если она имѣетъ извѣстный родъ занятій, требующій здоровья, а между тѣмъ она лишена въ теченіе половины каждаго мѣсяца возможности работать, то помощь ей будетъ оказана лишь въ томъ случаѣ, если какимъ-либо образомъ ей будетъ возвращена способность къ труду.

Операція состоитъ въ удаленіи яичниковъ, матки или обоихъ органовъ. Спрашивается, какое изъ этихъ вмѣшательствъ даетъ самый вѣрный успѣхъ. Если уже рѣшились на операцію, если больная рѣшилась пожертвовать всѣмъ, то она вправѣ ожидать и полного выздоровленія.

Но результаты кастраціи не совсѣмъ удовлетворительны. Кромѣ извѣстныхъ явленій: головной боли, приливовъ, ожирѣнія, психическаго возбужденія, остаются послѣ кастраціи часто еще боли. Могутъ образоваться маленькіе эксудаты, такъ называемые эксудаты культей, которыми эффектъ операціи предотвращается на долгое время. Боли продолжаютъ, даже менструація можетъ продолжаться еще годами. Невзирая на большую операцію, полное выздоровленіе не достигается; въ особенности, если уже до операціи существовали осложненія: *pelveoperitonitis*, *perioophoritis*, *hydrosalpinx*, то больная не становится совершенно здоровой послѣ кастраціи. Если имѣлся флог, напр. перелойный, то послѣ кастраціи онъ можетъ продолжаться даже въ усиленной степени. Вслѣдствіе этого влагалище суживается, воспаляется, *coitus* становится совершенно невозможнымъ.

Въ виду этого я предпочитаю влагалищную полную экстирпацію матки съ сохраненіемъ яичниковъ. Получается вѣрный результатъ, но у замужнихъ женщинъ необходимо имѣть въ виду, что *coitus* впослѣдствіи представляется болѣзненнымъ, и вслѣдствіе сморщиванія влагалища можетъ стать даже невозможнымъ. Но и здѣсь не всегда получается полный успѣхъ. *Pelveoperitonitis*, или симптомы его: боль въ ногахъ, остаются въ нѣкоторыхъ случаяхъ, невзирая на выхожденіе всѣхъ нитей и полное заживленіе. Но это исключеніе. Въ случаяхъ, въ которыхъ желаютъ единственно прекратить менструацію, я считаю болѣе правильнымъ удаленіе матки. Это безусловно тотъ способъ, которымъ вѣрнѣе всего удастся устранить всѣ симптомы.

Противъ „*castration utérine*“, удаленія матки, говорятъ лишь тѣ случаи, въ которыхъ впослѣдствіи развивалась яичниковая опухоль. Мнѣ пришлось это наблюдать. Но это настолько рѣдкое явленіе, что у молодыхъ больныхъ лучше оставлять яичники. Дальнѣйшими наблюденіями выяснятся и эти сомнѣнія.

Резюмируя, я прихожу къ слѣдующему заключенію: если намѣреніе и цѣль врачебнаго вмѣшательства состоитъ въ прекращеніи менструаціи, то влагалищная полная экстирпація матки является самой рациональной операціей.

Техника. — Техника кастраціи крайне различная. Яичникъ можно удалить черезъ брюшной разрѣзъ, черезъ передній и задній разрѣзъ влагалища и со стороны пахового канала.

Я предпочитаю брюшной разрѣзъ. Животъ вскрываютъ лишь настолько, что можно ввести 2 пальца. Этими пальцами выводятъ яичникъ изъ тазовой полости кнаружи. Безусловно необходимо удалить яичникъ цѣликомъ. Это невозможно при старомъ способѣ, т. е. перевязкой всѣхъ придатковъ. Въ виду этого я сильно притягиваю трубу и яичники и вырѣзаю изъ маточнаго угла клинъ, такъ что удаляется одновременно и lig. ovarii proprium. Для остановки кровотечения обыкновенно вполне достаточно трехъ швовъ на матку. Не слѣдуетъ рѣзать слишкомъ глубоко, такъ какъ легко поранить art. uterinam, которую, до перерѣзанія, слѣдуетъ перевязать. Послѣ этого притягиваютъ придатки и перевязываютъ ихъ вмѣстѣ съ lig. infundibulopelvicum, и пережигаютъ *Paquelin*'омъ. Ligamenta infundibulopelvetica не слѣдуетъ натягивать слишкомъ сильно, въ особенности слѣва, такъ какъ въ противномъ случаѣ, при наступленіи запоровъ, могутъ впоследствии появиться боли въ лѣвой сторонѣ.

При *Kolpotomia anterior* можно дѣйствовать такимъ же образомъ, т. е. вырѣзать оба яичника вмѣстѣ съ связкой и hilus. Но я пришелъ къ заключенію, что симптомы со стороны пузыря вследствие смѣщенія или рубцевого сморщиванія пузыря наступаютъ болѣе часто, чѣмъ послѣ брюшнаго разрѣза.

Kolpotomia posterior. — Этотъ способъ я не рекомендую, такъ какъ здѣсь очень трудно полное удаленіе яичниковой ткани. Именно въ этихъ случаяхъ мнѣ приходилось наблюдать чаще всего, что менструаціи не прекращались послѣ операціи.

Легче всего удаленіе яичниковъ со стороны пахового канала. Отыскиваютъ круглую связку, оттягиваютъ ее сильно кнаружи, послѣ чего проникаютъ къ глубинѣ по внутренней сторонѣ связки, отпрепаровывая жиръ. Если брюшина вскрыта, то разрѣзъ дѣлаютъ лишь такой величины, чтобы черезъ него проходилъ палецъ. Ассистентъ тянетъ за круглую связку, приближая такимъ образомъ яичникъ, который легко можно вытаскать пальцемъ. Послѣ этого перевязка, а также правильное закрытіе пахового канала не представляетъ никакихъ затрудненій.

Техника полной экстирпаціи та же, что и при раковой опухоли.

D. Оплодотвореніе.

Рѣсничный эпителий трубы и фимбріи вызываетъ круговоротъ въ перитонеальной жидкости, которымъ къ трубѣ и въ трубу вводится все, что лежитъ вблизи фимбріи, значить и яйцо, выступившее при овуляціи изъ фолликула. Если яйцо поступило въ трубу, то оно передвигается движеніями рѣсничекъ въ матку, причѣмъ въ болѣе узкой части трубы этому помогаютъ перистальтическія движенія.

Если не наступаетъ оплодотворенія, то яйцо исчезаетъ. Менструація доказываетъ, что этотъ разъ яйцо погибло.

Необходимый для оплодотворения элементъ, сперматозоиды, попадаютъ во влагалище при coitus. Безъ всякаго содѣйствія со стороны женскихъ половыхъ органовъ, сперматозоиды распространяются по всѣмъ направлѣнїямъ, значить и къверху въ маточный зѣвъ. Лишь единичные попадаютъ въ матку, но изъ нихъ достаточно одного для оплодотворения яйца. Женскіе половые органы играютъ при этомъ лишь пассивную роль. Зачатіе возможно и въ хлороформномъ наркозѣ, наступаетъ оно и безъ всякаго намека на половое возбужденіе, даже при изнасилованіи, когда изнасилованная была сильно ранена и въ безсознательномъ состояніи. Если маточный зѣвъ проходимъ, то безразлично, какую форму представляетъ portio или маточный зѣвъ. Исключая атрезіи, нѣтъ ни одной формы portionis, которая не считалась бы причиной безплодія и при которой все-таки не наступала бы беременность.

Противъ всѣхъ теорій, по которымъ сперматозоиды попадаютъ въ матку инымъ, чѣмъ собственными движеніями, путемъ, были сдѣланы весьма вѣскія возраженія. Въ виду этого всѣ эти теоріи, подчасъ весьма странныя, можно свободно забыть.

Сперматозоиды обладаютъ громадной жизнеспособностью: это весьма понятно, такъ какъ въ маткѣ они живутъ въ жидкости того же физиологическаго состава, какъ и у мужчинъ. Сперматозоиды проникаютъ въ трубу, у животныхъ они были находимы даже въ яичникахъ. Въ настоящее время еще не рѣшено, происходитъ ли оплодотвореніе яйца въ ampullae tubae, значить, сперматозоиды направляются въ обратномъ рѣсничному току направлѣніи, или сперматозоиды попадаютъ въ яйцо лишь въ маткѣ. Оплодотворенное, увеличивающееся яйцо удерживается опухшей слизистой оболочкой, оно органически соединяется съ послѣдней: наступила беременность.

Corpus luteum, называемый въ данномъ случаѣ „*verum*“, увеличивается до 3 — 4-го мѣсяца беременности, послѣ чего атрофируется. Эта атрофія, однако, происходитъ настолько медленно, что при вскрытіи родильницы всегда еще можно узнать *corpus luteum verum*.

Впрочемъ, я того мнѣнія, что *corpora lutea falsa* и *vera* нельзя отличить на препаратахъ, вѣдь и *corpora lutea falsa* представляются иногда значительной величины, въ особенности при міомахъ матки.

Если беременность закончилась родами, то въ послѣродовомъ періодѣ восстанавливаются постепенно старыя условія, но сосудистая система остается навсегда слегка расширенной, влагалище болѣе дряблымъ и матка увеличенной. Разрыхлены также прикрѣпленія.

Е. Безплодіе ¹⁾.

Marion Sims принимала различныя причины безплодія, которыя имѣютъ значеніе еще и въ настоящее время, напр. бѣли и *endometritis*.

¹⁾ *Olshausen*, Mon. f. G. XXX; *Volkman's Vortr.* 67. — *Beigel*, Pathologische Anat. d. weibl. Unfruchtbarkeit, deren Mechanik u. Behandlung, 1878; *Wiener med.*

Причиной какъ дисменорреи, такъ и бесплодія онъ считалъ ante-flexio: узость пути въ матку. Какъ кровь не въ состояніи вытекать изъ матки, точно такимъ же образомъ не могутъ попадать въ нее и сперматозоиды. Этотъ взглядъ не требуетъ въ настоящее время никакого опроверженія. Относительно бесплодія вслѣдствіе периметрита было сказано на стр. 524, вслѣдствіе фибромъ—стр. 60, узости наружнаго маточнаго зѣва—стр. 296 и такъ наз. Col tapiroide на стр. 183, приче́мъ были указаны и способы устраненія этихъ патологическихъ состояній.

Но существуютъ еще другія причины бесплодія у женщинъ; оставляя въ сторонѣ вагинизмъ или дефекты образованія, часто приходится наблюдать, что вслѣдствіе своеобразной судороги влагалища сѣменная жидкость выталкивается тотчасъ или вкорѣ послѣ совокупленія. Въ данномъ случаѣ причину составляетъ зачастую узость, можетъ быть и короткость влагалища. Весьма узкое прямолинейное влагалище при retroflexio дѣвственной матки ведетъ къ бесплодію вслѣдствіе недостаточности мѣста для сѣменной жидкости. Причина выталкиванія сѣмени лежитъ можетъ быть еще въ томъ, что половой оргазмъ, сокращеніе мышцъ влагалища, наступаетъ у жены слишкомъ поздно, т. е. по прошествіи нѣкотораго времени послѣ изверженія сѣмени мужемъ. Во всякомъ случаѣ, нѣкоторыя женщины прямо заявляютъ, что у нихъ при одновременномъ возбужденіи, значить при особенно пріятномъ coitus, всегда наступаетъ беременность, между тѣмъ какъ въ другихъ случаяхъ сѣмя выталкивается и не наступаетъ беременности. Въ подобныхъ случаяхъ достигается цѣль при совершеніи coitus more bestiarum, или если больная тотчасъ послѣ coitus займетъ боковое положеніе по Sims'у.

Каждая форма эндометрита можетъ служить причиной бесплодія. Язвенная, атрофированная или покрытая вязкой слизью слизистая оболочка матки служитъ препятствіемъ для задержки яйца. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что беременность наступаетъ послѣ устраненія значительныхъ эрозій съ катарромъ шейки и съ легко кровоточащей, опухшей слизистой оболочкой шейки.

Кромѣ того, какъ это доказалъ *Leopold*, имѣются женщины, у которыхъ образуются многочисленныя ovula, и другія, у которыхъ ихъ бываетъ очень мало, значить, имѣются весьма плодовитыя, менѣе плодовитыя, и совершенно бесплодныя женщины. Дѣйствительно, этотъ взглядъ подтверждается нѣкоторыми наблюденіями изъ практики. Такимъ образомъ наступаетъ беременность у нѣкоторыхъ женщинъ весьма легко, у другихъ очень трудно, хотя нельзя констатировать ни малѣйшей наружной причины. Одна женщина забеременѣваетъ при каждомъ coitus, безразлично, до или послѣ менструаціи, другая лишь черезъ большіе промежутки времени или

Woch., 1867, 47 и 1873, 12.—*Duncan*, Fecundity, fertility and sterility. 1866.—*Fehling*, A. f. G. V, XVIII.—*Kehrer*, A. f. G. X.—*Ahlfeld*, A. f. G. XVIII.—*Busch*, Azospermie. Zeitschr. f. Biol. XVIII.—*Winkel*, Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med., 1877, 46.—*Kisch*, Die Sterilität des Weibes. 1895.

лишь одинъ разъ. Большая плодовитость является въ нѣкоторыхъ семьяхъ наследственной въ женской линіи. Почти при всѣхъ родахъ двойнями удается доказать подобную наследственность. Извѣстно также, что у очень тучныхъ женщинъ беременность наступаетъ весьма трудно. Это извѣстно даже народу, причѣмъ ожирѣніе считается причиной бесплодія. Это мы наблюдаемъ и у мужчинъ, у которыхъ на 5-мъ десяткѣ начинается отложеніе жира.

Но болѣе часто причина бесплодія брака лежитъ на сторонѣ мужа. У мужчинъ была наблюдаема, безъ всякой этиологической причины, аспермія. т. е. отсутствіе сперматозоидовъ. Съ другой стороны, бесплодіе у мужчинъ обуславливается діабетомъ и въ особенности заболѣваніями яичекъ вслѣдствіе перелоя.

Прежде чѣмъ приступить къ леченію бесплодія у женщины, врачъ нравственно обязанъ опредѣлить *potentiam* и способность *generandi* у мужа. Какимъ образомъ имъ будетъ это достигнуто, это его дѣло.

Для врача являются женщины, страдающія бесплодіемъ, самыми неприятными. Если получается успѣхъ, наступаетъ беременность, то необходимо обладать большимъ самоувѣніемъ, чтобы приписать подобный успѣхъ своему умѣнію. Кто можетъ утверждать, что беременность, наступила бы безъ внимательства со стороны врача? Но если на основаніи научныхъ данныхъ и слѣдуетъ отказать отъ всякаго „леченія“, то объяснивъ больной правильное положеніе дѣла, мы пользовали бы случай совершенно неправильно „психически“. Постановкой безусловно неприятнаго предсказанія можно женщинъ довести до меланхоліи или отдать въ руки шарлатановъ, которые тотчасъ же общають всякій успѣхъ и производять всевозможныя ненужныя и даже опасныя «операциі». Но если дать малѣйшій намекъ на успѣхъ, то эти слова сейчасъ же переименовываются, и по прошествіи нѣсколькихъ лѣтъ больная дѣлаетъ врачу упреки, что не наступило общаннаго. Желаніе имѣть потомство до того сильно, что имѣются женщины, которыя годами ходятъ по всѣмъ гинекологамъ и подвергаются различнымъ способамъ леченія.

Мнѣ знакома женщина, которая вызвала своего мужа въ Парижъ и которой знаменитый въ то время гинекологъ вприснулъ въ матку сѣмя мужа! Послѣдствіемъ былъ опасный для жизни, продолжавшійся мѣсяцами перитонитъ! Какъ я могъ впослѣдствіи убѣдиться, такъ наз. сѣмя состояло больше изъ гноя.

Маточный звѣзъ часто сильно сужень, звѣзъ образуется мельчайшимъ отверстіемъ, черезъ которое не проходитъ даже головка самага тонкаго зонда. Матка при этомъ можетъ быть совершенно нормальной, а также и каналъ шейки, даже могутъ быть расширены вслѣдствіе задержки физиологическаго отдѣленія; въ подобныхъ случаяхъ матка содержитъ стекловидныя массы, которыя сгущены до того, что послѣ расширенія приходится ихъ вытаскивать въ видѣ твердыхъ студенистыхъ комковъ.

Это весьма частая картина у молодыхъ, страдающихъ бесплодіемъ

женщинъ. Въ данномъ случаѣ узкій маточный зѣвъ является не прямой, а косвенной причиною безплодія. Сперматозоиды могутъ дѣйствительно проникнуть, но вязкая, сгущенная слизь не допускаетъ дальнѣйшаго ихъ прониканія кверху. Кромѣ того, и полость матки наполнена вязкой слизью, которая препятствуетъ задержкѣ яйца. Если въ подобныхъ случаяхъ исполнить изображенную на рис. 92 и 93 маленькую и совершенно безопасную операцію, то получается громаднѣйшій успѣхъ. Слизь можетъ выходить, путь въ матку становится свободнымъ. Если послѣ операціи вставить еще палочку *laminariae*, то послѣ удаленія ея можно убѣдиться, какія массы слизи находились въ маткѣ.

По моему мнѣнію, подобное леченіе болѣе рационально, чѣмъ большіе двусторонніе надрѣзы или разрѣзы задней губы. Физиологически у нерожавшихъ *portio* не зияетъ до самаго влагалищнаго свода! Если производится двусторонній разрѣзъ подобнаго протяженія, то безусловно не достигается физиологическаго маточнаго зѣва. Кромѣ того, при этихъ большихъ надрѣзахъ наступали неоднократно опасныя кровотеченія и параметриты! Это невозможно при моемъ способѣ. Безопасность, однако, тѣмъ болѣе нужна, такъ какъ нельзя обѣщать вѣрнаго успѣха.

Безусловно неправильно говорить при патологическихъ формахъ *portionis* о „врожденныхъ порокахъ“. У новорожденныхъ имѣется уже собственно физиологическая матка, слизистая оболочка съ железами. Маточный зѣвъ широко зияетъ. Превращеніе происходитъ лишь такимъ образомъ, что *muscularis mucosae uteri* или паренхима матки лишь медленно увеличивается въ своемъ количествѣ. Слизистая оболочка развивается гораздо медленнѣе. Въ виду этого слизистая оболочка обростается мускулатурой. Чѣмъ больше становится количество мускулатуры, тѣмъ сильнѣе стягивается у маточнаго зѣва слизистая оболочка, оттягивается назадъ, попадаетъ въ глубину, внутрь. Граница плоскаго эпителия доходитъ вслѣдствіе этого болѣе кверху: масса *portionis* какъ бы вздувается. При этомъ превращеніи развивается какъ принимаемая за нормальную форма *portionis*, такъ и очень толстая *portio*. Въ рѣдкихъ случаяхъ получается своеобразная острая или коническая форма *portionis*.

Если *portio* коническая, хоботовидная, то *consertio* при этомъ, по всѣмъ вѣроятіямъ, затруднена; хотя мною и были наблюдаемы случаи, въ которыхъ *consertio* наступала и безъ операціи, но апіористически можно предположить, что для сперматозоидовъ труднѣе совершить путь изъ *fornix vaginae* вокругъ всей *portio*, чѣмъ короткій прямой путь. Операція производится слѣдующимъ образомъ:

Первымъ долгомъ разрѣзаютъ ножницами или ножомъ *portionem* вправо и влѣво до влагалищнаго свода (рис. 274, *ce*), такъ что обѣ половины *portionis*, *d* и *f*, могутъ быть откинута впереди и кзади. Это предварительное разрѣзаніе облегчаетъ всѣ операціи на *portio* тѣмъ, что можно вести все прямыя разрѣзы, и не приходится рѣзать кругообразно. Послѣ этого вырѣзаютъ клинъ сначала изъ нижней губы, производя для этого

разрѣзы *ih* и *gh*. При этомъ необходимо замѣтить, что поперечный разрѣзъ, который у *i* идетъ по внутренней поверхности шейки, проходитъ приблизительно на $\frac{1}{2}$ стм. ниже конца *e* двухъ боковыхъ подготовительныхъ надрѣзовъ шейки. Это необходимо для удобнаго вкалыванія иглы у *n*. Если *portio* перерѣзана на половину поперечно, *ih*, то направляютъ поперечный разрѣзъ снаружи, *g*, къ внутреннему такимъ образомъ, что оба разрѣза встрѣчаются у *h* подъ прямымъ угломъ. Послѣ этого соединяютъ рану такимъ образомъ, что *ih* приходится къ *ig*, такъ что получается форма, изображенная на рис. 276. Послѣ этого обращаются такимъ же образомъ и съ передней губой. Остающіеся свободными участки раны можно соединить или каждый по себѣ, или, что еще лучше, сшить такимъ образомъ, что на обѣихъ сторонахъ сшиваютъ переднюю губу съ задней 1—2 швами. Такимъ образомъ *portio* получаетъ съ боковъ свою прежнюю форму, причемъ нѣтъ участка раны, который не былъ бы покрытъ слизистой оболочкой.



Рис. 274. Коническая *portio* со стенозомъ *orificii externi*.—*Col taripoide*, *a* задній, *b* передній влагаллищный сводъ, *c* маточный звѣзъ.

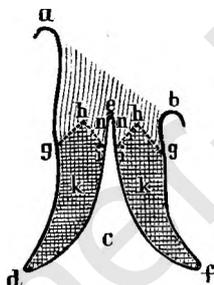


Рис. 275. *a* задній, *b* передній влагаллищный сводъ, *c* раздвинутый каналъ шейки, *d* задняя, *f* передняя маточная губа, *ghi* горизонтальные разрѣзы, соединяющіеся у *h* подъ прямымъ угломъ, *e* верхній конецъ подготовительнаго двусторонняго надрѣва, *g* мѣсто вкалыванія иглы, *k* удаляемые куски.

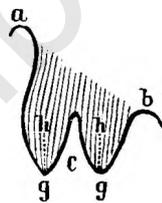


Рис. 276. Результатъ операціи. *a* задній, *b* передній влагаллищный сводъ, *c* маточный звѣзъ, *gh* соединенныя раны; срав. рис. 275 *gh* и *ih*.

Если имѣется гвойный катарръ матки, бленноррея матки старыхъ авторовъ, то прибѣгаютъ къ расширенію—не выскабливаютъ! и промываютъ въ теченіе нѣсколькихъ недѣль матку при помощи тонкаго катетера (см. рис. 85 и 86). Къ водѣ прибавляютъ борную кислоту, въ послѣдствіи соду или *Natr. bicarbonicum*.

Я наблюдалъ наступленіе зачатія въ томъ случаѣ, когда *coitus* былъ прекращенъ на нѣсколько недѣль и дѣлались ежедневно 2 раза впрыскиванія во влагаллище щелочныхъ, растворяющихъ слизь растворовъ. Существующія эрозіи и катарръ шейки пользуютъ прижиганіями и вяжущими впрыскиваніями во влагаллище. Зачатіе наступаетъ нерѣдко послѣ исчезанія опуханія *portionis* и очищенія канала шейки.

Леченіе ваннами въ курортахъ устраняетъ хроническія воспаленія и

имѣть кромѣ того еще одинъ хорошій результатъ: оно удаляетъ на время мужа отъ жены, что въ свою очередь дѣйствуетъ благотворно на устраненіе бесплодія.

Стерилизація.—Имѣются случаи, въ которыхъ опасности для жизни и здоровья при новой беременности очевидны. Сюда не относится узкій тазъ, такъ какъ въ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ и кесаревомъ сѣченіи мы имѣемъ средства для родоразрѣшенія. Но чахотка, *Базедова* болѣзнь, свѣжій сифилисъ съ тяжелыми, требующими энергичнаго леченія симптомами, напр. Iritis, психозы, пораженія почекъ и т. д., служатъ моментами, не допускающими новой беременности. Что подобное запрещеніе относится первымъ долгомъ къ мужу, не подлежитъ какъ нравственно, такъ и научно никакому сомнѣнію.

Но если совѣты врача не исполняются, то врачъ долженъ считаться съ условіями. Значить, имѣются случаи, въ которыхъ приходится производить стерилизацію. Рѣшиться на это весьма трудно. Въ данномъ случаѣ было бы безчеловѣчно разыгрывать блюстителя нравственности и дѣйствовать строго по закону: *fiat justitia peccat mundus!*

Принципально я производилъ стерилизацію при вагинофиксаціи (см. выше). Я рѣшаюсь на эту операцію у женщинъ, которыя могутъ еще забеременѣть, лишь при одновременной стерилизаціи. Если имѣемъ дѣло съ пожилыми многорожавшими женщинами, которыя хотя и не имѣли уже нѣсколько лѣтъ дѣтей, но у которыхъ еще допустима возможность зачатія, то я произвожу стерилизацію ради увѣренности.

Матку вытягиваютъ описаннымъ выше способомъ и отклоняютъ пальцами въ одну сторону. Подъ трубу проводятъ нитку и перетягиваютъ ее около самой матки. Послѣ этого вытаскиваютъ всю трубу пальцами или торсіоннымъ пинцетомъ. Труба отрѣзается. Непрерывнымъ катгутовымъ швомъ прекращаютъ кровотеченіе изъ *lig. tubae*. Послѣ этого покрываютъ остатокъ трубы сосѣдними частями брюшиннаго покрова матки такимъ образомъ, что остатокъ становится совершенно невиднымъ. Подобнымъ же способомъ удаляютъ трубу и на другой сторонѣ. На продолжающееся незначительное кровотеченіе не слѣдуетъ обращать вниманіе, такъ какъ матка послѣ вправленія болѣе не кровоточитъ. Послѣ этой операціи немыслимо, чтобы перевязанная, перегнутая труба стала снова проходимою. Подобная больная сохраняетъ менструацію и половыя стремленія, но зачатія уже не наступаютъ.

ГЛАВА ШЕСТНАДЦАТАЯ.

Перелойныя заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ ¹⁾.

А. Этиологія.

Перелой обусловливается инфекціей гонококкомъ *Neisser*'а. Инфекція происходитъ почти исключительно путемъ полового сношенія. Необходимо, однако, допустить, что и грязный изслѣдующій палець, или покрытый специфическимъ гноемъ пессарій или зеркало могутъ перенести перелой. Какъ трипперъ можетъ быть случайно перенесенъ на соединительную оболочку глазъ, точно такимъ же образомъ можетъ *G.-K.* ²⁾ попасть и на *vulva*. Безусловно доказано зараженіе дѣтей при спаньѣ въ одной постели со страдающей перелоемъ матерью, при употребленіи одной и той же воды для мытья или полотенецъ при купаньи.

Гонококки, какъ и остальные грибки, нуждаются для размноженія въ извѣстномъ питательномъ веществѣ. Искусственная разводка удается на кровяной сывороткѣ людей и животныхъ, на агарѣ, смазанномъ или смѣшанномъ съ кровяной сывороткой (2 % агара, 1 % пептона, $\frac{1}{2}$ % NaCl), на мочевоиъ агарѣ (2 % агара, 1 % пептона, 1 % нормальной мочи).

Въ человѣческомъ организмѣ питательной средой служатъ влажныя слизистыя оболочки. Цилиндро-кѣлочныя эпителиальныя покровы быстро прорастаются гонококками; уже по прошествіи 3 дней послѣ инфекціи имѣются *G.-K.* въ подлежащей соединительной ткани.

Такимъ образомъ разрастается *G.-K.* въ слизистой оболочкѣ мочеиспускательнаго канала, въ прямой кишкѣ, въ соединительной оболочкѣ глазъ, въ слизистой оболочкѣ матки и ея шейки, въ слизистой оболочкѣ трубъ, на брюшинѣ и во рту новорожденныхъ.

Нѣсколькими случаями вполне доказано, что гонококкъ можетъ проникать въ глубину въ соединительной ткани и вызывать въ ней абсцессы.

¹⁾ *Nöggerath*, Die latente Gonorrhoe im weibl. Geschlecht., 1872; A. f. G. XXXII, 332.—*Neisser*, Ueber eine der Gonorrhoe eigenthümliche Mikrokokkusform. Centralbl. f. d. med. Wissensch., 1899, 28; D. med. W. 1882, 279, Viertelj. f. Derm. u. Syph. XI, 486; D. med. W., 1890, 834, 1893, 29 u. 30.—*Pott*, Jahrb. f. Kinderh. XIX, 1883, p. 71.—*Bumm*, Der Mikroorganismus d. gonor. Schleimhaut-Erkrank., 1887, C. f. G. 1891, 448, 1896, стр. 1086, 1257; D. med. W. 1887, 49, въ Veit's Handbuch d. Gynaekologie I, 1897.—*Steinschneider*, Berl. kl. W. 1887, 17, 1890, 24.—*Finger*, Die Blennorrhoe d. Sexualorgane. 1901.—*Sänger*, A. f. G. XXI, 126, Tripperansteckung beim weibl. Geschlecht, 1889, C. f. G. 1892, 351, 1896, стр. 1080 и слѣд.—*Widmark*, Arch. f. Kinderh. VII, 1.—*Martineau*, Leçons cliniques sur la blennorrhagie de la femme. 1885.—*F. Wertheim*, A. f. G. XIII, C. f. G. 1892, 385, 1896, стр. 1209, Verhandl. d. deutschen Ges. f. Gyn. 175, 484.—*Menge*, Z. f. G. XXI, 1.—*Skutsch*, Diss. Jena, 1891.—*Witte*, Z. f. G. XXV, C. f. G. 1892, 27.—*Touton*, Archiv f. Dermatol. u. Syph. 1893, 1 и 2.—*G. Klein*, Die Gonorrhoe des Weibes. 1896. Въ этомъ сочиненіи имѣется полный литературный указатель.—Кромѣ того см.: Gonorrhoe-Kokkus въ Baumgarten'a Jahresberichten über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen.

²⁾ Для краткости я ставлю вмѣсто *Gonokokkus* буквы *G.-K.*

У мужчинъ картина болѣзни типична въ виду того, что постоянно поражается мочеиспускательный каналъ и притомъ въ характерной формѣ въ виду дѣленія его на двѣ части; отсюда можетъ поражаться шейка пузыря, пузырь (*Urethro-cystitis*) и яички. У женщинъ условія болѣе сложны: заболѣваютъ *vulva*, *vagina*, *urethra* съ пузыремъ, иногда мочеточники и почки, матка во всѣхъ ея слояхъ, *portio*, *servix*, эндометрій, мышцы матки, параметрій, периметрій (брюшина), трубы снаружн и снаружн, *pelveoperitoneum*, яичники.

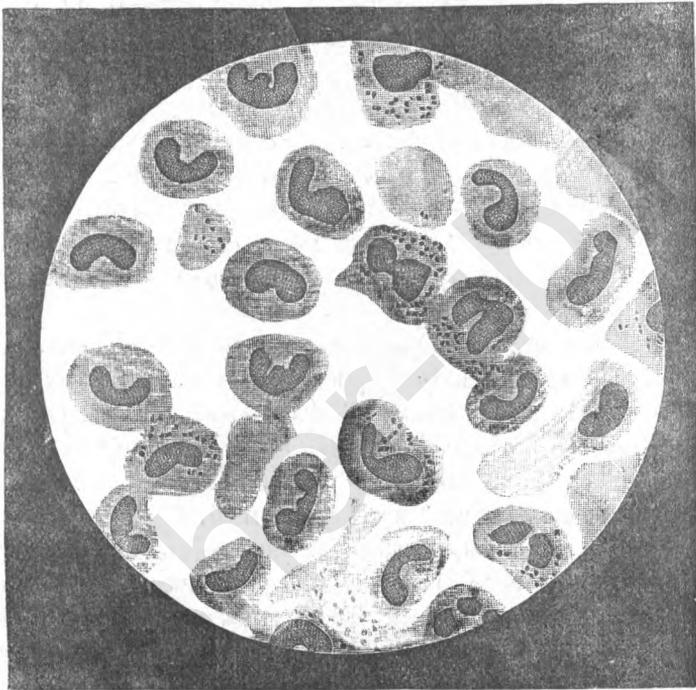


Рис. 277. Гонококки (G.-K.).—Препаратъ окрашенъ метилвиолетомъ. Увелич. 750. Иммерсія. (По *Eichhorst*'у).

Всѣ эти области могутъ заболѣвать отдѣльно или совмѣстно.

Доказано также образованіе трипперныхъ метастазовъ. *Wertheim* нашелъ G.-K. въ капиллярахъ пузыря. Этотъ фактъ объясняетъ намъ констатированіе G.-K. въ сухожильныхъ влагалищахъ и суставахъ, въ носу и среднемъ ухѣ, при *mastitis*, въ мышцахъ пузыря, въ сердцѣ, въ панариціяхъ и въ кожѣ (перелойныя экзантемы).

Громадная разница существуетъ между острымъ стадіемъ, хроническимъ и скрытымъ или безъ симптомовъ. Последніе два стадія часто совершенно идентичны.

Острый стадій представляетъ собою совершенно острое, обусловленное гонококками, специфическое воспаленіе слизистой оболочки. Но при этомъ какъ при цилиндрическомъ, такъ и плоскомъ эпителии (см. ниже) G.-K.

колоніи проникають въ глубину до мышцъ и до ихъ лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудовъ.

Острый стадій переходитъ типично, при леченіи и безъ леченія, въ хроническій стадій, т. е. симптомы остраго воспаления слизистой оболочки исчезаютъ совершенно, между тѣмъ какъ возбудители болѣзни, гонококки, остаются. Всѣ субъективные симптомы могутъ исчезнуть настолько, что больная считаетъ себя совершенно здоровой, между тѣмъ какъ послѣ какихъ-нибудь «раздраженій» болѣзнь можетъ перейти изъ (скрытнаго) бессимптомнаго стадія въ острый. Но и бессимптомный трипперъ можетъ при coitus перейти на другого челоуѣка въ виду остраго триппера.

Важно также и то, что симптомы ощущаются больной субъективно лишь на чувствительныхъ мѣстахъ. Такимъ образомъ уретриту, параметриту вызываютъ симптомы, т. е. субъективныя явленія; безъ симптомовъ протекаетъ Endocervicitis, такъ какъ шейка нечувствительна. Объективныя данныя могутъ быть совершенно одинаковыя, шейка быть можетъ поражена даже болѣе сильно, чѣмъ уретра, но субъективные симптомы отсутствуютъ совершенно.

Понятно, что измѣненія, обусловленныя триппернымъ воспаленіемъ, проходящія или стойкія, находятся въ зависимости отъ характера пораженнаго органа. Слизистая оболочка становится совершенно здоровой съ исчезеніемъ гонококковъ. Если же перелойное воспаление склеило брюшину, лишило трубу слизистой оболочки, разрушило *Bartholini*'еву железу, то эти измѣненія останутся стойкими, хотя бы G.-K. и исчезли.

Обусловленныя гонококками разрушенія подвергаются постояннымъ измѣненіямъ. Въ старые воспалительные продукты могутъ со стороны кишечника вѣдраться *Bact. coli* и бациллы туберкулеза. Стрептококки и стафилококки могутъ подниматься кверху съ *vulva* и *vagina* и вести къ Endometritis, Endosalpingitis purulenta. Что первой причиной былъ перелой, не подлежитъ никакому сомнѣнію, точно также, какъ и то, что въ настоящее время не имѣется болѣе перелойнаго пораженія въ тѣсномъ смыслѣ слова. Мы имѣемъ дѣло съ остатками перелоя, а не съ самимъ перелоемъ. Если перелойное происхожденіе принимать лишь въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ удается еще констатировать G.-K., то большая часть гинекологическихъ перелоевъ осталась бы совершенно темной.

Значить, если бактериологъ допускаетъ трипперное заболѣваніе лишь въ томъ случаѣ, если находитъ гонококковъ, то подобный взглядъ совершенно неправиленъ съ точки зрѣнія гинеколога. Вѣдь и рубецъ доказываетъ, что имѣлась рана. Точно такимъ же образомъ доказываютъ останшіяся измѣненія въ трубахъ и т. д., что имѣлся когда-то перелой.

Громадная заслуга *Sänger*'а состоитъ въ томъ, что именно эти условія были имъ выяснены клиническими, научными изслѣдованіями. Онъ замѣчаетъ совершенно правильно: во многихъ случаяхъ перелоя процессъ еще не законченъ съ исчезеніемъ гонококковъ.

Если припомнить вышеприведенныя объясненія, намъ становится понятнымъ, что передой даетъ самыя разнообразныя картины болѣзни.

Первымъ, вполне оцѣнившимъ гинекологическое значеніе триппера, былъ *Nöggerath*. Своимъ мнѣніемъ, что при трипперѣ женщины поражается весь половой трактъ, онъ указалъ изслѣдованію вѣрный путь.

Далѣе слѣдуютъ *Neisser*, открывшій гонококковъ, *Wertheim*, *Sänger* и *G. Klein*.

Гонококки распространяются по тремъ различнымъ путямъ: во-первыхъ, они распространяются по слизистой оболочкѣ, точно такимъ же образомъ, какъ растетъ разводка *per appositionem* на питательной средѣ. Своими продуктами обмѣна веществъ они дѣйствуютъ на рѣснички такимъ образомъ, что уничтожаютъ ихъ функцію и попадаютъ, противъ рѣсничнаго тока, снизу вверхъ. Прониканіе кверху облегчается измѣненіями въ маткѣ, напр. менструаціей, пуэрперальнымъ состояніемъ, внутриматочнымъ леченіемъ, зондированіемъ, прижиганіемъ и т. д.

Вторымъ путемъ являются лимфатическіе сосуды. Гонококки были констатированы цѣлыми группами между мышцами матки. Инструментомъ можно поранить слизистую оболочку и привить одновременно *G.-K.*

Третій путь, еще мало изслѣдованный, представляютъ собою кровеносныя сосуды.

В. Отдѣльныя формы перелоа у женщинъ.

1) Vulva и vagina.

Уже давно было извѣстно, что въ дѣтскихъ больницахъ появляется иногда эпидемически упорный вульвовагинитъ. Это пораженіе считали обыкновенно за явленіе золотухи и лечили, такъ какъ въ то время мѣстное леченіе не давало удовлетворительныхъ результатовъ, соляными ваннами, укрѣпляющей діетой, іодомъ и т. д. *Pott*, *Ebstein*, *Stemschneider*, *Skutsch* констатировали гонококковъ при этой формѣ. Клинически выяснены и пути инфекціи. Дѣти, спавшія въ одной кровати съ перелойными матерями, со страдавшей перелоемъ прислугой или съ гувернанткой, у которой имѣлись специфическія бѣли, заболѣвали *Vulvovaginitis gonorrhoeica*.

Skutsch наблюдалъ большую эпидемію, которая была вызвана тѣмъ, что многими дѣтями употреблялась одна ванна и однія простыни. Въ виду мягкости и влажности дѣтскіе половые органы являются весьма подходящей питательной средой для гонококковъ.

У подобныхъ дѣтей на большихъ срамныхъ губахъ, на мѣстѣ ихъ соприкосновенія, нерѣдко замѣчается кольцо засохшаго отдѣленія. При раздвиганіи срамныхъ губъ внутренняя поверхность ихъ, а также *introitus*, оказывается покраснѣвшей и слегка чувствительной. На малыхъ срамныхъ губахъ, на *hymen* имѣется серозная жидкость, смѣшанная съ гнойными хлопьями. Удаливъ гной, мы убѣждаемся, что подобное же отдѣленіе вытекаетъ и изъ влагалища.

У молодыхъ, только что вышедшихъ замужъ женщинъ наблюдаются

почти тѣ же отношенія. Изслѣдуемый палецъ ощупываетъ мягкій, бархатистый, влажный характеръ дѣвственнаго влагалища. До дефлораціи представляетъ влагалище почти характеръ покрытой цилиндрическимъ эпителиемъ слизистой оболочки. Находятъ же при haematokolpos тотчасъ послѣ операціи цилиндрической эпителий, который при послѣдующемъ леченіи вяжущими спринцеваніями приходитъ вкорѣ въ плоскій эпителий.

Если при дефлораціи попадаетъ во влагалище трипперное отдѣленіе, то развивается острый трипперъ съ большимъ количествомъ гноя. Этотъ гной разбѣдаетъ vulvam; послѣдняя представляется сильно покраснѣвшей и опухшей. При раздвиганіи находятъ эрозивныя язвы, которыя находятся нерѣдко на симметричныхъ мѣстахъ.

При остромъ воспаленіи отсутствуютъ острия кондиломы, которыя, очевидно, требуютъ больше времени для своего развитія, чѣмъ гной. Острия кондиломы развиваются лишь въ болѣе позднемъ стадіи болѣзни. Я не берусь сказать, въ хроническомъ или скрытномъ стадіи, такъ какъ острия кондиломы поддерживаютъ раздраженіе, такъ что при большомъ ихъ числѣ имѣется всегда обильное отдѣленіе.

Типичный вульвитъ отсутствуетъ въ томъ случаѣ, если мы имѣемъ дѣло съ многорожавшей, съ болѣе пожилой женщиной, у которой кожа vulvae приняла характеръ наружной кожи. Но и въ данномъ случаѣ имѣется иногда хроническій вульвитъ вслѣдствіе того, что стекающія гнойныя массы вызываютъ зудъ, который ведетъ къ постояннымъ расчесамъ. Развивающаяся такимъ образомъ *Vulvitis pruriginosa* является во многихъ случаяхъ можетъ быть первымъ стадіемъ Kraurosis vulvae.

Съ теченіемъ болѣзни происходитъ воспаленіе Бартолиниевой железы, *Bartholinitis*. Хотя гонококковая инфекція и является первичной причиной воспаленія, но усиленіе бартолинита до образованія большого абсцесса является нерѣдко послѣдствіемъ присоединенія другихъ бактерій, т. е. въ большомъ абсцессѣ находятъ стрепто- и стафилококковъ.

Весьма вѣроятно, но вовсе не доказано, что въ Бартолиниевой железнѣ остается складъ гонококковъ, который растревоживается во время coitus и передаетъ инфекцію.

Но и у многорожавшей съ твердой и сухой поверхностью влагалища развивается Vaginitis gonorrhoeica въ остромъ стадіи. Еще не выяснено окончательно, поражается-ли влагалище вторично съ перелоя шейки, или можетъ отдѣльно поражаться первично. Я полагаю, что послѣднее происходитъ при инфекціи свѣжимъ триппернымъ ядомъ. Я находилъ неоднократно влагалище интенсивно краснаго цвѣта и сильно опухшимъ и наполненнымъ гноемъ, между тѣмъ какъ въ каналѣ шейки имѣлась еще стекловидная пробка. Введеніе цилиндрическаго зеркала было невозможно въ виду сильной болѣзненности. Послѣ очистки замѣчаются группы опухшихъ сосочковъ, можно ощупать гранулезный вагинитъ, причемъ ясно замѣчается, что при дотрогиваніи краемъ зеркала получается небольшое кровотеченіе.

Если острый стадій устраненъ временемъ и промываніями, то хрони-

ческий трипперъ хотя и остается въ шейкѣ, тѣмъ не менѣе подобное влагалище можетъ послѣ coitus, менструаціи или при прекращеніи промываній заболѣть снова остро и подвергаться прежнему острому воспаленію. При микроскопическомъ изслѣдованіи находили въ подобныхъ случаяхъ проростаніе поверхностныхъ слоевъ. Но и въ данномъ случаѣ гонококки проникли въ соединительную ткань.

При такъ называемомъ скрытномъ, или, вѣрнѣе, безсимптомномъ перелоеъ является влагалище мѣстомъ не образованія, а нахождения гноя. Онъ происходитъ отъ эрозій, изъ шейки или изъ матки. Вслѣдствіе этого представляется влагалище блѣднымъ и нормальнымъ.

2) Urethritis.

Если можно судить на основаніи заявленныхъ симптомовъ, то и у женщины поражается обыкновенно сначала мочеиспускательный каналъ, какъ это полагаетъ *Steinschneider*. Уже давно ¹⁾ придавали уретриту патогномическое значеніе для триппера у женщинъ. При изслѣдованіи прижимали уретру къ симфизу и обращали при этомъ вниманіе на *orificium urethrae*. Если уретра ошупывалась болѣе толстой, чѣмъ обыкновенно, если больная чувствовала при этомъ боль, если изъ *orificium urethrae* вытекалъ гной, если больная жаловалась на позывы къ мочеиспусканію и на боль при этомъ, то ставился діагнозъ перелойнаго уретрита. Дѣйствительно, эти симптомы мы должны считать правильными и въ настоящее время.

Но, съ другой стороны, встрѣчается и здѣсь безсимптомный, хроническій стадій, при которомъ давленіемъ пальца не удается ничего констатировать, менѣе всего гной. Но платиновой петлей удается тѣмъ не менѣе удалить небольшое количество жидкости, изъ которой удается получить на подходящей питательной средѣ разводки гонококковъ. Говорятъ, что существуютъ трипперныя стриктуры; я наблюдалъ лишь травматическія. Периуретральные абсцессы мнѣ приходилось вскрывать неоднократно при перелойномъ уретритѣ.

Патогномичными для остраго перелоя представляются случаи, въ которыхъ при давленіи немедленно вытекаетъ гной изъ *orificium internum*. Я того мнѣнія, что это наблюдается не только при остромъ трипперѣ, но иногда и при продолжающемся годами безсимптомномъ перелоеъ.

Типичныя *Carunculae urethrales* не имѣютъ ничего общаго съ трипперомъ. Несомнѣнно доказано существованіе перелойнаго цистита. Во всякомъ случаѣ послѣдній болѣе легкой и рѣдкій, чѣмъ у мужчинъ; именно у женщинъ не наблюдается типичныхъ перелойныхъ поражений пузыря.

3) Трипперъ матки.

Въ остромъ стадіи матка оказывается пораженной лишь во влагалищной части. Portio, какъ и влагалище, представляются интенсивно-крас-

¹⁾ *Siegmund*, Wiener med. Woch., 11, 1852.

наго цвѣта. У нерожавшихъ ясно видно, что границу воспаленія составляетъ наружный маточный зѣвъ. Въ желтомъ гноѣ замѣчается фізіологическая стекловидная слизь шейки. Послѣ промыванія остается слизистая пробка.

Эрозіи наблюдаются весьма часто. Онѣ не являются патогномичными или доказательными для триппера. Развѣ только то, что перелойное воспаление тканей, какъ и другія воспаленія, напр. травматическія, имѣютъ важное этиологическое значеніе для образованія эрозій.

Если леченіе ограничивается промываніями, то трипперъ можно излечить безъ того, что онъ переходитъ въ шейку. Но эта граница на маточномъ зѣвѣ не представляется непреодолимой. Восхожденію способствуетъ уже менструація. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что направленіе тока отдѣленій происходитъ изнутри кнаружи вслѣдствіе движеній рѣсничекъ. Въдренію гонококковъ препятствуетъ и давленіе содержимаго матки. Всѣ эти границы становятся мнимыми, если воспаленіе, раненіе, рюергеіумъ, выкидышъ, даже менструація нарушаютъ рѣсничныя движенія и расширяютъ отверстія. Одинаково нарушается граница въ случаѣ, если зондомъ, шприцемъ, кюреткой, прижигающимъ средствомъ и т. д. вводятся гонококки въ матку отчасти механически, отчасти вслѣдствіе травмъ, чѣмъ способствуется восхожденію перелоя. Большею частью перелойныхъ воспаленій трубъ мы обязаны „радикальному леченію“ дерматологовъ и гинекологовъ.

Если перелой проиякъ въ матку, то имѣется *Endometritis gonorrhoeica*. Она можетъ быть весьма бурнаго характера. Участвуетъ вся слизистая оболочка. Гонококки проникаютъ въ глубину, до мышцъ, даже черезъ послѣднія въ периметріумъ. Нѣтъ ничего удивительнаго, что при этомъ развивается опуханіе матки съ потугообразными болями, перитонической и самостоятельной чувствительностью къ давленію. Боли усиливаются въ особенности въ томъ случаѣ, когда процессъ зашелъ за границу внутренняго трубнаго отверстія и наступаетъ развитіе Salpingitis gonorrhoeicae съ присоединяющимся периметритомъ.

Острый стадій проходитъ, тканями въ глубинѣ разрушаются, всасываются, обезвреживаются гонококки, но въ слизистой оболочкѣ остается хроническій перелой.

Хроническій перелой шейки имѣетъ важное значеніе въ виду того, что играетъ, по всѣмъ вѣроятіямъ, ту же роль, какъ у мужчинъ Urethritis posterior и маленькій трипперный фокусъ позади стриктуры. Если достигнуто совершенно бессимптомное состояніе, значитъ, такъ называемое скрытное состояніе, если женщина оказывается здоровой не только субъективно, но и объективно, такъ какъ не испытываетъ ненормальныхъ ощущеній, не выходитъ отдѣленія, тѣмъ не менѣе могутъ находиться гонококки въ нормальной на видъ стекловидной слизи. Могутъ существовать отдѣльные гонококки, не констатируемые обыкновенными микроскопическими способами, но путемъ культивированія! Въ виду этого всѣми принято, что въ шейкѣ остается скрытный фокусъ перелоя, изъ котораго можетъ

произойти новая вспышка перелоя. Этихъ малочисленныхъ гонококковъ вполне достаточно для инфекціи.

Подозрительными представляются всё случаи, въ которыхъ у бесплодныхъ женщинъ значительно увеличено количество слизи изъ шейки. Слизь имѣетъ въ общемъ стекловидный характеръ, но болѣе обильна, торчитъ изъ *orificium* въ видѣ вязкаго, слегка мутнаго, зеленовато-опаково-непрозрачнаго комка, который не удается удалить ватой. При энергичномъ вытираніи внутренняя поверхность шейки кровоточитъ. Развитіе слизи проникаетъ нерѣдко далеко въ матку, собственно перелой матки старыхъ авторовъ. Это состояніе можетъ продолжаться годами, причемъ больная нисколько не страдаетъ отъ присутствія вязкой слизи. Послѣдствіемъ является бесплодіе.

Я сомнѣваюсь, что скудное гнойное отдѣленіе при *Endometritis atrophicans* у старыхъ женщинъ имѣетъ связь съ перелоемъ; эта форма наблюдается гораздо чаще у многорожавшихъ женщинъ, чѣмъ у страдающихъ бесплодіемъ.

4) *Salpingitis gonorrhoeica*.

Уже выше было нами упомянуто о значеніи перелоя для сальпингита. Легко можетъ быть, что всё сальпингиты, исключая туберкулезныхъ, являются послѣдствіемъ перелоя. Хотя остатки перелоя и представляютъ собою воспалительные продукты, въ которыхъ не имѣется болѣе гонококковъ, но зато другіе кокки, то тѣмъ не менѣе первой причиной патологическихъ измѣненій была перелойная инфекція. Какъ къ травмѣ могутъ присоединиться различныя воспаленія и измѣненія, которыя по прошествіи многихъ лѣтъ не имѣютъ болѣе ничего общаго съ первичнымъ поврежденіемъ, точно такимъ же образомъ и послѣдствія перелоя, остатки, «резидуальный перелой», характеризуются уже не гонококками, а продуктами хроническаго воспаленія.

Это воспаленіе, однако, было вначалѣ типичнымъ съ типичнымъ теченіемъ; вслѣдствіе этого типичны и его продукты. При этомъ резидуальномъ перелоемъ нельзя болѣе констатировать гонококковъ, да и нѣтъ въ этомъ никакой необходимости; связь намъ извѣстна и безъ того.

Необходимо главнымъ образомъ различать двѣ формы. Инфекція произошла или по лимфатическимъ путямъ, напр. черезъ паренхиму матки, или во время *regnum* вслѣдствіе пораненія стѣнки шейки, инфекція равна, и инфекція съ содержащимися одновременно гонококками. Въ подобномъ случаѣ развивается периметритъ. Концы фимбріи склеиваются. Воспаленіе прекращается, но конецъ трубы остается закрытымъ. Вслѣдствіе нарушенія стока образуется *Hydrosalpinx*. Въ гиперэмически-воспалительномъ состояніи тазовыхъ органовъ принимала участіе можетъ быть и слизистая оболочка трубы, такъ что она гиперсецернируетъ и увеличиваетъ такимъ образомъ количество жидкости въ трубѣ. Подобныя гидросальпингиты могутъ оставаться безъ измѣненій годами, но часто вызываютъ сильную боль.

Въ другихъ случаяхъ процессъ болѣе внутренній, восходя по и внутри слизистой оболочки. Гонококки обладаютъ способностью вызывать нагноеніе. Последнее ведетъ къ разрушенію слизистой оболочки, къ инфильтраціи стѣнки, изъ Endosalpingitis развивается Salpingitis—Perisalpingitis и Perimetritis.

Характернымъ представляется утолщеніе стѣнки трубы *Salpingitis isthmica nodosa*. Этотъ процессъ можетъ окончиться выздоровленіемъ. Если подобную трубу удаляютъ, то ее необходимо принципиально удалить цѣликомъ, т. е. вырѣзать и интерстиціальную часть, удаляя при двустороннемъ сальпингитѣ и матку.

И здѣсь происходитъ закрытіе трубы, скопленіе гноя, расширеніе. Во многихъ, однако, случаяхъ конецъ съ фимбриями не закрывается тотчасъ же.

Уже *Nöggerath*'омъ описаны периметриты, переходящіе съ одной стороны на другую; эти периметриты авторъ объясняетъ тѣмъ, что то справа, то слѣва въ полость брюшины попадаетъ капля триппернаго гноя изъ *Morsus diaboli*. Симптомы могутъ быть до того грозными, что невольно появляется мысль о лопнувшей трубной беременности.

Предсказаніе quoad vitam довольно благопріятно. При этихъ перелойныхъ периметритахъ никогда не наступаетъ смерть. *Quoad valetudinem completam* предсказаніе неблагопріятно въ виду того, что при большой продолжительности страданія присоединяются новые вредные моменты, къ каковымъ относятся главнымъ образомъ *coitus* и тѣлесныя напряженія.

Яичникъ принимаетъ, само собою понятно, весьма дѣятельное участіе въ этихъ перелойныхъ воспаленіяхъ; вѣдь имѣется прямой путь черезъ *himbria ovarica* отъ трубы къ яичнику. Въ подобныхъ случаяхъ развиваются яичниковые абсцессы, срощенія и т. д.

У мужчинъ было неоднократно констатировано, что туберкулезъ пузыря является послѣдствіемъ перелойнаго цистита, или, что во всякомъ случаѣ, перелой имѣетъ этиологическое значеніе въ происхожденіи туберкулеза пузыря. Что у женщинъ имѣется подобная же связь, въ настоящее время еще не доказано.

С. Менструація. Беременность. Puerperium.

1. Менструація.

Доказано ежедневнымъ наблюденіемъ, что количество перелойнаго гноя значительно увеличивается послѣ каждой менструаціи, или, выражаясь другими словами: менструація ведетъ къ обостренію перелоя, она ведетъ къ развитію остраго триппера изъ скрытнаго, вызываетъ рецидивы. Перелойное воспаленіе, напр. периметритъ, точно также часто обостряется во время менструаціи.

Объясненіе можно найти главнымъ образомъ въ слѣдующемъ. Во-первыхъ, кровь и кровяная сыворотка или отдѣленіе железъ даетъ болѣе

богатый питательный материал во время менструации; во-вторых, обыкновенно прекращают во время менструации бактерицидные спринцевания, так что размножение гонококков не встрѣчаетъ никакихъ препятствій. Въ виду этого при леченіи необходимо обратить вниманіе больной на то, что во время менструации слѣдуетъ продолжать спринцеванія влагалища, даже болѣе часто.

Но, кромѣ того, менструация приноситъ вредъ еще тѣмъ, что уничтожаетъ границу между полостью матки и влагалищемъ даже у первородящихъ. При лежаніи отдѣленіе застаивается, при перемѣнѣ положенія будетъ затекать и при неэффективности рѣсничныхъ движеній легко попадаетъ въ матку.

2. *Беременность.*

Что беременность способствуетъ развитію перелоа, принято почти всѣми, но это не безусловно вѣрно. Имѣются многія беременныя съ сильными бѣлями, съ весьма сильнымъ опуханіемъ гранулированного влагалища, съ раздраженіемъ пузыря (вслѣдствіе гипереміи) — симптомы какъ при перелоеѣ, даже съ отдѣльными острыми кондиломами, между тѣмъ какъ безусловно не имѣется перелоа. Далѣе, существуютъ несомнѣнные случаи перелоа, доказанные бленнореей глазъ у ребенка, между тѣмъ какъ во время беременности отсутствовали всѣ симптомы, характерные для перелоа.

Если бы ставить діагнозъ исключительно на основаніи симптомовъ, то у беременныхъ мы впадали бы часто въ ошибку. Если бы было правильнымъ ученіе, что при каждой болѣе сильной влажности влагалища долженъ развиваться острый перелоеѣ, то мы не имѣли бы скрытныхъ или бессимптомныхъ перелоеевъ у беременныхъ. Но тѣмъ не менѣе это все-таки наблюдается, какъ доказывается практикой.

3. *Puerperium.*

Существуетъ перелойный периметритъ и параметритъ. По моимъ наблюденіямъ, самыми отчаянными случаями представляются не тѣ, въ которыхъ съ перваго же раза легко констатируются многочисленные кокки. Я не думаю, чтобы во время *puerperium* внутренній путь черезъ матку въ трубы являлся главнымъ инфекціоннымъ путемъ перитонитическаго воспаленія. Если бы это было такъ, то во всѣхъ случаяхъ развился бы периметритъ: вѣдь о преградѣ для гонококковъ въ данномъ случаѣ не можетъ быть и рѣчи. Тѣмъ не менѣе наблюдается громадное развитіе гонококковъ въ пuerperальной маткѣ безъ образованія периметрита.

Наблюденіе, что перелойнымъ периметритомъ заболѣваютъ преимущественно первородящія, говоритъ за то, что вслѣдствіе поврежденія шейки и всасыванія гонококки проникаютъ въ глубину шейки и отсюда по лимфатическимъ путямъ въ *parametrium* и брюшину.

Обстоятельство, что не всегда развивается безплодіе, также говоритъ

за распространіе по лимфатическимъ путямъ. Крімъ того, въ рагаметріумъ никогда не наблюдается совершенно остраго начала, какъ при выхожденіи большихъ количествъ гноя изъ трубы. Съ другой стороны, развивается во время ригрегіумъ часто весьма быстро Руоsаrіпх. Мнѣ пришлось удалить уже по прошествіи 6 недѣль послѣ родовъ 2 перелойныхъ трубныхъ мѣшка, длиною почти въ 10 см.

Невзирая на громадное количество послѣродового гноя и громадное развитіе гонококковъ, часто не имѣется ни лихорадки, ни болѣзненности. Во всякомъ случаѣ, вопросъ о пурперальномъ перелойномъ периметритѣ требуетъ дальнѣйшей разработки.

Salpingitis nodosa не развивается, по моимъ наблюденіямъ, во время ригрегіумъ.

Д. Смѣшанная инфекция.

Когда существовало еще мнѣніе, что гонококкъ развивается исключительно на, внутри и подъ цилиндрическимъ эпителиемъ, приходилось одновременныя, сосѣднія и послѣдующія воспаленія гнойнаго характера объяснять дѣйствіемъ другихъ кокковъ. Но такъ какъ подобныя воспаленія наблюдаются несомнѣнно при перелой и находятся съ нимъ въ причинной связи, то было высказано мнѣніе о существованіи смѣшанной инфекции.

Противъ смѣшанной инфекции приводили главнымъ образомъ два факта: 1) было констатировано, что гонококкъ не допускаетъ развитія другихъ кокковъ, значить, что въ перелойныхъ абсцессахъ имѣются чистыя разводки гонококковъ. 2) Было найдено, что гонококкъ можетъ развиваться и въ соединительной ткани, и на брюшинѣ и образовывать гной.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что гонококкъ, въ особенности въ закрытыхъ полостяхъ, быстро истощаетъ питательную среду. Волѣе чѣмъ въ половинѣ всѣхъ случаевъ руоsаrіпх, безусловно перелойнаго происхожденія, не находятъ гонококковъ даже путемъ производства разводокъ, а лишь стерильный гной. Весьма важное и благопріятное обстоятельство относительно предсказанія при операціи.

Нисколько не противорѣчитъ біологическимъ законамъ бактерій, что, если погибъ одинъ видъ, можетъ на истощенной для одного вида почвѣ развиваться другой видъ. Такимъ образомъ не получается симбіоза, одновременнаго развитія, а «переменная флора».

Выражаясь практически: послѣ умиранія гонококковъ поселяются въ воспалительно измѣненныхъ тканяхъ стрептококки, стафилококки, въ особенности же bacterium coli.

Предположимъ, что Вартолиніева железа инфицирована гонококками и воспалительно измѣнена; вслѣдствіе расширенія выводнаго протока, повышенной вслѣдствіе опуханія равности, подобная железа можетъ инфицироваться стрептококками и подвергаться острому нагноенію.

Выше было упомянуто, что гонококкъ прямо подготавливаетъ почву для туберкулеза пузыря.

Е. Ослабленная вирулентность.

Несомнѣнный фактъ, что перелойное поражение женщины далеко не даетъ столь типичныхъ симптомовъ и не представляетъ столь типичнаго теченія, какъ перелой у мужчинъ. У женщинъ имѣется даже двѣ картины болѣзни: остро начинающійся острый трипперъ и начинающійся, повидимому, безъ симптомовъ и остающійся скрытымъ трипперъ. Между обѣими формами существуетъ громадное различіе, между тѣмъ какъ у мужчинъ каждый трипперъ протекаетъ при одинаковыхъ почти симптомахъ.

Хотя и не существуетъ болѣзни, которая не проявлялась бы и въ очень тяжелой, и въ очень легкой формѣ, тѣмъ не менѣе вышеприведенный фактъ не выясняется степенью интенсивности.

Въ виду этого многими авторами высказано слѣдующее мнѣніе: хроническій, скрытый, почти бессимптомный трипперъ вызываетъ вслѣдствіе инфекции снова подобную же незначительную болѣзнь; сильный, острый трипперъ вызываетъ при инфекціи столь же интенсивную болѣзнь. Значить, было высказано предположеніе, что ослабленные гонококки или съ ослабленной вирулентностью, развиваются на той почвѣ, куда они перенесены, такими же ослабленными, слабо вирулентными гонококками.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что подобное мнѣніе не мыслимо на основаніи научныхъ данныхъ, хотя въ пользу его и говорятъ, повидимому, многіе факты.

Скорѣе мы должны допустить, что сложность условий у женщинъ обуславливаетъ разнообразіе картины болѣзни.

У мужчинъ поражается всегда мочеиспускательный каналъ; вслѣдствіе восхожденія процесса заболѣваютъ вторично сѣменеродные органы.

У женщинъ мочеиспускательный каналъ поражается не во всѣхъ случаяхъ. Участіе vulvae и vaginae тоже непостоянно, находясь въ зависимости отъ того, имѣемъ-ли мы дѣло съ ребенкомъ, дѣвицей, нерожавшей, многорожавшей, беременной или родильницей.

У многорожавшей можетъ поражаться исключительно шейка матки. Въ подобномъ случаѣ отсутствуютъ вообще всѣ субъективные симптомы. Больная даже не подозрѣваетъ, что она больна. Имѣется лишь истеченіе, которое, можетъ быть въ болѣе слабой степени, существовало уже раньше. Трипперъ бессимптомный, ограниченный лишь шейкой, слабое, мало значущее поражение.

Болѣе неблагоприятнымъ представляется случай, когда перелой распространяется на полость матки. Въ подобныхъ случаяхъ заболѣваетъ внутренняя поверхность матки, паренхима и покровъ. Въ концѣ концовъ развиваются опухоли придатковъ. Каждое изъ этихъ пораженій характеризуется извѣстными симптомами, которые относятся болѣе къ органамъ, чѣмъ къ перелою.

Въ виду такого громаднаго различія, никогда нельзя ожидать

всегда одной и той же типичной картины болѣзни, но анализированіемъ объективныхъ, индивидуальныхъ условій въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ всегда можно найти объясненіе каждой отдѣльной картины болѣзни.

Безсимптомный трипперъ можетъ стать острымъ какъ у женщины, такъ и у мужчины, вслѣдствіе полового раздраженія.

Далѣе, отъ бессимптомнаго триппера жены можетъ мужъ заразиться острымъ типичнымъ трипперомъ и, наоборотъ, жена отъ мужа.

Значитъ, нѣтъ никакой необходимости предполагать, что существуетъ весьма различная вирулентность съ ея послѣдствіями, и что интенсивность болѣзни заражаемаго всегда должна отвѣчать интенсивности болѣзни заражающаго.

Въ доказательство крайняго разнообразія перелойныхъ заболѣваній у женщины я приведу слѣдующую статистику: Несомнѣнно были найдены гонококки изъ 100 случаевъ: въ уретрѣ 80 %, при бессимптомномъ трипперѣ 45 %, во влагалищѣ 15 %, въ Бартолиновыхъ железахъ 30 %, въ шейкѣ 60 %, въ маткѣ 20 %.

Труба была поражена въ среднемъ въ 35 %, операція была произведена въ 15 %, въ 6 % этихъ случаевъ имѣлись еще гонококки.

Ф. Остатки перелоя.

Даже послѣ полного исчезанія специфическаго возбудителя болѣзни, остаются въ теченіе многихъ лѣтъ и даже всей жизни, разстройствъ, разрушенія, обусловленныя гонококками.

На первомъ мѣстѣ стоитъ бесплодіе вслѣдствіе сросеній, смѣщеній, перегибовъ трубы. Такъ называемое бесплодіе однимъ ребенкомъ зависитъ весьма часто отъ весьма слабаго, едва поддающагося распознаванію перелойнаго периметрита. Остаются разрушенія на внутренней поверхности трубы, начиная отъ потери рѣсничнаго эпителія до превращенія въ *sacculi*, далѣе сплоченныя опухоли при участіи яичниковъ, периметритъ съ отложеніями, склеиванія, спайки кишекъ, фиксированіе матки и т. д.

Мы, гинекологи, не сомнѣваемся, что во многихъ случаяхъ старыхъ гинекологическихъ периметритическихъ страданій причину составляетъ перелойная инфекція, хотя о нахожденіи гонококковъ не можетъ быть болѣе и рѣчи.

Г. Симптомы и теченіе.

Въ предыдущемъ, ради связи, было неоднократно упомянуто о симптомахъ, такъ что здѣсь можно говорить о нихъ лишь вкратцѣ.

Если во время *coitus* (въ особенности при *defloratio*) попадаютъ гонококки во влагалище, то наступаетъ острое воспаленіе. Наступаетъ развитіе обильнаго количества гноя. Влагалище становится весьма чувствительнымъ, цвѣтъ его интенсивно красный, прощупываются группы опухшихъ сосочковыхъ тѣлъ, которыя видны и при помощи зеркала. *Coitus* становится невозможнымъ вслѣдствіе болѣзненности. Вслѣдствіе стеканія

гноя vulva разъѣдается, между срамными губами развиваются эрозивныя язвы. Мочеиспусканіе становится болѣзненнымъ. Вытекающій изъ влагляща гной вначалѣ желтый, густой, имѣеть специфическій запахъ, содержитъ небольшое количество крови. Впослѣдствіи гной становится болѣе жидкимъ, имѣеть болѣе сѣровато-бѣлый цвѣтъ.

Съ теченіемъ болѣзни наступаетъ нерѣдко нагноеніе Бартолиновой железы. Можетъ присоединиться стрептококковая инфекція флегмонознаго или рожистаго характера. При этомъ соответствующая срамная губа значительно опухаетъ, становится красной, болѣзненной, при явленіяхъ лихорадки развивается абсцессъ, величиною въ кулакъ. Больная не въ состояніи ходить и сдвинуть ноги.

Трипперъ прямой кишки наблюдается помимо педерастіи болѣе часто, чѣмъ это обыкновенно предполагають. Инфекціи способствуютъ можетъ быть геморроидальныя шишки. Въ подобныхъ случаяхъ развиваются язвы въ прямой кишкѣ и вокругъ нея. Я наблюдалъ при переломѣ перипроктитическіе абсцессы, даже разрывленія кишки и задняго прохода. Вблизи мочеиспускательнаго канала иногда развиваются при переломѣ уретры паравагинальные абсцессы.

Если трипперъ распространяется на матку, то послѣдняя становится чувствительной къ давленію, часто ясно увеличенной и мягкой. Наступаютъ потугообразныя боли. Pelveoperitoneum становится болѣзненнымъ. При Salpingitis наступаютъ боли въ области трубы. Вслѣдствіе растяженія трубы эти боли представляютъ нерѣдко потугообразный характеръ.

Теченіе перелойнаго сальпингита и периметрита имѣеть патогномоническій діагностическій признакъ: частые рецидивы и переходъ болей и образованія эксудата съ одной стороны на другую. Гдѣ капля гноя вытекаетъ изъ расширенной трубы или вслѣдствіе повышеннаго внутренняго давленія, дѣйствуетъ тамъ она инфекціонно. Такимъ образомъ развивается воспаленіе то слѣва, то справа. Можно было бы предположить, что въ этомъ кроется нѣчто вродѣ излеченія. Воспаленія, заканчивающіяся сращеніями, закрываютъ въ концѣ концовъ отверстіе трубы. Этимъ предупреждается во многихъ случаяхъ развитіе новыхъ перитонитовъ. Это можетъ быть и вѣрно, но разстройства тѣмъ не менѣе остаются. Теперь расширяется труба ея содержимымъ. Характерная извилистость исчезаетъ, получается трубка, весьма похожая на кишку, величиною и толщиною въ палецъ. Стѣнка трубы утолщается какъ въ соединительнотканной части— появляются бѣловатыя опуханія на маткѣ, на-подобіе маленькихъ міомъ— такъ и въ абдоминальной части (Salpingitis nodosa). Воспаленіе брюшины вызывается также вслѣдствіе перехода воспаленія черезъ стѣнку трубы: ruosalpinx становится неподвижнымъ вслѣдствіе сращеній. Яичникъ также принимаетъ участіе. Абсцессы могутъ развиваться какъ въ фолликулахъ, такъ и между пластинками широкой связки. Въ концѣ концовъ находятъ сплоченныя опухоли, величиною въ кулакъ.

Менструація становится при этомъ иногда весьма болѣзненной. По-

временамъ, въ особенности внезапно послѣ тѣлесныхъ напряженій и coitus появляются лихорадочные пельвеоперитониты. Въ эксудаты можетъ проникнуть *bacterium coli*. Страдаетъ расположеніе духа. Неврастенія, истерія, дѣйствительныя и воображаемыя боли сильно ослабляютъ организмъ. Цвѣтущая до брака дѣвушка становится въ нѣсколько лѣтъ нервной, истеричной, ослабленной женщиной.

Извѣстный фактъ, что безплодіе брака находится въ тѣсной причинной связи съ трипперомъ. Если мужъ перенесъ двустороннее воспаленіе яичка или придатка, то пораженное яичко не продуцируетъ способныхъ къ оплодотворенію сперматозоидовъ. Въ виду этого необходимо во всѣхъ случаяхъ безплодія изслѣдовать сначала сѣмя мужа. Въ мочѣ подобнаго мужа находятъ нерѣдко такъ называемыя трипперныя нити, тоненькія, бѣловатыя, плавающія въ мочѣ, скрученныя слизистыя массы, въ которыхъ можно констатировать эпителий мочеиспускательнаго канала и гонокки. Въ сѣмени часто не находятъ сперматозоидовъ (аспермія), или лишь нѣсколько штукъ, малоподвижныхъ, не совершенно правильной формы.

У женщинъ причиной безплодія служатъ тоже вторичныя пораженія. Незирая на острый или хроническій трипперъ, женщина можетъ тѣмъ не менѣе зачать. Если, однако, поражены трубы, то имѣются механическія препятствія для зачатія. Но и эти случаи не представляются безусловно безнадежными, на что я желаю обратить особое вниманіе. При безплодіи ставится часто ошибочно предсказаніе какъ въ ту, такъ и въ другую сторону. У меня имѣются замѣтки о многихъ случаяхъ, въ которыхъ имѣлись двусторонніе эксудаты перелойнаго происхожденія и въ которыхъ, незирая на это, наступала беременность по прошествіи многихъ лѣтъ.

Фактъ, что перелой обуславливаетъ безплодіе, подтверждается лучше всего безплодіемъ публичныхъ женщинъ: $\frac{2}{3}$ всѣхъ публичныхъ женщинъ страдаютъ безплодіемъ. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что причиной подобнаго безплодія является перелой. Впрочемъ, довольно высокій % падаетъ на послѣдующія болѣзни, обусловленныя вытравленіемъ плода.

При уретритѣ имѣется дающій симптомы острый и безсимптомный хроническій стадій. Острый стадій, характеризующійся болями и жженіемъ при мочеиспусканіи, проходитъ довольно быстро, даже безъ леченія. Тѣмъ не менѣе, незирая на то, что больная чувствовала себя совершенно хорошо, удавалось годами получить платиновой петлей гонокковокъ изъ мочеиспускательнаго канала.

До діагностической манипуляціи необходимо осторожно и весьма тщательно очистить *osificium urethrae*, чтобы быть убѣжденнымъ, что гной дѣйствительно происходитъ изъ уретры. Рядомъ съ *osificium externum urethrae* имѣются маленькія крипты, изъ которыхъ тоже удается выдавить гной. Эти крипты удается иногда видѣть и прощупать въ видѣ маленькихъ опуханій въ 2—3 мм. въ діаметрѣ.

Перелойный циститъ не даетъ специфическихъ симптомовъ.

Несомнѣнный фактъ, что даже послѣ весьма удачнаго леченія трипперъ принимаетъ повременамъ совершенно острый характеръ. Примѣняютъ, напр., въ теченіе 3 недѣль весьма тщательное леченіе. Прекращается всякое отдѣленіе, во многихъ случаяхъ не находятъ гонококковъ во взятой изъ шейки и мочеиспускательнаго канала слизи. По прошествіи нѣсколькихъ недѣль эта женщина возвращается снова съ трипперомъ! Влагалище наполнено снова желтымъ, сливкообразнымъ гноемъ! Это объясняютъ различнымъ образомъ: напр. тѣмъ, что въ мочеиспускательномъ каналѣ и въ каналѣ шейки остаются гонококки довольно долго, или что полость матки даетъ снова отдѣленіе. Если удачно была пользована и матка, то гной можетъ еще стекать внизъ изъ трубъ. Если подобная «реинфекція» представляется невѣроятной, то мужъ могъ сохранить трипперъ и заразить жену снова: *superinfectio*; но можетъ наблюдаться и обратное. По моему мнѣнію, нѣтъ необходимости объяснять натяжками. Развѣтвленія железъ шейки проникаютъ до того глубоко въ ткани, что ни однимъ лекарствомъ не удастся проникнуть въ каждую пазуху, каждый *recessus*, во всѣ углы и концы железъ. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что здѣсь остаются жизнеспособные гонококки, не поддерживающіе специфическаго гнойнаго воспаленія. Находятъ же гонококковъ въ совершенно нормальномъ на видъ, чисто фізіологическомъ стекловидномъ отдѣленіи шейки.

Обостренія триппера наступаютъ почти всегда послѣ возобновленія *coitus* или при наступленіи менструаціи. Менструальное разрыхленіе или гиперемія вслѣдствіе полового возбужденія и механическаго раздраженія, ведутъ къ пропитыванію влагой и размягченію эпителія. Съ увеличеніемъ влажности и разрыхленія увеличивается питательный матеріалъ, что въ свою очередь способствуетъ разрастанію гонококковъ.

Н. Диагнозъ.

Диагнозъ ставится на основаніи анамнеза, симптомовъ и констатированія гонококковъ.

Если мужъ признается, что перенесъ трипперъ, то связь становится ясной. Интереснымъ представляется иногда переселеніе гонококковъ. Въ одномъ деревенскомъ семействѣ дѣдъ заплучилъ трипперъ во время базара и заразилъ служанку, отъ которой трипперъ перешелъ на всѣхъ мужскихъ членовъ семьи, отъ нихъ на женъ и отъ послѣднихъ на дѣтей. Въ концѣ концовъ оказались пораженными перелоемъ 24 человекъ различнаго возраста. Часто даетъ анамнезъ характерные симптомы и у женщинъ: появляющееся внезапно въ началѣ брака сильное отдѣленіе, боль, невозможность *coitus*, жженіе при мочеиспусканіи, симптомы катарра пузыря; всѣ эти явленія можно объяснить лишь перелойной инфекціей. Если женщина вспоминаетъ объ этихъ симптомахъ еще по прошествіи многихъ лѣтъ, то заболѣваніе было весьма сильнымъ. Незначительныя разстройства забываются очень быстро.

Для болѣе точнаго и вѣрнаго діагноза необходимо констатированіе

гонококковъ. Всѣ анамнестическія данныя мало надежны. Врачу, которому задается вопросъ, слѣдуетъ-ли жениться мужчиной, страдавшему перелоемъ, приходится произвести весьма тщательное микроскопическое изслѣдованіе. Часто приходится наблюдать, что мужчина не отвергаетъ, что имъ былъ перенесенъ трипперъ, но заявляетъ одновременно, что врачъ объявилъ его совершенно здоровымъ. Если разспрашивать дальше, то оказывается, что врачомъ былъ осмотрѣнъ репіс и произведено давленіе на головку. Этого безусловно недостаточно; больной долженъ подвергнуться клиническому леченію и состояніе его здоровья должно быть опредѣлено венерологомъ. Въ судебно-медицинскихъ случаяхъ имѣетъ значеніе лишь констатированіе гонококковъ.

Было рекомендовано нѣсколько способовъ открытія гонококковъ. Берется капля подозрительнаго отдѣленія, распределяется по предметному стеклышку, высушивается надъ спиртовымъ пламенемъ, послѣ чего окрашивается растворомъ метиленовой синьки. Препараты промываютъ водою, снова высушиваютъ, наносятъ на препаратъ каплю масла и изслѣдуютъ подъ микроскопомъ (иммерсія). Въ большинствѣ случаевъ достаточно этого способа. Важно то, что гонококки лежатъ кучками, группами или въ самыхъ клѣткахъ или между ними. Эти, именно, кучки диплококковъ имѣютъ рѣшающее значеніе для діагноза. При свѣжемъ трипперѣ приготовленіе препаратовъ крайне легко.

Болѣе трудно рѣшить вопросъ при старомъ, такъ называемомъ скрытномъ трипперѣ. Въ данномъ случаѣ одинъ диплококкъ не представляется доказательнымъ. Въ виду этого были примѣняемы различные способы окрашивания, причемъ оказалось, что способъ *Gram*'а имѣетъ рѣшающее значеніе. На высушенный препаратъ дѣйствуютъ въ теченіе 30 минутъ растворомъ анилингенціанвиолета. Споласкиваніемъ удаляютъ красящее вещество, послѣ чего препаратъ смачиваютъ въ теченіе 5 минутъ растворомъ іода въ іодистомъ кали. Обезцвѣтивъ препаратъ алкоголемъ, послѣдній смываютъ водою, препаратъ высушиваютъ и окрашиваютъ Бисмаркбраунъ или разведеннымъ *Löffler*'овскимъ растворомъ метиленовой синьки.

Безусловно рѣшающее значеніе имѣетъ способъ производства разводекъ по *Wertheim*'у. Мнѣ заявилъ одинъ врачъ, страдавшій перелоемъ, что имъ были произведены многочисленныя прививки триппернаго отдѣленія на роговичу кроликовъ, но безъ всякаго успѣха. Въ виду этого онъ считалъ себя здоровымъ, и тѣмъ не менѣе заразилъ свою жену.

Представляется-ли опухоль придатка перелойнаго, туберкулезнаго или пуперального происхожденія, можно опредѣлить лишь на вырѣзанномъ препаратѣ, и то не во всѣхъ случаяхъ.

1. Леченіе остраго триппера.

Леченіе остраго триппера должно принципиально быть влагалищнымъ. Внутриматочныя манипуляціи, прижиганія, зондированія и т. п. совершенно неумѣстны и опасны для жизни—не прямымъ, но косвеннымъ образомъ.

Внутриматочнымъ леченіемъ вгоняють гонококковъ въ матку, зондъ вызываетъ раненія, такъ что гонококки могутъ распространяться по двумъ путямъ, восходить по и внутри слизистой оболочки и проникать въ глубину по лимфатическимъ сосудамъ.

Совершенно неправильно мнѣніе и надежда оказать вліяніе на гонококковъ выскабливаніемъ и весьма сильными прижиганіями.

Расширеніе матки и входеніе въ нее прижигающими средствами, въ особенности на амбулаторномъ приѣмѣ, приноситъ громадный вредъ и безусловно не ведетъ къ излеченію триппера.

При остромъ трипперѣ противопоказуется всякое гинекологическое внутриматочное или интрацервикальное леченіе. Опасными представляются и неосторожныя влагалищныя спринцеванія. Выше было мною доказано, что вода, вгоняемая во влагалище сильной струей, попадаетъ въ матку; въ виду этого сильная струя воды можетъ вгонять кверху, въ матку, гонококковъ. Мнѣ пришлось неоднократно наблюдать развитіе перелоя матки тотчасъ послѣ энергичныхъ спринцеваній влагалища.

Леченіемъ можно преслѣдовать двѣ цѣли:

1. Нужно отнять у гонококка питательную среду и слѣлать послѣднюю неудобной для прониканія гонококковъ въ глубину.

2. Нужно уничтожить гонококковъ.

Для этой цѣли пригоднымъ оказывается всякое дезинфицирующее и вяжущее средство. Но нѣкоторыя средства оказались особенно пригодными. Если прописать хлористаго цинка и воды по 250 грм. и разбавить 20 грм. этого раствора 1 литромъ воды, то получается 1% растворъ. Этимъ растворомъ дѣлають спринцеванія 3 раза въ день, съ промежутками въ 8 часовъ; спринцеванія дѣлають лежа въ постели и при весьма слабомъ давленіи. Послѣ спринцеванія больная должна остаться въ постели еще въ теченіе $\frac{1}{2}$ часа, удерживая такимъ образомъ остатки жидкости во влагалищѣ. Значить, 500 грм. достаточно на 25 спринцеваній, т. е. на 1 недѣлю. Самое меньшее дѣлають 3 спринцеванія въ сутки. Болѣе дѣйствительными оказываются 4—5 спринцеваній. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что 1—2 спринцеваніями въ сутки не удастся убить гонококковъ. Можно съ положительностью сказать, что трипперъ влагалища проходитъ послѣ подобныхъ спринцеваній. Онъ можетъ держаться еще въ шейкѣ или въ уретрѣ, но симптомъ бѣлей устраненъ. Больная считаетъ себя здоровой.

Въ видѣ послѣдующаго леченія я назначаю еще въ теченіе 14 дней, въ особенности во время менструаціи, 3 раза въ день спринцеваніе растворомъ Нудгаруги охусуанаті 1:1000. Это средство дѣйствуетъ хорошо въ виду того, что имъ не свертывается бѣлокъ; это доказано опытомъ. Нудгаругаш охусуанатум имѣется въ продажѣ въ формѣ (синихъ) лепешекъ по 1 и 1 $\frac{1}{2}$ грм.

Для «послѣдующаго» леченія можно назначать и другія, кисло реагирующія средства, напр. борную кислоту. Долгое время я искалъ для промываній средство, дешевое, не ядовитое, кислое, легко растворимое,

прозрачное, не прижигающее. Кислая реакція необходима для убіенія бактерій, прозрачность раствора — чтобы больная могла убѣдиться, имѣются-ли еще бѣли.

Въ послѣднее время мы получили хорошее средство въ *Aluminium aceticotartricum*, которое въ продажѣ имѣется подѣ именемъ *Alsolum*; это хорошо и легко растворяющаяся соль. Растворъ: *Alsoli 100 solve in aqua frigida 100, adde Acidi acetici 10*, имѣется въ продажѣ подѣ названіемъ *Liquor Alsoli*; къ водѣ прибавляютъ 30 грм.

Я считаю необходимымъ, даже по исчезаніи всѣхъ симптомовъ, продолжать спринцеванія 2 раза въ день въ теченіе не менѣе 4 недѣль. Во время менструаціи не слѣдуетъ прекращать спринцеванія; это имѣетъ громадное значеніе. Больной наказываютъ, что какъ только покажется снова отдѣленіе, немедленно приступитъ опять къ леченію, въ особенности спринцеваніями растворомъ хлористаго цинка. Во всякомъ случаѣ, больная должна въ теченіе года производить къ концу менструаціи промываніе растворомъ *Hydragryi oxysulphati*, въ теченіе нѣсколькихъ дней. Эта предосторожность имѣетъ громадное значеніе, такъ какъ именно послѣ менструаціи возможно снова разрастаніе гонококковъ, попавшихъ случайно на поверхность изъ глубины железы.

Растворы *Argenti nitrici*, *Argonini Protargoli* и *Ichthargani* пользуются заслуженной славой убивающихъ гонококковъ средствъ. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что *Argentum nitricum* дѣйствуетъ специфически при трипперѣ, одинаково какъ ртуть при сифилисѣ.

При остромъ, однако, трипперѣ, я предпочитаю хлористый цинкъ, такъ какъ этимъ средствомъ устраняется перелой влагалища, измѣняется питательная среда, вслѣдствіе чего становится невозможнымъ дальнѣйшее прониканіе гонококковъ.

Если растворъ хлористаго цинка вызываетъ жженіе, то я назначаю слѣдующее: сначала употребляютъ весьма слабый растворъ, напр. 0,5:1000, послѣ чего повышаютъ ежедневно концентрацію раствора, такъ что черезъ 2—3 дня достигается 1% растворъ. Если хлористый цинкъ не переносится и при этомъ способѣ, то я перехожу къ формалину, который обладаетъ одинаковымъ дѣйствіемъ.

Часто я наблюдаю, что больная, которая подвергалась леченію тотчасъ послѣ появленія триппера, совершенно выздоравливала при подобномъ простомъ способѣ леченія.

При *Urethritis acuta* я тоже не дѣйствую инструментально. Я заставляю пить много воды для достиженія частаго мочеиспусканія. Больной наказываютъ мочиться не рѣже одного раза въ часъ.

Если мочеиспусканіе болѣзненно въ теченіе продолжительнаго времени, то изслѣдуютъ мочу и направляютъ леченіе противъ имѣющагося цистита. При сильномъ жженіи въ уретрѣ можно впрыснуть, при помощи моего шприца (рис. 70), кокаинъ 1:10, *Argentum* 1:1000, *Protargolum* 3—5:100, *Larginum* 2—5:100, *Ichtharganum* 1:1000. Внутрь назначаютъ салоль

и Analgesin и камфорную кислоту безъ или съ кокаиномъ 3—4 раза въ день!

Еще нѣсколько словъ объ общемъ леченіи: при остромъ трипперѣ больная должна оставаться въ комнатѣ, должна по возможности лежать, принимать ежедневно ванны, обмывать утромъ и вечеромъ (въ постели) половыя части; необходимо слѣдить за дѣйствіемъ желудка. Само собою понятно, что необходимо воздержаться отъ coitus.

2. Лечение хроническаго триппера.

Больная имѣетъ желаніе освободиться, наконецъ, отъ крайне мучительныхъ бѣдъ.

Здѣсь необходимо сначала выяснитъ вопросъ: отчего возвращаются постоянно бѣды? Если причиной является заразительный coitus, то леченію необходимо подвергнуть мужа. Если женщина была излечена спринцеваніями или достигнуто во всякомъ случаѣ полное исчезаніе симптомовъ, то при возобновленіи процесса она повторитъ леченіе, даже не спрашивая врача.

Если гнойъ происходитъ изъ полости матки, то весьма нераціонально систематическое выскабливаніе во время пріема. При многихъ операціяхъ на придаткахъ выяснено анамнезомъ, что врачъ спеціалистъ выжигалъ во время пріема 15—20 разъ хлористымъ цинкомъ. Этимъ не достигается излеченіе перелойнаго эндометрита, но зато развиваются крайне легко пораженія придатковъ.

При мѣстномъ леченіи перелойнаго эндометрита необходимо быть болѣе осторожнымъ, чѣмъ при всякомъ другомъ леченіи. Главнымъ образомъ слѣдуетъ примѣнять способы, которыми можно достигнуть постояннаго дѣйствія на слизистую оболочку.

Первымъ долгомъ необходимо освободить влагалище отъ кокковъ. Это достигается тѣмъ, что больную оставляютъ въ постели, чтобы «внутренняя повязка» осталась *in situ*. Vulva осматривается въ боковомъ положеніи и послѣ сидячей ванны очищаютъ весьма тщательно складки между срамными губами, въ особенности на клиторѣ. Влагалище тщательно дезинфицируется при помощи дырчатаго Sims'овскаго желоба. Слизь изъ шейки удаляется при помощи энергичнаго промыванія. Послѣ этого тампонируютъ влагалище довольно туго, такъ что оно совершенно растягивается. Для этого берутъ полоски марли, смоченныя растворомъ ляписа 1 : 100 или Ichthargani 1 : 1000. Бѣлковые препараты серебра: Protargolum, Argoninum, Larginum, Albarginum 1 : 100 раздражаютъ менѣе сильно, чѣмъ ляписъ. Полоски туго обматываются вокругъ portio. Выполняется и cervix. Ежедневная перемѣна послѣ промыванія. На 3 день: расширеніе матки при помощи laminaria. Съ 4-го дня ежедневно промываніе полости матки: стеклянный катетеръ, растворъ ляписа 1 : 500, каждый разъ не менѣе $\frac{1}{2}$ литра. Послѣ промыванія вставляютъ въ полость матки медленно такую палочку съ 5% аргонина или ихтаргана.

Промываніе дѣйствуетъ нѣсколько минутъ. Медикаменты быстро всасы-

ваются или исчезаютъ. Постояннаго дѣйствія мы достигаемъ тающими палочками или мазями. Мазь слишкомъ быстро выжимается изъ матки вслѣдствіе внутренняго давленія, вслѣдствіе чего я охотнѣе вставляю тающія палочки. Для постояннаго дѣйствія во влагалищѣ болѣе пригодной оказывается мазь. Она хорошо распределяется во влагалищѣ и держится хорошо. Арговинъ можно примѣнять къ *portio* и *in substantia*.

При своеобразной формѣ хроническаго перелоа у матки безплодныхъ женщинъ, при которомъ вытекаетъ изъ матки мутноватое, слизистое, вязкое, обильное отдѣленіе, я достигалъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ излеченія, и даже устраненія безплодія. Матка была расширена, послѣ чего недѣлями полость матки промывалась при помощи маточнаго катетера. Подобное леченіе требуетъ много терпѣнія, ибо при этой именно формѣ триппера железистый эпителий оказывается измѣненнымъ до самаго дна, такъ что успѣхъ имѣетъ лишь продолжительное, нѣжное, внимательное леченіе.

При послѣдующемъ леченіи довольно безразлично, какое средство будетъ примѣнено. Одинаково дѣйствуютъ ихтіолъ, *Cuprum sulfuricum*, хлористый цинкъ и другія средства. Но зато послѣдующее леченіе необходимо продолжать въ теченіе недѣль и даже лѣтъ.

Весьма часто приходится наблюдать, что горячія спринцеванія устраняютъ иногда довольно быстро эрозіи и эксудаты. На это было обращено вниманіе уже *Emmet*'омъ.

Каждая терапевтическая процедура начинается съ леченія уретры и заканчивается ею, т. е. до приступленія къ леченію матки впрыскиваютъ при помощи моего шприца въ уретру растворъ ляписа или ихтаргана и повторяютъ подобное впрыскиваніе послѣ окончанія излеченія матки.

Необходимо осмотрѣть и окрѣжность уретральнаго отверстія. Часто оказываются крипты покрасѣвшими, какъ это описалъ *Sänger*; въ подобномъ случаѣ дѣлаютъ лучше всего прижиганіе *Paquelin*'омъ. Вслѣдствіе этого запусѣваютъ и сростаются ходы.

Если имѣется циститъ, то всегда дѣлаютъ предварительно промываніе пузыря. Для достиженія продолжительнаго дѣйствія въ уретрѣ, вставляютъ послѣ промыванія пузыря, а также послѣ леченія уретры, уретральную палочку.

Я долженъ, однако, сознаться, что даже послѣ подобнаго леченія наступаютъ рецидивы, и что даже въ случаяхъ, въ которыхъ послѣ 2—3 изслѣдованій не удавалось констатировать гонококковъ, получались по прошествіи мѣсяцевъ гонококки въ препаратахъ изъ слизи шейки.

О леченіи остатковъ перелойнаго пораженія мною было сказано въ соотвѣтствующей главѣ.

ГЛАВА СЕМНАДЦАТАЯ.

Присуція женщинамъ страданія кишекъ.

А. Хроническій запоръ.

При описаніи гинекологическихъ болѣзней мы упоминали неоднократно о хроническихъ запорахъ у женщинъ. Эти запоры могутъ вызываться различными причинами. Самой главной причиной представляется венозная застойная гиперемія, которая оказываетъ вліяніе на нервную дѣятельность. Можетъ причиной служить и катарръ толстой кишки. Запоръ можетъ обусловливаться и тѣмъ, что вслѣдствіе сильной потери крови страдаютъ ганглии толстой кишки, или тѣмъ, что при сильныхъ потеряхъ крови усиливается всасываніе въ толстой кишкѣ и высыхаетъ ея содержимое. Отлично извѣстно, что при дефекаціи громадную роль играютъ нервы. Существуютъ нервные поносы—типичные у женщинъ во время менструаціи. Одинаково существуютъ запоры, смѣняющіеся поносами. При внезапно появляющихся и быстро проходящихъ поносахъ прекращается, повидимому, подъ вліяніемъ нервовъ всасывающая способность толстой кишки. Обстоятельство, что эти именно испражненія часто сильно зловоннаго запаха, говоритъ за процессы разложенія, которые слѣдуетъ принять за послѣдствіе расстройства всасыванія.

Запоръ наблюдается и какъ послѣдствіе энтероптоза вообще. При занимающихъ много мѣста опухоляхъ на, внутри и около кишечника: retroflexio, міома, ракъ яичника, представляется запоръ механическимъ.

Далѣе этиологическое значеніе имѣетъ чрезмѣрное растяженіе толстой кишки, безразлично, вызвано-ли оно привычными запорами или злоупотребленіемъ клизмами. Существуютъ запоры вслѣдствіе атоніи кишекъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ хроническій запоръ можетъ быть болѣе факультативнаго характера, или находится въ связи съ болями въ тазу, или съ болями при актѣ дефекаціи.

Имѣются симптомы, которые всецѣло зависятъ отъ запора и даютъ картину гинекологическаго страданія. Такимъ образомъ приходится наблюдать многочисленные случаи, въ которыхъ выдѣляется ежедневно небольшое количество кала, такъ что атрулла гестіи или часть кишки надъ сфинктеромъ (третьимъ) остается сильно наполненной.

Послѣ истощающихъ болѣзней, сопровождающихся сильной мышечной слабостью, напр. въ періодѣ выздоровленія послѣ тяжелаго пуэрперальнаго перитонита, или у старыхъ истощенныхъ женщинъ совершенно прекращается дѣйствіе брюшного пресса, вслѣдствіе чего калъ залеживается въ нижнемъ отрѣзкѣ кишки. «Большая испражняется въ толстую кишку», а не снаружи. Жидкость всасывается, калъ образуетъ каловой камень,

который постепенно все увеличивается. Подобная каловая опухоль смѣщает матку до и выше симфиза, такъ что прощупывается величиною въ дѣтскую головку опухоль, которую совершенно смѣщается влагалище и выпячивается задняя стѣнка влагалища до самой vulva. При этомъ существуетъ постоянное натуживаніе и непріятное чувство.

Для удаленія твердыхъ массъ недостаточно слабыхъ силъ. Эти массы приходится удалять черезъ задній проходъ или прямо пальцемъ, или выжимать черезъ сфинктеръ давленіемъ со стороны влагалища. Эта непріятная какъ для врача, такъ и для больной манипуляція значительно облегчается масляными клистирами.



Рис. 278.

При запорахъ больныя ощущаютъ часто препятствіе, которое не дозволяетъ опускаться калу внизъ. Но при этомъ не имѣется никакой опухоли, прямая кишка пустая, не имѣется стриктуры. Причина этого чувства состоитъ въ параличъ самого нижняго отрѣзка кишки вслѣдствіе привычнаго чрезмѣрнаго растяженія. Кишечникъ этихъ больныхъ притупленъ къ нормальному раздраженію наполненія каломъ. Лишь послѣ того какъ нервы кишечной слизистой оболочки сильно раздражаются большимъ количествомъ холодной воды или глицерина, наступаетъ позывъ на низъ: кишечникъ реагируетъ на подобныя сильныя раздраженія. Но къ этимъ раздраженіямъ больная привыкаетъ до того, что для позыва на низъ недостаточно исключительно скопленія кала. Въ подобныхъ случаяхъ прямой кишкѣ необходимо вернуть нормальную функцію. Послѣ каждой дефекаціи дѣлаютъ нѣсколько промываній; лучше всего холодныя, такъ какъ холодъ является весьма сильнымъ раздражителемъ для толстой кишки. Если холодъ не переносится хорошо, то начинаютъ съ болѣе теплыхъ

температуръ. Значить, кишку промываютъ не до, а послѣ дефекаціи, причѣмъ до тѣхъ поръ, пока вода не вытекаетъ прозрачной и безъ каловыхъ частичекъ.

И примѣняю для этого инструментъ, изображенный на рис. 278. Къ грушѣ верхней трубки прикрѣпляется трубка ирригатора. Вода проникаетъ черезъ мелкія отверстія въ кишечникъ. Прерываніе струи, какъ это наблюдается при обыкновенныхъ наконечникахъ съ однимъ отверстіемъ, которое упирается въ калъ или въ слизистую оболочку, здѣсь совершенно устранено. Отводящая трубка снабжена краномъ. Если, напр., при кровотеченіяхъ изъ слизистой оболочки желаютъ сдѣлать промываніе ледяной водой или растворомъ танина, то кранъ отводящей трубки оставляютъ открытымъ. Но вслѣдствіе того, что при боковомъ *Sims'*овскомъ положеніи, а также при положеніи на животѣ, находится задній проходъ вверхъ, происходитъ достаточное распространеніе втекающей жидкости. Если желаютъ раздражать кишку, то закрываютъ кранъ, наполняютъ кишку до максимумъ водою и открываютъ кранъ лишь при чувствѣ сильнаго давленія.

При помощи этой трубки пользуются также *rectocele*. Выше было мною уже упомянуто, что не кишечникъ оттягивается опускающейся задней стѣнкой влагалища, а, наоборотъ, кишечникъ оттягиваетъ влагалищную стѣнку. Это наступаетъ болѣе легко при отсутствіи промежности, чѣмъ при сохранившейся промежности. Оперативное суженіе влагалища довольно рационально, такъ какъ оно даетъ кишкѣ опору, но устраненіе *rectocele* достигается лишь въ томъ случаѣ, если и впослѣдствіи устраняется этиологическій моментъ, растяженіе кишки. Для этого необходимо производить въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ холодныя промыванія до полного опорожненія кишечника. Этимъ достигается не только дѣйствіе на низъ, но и полное сокращеніе кишечника.

Если калъ находится надъ *Sphincter tertius*, то *ampulla* прощупывается пустой. Но зато прощупывается каловая опухоль въ *Douglas'*овомъ пространствѣ; опухоль твердая, но вдавливаемая. Опухоль отгѣсняетъ матку кпереди. Мнѣ пришлось наблюдать нѣсколько случаевъ, въ которыхъ главнымъ симптомомъ этого состоянія былъ *Tenesmus vesicae*. Больная была долгое время пользована отъ катарра пузыря, причѣмъ моча не представляла никакихъ ненормальныхъ составныхъ частей. Регулированіемъ испраженій окончательно были устранены симптомы со стороны пузыря.

При однократномъ изслѣдованіи легко возможно смѣшеніе съ смѣщеніями и опухолями яичника.

Если имѣется привычное наполненіе каломъ всего *Colon descendens*,—*flexurae sigmoideae*,—то больныя жалуются часто на боль въ лѣвой сторонѣ. *Flexura* съ ея прикрѣпленіями ненормально растянута и удлинена. Она можетъ тянуться въ видѣ большой петли черезъ весь животъ до другой стороны. До настоящаго времени еще не рѣшено, представляется ли *flexura* врожденно слишкомъ слабо прикрѣпленной и ея прикрѣпленія слишкомъ длинными, или подвергается она удлиненію вслѣдствіе ненор-

мального содержания. Во всякомъ случаѣ представляются боли въ лѣвой сторонѣ характерными. Какъ часто становится врачомъ діагнозъ оофорита, между тѣмъ какъ имѣются лишь копростатическія боли! При тщательномъ изслѣдованіи легко убѣждаются въ безболѣзненности движеній матки и яичника. Удастся констатировать, что боли находятся выше яичниковъ.

Перкусіей удастся опредѣлить вздутіе. На лѣвой сторонѣ тонъ обыкновенно менѣ тимпанической, чѣмъ справа и сверху. Вся лѣвая сторона надъ flexura sigmoidea оказывается болѣе притупленной, чѣмъ справа. Хотя это существуетъ уже физиологически въ слабой степени, но при хроническомъ переполненіи flexurae sigmoideae притупленіе лѣвой стороны становится весьма яснымъ.

Если каломъ расширенъ и Colon transversum, то наступаютъ нерѣдко желудочные и сердечные симптомы. Чрезмѣрная кислотность, симптомы аутоинтоксикаціи старымъ кишечнымъ содержимымъ симулируютъ болѣзни желудка. Существуетъ также нервная диспепсія.

При этомъ состояніи существуютъ неврозы сердца, которые можно объяснить переполненіемъ colonis transversi. Главнымъ образомъ тахикардія. Сердцебіеніе сильно учащается. Пульсъ учащается, субъективные разстройства значительны. Обстоятельство, что при этомъ остается дыханіе совершенно нормальнымъ и отсутствуетъ одышка, что „болѣзненное, неправильное сердцебіеніе“ устраняется всегда морфіемъ, что рвота ведетъ обыкновенно къ немедленному улучшенію, что отдѣльные приступы повторяются нерѣдко черезъ нѣсколько лѣтъ, что тоны сердца чистые и, что главное, что при регулированіи стула окончательно исчезаютъ угрожающіе симптомы, даетъ возможность постановки правильного діагноза.

Мнѣ пришлось наблюдать случаи, въ которыхъ имѣлась до того сильная тахикардія, что сердечные удары прекращались повременамъ совершенно, были едва сосчитываемы и больная думала, что умираетъ. Въ подобныхъ случаяхъ необходима большая смѣлость, чтобы впрыснуть морфій. При правильномъ опорожненіи стула приступы не повторяются мѣсяцами, даже годами, такъ что легко исключить порокъ сердца.

Какъ на мѣсто копростатическихъ болей, указываютъ нерѣдко на пупокъ.

При скопленіи кала и воздуха въ Colon ascendens и въ Coecum больныя заявляютъ, что справа животъ болѣе толстый, чѣмъ слѣва. Особенно характернымъ представляется измѣненіе толщины правой reg. ileocoecalis. Измѣреніемъ отъ spina anterior superior къ пупку удастся дѣйствительно доказать разницу въ объемѣ живота.

Прощупывается также прямо полный coecum, можно удалить массажемъ массы, воздухъ, воду и калъ. Постояннымъ симптомомъ представляются и «печеночныя боли» въ области перехода colonis ascendentis въ colon transversum. Въ подобныхъ случаяхъ диагностируется нерѣдко блуждающая почка или желчныя колики.

Брюшныя мышцы при этомъ иногда до того напряжены и тверды какъ камень, что изслѣдованіе возможно лишь подъ наркозомъ. Безъ нар-

коза удается прощупать въ глубинѣ лишь послѣ сильнаго массажа. Сильная твердость брюшныхъ мышцъ, часто также періодическое или при давленіи немедленное судорожное сокращеніе представляютъ собою истерическій симптомъ.

Весьма часто наблюдается *Colica mucosa* толстой кишки, причѣмъ какъ у молодыхъ дѣвушекъ, такъ и у болѣе пожилыхъ женщинъ.

Особенно замѣчательнымъ представляется то, что крайне непостоянны выдѣленія слизи. Часто выдѣляется при потугообразныхъ боляхъ громадное количество слизи безъ или съ каловыми массами. Въ другихъ случаяхъ выдѣленіе слизи наступаетъ черезъ извѣстные правильные промежутки времени. На другой день можетъ уже наступить выдѣленіе совершенно нормальнаго кала. Иногда существуетъ запоръ, смѣняющійся поносомъ. Существуетъ различной интенсивности боль по всей толстой кишкѣ. Боли могутъ продолжаться все время или смѣняться свободными промежутками. Боли вызываются, повидимому, исключительно задержкой слизи. Часто наблюдаются во время приступовъ незначительныя повышенія температуры, 38—38,5°. Эти расстройства смѣшиваются нерѣдко съ поражениями яичниковъ и пользуются во вредъ для больныхъ какъ таковыя! Въ концѣ концовъ развиваются исхуданіе и упадокъ силъ, которые удается устранить разумными діететическими мѣрами и отнюдь не гинекологическими мученіями. Если отходятъ твердыя перепонки, то мы можемъ имѣть дѣло съ продуктами воспаленія слизистой оболочки, можетъ быть и съ отхожденіемъ остатковъ мяса, сухожилій, волоконъ и т. д. Въ виду этого калъ и отдѣленія необходимо подвергать изслѣдованію и анализу.

Леченіе.—При слизистой коликѣ назначаютъ молочное леченіе, рисъ, нѣжныя мясныя блюда, желе, избѣгаютъ всякихъ овощей и т. д. Мѣстно помогаютъ, въ особенности при спастическихъ состояніяхъ толстой кишки, масляные клистиры по *Kussmaul*'ю. Но и здѣсь я получалъ отличные результаты кишечными промываніями при помощи вышеприведеннаго маленькаго аппарата (рис. 278). Вливаютъ физиологическій растворъ поваренной соли, подогрѣтый до 37°, послѣ чего открываютъ кранъ отводящей трубки какъ только наступаетъ сильный позывъ на низъ. Впослѣдствіи берутъ совершенно слабыя растворы борной кислоты и танина, по 10 грм. на 1 литръ. Во время нахожденія жидкости въ кишечникѣ ее массируютъ сначала кверху, потомъ опять книзу. Боли устраняютъ одновременнымъ назначеніемъ внутрь маленькихъ дозъ *Tinct. Belladonnae* или *Thebaicae*, 3—4 раза въ день по 6—8 капель. Отличныя услуги оказываетъ и старый способъ леченія касторовымъ масломъ въ эмульсіи или въ чистомъ видѣ, конечно, если это переносится желудкомъ! Необходимо, однако, помнить, что безъ строгаго діететическаго леченія въ теченіе многихъ мѣсяцевъ всѣ средства не приносятъ никакой пользы.

Крайне легко назначать при хроническихъ запорахъ слабительныя. Въ фармакопей имѣются сотни рецептовъ и средствъ. Если старая женщина принимаетъ десятками лѣтъ свои домашнія средства и установила

себѣ режимъ, при которомъ она чувствуетъ себя хорошо, то не слѣдуетъ ничего предпринимать.

Ничего нельзя сказать, если больная употребляетъ небольшія дозы слабительныхъ, напр. *Extr. Aloes*, если она своими „домашними пилюлями“ достигаетъ ежедневно стула, не имѣя годами необходимости повышать дозу.

Но у молодыхъ больныхъ врачъ не долженъ смотрѣть такъ легко на дѣло. Совершенно правильно предостереженіе, высказанное главнымъ образомъ *Sänger*омъ, что не слѣдуетъ злоупотреблять слабительными.

Хотя для выясненія случая и характера болѣе часто и назначаютъ минеральныя воды (*Marienbad*, *Tagasp*, *Homburg*, *Carlsbad*, *Franzensbad*, *Elster*) или нѣжныя растительныя слабительныя (тамаринда, *Cascara*, крушина и пр.), но окончательное устраненіе страданія возможно лишь діетическимъ леченіемъ.

Для леченія хроническихъ запоровъ, не только для симптоматическаго, но и рациональнаго, мы имѣемъ три средства: массажъ, электричество и діета.

Массажъ живота производится такимъ образомъ, что больная лежитъ въ постели. Животъ обнажаютъ. Начиная отъ *Sooesum* до лѣвой стороны производить вдоль толстой кишки сначала легкія, потомъ болѣе энергичныя поглаживанія, надавливанія, разминанія. При этомъ прямо прощупывается передвиженіе кишечнаго содержимаго. Массажъ можетъ производиться и самой больной при помощи шара или мѣшка съ дробью. Имѣются деревянные, полые шары, которые наполняютъ дробью, вѣсомъ до 2 кило. Шаръ катаютъ взадъ и впередъ 10 разъ справа, 10 разъ поперекъ и 10 разъ слѣва живота, потомъ, въ заключеніе, 10 разъ по кругу. Если больная производитъ массажъ шаромъ сама, то она быстро устаетъ. Это вовсе не такъ скверно, мѣняютъ руки. Массажъ вслѣдствіе этого болѣе удовлетворительный. Одинаковымъ образомъ обращаются и съ мѣшкомъ съ дробью, который можетъ доходить вѣсомъ до 4 кило. Мѣшокъ наполняютъ слабо и онъ передвигается больною взадъ и впередъ. Часто громадную пользу приноситъ уже лежаніе мѣшка съ дробью на животѣ, напр. на слѣпой кишкѣ.

Электрическій вибраторный массажъ, при которомъ слѣдуетъ нажимать возможно сильнѣе, давалъ мнѣ неоднократно отличные результаты. Осторожно при склонности къ меноррагіямъ! При массажѣ менструація становится нерѣдко весьма сильной.

Для электрическаго раздраженія примѣняютъ обыкновенный индукціонный аппаратъ. Большую кладутъ на обернутую мокрыми простынями свинцовую пластинку, имѣющую 10 см. въ квадратѣ. Послѣ этого проводятъ валикообразный электродъ по направленію толстой кишки. Необходимы сильныя токи. Можно употреблять и биполярныя зонды для прямой кишки, которые вводятъ на 20 см. вверхъ въ сильно наполненную

водою кишку. А также и постоянный токъ и оба тока вмѣстѣ. Этотъ способъ комбинируютъ съ высокими вливаніями воды.

Назначаютъ тощую діету. Въ виду идиосинкразіи къ извѣстнымъ веществамъ или одновременнаго существованія страданія желудка, пищу слѣдуетъ выбирать крайне осторожно.

Необходимо избѣгать всѣхъ вяжущихъ и дающихъ много кала пищевыхъ веществъ, напр. какао, шоколадъ, чай, красное вино, мучныя каши, мучныя супы, каши, булки, кексъ и т. д.

Утромъ даютъ 30 — 50 грм. меда, или 30 грм. молочнаго сахара въ горячей водѣ, или компотъ изъ сливъ, или сокъ не менѣе 3 апельсина, 1 ф. винограда, или $\frac{1}{2}$ л. сыворотки, $\frac{1}{2}$ литра молодого 1—2-дневнаго кефира. Часъ спустя даютъ завтракъ. Яйцо и молоко вмѣстѣ переносятся плохо. Кофе возбуждаетъ перистальтику. На завтракъ даютъ большое количество масла съ медомъ или вареньемъ. Отлично дѣйствуетъ хлѣбъ *Graham*'а, но тогда необходимо употреблять этотъ хлѣбъ въ теченіе всего дня. Если этотъ хлѣбъ мѣшать съ бѣлымъ и т. д., то дѣйствіе менѣе вѣрное. Спиртныя напитки дѣйствуютъ обыкновенно плохо. Слабымъ больнымъ назначаютъ тѣмъ не менѣе пиво и бѣлое вино. Если вода богата известью, то разрѣшаютъ исключительно минеральную воду.

Всѣ эти способы необходимо, хотя бы вначалѣ, подкрѣплять слабительными. Менѣе всего теряютъ дѣйствіе такъ называемыя опоражнивающія, обыкновенно сложные порошки, напр., Fl. sulf., Tartar. depr., Natr. sulf. ana 20, Cort. frangulae, Fol. Sennae, Rad. Rhei pulv. ana 15. Этотъ порошокъ можно дозировать въ облаткахъ, такъ что употребленіе его не неприятно. Особымъ уваженіемъ пользовались одно время глицериновые клистиры. Эти клистиры дѣйствуютъ хорошо въ томъ случаѣ, если калъ находится уже надъ самымъ заднимъ проходомъ.

Клистиры съ водою, примѣняемые очень долго, сильно растягиваютъ кишку. Въ виду этого не слѣдуетъ злоупотреблять этимъ способомъ. Большіе масляные клистиры дѣйствуютъ гораздо лучше. Масло, повидимому, раздражаетъ. Отличное дѣйствіе оказываетъ касторовое масло. Клистиры съ 50 — 100 грм. кастороваго масла дѣйствуютъ безусловно не только механически, но и тѣмъ, что изъ кастороваго масла всасываются слабительныя вещества. Въ прежнее время утверждали даже, что втираніе въ животъ кастороваго масла отличное средство при хроническихъ запорахъ.

Здѣсь не мѣсто вдаваться въ подробное разсмотрѣніе леченія кишечныхъ заболѣваній. Но во всякомъ случаѣ эти краткія замѣчанія принесутъ громадную пользу многимъ гинекологамъ.

В. Трещины задняго прохода. Свищи. Перитроктитическіе абсцессы.

Выше было мною упомянуто о *fissura ani*, какъ о причинѣ запоровъ. Трещины появляются при весьма твердыхъ испражненіяхъ, часто, однако, и во время родовъ, можетъ быть уже и во время беременности вслѣдствіе застоя и прижатія, ушиба геморроидальныхъ шишекъ.

Лучшимъ леченіемъ является насильственное расширеніе или разрываніе сфинктера задняго прохода. На основаніи долгодѣтняго опыта я долженъ признать этотъ способъ болѣе вѣрнымъ, чѣмъ хирургическую операцію, разрѣзаніе сфинктера. Этимъ безопаснымъ способомъ быстро устраняются симптомы трещины задняго прохода. Насильственнымъ растяженіемъ я устранялъ довольно часто симптомы, которые быстро возвращались послѣ заживленія разрѣза послѣ хирургическаго леченія. При растяженіи трещина иногда слегка кровоточитъ.

За день до операціи очищаютъ кишечникъ, передъ самой операціей обмываютъ задній проходъ и смазываютъ снутри и снаружи борнымъ ланолиномъ; послѣ наркоза вводятъ въ задній проходъ по одному пальцу каждой руки. Задній проходъ сильно растягиваютъ, причѣмъ замѣчаютъ разрываніе сфинктера и опускающуюся внутреннюю поверхность прямой кишки.

Въ видѣ послѣдующаго леченія дѣйствуютъ сидячими ваннами и кишечными промываніями. Вольная остается въ постели лишь пока дѣйствуетъ наркозъ. Неприятное ощущеніе въ заднемъ проходѣ исчезаетъ по прошествіи 2—3 дней.

Свищи и перипроктитическіе абсцессы являются нерѣдко остатками перелоа. Мнѣ приходилось, однако, наблюдать случаи, въ которыхъ акушерка прободала прямую кишку и жидкость впрыскивалась въ параректальную соединительную ткань. Въ подобномъ смертельномъ случаѣ мнѣ пришлось дать судебно-медицинское заключеніе. Принципъ леченія, само собою понятно, состоитъ въ доставленіи гною свободнаго стока производствомъ широкаго разрѣза. Полость промываютъ неядовитыми дезинфицирующими средствами и держатъ ее открытой въ теченіе долгаго времени. Послѣ этого впрыскиваютъ при помощи шприца большое количество мази изъ *Arg. nitr.* 1 : 50 или 1 : 100.

Разлитыя язвенныя образованія, какія приходится наблюдать при старомъ переломѣ, при туберкулезѣ и сифилисѣ, гинекологъ предоставляетъ хирургу.

С. Геморрой.

Развивающіяся остро геморроидальныя шишки съ тромбозами, съ частичнымъ гангренознымъ распаденіемъ поверхности и кровотечениями при испражненіи наблюдаются довольно часто въ послѣродовомъ періодѣ.

Но и у гинекологическихъ больныхъ встрѣчаются онѣ часто какъ осложненіе при выпаденіяхъ и т. д. Если онѣ даютъ симптомы, то ихъ выжигаютъ.

Подъ наркозомъ вытаскиваютъ *Miguel*'евскими щипцами каждую шишку отдѣльно и захватываютъ ихъ *Langenbeck*'овскими ножницами, нижняя поверхность которыхъ покрыта рогомъ. Ножницами необходимо захватывать складку радиарно, а не тангенціально, избѣгая такимъ образомъ стриктуръ. Отжигаютъ каждую шишку отдѣльно. Отжигаютъ по воз-

возможности медленнѣе, оставляя ножницы безъ движенія. Если процедура производится правильно, то не вытекаетъ ни одной капли крови. По окончаніи операціи задній проходъ присыпаютъ дерматоломъ и покрываютъ его іодоформовой марлей. Шишки, въ которыхъ сосуды тромбозированы, а также отчасти изъязвленные и омертвѣвшія шишки безусловно необходимо удалить, избѣгая такимъ образомъ продолжительныхъ нагноеній и даже развитія піеміи.

Ограничиваются тремя узлами, такъ что лежащая между ними кожа можетъ еще растягиваться; при вырѣзаніи всѣхъ узловъ можетъ развиться стриктура, рубцовый стенозъ, который своими послѣдствіями можетъ оказаться еще болѣе неудобнымъ, чѣмъ сами геморроидальныя шишки.

Полный успѣхъ получается даже при выжиганіи половины всѣхъ шишекъ. Упорныя кровотеченія мнѣ удавалось устранить тѣмъ, что вытягивалъ изъ прямой кишки и отжигалъ лишь большія шишки. Я обращаю на это вниманіе главнымъ образомъ въ интересахъ практическаго врача, который отлично въ состояніи исполнить эту маленькую операцію, но безусловно будетъ опасаться производить большіе разрѣзы въ этой области.

Было рекомендовано впрыскивать въ каждую отдѣльную шишку 1—2 капли жидкой карболовой кислоты. Цѣль достигается и этой терапіей, но между тѣмъ какъ послѣ отжиганія шишекъ боли крайне незначительны съ прекращеніемъ наркоза, впрыскиванія жидкой карболовой кислоты вызываютъ иногда сильнѣйшія боли.

Если задній проходъ представляется сильно опухшимъ, если при введеніи пальца прощупывается утолщеніе сфинктера, если онъ представляетъ судорожное опуханіе, то его растягиваютъ насильственно подъ наркозомъ или разрываютъ его какъ при трещинѣ задняго прохода.

При кровотеченіяхъ сверху прижигаютъ хирурги и часть вытянутой слизистой оболочки прямой кишки. Я достигалъ часто отличныхъ результатовъ впусканіемъ ледяной воды, а также промываніями растворомъ борной кислоты съ танниномъ при помощи моей трубочки. Если это не даетъ успѣха, если кровотеченія происходятъ сверху, то назначаютъ Carlsbad'ской источникъ и строгую діету.

D. Prolapsus ani.

При значительныхъ prolapsus ani, какія приходится иногда наблюдать у старыхъ женщинъ съ выпаденіемъ матки, у которыхъ кишка выходитъ на 10 и болѣе см., кишка удаляется по правиламъ хирургіи. Я неоднократно пытался подвѣсить или фиксировать кишку периректальными впрыскиваніями іодовой настойки, высокимъ пришиваніемъ серебрянымъ швомъ къ копчику или къ нижней части крестцовой кости. Но эти попытки не увѣнчались успѣхомъ. Я обращаю вниманіе, что не слѣдуетъ примѣнять ядовитыхъ дезинфицирующихъ веществъ, въ особенности не слѣдуетъ примѣнять промываній растворомъ сулемы; даже маленькая часть

слизистой оболочки выпавшей прямой кишки достаточно всасывает для вызова тяжелыхъ явленій отравленія.

При этомъ сильно растянутымъ оказывается обыкновенно и сфинктеръ, такъ что задній проходъ не въ состояніи закрыться. Въ подобномъ случаѣ разрѣзаютъ—въ видѣ вспомогательной операціи—сфинктеръ на любомъ мѣстѣ. Сфинктеръ оттягиваютъ кнаружи, надрываютъ его, резецируютъ кусокъ и сшиваютъ оба конца, надвигая ихъ приблизительно на 1 см. другъ на друга. Кожную рану закрываютъ, причемъ захватываютъ сфинктеръ. Для подкожныхъ швовъ берутъ кѣгутъ, для кожныхъ швовъ—проволочку или silkworm. Сшивать слѣдуетъ не съ наружной кожи, а двойной иглой изъ глубины раны, избѣгая такимъ образомъ вторженія въ глубину бактерій съ наружной кожи.

Если сфинктеръ удлинень не такъ сильно, что его можно вытащить далеко кнаружи, если же задній проходъ зияетъ, такъ что опухшая, красная, раздраженная слизистая оболочка не всегда лежитъ снаружи, но всегда становится видимой при сильномъ натуживаніи и втягивается обратно при сильныхъ боляхъ, то отличный результатъ даетъ слѣдующая маленькая операція: сбоку задняго прохода или сфинктера дѣлаютъ тангенціальнй разрѣзъ и проникаютъ черезъ него около кишечника приблизительно на 4 см. въ глубину. Послѣ этого сшиваютъ эту трехугольную воронку въ глубинѣ кѣгуткомъ такимъ образомъ, что сшивается продольная складка прямой кишки. Наружную рану сшиваютъ такимъ образомъ, что тангенціальная рана становится радиарной. Если рана закрыта такимъ образомъ, то операцію повторяютъ на 1 или 2 мѣстахъ рядомъ съ заднимъ проходомъ. Въ концѣ концовъ задній проходъ лежитъ въ центрѣ, отъ него идутъ три, радиарно закрытыя раны. Если не достигаютъ полного успѣха, то повторяютъ черезъ нѣкоторое время всю операцію. Необходимо при этомъ обращать вниманіе на то, чтобы между отдѣльными разрѣзами оставалась неповрежденная кожа. Въ противномъ случаѣ можетъ развиваться стриктура. Подобной операціей я достигъ во многихъ случаяхъ полного успѣха, въ особенности у дѣтей.

Предложеніе, произвести при prolapsus ani лапаротомію и пришить прямую кишку высоко въ полости живота—громадная смѣлость.

ПРИБАВЛЕНИЕ.

Pharmacopoea gynaecologica.

Acidum boricum. Не ѣдкое, не ядовитое, въ растворахъ прозрачное, медленно, но хорошо растворяющееся дезинфицирующее вещество. Для влагалищныхъ спринцеваній и мочевого пузыря 40:1000. Для мазей 1:10—6. Для тампонаціи 10—20:100 глицерина.

Acidum camphoricum. При Cystitis 1,0 съ прибавленіемъ 0,03 кодеина, 2—4 раза въ день, въ обл.

Acidum carbolicum liquefactum. Desinficiens. Для спринцеваній влагалища 30:1000. Болѣе крѣпкіе растворы раздражаютъ влагалище и руки.

Acidum chromicum. Въ прежнее время часто употреблявшееся средство для прижиганій эрозій, съ водою ана. Наблюдались отравленія!

Acidum lacticum. 20:1000 для влагалищныхъ спринцеваній, 10:1000 для промываній мочевого пузыря при сильномъ выдѣленіи фосфатовъ.

Acidum nitricum fumans. Прижигающее при эрозіяхъ и эндометритѣ. Одинаково дѣйствуетъ Acid. nitr. dil.

Acidum salicylicum. Desinficiens. 0,3 растворяются въ водѣ и легко въ алкоголь, кипящей водѣ и т. д. Для влагалищныхъ спринцеваній: Acidi salicylici 30:300 алкоголя. S. 2 стол. л. = 30 grm. на 1000 воды. Иногда раздражаетъ.—Присыпка: Acid. salicylici 3, Amyli 10, Talci, 90.—Мазь: 1:10.

Acidum tannicum. Adstringens. Для влагалищныхъ спринцеваній: 10—30:1000. Глицериновый растворъ 10—20:100 для смачиванія тампоновъ, не прижигаетъ, не ядовитъ—даетъ пятна на бѣльѣ.

Алоэ. Слабительное. Дѣйствуетъ главнымъ образомъ на толстую кишку. Pillul. aloët. ferrat. 2—6 штукъ pro die; дешевое средство.

Альсоль. *Aluminium aceticotartaricum.* Слабое, кислое desinficiens. Медленно растворяется въ равномъ по объему количествѣ холодной воды. Прибавляютъ 5% уксусной кислоты для полученія прозрачнаго раствора. Этотъ 50% растворъ имѣется въ продажѣ въ видѣ Liquor Alsolii; 10—30:1000 воды.

Алумен уstum. Дешевое adstringens. Для влагалищныхъ спринцеваній 10—25:1000. Глицериновый растворъ 10:100 для тампонаціи. Обладаетъ одинаковымъ съ танниномъ дѣйствіемъ, можетъ замѣнить послѣднее средство, стоитъ дешевле, не пачкаетъ бѣльѣ. *Alumen ustum* дѣйствуетъ сильнѣе *Aluminis crudi*.

Аналгемъ. Внутри 1,0 при Cystitis съ усиленными позывами къ мочеиспусканію.

Антипиринъ. Antipyreticum. Antineuralgicum. Въ первомъ случаѣ до 5,0 pro die, въ послѣднемъ по 1,0—2,0, напр. при мигрени.

Aqua chlorata. Для влагалищныхъ спринцеваній 30 : 1000; *desinfi-
ciens* и *desodorans* при ихорозныхъ карциномахъ.

Aqua plumbi. Adstringens, для охлаждающихъ компрессовъ, напр. при геморроидальныхъ шишкахъ, при *Vulvitis, Pruritus, Fungu-
culosis vulvae.*

Argentum nitricum. Лучшее противоперелойное средство. Для влага-
лищныхъ спринцеваній (приготовить съ *Aqua dest.* въ аптекъ!) 1 : 1000.
Для промываній мочевого пузыря 1 : 1000 — 5000. Для прижиганій
1 : 10.—Для смазываній уретры 1 : 100 (прижигаетъ!).—Для прижиганій
эрозій *in substantia.*—Для мазей при плохихъ грануляціяхъ 1 : 50 вазе-
лина и еще болѣе слабо при наступленіи жженія.

Argoninum. Бѣлковое соединеніе серебра, противоперелойное сред-
ство; 20 : 1000 для впрыскиваній во влагалище или матку. Не раздра-
жаетъ и не осаждаетъ бѣлка.

Aspirinum. При *Cystitis,* 3—5 разъ въ день по 1,0.

Atropinum. Какъ прибавленіе къ морфію у больныхъ, у которыхъ
появляется рвота послѣ морфія, *pro dosi* 0,001. См. *Extr. Belladonnae.*

Bismuthum subnitricum и *B. salicylicum.* Внутрен. *adstringens,* для
подготовленія къ лапаротоміи. Вечеромъ 2 порошка по 1,5 — 2,0. *Bis-
muthi salicylici, Sacchari ana* 0,75, *Morphii* 0,01, *Atropini* 0,002.

Calcaria chlorata. Дешевый *desodorans.* 20 : 1000 для компрессовъ
на гангренозныя раны. Должна имѣть сильный запахъ хлориновой
известки.

Chininum hydrochloricum. Antipyreticum, въ облаткахъ по 1,0
съ морфіемъ 0,015, вечеромъ, противъ бессонницы вслѣдствіе лихорадки.

Chinosolum. Не ядовитый *desinfiens,* 1 — 2 : 1000. Присыпка
0,5 : 100 *Amyli.*

Chloralum hydratum. Дешевое снотворное. 1 — 2,0 *per clysmata* или
внутри. Съ морфіемъ при бессонницѣ вслѣдствіе болей. *Chlorali hydr.*
2,0, *Morphii* 0,02, *Aquae* 50,0. *S.* Клизма.

Chloroformium. Лучшій препаратъ: *Salicylid-Chloroform Anchtz'a.*

Cocainum hydrochloricum. Мѣстное *anaestheticum.* 0,2 : 10
для мочеиспускательнаго канала и при *Vaginismus* вкладывать на ватъ
въ *introitus vaginae.* 0,02—0,03 для суппозиторій; 0,01 : 10,0 для под-
кожныхъ впрыскиваній. Въ мазяхъ и водныхъ растворахъ 1 : 30. —
Внутрь при рвотѣ 0,05 : 200 съ 5,0 *Kalii bromati* или *Bromalini,* столо-
выми ложками.

Codeinum. Вмѣсто морфія, дѣйствуетъ особенно хорошо при боляхъ
въ животѣ и не вызываетъ запоровъ. Доза немного выше, чѣмъ при
морфіи, 0,02—0,03 на 1 порошокъ.

Coffeinum. Antineuralgicum, при мигрени 0,2 — 0,5 нѣсколько
разъ въ день. Какъ *diureticum* болѣе крупныя дозы.

Cortex frangulae. Хорошо дѣйствующее дешевое слабительное. Въ
формѣ настоя, 1 стол. л. на чашку. Дѣйствуетъ сильнѣе въ формѣ
отвара, чѣмъ дольше кипятить, тѣмъ темнѣе отваръ и тѣмъ сильнѣе
дѣйствіе. Въ формѣ порошка принимать чайными ложками.

Cuprum aluminatum. Adstringens. Для спринцеваній влагалища
10—20 : 1000.

Cuprum sulfuricum. Adstringens. Для спринцеваній влагалища
и примочекъ на язвенныя поверхности; 10—30 : 1000. Дѣлаетъ пятна,
не имѣетъ преимуществъ передъ квасцами.

Dermatolum. Присыпка, сильно высушиваетъ, не ядовита, для
присыпанія на зашитыя раны, на пролежни, эрозіи. Мазь 5 : 50.

Ergotinum. Extr. Secalis cornuti. Самымъ дѣйствительнымъ, даже черезъ желудокъ, является эрготинъ Denzel'я. Для суппозиторій 0,1 : 2 Butyr. Sasaо. Подкожно 2 : 8 Aquae, ежедневно 1 шприцъ. — Внутрь 3 : 180, черезъ 2—3 часа по 1 стол. ложкѣ. Какъ corrigens употребляется Sirup. Cinnamom. Въ пилюляхъ 3,0 ана съ Pulvis Secalis cornuti на 60 пил., ежедневно 2 раза по 3 пил. Осторожно! Возможно наступленіе эрготизма!

Extractum Belladonnae. Antispasmodicum. При dysmenorrhoea обыкновенно въ суппозиторіяхъ. Morphii, Extr. Belladon. ана 0,01—0,2, Butyr. Sasaо. S. Въ теченіе 24 часовъ не болѣе 4 штукъ.

Extr. radicis Gossypii fluidum. 2—3 чайн. л. при метроррагіяхъ и меноррагіяхъ. Другіе, имѣющіеся въ продажѣ экстракты, употребляемые для пилюль, дѣйствуютъ мало надежно.

Extr. fl. Hydrastis canadensis. Лишь дорогой американскій препаратъ оказывается дѣйствительнымъ при Dysmenorrhoea; въ періодѣ между двумя менструаціями 3 чайн. л. въ день.

Extr. Hyosциami. Antispasmodicum. Доза какъ при Extr. Belladonnae.

Extr. Opii aquosum. Отличный препаратъ въ случаяхъ, въ которыхъ не переносится морфій. Дѣйствуетъ особенно на кишечникъ при перитонитѣ и т. д. гораздо лучше, чѣмъ морфій. Такъ какъ это средство отлично растворяется въ водѣ, то оно весьма пригодно для суппозиторій и клизмъ, 0,02—0,05; отлично дѣйствуетъ при возбужденіи послѣ операций.

Extr. Cascarae Sagradae fl. Слабительное. 1—2—3 чайн. л. въ день. Vinum Sagradae столовыми ложками; въ продажѣ имѣются лепешки, tabloids и пилюли.

Extr. Viburni prunifolii fl. 2—3 чайн. л. въ день при dysmenorrhoea и угрожающемъ выкидышѣ.

Folia Sennae. Слабительное, сильнѣе, чѣмъ Cortex frangulae. Порошокъ слыветъ въ публикѣ какъ Emmenagogum. Въ смѣси съ сѣрой является главной составной частью грудного порошка Kurella; 1—3 чайн. л. въ день.

Glycerinum. Всѣ соли растворяются въ глицеринѣ гораздо лучше, чѣмъ въ водѣ. Для высушивающей тампонаціи: Tannini, Kalii iodati, Acid. borici 10—20 : 100; Aluminis, Ichtyoli 10 : 100; Tinct. Jodi 2 : 100. Всегда необходимо прибавлять борную кислоту, такъ какъ въ глицеринѣ развиваются плѣсневые грибки. Съ Acid. borici и Tannini на 30,0 получается linimentum. Вата и марля, пропитанныя этимъ растворомъ, отлично останавливаютъ кровотеченія изъ полостей и сильно стягиваютъ. Глицериновые клистиры или прибавленіе глицерина къ клистирамъ изъ воды (50 : 1000) вызываютъ стулъ.

Hydrargyrum bichloratum. Sublimatum. Съ появленія лепешекъ Angerer'a по 0,5 и 1,0 болѣе не приходится употреблять спиртныхъ растворовъ (прибавл. къ водѣ). Для влагалищныхъ спринцеваній 0,5 : 1000; для дезинфекціи рукъ 1,0 : 1000.

Hydrargyrum chloratum. Calomel. Присыпаніе кондилломъ послѣ предварительнаго прспитыванія послѣднихъ соляной водой. Въ формѣ палочекъ рекомендуется для внутриматочнаго леченія перелоя. Мало удовлетворительные результаты.

Hydrargyrum oxyuanatum. Рекомендуется въ лепешкахъ (синихъ), одинаково, какъ и сулема, при Gonorrhoea.

Hydrargyrum praecipitatum album. Употребляется въ формѣ Ungt. Hydr. alb. при Intertrigo, Decubitus и т. д., въ особенности при Lues; дѣйствуетъ сильно высушивающимъ образомъ. Довольно твердую officинальную мазь превращаютъ съ Ol. Olivarium въ linimentum.

Hydrastininum hydrochloricum. Рекомендуются при кровотеченияхъ въ случаяхъ, въ которыхъ не переносится экстрактъ. Hydrast. hydrochl. 1,0, Aq. 10,0, ежедневно 1 — 2 шприца подкожно. Въ пилюляхъ: Hydrastin. hydr. 0,5 на 10 пилюль, ежедневно по 2 пилюли во время менструальнаго кровотечения, по 1-й пилюль въ день какъ предварительное леченіе.

Hydrastininum hydrochloricum. Доза наполовину меньше, чѣмъ для предыдущаго средства.

Ichtagaranum. Antigonorrhoeicum. 1 : 2000, раздражаетъ меньше, чѣмъ Arg. nitr. и больше, чѣмъ Protargolum.

Ichtyolum. При Gonorrhoea впрыскиванія 1 : 100. Съ сахаромъ и Gummi arab. можно приготовить 33¹/₂% маточныя палочки. Въ глицеринѣ 10 : 100 для тампонаціи, уменьшаетъ боль и способствуетъ всасыванію.

Jodoformium. Съ танниномъ ана какъ кровоостанавливающей порошокъ въ полости, получаемой послѣ выскабливанія раковой опухоли. Въ формѣ мази 1 : 10 при decubitus и плохихъ язвахъ. Въ формѣ 5—10 — 20% марли для тампонаціи влагалища, матки и полостей, полученныхъ оперативнымъ путемъ. Въ формѣ палочекъ безъ или съ танниномъ. При боляхъ прибавляютъ 0,02 кокаина къ палочкамъ для матки или мочеиспускательнаго канала.

Ictolum. Argentum citricum. Присыпка на плохія грануляціи. Для промываній пузыря 0,25 : 1000.

Kalium bromatum. Sedativum. При боляхъ и тевезмахъ, дѣйствуетъ хорошо въ комбинаціи, напр. Kalii, Natrii, Ammonii bromati, Chloral. hydrati ана 5,0, Morphii 0,05, Atropini 0,005, Aq. 200,0, 2—4 стол. л. въ день. Сильное антиспазматическое, успокаивающее и вслѣдствіе этого снотворное средство.

Kalium permanganicum. Дешевое, недокитое Desinficiens, растворы непрозрачны; 5—10 : 1000 для влагалищныхъ спринцеваній, какъ desodorans при ракъ и ихорозныхъ полостныхъ ранахъ. Болѣе слабые растворы, 1 : 2000, для промываній пузыря, 5,0 на 100 пилюль. 3—5 пил. pro die какъ emmenagogum.

Kreosotum. Въ формѣ креозотнаго масла для впрыскиваній въ свищи, въ особенности при подозрѣніи на туберкулезъ: Kreosot. 5, Menthol. 10, Ol. Olivar. 100.

Larginum. Бѣлковое соединеніе серебра, 1 : 100 при gonorrhoea.

Liquor Aluminiumi acetici. Отличный растворъ для перевязки 30—200 : 1000. Можно замѣнить Alsolum.

Liquor ferri sesquichlorati. Самое надежное Haemostaticum. Дѣйствуетъ 1 : 3 одинаково хорошо, какъ и въ чистомъ видѣ. Прижигаетъ и суживаетъ влагалище. Выжатый тампонъ накладываютъ на кровоточащее мѣсто или въ кровоточащую полость. Образуетъ съ кровью твердыя, плотныя, легко загнаивающіяся корки. Для впрыскиваній въ матку при кровотеченияхъ, дѣйствуетъ вѣрно, но небезопасно вслѣдствіе сильнаго раздраженія. Употребляется и въ формѣ палочекъ съ сахаромъ и Gummi arab.

Liquor Hydrargyri nitrici. Прижигающее. При эрозіяхъ, въ осо-

бенности при подозрѣніи на сифилисъ, для выжиганія канала шейки. Для влагалищныхъ впрыскиваній 5—15 : 1000.

Lysoformium. Какъ лизоль, но болѣе дорогое средство, не неприятнаго запаха, раздражаетъ меньше.

Lysolum. Дешевое *desinficiens*, сильно пахнущіе растворы не прозрачны и вызываютъ жженіе; 2—5—10 : 1000.

Magnesia usta. Нѣжное слабительное при *Pyrosis*, въ особенности во время беременности, принимать съ 1 капл. *Ol. Menthae*. Въ микстурахъ для взбалтыванія 4 : 200.

Magnesium citricum effervesceus. При климактерическихъ приливахъ 2—3 чайн. л. въ день.

Magnesium sulfuricum. Слабительное. 10,0—20,0 съ водой.

Mentholum. Мѣстный *anaestheticum*.

Methylenblau. 0,1—0,2 нѣсколько разъ въ день въ капс., для окрашивания мочи при цистоскопіи.

Morphium. См. *Atropinum* и *Extr. Belladonnae*.

Natrium carbonicum crudum. Сода. Для спринцеваній влагалища 30 : 1000; дезинфицируетъ, растворяетъ слизь, очищаетъ; для обмываній и мѣстныхъ ваннъ наружныхъ половыхъ частей.

Natrium salicylicum. 0,5—1,5 *pro dosi*. При катаррѣ пузыря и *mycosis vesicae* 5 : 200; внутрь какъ *Antipyreticum*.

Oleum camphoratum. Лучшее возбуждающее при коллапсѣ послѣ операций; 1—3 шприца подкожно.

Oleum Ricini. Слабительное. 30,0 съ 2 каплями *Ol. crotonis* сильное слабительное. При *ileus* послѣ промыванія желудка впрыскивать въ желудокъ при помощи зонда. Въ формѣ клизмъ.

Oleum Terebinthinae. *Desinficiens*. *Per se* для смазыванія *portionis* и канала шейки, для вытиранія матки при эндометритѣ.

Opium purum. Менѣе пригодно, чѣмъ *Extr. Opii aquosum*.

Orthoformium. Болеутоляющая присыпка.

Paraldehydum. 1,0—2,0 какъ снотворное въ случаяхъ, въ которыхъ отъ *Chloral. hydr.* наступаетъ бредъ.

Phenacetinum. *Antipyreticum*, снотворное; при головныхъ боляхъ, при истерическихъ состояніяхъ раздраженія, напр., при *Tussis hysterica*, *dysmenorrhoea*.

Plumbum aceticum. 0,02—0,05 лучшее средство при обильныхъ носсахъ. Сильно разстраиваетъ желудокъ. Снаружи 1—5 : 1000. Въ суппозиторіяхъ при кровоточащихъ геморроидальныхъ шишкахъ и трещинахъ *ani*, 0,05 : 2,0 *Ol. Cacao*.

Podophyllinum. Дешевое слабительное. 1,0 на 100 пилюль, вызываетъ нерѣдко боль въ животѣ, вслѣдствіе чего прибавляютъ *Extr. Belladonnae*.

Pulvis Doveri. 0,2—1,0 нѣсколько разъ въ день. Слабое дѣйствіе опія.

Resorcinum. *Desinficiens*. 2,0—4,0 *pro die*. Внутрь при катаррѣ мочевого пузыря. 10—20 : 1000 (даже до 50 : 1000) для впрыскиванія въ пузырь.

Salipyrinum. *Antineuralgicum* при *dysmenorrhoea*; нѣсколько разъ въ день по 1,0, съ 0,02 кодеина.

Salolum. 1,0—2,0 нѣсколько разъ въ день. Внутреннее средство при разложеніи мочи внутри пузыря.

Secale cornutum. Съ іюля по декабрь дѣйствуетъ свѣжій порошокъ лучше, чѣмъ препараты. 10,0 на 100 пилюль, 10—15 пил. въ день. *Per se* въ порошокѣ по 1,0, 2—3 раза въ день.

Stypticinum. 4—5 разъ въ день по 0,05 во время меноррагіи.

Sulfonalum. Снотворное 1 — 2,0. Необходимо запивать 100,0 теплой жидкости (чай). Дѣйствуетъ медленно, но вѣрно.

Sulfur depuratum. Слабительное, въ соединеніи съ другими слабительными порошками, напр., Flor. sulf., Magnes. sulf., Natr. sulf., Tartar. depur. ana 20, Fol. Sennae, Cort. Frangul., Rad. Rhei p. ana 15. M. f. pulv. Чайными ложками. Tartar. dep., Flor. sulf., Sacch. albi ana 30, Olei Menthae gtt j, 2 раза въ день по 1 чайн. л. Можно прибавлять и равную часть pulv. fol. Sennae. Сложные слабительные порошки обладаютъ болѣе продолжительнымъ дѣйствіемъ.

Tinctura Belladonnae. При dysmenorrhoea 5—10 капель, 3—4 раза въ день.

Tinctura Jodi. Для впрыскиваній въ матку и для смазываній кожи или влагалища. 2 — 5,0 въ глицериновомъ растворѣ для тампонаціи влагалища.

Tinctura haemostyptica Denzel. 1 стол. л. въ день въ теченіе недѣли до менструаціи противъ меноррагіи. Отлично переносится желудкомъ.

Tinctura Opii simplex. Черезъ 2 часа по 8—10 кап. Для успокоенія кишекъ при перитонитѣ. Одинаковая доза для клизмъ.

Vinum camphoratum. Старинное средство для пропитыванія ваты, прикладывать на плохія грануляціи, въ ранев. полости и свищи.

Zincum aceticum. 5 : 1000 для спринцеваній влагалища.

Zincum chloratum. 1% растворъ при gonorrhoea стѣнки влагалища. Съ водою сильное прижигающее. Пропитанную вату хорошо выжимать! Стекающія капли нейтрализовать растворомъ Natr. bicarbonici. Употребляется и въ формѣ старинной прижигающей пасты.

Zincum oxydatum. Присыпка per se или съ Amylum ana при Pruritus и мокнущей Eczema vulvae.

Zincum sulfocarbolicum. Для спринцеваній влагалища 5—10 : 1000.

Zincum sulfuricum. Для спринцеваній влагалища 10 : 1000.

Алфавитный указатель.

А.

Аденома матки 274,—яичника 362.
Аденомиома 309.
Asne vulvae 49.
Алкоголь 559.
Alsolum 546.
Amenorrhoea 506,—послѣ haematoma 507,—ovarii 506.
Ампутация шейки матки при ракъ 293,—при выпаденіи матки 250,—col tapiroide 219,—хронич. метритъ 174,—эрозіяхъ 209.
Анамнезъ 18.
Angiodystrophia ovarii 358.
Англотрипсія 292.
Аномалии развитія влагалища 74,—vulvae 37,—матки 140,—пузыря 97,—трубы 412,—hymenis 37, 74,—яичниковъ 352.
Anteflexio при выпаденіи 256,—міомъ 220,—retroversio 220,—съ col tapiroide 219,—uteri 215, 219.
Anteposito uteri 223,—при периметритъ 309,—Haematocoele 389.
Anteversio uteri 215, 221.
Антисептика во время приѣма 16,—гинекол. 1.
Аппаратъ Thursfield'a 7.
Arteriitis obliterans 357.
Ascites, диф. діагнозъ 389.
Atmoscausis 201.
Атрофія матки 174.
Atresia ani 40,—vaginalis 40, 149,—tubarum 150,—uterina 150,—hymenalis 149.
Acidum nitricum 559.

Б.

Бартолиніева железа 61.
Безплодіе при anteflexio, 220, 221,—опух. матки 60,—переломъ 542,—периметритъ 522.
Беременность 537,—внѣматочная 389,—трубная 410, 427.
Болѣзни круглыхъ связокъ 246.
Борная кислота 545.
Бороглицеринъ 559.
Брюшина, воспаленіе 484,—опухоли 497.

В. В.

Vagina, анатомія 74, 79,—аномал. развитія 74,—воспаленіе 76,—слипчивое 77,—

экзофоліативное 80,—гиперэстезія 93,—кисты 89,—kraurosis 80,—круглая язва 92,—міома 92,—новообразованія 90,—опущеніе 250,—отсутствіе 93,—папиллома 92,—поврежденія 97,—промываніи 82,—ракъ 90,—саркома 92,—судорога 93,—тампонація 84,—туберкулезъ 91,—экстирпація 331,—гуммозн. 79.
Vaginismus 51, 93.
Vaginitis 76,—adhaesiva 77, 80,—vetularum 77,—gummosa 79,—diphtherica 82,—emphysemat. 79,—exfoliativa 79.
Вагинитъ слипчив. 77.
Ventrofixatio 248.
Влагалище, промываніе 82,—указатель 463.
Ваутримат. леченіе 201,—пессарій 266,—шприцъ 197, 329.
Волчанка vulvae 60.
Вольфово тѣло 141.
Впрыскиванія, горячія, въ матку 329.
Вскрытіе эксудата парам. 479,—периметр. 495.
Vulva 37,—асне 49,—аномал. разв. 37,—волчанка 60,—воспаленіе 47,—гангрена 49,—гипертрофія 45,—дифтеритъ 81,—Elephantiasis 46,—кисты 61,—кондиломы 56,—kraurosis 48, 532,—липома 60,—міома 60,—molluscum 60,—новообразованія 56,—папиллома 56,—поврежденія 62,—pruritus 50, 53,—развитіе 39,—ракъ 57,—сифились 48,—телеангіектазія 61,—тромбъ 50,—туберкулезъ 61,—уродливости 39,—фибромиома 60,—fungulosus 48,—herpes 49.
Vulvitis 47.
Vulvovaginitis 78.
Выскабливаніе матки 191.
Вязущія для влагал. сиринцевавій 559.

Г.

Гиперсекреція матки 163.
Гипертрофія vulvae 43, 45,—lymphatica 45, 46,—клитора 45,—фолликулярная 301,—шейки 208.
Гистерофоръ 267.
Глицеринов. клистиръ 555,—тампонація 34.
Гонококки 528.
Грыжа пупочвая 459.
Грыжи матки 250,—яичниковъ 459.

Д. D.

Дезинфекция рукъ 4, 18,—средства 17.
 Дерматозъ 59.
 Дермоидъ 371.
 Дефектъ влагалища 91,—матки 147.
 Dysmenorrhoea 572,—membranacea 179,—
 при ante-flexio 220,—миомахъ матки 512.
 Диагностика, общая 18.

Е.

Elevatio uteri 162.
 Elephantiasis vulvae 46.
 Elytrorrhaphia 260.
 Endometritis acuta 162, — atrophicans 78,
 180,—glandularis 178,—gonorrhoeica 180,
 534,—decidualis 177,—exfoliativa 179,—
 interstitialis 177,—chronica 176,—лечение
 182,—tuberculosa 180,—fungosa 177.
 Enterocoele vaginalis 252.
 Eucleatio миомъ 348.
 Enuresis nocturna 138.
 Epispadia 42, 97.
 Eprophorum 354.
 Ergotinum 320.

Ж.

Животъ, повязка 447, — разръвъ 339, —
 свищи 461,—шовъ 439, 443,—щель 461.

З.

Запоръ, хронич. 549.
 Зеркало для орошеній 211, — изъ молочн.
 стекла 27,—Cusco 28,—маточное 27,—
 Simon'a 34, 122,—Sims'a 29, 84,—Fer-
 gusson'a 27.
 Звъзъ матки, надръзы 183,—эрозія 181.

И. I.

Измѣненіе положенія матки 215, 273, —
 трубъ 412,—яичниковъ 356.
 Ислѣдованіе въ наркозѣ 26,—боков. поло-
 женіи 25, 29,—спин. положеніи 25,—зер-
 калами 27,—комбинирован. 26,— общее
 16,—per rectam 25,—при помощи лампы
 32.
 Ieus 456.
 Иммунитетъ 3.
 Inversio vaginae 253,—uteri 258.
 Инфекція раны 3,—послѣдствія 3,— смъ-
 шанная 538.

К. С.

Каналы Gärtner'a 141.
 Кастрація 350.
 Катетеръ Voemann'a 165,—стеклян. 107.
 Кислота азотная 559,—борная 559.
 Кислота карболовая 559.
 Kystoskop 111.
 Kystoskopia 111.
 Kystofibroma 308.
 Кисты Бартоля, железы 61,— влагалища
 89,—vulvae 61,—круглой связки 246,—
 поджелудочн. железы 376,—придатка яичн.
 376,—фолликулярн. 358,— широкой св.
 482,—яичника 367,—сращения 381,—бе-

ременность 389,—воспаленіе 378,—диаг-
 нозъ 396,—дифференц. 396,—жиров. пе-
 рерожд. 378,—закручиваніе 378,—крово-
 теченіе 378,—нагноеніе 396,—ножка 378.
 — положеніе 378,—разрывы 395,—ростъ
 378,—симптомы 384,—содержимое 378.
 Кишка, прямая, промыв. 550,—впрыскиваніе
 550,—вядость 549,—ислѣдованіе 25,—
 параличъ 549.

Klimax 510.

Клистиръ глицерин. 555,—маслян. 550.

Клииторъ 38.

Col. tapiroide 219.

Colica mucosa 553.

Colpohyperplasia cystica 79, 81.

Colpitis 76,—gummosa 79.

Colpomyotomia 342.

Colporrhaphia 262.

Colpotomia ant. 521,—post. 521.

Кольцо Mayer'a 241.

Кондиломы широкия 541,—острия 541.

Corpus luteum 354, 358.

Kraurosis vulvae 48, 50.

Крючекъ двойной 332.

Кюретки 191.

Кэтгутъ 14.

Л. L.

Laminaria 187.

Laparomyotomia 333, 438.

Лечение отягощеніемъ 481,— по Apostoli
 199,—послѣдующее послѣ операціи рака
 292.

Лечение послѣдующее послѣ операціи сви-
 щей 130.

Лечение послѣдующее послѣ пластич. опе-
 раціи 66.

Лечение послѣдующее послѣ разръза жи-
 вота 447.

Лечение послѣдующее послѣ свищей 447,—
 сухое, влагалища 86.

Liquor Alzoli 546.

Lysolum 559.

Ложка острая 192.

М.

Массажъ 554,—шаромъ 554.

Материаль для перев. 6.

Матка 140, 159,—аденома 274,—аденомиома
 274, 309,—анатомія 159, 255,—ante-flexio
 218,—bilocularis 143,—bipartitus 146,—
 воспаленіе 159,—впрыскиваніе 197,—вы-
 жиганіе 201,—выпаденіе 250,—выскабли-
 ваніе 191,—гиперсекреція 163,— грыжа
 273,—двуорогая 142,—дефектъ 147,—дѣт-
 ская 147,—железы 160,—зондъ 184,—
 инверсія 253,—камни 311,— катетеръ
 165,—curettagе 191,—ложка 191,—миомы
 303, 390,— одноорогая 144,— отсутствіе
 147,— положеніе 215, 273,— измѣненіе
 215, 273,—приподыманіе 218,— прикръ-
 пленіе 247,—рубцесевъ 148,—ракъ 274,—
 расширеніе 187,—расширители 185,—ру-
 диментарная 145, 147,— саркома 274,
 298,—слизис. обол. 191,—слизист. поляны
 306,—стенозы 150,—тампонація 195,—

топографія 160, — туберкулезъ 287, — уродства 140, — фиброиды 306, — foetalis 147, — шприць 197, — электролит. лечение 299, — эпителий 159.

Membrana granulosa 353.

Menorrhagia 509, — въ климат. пер. 510, — при болѣзн. яичника 510, — міомъ 303, — наступл. регуль 509, — ракъ 274, — хлопровъ 509.

Менструация 20, 500, — болѣзненная 179, — викарирующая 506, — диететика 504, — преждевременная 505, — serotina 505.

Mesovarium 353.

Metritis acuta 162, — chronica 167, — лечение 170.

Миома 60, — влагалища 92, — vulvae 60, — жировое перерожд. 273, — интерстиц. 304, — кистовидн. 308, — кругл. св. 246, — лимфангіктатич. 309, — матки 303, — отлож. извести 311, — полиповая 306, — субмукозная 306, — subserosii 305, — шейка 307, — экстирпация 331, — энуклеация 347.

Миомотомія 342.

Molluscum 60.

Mons Veneris 23, 37.

Мочеточники, зонды 119.

Н.

Наркозъ 26, 335.

Неврозъ сердца 549.

Нити Müller'a 142.

Ногодержатель 65.

Ножницы полипныя 325, — Siebold'a 325.

Ножъ для вадръз. шейки 184, — операция свищей 123, — скарификацій 123.

О.

Ovarium 352.

Ovula Nabothi 207, 209, 301.

Ovulatio 500.

Овариотомія 400, — вагинальная 407, — инструменты 401, — кишечн. срощ. 405, — консервативная 404, — неполная 409, — повторная 409, — противоположа. 400.

Oophoritis 357.

Операция Alexander'a 246, — выпаденія 250, — Emmet'a 212, — пластическая 65, — Freund'a 289, 294.

Оплодотвореніе 500, 521.

Опухоль, ворсинчат. мочев. пузыря 111.

Опухоли живота, абсцессъ овариальн. 374, 398.

Опухоли живота, вагинальныя 90, — маточныя 274, — периметритич. 390, — перипроктич. 394, — овариальныя, осевое перекручиваніе 381.

Опухоли параперитонеальныя 393, — печени 393, — селезенки 393.

Орошеніе постоян. 329.

Освященіе, лампа 32.

Ощупываніе 25.

П. Р.

Palmae plicatae 148, 160.

Parametritis 390, 466, — анатомія 468, —

atrophicans 474, — диагнозъ 476, — лечение 479, — перелойный 543, — posterior 474, — эксудатъ 481.

Parametrium 390.

Parovarium 390, — кисты 376.

Перевязка матер. 6.

Перелой 531, — влагалища 531, — vulvae 531, — лечение 541, — матки 533, — послѣд. лечение 547, — пузыря 542, — трубъ 543, — уретры 542.

Pericystitis 104, — fibrosa 104.

Perimetritis 309, — лечение 495.

Perioophoritis 357.

Periproctitis 555.

Peritonitis 459, — послѣ разр. живота 459.

Пессарій внутриматочн. 268, — восьмиобразный 238, — при antellex. 220, — anteversio 221, — выпаденіи 266, — retroflexio 234, — retroversio 224, — санивидный 240, — Thomas'a 237, — Hodge 226, 237, 238, — щипцы для 222, — эксцентричн. 259.

Pyelonephritis 58.

Puometra 150.

Puosalpinx 32, 412, 414.

Подготовленіе антипаразит. 4, 6.

Полипы аденоматозн. 208, — миоматозн 207, — слизистые 214.

Положеніе боковое 29, — Sims'a 29, 124.

Почечуй 533.

Прижиганія матки 172, — portionis 209, — при ракъ матки 292.

Processus vermiformis 405.

Проколь гематоцеле 391, — ovula Nabothi 301, — яичников. кисты 400.

Prolapsus ani 557.

Промежность, разрывы 62, — операция 63.

Промываніе матки 197, — пузыря 107.

Pruritus vulvae 50, 53.

Pseudoelephantiasis 45, 46.

Pseudohermaphroditismus 43.

Pseudomyxoma брюшины 367.

Пузырь, мочевой, 97, — воспаленіе 100, — измѣнен. полож. 97, — камни 100, — катарръ 81, 102, — новообразов. 111, — образов. щелей 97, — поврежденія 116, — свищи 116, — туберкулезъ 106, — эктопія 97, — эктрофія 97.

Р. Р.

Ракъ брюшины 368, — vaginae 90, — vulvae 57, — матки 274, — мочевого пузыря 111, — операция 288, — portionis 274, — рецидивы 295, — трубъ 426, — тыла матки 274, — шейки матки 274, — яичниковъ 368.

Расширители 188.

Rectocele 63.

Retroflexio 227, — оператив. лечение 241, — при prolapsus 224, — uteri gravidi 389.

Retroversio 31, 224.

Рецидивы при ракъ 295, — яичник. кистахъ 378.

С. С.

Salpingitis 415.

Sarcoma vaginae 92, 274, — ovarii 375, — retroperiton. 376, — uteri 274.

Свищи каловые 461,—мочеточниковъ 120,—
 угасші 97.
 Свищъ, кишечный при периметритѣ 491,—
 пузыре-брюшной 461, 465,—кишечный
 131,—шейковый 131.
 Селезенка, блуждающ. 399.
 Sepsytioma 274, 300.
 Скарификации 122.
 Срощенія брюшины 459,—при миомахъ
 306,—трубъ 410,—яичниковъ 404.
 Стерилизація женщины 527,—инструмен-
 товъ 6.
 Столъ для лапаротом. 335,—операцион. 335.
 Сулема 560.

Т.

Тазъ, соедин. ткань, 390,—воспаленія 466,—
 новообразованія 482,—высокое положе-
 ніе 335.
 Тампонація влагалища 84,—шейки 274,—
 щипцы для 84.
 Tachycardia 552.
 Трещина задн. прохода 555.
 Thrombus vulvae 50.
 Трубы 410,—аномали развит. 412,—болѣз-
 ни 410,—водянка 424,—воспаленіе 412,—
 выкидышь 429,—закрытіе 413,—вонди-
 рованіе 424,—катарръ 413,—кисты 424,—
 кровотеченіе 428,—новообразованія 426,
 — опухоли 426,—положеніе 412,—измѣ-
 ненія 412,—проходимость 412,—разрывъ
 428,—ракъ 426,—туберкулезъ 415.
 Туберкулезъ брюшины 497,—матки 288,—
 пузыря 110,—трубы 415,—яичниковъ
 360.
 Turpeo 187.

У.

Urethra 132,—болѣзни 132,—varices 139,—
 выпаденіе 137,—sacuncula 134, 533,—
 неврыз 137,—перелой 133,—разстрой-
 ство функціи 137,—ракъ 135,—расши-
 реніе 135, 138,—сифилисъ 136,—стрик-
 тура 134,—трещины 133.

Ф. Ф.

Фиброма тазовой кѣтчаткы 482,—широкой
 связки 482.
 Фиксація вагинальн. 244.
 Fissura ani 96, 555,—urethrae 133.
 Fistula, операціи 116,—rectovaginalis 105,—
 ureteralis 116,—cervicis 147,—ventrova-
 ginalis 105,—vesicae 116.
 Fossa ovarica 355.

Н.

Haematocoele 389,—capsulae 389.
 Haematokolpos 152.
 Haematoma vulvae 62,—ovarіi 361.
 Haematometra 152,—въ рудим. побочн.
 рогахъ 152,—односторон. 152.

Haematosalpinx 151, 416.
 Hermaphroditismus 43.
 Hydronephrosis 394.
 Hydrops saccatus peritonei 390,—tubarum
 416,—follicularis 396.
 Hymen 38,—atresia 40,—imperforatus 39,—
 cribriformis 39.
 Hypospadiа 42.

Ц. С.

Цинкъ хлористый 546.
 Cystitis 71, 105.
 Cystocoele 117.

Ш.

Шарики влагалищ. 86.
 Шейка, ампутація 211,—при выпаденіи 250,—
 —ракъ 274,—каналъ 160,—катарръ
 162,—миомы 307,—надрывы 183,—
 слизист. полпаы 301,—эрози 206.
 Шовъ брюшной раны 443,—кожный 443,—
 материалъ 13.
 Шприцъ Braun'a 197,—для мази 163,—
 масла 458.

Щ.

Щипцы для введенія дренажа 400,—захва-
 тыванія брюшины 444,—миомъ 344,—
 яичник. кистъ 401,—пессарій 222,—por-
 tio 32,—Collin'a 287,—Muzex 32, 324.

Э.

Экзема vulvae 49.
 Экстирпація матки при выпаденіи 250,—
 миомахъ 331,—ракъ 274,—полная 519.
 Эскулаты 390.
 Электролизъ 199, 322.
 Эрози 205.
 Эхинококкъ тазовой кѣтчаткы 482.

Я.

Яичникъ, абсцессъ 357,—аденома 364,—
 анатомія 352,—воспаленіе 357,—гематома
 361,—грыжи 459,—дермоидъ 371,—kysto-
 ma papillare 362,—kystadenoma 362,—
 kystoma ser. simpl. 367,—коллоидн. 371,—
 кровян. кисты 362,—новообразованія
 361,—отекъ 358,—отсутствіе 352,—па-
 пиллома 362,—на-подобіе ваноснаго
 пузыря 367,—Parathelioma 368,—поверх.
 папиллом. 366,—положеніе 355,—измѣ-
 неніе 356,—придаточный 356,—опухоли
 364,—Psammoma 369,—Pseudomухома
 367,—ракъ 368,—саркома 374,—связка
 352,—смѣщеніе 352,—срощенія съ саль-
 никомъ 362,—туберкулезъ 360,—фиброма
 374,—фолликл. кисты 358,—эндотелиома
 374.